

Processplan för Cancerrehabilitering 2022–2024

Bakgrund

Cancerrehabilitering är en samlingsterm som omfattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov och syftar till att återfå eller behålla bästa möjliga funktionsförmåga, skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Cancerrehabilitering är ett komplext område som är aktuellt genom hela vårdprocessen, genomförs inom flera enheter och utförs av flera professioner. Det innebär ett multiprofessionellt arbetssätt, där sjukvårdsprofessionen samverkar med rehabiliteringsprofessioner.

En kvalitetssäkrad och god rehabiliteringsprocess kräver ett systematiskt arbetssätt med återkommande individuella bedömningar av rehabiliteringsbehov genom vårdprocessen, samt initiering och utvärdering av insatser. Rehabiliteringsinsatser kan delas in i nivåer; grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov.

Alla som diagnostiserats med cancer har behov av cancerrehabilitering i varierande omfattning och vissa patienter har ett livslångt rehabiliteringsbehov. Alla har grundläggande behov av cancerrehabilitering. Huvuddelen av de grundläggande rehabiliteringsbehoven och till viss del även särskilda behov kan hanteras inom den enhet där patienten får sin cancervård. En mindre andel av patienterna har avancerade eller mycket avancerade behov som kräver insatser från ett team av olika rehabiliteringskompetenser.

Tabell 1. Antal nya fall av cancerdiagnoser i regionerna 2019 samt prognos för 2024

Region	Norrbotten		Västerbotten		Västernorrland		Jämtland Härjedalen	
	Antal fall 2019	Prognos 2024	Antal fall 2019	Prognos 2024	Antal fall 2019	Prognos 2024	Antal fall 2019	Prognos 2024
Totalt (1 tumör per diagnos per person)	1494	1634	1820	2001	1611	1706	888	942

Källa: Regionalt cancercentrum norr. Incidensen är antal nya fall 2019 enligt cancerregistret. Prognosen för cancer totalt (max en tumör per diagnos per individ) är att cancer totalt kommer öka ca 10 % under kommande 5-årsperiod.

Inom cancerrehabilitering är evidensen bristfällig för hur den kort- och långsiktiga vården gällande rehabiliteringen bör organiseras i cancervården och det saknas övergripande hälsoekonomiska beräkningar av insatta rehabiliteringsåtgärder. Det finns inte någon struktur för registrering och jämförbar vårdstatistik, vilket försvårar målsättning, utvärdering och direkta jämförelser mellan regioner och verksamheter. Vårdprogrammet för cancerrehabilitering

tydliggör de aspekter som ska implementeras (lagstiftning) och de som bör tillämpas och implementeras regionalt och lokalt. Målet är att varje region ska utarbeta regionala och lokala riktlinjer som utformas med vårdprogrammets rekommendationer som grund.

Minsta gemensamma nämnare för god cancerrehabilitering som lyfts i vårdprogrammet är:

- att patienten har erbjudits en namngiven kontaktsjuksköterska
- att patienten har erbjudits Min vårdplan som ett stöd i vård- och rehabiliteringsprocessen
- inledningsvis och kontinuerligt bedöma patientens rehabiliteringsbehov
- en rehabiliteringsplan upprättas i samråd med patienten om det finns rehabiliteringsbehov
- tillämpning av aktiva överlämningar

Utvärdering av mål i cancerplanen 2019–2021

Vid utvärderingen som genomfördes av nuvarande cancerplan hösten 2020 framkom följande:

- Min vårdplan erbjuds fortfarande inte i alla verksamheter.
- Uppdragen och rollen för regionens kontaktsjuksköterskor (kssk) är fortfarande ojämnt och det krävs ett fortsatt aktivt arbete med utveckling, information och stöd inom området både till kssk och chefer.
- Inom flera verksamheter saknas fortfarande rutiner för hur vården skall bedöma, erbjuda och följa upp cancerrehabilitering genom vårdprocessen.
- Information om cancerrehabilitering till patienter har stor betydelse för patienten och närstående. Det finns skriftlig information framtagen i alla regioner som tillgängliggörs till patienter och individanpassad information är en del av Min vårdplan. Gruppinformation om cancerrehabilitering ges i alla regioner i någon form.
- Gruppträning erbjuds i alla regioner i någon form.
- Det saknas utvärderingsmått för att ta fram statistik vilket försvårar utvärderingen.

En större utvärdering genomförs 2021 där resultatet kommer att ligga till grund för fortsatta aktiviteter och åtgärder för utveckling i regionerna. Fyra av målen från cancerplan 2019–2021 kommer att ingå i kommande plan; erbjuds patienten en namngiven kontaktsjuksköterska, erbjuds patienten Min vårdplan, genomförs strukturerade behovsbedömningar och finns det överenskommelser mellan sjukhusen och primärvården gällande rehabiliterande insatser för cancerpatienter.

Implementering av vårdprogrammet

För att nå vårdprogrammets mål gällande minsta gemensamma nämnare för en god cancerrehabilitering krävs ett fortsatt implementeringsarbete i sjukvårdsregionen. Ett stöd för implementering är [checklista för cancerrehabilitering](#) som tagits fram som ett komplement till vårdprogrammet för cancerrehabilitering 2021. Den syftar till att underlätta implementeringen för regionerna och verksamheterna genom att tydliggöra vilka områden som behöver utvecklas. Checklistan kan även vara ett sätt att granska sin verksamhet utifrån ett cancerrehabiliteringsperspektiv.

En del i implementeringsarbetet är att tydliggöra ansvarsfördelning för de olika nivåerna och hur cancerrehabiliteringen ska organisationen inom regionen och sjukvårdsregionen. Övergripande struktur, beslut och prioriteringar inom området behöver tas i tjänsteman- och

linjeorganisationen inom respektive region. I de fall rehabiliteringsansvaret delas mellan verksamheter och regioner behövs riktlinjer som tydliggör ansvarsfördelningen.

Sjukvårdsregionalt vårdprocessarbete och samverkan

Vården anser att cancerrehabilitering är ett viktigt område, men det har tagit lång tid för regionerna att prioritera sjukvårdsregionalt och regionalt processarbete där utsedda personer får mandat att arbeta med frågorna. Cancerrehabilitering är fortsatt ett prioriterat område vilket återspeglas i [Vägen framåt](#) och [Överenskommelsen för 2021](#). Som ett stöd till en jämlik implementering av vårdprogrammet ger RCC ett ekonomiskt bidrag till regionerna som utsett regionala processledare, som har ett sjukvårdsregionalt uppdrag och som kompletteras med beslut i regionen hur det regionala och lokala arbetet organiseras.

Två patientföreträdare ingår i den sjukvårdsregionala arbetsgruppen. De har deltagit i olika aktiviteter och varit inbjudna till alla möten. Sedan hösten 2020 har de haft en stående punkt på dagordningen till arbetsgruppens möten.

Samverkan behövs med externa aktörer inom primärvården, kommunal hälso- och sjukvård, arbetsförmedling, Försäkringskassan med flera för att utveckla en jämlik och likvärdig cancervård i sjukvårdsregionen. Ett prioriterat område är samverkan med primärvården.

Det finns en efterfrågan om sjukvårdsregionövergripande nätverk för cancerrehabilitering och samverkan inom rehabiliteringsprofessionerna. Ett arbete har påbörjats för att inventera vad professionen efterfrågar och hur samverkan kan organiseras.

Det behövs samverkan med Nationellt programområde (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. [NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. har tagit fram en generisk modell för rehabilitering och rehabiliteringsplan som kan användas för olika tillstånd och behov.](#) Rehabiliteringsprocessen vid cancer skiljer sig inte från rehabilitering vid andra tillstånd eller sjukdomar och denna modell bör ligga till grund för arbete inom cancerrehabiliteringen.

Organisation

Cancerrehabilitering organiseras och bedrivs olika i regionerna. Skillnader beror på olika geografiska och demografiska förutsättningar, olika arbetssätt och hur vården är organiserad. Det finns även skillnader för olika professioner inom samma region, då de kan vara organiserade på olika sätt, till exempel klinikanställda, egen enhet där verksamheter har en resurs till förfogande eller att klinker betalar för resurser utifrån efterfrågan.

Detta kan försvåra samverkan och möjligheten att skapa gemensamma riktlinjer inom regionen och mellan regionerna i sjukvårdsregionen. På ledningsnivå behöver beslut tas hur och när patienter ska remitteras till rehabiliteringsprofessionen, rehabiliteringsteam och vilka kompetenser som ska användas över klinikgränserna.

Ansvar för cancerrehabilitering

[Enligt hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#) ska alla patienter med cancer erbjudas rehabilitering genom vårdprocessen. I vårdprogrammet står att teamet som ansvarar för patientens cancerbehandling även ansvarar för att patientens behov av cancerrehabilitering tillgodoses. Det är verksamhetschefens ansvar att teamet har de förutsättningar som behövs. Detta innebär att förutom läkare, kontaktsjuksköterska/sjuksköterska och kurator kan ytterligare professioner

behövas som bestäms regionalt-, lokalt eller utifrån diagnosspecifika vårdprogram. Teamet bör utformas med utgångspunkt i behoven hos de patienter som teamet möter.

Teamet

Cancervård är till stor del ett multiprofessionellt teamarbete i samverkan med patienten. Vårdprogrammet rekommenderar att rehabiliteringen ska ske strukturerat och att det finns en organisation för hur patienter erbjuds rehabilitering. Patientens grundläggande, särskilda, avancerade respektive mycket avancerade behov bör tillgodoses enligt regionala och lokala tillämpningar av vårdprogram.

Det cancerbehandlande teamet utgörs vanligtvis av läkare, kontaktsjuksköterska/sjuksköterska och kurator samt ytterligare professioner som bestäms regionalt, lokalt eller utifrån diagnosspecifika vårdprogram. Det cancerbehandlande teamet ansvarar för patientens grundläggande rehabiliteringsbehov. För att möta mer avancerade behov behövs kompetens från fler professioner eller rehabiliteringsteam. Rehabiliteringsprofessioner inom cancervården är arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, logoped, lymfterapeut, sjuksköterska, psykolog, stomiterapeut, sexolog, uroterapeut, utöver detta kan andra professioner med specialistkompetens inom ett specifikt behov vara delaktiga i patientens rehabilitering.

Rehabiliteringsteamet bör organisatoriskt finnas där patienten behandlas, som oftast är i öppenvården där cancerbehandlingen huvudsakligen genomförs. I regionerna finns det till viss del teamronder i öppenvården på verksamhetsnivå och inom två regioner finns regionövergripande rehabiliteringsteam för patienter med cancer. Det är viktigt att uppmärksamma att det fortfarande finns rehabiliteringsenheter i sjukvårdsregionen som inte har ett uppdrag att ta emot patienter med cancer. Därav behöver det säkerställas att patienter med mer avancerade behov som vårdas i öppenvården kan remitteras till ett rehabiliteringsteam för bedömning och handläggning.

De professioner som ingår i teamet bör vara tillgängliga minst en gång varje vecka hela året. Inom slutenvård finns det oftast tillgång till rehabiliteringskompetens och gemensamma teamronder. Under vårdtillfällen i specialistsjukvården behöver vårdavdelningens team samverka med patientens fasta vårdkontakt och det cancerbehandlande teamet i öppenvården.

Tidig samverkan behövs med andra enheter för patienter med cancersjukdom och med annan sjukdom, för samverkan gällande vård, behandling och rehabilitering.

Resurser för rehabiliteringsåtgärder utgörs till stor del av personalkostnader, men innefattar också hjälpmedel, medicinsk-teknisk utrustning, till exempel vid kompressionsbehandling för lymfödem och läkemedel. Även lokaler och utrustning för fysisk träning och för att genomföra ADL-bedömningar ingår.

Enligt vårdprogrammet bör varje verksamhetsområde ha rutiner för information om levnadsvanor som tobaksbruk, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet. Hälso- och sjukvården behöver identifiera behov och erbjuda stöd vid ohälsosamma levnadsvanor. Detta är aktuellt i hela vårdkedjan från prevention till utredning, behandling och uppföljning/rehabilitering av cancer. All personal inom hälso- och sjukvården bör ha grundläggande kunskaper om prevention och levnadsvanor, för att kunna ställa frågor kring levnadsvanor och ge enkla råd. När mer specifik kunskap behövs ska all hälso- och sjukvårdspersonal även kunna hänvisa vidare till specialist. Ett sjukdomsbesked kan vara ett tillfälle när motivation till förändring av levnadsvanor ökar. Det cancervårdande teamet bör i samråd med patienten definiera de moment som lämpar sig för egenvård.

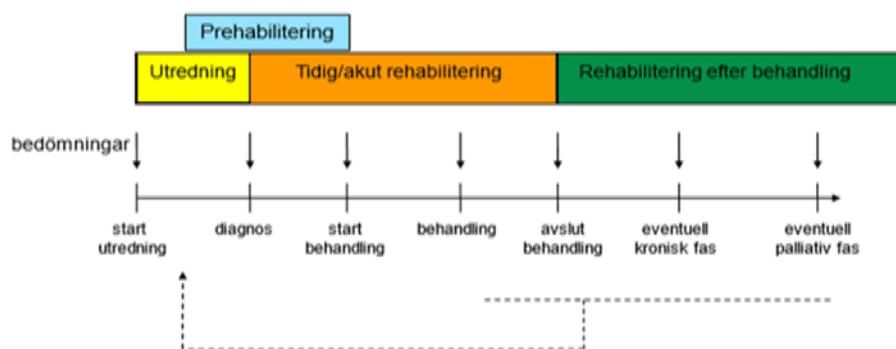
Rehabiliteringsprocessen

Cancerrehabilitering är aktuell inom alla vårdnivåer, i primär- och närsjukvård, i öppen specialiserad sjukvård och i slutenvård. Från misstanke om cancer, under behandlings- och uppföljningsskedet, efter att patienter friskförklarats men fått sena biverkningar av behandlingen samt om patienten går in i kronisk fas och under palliation.

För att skapa en god och säker rehabilitering inom cancervården behöver cancerrehabiliteringens olika delar ses som en helhet och en sammanhållen process. Generellt utgår man från att tidigt insatta åtgärder minskar risken för svårare komplikationer och bidrar till att bibehålla eller öka funktioner och livskvalitet. För patienten är det viktigt med tydlighet i vårdens uppdrag, tydlig rehabiliteringsprocess och att tydliggöra patientens ansvar. Detta tillsammans ökar patientens förståelse och delaktighet i den egna vården.

Uppföljningsprogram löper oftast under 5 års tid inom den specialiserade öppenvården. En del i uppföljningsprogrammen är att uppmärksamma rehabiliteringsbehov. Ett område som fått ökat fokus är sena biverkningar som kan uppkomma efter cancerbehandling. Inom de diagnosspecifika vårdprogrammen finns ett kapitel om uppföljning som bland annat beskriver diagnosspecifik uppföljning gällande rehabiliteringen. Sena biverkningar kan uppkomma flera månader eller år efter avslutad behandling.

Gränsdragningen mot palliativ vård är flytande och områdena överlappar ofta varandra. Den tidiga palliativa vården tillhör primärvården i samarbete med specialistvården. Här behövs väl fungerande kontaktvägar och rutiner för aktiva överlämningar och att det tidigt i patientprocessen initiera kontakt med de specialiserade palliativa teamen som finns inom regionen.



Figur 1. Cancerrehabilitering i sjukdomens olika faser

Bilden visar cancerrehabilitering i sjukdomens olika faser från start av utredning till tidig fas av rehabilitering till rehabilitering efter behandling.

Prehabilitering

Prehabilitering beskriver insatser under perioden från diagnos till behandlingsstart och det gäller framför allt tobaksstopp, anpassad fysisk aktivitet, optimalt näringsintag och inte minst stöd till patienten och de närstående i psykologiska och sociala frågor. Syftet är att informera, sätta in insatser och planera i samråd med patienten för att därmed optimera effekten av behandling och minska risken för komplikationer.

I de standardiserade vårdförloppen lyfts den diagnosspecifik rehabilitering som är aktuell i utredningsskedet. Rehabiliteringsområdet behöver tydligare lyftas i förloppen då det är en möjlig

ingång för prehabilitering och ansvarsfrågan gällande rehabilitering behöver klargöras regionalt och lokalt i respektive vårdförlopp.

Rehabilitering under och efter behandling

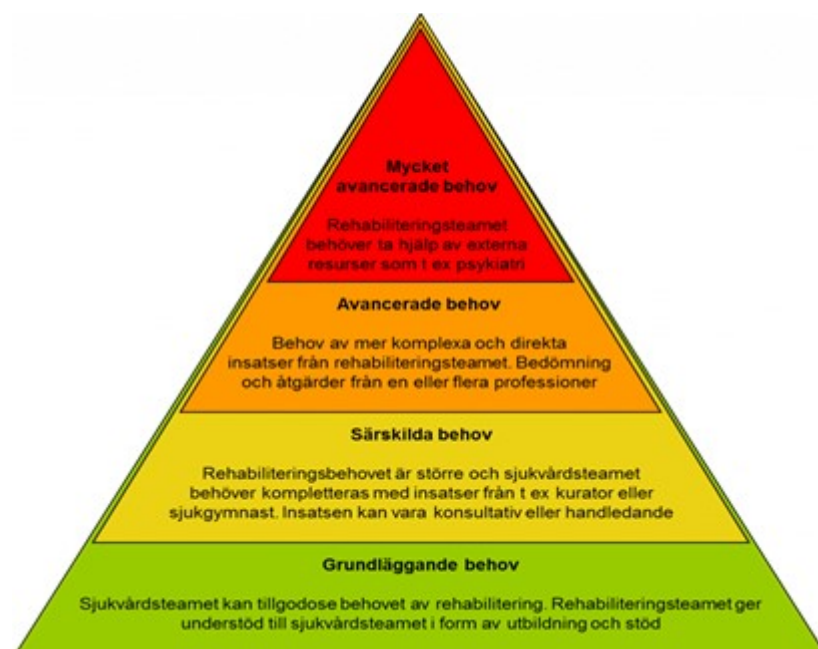
Det team som ansvarar för patientens behandling och vård ansvarar även för att patientens behov av cancerrehabilitering tillgodoses. De grundläggande rehabiliteringsbehoven tillgodoses av läkare och kontaktsjuksköterska/sjuksköterska genom bland annat egenvård och information, med stöd av kurator och eventuellt annan teammedlem. I de fall patienten har mer avancerade rehabiliteringsbehov kopplas rehabiliteringsprofession eller rehabiliteringsteam in.

Strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov

Enligt vårdprogrammet ska samtliga patienter regelbundet och strukturerat bedömas med avseende på fysiska, psykiska, sociala och existentiella rehabiliteringsbehov (Figur 2). Att göra strukturerade och återkommande bedömningar har en central roll i rehabiliteringsprocessen och är en förutsättning för att kunna planera och utföra åtgärder på rätt vårdnivå.

En strukturerad behovsbedömning av rehabilitering innebär att:

- ett bedömningsinstrument används ihop med bedömningssamtalet och/eller en fysikbedömning,
- det framgår hur kartläggning/bedömningen är genomförd,
- bedömningar görs vid nyckeltillfällen genom vårdprocessen eller efter patientens behov,
- delmål/mål formuleras tillsammans med patienten där det tydliggörs vem som är ansvarig och hur uppföljning planeras.
- en rehabiliteringsplan dokumenteras i journalen.



Figur 2. Grundläggande behov: Rehabiliteringsbehov som tillgodoses av cancerbehandlande teamet (läkare, kontaktsjuksköterska/sjuksköterska och kurator). Strukturerat arbetssätt med återkommande behovsbedömningar, individanpassad information om vård och behandling, mm

Särskilda och avancerade rehabiliteringsbehov: Utifrån behovsbedömning tar kontaktsjuksköterska/behandling-omvårdnadsansvarig sjuksköterska stöd av rehab-profession eller att patienten remitteras till aktuell profession för fortsatt bedömning och behandling.

Avancerade och Mycket avancerade behov: Bedömning och behandling i multiprofessionellt rehabiliteringsteam eller av profession med specialistkompetens inom aktuellt behov/symtom.

Min vårdplan

[Min vårdplan \(MVP\) är ett av RCCs kunskapsstöd.](#) Planen är patientens verktyg för att skapa delaktighet, trygghet och förståelse genom vårdprocessen. MVP ska innehålla individanpassad information om sjukdomen, vård och behandling, kontaktuppgifter och råd om egenvård. MVP ska även innehålla en rehabiliteringsplan med åtgärder, mål, ansvar, tidsplan och uppföljning. Efter avslutad behandling görs en sammanfattning av vården, biverkningar och tydlig information om uppföljning och vem som är ansvarig för fortsatt vård. Via planen ges möjligheter att hålla samman information och skapa tydlighet kring vem som gör vad.

Nationella diagnosspecifika MVP tas fram eftersom och fastställda nationella MVP tillgängliggörs via 1177 vårdguiden eller i pappersformat under respektive diagnos på RCC:s webb. Till de nationella MVP finns nationell patientinformation för diagnosen som förvaltas nationellt och uppdateras kontinuerligt, vilket bidrar till att patienter får jämlik information. RCC ska stödja införandet av MVP via 1177 vårdguiden i regionerna. I norra sjukvårdsregionen finns det utsedda personer som stödjer införandet i varje region.

Ett enhetligt sätt att följa upp om patienter har fått min vårdplan finns inte i dagsläget. I ett antal kvalitetsregister finns variabeln om patienten blivit erbjuden MVP. [KVÅ-koder finns för upprättande och revidering av Min vårdplan i cancervården.](#) Koderna möjliggör uppföljning på region- och verksamhetsnivå. Inom respektive vårdprocess och verksamhet behövs rutiner gällande när och av vem vårdplanen upprättas och revideras och hur överlämningar över klinik- och regiongränser ska ske.

Rehabiliteringsplan

Dokumentation av rehabiliteringsplan i journalen är en kvalitetssäkring för god och säker vård och en möjlighet för verksamhetsuppföljning och utveckling. I nuläget saknas ofta en sammanhållen journaldokumentation av rehabiliteringsprocessen. Inom flera verksamheter saknas även möjligheten att flera vårdgivare kan använda och ta del av varandras dokumentation, något som påverkar och försvårar kommunikation, samplanering och uppföljning mellan vårdnivåer och vårdgivare.

I Socialstyrelsens nationella klassificeringssystem för åtgärder i hälso- och sjukvården (KVÅ) ingår koder för rehabilitering, både övergripande och på detaljnivå. [I vårdprogrammet anges KVÅ-koder för rehabiliteringsplan som möjliggör uppföljning på region- och verksamhetsnivå.](#) Inom respektive vårdprocess och verksamhet behöver rutiner gällande dokumentation, när och vem som ska göra en rehabiliteringsplan och hur överlämningar över klinik- och regiongränser ska ske.

Aktiva överlämningar

Under patientens tid i cancervården förekommer ofta överlämningar mellan olika vårdenheter. För att skapa en sammanhållen vårdkedja för patienten och de närstående ska alla överlämningar vara aktiva. Aktiv överlämning innebär att den som har ansvaret för patienten tar kontakt,

muntligt och/eller skriftligt med nästa instans. Den som aktivt överlämnar har fortsatt ansvar till dess att den mottagande instansen bekräftat att de tagit kontakt med patienten. Åtgärder och insatser inom omvårdnad, palliativ vård och cancerrehabilitering ska följas upp, utvärderas och dokumenteras på den aktuella vårdenheten, oavsett vem som startat insatsen.

Den mottagande instansen kan finnas inom specialistvård, primärvård eller kommunal vård. Mottagaren kan vara en ny namngiven kontaktsjuksköterska, rehabiliteringsansvarig med flera. Byte av ansvarig vårdkontakt ska tydligt framgå i journalen och i patientens Min vårdplan.

För en god kvalitet på överlämningen mellan vårdteam, bör överföringen helst ske mellan medarbetare med samma profession. Detta gäller oavsett om överlämningen sker inom samma sjukhus, eller mellan olika sjukhus, primärvård, kommun eller tandvård. Aktiva överlämningar behövs mellan rehabiliteringsaktörer både internt och externt samt mellan omvårdnadspersonal. För att säkra en säker överlämning behövs rutiner, i diagnosprocessen, när och hur överlämning ska göras. Det behövs även riktlinjer för dokumentation och hur överlämningar över klinik- och regiongränser ska ske.

Grundläggande cancerrehabilitering

Alla patienter med cancer har grundläggande rehabiliteringsbehov som tillgodoses av cancerbehandlande teamet inom specialistsjukvården som består av ansvarig läkare och kontaktsjuksköterska och/eller behandlings- och omvårdnadsansvarig sjuksköterska och med egenvård, eventuellt med stöd av kurator eller annan teammedlem.

Kontaktsjuksköterska

Kontaktsjuksköterskan (kssk) är en del av det multiprofessionella teamet med en central roll, koordinerande funktion och definierat ansvar och uppdrag inom respektive verksamhet och vårdprocess. Kssk är en viktig faktor för kontinuitet och för att stärka patientens delaktighet, trygghet och förståelse.

Delaktighet innebär att patienten utifrån sina försättningar, eventuellt tillsammans med närstående medverkar i beslut om vård och behandling både medicinsk och icke-medicinsk, samt får tillgång till de resurser och stöd som behövs. Patienten ska kunna tillägna sig och tillämpa kunskap om symtom, sjukdom och behandling. En grundförutsättning för en fungerande cancerrehabilitering är att kssk uppdrag utgår från det nationella uppdraget och att kssk finns tillgänglig för personer med cancer, oavsett diagnos, ålder och bostadsort.

I kontaktsjuksköterskans uppdrag ingår att göra behovsbedömningar av både omvårdnads- och rehabiliteringsbehov. En förutsättning för att kssk ska kunna ansvara för behovsbedömningar och ha en nyckelfunktion i rehabiliteringsprocessen är att processen tydliggörs; hur och när samarbete ska ske med övriga i teamet, hur teamet är organiserat i regionen och på olika nivåer.

**Tabell 2: Andelen som erbjudits namngiven kontaktsjuksköterska, 2019**

(Uttag ur kvalitetsregister, mars 2021)

Region	Norrbottn	Västernorrland	Västerbotten	Jämtland Härjedalen
Diagnos				
Analcancer	100%	75%	100%	100%
Bröst	100%	92%	98%	95%
Bukspottkörtel	100%	90%	100%	100%
Matstrups- och magsäckscancer	97%	90%	88%	89%
Njuncancer	25%	94%	83%	90%
Hjärtumör	64%	50%	50%	33%
Hudmelanom	50%	41%	75%	44%
Kronisk myeloisk leukemi	0%	0%	17%	0%
Kronisk lymfatisk leukemi	12%	17%	17%	0%
Lungcancer	95%	94%	90%	100%
Prostatacancer	38%	81%	73%	91%
Sköldkörtelcancer	0%	50%	40%	0%
Urinblåsecancer	2%	92%	75%	47%
Peniscancer	0%	100%	50%	100%

I ett antal kvalitetsregister finns variabeln ”namngiven kontaktsjuksköterska” i flera formulär vilket möjliggör uppföljning av att kontaktsjuksköterska finns genom vårdprocessen.

Psykosocialt stöd

Att erbjudas psykosocialt stöd av kurator är av stor betydelse då cancersjukdomen innebär en psykologisk belastning för många. Vårdprogrammet rekommenderar att det ska finnas kurator knuten till varje enhet och att alla patienter och närstående bör få skriftlig information om hur de får kontakt med kuratorn. I de fall patienten eller den närstående inte önskar kontakt med kurator ansvarar kontaktsjuksköterskan och läkaren för fortlöpande bedömning av fortsatt stöd.

Barn som anhöriga

Sjukvården har ett särskilt och lagstiftat ansvar att uppmärksamma minderåriga barns behov av information, råd och stöd, då en vuxen familjemedlem drabbas av svår sjukdom eller skada. Vårdpersonal kan utgå från att de flesta barn och ungdomar med en svårt sjuk förälder behöver professionellt stöd.

Verksamheter behöver säkerställa att rutiner finns på klinisknivå att lagen efterföljs. Det finns en gratis webbaserad utbildning inom området utarbetad av Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, Våga fråga.

Patientföreningar och andra stödorganisationer

Det finns flera diagnosspecifika patientföreningar som arbetar ideellt och som erbjuder information, aktiviteter, stödsamtal till både patienter och närstående. Patientföreningarna och olika stödorganisationer som inte är diagnosbundna kan utgöra ett stöd för patient och närstående. Vissa föreningar och nätverk är webbaserade och flera föreningar erbjuder stöd via olika webbaserade forum. Ett samarbete mellan vården och patientföreningar/stödorganisationer är av stort värde, för att kunna ge information, erbjuda stöd till patienter och närstående och det bidrar till att utveckla vården.

Enskilda patienter och närstående kan ansöka om deltagande till olika rehabiliteringsaktiviteter i och utanför den egna regionen, men detta bekostas då av den enskilde eller med hjälp av bidrag och fonder. Regionerna kan teckna avtal med externa vårdgivare för cancerrehabilitering. En samordning mellan regionerna bör av jämlikhetsskäl eftersträvas.

Närstående

En cancerdiagnos och efterföljande behandling påverkar hela patientens livssituation, inklusive familjeliv, arbete och ekonomi. Sjukvården ska uppmärksamma närståendes behov och vägledning bör ges om det stöd som finns. Generellt sett finns en hög medvetenhet inom vården av värdet att involvera närstående och det behövs riktlinjer för hur närstående får information vilka stödinsatser regionen, kommunen och andra aktörer som exempelvis patientföreningar erbjuder.

Med patientens tillåtelse bör närstående uppmuntras att delta vid läkar- och andra vårdbesök samt erbjudas information och kunskap om patientens sjukdom och förlopp, behandling och rehabilitering.

Både i kontaktsjuksköterskans och kuratorns uppdrag ingår stöd till närstående. I kontaktsjuksköterskans uppdrag ingår att ge stöd till patient och närstående vid normal krisreaktion och att uppmärksamma närståendes behov av rehabilitering och stöd. En tydlig beskrivning av vad stödet till närstående innefattar och omfattning av insatser saknas oftast. I kuratorns uppdrag ingår stöd till närstående under den tid som patienten är knuten till specialistsjukvården, det kan även inkludera efterlevandestöd. När det sedan är lämpligt hänvisas närstående till primärvårdens psykosociala enheter.

Avancerad rehabilitering

Om patientens behov bedöms som avancerade eller mycket avancerade så bör patienten remitteras för bedömning och behandling vilket innebär att det inom varje sjukvårdsregion bör det finnas regionala enheter, rehabiliteringsteam, för att ge vård till patienter med avancerade och mycket avancerade behov. I de fall rehabiliteringskompetens saknas inom verksamheten bör regionen kunna anvisa vilken annan förvaltning som ska ansvara för cancerrehabilitering när patienten har mer avancerade behov.

Bäckencancerrehabilitering

Bäckencancerrehabilitering ingår som en del i cancerrehabilitering och i detta sammanhang omfattar det tjock- och ändtarmscancer, analcancer, urologisk och gynekologisk cancer samt viss hematologisk cancer. Under 2020 övergick bäckenrehabiliteringsprojektet i ordinarie verksamhet.

När resurser saknas och/eller kompetensen inte är tillräckliga i befintliga team för att möta behov/symtom vid bäckencancerrehabilitering i verksamheten, lokala rehabiliteringsnätverket

eller regionens rehabiliteringsnätverk bör patienten remitteras till den multidisciplinära konferensen (MDK-rehab). Ett konkret stöd till regionerna och verksamheter vid handläggning av symtom och besvär som kan uppstå vid eller efter behandling mot cancer i lilla bäckenet finns [Vägledning för bäckenrehabilitering](#).

En sjukvårdsregional koordinator för bäckencancerrehabilitering som har i uppdrag att vara remissinstans, planera och ansvara för MDK-rehab. I uppdraget ingår att inventera vilka kompetenser som behöver förstärkas och att främja cancerrehabilitering i samråd med sjukvårdsregionala processledare för de aktuella diagnoserna. I uppdraget ingår även att övergripande ansvara för att utveckla MDK-rehab i samverkan med sjukvårdsregionala processledare och regionala processledare för cancerrehabilitering, verka för att fler cancerdiagnoser inkluderas i MDK-rehab och att vara konsult i bäckencancer och rehabiliteringsfrågor samt att representera sjukvårdsregionen i den nationella arbetsgruppen.

Primärvård och kommunal hälso-och sjukvård

Cancerrehabilitering så nära hemmet som det är möjligt är av stor betydelse för patienter och ska eftersträvas. Rehabiliterande kompetenser finns såväl inom primärvården som den kommunala Hälso-och sjukvården. För att möjliggöra att rehabiliteringsprofessioner inom primärvård och kommuner involveras i större utsträckning behöver dessa kompetenser få information och utbildning om cancerrehabilitering, stöd av specialiserad rehabiliteringskompetens, att aktiva överlämningar genomförs samt tydliga rehabiliteringsplaner. Finns kunskap om varandras uppdrag och förutsättningar att erbjuda cancerrehabilitering förbättras möjligheterna till en god samverkan.

I HSL beskrivs att primärvården, som en del av öppenvården, ska svara för behovet av den rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I vissa regioner bedrivs redan delar av cancerrehabilitering i primärvården. Rutiner för samarbetet och kompetenshöjning behöver utvecklas i respektive region. Arbetet behöver påbörjas på regionnivå, det är där som beslut kan tas för ansvarsområden och roller i vårdprocessen. Ett stöddokument är framtaget för att ta fram överenskommelser och rutiner i regionerna, mellan primärvården och specialistsjukvården, [Samverkan mellan specialistsjukvård och primärvård gällande cancerrehabilitering](#).

Personer kan av olika skäl behöva kommunalt bistånd. Frågor om anhörigstöd, hemtjänst, barnomsorg och färdtjänst kan bli aktuella i och med cancerdiagnosen. Är patienten inskriven i kommunal hälso- och sjukvård bör så stor del som möjligt av cancerrehabiliteringen genomföras där. Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med patienten om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas.

Arbetsinriktad rehabilitering

För patienter i arbetsför ålder ska yrkesinriktad rehabilitering övervägas. Det är av stor betydelse att tidigt i vårdprocessen börja den arbetsinriktade rehabiliteringen med arbetsgivare, Försäkringskassan och rehabiliteringskoordinator. Det nationella vårdprogrammet lyfter arbetsgivares ansvar för rehabilitering i samråd med arbetstagen, företagshälsovården och Försäkringskassan. Försäkringskassan har ansvar för att utreda rehabiliteringsbehovet för patientens arbetslivsinriktade cancerrehabilitering samt samordna insatser från arbetsgivare, hälso- och sjukvård, arbetsförmedlingen och eventuellt andra myndigheter.

Utvecklingsarbetet

Sjukvårdsregionalt projekt inom fysisk aktivitet

Inom ramen för cancerrehabilitering pågår ett projekt för att främja fysisk aktivitet vid cancersjukdom. Det är ett sjukvårdsregionalt samarbetsprojekt mellan fysioterapeuter, hälsostrateger, regionala processledare inom cancerrehabilitering och RCC norr.

Nationella arbetsgruppen för cancerrehabilitering

Under 2021 har RCC i samverkan tillsatt en nationell arbetsgrupp inom cancerrehabilitering. Uppdraget för gruppen är uppföljning och implementering av vårdprogrammet. En specifik del av uppdraget är att ta fram en nationell utbildning för strukturerade behovsbedömningar.

Kvalitetsindikatorer

RCC ska stödja implementeringen av indikatorer för cancerrehabilitering i de diagnosspecifika kvalitetsregistren. Målet är att ta fram ett antal generiska indikatorer för cancerrehabilitering som ska ingå i befintliga kvalitetsregister för cancervården och som ska kunna användas för uppföljning av rehabiliteringsresultat.

Nivåstrukturering

Nationell nivåstrukturering

Inom cancerrehabilitering finns i nuläget inga nationella beslut eller rekommendationer gällande nivåstrukturering som regionerna behöver förhålla sig till.

Nivåstrukturering sjukvårdsregionalt

Det finns ett Sexologiskt Centrum i norra sjukvårdsregionen och enheten ligger under Kirurgiskt centrum, NUS. Enheten tar emot patienter, enskilt eller par, från sjukvårdsregionen oavsett bakomliggande sjukdom.

Fertilitetscentrum finns på Norrlands universitetssjukhus. För att säkra att patienter som är aktuella för råd och åtgärder från enheten handläggs adekvat behöver rutiner tas fram i de diagnosspecifika processerna utifrån rekommendationer i diagnosspecifika vårdprogram och vårdprogrammet för cancerrehabilitering.

MDK-rehab är en sjukvårdsregional konferens för patienter med besvär/symtom relaterade till cancerbehandling i bäckenområdet. Teamet sätts samman utifrån den enskilda patientens specifika behov. Vid konferensen tas beslut om rekommendationer för fortsatt handläggning och förslag på rehabiliteringsplan. MDK-rehab verkar för delaktighet och kunskapsöverföring inom det multidisciplinära teamet och mellan verksamheter.

Nivåstrukturering på regionalnivå

Regionala rehabiliteringsteam för bedömning av insatser och vård på avancerad eller mycket avancerad nivå inom cancerrehabilitering finns i Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland. Rehabiliteringsteam finns i någon form inom flera verksamheter i sjukvårdsregionen.

Vid Sunderby sjukhus finns en sexologisk mottagning som tar emot patienter från Region Norrbotten oavsett bakomliggande diagnos. I Region Jämtland Härjedalen finns rutiner och inklusionskriterier för kontakt med uroterapeut och sexologisk kompetens i regionens cancerrehabteam. Inom ramen för bäckenrehabilitering har man tagit fram en modell för strukturerat arbetssätt som utgår från patientens behov, inom vilken nivå som åtgärder kan erbjudas och av vem för att möta behoven som patienter har när det gäller funktionella besvär i bäckenet efter och vid cancersjukdom.

Kompetensförsörjning

För att kunna erbjuda patienter och närstående stöd och åtgärder utifrån rekommendationer i vårdprogrammet finns ett uppdrag i överenskommelsen för 2021 att RCC ska stödja implementeringen av det nationella vårdprogrammet för rehabilitering med målet att alla cancerpatienter får sitt rehabiliteringsbehov regelbundet bedömt. I detta arbete ingår att göra en inventering av rehabiliteringsbehovet utifrån vårdprogrammet.

Sammantaget är det sannolikt att behoven av cancerrehabilitering kommer att öka på basis av ökat antal cancerdrabbade vilket innebär ökande antal akuta och sena biverkningar. Generellt behövs ett fortsatt arbete med att öka kunskapen inom området.

Den finns en upplevd resursbrist som kan ha flera orsaker såsom organisation, struktur, att uppdragen för professionen och teamet inte är tydliggjort i verksamheterna samt att vissa verksamheter inte har alla professioner knutna till sig. Vid tidigare kartläggningar har det varit svårt att få underlag gällande resursbehov. Det finns dock behov av en kartläggning av befintliga rehabiliteringskompetenser och resurser i sjukvårdsregionen som även innefattar i primär och kommunal vård.

Kontaktsjuksköterska finns generellt inom merparten av diagnosprocesserna, men tjänsteutrymmet och uppdragen varierar. För ett jämlikt uppdrag och stöd behöver det skriftliga uppdraget (arbetsbeskrivning) utgå från den nationella uppdragsbeskrivningen. Kontaktsjuksköterskor i regionen bör ges möjlighet att gå utbildningen för kontaktsjuksköterskor och annan fortbildning som är nödvändig för uppdraget.

Lymfödembehandling måste vara tillgängligt för alla med lymfödem oavsett vårdnivå, i dagsläget finns lymfterapeuter framför allt inom specialistsjukvården i varje region. För möta behovet som finns inom området, stärka resurser och kompetens har RCC Norr avsatt medel för att 2 personer/region med möjlighet att gå Lymfödembehandling 7.5 hp vid Lunds universitet.

Inom ramen för bäckenrehabilitering har en resursbrist identifierats gällande uroterapeuter. Därav har RCC norr avsatt medel för en person per region med möjlighet att gå uroterapeut utbildning. De personer som går utbildningen med ekonomisk ersättning från RCC norr får ett tydligt uppdrag att efter genomgången utbildning främst arbeta mot cancervården och att stödja verksamheter i sin region där kompetensen saknas. Planerad kursstart är vårterminen 2022.

Det finns ett behov av kompetensutveckling inom området sexuell hälsa, både på grundläggande och avancerad nivå. RCC norr har fått i ett uppdrag av chefsområdet för cancervården att utarbeta en modell för kompetensförsörjning på grundläggande nivå inom varje region. En arbetsgrupp bestående av personer med fördjupad kunskap inom området har tillfrågats att ta fram ett gemensamt material till en basutbildning för all personal inom cancervården samt ett förslag på genomförande av utbildningsinsatsen.

E-hälsa är ett högaktuellt område och har med Coronapandemin tagit flera steg framåt. [E-hälsa innebär att digitala verktyg används och information utbyts digitalt för att uppnå och bibehålla hälsa.](#) Kunskap om vilka stödsystem och e-tjänster som finns och hur de kan användas av vården behöver spridas. Vården behöver utbildning om omställning till nya arbetssätt för att säkerställa vårdpersonalens digitala kompetens. Riktlinjer behövs för hur e-tjänster ska införas i verksamheterna.

Kortsiktiga mål och målnivåer

För att möjliggör ett strukturerat införande av variabler som lyfts i vårdprogrammet som minsta gemensamma nämnare för en god cancerrehabilitering, ska regionerna utarbetar en regionspecifik definierad process för cancerrehabilitering som möjliggör införande och uppföljning. Processen utgår från regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och i processen tydliggörs variablerna och hur uppföljning och implementering ska ske.

Tabell 3. Sammanfattning av målnivåer för cancerrehabilitering

Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Att patienten erbjudits en namngiven kontaktsjuksköterska	Finns ingen heltäckande statistik att tillgå	100%	2024	Strukturmått. I processen tydliggörs variabeln, uppföljning och implementering. Egen uppföljning
Att patienten erbjudits Min vårdplan som ett stöd i vård- och rehabiliteringsprocessen	Finns ingen statistik i nuläget	100%	2024	Strukturmått. I processen tydliggörs variabeln, uppföljning och implementering, möjlighet till uppföljning med KVA-koder för området. Egen uppföljning
Beskrivning hur patientens rehabiliteringsbehov inledningsvis och kontinuerligt bedöms	Finns ingen statistik i nuläget	100%	2024	Strukturmått. I processen tydliggörs variabeln, uppföljning och implementering. Egen uppföljning
Att en rehabiliteringsplan upprättas i samråd med patienten om det finns rehabiliteringsbehov.	Finns ingen statistik i nuläget. Beskrivning i processen bör den utgå från den generiska	100%	2024	Strukturmått. I processen tydliggörs variabeln, uppföljning och implementering, möjlighet till uppföljning med KVA-koder för området.



	modellen för rehabilitering som Nationella programområdet tagit fram.			Egen uppföljning
Aktiva överlämningar tillämpas och beskrivs i processen.	Finns ingen statistik i nuläget	100%	2024	Strukturmått. I processen tydliggörs variabeln, uppföljning och implementering. Egen uppföljning
Att regioner har överenskommelser mellan sjukhusen och primärvården gällande rehabiliterande insatser för cancerpatienter	Finns ingen statistik att tillgå i dagsläget	Alla regioner ska utarbetat samverkansform-er och påbörja arbetet med att ta fram överenskommelser	2024	Egen uppföljning

Långsiktigt förbättringsarbete

Det långsiktiga förbättringsarbetet innebär bland annat att:

- Utveckla formerna för regionens cancerrehabilitering på mer avancerad nivå.
- Bevaka och verka för nya arbetsformer med digitala lösningar. Nya arbetsätt med digitala lösningar kan öka förutsättningar för multidisciplinär samverkan på olika plan. Digitala lösningar kan möjliggöra en likvärdig rehabilitering med regionens geografiska förhållanden och öka förutsättningarna att patienterna är en aktiv part i sin rehabilitering.
- Rehabiliteringvården inte är jämlik mellan olika sjukdomsgrupper. Rehabiliteringvården är välorganiserad och ses som en självklar del av vården inom bland annat hjärtsjuk-, neurologisk-, stroke- och geriatrisk vård. Inom dessa områden finns det ofta väl utarbetade rehabiliteringsprocesser. Många gånger är rehabiliteringsbehoven likartade oavsett sjukdom. Att ta del av hur rehabiliteringsprocesser är uppbyggda inom andra komplexa sjukdomar och samverkan med nationella programområden är ett sätt att utveckla cancerrehabilitering.

SWOT-analys

Tabell 4: SWOT-analys för cancerrehabilitering

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Att patienten erbjudits en namngiven kssk.	<p>Fast vårdkontakt</p> <p>Jämlikt stöd för patienten och närstående</p> <p>Uppdragsbeskrivning är nationell.</p> <p>Kvalitetsfaktor</p> <p>Effektivt arbetssätt</p> <p>Stärker patientens delaktig</p>	<p>Kräver ekonomiska möjligheter till nytt tjänsteutrymme.</p> <p>Omfattande uppdrag som kräver stöd från chefer och team</p>	<p>Välinformerade informerad patient</p> <p>Kontinuitet och tydlig ingå till vården.</p> <p>Ökade möjlighet till individanpassad vård och stöd.</p> <p>Kostnadsbesparande.</p> <p>Jämlikt stöd för patienten och närstående</p>	<p>Regioners olika förutsättningar och möjligheter att införa kssk.</p> <p>Sjuksköterskebrist.</p> <p>Att kssk inte arbetar utifrån uppdragsbeskrivning på grund av andra uppgifter</p>
Att patienten erbjudits Min vårdplan som ett stöd i vård- och rehabiliteringsprocessen	<p>Tryggare patient</p> <p>Tydligare vårdflöde för patienten och närstående</p> <p>Patientens behov och önskemål tydliggörs</p> <p>Ökar delaktighet utifrån individens förutsättning</p> <p>Sammanhållen information</p>	<p>Tar tid</p> <p>Hälsa- och sjukvården ser inte nyttan</p> <p>Upplevelse av dubbel dokumentering</p> <p>Ett strukturerat arbetssätt behövs tas fram</p> <p>Beslut om nyckeltillfällen för upprättande och revideras behövs</p>	<p>KVÅ-koder finns för uppföljning</p> <p>Stöd för införandet av Nationell MVP</p>	<p>Hälsa- och sjukvården ser inte nyttan och avstår</p> <p>Nationell MVP innebär nya arbetssätt och "ny information" att lära sig</p>
Beskrivning hur patientens rehabiliteringsbehov inledningsvis och kontinuerligt bedöms	<p>Skapar förutsättningar för likvärdiga bedömningar</p> <p>Ger stöd för att systematiskt ställa frågor inom alla områden</p>	<p>Kräver utbildning och ett organiserat införande</p> <p>Kräver utsedd person med uppdrag</p> <p>Kräver praktiska förutsättningar</p>	<p>Kvalitetssäkrar vården</p> <p>Resursbesparande, om behovs upptäcks och åtgärdas tidigt</p> <p>Jämlik rehabilitering</p>	<p>Resurser kan sakas, vilket kan innebära att bedömning uteblir</p>

	Åtgärder sätts in och följs upp Jämlig rehabilitering			
En rehabiliteringsplan upprättas i samråd med patienten om det finns rehabiliteringsbehov.	Kvalitets-säkrade rehabiliteringsprocess God och säker vård Tydliggör ansvar Tydliggör processen för patienten	Rutiner i verksamheten saknas Utbildning kan behövs Rutiner för dokumentation behöver tas fram Tar tid	Personcentrad vård Tydligare rehabiliteringsprocess	Hälso- och sjukvården ser inte nyttan och avstår. Kan innebära ett nytt arbetssätt för teamet flera professioner berörs
Aktiva överlämningar tillämpas och beskrivs i processen.	God och säker vård Tryggare patient Vården tar ansvar för sina delar	Rutiner behöver utarbetas mellan verksamheter Beslut om nyckeltillfällen när det ska göras saknas Gäller flera professioner	Kvalitetssäkrar vården Tydlig ansvarsfördelning mellan vårdenheter Minskar risken för bubbelarbete och att "patienten faller mellan stolarna"	Finns ingen att överlämna till
Ökad andelen landsting som har skriftliga överenskommelser mellan sjukhusen och primärvården gällande rehabiliterande insatser	Möjliggör vård nära hemmet när det är aktuellt Långa resor undviks	Kan kräva utbildningsinsatser Kräver att uppdrag och roller är tydliggjorda Beslut i linjeorganisationen Rutiner för aktiva överlämningar krävs och rehabiliteringsplan	Tydligare vårdkedja Tydligare ansvarsfördelning	Kan vara en utmaning att utarbeta samarbetsformer Resurser kan saknas Kompetens kan saknas Kräver beslut i linjeorganisationen och på tjänstemannanivå