

# Cancer- rehabilitering

Nationellt vårdprogram

2019-02-05 Version: 2.0

## Versionshantering

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

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2019-02-05.

Beslut om implementering tas i respektive region/landsting i enlighet med överenskomna rutiner.

Ansvarigt Regionalt cancercentrum: Regionalt cancercentrum Syd  
Nationellt vårdprogram Cancerrehabilitering  
Februari 2019

# Innehållsförteckning

<b>Kapitel 1</b> .....	<b>6</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
<b>Kapitel 2</b> .....	<b>7</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>7</b>
2.1 Vårdprogrammets giltighetsområde .....	7
2.2 Förändringar jämfört med tidigare version .....	7
<b>Kapitel 3</b> .....	<b>9</b>
<b>Mål med vårdprogrammet</b> .....	<b>9</b>
<b>Kapitel 4</b> .....	<b>10</b>
<b>Definitioner</b> .....	<b>10</b>
<b>Kapitel 5</b> .....	<b>11</b>
<b>Strukturerad bedömning, diagnostik och Min vårdplan</b> .....	<b>11</b>
5.1 Ansvar .....	11
5.2 Kartläggning och dokumentation .....	11
5.3 Individanpassad information, dialog och samråd .....	12
<b>Kapitel 6</b> .....	<b>14</b>
<b>Nivåstruktur och teamarbete</b> .....	<b>14</b>
6.1 Kommunikation mellan vårdgivare .....	14
6.2 Fram till cancerdiagnos .....	15
6.3 Fast vårdkontakt .....	15
6.4 Kontaktsjuksköterska .....	16
6.5 Kurator .....	17
6.6 Patientens cancerbehandlande team .....	17
6.7 Grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov .....	18
6.8 Externa vårdgivare .....	19
6.9 Cancerrehabilitering i primärvården .....	19
6.10 Cancerrehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård .....	20
<b>Kapitel 7</b> .....	<b>21</b>
<b>Symtomlindring</b> .....	<b>21</b>
7.1 Kartläggning och information .....	21
7.2 Biverkningar av strålbehandling .....	21
7.3 Biverkningar av medicinsk cancerbehandling .....	22
7.4 Dyspné (andnöd) .....	22
7.5 Fatigue .....	23
7.6 Hårfall .....	23
7.7 Illamående .....	24
7.8 Lymfödem .....	24
7.8.1 Bakgrund och orsaker .....	24
7.8.2 Diagnostik .....	25

7.8.3	Behandling.....	25
7.8.4	Tilläggsbehandlingar .....	26
7.8.5	Uppföljning och utvärdering.....	27
7.9	Mun- och tandhälsa.....	27
7.10	Smärta .....	28
7.10.1	Smärta vid behandlingsrelaterad neuropati .....	29
7.11	Tarmproblem.....	29
<b>Kapitel 8</b>	<b>.....</b>	<b>31</b>
<b>Hälsoaspekter och egenvård</b>	<b>.....</b>	<b>31</b>
8.1	Tobak.....	31
8.2	Alkohol.....	32
8.3	Egenvård .....	33
8.3.1	Näring och fysisk aktivitet .....	33
8.4	Patientföreningarna.....	33
8.5	Komplementär och alternativ medicin .....	34
<b>Kapitel 9</b>	<b>.....</b>	<b>35</b>
<b>Prehabilitering</b>	<b>.....</b>	<b>35</b>
<b>Kapitel 10</b>	<b>.....</b>	<b>36</b>
<b>Fysisk aktivitet och träning</b>	<b>.....</b>	<b>36</b>
<b>Kapitel 11</b>	<b>.....</b>	<b>38</b>
<b>Nutrition</b>	<b>.....</b>	<b>38</b>
<b>Kapitel 12</b>	<b>.....</b>	<b>40</b>
<b>Aktivitetsbalans och aktiviteter i det dagliga livet</b>	<b>.....</b>	<b>40</b>
<b>Kapitel 13</b>	<b>.....</b>	<b>42</b>
<b>Sexuell hälsa och fertilitet</b>	<b>.....</b>	<b>42</b>
13.1	Sexuell hälsa.....	42
13.2	Fertilitet.....	43
<b>Kapitel 14</b>	<b>.....</b>	<b>44</b>
<b>Sociala aspekter</b>	<b>.....</b>	<b>44</b>
14.1	Kartläggning.....	44
14.2	Försäkringsmedicin.....	44
14.3	Närstående .....	45
14.4	Barn som anhöriga.....	46
<b>Kapitel 15</b>	<b>.....</b>	<b>47</b>
<b>Existentiella, psykologiska och psykiatriska aspekter</b>	<b>.....</b>	<b>47</b>
15.1	Grundläggande stöd och bedömning av riskfaktorer .....	47
15.2	Existentiella frågor .....	48
15.3	Stressrelaterade symtom och anpassning.....	48
15.4	Ångest.....	49
15.5	Depression.....	49
15.6	Personlighetsstörning.....	50
15.7	Kognitiv funktionsnedsättning.....	50
15.8	Konfusion.....	51
15.9	Demens .....	51

<b>Kapitel 16</b> .....	<b>52</b>
<b>Långvariga eller sena komplikationer till cancerbehandling</b> .....	<b>52</b>
16.1 Bedömning och självrapportering av komplikationer.....	52
16.2 Under uppföljning efter avslutad cancerbehandling.....	53
16.3 Efter avslutad uppföljning för cancerbehandling.....	53
16.4 Konsekvenser för patientens livssituation.....	54
16.5 Långtidsuppföljning av patienter som behandlats för cancer i barnåren .....	54
<b>Kapitel 17</b> .....	<b>55</b>
<b>Kvalitetsindikatorer</b> .....	<b>55</b>
<b>Kapitel 18</b> .....	<b>57</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>57</b>
<b>Kapitel 19</b> .....	<b>70</b>
<b>Vårdprogramgruppens sammansättning</b> .....	<b>70</b>
19.1 Vårdprogramgruppens medlemmar januari 2019 .....	70
19.2 Jäv och andra bindningar .....	71
19.3 Vårdprogrammets förankring.....	71

## KAPITEL 1

# Sammanfattning

Alla patienter med cancer bör erbjudas cancerrehabilitering under hela vårdprocessen.

Patientens situation och behov av cancerrehabilitering bör kartläggas i samråd med patienten i enlighet med rutiner fastställda av verksamhetschefen. Patienten ska inte själv behöva ta ansvar för denna bedömning och efterfråga adekvata insatser. Det är inte heller möjligt att patienten kartlägger sina behov genom att möta företrädare för alla de professioner som är aktuella inom cancerrehabilitering. Patienten, läkaren och kontaktsjuksköterskan bör samråda och utarbeta Min vårdplan där cancerrehabiliteringsplanen utgör en viktig del. I enlighet med nationella vårdprogram och regionala tillämpningar bör fler professioner ingå i teamet och bidra på ett strukturerat sätt.

Vårdgivarens ansvar innebär att ansvarsfördelningen mellan förvaltningar och de involverade verksamhetsområdena måste beskrivas i varje landsting/region.

Alla patienters behov ska bedömas och nödvändiga insatser utan dröjsmål erbjudas och följas upp. Varje medarbetare ansvarar för att insatserna utförs i enlighet med senaste vetenskapliga evidens. I några fall är det vetenskapliga underlaget inom detta fält bristfälligt, vilket motiverar uppföljning och sammanställning av erfarenheter och resultat på ett sätt som medger vetenskaplig granskning och publicering.

## KAPITEL 2

# Inledning

### 2.1 Vårdprogrammets giltighetsområde

Vårdprogrammet tydliggör de aspekter som ska implementeras (lagstiftning m.m.) och de som bör bli föremål för lokal och regional tillämpning och implementering.

En ambition med detta vårdprogram är att samla sådana ämnesområden som har giltighet för de flesta cancerdiagnoser, medan sådant som är specifikt för en enskild cancerdiagnos ska gå att finna i tumörspecifika vårdprogram. Därmed ges förutsättningar för att de tumörspecifika vårdprogrammen ska kunna göras mer kortfattade och att cancerrehabiliteringen blir mer jämlik. Cancerrehabilitering i palliativ vård belyses även i Nationellt vårdprogram för palliativ vård.

Kapitlet 7.8 Lymfödem har karaktären av ett kunskapsunderlag. Ett separat dokument planeras till Nationellt vårdprogram (NVP) för Cancerrehabilitering 2021.

Vårdprogrammet omfattar inte cancerrehabilitering för patienter under 18 år.

Vårdprogrammet är utarbetat av den nationella arbetsgruppen och fastställt av Regionala cancercentrum i samverkan den 5 februari 2019. Beslut om implementering fattas i respektive region/landsting i enlighet med överenskomna rutiner. Ansvarigt regionalt cancercentrum är Regionalt cancercentrum Syd.

### 2.2 Förändringar jämfört med tidigare version

- Prehabilitering har tillkommit som ett helt nytt kapitel.
- De avsnitt som berör omvårdnad har integrerats i texten och uppdaterats.
- Rekommendationen om kylmössor har ändrats.
- Ett avsnitt som berör rehabilitering vid långvariga eller sent uppkomna resttillstånd efter avslutad cancerbehandling har lagts till.
- Kapitelindelningen har justerats på några ställen och referenslistan har uppdaterats.

### 2.3 Evidensgradering

Vårdprogrammet använder evidensgraderingssystemet GRADE. I många fall saknas vetenskapliga studier till stöd för givna rekommendationer. Detta framgår av texten.

GRADE innebär att styrkan i rekommendationerna graderas enligt följande:

Starkt vetenskapligt underlag (++++)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.



Begränsat vetenskapligt underlag (++)

Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (+)

När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet är motsägande anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Läs mer om systemet här:

[http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUshandbok\\_Kapitel10.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUshandbok_Kapitel10.pdf)



## KAPITEL 3

# Mål med vårdprogrammet

### Rekommendationer

Alla regionala cancercentrum, landsting/regioner och verksamhetsområden med cancervård i sitt uppdrag bör upprätta egna tillämpningar utifrån rekommendationerna i Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering 2019.

Det nationella vårdprogrammet innehåller en rad aspekter som behöver anpassas och förankras regionalt och lokalt. Rekommendationerna utgör vårdprogramgruppens uppfattning mot bakgrund av vetenskaplig evidens och samlad svensk erfarenhet.

Det behövs nationell samordning i vissa frågor för att patientens cancerrehabilitering ska bli jämlik i landet och mellan de olika cancerdiagnoserna, men vårdprogramgruppen tar inte ställning till hur detta mål ska uppnås.

Målet är att medarbetare i cancervård och patientföreträdare med detta vårdprogram tillsammans ska kunna agera för bättre cancerrehabilitering. Den bör i enlighet med gällande lagstiftning prioriteras lika högt som den direkta cancervården: ”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” [1].

Patienten kan behöva rehabilitering efter avslutad cancerbehandling, och behov kan även uppstå eller förvärras efter avslutad behandling. Även här behövs riktlinjer för strukturerad uppföljning och omhändertagande.



## KAPITEL 4

# Definitioner

Det finns internationellt inte någon vedertagen definition av cancerrehabilitering. Nordic Cancer Union (NCU) är en sammanslutning av nationella organisationer motsvarande svenska Cancerfonden. NCU tog 2004 fram en definition av cancerrehabilitering, som ligger till grund för följande uppdaterade definition som används i detta vårdprogram:

”Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt” [2].

## KAPITEL 5

# Strukturerad bedömning, diagnostik och Min vårdplan

### Rekommendationer

Det team som ansvarar för patientens cancervård bör i början av vårdprocessen i dialog med patienten gå igenom de frågor och behov som ligger till grund för en första cancerrehabiliteringsplan.

Rehabiliteringsbehoven växlar under sjukdomsförloppet, varför bedömningen bör upprepas fortlöpande utifrån patientens och de närståendes situation och behov. Det gäller framför allt i samband med inledning och avslutning av behandling och förändringar i sjukdom eller behandling, såsom vid progress, övergång från kurativ till palliativ intention och övergång från tidig till sen palliativ fas.

## 5.1 Ansvar

Vårdgivaren ska på förvaltningsnivå tydliggöra hur vårdansvaret ska fördelas när det delas av flera professioner/verksamhetsområden. Verksamhetschefen har lagstadgat ansvar för att patientens behov tillgodoses, HSL, kap 4 och 5 [3]. Inom varje verksamhetsområde bör det därför finnas rutiner för vilka frågor som ska belysas, vem som ansvarar för behovsbedömning respektive cancerrehabiliteringsplan och hur dokumentationen ska utformas. Ansvaret delas i första hand mellan läkaren och kontaktsjuksköterskan. Arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, psykolog eller annan profession ansvarar därutöver för delar av diagnostiken i enlighet med dessa rutiner.

En individuell skriftlig vårdplan, kallad Min vårdplan, ska tas fram för varje patient med cancer. Det framgår i den nationella cancerstrategin för framtiden (SOU 2009:11) och i de patientcentrerade kriterierna som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (Socialdepartementet 2011). Läs mer på <http://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-vardplan/>

## 5.2 Kartläggning och dokumentation

### Rekommendationer

En plan för patientens cancerrehabilitering ingår som en del av Min vårdplan. Denna ska uppdateras och hållas aktuell samt medfölja vid aktiva överlämningar och skriftliga remisser mellan vårdgivare.

Distresstermometern [4, 5] och [Hälsoskattning](#) [6] är validerade övergripande diagnostiska hjälpmedel som kan rekommenderas för strukturerad bedömning av cancerrehabiliteringsbehov.

Om dessa hjälpmedel inte väljs bör en förberedd lista/guide användas, så att alla relevanta frågor blir belysta på ett strukturerat sätt och resultaten dokumenterade. Följande aspekter bör, förutom sådant som är specifikt för den aktuella diagnosen, innefattas vid bedömningsamtalet (anges här i bokstavsordning):

- Bostad, personlig vård, ekonomi, arbete/studier
- Depression, oro, ångest
- Existentiella frågor
- Fatigue, smärta, illamående, sömn, avföring, övriga symtom
- Fysisk aktivitet, levnadsvanor, fallrisk, trappgång, hjälpmedel
- Håravfall, utseende, kroppsuppfattning
- Kognitiva funktioner såsom minne, koncentration
- Läkemedelsberoende, alkohol, tobak
- Närstående, barn som anhöriga, närhet/sexualitet, fertilitet
- Ätsvårigheter, elimination
- Sekretess, behov av tolk, kommunikationshinder
- Övriga sjukdomar, funktionsnedsättning

Diagnostiken följs av att en cancerrehabiliteringsplan upprättas som en del i Min vårdplan [7]. Insatser från kurator, fysioterapeut, dietist, arbetsterapeut, psykolog, logoped eller annan profession planeras i de fall patienten har särskilda behov.

I vissa fall är det aktuellt att patienten för sin cancerrehabilitering har kontakt med primärvården. Information om detta genom skickad journalkopia räcker inte! Överrapportering/remiss bör i första hand göras efter att aktuell profession i specialistvården bedömt ärendet i direkt samråd med patienten. Därmed säkerställs aktiv överlämning med hög kvalitet. Se avsnitt [Cancerrehabilitering i primärvården](#).

Om kartläggningen visar att patientens behov bedöms som avancerade eller mycket avancerade bör patienten remitteras för bedömning och behandling inom en lokal eller regional enhet för cancerrehabilitering. Se avsnitt [Grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov](#).

### 5.3 Individanpassad information, dialog och samråd

#### Rekommendationer

Verksamhetschefen ansvarar för att dialogen mellan läkaren/vårdteamet och patienten har rätt förutsättningar.

Den som från sjukvården lämnar information ska utforma den så att det är uppenbart att patienten förstår.

Det finns forskning som beskriver vikten av god information inom cancervård [8]. Delaktighet och samråd så som det formuleras i patientlagen förutsätter att patienten ges tillfälle att ta del av all sjukdomsinformation och att den är så begriplig som möjligt. Den ska vara utformad utifrån patientens förutsättningar och utgör en viktig del i att möjliggöra och stärka patientens delaktighet [9]. Förutom teoretisk utbildning är det viktigt att läkaren även under ledning har tränat på att lämna nödvändig information om cancer och cancerbehandling [10-12].

Motsvarande kompetens bör finnas hos alla teammedlemmar. Förutom professionell samtalsmetodik <https://palliativtutvecklingscentrum.se/de-nodvandiga-samtalen-2/> [13] fordras tid, avskildhet, erbjudande om närståendes deltagande och erbjudande om kontaktsjuksköterskans deltagande. Dialogen ska utmytna i en sammanfattning som lämnas muntligt och skriftligt – Min vårdplan (se ovan).

Det är avgörande inom cancerrehabilitering att alla inblandade parter har adekvat information om patientens sjukdom, dess behandling, behandlingens biverkningar, behandlingsmålen och prognosen. Inom cancervården används en lång rad facktermer och förkortningar. I kommunikation med patienten och de närstående, andra vårdgivare och aktörer utanför sjukvården såsom arbetsgivare och Försäkringskassan är det synnerligen viktigt att språket som används är begripligt för mottagaren. I intyg är uppgifter om sjukdomens inverkan på arbetsförmåga och dagligt liv viktiga för cancerrehabiliteringen.

Den som från sjukvården lämnar information ska utforma den så att det är uppenbart att patienten förstår [14]. Min vårdplan syftar bland annat till att stödja denna ambition.

Den som har i uppdrag att säkerställa patientens delaktighet i vården bör känna till innehållet i patientlagen [14]. Där anges t.ex. att patienten ska få information om biverkningar och att patienten har rätt att få en ny medicinsk bedömning.

## KAPITEL 6

# Nivåstruktur och teamarbete

## Rekommendationer

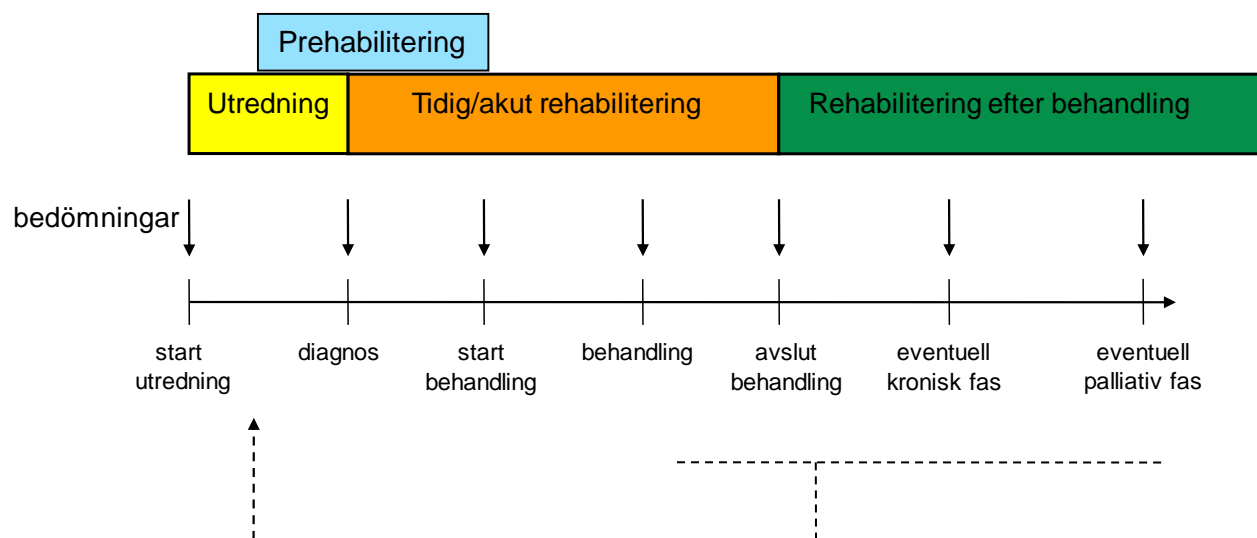
Varje landsting/region bör utarbeta en regional tillämpning av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering. Där bör det fastslås vilken roll de olika vårdgivarna/förvaltningarna ska ha när det gäller patienters grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov av cancerrehabilitering.

Stor vikt bör läggas vid principen om jämlik vård för alla patienter med cancer samt principen om vård på lägsta (närmaste) effektiva omhändertagandenivå (LEON-principen).

Det verksamhetsområde som ansvarar för cancervården bör utforma riktlinjer för kommunikationen med andra vårdaktörer som involveras i patientens cancerrehabilitering.

## 6.1 Kommunikation mellan vårdgivare

Det är av avgörande betydelse för cancerrehabilitering att patienten upplever att rehabiliteringen följer en plan, och att alla som involveras i rehabiliteringen samverkar. Vårdokumentationen måste stödja denna ambition och vara tillgänglig för alla ansvariga.



Figur 1. Cancerrehabilitering i sjukdomens olika faser

Vanligen inleds cancervårdprocessen efter det att diagnosen fastställts, vilket innebär att det är vårdteamet inom specialistsjukvården som har det inledande ansvaret för att en cancerrehabiliteringsplan upprättas. Se även kapitel [9 Prehabilitering](#).

Ibland finns det motiv att föra över hela eller delar av rehabiliteringsansvaret till ett annat vårdteam. Detta förutsätter informationsöverföring enligt samma rutiner som gäller för andra överföringar av vårdansvar mellan verksamhetsområden. Det kan också vara aktuellt att inhämta råd från medarbetare i annat team – konsultation – vilket innebär att ansvaret för cancerrehabiliteringen ligger kvar hos det remitterande teamet.

För att få god kvalitet på överlämningen mellan olika vårdteam, bör överföringen helst ske mellan medarbetare med samma profession. Detta gäller oavsett om överlämningen sker inom samma sjukhus, eller mellan olika sjukhus, primärvård eller tandvård.

Vissa patienter och närstående kan ha behov av kontakt med rehabiliteringspersonal i primärvården eller hemsjukvården under patientens pågående onkologiska behandling. Kontakten ska etableras enligt de rutiner som gäller lokalt. Ibland krävs remiss från läkare. Aktiv överlämning innebär att den teammedlem som bedömt patientens behov för över information och bedömning till en ansvarig person på den mottagande enheten. Ansvaret kvarstår hos den överlämnande till dess att den mottagande bekräftat att kontakt tagits med patienten. Detta gäller oavsett om överlämningen sker inom en förvaltning eller mellan förvaltningar. Patienten har under detta förlopp alltid möjlighet till kontakt med sin kontaktsjuksköterska. Byte av ansvarig vårdgivare ska tydligt framgå i journalen och Min vårdplan [7].

Samordnad individuell vårdplan (SIP) ska upprättas om patienten har behov av vård- och omsorgsinsatser från såväl landsting som kommun [3, 15].

De nationella initiativen inom detta område bidrar till bättre samordning även för patienter med cancer. Se slutrapporten Patientkontrakt [16].

## 6.2 Fram till cancerdiagnos

Under den fas då patienten sökt kontakt med läkare, och misstanke om cancer finns, har läkaren ansvar att i dialog med patienten bedöma om det finns behov av rehabiliterande insatser. Vanligen rör det sig om symtomlindring och psykosocialt stöd. Läkaren bör presentera den plan för fortsatt utredning som gjorts upp, och lämna den planen såväl muntligt som skriftligt. Om patienten är införstådd med att det finns en stark misstanke om cancer upprättas denna plan som Min vårdplan, se kapitel [5 Strukturerad bedömning, diagnostik och Min vårdplan](#).

Det är viktigt att patienten får kontaktoppgifter till en namngiven person på vårdenheten för att ge möjligheter till råd och stöd vid behov. Det kan vara läkaren, en sjuksköterska eller någon annan. I detta skede är kontaktsjuksköterska vanligen inte utsedd.

I de standardiserade vårdförloppen (SVF) anges när under utredningsfasen som patienten ska erbjudas en kontaktsjuksköterska. Tidpunkten varierar mellan olika diagnoser [17].

## 6.3 Fast vårdkontakt

### Rekommendationer

Verksamhetschefen ska utse en läkare att vara fast vårdkontakt i de fall patientens tillstånd kan betecknas som livshotande.

Tillståndet är att beteckna som livshotande när diagnosen är fastställd fram till dess att effekt av cancerbehandling kan konstateras, samt under senare sjukdomsskeden som innebär fara för patientens liv. Under andra skeden kan hävdas att tillståndet inte är livshotande, vilket innebär att

kontaktsjuksköterskan kan vara fast vårdkontakt [18]. Vem som är fast vårdkontakt ska framgå av den muntliga och skriftliga informationen (Min vårdplan) till patienten samt i patientjournalen. Rutiner för detta bör vara gemensamma för förvaltningen eller landstinget/regionen.

## 6.4 Kontaktsjuksköterska

### Rekommendationer

Alla landsting/regioner bör utarbeta rutiner som reglerar kontaktsjuksköterskans uppdrag i enlighet med den nationella beskrivningen av kontaktsjuksköterskans roll och funktion.

Varje patient med cancer ska under tiden från diagnos till avslutad uppföljning av cancersjukdomen ha muntlig och skriftlig information om vem som är kontaktsjuksköterska, hur kontaktsjuksköterskan kan nå samt vad erbjudandet innebär.

Den nationella cancerstrategin styrker att varje patient ska erbjudas en kontaktperson på den cancervårdande kliniken med syfte att förbättra informationen och kommunikationen mellan patienten och vårdenheten och stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården (SOU 2009:11). Sedan 2010 finns en lagstadgad rätt till fast vårdkontakt (Patientlag 2014:821).

Kontaktsjuksköterskan har ett övergripande ansvar för patienten och närstående under hela cancervårdförloppet. I uppdraget ingår att ha särskild tillgänglighet, informera om kommande steg i behandlingen, ge stöd vid normala krisreaktioner och förmedla kontakter med andra yrkesgrupper.

Staten och Sveriges Kommuner och Landsting har enats om en gemensam generell beskrivning av kontaktsjuksköterskans roll och funktion. Enligt den är kontaktsjuksköterskan en tydligt angiven kontaktperson i sjukvården, med ett övergripande ansvar för patienten och de närstående [19].

Kontaktsjuksköterskan

- är tydligt namngiven för patienten
- har speciell tillgänglighet och kan hänvisa till annan kontakt när han/hon inte är tillgänglig
- informerar om kommande steg
- gör evidensbaserade bedömningar av patientens behov och åtgärdar antingen själv eller förmedlar kontakt med andra yrkesgrupper samt följer upp insatta åtgärder
- ger stöd till patienten och de närstående vid normal krisreaktion
- säkerställer patientens delaktighet och inflytande i sin vård
- bevakar aktivt ledtider i samverkan med SVF koordinator
- har ett tydligt skriftligt uppdrag
- har kunskaper som regleras av innehåll och avgränsningar i varje patientprocess
- ansvarar för att en individuell skriftlig vårdplan, [Min vårdplan](#), upprättas (även om den kan upprättas av andra)
- ansvarar för aktiva överlämningar till en eventuell ny kontaktsjuksköterska
- deltar i multidisciplinära ronder/möten.

Att patienten har erbjudits en namngiven kontaktsjuksköterska ska dokumenteras i patientens journal och om möjligt registreras i kvalitetsregister.

Kontaktsjuksköterskans roll och funktion ska utgå från den nationella beskrivningen men anpassas specifikt efter den process det gäller. Varje vårdenhet ska förtydliga hur kontaktsjuksköterskans uppdrag ska uppfyllas.



## 6.5 Kurator

### Rekommendationer

Varje avdelning eller mottagning som vårdar patienter med cancer bör ha en kurator i teamet. Alla patienter och närstående bör få skriftlig information om hur de får kontakt med kuratorn.

Patienten bör erbjudas att träffa kurator när det gäller:

- patienter med barn under 18 år [20]
- patienter i palliativ vård [21]
- patienter eller närstående som önskar kontakt med kurator
- patienter eller närstående som i dialog med teamet bedöms behöva kontakt med kurator.

Kuratorn och patienten eller den närstående planerar därefter den fortsatta handläggningen. Efter samråd blir planeringen:

- att ytterligare åtgärder inte är påkallade eller
- att kontakten med kuratorn ska fortsätta eller
- att patienten eller den närstående behöver stöd från en annan teammedlem, eller annan instans.

I de fall patienten eller den närstående inte önskar kontakt med kurator ansvarar kontaktsjuksköterskan och läkaren för fortlöpande bedömning av fortsatt stöd.

## 6.6 Patientens cancerbehandlande team

### Rekommendationer

Verksamhetschefen ansvarar för att teamarbetet har de förutsättningar som behövs. För att möta patientens grundläggande rehabiliteringsbehov bör i teamet ingå läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt ytterligare professioner såsom arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, psykolog, sjuksköterska, logoped eller annan profession i den omfattning som verksamhetschefen eller tumörspecifika vårdprogram anger i regionala tillämpningar.

De professioner som ingår i teamet bör vara tillgängliga minst en gång varje vecka hela året.

Det team som ansvarar för patientens cancerbehandling utgör samtidigt vanligen det team som ansvarar för att patientens behov av cancerrehabilitering tillgodoses. Cancervård och cancerrehabilitering förutsätter multiprofessionellt teamarbete [22]. Det är patienternas behov som ska vara utgångspunkt när teamets sammansättning planeras. Eftersom cancervårdens organisation varierar är förutsättningarna vad beträffar diagnoser och behandlingar olika på olika enheter. Detta innebär att det förutom läkare, kontaktsjuksköterska och kurator måste finnas fler kompetenser representerade och att teamet utformas med utgångspunkt i behoven hos de patienter som teamet möter. Teamet bör träffas regelbundet för att belysa de aktuella ärenden som påkallar hela teamets uppmärksamhet.

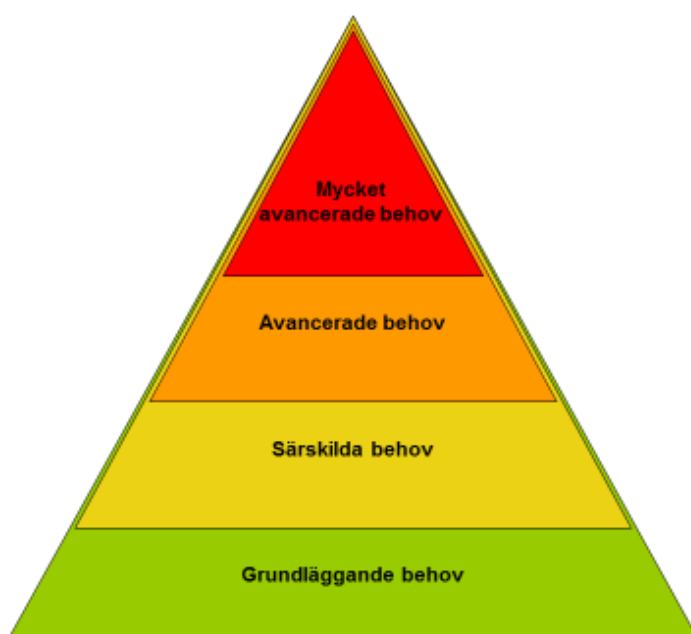
Teamet bör organisatoriskt finnas där patienten behandlas, oftast i öppenvård där cancerbehandling huvudsakligen genomförs. Under vårdtillfällen på sjukhus är det angeläget att vårdavdelningens team samverkar med patientens fasta vårdkontakt och öppenvårdsteamet.

Under semesterperioder förekommer det att enheter inom sjukvården stänger på grund av reducerad bemanning. Dessa stängningar måste organiseras så att patienternas behov tillgodoses. Fördröjningar och väntetider får inte vara längre under semesterperioder än under andra tider på året.

## 6.7 Grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov

### Rekommendationer

Patientens grundläggande, särskilda, avancerade respektive mycket avancerade behov bör tillgodoses enligt regionala och lokala tillämpningar av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering 2019.



Figur 2. Cancerrehabiliteringens nivåer utifrån patientens behov

Alla patienter med cancer har grundläggande rehabiliteringsbehov som tillgodoses av läkare och kontaktsjuksköterska, eventuellt med stöd av kurator eller annan teammedlem. **Exempel på grundläggande behov:** *En patient opereras för icke-metastaserad hudcancer. Läkaren sjukskriver patienten, kuratorn ger patienten råd om situationer som kan uppstå utanför sjukvården under läkningsperioden, t ex kontakt med arbetsplatsen. Kontaktsjuksköterskan följer upp symtombilden.*

Ibland behövs särskilda insatser som inte bara utgörs av enstaka råd. **Exempel på särskilda behov:** *En patient opereras för icke-metastaserad hudcancer. Maken utvecklar en stark krisreaktion – hans mor har nyligen avlidit i cancer. Kuratorn, patienten och maken bedömer att stödsamtal är påkallade.*

I de fall patientens behov är sådana att ett helt annat team träder in som cancerrehabiliterings-team kan det för patienten innebära kontakt med två skilda team samtidigt. Det påkallar tydlighet beträffande ansvarsgränser samt fortlöpande samråd mellan teamen.

Patientens behov kan vara sådana att det cancerbehandlande teamet i öppen eller sluten vård inte har kompetens att tillgodose dessa. Det bör därför inom varje sjukhusförvaltning finnas rutiner för vart teamet kan vända sig med remiss. Vanligen bör det vara verksamhetsområde inom onkologi, geriatrik eller rehabiliteringsmedicin som efter remiss tar över ansvaret för cancerrehabiliteringen eller stöder ordinarie vårdteam med konsultationer.

I de fall tillräcklig rehabiliteringskompetens saknas inom den egna förvaltningen eller sjukhuset, bör landstinget/regionen anvisa vilken annan förvaltning som ska ansvara för cancerrehabilitering när patienten har avancerade behov. **Exempel på avancerade behov:** *En patient som opererats på grund av hjärnmetastas har efter ingreppet kvarstående talsvårigheter och problem med balans. Hemortssjukhuset har inte kompetens för neurorehabilitering, och patienten remitteras till verksamhetsområde med neurorehabilitering på ett närliggande sjukhus för fortsatt bedömning och cancerrehabilitering.*

Inom varje sjukvårdsregion bör det finnas regionala enheter för att ge vård till patienter med mycket avancerade behov inom cancerrehabilitering. **Exempel på mycket avancerade behov är ärenden som rör fertilitetsfrågor, långtidsuppföljning av botade patienter med risk för sena behandlingskomplikationer och rehabilitering av patienter med komplikationer efter strålbehandling mot bäckenet.**

## 6.8 Externa vårdgivare

Landstingen kan teckna avtal med externa vårdgivare för cancerrehabilitering. En samordning mellan landstingen bör av jämlikhetsskäl eftersträvas.

Eventuella vårdavtal bör i detalj beskriva vilka rehabiliteringsinsatser som ska utföras samt att behandling ska utföras av personal med relevant kompetens.

Arbetsgivaren har ett långtgående ansvar för rehabilitering i samråd med arbetstagen, företagshälsovården och Försäkringskassan. Försäkringskassan har ansvar för att utreda rehabiliteringsbehovet för patientens arbetslivsriktade cancerrehabilitering samt samordna insatser från arbetsgivare, hälso- och sjukvård, Arbetsförmedlingen och eventuellt andra myndigheter [23-25]. Se även kapitel [14.2 Försäkringsmedicin](#).

## 6.9 Cancerrehabilitering i primärvården

### Rekommendationer

Läkare i primärvården bör vid misstanke om cancer uppmärksamma och vid behov erbjuda patienten och de närstående rehabiliteringsinsatser, framför allt om patienten själv misstänker att det är cancer. När det gäller behov av psykologiskt och socialt stöd måste dessa mötas utan dröjsmål.

Cancerrehabiliteringsinsatser under eller efter avslutad cancerbehandling kan i många fall utföras av primärvården. Vid kontakter med primärvården bör det ske efter bedömning av aktuell profession inom specialistvården och i samråd med patienten utifrån patientens cancerrehabiliteringsplan. Landstingsgemensamma riktlinjer för remiss ska följas och en aktiv överlämning göras i enlighet med rutiner för Min vårdplan.

I hälso- och sjukvårdslagen anges primärvården som den hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad,

förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens [3, 26-28].

Flera utredningar påtalar ett ökande antal patienter som överlever och lever med cancer [26-28], vilket medför ett ökat behov av cancerrehabilitering.

Under behandlings- och uppföljningsskeden inom specialistvården kan det vara av stort värde för patienten att upprätthålla kontakt med primärvården. Dels med tanke på eventuella andra sjukdomar, dels för att ge goda förutsättningar för uppföljning på längre sikt när cancerbehandlingen är avslutad. Kontaktssjuksköterska/vårdsamordnare prövas på många håll i primärvården med syfte att säkra patientens väg från slutenvård till primärvård och vid behov samordna vårdkontakter. Regeringens långsiktiga inriktning när det gäller cancervård [28] anger att primärvården har en nyckelroll för att bidra till sammanhållna vårdkedjor i samband med upptäckt av cancer, uppföljning och rehabilitering efter genomförd behandling. Kunskapen om cancer och cancerrehabilitering kan därför behöva stärkas i primärvården.

Centralisering av cancerbehandling sker både inom och utanför landsting och regioner [26, 27]. Detta kräver nya nätverk mellan olika specialiteter där primärvården är en viktig part. Om dessa nätverk inte fungerar finns stor risk för brister i uppföljning och rehabilitering då det ofta saknas en etablerad kontakt på lokal nivå. Nivåstrukturering ställer höga krav på samverkan mellan specialiserad vård och primärvård samt mellan primärvård och kommun vilket också omfattar aktiv behandling av patienter i palliativ vård [27].

## 6.10 Cancerrehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård

### Rekommendationer

När patienten är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård bör primärvårdens läkare vara fast vårdkontakt om inte särskilda skäl talar för en annan lösning.

Det bör lokalt finnas överenskommelser som reglerar hur samverkan ska utformas, egenavgifter samt rutiner för läkemedelshantering, hjälpmedel, näring m.m.

För en grupp patienter, ofta äldre, utgör cancer en av flera sjukdomar som påkallar rehabilitering. Är patienten inskriven i kommunal hälso- och sjukvård bör så stor del som möjligt av cancerrehabiliteringen genomföras där – i patientens egen bostad eller på särskilt boende.

## KAPITEL 7

# Symtomlindring

## 7.1 Kartläggning och information

**Rekommendationer**

Varje verksamhetsområde som behandlar cancer bör fastställa rutiner för handläggning av de symtom som är vanliga bland patienter på enheten.

Patienten och de närstående bör informeras om vikten av att besvärande symtom följs upp och behandlas optimalt. Efter individuell bedömning bör patienten erbjudas information om vilka symtom som kan förväntas, och vilken behandling som står till buds.

Vid patientens alla kontakter med sjukvården bör förekomsten av besvärande symtom kartläggas.

Många patienter avstår från att spontant rapportera dessa symtom. Därför bör vårdteamet vid varje kontakt aktivt fråga efter förekomst av symtom såsom smärta och fatigue.

När behandling sätts in måste information ges om behandlingens syfte och biverkningar. Målet är att erbjuda patienten en symtomlindrande behandling som balanserar effekt mot biverkningar på det sätt som patienten bedömer rimligt. Fullständig frihet från alla besvärande symtom är i många fall inte möjlig att uppnå utan oacceptabelt mycket biverkningar.

## 7.2 Biverkningar av strålbehandling

**Rekommendationer**

Alla patienter som förbereds för strålbehandling ska informeras på ett strukturerat, individanpassat sätt, helst både muntligt och skriftligt, om behandlingens syfte, genomförande och biverkningar, gärna tillsammans med närstående.

Regionala och lokala riktlinjer för omvårdnad vid strålbehandling bör utformas.

Åtgärder för att minska risken för biverkningar samt råd om behandling av biverkningar bör presenteras. Patienten bör informeras om att tobaksrökning kan minska effekten av strålbehandling, se avsnitt [Tobak](#). [29].

Patienten och de närstående bör ges muntlig och skriftlig information om vart de kan vända sig med frågor om strålbehandling och biverkningar. Om strålbehandlingen medför risk för lymfödem bör patienten informeras om detta.

Förutom biverkningar orsakade av strålbehandlingen som kräver omvårdnadsåtgärder bör existentiella och psykosociala aspekter beaktas. Även sömnproblematik, fatigue och kognitiva symtom orsakade av sjukdomen eller behandlingen kan förvärras under strålbehandlingen.

För handläggning av biverkningar hänvisas till [Bäckencancerrehabilitering – vägledning](#) samt till övriga vårdprogram, t.ex. vårdprogrammet för huvud- och halscancer samt vårdprogrammen för gynekologisk cancer, prostatacancer och rektalcancer [30].

## 7.3 Biverkningar av medicinsk cancerbehandling

### Rekommendationer

Den sjuksköterska som administrerar cancerläkemedel ska ha utbildning som belyser det enskilda läkemedlets effekter och biverkningar, för att tillsammans med läkaren kunna lämna adekvat information till patienten. Under behandlingens gång bör biverkningar monitoreras och följas upp på ett strukturerat sätt som belyses i tumörspecifika vårdprogram.

Alla patienter som förbereds för medicinsk onkologisk behandling ska informeras på ett strukturerat, individanpassat sätt, helst både muntligt och skriftligt, om behandlingens syfte, genomförande och biverkningar, gärna tillsammans med närstående.

Regionala och lokala riktlinjer för omvårdnad vid medicinsk onkologisk behandling bör utformas.

Förutsättningarna för omvårdnaden vid cancer skiljer sig i flera avseenden mellan de olika cancersjukdomarna. Mot den bakgrunden hänvisas till tumörspecifika vårdprogram. Vårdhandboken är grundligt faktagranskad och kan rekommenderas när det gäller omvårdnad vid cancer [31].

I likhet med behandling med cytostatika ger nyare ("målstyrda") cancerläkemedel med annan verkningsmekanism upphov till biverkningar.

Omvårdnadsåtgärder för att förebygga respektive behandla dessa biverkningar beskrivs i de tumörspecifika vårdprogrammen.

## 7.4 Dyspné (andnöd)

### Rekommendationer

Icke-farmakologiska metoder utprovade i samråd med fysioterapeut och arbetsterapeut bör alltid rekommenderas. Omvårdnadsåtgärder är av största värde för att lindra andnöd.

Om kausal behandling mot dyspné inte är möjlig, eller ger otillräcklig effekt, bör morfin användas i symtomlindrande syfte. (++)

Bensodiazepiner kan reducera patientens ångest, men har inte specifik effekt på dyspné. Syrgas är inte effektivare mot dyspné än placebo. (+)

Det är angeläget att diagnostisera och behandla dyspné skyndsamt, eftersom det är ett starkt ångestskapande symptom. Det nationella vårdprogrammet för lungcancer belyser ämnet [32]. Det är av stor vikt att sjuksköterska och undersköterska har ett aktivt förhållningssätt för att understödja patientens lungfunktion och minska andnöd [33]. Fysioterapeuten bör delta i bedömningen samt ge instruktioner om andning och eventuella inhalationer. Fysisk aktivitet är angelägen. Såväl fysioterapeut som arbetsterapeut bör bidra med råd och instruktioner om tekniker, hjälpmedel mm.

Information om andnöd och dess behandling bör ingå i omvårdnadsrutinerna. Framför allt är det av värde att informera om att syrgas inte hjälper bättre mot andnöd än placebo, men att syrgas ibland måste användas för att förbättra syresättningen, vilket inte har direkt samband med andnöd.

## 7.5 Fatigue

### Rekommendationer

Patienter med cancer bör i varje kontakt med sjukvården bedömas på ett systematiskt sätt med avseende på fatigue.

Fysisk aktivitet är den intervention som har visat effekt vid cancerrelaterad fatigue (+). Den ska ske regelbundet och om möjligt utökas successivt samt ske utifrån individens förmåga.

Det saknas för närvarande tillräcklig evidens för att rekommendera centralstimulerande läkemedel som symtomlindring. (-)

Fatigue är ett vanligt symtom vid cancer. Vårdteamet bör uppmärksamma fatigue som ett symtom, och alltid undersöka om det finns en behandlingsbar orsak. Kvantifiering med t.ex. VAS/NRS är ofta värdefull. Bedömningsinstrumentet FSS, Fatigue Severity Scale, som dock inte är validerat speciellt för cancer, kan också användas [34]. För mental fatigue kan MFS, Mental Fatigue Scale, användas [35].

Fysisk träning är den intervention som är bäst vetenskapligt underbyggd [36]. Fysioterapeuten bidrar med information om lämplig träning, ofta i samråd med en arbetsterapeut för att finna bra strategier i vardagen: se även kapitel [10 Fysisk aktivitet och träning](#) och kapitel [12 Aktivitetsbalans och aktiviteter i det dagliga livet](#).

Strävan efter att stärka förmågan går hand i hand med strategier för att minska belastningen. Det finns inga läkemedel som kan rekommenderas för behandling av fatigue [37].

All personal bör ha kunskap om fatigue. I den återkommande dialogen mellan patienten, de närstående och vårdpersonalen ges utrymme för information och evidensbaserade råd. Sjuksköterskan ansvarar för den fortlöpande uppföljningen och dokumentationen [38].

## 7.6 Håravfall

### Rekommendationer

Inom varje landsting/region bör det finnas riktlinjer för användning av kylmossa eller peruk vid behandlingsrelaterat håravfall.

Eventuell egenavgift för peruk bör av jämlikhetsskäl samordnas mellan landstingen.

Håravfall beskrivs ofta som en av de mest besvärande biverkningarna av cancerbehandling [39]. Patienten och de närstående bör erbjudas samtal om håravfall, förebyggande åtgärder, peruk m.m. Det finns måttligt (++) vetenskapligt stöd för behandling med s.k. kylmossa för att reducera håravfallet under cytostatikabehandling [40]. Det saknas prospektiva studier som belyser risken för metastaser i hårbotten vid användning av kylmossa, men med stor sannolikhet är denna risk försumbar [41, 42], vilket innebär att metoden även kan användas vid adjuvant behandling. Det finns inga hälsoekonomiska data från Sverige men kostnaderna för kylmossa bör bedömas i relation till minskade kostnader för peruk [40, 43]. Det är inte möjligt att på vetenskaplig grund bedöma vilken av de förekommande kylmetoderna som är bäst.

## 7.7 Illamående

### Rekommendationer

Varje verksamhetsområde som ger medicinsk onkologisk behandling/strålbehandling bör utarbeta lokala rutiner för behandlingsrelaterat illamående för de regimer som förekommer på enheten. Det bör även finnas rutiner för sjukdomsrelaterat illamående.

Illamående förekommer hos en stor andel av patienter med cancer. Illamående har oftast flera orsaker och det är ofta svårt att hitta en förklaring till symtomet. Illamående och kräkningar kan uppträda som separata symtom eller tillsammans. För att så effektivt som möjligt behandla symtomet är det viktigt med en symtomanalys och försök att hitta kausalsamband. Lokala riktlinjer bör följa internationella och nationella dokument (MASCC, ESMO, Internetmedicin, vårdhandboken) [[31](#), [44-46](#)].

Information, riskbedömning och uppföljning utgår alltid från en helhetsbedömning. Sjuksköterskan har ofta tät kontakt med patienten och de närstående vilket möjliggör en strukturerad bedömning. Syftet med dialogen med patienten är att dels kartlägga riskfaktorer, dels undervisa patienten. Då ges optimala förutsättningar för att patienten själv ska kunna hantera de behandlingsalternativ som står till buds. Skriftligt informationsmaterial samt dagbok förbättrar resultatet. Journaldokumentationen bör utformas på ett sätt som gör det möjligt att vid eventuella senare cancerbehandlingar få fram uppgifter om illamående och behandlingsstrategier. Nätverket för cancerrelaterat illamående inom Sjuksköterskor i cancervården [[46](#)] har utarbetat utbildningsmaterial och behandlingsrekommendationer inom området.

## 7.8 Lymfödem

### Rekommendationer

Alla verksamhetsområden där cancer behandlas bör ha utarbetade rutiner för lymfödem.

Samtliga patienter som opereras med lymfkörtelutrymning ska före och efter operationen informeras om riskfaktorer för att utveckla lymfödem, tidiga symtom på lymfödem och var det går att få behandling för lymfödem.

Lymfödem relaterat till cancer ska bedömas och behandlas av en lymfterapeut som är fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska med adekvat tilläggsutbildning.

Det bör finnas minst en lymfterapeut inom varje sjukhusförvaltning där cancervård bedrivs.

Landstingen bör utforma riktlinjer för ansvarsfördelningen när det gäller behandling av lymfödem.

Regler för förskrivning av hjälpmedel samt patientens eventuella egenavgift bör av jämlikhetsskäl samordnas nationellt.

### 7.8.1 Bakgrund och orsaker

Lymfödem är vanligen ett kroniskt tillstånd som orsakas av nedsatt transportkapacitet i lymfsystemet, vilket resulterar i en ökad ansamling av lymfa i vävnaden. Svullnaden som uppstår kan ge tyngd- och spänningskänsla, diffus värk och nedsatt rörlighet. Tillståndet kan bidra till en sämre livskvalitet, genom exempelvis nedsatt arbetsförmåga, problem i sociala aktiviteter samt



psykiska påfrestningar. Komplikationer i form av hud- eller vävnadsinfektioner, speciellt erysipelas (rosfeber), är vanligare hos patienter med lymfödem.

De flesta fall av lymfödem uppstår som följd av cancersjukdom eller cancerbehandling. Risken för skador på lymfsystemet ökar om flera åtgärder kombineras, såsom operation av tumören, lymfkörtelutrymning och strålbehandling [47]. Kombinationen venös och lymfatisk insufficiens är inte ovanlig vid lymfödem efter kirurgi.

Lymfödem kan indelas i olika stadier efter grad av vävnadsförändringar. Vid reversibelt ödem märks initialt ingen eller liten volymökning trots att lymfsystemet inte längre fungerar normalt. Så småningom uppträder ett ödem med ansamling av lymfa i vävnaden. Så länge ödemet bara består av lymfa (vanligen en kortare period om någon/några månader) kan svullnaden gå tillbaka med adekvat behandling. På längre sikt och utan behandling kan ödemet (helt eller delvis) bli irreversibelt [47, 48].

### 7.8.2 Diagnostik

Patientens behandlande läkare och kontaktsjuksköterska, alternativt legitimerad personal med kunskaper om lymfödembehandling, ska i förekommande fall informera om lymfödem, och undersöka patienten även om symtomen är diskreta. Föreligger lymfödem bör patienten bedömas av lymfterapeut. Hjärt- och kärl- eller njursjukdomar, endokrina sjukdomar samt djup ventrombos kan ge upphov till lymfödemliknande symtom. Även om behandlingen av själva ödemet huvudsakligen är densamma är det viktigt att patienten får rätt diagnos. Diagnos kan i regel ställas kliniskt på grundval av anamnes, inspektion och palpation. Uppkommer lymfödem på ett förväntat sätt under eller efter cancerbehandling kan lymfterapeut ställa diagnos. Uppkommer lymfödem senare i förloppet ska läkare alltid bedöma om utredning beträffande eventuell progress av grundsjukdomen är påkallad och om det eventuellt föreligger kontraindikationer mot lymfödembehandling.

### 7.8.3 Behandling

En förutsättning för ett gott behandlingsresultat är tidig diagnostik samt att patienten får kunskap om egenvård, förstår och förmår att genomföra sin egenvård samt använder sina kompressionshjälpmedel på rätt sätt. Många patienter upplever en sorg över sin förändrade kropp och kan behöva psykosocialt stöd i processen att bearbeta sorgen, acceptera och lära sig leva med en förändrad kropp.

Behandlingen av lymfödem bör endast utföras av legitimerad personal med medicinsk grundutbildning samt minst 160 timmars utbildning inom lymfödembehandling, eller på delegation av denna. Målet är att reducera ödemet och minska känslan av tyngd, spänning och smärta i vävnaden och därmed förbättra livskvaliteten och behålla eller öka aktivitetsförmågan. Den fysikaliska behandlingen av lymfödem består av en kombination av behandlingsmetoder. Behandling med kompressionsdelar eller bandagering kan i vissa fall kompletteras med tilläggsbehandlingar, exempelvis manuellt lymfdränage eller lymfpulsatorbehandling.

Följande behandlingsåtgärder rekommenderas:

Patientundervisning är en viktig del av behandlingen. Den beskriver lymfsystemets anatomi och fysiologi, samt behandling. Undervisning kan ske som gruppundervisning kompletterad med individuellt anpassad rådgivning och bör ske muntligt, skriftligt och praktiskt.

Kompressionsbehandling är en central del av behandlingen vid lymfödem. I intensivbehandlingsfasen används företrädesvis bandage som får sitta dygnet runt och som justeras minst en gång om dagen för att anpassas till den minskande volymen. När optimal ödemreduktion uppnåtts provas kompressionsdelar ut som ska stabilisera ödemvolymen. Fortsatt förändring av lymfödemet kräver kontinuerlig anpassning av kompressionsdelarna. Illasittande kompressionsdelar kan förvärra lymfödemet, orsaka irritation och ge hudskador som ökar risken för infektioner. Det är också viktigt att kontrollera att patienten kan sköta kompressionsdelarna och klarar på- och avtagning, eventuellt med speciella hjälpmedel. Hur kompressionsdelarna ska användas i den fortsatta behandlingen anpassas individuellt och kan variera från hela dygnet till endast delar av dygnet. I de fall närstående eller vårdnadspersonal hjälper patienten bör dessa personer utbildas av lymfterapeuten.

Fysisk aktivitet och träning ökar cirkulationen och kan minska lymfödems volym [49-52]. Träning bör starta på relativt låg nivå och långsamt öka under en längre tid samt anpassas efter patientens intressen, möjligheter och tidigare träningsfarenheter. Såväl inaktivitet som övervikt är en riskfaktor för utveckling av lymfödem. Patienten bör informeras om detta samt vid behov erbjudas professionell hjälp med att reducera övervikt [53].

Hudvård ingår som en del av behandlingen. Huden vid ödem tenderar att bli torr och oelastisk och behöver smörjas regelbundet med mjukgörande salvor; en hudlotion med lågt pH-värde rekommenderas. En oskadad, elastisk hud minskar risken för rosfeber som annars är relativt vanligt bland patienter med lymfödem. Svampinfektioner, eksem, sår eller allergiska reaktioner ska behandlas skyndsamt. Patienten bör upplysas om att småskador, sår, insektsbett m.m. i områden med lymfödem lätt kan bli infekterade. Skärpt uppmärksamhet är påkallad, och vid rodnad, svullnad eller smärta ska läkare eller kontaktsjuksköterska kontaktas.

Erysipelas behandlas med antibiotika. Patienter med recidiverande erysipelas kan med fördel ha en förberedd ordination med recept på antibiotika för att snabbt kunna påbörja behandling.

#### 7.8.4 Tilläggsbehandlingar

Massagemetoden manuellt lymfdränage (MLD) kan utföras av en lymfterapeut. En förenklad variant av metoden kan utföras av patienten själv, närstående eller omvårdnadspersonal efter undervisning i metoden. MLD kan ibland ges som tillägg då kompressionsbehandling, viktreduktion och fysisk aktivitet inte gett tillräcklig effekt [47], Behandlingsresultatet ska utvärderas objektivt.

Lymfpulsatorbehandling genomförs med tryckmanschetter utformade för olika kroppsdelar där lufttrycket regleras via en elektrisk pump. Det vetenskapliga underlaget är svagt och behandlingen måste så långt möjligt utvärderas med objektiva mätmetoder. Lymfpulsatorbehandling liknar MLD och har ungefär samma begränsningar. Behandlingen kan ske i hemmet med utlånad eller hyrd apparat. Lymfpulsatorbehandling ges rutinmässigt med ett lågt tryck (30-50 mm Hg), men ett högre tryck (100-120 mm Hg) under en längre period har visat sig ge god effekt på måttliga till svåra lymfödem [54].

Det vetenskapliga underlaget för effekten av manuellt lymfdränage och lymfpulsatorbehandling är begränsat. Störst effekt tillskrivs bandageringen. Se [Internetmedicin om lymfödem](#). [55].

Kirurgisk behandling: Då fysikalisk lymfödembehandling nått steady state och en besvärande volymskillnad med minimal eller ingen pitting fortfarande kvarstår domineras denna volym av nybildad fettvävnad och påverkas inte av fortsatt konservativ behandling. Lymfödem består inledningsvis enbart av lymfa. Nybildningen av fettväv startar parallellt med lymfödemdebuten

och orsakas sannolikt av kronisk inflammation och upprepade rosfeberattacker. Kirurgisk behandling i form av fettsugning kan då övervägas. Fettsugning kan göras på både arm- och benlymfödem och återställer extremitetens normala volym. Efter operationen måste patienten fortsätta med kontinuerlig kompression dygnet runt resten av livet. Den kirurgiska behandlingen bör endast utföras på centrum med stor erfarenhet av lymfödemkirurgi.

Läkemedelsbehandling med diuretika bör undvikas. Undantag är de fall där svullnad av annan genes föreligger samtidigt med lymfödem.

Övriga behandlingar som från olika källor utanför sjukvården erbjuds patienten rekommenderas endast i utvalda fall och då i nära samråd med patientens läkare. Det vetenskapliga underlaget för att rekommendera olika behandlingar av lymfödem är generellt relativt svagt, men innan ytterligare behandlingar införs bör effekten respektive säkerhetsaspekterna belysas enligt vetenskaplig praxis [56].

### 7.8.5 Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering bör ske regelbundet och frekvent, särskilt innan steady state uppnått. Vid första uppföljningen görs en kontroll av lymfödemets volym, kompressionsdelarnas passform och patientens eventuella egenbehandling. Utvärdering av lymfödembehandlingen görs genom mätning av ödemet. Kliniskt används vanligen omkretsmått eller volymmätning. Även TDC (Tissue Dielectric Constant)/Moister Meter kan användas vid ödem på bröstkorgen eller i ansiktet där det är svårt att använda andra mätmetoder. TDC mäter mängden vatten i huden. Kroppsvikten är av betydelse liksom tyngd- och spänningskänsla samt smärta mätt med VAS/NRS. Funktionshinder, psykosociala indikationer och patientens upplevelse bör också utvärderas.

Vid fortsatt ödem/pitting bör kompressionen revideras/optimeras. I det fall pitting är obefintligt bedöms kvarstående volymskillnad som fettomvandlad. Vid försämring av befintligt ödem trots optimal lymfödembehandling samt ev. tillkomst av smärta eller neuropati bör läkare bedöma status med hänsyn till eventuell infektion eller tumörprogress.

Kraven på hjälpmedel är att de ska vara medicinskt motiverade, förbättra brukarens funktionstillstånd och följa gällande standarder och författningar för respektive hjälpmedelsområde.

## 7.9 Mun- och tandhälsa

### Rekommendationer

De mottagningar och avdelningar som möter patienter med en risk för påverkan på slemhinnor i mun och svalg bör ha skriftliga rutiner för användningen av bedömningsinstrument.

Vid konstaterad eller förväntad påverkan på munslemhinna eller tänder bör 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 tumörspecifika vårdprogram, och till internationella rekommendationer [57].

Under behandlingsförloppet bör en bedömning göras vid alla mottagningsbesök och dagligen under slutenvård på sjukhus; ROAG, Revised Oral Assessment Guide, är ett rekommenderat bedömningsinstrument [58]. I de fall det finns en risk för påverkan på munslemhinnan av behandlingen eller cancersjukdomen bör patienten få information om detta, om noggrann tandhygien och om munsköljning med fluor.

Vid svampinfektion i munhålan bör medicinsk behandling sättas in snarast. Flukonazol är förstahandspreparat [59]. Vid recidiverande svampinfektioner kan underhållsbehandling övervägas. Risken för resistensutveckling måste då beaktas. Flukonazol interagerar med flera läkemedel. Det kan t.ex. påkalla extra kontroll vid samtidig behandling med warfarin och fentanyl. Mineralvatten (t.ex. Vichyvatten) har ingen dokumenterad effekt mot svampinfektion.

Saliv innehåller många viktiga substanser som skyddar tänder och slemhinnor i munnen. Muntorrhet ökar risken för karies och stomatit, inflammation i munslemhinnan. Minskad saliv kan även ge svårigheter att tala, tugga och svälja. Många patienter kan känna oro för att muntorrhet också ger dålig andedräkt. Muntorrhet kan orsaka sveda och smärtor samt ge förändrad smak. Vid nedsatt allmäntillstånd drabbas munslemhinnan lättare av infektion, vilket i sitt akuta skede kan förorsaka nutritionsproblem. Patienter med nedsatt immunförsvar löper dessutom större risk för infektioner i munhålan. Information och råd till patienter och närstående bör ges muntligt och skriftligt. Vårdhandboken beskriver allmänna aspekter på munvård [60].

Kryobehandling (is i munnen) under cytostatikabehandling i samband med benmärgstransplantation minskar smärta och andra munbesvär (++) [61].

## 7.10 Smärta

### Rekommendationer

Patienter med cancer bör i varje kontakt med sjukvården bedömas utifrån sin berättelse med avseende på smärta. Efter analys erbjuds behandling vars syfte är att lindra och förebygga smärta. Utvidgat validerat bedömningshjälpmedel bör användas frikostigt och alltid när patienten anger smärta VAS/NRS > 4.

Val av icke-farmakologisk och farmakologisk behandling ska göras i samråd mellan patient och vårdteam med fortlöpande värdering av effekt och biverkningar.

Verksamhetschefen bör fastställa rutiner för konsultation och samarbete med smärtenhet när patientens behov är avancerade eller mycket avancerade.

Smärta är ett vanligt symtom vid cancer. Målet med diagnostiken är fastställa smärtans fysiologiska mekanism och därmed finna underlag för en effektiv behandling där patienten involveras i dialog för att hitta rätt balans mellan smärtlindring och biverkningar av given behandling. VAS/NRS-värde (visual analogue scale/numeric rating scale) i vila och vid aktivitet dokumenteras i patientjournalen. Skattningshjälpmedlet BPI [62, 63] eller liknande bör användas frikostigt, framförallt om VAS/NRS > 4 [64].

Se även kapitlet om smärta vid cancer i [Internetmedicin](#) [65] samt senaste europeiska [ESMO guidelines](#) [66].

Antitumoral behandling samt strålbehandling har ofta god smärtlindrande effekt. Bland läkemedlen utgör ofta opioider basbehandling på grund av gynnsam balans mellan effekt och biverkningar. Opioidbehandling kan efter framgångsrik behandling av grundsjukdomen ofta

avvecklas, och då finns viss risk för abstinens och läkemedelsberoende. Vårdteamet måste uppmärksamma detta och vid behov samråda med smärtenhet med kompetens i multimodal smärtherehabilitering respektive beroendeenhet. I övrigt hänvisas till tumörspecifika vårdprogram och dokument från Läkemedelsverket [67, 68].

I omvårdnaden ges naturliga tillfällen att diskutera patientens farhågor relaterade till smärta samt befarade eller upplevda biverkningar av smärtlindrande behandling. Förutom smärtans intensitet (se ovan) bör smärtans lokalisering och karaktär dokumenteras [63]. Dessa uppgifter utgör därefter grunden för hela vårdteamets smärtdiagnostik.

Sjuksköterska och undersköterska bör erbjuda icke-farmakologisk smärtlindrande behandling i nära samråd med fysioterapeut och arbetsterapeut. Exempelvis kan rätt förflyttningsteknik, lämpliga hjälpmedel samt undervisning om smärta och smärtlindring i sig ha en smärtlindrande effekt. Alla i vårdteamet har ansvar, men just i omvårdnaden ges ofta tillfälle till undervisning. Denna bör i många fall kompletteras med skriftlig information.

### 7.10.1 Smärta vid behandlingsrelaterad neuropati

#### Rekommendationer

Vid behandling med cytostatika bör patienten informeras om risken för neuropati. Fysisk aktivitet under behandlingen bör rekommenderas (+). Utvecklas smärtor bör läkemedelsbehandling prövas (+).

Risken att utveckla neuropati som är relaterad till medicinsk onkologisk behandling kan minskas med fysisk aktivitet [69]. Patienten bör informeras om detta och erbjudas kontakt med fysioterapeut för råd om lämplig träning. Cytostatikabehandling, framför allt med taxaner, oxaliplatin och vincaalkaloider, speciellt till patienter med riskfaktorerna neuropati av annan orsak, rökning, nedsatt njurfunktion samt neuropati redan under pågående behandling, innebär förhöjd risk att utveckla behandlingsrelaterad smärtsam neuropati [70].

Särskilda aspekter finns när det gäller smärta som en del av neuropati orsakad av cytostatika. Icke-farmakologiska metoder såsom TENS kan prövas [71, 72]. Bland läkemedel bör duloxetin eller venlafaxin provas före behandlingsförsök med gabapentin, tricykliska antidepressiva eller pregabalin, på grund av bättre effekt i förhållande till biverkningsrisk enligt publicerade studier [71, 73, 74]. I Sverige är venlafaxin dock inte registrerat på denna indikation.

För behandlingsrelaterad neuropati hänvisas i övrigt till tumörspecifika vårdprogram.

Se även ”Neurotoxiska sidoeffekter av cytostatika” som finns på [stiftelsen SCaPas hemsida](#) [72].

## 7.11 Tarmproblem

#### Rekommendationer

Inför cancerbehandling bör uppgifter om patientens tarmfunktion och eventuella besvär dokumenteras.

Patienten bör informeras muntligt och skriftligt om risken för störd tarmfunktion i samband med cancerbehandling samt om rekommenderad behandling.



Förstoppning är vanligt som resultat av minskad fysisk aktivitet, förändrad kost, buksmärtor, cancerbehandling, smärtor eller läkemedelsbiverkan. Under sjukhusvård relaterat till cancer bör tarmfunktionen dagligen dokumenteras. Patienten bör informeras om adekvata åtgärder för att minska risken för förstoppning och diarré [75].

Diarré bör på likartat sätt uppmärksammas. Förutom cancer, cancerbehandling och läkemedelsbiverkan måste infektion uteslutas som orsak. Behandling med läkemedel är ofta påkallad [76].

Avföringsinkontinens påverkar livskvaliteten i hög utsträckning [77]. Handläggning förutsätter vid avancerade och mycket avancerade behov ofta remiss till enheter med specialkompetens.

För ytterligare råd om tarmbesvär hänvisas till tumörspecifika vårdprogram och till Vårdhandboken [75]. Sena komplikationer belyses i [Bäckencancerrehabilitering – vägledning](#).

## KAPITEL 8

# Hälsoaspekter och egenvård

Levnadsvanor såsom tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol och andra droger spelar stor roll för att utveckla ett flertal sjukdomar samt för dess behandling. Enligt WHO orsakar ohälsosamma levnadsvanor 30 procent av all cancer [78]. Hälsosamma levnadsvanor innebär hälsovinster för dem som har en kronisk cancersjukdom, med exempelvis färre och mindre allvarliga komplikationer. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser innebär ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Det är också genom satsningar inom detta område som sjukvården kan bidra till att minska de ökande skillnaderna i hälsa mellan olika grupper [79, 80]. Patienter med cancer är ofta starkt motiverade att genom förändrade levnadsvanor förbättra prognosen [81].

Rekommendera gärna [skriftlig information publicerad av svensk Sjuksköterskeförening \[82\]](#).

### 8.1 Tobak

#### Rekommendationer

Då rökning påverkar cancerbehandlingen negativt och ökar risken för återfall bör varje verksamhetsområde ha rutiner för stöd till tobaksavvänjning.

Om patienten är rökare bör läkaren och kontaktsjuksköterskan informera om rökningens negativa effekter vid operation och strålbehandling, och hänvisa patienten till rökavvänjning via primärvården eller den specialiserade vården som kan ge hjälp med rökstopp [83-89]. Patienterna kan också ringa den nationella Sluta röka-linjen 020-84 00 00 (<http://slutarokalinjen.org/>). För personer som ska opereras inkluderas även mer sporadisk rökning och för dessa grupper finns särskilda rekommendationer [90]. För egenvård kan internetbaserat eller tryckt material erbjudas patienten [91].

Rökning är associerat med ökade medicinska risker, även för patienter med cancer (++) . Komplikationsrisken är större för rökare än icke-rökare i samband med operation. Personer som röker får mer biverkningar än icke-rökare av såväl medicinsk cancerbehandling som strålbehandling. Mot denna bakgrund bör alla patienter med cancer tillfrågas om sitt tobaksbruk och informeras om riskerna med det.

Effekten av rökstopp före behandling är bäst studerat hos patienter med lungcancer och huvud-halscancer. Fortsatt rökning associeras med ökad risk för dödlighet av alla orsaker och ökad risk för tumörrecidiv hos patienter med icke-småcellig lungcancer i tidigt sjukdomsstadium. När det gäller patienter med småcellig lungcancer med begränsad sjukdom förknippas fortsatt rökning med ökad risk för dödlighet av alla orsaker och ökad risk för utveckling av sekundära primärtumörer, jämfört med patienter som slutat röka i samband med cancerdiagnosen (++) .

Patienter med huvud-halscancer som röker i samband med strålbehandling har sämre överlevnad, lokoregional kontroll och sjukdomsfri överlevnad jämfört med patienter som slutar röka före strålbehandlingen (++) [92-96]. Det är sannolikt att rökning är ogynnsam i samband med strålbehandling även vid andra cancersjukdomar.

För alla patienter med cancer leder rökning till ökad dödlighet generellt, ökad cancerspecifik dödlighet och ökad risk för sekundär primär cancer. Rökstopp förbättrar prognosen för patienter med cancer.

Snusningens skadliga effekter är otillräckligt vetenskapligt kartlagda. Sammanlagt innehåller snus över 3 000 olika ämnen som är skadliga för hälsan, varav minst 28 är cancerframkallande [91]. Snusning ökar sannolikt risken för cancer i bukspottskörteln, matstruben och munhålan. Patienter med cancer bör mot denna bakgrund rekommenderas att avstå från snus [90].

Beträffande e-cigarett (EC) kan konstateras att det i dagsläget saknas produktsäkerhetskontroll, kunskap om hälsorisker med EC och gedigna vetenskapliga studier om EC:s värde som långsiktigt avvänjningsmedel. EC kan för närvarande inte rekommenderas. Trots bristfälligt vetenskapligt underlag bör patienten rekommenderas att avstå från e-cigarett och vattenpipa [97, 98].

Forskning visar att nikotin kan påverka flera viktiga steg i utvecklingen av cancer. Ämnet kan omvandlas till cancerframkallande ämnen i kroppen. Nikotin stimulerar också olika processer som bidrar till tumörväxt och kan därmed förvärra sjukdomen hos den som insjuknat i cancer och försämra effekterna av strålbehandling och cytostatika. Ytterligare forskning om nikotinetts effekter behövs, men redan nu bör patienter med cancer avrådas från att använda någon form av nikotin, utom tillfälligt för att sluta med tobak [99].

## 8.2 Alkohol

### Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal till patienter som har frågor om alkoholbruk, samt till patienter där det i anamnesen framkommit att det finns ett riskbruk av alkohol och där detta kan vara relevant för patientens aktuella situation.

Sannolikt utgör riskbruk av alkohol en komplicerande faktor för såväl behandling av cancer som välbefinnande och livskvalitet under och efter behandling. På grund av alkoholens effekt på den psykiska hälsan finns det troligen också en ökad risk för depression vid riskbruk och samtidig cancersjukdom [100-102].

Patienter som vill ha stöd för att förändra sina alkoholvanor kan ringa den nationella Alkoholnjen 020-84 44 48 (www.alkohollinjen.se).

I samband med operation innebär alkoholkonsumtion förhöjd komplikationsrisk såsom ökad risk för blödningar, infektioner och akuta hjärthändelser. Även sårhäkning försämras av alkohol. Flera cancerläkemedel metaboliseras i levern och interaktioner med alkohol kan medföra antingen sämre effekt av läkemedlet eller ökad biverkningsrisk.

AUDIT är ett bedömningsinstrument för hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal som snabbt och enkelt kan identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. Formuläret kan användas som självskattningsformulär eller som underlag vid ett strukturerat bedömningsamtal [103].



## 8.3 Egenvård

### Rekommendationer

Vårdteamet bör i dialog med patienten definiera de moment i cancerrehabiliteringen som lämpar sig för egenvård. Verksamhetschefen ansvarar för att vårdpersonalens råd om egenvård överensstämmer med lagstiftningen och att utvärderingen av egenvården dokumenteras.

Inom hälso- och sjukvården betyder egenvård: ”Hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad utövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utförs med hjälp av någon annan”. Egenvården regleras av egenvårdsföreskriften från Socialstyrelsen [104]. I de fall vårdteamet bedömer att patienten med bibehållen säkerhet själv kan utföra medicinska behandlingar och patienten samtycker till det, finns i princip inga hinder för att patienten (eventuellt med närståendes hjälp) ansvarar för smärtbehandling med TENS, bandagering vid lymfödem etc. [104].

Begreppet ”egenvård” uppfattas av många som de åtgärder patienten på eget initiativ och med egna medel genomför för att påverka sjukdomen och hela livssituationen i gynnsam riktning. Denna egenvård kan många gånger komplettera den vård och behandling som rekommenderas av vårdteamet, men kan inte regleras i vårdprogram. Se även kapitel [10 Fysisk aktivitet och träning](#).

### 8.3.1 Näring och fysisk aktivitet

Under cancerrehabilitering är det viktigt att patienten får i sig tillräckligt med energi och näringsämnen. De kostrekommendationer som gäller hela befolkningen [105] är tillämpliga även inom cancerrehabilitering, så länge patienten inte har några nutritionsproblem eller risk för undernäring, se kapitel [11 Nutrition](#). Råd som avviker från generella kostråd bör vara evidensbaserade. Vid osäkerhet bör dietist konsulteras.

Fysisk aktivitet och träning är en av de viktigaste interventionerna för att uppnå gott resultat av cancerrehabilitering. Alla patienter bör rekommenderas fysisk aktivitet enligt de rekommendationer som gäller övrig befolkning utifrån de riktlinjer som WHO formulerat [106] och som ges i [FYSS](#) [107]. Se även kapitel [10 Fysisk aktivitet och träning](#).

## 8.4 Patientföreningarna

### Rekommendationer

Cancerbehandlande verksamhetsområden bör utarbeta rutiner för samverkan med berörda patientföreningar. Dessa bör bland annat belysa hur och när information om patientföreningar ska lämnas till patienten.

Det finns flera exempel på cancerrehabilitering i patientföreningarnas regi. Detta får inte medföra att sjukvården avstår från att utveckla motsvarande aktiviteter eftersom många patienter inte har kontakt med patientföreningar. I frågor som rör utveckling av cancerrehabilitering, informationsmaterial m.m. bör verksamheten samverka med patientföreträdare. Patientföreningar bör också bjudas in till samarbete kring utbildningsaktiviteter som vänder sig till patienter eller allmänheten. RCC bistår regionalt med råd om hur en samverkan kan utformas.



## 8.5 Komplementär och alternativ medicin

### Rekommendationer

Vårdpersonal får inte rekommendera behandlingsmetoder som saknar stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet.

I de fall patienten väljer en annan behandling än den som vårdteamet rekommenderar, ska detta respekteras. Patienten bör erbjudas information om eventuella interaktioner.

Vårdpersonalen inom cancerrehabilitering ska erbjuda vård och omsorg med förankring i vetenskap och beprövad erfarenhet. I patientsäkerhetslagen 5 kapitlet 1 § [108] anges att ”andra än hälso- och sjukvårdspersonal får inte yrkesmässigt undersöka någon annans hälsotillstånd eller behandla någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte”. Bland ”följande åtgärder” nämns bland annat att ”behandla cancer och andra elakartade svulster”. Detta innebär att rehabilitering av patienter med cancer ska utföras av legitimerad personal eller på delegation av sådan personal.

Inom cancerrehabilitering används en rad metoder som har begränsat stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att teamets medlemmar bör redovisa detta förhållande för patienten. ”Beprövad erfarenhet” innebär att metoden används med stöd i konsensus bland landets främsta ämnesföreträdare, och inte med stöd i enskilda medarbetares personliga erfarenhet.

Vårdpersonal får inte rekommendera behandlingsmetoder som saknar stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet [108]. Detta innebär också att läkaren inte kan remittera patienten för sådan behandling. När patienten själv väljer behandlingar som legitimerad sjukvårdspersonal inte kan rekommendera, ska detta dock respekteras så länge patienten eller de närstående själva tar hand om behandlingen. I de fall patienten önskar information om behandlingen ska den vara förankrad vetenskapligt. I många fall saknas evidens, och då ska patienten informeras om det. Många patienter med cancer använder på eget initiativ under någon del av sin sjukdomstid behandlingsmetoder som saknar stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet [109].

När det gäller behandlingsmetoder som saknar vetenskaplig förankring saknas ofta information om eventuella interaktioner med den behandling patienten ges i enlighet med Min vårdplan [110]. Patienten bör informeras om de eventuella risker som detta kan medföra, och konstaterade interaktioner eller biverkningar ska (när det gäller läkemedel inklusive naturläkemedel) rapporteras till Läkemedelsverket.

Ibland övervägs behandlingsmetoder som ännu befinner sig på utvecklingsstadiet, eller som är medicinskt motiverade mot ett annat sjukdomstillstånd än det som är aktuellt för patienten. Att behandla på sådana grunder är inte tillåtet utanför vetenskapliga studier eller utan licensförfarande.

När de närstående har synpunkter och frågor kring komplementär och alternativ medicin är det viktigt att klargöra att det är patienten och läkaren som planerar vården. Om patientens tillstånd är sådant att samråd med patienten inte är möjligt får legitimerad vårdpersonal inte medverka till behandling som saknar grund i vetenskap och beprövad erfarenhet.

## KAPITEL 9

# Prehabilitering

## Rekommendationer

Inför cancerbehandling (kirurgi/strålbehandling/medicinsk cancerbehandling) bör patientens behov av prehabiliteringsinsatser bedömas avseende fysisk förmåga, nutrition, sociala och psykologiska aspekter samt levnadsvanor i syfte att optimera effekten av behandling och minska risken för komplikationer.

Cancerprehabilitering kan definieras som en sammanhängande vårdprocess mellan diagnos och behandlingsstart som omfattar fysiska och psykologiska bedömningar för att fastställa ett funktionellt utgångsstatus, identifiera funktionsnedsättningar och erbjuda målinriktade åtgärder för att förbättra patientens hälsa samt minska förekomst och svårighetsgrad av komplikationer. Det gäller således inte enbart de behov som vårdteamet under hela vårdprocessen ska sträva efter att identifiera, utan insatser som syftar till att den planerade behandlingen ska ge optimalt resultat.

Det finns ett växande vetenskapligt stöd för interventioner till nyligen diagnostiserade cancerpatienter inför behandlingsstart för att optimera deras hälsa och sjukdomsprognos [111]. Studier tyder på att ett multimodalt förhållningssätt som integrerar både fysiska och psykologiska interventioner kan vara effektivare än enbart det ena eller andra, men mer forskning behövs för att utvärdera de mest effektiva prehabiliteringsinterventionerna och kombinationerna [112-114]. För att optimera den psykiska hälsan inför cancerbehandling har kontaktsjuksköterskan en central roll att i dialog med patienten bedöma behovet av interventioner för att förebygga psykisk ohälsa och vid behov hänvisa till kurator för bedömning, se avsnitt [6.5 Kurator](#).

Inför planerad kirurgi är det av stor vikt att bedöma nutritionstatus då undernäring i samband med kirurgi är en oberoende riskfaktor för komplikationer, försämrat immunförsvar, lång vårdtid och ökad dödlighet [113]. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) är ett internationellt utvecklat behandlingsprogram för hela den perioperativa vården kring tjock- och ändtarmscancer och rekommenderas för alla patienter som genomgår kurativ eller palliativ kirurgi (+++). Bland patienter som ska genomgå kirurgi med risk för undernäring eller som redan är undernärda rekommenderas lämpligt nutritionstöd både under och efter utskrivning från sjukhus (+++) [114]. ERAS leder till snabbare återhämtning, kortare vårdtider och en halvering av behandlingskrävande komplikationer efter kolorektal kirurgi. ERAS utvecklas också för en rad andra operationer såsom övre gastrointestinal kirurgi, gynekologi och urologi [115].

Flera systematiska översikter har fokuserat på betydelsen av preoperativ fysisk träning inom olika områden av kirurgi. Sammanfattningsvis visar de att denna intervention har goda effekter på fysisk kondition och postoperativa utfallsmått. Bristen i aktuell forskning beskrivs som heterogeniteten i valda patientgrupper, utfallsmått och avsaknad av riktlinjer för specifik träningsregim [116]. Nya studier indikerar att en grupp av interventioner såsom träning, nutrition och orosreducering i den preoperativa fasen kan komplettera och förbättra återhämtningen och underlätta återgång till tidigare funktionsnivå. Det saknas dock ännu evidens för att preoperativ förbättring av funktionskapaciteten minskar postoperativ sjuklighet och underlättar senare cancerbehandling [117].

Se även kapitel [8 Hälsaspekter](#).

## KAPITEL 10

# Fysisk aktivitet och träning

**Rekommendationer**

Alla patienter med cancer bör i samband med diagnos och inledande behandling informeras muntligt och skriftligt om betydelsen av fysisk aktivitet samt om hur de får kontakt med fysioterapeut och arbetsterapeut.

Inom behandlande enhet eller verksamhetsområde bör riktlinjer utformas som belyser hur och av vem informationen ska ges, lämpligen i samband med att en cancerrehabiliteringsplan upprättas.

Inom verksamhetsområdet bör patienten ha snabb och enkel möjlighet att träffa en fysioterapeut. Träning bör erbjudas individuellt, i grupp eller som hemträning. Fysisk aktivitet på recept, FaR, bör användas.

Det är viktigt att patienten är så fysiskt aktiv som de egna förutsättningarna tillåter, lite aktivitet är bättre än ingenting. Patienter bör också stimuleras till att återgå till sina dagliga fysiska göromål efter operation och fortsätta med dem under den onkologiska behandlingen [118]. Läs mer i FYSS [107]!

Fysisk aktivitet och träning är en av de viktigaste interventionerna för att minska komplikationer i samband med den onkologiska behandlingen, såsom fatigue, nedsatt kondition och minskad styrka [106, 119]. Fysisk aktivitet definieras som ”all kroppsrörelse som resulterar i ökad energiförbrukning utöver viloförbrukning” och kan innefatta allt från hushållsarbete till promenader och ansträngande träning [107]. Träning definieras som ”strukturerad fysisk aktivitet som syftar till att bibehålla eller förbättra fysisk förmåga såsom kondition och styrka” [107].

Studier har beskrivit betydelsen av att läkare och sjuksköterskor informerar om vikten av fysisk aktivitet [120, 121].

Alla patienter bör rekommenderas fysisk aktivitet enligt de rekommendationer som gäller övrig befolkning utifrån internationella riktlinjer [122, 123] och som ges i FYSS [107]: ”Alla vuxna från 18 år och uppåt, rekommenderas att vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktivitet av måttlig och hög intensitet kan även kombineras. Aktiviteten bör spridas ut över flera av veckans dagar och utföras i pass om minst 10 minuter.” Den fysiska aktiviteten bör alltså innefatta både konditions- och styrketräning och ska anpassas till individens förmåga samt tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet och träning. Patienten bör anpassa träningen under pågående cytostatikabehandling. Pågående infektion är en absolut kontraindikation för träning. För att hitta lämplig fysisk aktivitet samt aktivitetsnivå bör patienten i många fall träffa en fysioterapeut.

På senare år har ett flertal studier visat nyttan av fysisk aktivitet under och efter cancerbehandling [124, 125]. Det har visat sig att fysiskt aktiva patienter med cancer klarar sin behandling bättre och får mindre besvär av biverkningar. Det som framför allt studerats och som förbättrats av fysisk aktivitet är fatigue, depression och hälsorelaterad livskvalitet [126, 127]. Det har även visat

sig att träning under cytostatikabehandling kan ge ökad muskelstyrka och syreupptagningsförmåga [128-130]. Studier har också visat att fysisk aktivitet kan minska risk för återfall samt ge förlängd överlevnad, men evidensen bedöms här ännu som begränsad. Inga publicerade studier visar skadliga biverkningar av fysisk träning.

De flesta studier är gjorda på bröst-, tjocktarms- och prostatacancer. Ett mindre antal studier finns också av gynekologisk cancer, hjärntumörer och hematologiska maligniteter, och på senare tid har det också kommit data på lungcancer [131-138]. Det finns även studier som visar på positiva effekter av fysisk aktivitet i sent palliativt skede av cancersjukdomen [139].

Skador på grund av fysisk aktivitet både under och efter behandling av cancersjukdom är sällsynta och liknar dem som förekommer när friska individer tränar. Det har inte heller framkommit något som tyder på ökad risk för lymfödem hos dem som är fysiskt aktiva eller en försämring hos dem som redan utvecklat ett ödem. Detta gäller både övre och nedre extremiteter förutsatt att lymfödemet behandlas enligt gällande riktlinjer [120, 124, 140, 141].

Patienter ska inför strålbehandling informeras om förebyggande rörlighetsträning för att minska strålrelaterad stramhet [142]. Detta gäller framförallt när operation och strålbehandling ligger nära en led som kan påverkas, t ex. vid bröstoperation eller axillutrymning.

Patienten bör ha möjlighet att snabbt och enkelt få råd om fysisk träning. Lämna gärna skriftligt informationsmaterial till patienten [143, 144]. Patienten kan erbjudas att komma till en träningslokal i nära anslutning till mottagningen eller vårdavdelningen för träning i grupp. Det ger på ett enkelt sätt tillfälle till direktkontakt med en fysioterapeut, som i förekommande fall kan hänvisa patienten vidare samt ge råd om egen träning. I Norge har ”pusterum” införts på alla sjukhus, med goda resultat [145]. [Fysisk aktivitet på recept \(FaR\)](#) [146] kan också vara ett användbart hjälpmedel.

Patienter med cancer kan ha fördel av att träna med andra i samma situation då många har följdverkningar av sin sjukdom och behandling och därför inte gärna tränar på ett vanligt gym eller allmän bassäng [147].

## KAPITEL 11

## Nutrition

**Rekommendationer**

I samband med in- och utskrivning på vårdavdelning och vid mottagningsbesök bör patientens nutritionstatus bedömas enligt riktlinjer för verksamhetsområdet. Alla verksamheter ska ha rutiner för bedömning av nutritionstatus. Riktlinjerna bör även följa rekommendationerna i tumörspecifika vårdprogram.

Patienten bör erbjudas att träffa dietist vid nutritionproblem. Tidig bedömning och intervention är angelägen. Föreligger svårigheter att tugga/svälja bör logoped konsulteras.

Cancersjukdom och onkologisk behandling innebär hög risk för undernäring/kakexi [114]. Ett gott näringsstillstånd ökar förutsättningarna för att uppnå optimal behandlingseffekt vid cancer och bidrar till att patienten kan bibehålla så god livskvalitet som möjligt.

Läkare/kontaktsjuksköterska gör tidigt en bedömning: se kapitel [5 Strukturerad bedömning, diagnostik och Min vårdplan](#) [148]. En enkel riskbedömning kan göras utifrån följande faktorer:

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

Risk för undernäring föreligger om patienten har en eller flera av dessa riskfaktorer. Om riskbedömningen visar att patienten har risk för undernäring ska en utredning göras för att ta reda på orsak till viktnedgång och/eller ätsvårigheter [149]. En vårdplan för nutrition bör upprättas för de patienter som har eller bedöms riskera undernäring samt vid förväntade nutritionproblem av kirurgisk och onkologisk behandling. Vårdplanen skrivs i samråd mellan patient, dietist, sjuksköterska och läkare. Nutritionbehandlingen utformas individuellt och anpassas till sjukdom, behandling, nutritionstatus samt energi- och näringsbehov.

Upprepa riskbedömningen regelbundet under behandlingens gång, oavsett BMI eller tidigare vikthistorik [150, 151].

Ytterligare en faktor för ökad uppmärksamhet och samråd med dietist är övervikt som bedöms påverka tillståndet och cancerbehandlingen. I samband med cancer och cancerbehandling kan övervikt dölja en potentiell näringsbrist eller ett otillräckligt näringsintag. Det är mycket viktigt att patienten inte minskar näringsintaget enligt egen bedömning, eftersom tillgång till en rad näringsämnen är viktig för optimal effekt av cancerbehandling och cancerrehabilitering.

Om patienten inte har några nutritionproblem rekommenderas kost enligt de nordiska näringsrekommendationerna, dvs. de rekommendationer som gäller hela befolkningen [105]. Råd som avviker från dessa generella kostråd bör vara evidensbaserade. 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 förställning till att patientens totala kaloriintag blir för lågt. Förutom dietisten bör därför även kontaktsjuksköterska och läkare vara lyhörd och vid behov lämna adekvat information [[152](#)].

Efter avslutad cancerbehandling gäller samma råd som vid förebyggande av cancer [[153](#)]. Det är inte ovanligt att nutritionsproblem kan kvarstå en längre tid efter avslutad behandling och dietistkontakt är då att rekommendera. Patienter med övervikt efter avslutad behandling kan vara i behov av 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 [[150](#), [153](#)].

## KAPITEL 12

# Aktivitetsbalans och aktiviteter i det dagliga livet

## Rekommendationer

Om patienten behöver stöd i att hantera aktivitetsproblem som hindrar det dagliga livet ska frågan belysas i cancerrehabiliteringsplanen, se kapitel [5 Strukturerad bedömning, diagnostik och Min vårdplan](#).

Kontakt med arbetsterapeut etableras vid behov i ett tidigt skede enligt enhetens rutiner. Arbetsterapeuten gör en fördjupad bedömning av patientens aktivitetsproblem och aktivitetsbalans. Tillsammans med patienten och de närstående tas strategier fram för att hantera det dagliga livet. Behov av behandling och hjälpmedel ska tillgodoses.

Aktivitetsbalans är ett centralt begrepp inom arbetsterapi och aktivitetsvetenskap. Tre olika perspektiv på balans lyfts fram i litteraturen: aktivitetskategorier, aktiviteter av olika upplevelsekaraktär samt tidsanvändning. Balans mellan arbete och fritid, mellan ”måsteaktiviteter” och lustfyllda aktiviteter, mellan ensamma och sociala aktiviteter liksom mellan aktivitet och vila/återhämtning lyfts fram i begreppet [[3](#), [22](#), [154-163](#)]. Aktivitetsbalans påverkas således av fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter vid cancer och cancerbehandling men är inte diagnosspecifikt.

Aktiviteter i det dagliga livet (ADL) kan beskrivas som en behovstrappa innefattande *personlig ADL* (P-ADL), *instrumentell ADL* (I-ADL), *i samhället och fritt valda aktiviteter*. P-ADL innefattar det som har med personlig omvårdnad och överlevnad att göra medan I-ADL innefattar det som görs i hemmet inklusive att göra inköp och sköta barn. Att utöva sitt samhällsansvar, att hälsa på närstående och ta del av kultur och fritidsaktiviteter *i samhället* samt att utöva *fritt valda aktiviteter* kräver både P-ADL och I-ADL [[155](#)]. Finns det behov av hjälpmedel ska patienten få dessa utprovade och förskrivna [[3](#)].

Arbetsterapeuten utreder aktivitetsförmågan utifrån ett personcentrerat perspektiv och fokuserar på de aktiviteter personen själv anser är meningsfulla och de svårigheter personen upplever i sin vardag [[156](#)]. Canadian Occupational Performance Measure, COPM, kan användas för att identifiera viktiga aktiviteter och vilka hinder det finns för att utföra dem [[157](#)].

Aktivitetsbedömning görs med hjälp av lämpligt standardiserat bedömningsinstrument utifrån verksamhetens rutiner [[159](#), [160](#)]. För personer med mer uttalade problem är det nödvändigt att även observera aktiviteterna. Arbetsterapeutiska metoder för strukturerad observation kan då användas [[161](#)].

Arbetsterapeutiska åtgärder syftar till att patienten ska kunna utföra önskade aktiviteter utifrån sina egna mål. Arbetsterapeutiska åtgärder syftar till att patienten ska kunna utföra önskvärda aktiviteter utifrån sina egna mål. Det sker genom att använda alternativa eller kompenserande metoder där patientens resurser är en viktig förutsättning. Resurserna kan vara stöd från nätverk, motivation, kreativitet m.m. Åtgärderna innehåller ofta inslag av information och undervisning



[162]. Vid trötthet/fatigue kan det behövas stöd i att balansera aktiviteter mot varandra för att orka med vardagen [163]. Då används vanligen informations- eller undervisningsprogram. Teamarbete rekommenderas då det ofta är flera faktorer som samverkar vid aktivitetsproblem [22].

Efter cancerbehandling kan olika aktiviteter komma att kräva mer energi än tidigare, på grund av exempelvis förändrad kondition eller cancerrelaterad fatigue. Då kan strategier för energibesparing eller aktivitetsprioritering underlätta vardagen. Energibesparing eller aktivitetsprioritering handlar om att lära sig vad som gör att det krävs mycket energi, t ex att göra för många aktiviteter i rad utan paus emellan eller att prioritera att göra saker trots att aktiviteten hade kunnat göras vid en annan tidpunkt [164].

Vid långvariga eller bestående funktionsnedsättningar kan mer omfattande behandlingsåtgärder behöva sättas in. Detta kan gälla vid hjärntumör, kognitiv funktionsnedsättning, uttalad fatigue, amputation, omfattande tarmproblem eller ryggmärgspåverkan. Rehabilitering för dessa patientgrupper skiljer sig inte från den som används inom rehabilitering med annan genes än cancer. Åtgärder kan i dessa fall omfatta funktionsträning, aktivitetsträning, hjälpmedel, bostadsanpassning eller anpassning av arbetssituationen.

## KAPITEL 13

# Sexuell hälsa och fertilitet

**Rekommendationer**

Patientens läkare och kontaktsjuksköterska bör under hela cancervårdförloppet informera om sjukdomens och behandlingens potentiella påverkan på den sexuella hälsan och i dialog med patienten uppmärksamma behov av rehabilitering.

Varje verksamhetsområde bör ha riktlinjer för diagnostik samt hur kontakt vid behov etableras med sexolog eller annan expert.

## 13.1 Sexuell hälsa

WHO har uttalat en vidgad definition av sexualitet som innebär att ”sexualitet är en integrerad del av personligheten hos varje människa: man, kvinna och barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonymt med samlag, den handlar inte om huruvida vi kan få orgasm eller inte, och är inte heller lika med summan av våra erotiska liv. Sexualitet är mycket mer: den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vad vi känner, hur vi rör oss, hur vi rör andra och själva tar emot beröring (smekningar). Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och genom detta vår psykiska och fysiska hälsa [165, 166].

Närhet är ett av våra grundläggande behov och i samband med allvarlig sjukdom som cancer är det vanligt att behovet av psykisk såväl som fysisk närhet ökar. Fysisk närhet kan vara av sexuell och icke-sexuell karaktär. Sexuell närhet behöver inte vara det samma som samlag. Patienter och deras närstående berättar att det inte är ovanligt att avståndet i relationen ökar [167]. Det kan finnas flera orsaker till detta, t.ex. svårigheter att kommunicera, farhågor och missriktad hänsyn [168].

Den teammedlem som enligt verksamhetsområdets rutin samtalar med patienten om sexuell hälsa, sexualitet och relation bör tänka på att:

- erbjuda muntlig och skriftlig information [168-170].
- bjuda in till dialog tidigt i kontakten och därefter återkommande efter individuellbedömning
- erbjuda alla patienter dialog oavsett ålder, kön, partnerstatus, ursprungsland etc.
- välja ord och termer som patienten önskar använda
- erbjuda patienten och eventuell partner samtal med kurator, psykolog, läkare eller sexolog om det visar sig behövas.

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 prata och informera om hur olika behandlingar kan påverka sexuell funktion och vilka åtgärder/insatser som finns att tillgå för att kompensera för eventuella funktionsbortfall och svårigheter. Om patienten har en partner bör denna med patientens medgivande erbjudas att delta i samtalen. Alla teammedlemmar bör ha

grundläggande kunskap om hur cancersjukdomen och dess behandling kan påverka sexuella funktioner och den sexuella hälsan för att kunna ge individanpassad information, råd och stöd på ett strukturerat sätt. PLISSIT-metoden är en samtalsteknik som kan användas [[171](#), [172](#)].

## 13.2 Fertilitet

### Rekommendationer

Varje landsting/region bör utforma riktlinjer för fertilitetsfrågor vid cancer.

I samband med operation, strålbehandling eller cytostatikabehandling med läkemedel som kan påverka fertiliteten bör patienter i fertil ålder erbjudas rådgivning hos reproduktionsmedicinsk specialist för ställningstagande 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 om det är medicinskt möjligt erbjudas spermiedfrysning före behandlingsstart.

Förlust av fertiliteten kan påverka identiteten och självbilden, även hos personer som inte planerat (fler) barn. Information om risken för infertilitet är därför betydelsefull och bör upprepas under processen. Alla i sammanhanget aktuella patienter bör ges möjlighet att diskutera fertilitetsbevarande tekniker, även när möjligheterna är begränsade. Samtalet bör kompletteras med skriftligt material och material på internet.

På 1177:s webbplats finns uppdaterad information som vänder sig till patienter och närstående [[173](#)] och på Vänadsrådets webbplats finns filmer som vänder sig till unga [[174](#)].

## KAPITEL 14

# Sociala aspekter

### 14.1 Kartläggning

#### Rekommendationer

Behandlande läkare och kontaktsjuksköterska ansvarar för en första kartläggning samt för de grundläggande insatser som kan vara påkallade. Det bör inom verksamhetsområdet finnas riktlinjer för vilka patienter som ska erbjudas kontakt med t.ex. kurator, psykoonkologisk sjuksköterska och rehabiliteringskoordinator.

Sociala aspekter innebär hur en person har det i olika sammanhang, vilka möjligheter och förutsättningar som finns för att delta i samhället samt huruvida en person är inkluderad eller exkluderad i förhållande till centrala samhällsarenor. Det är därför av stor vikt att patientens sociala situation och behov kartläggs i samband med diagnos och när en cancerrehabiliteringsplan upprättas. Denna kartläggning bör sedan upprepas fortlöpande och minst i samband med varje tillfälle som cancerrehabiliteringsplanen revideras, då förutsättningarna ofta förändras över tid. De sociala aspekterna kan omfatta patientens familjesituation, boende, sysselsättning, nätverk och ekonomi.

### 14.2 Försäkringsmedicin

#### Rekommendationer

Varje landsting/region bör utforma riktlinjer för när patienter med cancer ska erbjudas stöd av en speciell koordinatorsfunktion. Detta gäller oavsett om patienten är aktuell inom specialistvård eller primärvård.

Nationellt försäkringsmedicinskt forum [175] antog i november 2017 en gemensam ny definition av försäkringsmedicin: "Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplat till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen. Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem."

Vid misstanke om cancer har läkaren ansvar att i dialog med patienten bedöma om det finns behov av sjukskrivning. Cancersjukdomen och dess behandling påverkar ofta grundläggande funktioner och begränsar olika aktiviteter, däribland arbete. Patientens arbetsförmåga kan också påverkas av oro och stress relaterat till sjukdomen. I Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning finns övergripande principer samt rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Bedömningen ska alltid vara individuell och utgå från individens unika förutsättningar. Gällande beslutsstöd för flera cancerdiagnoser publiceras på Socialstyrelsens webbplats [176].

Frågor som rör sjukskrivning ska ingå i Min vårdplan om det är aktuellt. Arbete och sysselsättning är en väsentlig del av livet för de flesta och har därför stor betydelse för rehabiliteringen. Studier pekar även på vikten av hur sjukvårdspersonal samtalar med patienten om arbetsåtergång [177].

För patienter i arbetsför ålder kan det vara aktuellt med olika ersättningar: sjukpenning, förebyggande sjukpenning, särskilt högriskskydd med flera. Försäkringskassan är den myndighet som utreder och beslutar om den enskildes rätt till dessa ersättningar. För aktuell information hänvisas till [Försäkringskassans webbplats](#). En koordineringsfunktion, ofta kallad rehabiliteringskoordinator, kan vara ett stöd i dessa frågor [176, 178]. Förutom stöd till verksamheterna ska denna funktion kunna erbjuda patienten personligt stöd i frågor om sjukskrivning och återgång i arbete samt medverka med andra aktörer i samråd med patienten. Målet är att patienten ska kunna arbeta så mycket som sjukdom och behandling medger utifrån individuella förutsättningar [176]. Överenskommelser dokumenteras i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan. [176]

## 14.3 Närstående

### Rekommendationer

Inom verksamhetsområdet bör det finnas riktlinjer som belyser stöd till närstående.

En närstående är en person som patienten själv anser sig ha en nära relation till. Det är viktigt att tidigt kartlägga patientens nätverk. Familj och vänner är dessutom ofta direkt delaktiga i patientens vård och rehabilitering. Stöd till de närstående kan vara direkt avgörande för 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 delaktighet [179] och informeras om vilka stödinsatser som finns. Närstående bör även erbjudas information och kunskap om patientens sjukdom, sjukdomens förlopp, behandling och rehabilitering, enligt lokala riktlinjer och med patientens medgivande. Vilka insatser som är aktuella och var de kan tillgodoses måste bedömas individuellt. Det är också lämpligt att informera om patientföreningarnas stöd till närstående.

Närståendes medverkan i vården av patienten måste bygga på frivillighet och godkännande av patienten. Närstående kan utöver att vara med vid läkarbesök utgöra ett värdefullt stöd även vid undersökningar och sjukvårdande behandlingar.

Stödet till närstående är motiverat utifrån patientens situation och behov. När det gäller den närståendes behov utöver detta gäller eget ansvar att söka hjälp vid behov. Om behoven relaterar till sjukdom är vårdcentralen vanligen rätt instans. Kommunen har en lagreglerad skyldighet, enligt 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), som innebär att socialnämnden ”ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder” [180]. Det kan således vara aktuellt att informera om socialtjänstens insatser som vänder sig till närståendevårdare. För att ge rätt råd och stöd bör patienten och de närstående informeras om möjligheten till att träffa en kurator, som kan ge information om andra vårdgivare m.m. för stöd.

Det kan vara lämpligt att informera närstående om värdet av kontakt med andra i liknande situation. Patientorganisationerna ger i många fall sådana möjligheter. Cancerkompisar är en ideell organisation som hjälper närstående till patienter med alla former av cancer att få kontakt med

andra närstående [181]. Verksamheten utvärderas fortlöpande, och resultaten beskrivs som mycket goda [182].

## 14.4 Barn som anhöriga

### Rekommendationer

Verksamhetschefen har ansvar för att det finns lokala rutiner för barn som anhöriga.

Den fasta vårdkontakten (läkare och/eller kontaktsjuksköterska) ansvarar för att ta reda på om patienten har något minderårigt barn och vem eller vilka som är vårdnadshavare. Ansvaret innefattar att säkerställa att barnet får adekvat stöd. Barnets/barnens födelseår bör dokumenteras i patientens journal.

Vårdnadshavaren/vårdnadshavarna bör erbjudas och rekommenderas samtal med kuratorn, som efter en individuell bedömning kan förmedla vidare kontakter. Se avsnitt [6.5 Kurator](#).

Hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet att särskilt uppmärksamma barn som anhöriga och tillse att de får information, råd och stöd (5 kap 7 §) [3]. Barn i samhällsvård eller med flyktingbakgrund är särskilt sårbara och ska ägnas stor uppmärksamhet [20]. Likaså ska barn när förälder eller motsvarande vårdas hemma ägnas särskild uppmärksamhet [14].

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. Patienten kan avböja information och stöd till barnet, och detta ska respekteras i den mån personalen bedömer att barnets behov tillgodoses (Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap 7 §) [3]. Det blir då vårdpersonalens ansvar att arbeta motiverande med patienten med fokus på barnets behov och bästa.

Om föräldern eller hälso- och sjukvården inte kan tillgodose barnets behov av råd och stöd ska barnet erbjudas hjälp att få kontakt med annan instans. Det kan vara stödgrupp, elevhälsa, socialtjänst eller någon idéburen organisation. Det är också viktigt att komma ihåg att föräldern kan behöva hjälp i föräldrarollen. Socialtjänsten ska kontaktas vid behov, ”orosanmälan”, i enlighet med socialtjänstlagen 14 kap. 1§.

Patienten och övrig vårdnadshavare kan rekommenderas vidare information via internet, 1177.se [183]. Andra användbara länkar:

- Barn som anhöriga i [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga, [www.anhoriga.se](http://www.anhoriga.se)
- NäraCancer (Professionslett webb-baserat stöd till unga närstående): [www.naracancer.se](http://www.naracancer.se)
- Cancerfonden, [www.cancerfonden.se](http://www.cancerfonden.se)
- Randiga huset (ideell verksamhet): [www.randigahuset.se](http://www.randigahuset.se)

Dessutom har många andra patientorganisationer information och verksamhet som riktar sig till barn som anhöriga.

För personal finns en webbutbildning: Barn som anhöriga – Våga fråga: <http://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Webb-utbildningar>

”Att samtala med barn” – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-10-10/>

## KAPITEL 15

# Existentiella, psykologiska och psykiatriska aspekter

## Rekommendationer

Patientens psykiska hälsa bör bedömas vid första besöket.

Bedömningen upprepas fortlöpande utifrån patientens situation och behov, framför allt i samband med behandlingsavslut, förändringar i sjukdom eller behandling, såsom vid progress, övergång från kurativ till palliativ intention samt övergång från tidig till sen palliativ fas.

## 15.1 Grundläggande stöd och bedömning av riskfaktorer

Grundläggande psykosocialt stöd ges vid återkommande kontakter med cancervården. Det finns ingen enkel mall för vad psykosocialt stöd och behandling ska innehålla - varje patient måste bedömas utifrån sina behov. Läkaren, kontaktsjuksköterskan och övriga teammedlemmar står för det grundläggande goda omhändertagandet som underlättar patientens anpassning till den nya situationen och kan ge samtalsstöd vid lindrig ångest hos patienter med cancer. Empatiskt bemötande, ömsesidig respekt och förtroende mellan sjukvårdspersonal, patient och närstående underlättar vård och behandling. Klar och tydlig information om sjukdom, behandling och konsekvenser samt öppenhet för frågor är viktigt, liksom att erbjuda god symtomlindring.

Patienter med bakomliggande riskfaktorer bör uppmärksammas och aktivt erbjudas stöd och behandling. Studier visar att de har en sämre prognos vad beträffar sin cancer [184]. Exempel på riskfaktorer är:

- Yngre ålder
- Ensamstående, skild, änka/änkling
- Barn under 21 år
- Ekonomiskt belastad situation
- Bristande socialt stöd
- Tidigare psykiatrisk sjukdom
- Beroendesjukdom

Ibland behöver patienten och de närstående mer hjälp, råd och stöd för att förstå vad situationen innebär samt att se vilka inre och yttre resurser som finns för att hantera situationen. Känslor av oro, nedstämdhet och sorg är vanliga. I vissa fall utvecklar patienten eller de närstående symtom på psykisk ohälsa, såsom depression, oro eller ångest. Det är viktigt att tidigt upptäcka detta och initiera psykosocialt stöd, psykologisk behandling eller farmakologisk behandling.

Kurator, psykolog, psykiater eller profession med vidareutbildning inom psykoterapi kan erbjuda bedömning, behandling och rekommendationer vid psykisk ohälsa. Självvårdare (präst, diakon

eller företrädare för annan trosuppfattning) kan erbjuda stöd som relaterar till existentiella tankar och frågor.

Vid misstanke om svårare psykiatrisk problematik eller psykiatrisk sjukdom i patientens sjukdomshistoria bör behandlande läkare samråda med psykiatri enligt lokala riktlinjer.

## 15.2 Existentiella frågor

De existentiella frågorna berör alla och blir ofta särskilt aktuella då vi får problem med hälsan och behöver vård. Cancer är i vårt samhälle en sjukdom som fortfarande väcker tankar om lidande och död men också om skuld, ansvar, trygghet och tillit.

Vårdpersonal kan inte ge entydiga svar på existentiella frågor utifrån ett objektiva, naturvetenskapligt perspektiv, bara hitta sätt att förhålla sig till dem. Uppgiften som vårdpersonal är att öppet och lyhört lyssna till patientens berättelse och ge utrymme för reflektion, utan att förmedla svar och lösningar på patientens existentiella frågor.

Det är viktigt att inte döma eller värdera i dialogen kring existentiella frågor. Respekt för patientens egen upplevelse av sin livssituation, även om den inte är begriplig för någon annan, är extra viktig. Om patienten uttrycker behov av stöd utöver detta bör hänvisning till kurator, psykoonkologisk sjuksköterska, psykoterapeut eller psykolog ges om det förefaller finnas inslag av oro eller ångest.

Det finns ingen intervention som uppfyller kraven på evidens när det gäller existentiella frågor och problem inom cancervård [185]. Patienten kan vid behov hänvisas till företrädare för religiösa samfund. Sjukhuskyrkan är i det sammanhanget en värdefull samarbetspartner, inte minst på grund av prästens och diakonens tystnadsplikt. Sjukhuskyrkans personal möter människor i lyssnande och dialog, och förmedlar vid behov kontakt med företrädare för andra samfund och religioner.

Patientföreningar kan fylla en viktig funktion för dem som behöver stöd och vägledning genom sjukdomen.

## 15.3 Stressrelaterade symtom och anpassning

Cancer och cancerbehandling utgör en betydande stressor på patient och närstående och utlöser relativt ofta en akut stressreaktion. Anpassning till den förändrade livssituationen sker oftast spontant, men kräver tid. Om reaktionen kvarstår efter fyra veckor används begreppet anpassningsstörning (F43.2 i DSM 10 [186]).

Det är viktigt att ta hänsyn till att patienter och närstående med akut stressreaktion kan ha svårt att tillgodogöra sig information eller stödande samtalsbehandling. Patienten behöver i det skedet ha någon hos sig, både i vårdsituationen och i hemmet. Vid senare tillfälle säkerställs hur patient och närstående uppfattat informationen och uppföljning görs av hur patienten mår. Åtgärder av mer långsiktig karaktär sätts in vid behov.

Vid avancerade eller mycket avancerade behov kan patienten remitteras till enhet för medicinsk rehabilitering för multimodal rehabilitering, MMR.



Vårdpersonal kan underlätta patientens och de närståendes anpassning till den förändrade livssituationen genom att

- återkommande säkerställa att patienten och de närstående har uppfattat den information som givits
- berätta kortfattat och tydligt för patienten vad som händer härnäst
- ge tillfälle att ställa frågor
- skapa en så trygg vårdssituation som möjligt, exempelvis genom personalkontinuitet
- bekräfta känslor och normalisera reaktionen – det är normalt att reagera på ett besked om svår sjukdom.
- vara observant på om patientens och närståendes reaktionsmönster starkt avviker från normal stressreaktion och då erbjuda kontakt med kurator, psykolog, psykiater eller annan profession med vidareutbildning i psykoterapi, och vid behov göra en strukturerad suicidriskbedömning.

## 15.4 Ängest

### Rekommendationer

Bedömning av om patienten har oro eller ångest bör göras fortlöpande. Patienter med symtom som inger misstanke om ångest bör genomgå en fördjupad bedömning med erbjudande om behandling. I förekommande fall bör en strukturerad suicidriskbedömning utföras.

Underliggande somatiska tillstånd såsom obehandlad smärta, påverkan på andning och cirkulation, endokrin orsak eller elektrolytrubbning bör alltid beaktas, liksom att läkemedel som ofta används i cancervården kan ge ångest som biverkan, t.ex. kortison, antikolinergika och antiemetika. Abrupt utsättande av bensodiazepiner, opioider, alkohol och narkotika kan ge abstinens och accentuerad ångest, vilket är ett observandum t.ex. vid akut inläggning.

Se även [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se) [187].

## 15.5 Depression

### Rekommendationer

En patient med symtom som inger misstanke om depression bör genomgå en utvidgad bedömning enligt samma riktlinjer som för patienter utan cancerdiagnos. I förekommande fall bör en strukturerad suicidriskbedömning utföras.

Depressionsdiagnostik hos patienter med cancer kan vara mer komplicerad än hos andra patientgrupper [188]. Vid cancer är ofta somatiska besvär, som viktnedgång eller viktuppgång liksom trötthet och svaghetskänsla, direkta följder av sjukdomen eller den medicinska behandlingen. Det gör att tröskeln för patienter att uppfylla diagnoskriterier blir något lägre. Därför kan det vara motiverat att ställa frågor om patientens stämningsläge, förmåga och motivation att orka med cancerbehandlingen. En viktig sammanfattande fråga är om patienten känner sig personlighets- och funktionsmässigt förändrad jämfört med tidigare. Det är vanligt att depression och ångest uppstår när patienten är färdigbehandlad. Det är viktigt att uppmärksamma och behandla depression av flera skäl, dels för att tillståndet sänker livskvaliteten

[189-192], dels för att bristande följsamhet i behandling är tre gånger vanligare hos patienter med depression [193]. Det finns ett fåtal studier som visar försämrad överlevnad hos patienter med cancer och depression. Patienter med svårare depressionstillstånd eller misstänkt bipolär sjukdom bör remitteras till psykiater för bedömning och behandling.

Bland patienter med måttlig till svår depression är suicidalitet inte ovanligt. I förekommande fall ska en strukturerad suicidriskbedömning utföras [194]. Patienter med suicidtankar eller suicidplaner ska utan dröjsmål bedömas av läkare.

Se även [www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)! [195].

## 15.6 Personlighetsstörning

Patienter som har betydande svårigheter att kommunicera och anpassa sig till sin förändrade livssituation kan ha en personlighetsstörning. Patienter som uppvisar otillräckligt eller inget svar på given behandling av ångest, depression eller anpassningsstörning bör bedömas utifrån misstanke om personlighetsstörning. I dessa fall kan även de närstående behöva extra stöd kring rehabiliteringsfrågor.

Remiss till psykiatrisk specialistvård för bedömning, behandling samt psykologiskt professionellt stöd till berörd vårdpersonal är angelägen och bör övervägas.

## 15.7 Kognitiv funktionsnedsättning

### Rekommendationer

Patienter som upplever eller visar tecken på kognitiv funktionsnedsättning bör erbjudas en utvidgad bedömning av sin kognitiva funktion.

En patient som uppvisar svårigheter med uppmärksamhet, minne eller planeringsförmåga kan behöva en bedömning av kognitiv funktions- och aktivitetspåverkan. Kognitiv funktion omfattar uppmärksamhet, exekutiva funktioner, minne, språk, visuospatial förmåga och social kognition. Bristerna kan bero på konfusion, demens, depression, ångest, stress eller vara en biverkan av behandling.

Kognitiv funktionsnedsättning förekommer efter medicinsk cancerbehandling. Den neurobiologiska mekanismen för funktionsnedsättningen är ännu ej klarlagd [196]. Hur stor andel av behandlade patienter som får denna biverkan är sannolikt korrelerad till typ av behandling och given dos. Andelen patienter som drabbas är inte klarlagd. För en del är funktionsnedsättningen övergående, men blir dessvärre ibland bestående och är ibland orsak till att patienten inte klarar att återgå i arbete efter avslutad cancerbehandling.

Remiss till neuropsykolog och arbetsterapeut kan vara värdefull för patienter som har nedsatt kognitiv förmåga som påverkar vardagliga aktiviteter eller arbetsförmåga. Det gäller såväl patienter med behandlingsbiverkningar som patienter med hjärntumör, metastaser i CNS eller CNS-lymfom [197]. En neuropsykolog eller arbetsterapeut med kompetens inom kognition kan bedöma vilken kognitiv funktion som är påverkad och i vilken grad, samt ge rekommendationer kring kognitiv funktionsträning och kompensatoriska strategier. Arbetsterapeuten kan bedöma funktionsförmågan i vardagen och ge patienten och de närstående stöd i att hitta strategier för att hantera vardagen eller arbetet. Se kapitel [12 Aktivitetsbalans och aktiviteter i det dagliga livet](#).

En logoped kan bedöma språkliga och kommunikativa svårigheter och ge patienten och närstående stöd i att hitta strategier och prova ut hjälpmedel för att underlätta kommunikation i vardagen.

## 15.8 Konfusion

Patienter med konfusion bör bedömas avseende vanliga bakomliggande orsaker, såsom infektion, hypoxi, koldioxidretention, metabola störningar som hypo- eller hyperglykemi, lever- eller njursvikt, elektrolytrubbningar samt cirkulationssvikt. Vidare bör beaktas läkemedelsutlöst konfusion inklusive cytostatika, immunterapi och strålbehandling mot hjärnan, obehandlad smärta, direkta eller indirekta effekter av primär hjärntumör eller CNS-metastaser samt epilepsi. Undersökningar som kan vara vägledande är labbstatus, validerat screeningtest för kognition, EKG, datortomografi av hjärna och EEG. Efter behandling av bakomliggande orsaker återfår vanligen patienten sin kognitiva funktion helt eller delvis.

Behandling av konfusion innebär oftast behandling av bakomliggande orsaker och ibland symtomlindrande farmakologisk behandling. Bensodiazepiner kan ibland förvärra symtomen. Vid behov av läkemedelsbehandling är bästa valet ofta neuroleptika.

## 15.9 Demens

Patienter som uppvisar symtom förenliga med demens bör genomgå bedömning enligt gällande riktlinjer. Beakta möjligheten att patientens symtom kan vara sekundära till genomgången cancerbehandling, sjukdomsprogress, biverkan av läkemedel, komplikationer, vitaminbrist eller stroke. Som screeninginstrument kan användas Mini Mental State Examination, MMSE [198].

Orsaker till sekundära demenssymtom kan vara hjärnmetastaser, meningeal karcinomas, paraneoplastiskt syndrom, sjukdomsprogress och komplikationer, vitaminbrist eller stroke. Cytostatika, bland annat ifosfamid och metotrexat, kan ge demensliknande symtom, liksom även immunterapier, bland annat interleukin och interferon. Även CNS-påverkande läkemedel (opioider, bensodiazepiner, antiepileptika) kan orsaka nedsatt kognitiv funktion. Strålbehandling mot hjärnan kan också ge upphov till demensutveckling.

Vid misstänkt eller konstaterad demens bör kontakt övervägas med primärvården eller en geropsykiatrisk enhet för samordnad planering av cancer vården. Vad gäller cancerbehandlingen är det viktigt att bedöma patientens förmåga att fatta beslut och förstå konsekvenser, så att cancerinformationen och behandlingarna kan anpassas efter detta.

## KAPITEL 16

# Långvariga eller sena komplikationer till cancerbehandling

### Rekommendationer

Varje landsting bör utforma riktlinjer för hur långtidsuppföljning av patienter med cancer organiseras. Detta bör framgå av nationella vårdprogram och regionala tillämpningar för respektive cancerdiagnos.

På motsvarande sätt bör långtidsuppföljning av patienter som behandlats för cancer i barnåren belysas i regional tillämpning.

## 16.1 Bedömning och självrapportering av komplikationer

Patienter som är färdigbehandlade för sin cancer kan ha kvarstående problem, sena effekter eller följsjukdomar av behandling eller sjukdom. Dessa kan kvarstå lång tid efter avslutad behandling och kan vara bestående. Uppföljning bör planeras utifrån dagens kunskap om kända riskfaktorer för att utveckla problem både på kort och på lång sikt. Det gäller i synnerhet då det finns risk för att problemen förvärras eller uppkommer efter lång tid.

Det är viktigt att vårdpersonal aktivt frågar om och hur patienten upplever besvär. Vid frågor förmedlas också till patienten att besvär kan uppkomma under och efter cancerbehandling och att det till viss del är förväntat. Det visar också patienten att vårdgivaren bryr sig om komplikationer, kvarstående problem och sena effekter och att bibehållen livskvalitet efter behandling är viktig.

Allt omhändertagande bör anpassas utifrån den individuella patientens situation och förmåga. Vårdgivaren behöver ta reda på och ta hänsyn till om patienten har bristande, eller har risk för bristande hälsolitteracitet. Det kan till exempel vara så om patienten har låg utbildningsnivå, annat modersmål än svenska kombinerat med bristande svensk språkkunskap, bristande läs- och skrivförmåga eller kognitiva eller andra funktionshinder.

Om det förväntas att patienten själv ska ta del i att känna igen symtom, besvär och problem, koppla ihop dem med den behandling patienten har fått för sin cancersjukdom, berätta för vården om dem och vara delaktig i vård och egenvård måste vårdgivaren försäkra sig om att patienten kognitivt och fysiskt har förutsättningar för det. Om förutsättningar inte finns ska kommunikation, vård och rehabilitering anpassas utifrån det.

Frågor och information behöver upprepas minst vid behandlingsstart, under behandling och vid alla uppföljningsbesök.

## 16.2 Under uppföljning efter avslutad cancerbehandling

För varje diagnos eller diagnosgrupp bör regionalt och lokalt utarbetas en plan för hur problem systematiskt ska uppmärksammas, och utarbetas en struktur för hur patienter som har problem ska behandlas och följas. Planen ska utgå från vårdprogram i de fall det finns beskrivet i sådant, det vill säga lokal och regional tillämpning även av hur uppföljning av seneffekter ska gå till.

Uppföljning kan ske t.ex. med hjälp av Distresstermometern [4, 5], [Hälsoskattning](#) [6] (x), regionala omarbetningar av dessa eller egen problemchecklista som bedöms vara relevant, livskvalitetsformulär och/eller hälsoskattning.

De uppföljande kontroller som sker efter en cancerbehandling är ett bra tillfälle att uppmärksamma och söka kvarstående men och sena effekter. Uppföljningsintervall i enlighet med uppföljning för canceråterfall ska betraktas som ett minimum av frekvens för uppföljning av besvär.

I de fall patienten har avancerade eller mycket avancerade rehabiliteringsbehov bör det i varje sjukvårdsregion definieras vilken enhet som ska erbjuda patienten vård. Ett exempel är rehabilitering efter strålbehandling mot bäckenet [199, 200].

## 16.3 Efter avslutad uppföljning för cancerbehandling

I samband med det besök där uppföljning relaterat till cancer avslutas bör vårdteamet och patienten/den närstående systematiskt gå igenom viktiga moment. Den tidigare formulerade cancerrehabiliteringsplanen utgör en naturlig del av denna uppföljning. Min vårdplan avslutas därmed och ett dokument som sammanfattar samtalet och hela vårdperioden skrivs. Innehållet bör utformas efter en mall som utformats för diagnosen. Följande delar bör ingå:

Mall för samtal vid avslutning av uppföljning efter cancer:

### Fram till idag:

- Diagnos
- Given behandling (kirurgi, onkologisk behandling m.m.)
- Ansvariga läkare och kontaktsjuksköterskor under behandlingsperioden
- Komplikationer under behandling (infektioner, trombos m.m.)
- Resultat av genomförda uppföljande undersökningar
- Information om eventuell ärftlighet

### Idag:

- Aktuell läkemedelsbehandling relaterad till cancer/cancerbehandling
- Kvarstående skador/effekter av cancer/cancerbehandling
- Arbetsförmåga, aktivitetsgrad m.m. relaterat till cancer

### Framtid:

- Rekommenderad fortsatt läkemedelsbehandling
- Rekommendationer om framtida hälsokontroller relaterat till genomgången cancer/cancerbehandling

- Information om remiss(er) till vårdcentral eller andra vårdgivare för uppföljning av komplikationer till cancer/cancerbehandling (psykologiskt stöd, sjukskrivning, fertilitetsfrågor mm)
- Rekommendationer om fysisk aktivitet, symtomlindring, kost, vaccinationer

#### Information om eventuella egenkontroller för att upptäcka recidiv

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

Problem kan uppstå eller bli mer påtagliga efter avslutad uppföljning för cancersjukdomen. Då har patienten inte någon aktiv kontakt med cancervården utan ska själv ta initiativ för att söka på vårdcentral eller motsvarande. Det kan då vara svårt för patienten och primärvården att bedöma om eventuella symtom har med den genomgångna cancerbehandlingen att göra. Dokumentet som upprättades när cancervården avslutades blir då till hjälp för både patient och vårdgivare.

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

## 16.4 Konsekvenser för patientens livssituation

Det är viktigt att uppmärksamma och åtgärda de konsekvenser som eventuella kvarstående problem, sena effekter och följsjukdomar kan ha för exempelvis relationer, arbetsförmåga och socialt liv, liksom i förlängningen psykisk pålagring. Det är alltid viktigt att kartlägga och adressera hela patientens situation, inklusive grundorsaken, då åtgärder och uppföljning planeras.

## 16.5 Långtidsuppföljning av patienter som behandlats för cancer i barnåren

### Rekommendationer

Inom de 6 sjukvårdsregionerna/regionala cancercentrum bör landstingen/regionerna definiera vilken vårdenhet som ska ta emot remisser för vuxna som behandlats för cancer i barnåren och som fått vårdbehov av avancerad art där ordinarie vårdgivare saknar erforderlig kompetens.

Idag finns mottagningar för vuxna som behandlats för cancer i barnåren i fem av sex sjukvårdsregioner (Lund, Göteborg, Stockholm, Uppsala och Umeå).

Se [Nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning efter barncancer \[201\]](#).

## KAPITEL 17

# Kvalitetsindikatorer

Landsting, förvaltningar och verksamhetsområden har ansvar att säkerställa god kvalitet i sjukvården. Som ett led i detta arbete bör någon form av mätning eller registrering göras.

Kvalitetsregister inom cancerområdet är inte utformade för att belysa rehabiliteringsaspekter. Varje enhet bör därför definiera viktiga områden inom cancerrehabilitering, mäta kvaliteten med en metod som utformas regionalt/lokalt, genomföra förbättringsarbete och mäta igen. Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering kan utgöra en grund i detta arbete. Rekommendationerna i vårdprogrammet fokuserar följande aspekter, som med fördel kan användas i implementeringsarbetet.

Aspekter att belysa nationellt:

- Hur är landstingens avtal med externa vårdgivare utformade?
- Innebär de ojämlikhet i ett nationellt perspektiv?
- Hur subventionerar landstingen hjälpmedel för lymfödembehandling respektive behandlingsorsakat håravfall?

Aspekter att belysa inom varje sjukvårdsområde/regionalt cancercentrum:

- Finns regionalt tillämpningsdokument till Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering?
- Har patientföreträdare varit med i utformningen av dokumentet?
- Finns riktlinjer för håravfall, peruk och s.k. kylmössa? Är de likvärdiga inom sjukvårdsområdet?
- Finns en regional riktlinje/motsvarande med nivåstruktur för handläggning av lymfödem?

Aspekter att belysa inom varje landsting/region:

- Har landstinget/regionen ett dokument som anger hur Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering ska tillämpas?
- Är funktionen ”rehabiliteringskoordinator” inrättad på ett likvärdigt sätt inom landstinget?
- Finns riktlinjer och organisation för långtidsuppföljning efter cancer- och behandlingsbiverkningar?

Aspekter att belysa inom varje sjukhus/primärvårdsområde/motsvarande:

- Finns ett lokalt tillämpningsdokument som belyser cancerrehabilitering?
- Har patientföreträdare varit med i utformningen av dokumentet?
- Har alla avdelningar/mottagningar som vårdar patienter med cancer kurator i teamet?
- Är nivåstrukturen utformad så att alla patienter med avancerade och mycket avancerade behov av cancerrehabilitering får behoven tillfredsställda på ett likvärdigt sätt?
- Hur är primärvårdens ansvar för cancerrehabilitering inom kommunal hälso- och sjukvård organiserad?



- Finns riktlinjer för egenavgifter och vem som bekostar hjälpmedel för lymfödembehandling, näringstillförsel via sond/PEG m.m.?
- Hur stor andel av sjuksköterskor som arbetar inom cancervård har adekvat specialistutbildning?
- Finns rutiner för patientens behov av stöd vid tobaksavvänjning?

Aspekter att belysa inom varje verksamhetsområde:

- Finns en rutin för hur behovet av cancerrehabilitering ska kartläggas/mätas på ett standardiserat sätt?
- Har patientföreträdare varit med i utformningen av rutinen?
- Vad menas inom verksamhetsområdet med begreppet ”team”? Vilka professioner ingår? På vilket sätt samråder teamet? Finns de professioner som ingår i teamet tillgängliga minst en gång per vecka 52 veckor om året?
- Har berörda läkare och kontaktsjuksköterskor adekvat utbildning och träning i samtalsmetodik med inriktning på svåra samtal med patienter med cancer?
- Hur implementeras Min vårdplan, se [kapitel 5](#), och hur belyses cancerrehabilitering i den?
- Får alla patienter med cancer information om vikten av fysisk aktivitet och om hur de får kontakt med fysioterapeut och arbetsterapeut?
- Har alla patienter där tillståndet kan betecknas som livshotande en läkare som fast vårdkontakt?
- Uppfylls de nationella kraven på kontaktsjuksköterska för alla patienter med cancer?



## KAPITEL 18

## Referenser

1. Riksdagen. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14. 1997. Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/199697Prioriteringar-inom-hal\\_GK01SoU14/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/199697Prioriteringar-inom-hal_GK01SoU14/).
2. From needs to offers. Rehabilitation of cancer patients: Nordic Cancer Union (NCU). Available from: <http://www.ncu.nu/Default.aspx?ID=21>
3. Sveriges Riksdag S. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) . 2017. Available from: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
4. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. Bedömning av rehabiliteringsbehov: Regionalt cancercentrum i samverkan. Available from: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/cancerrehabilitering/bedomning-av-rehabiliteringsbehov/>.
6. Hälsoenkätning - Valideringsartikel.
7. Stöd för dig i teamet runt cancerpatienten: Regionalt cancercentrum i samverkan. Available from: <http://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-vardplan/>
8. Street RL, Jr., Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns. 2009;74(3):295-301.
9. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal 2015 [updated 2015-04-10]. Artikelkatalog]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/vardensskyldighetattinformerao>.
10. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugiere C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. J Clin Oncol. 2015;33(22):2437-43.
11. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2014;32(20):2166-72.
12. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013(3):Cd003751.
13. De nödvändiga samtalen. Palliativt Utvecklingscentrum, Lund.
14. Patientlag (2014:821): Socialdepartementet; 2014. Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821).

15. Riksdagen, Socialdepartementet. Socialtjänstlag (2001:453). Ändrad: t.o.m. SFS 2018:1369 Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453).
16. Landsting SKo. Patientkontrakt. Slutrapport januari 2018. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner. Dnr: S2017/02482/FS 2018. Available from: <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/tillganglighetivardenvardgarantin/patientkontrakt.15086.html>.
17. Standardiserade vårdförlopp i cancervården: Regionalt cancercentrum i samverkan. Available from: <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/vardforlopp/>.
18. Socialstyrelsen. SOSFS 2011:7 Livsuppehållande behandling 2011. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-26/>.
19. Kontaktsjuksköterska: Regionalt cancercentrum i samverkan. Available from: <http://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/kontaktsjukskoterska/>.
20. Barn som anhöriga - Konsekvenser och behov när en förälder har allvarliga svårigheter eller avlider. : Socialstyrelsen. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-6>.
21. Nationellt vårdprogram palliativ vård Regionalt cancercentrum i samverkan. Available from: <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/rehabilitering-och-palliativ-vard/palliativ-vard/vardprogram/>.
22. Teamarbete & Förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård. Reviderad 2017: Svensk sjuksköterskeförening. Available from: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kvalitet/Teamarbete-och-forbattningkunskap/>.
23. Riksdagen. Socialförsäkringsbalk (2010:110) Kap 30 2010. Available from: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110\\_sfs-2010-110](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110).
24. Riksdagen. Arbetsmiljölagen 3:2a (1977:1160) Available from: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160\\_sfs-1977-1160](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160)
25. Försäkringskassan. Tillbaka till arbete- rehabilitering. Available from: [www.forsakringskassan.se/privatpers](http://www.forsakringskassan.se/privatpers).
26. (SKL) SKoL. Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering för sex åtgärder inom cancerområdet, 2016-02-09 Regionala cancercentrum i samverkan; 2016. Available from: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/>.
27. Regeringen. En nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11. Available from: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2009/02/sou-200911/>
28. Regeringen. Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården. Diarienummer: S2018/03084FS 2018 [updated 2018-05-17]. Available from: <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/05/langsiktig-inriktning-for-det-nationella-arbetet-med-cancervarden/>.
29. Steinberger E, Kollmeier M, McBride S, Novak C, Pei X, Zelefsky MJ. Cigarette smoking during external beam radiation therapy for prostate cancer is associated with an increased

- risk of prostate cancer-specific mortality and treatment-related toxicity. *BJU international*. 2015;116(4):596-603.
30. Nationella vårdprogram cancer. Available from: <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varprogram/>.
  31. Vårdhandboken - Översikt cytostatika, cytotoxiska läkemedel. Available from: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Cytostatika-cytotoxiska-lakemedel/Oversikt/>.
  32. Regionala cancercentrum i samverkan. Nationellt vårdprogram för lungcancer 2015. Available from: <https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/lunga-och-lungsack/varprogram/>.
  33. Palliativ vård - andnöd: Internetmedicin. Available from: <http://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3379>.
  34. Fatigue severity scale: CPUP. Uppföljningsprogram för cerebra pares. Available from: <http://cpup.se/?s=Fatigue+Severity+Scale&x=0&y=0>.
  35. Självskattning av mental trötthet (Mental Fatigue Scale, MFS): Göteborgs Universitet. Available from: <https://mf.gu.se/utredning/Mental+Trötthet,+självskattning>.
  36. Twomey R, Martin T, Temesi J, Culos-Reed SN, Millet GY. Tailored exercise interventions to reduce fatigue in cancer survivors: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2018;18(1):757.
  37. Minton O, Richardson A, Sharpe M, Hotopf M, Stone P. Drug therapy for the management of cancer-related fatigue. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(7):CD006704.
  38. Trötthet vid cancer (fatigue). *Vårdguiden* 1177.
  39. Håravfall och cytostatikabehandling – En litteraturöversikt: Göteborgs Universitet. Available from: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/32927>.
  40. Nedkylning av hårbotten för att förhindra håravfall i samband med cytostatikabehandling: SBU. Available from: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/nedkylning-av-harbotten-for-att-forhindra-haravfall-i-samband-med-cytostatikabehandling/>.
  41. 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.
  42. 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.
  43. 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.
  44. Roila F, Herrstedt J, Aapro M, Gralla RJ, Einhorn LH, Ballatori E, et al. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. *Ann Oncol*. 2010;21 Suppl 5:v232-43.
  45. Illamående och kräkningar vid cytostatikabehandling: Internetmedicin.se. Available from: [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?Page=659](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?Page=659).
  46. Nätverket för cancerrelaterat illamående: Sjuksköterskor i cancervård. Available from: <http://www.cancervard.se/natverket-for-cancerrelaterat-illamaende/>.

47. Vårdprogram lymfödem: Svensk förening för lymfologi. Available from: <http://www.lymfologi.se/vardprogram-lymfodem/>.
48. Vårdhandboken - Översikt, lymfödem, vård och behandling Available from: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Lymfodem-var-d-och-behandling/Oversikt/>.
49. Hayes SC, Janda M, Cornish B, Battistutta D, Newman B. Lymphedema after breast cancer: incidence, risk factors, and effect on upper body function. *J Clin Oncol*. 2008;26(21):3536-42.
50. 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.
51. Baumann FT, Reike A, Reimer V, Schumann M, Hallek M, Taaffe DR, et al. Effects of physical exercise on breast cancer-related secondary lymphedema: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*. 2018;170(1):1-13.
52. Singh B, Disipio T, Peake J, Hayes SC. Systematic Review and Meta-Analysis of the Effects of Exercise for Those With Cancer-Related Lymphedema. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2016;97(2):302-15.e13.
53. 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.
54. Zaleska M, Olszewski WL, Durlak M. The effectiveness of intermittent pneumatic compression in long-term therapy of lymphedema of lower limbs. *Lymphatic research and biology*. 2014;12(2):103-9.
55. Lymfödem: Internetmedicin. Available from: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=6555>.
56. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2016 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*. 2016;49(4):170-84.
57. Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT, Saunders DP, Mank AP, Zadik Y, et al. Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Support Care Cancer*. 2015;23(1):223-36.
58. Vårdhandboken. Riskbedömning av ohälsa i munnen. Munhälsa. Available from: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Munhalsa/Riskbedomning-av-ohalsa-i-munnen/>.
59. Munhållans sjukdomar: Läkemedelsboken. Göteborgs Universitet. Available from: [https://lakemedelsboken.se/kapitel/andningsvagar/munhalans\\_sjukdomar.html](https://lakemedelsboken.se/kapitel/andningsvagar/munhalans_sjukdomar.html).
60. <http://www.vardhandboken.se/Texter/Munhalsa/Oversikt/>.
61. Svanberg A. Mucositis Prevention for Patients Receiving High Dose Chemotherapy and Stem Cell Transplantation. Volym 798 av Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, ISSN 1651-6206 Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2012.
62. 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.
63. BPI, validerad svensk version: [https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/33833/mod\\_resource/content/1/BPI-SF.pdf](https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/33833/mod_resource/content/1/BPI-SF.pdf).

64. Rolfsson H. Fallgropar vid mätning av smärta. Visuella analogskalan som smärtskattningsmetod ifrågasatt. Nr 9, 2009. Läkartidningen. 2009;106.
65. Smärta, cancerrelaterad - behandling. Available from: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=2687>.
66. 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(Supplement\_4):iv166-iv91.
67. Smärtlindring i livets slutskede – ny rekommendation: Läkemedelsverket; 2010 [cited 6]. Available from: <https://lakemedelsverket.se/smartlindring-livets-slutskede>.
68. Smärtskattningsformulär Göteborg: Regionalt cancercentrum Väst. Available from: <https://www.cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/cancerrehabilitering/att-ladda-ner/>.
69. Stout KYWaB, Wonders K, Stout, B. The Role of Exercise in Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy, Neurooncology - Newer Developments2016.
70. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain. 2014;155(12):2461-70.
71. Hirayama Y, Ishitani K, Sato Y, Iyama S, Takada K, Murase K, et al. Effect of duloxetine in Japanese patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a pilot randomized trial. International journal of clinical oncology. 2015;20(5):866-71.
72. Neurotoxiska sidoeffekter av cytostatika. Cytostatika-Inducerad Perifer Neuropati CIPN. Baserat på ett symposium vid Onkologidagarna 2017. Information för personal inom sjukvård och rehabilitering. Christina Trapp Bolund: Stockholms Läns Cancerpatienter; 2017. Available from: <http://www.sthmlanscancerpatienter.se/>.
73. Kus T, Aktas G, Alpak G, Kalender ME, Sevinc A, Kul S, et al. Efficacy of venlafaxine for the relief of taxane and oxaliplatin-induced acute neurotoxicity: a single-center retrospective case-control study. Support Care Cancer. 2016;24(5):2085-91.
74. Pachman DR, Watson JC, Loprinzi CL. Therapeutic strategies for cancer treatment related peripheral neuropathies. Curr Treat Options Oncol. 2014;15(4):567-80.
75. Vårdhandboken - Åtgärder vid förstoppning: Vårdhandboken. Available from: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Forstoppning/Atgarder-vid-forstoppning/>.
76. Vårdhandboken - Översikt, Infektioner i magtarmkanalen. Available from: <http://www.varldhandboken.se/Texter/Infektioner-i-magtarmkanalen/Oversikt/>.
77. Dunberger G, Lind H, Steineck G, Waldenstrom AC, Nyberg T, al-Abany M, et al. Fecal incontinence affecting quality of life and social functioning among long-term gynecological cancer survivors. Int J Gynecol Cancer. 2010;20(3):449-60.
78. WHO. Cancer. Highlight [updated 1 February 2018 ]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
79. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 20092009.
80. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor Socialstyrelsen. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforsjukdomsforebyggandemetoder>
81. About our Cancer Prevention Recommendations. What are they and how do they reduce cancer risk? : World cancer research fund. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/recommendations-about>.

82. Hälsöfrämjande levnadsvanor vid cancer - ett kunskapsunderlag för teamet: Svensk Sjuksköterskeförening; [updated 2018-09-04 ]. Available from: <https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/Halsoframjande-omvardnad/halsoframjande-levnadsvanor-vid-cancer/>.
83. Wells M, Macmillan M, Raab G, MacBride S, Bell N, MacKinnon K, et al. Does aqueous or sucralfate cream affect the severity of erythematous radiation skin reactions? A randomised controlled trial. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*. 2004;73(2):153-62.
84. Iwakawa M, Noda S, Yamada S, Yamamoto N, Miyazawa Y, Yamazaki H, et al. Analysis of non-genetic risk factors for adverse skin reactions to radiotherapy among 284 breast cancer patients. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*. 2006;13(3):300.
85. Sharp L, Johansson H, Hatschek T, Bergenmar M. Smoking as an independent risk factor for severe skin reactions due to adjuvant radiotherapy for breast cancer. *Breast (Edinburgh, Scotland)*. 2013;22(5):634-8.
86. Prochazka M, Granath F, Ekblom A, Shields PG, Hall P. Lung cancer risks in women with previous breast cancer. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*. 2002;38(11):1520-5.
87. Jaggi R, Griffith KA, Koelling T, Roberts R, Pierce LJ. Rates of myocardial infarction and coronary artery disease and risk factors in patients treated with radiation therapy for early-stage breast cancer. *Cancer*. 2007;109(4):650-7.
88. Kaufman EL, Jacobson JS, Hershman DL, Desai M, Neugut AI. Effect of breast cancer radiotherapy and cigarette smoking on risk of second primary lung cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26(3):392-8.
89. Macdonald G, Kondor N, Yousefi V, Green A, Wong F, Aquino-Parsons C. Reduction of carboxyhaemoglobin levels in the venous blood of cigarette smokers following the administration of carbogen. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*. 2004;73(3):367-71.
90. Frågor och svar om Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder Socialstyrelsen. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/nationellariklinjerforsjukdom>
91. Snusbruk och hälsorisker: Folkhälsomyndigheten. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/tobak/snusbruk-och-halsorisker/>
92. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010;340:b5569.
93. Rades D, Setter C, Schild SE, Dunst J. Effect of smoking during radiotherapy, respiratory insufficiency, and hemoglobin levels on outcome in patients irradiated for non-small-cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;71(4):1134-42.
94. Videtic GM, Stitt LW, Dar AR, Kocha WI, Tomiak AT, Truong PT, et al. Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemoradiotherapy for limited-stage small-cell lung cancer is associated with decreased survival. *J Clin Oncol*. 2003;21(8):1544-9.

95. Zevallos JP, Mallen MJ, Lam CY, Karam-Hage M, Blalock J, Wetter DW, et al. Complications of radiotherapy in laryngopharyngeal cancer: effects of a prospective smoking cessation program. *Cancer*. 2009;115(19):4636-44.
96. 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.
97. Montazeri Z, Nyiraneza C, El-Katerji H, Little J. Waterpipe smoking and cancer: systematic review and meta-analysis. *Tobacco control*. 2017;26(1):92-7.
98. Vattenpipa - farligare än du tror! : 1177 Vårdguiden - Region Jönköpings län. Available from: <https://www.1177.se/Jonkopings-lan/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Vattenpipa---farligare-an-man-tror/>.
99. Sanner T, Grimsrud TK. Nicotine: Carcinogenicity and Effects on Response to Cancer Treatment - A Review. *Front Oncol*. 2015;5:196.
100. Tonnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Moller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *British journal of anaesthesia*. 2009;102(3):297-306.
101. Nath B, Li Y, Carroll JE, Szabo G, Tseng JF, Shah SA. Alcohol exposure as a risk factor for adverse outcomes in elective surgery. *Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract*. 2010;14(11):1732-41.
102. Bradley KA, Rubinsky AD, Sun H, Bryson CL, Bishop MJ, Blough DK, et al. Alcohol screening and risk of postoperative complications in male VA patients undergoing major non-cardiac surgery. *Journal of general internal medicine*. 2011;26(2):162-9.
103. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) Socialstyrelsen. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/audit>.
104. Egenvård - Äldres hälsa [Internet]. Socialstyrelsen. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/aldre/aldreshalsa/egenvard>
105. Kostråd och matvanor: Livsmedelsverket. Available from: <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad-och-matvanor>.
106. Global Recommendations on Physical Activity for Health: WHO. Available from: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/).
107. FYSS – Evidensbaserad kunskapsbas. Available from: [www.fyss.se](http://www.fyss.se).
108. Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659: Sveriges Riksdag, Socialdepartementet. Available from: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659).
109. Om du funderar på komplementär och alternativ medicin: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland. Available from: <https://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/vardprocesser/integrativ-cancervard/>.
110. Peterson C. Naturläkemedel - egenvård på egen risk! Fara för okända biverkningar och interaktioner med "vanliga" läkemedel. 2005 nr 44: *Läkartidningen*; 2005. Available from: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=2388>.
111. 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.

112. Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2013;92(8):715-27.
113. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hubner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2017;36(3):623-50.
114. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2017;36(1):11-48.
115. ERAS Congress 2018, Stockholm ERAS Society. Available from: <http://erassociety.org/>.
116. Pouwels S, Hageman D, Gommans LN, Willigendael EM, Nienhuijs SW, Scheltinga MR, et al. Preoperative exercise therapy in surgical care: a scoping review. *Journal of clinical anesthesia*. 2016;33:476-90.
117. Carli F, Gillis C, Scheede-Bergdahl C. Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2017;56(2):128-33.
118. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvao 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.
119. Turner RR, Steed L, Quirk H, Greasley RU, Saxton JM, Taylor SJ, et al. Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9:Cd010192.
120. 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.
121. Karvinen KH, McGourty S, Parent T, Walker PR. Physical activity promotion among oncology nurses. *Cancer Nurs*. 2012;35(3):E41-8.
122. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T. Exercise for people with cancer: a clinical practice guideline. *Current oncology (Toronto, Ont)*. 2017;24(1):40-6.
123. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T. Exercise for people with cancer: a systematic review. *Current oncology (Toronto, Ont)*. 2017;24(4):e290-e315.
124. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(8):CD008465.
125. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1:Cd011292.
126. Kim MK, Sim JA, Yun YH, Bae DS, Nam JH, Park CT, et al. Health-Related Quality of Life and Sociodemographic Characteristics as Prognostic Indicators of Long-term Survival in Disease-Free Cervical Cancer Survivors. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(4):743-9.
127. Furmaniak AC, Menig M, Markes MH. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9:Cd005001.
128. Backman M, Browall M, Sundberg CJ, Wengstrom Y. Experiencing health - Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:160-7.
129. Backman M, Wengstrom Y, Johansson B, Skoldengen I, Borjesson S, Tarnbro S, et al. A randomized pilot study with daily walking during adjuvant chemotherapy for patients with breast and colorectal cancer. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2014;53(4):510-20.



130. Courneya KS, Segal RJ, Mackey JR, Gelmon K, Reid RD, Friedenreich CM, et al. Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2007;25(28):4396-404.
131. Impact of Physical Activity on Cancer Recurrence and Survival in Patients With Stage III Colon Cancer: Findings From CALGB 89803. *Int J Sports Med.* 2014 Aug;35(9):794-9. doi: 10.1055/s-0033-1363984. Epub 2014 Feb 19.
132. Sammut L, Ward M, Patel N. Physical activity and quality of life in head and neck cancer survivors: a literature review. *Int J Sports Med.* 2014;35(9):794-9.
133. Borch KB, Braaten T, Lund E, Weiderpass E. Physical activity before and after breast cancer diagnosis and survival - the Norwegian women and cancer cohort study. *BMC Cancer.* 2015;15:967.
134. Bonn SE, Sjolander A, Lagerros YT, Wiklund F, Stattin P, Holmberg E, et al. Physical activity and survival among men diagnosed with prostate cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015;24(1):57-64.
135. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, Chan JM. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. *J Clin Oncol.* 2011;29(6):726-32.
136. Patel AV, Feigelson HS, Talbot JT, McCullough ML, Rodriguez C, Patel RC, et al. The role of body weight in the relationship between physical activity and endometrial cancer: results from a large cohort of US women. *Int J Cancer.* 2008;123(8):1877-82.
137. Sloan JA, Chevillat AL, Liu H, Novotny PJ, Wampfler JA, Garces YI, et al. Impact of self-reported physical activity and health promotion behaviors on lung cancer survivorship. *Health Qual Life Outcomes.* 2016;14:66.
138. Newton RU, Galvao DA. Accumulating Evidence for Physical Activity and Prostate Cancer Survival: Time for a Definitive Trial of Exercise Medicine? *Eur Urol.* 2016.
139. Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review. *J Support Oncol.* 2009;7(1):27-34.
140. 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.
141. Brown JC, Lin LL, Segal S, Chu CS, Haggerty AE, Ko EM, et al. Physical activity, daily walking, and lower limb lymphedema associate with physical function among uterine cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2014;22(11):3017-25.
142. Johansson K. Fysioterapi, den ledande tidningen för landets fysioterapeuter: Fysioterapeuterna; 2013. Available from: <http://fysioterapi.se/arkivet/fysioterapi-nr-3-2018/>.
143. Fysisk aktivitet och fysioterapi vid cancer Västra Götaland: 1177 Vårdguiden. Available from: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Cancer/Hjalp-och-stod/Ma-bra/Motion-och-sjukgymnastik-vid-cancer/>
144. Det är viktigt att röra sig när man har cancer: Region Gävleborg, samverkanswebben. Available from: <http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-doch-tandvard/cancer/min-var-dplan/>.
145. Pusterommet: Aktiv mot Kref. Available from: <https://aktivmotkref.no/pusterommet/>.

146. Fysisk aktivitet på recept. FaR® står för Fysisk aktivitet på recept och är en arbetsmetod för att främja fysisk aktivitet. Available from: <http://www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far/>.
147. Quist M, Adamsen L, Rorth M, Laursen JH, Christensen KB, Langer SW. The Impact of a Multidimensional Exercise Intervention on Physical and Functional Capacity, Anxiety, and Depression in Patients With Advanced-Stage Lung Cancer Undergoing Chemotherapy. *Integrative cancer therapies*. 2015;14(4):341-9.
148. Senaste version av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring: Socialstyrelsen. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2014-10>.
149. Undernäring: Ett åtgärds paket: Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Available from: <https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/riskomraden/undernaring.4494.html>.
150. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). 2017;36(5):1187-96.
151. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring Socialstyrelsen. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-9-2>.
152. Att förebygga cancer – vad säger forskningen? : Cancerfonden. Available from: <https://www.cancerfonden.se/artiklar/att-forebygga-cancer-vad-sager-forskningen>.
153. Cancer Prevention Recommendations: World Cancer Research Fund. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-prevention-recommendations>.
154. Aktivitetsbalans – ett centralt begrepp inom arbetsterapi och aktivitetsvetenskap: Sveriges Arbetsterapeuter. Available from: <http://www.arbetsterapeuterna.se/Min-profession/Utbildning-och-forskning/Forskning-i-praxis/2012/TA-62012>
155. Behandlingsstöd. Hjälpmedelguiden. Behovstrappor. Aktiviteter i dagliga livet: Vårdgivarguiden. Available from: <http://www.vardgivarguiden.se/Behandlingsstod/hjalpmedelguiden/behovstrappor/adl/personlig/>
156. Law M, McColl, M. *Interventions, Effect, and Outcomes in Occupational Therapy. Adults and Older Adults*: Thorofare: SLACK Incorporated; 2010.
157. Law M, Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., Pollock, N. . *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2014.
158. Hulter-Åsberg K. *ADL-trappan*. Lund: Studentlitteratur AB; 1989.
159. Glenn C, Stolee P. Comparing the functional independence measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature. *BMC geriatrics*. 2009;9:52.
160. Tornquist K, Sonn U. Towards an ADL taxonomy for occupational therapists. Previously published in *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1994; 1:69-76. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2014;21 Suppl 1:20-7.
161. AMPS i Sverige. AMPS referenslista. Available from: <http://amps.se/amps/>
162. Fisher A, Nyman, A. *OTIPM: En modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*, rev 2011. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter; 2007.

163. 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.
164. Weis J, Horneber M. Fatigue Management: en sex veckors kurs för att lära sig hantera fatigue i sin vardag. Svensk version 1.2 av Managing Fatigue – A six week course for energy conservation. Författare Tanya L Packer, Nicky Brink, Adele Sauriol (1995). Översättning av Eva Månsson Lexell, biträdande lektor i arbetsterapi och Lena Haglund, docent i arbetsterapi, 2017. *Cancer-Related Fatigue*. London: Springer Health Care; 2015.
165. Sexual and reproductive health WHO. Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/).
166. Sex, hälsa och välbefinnande Östersund, Statens folkhälsoinstitut: Statens folkhälsoinstitut (utgivare). Available from: [www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se).
167. 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
168. 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.
169. Sex och cancer: Cancerfonden. Available from: <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/sex-och-cancer>.
170. Reportage: Sexualiteten efter cancerbehandlingen: 1177 Vårdguiden. Stockholms Läns Landsting. Available from: <https://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Under-och-efter-behandling/Fertilitet-och-sexualitet/Reportage-Sexualiteten-efter-cancerbehandlingen/>.
171. PLISSIT som samtalsmetodik i samtal om sexualitet - En litteraturstudie: Göteborgs Universitet; 2009. Available from: <http://hdl.handle.net/2077/19677>
172. PLISSIT Model: Introducing Sexual Health in Clinical Care: Psychiatry Advisor. Available from: <https://www.psychiatryadvisor.com/practice-management/improving-provider-education-regarding-sexual-health/article/629446/>.
173. Fertiliteten efter cancerbehandlingen: 1177 Vårdguiden. Stockholms Läns Landsting. Available from: <https://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Under-och-efter-behandling/Fertilitet-och-sexualitet/Fertiliteten-efter-cancerbehandlingen/>.
174. Filmer: Unga som har fått cancer och som erbjuds att frysa ned spermier och film för unga som har fått cancer "Fertilitet trots cellgiftsbehandling": VOG könscellers arbetsgrupp "Främjande av reproduktionsförmågan hos unga". Available from: <http://vavnad.se/konsceller/filmer/>.
175. Kompetensutveckling inom försäkringsmedicin: Sveriges Kommuner och Landsting. Available from: <https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/forsakringsmedicin.1031.html>.
176. Rekommendationer och indikationer: Socialstyrelsen. Available from: <https://roi.socialstyrelsen.se/>.
177. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. ID-nummer: SOU 2011:15 Stockholm: Fritzes offentliga publikationer: Socialdepartementet. Available from: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2011/03/sou-201115/>.

178. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården: Sveriges Kommuner och Landsting. Available from: <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/metodbok-for-koordinering.html>.
179. Sjövall K. Living with cancer - Impact on cancer patient and partner: Lunds Universitet, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series; 2011. Available from: <https://lup.lub.lu.se/search/publication/701ac40f-b0e3-41e7-90c6-0f82086bb17f>.
180. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-12-35>.
181. Cancerkompisar Lund. Available from: <http://www.cancerkompisar.se/>.
182. Anhörigstödet Cancerkompisar.se utvärderas – värdefullt och flexibelt: Regionalt cancercentrum Syd. Available from: <https://www.cancercentrum.se/syd/om-oss/nyhetsarkiv/2018/juli/anhorigstodet-cancerkompisar-se-utvarderas/>.
183. Att vara den som står bredvid: 1177 Vårdguiden. Stockholms Läns Landsting. Available from: <https://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Att-vara-den-som-star-bredvid/>.
184. Zhu J, Fang F, Sjolander A, Fall K, Adami HO, Valdimarsdottir U. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Ann Oncol.* 2017;28(8):1964-9.
185. Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/7650774\\_Dignity\\_Therapy\\_A\\_Novel\\_Psychot herapeutic\\_Intervention\\_for\\_Patients\\_Near\\_the\\_End\\_of\\_Life](https://www.researchgate.net/publication/7650774_Dignity_Therapy_A_Novel_Psychot herapeutic_Intervention_for_Patients_Near_the_End_of_Life).
186. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
187. Ångest: Socialstyrelsen. Kunskapsguiden.se. Available from: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/angest/Sidor/default.aspx>.
188. Caruso R, GiuliaNanni M, Riba MB, Sabato S, Grassi L. Depressive Spectrum Disorders in Cancer: Diagnostic Issues and Intervention. A Critical Review. *Current psychiatry reports.* 2017;19(6):33.
189. Rivest, J., Levenson, J. Clinical features and diagnosis of psychiatric disorders in patients with cancer: Overview: UpToDate. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer/abstract/21>.
190. 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.
191. 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.
192. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine.* 2010;40(11):1797-810.
193. 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.
194. Suicidriskbedömning: Internetmedicin. Available from: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=1244>.

195. Depression: Socialstyrelsen. Kunskapsguiden.se. Available from: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Depression/Sidor/default.aspx>.
196. 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>.
197. Nationellt vårdprogram för hjärna och ryggmärg: Regionala cancercentrum i samverkan. Available from: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/hjarna-ryggmarg-och-hypofys/hjarna-och-ryggmarg/vardprogram/>.
198. Mini Mental State Examination, MMSE: Svenskt Demenscentrum. Available from: <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/Mini-Mental-Test--MMT/>.
199. Insatser inom kvinnors hälsa 2016. Rehabilitering vid cancer i lilla bäckenet. Delrapport inom överenskommelsen 2016. Available from: [https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/rehabilitering/rapport\\_backenrehab2016\\_final.pdf](https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/rehabilitering/rapport_backenrehab2016_final.pdf)
200. Funktionella besvär i lilla bäckenet: Regionala cancercentrum i samverkan. Available from: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/cancerrehabilitering/funktionella-besvar-efter-cancer-i-backenet/>.
201. Nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning efter barncancer: Regionalt cancercentrum i samverkan. Available from: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/barn/vardprogram/>.

## KAPITEL 19

# Vårdprogramgruppens sammansättning

## 19.1 Vårdprogramgruppens medlemmar januari 2019

Den nationella arbetsgruppen består av representanter från regionala cancercentrum, en ordförande som utsetts av RCC i samverkan samt patientrepresentanter. Gruppen har eftersträvat multiprofessionalitet med representanter för de olika vårdnivåer som är engagerade i patientens vård.

Gunnar Eckerdal, ordförande, överläkare, verksamhet onkologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, RCC Väst

Annika Asketun, fysioterapeut, verksamhetsutvecklare, RCC Sydöst

Carina Modéus, överläkare, onkologiska kliniken, Centrallasarettet Växjö, RCC Syd

Chichi Malmström, socionom, utvecklingsledare, Skaraborgs sjukhus, RCC Väst

Christina Christoffersson, patientrepresentant, RCC Syd

Emma Ohlsson Nevo, Med dr, sjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro, RCC Uppsala-Örebro

Heléne Öberg, sjukgymnast, cancerrehabsamordnare, Skånevård Kryh, RCC Syd

Jan Björklund, patientrepresentant, RCC Sydöst

Johan Dahl, patientrepresentant, RCC Uppsala-Örebro

Katja Vuollet Karlsson, onkologisjuksköterska, vårdutvecklare, RCC Norr

Leif Näckholm, patientrepresentant, RCC Norr

Margareta Haag, patientrepresentant, RCC Stockholm-Gotland

Maria Hellbom, fil.dr, verksamhetschef, Centrum för cancerrehabilitering, Stockholms läns sjukvårdsområde, RCC Stockholm-Gotland

Monica Berg, arbetsterapeut, samordnare för cancerrehabilitering, Region Jönköping, RCC Sydöst

Polymnia Nikolaidis, specialistsjukgymnast, Karolinska universitetssjukhuset, RCC Stockholm-Gotland

Sofie Backman, dietist, Sundsvalls sjukhus, RCC Norr

## 19.2 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 i Uppsala-Örebro.

## 19.3 Vårdprogrammets förankring

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

Remissversioner av vårdprogrammet har publicerats öppet på cancercentrum.se där alla har kunnat lämna synpunkter. Under remissrunda 1 har nedan instanser blivit särskilt uppmärksammade på möjligheten att lämna remissvar. Respektive RCC har även skickat vårdprogrammet till kontaktpersoner inom respektive regionen.

- Anhörigas riksförbund
- Astma-allergi- och KOL sjuksköterskeföreningen
- Barncancerfonden
- Blodcancerförbundet
- Bröstcancerförbundet
- CARPA - Patientförening hormonproducerande tumör
- Dermatologi Venereologi sjuksköterskor i Sverige
- Dietisternas riksförbund
- Distriktsköterskeföreningen
- Fysioterapeuterna
- Förbundet Sveriges arbetsterapeuter
- Föreningen för sjuksköterskor inom gastroenterologi
- Gynsam
- Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft
- ILCO - Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade
- Lungcancerföreningen
- Läkarförbundet
- Läkemedelsindustriföreningen
- Mag- och tarmförbundet
- Melanomföreningen
- Mun- och halscancerförbundet
- Nationell förening för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård
- Nationellt nätverk för hematologisjuksköterskor
- Njurcancerföreningen
- Nutritionsnätet för sjuksköterskor
- Nätverket för estetik och omvårdnad
- Nätverket för rehabiliteringssjuksköterskor
- Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
- Nätverket mot cancer
- Nätverket mot gynekologisk cancer

- Nätverket sömn och hälsa
- PALEMA
- Prostatacancerförbundet
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor
- Psykologförbundet
- RCCs nationella arbetsgruppsgrupp för cancerläkemedel
- RCC nationella arbetsgrupp för kontaktsjuksköterskor och Min vårdplan
- RCC:s nationella arbetsgrupp för prevention
- RCC:s regionala kontaktpersoner för vårdprogram
- Riksföreningen för akutsjuksköterskor
- Riksföreningen för företagssjuksköterskor
- Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor
- Riksföreningen för sjuksköterskor inom urologi
- Riksföreningen sjuksköterskor mot tobak
- Sarkomföreningen
- Sektionen för dietister inom onkologi
- Sektionen för stomiterapeuter och sjuksköterskor inom kolorektal vård
- Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad
- Sjuksköterskor i cancervård
- Skandionkliniken
- Specialistföreningen för ÖNH sjuksköterskor
- Svensk förening för allmänmedicin
- Svensk förening för anestesi och intensivvård
- Svensk förening för fysisk aktivitet och idrottsmedicin
- Svensk förening för hematologi
- Svensk förening för lymfologi
- Svensk förening för medicinsk genetik
- Svensk förening för medicinsk radiologi
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi
- Svensk förening för palliativ medicin
- Svensk förening för patologi
- Svensk förening för psykosocial onkologi och rehabilitering
- Svensk förening för rehabiliteringsmedicin
- Svensk förening för sexologi
- Svensk förening för urologisk onkologi
- Svensk gastroenterologisk förening
- Svensk geriatrisk förening
- Svensk kirurgisk förening
- Svensk lungmedicinsk förening
- Svensk neurokirurgisk sjuksköterskeförening
- Svensk onkologisk förening
- Svensk ortopedisk förening
- Svensk sjuksköterskeförening



- Svensk urologisk förening
- Svenska barnläkarföreningen
- Svenska hjärntumörföreningen
- Svenska kuratorsföreningen
- Svenska logopedförbundet
- Svenska läkarsällskapet
- Svenska neurologföreningen
- Svenska psykiatriska föreningen
- Svenska smärtiläkarföreningen
- Svenska ödemförbundet
- Sveriges lungsjuksköterskors intresseförening
- Sveriges sjuksköterskor inom området smärta
- Tandläkarförbundet
- Ung cancer



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)