


# Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram för Cancerrehabilitering

---

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

## Förord

Ett omfattande arbete gällande cancerrehabilitering pågår i Region Skåne och inom ramen för strategiska cancerrådets arbete. En AKO riktlinje gällande cancerrehabilitering i primärvården är sedan tidigare framtagen och fastställd. En regional tillämpning av omhändertagande av lymfödem är i implementeringsfas. I Region Skånes handlingsplan fastställd 21-01-13, utifrån Regional cancerplan 2019–2022, finns det tydliga mål gällande cancerrehabilitering. En regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering är nu framtagen och kommer att vara ett värdefullt underlag i verksamheten.



Pia Lundbom  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

## Innehåll

Detta är ett regionalt tillägg till Nationellt vårdprogram (NVP) för cancerrehabilitering fastställt 2021-02-09 version 3.0 vilken har uppdaterats utifrån ursprunglig version framtagen i samband med föregående version av NVP för cancerrehabilitering som fastslogs med tillhörande checklista 2019-02-05.

### Bilaga 1 Checklista cancerrehabilitering

Checklistan syftar till att underlätta för verksamheternas linjeansvariga, processledare samt andra berörda och bidrar till att få överblick över vad som gjorts/behöver göras för att implementera vårdprogrammet i sin organisation. Checklistan är till för verksamheter inom specialiserad vård men kan användas av samtliga som arbetar med cancerrehabilitering.

### Bilaga 2 Exempel på övergripande KVÅ-koder inom området

Listan ger en överblick och vidare referenser avseende KVÅ-koder inom området som möjliggör kvalitetsuppföljning inom området.

## Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Lena Luts	Regional cancersamordnare Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:Lena.luts@skane.se">Lena.luts@skane.se</a>
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso-och sjukvårdsdirektör	<a href="mailto:Pia.lundbom@skane.se">Pia.lundbom@skane.se</a>
Sakkunniggrupp	Charlotta Hasselberg	Psykolog cancerrehabiliteringsmottagningen Helsingborgs sjukhus	<a href="mailto:Charlotta.hasselberg@skane.se">Charlotta.hasselberg@skane.se</a>
Kontaktperson Koncernkontoret	Lena Luts	Regional cancersamordnare Medicinsk rådgivare	<a href="mailto:Lena.luts@skane.se">Lena.luts@skane.se</a>
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Handläggare	<a href="mailto:Carina.i.akesson@skane.se">Carina.i.akesson@skane.se</a>

## Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2020-01-28	2021-12-31	Charlotta Hasselberg
Revidering	2022-01-03	2023-12-31	Maria Hellbom, Patrik Göransson
Revidering			

# Sökord

cancerrehabilitering

## Uppdrag, fastställande och giltighetstid

Att utifrån tillgängligt nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering [Nationellt vårdprogram cancerrehabilitering - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](#) ta fram en regional tillämpning för Region Skåne.

Dokumentet har fastställts av Pia Lundbom, hälso- och sjukvårdsdirektör, och är giltigt till och med 2023-12-31.

## Arbetsgrupp

Charlotta Hasselberg, psykolog på cancerrehabmott i Hbg, **Ordförande**  
Birgitta Olsson KSSK på urologmottagningen i Ystad  
Hanna Ekman KSSK onkologiska behandlingsenheten, CSK  
Helena Wiklund Weiss, Enheten för cancerrehabilitering, Sus  
Inger Olsson Kurator, onkologiska behandlingsenheten, CSK  
Marie Wik, Leg sjukgymnast, Enhetschef, Vårdcentralen Vä  
Nicolas ”Nick” Lamb, patient- och närståendeföreträdare  
Ulrika Fyrhag, KSSK, ÖNH SUS

### Uppdatering 2021-06-23

Maria Hellbom, verksamhetschef, VO rehabilitering SSNV  
Patrik Göransson, psykolog, VO rehabilitering SSNV

## Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering

### REGIONALA TILLÄGG FÖR REGION SKÅNE

Denna text ska läsas som tillägg till det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering. Kapitelindelning och numrering följer den som finns i NVP för cancerrehabilitering beslutat 2021-02-09.

I NVP anges som minsta gemensamma nämnare för en god cancerrehabilitering att:

- patienten har erbjudits en namngiven kontaktsjuksköterska
- patienten har erbjudits Min vårdplan som ett stöd i vård- och rehabiliteringsprocessen
- inledningsvis och kontinuerligt bedöma patientens rehabiliteringsbehov
- en rehabiliteringsplan upprättas i samråd med patienten om det finns rehabiliteringsbehov
- aktiva överlämningar tillämpas

Detta är den övergripande utgångspunkten i NVP för cancerrehabilitering och föreliggande regionala tillägg.

## **Kap 5 Strukturerad bedömning, diagnostik och Min vårdplan**

I början av vårdprocessen går det team som ansvarar för patientens cancervård, i dialog med patienten, igenom de frågor och behov som ligger till grund för en första rehabiliteringsplan som en del av patientens Min vårdplan. Som bedömningsverktyg rekommenderas teamet använda Hälsoskattning för Cancerrehabilitering, i förekommande fall kompletterat med ytterligare, diagnosspecifika frågor. Skattningsverktyget kan fyllas i av patienten innan möte med vårdteamet, och diskuteras punkt för punkt vid mötet. Svaren och beslutade åtgärder ska dokumenteras.

Rehabiliteringsbehoven växlar under sjukdomsförloppet, varför bedömningen bör upprepas fortlöpande utifrån patientens och de närståendes situation och behov och alltid baseras på patientens egenskattning. 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.

### **5.2 Kartläggning och dokumentation**

*Hälsoskattning för cancerrehabilitering* från Örebro Län är ett validerat skattningsinstrument som rekommenderas för strukturerad bedömning av patienternas cancerrehabiliteringsbehov. Hälsoskattningen dokumenteras i journalen och ligger sedan till grund för patientens rehabilitering. Olika yrkesprofessioner kopplas in beroende på vilka behov patienten har.

## **Kap 6 Min vårdplan och rehabiliteringsplan**

En individuell skriftlig vårdplan, kallad Min vårdplan, tas fram för varje patient med cancer. Rehabilitering vid cancer skiljer sig inte från rehabilitering vid andra tillstånd mer än att specifika åtgärder krävs utifrån individuella behov, liksom vid andra tillstånd. För en personcentrerad rehabilitering kan samma modell för rehabiliteringsplan användas för olika tillstånd och behov. Avseende dokumentation av individuell vård- och rehabiliteringsplan tillämpas inom Region Skåne en Regional riktlinje för dokumentation av cancervårdsprocessen i Melior<sup>1</sup>.

## **Kap 7 Nivåstruktur och teamarbete**

Primärvården svarar för behovet av förebyggande arbete samt sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser enligt gällande AKO-riktlinje<sup>2</sup>. Primärvården informerar om och vid behov med hänsyn till individ och sammanhang erbjuder patient och närstående psykologiskt och socialt stöd vid misstänkt cancer.

Specialiserad vård ansvarar för rehabilitering under den akuta behandlingsfasen; ansvarar även för eventuell fortsatt specialiserad rehabilitering samt utredning och behandling av vissa följsjukdomar och seneffekter.

Då fortsatt rehabiliteringsbehov föreligger ansvarar kontaktsjuksköterska för att identifierade rehabiliteringsbehov omhändertas av primärvård, genom aktiv överlämning.

### **7.7 Kurator**

Varje avdelning eller mottagning som vårdar patienter med cancer bör erbjuda tillgång till kurator. Det eftersträvas att alla patienter och närstående får muntlig och skriftlig information om hur de får kontakt med kurator.

---

<sup>1</sup> Regional riktlinje för dokumentation av cancervårdsprocessen i Melior, publicerad 2019-03-12.

<sup>2</sup> Rehabilitering vid cancer, AKO Skåne-riktlinje för primärvården, publicerad 2021-10-11

Patienter med barn under 18 år; patienter i palliativ vård; patienter eller närstående som önskar kontakt med kurator; patienter eller närstående som i dialog med teamet bedöms behöva kontakt med kurator erbjuds att träffa kurator.

## **7.10 Cancerrehabilitering i primärvården**

Vid misstanke om cancersjukdom uppmärksammar och erbjuder primärvården patienter och närstående rehabiliteringsinsatser. Ansvarsfördelning mellan primär- och specialistsjukvård görs enligt gällande AKO-riktlinje<sup>3</sup>.

## **Kap 8 Prehabilitering**

Inför cancerbehandling (kirurgi, strålbehandling eller medicinsk cancerbehandling) bedöms patientens behov av prehabiliteringsinsatser avseende: fysisk förmåga, nutritionsstatus, psykosociala aspekter, levnadsvanor (tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor). Syftet är att informera och planera i samråd med patienten för att därmed optimera effekten av behandling och minska risken för komplikationer.

## **Kap 9 Symptomlindring**

### **9.1 Kartläggning och information**

Vid patientens alla kontakter med sjukvården kartläggs förekomsten av besvärande symtom. Många patienter avstår från att spontant rapportera dessa symtom. Vårdteamet frågar därför vid varje kontakt aktivt efter förekomst av symtom såsom smärta och fatigue,

### **9.5 Fatigue**

Information om cancerrelaterad trötthet/fatigue ges förebyggande till patienten av läkare och kontaktsjuksköterska. Patienter som upplever eller visar på kognitiv funktionsnedsättning som verkar hindrande för det vardagliga livet och livskvaliteten får ytterligare bedömning och stöd från andra yrkesgrupper med särskild kunskap såsom fysioterapeut, arbetsterapeut eller psykolog.

### **9.7 Illamående**

Varje verksamhetsområde som ger medicinsk onkologisk behandling/strålbehandling har utarbetade lokala rutiner för behandlingsrelaterat illamående för de regimer som förekommer på enheten.

### **9.8 Lymfödem**

Alla verksamhetsområden där cancer behandlas har utarbetade rutiner för lymfödem.

### **9.9 Mun- och tandhälsa**

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

### **9.10 Smärta**

Patienter med cancer bedöms regelbundet avseende sin upplevelse av smärta. Verksamhetschefen eftersträvar att fastställa rutiner för konsultation och samarbete med smärtenhet när patientens behov är avancerade eller mycket avancerade.

#### **9.10.1 Vid behandling av cytostatika informeras patienten om risken för neuropati.**

---

<sup>3</sup> Rehabilitering vid cancer, AKO Skåne-riktlinje för primärvården, publicerad 21-10-11.

## **9.11 Tarmproblem**

Patienten informeras om risken för störd tarmfunktion i samband med cancerbehandling.

## **Kap 10 Nutrition**

I samband med in- och utskrivning på vårdavdelning och vid mottagningsbesök sker bedömning av patientens nutritionsstatus utifrån vikthistorik, ätförmåga och BMI. Patienter med viktnedgång och/eller ätsvårigheter erbjuds dietistkontakt. Patienter med ät- och sväljsvårigheter erbjuds kontakt med dietist och logoped.

## **Kap 11 Sexuell och reproduktiv hälsa**

Patientens läkare, kontaktsjuksköterska eller annan behandlande personal informerar under hela cancervårdförloppet om sjukdomens och behandlingens påverkan på den sexuella hälsan och i dialog med patienten uppmärksammas behov av rehabilitering. Om indikation på sexuell ohälsa framkommer erbjuds kontakt med sexolog eller annan expert erbjudas.

## **11.2 Fertilitet**

I samband med operation, strålbehandling eller cytostatikabehandling som kan påverka fertiliteten erbjuder verksamhetsområdet spermiedfrysning före behandlingsstart till manliga patienter i fertil ålder. Verksamhetsområdet erbjuder kvinnliga patienter i fertil ålder i samma kliniska situation rådgivning hos reproduktionsmedicin, RMC, Reproduktionsmedicinskt centrum i Malmö för ställningstagande till vilka fertilitetsbevarande åtgärder som är möjliga. Kryoförvaring av oocyter, embryon eller ovarial vävnad erbjuds i förekommande fall, om det inte är möjligt kan behandling som skyddar äggstockarna vara aktuell.

## **Kap 12 Aktiviteter i det dagliga livet**

Kontakt med en arbetsterapeut etableras vid behov i ett tidigt skede enligt enhetens rutiner. Arbetsterapeuten gör en fördjupad bedömning av patientens aktivitetsproblem och aktivitetsförmåga. Tillsammans med patienten och de närstående tas strategier fram för att hantera det dagliga livet. Behov av rehabilitering och hjälpmedel tillgodoses. Om patienten behöver stöd i att hantera aktivitetsproblem som hindrar det dagliga livet belyses detta i rehabiliteringsplanen.

## **Kap 13 Levnadsvanor och egenvård**

### **13.1 Tobak**

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

### **13.2 Alkohol**

Hälso- och sjukvården erbjuder 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.

### **13.4 Egenvård**

Vårdteamet definierar i samråd kring cancerbehandling med patienten de moment som lämpar sig för egenvård och individanpassar råden i Min vårdplan.

### **13.5 Komplementär och alternativ medicin (KAM)**

I samrådet kring cancerbehandling frågar vårdpersonalen om patienten använder andra behandlingsmetoder än de som vårdteamet rekommenderar. Vårdpersonalen 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 erbjuds information om eventuella interaktioner.

## **Kap 14 Fysisk aktivitet och träning**

I samband med diagnos och behandling av cancer får alla patienter information om vikten av betydelse av fysisk aktivitet, samt om hur de får kontakt med fysioterapeut och arbetsterapeut. Informationen ges både muntlig och skriftlig. Inom verksamhetsområdet ges patienten snabb och enkel möjlighet att träffa en fysioterapeut. Träning kan erbjudas individuellt, i grupp eller som egenträning. Fysisk aktivitet på recept, FaR, används.

## **Kap 15 Sociala aspekter**

### **15.1 Kartläggning**

Inom verksamhetsområdet finns det rutiner för patienter och närstående som har behov av kontakt med särskilda rehabiliteringsprofessioner, till exempel kurator, psykolog, arbetsterapeut, fysioterapeut, sexolog, dietist, logoped och rehabiliteringskoordinator.

### **15.3 Närstående**

Inom verksamhetsområdet finns rutiner för stöd till närstående.

Verksamhetschefen har ansvar för att det finns lokala rutiner för stöd till barn som anhöriga. Den fasta vårdkontakten (läkaren eller kontaktsjuksköterskan) ansvarar för att ta reda på om patienten har minderåriga barn och vem eller vilka som är vårdnadshavare. Ansvaret innefattar att säkerställa att barnet får adekvat stöd. Barnets eller barnens födelseår dokumenteras i patientens journal.

Vårdnadshavaren/ vårdnadshavarna eller annan person som barnet varaktigt bor hos erbjuds och rekommenderas samtal med kuratorn, som efter en individuell bedömning kan förmedla vidare kontakter.

## **Kap 16 Existentiella aspekter**

Eftersom cancer ofta aktualiserar existentiella frågor har all vårdpersonal den kompetens som fordras för att patienten ska kunna erbjudas det stöd som behövs.

### **Kap 17. Psykologiska och psykiatriska aspekter**

Patientens psykiska hälsa bör bedömas vid första besöket. Vid misstanke om försämrat mående görs en ny bedömning i samråd med kurator eller psykolog varpå mer specifika skattningssinstrument kan användas såsom HADS eller MADRS. Patienter med föreliggande riskfaktorer uppmärksammas särskilt liksom psykisk hälsa i samband med förändringar i behandling och sjukdom.

Vid behov av läkemedelsbehandling vid psykiatriska tillstånd kan denna utföras av läkare inom cancervården eller av primärvårdsläkare. Patienter med akuta psykiatriska, manifesta psykotiska symptom och/eller uttalad suicidrisk ska alltid bedömas, utredas och behandlas samt vid behov remitteras till psykiatrin.

## **Kap 18 Långvariga eller sena komplikationer till cancerbehandling**

De regionala tillämpningarna av vårdprogram för respektive cancerdiagnos behöver inkludera riktlinjer för långtidsuppföljning inklusive eventuella sekvele och/eller sena effekter av cancerbehandling samt identifierar rehabiliterande instans på lämplig vårdnivå för dessa.



## **18.2 Under uppföljning efter avslutad cancerbehandling**

I samband med uppföljningsbesök efter avslutad cancerbehandling i specialistsjukvården kartläggs patientens eventuella symtom och/eller funktionella besvär efter cancerbehandling upp exempelvis med stöd av Hälsoskattningen.

## **18.3 Efter avslutad uppföljning av cancerbehandling**

I samband med att patientens aktiva uppföljning från cancervården avslutas informerar vårdteamet hen muntligen och i en skriftlig sammanfattning om genomgången behandling, aktuellt hälsoläge inklusive kvarstående medicinsk behandling kopplad till cancersjukdom och -behandling samt eventuella bestående men och/eller förväntade sena effekter. Vårdteamet tar tillsammans med patient och eventuellt närstående ställning till fortsatt rehabilitering och remitterar till lämplig vårdgivare samt ger stöd för egenvård (se NVP cancerrehabilitering, 18.3 för konkret vägledning i vilken information som ges vid utskrivningssamtal).

## **18.5 Långtidsuppföljning av patienter som behandlats för cancer i barnaåren.**

Seneffektutredningen för regionens patienter är belägen på Skånes universitetssjukhus, Lund.

## **19 Stöd tillsammans med ideella/idéburna organisationer**

Rehabiliteringsåtgärder som erbjuds via patientföreträdarorganisationer och/eller idéburna organisationer utgör ett värdefullt komplement för de patienter som så önskar. De ersätter inte stöd och rehabilitering i hälso- och sjukvårdens regi.

Patientföreträdare och patientföreträdarorganisationer är en viktig samverkanspart i utvecklingsarbete och utbildningar som involverar cancerberörda och allmänhet. Samverkan inleds lämpligen med samtal om förväntningar och önskemål för att säkerställa en samsyn kring uppdragets ramar och innehåll. Syfte med samverkan, mål, förväntat utfall och former för utvärdering adresseras också.

## **Kap 20 Kvalitetsarbete**

Mätning eller registrering av rehabiliteringsåtgärder för att säkerställa god kvalitet bör göras på varje nivå med ansvar för cancervård och behandling. För att kunna göra detta krävs det kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorer kan rapporteras till kvalitetsregister.

### **20.3 Kvalitetsindikatorer och målnivåer**

Varje enhet definierar viktiga områden inom cancerrehabilitering, mäter kvaliteten med en metod som utformas regionalt/lokalt, genomför förbättringsarbete och mäter igen. Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering kan tillsammans med diagnosspecifika program utgöra en grund i detta arbete. Ett sätt att granska sin verksamhet ur ett cancerrehabiliteringsperspektiv kan vara att använda Checklista cancerrehabilitering (Bilaga 1).

#### **20.3.3.1 Exempel på övergripande KVÅ-koder inom området**

Se bilaga 2.

## Bilaga 1 till regional tillämpning av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering

Checklista					
Kapitel 5 Strukturerad bedömning, diagnostik och Min vårdplan	Ej aktuellt	JA	NEJ	Åtgärd	Ansvarig
Finns rutiner för fortlöpande bedömning av patientens rehabiliteringsbehov?					
Finns rutiner för upprättande av patientens rehabiliteringsplan?					
Är patientinformation utformad så att patienten kan förstå och vara delaktig i sin vård?					
Kapitel 6 Nivåstruktur och teamarbete	Ej aktuellt	JA	NEJ	Åtgärd	Ansvarig
Finns rutiner för hur patienters grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov av cancerrehabilitering tillgodoses?					
Finns rutiner för aktiva överlämningar när patientansvaret övergår till annan vårdgivare?					
Upprättas samordnad individuell plan (SIP) vid behov av vård- och omsorgsinsatser?					
Finns rutiner för hur fast vårdkontakt ska utses och dokumenteras?					
Finns rutiner för kontaktsjuksköterskans uppdrag?					
Finns rutin för att lämna kontaktuppgift till kontaktsjuksköterska?					
Finns kurator i teamet?					
Finns rutin för att lämna kontaktuppgift till kurator?					
Är teamet sammansatt och tillgängligt för att kunna möta patienternas förväntade rehabiliteringsbehov?					

Finns rutiner för överlämning till och från primärvården?					
Finns rutiner mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård för läkemedelshantering, hjälpmedel, näring m.m.?					
Kapitel 7 Symptomlindring	Ej aktuellt	JA	NEJ	Åtgärd	Ansvarig
Finns fastställda rutiner för handläggning av vanliga symtom som dyspné, fatigue, neuropati, håravfall, illamående, lymfödem, mun- och tandhälsa, smärta och tarmproblem?					
Delges patienten information om förväntade symtom?					
Finns riktlinjer för omvårdnad vid strålbehandling och medicinsk onkologisk behandling?					
Vid risk för lymfödem, får patienten information om tidiga symtom och behandling?					
Finns rutin för kontakt med lymfterapeut?					
Har sjuksköterskan som administrerar cancerläkemedel relevant utbildning?					
Finns rutin för kontakt med smärtenhet?					
Kap 8. Hälsoaspekter och egenvård	Ej aktuellt	JA	NEJ	Åtgärd	Ansvarig
Erbjuds rådgivande samtal kring levnadsvanor?					
Finns rutiner för rökavvänjning?					
Finns rutiner för rådgivande samtal om alkoholbruk?					
Finns rutiner för vilka egenvårdsråd som ges till patienterna?					
Finns rutiner för information om patientföreningar?					
Finns rutiner för att hantera frågor kring komplementär och alternativ medicin?					
Kap 9. Prehabilitering	Ej aktuellt	JA	NEJ	Åtgärd	Ansvarig

Görs bedömning av fysisk förmåga, nutrition, sociala och psykologiska aspekter samt levnadsvanor inför cancerbehandling?					
<b>Kap 10. Fysisk aktivitet och träning</b>	<b>Ej aktuellt</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>	<b>Åtgärd</b>	<b>Ansvarig</b>
Finns rutiner för information om fysisk aktivitet?					
Erbjuds patienten att träffa fysioterapeut vid behov av träning?					
Finns rutin för kontakt med arbetsterapeut?					
<b>Kap 11. Nutrition</b>					
Finns rutiner för att bedöma och tillgodose patientens behov vid nutritionsproblem?					
Erbjuds patienten att träffa dietist vid nutritionsproblem?					
Erbjuds patienten att träffa logoped vid sväljproblem?					
<b>Kap 12. Aktivitetsbalans och aktiviteter i det dagliga livet</b>	<b>Ej aktuellt</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>	<b>Åtgärd</b>	<b>Ansvarig</b>
Erbjuds patienten att träffa arbetsterapeut när stöd behövs vid exempelvis aktivitetsproblem?					
Finns rutiner för att tillgodose hjälpmedelsbehov?					
<b>Kap 13. Sexuell hälsa och fertilitet</b>	<b>Ej aktuellt</b>	<b>JA</b>	<b>NEJ</b>	<b>Åtgärd</b>	<b>Ansvarig</b>
Finns rutiner kring fertilitetsfrågor?					
Finns rutiner att hantera frågor kring sexuell hälsa?					
Finns kännedom om var remisser skickas avseende frågor om sexuell hälsa?					
<b>Kap 14. Sociala aspekter</b>					
Finns rutiner för kontakt med rehabiliteringskoordinator vid sjukskrivningsfrågor?					
Finns rutiner för individuell bedömning av arbetsförmåga?					
Finns rutiner för fortlöpande kartläggning av psykosociala behov?					
Finns rutiner för stöd till närstående?					

Finns rutiner som uppfyller lagkravet för barn som anhöriga?					
Erbjuds patienten att träffa logoped vid kommunikationsproblem?					

## Bilaga 2 till Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering

### Exempel på övergripande KVÅ-koder inom området

Mer specifika koder finns att tillgå för uppföljning av rehabiliteringsåtgärder.

För uppdaterad definition hänvisas till [Socialstyrelsen/Klassifikation av vårdåtgärder \(KVÅ\)](#) inklusive beskrivningstexter (2021) (reviderad 2020-11-17).

### Min vårdplan

XV019 Upprättande av "Min vårdplan" inom cancervården

Individuell skriftlig vårdplan som skrivs för och med patienten.

XV020 Revidering av "Min vårdplan" inom cancervården

Revidering av individuell skriftlig vårdplan som skrivits för och med patienten.

Samordnad individuell plan (SIP)

### AU124 Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)

Insatser enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.

AU125 Upprättande av samordnad individuell plan (SIP) vid utskrivning

Insatser enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

AW010 Uppföljning av samordnad individuell plan (SIP)

Uppföljning av samordnad individuell plan som upprättats enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen eller enligt 4 kap. 1 § lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

### Rehabiliteringsplan

AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan

Planering och framtagande av individuell skriftlig rehabiliteringsplan tillsammans med patientens och/eller dennes anhörig/närstående. Det ska finnas mål för planerade rehabiliteringsåtgärder utifrån patientens behov. Planeringen av rehabilitering ska samordnas med andra verksamheter när behov finns, men rehabiliteringsplanen kan också vara ett resultat av planering i den egna verksamheten.

AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan

Uppföljning av plan som upprättats för rehabilitering.

AW030 Genomfört åtgärds paket enligt rehabiliteringsplan inom slutet vård

Används när samtliga planerade rehabiliteringsåtgärder i rehabiliteringsplanen är genomförda och avslutade inom slutet vård. Om patienten skrivs ut för fortsatt rehabilitering till annan vård enhet i slutet vård är inte åtgärds paketet genomfört.

AW031 Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppen vård

Används när samtliga planerade rehabiliteringsåtgärder i rehabiliteringsplanen är genomförda och avslutade inom öppen vård. Om patientens rehabilitering ska fortsätta inom annan öppenvård är inte rehabiliteringen genomförd.

## **Rehabiliteringskoordinering**

### **GC001 Rehabiliteringskoordinering**

Koordinering av rehabiliterande insatser för återgång i arbete, annan sysselsättning eller inträde i arbetslivet. Insats i form av personligt stöd, intern samordning inom hälso- och sjukvården, extern samverkan med arbetsgivare, försäkringskassa, arbetsförmedling och kommunens socialtjänst samt uppföljning utifrån den enskilda patientens behov. Meddela samordningsbehov av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser till Försäkringskassan om patientens samtycke finns. Åtgärden kan utföras med eller utan patientens närvaro.

### **DV077 Medverkan i upprättande av plan för återgång i arbete**

Planering och framtagande av plan för rehabiliterande insatser under sjukskrivningsperioden med fokus på återgång i arbete eller annan sysselsättning, innefattande även nedtrappning av sjukskrivning, samt eventuella behov av samverkan med externa parter.

### **AW026 Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning**

## **Teamarbete**

### **DV076 Teamrehabilitering**

Information/träning/ behandling med rehabiliterande syfte som utförs av minst två olika yrkeskategorier. Denna åtgärd kan endast användas vid teambesök och gruppteambesök

## **Referenser och länkar**

Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering, Regionala cancercentrum i samverkan, beslutat 21-02-05 vers 3.0: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/cancerrehabilitering/vardprogram/>

Rehabilitering vid cancer, AKO Skåne-riktlinje för primärvården, Region Skåne, publicerad 21-10-11: <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/cancer/ako/rehabilitering-vid-cancer/>