REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Remissrunda – Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering

Den nationella vårdprogramgruppen för cancerrehabilitering har reviderat det nationella vårdprogrammet. Vi emotser tacksamt synpunkter på innehållet.

Remissvaren lämnas via webbformuläret som hittas här.

Lämna remissvaret senast **2026-04-14**, sedan stängs formuläret.

Vid frågor, kontakta rccsyd@skane.se

Syftet med remissrundan är följande

1. Att ge profession, patienter och anhöriga tillfälle att kommentera innehållet i vårdprogrammet. Ge gärna konkreta förslag på ändringar och tillägg. Om det till exempel saknas relevanta insatser, om en rekommendation är svårtolkad eller om något perspektiv saknas.
2. Att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av förändringar i vårdprogrammet och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom vårdprogrammet.

Målet med vårdprogram är att komplettera diagnosspecifika nationella cancervårdprogram. Det ska bidra till en personcentrerad, jämlik, resurseffektiv och evidensbaserad cancerrehabilitering i hela Sverige för varje patient som behandlats med cancer.

Den bilagda nationella konsekvensbeskrivningen ger en översiktlig bild av vad som är reviderat och vilka konsekvenser vårdprogramgruppen bedömer att ändringarna kan medföra. Förändringar framgår också i vårdprogrammets inledningskapitel.

Observera! Denna version av vårdprogrammet har inte reviderats mot bakgrund av den nya nationella cancerstrategin som kom i slutet av januari 2026. Eventuella uppdateringar i enlighet med den nya cancerstrategin kommer ske efter remissrundan.

På vårdprogramgruppens vägnar,

Ylva Hellstadius

Ordförande, vårdprogramgruppen för cancerrehabilitering

Regionala cancercentrum i samverkan
Sveriges Kommuner och Regioner | 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00
E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

Nationell konsekvensbeskrivning – nationellt vårdprogram Cancerrehabilitering

Datum: 2026-01-21

Detta är en nationell konsekvensbeskrivning av nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering. Den kan användas som underlag för regionala konsekvensbeskrivningar i samband med remissrundan.

Incidens och prevalens

N/A

Antal patienter aktuella för behandling och uppföljning

Rekommendationerna i vårdprogrammet för cancerrehabilitering omfattar samtliga cancerdiagnoser.

Observera att cancerrehabilitering efter bäckencancer samt rehabilitering för barn och unga behandlas i separata vårdprogram.

Cirka 70000 personer per år diagnostiseras med en cancersjukdom i Sverige. Av de bedöms alla patienter ha behov av cancerrehabilitering på grundläggande nivå. En stor andel av patienterna bedöms ha behov på särskild och avancerad nivå. Alla patienter som behandlats för cancer ska följas upp gällande rehabiliteringsbehov före, under och efter avslutad behandling. Patienter ska även följas upp gällande sena effekter och/eller kvarstående biverkningar av cancersjukdom och behandling.

Huvudsakliga förändringar

1) Samtliga kapitel har reviderats och kortats ned.
2) Kapitlet ”internet som informationskälla” har tagits bort, då det inte anses relevant längre.
3) Lista med mötesplatser för cancerberörda har tagits bort.
4) Nytt kapitel om ”förändrad sömn” har tillkommit”.
5) Kapitlet ”sexuell och reproduktiv hälsa” har skrivits om.
6) Civilsamhällets roll i cancerrehabiliteringsprocessen har förtydligats.

Förändringar av verksamhet och organisation

Uppdateringen av vårdprogrammet ställer krav på regioner och verksamheter som behandlar cancerpatienter att implementera ett systematiskt arbetssätt för rehabilitering genom hela diagnosprocessen. Patienter ska kontinuerligt få sina rehabiliteringsbehov bedömda och åtgärder ska skyndsamt sättas in, när ett rehabiliteringsbehov har identifierats, oavsett vart i cancervården patienten befinner sig. Detta gäller även aktörer utanför cancervården, till exempel primärvården och/eller andra rehabiliteringsaktörer (till exempel neurologisk eller ortopedisk rehabilitering) om identifiering av sena biverkningar eller kvarstående effekter av cancersjukdom och/eller behandling uppstår.

Regionala cancercentrum i samverkan
Sveriges Kommuner och Regioner | 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00
E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

Regionerna ska erbjuda patienter insatser på alla tre insatsnivåer (grundläggande, särskild och avancerad). Om insatser på särskild och avancerad nivå inte kan erbjudas inom cancervården, ska regionen kartlägga om cancerpatienter kan få tillgång till insatser inom andra verksamhetsområden (till exempel neurologisk eller ortopedisk rehabilitering) och/eller inom annan region.

Regionerna bör:

1) Systematiskt och kontinuerligt bedöma rehabiliteringsbehov genom hela vårdkedjan.
2) Erbjuda insatser på grundläggande nivå till alla patienter och på särskild och avancerad nivå till de patienterna med behov.
3) Öka samverkan mellan specialist – och primärvård i syfte att optimera rehabilitering och uppföljningen av cancerpatienter på rätt vårdnivå.
4) Erbjuda diagnosgrupper **pre**habiliterande insatser.

Nationell organiserad uppföljning av rehabiliteringsindikatorer i kvalitetsregister, saknas i dagsläget. Det betyder att det inte går att följa upp regioner eller verksamheter vad gäller cancerrehabiliterande insatser. Det går därför inte att uttala sig generellt, om cancerrehabiliteringen i Sverige är jämlik eller av god kvalitet.

Centralisering och decentralisering

Inga direkta rekommendationer ges beträffande nivåstruktur. Däremot uppmanas regionerna att kartlägga tillgången till mer avancerade rehabiliteringsinsatser inom andra verksamhetsområden, i de fall detta inte kan erbjudas inom cancervården i den aktuella regionen. Det kan röra sig om att kartlägga tillgången i en grannregion, för att öka samverkan, i syfte att erbjuda patienten insatser i förhållande till individuella behov. Regionerna bör eftersträva att patienten ska erbjudas rehabilitering så nära hemmet som möjligt även om cancervården i övrigt genomförs på annan ort.

Ökade kostnader

För att få till systematiska bedömningar av rehabiliteringsbehov i hela cancervården, bör läkare och kontaktsjuksköterskor erbjudas utbildningar som generellt belyser cancerrehabilitering och specifikt lämpliga metoder för att bedöma rehabiliteringsbehov.

Ett förbättrat evidensläge gällande **pre**habilitering beskriver stora vinster med systematisk **pre**habilitering för vissa patientgrupper. Insatser som till exempel fysisk aktivitet, nutrition, psykologiskt och socialt stöd samt egenvård, i perioden mellan diagnos och behandlingsstart är rekommenderat och kan därför innebära ökade kostnader i form av personal, lokaler och/eller framtagande av **pre**habiliteringsprogram.

Långtidsuppföljning och stöd för rehabilitering vid skador/sena biverkningar/kvarstående effekter orsakade av cancer/cancerbehandling kommer för varje år att medföra ökade kostnader. Dels på grund av att behoven synliggörs i större utsträckning, dels för att fler patienter lever längre efter cancerbehandling alternativt med behandlingskrävande cancer under längre tid (kronisk cancer).

Liksom tidigare rekommenderas att alla patienter med cancerrelaterat lymfödem ska erbjudas bedömning av utbildad lymfterapeut. Årligen erbjuds högskolekurser som bedöms ge adekvat kompetens för den personal som ansvarar för lymfödembedömning och behandling. Regionerna bör bekosta deltagande i dessa kurser för att därmed snabbt rätta till de eventuella brister som idag finns i lymfödemvården.

Resurs- och kostnadsbesparande åtgärder

Om vårdprogrammet implementeras medför det bättre tillvaratagande av cancervårdens resurser. Några exempel:

1) Att arbeta systematiskt med bedömning av rehabiliteringsbehov genom hela vårdkedjan, ökar chansen att behov blir identifierade i tid, insatser kan sättas in och på så sätt förebyggs svårare konsekvenser av patientens tillstånd.
2) Ett klargörande gällande ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdens insatser (medicinsk vård, omvårdnad och rehabilitering), egenvård och civilsamhällets roll i återhämtningen efter en cancerbehandling kan ge vägledning i fördelning av resurser i regionerna.
3) Ökad kunskap om bedömning av rehabiliteringsbehov och samverkan mellan specialist - och primärvård innebär att fler patienter får rehabilitering på rätt vårdnivå.
4) Ökad samverkan mellan verksamheter som behandlar cancerpatienter samt mellan regionerna, gällande rehabiliterande insatser på särskild och avancerad nivå, bidrar till en resurseffektivare och mer jämlik cancerrehabilitering.
5) Ökad användning av digitala rehabiliteringsinsatser, kan i vissa fall vara kostnadseffektivt.

Etiska aspekter

1) Systematiska processer i varje diagnosprocess för bedömning av rehabiliteringsbehov är det första och viktigaste steget mot en mer jämlik cancerrehabilitering.
2) Fördelning av resurser i respektive region behöver ses över, så alla regioner kan erbjuda rehabilitering på samtliga tre nivåer (grundläggande, särskild och avancerad) samt bygga ändamålsenliga rehabiliteringsflöden.
3) Rehabiliteringen ska alltid utgå från patientens individuella behov. Tillgängliga resurser ska fördelas så de patienterna med störst behov prioriteras.

Cancer-rehabilitering

Nationellt vårdprogram

2026-01-29 Version: Remissversion 5.0

Remissversion

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Innehållsförteckning

Kapitel 1
Sammanfattning....6

Kapitel 2
Inledning....7

2.1 Vårdprogrammets giltighetsområde....7
2.2 Förändringar jämfört med tidigare version....8
2.2.1 Förändringar som medför resursbesparing....8
2.3 Värdering av det vetenskapliga underlaget....8
2.4 Ordlista....9

Kapitel 3
Mål med vårdprogrammet....10

Kapitel 4
Definitioner....11

4.1 Socialstyrelsens definition av rehabilitering....11
4.2 Vårdprogrammets definition av cancerrehabilitering....11

Kapitel 5
Personcentrering och rehabilitering i cancervårdprocessen....13

5.1 Vårdnivåer och ansvar....13
5.2 Prioriteringar utifrån behov....14
5.3 Insatser i relation till cancervårdförloppet....14
5.3.1 Aktiv överlämning....15
5.4 Insatser i civilsamhället....16
5.5 Personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt....17
5.1.1 Behov och insatser utifrån fyra områden....17

Kapitel 6
Hälso- och sjukvårdens insatser på tre nivåer....19

6.1 Insatser på grundläggande nivå i cancervården....19
6.1.1 Kontaktsjuksköterska....20
6.1.1 Information....21
6.1.2 Strukturerad identifiering av behov....21
6.1.3 Levnadsvanor....23
6.1.4 Egenvård....23
6.1.5 Min vårdplan....24
6.2 Insatser på särskild nivå....25
6.2.1 Generisk modell för rehabilitering....25
6.2.2 Specialiserad kompetens....26
6.2.3 Fördjupad bedömning av profession med specialiserad kompetens....26
6.2.4 Rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning vid ohälsosamma levnadsvanor...27

Remissversion

6.3 Rehabiliteringsplan 27
6.3.1 Rehabiliteringsplanens innehåll 28
6.4 Insatser på avancerad nivå 29
6.4.1 Team och teamarbete 29
6.4.2 Samverkans- och samordningsinsatser 31
6.5 Exempel på insatser på grundläggande, särskild och avancerad nivå 31

Kapitel 7
Kvalitetsindikatorer och målnivåer 32

7.1 Rekommenderade KVÅ-koder 33
7.2 Kvalitetsregister 35
7.3 PROM- och PREM-mätningar 35

Kapitel 8
Prehabilitering 36

8.1 Fysisk aktivitet och träning 37
8.2 Nutrition 37
8.3 Psykisk hälsa 38
8.4 Tobaks- och alkoholbruk 39
8.5 Insatser på de olika nivåerna 39
8.6 Fördjupning 39

Kapitel 9
Symtom och biverkningar som kan påverka funktionsförmåga 40

9.1 Cytostatikautlöst perifer neuropati 41
9.1.1 Behandling 41
9.1.2 Insatser på de olika nivåerna 42
9.1.3 Fördjupning 42
9.2 Fatigue 43
9.2.1 Insatser på de olika nivåerna 43
9.3 Förändrat utseende 45
9.4 Illamående 46
9.5 Kognitiv funktionsnedsättning 47
9.5.1 Insatser på de olika nivåerna 47
9.6 Lymfödem 48
9.6.1 Bakgrund och orsaker 49
9.6.2 Prevention och diagnostik 49
9.6.3 Egenvård 50
9.6.4 Tilläggsbehandling 51
9.6.5 Uppföljning och utvärdering 52
9.6.6 Insatser på de olika nivåerna 52
9.7 Påverkad sömn 54
9.7.1 Insatser på de olika nivåerna 55
9.8 Smärta 56

Remissversion

9.8.1 Insatser på de olika nivåerna....58
9.9 Strålningsrelaterade besvär....59
9.9.1 Behandling....59
9.9.2 Insatser på de olika nivåerna....60

Kapitel 10
Fysiska insatsområden....61

10.1 Aktiviteter i det dagliga livet....61
10.1.1 Insatser på de olika nivåerna....62
10.1.2 Fördjupning....63
10.2 Fysisk aktivitet och träning....64
10.2.1 Särskilda hänsynstaganden vid träning....66
10.2.2 Insatser på de olika nivåerna....67
10.2.3 Fördjupning....68
10.3 Mun- och tandhälsa....69
10.3.1 Insatser på de olika nivåerna....70
10.4 Nutrition....70
10.4.1 Insatser på de olika nivåerna....72
10.4.2 Fördjupning....74
10.5 Sexuell och reproduktiv hälsa....74
10.5.1 Sexuell hälsa....74
10.5.2 Reproduktiv hälsa....77

Kapitel 11
Psykiska insatsområden....79

11.1 Samtal och information....79
11.2 Kartläggning och fördjupad bedömning....80
11.2.1 Identifiering av sårbarhetsfaktorer och resurser....80
11.3 Krisreaktion....81
11.4 Stressreaktion....82
11.5 Oro och ångest....83
11.6 Nedstämdhet och depression....84
11.7 Suicidrisk....85
11.7.1 Strukturerad suicidriskbedömning....85
11.7.2 Bedömningsinstrument vid suicidrisk....86
11.8 Rädsla för återfall....86
11.9 Posttraumatisk stress....87
11.10 Uppföljning av psykisk hälsa....88
11.11 Insatser på de olika nivåerna....88

Kapitel 12
Sociala insatsområden....89

12.1 Kartläggning....89
12.2 Hälso- och sjukvårdskuratorns insatser....89
12.3 Närstående....90

Remissversion

12.4 Barn som anhöriga 93
12.5 Särskilt sårbara grupper 95
12.6 Försäkringsmedicin 96
12.7 Inträde i arbetslivet eller återgång till tidigare sysselsättning 97
12.8 Insatser på de olika nivåerna 98

Kapitel 13
Existentiella insatsområden 100

13.1 Existentiella frågor och existentiell kris 100
13.2 Existentiell ensamhet 101
13.3 Andliga och religiösa frågor 102
13.4 Existentiellt förhållningsätt och stöd 103
13.5 Insatser på de olika nivåerna 104

Kapitel 14
Långvariga eller sena komplikationer 105

14.1 Grundläggande insatser 105
14.1.1 Behandlingssammanfattning 105
14.1.2 Uppföljning efter avslutad cancerbehandling 106
14.1.3 Egenvård 106
14.2 Insatser på de olika nivåerna 107

Kapitel 15
Komplementär och integrativ medicin (KIM) 108

15.1 Kropp-och-själ-metoder 108
15.2 Växtbaserade läkemedel och kosttillskott 109
15.3 Fördjupning 110

Kapitel 16
Vårdprogramgruppen 111

16.1 Vårdprogramgruppens sammansättning 111
16.2 Vårdprogramgruppens medlemmar 111
16.3 Adjungerade författare 112
16.4 Tidigare medlemmar i vårdprogramgruppen 112
16.5 Jäv och andra bindningar 113
16.6 Vårdprogrammets förankring 113

Kapitel 17
Referenser 114

Bilaga 1
Insatstabell 135

Remissversion

KAPITEL 1

Sammanfattning

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. Patientens situation och behov av cancerrehabilitering ska kartläggas och bedömas i samråd med honom eller henne, i enlighet med rutiner som varje verksamhet fastställer.

Alla patienters behov av rehabilitering ska bedömas och nödvändiga insatser ska erbjudas och följas upp. Varje medarbetare ansvarar för att insatserna utförs i enlighet med vetenskaplig evidens och/eller klinisk beprövad erfarenhet.

Alla regioner är olika organiserade gällande cancerrehabilitering. Ansvarsfördelningen mellan förvaltningar och involverade verksamhetsområden måste beskrivas i varje region. Regionerna måste samverka nationellt för att öka likvärdigheten i cancerrehabilitering, och därmed tillgodose patienternas behov och lagens krav.

Remissversion

KAPITEL 2

Inledning

2.1 Vårdprogrammets giltighetsområde

Vårdprogrammet för cancerrehabilitering tydliggör de aspekter som *ska* implementeras (lagstiftning med mera) och de som *bör* tillämpas och implementeras regionalt och lokalt. Regionerna är i dessa frågor beslutande instans, vilket är orsaken till att ordet ”ska” inte förekommer oftare i vårdprogrammet. Målet är att varje region bestämmer hur vårdprogrammet ska implementeras och att regionala och lokala riktlinjer utformas med vårdprogrammet som grund.

Detta vårdprogram belyser cancerrehabilitering för patienter över 18 år. Ambitionen är att samla cancerrehabiliterande insatser som gäller för de flesta cancerdiagnoser. Sådant som är specifikt för en enskild cancerdiagnos ska gå att finna i de diagnosspecifika vårdprogrammen.

Cancerrehabilitering efter cancer i lilla bäckenet beskrivs i Nationellt vårdprogram för bäckencancerrehabilitering. Uppföljning efter barncancer beskrivs i Nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning efter barncancer. Cancerrehabilitering vid palliativ vård beskrivs i Nationellt vårdprogram för palliativ vård och i Nationellt vårdprogram för palliativ vård av barn.

Informationsstöd om omvårdnad, handläggning av biverkningar och andra medicinska tillstånd relaterat till cancerbehandling, inklusive rekommendationer, beskrivs i stöddokumenten för läkemedelsbehandling vid cancer, https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/stoddokument/.

Vårdprogrammet är utarbetat av den nationella arbetsgruppen och fastställt av Regionala cancercentrum i samverkan 2026-XX-XX. Beslut om implementering fattas i varje region enligt regionala rutiner. Stödjande regionalt cancercentrum är Regionalt cancercentrum syd.

Remissversion

Tabell 1. Tidigare versioner av vårdprogrammet

Datum	Beskrivning av förändring
2017-04-26	Version 1.0 fastställd av RCC i samverkan
2019-02-05	Version 2.0 fastställd av RCC i samverkan
2021-02-09	Version 3.0 fastställd av RCC i samverkan
2023-10-31	Version 4.0 fastställd av RCC i samverkan

Tidigare vårdprogram publiceras inte men kan begäras ut från Regionala cancercentrum, info@cancercentrum.se.

2.2 Förändringar jämfört med tidigare version

Samtliga kapitel i vårdprogrammet har uppdaterats och kortats ned.

- Kapitel 10.5 sexuell och reproduktiv hälsa har skrivits om.
- Kapitel 9.7 förändrad sömn, har lagts till.
- Triangeln som beskriver de olika insatsnivåerna har uppdaterats.

2.2.1 Förändringar som medför resursbesparing

Vårdprogrammet har tydliggjort vilka rehabiliteringsinsatser som är hälso- och sjukvårdens ansvar, vilka insatser som patienten ansvarar för själv (egenvård) och vilka insatser som civilsamhället kan bidra med.

2.3 Värdering av det vetenskapliga underlaget

Arbetet har utgått ifrån befintliga internationella och nationella kunskapsstöd och systematiska översikter inom området.

I vissa fall har originalstudier använts som underlag. När vetenskapliga underlag saknas, eller vetenskapliga studier har haft låg kvalitet, bygger underlaget på gruppens samlade kliniska erfarenheter.

Remissversion

2.4 Ordlista

Förkortning	Förklaring
ADL	Aktiviteter i dagliga livet, delas upp i P-ADL (personliga) och I-ADL (instrumentella)
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ASD	Acute stress disorder (akut stressreaktion)
CIPN	Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (cytostatikainducerad perifer neuropati)
CNS	Centrala nervsystemet
ESMO	European Society for Medical Oncology
ERAS	Enhanced recovery after surgery (förbättrad återhämtning efter kirurgi)
ICF	Internationell klassifikation av funktionstillstånd
KIM	Komplementär och integrativ medicin
KBT	Kognitiv beteendeterapi
KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärder
MLD	Manuellt lymfdränage
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NRS	Numeric Rating Scale (numerisk skattningsskala)
PREM	Patient reported experience measure (patientrapporterade erfarenhetsmått)
PROM	Patient reported outcome measure (patientrapporterade utfallsmått)
PTSD	Posttraumatic stress disorder (posttraumatiskt stressyndrom)
PTSS	Posttraumatisk stresstörning
PWC	Percentage Water Content
SIP	Samordnad individuell plan
SIS	Suicide intent scale (suicidriskskala)
SVF	Standardiserat vårdförlopp
TDC	Tissue Dielectric Constant
VAS	Visuell analog skala

Remiss version

KAPITEL 3

Mål med vårdprogrammet

Målet är att detta vårdprogram ska komplettera diagnosspecifika nationella cancervårdprogram. Det ska bidra till en personcentrerad, jämlik, resurseffektiv och evidensbaserad cancerrehabilitering i hela Sverige. Patienten kan behöva cancerrehabilitering före, under och efter sin cancerbehandling, och behov kan även uppstå eller öka långt efter avslutad behandling. Det behövs därför riktlinjer för strukturerad uppföljning och strukturerat omhändertagande i alla regioner, på samtliga vårdnivåer och i hela vårdkedjan.

Rehabiliteringen bör i enlighet med gällande lagstiftning prioriteras lika högt som övrig vård, se Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14 prioriteringar inom hälso- och sjukvården: ”Habilitering/rehabilitering ingår i de flesta medicinska verksamheter och följer prioriteringsgrupperna. Rehabilitering kan exempelvis utgöra en viktig del i omhändertagandet vid vissa tillstånd av livshotande natur liksom vid vissa kroniska sjukdomar och ingår då i prioriteringsgruppen för det tillstånd det i det enskilda fallet gäller.”

Det nationella vårdprogrammet behöver förankras och anpassas till de regionala och lokala förutsättningarna i varje region. Rekommendationerna utgör vårdprogramgruppens uppfattning mot bakgrund av vetenskaplig evidens och/eller samlad klinisk erfarenhet.

Remissversion

KAPITEL 4

Definitioner

4.1 Socialstyrelsens definition av rehabilitering

Enligt Socialstyrelsens definition är rehabilitering ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet” [1].

Anmärkning: Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

4.2 Vårdprogrammets definition av cancerrehabilitering

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.

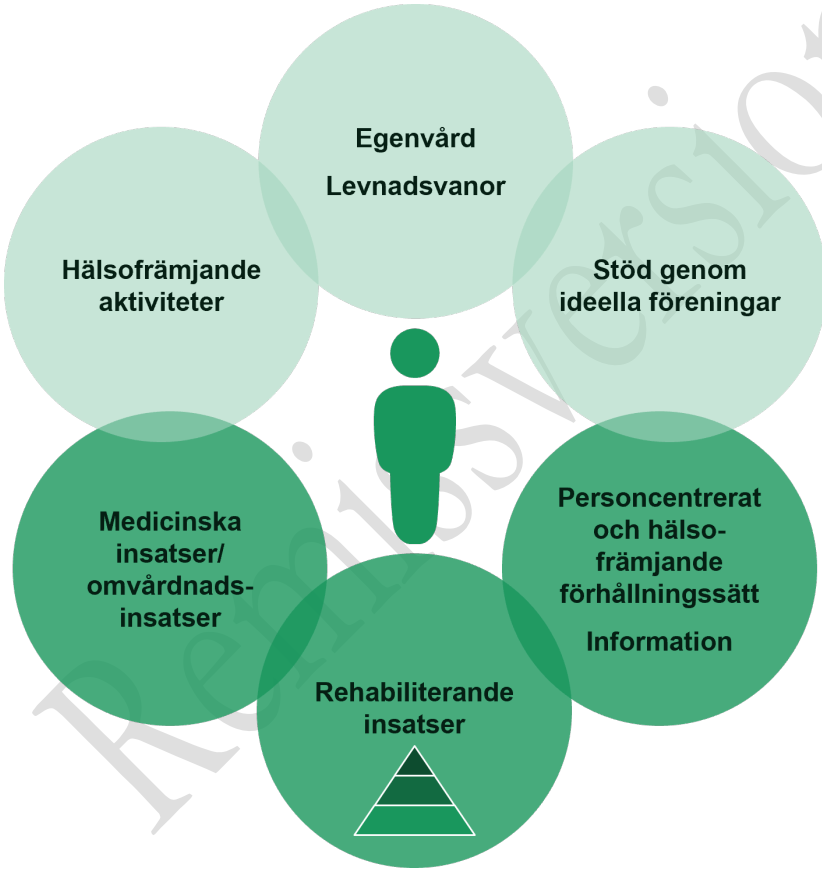
Vårdprogrammet ger följande förklaring av cancerrehabilitering i relation till definitionen:

Ett hälsofrämjande och personcentrerat förhållningssätt är basen inom cancerrehabilitering. I cancervården är rehabilitering nära integrerad med preventiva insatser, medicinska insatser och omvårdnadsinsatser. Detta kräver ett strukturerat arbetssätt i cancervården vad gäller planering av insatser inklusive uppföljning, ansvarsfördelning, överlämning mellan enheter och samverkan vid behov. Bemötande, information, råd och inventering av behov,

Remissversion

planering av eventuella riktade och tidsbegränsade rehabiliteringsinsatser och uppföljning är grunden i vårdens insatser. Insatserna kan vara av fysisk, psykologisk, social och existentiell art. Personens och eventuellt närståendes delaktighet är central för att personen ska stöttas i att bemästra situationen och uppleva livskvalitet. Levnadsvanor och egenvård är viktiga delar som kompletterar vårdens insatser och som personen själv ansvarar för, vid behov med stöd av vården. Därtill kan hälsofrämjande aktiviteter i samhället bidra till ökad hälsa hos personer med cancer, se figur 1. Cancerrehabilitering kan vara aktuellt före, under och efter cancerbehandling.

Figur 1. Ansvarsfördelning av insatser inom cancervårdprocessen



Remissversion

De mörka cirklarna motsvarar insatser som hälso- och sjukvården ansvarar för. De ljusa cirklarna motsvarar insatser som patienten behöver ta eget ansvar för, vid behov med stöd av hälso- och sjukvården.

KAPITEL 5

Personcentrering och rehabilitering i cancervårdprocessen

5.1 Vårdnivåer och ansvar

Cancerrehabilitering kan vara aktuell inom alla vårdnivåer, i primär- och närsjukvård, i öppen och sluten specialiserad sjukvård, i specialiserad hemsjukvård eller med stöd inom den palliativa vården. Rehabiliteringsbehov ska beaktas från den första misstanken om cancer, vid diagnos, under cancerbehandling och under uppföljning samt om patienten färdigbehandlats men fått sena biverkningar av behandlingen, eller fått en kronisk cancerdiagnos. Behov av rehabilitering ska även beaktas när patienten är införstådd med att palliativ vård inletts och när vårdens målsättning framför allt är symtomlindring.

Regionerna och kommunerna är ansvariga för att patienter med rehabiliteringsbehov får sina behov tillgodosedda, se 8 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen. När vårdansvaret för cancerrehabilitering ligger på flera professioner eller verksamhetsområden behöver ansvarsfördelningen tydliggöras.

Inom varje verksamhetsområde som behandlar patienter med cancer behövs ett strukturerat arbetssätt för att på ett personcentrerat sätt identifiera behov, planera för insatser och vid behov upprätta och följa upp en planering. Behoven kan vara av medicinsk karaktär, men även av omvårdnads- och rehabiliteringskaraktär. Rutiner och överenskommelser gällande ansvarsfördelning behövs för remittering till annan profession eller vårdgivare om patienten har behov som kräver det.

Ansvaret för att identifiera patientens behov på den grundläggande insatsnivån delas i första hand mellan läkare och sjuksköterska. När det behövs en bedömning av rehabiliteringsbehovet bör patienten remitteras till någon rehabiliteringsprofession, till exempel arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut,

Remissversion

hälso- och sjukvårdskurator, logoped, psykolog eller annan profession. Patienten har ett egenansvar för att medverka i bedömning, uppföljning och egenvård, vilket dock inte kan ersätta vårdpersonalens professionella ansvar.

5.2 Prioriteringar utifrån behov

I den etiska plattformen [2] som ska ligga till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården slår behovs- och solidaritetsprincipen fast att resurser bör fördelas efter behov. För cancerrehabilitering betyder det att varje diagnosprocess behöver fastställa vilka insatser som ska sättas in vid en given tid, när behovsbedömning ska göras, och när vårdens insatser kan kompletteras med till exempel egenvård eller friskvårdsinsatser i civilsamhället.

5.3 Insatser i relation till cancervårdförloppet

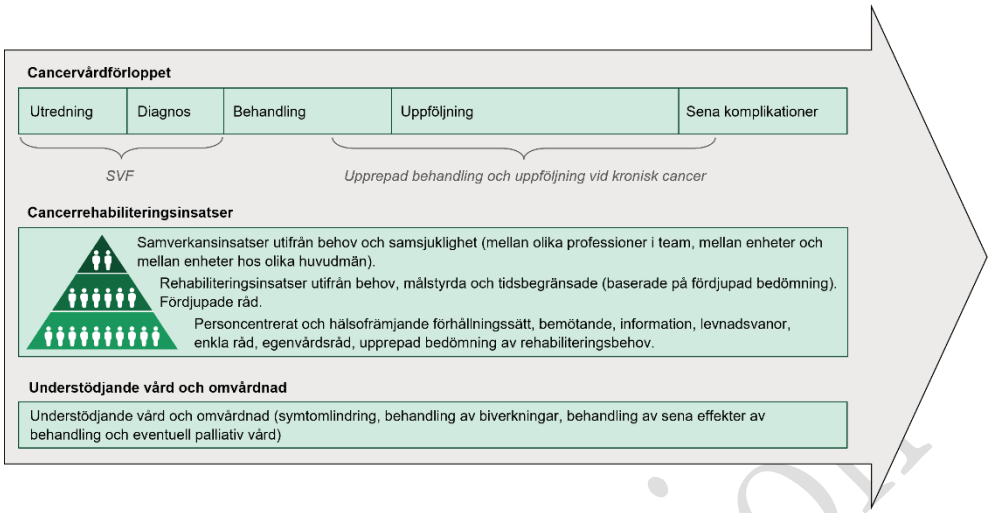
Cancerrehabilitering är nära integrerad med medicinsk behandling, vård och omvårdnad. Insatserna bör samordnas med övriga åtgärder i cancervårdförloppet, men även med vård av eventuell samsjuklighet. Detta innebär samverkan mellan enheter men också mellan huvudmän för att tillgodose patientens behov.

Rehabiliteringsinsatser kan vara aktuella under hela cancervårdförloppet, se Figur 4. Ett strukturerat arbetssätt för cancerrehabilitering bygger på ett personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt där bemötande, information, grundläggande rådgivning, behovsbedömning och planering och uppföljning av insatser är viktigt i alla delar av förloppet.

Vissa insatser behöver sättas in redan under utredning och innan cancerbehandlingen startar. Detta kallas prehabilitering eller multimodal optimering, se Kapitel 8 Prehabilitering

Remissversion

Figur 2. Schematisk bild av cancerrehabiliteringsinsatser i förhållande till andra vårdprocesser



Cancerrehabiliteringsprocessen i förhållande till cancervårdförloppet, understödjande vård och omvårdnadsinsatser på grundläggande nivå.

Remissversion

5.3.1 Aktiv överlämning

Rekommendation

- Aktiv överlämning bör tillämpas när överlämning sker mellan vårdgivare och/eller huvudmän.
- Den som aktivt överlämnat en patient har fortsatt ansvar till dess mottagande instans bekräftat att man tagit kontakt med patienten.
- Inom varje vårdprocess och verksamhet behöver rutiner för aktiv överlämning tas fram.
- Byte av ansvarig vårdgivare behöver tydligt framgå i journalen och för patienten.

Under patientens tid i cancervården sker överlämningar mellan olika verksamheter och vårdgivare. Alla överlämningar bör vara aktiva, för att skapa en sammanhållen vårdkedja för patienten och de närstående samt en säker informationsöverföring mellan verksamheter och vårdgivare [3]. Den som aktivt överlämnat en patient har fortsatt ansvar till dess att mottagande instans bekräftat att man tagit kontakt med patienten. Övergång från barn- till vuxenvård bör också ske med aktiv överlämning.

En aktiv överlämning behöver omfatta information som har betydelse för patientens fortsatta vård, behandling och rehabilitering, exempelvis

- patientens behov och önskemål

- sjukdomar och behandling
- planering och uppföljning av eventuella insatser och eventuell rehabiliteringsplan.

För en god och säker vård behöver vårddokumentation vara tillgänglig för alla ansvariga, se Informationsöverföring inom vård och omsorg, SOU 2021:4 och lag (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

5.4 Insatser i civilsamhället

Rekommendation

- Verksamheter som möter patienter med cancer bör utarbeta rutiner för samverkan med berörda patientföreningar.
- Rutiner bör bland annat beskriva när och hur patienten och de närstående får information om patientföreningar.
- Regionerna bör stödja etableringen av stödcentrum och mötesplatser som drivs av ideella föreningar.

I Socialstyrelsens rapport om cancerrehabilitering från 2022, lyfter patienter och närstående vikten av att möta andra i liknande situation, och att verksamheter som ligger utanför sjukvården varit till stor hjälp efter cancerbehandlingens slut. Rapporten tar även upp att det behövs mötesplatser både lokalt, regionalt och nationellt samt digitalt, där personer med cancer och deras närstående kan träffa andra personer med liknade erfarenheter [4]. Det kan vara platser där olika aktiviteter och föreläsningar erbjuds parallellt med informella möten, stöd och information [5]. Dessa verksamheter är ett komplement till den cancerrehabilitering som erbjuds inom sjukvården. Genom att erbjuda stöd kan dessa ideella aktörer utveckla en ny roll i den svenska cancervården, i gränslandet mellan offentlig vård och övriga samhällsfunktioner.

Det finns flera exempel på rehabiliterande insatser som organiseras av patientföreningar eller andra ideella aktörer. Detta får dock inte medföra att sjukvården avstår från att utveckla motsvarande aktiviteter, då aktörer inom civilsamhället inte kan ta över ansvaret för rehabilitering utan endast komplettera sjukvårdens rehabilitering vid cancer.

När det gäller att utveckla cancerrehabilitering, informationsmaterial, utbildningsaktiviteter med mera bör verksamheter samverka med patientföreträdare och patientföreningar. RCC kan bistå med råd om hur

Remissversion

samverkan kan utformas. Diagnosanpassad information om patientföreningar och andra aktörer i civilsamhället finns i Min vårdplan.

5.5 Personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt

Ett personcentrerat förhållningssätt inom hälso- och sjukvården är en etisk princip som innebär att vårdmötet ses som ett partnerskap mellan behandlare och patient [6]. Vårdpersonal bör därmed se patienten som en aktiv partner, med kunskap och kompetens att tillsammans med behandlare utforma en vård som är ändamålsenlig för individen. Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Ett hälsofrämjande förhållningssätt innebär att stödja och stärka individens förmåga att ha kontroll över sin egen hälsa, med fokus på friskfaktorer och den självupplevda hälsan. För att kunna uppnå detta behöver vårdpersonal se och möta hela personen och inte enbart sjukdomen [7]. Fokus i mötet ligger på att stärka individens tilltro till sin egen förmåga (engelska: self-efficacy) och egenmakt (engelska: empowerment). Ett bra bemötande med respekt för personens kunskap, förståelse och insikt är en förutsättning för att skapa delaktighet och ge personen inflytande över sin vård och behandling, och därmed över sin hälsa. Det innebär även att ta hänsyn till och respektera personens egna tankar, känslor, erfarenheter och kunskaper, traditioner och värderingar. När individen är delaktig får vården dessutom viktig kunskap om hens erfarenheter och upplevelser, och kan lättare möta individuella behov och skapa förutsättningar för läkande [8].

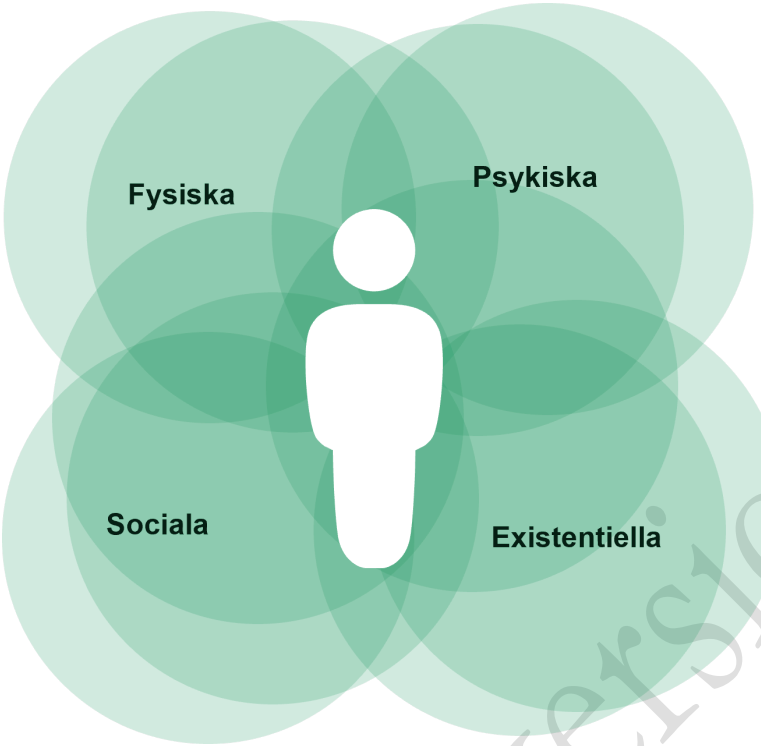
5.1.1 Behov och insatser utifrån fyra områden

Cancerrehabilitering utgår från fyra områden som rör patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov (se Figur 2), och inkluderar även stöd till närstående.

Förhållningssättet bygger på ett biopsykosocialt synsätt som används inom rehabilitering. Helhetsperspektivet möjliggör en bred bedömning av patientens behov och planering av insatser.

Remissversion

Figur 2. Behov utifrån fyra områden



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

Remissversion

KAPITEL 6

Hälso- och sjukvårdens insatser på tre nivåer

6.1 Insatser på grundläggande nivå i cancervården

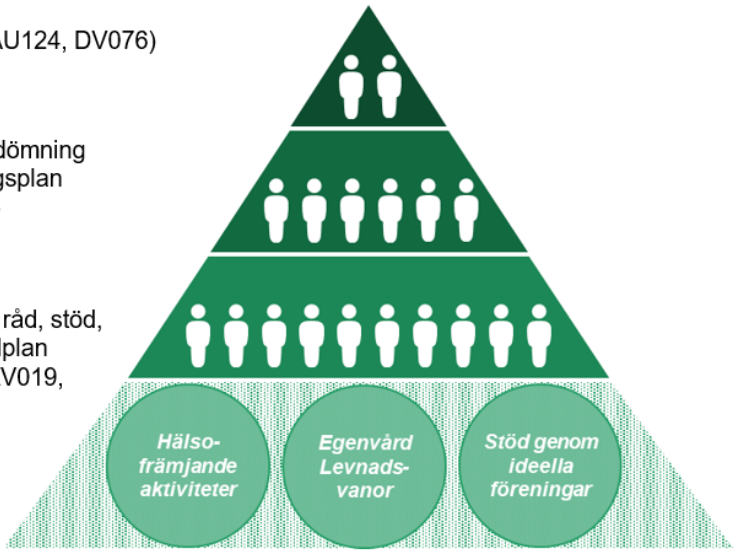
Grundläggande insatser är viktiga för alla personer som drabbas av cancersjukdom. Grunden är ett personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt där hänsyn tas till individens förutsättningar, resurser och behov. Identifiering, planering och uppföljning av behov på grundläggande nivå utgör basen i cancerrehabilitering, se figur 3. På den grundläggande nivån bör även ohälsosamma levnadsvanor uppmärksammas och enkla råd erbjudas.

Avancerade insatser:
Team- och samordningsinsatser (AU124, DV076)

Särskilda insatser:
Rehabiliteringsprofessionernas bedömning AW019 och insatser, Rehabiliteringsplan (AW020, AW024, AW027, AW035)

Grundläggande insatser:
Identifiering av behov, information, råd, stöd, planering och uppföljning, Min vårdplan (DV111, DV121, DV131, DV141, XV019, XV020)

Patienten eget ansvar/Insatser från civilsamhället



6.1.1 Kontaktsjuksköterska

Rekommendation

- Varje patient med cancersjukdom bör erbjudas en kontaktsjuksköterska senast vid diagnostillfället och fram till avslutad uppföljning.
- Patienten bör få muntlig och skriftlig information om vem som är ansvarig kontaktsjuksköterska, hur hen kan nås och vad hen kan bidra med.
- Regioner och verksamhetsområden behöver ge kontaktsjuksköterskan förutsättningar för att arbeta i enlighet med den nationella uppdragsbeskrivningen.

Kontaktsjuksköterskan verkar för ökad personcentrering och delaktighet, vilket skapar trygghet och stärker patienters, vårdnadshavares och närståendes ställning i vården. Uppdragsbeskrivningen baseras på lagar och kunskapsstöd. En nationell uppdragsbeskrivning på övergripande nivå finns framtagen. Uppdraget är indelat i fyra områden med specifika förutsättningar och förtydliganden till respektive område. Dessutom beskrivs grundläggande förutsättningar för uppdraget.

Enligt uppdraget ska kontaktsjuksköterskan

- ha ett samordnande ansvar och säkerställa en sammanhållen vårdprocess
- säkerställa tillgänglighet och kontinuitet för patienten
- säkerställa patientens delaktighet och inflytande genom vårdprocessen
- inventera, bedöma och hantera individuella behov.

Kontaktsjuksköterskans uppdrag innefattar ett strukturerat arbetssätt för att bedöma patientens behov, bedöma lämpliga åtgärder och ge råd samt planera och följa upp åtgärder. I teamet runt patienten identifierar kontaktsjuksköterskan tidigt ohälsosamma levnadsvanor och behov av rehabilitering och palliativa insatser samt kartlägger den sociala situationen. Om patienten har behov utanför kontaktsjuksköterskan kompetensområde remitteras patienten vidare till en annan profession eller ett annat team. Utifrån patientens behov upprättas relevanta vård- och rehabiliteringsplaner.

Remissversion

6.1.1 Information

Rekommendation

- Patienter ska få individanpassad information om sin vård, behandling och rehabilitering, både skriftligt och muntligt.
- Min vårdplan rekommenderas som informationsstöd.

Den viktigaste insatsen på grundläggande nivå är att patienten får information på ett personcentrerat sätt, med sina behov och delaktigheten i fokus. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska patienten få individuellt anpassad information om

- metoder för undersökningar
- förväntat vård- och behandlingsförlopp
- risker och biverkningar
- eftervård
- metoder för att förebygga sjukdom och skada
- tillgängliga hjälpmedel.

Min vårdplan är det informationsstöd som används inom cancervården för att uppnå trygghet, delaktighet och inflytande för patienter genom vårdförloppet, se avsnitt 6.1.4 Min vårdplan.

Målet med informationsinsatserna är att patienten ska vara införstådd med konsekvenserna av olika alternativ, kunna ta ansvar för och bemästra situationen och vara delaktig i sin vård och rehabilitering. Det är viktigt att även närstående får ta del av information och råd, om patienten tillåter det.

6.1.2 Strukturerad identifiering av behov

Rekommendation

- Det team som ansvarar för patientens cancervård, ofta läkare och sjuksköterska, bör i början av vårdprocessen göra en strukturerad bedömning av behov, tillsammans med patienten.
- Utifrån de behov som framkommit genomförs en planering för åtgärd och uppföljning tillsammans med patienten. Vid behov som kräver särskild kompetens ska patienten få vidare bedömning av rätt profession.
- Behov av rehabilitering kan växla under sjukdomsförloppet, så de bör identifieras återkommande under cancervårdförloppet.
- Den diagnosspecifika cancerprocessen behöver inkludera en rutin med lämpliga tidsintervall för att strukturerat identifiera behov samt ange

Remissversion

vilken profession (läkare eller sjuksköterska) som ska ansvara för identifieringen av behov.

Att strukturerat och återkommande identifiera behov är grunden i det personcentrerade förhållningssättet i cancervårdprocessen och i rehabiliteringsprocessen. Centrala delar är skattningsinstrument och ett efterföljande samtal för att, tillsammans med patienten, kartlägga behov och komma överens om en gemensam planering [9].

Följande skattningsinstrument kan användas vid identifiering av behov och som underlag för samtal:

- **Hälsoskattning** är ett självskattningsformulär som innehåller ett antal problemområden som är vanligt förekommande hos cancerpatienter före, under och efter cancerbehandling. Patienten skattar själv sina symtom och områden på en skala, från inget problem till mycket besvärande problem. Se Bedömning av rehabiliteringsbehov - RCC (cancercentrum.se).
- **Hantering av ångest** (version 2, 2022 [före detta Distresstermometern]) är ett självskattningsformulär som innehåller olika områden som kan upplevas som problematiska i samband med cancersjukdom (problemlista). Till problemlistan finns skalan 0–10, där patienten får skatta hur besvärande ett område upplevs. Namnet ändrades med den senaste versionen, och problemlistan är reviderad. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) har copyright på formuläret, som kan hämtas kostnadsfritt från NCCN:s webbplats.

Verksamheterna väljer själva ändamålsenliga skattningsinstrument utifrån patientgrupp och behov. Vårdprogramgruppen anser att det väsentliga är att ha ett strukturerat arbetssätt för att identifiera behov på grundläggande nivå.

Vid insatser på särskild nivå (nivå 2 i Figur 3) används professionsspecifika formulär och tester för bedömning av rehabiliteringsbehov och upprättande av rehabiliteringsplan. Det kan till exempel vara funktionsskattningar för fysioterapeuter, ångest- eller depressionsenkäter för läkare, kuratorer, psykologer och psykoterapeuter samt ADL-bedömning för arbetsterapeuter. Se avsnitt 6.2.3 Fördjupad bedömning av profession med specialiserad kompetens

Remissversion

6.1.3 Levnadsvanor

Rekommendation

- Levnadsvanor bör återkommande diskuteras med patienten under utredning, behandling och uppföljning.
- Levnadsvanor som kan få konsekvenser för behandling och/eller rehabilitering bör kartläggas tidigt, och insatser initieras vid ohälsosamma levnadsvanor.
- Varje verksamhetsområde bör ha rutiner för att systematiskt identifiera och bedöma ohälsosamma levnadsvanor såsom tobaksbruk, alkoholbruk, osunda matvanor och fysisk inaktivitet, samt rutiner för att erbjuda stöd för att förändra sådana levnadsvanor.

Att uppmärksamma, bedöma och ge information om levnadsvanor ingår i grundläggande insatser i cancerrehabiliteringsprocessen och kan göras i både primärvård och specialiserad vård.

Arbetet med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor bör utgå från

- Nationellt vårdprogram för levnadsvanor
- Generisk modell för levnadsvanor

6.1.4 Egenvård

Rekommendation

- Under cancerprocessen behöver alla professioner som möter patienten kunna ge råd och stöd till egenvård vid behov.
- Egenvården utformas utifrån varje individs unika situation och förutsättningar.
- I dokumentation som rör egenvård behöver det tydligt framgå vad patienten själv ansvarar för.

Enligt lagen om egenvård (2022:1250) definieras egenvård som när legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en person, själv eller med hjälp av någon annan, kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd [10].

I egenvård ingår

- medicinsk hantering: att dagligen hantera både sin medicinering och biverkningar av behandlingen

Remissversion

- beteendehantering: att upprätthålla, ändra eller skapa nya meningsfulla beteenden eller livsroller och att koordinera sin vård och hälsa
- emotionell hantering: att hitta strategier för att minska den emotionella bördan.

Egenvård är aktuell under hela cancerprocessen. Den kan utgöras av enkla åtgärder men kan också vara relativt avancerad, beroende på individens situation, sjukdom, erfarenheter och förmåga. Målet är att patienten ska känna sig stärkt i förmågan att påverka sin situation och få förutsättningar för att vara delaktig samt få en bättre hälsa och en mer effektiv vårdprocess. Individanpassad skriftlig information om egenvårdsråd finns i Min vårdplan.

6.1.5 Min vårdplan

Rekommendation

- Alla patienter bör erbjudas Min vårdplan.
- Den digitala versionen bör användas i första hand.
- Min vårdplan bör uppdateras och kompletteras på lämpligt sätt så att patienten får aktuell och individanpassad information och ges möjlighet att utifrån sina förutsättningar och önskemål vara delaktig i planeringen av vård, behandling och rehabilitering.

Min vårdplan är ett digitalt kunskapsstöd som är framtaget av RCC för ökad jämlikhet, kvalitet och personcentrering i cancervården. Det innehåller bland annat

- sammanhållen allmän och fördjupad diagnosspecifik information om sjukdomen, vården och behandlingen
- information om rehabilitering och egenvårdsråd
- information om rättigheter i vården
- verktyg för kommunikation, planering och egenmonitorering
- kontaktuppgifter till ansvarig vårdgivare.

Min vårdplan möjliggör delaktighet och inflytande för patienter genom hela vårdförloppet och syftar till att göra vården begriplig, överblickbar och sammanhållen. Verktyget finns tillgängligt via 1177 Stöd och behandling, och för pappersutskrift från cancercentrum.se. Min vårdplan är inte en journalhandling. Vården ansvarar för att Min vårdplan individanpassas och uppdateras baserat på strukturerade bedömningar och samtal med patienten.

Remissversion

Patienten bör få tillgång till Min vårdplan så tidigt som möjligt i cancervårdförloppet men senast vid diagnos. Efter avslutad behandling bör patienten få en sammanfattning av vården samt tydlig information om möjliga seneffekter och sena biverkningar, planerad uppföljning och vem som är ansvarig för fortsatt vård. Att Min vårdplan har upprättats behöver journalföras strukturerat, och koder för klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ-koder) bör användas vid upprättande och/eller uppdatering. Syftet med dokumentationen är att underlätta cancervårdprocessen och möjliggöra kvalitetsuppföljning.

När patientens rehabilitering har planerats och dokumenterats kan behandlaren aktivera information i Min vårdplan om att patienten kan se sin rehabiliteringsplanering i journalen via 1177.

6.1.5.1 Fördjupning

Läs mer om Min vårdplan på http://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-vardplan/

6.2 Insatser på särskild nivå

Rekommendation

- Generisk modell för rehabilitering bör användas i cancervården.
- Varje region ansvarar för att säkerställa tillgång till specialiserade kompetenser som behövs för cancerrehabilitering.

6.2.1 Generisk modell för rehabilitering

Rehabilitering vid cancer skiljer sig inte från rehabilitering vid andra tillstånd, mer än att specifika åtgärder krävs utifrån behov som uppstått på grund av cancersjukdomen och dess behandling. För en personcentrerad rehabilitering, och för att underlätta för professionen, bör Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete - för klinisk verksamhet användas oavsett sjukdom och behov.

Den generiska modellen och rehabiliteringsplanen bygger på Internationell klassifikation av funktionstillstånd (ICF). Detta utgör ett standardiserat gemensamt språk och kan användas som ett stöd när patientens funktionstillstånd och funktionshinder ska beskrivas eller synliggöras i en rehabiliteringsplan. Socialstyrelsen rekommenderar användning av ICF, och det underlättar också kommunikationen mellan olika hälso- och

Remissversion

sjukvårdsprofessioner, verksamheter och huvudmän. Med ICF beskrivs en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån ett biopsykosocialt synsätt.

6.2.2 Specialiserad kompetens

Varje diagnosspecifik vårdprocess bör bestämma vilka specialiserade kompetenser som behövs för att tillgodose patientgruppens rehabiliteringsbehov, se särskild nivå i figur 3. På denna nivå bör en fördjupad bedömning göras, fördjupad rådgivning ges och tidsbegränsade målstyrda rehabiliteringsinsatser sättas in. Målsättningen är att patienten utifrån behov, förmåga och intresse, så långt det är möjligt, ska bibehålla eller återfå funktions- och aktivitetsförmåga och livskvalitet, trots cancersjukdom och cancerbehandling. De flesta rehabiliteringsinsatser som kan behövas kräver en stor medverkan av patienten som därmed också behöver ta ett eget ansvar.

Inom de flesta cancervårdprocesser behövs tillgång till hälso- och sjukvårdskurator, fysioterapeut, arbetsterapeut och dietist. Andra professioner med specialiserade kompetenser kan också behövas, beroende på vilken diagnosspecifik vårdprocess det gäller (till exempel logoped, uroterapeut, stomiterapeut, sexolog eller professioner med lymfödemkompetens eller professioner inom tandvård).

Vissa kompetenser behövs mer sällan men inom många olika cancervårdprocesser, vilket gör att flera kliniker behöver dela på resurser eller kanske få konsultativt stöd av vissa professioner, eller så kan de aktuella kompetenserna organiseras på enheter eller i konsultativa team för cancerrehabilitering.

6.2.3 Fördjupad bedömning av profession med specialiserad kompetens

Om den strukturerade identifieringen av behov på grundläggande nivå visar att patienten har behov av en bedömning av rehabiliteringsbehov kan den göras av professioner med specialiserad kompetens inom området. Bedömningen kan omfatta en testning av funktion och/eller förmåga, eller ytterligare kartläggning med funktionsspecifika formulär. Det kan också gälla fördjupning kring till exempel psykisk hälsa och hantering av livssituation. Bedömningen utgör underlag för planering av insatser. Insatser på särskild nivå innefattar även att professionerna ger egenvårdsråd utifrån det som patienten kan göra själv gällande till exempel träning av funktioner, hantering av oro och balans i aktivitet.

Remissversion

6.2.4 Rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning vid ohälsosamma levnadsvanor

Rekommendation

- Patienter som har ohälsosamma levnadsvanor, och som behöver mer stöd än enkla råd för att förändra dessa levnadsvanor, bör erbjudas rådgivande samtal eller kvalificerad rådgivning.
- Rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning kräver uppföljning.

Om patienten har ohälsosamma levnadsvanor, och enkla råd inte räcker för att förändra levnadsvanorna, bör hen erbjudas rådgivande samtal eller kvalificerad rådgivning i enlighet med nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor, se Nationellt vårdprogram levnadsvanor.

Både rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning kräver särskild kompetens om levnadsvanor och en särskild samtalsmetodik. Dessa insatser kan behövas redan under prehabiliteringen, se kapitel 8 Prehabilitering

6.3 Rehabiliteringsplan

Rekommendation

- Rehabiliteringsplanen utgår från patientens individuella behov, förmåga, förutsättningar och intresse och upprättas tillsammans med patient och eventuellt närstående.
- Planen bör innehålla en sammanfattning av bedömning, patientens mål, planerade åtgärder, tidsplan, ansvarsfördelning och uppföljning.
- Rehabiliteringsplanen ska journalföras, och inom varje vårdprocess behövs riktlinjer för när och hur den upprättas, uppdateras, avslutas och journalförs.

Patienter med rehabiliteringsbehov ska ha en individuell plan för rehabilitering, i enlighet med 8 kap. § 7 hälso- och sjukvårdslagen. Arbetet med rehabiliteringsplan i cancervård bör utgå från Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet.

Rehabiliteringsplanen kan upprättas av en enskild profession, flera professioner tillsammans eller ett team. Ansvarsfördelningen i rehabiliteringsplanen behöver vara tydlig för patienten och professionen. När flera verksamheter eller huvudmän är involverade kan rehabiliteringsplanen underlätta samordningen.

Remissversion

Rehabiliteringsplanen kan vara fristående eller ingå i en mer omfattande plan, till exempel vårdplan, SIP eller patientens plan för återgång i arbete.

Då rehabiliteringen syftar till att patienten ska återfå eller bibehålla bästa möjliga funktions- och aktivitetsförmåga och en god livskvalitet utgörs insatserna av tre huvudsakliga åtgärder:

- **Eliminera** eller minska symtom och behov. Åtgärder kan vara riktade mot olika funktionsnedsättningar och symtom, till exempel fatigue, illamående, smärta eller miljöhinder.
- **Träna.** Åtgärder kan vara inriktade på olika kroppsfunktioner och på aktivitet och delaktighet i vardagen. Målet med tränande åtgärder är att förbättra och bibehålla funktioner, aktivitet och delaktighet. Det kan till exempel gälla bäckenbottenträning, träning av muskelstyrka och balans, fysisk aktivering för att minska fatigue och ökade förutsättningar för att återhämta sig och orka med behandlingen.
- **Kompensera.** Patienten kan behöva kompensatoriska åtgärder i form av hjälpmedel eller andra medicintekniska produkter, eller behöva lära sig kompensatoriska strategier för att klara en vardagsaktivitet och underlätta sin vardag.

6.3.1 Rehabiliteringsplanens innehåll

En fördjupad bedömning av rehabiliteringsbehov utgör grunden för rehabiliteringsplanen.

Rehabiliteringsplanens innehåll:

- **sammanfattning** av utredning och bedömning av rehabiliteringsbehovet
- **huvudmål och delmål**, som utformas tillsammans med patient och eventuellt närstående
- **planerade insatser och åtgärder**
  Dessa ska utgå från evidens eller beprövad erfarenhet och kan vara av fysisk, psykisk, social och/eller existentiell art. De utgår också från patientens behov och mål, och bygger på bedömningen. Här ingår även tidsplan och ansvarsfördelning.
- **uppföljning**
  Uppföljningen görs strukturerat; vid bestämda tidpunkter följer någon profession eller teamet upp de beslutade åtgärderna och måluppfyllelsen. Rehabiliteringsplanen är tidsbegränsad, och det förutsätter information och dialog med patienten i samband med utvärderingen av mål och åtgärder.
- **avslut**.

Remissversion

Rehabilitering kräver oftast fortsatt planering och samordning för att patienten ska kunna bibehålla funktionstillståndet efter en rehabiliteringsperiod. Syftet är då att stödja patienten i att ta ansvar utifrån sina egna förutsättningar, förmågor och mål, för att få ett så självständigt och aktivt liv som möjligt. När rehabiliteringsprocessen avslutas kommer man överens om eventuell uppföljning samt bestämmer vart patienten kan vända sig med frågor och vid behov av ny bedömning.

6.4 Insatser på avancerad nivå

Rekommendation

- Varje region ansvarar för att patienter med komplexa behov kan få bedömning av flera olika professioner som samverkar.
- Varje region ansvarar för att enheter och huvudmän kan samverka kring patienter med mer komplexa behov

Om patienten har komplexa behov kan det krävas bedömningar och insatser från flera professioner som samverkar, se figur 3 avancerad nivå. Detta kan underlättas av arbete i team och av att olika vårdgivare och huvudmän samverkar och planerar insatser tillsammans. I de fallen är det viktigt att en huvudman eller vårdgivare står som ansvarig för patientens vård och behandling.

Vissa rehabiliteringsbehov kräver både teamarbete och specifika kompetenser eller professioner, och då behövs en särskild struktur för detta i den ordinarie vårdstrukturen, eller en särskild organisation för denna rehabilitering. Detta kan till exempel gälla bäckenrehabilitering, rehabilitering efter huvud- och halscancer, neurologisk rehabilitering eller rehabilitering av rörelseapparaten på grund av cancer eller cancerbehandling.

6.4.1 Team och teamarbete

Rekommendation

- Teamens sammansättning och arbetssätt bör anpassas utifrån patienternas behov.

Cancerrehabilitering vid komplexa behov förutsätter ett teamarbete med flera olika professioner. Sammansättningen av teamet ska anpassas till *patientens behov*. I varje diagnosspecifik cancerprocess bör det klargöras om komplexa behov hos patientgruppen lämpar sig för omhändertagande av ett team, och det bör finnas en beskrivning av lämplig teamsammansättning och

Remissversion

teamarbetssätt. Hur team organiseras och arbetar bör utgå från patienternas behov men kan påverkas av geografiska och organisatoriska förutsättningar.

Arbete i team kan ha olika grader av integration mellan medarbetare i det dagliga arbetet. Ett **multiprofessionellt** eller multidisciplinärt team kännetecknas av att medlemmarna arbetar med bedömningar och åtgärder parallellt utifrån sin profession och sedan delger teamledaren [11] eller varandra vad de gjort. Detta kan till exempel vara ett arbetssätt på cancerkliniker som har rehabiliteringsprofessioner anställda eller konsultativt knutna till sig, och där det räcker med att olika professioner gör parallella insatser och informerar övriga i teamet för att man ska nå målen i rehabiliteringsplanen.

I ett **interprofessionellt** eller interdisciplinärt team samarbetar de olika teammedlemmarna i högre grad och samordnar sina insatser. Målen som skapas i en rehabiliteringsplan integrerar de olika professionernas kunskaper utifrån patientens behov. I ett interprofessionellt team är personen som behöver rehabilitering en medlem i teamet, kring vilken de andra i teamet samarbetar [11]. Detta arbetssätt kräver gemensamma arbetsprocesser, mycket kommunikation mellan teammedlemmarna, teamkonferens och kunskap om teamarbete och grupprocesser.

Ett interprofessionellt arbetssätt kan vara lämpligt i konsultativa cancerrehabiliteringsteam, på rehabiliteringsenheter och cancerrehabiliteringsenheter. Det kan också vara ett bra arbetssätt på cancerkliniker där patientgrupper med väntade komplexa rehabiliteringsbehov omhändertas utifrån cancerdiagnos och behandling (till exempel vid bäckencancer, huvud- och halscancer och CNS-tumörer). Detta arbetssätt kan också vara bra då patienten har psykosocial sårbarhet eller komplicerande samsjuklighet.

6.4.1.1 Fördjupning

För mer läsning om rehabilitering, teamarbete och rehabiliteringsplan var god se boken Rehabiliteringsmetodik [11].

Remissversion

6.4.2 Samverkans- och samordningsinsatser

Rekommendation

- Om patienten har komplexa rehabiliteringsbehov och flera enheter inom hälso- och sjukvården är involverade i patientens rehabilitering behöver dessa enheter samverka.
- Planerade rehabiliteringsinsatser och/eller en rehabiliteringsplan kan ingå i en SIP för patienter med cancer som har behov av samordning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Samordnad vård och omsorg innebär att patienten inte behöver upprepa information och att kontinuitet erbjuds även om processen inte är personbunden [12]. För att uppnå detta behöver alla inblandade parter ha tillräcklig information om patientens sjukdom, dess behandling, behandlingens biverkningar, behandlingsmålen och prognosen, vilket förutsätter ett strukturerat arbetssätt och dokumentation. En SIP utgör grunden för samordningen av insatser [13]. Den ska omfatta rehabiliterande insatser som planeras för patienter, eller rehabiliteringsplanen om det finns en sådan.

6.5 Exempel på insatser på grundläggande, särskild och avancerad nivå

Bilaga 1 Insatstabell innehåller exempel på insatser på grundläggande, särskild och avancerad nivå, och anger vid vilka tidpunkter insatserna kan sättas in. I varje cancervårdprocess behöver man bestämma hur och på vilken vårdnivå insatserna ska göras under vårdförloppet. Digitala stöd och lösningar bör användas när det är möjligt och ändamålsenligt för en jämlik cancerrehabilitering.

Vid tiden då behandlingsfasen övergår i uppföljningsfas eller paus i behandlingen är det extra viktigt att bedöma patientens behov och skapa förutsättningar för rehabilitering och återhämtning.

Remissversion

KAPITEL 7

Kvalitetsindikatorer och målnivåer

Rekommendation

- Varje verksamhet som behandlar patienter med cancer behöver säkerställa att cancerrehabiliteringen på lokal och eventuellt regional nivå följs upp systematiskt, för ett kontinuerligt förbättringsarbete.
- Rehabiliteringsindikatorer bör registreras systematiskt för att bidra till en jämlik cancerrehabilitering av god kvalitet.

Cancerrehabiliteringen behöver följas upp på lokal, regional och nationell nivå för att säkerställa att den är jämlik och håller god kvalitet. Detta kräver ett systematiskt arbetssätt för hela vårdprocessen. Alla rehabiliterande insatser som sätts in bör åtgärdskodas för att möjliggöra nationell uppföljning.

Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet visar på en övergripande systematisk struktur för att registrera både åtgärdskoder och indikatorer för rehabilitering. Målsättningen är att bidra till en likvärdig och strukturerad dokumentation som kan ligga till grund för arbetet med att utveckla indikatorer för uppföljning och analys på nationell och övergripande nivå.

Detta vårdprogram följer de rekommendationer för övergripande uppföljning som finns i den generiska modellen. De diagnosspecifika kvalitetsregistren inom cancer ska dock följa upp diagnosspecifika åtgärder för rehabilitering inom den aktuella patientgruppen.

Utöver de övergripande indikatorerna för att följa upp rehabilitering rekommenderar vårdprogrammet följande indikatorer:

- andel unika patienter som erbjudits namngiven kontaktsjuksköterska
- andel unika patienter som erbjudits Min vårdplan som stöd i vård- och rehabiliteringsprocessen

Remissversion

- andel patienter som fått sina behov bedömda med till exempel Hälsoskattning för cancerrehabilitering eller likvärdigt bedömningsformulär. Obs! Eftersom bedömningen ska upprepas behöver tid definieras.

7.1 Rekommenderade KVÅ-koder

Rekommendation

- Rehabiliteringsinsatser bör åtgärdskodas enligt KVÅ-systemet.
- Varje verksamhet behöver en systematik för vilka KVÅ-koder som ska användas, vem som ska registrera koden och vid vilken tidpunkt.
- Verksamheterna bör använda rekommenderade KVÅ-koder gällande rehabiliteringsplan, Min vårdplan och samverkan.

Regionerna ansvarar för att säkerställa god kvalitet i sjukvården. Därför bör cancerrehabiliterande insatser mätas eller åtminstone registreras. Varje verksamhet som behandlar cancerpatienter behöver därför en systematik för vilken KVÅ-kod som är lämplig att använda i just den verksamheten, vem som ska registrera koden och vid vilken tidpunkt. I klassificeringssystemet ingår koder för rehabilitering, både övergripande och på detaljnivå. För professionsspecifika åtgärdskoder, se Socialstyrelsens klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Nedan följer en sammanställning av användbara och rekommenderade KVÅ-koder för uppföljning av rehabilitering. Koderna rekommenderas i ”Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet” och finns framtagna och beskrivna av Socialstyrelsen. Med Socialstyrelsens hälsorelaterade kvalifikationer kan vårdpersonal dokumentera information om hälsotillstånd, funktionstillstånd, vårdåtgärder, insatser och aktiviteter på ett systematisk och enhetligt sätt. Det möjliggör även ett system för uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete.

Kodning av bedömning:

- AW019 Bedömning av rehabiliteringsbehov (ny kod från 1 januari 2026)

Kodning av rehabiliteringsplan:

- AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan
- AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan
- AW027 Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan
- AW035 Avslutande av rehabiliteringsplan

Remissversion

Fördjupad uppföljning av åtgärder som listas i rehabiliteringsplanen och uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan:

- AW030 Genomfört åtgärdspaket enligt rehabiliteringsplan inom sluten vård
- AW031 Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppen vård
- DV077 Upprättande av sjukskrivnings-och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
- AW026 Uppföljning och revidering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
- AW037 Avslutande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
- GC001 Koordineringsinsatser för att främja återgång eller inträde i arbetslivet
- AU124 Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)
- AW010 Uppföljning av samordnad individuell plan (SIP)
- DV076 Teamrehabilitering

Kodning av Min vårdplan som del i cancerrehabiliteringsprocessen:

- XV019 Upprättande av Min vårdplan
- XV020 Revidering av Min vårdplan

Kodning av levnadsvanor som en del i cancerrehabiliteringsprocessen:

Tobak:

- DV111 Enkla råd om tobak
- DV112 Rådgivande samtal om tobak
- DV113 Kvalificerat rådgivande samtal om tobak

Matvanor:

- DV141 Enkla råd vid ohälsosamma matvanor
- DV142 Rådgivande samtal vid ohälsosamma matvanor
- DV143 Kvalificerat rådgivande samtal vid ohälsosamma matvanor

Riskbruk alkohol:

- DV121 Enkla råd
- DV122 Rådgivande samtal
- DV123 Kvalificerat rådgivande samtal

Remissversion

Fysisk aktivitet:

- DV131 Enkla råd om fysisk aktivitet
- DV132 Rådgivande samtal om fysisk aktivitet
- DV133 Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet.
- DV200 Utfärdande av FaR
- AW005 Uppföljning av tidigare utfärdat recept på fysisk aktivitet (FaR)

7.2 Kvalitetsregister

Rekommendation

- Kvalitetsindikatorer för cancerrehabilitering bör rapporteras i diagnosspecifika kvalitetsregister.

I dagsläget finns inget kvalitetsregister för cancerrehabilitering. De diagnosspecifika kvalitetsregistren bör därför innehålla indikatorer för cancerrehabilitering för den aktuella patientgruppen.

7.3 PROM- och PREM-mätningar

Patientrapporterade utfallsmått och patientrapporterade erfarenhetsmått, så kallade PROM och PREM, samlas i flera diagnosspecifika kvalitetsregister inom cancervården, se Patientrapporterade mått - insamling och ansvar | Kvalitetsregister | SKR. Patientrapporterade mått är en viktig del i det systematiska arbetet för att följa upp patienters cancerrehabiliteringsprocess inom varje diagnos.

Remissversion

KAPITEL 8

Prehabilitering

Rekommendation

- Inför cancerbehandling (kirurgi, medicinsk onkologisk behandling och/eller strålbehandling) identifieras patientens behov av prehabiliteringsinsatser gällande:
  - fysisk aktivitet
  - nutritionsstatus
  - psykisk hälsa
  - tobaks- och alkoholbruk.
- Strukturerad identifiering av behov genomförs med skattningsinstrument. Om behov identifieras bör lämpliga insatser initieras.
- Prehabiliteringsinsatser eller -program behöver utvecklas för varje diagnos då specifika insatser och behov kan skilja sig åt mellan diagnosgrupperna.

Remissversion

Prehabilitering kan definieras som en sammanhängande vårdprocess mellan diagnos och behandlingsstart som omfattar fysiska och psykologiska bedömningar för att fastställa funktionellt utgångsstatus, identifiera funktionsnedsättningar och erbjuda målinriktade åtgärder för att förbättra patientens hälsa och minska förekomsten och svårighetsgraden av existerande och framtida funktionsnedsättningar [14]. Termen ”prehabilitering” har introducerats internationellt men saknar i dag en svensk definition. I detta vårdprogram används termen prehabilitering och multimodal optimering synonymt.

Prehabilitering pågår mellan diagnos och start av behandling. Tidsintervallet kan påverka vilka insatser som är lämpliga att initiera, och åtgärder kan fortsätta även under och efter behandling, dvs. fortgå som cancerrehabilitering. Prehabiliteringsinsatser kan vara effektiva även om de påbörjats så nära som två veckor före behandling [15].

Studier visar att multimodal prehabilitering (två eller flera insatser i kombination) som integrerar både fysiska och psykologiska insatser kan vara mer effektivt än unimodal prehabilitering (en insats). En metaanalys om

multimodal prehabilitering visade att den preoperativa funktionskapaciteten förbättrades och gav kortare postoperativ vårdtid [16]. En systematisk översiktsstudie som undersökte effekter av multimodal prehabilitering på hälsoutfall 30 dagar efter behandling, identifierade förbättrad fysisk funktion (inklusive förbättrad hjärt- och lungfunktion), bättre sinnesstämning och minskad urininkontinens. Studien visade även att prehabilitering i kombination med rehabilitering gav större fördelar jämfört med enbart prehabilitering [15]. Detta belyser att prehabilitering har en viktig roll i rehabiliteringsprocessen men att rehabiliteringsåtgärder behöver fortsätta för att möta patientens behov som kan förändras under cancerförloppet. Mer forskning behövs för att utvärdera de mest effektiva interventionerna och kombinationerna inom varje diagnos [17].

8.1 Fysisk aktivitet och träning

Systematiska översikter och metaanalyser har undersökt effekter av preoperativ fysisk träning inom olika typer av cancerkirurgi [18-23]. Sammanfattningsvis visar de att denna insats kan ha goda effekter på postoperativa utfallsmått som ökad livskvalitet, kortare vårdtid, färre lungkomplikationer och förbättrad fysisk funktion [18-21, 23]. Vidare visar studier att prehabilitering med fysisk träning är säker och accepterad, genomförs av patienterna i hög grad och kan förbättra postoperativ gångsträcka [22, 23]. En metaanalys fann även att multimodal prerehabilitering som innefattar fysisk träning i kombination med nutrition kan minska risken för postoperativa komplikationer generellt, för patienter med klinisk skörhet (frailty) [24]. Dock sågs inga effekter på allvarliga komplikationer.

Bristerna i aktuell forskning beskrivs som att de patientgrupper som ingått i studierna är heterogena, att olika utfallsmått har använts och att det saknas riktlinjer för specifika träningsregimer [25]. Det är även svårt att fastställa hur lång träningsinterventionen bör vara för att ge optimal effekt på ett bestämt utfallsmått.

8.2 Nutrition

Inför cancerbehandling bör alla patienter riskbedömas för undernäring [26, 27]. Alla verksamheter ska ha rutiner för att bedöma och behandla undernäring, se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring. Undernäring i samband med kirurgi är en oberoende riskfaktor för komplikationer, försämrat immunförsvar, lång vårdtid och ökad dödlighet [28]. Studier visar också att patienter med undernäring som

Remissversion

väntar på kirurgi ofta har en nedsatt fysisk och psykisk hälsa [29, 30] Undernäring riskerar också att försämra effekterna av andra prehabiliteringsinsatser [31]. För riskbedömning av undernäring, se avsnitt 10.4 Nutrition.

Om patienten som ska genomgå kirurgi riskerar undernäring eller redan är undernärd rekommenderas lämpligt nutritionsstöd både inför och under sjukhusvistelsen och efter utskrivning från sjukhus [32]. Preoperativt nutritionsstöd med näringsdrycker i 7–14 dagar har visat sig reducera risken för postoperativa komplikationer hos patienter med risk för undernäring [32].

För patienter med huvud- och halscancer som ska genomgå kombinerad cytostatika- och strålbehandling har nutritionsrådgivning kombinerat med kosttillägg visat sig öka energiintaget, minska antalet oplanerade inläggningar på sjukhus och minskat graden av oral mukosit under behandlingsperioden [33].

8.3 Psykisk hälsa

För att optimera den psykiska hälsan inför cancerbehandlingen har kontaktsjuksköterskan en central roll i att bedöma behovet av insatser för att förebygga psykisk ohälsa, i dialog med patienten, och vid behov hänvisa till hälso- och sjukvårdskurator, psykolog eller psykiatrin för bedömning. Den psykiska hälsan och behandlingsresultaten förbättras om man tidigt identifierar de som behöver psykosocialt stöd [34].

Psykologisk prehabilitering i form av stresshantering, avslappningsövningar och vägledd meditation före cancerkirurgi kan ha positiv effekt på patienters immunologiska funktion och patientrapporterade utfallsmått såsom livskvalitet och somatiska symtom. Ingen påverkan på traditionella kirurgiska utfall såsom komplikationer eller vårdtid har påvisats [35].

Psykoterapi som komplement till den onkologiska behandlingen för patienter som nyligen fått en cancerdiagnos, visade att det kan leda till en bättre fysisk och psykisk hälsa hos patienterna med minskade biverkningar av behandlingen, mindre fysiskt obehag, minskad oro och färre depressiva symtom [36].

Psykologiska faktorer kan ha en inverkan på kirurgiska resultat på både kort och lång sikt. Ett multimodalt tillvägagångssätt rekommenderas därför, där psykologiska interventioner integreras med optimering av nutrition och fysisk förmåga [17].

Remissversion

8.4 Tobaks- och alkoholbruk

Tobaksrökning ökar risken för komplikationer vid cancerkirurgi och kan försämra effekten av cancerbehandlingen [37]. Riskbruk av alkohol ökar också risken för komplikationer efter cancerkirurgi samt kan eventuellt försämra effekten av strålbehandling [38].

Patienter som använder tobak och/eller har ett riskbruk av alkohol bör få information om komplikationsriskerna och om vinsterna som kan uppnås om de kan avstå från tobak och avstå från eller begränsa intaget av alkohol. De bör även få tydlig information om vilket stöd som finns att få och vart de vänder sig för att få stöd. Se Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling.

8.5 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser innefattar att patientens behov av prehabilitering identifieras, att patienten får information om vad prehabilitering innebär och att lämpliga insatser sätts in, såsom egenvårdsråd.

Särskilda insatser kan vara kontakt med exempelvis dietist, fysioterapeut eller hälso- och sjukvårdskurator, för patienter med behov av fördjupad bedömning av behov och prehabiliteringsinsatser. Det kan också finnas prehabiliteringsprogram på olika kliniker som patienter kan delta i.

Avancerade insatser kan behövas vid samsjuklighet, till exempel svårbehandlad diabetes, svåra psykiska tillstånd och svår malnutrition, och innebär att teamet behöver koppla in andra kompetenser eller samverka med andra aktörer såsom psykiatri, kommunal omsorg och hemsjukvård.

8.6 Fördjupning

Internationella riktlinjer kring prehabilitering finns t.ex. från Macmillan, Storbritannien; Macmillan Cancer Rehabilitation Pathways och Principles and guidance for prehabilitation within the management and support of people with cancer (macmillan.org.uk) [39] samt kliniska rekommendationer från den kanadensiska Gruppen McGill University [40, 41].

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) är ett internationellt utvecklat behandlingsprogram för hela den perioperativa vården. I ERAS senaste riktlinjer finns också rekommendationer om prehabilitering: Guidelines - ERAS Society.

Remissversion

KAPITEL 9

Symtom och biverkningar som kan påverka funktionsförmåga

Remissversion

Rekommendation

- Inför cancerbehandling ska alla patienter få information på ett strukturerat och individanpassat sätt gällande behandlingens syfte, genomförande och biverkningar.
- Informationen bör ges både muntligt och skriftligt, och gärna tillsammans med de närstående.
- Under behandlingens gång bör biverkningar följas upp på ett strukturerat sätt enligt diagnosspecifika vårdprogram.

Att patienten är optimalt symtomlindrad är en central del i den understödjande vården och en förutsättning för en god rehabilitering. Nedan beskrivs ett urval av vanligt förekommande symtom och biverkningar vid onkologisk behandling och/eller kirurgisk behandling. Dessa kan påverka patientens funktionsförmåga och livskvalitet samt leda till sämre rehabiliteringsresultat. Biverkningar och komplikationer kan uppstå både tidigt och sent i förloppet.

För diagnosspecifik hantering av symtom och biverkningar, se:

- Nationella vårdprogram, stöddokument och nationella regimbiblioteket på Kunskapsbanken
- Vårdhandboken-cytotoxiska läkemedel.

9.1 Cytostatikautlöst perifer neuropati

Rekommendation

- Vid behandling med cancerläkemedel som kan ge upphov till neuropati bör patienten informeras om risken för neuropati och neuropatirelaterade symtom.
- Patienter behöver systematiskt och regelbundet bedömas för neuropati och neuropatirelaterade symtom under och efter avslutad behandling.
- Vid smärta bör lindrande läkemedelsbehandling prövas.
- Fysisk aktivitet bör rekommenderas under behandlingen.

Cytostatikautlöst perifer neuropati (Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy [CIPN]) drabbar 50–90 % av alla patienter som behandlas med cytostatika [42-44]. Vanligt förekommande CIPN-symtom är parestesier, allodyni, balansstörning, muskelsvaghet, tinnitus/nedsatt hörsel och smärta, och de motiverar ofta dosreduktion eller byte av preparat [45]. Riskfaktorer för CIPN som tidigare forskning identifierat är övervikt och fetma, låg fysisk aktivitetsnivå, tobaksrökning, högre ålder, samsjuklighet diabetes mellitus, tidigare eller pågående neuropati och genetiska faktorer [46, 47]. För information om behandlingar som kan ge CIPN, se stöddokument Cytostatikaorsakad perifer neuropati och Läkemedelsregimer - vuxna - RCC Kunskapsbanken (cancercentrum.se).

9.1.1 Behandling

Inga förebyggande behandlingar har visat någon betydande klinisk effekt vid smärtsam CIPN, men sedan 2020 finns det uppdaterade kliniska riktlinjer för bedömning och medicinsk behandling [48, 49]. Icke-farmakologiska metoder såsom TENS kan prövas [50], även om det vetenskapliga underlaget ännu är otillräckligt för olika cancerpopulationer [51].

Fysisk aktivitet kan lindra CIPN [52] och det finns även enstaka studier som visat att fysisk aktivitet kan minska risken för att ens utveckla det [53]. Patienten bör informeras om detta och erbjudas kontakt med en fysioterapeut för råd om lämplig träning.

Program som fokuserar på ökad kunskap och hanteringsstrategier (self-management) kan underlätta, men det behövs ökad kunskap om specifika program som kan ha effekt [54, 55]. Arbetsterapeuter kan bedöma hjälpmedelsbehov och förskriva hjälpmedel vid behov.

Remissversion

9.1.2 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande nivå

Vid behandling med läkemedel som kan ge upphov till neuropati bör patienten informeras om risken för neuropati och neuropatirelaterade symtom. Patienten bör återkommande bedömas avseende symtom, både under behandlingen och efter avslutad behandling.

Särskild nivå

Vid behov skickas remiss till fysioterapeut, arbetsterapeut, audionom eller specialistläkare för fördjupad bedömning och behandlingsinsatser.

Avancerad nivå

Vid komplexa behov bör insatser samordnas mellan flera personalkategorier, eller om en specialiserad enhet konsulteras för bedömning eller behandling. Detta gäller framför allt vid svåra funktionsnedsättande besvär och när neuropati funnits före cancersjukdomen och dess behandling.

9.1.3 Fördjupning

Nedan följer exempel på olika cytostatikapreparat som är associerade med CIPN. Cirka 80 % av patienterna som behandlas med oxaliplatin eller paklitaxel förväntas utveckla CIPN, vilket försämrar livskvaliteten och utfallet av behandlingen. Vid behandling med oxaliplatin finns en korrelation mellan akut neuropati och senare utveckling av kronisk neuropati [56]. Vid behandling med platinumderivat och vinkaalkaloider bör man vara uppmärksam på CIPN med anledning av risken för irreversibla tillstånd såsom bestående domningar i händer och fötter [57]. Cytostatikabehandling med taxaner kan utlösa ”akut taxanutlöst smärta” med muskel- och ledsmärta [58] samt neuropati med eller utan smärta [59]. Akut taxanutlöst smärta kan predisponera för senare utveckling av neuropati [60].

Remissversion

9.2 Fatigue

Rekommendation

- Patienter med cancer behöver systematiskt och regelbundet bedömas för fatigue.
- Fysisk aktivitet är den intervention som har visat effekt vid cancerrelaterad fatigue. Aktiviteten bör vara regelbunden och om möjligt utökas successivt samt anpassas till individens förmåga.
- Det saknas för närvarande tillräcklig evidens för att rekommendera centralstimulerande läkemedel som symtomlindring.

Cancerrelaterad fatigue (cancerrelaterad trötthet) är ett vanligt symtom vid cancer, och innebär extrem trötthet som inte går att vila bort. Symtomet kan uppkomma under och efter cancerbehandling. Alla professioner i cancervården behöver ha kunskap om fatigue. I den återkommande dialogen mellan patienten, de närstående och vårdpersonalen finns utrymme för att ge information och evidensbaserade råd [61].

Cancerrelaterad fatigue är i dagsläget inte en medicinsk diagnos, även om The Fatigue Coalition har föreslagit diagnoskriterier [62]. Studier har visat att ungefär hälften av alla patienter drabbas. Det finns dock en stor variation i prevalensen mellan studier beroende på vilka patienter som studerats och vilka mätinstrument som använts [63].

Det finns flera olika definitioner av cancerrelaterad fatigue. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) beskriver tillståndet som en påfrestande, subjektiv, ihållande, fysisk, känslomässig och/eller kognitiv känsla av trötthet eller utmattning som är relaterad till cancer och/eller dess behandling, som inte står i proportion till den aktivitet som genomförts och som påverkar individens funktion [64]. Orsaken till att patienter drabbas av fatigue är inte klarlagd men det finns hypoteser om att fatigue är multifaktoriell och kan bero på inflammatoriska processer från både sjukdom och behandling samt nedsatt kondition och styrka [65].

9.2.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

Återkommande screening bör göras avseende förekomst av fatigue, exempelvis med visuell analog skala (VAS) eller numerisk skala (NRS). Utredning av eventuell differentialdiagnos vid fatigue är viktigt; exempelvis kan anemier,

Remissversion

sömnrubbningar och andra tillstånd orsaka extrem trötthet. Vid utredning bör samsjuklighet och andra medicinska behandlingsbara orsaker uteslutas och behandlas [64]. Fatigue bör uppmärksammas som ett symtom och bedömning göras om det finns en behandlingsbar orsak.

Vid trötthet eller fatigue kan patienten behöva stöd i att balansera aktiviteter mot varandra för att orka med vardagen, se även Uttalad trötthet vid cancersjukdom - 1177.

Särskilda insatser

För fördjupad bedömning av fatigue kan bedömningsinstrumenten Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue (FACIT-F) [66] eller Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) [67, 68] användas.

Fysisk träning är den bäst vetenskapligt underbyggda insatsen vid cancerrelaterad fatigue, för flera cancerdiagnoser och behandlingar, och både under och efter behandling [69, 70]. Fysioterapeuten bidrar med information om lämplig fysisk aktivitet och träning, ofta i samråd med en arbetsterapeut för att finna bra strategier i vardagen. Arbetsterapeuten kan bidra med stöd och träning om ergonomi och information om energibesparing eller aktivitetsbalans samt bedömning av om det föreligger behov av hjälpmedel. För att hantera fatigue kan patienten exempelvis planera in pauser eller vila under dagen, försöka distrahera sig på olika sätt eller utföra fysiska aktiviteter såsom promenader [71].

Ett exempel på en arbetsterapeutisk insats är Packer Managing Fatigue - en sexveckors kurs för att lära sig hantera fatigue i sin vardag.

NCCN beskriver i amerikanska kliniska riktlinjer hur man kan stödja patienter i att hantera fatigue på olika sätt [64]. Sådana strategier bidrar till ökad livskvalitet, något man sett i samband med en studie av personer med myelom [71]. Information och utbildning som syftar till att öka förståelsen (psykoedukation) och ge stöd i egenvård för att må så bara som möjligt trots symtom på fatigue är viktigt [72]. De närståendes situation behöver också uppmärksammas. De kan behöva information och stöd i hur de kan hjälpa patienten med fatigue [73].

Energibesparing eller aktivitetsprioritering handlar om att lära sig vad som kräver mycket energi, t.ex. att göra för många aktiviteter i rad utan paus mellan eller att välja bort aktiviteter som hade kunnat göras vid en annan tidpunkt [64, 74].

Remissversion

Avancerade insatser

Avancerade insatser kan handla om samverkan och samordning av insatser mellan olika professioner inom den egna verksamheten eller med andra enheter och huvudmän.

9.3 Förändrat utseende

Rekommendation

- Patienter bör informeras om behandlingars eventuella påverkan på utseendet.
- Alla regioner bör ha riktlinjer för behandlingsrelaterat håravfall.
- Eventuell egenavgift för peruk och andra hjälpmedel vid håravfall behöver av jämlikhetsskäl samordnas mellan regionerna.

Förändrat utseende kan bero på biverkningar av cancerbehandlingen och/eller vara en konsekvens av tumörens utbredning. Exempelvis kan amputation, stomi [75, 76], lymfödem, håravfall [77, 78], ärrbildning (eller andra hudförändringar), nervskador och viktförändring påverka individen genom nedsatt funktion och förändrad självbild [79]. Det kan även öka risken för att bli deprimerad, få ångest och undvika intimitet och/eller samliv [80] samt öka risken för social isolering.

Omgivningen kan vidare reagera på att utseendet förändras, och patienten kan antingen känna stöd eller uppleva att bemötandet blir annorlunda [78]. Patienten och de närstående bör erbjudas samtal och information [81] om hur behandlingen påverkar utseendet och vilka eventuella förebyggande åtgärder som finns samt information om regionens riktlinjer för eventuella hjälpmedel, vid t.ex. håravfall.

Patienter som drabbas av håravfall bör erbjudas peruk [82]. Det finns måttligt vetenskapligt stöd för behandling med s.k. kylmössa för att reducera håravfallet under cytostatikabehandling [83]. Det saknas i dag prospektiva studier som belyser risken för metastaser i hårbotten vid användning av kylmössa, men med stor sannolikhet är denna risk försumbar [84, 85], vilket innebär att metoden även kan användas vid adjuvant behandling. Det finns inga hälsoekonomiska data från Sverige men kostnaderna för kylmössa bör bedömas i relation till minskade kostnader för peruk [86]. Det är inte möjligt att på vetenskaplig grund bedöma vilken av de förekommande kylmetoderna som är bäst.

För information om regionernas bidrag till hjälpmedel vid håravfall vid cancerbehandling, se Enkelt om peruker.

Remissversion

9.4 Illamående

Rekommendation

- Varje verksamhetsområde som behandlar patienter med cancer behöver utarbeta skriftliga rutiner för att hantera illamående och kräkningar som är relaterat till cancersjukdomen och dess behandlingar.
- Skriftliga rutiner bör följa internationella och nationella riktlinjer inom området.

Illamående förekommer hos en stor andel av patienterna med cancersjukdom. Illamående och kräkningar kan uppträda som separata symtom eller tillsammans; när de inte är behandlingsrelaterade kan de vara utmanande att behandla och där är evidensen för antiemetikabehandling bristfällig [87].

En effektiv antiemetikabehandling utgår från ett strukturerat arbetssätt med en personcentrerad bedömning och följsamhet till nationella antiemetikariktlinjer. Förebyggande behandling med antiemetika och kontinuerlig uppföljning är avgörande för att säkerställa optimal hantering av biverkningar.

Skriftliga riktlinjer i verksamheten bör följa internationella och nationella riktlinjer:

- Vårdhandboken/cytotoxiska läkemedel.
- Stöddokument Antiemetika vuxen (RCC Kunskapsbanken)
- Multinational association of supportive care in cancer
- European society for medical oncology

Information, riskbedömning och uppföljning utgår alltid från en helhetsbedömning. Sjuksköterskan ansvarar tillsammans med läkaren för att kartlägga riskfaktorer och orsak till illamåendet, undervisa patienten och kontinuerligt följa upp och utvärdera antiemetikabehandlingen [88]. En icke-farmakologisk behandling som kan provas är akupunktur, även om det vetenskapliga underlaget för effekten bland personer med till exempel cytostatikautlöst illamående har låg tillförlitlighet [89].

Remissversion

9.5 Kognitiv funktionsnedsättning

Rekommendation

- Patienter som upplever eller visar tecken på kognitiv funktionsnedsättning bör bedömas avseende sina kognitiva funktioner.

En patient som uppvisar svårigheter med uppmärksamhet, minne eller planerings- och/eller beslutsförmåga kan behöva en bedömning av den kognitiva funktions- och aktivitetsförmågan. Kognitiva funktioner omfattar uppmärksamhet, exekutiva funktioner (planera och genomföra handlingar samt lösa problem och uppgifter som personen ställs inför), minne, språk, visuospatiala förmågor (förmåga att urskilja former och konturer, bedöma avstånd och rörelse samt bestämma föremåls plats i förhållande till varandra) och social kognition.

Nedsättning i dessa funktioner kan bero på konfusion, demens, depression, ångest eller stress, eller vara en biverkan av behandlingen alternativt själva sjukdomen, t.ex. hjärntumör eller hjärnmetastaser. Svårigheter med språkliga och kommunikativa funktioner kan leda till kognitiva kommunikationssvårigheter, där patienten kan få svårt att följa med i ett samtal, hålla sig till ämnet, komma ihåg information, förstås skämt eller metaforer eller följa anvisningar.

Kognitiv funktionsnedsättning kan förekomma efter cancerbehandling. Den neurobiologiska mekanismen för funktionsnedsättningen är ännu inte klarlagd [90], men är sannolikt korrelerad till typ av behandling och given dos. Andelen patienter som drabbas är inte klarlagd. För en del är funktionsnedsättningen övergående, men ibland blir den dessvärre bestående och är ibland orsak till att patienten inte klarar att återgå i arbete efter avslutad cancerbehandling [91-93].

9.5.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

Vid misstanke om kognitiv påverkan bör vanliga bakomliggande orsaker bedömas. Kartläggning och utredning av orsaker till kognitiv påverkan bör initieras av kontaktsjuksköterska eller läkare. Vid behov av utökad utredning och behandling är det aktuellt med kompetens från rehabiliteringspersonal enligt nedan.

Remissversion

Särskilda insatser

Patienter som upplever nedsatt kognitiv förmåga, som påverkar vardagliga aktiviteter eller arbetsförmåga, kan utredas via arbetsterapeut eller neuropsykolog, och ibland kan bägge professioner vara aktuella. Detta gäller patienter med behandlingsbiverkningar och patienter med hjärntumör, metastaser i CNS eller CNS-lymfom, se Nationellt vårdprogram tumörer i hjärna och ryggmärg.

Arbetsterapeuten kan bedöma funktions- och aktivitetsförmåga i vardagen och hjälpa patienten och de närstående att hitta strategier för att hantera vardagen eller arbetet. En logoped kan bedöma språkliga och kommunikativa svårigheter och ge patienten och de närstående stöd i att hitta strategier och prova ut hjälpmedel för att underlätta kommunikation i vardagen.

Avancerade insatser

Avancerade insatser kan handla om samverkan och samordning av insatser mellan olika professioner inom den egna verksamheten eller med andra enheter och huvudmän.

En neuropsykolog eller arbetsterapeut med kompetens inom kognition kan bedöma vilken kognitiv funktion som är påverkad och i vilken grad, samt ge rekommendationer om kognitiv funktionsträning och kompensatoriska strategier. Remiss till teambaserad hjärnskaderehabilitering rekommenderas vid komplexa behov.

9.6 Lymfödem

Rekommendation

- Alla verksamhetsområden där cancer behandlas bör ha utarbetade rutiner för att hantera lymfödem.
- Samtliga patienter som opereras med lymfkörtelutrymning ska före och efter operationen informeras om riskfaktorer för att utveckla lymfödem, och erbjudas regelbundna undersökningar där cancervård bedrivs.
- Lymfödem som är relaterat till cancer ska bedömas och behandlas av en lymfterapeut med medicinsk grundutbildning.
- Patienten bör kunna träffa en lymfterapeut i anslutning till den cancerbehandlande verksamheten.
- Egenvård är central för lymfödembehandling och patientundervisning är därför mycket angelägen.

Remissversion

- Regionerna bör utforma riktlinjer för ansvarsfördelningen när det gäller behandling av lymfödem, se till exempel Regionalt tillämpningsdokument av nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering.
- Regler för förskrivning av hjälpmedel samt patientens eventuella egenavgift bör av jämlikhetsskäl samordnas nationellt.

9.6.1 Bakgrund och orsaker

Ett sekundärt lymfödem till följd av cancersjukdom och behandling kan uppstå i till exempel huvud eller hals, bröst eller bål, genitalier, armar och ben till följd av operation med lymfkörtelutrymning och/eller strålbehandling. Andra riskfaktorer är behandling med cytostatika, övervikt och inaktivitet [94, 95]. Svullnaden som uppstår kan ge tyngd- och spänningskänsla och påverka funktion, aktiviteter och upplevd livskvalitet genom nedsatt arbetsförmåga, problem i sociala aktiviteter, svårigheter att hitta anpassade kläder samt psykiska påfrestningar [96, 97]. Komplikationer i form av hud- eller vävnadsinfektioner, speciellt rosfeber (erysipelas), är vanligare hos patienter med lymfödem [98].

Lymfödem kan indelas i olika stadier efter graden av vävnadsförändringar [99]. Initialt är lymfödemet mindre och reversibelt trots att lymfsystemet inte längre fungerar normalt. Om patienten inte får behandling kan lymfödemet med tiden bli irreversibelt och leda till kronisk inflammation med fettvävsnybildning [100]. Vid tidig behandling kan progression av lymfödemet förhindras [101-104].

9.6.2 Prevention och diagnostik

Patienter som opererats med lymfkörtelutrymning, och som därmed riskerar att utveckla lymfödem, bör informeras om prevention av lymfödem och erbjudas regelbundna undersökningar för tidig diagnostik av legitimerad personal med kunskaper om tillståndet. I preventionen ingår information om att inaktivitet och övervikt är riskfaktorer för att utveckla lymfödem. Patienten behöver vid behov erbjudas professionell hjälp med att reducera övervikt.

Differentialdiagnoser såsom hjärt- och kärlsjukdomar, njursjukdomar, endokrina sjukdomar och djup ventrombos kan ge upphov till lymfödemliknande symtom och bör uteslutas. Diagnos kan i regel ställas kliniskt på grundval av anamnes, inspektion, palpation och objektiva

Remissversion

mätningar. Tidig diagnostik och behandling bör vara rutin och kräver återkommande objektiv och subjektiv mätning.

Tidig diagnos av lymfödem, se Vårdhandboken/Lymfödem och NVP Lymfödem [99], ska innefatta två av nedanstående tre kriterier:

1. **Konsistensökning** i subcutis ses på den ödematösa sidan jämfört med icke-ödemsidan [105].
2. **Ökad extremitetsvolym** [106, 107] ses jämfört med icke-ödemsidan eller med preoperativa värden. Extremitetsvolymen mäts med pletysmografi, omkretsmätning [99] eller perometer. Mätning av volymen kan även kompletteras med mätning av ökad generell vävnadsvätska i extremiteten, s.k. bioimpedans. Mätvärden jämförs med icke-ödemsidan och med preoperativa värden eller normalvärden [108].
3. **Ökad lokal vävnadsvätska** mäts med Tissue Dielectric Constant (TDC) eller med lymfskanning för Percentage Water Content (PWC) [99, 109-111].

Uppkommer lymfödem på ett förväntat sätt under cancerbehandlingen, eller inom ett år efteråt, kan en lymfterapeut ställa diagnosen. Uppkommer lymfödem senare i förloppet ska en läkare alltid bedöma om man behöver utreda eventuell progress av grundsjukdomen och om det finns kontraindikationer mot lymfödembehandling.

9.6.3 Egenvård

Fysisk aktivitet och träning är en del av egenvården av lymfödem. Det är viktigt för att minska symtomen av cancerbehandlingen [112, 113] och kan även minska risken för att utveckla lymfödem hos vissa undergrupper [114, 115]. Träningen bör gradvis stegras och anpassas efter patientens intressen, möjligheter och tidigare träningserfarenheter.

God hudvård är viktigt vid lymfödem eftersom huden kan bli torr och oelastisk och behöver smörjas regelbundet med mjukgörande hudkräm med lågt pH-värde. En oskadad, elastisk hud minskar risken för infektioner. Patienten bör upplysas om att småskador, sår och insektsbett i områden med lymfödem lätt kan bli infekterade och bör behandlas så snart som möjligt. Vid tecken på rosfeber (rodnad, svullnad, smärta, feber och ofta illamående) ska läkare kontaktas och patienten behandlas med antibiotika. Patienter med återkommande rosfeber kan med fördel ha en förberedd ordination med recept på antibiotika för att snabbt kunna påbörja behandling, eller stå på lågdosantibiotika i ett år [116].

Remissversion

Instruktion i egenmassage kan ges för att minska tyngd- och spänningskänslan i vävnaden, baserat på ”gate control theory” och på att massage och beröring frisätter hormoner såsom oxytocin och endorfiner vilka kan minska symtomen. Däremot finns det begränsat vetenskapligt underlag för att egenmassage kan minska lymfödemvolymen [117].

9.6.4 Tilläggsbehandling

Tilläggsbehandling av en lymfterapeut kan ges på sjukhus där cancervård bedrivs, inom primärvården eller som specialiserad cancerrehabilitering. **Manuellt lymfdränage** (MLD) är en massagemetod som anses stimulera det lymfatiska flödet och därmed dränera ödematös vävnad. Det finns begränsat eller lågt vetenskapligt underlag för att manuellt lymfdränage kan minska lymfödem i arm eller ben [118-120], men klinisk erfarenhet talar för att vissa patienter upplever symtomlindring på grund av ”gate control theory” som nämns ovan. Behandlingen bör följas upp och utvärderas objektivt med volymmätning och symtomskattning med VAS [99].

Lymfpulsatorbehandling genomförs med tryckmanschetter som är utformade för olika kroppsdelar, och där lufttrycket regleras via en elektrisk pump. Behandlingen kan ske i hemmet med en utlånad eller hyrd apparat, men apparaten ska provas ut och följas upp av lymfterapeut. Det finns begränsat eller lågt vetenskapligt underlag för att lymfpulsatorbehandling på kort sikt kan minska lymfödemvolymen mer än kompressionsbehandling [121]. Däremot finns viss evidens för långtidsbehandling i upp till 1 år [122], och vid t.ex. smärta eller hypersensibilitet kan den vara ett komplement till kompressionsbehandling. Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för behandling med laser, kinesiotejpning, LPG (bindvävsmassage), Lymphatouch och Deep Oscillation vad gäller minskning av lymfödemvolym, men klinisk erfarenhet talar för att vissa patienter kan uppleva symtomlindring.

I vissa fall, där konservativ behandling inte är tillräcklig, kan **kirurgisk behandling** övervägas. Bedömning och behandling genomförs på centrum med erfarenhet av lymfödemkirurgi. Kirurgisk behandling med fettsugning kan vara aktuell om lymfödembehandlingen nått stabil lymfödemvolym och patienten fortfarande har en besvärande volymskillnad med minimal eller ingen pitting. Volymökningen består då framför allt av fettvävnad som inte påverkas av fortsatt konservativ behandling. Fettsugning kan göras på både arm- och benlymfödem och återställer extremitetens normala volym [123-126]. Efter operationen behöver patienten fortsätta med kompression, dygnet runt och resten av livet.

Remissversion

Mikrokirurgi med lymfovenösa anastomoser och lymfkörteltransplantationer utförs på vissa sjukhus. Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för dessa metoder, eftersom resultaten är svårtolkade, långtidsresultat saknas och annan behandling såsom kompression givits samtidigt [127].

Läkemedelsbehandling med vätskedrivande (diuretika) bör undvikas eftersom det inte hjälper vid lymfödem. Undantag är om patienten har någon svullnad av annan genes samtidigt med lymfödem [99].

9.6.5 Uppföljning och utvärdering

Lymfödem ska följas upp och utvärderas regelbundet, se till exempel Regionalt tillämpningsdokument Lymfödem av nationellt vårdprogram Cancerrehabilitering. Vid uppföljningen mäts lymfödemets volym, och kompressionsdelarnas passform och patientens egenvård såsom fysisk aktivitet eller träning, hudvård och egenmassage utvärderas. Om patienten upplever symtomlindring av egenmassage kan hen rådas till att fortsätta med detta, men i annat fall bör den avslutas. Vid fortsatt ödem eller pitting bör kompressionen revideras och optimeras. Vid obefintlig pitting bedöms kvarstående volymskillnad som fettomvandlad, och om den är besvärande kan fettsugning vara aktuell. Vid försämring av befintligt lymfödem, trots optimal lymfödembehandling, eller vid tillkomst av smärta eller neuropati bör läkare bedöma status med hänsyn till eventuell infektion eller tumörprogress.

9.6.6 Insatser på de olika nivåerna

Insatser på grundläggande nivå

Alla patienter som opereras med lymfkörtelutrymning ska före och efter operationen informeras om riskfaktorer för att utveckla lymfödem. Systematisk och upprepad bedömning (screening) bör göras avseende symptom och tecken på lymfödem.

Insatser särskild nivå

Alla patienter med lymfödem bör erbjudas information eller rådgivning, förskrivning av kompressionsdelar (dvs. plagg) och utbildning i egenvård av en lymfterapeut. Behandlingen består av en kombination av metoder, där kompressionsdelar är viktigast, se nedan. En förutsättning för ett gott behandlingsresultat är tidig diagnostik, uppföljning och utvärdering med såväl objektiva som subjektiva metoder. Målet är att reducera ödemet och minska

Remissversion

känslan av tyngd och spänning i vävnaden, samt att bibehålla eller förbättra funktionen och aktivitetsförmågan och därmed förbättra livskvaliteten.

Extremitetsvolym kan mätas med till exempel måttband eller pletysmografi, och extracellulär vätska kan mätas med bioimpedans [128]. Ytlig vätska kan mätas med TDC eller Lymphscanner (PWC) [99, 115, 129]. Spänningskänsla, tyngdkänsla och smärta kan mätas med VAS [130]. Livskvalitet kan mätas med Lymphedema Quality of Life Inventory (LyQLI) [131]. Även kroppsvikten bör följas.

Behandlingen av lymfödem bör endast utföras av legitimerad personal med medicinsk grundutbildning och tilläggsutbildning i lymfödembehandling som omfattar minst 200 timmar alternativt 7,5 högskolepoäng.

En del patienter kan uppleva en sorg över sin förändrade kropp och kan behöva psykosocialt stöd i processen för att bearbeta sorgen och lära sig leva med kroppens förändring.

Patientutbildning är en viktig del av behandlingen och bör innehålla undervisning om lymfsystemets anatomi och fysiologi samt egenvård. Undervisningen kan ges individuellt eller i grupp och vara muntlig, skriftlig och praktisk. Efterhand bör undervisningen vara mer individuellt anpassad, och målet bör vara att motivera patienten och stärka hens egen förmåga att utföra egenvård.

Kompressionsbehandling är den viktigaste komponenten i behandlingen, och det finns starkt vetenskapligt stöd för effekt i form av minskad lymfödemvolym [118]. Vid tidig diagnos, och vid mindre lymfödem utan pitting (relativ lymfödemvolym < 10 %), rekommenderas kompressionsdelar. Vid större lymfödem och/eller förekomst av pitting rekommenderas i första hand daglig bandagering som får sitta dygnet runt tills lymfödemet minskat och en stabil lymfödemvolym uppnåtts. Alternativ till bandagering kan vara att använda justerbar kompression eller att sy in kompressionsdelarna. När optimal ödemreduktion uppnåtts provas nya kompressionsdelar ut som ska stabilisera ödemvolymen. Det är också viktigt att kontrollera att patienten klarar på- och avtagning, eventuellt med speciella hjälpmedel. Hur kompressionsdelarna ska användas i den fortsatta behandlingen anpassas till individen, och omfattningen kan variera från hela dygnet till delar av dygnet. I de fall närstående eller vårdnadspersonal hjälper patienten bör dessa personer utbildas av lymfterapeuten.

Remissversion

9.7 Påverkad sömn

Rekommendation

- Patienter med cancersjukdom bör återkommande bedömas gällande sömnkvalitet
- Icke-farmakologisk och farmakologisk behandling ska väljas i samråd mellan patienten och vården, med fortlöpande utvärdering av effekt och biverkningar.

Studier visar att 25–60 % av onkologiska patienter drabbas av sömnrubbning under hela sin cancerprocess, och störningen kvarstår ofta långt efter avslutad behandling [132].

Sömnstörningarna har visat sig förändras genom cancerförloppet, vilket stöder behovet av att regelbundet bedöma sömnen under patientens cancersjukdom och behandling för att agera på ett adekvat sätt så att tillståndet inte försämras. Cancerrelaterade sömnstörningar (t.ex. sömnlöshet, störningar i sömn- och vakenhetscykeln, ökat sömnbehov, sömnighet och mardrömmar) orsakas ofta av både de psykologiska konsekvenserna av att få en cancerdiagnos och de direkta fysiska effekterna och biverkningarna av cancerbehandling.

Den exakta orsaken till sömnstörningar till följd av cancer är fortfarande mestadels okänd på grund av variationen i cancertyper, tillgängliga behandlingar, patientdemografi och livsstilsval. Dålig sömn påverkar humör och prestationsförmåga under dagtid negativt. Ihållande sömnlöshet förknippats med en högre risk för att utveckla klinisk ångest eller depression. Sömnproblem hos cancerpatienter är förknippade med sämre klinisk prognos och livskvalitet och kan vara en oberoende prediktor för cancerdödlighet [133, 134]. Tillräcklig sömn kan öka smärttoleransen hos cancerpatienter, medan dålig sömn kan leda till ökad postoperativ smärta, försenad läkning, förlängd postoperativ återhämtning och sjukhusvistelse, suboptimala behandlingsresultat och avbrott, samt minskad förmåga att utföra dagliga aktiviteter. Överdriven dagsömnighet och störningar av nattsömnen tros vara en av orsakerna till fatigue. De båda tillstånden förekommer ofta samtidigt och kan ha gemensamma underliggande mekanismer [135].

Läkemedel – både antitumorala och andra, såsom neuroleptika, opioider, lugnande medel, hypnotika, steroider, koffein och nikotin, vissa antidepressiva medel och kosttillskott – kan påverka sömnmönstren negativt. Biverkningar av behandlingen, inklusive symtom som är relaterade till kirurgi och/eller strålbehandling, kan påverka sömn- och vakenhetscykeln. Långvarig

Remissversion

användning av vissa läkemedel och abstinens från vissa substanser kan också orsaka sömnlöshet.

Behandling av sömnstörningar fokuserar på behandling av problem såsom att somna, att fortsätta sova och förebygga för tidiga uppvaknanden på morgonen. Andra områden att hantera inkluderar symtom från cancersjukdomen och dess behandling samt identifiering och hantering av miljömässiga och psykologiska faktorer. När sömnstörningar orsakas av symtom på cancersjukdomen eller dess behandling är åtgärder som kontrollerar eller lindrar symtomen ofta nyckeln till att lösa sömnstörningarna.

Behandling av sömnstörningar kombinerar icke-farmakologiska och farmakologiska metoder. Vanliga icke-farmakologiska metoder inkluderar KBT, fysisk träning, massage, avslappningsterapi och yoga. Sådan behandling kan också minska de potentiella negativa effekterna av långvarig användning av sömnmediciner eller göra det lättare att sätta ut sådana. Sömnhygienrådgivning och psykologiskt stöd syftar till att förbättra patientens sömnmiljö och hanteringsstrategier. Allt eftersom patienten lär sig att bättre hantera oro och stress som är relaterad till sjukdom, undersökningar, sjukhusvistelser och behandling kan sömnen förbättras. Avslappningsövningar som utförs vid sänggåendet kan bidra till att främja kvällsro och insomning. Kognitiva beteendeinterventioner minskar det obehag som är förknippat med tidig sömnlöshet; t.ex. kan patientens ångest minska, och sömnen främjas, genom att ändra målet från ”behov av att sova” till ”bara slappna av”. Om KBT inte är tillgänglig, eller icke-farmakologiska metoder inte varit framgångsrika, kan medicinering övervägas. Dessutom är det förmodligen nödvändigt med farmakologisk behandling om patienten har samsjuklighet som bidrar till störningar i sömn- och vakenhetscykeln. Många farmakologiska medel är godkända för primär sömnlöshet, men de flesta sömnmedel har inte studerats i cancerpopulationer. Därför är risk–nyttaprofilerna för dessa läkemedel inte avgränsade i denna kontext. Särskilda överväganden borde göras för patienter med smärta och äldre patienter, och doser för hypnotiska läkemedel bör justeras [136].

9.7.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande nivå

Sömnrubbning och relaterade till det problem identifieras med hjälp av Hälsoskattningen. Analys av möjliga orsaker till sömnstörning är grunden i behandlingsstrategin. Det är även viktigt att identifiera riskfaktorer för

Remissversion

utveckling av sömnstörning och faktorer som kan påverka redan förekommande sömnproblem Val av lämplig behandling görs av sjuksköterska och läkare.

Särskild nivå

Vid behov av stöd för icke-farmakologiska åtgärder engageras fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator eller psykolog. En behandlings- och rehabiliteringsplan upprättas.

Avancerad nivå

Avancerade insatser kan handla om samverkan och samordning av insatser mellan olika professioner inom den egna verksamheten eller med andra enheter och huvudmän. Detta är aktuellt framför allt vid längre sömnrubbning och där långvariga störningar funnits före cancersjukdomen och dess behandling.

9.8 Smärta

Rekommendation

- Patienter med cancer bör återkommande bedömas gällande smärta. Smärtanalysen ska beskriva vilka smärtmekanismer som finns och då ge en smärtdiagnos. Efter smärtanalysen planeras en riktad behandling utifrån smärttyp för att lindra och förebygga smärta samt för att minska risken för försämring eller utveckling av nociplastisk smärta.
- Psykologiska, sociala och existentiella påverkansfaktorer är viktiga att beakta för en effektiv smärtbehandling men också för att undvika utveckling av nociplastisk smärta.
- Icke-farmakologisk och farmakologisk behandling ska väljas i samråd mellan patienten och vårdteamet, med fortlöpande värdering av effekt och biverkningar.
- Verksamheten bör fastställa rutiner för konsultation av och samarbete med en specialiserad smärtenhet.

All smärta ska behandlas utifrån smärtmekanismerna och den smärtdiagnos som smärtanalysen leder till. Det är viktigt att tidigt upptäcka, diagnostisera och behandla smärta för att öka möjligheten för patienten att tolerera och fullfölja cancerbehandlingen samt för att upprätthålla funktion, aktivitet och livskvalitet.

Smärta är ett vanligt symtom vid cancer och delas in i smärta som är direkt orsakad av cancern (till exempel infiltrativ växt, tryck på nerv inflammatoriska processer som orsakas av cancercellerna) och indirekt smärta som orsakas av

Remissversion

cancerbehandlingen (t.ex. strålbehandling, cytostatika eller skada efter operativt ingrepp). Det är också viktigt att beakta att patienter med cancer kan ha ett annat smärttillstånd som är oberoende av cancersjukdomen då ca 20 % av befolkningen har långvarig smärta [137].

Cancerrelaterade smärttillstånd är sammansatta då de kan innehålla både akuta och långvariga smärtkomponenter, genombrottsmärta och de cancerspecifika respektive behandlingsrelaterade smärtkomponenterna. Det kan också ofta finnas psykologiska, sociala och existentiella komponenter i smärtupplevelsen i form av t.ex. ångest, oro, nedstämdhet, förtvivlan, påverkade familjerelationer, nedsatt arbetsförmåga, försämrad ekonomi, känsla av skuld, meningslöshet och dödsångest. Om patienten har kognitiva svårigheter kan det vara svårt att beskriva smärtan, vilket behöver beaktas vid smärtanalysen [137].

Behandlingsstrategierna utifrån smärtanalysen behöver belysa helheten, alltså ta hänsyn till alla delar som påverkar och påverkas av smärtan. För att uppmärksamma smärtan och helheten kan Hälsoskattning användas. Smärtan kan även skattas via VAS eller NRS för att förstå nivån på smärtan. Smärtskattningshjälpmedlet Brief Pain Inventory [138] ger stöd i smärtdiagnostik och identifiering av smärtmekanismer. Se ESMO:s riktlinjer [139].

Smärtan kan ibland bli långvarig, och flera faktorer kan bidra till detta. Förklaringsfaktorerna är ännu inte helt klarlagda men god kunskap finns om riskfaktorer för utveckling av långvarig smärta. De psykosociala faktorerna är vanliga inom cancervården, se Vårdförlopp långvarig smärta. Inom cancervården är riskfaktorer för att utveckla långvarig smärta mest utforskade bland personer som haft bröstcancer. Enligt en metaanalys (patienter minst ett år efter diagnos och sex månader efter avslutad behandling) som gjorts förefaller lymfödem och cytostatikabehandling vara de två främsta bidragande faktorerna till långvarig smärta [140]. Vid en långvarig smärta krävs ofta en annan behandlingsstrategi och då kan det vara bra att konsultera en smärtenhet.

Om det finns psykologiska, sociala eller existentiella påverkansfaktorer kan bemötandet med förståelse, medmänsklig värme och samtal vara en viktig del i att lindra smärtan. Det är också viktigt att få patienten att förstå hur detta kan påverka smärtupplevelsen, för att underlätta hanteringen av smärtan. Om patienten har medelsvår till svår ångest och depression bör man överväga om ångestlindrande eller antidepressiv behandling behövs, vilket i sin tur kan lindra smärtupplevelsen [137].

Remissversion

Antitumoral behandling och strålbehandling har ofta god smärtlindrande effekt men kan även ge bland annat CIPN. Denna nervsmärta behandlas bäst genom en kombination av läkemedel och fysisk träning.

Icke-farmakologiska smärtlindrande behandlingar kan fungera som viktiga komplement till farmakologisk behandling. Flera av dem kan ofta utföras av patienten själv eller med stöd av närstående, sjuksköterska, fysioterapeut och/eller arbetsterapeut. I de kliniska riktlinjerna från NCCN om smärta och smärthantering bland cancerpatienter [141] nämns olika icke-farmakologiska insatser. Även om evidensläget i dagsläget är oklart för specifika cancerpopulationer kan icke-farmakologiska insatser för smärthantering såsom fysisk aktivitet, akupunktur [142, 143], TENS (transkutan elektrisk stimulering) eller kognitivt baserade insatser [144] provas. Sistnämnda innefattar exempelvis insatser som syftar till ökad känsla av kontroll, såsom andningsövningar, avspänning och pedagogiska insatser som är riktade till både patienter och närstående [141].

Analys av och åtgärder mot smärta hos cancerdrabbade patienter handläggs lämpligen på samma sätt som smärtor av annan orsak. Läkemedelsbehandling av smärtan ska alltid väljas utifrån smärtanalys, smärtdiagnostik och de identifierade smärtmekanismerna. Även faktorer som påverkas av smärtan och påverkar smärtans upplevelse ska vara med i behandlingsplanen, se ESMO:s riktlinjer [139] och vårdförlopp långvarig smärta.

9.8.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande nivå

Smärta och relaterade problem identifieras i t.ex. Hälsoskattning. Smärtanalys (t.ex. BPI [138]) ger en smärtdiagnostik där smärtmekanismer är beskrivna. Relaterade problem bör vara med i en behandlingsstrategi eller -plan för smärtan. Det är viktigt att identifiera riskfaktorer för utveckling av långvarig smärta samt faktorer som påverkar smärtupplevelsen. Behandling ges av sjuksköterska och läkare.

Särskild nivå

Vid behov av stöd för icke-farmakologiska åtgärder engageras fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog eller logoped. Det gäller även vid behov av en djupare smärtanalys. En behandlings- och rehabiliteringsplan bör upprättas.

Remissversion

Avancerad nivå

Insatser på avancerad nivå innebär ett behov av samarbete mellan flera personalkategorier eller att specialiserad smärtenhet konsulteras för bedömning eller behandling. Det är framför allt aktuellt vid längre smärttillstånd och där långvariga smärttillstånd funnits före cancersjukdomen och dess behandling.

9.9 Strålningsrelaterade besvär

Rekommendation

Patienten behöver informeras om att det finns risk för besvär såsom stramhet eller nedsatt rörlighet i samband med strålbehandling, och bör erbjudas kontakt med en fysioterapeut för råd om rörelseträning och stretchning av berörd muskulatur och bindväv.

Yttre strålning framkallar en inflammation i vävnaden och stimulerar omvandling av fibroblaster till myofibroblaster vilka producerar kollagen, vilket på lång sikt leder till fibros i vävnaden som strålbehandlats. Fibrosbildning kan förekomma i hud, muskler och andra organ i behandlingsområdet, vilket kan resultera i flera symtom och påverka den upplevda livskvaliteten. Besvären förekommer vanligtvis i 4–12 månader efter strålbehandling men kan även förekomma flera år efter avslutad behandling [145].

Graden av besvär varierar beroende på dos, fraktion, behandlingstid och storleken på behandlat område [146]. Vanliga besvär är till exempel förhårdnad eller tjockare hud och korta muskler och atrofi, vilket kan leda till nedsatt rörlighet och stramhet i vävnaden. Andra besvär såsom smärta och lymfödem kan också förekomma, och det finns även risk för sår och påverkan på skelett och slemhinnor [146]. Vid bröstcancer är det till exempel vanligt med stramhet i bröstmuskulatur och operationsärr, vilket kan leda till nedsatt rörlighet i den opererade sidans arm. Vid huvud- och halscancer kan strålbehandlingen leda till nedsatt gapfunktion, muntorrhet, sväljsvårigheter, nedsatt röstkvalitet och i sällsynta fall nekros av ben [146]. För handläggning av strålskador efter cancer i lilla bäckenet, se Nationellt vårdprogram för bäckencancerrehabilitering.

9.9.1 Behandling

Patienten bör informeras om att det finns risk för besvär såsom stramhet eller nedsatt rörlighet i samband med strålbehandling och erbjudas kontakt med en fysioterapeut för råd om rörelseträning och stretchning av berörd muskulatur och bindväv.

Remissversion

Det finns enstaka studier som visar på förbättrad rörlighet och minskad smärta vid tidig rörelseträning efter bröstcancer [147]. Fysioterapi kan förbättra styrkan och rörligheten i den opererade sidans arm samt minska muskelspänningen i bröstet efter bröstcancerbehandling [148].

Träning av skuldra efter operation och strålbehandling vid huvud- och halscancer kan förbättra funktion och rörlighet och minska smärta [149]. Vid stramhet i käkmuskulatur, så kallad trismus, kan gapträning förbättra rörligheten i käkleder [150], vilket kan ha stor betydelse för att personen ska kunna äta normal kost.

Enstaka studier har visat effekt av akupunktur vid muntorrhet eller salivering men de studier som finns är av låg kvalitet och det går därför inte att dra några slutsatser om effekten [151].

9.9.2 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande nivå

Patienten bör informeras om att det finns risk för besvär såsom stramhet eller nedsatt rörlighet i samband med strålbehandling och erbjudas kontakt med en fysioterapeut för råd om rörelseträning och stretchning av berörd muskulatur och bindväv.

Särskild nivå

Patienter som upplever ökad stramhet eller nedsatt rörlighet bör erbjudas kontakt med fysioterapeut för fördjupad bedömning och insatser. Rörande besvär som påverkar tal och/eller sväljförmåga bör logoped och dietist kontaktas för fördjupad bedömning och insatser. Vid besvär som är relaterade till sexuell hälsa bör patienten erbjudas kontakt med personal med sexualmedicinsk inriktning.

Avancerad nivå

Vid komplexa behov bör insatser samordnas mellan flera personalkategorier, eller om en specialiserad enhet konsulteras för bedömning eller behandling. Detta gäller framför allt vid svåra funktionsnedsättande besvär

Remissversion

KAPITEL 10

Fysiska insatsområden

10.1 Aktiviteter i det dagliga livet

Rekommendation

- Patienter bör uppmuntras till att bibehålla sina aktiviteter och sin struktur för aktiviteter i det dagliga livet.
- Problem med dagliga aktiviteter bör uppmärksammas och överrapporteras om en arbetsterapeut inte finns i det egna vård-, omsorgs- eller rehabiliteringsteamet.

Det kan vara nyttigt och reflektera över hur patientens aktivitetsmönster ser ut och hur hen upplever sin aktivitetsbalans. Hur ser balansen ut mellan studier, fritid, hem och familj? Det är viktigt att ha aktiviteter där individen kan koppla av och ladda sina batterier. Gör individen aktiviteter för sin egen skull eller går nästan all tid åt till att göra aktiviteter som andra bestämmer eller förväntar sig av individen? För att uppleva aktivitetsbalans behöver individen ha rätt mängd aktiviteter i sin vardag, i relation till sin tid och ork. Det är också viktigt att ha variation mellan olika aktiviteter. Aktivitetsbalansen är viktig för upplevelsen av hälsa och välbefinnande. När kraven blir för höga tenderar vi människor att minska på eller ta bort det som ger energi och ork, såsom sömn eller att göra något som är roligt eller avkopplande [152, 153].

Arbetsterapeutiska insatser har målsättningen att förbättra aktivitetsförmågan, förhindra nedsatt aktivitetsförmåga eller kompensera för en nedsatt aktivitetsförmåga. En förändrad aktivitetsförmåga, eller vanor som påverkar patienten på ett negativt sätt, kan vara en indikation på behov av bedömning via arbetsterapeut.

Arbetsterapeuten utreder aktivitetsförmågan utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och fokuserar på de aktiviteter som personen själv anser är meningsfulla men upplever svårigheter med i vardagen [154]. Målet är att främja individens möjlighet att leva ett så värdefullt liv som möjligt utifrån sina önskemål och behov, och även i relation till omgivningens krav.

Arbetsterapi handlar inte enbart om kompensation (hjälpmedel), utan arbetsterapeutiska insatser kan också innebära att individen tränas i aktiviteter

Remissversion

(arbetssysslor eller aktiviteter i dagliga livet), funktionsträning (till exempel träning av handstyrka eller finmotorik) eller psykoedukation [155].

Insatserna är individ- och/eller miljöinriktade och avser aktiviteter i patientens dagliga liv. Syftet är att personer som behöver stöd ska skapa förutsättningarna för ett liv som de själva skattar som värdefullt [43].

Internationellt sett finns riktlinjer för arbetsterapeutiska insatser för cancerpatienter [156, 157] men det vetenskapliga underlaget är fortfarande begränsat [158].

10.1.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

Alla patienter behöver bedömas gällande svårigheter eller risk för svårigheter som rör dagliga livets aktiviteter. Hälsoskattning är ett lämpligt formulär som kan användas av personal inom hälso- och sjukvård för kartläggning av vilken påverkan som olika besvär har för patienten i det vardagliga livet. När patienten själv, de närstående eller vård-, omsorgs- eller rehabiliteringspersonalen uppmärksammar problem med dagliga aktiviteter bör arbetsterapeutkontakt initieras.

Patienten kan själv göra saker för att påverka sin aktivitetsbalans. Uppmuntra patienten att dra ner på ambitionsnivån och fundera över sin situation och de aktiviteter som ingår i vardagen. Vid behov behöver patienten lära sig prioritera och sätta gränser [152, 153]. Patienten kan också delegera uppgifter till exempelvis närstående. Det är även viktigt att patienten är noga med att fylla på energi mellan aktiviteter.

Särskilda insatser

Arbetsterapeuten gör en bedömning utifrån sin kunskap och erfarenhet, med hjälp av lämpligt standardiserat bedömningsinstrument.
Bedömningsinstrument används för att identifiera viktiga aktiviteter och de hinder som finns för att utföra dem. Arbetsterapeutiska åtgärder fokuserar på ett eller flera av följande områden: information och undervisning, aktivitetsträning och/eller kompensation med exempelvis hjälpmedel [155].
Behövs hjälpmedel bör patienten få dessa utprovade och förskrivna.

Balans i aktiviteter är viktigt för alla människor och bidrar till hälsa [153].

Remissversion

Arbetsterapeuten motiverar och stödjer personer att bland annat uppnå aktivitetsbalans genom strategier för att medvetandegöra och anpassa aktivitetsmönster, vanor, rutiner och roller som påverkar deras aktivitetsutförande (se kompetensbeskrivningar - Sveriges Arbetsterapeuter).

Vid långvariga eller bestående funktionsnedsättningar kan mer avancerade rehabiliteringsåtgärder och en mer långvarig kontakt med arbetsterapeut behövas. Individuellt anpassade insatser och mer omfattande kontakt (tidsmässigt och insatsmässigt) behövs för exempelvis patienter med hjärntumör, kognitiv funktionsnedsättning, uttalad fatigue eller neurologisk påverkan. Rehabiliteringen för dessa patientgrupper skiljer sig inte från den som används inom rehabilitering med annan genes än cancer. Åtgärder kan omfatta funktionsträning, aktivitetsträning, hjälpmedel och anpassning av hjälpmedel, bostadsanpassning eller anpassning av arbetssituationen, vilket till exempel beskrivs i Nationellt vårdprogram tumörer i hjärna och ryggmärg. Se även Nationellt vårdprogram för palliativ vård för arbetsterapeutens insatser i livets slutskede.

Observera att cancerdiagnos och behandling inte är tillräckligt för att avgöra behovet av arbetsterapeutiska insatser, och de diagnoser och aktivitetsproblem som nämns här är enbart exempel.

Avancerade insatser

Avancerade insatser kan handla om att arbetsterapeuten behöver samverka och samordna sina insatser med andra arbetsterapeuter (till exempel en hjälpmedelskonsulent eller bostadsanpassningshandläggare), med andra professioner inom den egna verksamheten eller med andra enheter och huvudmän.

Exempel på avancerade insatser är individuellt anpassade hjälpmedel där flera professioner är involverade i utprovning, förskrivning och träning. Ett annat exempel är arbetsterapeutiska insatser från olika enheter och huvudmän, exempelvis att arbetsterapeuter inom slutenvård och öppenvård samarbetar eller att en arbetsterapeut med specialistkompetens utöver onkologisk kunskap (t.ex. psykiatri eller neurologi) är involverad i rehabiliteringen.

10.1.2 Fördjupning

Exempel på bedömningsinstrument som arbetsterapeuter kan använda sig av i sitt kliniska arbete för att bedöma aktiviteter i det dagliga livet är ADL-taxonomin, Canadian Occupational Performance Measure och Assessment of

Remissversion

Motor and Process Skills. Vissa bedömningsinstrument kan kräva särskild utbildning. I den här referensens artiklar, som dock inte specifikt berör cancerområdet, finns möjlighet att fördjupa sig i ämnet aktivitetsbalans [153, 159-162].

10.2 Fysisk aktivitet och träning

Rekommendation

- Personer med cancer bör rekommenderas att utföra aerob fysisk aktivitet i minst 150 minuter i veckan på minst måttlig intensitet. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktivitet av måttlig och hög intensitet kan även kombineras.
- Personer med cancer bör också utföra muskelstärkande fysisk aktivitet (styrketräning) minst 2 ggr/vecka som innefattar de stora muskelgrupperna.
- Om personen är ovan eller osäker, börja med små mängder fysisk aktivitet och öka successivt frekvens, intensitet och duration.
- All rörelse räknas. Det är bättre att utföra lite fysisk aktivitet än ingen alls.
- Personer med cancer bör rekommenderas att minska på långvarigt stillasittande. Några minuters rörelsepaus varje halvtimme minskar riskerna med långvarigt stillasittande.
- Pågående infektion är en absolut kontraindikation för träning.
- Aktivitetens intensitet, typ, varaktighet och frekvens samt eventuell träningslokal bör anpassas efter patientens dagsform, infektionskänslighet, risk för fraktur, samsjuklighet och preferenser.
- En förändrad fysisk aktivitetsnivå eller besvär som påverkar patienten och den fysiska aktiviteten negativt (till exempel nedsatt balans eller smärta) kan vara en indikation på behov av bedömning via fysioterapeut.

Remissversion

Patientens fysiska arbetskapacitet (syreupptagningsförmåga eller ”kondition”) påverkas på ett negativt och långtgående sätt av de systemiska cancerbehandlingar som hen erhåller [163]. Det är därför viktigt att patienten är så fysiskt aktiv som hens förutsättningar tillåter [164]. Studier har beskrivit betydelsen av att läkare och sjuksköterskor informerar patienten om vikten av fysisk aktivitet [165, 166]. Alla patienter bör ha möjlighet att snabbt och enkelt få information och råd om fysisk träning, i syfte att förbereda sig inför sin behandling och minska risken för cancerrelaterade symtom och behandlingsbiverkningar [167].

Fysisk aktivitet och träning är en av de viktigaste insatserna för att minska biverkningar såsom cancerrelaterad fatigue [69, 70], öka hälsorelaterad livskvalitet och bibehålla eller öka kondition och muskelstyrka (ref). De flesta träningsstudier är gjorda på patienter med bröst-, tjocktarms- eller prostatacancer men systematiska översikter av studier finns också för patienter med cancer i bukspottskörteln [168], huvud- och halscancer [169] och lungcancer [170] som alla visar att fysisk träning är säkert och genomförbart. Det finns även översikter som visar god genomförbarhet av fysisk aktivitet vid avancerad cancersjukdom inom palliativ vård [171] och bland personer med skelettmetastaser [172, 173]. Sammanfattad epidemiologisk forskning tyder på att fysisk aktivitet kan minska risken för återfall, och en nyligen publicerad artikel från en stor randomiserad kontrollerad studie på personer med koloncancer har även visat att träning reducerar risken för återfall, ny cancer och död [174].

Fysisk aktivitet definieras som ”all kroppsrörelse som resulterar i ökad energiförbrukning utöver viloförbrukning” och kan innefatta allt från hushållsarbete till promenader och ansträngande träning. Träning definieras som ”strukturerad fysisk aktivitet som syftar till att bibehålla eller förbättra fysisk förmåga såsom kondition och styrka” [175]. Träningens fysiologiska effekt på kroppen påverkas av träningens intensitet (hur hårt träningen genomförs), duration (hur länge träningspasset pågår), frekvens (hur ofta träningen genomförs) och typ (till exempel joggning, cykling eller styrketräning).

Den fysiska aktivitet som rekommenderas för personer med cancer motsvarar de allmänna rekommendationerna från WHO [176], från Folkhälsomyndigheten och i Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS [177] för att förebygga sjukdomar såsom fetma, typ 2-diabetes och högt blodtryck. Den fysiska aktiviteten bör alltså innefatta både konditions- och styrketräning och ska anpassas till individens förmåga och tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet och träning [164]. För bäst effekt på konditionen kan både högintensiv intervallträning och måttlig intensiv kontinuerlig konditionsträning rekommenderas. När det gäller effekt på konditionen under pågående onkologisk behandling har metaanalyser visat att träningsvolym (intensitet, duration och frekvens) troligen är viktigare än andra träningsfaktorer såsom enbart träningsintensitet [178, 179]. Förutom rekommendationer om fysisk aktivitet bör även patienter rekommenderas att minska på långvarigt stillasittande eftersom det finns viss epidemiologisk evidens för att stillasittande ökar risken för cancerdödlighet [180].

Remissversion

10.2.1 Särskilda hänsynstaganden vid träning

Viss typ av cytostatika och strålbehandling som är riktad mot bröstbenet kan öka risken för hjärt- och kärlsjukdomar [181], så fysisk aktivitet och träning är troligen viktigt för dessa individer för att minska risken för hjärtsjukdom [182]. En nyligen publicerad systematisk översikt har sammanfattat att träningsbaserade interventioner kan minska behandlingsorsakad hjärtpåverkan, men att tillförlitligheten till resultatet är låg och att fler metodologiskt välgjorda studier behövs [183].

Inför operation och strålbehandling bör patienten informeras om förebyggande rörlighetsträning för att minska kirurgi- och strålningsrelaterad stramhet [147, 149, 184]. Detta är särskilt viktigt när det som ska opereras och strålbehandlas ligger nära en led som kan påverkas, till exempel vid operation eller strålbehandling mot axel eller skuldra, käkled, nacke eller närliggande områden.

Patienten bör få individanpassad information om och anpassa träningen till den pågående behandlingen och eventuella biverkningar [164]. Aktivitetens intensitet, typ, varaktighet och frekvens samt eventuell träningslokal bör anpassas efter patientens dagsform, infektionskänslighet, risk för fraktur, samsjuklighet och preferenser. Det finns rekommendationer för hur fysisk aktivitet och träning samt testning för personer med cancer kan anpassas beroende på patientens förutsättningar och behov [185]. Pågående infektion är en absolut kontraindikation för träning. För att hitta en lämplig fysisk aktivitet och aktivitetsnivå bör patienten i många fall träffa en fysioterapeut som också har kompetens att bedöma fallrisk. Läs mer om rekommendationer, rådgivning och riskbedömning i elektroniska versionen av FYSS, eFYSS [177].

Patienten bör bedömas av en fysioterapeut och få anpassad träning och anpassade råd, speciellt om hen har genomgått lung- eller bukkirurgi (eller annan stor kirurgi som under eller efter läkningsfasen kan påverkas negativt av viss typ av träning eller övning), fått stomi eller lider av svåra biverkningar (såsom svår fatigue, neuropati eller exacerbation av lymfödem), malnutrition eller skelettmetastaser [185]. Läkare bedömer om eventuella rörelserestriktioner ska föreligga.

Remissversion

10.2.2 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

På grundläggande nivå bör alla patienter med cancer, redan i samband med diagnos och inledande behandling, informeras muntligt och skriftligt om betydelsen av fysisk aktivitet och få enkla råd om hur de kan öka sin fysiska aktivitet och hur de vid behov får kontakt med fysioterapeut och arbetsterapeut för utökat stöd och bedömning. Bedömningsverktyget Hälsoskattning kan användas för att identifiera patienter i behov av utökat stöd. Socialstyrelsens indikatorfrågor för fysisk aktivitet kan användas för kartläggning och bedömning av fysisk aktivitetsnivå.

På 1177.se finns råd om fysisk aktivitet och cancersjukdom. På 1177.se finns även filmer om träning som riktar sig till den allmänna befolkningen. All legitimerad personal i hälso- och sjukvård har möjlighet att, efter en introduktionskurs, skriva ut Fysisk aktivitet på recept (FaR). FaR kan för vissa personer vara hjälpsamt för att öka mängden fysisk aktivitet.

Patienter med samsjuklighet kan behöva anpassningar av fysisk aktivitet eller träning [185], exempelvis vid problem i rörelseapparaten såsom artros, reumatisk sjukdom eller fibromyalgi eller vid sjukdomar i lungor och hjärta såsom avancerad kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt. Dessa patienter kan behöva remitteras till fysioterapeut för att få ett anpassat träningsprogram.

Särskilda insatser

Särskilda insatser innebär att en fysioterapeut gör en fördjupad bedömning av fysiska, psykologiska och sociala faktorer som påverkar fysisk aktivitet och träning.

Träning bör erbjudas individuellt, i grupp eller som egenträning. FaR kan också vara ett användbart hjälpmedel. Patienter med cancer kan föredra att träna med andra i samma situation eftersom många har följdverkningar av sin sjukdom och behandling, och därför kan gruppträning också erbjudas [186]. Att delta i övervakad träning ger på ett enkelt sätt tillfälle till direktkontakt med en fysioterapeut (eller annan profession med god kunskap om träningsfysiologi vid cancersjukdom), som kan ge råd om egenträning och vid behov kan hänvisa patienten vidare. En systematisk översikt visar att övervakad eller handledd träning ger bättre effekt på cancerrelaterad fatigue [187, 188], hälsorelaterad livskvalitet och fysisk funktion än träning på egen hand [189]

Remissversion

Detta skulle kunna bero på ökad följsamhet till träningen tack vare handledningen.

Avancerade insatser

Patienter med en komplex situation med till exempel samtidiga nutritionsproblem, som försvårar delaktighet i fysisk aktivitet och träning, kan behöva avancerade insatser, till exempel samordning med dietist för att optimera effekten av träningen. Andra avancerade insatser kan vara att fysioterapeuten konsulterar hjärtläkare om patienten har en konstaterad hjärtpåverkan. Patienter med skelettmetastaser kan behöva bedömas av läkare avseende eventuella träningsrestriktioner.

10.2.3 Fördjupning

Allvarliga händelser och skador relaterat till träning under och efter cancerbehandling

Allvarliga händelser som är relaterade till träning är väldigt ovanligt bland personer med cancer [164, 190, 191] men metaanalyser avseende risker med träning under pågående behandling fann att evidensen för att göra en riskestimering var otillräcklig på grund av att studier inte i tillräcklig grad rapporterar oväntade negativa händelser eller skador [69, 70, 192]. Vad gäller mindre allvarliga skador såsom stukningar och muskelsträckningar är det vetenskapliga underlaget bristande eftersom det saknas både studier och konsensus om hur mindre allvarliga händelser ska rapporteras. En svensk studie tyder dock på att det är vanligare med mindre allvarliga skador i högintensiv träning än i träning med låg till måttlig intensitet bland patienter med bröst-, prostata- eller kolorektalcancer under neoadjuvant eller adjuvant cancerbehandling [193]. Det finns inga tecken på ökad risk för lymfödem hos dem som är fysiskt aktiva eller en försämring hos dem som redan utvecklat ett ödem, åtminstone inte bland kvinnor som behandlats mot bröstcancer [194]. Detta gäller både övre och nedre extremiteter förutsatt att lymfödemet behandlas enligt gällande riktlinjer och att träningen långsamt trappas upp [194-196]. En systematisk översikt har även visat att styrketräning med högre intensitet har bättre effekt på lymfödemet än lägre intensitet bland kvinnor med lymfödem efter bröstcancer [197].

Samhällsaktörer

Aktiv mot cancer är en privat svensk stiftelse som är systerorganisation till den norska motsvarigheten Aktiv mot kreft som bl.a. publicerar filmer med hemmaträning som är anpassad för personer med cancer.

Remissversion

10.3 Mun- och tandhälsa

Rekommendation

- De verksamheter som möter patienter med risk för påverkan på slemhinnor i mun och svalg behöver ha skriftliga rutiner för handläggning inklusive användning av bedömningsinstrument.
- Vid konstaterad eller förväntad påverkan på munslemhinna eller tänder behöver det finnas ett organiserat samarbete med specialisttandvården som belyses i lokala riktlinjer.

Cancerbehandling medför ofta komplikationer eller risk för komplikationer i munnen. För handläggning hänvisas till diagnosspecifika vårdprogram, och till internationella rekommendationer [198]. Se även 1177/tandvård i samband med vissa sjukdomar och sjukdomsbehandlingar.

Eftersom muntorrhet är en vanligt förekommande komplikation är det viktigt med saliversättning. Saliv innehåller många viktiga substanser som skyddar tänder och slemhinnor i munnen. Muntorrhet ökar risken för karies, så munsköljning med fluor bör insättas. Minskad salivmängd ökar även risken för stomatit, dvs. inflammation i munslemhinnan, vilket kan ge sveda, orsaka svårigheter att tala, tugga och svälja och ge förändrad smak. Många patienter kan känna oro för att muntorrhet också ger dålig andedräkt. Patienter med muntorrhet, nedsatt allmäntillstånd och/eller nedsatt immunförsvar löper dessutom större risk för infektioner i munhålan, till exempel svampinfektion.

Infektioner kan i sig orsaka symtom såsom sveda och i sitt akuta skede förorsaka nutritionsproblem. Information och råd till patienter och närstående bör ges muntligt och skriftligt. Vårdhandboken beskriver allmänna aspekter på munvård, se Vårdhandboken/Munhälsa - Översikt.

Vid svampinfektion i munhålan bör medicinsk behandling sättas in snarast. Vid återkommande svampinfektioner kan underhållsbehandling övervägas. Risken för resistensutveckling måste då beaktas. Vissa läkemedel mot svampinfektion interagerar med flera läkemedel. Mineralvatten (till exempel vichyvatten) har ingen dokumenterad effekt mot svampinfektion men kan kännas behagligt att skölja munnen med.

Kryobehandling (is i munnen) under cytostatikatillförsel i samband med stamcellstransplantation har visat sig minska risken för symtom från munslemhinnan [199]. Is kan även mildra redan uppkomna symtom.

Remissversion

En komplikation av immunbehandling kan vara symtom från munslemhinnan, främst i form av afteliknande sår, lichenoida förändringar eller oral mukosit, men även pigmenteringar finns beskrivna. Vilka symtom som uppstår beror på typen av behandling [200].

10.3.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

Om det finns en risk för påverkan på munslemhinnan av behandlingen eller cancersjukdomen bör patienten på en grundläggande nivå få information om detta och råd om egenvårdsåtgärder för att minska risken och uppkomna symtom. Noggrann munhygien och saliversättning är åtgärder som visat sig vara effektiva [201].

Under behandlingsförloppet bör en bedömning göras vid alla mottagningsbesök och dagligen under slutenvård på sjukhus; Revised Oral Assessment Guide (ROAG) är ett rekommenderat bedömningsinstrument, se Vårdhandboken/Riskbedömning av ohälsa i munnen.

Särskilda insatser

Inför start av vissa typer av behandlingar ska tänderna och käken undersökas för att utesluta infektion som först måste behandlas. Särskilda insatser kan behövas, till exempel remiss till tandläkare för vidare utredning och/eller behandling. Det finns begränsat vetenskapligt underlag för att tänder inte bör dras ut närmare än två veckor före start av strål- eller cytostatikabehandling mot huvud- och halscancer [202].

10.4 Nutrition

Rekommendation

- I samband med in- och utskrivning på vårdavdelning, och vid mottagningsbesök, bör patientens nutritionsstatus bedömas enligt riktlinjer för verksamhetsområdet.
- Alla verksamheter ska ha rutiner för att bedöma och behandla undernäring. Riktlinjerna bör även följa rekommendationerna i diagnosspecifika vårdprogram.
- Patienter med nutritionsproblem bör erbjudas dietistkontakt eftersom det är angeläget med tidig bedömning och insatser.
- Om patienten har svårt att tugga eller svälja bör en logoped konsulteras.

Remissversion

Cancersjukdom och onkologisk behandling innebär hög risk för undernäring och kakexi [203]. Ett gott näringstillstånd ökar förutsättningarna för att uppnå optimal effekt av både kirurgi och onkologisk behandling samt bidrar till att patienten kan bibehålla så god livskvalitet som möjligt. Flera internationella riktlinjer trycker på vikten av att regelbundet riskbedöma patienter med cancer för undernäring, både inför start av behandling och regelbundet under behandlingens gång [26, 203, 204].

Patienter med cancer har ofta ett förhöjt proteinbehov, vilket kan medföra förlust av muskelmassa trots viktstabilitet [203]. Låg muskelmassa är förknippad med sämre tolerans av cytostatikabehandling, ökad risk för postoperativa komplikationer, längre sjukhusvistelser och sämre överlevnad bland patienter med cancer [205, 206]. Nutritionsbehandlingen bör kombineras med fysisk aktivitet för att patienten ska bibehålla eller öka sin muskelmassa och aptit, se avsnitt 10.2 Fysisk aktivitet och träning.

Vid övervikt som bedöms påverka tillståndet och cancerbehandlingen bör samråd med dietist ske. I samband med cancer och cancerbehandling kan övervikt dölja en potentiell näringsbrist eller ett otillräckligt näringsintag, vilket leder till förlust av muskelmassa. Viktminskning är därför sällan önskvärt under pågående cancerbehandling. Patienter som ökar i vikt under behandlingen kan också behöva stöd och kontakt med dietist.

Om patienten inte har några nutritionsproblem rekommenderas kost enligt de nordiska näringsrekommendationerna, det vill säga de rekommendationer som gäller för hela befolkningen, se Kostråd för vuxna. Det innebär ett intag av frukt och grönsaker motsvarande minst 500 g/dag, fisk 2–3 ggr i veckan och någon form av fullkorn till varje måltid. Intaget av rött kött och charkprodukter bör begränsas, likaså intaget av alkohol, söta livsmedel och drycker med tillsatt socker.

För stöd för samtal om hälsosamma matvanor, se Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling. Råd som avviker från dessa generella kostråd ska vara evidensbaserade. Det finns i nuläget inte evidens för att specifika dieter är mer gynnsamma vid cancersjukdom. En restriktiv kost där många livsmedel utesluts (exempelvis ketogen kost och fasta) rekommenderas inte då den kan öka risken för undernäring [203]. Vid osäkerhet bör dietist konsulteras.

En vanlig uppfattning bland patienter och närstående är att socker påverkar cancer genom att specifikt ”göda” cancerceller. Ibland leder denna felaktiga föreställning till att patientens totala kaloriintag blir för lågt. Dietisten, men

Remissversion

även kontaktsjuksköterskan och läkaren, behöver vara lyhörda och vid behov ge lämplig information. Se Cancerfonden – Frågor och svar om kost och cancer.

Det är vanligt att nutritionsproblem kvarstår en längre tid efter avslutad behandling, och då rekommenderas dietistkontakt. Patienter med övervikt eller snabb viktökning efter behandling kan behöva fortsatt kontakt med dietist eftersom övervikt i sig är en riskfaktor för flera cancersjukdomar och andra livsstilsrelaterade sjukdomar, även för den som redan varit sjuk i cancer och behandlats för den [207].

Om patienten inte har några nutritionsproblem efter avslutad cancerbehandling gäller samma råd som vid förebyggande av cancer. Se World Cancer Research Fund/Cancer Prevention Recommendations.

10.4.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

På grundläggande nivå bör alla patienter riskbedömas för undernäring. Alla verksamheter ska ha rutiner för att bedöma och behandla undernäring,, se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring.

En enkel riskbedömning kan göras utifrån följande faktorer:

- **ofrivillig viktförlust** – oavsett tidsförlopp och omfattning
- **ätsvårigheter**, t.ex. aptitlöshet, sväljnings- och tuggproblem och illamående
- **undervikt**, dvs. BMI under 20 för vuxna patienter upp till 70 år och under 22 för patienter äldre än 70 år.

Patienter med en eller flera av dessa riskfaktorer riskerar undernäring. Riskbedömningen bör göras regelbundet under behandlingens gång, oavsett BMI eller tidigare vikthistorik [27, 203, 207].

Patienter bör informeras om möjligheten att träffa en dietist alternativt överrapporteras eller remitteras till dietist vid nutritionsproblem.

Patienter bör få skriftlig information eller gruppinformation om matens betydelse vid cancersjukdom och om hälsosamma matvanor.

Remissversion

Särskilda insatser

Patienter med risk för undernäring behöver särskilda insatser i form av vidare utredning för att ta reda på orsaken till viktnedgången eller ätsvårigheterna, vilken vanligtvis görs av dietist, se Att förebygga och behandla undernäring – Kunskapsstöd från Socialstyrelsen. Graden av undernäring bör bedömas och diagnostiseras enligt GLIM-kriterierna (Global Leadership Initiative on Malnutrition) [208]. GLIM-kriterierna innebär att diagnosen undernäring ställs genom olika kombinationer av fenotypiska kriterier (exempelvis viktförlust i %, låg vikt och förlust av muskelmassa) och etiologiska kriterier (exempelvis minskat intag eller upptag eller inflammation). En vårdplan för nutrition bör upprättas för patienter med eller risk för undernäring och patienter som förväntas få nutritionsproblem av kirurgisk och onkologisk behandling. Planen skrivs i samråd mellan patient och dietist, samt vid behov sjuksköterska och läkare.

Nutritionsbehandlingen utformas individuellt och anpassas till patientens sjukdom, behandling, nutritionsstatus och energi- och näringsbehov. Vanliga åtgärder är: energi- och proteinberikning, konsistensanpassning och anpassad portionsstorlek och måltidsfrekvens. Vid behov kan berikningsprodukter eller kosttillägg användas för att optimera det perorala intaget [194].

Patienter som har svårt att svälja (dysfagi) bör få kontakt med en logoped, så att en orofaryngeal sväljbedömning och oralmotorisk bedömning kan genomföras.

Avancerade insatser

Grunden för nutritionsbehandling är peroralt kostintag, inklusive kosttillägg. Om det perorala intaget inte är tillräckligt kan patienten behöva avancerade insatser då artificiell nutrition ges i form av enteral nutrition via mag-tarmkanalen och/eller parenteral nutrition via blodbanan. Patienter med enteral eller parenteral nutrition i hemmet behöver ofta stöd från flera instanser, där specialistvård, hemsjukvård och kommunal eller privat omsorg behöver samverka.

Patienter med vissa cancertyper, exempelvis pankreascancer och huvud- och halscancer, kan också behöva mycket avancerade insatser, se de diagnosspecifika vårdprogrammen.

Remissversion

10.4.2 Fördjupning

Följande informationsmaterial till patient och närstående belyser nutrition:

- Dietisternas Riksförbunds webbplats
- informationsmaterial från Dietister inom onkologi.

Mer information om enteral och parenteral nutrition, administrering, praktiska råd med mera finns i Vårdhandboken, se Nutrition, enteral - Vårdhandboken och Nutrition, parenteral - Vårdhandboken.

Se även avsnitt 15.2 Växtbaserade läkemedel och kosttillskott.

10.5 Sexuell och reproduktiv hälsa

Rekommendation

- Patientens läkare och kontaktsjuksköterska behöver informera om sjukdomens och behandlingens potentiella påverkan på den sexuella och reproduktiva hälsan, och i dialog med patienten uppmärksamma behov av rehabilitering.
- Inom varje region behöver kompetens inom sexuell hälsa och cancer säkerställas.

10.5.1 Sexuell hälsa

All cancer och cancerbehandling kan påverka den sexuella hälsan och det är sjukvårdens ansvar att ta upp ämnet sexuell hälsa med patienten. Det är viktigt att erbjuda information om hur olika behandlingar kan påverka sexuell funktion och vilka behandlingar och hjälpmedel som finns för att kompensera för eventuella funktionsbortfall och svårigheter. Eventuell partner bör erbjudas att delta i samtalen, med patientens medgivande. Information bör erbjudas före, under och efter behandling. Sexualitet är för många ett tabubelagt ämne och flera studier visar att vårdpersonal förväntar sig att patienten ska ta upp frågan, medan patienter förväntar sig och önskar att vården tar upp frågan. Det leder till att många patienter inte får de råd, det stöd och den information om sexuell hälsa vid cancersjukdom som de skulle önska [209-212].

Studier visar också att vårdpersonal tenderar att erbjuda ännu mindre information, råd och stöd till personer som inte tillhör heteronormen eller som kommer från andra kulturer [213, 214]. Personer som identifierar sig inom hbtqi+ känner i högre utsträckning oro för att utsättas för ett heteronormativt och stigmatiserande bemötande [215].

Remissversion

Närhet är ett av människans grundläggande behov, och i samband med allvarlig sjukdom såsom cancer kan behovet av psykisk och fysisk närhet öka eller förändras. Fysisk närhet kan vara av sexuell och icke-sexuell karaktär. Sexuell närhet kan vara smekningar, fysisk närhet eller ord. Patienter och deras närstående berättar att det inte är ovanligt att avståndet i relationen kan öka i samband med cancer [209]. Det kan finnas flera orsaker till detta, t.ex. svårigheter att kommunicera, farhågor och missriktad hänsyn [210]. Ett öppet och positivt förhållningssätt från sjukvårdens sida vad gäller samtal om sexualitet, reproduktion, sexuella relationer och intimitet är viktigt, inte bara ur ett cancerrehabiliterande perspektiv utan även för det allmänna välbefinnandet hos människor.

Att enbart försöka hjälpa patienter att återfå kroppsliga funktioner har i forskning visat sig vara otillräckligt [216], då sexuell rehabilitering också behöver fokusera på att patienten kan hitta nya former av sexuell aktivitet. Många gånger behövs också stöd i att hantera förlust och förändring av funktioner.

Se även:

- Folkhälsomyndigheten/Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.
- Vårdprogram för bäckencancerrehabilitering.
- WHO/Sexual and reproductive health.

10.5.1.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

Alla professioner i cancervården behöver ha grundläggande kunskap om hur cancersjukdomen och dess behandling kan påverka sexuella funktioner och den sexuella och reproduktiva hälsan, så att de kan ge individen information, råd och stöd på ett anpassat och strukturerat sätt.

Den profession som enligt lokala rutiner samtalar med patienten om sexuell hälsa, sexualitet och relationer bör

- bjuda in till dialog tidigt i kontakten och därefter återkommande efter individuell bedömning
- erbjuda dialog oavsett patientens ålder, kön, partnerstatus, ursprungsland, funktionsnivå, sexuellt uttryck etc.
- ha en öppen och icke-dömande kommunikation med patienten
- välja ord och formuleringar som patienten önskar använda

Remissversion

- erbjuda muntlig och skriftlig information [210], se även Cancerfonden/Sex och cancer och 1177/Reportage: Sexualiteten efter cancerbehandlingen.

Se även checklista för sexuell hälsa vid cancersjukdom.

Som stöd för vårdpersonal i samtal om sexualitet kan PLISSIT-modellen användas [217]. Modellen förtydligar och konkretiserar den professionella hållningen till frågor som rör sexualitet och sexuell hälsa, och beskriver olika nivåer för behandling av sexuella problem. PLISSIT står för:

- P – ”permission”, dvs. tillåtelse (nivå 1)
- LI – ”limited information”, dvs. begränsad information (nivå 2)
- SS – ”specific suggestions”, dvs. specifika förslag (nivå 3)
- IT – ”intensive therapy”, dvs. intensiv behandling (nivå 4) [218].

All vårdpersonal ska kunna erbjuda samtal på nivå 1 och 2, det vill säga ge tillåtelse att ta upp frågor om sexualitet (t.ex. ”Det är vanligt att den sexuella hälsan påverkas vid cancersjukdom, har du några frågor?”), och ge begränsad information (t.ex. ”Det är vanligt att den sexuella lusten påverkas”, ”Under cytostatikabehandling blir slemhinnorna torrare och skörare” etc). För samtal på nivå 3 behövs mer specialiserad kunskap som en viss del av vårdpersonalen bör ha. Nivå 4 är samtal på specialistnivå (t.ex. sexolog, kirurg eller fysioterapeut). Genom att erbjuda alla patienter tillåtelse att ställa frågor om hur cancersjukdom kan påverka sexualiteten, och ge grundläggande information, kan man förebygga att patienter utvecklar svårare problem med den sexuella hälsan.

Särskilda insatser

Insatserna kan handla om att ge specifika råd om t.ex. torra slemhinnor eller erektionsproblem, men det kan också handla om normalisering och bekräftelse av påverkan på sexuell lust och påverkan på kroppsuppfattning, nära relationer etc.

Avancerade insatser

Vid komplex problematik, behov av samverkan mellan enheter och huvudmän och/eller påtaglig funktionsnedsättning när det gäller sexuell hälsa och fertilitet behövs avancerade insatser. Det kan handla om samtalsbehandling med sexolog eller kontakt med läkare, fysioterapeut eller annan specialiserad hälsoprofession.

Remissversion

10.5.2 Reproduktiv hälsa

Rekommendation

- Varje region bör utforma riktlinjer för fertilitetsfrågor vid cancer.
- I samband med operation, strålbehandling eller cytostatikabehandling som kan påverka fertiliteten bör patienter i fertil ålder erbjudas rådgivning hos en reproduktionsmedicinsk specialist för att ta ställning till vilka fertilitetsbevarande åtgärder som är möjliga.
- Kvinnor bör om det är medicinskt möjligt erbjudas kryoförvaring av oocyter, embryon eller ovarialvävnad, eller behandling som skyddar äggstockarna.
- Män bör erbjudas spermienedfrysning före behandlingsstart, om det är medicinskt möjligt.

Att planera för att bli förälder är ofta en komplicerad process i vår kultur, med normer som kräver hög grad av kontroll som ofta föregås av många års förberedelser (gällande studier, arbete, bostad, stabil relation etc. [219]). Att genom cancersjukdom bli hindrad i processen kan innebära en kris för patient och partner. Patienten kan uppleva en känslomässig påfrestning som kan pågå i många år efter cancersjukdom och behandling [220]. Det är därför viktigt att erbjuda stöd i att bearbeta fertilitetspåverkan eller -förlust.

Förlust av fertilitet kan påverka identiteten och självbilden, även hos personer som inte planerat barn eller fler barn. Information om risken för infertilitet är därför betydelsefull och bör upprepas under processen. Alla patienter och eventuella partner som är aktuella i sammanhanget bör få möjlighet att diskutera fertilitetsbevarande tekniker, även när möjligheterna till fertilitetsbevarande tekniker är begränsade. Samtalet bör kompletteras med skriftligt material och material på internet. Det är viktigt att informationen som lämnas är korrekt och realitetsanpassad så att inte patienten får orealistiska förhoppningar.

På 1177.se finns uppdaterad information till patienter och närstående, Fertiliteten efter cancerbehandlingen, på Vävnadsrådets webbplats finns filmer som vänder sig till unga och på en webbplats från Göteborgs universitet, www.eftercancern.se, finns information och erbjudande om att chatta med kompentent personal.

Remissversion

10.5.2.1 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

På grundläggande nivå ska man tidigt i processen lämna information om påverkan på fertiliteten till patienten och eventuell partner. Information ska ges muntligt och skriftligt om fertilitetsbevarande tekniker.

Särskilda insatser

Rådgivning hos reproduktionsmedicinsk specialist. Erbjuda psykosocialt stöd.

Avancerade insatser

Fertilitetsbevarande behandling i ska erbjudas i de fall där det är möjligt.

För de patienten som riskerar att förlora sin fertilitet ska bearbetande samtalsbehandling erbjudas.

Remissversion

KAPITEL 11

Psykiska insatsområden

Rekommendation

- Alla professioner i cancervården ska kunna samtala om psykisk hälsa och tidigt identifiera behov.
- Patientens psykiska hälsa bör bedömas på ett strukturerat sätt så tidigt som möjligt under vårdförloppet.
- Bedömningen upprepas utifrån patientens situation och behov, framför allt i samband med diagnos, behandlingsavslut och förändringar i sjukdom eller behandling.
- En strukturerad suicidriskbedömning ska genomföras vid misstanke om suicidrisk.
- Somatiska orsaker ska alltid utredas som möjlig orsak till patientens psykiska ohälsa.

Remissversion

11.1 Samtal och information

Patienten behöver få grundläggande psykosocialt stöd vid kontakt med cancervården. Det innebär information och samtal om den livssituation som patienten befinner sig i, med fokus på psykisk hälsa. Patienten och/eller de närstående ska få möjlighet att lyfta frågor, problem och farhågor. Läkaren, kontaktsjuksköterskan och övriga teammedlemmar ska ge ett gott omhändertagande som underlättar patientens anpassning till sin nya situation. Se Psychosocial Support Options for People with Cancer.

Alla professioner i cancervården ska kunna möta en patient med kris- eller sorgereaktion på ett stödjande sätt samt kunna bedöma när patienten är i behov av fördjupad insats såsom professionellt samtalsstöd. Det är viktigt att medlemmarna i teamet runt patient och närstående är öppna för frågor och känslomässiga reaktioner.

Klar och tydlig information om sjukdom, behandling och konsekvenser är grundläggande i omhändertagandet. Informationen bör ges både muntligt och skriftligt och upprepas vid flera tillfällen efter patientens behov.

11.2 Kartläggning och fördjupad bedömning

Ibland behöver patienten och de närstående mer hjälp, råd och stöd för att förstå vad situationen innebär och se vilka inre och yttre resurser som finns för att hantera situationen. Det är viktigt att varje verksamhet som behandlar cancerpatienter har riktlinjer för att bedöma patientens psykiska hälsa, som en del i cancerrehabiliteringsprocessen.

Känslor av oro, nedstämdhet och sorg är vanliga. Det är viktigt att vårdpersonalen uppmärksammar, bekräftar och normaliserar dessa känslor för att tydliggöra att de är en naturlig del av processen. I vissa fall utvecklar patienten eller de närstående symtom på psykisk ohälsa, såsom ångest, nedstämdhet eller depression. Det är viktigt att tidigt upptäcka detta och initiera psykosocialt stöd alternativt psykologisk eller farmakologisk behandling.

Patientens psykiska hälsa ska bedömas tidigt under förloppet, på ett strukturerat sätt och med lämpliga bedömningsinstrument. Vid psykisk ohälsa behövs fördjupad bedömning, rådgivning och ibland behandling av hälso- och sjukvårdskurator, psykolog eller annan profession med specifik samtalsutbildning.

Professionell klinisk bedömning och differentialdiagnostik är viktigt eftersom både symtom av somatisk sjukdom och biverkningar av behandlingar kan manifestera sig som psykiska besvär eller blandas samman med sådana symtom. Vid misstanke om svårare psykiatrisk problematik eller psykiatrisk sjukdom i patientens sjukdomshistoria bör den behandlande läkaren samråda med psykiatrin, enligt lokala riktlinjer [221, 222].

11.2.1 Identifiering av sårbarhetsfaktorer och resurser

Patienter med sårbarhetsfaktorer bör identifieras och aktivt erbjudas stöd och behandling.

Exempel på sårbarhetsfaktorer är:

- barn under 18 år i familjen
- beroendesjukdom
- bristande socialt stöd
- ekonomiskt belastad situation eller arbetslöshet
- ensamstående, skild, änka eller änkling
- låg ålder vid cancerdiagnos

Remissversion

- vuxen som har haft cancer i barndomen
- fysisk eller psykisk samsjuklighet
- tidigare psykiatrisk sjukdom.

Vid kartläggningen är det viktigt att tillsammans med patienten få information om:

- andra pågående vårdkontakter som har med patientens psykiska hälsa att göra, till exempel en pågående kontakt med psykiatrin för farmakologisk behandling eller pågående samtalsterapi
- patientens egna resurser, till exempel stödjande personer i patientens omgivning eller tidigare behandlingar som hjälpt patienten.

Sårbarhetsfaktorer, pågående vårdkontakter och resurser bör dokumenteras i rehabiliteringsplanen, som upprättas tillsammans med patienten. I dokumentationen är det viktigt att förtydliga vem som ansvarar för vad, samt vad patienten kan göra själv och vilka insatser vården ska sätta in för att hjälpa patienten att bemästra sin situation på bästa sätt.

11.3 Krisreaktion

Rekommendation

- Vid förmedling av allvarliga besked behöver omständigheterna kring samtalet vara så goda som möjligt och anpassas till individen.
- Vid kraftig krisreaktion behöver patienten erbjudas snabb kontakt med en hälso- och sjukvårdskurator.

Ett cancerbesked utlöser oftast en krisreaktion som kan te sig helt olika från en person till en annan. Den som ska förmedla ett allvarligt besked bör förbereda sig så att omständigheterna kring samtalet är så ostörda och lugna som möjligt. Det är viktigt att avsätta tillräckligt med tid och ge utrymme för patientens emotionella reaktion. Patienten rekommenderas att ha med sig en närstående.

Krisreaktionen innebär att förmågan att uppfatta och tolka information ofta blir selektiv. Vissa människor minns i efterhand inte mer än fragment av sjukdomsbeskedet, medan andra ordagrant kan återge vad läkaren sagt. Oavsett vilket kan det ta tid, timmar, dagar eller veckor, innan den drabbade helt förstått innebörden av informationen, och ofta måste den delas upp och upprepas. Den ska ges både muntligt och skriftligt. Allvarliga besked bör inte ges per telefon eftersom man då inte kan bedöma patientens reaktion och det är svårare att ge stöd.

Remissversion

Även vid en krisreaktion som tar sig starka känslomässiga uttryck räcker ofta det stöd och den trygghet som de närstående kan ge. När det stödet är otillräckligt eller reaktionen kraftigare ska patienten erbjudas snabb kontakt med en hälso- och sjukvårdskurator eller annan motsvarande funktion.

11.4 Stressreaktion

Rekommendation

- Professioner i cancervården behöver vara observanta på om patientens och de närståendes reaktionsmönster starkt avviker från en normal förekommande stressreaktion, och då erbjuda kontakt med en hälso- och sjukvårdskurator, psykolog eller annan profession med adekvat vidareutbildning.
- Vid behov bör en strukturerad suicidriskbedömning göras.

Cancerutredningen, diagnosen och den efterföljande behandlingen kan innebära en stor psykologisk påfrestning för både patienten och de närstående. Situationen kan innebära ökad risk för att med tiden utveckla psykisk ohälsa. Hög nivå av stress samt känslor av utsatthet, rädsla, oro, osäkerhet, sorg och ilska är vanligt förekommande under hela sjukdomsförloppet och även flera år efteråt [223, 224]. Både patienter och närstående löper under hela cancerprocessen risk för att drabbas av allvarliga stressreaktioner.

Akut stressreaktion (ASD) är en övergående reaktion på en händelse eller upplevelse som utgör en extrem fysisk och/eller psykisk belastning hos en person som inte uppvisar tecken på annan psykisk åkomma. Tillståndet uppkommer i anslutning till traumat (oftast inom några minuter) och karakteriseras av en förändrad verklighetsuppfattning och/eller dissociation. Detta klingar i regel av efter ett par dagar.

En särskilt sårbar tid vad gäller akut stress är i samband med utredningen och diagnostillfället. Det är viktigt att vården tar hänsyn till att patienter och närstående inledningsvis ofta befinner sig i en psykisk chock; personen kan ”befinna sig i en bubbla” och kan verka avskärmad, avstängd eller frånvarande och ha svårt att ta in sin omgivning. Vid akuta stressreaktioner är det i regel svårare än annars att ta till sig information, instruktioner eller stödjande samtalsbehandling. Patienten behöver i den inledande chockfasen ha någon hos sig, både i vårdsituationen och i hemmet.

När den akuta fasen lagt sig bör man säkerställa hur patienten och de närstående uppfattat informationen, och följa upp patientens psykiska mående

Remissversion

och behov. Då kan det bli aktuellt med mer långsiktiga åtgärder. Grundläggande psykiskt stöd ges återkommande under hela vårdförloppet, och bygger på samtal om psykisk hälsa och öppenhet för frågor. Det är viktigt att samtala med patienten och de närstående om att emotionella processer i samband med kriser tar tid.

Professioner i specialistvården och i primärvården som möter patienter med cancer, behöver vara uppmärksamma på om förväntade stressreaktioner hos patienter och närstående inte går över som förväntat. Stressreaktioner är förväntade i samband med utredning, diagnos, progress och komplikationer eller när specialistvården lämnar över patienten till primärvården. Om patienten drabbas av mycket svåra eller förlängda stressreaktioner samt börjar fungera sämre jämfört med tiden före cancersjukdomen, ska en ny bedömning av patientens psykiskas hälsa genomföras av lämplig profession.

11.5 Oro och ångest

Rekommendation

- Bedömning av oro eller ångest bör göras fortlöpande.
- Patienter med ångestsymtom som påverkar funktionsförmåga och orsakar påtagligt lidande ska genomgå en fördjupad bedömning.

Vid påtagliga ångestsymtom bör alltid underliggande somatiska tillstånd såsom obehandlad smärta, andningspåverkan eller cirkulationsproblem beaktas. Även läkemedel som ofta används i cancervården kan ge ångest som biverkan. Det gäller till exempel kortison, antikolinergika och antiemetika. Snabb utsättning av bensodiazepiner, antidepressiva medel, opioider eller alkohol och narkotika kan ge abstinenssymtom och ökad ångest, vilket är ett observandum vid till exempel akut inläggning.

Det finns olika screeningsinstrument för ångest och depression som professionen kan använda som stöd vid diagnostisering av psykisk ohälsa, se Kunskapsguiden/Depression och ångestsyndrom.

Remissversion

11.6 Nedstämdhet och depression

Rekommendation

- En patient med symtom som inger misstanke om depression bör genomgå en utvidgad bedömning enligt samma riktlinjer som för patienter utan cancerdiagnos.
- Remitteringsvägar och rutiner för akut remittering till psykiatrisk bedömning ska finnas.
- I förekommande fall bör en strukturerad suicidriskbedömning utföras.

Att ställa diagnosen depression hos patienter med cancer kan vara svårare än hos patienter utan somatisk sjukdom [225]. En cancerdiagnos innebär en psykologisk utmaning med teman såsom hot, förlust, sorg och trauma, och det är förväntat att patienten blir nedstämd och orolig. Det kan vara svårt att avgöra när en normal krisreaktion övergått i depression. Dessutom är somatiska besvär vid cancer även symtom vid depression, såsom viktförändringar, trötthet, svaghetskänsla och sömnsvårigheter. Även läkemedel som används i cancervården kan ge depression som biverkan.

Cancersjukdomen kan också medföra återfall i en tidigare depressionssjukdom. Av dessa skäl kan det vara motiverat att ställa frågor om patientens stämningsläge samt förmåga och motivation att orka med cancerbehandlingen. En viktig sammanfattande fråga är om patienten känner att personligheten och funktionen har förändrats jämfört med tidigare och om hen fortfarande kan känna genuin glädje. Upplevelse av hopplöshet som del av depression kan ligga bakom svårighet till följsamhet till behandling. Det är inte ovanligt att depression och ångest uppstår när patienten är färdigbehandlad, särskilt om sjukdomen eller behandlingen haft fysiska konsekvenser med påverkan på livskvaliteten.

Det finns olika screeningsinstrument för ångest och depression som professionen kan använda som stöd vid diagnostisering av psykisk ohälsa, se Kunskapsguiden/Depression och ångestsyndrom.

Det är av flera skäl viktigt att uppmärksamma och behandla depression, dels för att tillståndet minskar livskvaliteten [226-228], dels för att bristande följsamhet till behandling är tre gånger vanligare hos patienter med depression [229]. Behandling av cancerpatienter med depression och ångest sker med fördel genom multidisciplinära team.

Remissversion

11.7 Suicidrisk

Rekommendation

- Verksamheter som möter patienter med cancersjukdom behöver ha rutiner för att samtala om psykisk ohälsa inklusive suicid.
- En strukturerad suicidriskbedömning ska ingå som en del av bedömningen vid psykisk ohälsa.
- Varje verksamhet ska ha fungerande rutiner för att handlägga risk för suicid.

Studier visar att patienter med cancer löper en förhöjd risk för suicid jämfört med bakgrundsbefolkningen. Högst risk rapporteras sex månader efter diagnostillfället [230, 231]. Fullbordade suicid är vanligare bland patienter med cancer i matstrupe, lever, bukspottkörtel, lunga och CNS [232].

Det cancerbehandlande teamet behöver kunna prata öppet om suicid och suicidtankar med både patienter och närstående. Det ingår i det systematiska arbetet med psykisk hälsa i cancervården – i synnerhet när behandlingen inte går som förväntat, vid återfall, eller när specialistvården lämnar över patienten till primärvården. Denna tid innebär ofta färre kontroller och patenten tappar en del av sin kontinuerliga kontakt med kontaktsjuksköterska och läkare.

11.7.1 Strukturerad suicidriskbedömning

En suicidriskbedömning ska fokusera på både risk- och skyddsfaktorer. Riskfaktorer för suicid i befolkningen gäller också patienter med cancer, såsom:

- ålder > 50 år
- manligt kön
- substansberoende
- depression, särskilt med samtidig hög ångest och/eller sömnstörning.

Kända preventiva insatser är desamma för cancerpopulationen som för andra riskgrupper. Insatser som rekommenderas är:

- effektiv farmakologisk och psykologisk behandling av depression
- utökade screeningprogram i primärvården
- ökad medvetenhet om suicid i befolkningen [233].

En helhetsbedömning av patientens situation är viktig. En patient med många riskfaktorer behöver inte vara akut suicidal så länge det som skyddar överväger. Patientens sårbarhet har också betydelse. Som behandlare bör man sträva efter

Remissversion

balans i samtalet genom att prata om både svårigheter och möjligheter, liv och död. I samtal om suicidrisk bör man använda patientens kompetens och expertis om sitt eget liv. Målet är att förhindra att självmordstankar övergår i handling, och det målet kan patienten och behandlaren ofta enas om, likaså om att försöka förstärka det som gör livet värt att leva.

11.7.2 Bedömningsinstrument vid suicidrisk

I den kliniska praktiken används olika bedömningsinstrument, och några av de mest använda strukturerade instrumenten är suicidstegen, Suicide Intent Scale (SIS) [234] och Suicide Assessment Scale (SUAS) [235].

Se även Suicidriskbedömning (nationelltklinisktkunskapsstod.se).

11.8 Rädsla för återfall

Rekommendation

- Professioner i cancervården behöver kunna bemöta patientens rädsla för återfall, samtala om det och normalisera det.
- Möjliga somatiska orsaker till oron ska uteslutas.
- Fördjupad bedömning av patientens psykiska status bör genomföras vid kraftig eller långvarig oro.
- Samtalsstöd bör erbjudas vid behov.

Oro för att cancern ska komma tillbaka är vanligt hos patienter med cancer och en normal reaktion efter behandling. Det är en av de vanligaste orsakerna till att färdigbehandlade personer söker vård på nytt [236]. Att leva med oro och rädsla för ett återfall i cancer kan vara mycket stressande för patienten och ha stor negativ inverkan på personens liv och upplevda livskvalitet [237].

Både primär- och specialistvården behöver vara förberedda på att bemöta dessa upplevelser och känslor hos både patienter och närstående, och sätta in insatser vid behov. Samtalsstöd ska erbjudas om det bedöms att patienten behöver utökade psykologiska insatser för att bemästra sin oro. Vid misstanke om somatiska bakomliggande orsaker till oron, till exempel ett faktiskt återfall, ska läkare alltid kontaktas och utredning startas.

Patient och närstående behöver få information om att rädsla för återfall är vanligt. De behöver också få information om vart de ska vända sig vid nytillkomna symtom, eller om oron blir så stor att den går ut över funktion och vardagsliv. Enstaka patienter utvecklar en svår oro för återfall, särskilt i

Remissversion

samband med kontroller. I sådana fall kan patienten remitteras för lämplig psykologisk behandling.

Både patienten och de närstående behöver känna att vården tar oron på allvar. Ibland kan det hjälpa att träffa andra, utanför sjukvården, som är eller har varit i en liknande situation. Vården kan hänvisa patienter och närstående till exempelvis patientorganisationer eller ideella föreningar.

11.9 Posttraumatisk stress

Rekommendation

Vid misstanke om posttraumatisk stress bör remittering till läkare eller psykolog ske.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) eller andra psykiska skador vid cancer och dess behandling är antagligen underdiagnostiserat hos både patienter och närstående och kräver behandling. De flesta patienter med cancer återhämtar sig väl psykiskt, men en subgrupp av patienter och närstående rapporterar symtom på posttraumatisk stress flera år efter avslutad behandling [238].

Sjukvårdspersonal kan minska risken för utveckling av posttraumatisk stress genom ett personcentrerat förhållningssätt, information, psykologisk förberedelse, kontinuitet, trygg miljö och ett gott bemötande. Detta innefattar lyhördhet för patientens situation, reaktioner, behov och uttryckta önskemål.

Det är viktigt att vara uppmärksam på att posttraumatisk stress kan ge både psykiska och fysiska reaktioner, vid tankar eller situationer som påminner om händelsen som varit traumatisk för patienten. I sällsynta fall kan traumat uppstå vid tillfället då patienten informeras om sin diagnos men troligen är det vanligaste att det uppkommer vid andra traumatiska vårdhändelser såsom akuta komplikationer eller plågsamma behandlingar och undersökningar. Det gäller särskilt om de upprepas och är förknippade med smärta eller en känsla av hjälplöshet. Det är den drabbades *upplevelse* som är avgörande för om en påfrestande händelse utvecklas till ett trauma.

Se även Posttraumatiskt stressyndrom (nationelltklinisktkunskapsstod.se).

Remissversion

11.10 Uppföljning av psykisk hälsa

Rekommendation

Ansvaret för att följa upp patientens psykiska hälsa fördelas mellan primärvård och specialiserad vård enligt regionala rutiner.

11.11 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

Grundläggande insatser innefattar att ge information, kartlägga och bedöma patientens psykiska status och bedöma eventuell suicidrisk. Vid krisreaktioner bör man samtala om psykisk hälsa och ge stöd, liksom vid förändring i patientens situation eller sjukdom. Insatserna innefattar även stöd till närstående.

Särskilda insatser

Särskilda insatser innefattar fördjupad bedömning av patientens psykiska status vid till exempel svårare ångesttillstånd, depressionsmisstanke eller misstanke om posttraumatisk stressreaktion. Det innefattar även remittering till en profession som kan erbjuda psykofarmaka och/eller psykologisk behandling.

Avancerade insatser

Avancerade insatser innefattar multiprofessionell bedömning av patientens behov vid svåra psykiatriska tillstånd och/eller samsjuklighet. De innefattar även teaminsatser och samordningsinsatser.

Remissversion

KAPITEL 12

Sociala insatsområden

12.1 Kartläggning

Rekommendation

- Patientens rehabiliteringsbehov bör återkommande bedömas under vårdprocessen. Sociala och psykosociala aspekter bör ingå i bedömningen och dokumenteras i rehabiliteringsplanen.
- Behandlande läkare och kontaktsjuksköterska ansvarar, i första hand, för att initiera de insatser som kan behövas.
- Om patienten uttrycker behov av sociala eller psykosociala insatser bör hen hänvisas till en profession som arbetar med det aktuella problemområdet.

Sociala aspekter handlar om hur en person har det i olika sammanhang och vilka möjligheter och förutsättningar som finns för att delta i vardagslivet och i samhället. Det är därför viktigt att kartlägga patientens sociala situation och behov, i samband med diagnosen och när rehabiliteringsplanen upprättas. Denna kartläggning bör sedan upprepas fortlöpande eftersom förutsättningarna kan förändras.

Sociala aspekter omfattar patientens hela livssituation. Stöd i patientens sjukdomssituation kan ges genom information, rådgivning och praktiska åtgärder. Strävan är att skapa en hållbar social situation under sjukdomsperioden, vilket kan ske genom samverkan och kontakter med myndigheter eller andra aktörer.

12.2 Hälso- och sjukvårdskuratorns insatser

Rekommendation

- Varje enhet som vårdar patienter med cancer bör ha en hälso- och sjukvårdskurator i teamet.
- Alla patienter och närstående bör få skriftlig information om hur de får kontakt med en hälso- och sjukvårdskurator.

Remissversion

Hälso- och sjukvårdskurator kan ge stöd i sociala frågor och information om samhällets stödresurser, parallellt med psykosociala och psykologiska insatser, eftersom dessa områden ofta går in i varandra [239, 240]. Patienter bör informeras om att en hälso- och sjukvårdskurator ingår i teamet på kliniken och om hur de kan komma i kontakt med hen.

Samtalen med en hälso- och sjukvårdskurator kan vara klargörande, motiverande och/eller bearbetande, och patienten kan få stöd i att använda sina egna resurser för att göra livet mer hanterbart. Insatserna kan skapa förutsättningar för att bibehålla så mycket av vardagen som möjligt under processen samt främja återgången till vardagsliv och arbete [240]. Psykosociala insatser kan också vara kostnadseffektiva och minska förekomsten av psykisk ohälsa såsom depression och ångest [4, 241].

Följande patienter ska erbjudas att träffa en hälso- och sjukvårdskurator:

- patienter med barn under 18 år, se 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen
- patienter i palliativt vårdförlopp, se Nationellt vårdprogram för palliativ vård
- patienter eller närstående som önskar kontakt med hälso- och sjukvårdskurator
- patienter eller närstående som utifrån en strukturerad behovsbedömning bedöms behöva kontakt med hälso- och sjukvårdskurator.

Hälso- och sjukvårdskuratorn och patienten eller de närstående planerar därefter tillsammans eventuell fortsatt kontakt. Kontakten med hälso- och sjukvårdskuratorn fortsätter så länge patienten eller de närstående behöver stöd från en annan teammedlem, från en profession inom annan verksamhet, vårdnivå eller myndighet, eller från en aktör inom civilsamhället.

Om patienten eller de närstående inte önskar kontakt med en hälso- och sjukvårdskurator ansvarar kontaktsjuksköterskan och läkaren för att fortlöpande bedöma behovet av fortsatta stödinsatser.

12.3 Närstående

Rekommendation

Inom alla verksamheter som behandlar patienter med cancer bör det finnas riktlinjer för stöd till närstående.

En cancerdiagnos drabbar inte bara den person som får diagnosen utan även hens närstående. Närstående personer kan vara patientens partner, barn,

Remissversion

syskon eller föräldrar, men även nära vänner. Patienten definierar själv vem eller vilka som är familj och närstående i den aktuella situationen, oavsett om de är släkt eller inte. Stöd till närstående kan se olika ut beroende på vart i landet man bor.

Studier visar att närstående ofta sätter den cancersjuka personens behov och önskemål i centrum, ibland på bekostnad av det egna välbefinnandet. Många tar stort ansvar för att samordna patientens kontakter med vården och kan ta på sig en projektledande roll för att hjälpa till i vardagen och stötta under behandlingsperioden. Närstående kan hamna i en existentiell kris när en nära person insjuknar i cancer. Många upplever att det är svårt att söka stöd för sin egen del, vilket kan leda till utmattning, depression, ensamhet och isolering [242]. Livskvaliteten kan förbättras genom att närstående erbjuds psykosociala och psykologiska insatser samt blir involverade och får information under sjukdomsprocessen. Stödet till närstående behöver vara individ- och behovsanpassat [4].

Det är viktigt att tidigt i sjukdomsprocessen samtala med patienten om hur det sociala nätverket ser ut och vilket stöd patienten och de närstående har, både individuellt och tillsammans. Kommunikation och samverkan inom patientens nätverk kan påverkas av relationen mellan de olika personerna och hur den förändrats under sjukdomsprocessen. Närstående kan vara delaktiga i patientens vård och rehabilitering, med patientens medgivande. Stöd till de närstående kan påverka hur patienten klarar av sin sjukdom, behandling och rehabilitering. För att stärka både patienten och de närstående, och förebygga framtida ohälsa, bör de närstående med patientens medgivande erbjudas att vara delaktiga och informeras om vilka stödinsatser som finns. De bör även erbjudas information och kunskap om patientens sjukdom samt förloppet, behandlingen och rehabiliteringen, dock med patientens medgivande. Vilka insatser som är aktuella och var de kan tillgodoses måste bedömas individuellt.

Närståendes medverkan i vården av patienten måste bygga på frivillighet, och patienten måste godkänna det. Utöver att vara med vid läkarbesök kan närstående vara ett värdefullt stöd även vid undersökningar och sjukvårdande och rehabiliterande behandlingar [243].

Stöd till närstående är motiverat utifrån patientens situation och behov samt sjukdomens påverkan på relationen. Patienten och de närstående bör informeras om möjligheten att tillsammans träffa en hälso- och sjukvårdskurator som kan erbjuda psykosociala och psykologiska insatser utifrån de aktuella behoven [244]. Hälso- och sjukvårdskuratorn kan också

Remissversion

informera om det stöd som andra vårdaktörer kan erbjuda till närstående, men de har själva ansvar för att söka hjälp. Om behoven rör sjukdom är vårdcentralen vanligen rätt instans, och om det handlar om samtalsstöd kan närstående vända sig till kommunens anhörigstöd.

Kommunen har en lagreglerad skyldighet att erbjuda stöd till närstående enligt socialtjänstlagen 13 kap, 9 § (2025:400), vilket innebär att stöd ska erbjudas till närstående som vårdar en person som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en person med funktionshinder. Det kan vara aktuellt att informera om att socialtjänsten har anhörigstödjare som erbjuder insatser till närstående. Se Om stöd till anhöriga - Kunskapsguiden.

Närstående kan få närståendepenning för att vara tillsammans med en person som är svårt sjuk, men det förutsätter att de avstår från förvärvsarbete. När det finns en risk för att en närstående person inte överlever räknas det som ett livshotande hälsotillstånd. Risken ska finnas inom den närmaste tiden. Ett sjukdomstillstånd som på flera års sikt kan utvecklas till ett livshotande hälsotillstånd, ger däremot inte rätt till närståendepenning. Insatsen handlar om att vara nära patienten och ge stöd. Den närstående kan få närståendepenning även när patienten vårdas på sjukhus. Antalet dagar med närståendepenning är begränsat till 100 dagar under en livstid, kopplat till varje person som vårdas. Se Försäkringskassans hemsida

Närstående bör informeras om värdet av att ha kontakt med andra i liknande situation, och vissa patientorganisationer erbjuder möjlighet till kontakt med andra närstående. Cancerkompisar är en ideell organisation som har en internettjänst där närstående kan få kontakt med varandra. Ett annat exempel är Ung Cancer, en ideell organisation för personer 16–30 år som är berörda av cancer, och den gäller även närstående.

Ytterligare information och stödmaterial till närstående är:

- Närståendestöd
- Vägledning för närstående
- Att vara närstående
- Närstående vid cancer
- Närstående till någon som får en allvarlig sjukdom
- Anhörighandboken.

Remissversion

12.4 Barn som anhöriga

Rekommendation

- Verksamhetschefen vid den klinik som behandlar patienter med cancer har ansvar för att det finns lokala rutiner för stöd till barn som anhöriga.
- Den fasta vårdkontakten ansvarar för att inventera om patienten har minderåriga barn och vem som är vårdnadshavare. Ansvaret innefattar att säkerställa att barnet får lämpligt stöd.
- Barnets eller barnens födelseår ska dokumenteras i patientens journal.
- Vårdnadshavaren eller någon annan person som barnet varaktigt bor tillsammans med bör erbjudas och rekommenderas samtal med hälso- och sjukvårdskurator, som efter en individuell bedömning kan förmedla vidare kontakter.

Hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet (5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen) att särskilt uppmärksamma barn som anhöriga och se till att de får råd, stöd och information. Alla barn som anhöriga är lika viktiga oavsett ålder och i vilken kontext de befinner sig. Det är även viktigt att uppmärksamma barn i samhällsvård eller med flyktingbakgrund [245]. Barnen ska särskilt uppmärksammas när en förälder eller annan betydelsefull närstående vårdas hemma eller befinner sig i ett palliativt skede [246].

När en förälder får cancer påverkas alla i familjen. Barn påverkas fysiskt, socialt och emotionellt när någon i familjen blir sjuk. Barns behov och förståelse för sjukdom är kopplat till ålder och mognad, men tidigare erfarenheter påverkar också, liksom familjens sätt att kommunicera och hantera situationen. Barn reagerar inte på samma sätt som vuxna och uttrycker sig inte heller som en vuxen person.

Barn som anhöriga ska få ett särskilt stöd som är anpassat efter deras ålder och behov. Att tidigt uppmärksamma barnens situation och behov är viktigt för barns framtida psykiska och fysiska hälsa. Vårdpersonalen har därför en viktig roll i att uppmärksamma barns behov och hjälpa föräldrarna att stödja barn i familjen, och deras kommunikation och bemötande har stor betydelse. Barn som anhöriga ska få information som är åldersanpassad, och den bör ges vid upprepade tillfällen för att barnet ska kunna ta till sig den. Unga vuxna som närstående behöver stöd som är anpassat efter deras speciella behov; de befinner sig i övergången mellan barndomen och vuxenlivet, vilket kan innebära andra utmaningar än för vuxna eller barn som närstående [247]. Med unga vuxna avses normalt unga i åldrarna 16–29 år.

Remissversion

Stöd till de vuxna i barnets närhet kan i vissa fall vara tillräckligt för att barnet ska få den information, de råd och det stöd som behövs [248]. Patienten kan tacka nej till information och stöd till barnet, och detta ska respekteras om personalen bedömer att barnets behov tillgodoses. Vårdpersonal har ett fortsatt ansvar för att arbeta motiverande med patienten, med fokus på barnets behov och bästa. Genom att tidigt samtala om barnens situation kan barnfamiljer få psykosociala och psykologiska insatser från en hälso- och sjukvårdskurator [249].

Som en del i det psykosociala stödet för patient och närstående kan hälso- och sjukvårdskuratorn erbjuda psykosociala insatser för att hjälpa familjer som behöver ytterligare kontakter. Om föräldern eller hälso- och sjukvården inte kan tillgodose barnets behov av råd och stöd ska de erbjudas hjälp att få kontakt med en annan instans. Det kan vara socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatrin, stödgrupp, elevhälsan eller en ideell organisation. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att trygga barns uppväxt och ge stöd till familjer, om de vuxna inte orkar eller förmår göra det på egen hand [250].

FN:s barnkonvention, som sedan 2021 är svensk lag, betonar också barns rätt till stöd och information. Barnkonventionen fastslår att barn ska få uttrycka sin mening och bli lyssnade på, en rättighet som är central för det enskilda barnet men också för att säkerställa goda uppväxtvillkor för alla barn. En central princip i konventionen är att barnets bästa ska beaktas vid alla åtgärder som rör ett barn, vilket naturligtvis även gäller när barn är anhöriga inom cancervården.

Vid misstanke om att barn far illa ska en orosanmälan göras i enlighet med 14 kap. 1 § socialtjänstlagen, se Anmälan till socialnämnden vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa.

Mer information till vårdnadshavare och andra involverade vuxna finns här:

- Att prata med barn när en förälder är allvarligt sjuk
- Film: Barn som närstående
- Cancerfonden. Prata med barn om cancer.
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga
- Nära Cancer
- Randiga huset
- Ung Cancer
- Hur känns det? När någon nära dig har cancer.

Remissversion

Information till vårdpersonal finns här:

- Nationell webbutbildning - Våga fråga
- Kunskapsguiden: Barn som anhöriga
- Att samtala med barn.

12.5 Särskilt sårbara grupper

Rekommendation

Vid bedömning av rehabiliteringsbehov bör hänsyn tas till att vissa grupper av patienter kan vara särskilt sårbara under en cancerprocess, och de behöver erbjudas extra psykosociala insatser [232].

Exempel på särskilt sårbara grupper är:

- unga vuxna
- personer med psykisk ohälsa som samsjuklighet
- personer med kronisk cancersjukdom
- patienter med återfall och ärftlig cancer.

I rapporten Cancerrehabilitering - Förslag till utveckling, 2022 uppmärksammar Socialstyrelsen unga vuxna som en särskilt sårbar grupp, eftersom ett cancerbesked kan innebära en stor påfrestning och en omställning på många plan. Unga vuxna befinner sig mellan barndom och vuxenliv; de kanske fortfarande studerar och har inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden än, eller så planerar de för att bilda familj.

Cancersjukdomen påverkar personen på ett fysiskt plan, men även psykologiskt, socialt och ekonomiskt. Att inte ha kontroll över sin ekonomi kan skapa rädslor och försämra välbefinnandet. Unga vuxna kan behöva extra stöd i kontakt med Försäkringskassan för att exempelvis minska risken för att bli utförsäkrad. Vidare är psykisk ohälsa vanligare bland patienter med cancer än befolkningen i övrigt, och det är extra viktigt att beakta unga vuxna cancerpatienters psykiska hälsa och erbjuda stöd tidigt i sjukdomsförloppet. Denna patientgrupp har unika behov som vi behöver uppmärksamma.

Personer med kronisk cancer behöver uppmärksammas; eftersom de under lång tid lever med allvarlig sjukdom kan både välbefinnandet och livskvaliteten försämras. Detta gäller även patienter med återfall och patienter med ärftlig cancer.

Remissversion

12.6 Försäkringsmedicin

Rekommendation

Läkare som ansvarar för cancerbehandlingen bör bedöma sjukskrivningsbehovet.

I hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete ingår bland annat att bedöma funktionstillstånd kopplat till arbete, prognos för arbetsåtergång och behov av åtgärder för att patienten ska återfå sin arbetsförmåga [251].

Vid misstanke om och behandling av cancer har läkaren ansvar för att, i dialog med patienten, bedöma om hen behöver sjukskrivas. Cancersjukdomen och dess behandling påverkar ofta grundläggande funktioner och begränsar olika aktiviteter, däribland arbete. Patientens arbetsförmåga kan också påverkas av oro och stress som rör cancersjukdomen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd för sjukskrivning ger övergripande principer för och rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för flera cancerdiagnoser. Bedömningen ska alltid vara individuell och utgå från individens unika förutsättningar.

Den läkare som har ansvar för patientens cancerbehandling bör vara den som bedömer sjukskrivningsbehovet, och det är därför viktigt att sjukskrivning sker på den vårdnivå som har huvudansvaret för patienten. Läkaren ska tydligt dokumentera sin bedömning i läkarintyget och i patientjournalen. Detsamma gäller vid förnyat ställningstagande. Beslut om att förlänga en sjukskrivning ska alltid bygga på en ny bedömning av sjukdomen och funktionsnedsättningen med aktivitetsbegränsning, och en ny värdering av behandling och förlopp. En fysioterapeut eller arbetsterapeut kan vid behov bedöma och beskriva patientens funktions- och aktivitetsförmåga.

Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen av patienter med cancer. Rehabiliteringsåtgärderna ska leda till att en person så långt som möjligt behåller eller får tillbaka sin fysiska och psykiska funktionsförmåga [4].

Under sjuk- och behandlingsperioden kan patienter i arbetsför ålder ha rätt till olika ersättningar inom ramen för socialförsäkringen när det gäller sjukskrivning, arbetsåtergång och rehabilitering. Försäkringskassan utreder rätten till ersättning, och för aktuell information hänvisas till Försäkringskassan.se.

Försäkringskassan har ansvaret för att uppmärksamma om patienten behöver rehabilitering för att kunna återgå i arbete, ta initiativ till de åtgärder som

Remissversion

behövs och samordna och ha tillsyn över dem. En rehabiliteringsåtgärd kan vara arbetsträning, som bara kan användas när den bedöms leda till att patienten blir arbetsför och kan återgå i arbete. Om patienten behöver avstå från att arbeta på grund av rehabilitering kan hen få förebyggande sjukpenning eller rehabiliteringspenning. Rehabiliteringen syftar till att förebygga eller förkorta sjukskrivningstiden [252].

12.7 Inträde i arbetslivet eller återgång till tidigare sysselsättning

Rekommendation

- Varje region bör utforma riktlinjer för när patienter med cancer ska erbjudas koordineringsinsatser för att främja återgång eller inträde i arbetslivet.
- I cancervården behöver rehabiliteringsprofessioner finnas som kan stödja patienten i att inträda i arbetslivet eller återgå till sin tidigare sysselsättning.

En funktionsnedsättning till följd av cancersjukdom och behandling kan påverka personens aktivitets- och arbetsförmåga och möjligheten att vara delaktig i samhället. Många personer med cancer ser dock arbetet som en viktig del i vardagslivet [253]. Att kunna arbeta igen ses av många cancerberörda som en del av återhämtningen [254] och som en symbol för normalitet [255, 256], vilket också understryks i Socialstyrelsens rapport från 2022 [4]. Där påpekas även att unga vuxna som ännu inte inträtt i arbetslivet kan behöva fördjupat stöd.

Inträde i arbetslivet eller återgång i arbete eller annan sysselsättning bör adresseras tidigt under cancerbehandling. Det är även angeläget att samtala om vikten av att bibehålla sin sysselsättning medan cancerbehandlingen pågår, om det är möjligt. Patienter som inte klarar ett lönearbete eller som planerar att studera behöver också uppmärksammas, liksom patienter som diagnostiseras med cancer i ung ålder och ännu inte hunnit etablera sig på arbetsmarknaden.

Vid återgång i arbete är ofta flera aktörer och professioner involverade. Enligt lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297) ska sjukskrivna patienter som har behov av koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet erbjudas detta. Varje region bör ta fram riktlinjer för hur koordineringsinsatser ska erbjudas och vem som har ansvaret. [247]. Insatserna kan bestå av personligt stöd till patienten, intern samordning

Remissversion

inom vården och samverkan med andra aktörer såsom arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att återgången till arbete ska bli så effektiv och bra som möjligt för individen.

Insatserna behöver utformas och genomföras i samråd med patienten. För att stödja patienten på ett så bra sätt som möjligt är det viktigt att ge patienten och externa aktörer tydlig information om möjligheter och begränsningar när det gäller vilken typ av stöd och insats som kan vara aktuell. Det bör finnas en dokumenterad planering. Patienten har ansvar för att delta i planeringen och åtgärderna som ska medföra att hen kan börja arbeta igen så snart som möjligt.

Patienter kan behöva insatser som riktar in sig på fysisk hälsa, kognitiv ergonomi och/eller psykosocial hälsa. Insatser kan innefatta fysisk aktivitet, rådgivning om vardagsbalans och hjälpmedel, samtalsstöd och psykoedukation. Utifrån patientens behov kan olika professioner behöva kopplas in.

Arbetsgivare har en lagstadgad skyldighet att ha en plan för återgång i arbete för en sjukskriven medarbetare. Det finns även en broschyr för chefer och medarbetare med råd om hur man kan bemöta en kollega som fått en cancerdiagnos, se Har du en medarbetare som drabbats av cancer?.

12.8 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

Grundläggande insatser innefattar att göra en strukturerad behovsbedömning, med frågor om den sociala situationen, och att vid behov av sociala insatser initiera kontakt med en lämplig rehabiliteringsprofession. Insatser på denna nivå kan omfatta både patienten och de närstående. Patienten bör även informeras om patientföreningar som finns lokalt, regionalt eller nationellt.

Särskilda insatser

Särskilda insatser kan innefatta stöd och behandling från professioner med fördjupad kompetens i att hantera sociala och psykosociala problem. Insatser ges av olika professioner inom cancervården och inom olika verksamheter och vårdnivåer.

Avancerade insatser

Avancerade insatser kan innefatta att en rehabiliteringsprofession eller teamet inom cancervården tar kontakt med en annan myndighet eller aktör i civilsamhället, när man behöver samverka i rehabiliteringsprocessen eller när

Remissversion

patienten eller familjen behöver stöd i sin sociala situation. Insatserna kan även innefatta kompetens från specialiserad rehabilitering eller psykiatrin.

Remissversion

KAPITEL 13

Existentiella insatsområden

13.1 Existentiella frågor och existentiell kris

Rekommendation

- Existentiella frågor aktualiseras ofta inom cancervården, så vårdpersonal bör ha kompetens att ge grundläggande insatser, vilket innefattar stöd och individanpassad information
- Vårdpersonalen kan möta patientens och de närståendes existentiella behov genom att vara närvarande, finnas kvar och lyssna på frågor och livsberättelser.

Existentiella frågor rör människors existens, och innefattar frågor om liv och död, osäkerhet om behandlingsutfall, återfallsrädsla, begriplighet och mening [257]. Existentiella frågor är komplexa, mångfacetterade och subjektiva samt påverkar varje individ på ett unikt sätt, men de berör alla oavsett livsåskådning, kultur, kön eller ålder. De aktualiseras ofta vid allvarlig sjukdom och vid händelser som påverkar eller kan påverka vår existens. Existentiella problem och behov kan vara relevanta i hela vårdprocessen [258].

För patienter som fått en cancerdiagnos kan existentiella frågor och problem inbegripa

- beroende och kontrollförlust
- förändring i och förlust av viktiga roller och livsmål
- en osäker framtid och förändrade relationer
- ånger över det förflutna
- det ovissa om döden och döendet.

Cancersjukdom kan innebära att viktiga delar av livet omvärderas, och på så sätt kan individen tappa fotfästet och meningen med livet [257]. Sjukdomen kan även väcka tankar om lidande och död, men också om skuld, ansvar, trygghet, förlåtelse och tillit hos den cancerdrabbade och de närstående [259].

Remissversion

Mer forskning behövs, men det finns studier som visar att många patienter lider av existentiell ångest, även de som har en botbar sjukdom [258].

En existentiell kris uppkommer när en persons strategier eller försvar för att avvärja existentiell ångest bryts ner. Den som är i existentiell kris saknar därför känslomässigt skydd och tidigare copingstrategier fungerar inte längre. Vid en existentiell kris kan personen känna sig skyddslös, ensam, utlämnad, rädd och försvarslös. Vanliga skydd mot existentiell ångest är exempelvis föreställningar om att ”jag själv är speciell” och ”jag kommer att klara mig”, eller föreställningar om att en räddning kommer att dyka upp, till exempel en ny behandling. Många pendlar mellan ytterligheter för att hantera kriser, sorg, förlust och även existentiell kris.

Hur väl en person klarar av att hantera dödsångest beror bland annat på hur personen tidigare i livet har hanterat svåra situationer [257], hur personen tidigare hanterat ovisshet, separationer och ensamhet och hur personen ser på det som händer efter döden. Unga personer har ofta inte hunnit möta så många utmanande situationer i livet och har därför begränsad erfarenhet av att hantera svåra situationer. Läs mer om ungas behov i avsnitt 12.5 Särskilt sårbara grupper. De tvingas konfrontera sin dödlighet på ett sätt som de flesta i den åldern inte behöver göra.

13.2 Existentiell ensamhet

Rekommendation

Existentiell ensamhet kan lindras genom att vårdpersonal uppmuntrar fortsatta relationer med närstående, ger tips på stödgrupper och understryker vikten av andra betydelsefulla relationer.

Existentiell ensamhet kan definieras som en medvetenhet om att varje människa i grunden är ensam och separerad från andra människor. Denna medvetenhet är förknippad med en negativ upplevelse och uppträder i situationer då människan inser sin egen dödlighet eller vid olika kriser, särskilt om man inte känner sig sedd eller mött i situationen [260]. Känslan av att vi människor i grunden är ensamma aktiveras starkt i samband med cancersjukdom [257].

Det är viktigt att personalen förstår närvarons betydelse, även den ordlösa närvaron och vikten av gemenskap. Att våga stanna kvar hos en patient som fått ett dåligt besked kan minska hens existentiella lidande och göra det uthärdligt. Om en patient och närstående känner sig ”sedd” och ”förstådd”

Remissversion

minskar den existentiella ensamheten och lidandet. Vårdpersonalen kan hjälpa patienten genom att uppmuntra fortsatta relationer med närstående, ge tips på stödgrupper med andra patienter och lyfta att relationen till exempelvis husdjur och naturen kan lindra existentiell ensamhet [257].

Upplevelser av ensamhet och isolering är vanligt bland unga vuxna. De upplever ofta ett avstånd gentemot jämnåriga, som inte delar deras erfarenheter av cancer och existentiella funderingar. För dessa kan det vara särskilt värdefullt att rekommendera kontakt med andra unga i en liknande situation, antingen genom vården eller via ideella organisation såsom Ung Cancer.

13.3 Andliga och religiösa frågor

Rekommendation

- Vårdpersonal behöver uppmärksamma olika kulturers och religioners betydelse för patienten och vilken inverkan dessa faktorer kan få för vård och behandling.
- Patienten bör vid behov hänvisas till företrädare för olika trossamfund och religioner. Sjukhuskyrkan är en värdefull samarbetspartner som vid behov förmedlar kontakt med företrädare för andra trossamfund och religioner.

Andliga frågor handlar om mål och mening med livet, sökande efter något större och tillit till kraften utanför människan. En person kan vara andlig och tro på något större utan att vara religiös och ha en gudstro. Religiösa frågor handlar om gudstro, tillhörighet, skuld och förlåtelse, andakt, ritualer och bikt. Religionen kan få betydelse vid planering av vård och behandling, exempelvis religiös fasta, se Vårdhandboken.se.

Forskningen inom området existentiella, religiösa och andliga frågor har hittills mest fokuserat på patienter som lever med avancerad cancer, men dessa frågor är aktuella i alla faser av cancersjukdomen [258, 261]. I alla faser är det viktigt att hitta mening, sammanhang och begriplighet [258, 261]. Detta innebär att vårdpersonalen behöver ha förutsättningar för att möta patienternas existentiella behov, oavsett profession [261, 262].

Vid behov kan patienter hänvisas till företrädare för olika trossamfund [263]. Sjukhuskyrkans personal möter människor genom att lyssna och samtala, under sekretess, och förmedlar vid behov kontakt med företrädare för andra trossamfund och religioner.

Remissversion

13.4 Existentiellt förhållningsätt och stöd

Rekommendation

- Existentiella behov och problem bör bedömas kontinuerligt genom vårdprocessen då de kan förändras över tid.
- Vid behov hänvisas patient och närstående till kvalificerat samtalsstöd av en profession med specialiserad kompetens.

Existentiella behov och problem bör, precis som andra behov, uppmärksammas och bedömas kontinuerligt genom vårdprocessen. Kärnan i existentiella samtal handlar om att hjälpa patienten att komma till egna insikter. Som stöd i samtalet kan man använda bedömningsinstrument som inkluderar existentiella frågor och kan vara ingången till att identifiera existentiella behov.

Som komplement till det fortsatta samtalsstödet, utifrån den gjorda behovsbedömningen, kan vården utgå från följande frågor:

- Med tanke på det du har berättat: Hur ser du själv på din egen sjukdom och din närmsta framtid? I den bästa av världar? I värsta fall?
- Vad är viktigast för dig just nu? Vad hoppas du mest på?
- Vad är den största farhågan? Vad oroar dig? Är det något du är speciellt rädd för?
- Vad har varit till hjälp för dig tidigare i livet när du har varit i svåra situationer? [250]

För att uppmärksamma existentiella frågor bör vården ha ett personcentrerat förhållningssätt, vilket innebär att nyfiket utforska och förhålla sig öppen inför existentiella behov. Vårdpersonal kan inte ge entydiga svar på existentiella frågor utifrån ett objektivt, naturvetenskapligt perspektiv, utan bör kunna presentera olika sätt att förhålla sig. Det innebär att ha tillvägagångssätt som stödjer och bekräftar patienters olika behov. Vårdpersonalen behöver utveckla förmågan att aktivt lyssna och skapa förutsättningar för existentiella samtal där patientens förluster, oro och rädslor valideras [262]. Sådana samtal fungerar bättre när läget är stabilt och mindre bra i akuta delar av patientens vårdförlopp, med svåra situationer och svåra beslut [262].

För att kunna möta, stödja och förstå patienten eller den närstående behövs ett personcentrerat förhållningssätt. Detta blir möjligt genom samtal, närvaro och en relation som i sin tur skapar trygghet. Personalen kan stödja patienten genom att vara närvarande och autentisk, ställa öppna frågor och visa att man lyssnar och orkar ta emot patientens berättelse.

Remissversion

Här är exempel på frågor att ställa till patienten eller de närstående:

- Är det något särskilt du tänker på som du vill prata om?
- Finns det något jag kan göra som skulle kunna vara till hjälp för dig nu?
- Kan du berätta mer om hur du tänker? [248]

Den som går igenom en existentiell kris behöver främst hjälp med att härda ut. Vårdpersonal behöver vara medveten om att patienten kämpar med att hantera situationen så att den inte blir känslomässigt överväldigande. Patienten behöver stöd i att behålla känslomässig kontroll och hantera det som hotar. För att kunna bearbeta det som hen går igenom behöver hen känna sig trygg och få hjälp med att göra situationen begriplig, hanterbar och meningsfull – på sitt sätt och i sin takt [264]. Vårdpersonalen kan stödja patienten genom att förklara att det är normalt att pendla mellan tro och tvivel och mellan hopp och förtvivlan.

13.5 Insatser på de olika nivåerna

Grundläggande insatser

Grundläggande insatser innefattar att ha ett existentiellt förhållningssätt och ett gott bemötande, och att göra strukturerade behovsbedömningar med frågor om existentiella behov, och utifrån det ge stöd och individanpassad information. Grundläggande insatser gäller all vårdpersonal och innefattar att ge stöd och individanpassad information för att uppmärksamma och möta patienters och närståendes existentiella frågor och existentiella krisreaktioner. På den grundläggande nivån ska man även identifiera om patienten eller de närstående behöver utökat stöd, och eventuellt hänvisa vidare.

Särskilda insatser

Särskilda insatser kan innefatta stöd och behandling av professioner med specialiserad kompetens i att hantera existentiella kriser, exempelvis hälso- och sjukvårdskurator eller psykolog. Insatserna ges av olika professioner. En särskild insats kan också vara att hänvisa patienten vidare till företrädare för olika trossamfund och religioner.

Avancerade insatser

Avancerade insatser innefattar insatser i team och samverkan mellan enheter.

Remissversion

KAPITEL 14

Långvariga eller sena komplikationer

Rekommendation

- Varje region bör utforma riktlinjer för hur långtidsuppföljning av patienter med cancer ska organiseras. Detta bör framgå av nationella vårdprogram och regionala tillämpningar för varje cancerdiagnos.
- På motsvarande sätt bör långtidsuppföljning av patienter som behandlats för cancer i barnaåren belysas i nationella vårdprogram och regionala riktlinjer.

14.1 Grundläggande insatser

Grundläggande vid all uppföljning av patienter som behandlats för cancer är att kartlägga om patienten fått långvariga problem eller sena komplikationer av cancersjukdomen. Patienter som är färdigbehandlade för sin cancer kan ha kvarstående problem, sena effekter eller följdsjukdomar av behandlingen eller sjukdomen. Dessa kan kvarstå lång tid efter avslutad behandling och kan även vara bestående. Uppföljningen bör planeras utifrån dagens kunskap om kända riskfaktorer för att utveckla problem, både på kort och på lång sikt. Det gäller i synnerhet när det finns risk för att problemen förvärras eller uppkommer efter lång tid.

14.1.1 Behandlingssammanfattning

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.

Behandlingssammanfattningen bör innehålla information om

- vilka rehabiliteringsbehov som identifierats och vilka rehabiliteringsinsatser som genomförts

Remissversion

- vilka symtom och tecken som patienten och de närstående ska vara uppmärksamma på
- vart patienten ska vända sig vid misstanke om återfall
- vart patienten ska vända sig för fortsatt cancerrehabilitering.

Problem kan även uppstå eller bli mer påtagliga efter avslutad uppföljning, när patienten inte längre har någon aktiv kontakt med cancervården utan själv ska ta kontakt med sin vårdcentral eller motsvarande. Det kan då vara svårt för patienten och primärvården att bedöma om eventuella symtom har med den genomgångna cancerbehandlingen att göra. Behandlingssammanfattningen blir då till hjälp för både patienten och personalen.

14.1.2 Uppföljning efter avslutad cancerbehandling

För varje diagnos eller diagnosgrupp bör det finnas en regional plan för hur behov av medicinska insatser, omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser systematiskt ska uppmärksammas. Varje verksamhet som möter patienter med cancer behöver ha en struktur för hur patienter med kvarstående problem ska behandlas och följas i både specialistvård och primärvård. Planen ska utgå från de diagnosspecifika vårdprogrammen och de intervaller för uppföljning som finns.

De uppföljande kontrollerna efter en cancerbehandling är bra tillfällen att uppmärksamma och söka kvarstående men och sena effekter samt på nytt bedöma patientens behov av cancerrehabilitering.

Uppföljningen bör innehålla

- identifiering av behov
- remiss till verksamhet där patientens behov av specialiserad kompetens inom medicin, omvårdnad och rehabilitering kan tillgodoses.

14.1.3 Egenvård

Patienten behöver kunskap om komplikationer, kvarstående besvär och sena effekter eller följdsjukdomar. Det gäller både problem som patienten faktiskt har under och efter cancerbehandlingen, och problem som kan förväntas uppkomma. Patienten behöver med stöd av vården få egna färdigheter för att så långt det är möjligt uppmärksamma, kommunicera kring och själv hantera sin situation med kvarstående problem och besvär.

Remissversion

14.2 Insatser på de olika nivåerna

Särskilda insatser

En del patienter behöver insatser från specialiserad kompetens för sina långvariga eller sena komplikationer. Varje region bör fastställa vilken enhet som ska erbjuda dessa patienter vård, och ordna aktiva överlämningar mellan vårdgivare.

Avancerade insatser

Avancerade insatser kan också bli aktuella vid komplex problematik, kvarstående funktionsnedsättningar och behov av kontakt med olika specialister och samarbete mellan specialiserade verksamheter. Då krävs ett omhändertagande av patienten som innefattar samverkans- och samordningsinsatser.

Remissversion

KAPITEL 15

Komplementär och integrativ medicin (KIM)

Många personer med cancer använder metoder som inte tillhandahålls inom den vanliga hälso- och sjukvården (komplementär medicin). I regel sker denna användning i egenvårdssyfte för förbättrat välmående och symtomlindring. I och med ökande forskning på området integreras en del av de komplementärmedicinska metoderna allt mer inom cancervården (integrativ medicin). Gränsen mellan komplementär och integrativ medicin (KIM) är flytande. Studier visar att två av tre patienter som använder komplementär medicin inte pratar om detta med cancervården, trots att majoriteten av patienter vill kunna diskutera detta [265, 266].

Det kommer allt fler forskningsresultat om specifika metoders kliniska effekter och risker. För att möta patienters behov och värna om patientsäkerheten behöver cancervården kunna bemöta frågor om KIM och ge situationsanpassade råd. I bästa fall förebygger man på så sätt att patienter hamnar i onödiga extremlägen i sina val [267].

15.1 Kropp-och-själ-metoder

För en del cancerrelaterade symtom såsom smärta, cancerrelaterad fatigue, illamående och sömnbesvär finns visst stöd för så kallade kropp-och-själ-metoder. Exempel på sådana metoder som erbjuds i ökande grad av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom cancervården är meditation, mindfulness, akupunktur, avslappning, musikterapi och yoga, och de finns beskrivna av ASCO [268]. I systematiska översikter om exempelvis effekten av akupunktur på cancerrelaterad smärta [269, 270], fatigue [270] och illamående [89] beskrivs att akupunktur som intervention i flera studier haft effekt jämfört med kontrollgrupp men att det också finns flera studier där man inte kunnat se skillnad i effekt mellan riktig akupunktur och placebo (s.k. sham-akupunktur). Det behövs därför fler väl genomförda studier med placeboakupunktur som kontrollgrupp för att stärka det vetenskapliga underlaget. Effekten av akupunktur på hormonella besvär är mest studerat bland kvinnor med

Remissversion

bröstcancer [270] och det finns visst stöd för effekt, men även här behövs fler metodologiskt välgjorda studier.

Yoga, dvs. rörelser i kombination med andningsövningar, förefaller kunna minska graden av cancerrelaterad fatigue men tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget är låg [271], vilket innebär att studierna är för få eller för metodologiskt svaga för att säkert kunna avgöra effekterna av behandlingen. Dessa metoder och deras specifika effekter finns beskrivna i ASCO:s kliniska riktlinjer om komplementärmedicinska metoder vid bröstcancer, cancerrelaterad smärta, ångest och depression samt fatigue [272-275].

Terapeuter som erbjuder komplementärmedicinska metoder utanför hälso- och sjukvården är oftast inte legitimerade och faller därmed inte under patientsäkerhetslagen (2010:659). Det är viktigt att patienter är medvetna om terapeutens kvalifikationer och insatta i behandlingens mål och innehåll och den förväntade behandlingstiden. Flera yrkesförbund har etiska riktlinjer och kvalitetskrav för sina medlemmar. Vidare finns internationella förslag på kriterier som kan vägleda patienter i att hitta en kompetent terapeut samt förslag på kompetenskrav [276, 277].

15.2 Växtbaserade läkemedel och kosttillskott

Många patienter med cancer använder växtbaserade läkemedel och kosttillskott, inklusive vitaminer och mineraler, för att förbättra sitt välmående [266, 278, 279]. Det finns en tilltagande mängd forskning på området avseende både effekt och risker (till exempel ASCO:s riktlinjer för medicinsk cannabis vid cancer) [280]. Generellt stödjer befintlig klinisk forskning inte användningen av växtbaserade läkemedel eller kosttillskott i tumörreducerande syfte, men en del klinisk forskning pekar på potentiell effekt i symtomlindrande syfte, till exempel amerikansk ginseng och ingefära vid fatigue respektive cytostatikainducerat illamående [274].

Riskerna med användning av växtbaserade läkemedel och kosttillskott är ofta relaterade till dos och inbegriper också både biverkningar och potentiella interaktioner; mer information finns via länkarna nedan. Djurstudier pekar också på potentiell risk vid intag av höga doser av vissa antioxidanter. Dessutom är det en risk i sig när vården inte har kännedom om patienters användning av dessa preparat då eventuella symtom och biverkningar kan feltolkas. Kvalitetskontroll av preparaten varierar och skiljer sig åt för växtbaserade läkemedel och kosttillskott. Kvalitet och säkerhet för

Remissversion

växtbaserade läkemedel kontrolleras enligt lag på samma sätt som övriga läkemedel. Dessa finns listade på Läkemedelsverkets hemsida. Kosttillskott regleras som livsmedel och för dessa finns ingen motsvarande obligatorisk kontroll av kvalitet eller säkerhet.

15.3 Fördjupning

I RCC i samverkans broschyr ”Om du funderar på komplementär och alternativ medicin” finns sammanfattad information och länkar till källor för enskilda metoders och preparats effekt, säkerhet, biverkningar och interaktioner.

Se även:

- RCC:s FAQ om komplementär och integrativ medicin
- läkemedelsverket.se, sök på Växtbaserade läkemedel och naturläkemedel
- cam-cancer.org, klicka på A-Z of treatments
- mskcc.org, sök på About Mind-Body Therapies eller Search about herbs
- cancer.gov, sök på PDQ Integrative therapies summaries.

Remissversion

KAPITEL 16

Vårdprogramgruppen

16.1 Vårdprogramgruppens sammansättning

Den nationella arbetsgruppen består av representanter för samtliga regionala cancercentrum samt en ordförande som utsetts av RCC i samverkan. Gruppen har eftersträvat multiprofessionalitet med representanter för de olika vårdnivåer som är engagerade i patientens vård. Utöver detta har patientföreträdare deltagit.

16.2 Vårdprogramgruppens medlemmar

Ylva Hellstadius, ordförande, med. dr, sjuksköterska, steg 1 utbildning psykoterapi, Centrum för cancerrehabilitering Stockholms länssjukvårdsområde, RCC Stockholm Gotland.

Anna Henriksson, med. dr, sjuksköterska, Mälardalens universitet, RCC Mellansverige.

Cecilia Ström, socionom, hälso- och sjukvårdkurator, MSc sexologi, steg 1 utbildning psykoterapi, Centrum för cancerrehabilitering RCC Stockholm-Gotland.*

Helena Igelström, docent, fysioterapeut, Akademiska sjukhuset, Uppsala universitet, RCC Mellansverige.*

Heléne Öberg, fysioterapeut, verksamhetsutvecklare, RCC Syd.*

Frida Forsberg, läkare och specialist i rehabiliteringsmedicin, processledare cancerrehabilitering.

Jesper Poucette, läkare, specialist i allmänmedicin, processledare för cancerrehabilitering RCC Väst.*

Katja Vuollet Carlsson, onkologisjuksköterska, vårdutvecklare, RCC Norr.*

Malgorzata Luber-Szumniak, läkare och specialist i allmänmedicin, Skånes universitetssjukhus, RCC Syd.*

Remissversion

Sofie Backman, dietist, Sundsvalls sjukhus, RCC Norr.*

*Regional representant

16.3 Adjungerade författare

Helena Ilstedt, leg psykoterapeut, psykoonkologisk mottagning, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm.

Jeanette Winterling, Docent, sjuksköterska, steg 1 utbildning psykoterapi, Psykoonkologisk mottagning, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm.

Johanna Hök Nordberg, med dr, apotekare, processledare för komplementär och integrativ medicin (KIM), RCC Stockholm-Gotland, Karolinska Institutet, Stockholm.

Karin Garming Legert, med. dr, specialist i orofacial medicin, övertandläkare, Karolinska Institutet, Stockholm.

Katarina Blom, med. dr, fysioterapeut och lymfterapeut, specialistmottagning för lymfödem, Centrum för cancerrehabilitering, Stockholms länssjukvårdsområde.

Kathrin Wode, med dr, onkolog och specialist i palliativ medicin, Södersjukhuset; processledare för komplementär och integrativ medicin (KIM) RCC Stockholm-Gotland; Karolinska Institutet, Stockholm.

Claire Micaux, med. dr., distriktssköterska, Nationell samordnare Min vårdplan, RCC norr.

16.4 Tidigare medlemmar i vårdprogramgruppen

Följande personer har medverkat till tidigare versioner av vårdprogrammet: Helene Wendell, Linda Bergström, Sofie Grinneback, Annika Asketun, Jan Björklund, Emma Ohlsson Nevo, Susanne Hellerstedt Börjesson, Gunnar Eckerdal (ordf), Monica Berg, Johan Dahl, Maria Hellbom, Carina Modeus, Polymnia Nikolaidis, Chichi Malmström, Christina Christoffersson, Ing-Marie Magnusson, Helena Granstam Björneklätt, Cecilia Arving, Maggi Målevik, Pia Delin, Olof Hasslow, Pia Mickols, Kerstin Thörnquist.

Remissversion

16.5 Jäv och andra bindningar

Ingen medlem i den nationella vårdprogramgruppen har pågående uppdrag som skulle kunna innebära jäv. Kopior av gruppens jävsdeklarationer går att få från Regionalt cancercentrum Uppsala-Örebro.

16.6 Vårdprogrammets förankring

Vårdprogrammet har utarbetats på uppdrag av RCC:s samverkansgrupp, vilken utsett Ylva Hellstadius till vårdprogramgruppens ordförande.

Remissversionen av vårdprogrammet har publicerats öppet på cancercentrum.se. Remissversionen har gått till regionernas linjeorganisationer för kommentarer om organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av vårdprogrammet samt till specialist-, professions- och patientföreningar för övriga synpunkter på innehållet. Under remissrundan har nedan listade organisationer lämnat synpunkter på vårdprogrammets innehåll. Utöver dessa har svar inkommit från enskilda kliniker och enskilda företrädare för patienter och profession.

<Lista läggs in efter remissrunda>

Efter sammanställning av de inkomna synpunkterna, och revidering som följd av den, har vårdprogrammet bearbetats och godkänts av vårdprogramgruppen och fastställts av RCC i samverkan.

Remissversion

KAPITEL 17

Referenser

1. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens Termbank [Cited 2022-12-16]. Available from: https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=655&SrcLang=sv.
2. Regeringskansliet. Regeringens proposition 2017/18:83. Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti. 2017 [Cited 2026-01-28]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/prioriteringar-inom-halso-och-sjukvarden_gk01sou14/html/.
3. Socialstyrelsen. Samverkan och kontinuitet - Patientsäkerhet [Cited 2022-12-16]. Available from: https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/riskomraden/samverkan-och-kontinuitet/.
4. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen (2022) Cancerrehabilitering. Förslag till utveckling. 2022 [Cited 2022-12-20]. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7949.pdf.
5. Cancercentrum. Utvärdering av Kraftens hus 2020 [2022-12-20]. Available from: https://cancercentrum.se/globalassets/om-rcc/vast/nyheter/2020-04-09kraftens-hus-en-lakande-plats-for-cancerberorda/utvardering-av-kraftens-hus-hss-2020---slutversion-.pdf.
6. GPCC Cfpv-. Om personcentrerad vård | Centrum för personcentrerad vård – GPCC, Göteborgs universitet (gu.se) [Cited 2022-12-20]. Available from: https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-vard.
7. Socialstyrelsen. Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Falun [Cited 2022-12-21]. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf.
8. Sveriges Regioner i Samverkan. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling 2018 [Cited 2022-12-21]. Available from: https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Nationellt-vardprogram-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-prevention-och-behandling.pdf.
9. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med. 2012;366(9):780-1.
10. Socialstyrelsen. Senaste version av SOSFS 2009:6 Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård [Cited 2022-12-20]. Available from:

Remiss-version

https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/.

11. Lexell J, Rivano-Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 2017.
12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Från medel till mål : att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. [Stockholm]: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
13. Riksdagen. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård [2022-12-21]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612.
14. Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil. 2013;92(8):715-27.
15. Faithfull S, Turner L, Poole K, Joy M, Manders R, Weprin J, et al. Prehabilitation for adults diagnosed with cancer: A systematic review of long-term physical function, nutrition and patient-reported outcomes. Eur J Cancer Care (Engl). 2019;28(4):e13023.
16. Waterland JL, McCourt O, Edbrooke L, Granger CL, Ismail H, Riedel B, et al. Efficacy of Prehabilitation Including Exercise on Postoperative Outcomes Following Abdominal Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Surg. 2021;8:628848.
17. Levett DZH, Grimmett C. Psychological factors, prehabilitation and surgical outcomes: evidence and future directions. Anaesthesia. 2019;74 Suppl 1:36-42.
18. Hughes MJ, Hackney RJ, Lamb PJ, Wigmore SJ, Christopher Deans DA, Skipworth RJE. Prehabilitation Before Major Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. World journal of surgery. 2019;43(7):1661-8.
19. Steffens D, Beckenkamp PR, Hancock M, Solomon M, Young J. Preoperative exercise halves the postoperative complication rate in patients with lung cancer: a systematic review of the effect of exercise on complications, length of stay and quality of life in patients with cancer. British journal of sports medicine. 2018;52(5):344.
20. Granger C, Cavalheri V. Preoperative exercise training for people with non-small cell lung cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2022;9(9):Cd012020.
21. Piraux E, Caty G, Reychler G. Effects of preoperative combined aerobic and resistance exercise training in cancer patients undergoing tumour resection surgery: A systematic review of randomised trials. Surg Oncol. 2018;27(3):584-94.

Remissversion

22. Michael CM, Lehrer EJ, Schmitz KH, Zaorsky NG. Prehabilitation exercise therapy for cancer: A systematic review and meta-analysis. Cancer Med. 2021;10(13):4195-205.
23. Xu S, Yin R, Zhu H, Gong Y, Zhu J, Li C, et al. The role of exercise-based prehabilitation in enhancing surgical outcomes for patients with digestive system cancers: a meta-analysis. BMC Gastroenterol. 2025;25(1):26.
24. Bai Z, Koh C, Solomon M, Shahab R, Hirst N, Alexander K, et al. Prehabilitation in Frail Patients Undergoing Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Surg Oncol. 2025;32(10):7707-22.
25. Pouwels S, Hageman D, Gommans LN, Willigendael EM, Nienhuijs SW, Scheltinga MR, et al. Preoperative exercise therapy in surgical care: a scoping review. J Clin Anesth. 2016;33:476-90.
26. Pietrakiewicz K, Stec R, Sobocki J. Prehabilitation Prior to Chemotherapy in Humans: A Review of Current Evidence and Future Directions. Cancers (Basel). 2025;17(16).
27. Klek S, Laviano A, Chrostek H, Cardenas D. Nutrition in Oncology: Overcoming Challenges to Optimize the Patient Journey from Prehabilitation to Rehabilitation. Oncol Ther. 2025;13(3):577-93.
28. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2021;40(7):4745-61.
29. Ferreira V, Lawson C, Gillis C, Scheede-Bergdahl C, Chevalier S, Carli F. Malnourished lung cancer patients have poor baseline functional capacity but show greatest improvements with multimodal prehabilitation. Nutr Clin Pract. 2021;36(5):1011-9.
30. Gillis C, Richer L, Fenton TR, Gramlich L, Keller H, Culos-Reed SN, et al. Colorectal cancer patients with malnutrition suffer poor physical and mental health before surgery. Surgery. 2021;170(3):841-7.
31. Korchagin VB, Vtorova ZE. [Determination of erythromycin C in erythromycin finished products and fermentation broths by thin layer chromatography]. Antibiotiki. 1973;18(3):202-5.
32. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48.
33. De Pasquale G, Mancin S, Matteucci S, Cattani D, Pastore M, Franzese C, et al. Nutritional prehabilitation in head and neck cancer: A systematic review of literature. Clin Nutr ESPEN. 2023;58:326-34.
34. Grimmett C, Heneka N, Chambers S. Psychological Interventions Prior to Cancer Surgery: a Review of Reviews. Curr Anesthesiol Rep. 2022;12(1):78-87.
35. Tsimopoulou I, Pasquali S, Howard R, Desai A, Gourevitch D, Tolosa I, et al. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. Ann Surg Oncol. 2015;22(13):4117-23.
36. Chen Y, Ahmad M. Effectiveness of adjunct psychotherapy for cancer treatment: a review. Future oncology (London, England). 2018;14(15):1487-96.

Remissversion

37. Warren GW, Sobus S, Gritz ER. The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. Lancet Oncol. 2014;15(12):e568-80.
38. Fountoukidis G, Schiza A, Smith D, Othman M, Bergman M, Ahlgren J, et al. Effect of alcohol consumption on oncological treatment effectiveness and toxicity in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2025;25(1):246.
39. Tew GA, Ayyash R, Durrand J, Danjoux GR. Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. Anaesthesia. 2018;73(6):750-68.
40. Minnella EM, Carli F. Prehabilitation and functional recovery for colorectal cancer patients. Eur J Surg Oncol. 2018;44(7):919-26.
41. Scheede-Bergdahl C, Minnella EM, Carli F. Multi-modal prehabilitation: addressing the why, when, what, how, who and where next? Anaesthesia. 2019;74 Suppl 1:20-6.
42. Boyette-Davis JA, Hou S, Abdi S, Dougherty PM. An updated understanding of the mechanisms involved in chemotherapy-induced neuropathy. Pain Manag. 2018;8(5):363-75.
43. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige Etisk kod för arbetsterapeuter : antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992, reviderad 2004, 2012 och 2018. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA; 2018.
44. Staff NP, Grisold A, Grisold W, Windebank AJ. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A current review. Ann Neurol. 2017;81(6):772-81.
45. Diaz M, Schiff D. Neurological Complications of Chemotherapy. In: Ahluwalia M, Metellus P, Soffietti R, editors. Central Nervous System Metastases [Elektronisk resurs]. Cham: Springer International Publishing; 2020.
46. Kerckhove N, Collin A, Condé S, Chaleteix C, Pezet D, Balayssac D. Long-Term Effects, Pathophysiological Mechanisms, and Risk Factors of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathies: A Comprehensive Literature Review. Front Pharmacol. 2017;8:86.
47. Lustberg MB, Kuderer NM, Desai A, Bergerot C, Lyman GH. Mitigating long-term and delayed adverse events associated with cancer treatment: implications for survivorship. Nat Rev Clin Oncol. 2023;20(8):527-42.
48. Jordan B, Margulies A, Cardoso F, Cavaletti G, Haugnes HS, Jahn P, et al. Systemic anticancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO-EONS-EANO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, prevention, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2020;31(10):1306-19.
49. Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, Cavaletti G, Chauhan C, Hertz DL, et al. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2020;38(28):3325-48.

Remissversion

50. Tomanovic Vujadinovic S, Ilic N, Selakovic I, Nedeljkovic U, Krstic N, Mujovic N, et al. TENS Improves Cisplatin-Induced Neuropathy in Lung Cancer Patients. Medicina (Kaunas). 2022;58(10).
51. Püsküllüoğlu M, Tomaszewski KA, Grela-Wojewoda A, Pacholczak-Madej R, Ebner F. Effects of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Pain and Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Cancer Patients: A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 2022;58(2).
52. Wang Z, Zhao B, Li Y, Jing J, Suo L, Zhang G. Comparison of the effects of 19 exercise interventions on symptoms, pain, balance, and muscular strength in patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and network meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2025;164:105014.
53. Tamburin S, Park SB, Schenone A, Mantovani E, Hamedani M, Alberti P, et al. Rehabilitation, exercise, and related non-pharmacological interventions for chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: Systematic review and evidence-based recommendations. Crit Rev Oncol Hematol. 2022;171:103575.
54. Tanay MAL, Armes J, Moss-Morris R, Rafferty AM, Robert G. A systematic review of behavioural and exercise interventions for the prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy symptoms. J Cancer Surviv. 2021.
55. Tanay MAL, Robert G, Rafferty AM, Moss-Morris R, Armes J. Clinician and patient experiences when providing and receiving information and support for managing chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A qualitative multiple methods study. Eur J Cancer Care (Engl). 2022;31(1):e13517.
56. Pachman DR, Qin R, Seisler DK, Smith EM, Beutler AS, Ta LE, et al. Clinical Course of Oxaliplatin-Induced Neuropathy: Results From the Randomized Phase III Trial N08CB (Alliance). J Clin Oncol. 2015;33(30):3416-22.
57. Colvin LA. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: where are we now? Pain. 2019;160 Suppl 1(Suppl 1):S1-s10.
58. Chiu N, Chiu L, Chow R, Lam H, Verma S, Pasetka M, et al. Taxane-induced arthralgia and myalgia: A literature review. J Oncol Pharm Pract. 2017;23(1):56-67.
59. Pereira S, Fontes F, Sonin T, Dias T, Fragoso M, Castro-Lopes JM, et al. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy after neoadjuvant or adjuvant treatment of breast cancer: a prospective cohort study. Support Care Cancer. 2016;24(4):1571-81.
60. Kolb N, Burns T. Clinical research in chemotherapy-induced peripheral neuropathy: How, what, and when. Neurology. 2018;91(9):379-80.
61. 1177. Trötthet vid cancersjukdom/1177 [Cited 2022-12-20]. Available from: https://www.1177.se/Jonkopings-lan/sjukdomar--besvar/cancer/att-leva-med-cancer/uttalad-trotthet-vid-cancersjukdom---fatigue/.

Remissversion

62. Cella D, Davis K, Breitbart W, Curt G. Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. J Clin Oncol. 2001;19(14):3385-91.
63. Ma Y, He B, Jiang M, Yang Y, Wang C, Huang C, et al. Prevalence and risk factors of cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020;111:103707.
64. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart WS, Carpenter KM, Cella D, et al. Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. J Natl Compr Canc Netw. 2015;13(8):1012-39.
65. Thong MSY, van Noorden CJF, Steindorf K, Arndt V. Cancer-Related Fatigue: Causes and Current Treatment Options. Curr Treat Options Oncol. 2020;21(2):17.
66. FACIT-Fatigue. Facit [Cited 2022-12-21]. Available from: https://www.facit.org/measures/FACIT-Fatigue.
67. Eek D, Ivanescu C, Corredoira L, Meyers O, Cella D. Content validity and psychometric evaluation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue scale in patients with chronic lymphocytic leukemia. J Patient Rep Outcomes. 2021;5(1):27.
68. Butt Z, Lai JS, Rao D, Heinemann AW, Bill A, Cella D. Measurement of fatigue in cancer, stroke, and HIV using the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Fatigue (FACIT-F) scale. J Psychosom Res. 2013;74(1):64-8.
69. Ernst M, Wagner C, Oeser A, Messer S, Wender A, Cryns N, et al. Resistance training for fatigue in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2024;11(11):Cd015518.
70. Wagner C, Ernst M, Cryns N, Oeser A, Messer S, Wender A, et al. Cardiovascular training for fatigue in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2025;2(2):Cd015517.
71. Cormican O, Dowling M. Living with relapsed myeloma: Symptoms and self-care strategies. J Clin Nurs. 2018;27(7-8):1713-21.
72. Weis J, Horneber M. Cancer-Related Fatigue: Springer Healthcare Limited; 2014.
73. fatigue. Tvs-. 1177 [Cited 2022-12-20]. Available from: https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/hjarna-och-nerver/langvarig-trotthet-och-narkolepsi/trotthet-vid-sjukdom---fatigue/.
74. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. The oncologist. 2000;5(5):353-60.
75. Redeker C, Grunfeld E, Miles A. The Impact of an Ostomy on Body Image and Sexual Function of Patients With Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychooncology. 2025;34(8):e70249.
76. Phung VD, Fang SY. Body Image Issues in Patients With Colorectal Cancer: A Scoping Review. Cancer Nurs. 2023;46(3):233-47.
77. Dua P, Heiland MF, Kracen AC, Deshields TL. Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature. Psychooncology. 2017;26(4):438-43.

Remissversion

78. Thompson AR, Sewards I, Baker SR. Cancer and changes in facial appearance: A meta-ethnography of qualitative studies. Br J Health Psychol. 2020;25(1):129-51.
79. Nikita, Rani R, Kumar R. Body image distress among cancer patients: needs for psychosocial intervention development. Support Care Cancer. 2022;30(7):6035-43.
80. Mejia-Gomez J, Petrovic I, Doherty M, Kennedy E, Wolfman W, Jacobson M, et al. Sexual dysfunction in female patients with anal cancer treated with curative intent: A systematic review of the literature. Radiother Oncol. 2023;178:109437.
81. Fingeret MC, Teo I, Epner DE. Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. Cancer. 2014;120(5):633-41.
82. huvudsaken/1177 Häi. 1177, Håret är inte huvudsaken [2022-11-25 2022 [Cited 2022-12-20]. Available from: https://www.1177.se/Kronoberg/personliga-berattelser/sjukdomar--besvar/haret-ar-inte-huvudsaken/.
83. Contreras Molina M, Álvarez Bueno C, Cavero Redondo I, Lucerón Lucas-Torres MI, Jiménez López E, García Maestro A. Effectiveness of Scalp Cooling to Prevent Chemotherapy-Induced Alopecia in Patients Undergoing Breast Cancer Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. Cancer Nurs. 2024;47(4):319-26.
84. van den Hurk CJ, van de Poll-Franse LV, Breed WP, Coebergh JW, Nortier JW. Scalp cooling to prevent alopecia after chemotherapy can be considered safe in patients with breast cancer. Breast (Edinburgh, Scotland). 2013;22(5):1001-4.
85. Lemieux J, Provencher L, Perron L, Brisson J, Amireault C, Blanchette C, et al. No effect of scalp cooling on survival among women with breast cancer. Breast cancer research and treatment. 2015;149(1):263-8.
86. van den Hurk CJ, van den Akker-van Marle ME, Breed WP, van de Poll-Franse LV, Nortier JW, Coebergh JW. Cost-effectiveness analysis of scalp cooling to reduce chemotherapy-induced alopecia. Acta oncologica (Stockholm, Sweden). 2014;53(1):80-7.
87. Hardy J, Davis MP. The Management of Nausea and Vomiting Not Related to Anticancer Therapy in Patients with Cancer. Curr Treat Options Oncol. 2021;22(2):17.
88. Cope DG. Clinical Updates in Nausea and Vomiting. Semin Oncol Nurs. 2022;38(1):151249.
89. Yan Y, López-Alcalde J, Zhang L, Siebenhüner AR, Witt CM, Barth J. Acupuncture for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Cancer Med. 2023;12(11):12504-17.
90. Meadows M-E. Cognitive function after cancer and cancer treatment: UpToDate; [Available from: https://www.uptodate.com/contents/cognitive-function-after-cancer-and-cancer-treatment.
91. Lange M, Joly F, Vardy J, Ahles T, Dubois M, Tron L, et al. Cancer-related cognitive impairment: an update on state of the art, detection,

Remissversion

and management strategies in cancer survivors. Ann Oncol. 2019;30(12):1925-40.
92. Fernandes HA, Richard NM, Edelstein K. Cognitive rehabilitation for cancer-related cognitive dysfunction: a systematic review. Support Care Cancer. 2019;27(9):3253-79.
93. Olson B, Marks DL. Pretreatment Cancer-Related Cognitive Impairment-Mechanisms and Outlook. Cancers (Basel). 2019;11(5).
94. DiSipio T, Rye S, Newman B, Hayes S. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. 2013;14(6):500-15.
95. Hayes SC, Janda M, Ward LC, Reul-Hirche H, Steele ML, Carter J, et al. Lymphedema following gynecological cancer: Results from a prospective, longitudinal cohort study on prevalence, incidence and risk factors. Gynecol Oncol. 2017;146(3):623-9.
96. Pusic AL, Cemal Y, Albornoz C, Klassen A, Cano S, Sulimanoff I, et al. Quality of life among breast cancer patients with lymphedema: a systematic review of patient-reported outcome instruments and outcomes. J Cancer Surviv. 2013;7(1):83-92.
97. Cemal Y, Jewell S, Albornoz CR, Pusic A, Mehrara BJ. Systematic review of quality of life and patient reported outcomes in patients with oncologic related lower extremity lymphedema. Lymphat Res Biol. 2013;11(1):14-9.
98. Fife CE, Farrow W, Hebert AA, Armer NC, Stewart BR, Cormier JN, et al. Skin and Wound Care in Lymphedema Patients: A Taxonomy, Primer, and Literature Review. Adv Skin Wound Care. 2017;30(7):305-18.
99. Lymfologi. Svensk förening för lymfologi (SFL) [Cited 2022-12-19]. Available from: https://lymfologi.se/.
100. Brorson H, Ohlin K, Olsson G, Nilsson M. Adipose tissue dominates chronic arm lymphedema following breast cancer: an analysis using volume rendered CT images. Lymphat Res Biol. 2006;4(4):199-210.
101. Blom KY, Johansson KI, Nilsson-Wikmar LB, Brogårdh CB. Early intervention with compression garments prevents progression in mild breast cancer-related arm lymphedema: a randomized controlled trial. Acta oncologica (Stockholm, Sweden). 2022;61(7):897-905.
102. Johansson K, Blom K, Nilsson-Wikmar L, Brogårdh C. Early Intervention with a Compression Sleeve in Mild Breast Cancer-Related Arm Lymphedema: A 12-Month Prospective Observational Study. Cancers (Basel). 2023;15(10).
103. Johansson K, Branje E. Arm lymphoedema in a cohort of breast cancer survivors 10 years after diagnosis. Acta oncologica (Stockholm, Sweden). 2010;49(2):166-73.
104. Rafn BS, Christensen J, Larsen A, Bloomquist K. Prospective Surveillance for Breast Cancer-Related Arm Lymphedema: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Oncol. 2022;40(9):1009-26.
105. Thomis S, Dams L, Fourneau I, De Vrieze T, Nevelsteen I, Neven P, et al. Correlation Between Clinical Assessment and

Remissversion

Lymphofluoroscopy in Patients with Breast Cancer-Related Lymphedema: A Study of Concurrent Validity. Lymphat Res Biol. 2020;18(6):539-48.
106. Network NL. National Lymphedema Network (NLN) Position Paper. Risk Reduction Practices. Screening and measurement for early detection of breast cancer-related lymphedema 2011 2011 [Cited 2022-12-19]. Available from: https://lymphnet.org/.
107. Teo I, Thompson J, Neo YN, Lundie S, Munnoch DA. Lower limb dominance and volume in healthy individuals. Lymphology. 2017;50(4):197-202.
108. Hidding JT, Viehoff PB, Beurskens CH, van Laarhoven HW, Nijhuis-van der Sanden MW, van der Wees PJ. Measurement Properties of Instruments for Measuring of Lymphedema: Systematic Review. Phys Ther. 2016;96(12):1965-81.
109. Lahtinen T, Seppala J, Viren T, Johansson K. Experimental and Analytical Comparisons of Tissue Dielectric Constant (TDC) and Bioimpedance Spectroscopy (BIS) in Assessment of Early Arm Lymphedema in Breast Cancer Patients after Axillary Surgery and Radiotherapy. Lymphat Res Biol. 2015;13(3):176-85.
110. Jönsson C, Bjurberg M, Brogårdh C, Johansson K. Test-Retest Reliability of Volume and Local Tissue Water Measurements in Lower Limbs of Healthy Women and Men. Lymphat Res Biol. 2020;18(3):261-9.
111. Karlsson K, Nilsson-Wikmar L, Brogårdh C, Johansson K. Palpation of Increased Skin and Subcutaneous Thickness, Tissue Dielectric Constant, and Water Displacement Method for Diagnosis of Early Mild Arm Lymphedema. Lymphat Res Biol. 2020;18(3):219-25.
112. Singh B, Disipio T, Peake J, Hayes SC. Systematic Review and Meta-Analysis of the Effects of Exercise for Those With Cancer-Related Lymphedema. Arch Phys Med Rehabil. 2016;97(2):302-15.e13.
113. Stout NL, Baima J, Swisher AK, Winters-Stone KM, Welsh J. A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). Pm r. 2017;9(9s2):S347-s84.
114. Baumann FT, Reike A, Hallek M, Wiskemann J, Reimer V. Does Exercise Have a Preventive Effect on Secondary Lymphedema in Breast Cancer Patients Following Local Treatment? - A Systematic Review. Breast Care (Basel). 2018;13(5):380-5.
115. Hayes SC, Singh B, Reul-Hirche H, Bloomquist K, Johansson K, Jönsson C, et al. The Effect of Exercise for the Prevention and Treatment of Cancer-Related Lymphedema: A Systematic Review with Meta-analysis. Med Sci Sports Exerc. 2022;54(8):1389-99.
116. Morgan PA, Moffat CJ. International consensus on managing lymphoedema. Nurs Times. 2006;102(44):42, 4.
117. Bahtiyarca ZT, Can A, Ekşioğlu E, Çakcı A. The addition of self-lymphatic drainage to compression therapy instead of manual lymphatic drainage in the first phase of complex decongestive therapy for treatment of breast cancer-related lymphedema: A randomized-

Remissversion

controlled, prospective study. Turk J Phys Med Rehabil. 2019;65(4):309-17.
118. McNeely ML, Peddle CJ, Yurick JL, Dayes IS, Mackey JR. Conservative and dietary interventions for cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis. Cancer. 2011;117(6):1136-48.
119. Huang TW, Tseng SH, Lin CC, Bai CH, Chen CS, Hung CS, et al. Effects of manual lymphatic drainage on breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. World J Surg Oncol. 2013;11:15.
120. Liang M, Chen Q, Peng K, Deng L, He L, Hou Y, et al. Manual lymphatic drainage for lymphedema in patients after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2020;99(49):e23192.
121. Shao Y, Qi K, Zhou QH, Zhong DS. Intermittent pneumatic compression pump for breast cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Oncol Res Treat. 2014;37(4):170-4.
122. Szuba A, Achalu R, Rockson SG. Decongestive lymphatic therapy for patients with breast carcinoma-associated lymphedema. A randomized, prospective study of a role for adjunctive intermittent pneumatic compression. Cancer. 2002;95(11):2260-7.
123. Brorson H. Liposuction Normalizes Lymphedema Induced Adipose Tissue Hypertrophy in Elephantiasis of the Leg - A Prospective Study with a Ten-Year Follow-Up. Plastic and reconstructive surgery. 2015;136 4 Suppl:133-4.
124. Brorson H. Complete Reduction of Arm Lymphedema Following Breast Cancer – A Prospective Twenty-One Years' Study. Plastic and Reconstructive Surgery. 2015;136(4S):134-5.
125. Hoffner M, Ohlin K, Svensson B, Manjer J, Hansson E, Troëng T, et al. Liposuction Gives Complete Reduction of Arm Lymphedema following Breast Cancer Treatment-A 5-year Prospective Study in 105 Patients without Recurrence. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2018;6(8):e1912.
126. Brorson H, Hoffner M, Karlsson T. Complete Reduction of Leg Lymphedema in 126 Patients with Liposuction without Recurrence - 20 Years' Follow-up. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022;10(10 Suppl).
127. Zapata-Ospina A, Lopera-Muñetón C, Betancur-Bedoya SP, Ángel-Bustos IC, Vásquez-Montoya MG. Effectiveness of Lymphovenular Anastomosis and Complex Decongestive Therapy for the Treatment of Lymphedema in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. Lymphat Res Biol. 2024;22(5):232-40.
128. Forte AJ, Huayllani MT, Boczar D, Avila FR, Kassis S, Ciudad P, et al. Use of bioimpedance spectroscopy for prospective surveillance and early diagnosis of breast cancer-related lymphedema. Breast Dis. 2021;40(2):85-93.
129. Karlsson K, Johansson K, Nilsson-Wikmar L, Brogårdh C. Tissue Dielectric Constant and Water Displacement Method Can Detect

Remissversion

Changes of Mild Breast Cancer-Related Arm Lymphedema. Lymphat Res Biol. 2022;20(3):325-34.
130. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain. 1976;2(2):175-84.
131. Klernäs P, Johnsson A, Horstmann V, Kristjanson LJ, Johansson K. Lymphedema Quality of Life Inventory (LyQLI)-Development and investigation of validity and reliability. Qual Life Res. 2015;24(2):427-39.
132. Büttner-Teleagă A, Kim YT, Osel T, Richter K. Sleep Disorders in Cancer-A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(21).
133. Palesh O, Aldridge-Gerry A, Zeitzer JM, Koopman C, Neri E, Giese-Davis J, et al. Actigraphy-measured sleep disruption as a predictor of survival among women with advanced breast cancer. Sleep. 2014;37(5):837-42.
134. Innominato PF, Spiegel D, Ulusakarya A, Giacchetti S, Bjarnason GA, Lévi F, et al. Subjective sleep and overall survival in chemotherapy-naïve patients with metastatic colorectal cancer. Sleep Med. 2015;16(3):391-8.
135. Fox RS, Ancoli-Israel S, Roesch SC, Merz EL, Mills SD, Wells KJ, et al. Sleep disturbance and cancer-related fatigue symptom cluster in breast cancer patients undergoing chemotherapy. Support Care Cancer. 2020;28(2):845-55.
136. Han C, Li N, Wang X, Zhuang Z, Cao Q, Wang S. Sleep disorders in cancer: interactions and intrinsic links. Front Oncol. 2025;15:1535442.
137. Werner M, Bäckryd E. Akut och cancerrelaterad smärta : smärtmedicin Vol. 1. Stockholm: Liber; 2019.
138. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. Pain. 1983;17(2):197-210.
139. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2018;29(Suppl 4):iv166-iv91.
140. Leysen L, Beckwée D, Nijs J, Pas R, Bilterys T, Vermeir S, et al. Risk factors of pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2017;25(12):3607-43.
141. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019;17(8):977-1007.
142. Chiu HY, Hsieh YJ, Tsai PS. Systematic review and meta-analysis of acupuncture to reduce cancer-related pain. Eur J Cancer Care (Engl). 2017;26(2).
143. Paley CA, Johnson MI, Tashani OA, Bagnall AM. Acupuncture for cancer pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(10):Cd007753.
144. Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A

Remissversion

Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2022;63(5):e505-e20.
145. Borrelli MR, Shen AH, Lee GK, Momeni A, Longaker MT, Wan DC. Radiation-Induced Skin Fibrosis: Pathogenesis, Current Treatment Options, and Emerging Therapeutics. Ann Plast Surg. 2019;83(4S Suppl 1):S59-s64.
146. Straub JM, New J, Hamilton CD, Lominska C, Shnayder Y, Thomas SM. Radiation-induced fibrosis: mechanisms and implications for therapy. J Cancer Res Clin Oncol. 2015;141(11):1985-94.
147. Redemski T, Hamilton DG, Schuler S, Liang R, Michaleff ZA. Rehabilitation for Women Undergoing Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Early, Unrestricted Exercise Programs on Upper Limb Function. Clin Breast Cancer. 2022;22(7):650-65.
148. Lauridsen MC, Tørsleff KR, Husted H, Erichsen C. Physiotherapy treatment of late symptoms following surgical treatment of breast cancer. Breast (Edinburgh, Scotland). 2000;9(1):45-51.
149. Carvalho AP, Vital FM, Soares BG. Exercise interventions for shoulder dysfunction in patients treated for head and neck cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2012(4):Cd008693.
150. E C, M D, K C, V A, P M, C F, et al. Trismus therapy devices: A systematic review. Oral Oncol. 2022;126:105728.
151. Assy Z, Brand HS. A systematic review of the effects of acupuncture on xerostomia and hyposalivation. BMC Complement Altern Med. 2018;18(1):57.
152. Medicinska fakulteten Lunds universitet. Hitta din aktivitetsbalans. 2024.
153. Wagman P, Håkansson C, Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. Scand J Occup Ther. 2012;19(4):322-7.
154. Law M, McColl MA. Interventions, effects, and outcomes in occupational therapy : adults and older adults. Thorofare, N. J.: SLACK; 2010.
155. Fisher AG. Occupational therapy intervention process model : a model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Fort Collins, Colorado: Three Star Press; 2009.
156. Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D'Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 1. Impact of Physical Activity and Symptom Management Interventions. Am J Occup Ther. 2017;71(2):7102100030p1-p11.
157. Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D'Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 2. Impact of Multidisciplinary Rehabilitation and Psychosocial, Sexuality, and Return-to-Work Interventions. Am J Occup Ther. 2017;71(2):7102100040p1-p8.
158. Wallis A, Meredith P, Stanley M. Cancer care and occupational therapy: A scoping review. Aust Occup Ther J. 2020;67(2):172-94.

Remissversion

159. Dür M, Unger J, Stoffer M, Drăgoi R, Kautzky-Willer A, Fialka-Moser V, et al. Definitions of occupational balance and their coverage by instruments. British Journal of Occupational Therapy. 2015;78(1):4-15.
160. Håkansson C, Ahlborg G, Jr. Occupations, perceived stress, and stress-related disorders among women and men in the public sector in Sweden. Scand J Occup Ther. 2017;24(1):10-7.
161. Håkansson C, Ahlborg G, Jr. Occupational imbalance and the role of perceived stress in predicting stress-related disorders. Scand J Occup Ther. 2018;25(4):278-87.
162. Wagman P, Håkansson C. Exploring occupational balance in adults in Sweden. Scand J Occup Ther. 2014;21(6):415-20.
163. Johansen SH, Wisløff T, Edvardsen E, Kollerud ST, Jensen JSS, Agwu G, et al. Effects of Systemic Anticancer Treatment on Cardiorespiratory Fitness: A Systematic Review and Meta-Analysis. JACC CardioOncol. 2025;7(2):96-106.
164. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvão DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. Med Sci Sports Exerc. 2010;42(7):1409-26.
165. Karvinen KH, DuBose KD, Carney B, Allison RR. Promotion of physical activity among oncologists in the United States. J Support Oncol. 2010;8(1):35-41.
166. Karvinen KH, McGourty S, Parent T, Walker PR. Physical activity promotion among oncology nurses. Cancer Nurs. 2012;35(3):E41-8.
167. Rock CL, Thomson CA, Sullivan KR, Howe CL, Kushi LH, Caan BJ, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. CA Cancer J Clin. 2022;72(3):230-62.
168. Luo H, Galvão DA, Newton RU, Lopez P, Tang C, Fairman CM, et al. Exercise Medicine in the Management of Pancreatic Cancer: A Systematic Review. Pancreas. 2021;50(3):280-92.
169. Lynch PT, Horani S, Lee R, Sumer BD, Lee SC, Mayo HG, et al. Effectiveness of physical activity interventions in improving objective and patient-reported outcomes in head and neck cancer survivors: A systematic review. Oral Oncol. 2021;117:105253.
170. Ficarra S, Kang DW, Wilson RL, Gonzalo-Encabo P, Christopher CN, Normann AJ, et al. Exercise medicine for individuals diagnosed with Lung Cancer: A systematic review and meta-analysis of health outcomes. Lung Cancer. 2025;201:108413.
171. Toohey K, Chapman M, Rushby AM, Urban K, Ingham G, Singh B. The effects of physical exercise in the palliative care phase for people with advanced cancer: a systematic review with meta-analysis. J Cancer Surviv. 2023;17(2):399-415.
172. Pérez IMM, Pérez SEM, García RP, Lupgens DZ, Martínez GB, González CR, et al. Exercise-based rehabilitation on functionality and quality of life in head and neck cancer survivors. A systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2023;13(1):8523.

Remiss version

173. Weller S, Hart NH, Bolam KA, Mansfield S, Santa Mina D, Winters-Stone KM, et al. Exercise for individuals with bone metastases: A systematic review. Crit Rev Oncol Hematol. 2021;166:103433.
174. Courneya KS, Vardy JL, O'Callaghan CJ, Gill S, Friedenreich CM, Wong RKS, et al. Structured Exercise after Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer. N Engl J Med. 2025;393(1):13-25.
175. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100(2):126-31.
176. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British journal of sports medicine. 2020;54(24):1451-62.
177. Ylva, Dohrn I-M, Jansson E, Börjesson M, Hagströmer M. FYSS 2021 : fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling [Malmö]: Inläst för Myndigheten för tillgängliga medier; 2022 [20251124]. Available from: https://efyss.se/
178. Bjørke ACH, Sweegers MG, Buffart LM, Raastad T, Nygren P, Berntsen S. Which exercise prescriptions optimize VO(2) max during cancer treatment?-A systematic review and meta-analysis. Scand J Med Sci Sports. 2019;29(9):1274-87.
179. Wallen MP, Hennessy D, Brown S, Evans L, Rawstorn JC, Wong Shee A, et al. High-intensity interval training improves cardiorespiratory fitness in cancer patients and survivors: A meta-analysis. Eur J Cancer Care (Engl). 2020;29(4):e13267.
180. Swain CTV, Nguyen NH, Eagles T, Vallance JK, Boyle T, Lahart IM, et al. Postdiagnosis sedentary behavior and health outcomes in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Cancer. 2020;126(4):861-9.
181. Strongman H, Gadd S, Matthews A, Mansfield KE, Stanway S, Lyon AR, et al. Medium and long-term risks of specific cardiovascular diseases in survivors of 20 adult cancers: a population-based cohort study using multiple linked UK electronic health records databases. Lancet. 2019;394(10203):1041-54.
182. Kang DW, Wilson RL, Christopher CN, Normann AJ, Barnes O, Lesansee JD, et al. Exercise Cardio-Oncology: Exercise as a Potential Therapeutic Modality in the Management of Anthracycline-Induced Cardiotoxicity. Front Cardiovasc Med. 2021;8:805735.
183. Zhang D, Xiong X, Ding H, He X, Li H, Yao Y, et al. Effectiveness of exercise-based interventions in preventing cancer therapy-related cardiac dysfunction in patients with breast cancer: A systematic review and network meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2025;163:104997.
184. Scherpenhuizen A, van Waes AM, Janssen LM, Van Cann EM, Stegeman I. The effect of exercise therapy in head and neck cancer patients in the treatment of radiotherapy-induced trismus: A systematic review. Oral Oncol. 2015;51(8):745-50.
185. Campbell KL, Winters-Stone KM, Wiskemann J, May AM, Schwartz AL, Courneya KS, et al. Exercise Guidelines for Cancer Survivors:

Remissversion

Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. Med Sci Sports Exerc. 2019;51(11):2375-90.
186. Mazzoni AS, Carlsson M, Berntsen S, Nordin K, Demmelmaier I. "Finding my own motivation" - A Mixed Methods Study of Exercise and Behaviour Change Support During Oncological Treatment. Int J Behav Med. 2019;26(5):499-511.
187. JK VANV, Sweegers MG, Peeters PHM, Courneya KS, Newton RU, Aaronson NK, et al. Moderators of Exercise Effects on Cancer-related Fatigue: A Meta-analysis of Individual Patient Data. Med Sci Sports Exerc. 2020;52(2):303-14.
188. Reverte-Pagola G, Sánchez-Trigo H, Saxton J, Sañudo B. Supervised and Non-Supervised Exercise Programs for the Management of Cancer-Related Fatigue in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cancers (Basel). 2022;14(14).
189. Sweegers MG, Altenburg TM, Chinapaw MJ, Kalter J, Verdonck-de Leeuw IM, Courneya KS, et al. Which exercise prescriptions improve quality of life and physical function in patients with cancer during and following treatment? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. British journal of sports medicine. 2018;52(8):505-13.
190. Singh B, Hayes SC, Spence RR, Steele ML, Millet GY, Gergele L. Exercise and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of exercise safety, feasibility and effectiveness. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020;17(1):122.
191. Singh B, Spence R, Steele ML, Hayes S, Toohey K. Exercise for Individuals With Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Adverse Events, Feasibility, and Effectiveness. Semin Oncol Nurs. 2020;36(5):151076.
192. Thomsen SN, Lahart IM, Thomsen LM, Fridh MK, Larsen A, Mau-Sørensen M, et al. Harms of exercise training in patients with cancer undergoing systemic treatment: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished controlled trials. EClinicalMedicine. 2023;59:101937.
193. Henriksson A, Johansson B, Radu C, Berntsen S, Igelström H, Nordin K. Is it safe to exercise during oncological treatment? A study of adverse events during endurance and resistance training - data from the Phys-Can study. Acta oncologica (Stockholm, Sweden). 2021;60(1):96-105.
194. Hasenoehrl T, Palma S, Ramazanova D, Kölbl H, Dorner TE, Keilani M, et al. Resistance exercise and breast cancer-related lymphedema-a systematic review update and meta-analysis. Support Care Cancer. 2020;28(8):3593-603.
195. Brown JC, John GM, Segal S, Chu CS, Schmitz KH. Physical activity and lower limb lymphedema among uterine cancer survivors. Med Sci Sports Exerc. 2013;45(11):2091-7.
196. Brown JC, Lin LL, Segal S, Chu CS, Haggerty AE, Ko EM, et al. Physical activity, daily walking, and lower limb lymphedema associate

Remissversion

with physical function among uterine cancer survivors. Support Care Cancer. 2014;22(11):3017-25.
197. Wang L, Liu Y, Zhang W, Wang Y, Zhai Z, Cheng H, et al. Effects of resistance training on breast cancer-related arm lymphedema: a systematic review and dose-response meta-analysis. Support Care Cancer. 2025;33(5):395.
198. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, Yarom N, Hong C, Logan RM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer. 2020;126(19):4423-31.
199. Svanberg A, Ohrn K, Birgegård G. Five-year follow-up of survival and relapse in patients who received cryotherapy during high-dose chemotherapy for stem cell transplantation shows no safety concerns. Eur J Cancer Care (Engl). 2012;21(6):822-8.
200. Vigarios E, Epstein JB, Sibaud V. Oral mucosal changes induced by anticancer targeted therapies and immune checkpoint inhibitors. Support Care Cancer. 2017;25(5):1713-39.
201. Elad S, Yarom N, Zadik Y, Kuten-Shorrer M, Sonis ST. The broadening scope of oral mucositis and oral ulcerative mucosal toxicities of anticancer therapies. CA Cancer J Clin. 2022;72(1):57-77.
202. Mazzetti T, Sergio da Silva Santos P, Spindola Antunes H, Fernandes Montagner A, Hélène van de Sande F, Timm Maske T. Required time for pre-oncological dental management - A rapid review of the literature. Oral Oncol. 2022;134:106116.
203. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021;40(5):2898-913.
204. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines(☆). ESMO Open. 2021;6(3):100092.
205. Bozzetti F. Forcing the vicious circle: sarcopenia increases toxicity, decreases response to chemotherapy and worsens with chemotherapy. Ann Oncol. 2017;28(9):2107-18.
206. Daly LE, Prado CM, Ryan AM. A window beneath the skin: how computed tomography assessment of body composition can assist in the identification of hidden wasting conditions in oncology that profoundly impact outcomes. Proc Nutr Soc. 2018;77(2):135-51.
207. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. Clin Nutr. 2017;36(5):1187-96.
208. Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.
209. Rasmusson E-M, Thomé, B. . Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. In Sexuality and Disability. 26(4): Lund University Publications 2008. p. 207-18

Remissversion

210. Rasmusson EM, Plantin L, Elmerstig E. 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. Eur J Cancer Care (Engl). 2013;22(3):361-9.
211. Schover LR. Sexual quality of life in men and women after cancer. Climacteric. 2019;22(6):553-7.
212. Sousa Rodrigues Guedes T, Barbosa Otoni Gonçalves Guedes M, de Castro Santana R, Costa da Silva JF, Almeida Gomes Dantas A, Ochandorena-Acha M, et al. Sexual Dysfunction in Women with Cancer: A Systematic Review of Longitudinal Studies. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(19).
213. Sobecki JN, Curlin FA, Rasinski KA, Lindau ST. What we don't talk about when we don't talk about sex: results of a national survey of U.S. obstetrician/gynecologists. J Sex Med. 2012;9(5):1285-94.
214. Wray A, Ussher JM, Perz J. Constructions and experiences of sexual health among young, heterosexual, unmarried Muslim women immigrants in Australia. Cult Health Sex. 2014;16(1):76-89.
215. Röndahl G. Homosexuella patienter och deras närståendes upplevelser i vården. 2005.
216. Stroberg P, Ljunggren C, Sherif A. Sustainable long-term results on postoperative sexual activity after radical prostatectomy when a clinical sexologist is included in the sexual rehabilitation process. A retrospective study on 7 years postoperative outcome. Cent European J Urol. 2020;73(4):551-7.
217. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. Journal of Sex Education and Therapy. 1976;2(1):1-15.
218. de Almeida NG, Knobf TM, de Oliveira MR, Salvetti MG, Oriá MOB, Fialho AVM. A Pilot Intervention Study to Improve Sexuality Outcomes in Breast Cancer Survivors. Asia Pac J Oncol Nurs. 2020;7(2):161-6.
219. Bodin M, Holmström C, Plantin L, Schmidt L, Ziebe S, Elmerstig E. Preconditions to parenthood: changes over time and generations. Reprod Biomed Soc Online. 2021;13:14-23.
220. Carter J, Chi DS, Brown CL, Abu-Rustum NR, Sonoda Y, Aghajanian C, et al. Cancer-related infertility in survivorship. Int J Gynecol Cancer. 2010;20(1):2-8.
221. Liu Q, Andersson TM, Jöud A, Shen Q, Schelin ME, Magnusson PK, et al. Cardiovascular Diseases And Psychiatric Disorders During The Diagnostic Workup Of Suspected Hematological Malignancy. Clin Epidemiol. 2019;11:1025-34.
222. Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdottir U, et al. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. JAMA Oncol. 2016;2(9):1188-96.
223. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. BMC Cancer. 2019;19(1):943.

Remissversion

224. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. Med Clin North Am. 2017;101(6):1099-113.
225. Caruso R, GiuliaNanni M, Riba MB, Sabato S, Grassi L. Depressive Spectrum Disorders in Cancer: Diagnostic Issues and Intervention. A Critical Review. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(6):33.
226. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. Psychological medicine. 2010;40(11):1797-810.
227. Steel JL, Geller DA, Gamblin TC, Olek MC, Carr BI. Depression, immunity, and survival in patients with hepatobiliary carcinoma. J Clin Oncol. 2007;25(17):2397-405.
228. Vodermaier A, Linden W, Rnic K, Young SN, Ng A, Ditsch N, et al. Prospective associations of depression with survival: a population-based cohort study in patients with newly diagnosed breast cancer. Breast cancer research and treatment. 2014;143(2):373-84.
229. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med. 2000;160(14):2101-7.
230. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. JAMA Psychiatry. 2019;76(1):51-60.
231. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. Nat Commun. 2019;10(1):207.
232. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. N Engl J Med. 2012;366(14):1310-8.
233. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59.
234. Lindh Å U, Beckman K, Carlborg A, Waern M, Salander Renberg E, Dahlin M, et al. Predicting suicide: A comparison between clinical suicide risk assessment and the Suicide Intent Scale. J Affect Disord. 2020;263:445-9.
235. Chiang YC, Couper J, Chen JW, Lin KJ, Wu HP. Predictive value of the Distress Thermometer score for risk of suicide in patients with cancer. Support Care Cancer. 2022;30(6):5047-53.
236. Butow P, Sharpe L, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Beith J. Fear of Cancer Recurrence: A Practical Guide for Clinicians. Oncology (Williston Park). 2018;32(1):32-8.
237. Sureau C. [Contradiction isn't unreasonableness]. Acquis Med Recent. 1981;198:173-8.
238. De Padova S, Grassi L, Vagheggini A, Belvederi Murri M, Folesani F, Rossi L, et al. Post-traumatic stress symptoms in long-term disease-free cancer survivors and their family caregivers. Cancer Med. 2021;10(12):3974-85.
239. Lalos A. Socialt arbete i hälso- och sjukvård [Elektronisk resurs] villkor, innehåll och utmaningar. Johanneshov: MTM; 2014.

Remissversion

240. Lundin A, Benkel I, Neergaard Gd, Johansson B-M, Öhrling C, Kockum Lybeck C. Kurator inom hälso- och sjukvård. [Malmö]: Inläst för Myndigheten för tillgängliga medier, MTM; 2021.
241. Isaksson J, Lilliehorn S, Salander P. Cancer patients' motives for psychosocial consultation-Oncology social workers' perceptions of 226 patient cases. Psychooncology. 2018;27(4):1180-4.
242. Tranberg M, Andersson M, Nilbert M, Rasmussen BH. Co-afflicted but invisible: A qualitative study of perceptions among informal caregivers in cancer care. J Health Psychol. 2021;26(11):1850-9.
243. Universitet L. Living with cancer - Impact on cancer patient and partner: 2011 [Cited 2022-12-21]. Available from: https://www.lu.se/lup/publication/701ac40f-b0e3-41e7-90c6-0f82086bb17f.
244. Isaksson J, Lilliehorn S, Salander P. Next of kin's motives for psychosocial consultation-Oncology social workers' perceptions of 54 next of kin cases. Psychooncology. 2019;28(1):154-9.
245. Kunskapsguiden. Kunskapsguiden. Hälso- och sjukvården - barn som anhöriga [Cited 2022-12-21]. Available from: https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/halso-och-sjukvarden/.
246. Kunskapsbanken. Palliativ vård: ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Stockholm: Liber. 2022 [Cited 2022-12-21]. Available from: https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-vard/vardprogram/psykosocialt-stod/.
247. Socialstyrelsen. Cancerrehabilitering (socialstyrelsen.se) [Cited 2022-12-20]. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-5-7936.pdf.
248. Dalton L, Rapa E, Ziebland S, Rochat T, Kelly B, Hanington L, et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of a life-threatening condition in their parent. Lancet. 2019;393(10176):1164-76.
249. Benkel I, Molander U, Wijk H. Palliativ vård : ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Stockholm: Liber; 2016.
250. Riksdag S. Socialtjänstlagen (2001:453) 2001 [Cited 2022-12-21]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
251. Försäkringskassan. Försäkringsmedicin [Cited 2026-01-28]. Available from: https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/forsakringsmedicin.
252. Försäkringskassan. Arbetslivsinriktad rehabilitering [2022-12-20]. Available from: https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/sjukdom-och-skada/arbetslivsinriktad-rehabilitering.
253. Lilliehorn S, Hamberg K, Kero A, Salander P. Meaning of work and the returning process after breast cancer: a longitudinal study of 56 women. Scand J Caring Sci. 2013;27(2):267-74.

REMISSVERSION

254. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. Occup Environ Med. 2010;67(9):639-48.
255. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. Eur J Cancer Care (Engl). 2007;16(1):17-25.
256. Willard HS, Spackman CS, Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Willard & Spackman's occupational therapy. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
257. Sand L, Strang P. När döden utmanar livet : om existentiell kris och coping i palliativ vård. [Stockholm]: Natur & Kultur; 2019.
258. Rattner M. Increasing our understanding of nonphysical suffering within palliative care: A scoping review. Palliat Support Care. 2022;20(3):417-32.
259. Hvidt NC, Mikkelsen TB, Zwisler AD, Tofte JB, Assing Hvidt E. Spiritual, religious, and existential concerns of cancer survivors in a secular country with focus on age, gender, and emotional challenges. Support Care Cancer. 2019;27(12):4713-21.
260. Sjöberg M, Beck I, Rasmussen BH, Edberg AK. Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. Aging Ment Health. 2018;22(10):1357-64.
261. Vehling S, Philipp R. Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship. Curr Opin Support Palliat Care. 2018;12(1):46-51.
262. Dahlberg K. Läkande samtal [Elektronisk resurs]. Malmö: MTM; 2021.
263. trossamfund Mfst. Myndigheten för stöd till trossamfund. Andlig vård i sjukvården idag 2021 [Cited 2022-12-20]. Available from: https://www.myndighetensst.se/andlig-vard/andlig-vard-i-sjukvarden-idag.html.
264. Sand L, Strang P. När döden utmanar livet : om existentiell kris och coping i palliativ vård. Stockholm: Natur & kultur; 2013.
265. Molassiotis A, Fernández-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Ann Oncol. 2005;16(4):655-63.
266. Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Hok Nordberg J. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. BMC Complement Altern Med. 2019;19(1):62.
267. Wode K, Sharp L, Fransson P, Nordberg JH. Communication About Complementary and Alternative Medicine When Patients Decline Conventional Cancer Treatment: Patients' and Physicians' Experiences. The oncologist. 2023;28(9):e774-e83.
268. ASCO. ASCO Clinical Practice Guidelines 2025 [Cited 2026-01-28]. Available from: https://ascopubs.org/guidelines.
269. Faria M, Teixeira M, Pinto MJ, Sargento P. Efficacy of acupuncture on cancer pain: A systematic review and meta-analysis. J Integr Med. 2024;22(3):235-44.

Remissversion

270. Zhang XW, Hou WB, Pu FL, Wang XF, Wang YR, Yang M, et al. Acupuncture for cancer-related conditions: An overview of systematic reviews. Phytomedicine. 2022;106:154430.
271. Messer S, Oeser A, Wagner C, Wender A, Cryns N, Scherer RW, et al. Yoga for fatigue in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2025;5(5):Cd015520.
272. Bower JE, Lacchetti C, Alici Y, Barton DL, Bruner D, Canin BE, et al. Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: ASCO-Society for Integrative Oncology Guideline Update. J Clin Oncol. 2024;42(20):2456-87.
273. Carlson LE, Ismaila N, Addington EL, Asher GN, Atreya C, Balneaves LG, et al. Integrative Oncology Care of Symptoms of Anxiety and Depression in Adults With Cancer: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2023;41(28):4562-91.
274. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. CA Cancer J Clin. 2017;67(3):194-232.
275. Mao JJ, Ismaila N, Bao T, Barton D, Ben-Arye E, Garland EL, et al. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2022;40(34):3998-4024.
276. Rogge AA, Baur I, Blettner G, Holtkamp U, Horneber M, Jahn P, et al. Defining Criteria for Guiding Cancer Patients to Find a Reputable Complementary Medicine Provider: Results of a Literature Review and a Consensus Procedure. Patient Prefer Adherence. 2020;14:747-55.
277. Witt CM, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Fouladbakhsh JM, et al. Education Competencies for Integrative Oncology-Results of a Systematic Review and an International and Interprofessional Consensus Procedure. J Cancer Educ. 2022;37(3):499-507.
278. Hietala M, Henningson M, Ingvar C, Jönsson PE, Rose C, Jernström H. Natural remedy use in a prospective cohort of breast cancer patients in southern Sweden. Acta oncologica (Stockholm, Sweden). 2011;50(1):134-43.
279. Lövgren M, Wilde-Larsson B, Hök J, Leveälahti H, Tishelman C. Push or pull? Relationships between lung cancer patients' perceptions of quality of care and use of complementary and alternative medicine. Eur J Oncol Nurs. 2011;15(4):311-7.
280. Braun IM, Bohlke K, Abrams DI, Anderson H, Balneaves LG, Bar-Sela G, et al. Cannabis and Cannabinoids in Adults With Cancer: ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2024;42(13):1575-93.

Remissversion

BILAGA 1

Insatstabell

Remiss version

Tabell 1. Exempel på insatser på de olika nivåerna i relation till cancervårdförloppet. Vissa av insatserna kan ges med digitala stöd.

Tidpunkter i cancervårdförloppet	Grundläggande insatser	Särskilda insatser	Avancerade insatser
Vid misstanke om cancer och under utredning (SVF).	Individanpassad information Stöd samt råd om hantering av ovisshet Kontaktuppgifter dit patienten kan vända sig Kartläggning av socialt nätverk Inbjudan till närstående vid läkarbesök		Samordning när det finns faktorer som kan försvåra vid en cancerutredning, t.ex. samsjuklighet eller hemlöshet

Tidpunkter i cancervårdförloppet	Grundläggande insatser	Särskilda insatser	Avancerade insatser
Vid diagnosbesked och inför eventuell cancerbehandling	Individanpassad information om diagnos och behandling (inkl. ev. behandlingsalternativ samt konsekvenser av behandling) Kontaktsjuksköterska Min vårdplan Bemötande och validering av känslor och reaktioner Krisstöd Inkludering av närstående om patienten ger sitt medgivande Kartläggning av ohälsosamma levnadsvanor Enkla råd om levnadsvanor Egenvårdsråd Bedömning av risk för undernäring Bedömning av risk för ångest, depression och suicid Kartläggning och bedömning av rehabiliteringsbehov Bedömning av sjukskrivningsbehov Aktiv överlämning	Kontakt med kurator eller psykolog för fördjupat krisstöd Uppföljning av minderåriga barns situation Fördjupad bedömning av levnadsvanor Rådgivande samtal och ev. kvalificerad rådgivning om levnadsvanor Kontakt med dietist vid undernäring eller risk för det. Prehabiliteringsinsatser Rehabiliteringsplan	Teaminsatser Samverkan mellan professioner, enheter och huvudmän

Remissversion

Tidpunkter i cancervårdförloppet	Grundläggande insatser	Särskilda insatser	Avancerade insatser
Under cancerbehandling	Individanpassad information Stöd i hantering av situationen Kartläggning och bedömning av rehabiliteringsbehov Uppdatering av Min vårdplan Rådgivning Uppföljning av råd om levnadsvanor Råd om sex och cancer Bedömning av risk för ångest, depression och suicid Bedömning av sjukskrivningsbehov Information om aktörer i civilsamhället	Fördjupad bedömning, stöd och råd Rehabiliteringsinsatser av • fysioterapeut • dietist • kurator • arbetsterapeut • psykolog • aktuell kompetens/profession vid olika cancerdiagnoser och behov (t.ex. logoped, lymfterapeut, uroterapeut, stomiterapeut, sexolog, tandvårdsprofession) Gruppinterventioner Stöd till närstående Hjälpmedel Stöd i att upprätthålla eller återgå till arbete och fritidsaktiviteter Rehabiliteringsplan	Teaminsatser Samverkan mellan professioner, enheter och huvudmän. Rehabiliteringskoordinering

Tidpunkter i cancervårdförloppet	Grundläggande insatser	Särskilda insatser	Avancerade insatser
Vid övergång från behandlingsfas till uppföljningsfas eller paus i behandling vid kronisk cancer	Individanpassad information Normalisering av tankar och känslor vid övergång Behandlingssammanfattning Information om ev. restriktioner Information om vart patienten kan vända sig om problem uppstår Information om uppföljningen Information om möjliga seneffekter/biverkningar på kort och lång sikt Kartläggning och bedömning av rehabiliteringsbehov Diskussion om fortsatt sjukskrivning alternativt återgång i arbetet Strategier för att hantera återfallsoro Råd om levnadsvanor Egenvårdsråd Bedömning av risk för ångest, depression och suicid Information om aktörer i civilsamhället.	Remiss till rehabiliteringsprofession Rehabiliteringsplan	Teaminsatser Samverkan mellan professioner, enheter och huvudmän Rehabiliteringskoordinering

Remissversion

Tidpunkter i cancervårdförloppet	Grundläggande insatser	Särskilda insatser	Avancerade insatser
Efter avslutad behandling (uppföljningsfasen)	Individanpassad information Kartläggning och bedömning av rehabiliteringsbehov Råd om hälsofrämjande aktiviteter, levnadsvanor och egenvård Råd om sexuell hälsa vid cancer Råd om strategier för att hantera sin nya situation Information om aktörer i civilsamhället Bedömning av risk för ångest, depression och suicid	Remiss till rehabiliteringsprofession Gruppinterventioner Hjälpmedel eller översyn av tillgänglighet i bostaden Rehabiliteringsplan	Teaminsatser Samverkan mellan professioner, enheter och huvudmän Rehabiliteringskoordinering
Vid kronisk cancer	Råd om hälsofrämjande aktiviteter, levnadsvanor och egenvård Kartläggning och bedömning av rehabiliteringsbehov Råd om sexuell hälsa vid cancer Råd om strategier för att hantera ny livssituation Information om aktörer i civilsamhället Bedömning av risk för ångest, depression och suicid	Remiss till rehabiliteringsprofession Gruppinterventioner Rehabiliteringsplan	Teaminsatser Samverkan mellan professioner, enheter och huvudmän Rehabiliteringskoordinering

Remiss

Tidpunkter i cancervårdförloppet	Grundläggande insatser	Särskilda insatser	Avancerade insatser
Vid vård I livets slutskede.	Fysiskt, psykiskt , existentiellt och socialt stöd till patienten och närstående	Hjälpmedel eller översyn av tillgänglighet i bostaden Insatser från rehabiliteringsprofessioner Stöd för att bibehålla funktioner så långt det är möjligt	Teaminsatser Samverkan mellan professioner, enheter och huvudmän

Remissversion

Remissversion

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se