

Gäller för: Verksamhet Onkologi

Giltig från: 2025-12-12

Innehållsansvar: Kajsa Asklöf, (kajas1), Specialistpsykolog

Giltig till: 2027-10-22

Granskad av: Anki Delin Eriksson, (anner61), Koordinator

Godkänd av: Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

Oro i samband med cancer

Revideringar i denna version

Ingen förändring av innehåll. Snabbupprättande pga administrativ omstrukturering. Godkänt av VC Andreas Hallqvist.

Syfte

Cancer innebär alltid en psykosocial belastning för individen. Att drabbas av cancer är en händelse som förändrar livet för patienter och deras anhöriga. Förutom sjukdomen i sig skall behandlingsmöjligheter diskuteras och startas upp. De psykosociala problemen vid cancersjukdom är blandade och reaktionen kan till en början liknas vid en krisreaktion, men också innebära ångest och/eller depression under en längre tid. Även praktiska problem som ekonomiska och sociala kan förekomma. Eftersom sjukdomen i större eller mindre utsträckning innebär ett hot mot livet uppstår ofta existentiella frågor. Enligt National Comprehensive Cancer Network (NCCN) benämns vad vi på svenska ofta talar om som psykosociala problem med engelska termen distress. Denna term innefattar allt från vanliga normala känslor som rädsla, sorg och sårbarhet till problem som kan bli starkt begränsande för patienten t.ex. depression och ångest. Psykosociala problem är en multifaktoriell, obehaglig känslomässig upplevelse av psykologisk, social och/eller andlig natur som ibland också kan försämra möjligheten att hantera cancersjukdomen, dess fysiska symtom och dess behandling.

Forskning visar att det är vanligt att patienter med cancer drabbas av känslomässiga reaktioner av varierande grad som är associerade till cancersjukdomen under olika faser i sjukdomsförloppet. Symtom som berör människans psykologiska och känslomässiga spektra kommer att påverka patienter och deras närstående under hela fasen i sjukdomsförloppet och den närmaste tiden efteråt. För att kunna stödja patienter med cancersjukdom och deras närstående att hantera svåra

situationer är det av stor betydelse att tidigt uppmärksamma psykologiska problem och orsaker relaterade till dessa.

Genom psykosocial screening kan patienter i riskzon identifieras och erbjudas tidig intervention. Eftersom patienter upplever olika grad av psykologisk stress och reaktionerna är unika för varje patient är det angeläget att interventionerna är individuellt anpassade.

Ångest och depression är tillsammans med smärta och fatigue de vanligaste rapporterade cancerrelaterade symtomen som stör patientens förmåga att utföra dagliga aktiviteter. Oro, nedstämdhet, ångest och depression är centrala problem när det gäller överlevnaden då de påverkar återhämtning på ett signifikant vis. Det finns ett dokumenterat samband mellan nedstämdhet/oro och nedsatt hälsorelaterad livskvalitet hos cancerpatienter.

Akut krisreaktion

En akut krisreaktion kännetecknas av en övergående reaktion på olika hot mot existensen, med psykiska såväl som fysiska reaktioner.

Krisreaktionen kan komma plötsligt men går vanligtvis över på några timmar till några dagar (chockfasen). Symtomen kan vara av skiftande karaktär, alltifrån förvirring och blockering av uppmärksamhet till mer fysiska symtom som hjärtklappning och svettning. En cancerdiagnos innebär ofta en traumatisk kris för den som drabbas. Både patienten och närstående är krisdrabbade men i olika grad. Det är viktigt att personal är uppmärksam på flera parter eventuella behov av krisbearbetning. Även barnens behov behöver uppmärksammas. Vid en kris genomgår man olika faser som inte alltid är tydligt åtskilda utan man kan växla mellan dem fram och tillbaka. Hur en person reagerar i en kris beror på vad hen har med sig i sin livshistoria. Ibland innebär det att personer fungerar långt under sin vanliga nivå under en tid. Det som är betydelselöst för en person kan ha stor betydelse för en annan. Chockfasen kommer i direkt anslutning till cancerbeskedet och kan ha en varaktighet på någon timma till dagar. I denna fas rämman tillvaron så som man har känt den och tyckskaotisk. Man får svårt att ta in och bearbeta information och behöver därför få den upprepade gånger. Reaktionsfasen kommer när personen börjar kunna ta in den nya verkligheten. Fasen kan pågå från några veckor till månader. Kontakten med känslorna återfås, försvaren försvinner och smärtan kommer upp till ytan. Ilska, rädsla, tvivel och ledsenhet kan ta sig många olika uttryck, ibland även som tystnad.

Frågorna varför man är drabbad och hur det kunde hända återkommer. Personen försöker hitta en mening med sin situation. I denna fas kan det

också hända att någon börjar självmedicinera med alkohol eller droger för att fly smärtan. Självmodsriskerna ökar. Andra problem som kan uppstå eller förvärras är sömnsvårigheter, nedsatt aptit och nedstämdhet. Hallucinationer kan också förekomma. Det är lika vanligt med ett utagerande beteende som ett nedstämt. Med tiden kommer personen att börja fungera mer och mer som sig själv. Det är inte alltid så att hen själv anser sig vara i behov av någon hjälp utan kan ha en begränsad tilltro till det stöd som erbjuds. Då kan vårdpersonal försöka motivera patienten att ta emot hjälp genom att förklara vad det innebär och upprepa erbjudandet om samtalsstöd.

Bearbetningsfasen innebär som namnet antyder den fas där personen bearbetar händelsen. Fasen varierar mycket i tid, men brukar vara i sex månader till ett år. Denna fas behöver ha sin tid. Känsloreaktionen av det som hänt börjar förankras i hos personen och sorteras in som något som har hänt. Tankar på hur framtiden kommer att gestalta sig, hur den förändrade kroppen ska hanteras samt rädsla för återfall gör att behovet av samtal nu kan vara som störst.

Nyorienteringsfasen är när personen börjar hitta vägar framåt i den nya verkligheten. Den överväldigande smärta och känsla som infann börjar kännas mer hanterbar. När det gäller förluster av någon nära som exempelvis barn eller förälder kan man dock utgå ifrån att sorgen aldrig kommer att avslutas utan bearbetas och återupplevs mer eller mindre under hela livet. I bästa fall kan personen så småningom hitta ett meningsfullt sätt att leva trots förlusten.

Ångest

Ångest är en i sammanhanget naturlig reaktion som drabbar de flesta med en livshotande sjukdom åtminstone vid något tillfälle under sjukdomsförloppet, vanligtvis när patienten får diagnosbeskedet, vid förändringar i sjukdomsbilden och i samband med kontroller. Den förvärras ofta vid övergången till palliativ fas och är förknippad med rädsla för döden. Den döende kan känna en rädsla för smärta och för att somna och aldrig mer vakna upp. Prevalensen för ångest är högre hos patienter med cancersjukdom än i friska kontrollgrupper. Att uppleva ångest innebär att hela tiden känna oro, ha svårt att kontrollera denna och ha symtom av autonom hyperaktivitet och överdriven vaksamhet. Den drabbade personen känner ofta att negativa händelser är oundvikliga, så kallat katastroftänkande. För många minskar ångesten då de anpassar sig till sin situation, men för andra kan den bli mycket svår och påverka livskvaliteten. Ångest kan orsaka både fysiska och psykologiska symtom. De fysiska symtomen består av t.ex. svettning, andnöd, huvudvärk och magbesvär. De psykologiska är mer varierande och svårare att upptäcka

men koncentrationssvårigheter, irritabilitet, sömnsvårigheter och nedsatt förmåga att slappna av är några exempel.

Ångest, som kan orsakas både av cancersjukdomen i sig men också av behandlingen, kan kvarstå i flera år efter en kurativ behandling. Det kan handla om svårigheter att acceptera en förändrad kropp men vanligt är också rädsla för återfall i cancer. Enbart ångest är relativt ovanligt, det ses oftare i kombination med depression. Andra orsaker till ångest kan vara okontrollerad smärta, dyspné samt läkemedel och abstinens från dessa. Det kan också handla om oro för att biverkningar av behandling ska förvärras och leda till sämre funktion och smärta i framtiden.

Depression

Den förväntade och normala reaktionen för patienter med cancer är nedstämdhet och oro. De flesta hanterar detta förvånansvärt bra, men för vissa individer blir den upplevelsen mer intensiv och kan leda till ett depressivt tillstånd. Det är viktigt att skilja mellan reaktioner av normal nedstämdhet och depression. Depression skiljer sig från ångest med psykologiska symtom som känsla av hopplöshet, värdelöshet, anhedoni (oförmåga att känna glädje) och självmordstankar. Obehandlad depression intensifierar andra symtom och leder till nedsatt förmåga att klara vardagen och leder ofta även till ett socialt tillbakadragande. Känslor av hopplöshet, förlust av engagemang och glädje kan vara tecken på depression. Andra symtom kan vara sömnstörning, trötthet, irritation, rastlöshet, åltande och koncentrationssvårigheter. Känslor som ofta uppkommer vid depression är maktlöshet, värdelöshet och skuld. Depression klassificeras som lindrig, medelsvår eller svår beroende på symtomens antal och svårighetsgrad.

Riskfaktorer

Risken för psykisk ohälsa vid cancer är högre för dem som sedan tidigare har psykiska problem eller en personlighetsproblematik som påverkar förmågan att reglera känslor och försvårar användandet av effektiva copingstrategier. Tidigare belastande upplevelser, anknytningsproblematik samt nuvarande omsorgs- och ansvarsroll påverkar också. Att ha en socioekonomiskt belastad situation och ett otillräckligt socialt stöd är också försvårande omständigheter.

Högre nivåer av psykosociala problem föreligger hos patienter som drabbats av recidiv och hos patienter med avancerad sjukdom med dålig prognos. Att vara yngre, kvinna eller att ha dåliga ekonomiska förutsättningar ökar också risken för att drabbas av ångest.

Omvårdnadsåtgärder

Det är viktigt att ha rutiner för att fånga upp psykosociala problem och rehabiliteringsbehov hos patienter. För att göra detta kan det krävas att man rutinmässigt använder sig av en skattningsskala för ångest och depression eftersom uttrycken för psykisk ohälsa kan vara så olika från person till person. En välorganiserad vårdkedja där alla inblandade i vården har tillgång till rätt information om patienten skapar en trygg miljö för den drabbade. En ångestdrabbad patient har ofta ett stort behov av att få prata om sin rädsla och diskutera med sina vårdgivare. Personal som möter dessa människor kan med fördel vara utbildade i samtalsbehandling som kuratorer och psykologer. g. En grundläggande åtgärd för att förebygga psykosociala problem är att se till att patienten är välinformerad om sin sjukdom samt får svar på prover och undersökningar så snabbt som möjligt. Informationen behöver ofta upprepas eftersom den oroliga patienten inte sällan fokuserar på den mest skrämmande fakta och glömmer det positiva. En person med hög ångestnivå eller i chock kan inte ta emot och bearbeta information på vanligt sätt.

Att samtala om sjukdom, symtom och behandling kan i sig vara ångestdämpande och lindra oro. Patientutbildning är framförallt användbart då patienten har svårt att förstå medicinsk information om sin prognos och symptom. Patientens oro kan också lindras av att man förklarar de emotionella faser man går igenom när man får ny och skrämmande information. Patienter med andliga övertygelser kan ibland bli hjälpta av sin tro men den kan också ge upphov till nya existentiella funderingar i mötet med döden. Det kan vara av värde att ta kontakt med sjukhuskyrkan om patienten så önskar. Sjukhuskyrkan förmedlar även kontakter med olika trosinriktningar.

Samtalsbehandling är verksamt vid stress, oro, ångest, nedstämdhet och existentiella funderingar i samband med cancersjukdom. Patienten ges där en möjlighet att tala igenom sin situation, förstå mer om sina symtom och lära sig att hantera dessa.

Även komplementära metoder som massage och avslappning är användbara för att lindra oro. Ibland krävs medicinsk behandling vid ångest och depression. Kontakta då läkare.

Cancerrehabiliteringen

Inom vo onkologi finns Cancerrehabiliteringen, en enhet som består av kuratorer, psykolog, rehabkoordinator, sjuksköterskor och dietister. Här erbjuds samtalsbehandling till både patienter och närstående i alla skeden av sjukdomen. Kuratorerna bedriver psykosocialt arbete, det vill säga

utöver samtalsbehandling ges även information, vägledning och praktiska stödinsatser. Psykologen erbjuder samtalsbehandling vid mer komplicerade fall av ångest och nedstämdhet

Kurator och psykolog kan ofta etablera snabb kontakt med patienter och närstående som finns i både sluten- och öppenvården. Kurator och psykolog kontaktas genom muntlig eller skriftlig remiss.

Behovsbedömning och dokumentation

Inom verksamhet Onkologi är målet att alla patienter erbjuds att fylla i skattningsformuläret Hälsoskattning för cancerrehabilitering, inför nybesök och återbesök till sin läkare och/eller kontaktsjuksköterska. Var god se länk nedan. Återkommande bedömning av rehabiliteringsbehov är utgångspunkten för att rätt åtgärder sätts in i rätt tid. Bedömning av fysiska, psykiska, sociala och existentiella rehabiliteringsbehov ska göras regelbundet under processen med start vid diagnos.

[Hälsoskattning för cancerrehabilitering](#)

Dokumentera under sökord psykosocialt

Undersökning

- Identifiera riskpatienter
- Kartläggning
- Screening av psykosociala problem och rehabiliteringsbehov
- Bedömning av skattningen

Åtgärd

Screening med stöd av Hälsoskattning för Cancerrehabilitering

Ansvar

Vårdenhetschefen på respektive enhet är ansvarig tillsammans med arbetsgruppens representant på enheten att rutinen är känd bland sjuksköterskor inom verksamhetsområde onkologi.

Kunskapsöversikt

Brown, LF, Kroenke, K et.al. The Association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*. 2010;19:734-741.

[Nationellt Vårdprogram Cancerrehabilitering 2023](#)

Carlsson, LE & Bultx, BD. Cancer distress screening: Needs, models and methods. Journal of Psychosomatic Research 2003;55: 403-409.

Cullberg, Johan (2003) Kris och utveckling, Natur och Kultur.

Furlong, E & O'Toole, S. 2006. Psychological Care for Patients With Cancer in Kearney, N & Richardson, A. Nursing Patients With Cancer: principles and practice. Elsevier Churchill Livingstone.

Jacobsen, PB. Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. Psychooncology 2009; 18(1) 6-13

Holland, JC & Akici, Y. Management of Distress in Cancer Patients. J Support Oncol 2010; 8: 4-12

Kirkova, J, Walxh, D et.al. Symptom severity and distress in advanced cancer. Palliative Medicine. 2010; 24(3): 330-339.

Lloyd-Williams M & Hughes, J. Balancing feelings and cognitions. I: Payne, S m fl (red), Palliative care nursing - principles and evidence for practice. New York: Open university press, 2008, s. 290-307.

Mosher, C & Duhamel K. An examination of distress, sleep and fatigue in metastatic breastcancer patients. Psycho-Oncology. 2010, 24 nov (Epub)

[NCCN \(Comprehensive Cancer Network\) Clinical practice Guidelines in Oncology: Distress management](http://www.nccn.org) V.I.2019. www.nccn.org

Granskare/arbetsgrupp

Kajsa Asklöf, psykolog Cancerrehabiliteringen

Anki Delin Eriksson, koordinator

Maggie Bood, specialistsjuksköterska, avd 53

Rickard Jormin, sjuksköterska, avd 54

Anette Jepsen, specialistsjuksköterska, onkologmottagningen Östra

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Onkologi

Innehållsansvar: Kajsa Asklöf, (kajas1), Specialistpsykolog

Granskad av: Anki Delin Eriksson, (anner61), Koordinator

Godkänd av: Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9775-406090012-133

Version: 7.0

Giltig från: 2025-12-12

Giltig till: 2027-10-22