



Ängelholms sjukhus

Cancerrehabilitering Skåne online och Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg

DOKUMENTTYP

Process	Avancerad cancerrehabilitering	Godkänt datum	2024-12-02
Skapad av	Cancerrehabiliteringsmottagningen	Version	2.0
	Helsingborg och Cancerrehabilitering Skåne Online	Ärendenummer	Ange ärendenummer
Godkänd av	Jan Lexell, medicinskt ansvarig läkare	Gäller fr.o.m.	2025-01-01
		Gäller t.o.m.	2027-01-01
Gäller för	Cancerrehabiliteringsmottagningen Helsingborg och Cancerrehabilitering Skåne Online		

Avancerad rehabilitering för personer under och efter cancerbehandling

Cancerrehabilitering Skåne Online och Cancerrehabiliteringsmottagning
Helsingborg, VO rehabilitering, Ängelholms sjukhus

Innehåll

Avancerad rehabilitering för personer under och efter cancerbehandling	1
INLEDNING.....	4
REHABILITERING VID CANCER	5
Cancerrehabilitering inom Verksamhetsområde rehabilitering, Ängelholms sjukhus	5
Cancerrehabilitering Skåne Online	6
Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg	6
TEAMETS VISION OCH MÅL	7
REMISS TILL TEAMET	8
Inklusionskriterier	8
Exklusionskriterier	8
Remissinnehåll	8
Avbrytande av pågående rehabilitering på deltagarens egen begäran	9
Avbrytande av pågående rehabilitering på rehabiliteringsteamets begäran	9
REHABILITERINGSTEAMET	10
Det interdisciplinära rehabiliteringsteamet	10
Personen är central i teamet	10
Beskrivning av professioners roll i teamarbetet.....	10
Administratör	10
Arbetsterapeut	11
Dietist	11
Fysioterapeut.....	11
Kurator	11
Läkare.....	12
Psykolog.....	12
Sexolog.....	12
Beskrivning av särskilda funktioner i teamarbetet.....	13
Koordinator	13
Samordnare av rehabiliteringen	13
Samverkanspart.....	13

REHABILITERINGENS UPPLÄGG OCH INNEHÅLL	14
Steg 1 - Inledande kontakt med teamet	14
Steg 2 - Telefonbedömning	14
Steg 3 – Bedömning och planering	15
Kartläggande samtal	15
Välmåendeskalan	15
Hälsorelaterad livskvalitet QLQ-C30	15
Interdisciplinärt team	16
Fördjupad bedömning	16
Individuell rehabiliteringsplan och rehabiliteringsplanering	16
Steg 4 - Individuell rehabiliteringsperiod	18
Rehabiliterande insatser	18
Avstämning	20
Utvärdering	20
Uppföljande samtal	20
Nöjdhetsenkät 1	21
Steg 5 - Egen rehabiliteringsperiod	21
Steg 6 – Avslutande samtal	22
Nöjdhetsenkät 2	22
Långtidsuppföljning	23
Processkarta rehabiliteringsprocessen	23
SAMVERKAN MED ANDRA AKTÖRER – AKTIV SAMVERKAN OCH AKTIV ÖVERLÄMNING	23
KONSULTATION OCH KUNSKAPSSTÖD	24
UPPFÖLJNING AV VERKSAMHET OCH REHABILITERINGSPROGRAM	24
KONTINUERLIG UTVECKLING AV VERKSAMHET OCH REHABILITERINGSPROGRAM	25
RELATERADE DOKUMENT	26
Lista över övriga dokument kopplade till programmet	26

INLEDNING

Varje år drabbas cirka 10 000 personer i Skåne av cancer. Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 olika sjukdomar där cancerceller förökar sig okontrollerat på friska cellers bekostnad. Maligna (elakartade) tumörer kan påverka intilliggande vävnad och sprida sig via blodomlopp och lymfsystem. Tumören kan då bilda metastaser i andra delar av kroppen. När cancer uppstår har balansen i celldelningen rubbats och cancercellen delar sig ohämmat.

Vanlig behandling vid cancer är cytostatika, kirurgi och strålning, enskilt eller kombinerat. Ytterligare varianter på behandling är till exempel målinriktad behandling och endokrin behandling. Både sjukdom och behandling kan medföra påfrestningar för den som drabbas, såväl fysiskt och psykiskt som socialt och existentiellt. Besvär kan uppkomma både före, under och efter eventuell behandling. Exempel på vanliga besvär är minskad muskelmassa, trötthet, smärta, illamående, aptitlöshet, nedstämdhet, oro och ångest. Konsekvenserna av sjukdom och behandling kan medföra svårigheter i det dagliga livet för såväl personen som drabbats som dennes närstående. Det kan leda till en påverkan på personens möjligheter att engagera sig i olika aktiviteter i och utanför hemmet och i slutändan försämra personens livskvalitet.

Benigna (godartade) tumörer kan växa men har inte samma förmåga att växa in i andra vävnader och klassas således inte som cancersjukdom. Även patienter med benigna tumörer eller tydlig ärftlighet för cancersjukdom kan genomgå omfattande behandlingar som kan ge långvariga besvär som vid behandlingar av maligna tillstånd.

Alla som drabbas av cancer har enligt 8 kap.7 § i hälso- och sjukvårdslagen rätt till rehabilitering under hela vårdprocessen. Rehabilitering kan pågå från tidiga symtom, vid diagnostisering samt under och efter eventuell behandling. Insatser kan också behövas längre tid efter avslutad behandling och vid eventuella långvariga behandlingseffekter och sena effekter.

Cancerrehabilitering delas upp som grundläggande, särskild respektive avancerad rehabilitering utifrån nationella vårdprogrammets nivåstrukturering. Grundläggande och särskild rehabilitering ska finnas i anslutning till de olika enheter som bedriver cancervård för rehabilitering i akut behandlingsfas och grundläggande rehabilitering inom primärvård i eftervårdsfas. Avancerad rehabilitering ska finnas tillgänglig för patienter med mer komplexa rehabiliteringsbehov under och efter cancerbehandling.

REHABILITERING VID CANCER

Detta vårdprogram använder nationella vårdprogrammets (RCC i samverkan 2023) definition av cancerrehabilitering. Cancerrehabilitering definieras som insatser, utifrån en persons behov och förutsättningar, som syftar till att förebygga funktionsnedsättningar samt till att personen ska bibehålla eller återfå bästa möjliga funktionsförmåga, aktivitetsförmåga och livskvalitet samt ett aktivt deltagande i samhällslivet trots konsekvenser av cancer och cancerbehandling.

Vårdprogrammet ger följande förklaring av cancerrehabilitering i relation till definitionen: Ett hälsofrämjande och personcentrerat förhållningssätt är basen inom cancerrehabilitering. I cancervården är rehabilitering nära integrerad med preventiva insatser, medicinska insatser och omvårdnadsinsatser. Detta kräver ett strukturerat arbetssätt i cancervården vad gäller planering av insatser inklusive uppföljning, ansvarsfördelning, överlämning mellan enheter och samverkan vid behov. Bemötande, information, råd och inventering av behov, planering av eventuella riktade och tidsbegränsade rehabiliteringsinsatser och uppföljning är grunden i vårdens insatser. Insatserna kan vara av fysisk, psykologisk, social och existentiell art. Personens och eventuella närståendes delaktighet är central för att personen ska stöttas att bemästra situationen och uppleva livskvalitet. Levnadsvanor och egenvård är viktiga delar som kompletterar vårdens insatser och som personen själv ansvarar för, vid behov vid stöd av vården. Därtill kan hälsofrämjande aktiviteter i samhället bidra till ökad hälsa hos personer med cancer.

Cancerrehabilitering inom Verksamhetsområde rehabilitering, Ängelholms sjukhus

Cancerrehabiliteringen inom Verksamhetsområde rehabilitering, Ängelholms sjukhus består av två verksamheter, Cancerrehabilitering Skåne Online och Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg, som bedriver cancerrehabilitering på avancerad nivå med ett gemensamt interdisciplinärt team. Verksamheten utgår från det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering och samverkar med annan specialistvård liksom med primärvård, kommun och patientföreningar. Den vänder sig till personer som genomgår eller har genomgått cancerbehandling.

Cancerrehabiliteringen utformas utifrån personens behov och önskemål och kan erbjudas oberoende av typ av cancersjukdom eller sjukdomsfas. Genom principen om fritt vårdsökande kan personer från hela Region Skåne, Södra

sjukvårdsregionen (vårdgarantiansvar) och resten av Sverige (i mån av kapacitet) tas emot.

Cancerrehabilitering Skåne Online bedrivs via digitala verktyg och tillgängliggör därmed interdisciplinär cancerrehabilitering oberoende av var personen bor och genomgår cancerbehandling. Teamet består av administratör, arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, läkare, medicinsk sekreterare, psykolog, sexolog och undersköterska. Rehabiliteringsarbetet är målinriktat och bedrivs i nära samarbete med personen och dennes närstående.

Cancerrehabilitering Skåne Online

Cancerrehabilitering Skåne Online är finansierad av Region Skåne och vänder sig således till personer och verksamheter i hela regionen. Den digitala verksamheten är det interdisciplinära teamets huvudverksamhet och drivs som en egen vårdenhet till vilken remiss ställs. All kontakt med teamet och alla insatser sker genom telefon, videomöte individuellt eller i grupp samt genom digitala verktyg. Om patienten behöver fysiska insatser av medicinsk eller rehabiliterande karaktär kan vägledning eller remiss behöva ställas till verksamhet som kan erbjuda det. En övergång från Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg eller annan cancerrehabiliteringsmottagning i Skåne föranleder alltid en remiss och ska hanteras som ett nybesök och prioriteras tillsammans med övriga inkommande remisser avseende väntetid.

Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg

Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg är finansierad av Ängelholms sjukhus. Den drivs som en egen vårdenhet inom vilken det interdisciplinära teamet kan ta emot patienter både digitalt och fysiskt med i grunden samma arbetssätt, insatser och kriterier som i Cancerrehabilitering Skåne Online. En övergång från Cancerrehabilitering Skåne Online eller annan cancerrehabiliteringsmottagning till Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg föranleder alltid en remiss och ska hanteras som ett nybesök och prioriteras tillsammans med övriga inkommande remisser avseende väntetid.

TEAMETS VISION OCH MÅL

Vår vision är att:

- Erbjuder en nationellt ledande rehabiliteringsprocess som med hög tillgänglighet och god kvalitet sätter individens behov i centrum.
- Arbeta utifrån en helhetssyn med respekt för personens integritet och sociala, etniska och kulturella sammanhang.
- Nyttja den digitala teknikens möjligheter i syfte att utveckla den avancerade rehabiliteringen till att vara mer flexibel, personcentrerad och tillgänglig.
- Vara en verksamhet som länkar samman flera vårdnivåer och aktörer för att möjliggöra en bättre och mer sammanhållen rehabilitering samtidigt som det utvecklar rehabiliteringskompetens i hela kedjan.
- Bedriva utvecklingsarbete inom området utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet för att uppnå bästa möjliga rehabilitering för den enskilde personen.
- Målet med rehabiliteringen är att personen, med utgångspunkt i det som är viktigt för hen, ska uppnå bästa möjliga funktionsförmåga och välbefinnande. Hen ska därmed kunna bli så aktiv, självständig och delaktig i sitt liv och sitt sammanhang som möjligt.

REMISS TILL TEAMET

Remiss tas emot och kan ställas av olika professioner inom vård- och omsorgsinstanser. Remissen bör vara förankrad hos ansvarig enhet/läkare vilken också ska namnges. Personen själv kan även lämna en egen vårdbegäran enligt principen om fritt vårdsökande. För att säkerställa en sammanhållen rehabiliteringsprocess och goda samverkansmöjligheter ska även personer som lämnar en egen vårdbegäran ange en ansvarig enhet/läkare.

Inklusionskriterier

- Pågående eller genomgången cancersjukdom och/eller cancerbehandling av behandlande/förebyggande/lindrande karaktär.
- Personen har bedömts behöva insatser från ett interdisciplinärt rehabiliteringsteam.
- Personen uttrycker behov/önskemål om att genomgå en interdisciplinär rehabiliteringsprocess.

Exklusionskriterier

- Bakomliggande orsak som påtagligt försvårar ett aktivt deltagande från personen själv så som akut krisreaktion, långt gången demenssjukdom, eller ett aktivt missbruk.
- Personen har lämnat en egen vårdbegäran men samtycker inte till samverkan med primärvård/specialistvård.
- Personen kan eller vill inte erhålla insatsen via digitala verktyg (Gäller för Cancerrehabilitering Skåne Online)

Remissinnehåll

- Var i cancervårdsprocessen befinner sig personen i nuläget?
- Beskrivning av personens rehabiliteringsbehov, hur är livet påverkat i sin helhet, och vilka insatser som genomförts på grundläggande och särskild nivå.
- Om ”Hälsoskattning för cancerrehabilitering” [1] använts kan den användas som underlag.
- Fråga gärna om och beskriv påverkan på flera livsområden som arbete, familj, samliv, livssituation, livsglädje och fritid.
- Ange eventuellt tolkbehov och vilket språk.
- Är personen informerad om att hen blir kontaktad via telefon och/eller videomöte?

- Kontaktuppgift till vår fortsatta samverkanspart kring personens rehabilitering.

Avbrytande av pågående rehabilitering på deltagarens egen begäran

All behandling är frivillig och varje person har rätt att avbryta rehabiliteringen och kontakten med teamet. Det är önskvärt att försöka klarlägga orsaken till personens önskan om att avbryta sin rehabilitering så att eventuella missförstånd eller missförhållanden kan rättas till. Avbruten rehabilitering påverkar inte personens möjligheter att senare återkomma till teamet.

Avbrytande av pågående rehabilitering på rehabiliteringsteamets begäran

Teamet kan avsluta rehabiliteringen mot personens vilja vid följande omständigheter:

- Upprepade beteenden som påtagligt försvårar personens deltagande i sin rehabilitering.
- Upprepade beteenden som gör att rehabiliteringen för övriga personer på mottagningen påverkas negativt.
- Ingen aktiv medverkan i utformningen eller genomförandet av rehabiliteringen.

Avbruten rehabilitering påverkar inte personens möjligheter att senare återkomma till teamet.

REHABILITERINGSTEAMET

Det interdisciplinära rehabiliteringsteamet

Klinikerna i teamet arbetar i nära samverkan med personen, hens närstående, samverkansparter och med varandra för att uppnå gemensamma mål. Varje teammedlem tillför sin specifika kompetens utifrån profession/roll och erfarenhet samtidigt som man gemensamt och var för sig bär en grundläggande kunskap om cancerrehabilitering, rehabiliteringsmetodik och detta specifika program.

Personen är central i teamet

Personen som ska genomgå bedömning av rehabiliteringsbehov tillför en unik och oersättlig kunskap om sig själv, sina förutsättningar samt i vilken riktning hen vill sträva och därmed har hen en central roll i teamarbetet. Rehabiliteringsplanen är personens egen och ska utgå från hens behov och strävan. Planen styr de individuellt utformade rehabiliteringsinsatserna. Kunskap kring cancerrehabilitering, egenvårdsinsatser och rehabiliteringsmetodik förmedlas från övriga teamet medan stor del av utförandet inom ramen för rehabiliteringsplanen vilar på personen, antingen genom utförande av egenvård och/eller träning eller medverkande i rehabiliterande insatser. Personens närstående kan utgöra ett viktigt stöd i detta och involveras alltid utifrån personens behov och önskemål.

Beskrivning av professioners roll i teamarbetet

Administratör

Administratören samordnar det administrativa arbetet i de olika verksamhets- och journalsystem som mottagningen använder. Administratören följer ett nytt vårdåtagande från ankomst till avslut och ansvarar för att registrering och dokumentation följer mottagningens rutiner genom hela patientresan. Administratören ansvarar även för kontakt med patienter, remitterer och vårdgrannar via mottagningstelefon och invånartjänster. Administratören är även behjälplig med beställningar, fakturahantering och andra administrativa uppgifter.

Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten bedömer, analyserar och utreder aktivitetsförmågan och fokuserar på de aktiviteter personen själv anser är meningsfulla och de svårigheter som upplevs i vardagen. Bedömningen görs genom samtal, observationer och standardiserade bedömningsinstrument.

Arbetsterapeutens insatser kan vara att ge råd och stöd kring aktivitetsbalans och aktivitetsbegränsningar genom att bland annat rekommendera olika strategier eller anpassning av uppgiften och/eller miljön. Insatserna kan göras individuellt eller i grupp. Arbetsterapeuten kan via videomöte se över hemmet eller arbetsplatsen för att bedöma behov av insatser samt vara behjälplig i kontakt med arbetsgivare, Försäkringskassa och rehabiliteringskoordinator. Vid behov sker samverkan med arbetsterapeut i kommun eller primärvård.

Dietist

Dietisten bedömer det nutritionella rehabiliteringsbehovet och kan föreslå utökad utredning. Individuell nutritionsbehandling kan erbjudas i syfte att skapa hälsosamma matvanor eller till exempel behandla undernäring. Dietisten kan också erbjuda samtal om kost där tankar och funderingar kring ämnet står i vägen för övrig rehabilitering. Vid behov sker samverkan med dietist på hemortslasarett eller vårdcentral.

Fysioterapeut

Fysioterapeuten bedömer funktionsförmåga med fokus på livskvalité. Det kan handla om att hitta fysisk aktivitet som känns meningsfull och stärka det resursrika i kroppen för att förbättra hälsa. Fysioterapeuten planerar och genomför behandlingar eller genom samverkan med primärvård, kommun och/eller andra specialistvårdsenheter. Detta i syfte att öka funktion i vardagen och utifrån personens förutsättningar förbättra muskelstyrka, kondition, balans, rörelse- och förflyttningsförmåga samt stötta personen att fortsätta vara fysiskt aktiv trots eventuella begränsningar.

Kurator

Kuratoren ansvarar för den psykosociala utredningen, bedömningen och insatser inom området. Utredningen belyser personens livssituation avseende familjeförhållanden, utbildning och arbete, ekonomi, det sociala nätverket och behovet av stöd både praktiskt och känslomässigt. Kuratorn stödjer personen i kontakten med samhället, informerar om aktuell lagstiftning, hjälper personen att fylla i ansökningsblanketter och kan bistå i externa kontakter med myndigheter som Försäkringskassan, arbetsgivare eller kommun. Kuratorn kan även via videomöten delta i arbetsplatsbesök,

rehabiliteringsmöten med Försäkringskassan eller SIP. Kuratorn kan erbjuda stödsamtal och bearbetande samtal som kan inkludera närstående och kan även remittera vidare till extern samtalskontakt, exempelvis inom primärvården.

Läkare

Läkaren deltar aktivt i planeringen av rehabiliteringsbedömning, rehabiliteringsplan och ansvarar för att rekommendera medicinska insatser som undersökningar, provtagningar, remisser, läkemedel, recept och intyg, vilket sedan utförs av ansvarig enhet/läkare. Teamets läkare ansvarar ej för läkemedelsförskrivning och sjukskrivning, med undantag för förebyggande sjukskrivning där så är påkallat. Läkaren är en viktig länk i kontakten med den inremitterande samt med personens ansvariga läkare inom primärvård alternativt cancervård.

Psykolog

Psykologen bedömer det psykologiska rehabiliteringsbehovet och utför behandling individuellt och i grupp, utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Behandlingsmetoderna är evidensbaserade och utgår från kognitiv beteendeterapi och Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Fokus för behandling kan vara oro/ångest, återfallsrädsla, nedstämdhet, nyorientering efter sjukdom och att förhålla sig till förändrade förutsättningar fysiskt, psykiskt och socialt. Psykologen bedömer tillsammans med andra teammedlemmar grad och omfattning av cancerrelaterad fatigue och kan stötta personer vid återgång i arbete.

Sexolog

Sexologen bedömer behov av sexuell rehabilitering för att personen ska återfå bästa möjliga sexuella välbefinnande och sexuella funktion. Det kan även handla om svårigheter med att återfå intimitet och kommunikationen kring intimiteten i relationen. Sexuella problem är mer eller mindre vanligt beroende på diagnos och behandling men även livsomständigheterna i övrigt. En god sexuell hälsa ingår i de mänskliga rättigheterna och utgångspunkten är att det alltid går att vara sexuellt aktiv på något sätt. Går det inte att göra som tidigare stöttar sexologen kring hur de sexuella aktiviteterna kan anpassas, exempelvis genom att vara nära och intim på andra sätt. Sexologen träffar personen själv och vid behov även partner/-s utifrån sexuell ohälsa som på något sätt är relaterad till cancer. Det kan vara sexuell ohälsa som uppkommit flera år efter genomgången behandling. Exempel på sexuell ohälsa kan vara lust- och/eller orgasmproblem, erektil dysfunktion, samlagssmärta, förändrad kroppsbild eller självbild samt

relationssvårigheter. Vid behov av gynekologisk undersökning eller medicinsk behandling sker samverkan med andra vårdgivare och personen remitteras vidare för konsultation och eventuell behandling.

Beskrivning av särskilda funktioner i teamarbetet

Koordinator

Koordinatorn håller samman rehabiliteringsprocessen administrativt genom att övervaka flödet av personer genom processens olika steg inom både digital verksamhet och mottagningsverksamhet. Koordinatorn har ett övergripande ansvar för tillämpningen av administrativa verktyg och system samt ansvarar för framtagande av statistik och redovisningar. Hen har ett övergripande ansvar för standardisering och kvalitetsuppföljning av vårdprocess avseende till exempel åtgärdsregistrering och utfall i kvalitetsindikatorer.

Samordnare av rehabiliteringen

Teamsamordnaren leder det kliniska arbetet och rehabiliteringsprocessen som utgår från både digital verksamhet och mottagningsverksamhet. Rollen som teamsamordnare kan bäras av enhetschef eller kliniker.

Teamsamordnaren har ett övergripande ansvar för remissbedömning samt för planering av rehabiliteringsprocesser och rehabiliteringsplaner. Till detta hör även att överblicka utbudet av insatser liksom den kliniska uppföljningen av patienter och deras rehabiliteringsplaner.

Teamsamordnaren fungerar som kontaktperson för teamet och skall även ha ett övergripande ansvar för planering och uppföljning av teamets utvecklingsprojekt.

Samverkanspart

Samverkanspart är den/de personer som utgör fast vårdkontakt eller rehabiliteringsansvarig för personen som genomgår rehabilitering i det interdisciplinära teamets regi. Det kan till exempel röra sig om en kontaktsjuksköterska eller läkare inom ett cancervårdsteam, läkare, sjuksköterska, rehabiliteringsprofession eller rehabiliteringskoordinator vid en vårdcentral. Samverkanspartens roll och uppgift är att vara en länk till den grundläggande medicinska vården och de insatser som skall förmedlas därigenom. Tillsammans med personen som genomgår rehabiliteringsbedömning följs rehabiliteringsplanen upp efter genomförd bedömning alternativt efter genomgången rehabiliteringsprogram inom avancerad cancerrehabilitering.

REHABILITERINGENS UPPLÄGG OCH INNEHÅLL

Steg 1 - Inledande kontakt med teamet

Remiss från vårdgivare eller egen vårdbegäran bedöms av teamet inom fem arbetsdagar. Om remissen uppfyller remisskriterierna bokas personen för en första telefonbedömning inom två veckor. Ett kallelsebrev med tid till telefonbedömningen skickas ut tillsammans med information om rehabiliteringsprocessen, teamets arbete och frågor som patienten kan fundera över inför telefonbedömningen. Vid telefonbedömningen ombeds personen godkänna att samverkan etableras med lämplig samverkanspart. Detta för att samverkan ska kunna etableras kring patientens rehabiliteringsprocess.

Steg 2 - Telefonbedömning

Alla som remitteras till teamet får inom två veckor telefonkontakt med en teammedlem. Syftet med telefonkontakten är att göra en första bedömning av personens behov av insatser utifrån bedömningsfrågorna bifogade i kallelsen [2], samt göra en prioritering när personen ska kallas för en inledande bedömning. Bedömningsfrågor om personens behov av rehabilitering och förväntningar på kontakten går igenom. Därefter görs en övergripande kartläggning av personens situation: vart hen befinner sig i cancervårdprocessen, eventuella andra vårdkontakter, om behov finns av sjukresa samt huruvida personen ska tillhöra digital eller fysisk mottagning. Vid behov inhämtas personens godkännande att beställa journalhandlingar från andra vårdgivare. Personen får information om ungefärlig väntetid till den inledande bedömningen. Efter telefonbedömningen skickas skattningarna Välmåendeskalan [3] och QLQ-C30 [4] samt en länk till föreläsning om rehabilitering inför steg 3. Användarstöd och information avseende hur man använder digitala verktyg, upplägg i den digitala rehabiliteringsprocessen och supportnummer skickas samtidigt till de som ska fortsätta inom Cancerrehabilitering Skåne Online [5 och 6].

Remiss för kännedom [7] skickas till den samverkanspart som personen uppgett vid telefonbedömningen.

Steg 3 – Bedömning och planering

Kartläggande samtal

Det kartläggande samtalet utgör starten av rehabiliteringen. Personen träffar två teammedlemmar, som även blir kontaktpersoner under rehabiliteringsprocessen. Inför denna bedömning har personen fyllt i frågeformulären Välmåendeskalan och QLQ-C30. Vid det kartläggande samtalet görs en genomgång av skattningsformulären och en interdisciplinär bedömning. I den bedömningen ingår även att kartlägga levnadsvanor som tobak, alkohol, fysisk aktivitet och kost enligt gällande riktlinjer i regionen. I enlighet med nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering [8] berörs även suicidrisk.

Välmåendeskalan

Välmåendeskalan är en självskattningskala konstruerad för enstaka eller upprepade mätningar. Skalan ger ett mått på subjektivt psykiskt välmående. Denna skala används återkommande i rehabiliteringsprocessen som ett underlag för att identifiera och följa upp personens rehabiliteringsbehov. Skalan har valts för att främja ett rehabiliterande förhållningssätt och leda till ett perspektivskifte från symtomfokus till ett fokus på vilka områden som är viktiga för personen att stärka genom förbättring och/eller kompensation av funktion, aktivitet och delaktighet. Välmåendeskalan används som diskussionsunderlag i bedömning och inför planering av rehabiliteringsprocessen. Varje enskild fråga/påstående kan vara relevant medan det globala måttet subjektivt psykiskt välmående framför allt används för uppföljning. Välmåendeskalan används även vid uppföljning av rehabiliteringsprocessen.

Hälsorelaterad livskvalitet QLQ-C30

QLQ-C30 är ett verktyg för att skatta hälsorelaterad livskvalitet och kan användas som underlag i planering och uppföljning av rehabilitering.

EORTC quality of life questionnaire (QLQ) är ett frågeformulär som mäter hälsorelaterad livskvalitet (QoL) hos personer med cancersjukdom. Resultatet visas som fem funktionella skalor, tre symptomskalor, en livskvalitetsskala och sex enskilda/separata frågor om ytterligare symtom vanligen rapporterade av personer med cancersjukdom.

- En högre poäng på funktionella skalor indikerar hög/hälsosam nivå av funktion.
- En högre poäng på livskvalitet indikerar hög livskvalitet.

- En högre poäng på symptomskalor och enskilda symtomfrågor indikerar hög nivå av symtomatologi/problem.

Resultatet används inför planering av rehabiliteringsprocessen och för uppföljning av rehabiliteringsprocessen. QLQ-C30 används brett inom forskning och lämpar sig väl som underlag för utvärdering av verksamhet och i kvalitetsregister.

Det är även möjligt att komplettera QLQ-C30 med diagnosspecifika skattningsskalor som fördjupar kring vanligt förekommande besvär. Till exempel finns QLQ-BR23 som kan användas vid bröstcancer och QLQ-PR25 som kan användas.

Interdisciplinärt team

Efter det kartläggande samtalet träffas hela rehabiliteringsteamet. Vid behov görs här en interdisciplinär bedömning av rehabiliteringsbehovet och beslut fattas om den fortsatta rehabiliteringsprocessen. Därefter initieras antingen en fördjupad bedömningsperiod eller en individuell rehabiliteringsplanering.

Fördjupad bedömning

En fördjupad bedömning kan initieras efter beslut från det interdisciplinära teamet då mer information behövs för att kunna formulera en rehabiliteringsplan. Under den fördjupade bedömningen kan olika teammedlemmar träffa personen enskilt för att genomföra mer omfattande eller djupgående intervjuer, observationer, undersökningar och tester. Bedömningsperioden kan variera i längd och planeras tillsammans med personen och eventuellt inremitterande. När teammedlemmarna genomfört sina respektive bedömningsinsatser lyfter man vid behov åter ärendet i det interdisciplinära teamet för individuell rehabiliteringsplanering.

Individuell rehabiliteringsplan och rehabiliteringsplanering

Utifrån bedömningarna och personens mål upprättas en individuell rehabiliteringsplan i ett besök med personen och kontaktpersoner. Tillsammans med personen planeras hans kommande rehabiliteringsprocess i en rehabiliteringsplan.

Rehabiliteringsplanen [9] enligt den fastställda mallen överensstämmer med WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och består av tre delar: en bedömningsdel, en del med huvudmål/värderad riktning och delmål, insatser och utvärdering samt en del med fortsatt planering efter rehabiliteringsperioden. Den mall som används och

tillhörande behandlarstöd är särskilt framtaget för att engagera personen och göra arbetet med planen begripligt. Rehabiliteringsplanen upprättas i samverkan med personen själv, vid behov dennes anhöriga och kontaktpersonerna.

I rehabiliteringsplanen definieras för personen viktiga livsområden och värden, konsekvenserna av cancersjukdomen i relation till dessa, de egna huvudmålen och delmålen beskrivs och en individuell insatslista görs upp. I rehabiliteringsplanen specificeras vilka som har ansvar för enskilda insatser (personen själv, teamet, teamet och personen tillsammans och/eller samverkanspartner). Rehabiliteringsplanen är personens eget dokument och följer hen under och efter rehabiliteringsperioden. Remissvar skickas till inremittent och rehabiliteringsplanen skickas till inremittent och samverkanspart. Omfattningen avseende hur detaljerad information som skickas till inremittent och samverkanspart bestäms i dialog med personen.

Rehabiliteringsplanen kommuniceras med samverkanspart även vid utvärdering, uppföljning samt vid aktiv överlämning inför egen rehabiliteringsperiod.

Den interdisciplinära bedömningsprocessen och personens medverkan i den kan ha flera olika utfall enligt följande exempel:

- Bedömningsprocessen har klargjort behov och mål som kan formuleras i en personlig rehabiliteringsplan som mestadels vilar på egenvårdsinsatser med eller utan enstaka unimodala insatser från inremittent eller annan vårdgivare (steg 5) där det interdisciplinära teamet har en konsultativ roll. Uppföljning (steg 6) planeras med personen där fokus är på om rehabiliteringsprocess enligt plan har inletts och går i rätt riktning.
- Bedömningsprocessen har klargjort behov och mål som bedöms behöva stödjas fortsatt inom ramen för interdisciplinär teamrehabilitering varpå en individuell rehabiliteringsperiod (steg 4) inom verksamheten planeras.
- Bedömningsprocessen har klargjort behov och mål tillsammans med en komplexitet som medför att annan vårdgivare eller vårdnivå (till exempel psykiatri, slutenvårdsrehabilitering) behöver hålla i den övergripande rehabiliteringsprocessen tillsammans med personen. Det interdisciplinära teamet kan då ingå i den planeringen som en konsultativ funktion som även kan erbjuda vissa unimodala insatser. Uppföljning (steg 6) planeras tillsammans med personen och annan

vårdgivare där fokus är på om rehabiliteringsprocess enligt plan har inletts och går i rätt riktning.

Steg 4 - Individuell rehabiliteringsperiod

Alla personer som fortsatt behöver stödjas inom ramen för interdisciplinär teamrehabilitering erbjuds en individuell rehabiliteringsperiod. Längden på rehabiliteringsperioden är individuell utifrån behov men tidsbegränsad och med tydliga avstämningpunkter och utvärderingstillfällen.

Under en rehabiliteringsprocess kan stödet från och utbytet med andra i liknande situation vara av stort värde. Samtliga personer erbjuds plats i rehabiliteringsgrupper utifrån olika inriktningar och med återkommande träffar.

Rehabiliterande insatser

Under en rehabiliteringsperiod kan ett varierande antal insatser genomföras utifrån personens behov. Flera av insatserna som erbjuds kan ske både individuellt och i grupp. Insatserna syftar till att stödja personen att leva med så god livskvalitet som möjligt. Exempel på tillgängliga insatser presenteras nedan.

- En cancersjukdom kan ge konsekvenser för den psykiska hälsan. Vid behov erbjuds psykologisk behandling för att ge personen verktyg för att nå ökad funktions- och aktivitetsnivå, delaktighet och livskvalitet.
- Att kunna fortsätta röra sig och träna är väsentligt både för psykisk och fysisk hälsa för cancerberörda. Detta för att bland annat förbättra funktionsförmåga, hantera cancerrelaterad trötthet, hantera uppkomst av cancerrelaterad perifer neuropati och smärta. Vid behov erbjuds vetenskapligt förankrade, individuellt anpassade råd om fysisk aktivitet och träning. Personen kan erbjudas utformning av individuellt anpassat hemträningsprogram, förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR), riktat FaR cancerrehabilitering alternativt, besök på gym eller annan träningslokal. Möjlighet finns även till deltagande i gruppträning, yoga och kroppskännedom.
- Personen erbjuds information om cancersjukdomens konsekvenser i vardagen, rekommendationer om fysisk aktivitet och energibesparande strategier i syfte att lära sig att använda sina resurser så effektivt som möjligt. För att underlätta i vardagen kan personen erbjudas att lära sig om aktivitetsbalans, anpassningsstrategier, råd kring hjälpmedel samt

andra kompensatoriska strategier för att kunna hantera olika dagliga aktiviteter. Hjälpmedelsbehov överrapporteras till primärvård eller kommun.

- En cancersjukdom kan påverka den sexuella hälsan och vissa biverkningar kan komma långt efter avslutad behandling. Nära och intima relationer kan bli påverkade av behandlingen och sjukdom. Kroppen kan förändras i sitt utseende till följd av operationer eller andra behandlingar. Detta kan få stor påverkan, och personen kanske drar sig undan närhet och intimitet eller har svårt att visa sig naken. Personen kan få hjälp och stöttning i att hantera tankar och känslor kring utseende och kroppsliga förändringar. För att bibehålla en god sexuell hälsa under och efter cancer finns möjlighet till samtal, råd och stöd för personen själv och/eller dennes partner/-s.
- Aptit, ätförmåga och näringsstatus kan påverkas vid cancersjukdom och behandling. Personen kan erbjudas individuell rådgivning för att förbättra eller underlätta energi- och näringsintag utifrån behov, önskemål och förutsättningar.
- Den ekonomiska situationen kan påverkas av cancersjukdom och behandling. Under rehabiliteringen kan personen få information om sina rättigheter, samhällets stödinsatser samt råd och stöd för att underlätta kontakt med samhällets resurser.
- Vid behov av stöd gällande personens arbete kan kontakt erbjudas med arbetsgivare, rehabiliteringskoordinator på vårdcentral, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Ibland kan det även vara aktuellt med arbetsplatsbesök/kontakt. Rehabiliteringsteamet utför dock inga specifika arbetsförmågebedömningar i formell mening men kan fungera som en diskussionspartner och stöd för personen i kontakten med arbetsgivare och myndigheter.
- En cancerdiagnos kan även ha stor påverkan på närstående. Närstående till personen som deltar i ett rehabiliteringsprogram inbjuds att delta i rehabiliteringen. Har personen barn finns möjlighet till samtalsstöd utifrån föräldrarollen alternativt om barnet/barnen själva önskar stöd. Teamet kan även informera om vilket stöd som finns för närstående i kommunen.

- Vid cancersjukdom kan personen ha kontakt med flera vårdinstanser. Personen kan vara i behov av samordnade insatser och stöd från både hälso- och sjukvård och kommunal vård- och omsorg. Teamet kan vid behov sammankalla till eller medverka vid samordnad individuell plan (SIP).

Avstämning

För att föra rehabiliteringsprocessen framåt planeras, utifrån personens behov, återkommande avstämningspunkter som till exempel vid inledning eller avslut av specifika insatser. Kontaktpersonen eller aktuell behandlare stämmer av måluppfyllelse generellt och tar ställning till ytterligare bedömning, insats eller avslut utifrån uppdaterad rehabiliteringsplan.

Utvärdering

Under rehabiliteringsperioden görs utvärderingar av rehabiliteringsplanen var tredje månad. Inför utvärdering får personen återigen fylla i Välmåendeskalan och QLQ-C30.

Vid utvärdering tar kontaktpersonerna tillsammans med personen eventuellt beslut om att avsluta den individuella rehabiliteringsperioden och gå vidare till steg 5, alternativt att förlänga den individuella rehabiliteringsperioden om det fortsatt finns behov av det interdisciplinära rehabiliteringsteamet.

Uppföljande samtal

I slutet av den individuella rehabiliteringsperioden träffar personen kontaktpersonerna och summerar perioden, vilka mål som är uppfyllda i rehabiliteringsplanen och vilka som återstår. En planering för när en uppföljning ska ske bestäms. Personen får återigen fylla i Välmåendeskalan, QLQ-C30 samt utvärderingsformuläret Nöjdhetsenkät 1 [10] för utvärdering av rehabiliteringsperioden. En anteckning görs som sammanfattar rehabiliteringen och framtida plan. Vid behov utförs en aktiv överlämning där resultat och sammanfattning av rehabiliteringsperioden överrapporteras till de behandlare som ska ha fortsatt kontakt med personen. En kopia av slutanteckning inklusive fortsatt planering och behandlingsrekommendationer skickas även till inremittent och/eller samverkanspart efter detta besök.

Nöjdhetsenkät 1

Syftet med Nöjdhetsenkät 1 är att utvärdera den individuella rehabiliteringsperioden som genomförts tillsammans med Cancerrehabilitering Skåne Online eller Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg. Enkäten utgår från SveReh Nöjdhetsenkät men är något omformulerad för att bättre passa målgruppen cancerberörda och detta vårdprogram.

Formuläret innehåller åtta frågor där man värderar utifrån: ” Mycket nöjd” – ”Nöjd” – ”Missnöjd” - ”Mycket missnöjd” med alternativet ”Vet ej”. De frågor som patienten är nöjd eller mycket nöjd med har levt upp till förväntningarna och fungerat utifrån patientens upplevelse medan de frågor som patienten är missnöjd eller mycket missnöjd med inte har levt upp till förväntningarna. Svaren ska guida fortsatt planering av stöd och insatser men även användas för utveckling av verksamheten. Svaren på fritextfrågorna kan användas i samma syfte. Två fritextfrågor där man kan lämna synpunkter på verksamheten och lämna förbättringsförslag tillkommer utöver de åtta utvärderingsfrågorna.

Nöjdhetsenkät 1 samlas inte in anonymt utan tillsammans med övriga skattningar. Detta för att personens egen upplevelse skall kunna tas med i utformningen av den individuella rehabiliteringsprocessen och även bidra till det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet.

Steg 5 - Egen rehabiliteringsperiod

Avslut- och uppföljningsfasen av rehabiliteringsprocessen kan även formuleras som personens egen rehabiliteringsperiod. Personen följer fastställd rehabiliteringsplan med egna insatser och eventuellt insatser med stöd från andra vårdgivare som till exempel vårdcentralen. Det interdisciplinära teamet är fortsatt tillgängligt som konsultativ verksamhet och har en uppföljande kontakt, utifrån rehabiliteringsplanen, med personen.

I den plan som tas fram antingen direkt påföljande bedömning och planering i steg 3 alternativt avslut av individuell rehabiliteringsperiod steg 4 ska det anges hur frekvent uppföljningen med det interdisciplinära teamet ska vara.

Steg 6 – Avslutande samtal

Efter avslutad egen rehabiliteringsperiod görs uppföljning av teamet. Det avslutande samtalet sker individuellt med kontaktpersoner 3–6 månader efter att egen rehabiliteringsperiod har inletts. Inför det avslutande samtalet fylls formulären Välmåendeskalan, QLQ-C30 samt Nöjdhetsenkät 2[11] i för att mäta kvarstående effekter av rehabiliteringen. En slutanteckning görs som sammanfattar rehabiliteringen och framtida plan.

Nöjdhetsenkät 2

Syftet med Nöjdhetsenkät 2 är att utvärdera den egna rehabiliteringsperioden som genomförts på egen hand eller tillsammans med samverkanspart påföljande individuell rehabiliteringsperiod enligt steg 4 eller påföljande bedömning och planering enligt steg 3 om planen är att gå direkt till steg. Enkäten utgår från SveReh Nöjdhetsenkät men är något omformulerad för att bättre passa målgruppen cancerberörda och detta vårdprogram.

Formuläret innehåller åtta frågor där man värderar utifrån: ” Mycket nöjd” – ”Nöjd” – ”Missnöjd” - ”Mycket missnöjd” med alternativet ”Vet ej”. De frågor som patienten är nöjd eller mycket nöjd med har levt upp till förväntningarna och fungerat utifrån patientens upplevelse medan de frågor som patienten är missnöjd eller mycket missnöjd med inte har levt upp till förväntningarna. Svaren ska guida fortsatt planering av stöd och insatser men även användas för utveckling av verksamheten. Svaren på fritextfrågorna kan användas i samma syfte. Två fritextfrågor där man kan lämna synpunkter på verksamheten och lämna förbättringsförslag tillkommer utöver de åtta utvärderingsfrågorna.

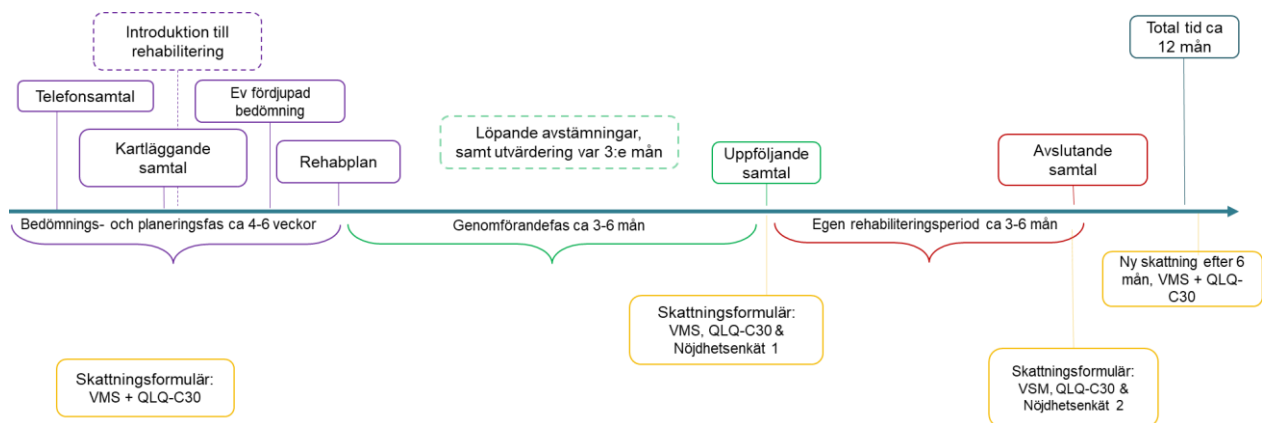
Nöjdhetsenkät 2 samlas inte in anonymt utan tillsammans med övriga skattningar. Detta för att personens egen upplevelse skall kunna tas med i utformningen av den individuella rehabiliteringsprocessen och även bidra till det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet.

Långtidsuppföljning

Sex månader efter avslutad rehabilitering genomförs ytterligare en skattning med Välmåendeskalan och QLQ-C30 för att följa upp om effekterna av rehabiliteringen kvarstår. Detta sker i första hand som en kvalitetsuppföljning men i händelse av påtaglig negativ utveckling kontaktas personen. Information om denna lämnas i samband med uppföljning och avslut i steg 6 samt följer med i utskicket av långtidsuppföljningen.

Processkarta rehabiliteringsprocessen

Nedan visualiseras rehabiliteringsprocessen som den beskrivits i kapitlet ovan.



SAMVERKAN MED ANDRA AKTÖRER – AKTIV SAMVERKAN OCH AKTIV ÖVERLÄMNING

Föreliggande rehabiliteringsprocess bygger genomgående på en aktiv samverkan med den medicinska vård och omvårdnad som personen erhåller i form av cancerbehandling och behandling för långvariga och sena effekter till följd av cancersjukdom och cancerbehandling.

På samma sätt spelar aktiv samverkan en viktig roll när det gäller utredning, behandling och uppföljning kring besvär och tillstånd som personen har och som inte är relaterat till cancersjukdomen och dess behandling som t.ex. annan underliggande långvarig sjukdom, medfödda eller förvärvade funktionshinder, psykisk ohälsa eller NPF och så vidare. Aktiv samverkan med annan verksamhet och process inom habilitering eller rehabilitering kan spela en viktig roll.

Grunden för en löpande aktiv samverkan är att det sker en aktiv överlämning inför bedömnings- och planeringsprocessen samt inför rehabiliteringsprocess oavsett om den sker i det interdisciplinära teamet, hos inremittenten eller i annan vårdgivares regi. I och med en aktiv överlämning definieras ansvarsfördelning mellan personen, det interdisciplinära teamet och andra aktörer vilket i sin tur utgör en bas för en aktiv samverkan där avstämningspunkter och kanaler för samverkan fastställs.

KONSULTATION OCH KUNSKAPSTÖD

Utöver den aktiva samverkan som är en naturlig del av rehabiliteringsprocessen kring en enskild person så utgör verksamheterna Cancerrehabiliteringsmottagning Helsingborg och Cancerrehabilitering Skåne Online en samlad kompetens avseende avancerad cancerrehabilitering och har en viktig roll i Nordvästra Skånes cancerrehabilitering med sin samlade specialistkunskap.

Verksamheten kan bidra med kunskap och processtöd till den cancerrehabilitering som bedrivs på grundläggande och särskild nivå, utbildningar och andra färdighets-/kunskapshöjande insatser, medverkan i förvaltningsövergripande utveckling, remissinstans avseende vårdprogram och riktlinjer med mera. Ramar för denna roll dess omfattning sätts i dialog mellan Nordvästra Skånes cancersamordnare, berörda förvaltningars ledning samt verksamhetschef för VO Rehabilitering, Ängelholms sjukhus.

UPPFÖLJNING AV VERKSAMHET OCH REHABILITERINGSPROGRAM

Kontinuerlig uppföljning av varje persons rehabiliteringsprocess i syfte att säkerställa att ett sammanhållet vårdförlopp sker genom kontinuerlig administrativ rapportering i en översikt, "Personens resa". Den stämmer av att varje steg sker i utsatt tid (satta ledtider och vårdgaranti) och/eller utifrån personens behov och önskemål. Utgångspunkter är patientregistrering samt diagnos- och åtgärdskodning i vårdadministrativa system. Den individuella processen för bedömning och rehabilitering struktureras och visualiseras helt avidentifierat och utan specifik information om personen eller medicinska uppgifter.

Utfallet av rehabiliteringsprocessen på individ- och gruppnivå utvärderas genom Patient Reported Outcome Measures (PROM) (Välståndsskalan

och QLQ-C30) som samlas in inför bedömning, i samband med avslut av rehabiliteringsprogram och inför uppföljning av det interdisciplinära teamet. Patient Reported Experience Measures (PREM) samlas in vid uppföljning genom nöjdhetssenkäter.

Målsättningen är även att kunna inleda processen för att CARF-ackreditera verksamheten utifrån CARF-programmet för cancerrehabilitering.

KONTINUERLIG UTVECKLING AV VERKSAMHET OCH REHABILITERINGSPROGRAM

Kontinuerlig utveckling av verksamheten och dess innehåll utifrån utfall och kvalitetsdata är en central del av verksamheten. Det kan röra utformning av själva rehabiliteringsprocessen och specifika arbetssätt kopplat till digital och fysisk verksamhet men även utveckling av nya och tillgängliga insatser. Cancerrehabilitering Skåne Online är en regionövergripande verksamhet och har därmed en viktig roll i att identifiera och genom utvecklande insatser lösa brister och ojämlikheter inom Region Skåne avseende tillgänglighet till interdisciplinär cancerrehabilitering och specifika insatser. Vidare ska verksamheten följa och ta en aktiv roll i regional och nationell utveckling inom cancerrehabilitering och rehabiliteringsmedicin.

RELATERADE DOKUMENT

Lista över övriga dokument kopplade till programmet

1. Hälsoskattning för cancerrehabilitering
2. Så här går rehabiliteringen till
3. Välmåendeskalan
4. QLQ-C30
5. Patientguide Digitalt möte
6. Välkommen till Cancerrehabilitering Skåne Online
7. Remiss för kännedom (För att etablera samverkanspart)
8. Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering
9. Rehabiliteringsplan
10. Nöjdhetsenkät 1
11. Nöjdhetsenkät 2
12. Vårdprogramsmanual (detaljerad arbetsbeskrivning)