OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Jesper Poucette, (jesfr), Distriktsläkare
Granskad av: Jesper Poucette, (jesfr), Distriktsläkare
Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör
Giltig från: 2022-10-31
Giltig till: 2024-10-31

Regional medicinsk riktlinje

Tillämpning av Nationellt vårdprogram Cancerrehabilitering

Innehållsförteckning

Bakgrund 1
Förändringar sedan föregående version 2
Vårdnivå och samverkan 2
Fysisk aktivitet och träning 2
Psykosociala och psykologiska insatser 3
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet 5
Kvalitetsuppföljning 8

Bakgrund

Denna RMR utgör ett tillämpningsdokument av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering 2021. Dokumentet förtydligar gränssnitt och ansvarsfördelning mellan specialistvård och primärvård samt redogör för regionala tillämpningar och undantag.

Utöver tillämpning av det nationella vårdprogrammet har de resultat som framkommit i kartläggning om En ännu bättre cancerrehabilitering beaktats.

Cancerrehabilitering skiljer sig från övriga former av rehabilitering inom hälso- och sjukvården. Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling. Vanligtvis är många olika professioner inblandade. En cancerbehandling är vanligtvis långvarig och mycket intensiv med frekventa biverkningar vilket motiverar kontinuerlig och individanpassad tillgång till cancerrehabilitering. Dagens cancerbehandling har lett till förbättrad överlevnad och ökat behov av rehabilitering för fortsatt god livskvalitet.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Förändringar sedan föregående version

I kartläggningen En ännu bättre cancerrehabilitering framkom att gränsdragning och kommunikation mellan primärvård och specialistvård är otydlig. Primärvården lyfte fram att man kan bidra ytterligare inom cancerrehabilitering.

Ansvarsfördelning mellan specialistsjukvård och primärvård avseende cancerrehabilitering kan ibland innebära ett gemensamt ansvar. I denna version av RMR belyses både specialistvårdens och primärvårdens roll, framför allt med fokus på fysisk aktivitet och träning, fatigue och psykosociala och psykologiska insatser.

Primärvårdens ökande roll i att bidra till sammanhållna vårdkedjor i samband med upptäckt av cancer, uppföljning och rehabilitering efter genomförd behandling, motiverar kompetenshöjande insatser om cancer och cancerrehabilitering.

Prehabilitering tillkom i nationellt vårdprogram cancerrehabilitering 2019 och belyses i denna RMR.

Vårdnivå och samverkan

Egenvårdsråd är basen för rehabilitering på alla vårdnivåer.

Fatigue

Fatigue är ett av de mest frekvent rapporterade symtom i samband med cancersjukdom. Studier visar god effekt av att ge patienterna kunskap om fatigue. Forskning har framför allt visat att patienterna mår emotionellt bättre och att de kan hantera sin vardag på ett bättre sätt om de är välinformerade.

Fysisk aktivitet vid cancerrelaterad fatigue är den intervention som är bäst underbyggd.

Ansvar specialistvårdsnivå

- Informera om risker samt fånga upp förekomst av fatigue

- Vid behov ge lämplig intervention

- Aktiv överlämning till primärvården vid behov av fortsatt utredning, bedömning och behandling

Ansvar primärvårdsnivå

- Utredning när patienter upplever begränsningar i vardagen på grund av fatigue

- Erbjuda behandling och vid behov hembesök

Se rehabiliteringsflöde i bilaga 1, bild 1.

Fysisk aktivitet och träning

Fysisk aktivitet och träning är en viktig intervention för att optimera behandling och minska komplikationer i samband med den onkologiska behandlingen.

Ansvar specialistvårdsnivå
Patienter med cancer som:

- bedöms ha behov av stöd och rådgivning* under träningen av fysioterapeut/sjukgymnast med fördjupad kunskap om cancer,
- har skelettmetastaser,
- har behov av tät samverkan inom sjukhuset som en del i utredning och/eller behandling tex om patienten är mycket infektionskänslig,
- har en ovanlig/sällsynt diagnos eller har genomgått en komplicerad operation eller drabbats av komplikationer postoperativt. Alternativt där det finns ett stort värde i att samla erfarenhet för att öka kunskapen kring diagnosen och på så sätt kunna ta fram medicinska behandlingsmetoder,
- har en diagnos/skada där hälso- och sjukvårdsverksamheten kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.

*Specialistvården kan erbjuda egenvårdsråd, FAR, individuellt besök eller gruppträning utifrån patientens behov. Rekommenderad gruppträningsperiod är 12 veckor.

Vid avslutad intervention i specialistvården bör en ny bedömning avseende behov göras. Den bör inkludera screening av fatigue. Som stöd kan frågor i Sahlgrenskas Rutin Fatigue vid cancersjukdom- handläggning användas.

Ansvar primärvårdsnivå
Patienter med cancer som bedöms ha behov av stöd och rådgivning* under träningen av fysioterapeut/sjukgymnast och:
- redan har en upparbetad kontakt,
- föredrar kontakt på primärvårdsnivå,
- bor geografiskt långt från sjukhuset eller
- har uttalat behov av att få hembesök.

*Primärvården kan utifrån patientens behov erbjuda egenvårdsråd, FAR eller individuell träning.
Patienter med icke kurativ cancer bör vid behov erbjudas stöd för fysisk aktivitet och träning i primärvården.

Se rehabiliteringsflöde i bilaga 1, bild 1.

Psykosociala och psykologiska insatser

Psykosociala och psykologiska insatser syftar till att normalisera, hantera och/eller bearbeta krisreaktion till följd av en cancerdiagnos och/eller behandling. Samtalen kan vara klargörande, motiverande och/eller bearbetande samt bidra till att patienten får stöd i att använda sina egna resurser och att göra livet mer hanterbart. Insatserna kan förebygga psykisk ohälsa, skapa

förutsättningar att bibehålla så mycket av den ”friska” vardagen som möjligt under processen samt främja återgång till vardagsliv och arbete.

Ansvar specialistvårdsnivå

- Psykosociala och psykologiska insatser erbjuds under cancerbehandlingen samt vid behov under uppföljning upp till 1 år efter avslutad cancerbehandling (ex kirurgi, cytostatika, strålbehandling).

- Patienter med icke kurativ cancer följs upp av specialistvården, psykosocial och psykologiska insatser erbjuds vid behov.

- Om närstående har behov av att tillsammans med patient eller enskilt samtala om cancerns inverkan på deras situation och/eller relation, ska det erbjudas. Psykosociala och psykologiska insatser individuellt till närstående erbjuds i begränsad omfattning.

- Samtalen bör utföras av kurator, företrädesvis legitimerad hälso- och sjukvårdskurator.

- Vid mycket avancerade behov[1] bör psykologisk behandling/psykoterapeutisk behandling erbjudas.

- Vid tidigare psykiatrisk problematik som aktualiseras efter avslutad cancerbehandling hänvisas till tidigare vårdgivare.

Ansvar primärvårdsnivå

- Vårdcentral bör erbjuda psykosociala och psykologiska insatser till patienter som har fortsatt behov 1 år efter avslutad cancerbehandling.

- Om patienten önskar, om förutsättningar finns, samt efter ömsesidig överenskommelse, kan psykosociala och psykologiska insatser erbjudas även under cancerbehandlingen samt under det första uppföljande året.

- Samtalen bör om möjligt utföras av legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, socionom, psykolog eller psykoterapeut.

Se rehabiliteringsflöde i bilaga 1, bild 2.

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

Regionen följer riktlinjer i nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering med nedanstående förtydliganden. I de fall inga avsteg eller förtydligande anges gäller anvisning i vårdprogrammet.

5 Strukturerad bedömning

Det team som ansvarar för patientens cancervård bör i början av vårdprocessen och återkommande tillsammans med patienten göra en strukturerad bedömning av

[1] *Se avsnitt 7.8 i nationellt vårdprogram cancerrehabilitering*

rehabiliteringsbehovet och eventuellt försäkringsmedicinskt behov samt formulera och revidera rehabiliteringsplanen.

5.1 Ansvar

Inom varje verksamhetsområde bör det finnas rutiner för vilka frågor som ska belysas, vem som ansvarar för behovsbedömning med hjälp av Hälsoskattning respektive rehabiliteringsplan och hur dokumentationen ska utformas. Framtagen checklista kan användas för utformning av lokal rutin.

6 Min vårdplan och rehabiliteringsplan

6.1 Individanpassad information, dialog och samråd.

Informationen ges skriftligt och muntligt. Nationell Min vårdplan rekommenderas för de diagnoser där det finns framtaget. Min vårdplan via 1177 bör erbjudas patienter som vill ha tillgång till digital information.

7 Nivåstruktur och teamarbete

7.4 Patientens cancerrehabiliterande team

Teamet bör organisatoriskt finnas där patienten behandlas, oftast i öppenvården inom specialistvården där cancerbehandling huvudsakligen genomförs.

7.7 Kurator

Varje avdelning eller mottagning inom specialistvården som vårdar patienter med cancer bör ha en legitimerad hälso- och sjukvårdskurator/kurator i teamet.
Alla patienter och närstående bör få skriftlig information om hur de får kontakt med kurator.

7.9 Externa vårdgivare

Avtal med externa vårdgivare finns inom VGR för patienter med lymfödem som symptom.

7.10 Cancerrehabilitering i primärvården

När professioner inom specialistvården bedömer att fortsatt cancerrehabilitering, helt eller delvis, kan överföras till primärvården, ska efter samråd med både patient och primärvård information om fortsatt cancerrehabilitering lämnas med remissförfarande, aktiv överlämning eller SIP till patientens läkare och/eller till övriga aktuella professioner i primärvården.

8 Prehabilitering

De verksamhetsområden (såväl primärvård som specialistvård) som möter patienter vid diagnos och i väntan på onkologisk behandling och/eller kirurgi bör ha rutiner för att bedöma och vid behov initiera prehabiliteringsinsatser avseende fysisk förmåga, nutritionsstatus och psykosociala aspekter samt levnadsvanor.

Inom cancerkirurgi rekommenderas att ERAS-principer följs. ERAS är ett behandlingsprogram som bland annat inkluderar rekommendationer om prehabilitering i form av fysisk aktivitet och optimerad nutrition inför kirurgi.

9 Symtom och symtomlindring

9.5 Fatigue

Patienter med cancer bör vid kontakt med sjukvården regelbundet bedömas på ett systematiskt sätt med avseende på fatigue.

9.6 Håravfall

Patienten har möjlighet att erhålla hjälpmedel under perioder med håravfall.

9.8 Lymfödem

RMR för lymfödem är under framtagande.

10 Nutrition

Alla verksamheter bör ha rutiner för att bedöma nutritionsstatus samt utreda, behandla och följa upp nutritionsproblem. Tidig bedömning och intervention är angelägen. Patienten bör erbjudas att träffa dietist vid nutritionsproblem som riskerar att försämra patientens nutritionsstatus, sjukdomsförlopp och livskvalitet.

När patienten inte har aktiv cancerbehandling och dietist på sjukhusförvaltning bedömer att patient kan få adekvat nutritionsbehandling i primärvården remitteras patienten från specialistvård till primärvård för övertag av nutritionsbehandlingen enligt RMR Ansvarsfördelning dietist i primärvård och specialistvård.

11 Sexuell och reproduktiv hälsa

Varje verksamhet bör ha fastställda rutiner för hur kontakt med sexolog eller annan person med kompetens i ämnet sexuell hälsa ska etableras.

11.2 Fertilitet och reproduktion

Patienter som genomgår operation, strålbehandling eller cytostatikabehandling som kan påverka fertiliteten bör erbjudas rådgivning hos Reproduktionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset för ställningstagande till vilka fertilitetsbevarande åtgärder som är möjliga.

13 Levnadsvanor och egenvård

13.1 Tobak

Primärvården har huvudansvaret för att påbörja och genomföra tobaksavvänjning. För de patienter som har sin vårdnivå inom specialistsjukvården ska tobaksavvänjning vid behov erbjudas där. Hänvisning till RMR Prevention och behandling vid tobaksbruk

13.2 **Alkohol**
Hänvisning till RMR Sjukdomsförebyggande åtgärder vid riskbruk av alkohol

14 **Fysisk aktivitet och träning**
14.1 Information och tillgänglighet. Hänvisning till RMR Fysisk aktivitet

15 Sociala aspekter

15.2 **Försäkringsmedicin**
Inom varje sjukhusförvaltning bör rehabiliteringskoordinator finnas tillgänglig som stöd till patient, sjukskrivande läkare och övriga teammedlemmar i syfte att främja återgång till eller inträde i arbetslivet.

Ansvaret för försäkringsmedicinsk bedömning och utfärdande av aktuella intyg eller utlåtanden görs av specialistsjukvård eller primärvård beroende på vem som har det medicinska ansvaret.

17 Psykologiska och psykiatriska aspekter

17.1 **Grundläggande stöd och bedömning av riskfaktorer**

Vid misstanke om svårare psykiatrisk problematik eller psykiatrisk sjukdom i patientens sjukdomshistoria bör den behandlande läkaren samråda med psykiatrin.

Hänvisning till RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistspsykiatri (vuxna)

Kvalitetsuppföljning

20 Kvalitetsarbete. Respektive område (fatigue, fysisk aktivitet och psykosociala och psykologiska insatser) kommer att följas upp med stöd av redan etablerade KVÅ-koder. Regionalt processteam cancerrehabilitering ansvarar för att välja ut relevanta koder.

BILAGA 1

Bild 1. Rehabiliteringsflöde fysisk aktivitet och fatigue

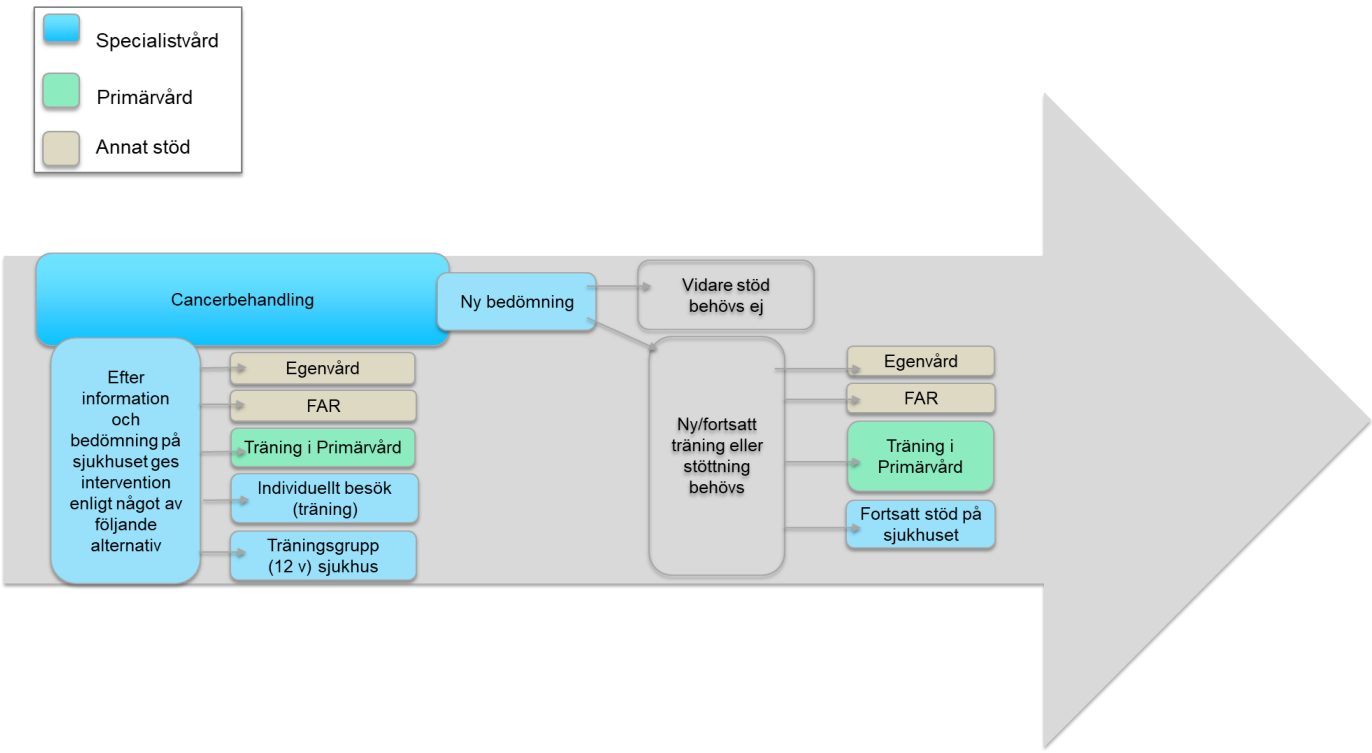
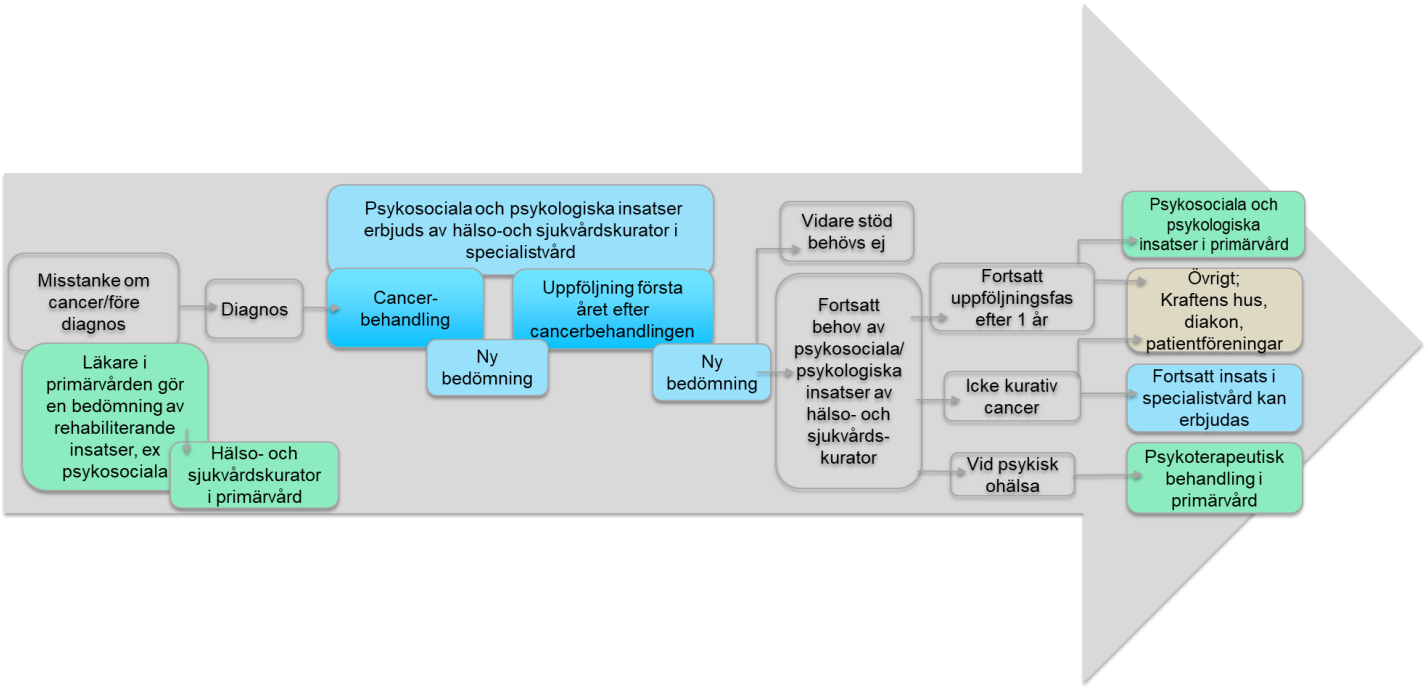


Bild 2. Rehabiliteringsflöde psykosociala och psykologiska insatser



OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Jesper Poucette, (jesfr), Distriktsläkare

Granskad av: Jesper Poucette, (jesfr), Distriktsläkare

Godkänd av: Kaarina Sundelin, (kaasu1), Direktör

Dokument-ID: HS9766-305841775-381

Version: 3.0

Giltig från: 2022-10-31

Giltig till: 2024-10-31