

**RMR Cancerrehabilitering
2023-2024
Västra Götalandsregionen**

RMR arbetet

- NVP godkänd i oktober
- Uppdaterad hemsida
- Digitalt lanseringsmöte 27/11

Våra aktiviteter:

- Uppstartsmöte 28/11 med arbetsgruppen
- Mål: färdig RMR innan sommaren
- Professionsnätverkens roll i RMR arbetet

Om RMR i VGR

- RMR är ett dokument som beskriver regional tillämpning av Nationellt vårdprogram
- Syftet är att förtydliga vem som gör vad, t.ex. ansvarsfördelning mellan specialistvård och primärvård
- Ska redogöra för regionala tillämpningar och undantag
- I arbetet ingår en konsekvensbeskrivning, t.ex. behov av utökade resurser eller kompetenser

Syfte

- Syftet är att beskriva vårdnivå, samverkan och för enskilda insatser förslag på genomförande för att stödja vården i Västra Götalandsregionen att använda och följa det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering.
- Helheten i vårdprogrammet upprepas inte i den regionala riktlinjen.
- Under avsnittet bakgrund upprepas delar av det nationella vårdprogrammet för att förenkla läsning.

**Stöd till implementering av nationellt
vårdprogram
för cancerrehabilitering
2023**

Regionalt ansvar och giltighetsområde



- **Varje region är ansvarig** för att implementera det uppdaterade vårdprogrammet för cancerrehabilitering.
- **Vårdprogrammet tydliggör** aspekter som *ska* implementeras (lagstiftning) och de som *bör* (rekommendationer) implementeras regionalt och lokalt.
- **Vårprogrammets giltighetsområde** gäller cancerrehabilitering för patienter > 18 år.

Steg för steg-guide för ett strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering i regionen:

- **Steg 1** - Skapa samsyn kring vad cancerrehabilitering är.
- **Steg 2** - Säkerställa tillgången till cancerrehabiliterande insatser i regionen.
- **Steg 3** - Kartläggning och bedömning av individuella rehabiliteringsbehov.
- **Steg 4** - Cancerrehabiliterande insatser utifrån fyra behovsområden – fysiska, psykiska, sociala och existentiella.
- **Steg 5** - Tillgång till cancerrehabilitering på tre nivåer – grundläggande, särskild och avancerad nivå.
- **Steg 6** - Uppföljning och aktiv överlämning.
- **Steg 7** - Omhändertagande av långvariga eller sena komplikationer.

Steg 1. Skapa samsyn kring vad cancerrehabilitering är

Definition:

”I detta vårdprogram 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, aktivitetsförmåga och livskvalitet samt ett aktivt deltagande i samhällslivet trots konsekvenser av cancer och cancerbehandling”

[Till programförklaringen](#)

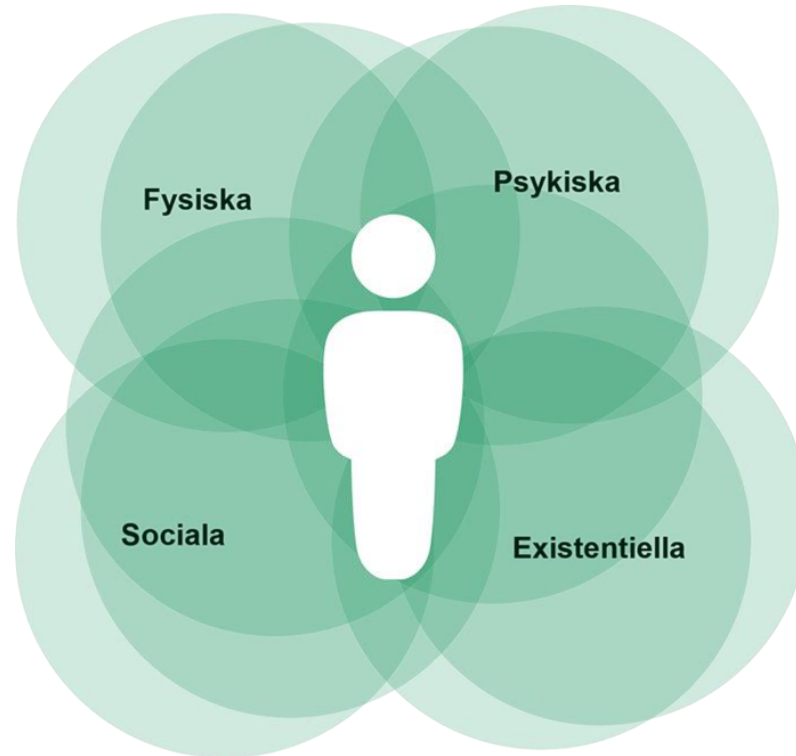
Steg 2. Säkerställa tillgången till cancerrehabilitering i regionen

- Enligt 8 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är **regionerna ansvariga för att erbjuda rehabilitering** till personer som behöver det. Detta innefattar även cancerrehabilitering.
- **Regionerna behöver kartlägga** vilka resurser som finns tillgängliga och vid behov tillsätta resurser som saknas eller alternativt samverka med andra regioner.
- **Det behövs riktlinjer** för strukturerad uppföljning och omhändertagande i alla regioner, på samtliga vårdnivåer och i hela vårdkedjan.
- **Det nationella vårdprogrammet** behöver förankras och anpassas till regionala och lokala förutsättningar.

Steg 3. Kartläggning och bedömning av individuella rehabiliteringsbehov

- **Varje verksamhet** behöver systematiska processer för att bedöma rehabiliteringsbehov, initiera rehabiliteringsinsatser och upprätta rehabiliteringsplan.
- **Rutiner behövs** för remittering till annan vårdgivare om patienten har rehabiliteringsbehov som finns inom annan verksamhet.
- **Strukturerade och återkommande** behovsbedömningar är centralt i rehabiliteringsprocessen.
- **Bedömningsinstrument och själva bedömningsamtalet** är centrala delar. Bedömningsinstrument som kan användas vid kartläggning är hälsoskattning och hantering av ångest, med komplettering av fördjupning kring diagnos- och behandlingsspecifika behov. [Kartläggning och bedömning av behov](#)

Steg 4. Cancerrehabiliterande insatser utifrån fyra behovsområden (1/5)



Bilden är modifierad från en originalbild framtagen av Cancerfonden. Cancerrehabilitering utgår från fyra områden: patientens och de närståendes fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Dessa är alla relaterade till varandra.

Steg 4. Fysiska insatsområden omfattar (2/5)



- [Aktiviteter i dagliga livet](#)
- [Fysisk aktivitet och träning](#)
- [Mun- och tandhälsa](#)
- [Nutrition](#)
- [Sexuell och reproduktiv hälsa](#)



Har vi tillgång till insatser inom de listade områdena inom verksamheten eller regionen i övrigt?

Om inte – hur arbetar vi för att säkerställa tillgången?

Steg 4. Psykiska insatsområden omfattar (3/5)



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



Har vi tillgång till insatser inom de listade områdena inom verksamheten eller regionen i övrigt?

Om inte – hur arbetar vi för att säkerställa tillgången?

Steg 4. Sociala insatsområden omfattar (4/5)



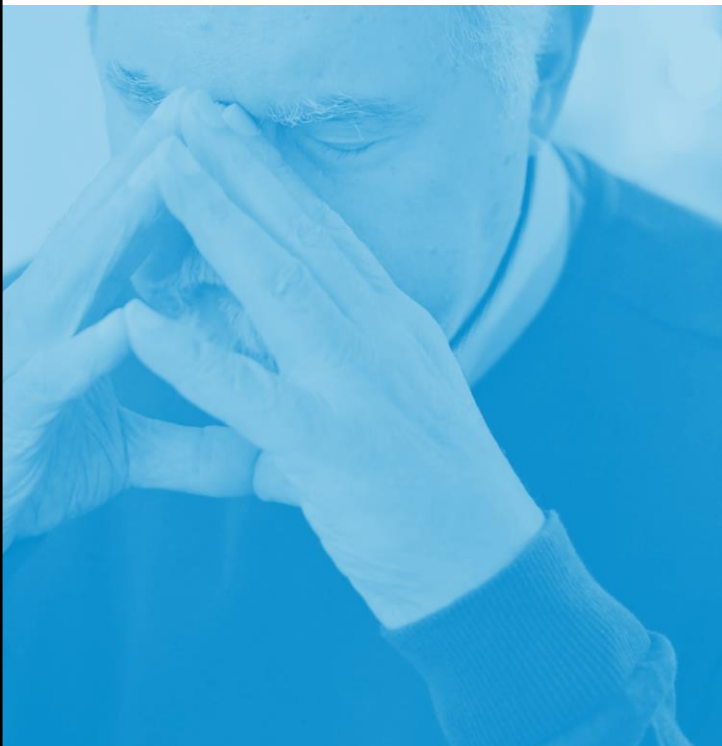
- [Kartläggning](#)
- [Hälsa- och sjukvårdskuratorns insatser](#)
- [Närstående](#)
- [Barn som anhöriga](#)
- [Särskilt sårbara grupper](#)
- [Försäkringsmedicin](#)
- [Inträde i arbetslivet eller återgång till tidigare arbete eller annan sysselsättning](#)
- [Stöd tillsammans med ideella organisationer](#)



Har vi tillgång till insatser inom de listade områdena inom verksamheten eller regionen i övrigt?

Om inte – hur arbetar vi för att säkerställa tillgången?

Steg 4. Existentiella insatsområden omfattar (5/5)



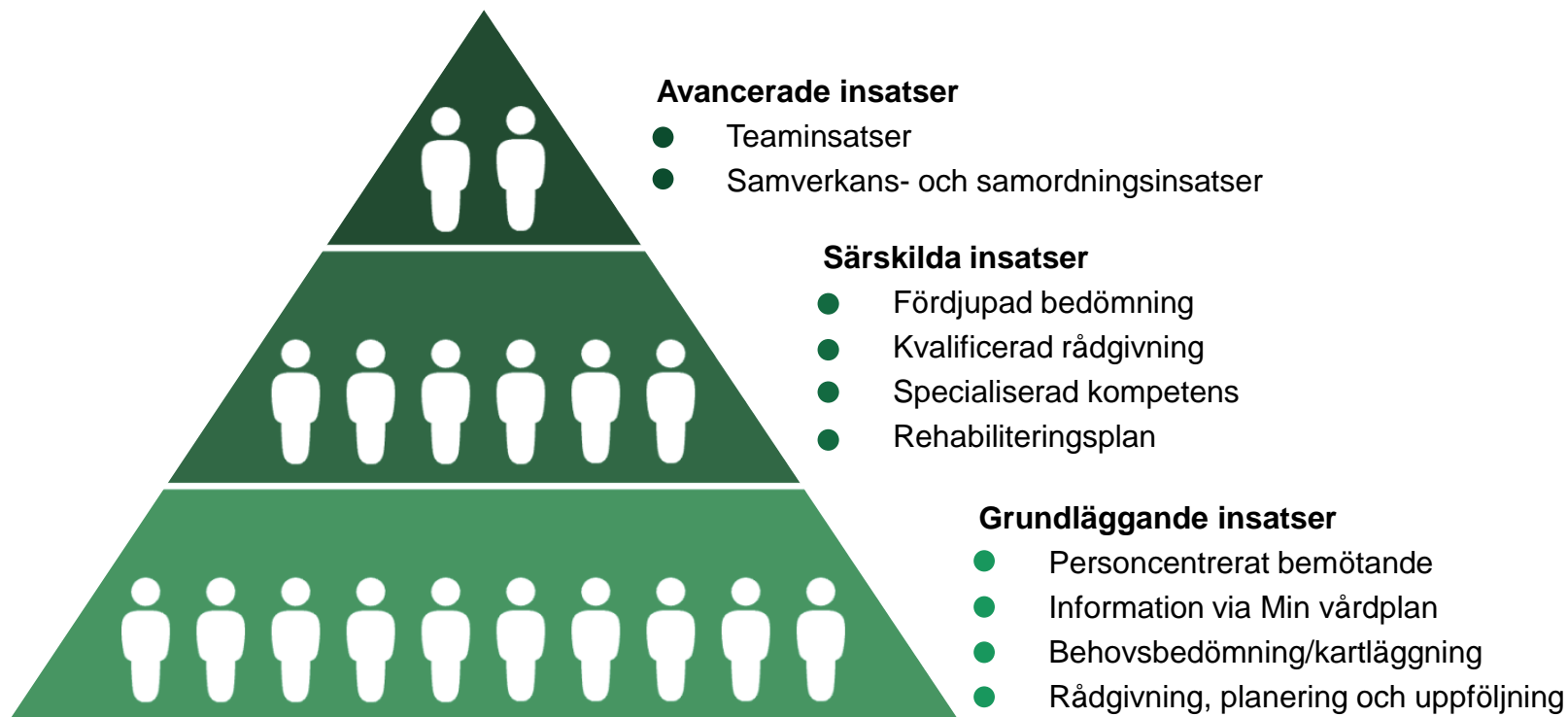
- [Existentiella frågor och existentiell kris](#)
- [Existentiell ensamhet](#)
- [Andliga och religiösa frågor](#)
- [Existentiellt förhållningssätt och stöd](#)



Har vi tillgång till insatser inom de listade områdena inom verksamheten eller regionen i övrigt?

Om inte – hur arbetar vi för att säkerställa tillgången?

Steg 5. Tillgång till cancerrehabilitering på tre nivåer (1/4)



Cancerrehabiliterande insatser på grundläggande, särskild och avancerad nivå.

Steg 5. Hur säkerställer vi tillgång till grundläggande insatser? (2/4)

- Hur säkerställer vi ett [personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt](#)?
- Hur skapar vi förutsättningar för kontaktsjuksköterskor att arbeta med cancerrehabilitering?
- Har vi rutiner för [kartläggning och behovsbedömningar](#)?
- Hur arbetar vi med [Min vårdplan](#)?
- Hur arbetar vi med enklare rådgivning, gemensam planering och uppföljning av individens rehabiliteringsbehov?
- Har vi rutiner för remittering till annan profession?

Steg 5. Hur säkerställer vi tillgång till särskilda insatser? (3/4)

- **Hur säkerställer vi** att patienterna får en fördjupad bedömning av rehabiliteringsbehov vid behov?
- **Hur arbetar vi** med rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning vid t ex. ohälsosamma levnadsvanor?
- **Hur säkerställer vi** tillgången till specialiserad kompetens vid särskilda behov t ex lymfödem, kognitiv funktionsnedsättning och svårare psykiatriska tillstånd?
- **Hur arbetar vi** med [rehabiliteringsplan](#) tillsammans med patienten?

Steg 5. Hur säkerställer vi tillgång till avancerade insatser? (4/4)

- **Hur säkerställer vi** att patienten vid behov får tillgång till teaminsatser?
- **Hur arbetar vi** för att säkerställa samverkan och samordningsinsatser mellan vårdgivare, enheter och huvudmän i regionen?
- **Hur arbetar vi** med samverkan och samordningsinsatser? T ex. samordnad individuell plan (SIP).

Steg 6. Uppföljning och aktiv överlämning

- **Hur arbetar vi** med uppföljning av rehabiliteringsinsatser i regionen?
T ex. åtgärds-koder vid upprättande av rehabiliteringsplan eller efter genomförd rehabiliteringsinsats?
- **Hur säkerställer vi** aktiv överlämning mellan vårdgivare, enheter och huvudmän i regionen?

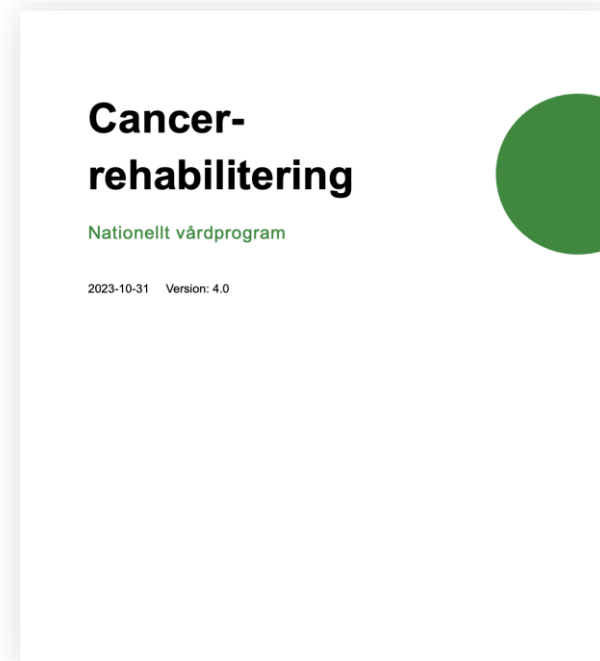
Steg 7. Omhändertagande av långvariga eller sena komplikationer

- **Varje region behöver utforma** riktlinjer för hur långtidsuppföljning av patienter med cancer ska organiseras.
- **I detta ingår rutiner** för att kartlägga om patienten fått långvariga problem eller sena komplikationer av cancersjukdomen. Dessa kan kräva medicinska, omvårdnads- och/eller rehabiliterande insatser.
- **När cancerbehandlingen avslutas** är det viktigt att patienten får skriftlig och muntlig information om diagnos, genomgången behandling och förväntade biverkningar samt vart patienten kan vända sig om problem uppstår.
- **Detta kan med fördel sammanfattas** i en behandlingssammanfattning och ligga till grund för en aktiv överlämning till annan vårdgivare.

[Långvariga eller sena komplikationer](#)

Övriga nationella vårdprogram inom rehabilitering

- [Bäckencancerrehabilitering](#)
- [Långtidsuppföljning efter barncancer](#)
- [Palliativ vård](#)
- [Palliativ vård av barn](#)
- [Diagnosspecifika vårdprogram](#)
- Cancerrehabilitering för barn och ungdomar (kommande)



Önskar ni mer stöd till implementering?

Här finns mer information och stöd:

[Implementeringsstöd till nationellt vårdprogram
cancerrehabilitering](#)

RMR arbetet – förslag genomförande

- Genomförs via Teams.
- Ett insatsområde per möte, 4 möten à 2 timmar
- Vårdnivå, 1 möte à 2 timmar för att samla ihop vårdnivåtänkarna från insatsområdesmöten
- Konsekvensbeskrivningen gör Sofie och Jesper en grund och 1 möte à 2 timmar

- Mål: färdig RMR innan sommaren
- Professionsnätverkens roll i RMR arbetet är att få texterna och komma med förslag och synpunkter
- Samordningsråd rehabilitering vill bidra, idag inte klart hur