OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Regionalt Cancercentrum Väst
Innehållsansvar: Ulrika Smed, (ulrsm1), Universitetssjukhusöverläkare
Granskad av: Maud Davidsson, (mauda1), Kirurgisjuksköterska
Godkänd av: Johanna Svensson, (johsv6), Avdelningschef
Giltig från: 2026-11-04
Giltig till: 2027-04-29

Regional rutin

Regional rutin för cancerrehabilitering i samband med behandling av cancer i matstrupe, magsäck eller bukspottkörtel

Syfte

Syftet med dokumentet är att beskriva den lokala rutinen för cancerrehabilitering under hela vårdprocessen. Det är viktigt att patientens rehabiliteringsbehov bedöms så att åtgärder kan sättas in i rätt tid. Patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella rehabiliteringsbehov ska därför bedömas vid diagnos, och återkommande under vårdprocessen. Cancerrehabilitering för diagnoserna sker enligt riktlinjer i Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering och i nationella vårdprogrammen för Matstrups- och magsäckscancer respektive Bukspottkörtelcancer.

Definition /Dokumentation

Målsättningen med insatta rehabiliteringsinsatser och plan för dessa ska dokumenteras i journalen. Hälsoskattningsformuläret och Riskbedömning av undernäring är två screeningformulär för att identifiera riskområden hos patienten som behöver uppmärksammas och åtgärdas.

Patienter med behov av rehabilitering före och efter behandling för cancer i magsäck, matstrupe eller bukspottkörtel har ofta ökad risk för undernäring före, under och efter cancerbehandling. Det är därför av vikt att särskilt beakta risk för undernäring och brist på matsmältningsenzym, vitaminer och spårämnen för patientgruppen, att tidigt sätta in åtgärder och att kontinuerligt följa upp situationen. Då patienterna ofta vårdas vid flera olika regionala vårdenheter skall aktiva överlämningar tillämpas enligt fastslagna rutiner.

Aktiv överlämning av patient från regionsjukhusen i VG-regionen och Region Halland till SU.

Aktiv överlämning av patient från SU till regionsjukhusen i VG-regionen och Region Halland.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Ansvar

Huvudansvariga för cancerrehabilitering är ansvarig läkare och kontakt-sjuksköterska vid vårdande enhet, och patientens egenansvar för rehabiliteringen ska vara tydligt.

Kontaktsjuksköterskans ansvar – se även *Hälsoskattning* samt *Riskbedömning undernäring* nedan:

Arbetsbeskrivning avseende bedömning av rehabiliteringsbehov

Hälsoskattningsformulär och formulär Riskbedömning undernäring är verktyg för att bedöma och följa rehabiliteringsbehov

Lämpliga tillfällen för bedömning av rehabiliteringsbehov är:

- när patienten får diagnosbesked
- när patienten först kommer i kontakt med ny vårdgivare

Och i samband med:
- ingrepp (operation, biopsi etc.)
- inskrivning *till* och utskrivning *från* specialistvård
- att behandlingar inleds, följs upp och avslutas
- övergång från en vårdgivare till en annan
- besked om sjukdomsprogress- eller regress, ändrad behandling, besked om resultat av medicinska utredningar

Hälsoskattning samt Riskbedömning undernäring:

När i förloppet bör hälsoskattning ske?	Hälsoskattningsformulär och Riskbedömning undernäring används med fördel så tidigt som möjligt i förloppet i syfte att få ett utgångsvärde. Den ska användas under hela vårdprocessen för att bedöma och följa upp rehabiliteringsbehov. Uppföljning bör ske kontinuerligt vid upprepade tillfällen under patientens hela vårdförlopp.
Vem initierar att hälsoskattning bör göras?	Kontaktsjuksköterska vid ansvarig förvaltning initierar Hälsoskattningsformulär och Riskbedömning undernäring i dialog med patienten.
Hur tillgängliggörs hälsoskattning för patienten?	Hälsoskattningsformulär och Riskbedömning undernäring tillgängliggörs för patienten via utskick i samband med kallelse, i Min Vårdplan 1177, och via 1177 formulärtjänst. Kontaktsjuksköterska ansvarar för att patienten får formulären till sig.
När ska kontaktsjuksköterska/läkare	Hälsoskattningsformulär och Riskbedömning undernäring används fortlöpande under vårdprocessen som underlag för

skicka vidare till annan profession?	utvärdering av specifika rehabiliteringsbehov. Kontaktsjuksköterska ansvarar för att det sker och går igenom de ifyllda formulären med patienten vid personlig vårdkontakt. Ansvarig läkare gör en medicinsk bedömning av rehabiliteringsbehov och kontaktsjuksköterska medverkar. Behov av rehabiliteringsinsatser kan uppmärksammas av alla som vårdar patienten. När sådant behov identifierats bör patienten erbjudas lämpliga insatser som primärt kan bestå av egenvård, information och råd, samt stöd av primär rehabiliteringsresurs. Om ansvarig läkare bedömer att mer omfattande rehabiliteringsbehov finns, bör specifika riktade vårdinsatser utifrån det individuella behovet och bedömd nytta erbjudas. Patienter med mycket komplicerade tillstånd och komplikationer där omfattande behov föreligger kan behöva bedömas multidisciplinärt, vilket i så fall initieras av ansvarig läkare. Målsättning med, och effekter av rehab-insatserna ska utvärderas kontinuerligt under vårdprocessen via Hälsoskattningsformulär och Riskbedömning undernäring och dokumenteras i patientjournal av kontaktsjuksköterska.
Vilka professioner finns att tillgå?	-Grundläggande rehabiliteringsresurs: Läkare, kontaktsjuksköterska, dietist, kurator, fysioterapeut. -Särskild rehabiliteringsresurs: Logoped, lungläkare, smärtspecialist, psykiatriker, rehabiliteringskoordinator, kort-tarmmottagning. Palliativ specialist i förekommande fall. -Avancerad rehabiliteringsresurs: I specifika, ovanliga och mycket komplexa fall. Riktade medicinska specialistvårdsinsatser. Patienter med komplexa behov kan remitteras till regional cancerrehabiliteringsenhet som är baserad på Jubileumskliniken , Sahlgrenska. Resurser för cancer-rehabilitering på minst primär nivå ska finnas tillgängligt vid samtliga behandlande enheter för dessa diagnosgrupper. Vid kirurgisk vård ska ERP-program följas om inte anledning finns att avstå.
Hur kontaktas ansvarig profession?	Ansvarig profession kontaktas via remissförfarande. Viss remittering kan göras av kontaktsjuksköterska på delegation (se Rutiner för Aktiv överlämning) enl. lokal rutin.
Var och hur dokumenteras resultatet? **Vem dokumenterar?** **Vilket sökord ska användas?**	Kontaktsjuksköterska vid ansvarig vårdenhet dokumenterar fortlöpande utfallet och förändringar i Hälsoskattningsformulär och Riskbedömning undernäring i patientens journal och fångar upp rehabiliteringsbehov. Läkare ska vid mottagningsbesök ha tillgång till formulären som ska användas som ett underlag för rehabiliteringsbedömningen. I de fall någon annan än Kontaktsjuksköterska utfört åtgärd eller insats: Den som utfört åtgärd eller insats dokumenterar. Beroende på journalsystem:

	I Millenium dokumenteras utförd hälsoskattning i tilläggsformulär "Checklista ny behandlingspatient" där det ska framgå att hälsoskattning är gjord. Gäller Onkologiflödet. Implementering av integrerat formulär samt specifika sökord för respektive system är under utveckling, oklart om detta arbetssätt kan appliceras. Dokumentation i Cosmic: (specifika sökord är under utveckling) Dokumentation i Melior: utförd hälsoskattning dokumenteras under Vårdplan, nutrition.
Vilken patientinformation finns att tillgå, exempelvis rekommendationer om egenvård i Min vårdplan?	I Min Vårdplan 1177 finns information om primär rehabilitering och egenvård riktad till patienten. Skriftlig diagnosanpassad information om ERP finns tillgänglig för patienten i samband med inskrivningsbesök inför kirurgi. Skriftlig diagnosanpassad information om nutrition efter kirurgi lämnas till patienterna vid utskrivning. I nationella vårdprogram för Matstrups- och Magsäckscancer, Bukspottkörtelcancer, samt Cancerrehabilitering, finns allmän och diagnosspecifik information för professionen som även är tillgänglig för patienter.

Ansvarsfördelning avseende hälsoskattning och rehab-insatser på grundläggande nivå:

Arbetsgång

Hälsoskattning ska starta då SVF startar, dvs vid första mottagningsbesök.

Patienten får eller har fått blanketten hemskickad i pappersform (eller digitalt) för dem som använder digital Min Vårdplan.

Kontaktsjuksköterskan går igenom blanketten tillsammans med patienten och dokumenterar i sköterskeanteckningar.

Kontaktsjuksköterska deltar vid läkarbesöket och man går gemensamt igenom relevanta delar i hälsoskattningen. Läkaren ska också ha tillgång till hälsoskattningen vid besöket.

Kontaktsjuksköterska följer kontinuerligt upp insatser och göra nya hälsoskattningar inför besök.

Vid behov remitterar läkare vidare till annan profession. Kontaktsjuksköterska kan direkt kontakta vissa professioner såsom dietist och kurator.

Rehabinsatser dokumenteras i journalen av Kontaktsjuksköterska, och av alla berörda professioner som bedömt patienten eller utfört åtgärd.

Kontaktsjuksköterskan uppdaterar Min Vårdplan.

Överrapportering mellan sjukhus sker enligt rutin för aktiva överlämningar.

Patientens roll och egenansvar betonas.

Ansvar

Kontaktsjuksköterskan skickar ut hälsoskattningen var tredje månad (framför allt onkologen) och följer upp hälsoskattning och insatser kontinuerligt vid varje besök

Informera kontinuerligt om patientorganisationer, Kraftens hus etc. där patienten kan få stöd och träffa andra i samma situation.

Övrigt

Frågan kan till exempel formuleras ”Hur har du mått den sista tiden när det gäller…”

Verksamhetschef och vårdenhetschef ansvarar för att vårdpersonal har utbildning i och handledning i ”det svåra samtalet”.

Symptom	Ansvar läkare	Ansvar kontaktsjuksköterska (genomföra hälsoskattning)	Kommentarer
Trötthet/ fatigue/ Sömn	Utreda orsakerna till sömnlöshet och samtal kring levnadsvanor Förskrivning av läkemedel Uppföljning av läkemedelsanvändning	Kontinuerligt utifrån hälsoskattning, följer upp utveckling av läkemedel. Samtal kring levnadsvanor/ Vardagsrutiner Samtal kring sömnrutiner och sömnhygien. Kontinuerlig uppföljning av patientens symptom	Undersöka om patienten sover vid andra tillfällen, se alternativ Ångest kan vara orsak till sömnproblem: kan lindras av samtal
Smärta	Kartläggning av smärta och utredning av orsak. Ordination och förskrivning av läkemedel. Påbörja behandling. Inleda uttrappning. Informera om smärtbehandling och analgetika	Hjälpa patienten att beskriva sin smärta, typ av smärta och utbredning (rita in en människofigur) som underlag till smärtanalysen och utifrån det kunna ge förslag till justering av smärtlindring. Informera /undersöka om patienten har förstått hur man ska ta sina läkemedel Informera om palliativa teamets uppgift/uppdrag	I NVP finns en bild där patienten kan markera sin smärta och därmed bidra till att kunna kartlägga smärtan. Patient bedömer själv sin smärta. Det blir lättare för dem att beskriva smärtan och att kartlägga vilken typ av smärta. Kan också användas i uppföljning och utvärdering.

	Vid behov remittera vidare till smärtteam för specialist-bedömning eller till palliativt team.	Kontinuerlig uppföljning av patientens symtom	Stämma av med läkare
Andning	Anamnes och klinisk bedömning av andningsfunktion och respiration inför MDK och eventuell operation. Komplikation eller restsymptom Initiera utredning vid behov Vid behov remittera till specialist.	Uppmuntra till rökstopp Uppmärksamma ändringar i andningsmönster	-
Minne/ koncentration	Övergripande bedöma minnesfunktioner och om indikation finns skriva en remiss för minnesutredning. Ev. remiss till patientens Vårdcentral, efterfråga minnesfunktion. Vårdcentralen bedömer och ansvarar för minnesutredning	Initiera samtal med patienten Informera om “chemobrain” Kontinuerligt lämna ut information	Lätt att hoppa över, viktigt att det tas med vid ankomstsamtal o/e anamnes
Nedstämdhet/ depression	Bedöma patienten Erbjuda kuratorskontakt Ta ställning till behov av psykiatrisk bedömning och remiss vb.	Initiera och avsätta tid för samtal för att kunna fånga upp måendet. Lyssna. Initiera samtal med patienten Initiera kontakt med till exempel kurator Kontinuerlig uppföljning av patientens symtom	-
Oro/ångest	Kartlägga grad av oro/ångest Ev. förskrivning av läkemedel Erbjuda kuratorskontakt	Initiera samtal med patienten Initiera kontakt med till exempel kurator	Hur man ställer frågan. Minska ångest, avdramatisera.

Äta/Dricka	Medicinsk bedömning av nutritionsstatus. Bedömning av sväljfunktion Förskrivning av läkemedel, såsom Creon, laxeringsmedel, mm och /eller parenteral nutrition Identifiera åtgärd ihop med dietist Vid behov av parenteral nutrition eller enteral nutrition remiss till hemsjukvård Vid behov remittera/initiera utredning	Rådgivning Bedömning av nutritionell risk enl. nutritionsformulär, görs i samband med hälsoskattning, journalförs. Erbjuda smakprover näringsdryck Följa upp status/att uppföljning sker – samråd med dietist Rapportera över till dietist vid behov. Samordna med hemsjukvården vid hjälpmedel till exempel TPN och sondvälling. Hämta information från behandlingssköterska om kostintag/kostregistrering Uppföljning med dietist	Nutritionsformuläret vid första kontakt och fortlöpande. Vecka, månad, år. Hur mycket vägde du innan du blev sjuk? SKR riskbedömning kan användas, av dietist.
Beroende	Riskbedömning Informera om och följa upp Remiss till beroendeenhet eller vårdcentral vid behov	Informera om och följa upp	Bedöma riskbruk i vidare bemärkelse. Tänka mer brett om vad beroende innebär och vad som påverkar behandlingen. Inte bara alkohol och rökning Behövs mer systematiskt arbete för riskbedömningen. Ställa följdfrågor - Följa upp vad ex vad måttligt betyder för olika patienter. Patienterna kan vara omotiverade att sluta med sitt beroende
Illamående	Kartläggning av illamåendet och utredning av orsak. Utprovning av läkemedel, till exempel antimetika, påbörja behandling Informera om hur man ska ta sina mediciner	Fånga upp, bedöma och utvärdera. Rådgivning, egenvård Uppföljning	Finns en Illamåendedagbok på *cytobase* hemsida.

Avföring/ Urin	Förskrivning av läkemedel till exempel creon, laxantia, loperamid, metoklopramid	Fånga upp eventuella besvär Rådgivning och egenvård Informera om creon, hur man använder medicinerna Uppföljning	Beskriva arbetssättet med creon på onkologen. Vid förskrivning efter cytostatika.
Utseende/ Kroppsupp-fattning/ självbild	Remisser till exempel tandvårdsbidrag, perukrekvisition i förekommande fall	Beskriva vilka möjligheter som finns, Uppmärksamma behov	Håravfall, kroppsförändringar, svullnad, hudfärg, utslag, påverkan på tänderna mm Svårt att närma sig om inte patienten själv inte tar upp.
Fysisk aktivitet / Balans / Stickningar i händer, fötter	Information om ERP och mobilisering Bedöma WHO /ECOG Förskriva förebyggande vitamin B12 Remiss arbetsterapeut, fysioterapeut enligt behov Onkologläkare: Bedöma risk för neuropatier inför, under och efter behandling Bedöma ändringar i medicinering pga biverkningar	Prata och förstå patienten utöver det som formuläret säger. Det som står i formuläret säger inte allt. Samtal kring fysisk aktivitetsnivå och grundläggande rådgivning avseende träning. Uppmuntra till träning Uppföljning Stämma av med läkare/fysioterapeut Vid stickningar i händer och fötter som kan vara läkemedelsutlösta, kontakt med onkolog för avstämning	Det är viktigt med nutrition i förhållande till träning, viktigt att väga in det
Sexualitet / intimitet /närhet	Informera Onkolog: Beakta eventuella biverkningar av cytostatika	Informera om biverkning av cytostatikas påverkan på sexliv	Beakta andra aspekter (HBTQ eller om man gjort en TS-operation) där det mer handlar om bemötande i vården, så att pat inte blir utlokaliserad till fel klinik
Familj/ relationer	Samtal och grundläggande rådgivning vid behov Notera barn som närstående Erbjuda kuratorskontakt	Initiera kontakt med kurator Stödja och grundläggande rådgivning Notera barn som närstående	Uppmärksamma om det finns minderåriga barn och ge info Efterfråga närstående eller vänner. Viktiga personer i ens sociala nätverk

Existentiella funderingar	Fånga upp och ge utrymme att prata om detta. Hänvisa vid behov	Fånga upp och ge utrymme att prata om detta. Kontakta kurator Hänvisa till exempelvis sjukhuskyrka/moské/synagoga/ annat trossamfund om det finns önskemål	Kopplat till oro Finns olika tendenser att följa upp, Cancer kan för vissa ses som guds straff till exempel Inte bara religion utan allmänna tankar kring livet och döden
Ekonomi	Erbjuda kuratorskontakt Intyg vid behov	Informera om ekonomiskt stöd att söka Initiera kontakt med till exempel kurator. Informera om närståendepenning Fånga upp till exempel dålig ekonomi, Sjukresor, Läkemedel, Näringsdryck blir belastning, Tandvård Fånga upp socialt utsatta med till exempel dålig ekonomi Sjukresor, läkemedel, Näringsdryck blir belastning,	-
Arbete/ sysselsättning	Intygsskrivning Sjukskrivning	Involvera rehab-koordinator för stöd vid behov	-

Innehållsansvarig

Fastställd av Omvårdnadsgrupp Övre Gastrointestinal i Västra Götalandsregionen och Region Halland 2024-06-25 Framtagen i samarbete med Vårdprocessgruppen.

Granskad av regional processledare Universitetssjukhusöverläkare Ulrika Smedh, matstrupe och magsäck, och regional processledare Överläkare Johanna Wennerblom, bukspottkörtel, samt utvecklingsledare Nina Hautanen, Regionalt Cancercentrum Väst.

Relaterad information

Överrapportering mellan kontaktsjuksköterska och sjuksköterska på behandlande enheter inom vo onkologi (vgregion.se)

Aktiv överlämning inom kirurgi, onkologi, urologi och palliativ vård (vgregion.se)

Tillämpning av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering.pdf (vgregion.se)

Bilagor

Självskattning inom Cancervården (vgregion.se)

Hälsoskattningsformulär

Riskbedömning undernäring

Nationellt vårdprogram Cancerrehabilitering

Nationellt vårdprogram bukspottkörtelcancer - RCC Kunskapsbanken (cancercentrum.se)

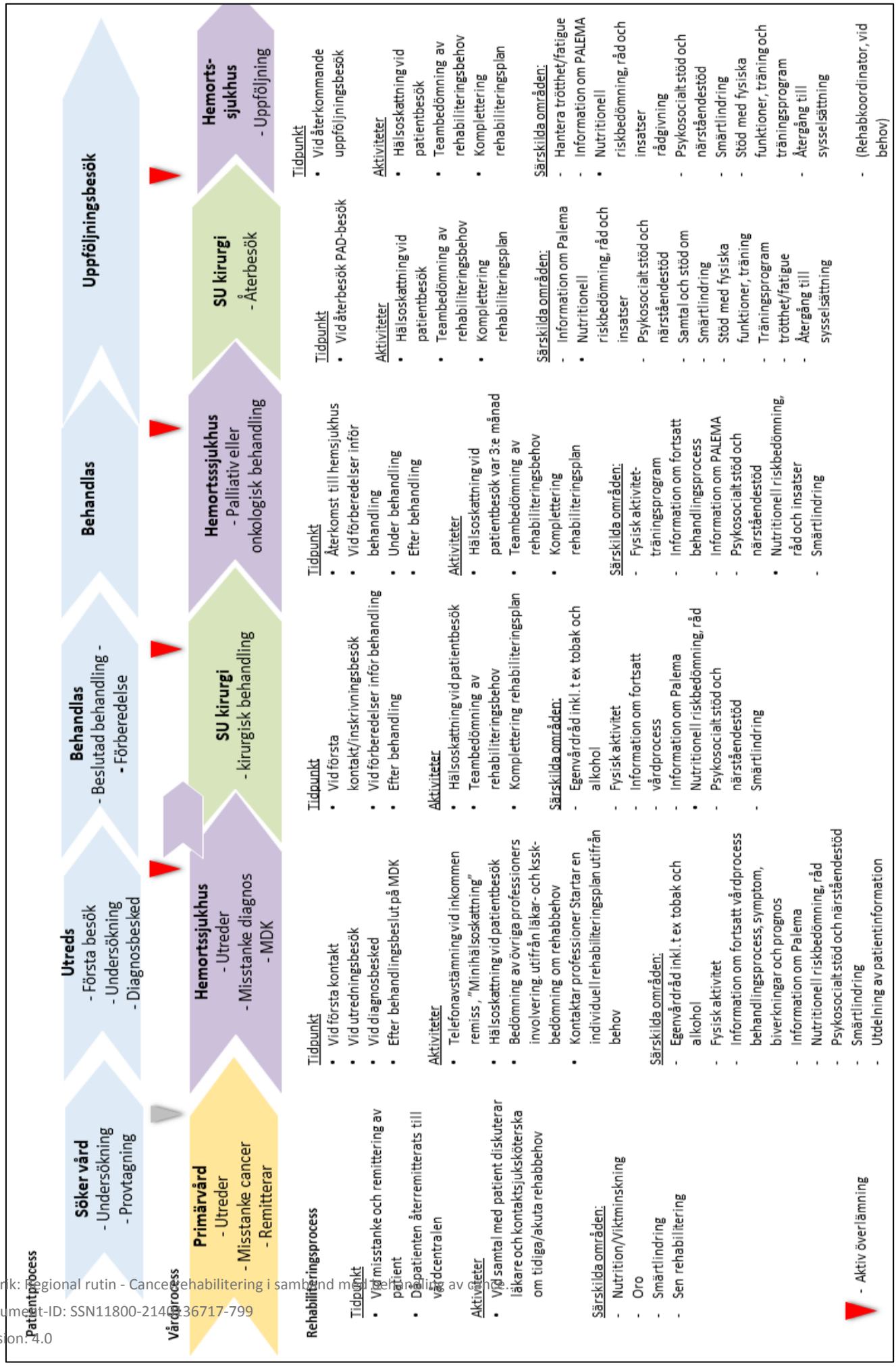
Nationellt vårdprogram matstrups- och magsäckscancer - RCC Kunskapsbanken (cancercentrum.se)

Patient-och vårdprocess vid överlämning (flöde)

Se nedan, nästa sida: Figur 1: Patient-och vårdprocess vid överlämning (flöde)

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Figur 1:Patient-och vårdprocess vid överlämning (flöde)



OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Regionalt Cancercentrum Väst

Innehållsansvar: Ulrika Smed, (ulrsm1), Universitetssjukhusöverläkare

Granskad av: Maud Davidsson, (mauda1), Kirurgisjuksköterska

Godkänd av: Johanna Svensson, (johsv6), Avdelningschef

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-799

Version: 4.0

Giltig från: 2026-11-04

Giltig till: 2027-04-29