

Den regionala cancerplanen – för cancerrehabilitering 2019–2021

BAKGRUND

Cancerrehabilitering är ett paraplybegrepp som utförs av flera professioner och syftar till att återfå eller behålla bästa möjliga funktionsförmåga, skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet och omfattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Cancerrehabilitering innebär ett multiprofessionellt arbetssätt, där sjukvårdsprofessionen samverkar med rehabiliteringsprofessioner. Ett stort antal yrkesgrupper är specialiserade inom området som kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, logoped, psykologer, psykoterapeuter med flera.

En kvalitetssäkrad och god rehabiliteringsprocess kräver ett systematiskt arbetssätt med återkommande individuella bedömningar av fysiska, psykiska, sociala och existentiella rehabiliteringsbehov genom hela vårdprocessen, samt initiering och utvärdering av insatser. Rehabiliteringsinsatser kan delas in i nivåer (grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov). Alla patienter med cancersjukdom och deras närstående har grundläggande rehabiliteringsbehov. Ibland förekommer särskilda behov eller mer avancerade behov under delar av eller under hela sjukdomsprocessen och då behöver sjukvårdsprofessionens resurser kompletteras med stöd eller insatser av rehabiliteringsprofessionerna.

Cancerrehabilitering är ett komplext område av åtgärder som genomförs inom flera enheter och av flera professioner inom sjukvården. Alla patienter med cancer är under hela vårdprocessen aktuella för cancerrehabilitering. Inom cancerrehabilitering saknas evidens för hur den kort- och långsiktiga vården gällande rehabiliteringen bör organiseras i cancervården. Kunskapen är även bristfällig om patienters och närståendes behov av stöd och rehabiliteringsinsatser i olika faser av rehabiliteringsprocessen vid cancersjukdom. I utvecklingsplanen 2016–2018 för cancerrehabilitering uppskattas att minst en tredjedel av patienter med cancer är i behov av mer än grundläggande rehabiliteringsinsatser där personal med specialkompetens inom cancerrehabilitering behöver kopplas in för konsultation eller bedömning och ev. åtgärd. Det finns ingen statistik att utgå ifrån i dagsläget vilket innebär att uppskattningen är fortfarande att minst en tredjedel av patienter med cancer i behov av mer än grundläggande rehabiliteringsåtgärder där personal med specialkompetens inom cancerrehabilitering behöver kopplas in på någon nivå.

Tabell 1. Antal nya fall av cancerdiagnoser i norra regionen 2017 samt prognos för 2022

Incidens	Män		Kvinnor	
	Antal fall 2017	Prognos 2022	Antal fall 2017	Prognos 2022
Totalt (1 tumör per diagnos per person)	3073	3452	2605	2814

Källa: Regionalt cancercentrum norr

En utförlig tabell för incidens utifrån diagnos finns på sidan X tabell X.

I Region Jämtland Härjedalen pågår en studie sedan 2015 om rehabiliteringsbehov hos patienter som genomgår adjuvant cytostatikabehandling. Patienten följs från före behandlingsstart till ett år efter avslutad behandling. Datainsamlingen är ännu inte avslutad, men delresultat pekar på att det är ungefär en 1/3 som upplever icke tillgodosedda behov av stöd/rehabilitering under pågående behandling. Efter avslutad behandling är det som mest 15–20 % av deltagarna som upplever en fortsatt icke tillgodosett behov av stöd/rehabilitering.

Cancerrehabilitering organiseras och bedrivs olika i regionen och struktur saknas för registrering och jämförbar vårdstatistik. Detta försvårar målsättning, utvärdering och direkta jämförelser mellan landstingen och verksamheter. Det försvårar även möjligheten att följa vilka insatser som ges och vilka resultat som uppnås, samt att beräkna resurser och bemanning.

Övergripande målsättning

En övergripande målsättning för de cancerrehabiliterande insatserna i norra regionen är att varje person som drabbas av cancer och deras närstående, utifrån deras individuella behov, ska få det rehabiliterande stöd de behöver för att optimera chanserna till att behålla/återfå ett så välfungerande vardagsliv som

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

möjligt. Detta ska gälla oavsett diagnos, ålder, bostadsort eller vårdform. Landstingen bör följa rekommendationer i det nationella vårdprogrammet och utarbeta lokala riktlinjer för att nå målen:

1. Att strukturerade behovsbedömningar görs av rehabiliteringsbehov för varje person genom vårdprocessen och att närstående görs delaktiga i rehabiliteringsprocessen.
2. Att alla personer som drabbas av cancer och deras närstående ska få skriftlig information om olika typer av rehabiliterande stöd, som erbjuds inom landstinget och regionen. Det är av stor vikt att information om vilket stöd och rehabiliteringsåtgärder som finns tillgängligt lokalt tydliggörs. Information bör även vara tillgänglig på nätet.
3. Möjliggöra för drabbade personer att själva ta upp behov av rehabiliteringsstöd som inte detekteras vid screeningen eller blir uppenbara under sjukdomsförloppet.
4. Att alla personer som drabbas av cancer behöver erbjudas möjligheten att i grupp få information om kroppsvikten och individanpassade råd om fysisk aktivitet genom hela vårdprocessen.
5. Att samarbete med primärvårdens och den kommunala vårdens rehabiliterande kompetenser etableras/utvecklas för att möjliggöra att personer med rehabiliteringsbehov kan erhålla det på hemorten även i glesbygd.

Utvärdering av måluppfyllelse i nuvarande cancerplan

Utvärdering av cancerplanen för 2016–2018 skulle ske med en regional patientenkät. Utvärderingen genomfördes juni 2018 och enkäten var webbaserad. Varje landsting tilldelades 50 enkäter. Det var svårt att få återkoppling på hur många enkäter som gick ut, men vid en grov uppskattning ca. 115 och 47 inkomna svar. På grund av få svar, kan enkäten inte ligga till grund för några slutsatser eller utvärdering av nuvarande målnivåer. Resultat kommer dock att presenteras löpande inom vissa områden i cancerplanen 2019–2021 och då kopplas till utdata från den nationella PREM-enkät som skickas till patienter som har utretts enligt ett standardiserat vårdförlopp (SVF).

Vårdprocessarbete och regional samverkan

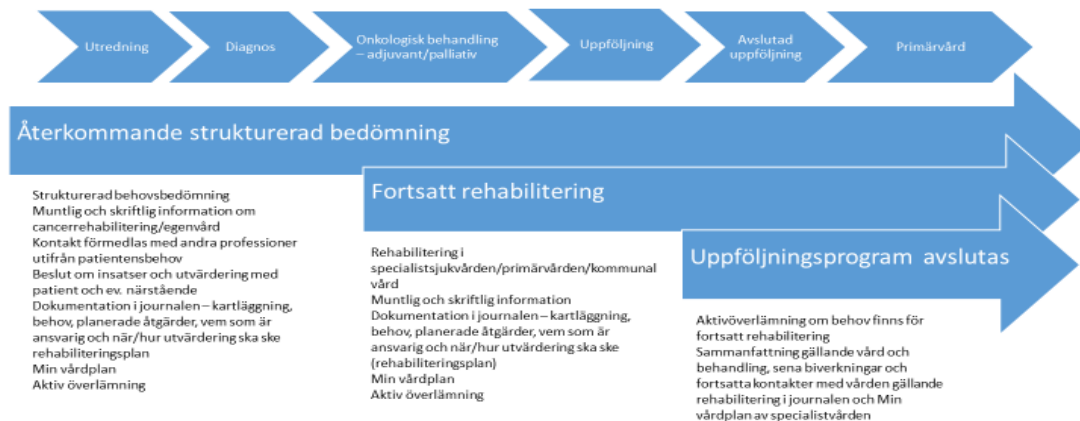
Vården anser att cancerrehabilitering är ett viktigt område, men det har tagit lång tid för landstingen att prioritera regionalt och lokalt processarbete där utsedda personer får mandat att arbeta med frågorna. I den regionala arbetsgruppen finns det representation från hela regionen och patientföreträdare. Deltagarna har dock olika mandat och uppdrag vilket lett till svårigheter att hitta fungerande arbetsformer för gruppen. En översyn pågår av hur arbetsgruppen ska utveckla arbetet i vårdprocessen. Samverkan behöver skapas och stärkas med aktörer internt och externt (primärvården, arbetsförmedling, försäkringskassan m.fl.) för att utveckla en jämlik och likvärdig cancervård i regionen. Det saknas även regionövergripande nätverk och samverkan inom de flesta rehabiliteringsprofessionerna.

ORGANISATION

Vårdstrukturen upplevs av många patienter och närstående som splittrad, inte planerad eller genomtänkt, vilket kan skapa en osäker och låg följsamhet den planerade vården. Rehabiliteringsprocessen skiljer sig inom och mellan landstingen. Skillnader beror på olika geografiska och demografiska förutsättningar, olika arbetssätt och hur vården är organiserad, vilket försvårar samverkan och möjlighet att skapa gemensamma riktlinjer mellan landsting i sjukvårdsregionen och inom respektive landsting. Det finns även skillnader för olika professioner inom samma landsting, då de kan vara organiserade på olika sätt (ex. klinikanställda, en egen enhet där verksamheter har en resurs till förfogande eller att olika kliniker betalar för resurser utifrån efterfrågan). Detta bidrar till att gemensamma lösningar är svåra att genomföra.

För att skapa en god och säker rehabilitering inom cancervården behöver cancerrehabiliteringens olika delar ses som en helhet och som en sammanhållen vårdprocess. Det i sin tur förutsätter en fungerande samverkan mellan verksamheter och landstingsledning. Beslut och prioriteringar inom området behöver tas i linjeorganisationen och rutiner behöver utarbetas i samverkan med verksamheter som vårdar och behandlar patienten genom vårdprocessen. För att samordning och ansvarsfördelning ska tydliggöras och kontinuiteten stärkas både mellan olika utförare och inom vårdprocessen behöver riktlinjer utarbetas. På ledningsnivå behöver man utarbeta riktlinjer om hur och när patienter ska remitteras till rehabiliteringsprofession och vilka kompetenser som ska användas över klinikgränserna. Det behövs även riktlinjer för hur dokumentation och överlämningar över klinik- och landstingsgränser ska ske. I norra regionen saknas det skriftliga riktlinjer inom en rad områden som rör cancerrehabilitering.

Generell cancerrehabiliteringsprocess med aktiviteter genom processen



Cancerrehabilitering är aktuell under utredningsfasen, under behandlings- och uppföljningsskedet och om patienten går in i kronisk fas och under palliation. Alla som diagnostiserats med cancer under de senaste fem åren kan förmodas ha behov av cancerrehabilitering i varierande omfattning och vissa patienter har ett livslångt rehabiliteringsbehov.

Tabell 1. Prevalens av cancer i norra regionen juni 2018.

Prevalens	Män		Kvinnor	
	Prevalens senaste 5 åren	Prevalens totalt	Prevalens senaste 5 åren	Prevalens totalt
Diagnos				
Prostata	4691	10 868		
Bröst	26	44	3062	9965
Kolorektal	1053	2406	956	2463
Urinblåsa+öv urinvägar	731	1704	247	633
Lunga	232	399	311	546
Livmoders kropp			589	2077
Maligna lymfom	439	1293	329	1010
Hud exkl maligna melanom	607	985	498	868
Malignt melanom	439	1227	329	1529
Hjärna, övriga nervsystemet	139	759	221	1222
Huvud-hals	286	677	148	405
Njure exkl. njurbäcken	299	694	168	519
Äggstock			210	831
Testikel	141	802		
Livmoderhals			182	945
Bukspottskörtel	45	66	64	80
Magsäck	64	163	40	146
Lever, primär	62	94	36	59
Övriga diagnoser	1074	2796	1241	3705
Totalt (1 tumör per diagnos per person)	9955	24 977	8541	27 004

Källa: Regionalt cancercentrum norr

Alla patienter har grundläggande behov av cancerrehabilitering. Huvuddelen av rehabiliteringsbehoven (grundläggande och till viss del även särskilda behov) kan hanteras inom den enhet där patienten får sin cancervård. Förutom kontaktsjuksköterska/sjuksköterska, läkare, kurator, dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut behöver teamets sammansättning utgå från de kompetenser som patientgruppen är betjänt

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

av och rekommendationer i tumörspecifika vårdprogram. En mindre andel av patienterna har avancerade eller mycket avancerade behov som kräver insatser från ett team av olika rehabiliteringskompetenser. Att erbjudas psykosocialt stöd av kurator är av stor betydelse då cancersjukdomen innebär en psykologisk belastning för många. Det finns identifierade riskgrupper med en ökad sårbarhet och ökat behov av stöd. Det är exempelvis patienter med multisjuklighet, kognitiv svikt, äldre, ensamstående och familjer med minderåriga barn.

Uppföljningsprogram är oftast under 5 år inom den specialiserade öppenvården. En viktig del i uppföljningsprogrammen är att uppmärksamma rehabiliteringsbehov. Ett område som fått ökat fokus de senaste åren är sena biverkningar som patienter kan få av sin cancerbehandling. Sena biverkningar kan uppkomma flera månader eller år efter avslutad behandlingen.

Det är viktigt att uppmärksamma att rehabiliteringvården inte är jämlik mellan olika sjukdomar. Rehabiliteringvården är välorganiserad och ses som en självklar del av vården inom ett antal sjukdomar exempelvis inom hjärtsjuk-, neurologisk-, stroke- och geriatrisk vård. Inom dessa områden finns det ofta väl utarbetade rehabiliteringsprocesser och många gånger är rehabiliteringsbehoven samma oavsett sjukdom. Att ta del av hur rehabiliteringsprocesser och rehabiliteringvård är uppbyggda inom andra komplexa sjukdomar är ett sätt att utarbeta en fungerande cancerrehabilitering.

Gränsdragningen mot palliativ vård är flytande och områdena överlappar ofta varandra. Den tidiga palliativa vården tillhör primärvården i samarbete med slutenvården. Här behövs väl fungerande kontaktvägar och rutiner för aktiva överlämningar. Det behöver även tidigt i patient processen initieras kontakt med de specialiserade palliativa teamen som finns inom landstinget.

Kontaktsjuksköterska

I kontaktsjuksköterskans uppdrag ingår att bedöma rehabiliteringsbehov. Kontaktsjuksköterskan är en del av det multiprofessionella teamet med en central roll, ett tydligt definierat ansvar, uppdrag och koordinerande funktion inom respektive verksamhet. Att kontaktsjuksköterskas uppdrag utgår från det nationella uppdraget och att en kontaktsjuksköterska finns tillgänglig för alla personer med cancer, oavsett diagnos och bostadsort, är en grundförutsättning för en fungerande cancerrehabilitering.

Kontaktsjuksköterskan är en viktig faktor för att stärka delaktighet, trygghet och förståelse. Hen ska även säkerställa att patienten får tillgång till de resurser och stöd som behövs. Delaktighet innebär att patienten utifrån sina förutsättningar och ev. tillsammans med närstående medverkar i beslut om vård och behandling (medicinsk och icke-medicinsk). Vidare att man kan tillägna sig och tillämpa kunskap om symtom, sjukdom och behandling, men också att man kan förmedla kunskap och erfarenheter tillbaka till vården.

Tabell 2, Andelen patienter som erbjudits namngiven kontaktsjuksköterska, 2017

(Uttag ur kvalitetsregister, anmälningsformulär för de flesta kvalitetsregister, augusti 2018 pilar visar förändring mot 2016).

Landsting	Norrbottnen	Västerbotten	Västernorrland	Jämtland Härjedalen
Diagnos (total antal patienter och om det är en ökning eller minskning från 2016)				
Bröst	100 % (199) ↔	99 % (200) ↑	97 % (233) ↔	98 % (138) ↔
Bukspottkörtel	85 % (20) ↓	85 % (72) ↑	98 % (49) ↑	80 % (35) ↓
Matstrups- och magsäckscancer	100 % (41) ↑	72 % (29) ↓	96 % (28) ↑	70 % (16) ↓
Njurcancer	36 % (22) ↑	96 % (25) ↑	81 % (32) ↓	88 % (24) ↑
Hjärntumör (uppföljningsformulär 90 dagar) ¹	21 % (24) ↑	12 % (25) ↓	30 % (30) ↑	15 % (13) ↑
Hudmelanom ¹	84 % (32) ↓	43 % (47) ↔	45 % (50) ↓	44 % (22) ↓
Lungcancer	98 % (120) ↑	45 % (92) ↑	66 % (99) ↑	98 % (56) ↑
Prostatacancer (behandlingsformulär) ¹	72 % (247) ↑	61 % (345) ↓	80 % (344) ↑	91 % (201) ↑
Sköldkörtelcancer	93 % (14) ↔	71 % (24) ↓	100 % (8) ↔	66 % (9) ↔
Urinblåscancer	0 % (51) ↔	57 % (60) ↓	93 % (95) ↑	71 % (59) ↑
Uritärcancer ²	-	-	-	-
Uretra ²	-	-	-	-
Peniscancer ²	-	-	-	-

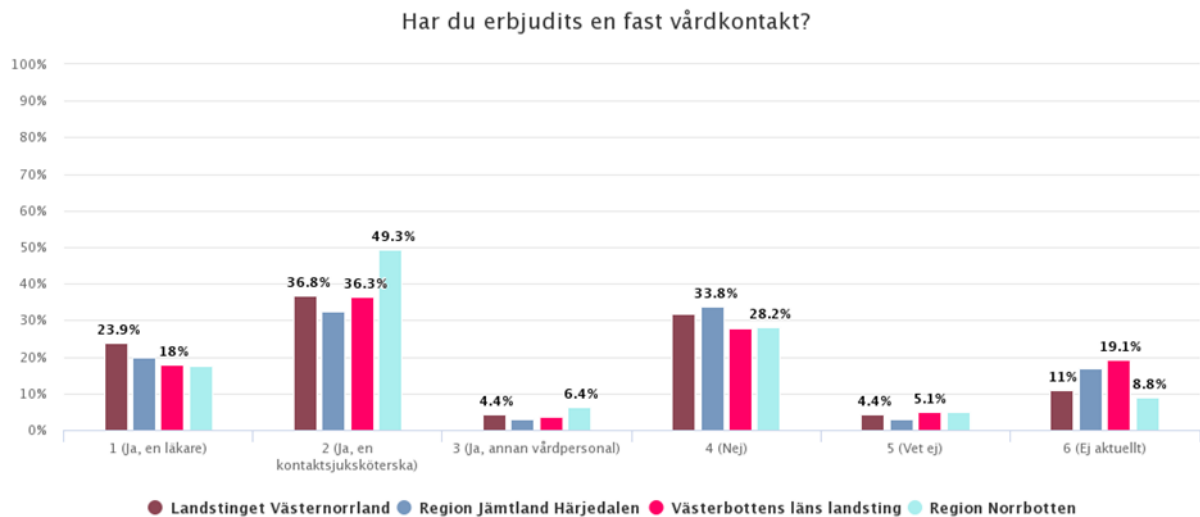
Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

¹ Utdata är osäker gällande andelen patienter som erbjudits namngiven kontaktsjuksköterska, hög andel uppgift saknas i registret.

² Ingen statistik presenteras p.g.a. ett fåtal patienter i regionen

Det behövs ett fortsatt arbete att säkerställa att alla patienter med cancer blir erbjuden namngiven kontaktsjuksköterska och att kontaktsjuksköterskans uppdrag och arbetsuppgifter utgår från den nationella arbetsbeskrivningen. Ett antal kvalitetsregister har variabeln ”namngiven kontaktsjuksköterska” i flera formulär vilket möjliggör uppföljning av att kontaktsjuksköterska finns genom vårdprocessen.

Tabell 3. Statistik från PREM-enkäten för SVF-patienter, från första, tredje och fjärde kvartalet 2017 och personer som fått en cancerdiagnos (antal svar: RVN 375, RJH 115, VLL 363, RN 212).



Av 44 svarande i den regionala patientenkäten angav 95 % att de haft kontakt med namngiven KSSK och 86 % att det var mycket betydelsefullt och 10 % att det var litet betydelsefullt.

Min vårdplan

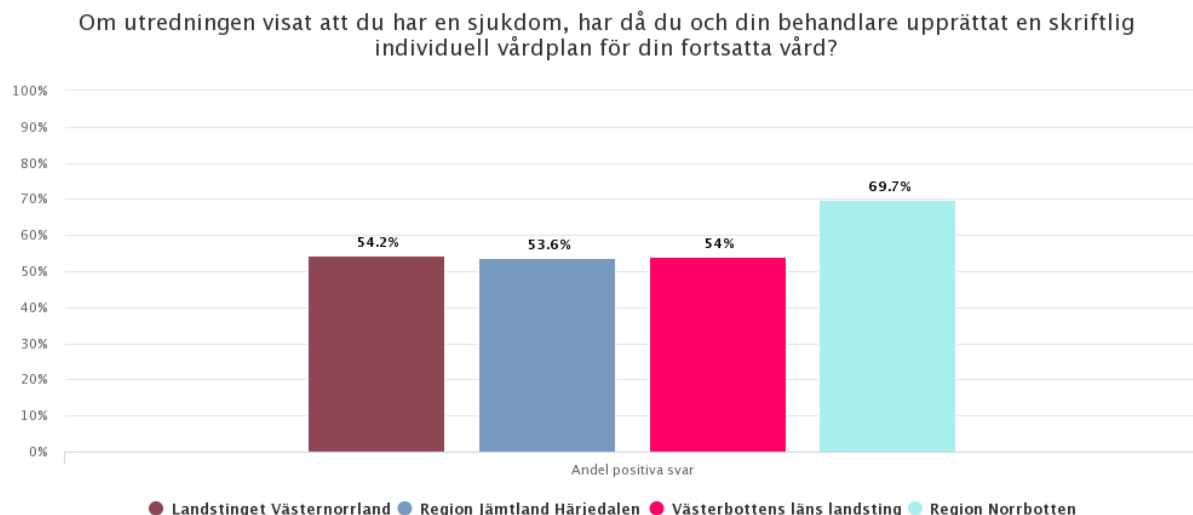
Utgångspunkten för min vårdplan är att det är ett stödverktyg för patienten för att skapa delaktighet, trygghet och förståelse för den enskilde individen genom vårdprocessen. Via planen ges möjligheter att hålla samman ett informationsflöde och skapa tydlighet kring vem som gör vad. Min vårdplan ska utöver individanpassad information, kontaktuppgifter och råd om egenvård, även sammanfatta behovsbedömning. Den senare innehåller åtgärder, mål, ansvar, tidsplan och uppföljning. Efter avslutad behandling görs en sammanfattning av vården, biverkningar och tydlig information om uppföljning och vem som är ansvarig för fortsatt vård. Närståendes delaktighet är oftast viktig för patienten, därför ska de involveras i arbetet med planen om det är lämpligt och patienten gett sitt medgivande.

Implementering av Min vårdplan har gått långsamt, men under senaste året har flera verksamheter kommit igång med införandet. För relativt få har dock införandet inneburit att Min vårdplan utgör ett sammanhållet dokument för patienten genom hela vårdprocessen. Nationellt pågår ett införandeprojekt med en digital Min vårdplan.

Ett enhetligt sätt att följa upp om patienter har fått min vårdplan (MVP) finns inte i dagsläget. I ett fåtal kvalitetsregister finns variabeln om patienten blivit erbjuden/erhållit MVP. KVÅ-koder finns för upprättande och uppdatering av MVP. Dessa behöver implementeras, så att uppföljning på landstings- och verksamhetsnivå möjliggörs. I PREM-enkäten för SVF-patienter finns en variabel, som tar upp frågan om patienten har fått en skriftlig individuell vårdplan.

Tabell 4. Statistik från PREM-enkäten för SVF-patienter, från första, tredje och fjärde kvartalet 2017 för personer som fått en cancerdiagnos.

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021



Av 46 svarande i den regionala patientenkäten svarade 61 % att de har erhållit sin vårdplan och på frågan hur betydelsefullt det är svarade 63 % att det var av allra största eller stor betydelse.

Fysisk aktivitet

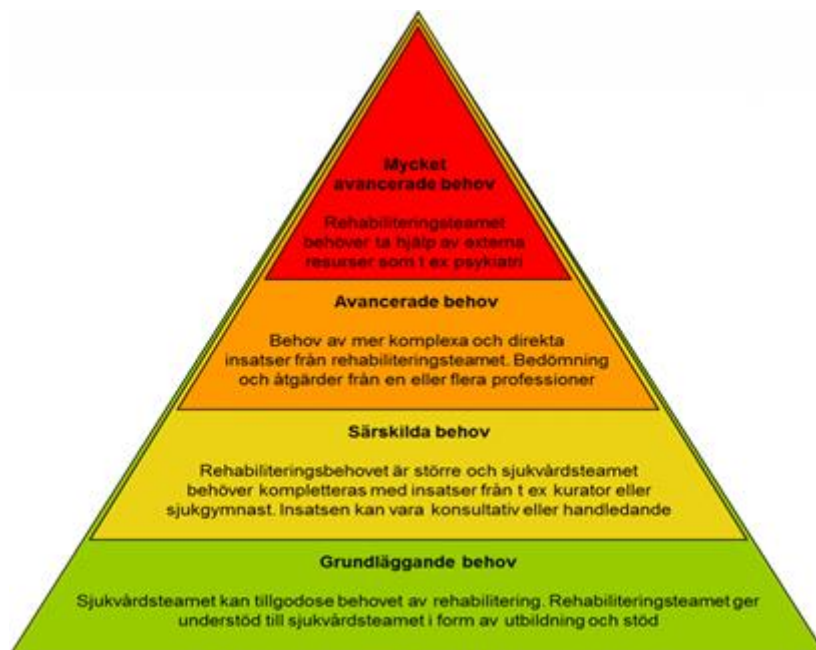
Fysisk aktivitet är ett område där det finns evidensbaserade rekommendationer i vårdprogrammet och det är en viktig intervention för att uppnå goda resultat av cancer vården. Utifrån individers specifika behov bör möjlighet till individuellt stöd av fysioterapeut och arbetsterapeut kunna erbjudas för utredning och vidare insatser enskilt eller i grupp. Vid behov av upprepade kontakter bör kontakt etableras med berörd profession på hemorten (primärvård eller kommunal hemsjukvård beroende på personens allmäntillstånd).

Då evidensen är stark gällande den positiva effekten av fysisk aktivitet är det angeläget att landstingen utarbetar riktlinjer för hur verksamheterna ska informera och stödja patienter till fysisk aktivitet utifrån rekommendationer i vårdprogrammet. Alla patienter bör rekommenderas fysisk aktivitet och råden som anges i FYSS, kapitel cancersjukdom. I vissa fall kräver cancersjukdom eller specifika biverkningar anpassning av råden. För en ökad följsamhet behöver råden och stödet individanpassas.

Strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov

Enligt vårdprogrammet ska samtliga patienter regelbundet och strukturerat bedömas med avseende på rehabiliteringsbehov (fysiska, psykiska, sociala och existentiella). Detta är en del i den grundläggande cancerrehabiliteringen. Att göra strukturerade och återkommande bedömningar har en central roll i rehabiliteringsprocessen och är en förutsättning för att kunna planera och utföra åtgärder på rätt vårdnivå.

En strukturerad behovsbedömning innebär att ett bedömningsinstrument används ihop med bedömnings-samtalet och att bedömningar görs vid nyckeltillfällen i vårdprocessen/efter patientens behov. En samlad bedömning av behov och på vilken nivå som patienten behöver stöd/insatser görs med beaktande av patientens egna önskemål. Delmål/mål formuleras, vem som är ansvarig och hur uppföljning planeras. Vid en strukturerad bedömning ska rehabiliteringsprocessen dokumenteras i journalen. Det ska tydlig framgå i journalen hur kartläggning är genomförd, vilka behov patienten har, vilka åtgärder som är insatta, vem som är ansvarig och när/hur utvärdering ska ske.



Grundläggande behov: Strukturerade arbetssätt med återkommande behovsbedömningar av kontaktsjuksköterska/annan utsedd person. Åtgärder på grundläggande nivå samt utvärdering av dessa f.f.a. av kontaktsjuksköterska/sjuksköterska.

Särskilda och avancerade rehabiliteringsbehov: Utifrån behovsbedömning tar kontaktsjuksköterskan/annan person stöd av rehab-profession eller att patienten remitteras för fortsatt bedömning och behandling av profession med specialistkompetens inom området.

Avancerade och Mycket avancerade behov: Bedömning och behandling av profession med specialistkompetens inom aktuellt behov. Rutiner för hur och när externa kompetenser och verksamheter kopplas in.

De grundläggande rehabiliteringsbehoven tillgodoses av sjukvårdsteamet, där kontaktsjuksköterska/sjuksköterska på den vårdande enheten bedömer, sätter in åtgärder och följer upp behov på grundläggande nivå och/eller med stöd av olika kompetenser för att möta behov på särskilda nivå. Det är av största vikt att patienter som har särskilda och avancerade behov som bedöms behöva intensifierade och specialiserade rehabiliteringsinsatser remitteras vidare för utredning och åtgärder. Individuella bedömningar på avancerad nivå bör enligt vårdprogrammet för cancerrehabilitering göras av rätt yrke, men inom många områden och kliniker är resurserna för att göra detta otillräckliga.

Rehabiliteringsprofessionen har yrkesspecifika bedömningsinstrument, som används när en ingående kartläggning av specifika behov eller funktioner behöver göras. Idag sker inte remittering till personal med specialistkompetens på ett strukturerat sätt. Även om enskild kompetens finns inom organisationen är den sällan kopplad till speciella team inom cancervården. I landstingen finns rehabiliteringsenheter som skulle kunna möta upp behovet att rehabilitering på avancerad och mycket avancerad nivå, det är dock ovanligt att patienter med cancersjukdom blir remitterad till dessa enheter.

En viktig del i rehabilitering av de äldre patienterna är att bibehålla funktioner och att insatser samordnas med bland annat geriatrisk kompetens för att säkra tillgången till kunskapsbaserad vård och omsorg för äldre. Att tidigt samverka med andra enheter för patienter med cancersjukdom med annan sjukdom, som kan påverka behandling och rehabilitering, säkrar en god vård.

Bäckenrehabilitering

Inom det regionala bäckenrehabiliteringsprojektet har man tagit fram en modell för strukturerat arbetssätt som utgår från patientens behov, inom vilken nivå åtgärder erbjuds och av vem. Modellen är överförbar och kan användas för att all cancerrehabilitering. <https://www.cancercentrum.se/norr/vara-uppdrag/cancerrehabilitering/funktionella-besvar-efter-cancer-i-backenet/backenrehabilitering/>

Primär- och kommunalvård

Cancerrehabilitering nära hemmet när det är möjligt är av stor betydelse för patienter. Rehabiliterande kompetenser finns såväl inom primärvården och den kommunala hemsjukvården. Inom primärvården

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

finns förutom läkare och sjuksköterskor på många ställen fysioterapeuter och psykosocial kompetens (psykologer/kuratorer). Inom den kommunala hemsjukvården finns fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Intrycket är att det finns begränsade resurser av kuratorer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter i primärvården och att dessa resurser i dagsläget endast i undantagsfall används för rehabiliterande insatser i samband med cancersjukdom. För att möjliggöra rehabiliterande insatser för patienter med särskilda behov även i glesbygd, samt för att på ett effektivt sätt spara sjukhusens rehabiliterande kompetenser framför allt till de personer som har avancerade behov, behöver kompetenserna inom primärvård och kommuner involveras i mycket större utsträckning än idag. Rutiner för samarbetet och kompetenshöjning behöver utvecklas i respektive landsting. Vissa patienter kan ha behov av kontakt med rehabiliteringspersonal i primärvården eller hemsjukvården under pågående onkologisk behandling. Kontakten ska etableras enligt de rutiner som gäller lokalt, t.ex. om remiss från läkare krävs.

Rehabiliteringsprofessionerna i primär och kommunal vård behöver få stöd av rehabiliteringskompetens som är specialiserad. För att få tillstånd en samverkan som blir meningsfull behöver det arbetet påbörjas på landstingsnivå, det är där som beslut kan tas för ansvarsområden och roller i vårdprocessen. Det nationella vårdprogrammet för akut onkologi <https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardprogram/kommande-vardprogram/2018/180415/nationellt-vardprogram-akut-onkologi-rr1.pdf> beskriver och lyfter viktiga områden som har betydelse för cancerrehabiliteringen och bör vara ett dokument att utgå ifrån när lokala riktlinjer tas fram. Inom SVF-arbetet finns det även etablerade kontakter inom landstingen, vilka kan vara en framkomlig väg för att starta samverkan.

Primärvård

I HSL beskrivs att primärvården, som en del av öppenvården, ska svara för behovet av den rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det är landstingets ansvar att organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. I vissa landsting bedrivs redan delar av cancerrehabilitering i primärvården. Det nationella vårdprogrammet lyfter att det kan 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/uppföljningen är avslutad.

Kommunal vård

Personer kan av olika skäl behöva kommunalt bistånd. Detta innebär att frågor om anhörigstöd, hemtjänst, barnomsorg och färdtjänst kan bli aktuella i och med cancerdiagnosen. Är patienten inskriven i kommunal hälso- och sjukvård bör så stor del som möjligt av cancerrehabiliteringen genomföras där.

Externa rehabiliteringsaktörer

Det finns möjlighet för den enskilde patienten och närstående att söka till olika rehabiliteringsaktiviteter i och utanför den egna regionen, men det får då bekostas av den enskilde eller med hjälp av bidrag. Landstingen kan teckna avtal med externa vårdgivare för cancerrehabilitering. En samordning mellan landstingen bör av jämlikhetsskäl eftersträvas.

För patienter i arbetsför ålder ska yrkesinriktad rehabilitering övervägas. Det är av stor betydelse att tidigt i vårdprocessen börja den arbetsinriktade rehabiliteringen med arbetsgivare, försäkringskassan och ev. rehabiliteringskoordinator. Det nationella vårdprogrammet lyfter arbetsgivares ansvar för rehabilitering i samråd med arbetstagen, företagshälsovården och försäkringskassan. Försäkringskassan har ansvar för att utreda rehabiliteringsbehovet för patientens arbetslivsinriktade cancerrehabilitering samt samordna insatser från arbetsgivare, hälso- och sjukvård, arbetsförmedlingen och eventuellt andra myndigheter.

Patientföreningar och andra stödorganisationer

Det finns flera diagnosspecifika patientföreningar. Arbetet i patientföreningar sker ideellt och de erbjuder bland annat information, stödsamtal och aktiviteter och kan utgöra ett viktigt stöd till patienter och närstående. Det finns även andra stödorganisationer som inte är diagnosbundna som kan utgöra ett stöd för patient och närstående, vissa är webbaserade. Ett samarbete mellan vården och patient-

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

föreningar/stödorganisationer är av stort värde, för att kunna ge information och det bidrar till att utveckla vården.

Standardiserade vårdförlopp

I de standardiserade vårdförloppen lyfts cancerrehabilitering och diagnosspecifik rehabilitering som är aktuell i utredningsskedet. Rehabiliteringsområdet behöver tydligt beskrivas i förloppet och ansvarsfrågan gällande rehabilitering behöver lokalt klargöras i respektive vårdförlopp. Primärvården har ett viktigt uppdrag och roll i de standardiserade vårdförloppen, rutiner behöver utarbetas gällande cancerrehabilitering, vilket ökar möjligheten till att tidigt i vårdprocessen uppmärksamma rehabiliteringsbehov.

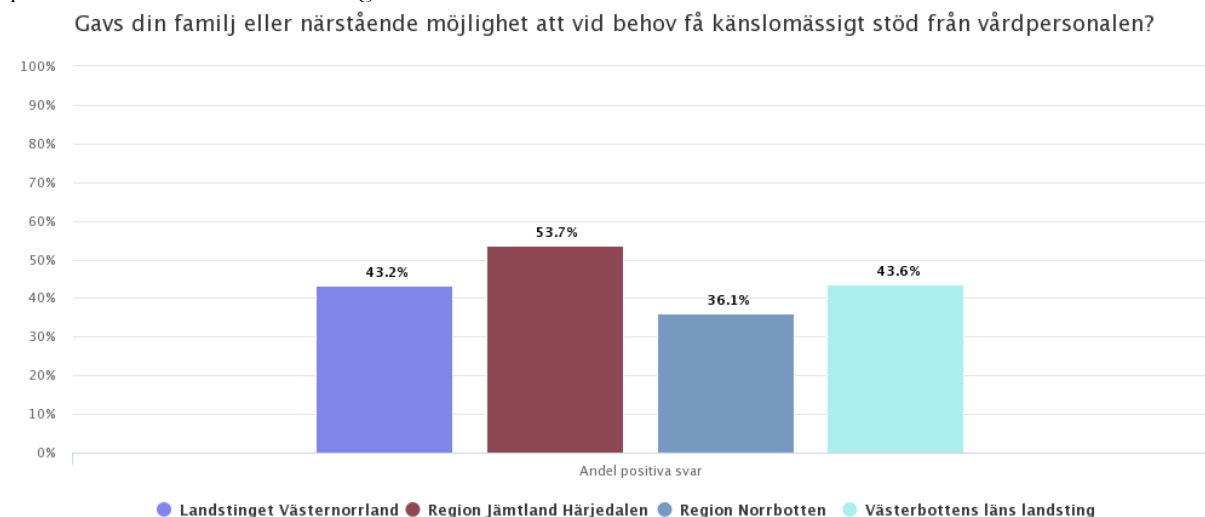
Aktiv överlämning

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 sjukhus eller primärvård/kommun. Aktiv överlämning innebär att den teammedlem som bedömt patientens behov för över information och bedömning till en ansvarig person på den mottagande enheten. Ansvar kvarstår hos den överlämnande till dess att den mottagande bekräftar att kontakt tagits med patienten. Detta gäller oavsett om överlämningen sker inom en förvaltning eller mellan förvaltningar. Byte av ansvarig vårdgivare ska tydligt framgå i patientjournalen och Min vårdplan.

Närstående

En cancerdiagnos och efterföljande behandling påverkar hela patientens livssituation, inklusive familjeliv, arbete och ekonomi. Generellt sett finns en hög medvetenhet inom vården av värdet att involvera närstående, de flesta verksamheter saknar dock riktlinjer för detta. I cancer vården är det ofta hälso- och sjukvården som i ett tidigt skede möter närstående. Sjukvården ska uppmärksamma närståendes behov och vägledning ges om det stöd som finns, både i landsting och kommun. Kommunerna har en skyldighet att ge närstående stöd, enligt Socialtjänstlagen (2008/09:82) och anhörigstödet är organiserat under socialtjänsten i respektive kommun. Det behövs riktlinjer om hur närstående får information vilka stödinsatser kommunen och andra aktörer erbjuder.

Tabell 5. Statistik från PREM-enkäten för SVF-patienter, från första, tredje och fjärde kvartalet 2017 för personer som fått en cancerdiagnos.



Av 45 svarande i den regionala patientenkäten på frågan, Upplever du att dina närstående erbjudits bra stöd, svarade 34 % - Ja, när de behövt det,
2 % - Ja, men anser att de skulle behövt stöd tidigare,
16 % - Nej, men anser att det haft/har behov av stöd,
23 % - Nej, anser inte att de haft behov/velat få stöd
25 % - Ej aktuellt

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

Det är viktigt att tidigt kartlägga patientens nätverk och med patientens tillåtelse ska den närstående erbjudas delaktighet och aktivt involveras i de behov som patienter har. Närstående bör uppmanas att delta vid läkar- och andra vårdbesök och ska erbjudas information och kunskap om patientens sjukdom och förlopp, behandling och rehabilitering. Frivilligorganisationerna och patientföreningar är viktiga samverkansaktörer när det gäller stöd till närstående. Webbaserat stöd kan vara ett alternativ, som ex. Cancerkompisar. Ett regionalt arbete pågår med att kartlägga möjligheten för närstående att delta vid vårdbesök.

En viktig del i det psykosociala arbetssättet är att uppmärksamma närståendes behov av rehabilitering och stöd. I kontaktsjuksköterskans uppdrag ingår att ge stöd till patient och närstående vid normal krisreaktion. En tydlig beskrivning av vad som ska ingå i stödet och omfattning av insatserna saknas oftast. I kuratorns uppdrag ingår stöd till närstående under den tid som patienten är knuten till sjukhuset, för de flesta ingår även efterlevandestöd.

Barn som anhöriga

Sjukvården har ett särskilt och lagstiftat ansvar att uppmärksamma minderåriga barns behov av information, råd och stöd, då en vuxen familjemedlem drabbas av svår sjukdom eller skada. Som sjukvårdspersonal kan man utgå från att de flesta barn och ungdomar med en svårt sjuk förälder behöver professionellt stöd. Stöd till sjukvården finns i form av information på intranäten, barnombud finns inom flera verksamheter och inom vissa landsting finns utarbetad skriftlig information som riktar sig till personal och familj. Verksamheter behöver säkerställa att rutiner finns på klinisknivå så att lagen efterföljs. Det finns en webbutbildning inom området utarbetad av Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga <http://www.anhoriga.se/anhorigomraden/barn-som-anhoriga/utbildning-och-dokumentation/webbutbildning/>

TEAMET OCH ANSVAR

Teamet

En förutsättning för att kontaktsjuksköterskan ska kunna ansvara för behovsbedömningar är att cancerrehabiliteringsprocessen tydliggörs, hur samarbete ska ske, hur teamet är organiserat i landstingen och på olika nivåer. Cancervård är till stor del utpräglat multiprofessionellt och samarbetet kring patienten sker vid behandlingskonferenser och multidisciplinära ronder när det gäller den medicinska behandlingen. Här behöver det skapas förutsättningar för att möjliggöra att även rehabiliteringsprofession och rehabiliteringsteam får samma utrymme. Inom slutenvård finns det oftast tillgång till rehabiliteringskompetens och en tradition gällande gemensamma teamronder. Det finns ett uttalat behov av teamronder i öppenvården då flertalet patienter vårdas i öppenvården.

Ansvar

Cancerrehabilitering ska erbjudas oavsett om patienten vårdas på region-, läns- eller länsdelssjukhus eller i hemmet. Ansvaret för rehabiliteringen kan vara oklart både för inblandade vårdenheter och för patienten. En patient kan ibland skötas av många specialiteter och vem som har rehabiliteringsansvar för patienten kan variera beroende på diagnos, geografi, sjukhusstruktur och sjukdomsbild. Det ska alltid tydligt framgå vem som ansvarar för vilka delar av vården runt patienten. I vårdprogrammet för cancerrehabilitering står att den som ansvarar för cancervården även har ansvar för cancerrehabilitering. Rehabiliteringsansvaret kan delas med andra verksamheter, men då måste det tydligt framgå vem som är ansvarig för vad. Riktlinjer som tydliggör ansvarsfördelning och aktiva överlämningar behövs mellan rehabiliteringsaktörer (internt och externt). För patienten är det viktigt med tydlighet i vårdens uppdrag, eftersom det ökar förståelse och helhetsbild.

Dokumentation av rehabiliteringsplan i journalen är en kvalitetssäkring för god och säker vård och en möjlighet för verksamhetsuppföljning och utveckling. I nuläget saknas ofta en sammanhållen journaldokumentation av rehabiliteringsprocessen. Inom flera verksamheter saknas även möjligheten att flera vårdgivare kan använda och ta del av varandras dokumentation, något som påverkar och försvårar kommunikation, samplanering och uppföljning mellan vårdnivåer och vårdgivare. Vårdokumentationen måste stödja denna ambition och vara tillgänglig för alla ansvariga.

NIVÅSTRUKTURERING

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

Inom cancerrehabilitering finns i nuläget inga nationella beslut eller rekommendationer gällande nivåstrukturering som landstingen behöver förhålla sig till.

Nivåstrukturering regionalt

Sexologisk hälsa och rehabilitering är ett område som fått ökat fokus. Det finns ett Sexologiskt Centrum i norra regionen och enheten ligger under Kirurgiskt centrum, Nus. Enheten tar emot alla patienter som har någon typ av sexologisk problematik oavsett bakomliggande sjukdom. Patienten och eventuella närstående kan erbjudas medicinsk konsultation och sexologisk behandling, enskilt eller i par. Alla landsting i regionen kan remittera till Sexologiskt Centrum.

Fertilitetscentrum finns enbart i Umeå. Det måste säkras att alla patienter som är aktuella för råd och åtgärder från enheten får ett adekvat handläggande. Rutiner för detta behöver klargöras i de diagnos-specifika processerna och utifrån rekommendationer som finns i diagnosspecifika vårdprogram.

MDK rehab, för patienter med svåra komplikationer vid cancerbehandling i bäckenområdet, verkar för delaktighet och kunskapsöverföring inom det multidisciplinära teamet och mellan verksamheter. Den anmälda patientens specifika behov diskuteras och lämpligt rehabiliteringsupplägg fastslås. Vid MDK tas beslutsunderlag om rekommendationer för fortsatt handläggning av patienten. Denna modell behöver implementeras för alla patienter oavsett diagnos för att uppnå en god och likvärdig vård.

Nivåstrukturering på landstingsnivå

Rehabiliteringsteam inom cancerrehabilitering finns inte organiserade inom landstingen för bedömning av insatser och vård på avancerad eller mycket avancerad nivå. I landstingen behövs kartläggning och tydliggörande för hur dessa behov ska handläggas.

Sexologisk kompetens har stärkts, genom att två personer i varje landsting med ekonomiskt stöd från RCC Norr har genomgått en fördjupad utbildning inom sexologisk hälsa. För att tillgodose patienters och närståendes behov inom området behöver riktlinjer tas fram för hur dessa personer ska arbeta landstingsövergripande. Utöver dessa åtta personer behöver de personer som tidigare gått utbildningen identifieras och säkerställa att rutiner finns inom verksamheten för att möta patienters och närståendes behov.

KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Sammantaget är det sannolikt att behoven av cancerrehabilitering kommer att öka på basis av ökat antal cancerdrabbade och ökande antal akuta och sena biverkningar. Framtida pensionsavgångar behöver beaktas inom de olika professionerna för att kunna möta framtida utbildningsbehov. Resurser för cancerrehabilitering finns i varierande grad på sjukhusen och beskrivs ofta vara otillräckliga. Generellt behövs ett fortsatt arbete med att utarbeta rutiner och öka kunskapen om grundläggande cancerrehabilitering, som räcker för merparten av patienter och närstående.

Resurser för rehabiliteringsåtgärder utgörs till stor del av personalkostnader, men innefattar också hjälpmedel och medicinsk-teknisk utrustning (t ex vid kompressionsbehandling för lymfödem) och läkemedel. Även lokaler och utrustning för fysisk träning och för att genomföra ADL-bedömningar ingår. Övergripande hälsoekonomiska beräkningar av insatta rehabiliteringsåtgärder saknas. Generellt utgår man från att tidigt insatta åtgärder minskar risken för svårare komplikationer och bidrar till att bibehålla eller öka funktion/er. Mycket tyder på att var tredje patient behöver någon form av avancerat stöd utöver det som sjukvårdspersonal och kontaktsjuksköterskan kan erbjuda.

Kontaktsjuksköterska finns inom flera diagnoser, det behöver dock säkerställas att uppdraget utgår från den nationella uppdragsbeskrivningen så alla patienter erbjuds samma stöd oavsett diagnos eller bostadsort. Kontaktsjuksköterskor i regionen bör ges möjlighet att gå utbildningen för kontaktsjuksköterskor vid Umeå universitet och annan fortbildning som är nödvändig för uppdraget.

Tillgången till kompetens för lymfödembehandling måste kartläggas och troligen utökas. Lymfterapeuter finns inom varje landsting. Men i dagsläget finns lymfterapeuter f.f.a. för polikliniska patienter med armödem efter bröstkirurgi. Lymfödembehandling måste göras tillgängligt för flera diagnosgrupper och

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

palliativa patienter som vårdas i hemmet. Det är få utbildningstillfällen och de är kostsamma. Det finns en nationell intention att ta fram en utbildning. Nationella vårdprogrammet lyfter specifikt lymfödem och landstingen bör följa de rekommendationer som är framtagna.

Den sexologiska kompetensen har stärkts i regionen enligt ovan. Dessa personer ska utgöra ett stöd för verksamheter där utökad sexologisk kompetens saknas. För detta behövs arbetssätt/riktlinjer utarbetas på landstingsnivå för att tillgängliggöra stödet för patienter/närstående.

För att kunna erbjuda patienter och närstående stöd och åtgärder utifrån rekommendationer i vårdprogrammet och regionala mål behöver landstingen genomföra inventering av de specialiserade rehabiliteringskompetenser som finns tillgängliga lokalt. Rehabiliteringskompetens behöver kartläggas i primär och kommunal vård gällande resurser och kontaktvägar.

Resurser för cancerrehabilitering finns i varierande grad på sjukhusen och beskrivs ofta vara otillräckliga. Det är svårt att få fram underlag gällande resursbehoven och den upplevda bristen kan ha flera orsaker, såsom organisationen, strukturen och att teamet inte är tydliggjort i verksamheten och vissa verksamheter har inte alla professioner knutna till kliniken. En kartläggning är gjord i norra sjukvårdsregionen som efterfrågade eventuella vakanser gällande arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister och kuratorer i hela sjukvården. I kartläggningen efterfrågades även om särskilda satsningar är gjorda inom cancervården. Utifrån kartläggningen framkommer att alla landsting är i balans för dessa yrkesgrupper inom sjukvården som helhet. Två landsting angav att det finns vakanser inom vissa specialistkompetenser, men då detta inte efterfrågades i klarläggningen redovisas det inte. Resurser gällande läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal lyfts i kap 2.8 i cancerplanen.

Då kartläggningen inte efterfrågade resurser specifikt inom cancervården, är det viktigt att uppmärksamma att det idag finns få rehabiliteringsenheter i regionen som har ett uppdrag att ta emot patienter med cancer och att det nationella vårdprogrammet inte är implementerat på bredden.

Nationellt vårdprogram cancerrehabilitering

Vårdprogrammet är under revidering och ett implementeringsarbete behövs i hela regionen. Det innehåller en rad rekommendationer som behöver förankras och anpassas regionalt och lokalt.

KORTSIKTIGA MÅL OCH MÅLNIVÅER

Tabell 6. Sammanfattning av målnivåer för cancerrehabilitering

Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Att alla fyra landsting har tagit fram övergripande rutiner för kontakt med kompetens för sexuell hälsa för de patienter och närstående som är i behov av detta	I dagsläget finns det inga landstingsövergripande rutiner	100 %	2021 ska rutin finnas i varje landsting	Processmål: Uppföljningsenkät på landstingsnivå - finns skriftliga rutiner utarbetade, dessa ska bifogas med enkätsvar.
Andel verksamheter* som erbjuder patienten Min vårdplan (utifrån den generiska modellen)	Enl. PREM (SVF, med cancerdiagnos) 2017 svarade 57 % att man upprättat en skriftlig individuell vårdplan för fortsatt vård	Delmål 60 % Mål 75 %	Delmål 2020 Mål 2021	Statistik från journalsystem av Kvå-koder och PREM-SVF Processmål: Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå – erbjuds patienten Min vårdplan i verksamheten
Andel patienter som erbjuds kontakt med namngiven KSSK? (Uppdrag utifrån den nationella definitionen)	Se tabell 2	Mål 90 %	Mål 2021	Statistik från register som har variabeln i anmälningsformuläret.

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

Andel verksamheter* som rutinmässigt erbjuder skriftlig information om cancerrehabilitering.	Finns ingen information om detta idag.	Mål 100 %	Mål 2021	Processmål: Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå – finns en skriftlig rutin, ska bifogas med enkätsvar.
Andelen verksamheter* som (på den egna eller annan) rutinmässigt och strukturerat erbjuder sina patienter gruppinformation av rehabiliteringsprofessionen om cancerrehabilitering	Gruppinformation ges vid ett par kliniker idag, oftast diagnosspecifika gruppinformationer.	Mål 75 %	Mål 2021	Processmål: Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå - information av upplägget bifogas med enkätsvar.
Andelen verksamheter* som strukturerat bedömer rehabiliteringsbehov (med ett bedömningsinstrument)	Finns ingen statistik att tillgå i dagsläget.	Mål 75 %	Mål 2021	Processmål: Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå - finns skriftliga rutiner för hur strukturerade behovsbedömningar genomförs, rutinen bifogas med enkätsvar.
Andelen landsting som har skriftliga överenskommelser mellan sjukhusen och primärvården gällande rehabiliterande insatser för cancerpatienter.	Finns ingen statistik att tillgå i dagsläget	Alla landsting ska ha startat samverkan	Mål 2021	Processmål Uppföljning på landstingsnivå på aktiviteter som tas fram lokalt.
Andelen verksamheter* som erbjuder mer än grundläggande stöd och råd till patienter gällande fysisk aktivitet av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut.	Finns ingen statistik att tillgå i dagsläget. Ett antal verksamheter är i starten med att utforma ett arbetssätt för att stödja patienter till att vara fysiskt aktiv i grupp.	Mål 75 %	Mål 2021	Processmål: Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå - information av upplägget bifogas med enkätsvar.

*Med verksamhet avses verksamheter på respektive sjukhus/klinik där man i sitt uppdrag har att vårda patienter med cancersjukdom.

Från föregående plan har 3 mål fått kvarstå, KSSK, Min vårdplan och skriftlig information om cancerrehabilitering då det finns ett fortsatt behov av att arbeta med dessa. Målnivåerna för dessa är dock uppdaterade.

Att lämna information i grupp och att samordna resurser inom en vårdprocess eller verksamhetsområde är resurssparande och effektivt. Det behöver dock säkerställas att de patienter som avstår eller inte har möjlighet att delta måste få samma information.

Att erbjuda patienter utökade råd och stöd gällande fysisk aktivitet är viktigt då det finns stark evidens för positiva effekter på kort- och långsikt.

Att göra strukturerade bedömningar är avgörande för att kunna sätta in rätt rehabiliteringsinsatser på rätt nivå och till rätt individ. Behovsbedömningar har en central roll i rehabiliteringsprocessen och att bedöma patientens behov vid upprepade tillfällen i vårdförloppet är en förutsättning för att kunna planera och utföra insatser.

Målnivån att ta fram skriftliga överenskommelser mellan primärvården och sjukhusen ger en tydlig indikation att beslut behöver tas för att få en fungerande rehabiliteringsprocess genom hela vårdprocessen. För att komma framåt måste detta arbete påbörjas på landstingsnivå där beslut tas för roller och ansvarsfördelning.

LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Det långsiktiga förbättringsarbetet innebär till stor del ett fortsatt arbete med att strukturera och samordna bedömningar, åtgärder och uppföljning av rehabilitering och utveckla formerna för regionens

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

cancerrehabilitering. Det innebär även att hitta nya arbetsformer, där kommunikation via videolänk eller andra IT-lösningar kan bli ett naturligt inslag i det kliniska arbetet. Nya arbetssätt med att IT-lösningar kan öka förutsättningar för multidisciplinär samverkan på olika plan, med regionens geografiska förhållanden och öka förutsättningarna att patienterna är en aktiv part. Det som beskrivits i cancerplanen är inte isolerade utvecklingsområden utan många delar går in i varandra och är beroende av varandra. Utmaningen är att få en varaktig och hållbar förändring.

Kunskapsutveckling och kompetensförsörjning är viktigt för att kunna erbjuda en cancerrehabilitering av god kvalitet. Kunskapen är begränsad om vilka insatser som är mest effektiva och mer forskning behövs inom området. Vårdprocessgruppen har i uppdrag att sprida studier och resultat i regionen, och att verka för att studier inom området lägg upp i studieregistret Cancerstudier i Sverige på RCC:s webbplats.

Regionalt finns en MDK för patienter med symtom/besvär efter cancer och behandling i bäckenområdet. Ett långsiktigt mål är att patienter med avancerade symtom/besvär inom alla diagnoser ska handläggas likadant. Det är inte jämlikt eller rättvist om endast vissa diagnoser inkluderas till regional MDK.

RCC har två nationella uppdrag relaterade till cancerrehabilitering i överenskommelsen för 2018. Ena uppdraget är att ta fram lämpliga indikatorer till kvalitetsregister för uppföljning av cancerrehabiliteringen som ska kunna användas samtliga register för uppföljning av rehabiliteringsresultat, vilket inte är möjligt idag. Det andra uppdraget är att ta fram en modell för hur omhändertagande av återfall, uppföljning och rehabilitering av cancersjukdom kan beskrivas på ett systematiskt sätt i diagnosspecifika vårdprogram.

Tabell 7 SWOT-analys för cancerrehabilitering

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Alla landsting ska ta fram skriftliga rutiner för kliniköverskridande arbetssätt för hur stöd ska erbjudas till patienter och närstående gällande sexuell hälsa	Effektivt stöd för patienter och närstående Jämlik vård Kvalitetshöjning för patienter och närstående Stöd för vården, Rutin finns i RN	Tar tid att utforma gemensamma riktlinjer Kräver beslut om resursfördelning	Rutiner möjliggör uppföljning Stora möjligheter till samordning mellan verksamheter	Svårigheter att ta beslut över klinikgränser gällande resurser. Många samarbetspartners Bristande följsamhet till rutinerna
Ökat antal verksamheter som erbjuder patienten Min vårdplan (utifrån den generiska modellen)	Tryggare patient Tydligare vårdkedja för patienten och närstående Patientens behov och önskemål tydliggörs Ökar delaktighet utifrån individens förutsättning	Tar tid Hälso- och sjukvården ser inte nyttan Dubbel dokumentering	Tydlig ansvarsfördelning IT stöd under utveckling (E-MVP) KVÅ-koder finns för uppföljning	Hälso- och sjukvården ser inte nyttan och avstår När E-MVP inför kräver förvaltning, organisation och nya arbetssätt
Ökad andel patienter som erbjuds kontakt med namngiven KSSK (Uppdrag utifrån den nationella definitionen)	Fast vårdkontakt Jämlik vård, uppdragsbeskrivning är nationell Kvalitetsfaktor Effektivt arbetssätt	Kräver ekonomiska möjligheter till nytt tjänsteutrymme. Omfattande uppdrag som kräver stöd från chefer och team	Patienten är välinformerad och kan vända sig till rätt instans med ev. problem. Ökade möjlighet till individanpassad vård och stöd Kostnadsbesparande Ett förslag till uppdragsbeskrivning finns framtagen	landstingens olika förutsättningar möjligheter att införa KSSK Sjuksköterskebrist Att KSSK inte arbete utifrån uppdragsbeskrivning pga. andra uppgifter

Bilaga 2 E Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

Ökad andel verksamheter som rutinmässigt erbjuder skriftlig information om cancerrehabilitering	Effektivt, kostnadseffektivt sätt att säkerställa att alla erhåller adekvat information	Kräver ansvariga Förutsätter rutiner för att materialet ska nå patienten	Ökar patientens delaktighet Ökar möjligheten till att alla patienter erhåller samma information En välinformerad patient underlättar kommunikation, samverkan och uppföljning av vården	Risk att alla inte nås av information Glapp mellan tillgång och efterfrågan
Ökad andelen verksamheter som (på den egna eller annan) rutinmässigt och strukturerat erbjuder sina patienter gruppinformation av rehabiliteringsprofessionen	Ökad kunskapsnivån Träffa andra dabbade Effektivt arbetssätt	Alla vill inte delta i gruppverksamhet Alla har inte möjlighet att delta vid fysiska träffar Många samarbetspartners Svårt att få ut information	Stora möjligheter att samordna mellan verksamheter och landsting	Svårigheter att ta beslut över klinikgränser. Resurs diskussioner mellan klinker Sekretess – att man lämnar ut information i gruppen
Ökad andelen verksamheter som strukturerat bedömer cancerrehabiliteringsbehov (med ett bedömningsinstrument)	Skapar förutsättningar för likvärdiga bedömningar Ger stöd för att systematiskt ställa frågor inom alla områden Åtgärder sätts in och följs upp Dokumenteras på ett strukturerat sätt i journal och Min vårdplan	Kräver utbildning och ett organiserat införande Kräver utsedd person med uppdrag Kräver praktiska förutsättningar	Kvalitetssäkrar vården Resursbesparande, om behovs upptäcks och åtgärdas tidigt Projektet Rehabspåret ökar kunskap och hjälper implementering av arbetssättet	Resurser kan sakas, vilket kan innebära att bedömning uteblir.
Ökad andelen landsting som har skriftliga överenskommelser mellan sjukhusen och primärvården gällande rehabiliterande insatser	Möjliggör vård nära hemmet när det är aktuellt Långa resor undviks	Kan kräva utbildningsinsatser Kräver att uppdrag och roller är tydliggjorda Beslut i linjeorganisationen Rutiner för aktiva överlämningar krävs	Tydligare vårdkedja Tydligare ansvarsfördelning	Kan vara svårt att utarbeta samarbetsformer Resurser kan saknas Kompetens kan saknas
Ökad andelen verksamheter som erbjuder mer än grundläggande stöd och råd gällande fysisk aktivitet av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut.	Fysisk aktivitet ger positiva effekter genom hela vårdprocessen Ökar möjligheten till följsamhet Stöd och råd är individanpassade Stark evidens	Kräver bedömning Kräver en organisation för hur stöd och vilka åtgärder ska erbjudas Tar tid Kräva samarbete mellan kliniker	Säkerställer att stöd och åtgärder är individanpassade och evidensbaserade Förbättrat välbefinnande och patienter i bättre kondition	Osäkert om resurser finns för uppdraget