

Tillämpning av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2018-00329) giltig till december 2020.
Utarbetad av regional processgrupp för cancerrehabilitering, RCC Väst.

Nytt sedan föregående revidering

Detta RMR/vårdprogram är en uppdatering av ”Cancervårdprocessen 2015” och utgör ett tillämpningsdokument av Nationellt vårdprogram för Cancerrehabilitering 2017. Några avsnitt i tidigare dokument har tagits bort med hänvisning till resp. läkemedelskommitté. Det gäller t ex vaccination, neutropen feber och skelettskyddande läkemedelsbehandling. Detta dokument tar upp regionala förtydliganden och tillämpningar vilket innebär att en rad viktiga aspekter på cancerrehabilitering formuleras enbart i det nationella vårdprogrammet. De finns med i detta dokument endast med rubrik och länk. Länkarna i denna RMR är till den uppdaterade versionen av det Nationella vårdprogrammet som fastställdes 2019. På [RCC:s web](#) finns bakgrundsmaterial och andra dokument med anknytning till denna RMR och det nationella vårdprogrammet.

Vårdprocess – vårdnivå - vårdstruktur

Sammanfattning av Nationella vårdprogrammet, definitioner mm.

5.1 Det team som ansvarar för patientens cancervård ska i början av vårdprocessen i dialog med patienten gå igenom de frågor och behov som ligger till grund för en första cancerrehabiliteringsplan. Rehabiliteringsbehoven växlar under sjukdomsförloppet, varför bedömningen ska upprepas fortlöpande utifrån patientens situation. Behoven ska kartläggas på ett ordnat sätt, fastställt i riktlinje för verksamhetsområdet. Distresstermometern och hälsoskattning för cancerrehabilitering är validerade instrument som rekommenderas.

6 Nivåstruktur, teamarbete, Min vårdplan

6.2 Under de skeden i sjukdomsförloppet när tillståndet kan betecknas som ”livshotande” ska verksamhetschefen utse en läkare att vara fast vårdkontakt ([SOSFS 2011:7 3§](#)). Detta innebär att patienten i dessa situationer har såväl namngiven kontaktsjuksköterska som namngiven läkare. När läkaren inom specialistsjukvården bedömer att fortsatt cancerrehabilitering, helt eller delvis, kan överföras till primärvården, ska (efter samråd med patienten) information om fortsatt cancerrehabilitering lämnas med [remissförfarande](#) och [aktiv överlämning/SIP](#) till patientens läkare samt till övriga aktuella professioner i primärvården. Detta innebär att ansvaret för cancerrehabilitering ligger kvar inom specialistsjukvården tills remissmottagaren genom remissvar bekräftat den föreslagna ansvarsfördelningen.

6.5 Varje avdelning eller mottagning som bedriver cancerbehandling ska ha en kurator i teamet. Alla patienter och närstående ska få skriftlig information om hur de etablerar kontakt med kuratorn. För att möta patientens grundläggande rehabiliteringsbehov ska i teamet ingå läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt ytterligare professioner såsom arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, psykolog, sjuksköterska, logoped eller annan profession i den omfattning som verksamhetschefen eller tumörspecifika vårdprogram anger i regionala tillämpningar. De professioner som ingår i teamet ska vara tillgängliga vid minst ett tillfälle varje vecka hela året.

[6.7](#) Grundläggande behov ska tillgodoses inom verksamhetsområdet. Särskilda behov inom verksamhetsområdet eller annan verksamhet inom aktuell sjukhusförvaltning. Avancerade behov ska tillgodoses inom egna sjukhusförvaltningen eller annan förvaltning efter lokal överenskommelse. Mycket avancerade behov tillgodoses inom sjukvårdsregionen. När det gäller dessa ska Sahlgrenska Universitetssjukhuset ge stöd med konsultfunktion för hela sjukvårdsregionen.

[6.8](#) Externa vårdgivare. Regionerna kan teckna avtal med externa vårdgivare för cancerrehabilitering.

[6.9](#) Cancerrehabilitering i primärvården.

[6.10](#) Patienter med cancer inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård ska ha läkare som är utsedd av verksamhetschef i primärvården som fast vårdkontakt även i de fall patienten samtidigt har fast vårdkontakt inom specialistsjukvården. Observera att kraven i patientlagen beträffande [vårdplanering, SIP](#) måste uppfyllas (se ovan 6.2).

[7](#) Symtomlindring.

[7.4](#) Dyspné: Det är angeläget att behandla dyspné skyndsamt, eftersom det är ett starkt ångestskapande symtom. Om kausal behandling mot dyspné inte är möjlig, eller ger otillräcklig effekt på symtomet andnöd, kan morfin användas i symtomlindrande syfte. Injektion sc eller iv är oftast att föredra framför tablettbehandling. Inhalation av morfin rekommenderas inte. Bensodiazepiner kan reducera patientens ångest, men har inte specifik effekt på dyspné. Syrgas är inte effektivare mot dyspné än placebo. I de fall dyspné förekommer samtidigt med fatigue och försämrat allmäntillstånd kan kortisonbehandling förbättra patientens livskvalitet.

[7.5](#) Fatigue/trötthet: Cancerrelaterad trötthet är ett subjektivt upplevt symtom, som är multidimensionellt och multifaktoriellt. Såväl fysiska, psykiska, sociala och existentiella faktorer påverkar uppkomst, grad, omfattning och upplevelse av symtomet. Trötthet anses som det mest frekvent rapporterade symtomet i samband med cancersjukdom. Det finns åtgärder för att minska fatigue. Dessa baseras på en strukturerad bedömning av upplevd trötthet, eventuellt utlösande faktorer samt vilken påverkan tröttheten har på patientens dagliga liv. God information och fysisk aktivitet är den intervention som har visat sig ha den bästa effekten för att minska graden av trötthet. Den ska ske med regelbundenhet och om möjligt utökas successivt samt ske utifrån individens förmåga. Varje berörd sjukhusförvaltning ska inrätta verksamhet som möter patientens behov av behandling av fatigue.

[7.6](#) Håravfall kan vara en biverkan av onkologisk behandling. [Patienten har möjlighet](#) att erhålla hjälpmedel som peruk, toupé, ögonfransar eller ögonbryn för att inte bli lidande under perioder med håravfall. Behandling med kyla kan till viss del skydda mot håravfall orsakat av kemoterapi. Denna behandling ska i aktuella fall erbjudas.

[7.7](#) Illamående vid kemoterapi: Varje enhet som ger cytostatika ska ha riktlinjer som fastställer rutiner mot cytostatikarelaterad emesis för de regimer som förekommer på enheten. För att kunna anpassa antiemetikabehandlingen på individnivå ska en riskbedömning utföras.

[7.9](#) Tandvård, munvård: De mottagningar och vårdavdelningar som regelbundet möter cancerpatienter med mun- och tandproblem ska ha ett organiserat samarbete med specialisttandvården så att patienten snabbt kan etablera kontakt vid behov. I de fall påverkan på

tandstatus kan förväntas ska patienten informeras om detta, samt om vikten av munsköljning med fluor.

Vid svampinfektion i munhålan ska (om kontraindikationer inte föreligger) behandling med flukonazol 50 mgx1 i 5–7 dagar erbjudas.

7.10 Vid smärta ska VAS/NRS-värde i vila och vid aktivitet dokumenteras i patientjournalen. Skattningshjälpmedlet [BPI, Brief Pain Inventory](#), eller liknande ska användas om VAS/NRS>4.

7.11 Tarmproblem: Opioidbehandling och behandling med 5-HT3-receptorantagonister ger ofta upphov till förstoppning. Patienten ska informeras om detta samt rekommenderas förebyggande behandling. Ökad fysisk aktivitet och laxermedel har sannolikt effekt och kan rekommenderas. Ökat intag av vätska har inte effekt. Beträffande kostintervention är det vetenskapliga underlaget svagt. Troligen är det adekvat att rekommendera ökat intag av kostfibrer.

8 Egenvård.

8.2 Den patient som har frågor om alkoholbruk ska erbjudas rådgivande samtal. Detta gäller även när det i anamnesen framkommit att patienten dricker alkohol på ett sätt som är förenat med risk och som kan vara relevant för patientens aktuella situation.

8.1 Varje verksamhetsområde ska ha rutiner för hur patienten ska tillfrågas om tobaksbruk samt i förekommande fall erbjudas stöd till tobaksavvänjning.

Fysisk aktivitet, lymfödem, nutrition mm

10 Alla patienter med cancer ska i samband med diagnos och inledande behandling informeras muntligt och skriftligt om betydelsen av fysisk aktivitet. Inom behandlande verksamhetsområde/sjukhusförvaltning ska riktlinjer utformas som belyser hur och av vem informationen ska ges, lämpligen i samband med att en cancerrehabiliteringsplan upprättas. Alla patienter som får diagnosen cancer och som ska påbörja behandling ska erbjudas att träffa arbetsterapeut och fysioterapeut för information i grupp om fysisk aktivitet, fatigue samt struktur i vardagen. Dessa informationsträffar ska återkomma regelbundet.

De som har behov ska också erbjudas en individuell bedömning av fys/arb t ex upplägg av träning, FaR, hemträningsprogram, hjälp att hitta balans i vardagen, bedömning av fatigue mm.

Fysisk aktivitet i grupp eller individuellt ska erbjudas inom sjukhusförvaltningen och/eller inom primärvården. Aktiv överlämning/överslag till arbetsterapeut/fysioterapeut i primärvård/kommun på hemorten görs så snart det bedöms lämpligt.

10 Alla verksamhetsområden där cancer behandlas ska ha utarbetade rutiner för lymfödem. Samtliga patienter som opereras med lymfkörtelutrymning ska före och efter operationen informeras om riskfaktorer för att utveckla lymfödem, tidiga symtom på lymfödem och var man kan få behandling för lymfödem. Lymfödem relaterat till cancer bedöms och behandlas av en lymfterapeut som ska vara fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska med adekvat tilläggsutbildning.

11 Viktförlust över 10 procent för vuxna eller över 5 procent för äldre (över 65 år) under de senaste 6 månaderna ska alltid påkalla uppmärksamhet vad beträffar näringstillståndet. Vid

nutritionsproblem är tidig intervention betydelsefull. Symtom på näringsbrist ska utredas, behandlas, följas upp samt dokumenteras. Kontakt med dietist är ofta påkallad.

I samband med in- och utskrivning på vårdavdelning och vid mottagningsbesök ska patientens näringstillstånd bedömas enligt riktlinjer för verksamhetsområdet. Riktlinjen ska beakta rekommendationer i diagnosspecifika RMR/vårdprogram. När dietist på sjukhusförvaltning bedömer att patienten kan få adekvat stöd från dietist i primärvården måste patientens läkare remittera patienten för delat vårdansvar med primärvårdens läkare.

12 Aktiviteter i det dagliga livet, ADL.

13 Patientens läkare och kontaktsjuksköterska bör under hela cancervårdförloppet informera om sjukdomens och behandlingens påverkan på den sexuella hälsan och i dialog med patienten uppmärksamma behov av rehabilitering samt vid behov erbjuda kontakt med sexolog/motsvarande. Varje sjukhusförvaltning ska ha fastställda rutiner för hur kontakt med sexolog/motsvarande ska etableras.

13.2 I samband med operation, strålbehandling eller cytostatikabehandling som kan påverka fertiliteten ska spermienedfrysning erbjudas före behandlingsstart till manliga patienter i fertil ålder. Kvinnliga patienter i fertil ålder i samma kliniska situation bör erbjudas rådgivning hos Reproduktionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset för ställningstagande till vilka fertilitetsbevarande åtgärder som är möjliga. Kryoförvaring av oocyter, embryon eller ovarialvävnad eller behandling som skyddar äggstockarna kan vara aktuell, och ska i förekommande fall erbjudas.

14 Sociala aspekter.

14.2 Inom varje sjukhusförvaltning ska Rehabiliteringskoordinator finnas tillgänglig som stöd till patient, sjukskrivande läkare och övriga teammedlemmar.

15 Patienter med akuta psykiatriska problem, manifesta psykotiska symtom och/eller uttalad suicidrisk ska alltid bedömas, utredas och behandlas samt vid behov remitteras till psykiatrin.

16 Riktlinjer bör utformas regionalt för hur långtidsuppföljning av patienter med cancer ska organiseras. Dessa bör utformas för respektive cancerprocess. I de fall uppföljningen motsvarar avancerade eller mycket avancerade behov ska huvudansvaret ligga på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Detta gäller t ex uppföljning av patienter som behandlats för cancer före 18 års ålder samt patienter som befars få komplikationer till strålbehandling mot bäckenet.

Uppföljning

17 Kvalitetsindikatorer

Innehållsansvarig:

Marianne Jarfelt, regional processägare Cancerrehabilitering, RCC Väst