

Cancer- rehabilitering

Nationellt vårdprogram

2021-02-09 Version 3.0

Innehållsförteckning

Kapitel 1	5
Sammanfattning	5
Kapitel 2	6
Inledning	6
2.1 Vårdprogrammets giltighetsområde	6
2.2 Förändringar jämfört med tidigare version	6
2.3 Lagstöd	6
2.4 Evidensgradering	7
Kapitel 3	8
Mål med vårdprogrammet	8
Kapitel 4	9
Definitioner	9
Kapitel 5	11
Strukturerad bedömning	11
5.1 Ansvar	11
5.2 Kartläggning och dokumentation	11
Kapitel 6	13
Min vårdplan och rehabiliteringsplan	13
6.1 Individanpassad information, dialog och samråd	13
Kapitel 7	15
Nivåstruktur och teamarbete	15
7.1 Kommunikation mellan vårdaktörer	15
7.2 Aktiv överlämning	16
7.3 Perioden fram till cancerdiagnos	16
7.4 Patientens cancerbehandlande team	17
7.5 Fast vårdkontakt	18
7.6 Kontaktsjuksköterska	18
7.7 Kurator	19
7.8 Grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov	19
7.9 Externa vårdgivare	21
7.10 Cancerrehabilitering i primärvården	21
7.11 Cancerrehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård	22
Kapitel 8	23
Prehabilitering	23
Kapitel 9	25
Symtom och symtomlindring	25
9.1 Kartläggning och information	25

9.2	Biverkningar av strålbehandling	25
9.3	Biverkningar av medicinsk respektive kirurgisk cancerbehandling.....	26
9.4	Dyspné (andnöd)	27
9.5	Fatigue.....	27
9.6	Håravfall.....	28
9.7	Illamående	28
9.8	Lymfödem	29
9.8.1	Bakgrund och orsaker	29
9.8.2	Diagnostik.....	30
9.8.3	Behandling.....	30
9.8.4	Tilläggsbehandlingar	31
9.8.5	Uppföljning och utvärdering.....	32
9.9	Mun- och tandhälsa.....	33
9.10	Smärta	34
9.10.1	Smärta vid behandlingsrelaterad neuropati	35
9.11	Tarmproblem.....	36
Kapitel 10		37
Nutrition		37
Kapitel 11		39
Sexuell och reproduktiv hälsa.....		39
11.1	Sexuell hälsa.....	39
11.2	Fertilitet och reproduktion.....	40
Kapitel 12		41
Aktiviteter i det dagliga livet		41
Kapitel 13		43
Levnadsvanor och egenvård		43
13.1	Tobak.....	43
13.2	Alkohol.....	44
13.3	Matvanor och fysisk aktivitet	45
13.4	Egenvård	46
13.5	Komplementär och alternativ medicin (KAM).....	46
Kapitel 14		48
Fysisk aktivitet och träning		48
14.1	Information och tillgänglighet.....	48
14.2	Träningsdosering och träningseffekt	49
Kapitel 15		51
Sociala aspekter		51
15.1	Kartläggning och stöd	51
15.2	Försäkringsmedicin	51
15.3	Närstående	52
15.4	Barn som anhöriga.....	53
Kapitel 16		55
Existentiella aspekter		55

Kapitel 17	56
Psykologiska och psykiatriska aspekter	56
17.1 Grundläggande stöd och bedömning av riskfaktorer	56
17.2 Stressrelaterade symtom och anpassning	57
17.3 Ångest.....	58
17.4 Depression.....	58
17.5 Personlighetsstörning.....	59
17.6 Delirium (akut konfusion)	59
17.7 Kognitiv funktionsnedsättning.....	60
17.8 Demens	61
Kapitel 18	62
Långvariga eller sena komplikationer till cancerbehandling	62
18.1 Bedömning och självrapportering av komplikationer.....	62
18.2 Under uppföljning efter avslutad cancerbehandling	63
18.3 Efter avslutad uppföljning av cancerbehandling	63
18.4 Konsekvenser för patientens livssituation.....	64
18.5 Långtidsuppföljning av patienter som behandlats för cancer i barnåren	65
Kapitel 19	66
Stöd tillsammans med ideella organisationer	66
19.1 Patientföreningarna.....	66
19.2 Övriga mötesplatser	66
19.2.1 Exempel på regionala initiativ (urval hösten 2020)	67
19.3 Internet som informationskälla och stöd	68
Kapitel 20	69
Kvalitetsarbete	69
20.1 Kvalitetsregister	69
20.2 Indikatorer för cancerrehabilitering	69
20.3 Kvalitetsindikatorer och målnivåer.....	69
20.3.1 PROM.....	70
20.3.2 PREM	71
20.3.3 KVÅ-koder	71
Kapitel 21	73
Referenser	73
Kapitel 22	84
Vårdprogramgruppen	84
22.1 Vårdprogramgruppens sammansättning	84
22.2 Vårdprogramgruppens medlemmar.....	84
22.3 Tidigare medlemmar i vårdprogramgruppen	85
22.4 Jäv och andra bindningar	85
22.5 Vårdprogrammets förankring.....	85

KAPITEL 1

Sammanfattning

Alla patienter med cancer ska erbjudas cancerrehabilitering under hela vårdprocessen, enligt 8 kap. 7 § **hälso- och sjukvårdslagen** ([2017:30](#)).

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

Vårdgivarens ansvar innebär att ansvarsfördelningen mellan förvaltningar och de involverade verksamhetsområdena måste beskrivas i varje region. Regionerna måste i nationell samverkan eftersträva bättre likvärdighet för att därmed tillgodose patienternas behov och lagens krav.

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

KAPITEL 2

Inledning

2.1 Vårdprogrammets giltighetsområde

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

En ambition med detta vårdprogram är att samla sådana ämnesområden som gäller för de flesta cancerdiagnoser, medan sådant som är specifikt för en enskild cancerdiagnos ska gå att finna i de diagnosspecifika vårdprogrammen. Detta vårdprogram belyser i första hand cancerrehabilitering för patienter över 18 år.

Cancerrehabilitering i palliativ vård belyses även i [Nationellt vårdprogram för palliativ vård](#). Uppföljning efter barncancer behandlas inte i detta vårdprogram utan belyses i [Nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning efter barncancer](#).

Vårdprogrammet är utarbetat av den nationella arbetsgruppen och fastställt av Regionala cancercentrum i samverkan 2021-02-09. Beslut om implementering fattas i respektive region enligt överenskomna rutiner. Stödjande regionalt cancercentrum är Regionalt cancercentrum Syd.

Tidigare versioner:

Datum	Beskrivning av förändring
2017-04-26	Version 1.0 fastställd av RCC i samverkan
2019-02-05	Version 2.0 fastställd av RCC i samverkan

2.2 Förändringar jämfört med tidigare version

- Referenser, figurer och länkar är uppdaterade.
- Avsnitten om lymfödem respektive smärta är delvis nyskrivna.
- Ett nytt kapitel belyser samverkan med idéburna organisationer (kapitel 19).
- Kvalitetsarbete beskrivs i ett nytt kapitel (kapitel 20).

2.3 Lagstöd

Vårdens skyldigheter regleras bland annat i **hälso- och sjukvårdslagen** (2017:30). Den anger att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. God vård definieras enligt Socialstyrelsen som kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik. Vårdprogrammet ger rekommendationer för hur vården

ska utföras för att uppfylla dessa kriterier. Dessa rekommendationer bör därför i väsentliga delar följas för att man ska kunna anse att sjukvården lever upp till hälso- och sjukvårdslagen.

Patientlagen (2014:821) anger att vårdgivaren ska erbjuda patienten anpassad information om bl.a. diagnosen, möjliga alternativ för vård, risk för biverkningar och förväntade väntetider samt information om möjligheten att själv välja mellan likvärdiga behandlingar ([3 kap. 1–2 § patientlagen](#)). Vårdgivaren ska enligt samma lag erbjuda fast vårdkontakt samt information om möjlighet till ny medicinsk bedömning, även inom annan region. Vårdgivaren ska också informera om möjligheten att välja vårdgivare i hela landet inom allmän och specialiserad öppenvård. Enligt det s.k. **patienttrörlighetsdirektivet** ska vårdgivaren också informera om patientens rättighet att inom hela EU/EES välja och få ersättning för sådan vård som motsvarar vad som skulle kunna erbjudas i Sverige. Praktisk information om detta, t.ex. hur och när ersättning betalas ut, finns hos [Försäkringskassan](#).

Enligt **vårdgarantin (SFS 2010:349)** har vårdgivaren en skyldighet att erbjuda patienter [kontakt samt åtgärder inom vissa tider](#). De [standardiserade vårdförlopp](#) som Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram och som regionerna har beslutat att följa anger kortare väntetider som dock inte är en del av vårdgarantin.

I hälso- och sjukvårdslagen anges också att hälso- och sjukvården har särskilda skyldigheter att beakta barn som anhöriga och ge dem information, råd och stöd (5 kap. 7 §).

2.4 Evidensgradering

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

GRADE innebär att styrkan i rekommendationerna graderas enligt följande:

Starkt vetenskapligt underlag (++++)

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

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (+++)

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

Begränsat vetenskapligt underlag (++)

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

Otillräckligt vetenskapligt underlag (+)

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

Läs mer om systemet här:

http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUsHandbok_Kapitel10.pdf.

KAPITEL 3

Mål med vårdprogrammet

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

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

Målet är att medarbetare i cancervård och patientföreträdare med detta vårdprogram tillsammans ska kunna agera för bättre cancerrehabilitering. Den bör i enlighet med gällande lagstiftning prioriteras lika högt som den direkta cancervården: ”Habilitering/rehabilitering ingår i de flesta medicinska verksamheter och följer prioriteringsgrupperna. Rehabilitering kan exempelvis utgöra en viktig del i omhändertagandet vid vissa tillstånd av livshotande natur liksom vid vissa kroniska sjukdomar och ingår då i prioriteringsgruppen för det tillstånd det i det enskilda fallet gäller”, se [Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14 prioriteringar inom hälso- och sjukvården](#).

Patienten kan behöva cancerrehabilitering före och under sin cancerbehandling, och behov kan även uppstå eller öka långt efter avslutad behandling. Även här behövs riktlinjer för strukturerad uppföljning och strukturerat omhändertagande.

KAPITEL 4

Definitioner

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

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

Rehabilitering definieras av [Socialstyrelsen \(SOSFS 2007:10\)](#): ”Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.”

Tabell 1. Exempel på insatser för cancerrehabilitering

Typ av rehabilitering	Tidpunkt	Insatser, exempel	Mål
Profylax Prehabilitering Tidig rehabilitering	Vid misstanke om cancer	Information Psykologiskt stöd Hjälpmiddel	Trygg och välinformerad patient som aktivt deltar i planering och vård
	Inför inledning av cancerbehandling	Fysisk aktivitet, nutrition, tobaksstopp, psykologiskt och socialt stöd	Optimala förutsättningar för behandling och reducerad risk för biverkningar
Cancerrehabilitering under pågående cancerbehandling	Under och efter avslutad primär cancerbehandling, tidig palliativa fas/kronisk cancer	Stöd till ökad fysisk aktivitet och nutrition Stöd att återgå till arbete och fritidsaktiviteter Psykologiskt stöd	Optimera förutsättningarna för ett långt liv Bibehålla eller återfå optimal funktion och livskvalitet
Stödjande cancerrehabilitering	Efter avslutad primär cancerbehandling	Stöd till aktivitetsbalans Fysisk aktivitet	Som ovan
Specialiserad cancerrehabilitering	När det cancerbehandlande teamet eller primärvården inte har den kompetens som krävs för att tillgodose patientens behov	Tidsbegränsade insatser från flera professioner utifrån patientens individuella förutsättningar och behov	Så god fysisk, psykisk och social funktion som möjligt Arbetsåtergång
Cancerrehabilitering i palliativ vård	När patienten är införstådd med att palliativ vård inletts	Utprovning hjälpmedel Psykologiskt och socialt stöd Stöd för att bibehålla funktioner så långt det är möjligt	Livskvalitet Närståendestöd



Cancerrehabilitering kan vara aktuell inom alla vårdnivåer, i primär- och närsjukvård, i öppen och sluten specialiserad sjukvård, i specialiserad hemsjukvård eller med stöd från palliativt konsultteam. Rehabiliteringsbehov ska beaktas från misstanke om cancer, i samband med kurativ vård, efter att patienter friskförklarats men fått sena biverkningar av behandlingen samt när patienten är införstådd med att palliativ vård inletts och när vårdens målsättning enbart är symtomlindring.

I detta vårdprogram belyses en rad aspekter som rör rehabilitering, men även frågor som berör cancervård på andra sätt. Målet är att detta vårdprogram ska komplettera diagnosspecifika nationella cancervårdprogram.

KAPITEL 5

Strukturerad bedömning

Rekommendationer

- I de nationella vårdprogrammen för respektive cancerdiagnos samt motsvarande regionala tillämpningsdokument anges att en grundstruktur för cancerrehabilitering bör beskrivas.
- Det team som ansvarar för patientens cancervård bör i början av vårdprocessen tillsammans med patienten göra en strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov och formulera en första rehabiliteringsplan.
- Rehabiliteringsbehoven växlar under sjukdomsförloppet, varför bedömningen bör upprepas fortlöpande utifrån patientens och de närståendes situation och behov. Det gäller framför allt i samband med inledning och avslutning av behandling, förändringar i sjukdom eller behandling, såsom vid progress, övergång från kurativ till palliativ intention och övergång från tidig till sen palliativ fas samt vid överlämning från specialistvård till primärvård.

5.1 Ansvar

Vårdgivaren ska på förvaltningsnivå tydliggöra hur vårdansvaret ska fördelas när det delas av flera professioner eller verksamhetsområden. Verksamhetschefen har ett lagstadgat ansvar för att patientens behov tillgodoses, enligt kap. 4 och 5 [hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#). Inom varje verksamhetsområde bör det därför finnas rutiner för vilka frågor som ska belysas, vem som ansvarar för behovsbedömning respektive rehabiliteringsplan och hur dokumentationen ska utformas. Ansvaret delas i första hand mellan läkare och kontaktsjuksköterska. Därutöver ansvarar arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, psykolog eller annan profession för delar av diagnostiken, i enlighet med dessa rutiner. Patienten har ett egenansvar för medverkan i bedömning, uppföljning och egenvård, vilket dock inte kan ersätta vårdpersonalens professionella ansvar. Läs mer på <http://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-varldplan/>.

5.2 Kartläggning och dokumentation

Rekommendationer

- Patientens rehabiliteringsbehov ska återkommande bedömas med hjälp av strukturerade instrument och samtal.
- En plan för patientens cancerrehabilitering ingår som en del av Min vårdplan. Denna ska uppdateras och hållas aktuell samt medfölja vid aktiva överlämningar och skriftliga remisser.

[Hälsoskattning för cancerrehabilitering](#) och före detta Distresstermometern och är validerade övergripande diagnostiska hjälpmedel som kan rekommenderas för strukturerad bedömning av

rehabiliteringsbehov ([Regionala cancercentrum/Bedömning av rehabiliteringsbehov](#)). Observera att Distresstermometern i senaste versionen från NCCN (National Comprehensive Cancer Network) fått ny översättning av termen ”distresstermometer” till ”NCCN ångesttermometer”. NCCN har copyright på formuläret som dock kan hämtas från [NCCN:s webbplats](#) utan kostnad.

Om dessa hjälpmedel inte väljs bör en förberedd lista eller guide användas, så att alla relevanta frågor blir belysta på ett strukturerat sätt och resultaten dokumenterade. Lista eller underlag kan utformas regionalt eller inom verksamhetsområdet som ett stöd för att alla relevanta frågor ska belysas. Följande aspekter bör, förutom sådant som är specifikt för den aktuella diagnosen, innefattas vid bedömningssamtalet (anges här i bokstavsordning):

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

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

I vissa fall är det aktuellt att patienten för sin cancerrehabilitering har kontakt med primärvården. Det räcker inte att informera om detta genom att skicka en journalkopia. Överrapportering eller remiss bör i första hand göras efter att den aktuella professionen i specialistvården bedömt ärendet i direkt samråd med patienten. Därmed säkerställs en aktiv överlämning med hög kvalitet. Se avsnitt 7.10 Cancerrehabilitering i primärvården.

Om kartläggningen visar att patientens behov bedöms som avancerade eller mycket avancerade, bör patienten remitteras för bedömning och behandling inom en regional eller lokal enhet för cancerrehabilitering. Se avsnitt 7.8 Grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov.

KAPITEL 6

Min vårdplan och rehabiliteringsplan

6.1 Individanpassad information, dialog och samråd

Rekommendationer

- Verksamhetschefen ansvarar för att dialogen mellan läkaren/vårdteamet och patienten har rätt förutsättningar.
- Den person som från sjukvården lämnar information ska utforma den så att det är uppenbart att patienten förstår.
- Informationen bör ges både muntligt och skriftligt.
- Patienten ska erbjudas Min vårdplan där en plan för cancerrehabilitering ingår.

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

Det finns forskning som beskriver vikten av god information inom cancervården [1]. Delaktighet och samråd så som det formuleras i patientlagen förutsätter att patienten ges tillfälle att ta del av all sjukdomsinformation och att den är så begriplig som möjligt. Den ska vara utformad utifrån patientens förutsättningar och utgör en viktig del i att möjliggöra och stärka patientens delaktighet. Förutom teoretisk utbildning är det viktigt att läkaren under handledning har tränat på att lämna nödvändig information om cancer och cancerbehandling samt svåra besked om prognos, risker och behandlingsalternativ [2-4]. Motsvarande kompetens bör finnas hos alla teammedlemmar. Förutom professionell samtalsmetodik (se [Palliativt utvecklingscentrum – De nödvändiga samtalen](#)) fordras tid, avskildhet, erbjudande om närståendes deltagande och erbjudande om kontaktsjuksköterskans deltagande, vilket bidrar till att ge förutsättningar för ett bra samtal. Dialogen ska utmynna i en sammanfattning som lämnas muntligt och skriftligt – Min vårdplan (se ovan).

Regioner och kommuner ska ansvara för att det upprättas en individuell plan för rehabilitering för de som har behov av det ([SFS 2017-30](#)). En rehabiliteringsplan som upprättas på ett personcentrerat sätt, tillsammans med patient och närstående, kan ge kännedom om patientens individuella situation och önskemål. Rehabiliteringsplanen kan upprättas och revideras med hjälp av en generell mall, med fördel utifrån terminologin i [ICF, klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa och definitioner för rehabilitering](#). Se även kapitel 4 Definitioner.

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.



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

Den som från sjukvården lämnar information ska utforma den så att det är uppenbart att patienten förstår ([patientlagen \(2014:821\)](#)). Min vårdplan syftar bland annat till att stödja denna ambition.

Den som har i uppdrag att säkerställa patientens delaktighet i vården bör känna till innehållet i [patientlagen \(2014:821\)](#). Där anges t.ex. att patienten ska få information om biverkningar och att patienten har rätt att få en ny medicinsk bedömning.

KAPITEL 7

Nivåstruktur och teamarbete

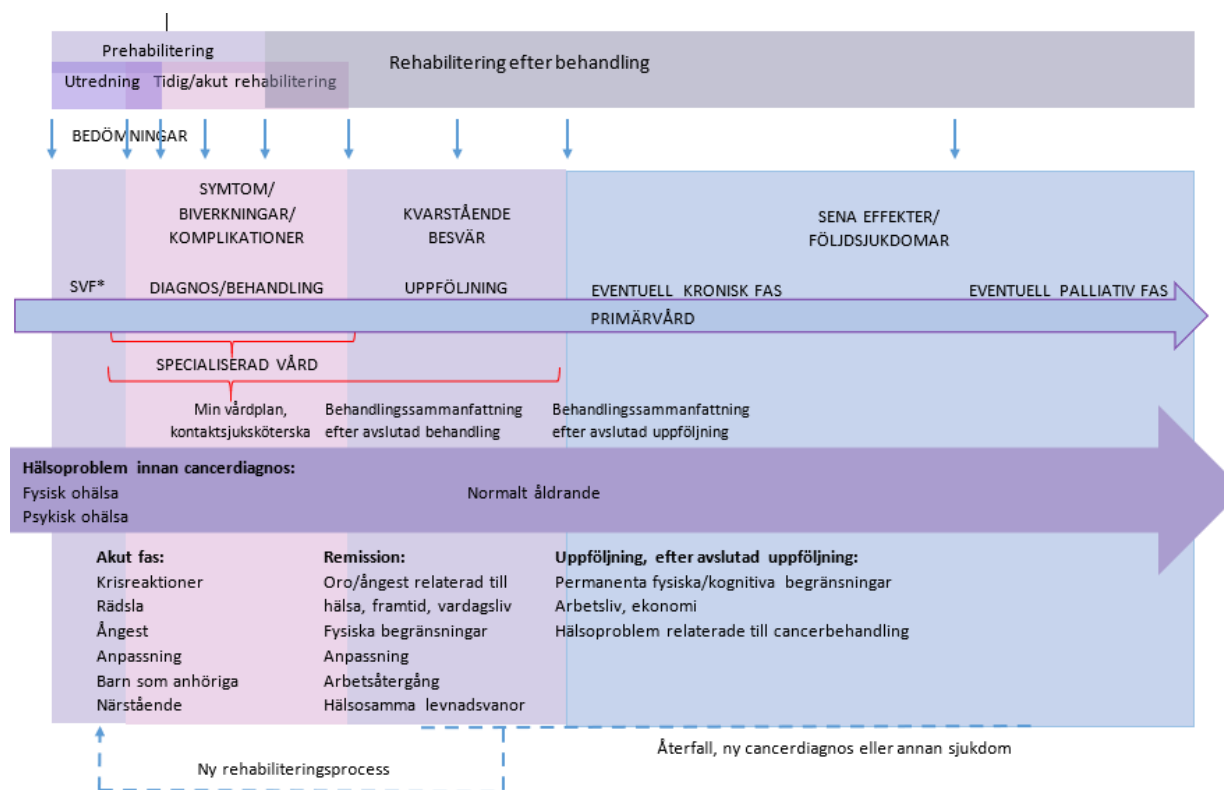
Rekommendationer

- Varje region bör utarbeta en regional tillämpning av Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering. Där bör det fastslås vilken roll de olika vårdgivarna eller förvaltningarna ska ha när det gäller patienters grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov av cancerrehabilitering.
- Stor vikt bör läggas vid principen om jämlik vård för alla patienter med cancer samt principen om vård på lägsta (närmaste) effektiva omhändertagandenivå (LEON-principen).
- Det verksamhetsområde som ansvarar för cancervården bör utforma riktlinjer för kommunikationen med andra vårdaktörer som involveras i patientens cancerrehabilitering.

7.1 Kommunikation mellan vårdaktörer

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

Figur 1. Cancerrehabilitering i sjukdomens olika faser



Vanligen inleds cancervårdprocessen efter det att diagnosen fastställts, vilket innebär att det är vårdteamet inom specialistsjukvården som har det inledande ansvaret för att en rehabiliteringsplan upprättas. Se även kapitel 8 Prehabilitering.

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

Samordnad individuell vårdplan (SIP) ska upprättas om patienten har behov av vård- och omsorgsinsatser från såväl region som socialtjänst ([hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#) och [socialtjänstlagen \(2001:453\)](#)). SIP kan även med fördel upprättas vid behov av vård- och omsorgsinsatser från region och kommunal hälso- och sjukvård.

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

7.2 Aktiv överlämning

Rekommendation

- Den som aktivt överlämnat har fortsatt ett ansvar för patienten till dess att den mottagande instansen bekräftat att de tagit kontakt med patienten.

Under patientens tid i cancervården förekommer ofta överlämningar mellan olika vårdenheter. För att skapa en sammanhållen vårdkedja för patienten och de närstående ska alla överlämningar vara ”aktiva”. Aktiv överlämning innebär att den som har ansvaret för patienten tar kontakt, muntligt och/eller skriftligt, med nästa instans. Den som aktivt överlämnat har fortsatt ansvar till dess att den mottagande instansen bekräftat att de tagit kontakt med patienten.

Uppstartade åtgärder och insatser inom omvårdnad, palliativ vård och cancerrehabilitering ska följas upp, utvärderas och dokumenteras på den aktuella vårdenheten, oavsett vem som startat åtgärden eller insatsen.

Den mottagande instansen kan finnas inom specialistvård, primärvård eller kommunal vård. Mottagaren kan vara en ny namngiven kontaktsjuksköterska, rehabiliteringsansvarig med flera.

Byte av ansvarig vårdkontakt ska tydligt framgå i journalen och i patientens Min vårdplan ([Regionala cancercentrum/Aktiva överlämningar](#)).

7.3 Perioden fram till cancerdiagnos

Rekommendation

- Under den fas då patienten sökt kontakt med en läkare, och misstanke om cancer finns, har läkaren ansvar för att i dialog med patienten bedöma om det finns behov av rehabiliterande insatser.

Redan under utredning kan symtomlindring och psykosocialt stöd behövas. Läkaren bör presentera den plan för fortsatt utredning som gjorts upp, och lämna den planen såväl muntligt som skriftligt. Om patienten är införstådd med att det finns en stark misstanke om cancer upprättas denna plan som Min vårdplan, se kapitel 5 Strukturerad bedömning.

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

I de standardiserade vårdförloppen (SVF) anges när under utredningsfasen som patienten ska erbjudas en kontaktsjuksköterska. Tidpunkten varierar mellan olika diagnoser ([Regionala cancercentrum/SVF/Mätning och kodning](#)).

7.4 Patientens cancerbehandlande team

Rekommendationer

- Verksamhetschefen ansvarar för att teamarbetet har de förutsättningar som behövs. Detta innebär att det förutom läkare, kontaktsjuksköterska och kurator måste finnas fler kompetenser representerade och att teamet utformas med utgångspunkt i behoven hos de patienter som teamet möter.
- De professioner som ingår i teamet bör vara tillgängliga minst en gång varje vecka hela året.

Det team som ansvarar för patientens cancerbehandling utgör samtidigt vanligen det team som ansvarar för att patientens behov av cancerrehabilitering tillgodoses. Cancervård och cancerrehabilitering förutsätter ett multiprofessionellt teamarbete ([Svensk sjuksköterskeförenings skrift Teamarbete och Förbättringskunskap](#)). Det är patienternas behov som ska vara utgångspunkt när teamets sammansättning planeras. Eftersom cancervårdens organisation varierar är förutsättningarna vad beträffar diagnoser och behandlingar olika på olika enheter. För att möta patientens grundläggande rehabiliteringsbehov bör det i teamet ingå läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt ytterligare professioner såsom arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, psykolog, sjuksköterska, logoped eller annan profession i den omfattning som bestäms regionalt och lokalt.

Teamet bör samråda regelbundet för att belysa de aktuella ärenden som påkallar hela teamets uppmärksamhet. Varje cancerprocess bör nationellt, regionalt och lokalt klargöra de vanligaste behoven hos patientgruppen och beskriva lämplig teamsammansättning därefter, inom eller utanför den egna organisationens gränser.

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

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

7.5 Fast vårdkontakt

Rekommendation

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

Tillståndet är att beteckna som livshotande när diagnosen är fastställd fram till dess att effekt av cancerbehandlingen kan konstateras, samt under senare sjukdomsskeden som innebär fara för patientens liv. Under andra skeden kan hävdas att tillståndet inte är livshotande, vilket innebär att kontaktsjuksköterskan kan vara fast vårdkontakt. Vem som är fast vårdkontakt ska framgå av den muntliga och skriftliga informationen ([Min vårdplan](#)) till patienten samt i patientjournalen. Rutiner för detta bör vara gemensamma för förvaltningen eller regionen. Se även [Socialstyrelsen/vem får utse vårdkontakt till en patient](#).

7.6 Kontaktsjuksköterska

Rekommendationer

- Regioner och verksamhetsområden har ansvar att ge förutsättningar för att kontaktsjuksköterskan ska kunna arbeta i enlighet med den nationella beskrivningen av kontaktsjuksköterskans roll och funktion.
- Varje patient med cancer ska under tiden från diagnos till avslutad uppföljning av cancersjukdomen ha muntlig och skriftlig information om vem som är kontaktsjuksköterska, hur kontaktsjuksköterskan kan nås samt vad erbjudandet innebär.

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

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

Enligt Regionala cancercentrum i samverkan är kontaktsjuksköterskan en tydligt angiven kontaktperson i sjukvården, med ett övergripande ansvar för patienten och de närstående, se [Regionala cancercentrum/kontaktsjuksköterska](#).

Kontaktsjuksköterskan ska

- vara tydligt namngiven för patienten
- vara speciellt tillgänglig för patienten eller kunna hänvisa till annan kontakt
- informera om kommande steg i vårdprocessen
- göra evidensbaserade bedömningar av patientens behov och vidta åtgärder, antingen själv eller förmedla kontakt med andra yrkesgrupper, samt följa upp insatta åtgärder
- ansvara för att en individuell skriftlig vårdplan, [Min vårdplan](#), upprättas
- ge stöd till patienten och de närstående vid en normal krisreaktion
- säkerställa patientens delaktighet och inflytande i sin egen vård

- aktivt bevaka ledtider i samverkan med SVF-koordinator
- genomföra aktiva överlämningar vid byte av ansvarig vårdkontakt
- delta i multidisciplinära ronder eller möten.

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

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

7.7 Kurator

Rekommendationer

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

Följande patienter bör erbjudas att träffa en kurator:

- patienter med barn under 18 år (se 5 kap. 7 § i [hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#))
- patienter i palliativ vård (se [Nationellt vårdprogram för palliativ vård](#))
- patienter eller närstående som önskar kontakt med en kurator
- patienter eller närstående som utifrån en strukturerad behovsbedömning bedöms behöva kontakt med en kurator.

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

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

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

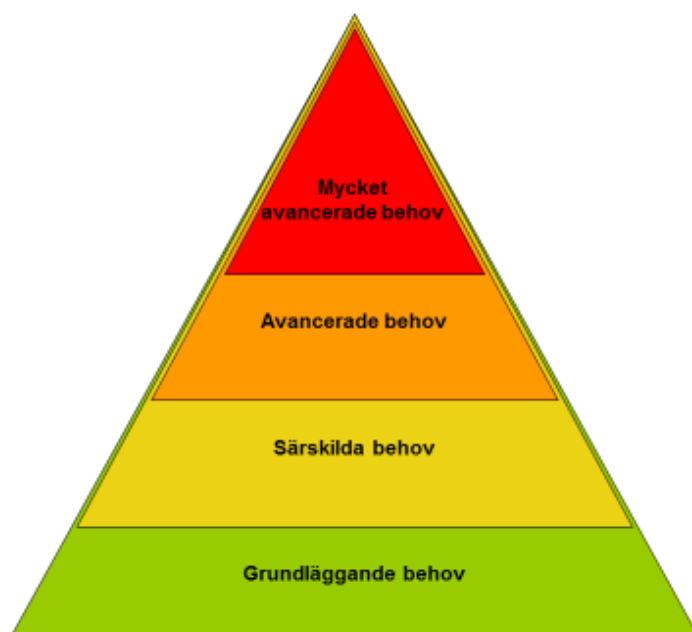
7.8 Grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov

Rekommendation

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



Figur 2. Cancerrehabiliteringens nivåer utifrån patientens behov



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

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

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

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

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

Inom varje sjukvårdsregion bör det finnas regionala enheter för att ge vård till patienter med mycket avancerade behov inom cancerrehabilitering. **Exempel på mycket avancerade behov är**

ärenden som rör fertilitetsfrågor, långtidsuppföljning av botade patienter med risk för sena behandlingskomplikationer och rehabilitering av patienter med komplikationer efter strålbehandling mot bäckenet.

7.9 Externa vårdgivare

Rekommendation

- Regionerna kan teckna avtal med externa vårdgivare för cancerrehabilitering. En samordning mellan regionerna bör eftersträvas av jämlikhetsskäl.

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

Arbetsgivaren har ett långtgående ansvar för rehabilitering i samråd med arbetstägaren, 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 ([Försäkringskassan/Arbetslivsinriktad rehabilitering](#)). Se även avsnitt 15.2 Försäkringsmedicin.

7.10 Cancerrehabilitering i primärvården

Rekommendationer

- Läkaren och patientens behandlande team i primärvården bör vid misstanke om cancer uppmärksamma och vid behov erbjuda patienten och de närstående stödinsatser. Behov av psykologiskt och socialt stöd måste mötas utan dröjsmål.
- Rehabiliteringsinsatser under eller efter avslutad cancerbehandling kan i många fall utföras av primärvården. Vid kontakter med primärvården bör det ske efter bedömning av den aktuella professionen inom specialistvården och i samråd med patienten utifrån patientens rehabiliteringsplan i Min vårdplan. Regiongemensamma riktlinjer för remiss ska följas och en aktiv överlämning göras i enlighet med rutinerna för Min vårdplan.

I hälso- och sjukvårdslagen anges primärvården som den hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (se [hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#), [Nivåstrukturering inom cancervården](#), [En nationell cancerstrategi för framtiden SOU 2009:11](#) och informationsmaterial från Socialdepartementet: [Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården](#)).

Primärvården är den första vårdnivå som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård oavsett organisationsform. Primärvården har både region och kommun som huvudman ([God och nära vård, SOU 2019:29](#)).

Flera utredningar påtalar ett ökande antal patienter som överlever och lever med cancer vilket medför ett ökat behov av cancerrehabilitering, se [En nationell cancerstrategi för framtiden SOU 2009:11](#) och [Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården](#).

Under behandlings- och uppföljningsskeden inom specialistvården kan det vara av stort värde för patienten att upprätthålla kontakt med primärvården. Dels med tanke på eventuella andra sjukdomar, dels för att ge goda förutsättningar för uppföljning på längre sikt när cancerbehandlingen är avslutad. Kontaktssjuksköterska, fast vårdkontakt eller vårdsamordnare prövas på många håll i primärvården med syfte att säkra patientens väg från slutenvård till primärvård och vid behov samordna vårdkontaktarna. I regeringens [Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården](#) anges att primärvården har en nyckelroll för att bidra till sammanhållna vårdkedjor i samband med upptäckt av cancer, uppföljning och rehabilitering efter genomförd behandling. Kunskapen om cancer och cancerrehabilitering kan därför behöva stärkas i primärvården.

Centralisering av cancerbehandling sker både inom och utanför regionerna, se [Nivåstrukturering inom cancervården](#). Detta kräver nya nätverk mellan olika specialiteter där primärvården är en viktig part. Om dessa nätverk inte fungerar finns stor risk för brister i uppföljning och rehabilitering då det ofta saknas en etablerad kontakt på lokal nivå. Nivåstrukturering ställer höga krav på samverkan mellan specialiserad vård, vårdcentral och kommun vilket också omfattar aktiv behandling av patienter i palliativ vård ([En nationell cancerstrategi för framtiden SOU 2009:11](#)).

7.11 Cancerrehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård

Rekommendationer

- När patienten är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård bör primärvårdens läkare vara fast vårdkontakt om inte särskilda skäl talar för en annan lösning. I de fall cancerbehandling pågår ska patienten även ha en fast vårdkontakt på den enhet som ansvarar för cancerbehandlingen.
- Det bör lokalt finnas överenskommelser som reglerar hur samverkan ska utformas, egenavgifter samt rutiner för läkemedelshantering, hjälpmedel, näringsintag m.m.

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

KAPITEL 8

Prehabilitering

Rekommendation

Inför cancerbehandling (kirurgi, strålbehandling eller medicinsk cancerbehandling) bör patientens behov av prehabiliteringsinsatser bedömas 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.

Prehabilitering kan definieras som en sammanhängande vårdprocess mellan diagnos och behandlingsstart som omfattar fysiska och psykologiska bedömningar för att fastställa funktionellt utgångsstatus, identifiera funktionsnedsättningar och erbjuda målinriktade åtgärder för att förbättra patientens hälsa samt minska förekomst och svårighetsgrad av komplikationer [5]. Termen ”prehabilitering” har introducerats internationellt men saknar idag en svensk definition.

Det finns ett växande vetenskapligt stöd för interventioner till nyligen diagnostiserade cancerpatienter inför behandlingsstart för att optimera deras hälsa och sjukdomsprognos. Studier visar att ett multimodalt förhållningssätt som integrerar både fysiska och psykologiska interventioner kan vara effektivare än enbart det ena eller det andra men mer forskning behövs för att utvärdera de mest effektiva interventionerna och kombinationerna [5]. Prehabilitering inför kirurgi tillsammans med postoperativ rehabilitering har visat sig ha en större effekt på gånghastighet och fysisk funktion (även hjärt- och lungfunktion, urinkontinens och förbättrad sinnesstämning) 30 dagar efter kirurgi än enbart prehabilitering [6]. För långtidseffekter av preoperativ optimering blir prehabilitering ett kontinuum med rehabilitering.

Riktlinjer kring prehabilitering finns t.ex. från [Macmillan i Storbritannien](#) [7] och kliniska rekommendationer från den kanadensiska gruppen [McGill](#) [8, 9].

Inför planerad kirurgi är det av stor vikt att bedöma nutritionsstatus, eftersom undernäring i samband med kirurgi är en oberoende riskfaktor för komplikationer, försämrat immunförsvar, lång vårdtid och ökad dödlighet [10]. Se även kapitel 10 Nutrition. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) är ett internationellt utvecklat behandlingsprogram för hela den perioperativa vården kring tjock- och ändtarmscancer och rekommenderas för alla patienter som genomgår kurativ eller palliativ kirurgi (++++)). Bland patienter som ska genomgå kirurgi med risk för undernäring eller som redan är undernärda rekommenderas lämpligt nutritionsstöd både under och efter utskrivning från sjukhus (++++) [11]. ERAS leder till snabbare återhämtning, kortare vårdtider och en halvering av behandlingskrävande komplikationer efter kolorektal kirurgi. ERAS utvecklas också för en rad andra operationer såsom övre gastrointestinal kirurgi, gynekologi och

urologi (ERAS Congress 2018, Stockholm ERAS Society, <http://erassociety.org/>). I ERAS senaste riktlinjer finns nu också rekommendationer om prehabilitering [12]. Prehabilitering visar på lovande resultat i återhämtning av funktionell kapacitet och kan reducera komplikationer efter kolorektal kirurgi.

Flera systematiska översikter har fokuserat på betydelsen av preoperativ fysisk träning inom olika områden av kirurgi [13]. Sammanfattningsvis visar de att denna intervention har goda effekter på fysisk kondition och postoperativa utfallsmått. Bristen i aktuell forskning beskrivs som heterogeniteten i valda patientgrupper och utfallsmått, och avsaknaden av riktlinjer för specifika träningsregimer [14]. Nya studier indikerar att en grupp av interventioner såsom träning, nutrition och orosreducering i den preoperativa fasen kan komplettera och förbättra återhämtningen och underlätta återgången till tidigare funktionsnivå. En ny systematisk översiktsartikel har visat att prehabilitering i form av fysisk träning kan minska lungkomplikationer och total sjuklighet efter operation och kan användas rutinmässigt [15]. Det saknas dock ännu övertygande evidens för att preoperativ förbättring av funktionskapaciteten minskar postoperativ sjuklighet och underlättar senare cancerbehandling [16].

För att optimera den psykiska hälsan inför cancerbehandlingen har kontaktsjuksköterskan en central roll att i dialog med patienten bedöma behovet av interventioner för att förebygga psykisk ohälsa och vid behov hänvisa till kurator för bedömning, se avsnitt 7.7 Kurator.

Psykologisk prehabilitering i form av stresshantering, avslappningsövningar och vägled meditation före cancerkirurgi har visat sig kunna ha positiv effekt på patienters immunologiska funktion och patientrapporterade resultat som livskvalitet och somatiska symtom, men ingen påverkan på traditionella kirurgiska utfall som komplikationer och längd på sjukhusvistelse [17].

En annan översiktsstudie gällande psykoterapi som komplement till den onkologiska behandlingen för patienter som nyligen fått en cancerdiagnos, visade att det kan leda till en bättre fysisk och psykisk hälsa hos patienterna med minskade biverkningar av behandlingen, mindre fysiskt obehag, minskad oro och färre depressiva symtom [18].

Nya studier talar för att psykologiska faktorer har en inverkan på kirurgiska resultat på både kort och lång sikt. Detta har lett till en rekommendation om ett trimodalt tillvägagångssätt där psykologiska interventioner integreras med optimering av nutrition och fysisk förmåga. Det finns för närvarande otillräckliga bevis för att säkerställa vilka interventioner som är mest effektiva då resultaten varit skiftande. Det finns ett stort behov av högkvalitativa, prospektiva studier med baseline psykologisk undersökning, överenskommelse om lämpliga mätmetoder samt väl beskrivna interventioner [19]. För rekommendationer avseende levnadsvanor, se 13.1 Tobak, 13.2 Alkohol resp. 13.3 Matvanor och fysisk aktivitet.

KAPITEL 9

Symtom och symtomlindring

9.1 Kartläggning och information

Rekommendationer

- Varje verksamhetsområde som behandlar patienter med cancer bör fastställa rutiner för handläggning av de symtom som är vanliga bland patienter på enheten. Se kapitel 5 Strukturerad bedömning.
- Patienten och de närstående bör informeras om vikten av att besvärande symtom följs upp och behandlas optimalt. Efter individuell bedömning bör patienten erbjudas information om vilka symtom som kan förväntas, och vilken behandling som står till buds.

Vid patientens alla kontakter med sjukvården bör förekomsten av besvärande symtom kartläggas. Många patienter avstår från att spontant rapportera dessa symtom. Därför bör vårdteamet vid varje kontakt aktivt fråga efter förekomst av symtom såsom smärta och fatigue, se kapitel 5 Strukturerad bedömning.

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

9.2 Biverkningar av strålbehandling

Rekommendationer

- Alla patienter som förbereds för strålbehandling ska informeras på ett strukturerat, individanpassat sätt, helst både muntligt och skriftligt, om behandlingens syfte, genomförande och biverkningar, gärna tillsammans med de närstående.
- Regionala och lokala riktlinjer för omvårdnad vid strålbehandling bör utformas.

Åtgärder för att minska risken för biverkningar samt råd om behandling av biverkningar bör presenteras [20]. Patienten bör informeras om att tobaksrökning minskar effekten av strålbehandling, se avsnitt 13.1 Tobak [21]. Detta gäller framför allt när operation och strålbehandling ligger nära en led som kan påverkas, t.ex. vid bröstoperation eller axillutrymning.

Patienten och de närstående bör ges muntlig och skriftlig information om vart de kan vända sig med frågor om strålbehandling och biverkningar. Om strålbehandlingen medför risk för lymfödem bör patienten informeras om detta. Tidig bedömning och förebyggande åtgärder är i dessa fall ofta påkallade, se 9.8 Lymfödem.

Förutom biverkningar orsakade av strålbehandlingen som kräver omvårdnadsåtgärder bör existentiella och psykosociala aspekter beaktas. Även sömnproblematik, fatigue och kognitiva symtom orsakade av sjukdomen eller behandlingen kan förvärras under strålbehandlingen. I vissa fall ger strålbehandling effekter som ger symtom lång tid efter avslutad behandling. Det finns därför anledning att i den individuella muntliga och skriftliga informationen beskriva sena biverkningar och vart patienten ska vända sig.

För handläggning av biverkningar hänvisas till [Vägledning för bäckencancerrehabilitering](#) samt till diagnosspecifika nationella vårdprogram, t.ex. vårdprogrammet för huvud- och halscancer samt vårdprogrammen för gynekologisk cancer, prostatacancer och rektalcancer som nås på [Regionala cancercentrum/Nationella vårdprogram cancer](#).

9.3 Biverkningar av medicinsk respektive kirurgisk cancerbehandling

Rekommendationer

- Den sjuksköterska som administrerar cancerläkemedel/ger medicinsk eller kirurgisk omvårdnad ska ha utbildning som belyser behandlingens effekter och biverkningar, för att tillsammans med läkaren kunna lämna adekvat information till patienten. Under behandlingens gång bör biverkningar monitoreras och följas upp på ett strukturerat sätt som belyses i diagnosspecifika vårdprogram.
- Alla patienter som förbereds för onkologisk behandling ska informeras på ett strukturerat, individanpassat sätt, helst både muntligt och skriftligt, om behandlingens syfte, genomförande och biverkningar, gärna tillsammans med de närstående.
- Regionala och lokala riktlinjer för omvårdnad vid onkologisk behandling bör utformas.

Förutsättningarna för omvårdnaden vid cancer skiljer sig i flera avseenden mellan de olika cancersjukdomarna. Mot den bakgrunden hänvisas till de diagnosspecifika vårdprogrammen och till [regimbiblioteket](#). Vårdhandboken är grundligt faktagranskad och kan rekommenderas när det gäller omvårdnad vid cancer ([Vårdhandboken/cytotoxiska läkemedel](#)).

I likhet med behandling med cytostatika ger nyare ("målstyrda") cancerläkemedel med annan verkningsmekanism upphov till biverkningar. Omvårdnadsåtgärder för att förebygga respektive behandla dessa biverkningar beskrivs i de diagnosspecifika vårdprogrammen.

Att genomgå en operation kan innebära en stor stress och påverkan på kroppen och det kan därför ta lång tid att återfå krafterna. Biverkningar är beroende av hur mycket vävnad som har opererats bort i samband med operationen samt var tumören var lokaliserad.

Tidiga biverkningar efter kirurgi kallas postoperativa komplikationer och uppträder inom 30 dagar efter operation och kan vara smärta, illamående, förstoppning, diarré, infektion i eller läckage från operationssåret, blodpropp och allmän kraftlöshet. En del biverkningar kan vara livslånga som t ex förändrad tarmfunktion. Exempel på sena biverkningar är sammanväxningar i buken efter bukkirurgi eller lymfödem efter bröstcancerkirurgi. De flesta biverkningar kan lindras och behandlas. Se diagnosspecifika nationella vårdprogram.

9.4 Dyspné (andnöd)

Rekommendationer

- Icke-farmakologiska metoder utprovade i samråd med fysioterapeut och arbetsterapeut bör alltid rekommenderas. Omvårdnadsåtgärder är av största värde för att lindra andnöd.
- Om kausal behandling mot dyspné inte är möjlig, eller ger otillräcklig effekt, bör morfin användas i symtomlindrande syfte. (++)
- Bensodiazepiner kan reducera patientens ångest, men har inte specifik effekt på dyspné. Syrgas är inte effektivare mot dyspné än placebo. (+)

Det är angeläget att diagnostisera och behandla dyspné skyndsamt, eftersom det är ett starkt ångestskapande symtom. Det [nationella vårdprogrammet för lungcancer](#) belyser ämnet. Det är av stor vikt att sjuksköterskan och undersköterskan har ett aktivt förhållningssätt för att understödja patientens lungfunktion och minska andnöden ([Internet medicin/palliativ vård-andnöd](#)). Fysioterapeuten bör delta i bedömningen samt ge instruktioner om andningsteknik och eventuella inhalationer. Fysisk aktivitet är angelägen. Såväl fysioterapeut som arbetsterapeut bör bidra med råd och instruktioner om andningsteknik, hjälpmedel m.m.

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

9.5 Fatigue

Rekommendationer

- Patienter med cancer bör i varje kontakt med sjukvården bedömas på ett systematiskt sätt med avseende på fatigue.
- Fysisk aktivitet är den intervention som har visat effekt vid cancerrelaterad fatigue (++)
Den ska ske regelbundet och om möjligt utökas successivt samt ske utifrån individens förmåga.
- Det saknas för närvarande tillräcklig evidens för att rekommendera centralstimulerande läkemedel som symtomlindring. (-)

Fatigue är ett vanligt symtom vid cancer. Det är dock viktigt att komma ihåg att all cancerrelaterad trötthet inte är fatigue. Utredning av differentialdiagnostik vid fatigue blir därför extra viktigt, särskilt vad gäller eventuella bristtillstånd. Vårdteamet bör uppmärksamma fatigue som ett symtom, och alltid undersöka om det finns en behandlingsbar orsak. Kvantifiering med t.ex. VAS/NRS är ofta värdefull. Bedömningsinstrumentet [FSS, Fatigue Severity Scale](#), som dock inte är validerat speciellt för cancer, kan också användas. För mental fatigue kan [MFS, Mental Fatigue Scale](#), användas. Se även www.brainfatigue.se. Vid utredning bör samsjuklighet och andra medicinska behandlingsbara orsaker uteslutas och i så fall behandlas [[22](#), [23](#)].

All personal bör ha kunskap om fatigue. I den återkommande dialogen mellan patienten, de närstående och vårdpersonalen ges utrymme för information och evidensbaserade råd. Sjuksköterskan ansvarar för den fortlöpande uppföljningen och dokumentationen ([1177/Trötthet vid cancersjukdom - fatigue](#)).

Fysisk aktivitet är den intervention vid cancerrelaterad fatigue som är bäst vetenskapligt underbyggd [24, 25]. Fysioterapeuten bidrar med information om lämplig träning, ofta i samråd med en arbetsterapeut för att finna bra strategier i vardagen. Arbetsterapeuten kan bidra med stöd och träning om ergonomi, information om energibesparing ([Sveriges arbetsterapeuter/Fatigue Management](#)), information om faktorer som inverkar på arbetsförmåga och arbete efter cancer samt råd inför arbetsåtergång [26-28]. Se även kapitel 12 Aktiviteter i det dagliga livet och kapitel 14 Fysisk aktivitet och träning.

Närståendes situation behöver också uppmärksammas. De kan behöva information och stöd i hur de kan hjälpa patienten med cancer. Se även [1177/Trötthet vid sjukdom - fatigue](#).

Det finns inga läkemedel som kan rekommenderas för behandling av fatigue [29].

9.6 Håravfall

Rekommendationer

- Inom varje region bör det finnas riktlinjer för användning av kylmössa eller hjälpmedel (peruk m.m.) vid behandlingsrelaterat håravfall.
- Eventuell egenavgift för peruk m.m. bör av jämlikhetsskäl samordnas mellan regionerna.

Håravfall (hår, ögonbryn, ögonfransar, skägg, könshår) beskrivs ofta som en besvärande biverkning av cancerbehandling [30]. Patienten och de närstående bör erbjudas samtal och information om hur behandling påverkar håravfall, förebyggande åtgärder och information om riktlinjer som gäller för hjälpmedel (peruk m.m.) i regionen.

Det finns måttligt (++) vetenskapligt stöd för behandling med s.k. kylmössa för att reducera håravfallet under cytostatikabehandling (SBU:s publikation [Nedkylning av hårbotten för att förhindra håravfall i samband med cytostatikabehandling](#)). Det saknas prospektiva studier som belyser risken för metastaser i hårbotten vid användning av kylmössa, men med stor sannolikhet är denna risk försumbar [31, 32], vilket innebär att metoden även kan användas vid adjuvant behandling. Det finns inga hälsoekonomiska data från Sverige men kostnaderna för kylmössa bör bedömas i relation till minskade kostnader för peruk [33]. Det är inte möjligt att på vetenskaplig grund bedöma vilken av de förekommande kylmetoderna som är bäst.

Aderans Sweden AB har bland annat samlad information om regionernas bidrag till hjälpmedel vid håravfall vid cancerbehandling, se [enkelt om peruker.se](#).

9.7 Illamående

Rekommendation

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

Illamående förekommer hos en stor andel av patienterna med cancer. Illamående har oftast flera orsaker och det är ofta svårt att hitta en förklaring till symtomet. Illamående och kräkningar kan uppträda som separata symtom eller tillsammans. För att så effektivt som möjligt behandla

illamående är det viktigt med en symtomanalys och försök att hitta kausalsamband. Lokala riktlinjer bör följa internationella och nationella dokument ([MASCC](#), [ESMO](#), [Internetmedicin/Illamående och kräkningar vid cytostatikabehandling](#), [Vårdhandboken/cytotoxiska läkemedel](#)). Se även [Sjuksköterskor i cancervård/Nätverket för cancerrelaterat illamående](#).

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

9.8 Lymfödem

Rekommendationer

- Alla verksamhetsområden där cancer behandlas bör ha utarbetade rutiner för lymfödem.
- Samtliga patienter som opereras med lymfkörtelutrymning ska före och efter operationen informeras om riskfaktorer för att utveckla lymfödem, tidiga symtom på lymfödem och var det går att få behandling för lymfödem.
- Lymfödem relaterat till cancer ska bedömas och behandlas av en lymfterapeut som är fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska med adekvat tilläggsutbildning.
- Patienten bör kunna träffa lymfterapeut där cancervård bedrivs.
- Egenvård är central för lymfödembehandling och patientundervisning är därför mycket angelägen.
- Regionerna bör utforma riktlinjer för ansvarsfördelningen när det gäller behandling av lymfödem. (Se exempel för RCC Syd: [Regional tillämpningsrutin för lymfödem](#).)
- Regler för förskrivning av hjälpmedel samt patientens eventuella egenavgift bör av jämlighetsskäl samordnas nationellt.

9.8.1 Bakgrund och orsaker

Lymfödem är vanligen ett kroniskt tillstånd som orsakas av nedsatt transportkapacitet i lymfsystemet, vilket resulterar i en ökad ansamling av lymfa i vävnaden. Svullnaden som uppstår kan ge tyngd- och spänningskänsla, diffus värk och nedsatt rörlighet. Tillståndet kan bidra till en sämre livskvalitet, genom exempelvis nedsatt arbetsförmåga, problem i sociala aktiviteter, svårigheter att hitta passande kläder samt psykiska påfrestningar. Komplikationer i form av hud- eller vävnadsinfektioner, speciellt rosfeber (erysipelas), är vanligare hos patienter med lymfödem.

De flesta fall av sekundära lymfödem uppstår som följd av cancersjukdom eller cancerbehandling. Risken för skador på lymfsystemet ökar om flera åtgärder kombineras, såsom operation av tumören, lymfkörtelutrymning och strålbildning ([Svensk Förening för Lymfologi \(SFL\) - Vårdprogram lymfödem](#)). Kombinationen venös och lymfatisk insufficiens är inte ovanlig vid lymfödem efter kirurgi.

Lymfödem kan indelas i olika stadier efter graden av vävnadsförändringar. Vid reversibelt ödem märks initialt ingen eller liten volymökning trots att lymfsystemet inte längre fungerar normalt. Så småningom uppträder ett ödem med ansamling av lymfa i vävnaden. Så länge ödemet bara består av lymfa kan svullnaden gå tillbaka med adekvat behandling. På längre sikt och utan behandling kan ödemet (helt eller delvis) bli irreversibelt ([Vårdhandboken/Lymfödem, vård och behandling](#) och [Svensk Förening för Lymfologi \(SFL\) - Vårdprogram lymfödem](#)).

9.8.2 Diagnostik

Patientens behandlande läkare och kontaktsjuksköterska, alternativt legitimerad personal med kunskaper om lymfödembehandling, ska i förekommande fall informera om lymfödem, och undersöka patienten även om symtomen är diskreta. Föreligger lymfödem bör patienten bedömas av en lymfterapeut. Hjärt- och kärl- eller njursjukdomar, endokrina sjukdomar samt djup ventrombos kan ge upphov till lymfödemliknande symtom. Även om behandlingen av själva ödemet huvudsakligen är densamma är det viktigt att patienten får rätt diagnos.

Tidig diagnostik, som möjliggör så tidig behandling att tillståndet kan gå i regress [34], kräver objektiv såväl som subjektiv mätning i ett uppföljningsprogram. Dessa mätningar utgör underlag för bedömningen och bör även kunna upprepas vid utvärdering av behandlingen.

Tidig diagnos av lymfödem ([Vårdhandboken/Lymfödem/Utdredning och undersökning](#)) ska innefatta två av nedanstående tre kriterier:

1. **Konsistensökning** i subcutis på den ödematösa sidan jämfört med icke-ödemsidan.
2. Ökad **extremitetsvolym** (> 5 %) [35] jämfört med icke-ödemsidan eller med preoperativa värden, mäts med volymmätare eller omkretsmätning med kalkyl av volym.
3. Ökad **lokal vävnadsvätska** (> 1,2–1,45 beroende på mätpunkt) jämfört med icke-ödemsidan på standardiserade punkter eller med preoperativa värden alternativt normalvärden, mäts med TDC-apparat [35].

Mätning av volym (punkt 2) kan ersättas av mätning med bioimpedans av ökad **generell vävnadsvätska** i extremiteten jämfört med icke-ödemsidan eller med preoperativa värden alternativt normalvärden [35]. Denna mätmetod är snabbare, framför allt vid benmätning, men dyr.

Diagnos kan i regel ställas kliniskt på grundval av anamnes, inspektion och palpation, och bör säkerställas genom objektiv mätning. Uppkommer lymfödem på ett förväntat sätt under eller inom ett år efter cancerbehandling kan en lymfterapeut ställa diagnosen. Uppkommer lymfödem senare i förloppet ska en läkare alltid bedöma om det behövs utredning av eventuell progress av grundsjukdomen och om det eventuellt föreligger kontraindikationer mot lymfödembehandling.

9.8.3 Behandling

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

Behandlingen av lymfödem bör endast utföras av legitimerad personal med medicinsk grundutbildning samt minst 160 timmars utbildning inom lymfödembehandling, eller på

delegation av denna. Målet är att reducera ödemet och minska känslan av tyngd, spänning och smärta i vävnaden och därmed förbättra livskvaliteten och behålla eller öka aktivitetsförmågan. Den fysikaliska behandlingen av lymfödem består av en kombination av behandlingsmetoder. Behandling med kompressionsdelar eller bandagering kan i vissa fall kompletteras med tilläggsbehandlingsmetoder, exempelvis manuellt lymfdränage eller lymfpulsatorbehandling.

Följande behandlingsåtgärder rekommenderas:

- Patientundervisning är en viktig del av behandlingen. Den beskriver lymfsystemets anatomi och fysiologi, samt behandlingen. Undervisningen kan ske som gruppundervisning kompletterad med individuellt anpassad rådgivning och bör ske muntligt, skriftligt och praktiskt.
- Kompressionsbehandling är en central del av behandlingen vid lymfödem. I intensivbehandlingsfasen används företrädesvis bandage som får sitta dygnet runt och som justeras minst en gång om dagen för att anpassas till den minskande volymen. När optimal ödemreduktion uppnåtts provas kompressionsdelar ut som ska stabilisera ödemvolymen. Fortsatt förändring av lymfödemet kräver kontinuerlig anpassning av kompressionsdelarna. Illasittande kompressionsdelar kan förvärra lymfödemet, orsaka irritation och ge hudskador som ökar risken för infektioner. Det är också viktigt att kontrollera att patienten kan sköta kompressionsdelarna och klarar på- och avtagning, eventuellt med speciella hjälpmedel. Hur kompressionsdelarna ska användas i den fortsatta behandlingen anpassas individuellt och kan variera från hela dygnet till endast delar av dygnet. I de fall närstående eller vårdnadspersonal hjälper patienten bör dessa personer utbildas av lymfterapeuten [36].
- Fysisk aktivitet och träning ökar cirkulationen och kan minska lymfödemets volym [37-40]. Träning bör starta på relativt låg nivå och långsamt öka under en längre tid samt anpassas efter patientens intressen, möjligheter och tidigare träningserfarenheter. Såväl inaktivitet som övervikt är en riskfaktor för utveckling av lymfödem [41]. Patienten bör informeras om detta samt vid behov erbjudas professionell hjälp med att reducera övervikt [42].
- Hudvård ingår som en del av behandlingen. Huden vid ödem tenderar att bli torr och oelastisk och behöver smörjas regelbundet med mjukgörande salvor; en hudlotion med lågt pH-värde rekommenderas. En oskadad, elastisk hud minskar risken för rosfeber som annars är relativt vanligt bland patienter med lymfödem. Svampinfektioner, eksem, sår eller allergiska reaktioner ska behandlas skyndsamt. Patienten bör upplysas om att småskador, sår, insektsbett m.m. i områden med lymfödem lätt kan bli infekterade. Skärpt uppmärksamhet är påkallad, och vid rodnad, svullnad eller smärta ska läkare eller kontaktsjuksköterska kontaktas.
- Rosfeber behandlas med antibiotika. Patienter med recidiverande rosfeber kan med fördel ha en förberedd ordination med recept på antibiotika för att snabbt kunna påbörja behandling.

9.8.4 Tilläggsbehandlingsmetoder

Massagemetoden manuellt lymfdränage (MLD) kan utföras av en lymfterapeut. En förenklad variant av metoden kan utföras av patienten själv, närstående eller omvårdnadspersonal efter undervisning i metoden. MLD kan ibland ges som tillägg då kompressionsbehandling, viktreduktion vid behov och fysisk aktivitet inte gett tillräcklig effekt ([Svensk Förening för Lymfologi \(SFL\) – Vårdprogram lymfödem](#)). Behandlingsresultatet ska utvärderas objektivt.

Lymfpulsatorbehandling genomförs med tryckmanschetter utformade för olika kroppsdelar där lufttrycket regleras via en elektrisk pump. Behandlingen kan ske i hemmet med en utlånad eller hyrd apparat. Lymfpulsatorbehandling ges rutinmässigt med ett lågt tryck (30–50 mm Hg), men ett högre tryck (100–120 mm Hg) under en längre period har visat sig ge god effekt på måttliga till svåra lymfödem [43].

Det vetenskapliga underlaget för effekten av manuellt lymfdränage och lymfpulsatorbehandling är begränsat eller obefintligt. Ämnet är svårbeforskat, men det finns omfattande erfarenhet och riskerna är troligen mycket små [44]. Störst effekt tillskrivs kompressionsbehandling med kompressionsdelar vid små ödem och bandagering vid större ödem. ([Internetmedicin om lymfödem](#)).

Kirurgisk behandling: Då fysikalisk lymfödembehandling nått steady state och en besvärande volymskillnad med minimal eller ingen pitting fortfarande kvarstår, domineras denna volym av nybildad fettvävnad och påverkas inte av fortsatt konservativ behandling. Lymfödem består inledningsvis enbart av lymfa. Nybildningen av fettväv startar parallellt med lymfödemdebuten och orsakas sannolikt av kronisk inflammation och upprepade rosfeberattacker. Kirurgisk behandling i form av fettsugning kan då övervägas. Fettsugning kan göras på både arm- och benlymfödem och återställer extremitetens normala volym. Efter operationen måste patienten fortsätta med kontinuerlig kompression dygnet runt resten av livet. Den kirurgiska behandlingen bör endast utföras på centrum med stor erfarenhet av lymfödemkirurgi.

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

Övriga behandlingar som från olika källor utanför sjukvården erbjuds patienten rekommenderas endast i utvalda fall och då i nära samråd med patientens läkare. Det vetenskapliga underlaget för att rekommendera olika behandlingar av lymfödem är generellt relativt svagt, men innan ytterligare behandlingar införs bör effekten respektive säkerhetsaspekterna belysas enligt vetenskaplig praxis [45].

9.8.5 Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering bör ske regelbundet och frekvent, särskilt innan steady state uppnåtts. Vid första uppföljningen görs en kontroll av lymfödemets volym, kompressionsdelarnas passform och patientens eventuella egenbehandling. Utvärdering av lymfödembehandlingen görs genom mätning av ödemet. Kliniskt används vanligen omkretsmått eller volymmätning. Kroppsvikten är av betydelse liksom tyngd- och spänningskänsla samt smärta mätt med VAS/NRS. Funktionshinder, psykosociala indikationer och patientens upplevelse bör också utvärderas. Se även avsnitt 9.8.2 Diagnostik.

Vid avvikelser från förväntat behandlingsresultat kan kompletterande undersökningar vara värdefulla för ytterligare utredning. Kontroll bör göras inte enbart av volym, utan av lymfödemets status baserat på de mätningar och bedömningar som genomförts vid diagnostillfället eller behandlingsstarten. Förutom ovanstående kontroller bör besöket innefatta uppföljning av egenvård, samt möjlighet för patienten att få svar på ytterligare frågor efter informationen i samband med nybesöket eller patientutbildningen. Om lymfödemet blir kroniskt bör också livskvaliteten mätas regelbundet, [46]. Se även [Svensk Förening för Lymfologi \(SFL\) – Vårdprogram lymfödem](#).

Vid fortsatt ödem eller pitting bör kompressionen revideras och optimeras. I det fall pitting är obefintligt bedöms kvarstående volymskillnad som fettomvandlad. Vid försämring av befintligt

ödem trots optimal lymfödembehandling samt ev. tillkomst av smärta eller neuropati bör läkare bedöma status med hänsyn till eventuell infektion eller tumörprogress.

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

9.9 Mun- och tandhälsa

Rekommendationer

- De mottagningar och avdelningar som möter patienter med en risk för påverkan på slemhinnor i mun och svalg bör ha skriftliga rutiner för användningen av bedömningsinstrument.
- Vid konstaterad eller förväntad påverkan på munslemhinna eller tänder bör det finnas ett organiserat samarbete med specialisttandvården som belyses i lokala riktlinjer.

Cancerbehandling medför ofta komplikationer eller risk för komplikationer i munnen. För handläggning hänvisas till diagnosspecifika vårdprogram, och till internationella rekommendationer [47]. Hänvisa gärna till [1177/tandvård i samband med vissa sjukdomar och sjukdomsbehandlingar](#).

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

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

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

Kryobehandling (is i munnen) under cytotatikabehandling i samband med benmärgstransplantation minskar smärta och andra munbesvär (++) [48].

9.10 Smärta

Rekommendationer

- Patienter med cancer bör i varje kontakt med sjukvården bedömas utifrån sin berättelse med avseende på smärta. Efter analys erbjuds behandling vars syfte är att lindra och förebygga smärta. Utvidgat validerat bedömningshjälpmedel bör användas frikostigt och alltid när patienten anger smärta VAS/NRS > 4.
- Val av icke-farmakologisk och farmakologisk behandling ska göras i samråd mellan patienten och vårdteamet med fortlöpande värdering av effekt och biverkningar.
- Verksamhetschefen bör fastställa rutiner för konsultation och samarbete med en smärtenhet när patientens behov är avancerade eller mycket avancerade.

Smärta är ett vanligt symtom vid cancer. Målet med diagnostiken är att fastställa smärtans fysiologiska mekanism och genom dialog förstå patientens upplevelse och tankar om smärtans orsaker och behandlingens biverkningar. Dialogen mellan patienten och behandlaren utgör de underlag som är avgörande för god smärtlindring samt att dialogen i sig kan vara smärtlindrande [49]. Smärta är subjektivt upplevd och ofta används metaforer för att beskriva smärta. Metaforen är en viktig pusselbit i smärtbehandlingen. Den ger personen med smärta och behandlaren en gemensam bild. Metaforen kan också hjälpa behandlaren att förstå smärtans karaktär [50]. För att kunna beskriva smärta krävs förmåga att kunna reflektera över smärtupplevelsen i kroppen, och personer med kognitiva svårigheter blir därmed extra sårbara.

Att tidigt upptäcka och diagnostisera smärta ökar möjligheten för patienten att tolerera och fullfölja behandlingen och upprätthålla optimal fysisk aktivitet.

Vid vårdssituationer som kan förorsaka smärta bör smärtskattningsinstrument användas. Med [Hälsoskattning för cancerrehabilitering](#) kan smärtutvecklingen enkelt följas över tid av olika vårdkontakter. För tätare smärtskattning och utvärdering används lämpligen visual analogue scale eller numeric rating scale (VAS/NRS) [51]. Smärttillstånd med skattningar VAS/NRS > 4 ska särskilt beaktas och aktivt behandlas, därtill utvärderas [51]. Smärtskattningshjälpmedlet [Brief pain inventory \(BPI\)](#) [52] bidrar med en kroppsbild som möjliggör en fördjupad värdering av smärtans karaktär, intensitet, lokalisation och utbredning. Kroppsbilden möjliggör även en utökad dialog om smärtupplevelsen. Se även kapitlet om smärta vid cancer i [Internetmedicin](#) samt senaste europeiska [ESMO guidelines](#) [53].

Antitumoral behandling samt strålbehandling har ofta god smärtlindrande effekt. Bland läkemedlen utgör ofta opioider basbehandling på grund av gynnsam balans mellan effekt och biverkningar. Opioidbehandling kan efter framgångsrik behandling av grundsjukdomen ofta avvecklas, och då finns viss risk för abstinens och läkemedelsberoende. Vårdteamet måste uppmärksamma detta och vid behov samråda med en smärtenhet med kompetens i multimodal smärtrehabilitering respektive en beroendeenhet. I övrigt hänvisas till [diagnosspecifika nationella vårdprogram](#), [Läkemedelsverket/smärtlindring i livets slutskede](#) och [Internetmedicin/Smärta, cancerrelaterad – behandling](#).

Icke-farmakologiska smärtlindrande behandlingar kan fungera som viktiga komplement till farmakologisk behandling. Fördelen med flera icke-farmakologiska smärtlindrande behandlingar är att de ofta kan utföras av patienten själv eller med stöd av närstående, sjuksköterska, fysioterapeut och/eller arbetsterapeut.

9.10.1 Smärta vid behandlingsrelaterad neuropati

Rekommendation

- Vid behandling med cancerläkemedel som kan ge upphov till neuropati bör patienten informeras om risken för såväl neuropati som neuropatirelaterad smärta. Fysisk aktivitet under behandlingen bör rekommenderas (+). Utvecklas smärta bör lindrande läkemedelsbehandling prövas (+).

Cytostatikautlöst perifer neuropati (Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy, CIPN) kan orsakas av platinumanaloger, taxaner, vincaalkaloider och erbulin samt av bortezomib, karfilzomib och ixazomib. CIPN som innefattar parestesier, allodyn, ataxi och smärta är ett vanligt symptom som ofta motiverar dosreduktion eller byte av preparat [54].

De patienter som behandlas med oxaliplatin eller paklitaxel förväntas i ca 80 % utveckla CIPN, vilket påverkar såväl livskvaliteten som utfallet av behandlingen. Riskfaktorer för att utveckla neuropati är tidigare eller pågående neuropati, övervikt samt genetiska faktorer [55]. Vid behandling med oxaliplatin föreligger korrelation mellan allvarligheten i den akuta neuropatin och senare utveckling av kronisk neuropati [56]. Vid behandling med platinumderivat och vincaalkaloider är hög uppmärksamhet på CIPN motiverad med anledning av risk för irreversibla tillstånd som bestående domningar i händer och fötter [57].

Behandlingsmöjligheterna för smärtsam CIPN är begränsade. Inga förebyggande behandlingar har visats ha någon betydande klinisk effekt. Bland läkemedel bör duloxetin eller venlafaxin provas före behandlingsförsök med gabapentin, tricykliska antidepressiva eller pregabalin, på grund av bättre effekt i förhållande till biverkningsrisk enligt publicerade studier [58-60]. I Sverige är venlafaxin dock inte registrerat på denna indikation. Cytostatikabehandling med taxaner kan utlösa ”akut taxanutlöst smärta” med myalgi och atralgi [61] och neuropati med eller utan smärta [62]. Akut taxanutlöst smärta kan predisponera för utveckling av neuropati senare [63].

Cancerbehandling ges ofta på dagvårdsenheter. Det betyder att biverkningar ofta uppstår i hemmiljön några dagar efter given behandling. Detta ställer krav på god muntlig och skriftlig information från den behandlande läkaren och sjuksköterskan.

Risken att utveckla neuropati som är relaterad till medicinsk onkologisk behandling kan minskas med fysisk aktivitet [64]. Patienten bör informeras om detta och erbjudas kontakt med en fysioterapeut för råd om lämplig träning. Icke-farmakologiska metoder såsom TENS kan prövas [58].

För behandlingsrelaterad neuropati hänvisas i övrigt till de diagnosspecifika vårdprogrammen. Se även ”Neurotoxiska sidoeffekter av cytostatika” som finns på sthmslanscancerpatienter.se.

9.11 Tarmproblem

Rekommendationer

- Inför cancerbehandling bör uppgifter om patientens tarmfunktion och eventuella besvär dokumenteras.
- Patienten bör informeras muntligt och skriftligt om risken för störd tarmfunktion i samband med cancerbehandling samt om rekommenderad behandling.

Förstoppning är vanligt som resultat av minskad fysisk aktivitet, förändrad kost, buksmärter, cancerbehandling, smärter eller läkemedelsbiverkan. Under sjukhusvård relaterad till cancer bör tarmfunktionen dagligen dokumenteras. Patienten bör informeras om adekvata åtgärder för att minska risken för förstoppning och diarré ([Vårdhandboken/Åtgärder vid förstoppning](#)).

Diarré bör på likartat sätt uppmärksammas. Förutom cancer, cancerbehandling och läkemedelsbiverkan måste infektion uteslutas som orsak. Behandling med läkemedel är ofta påkallad ([Vårdhandboken/Infektioner i magtarmkanalen - Översikt](#)).

Avföringsinkontinens påverkar livskvaliteten i hög utsträckning [65]. Handläggning förutsätter vid avancerade och mycket avancerade behov ofta remiss till enheter med specialkompetens.

För ytterligare råd om tarmbesvär hänvisas till diagnosspecifika nationella vårdprogram och till [Vårdhandboken/Åtgärder vid förstoppning](#). Sena komplikationer belyses i Vägledning för bäckencancerrehabilitering.

KAPITEL 10

Nutrition

Rekommendationer

- I samband med in- och utskrivning på vårdavdelning och vid mottagningsbesök bör patientens nutritionsstatus bedömas enligt riktlinjer för verksamhetsområdet. Alla verksamheter ska ha rutiner för bedömning av nutritionsstatus. Riktlinjerna bör även följa rekommendationerna i diagnosspecifika vårdprogram.
- Patienten bör erbjudas att träffa en dietist vid nutritionsproblem. Tidig bedömning och intervention är angelägen. Om patienten har svårt att tugga eller svälja bör en logoped konsulteras.

Cancersjukdom och onkologisk behandling innebär hög risk för undernäring och kakexi [11]. Ett gott näringstillstånd ökar förutsättningarna för att uppnå optimal behandlingseffekt vid cancer och bidrar till att patienten kan bibehålla så god livskvalitet som möjligt.

Läkaren eller kontaktsjuksköterskan gör tidigt en bedömning: se kapitel 5 Strukturerad bedömning och [Min vårdplan](#). En enkel riskbedömning kan göras utifrån följande faktorer:

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

Risk för undernäring föreligger om patienten har en eller flera av dessa riskfaktorer. Grad av undernäring bör bedömas och diagnosticeras enligt GLIM-kriterierna [66]. Om riskbedömningen visar att patienten har risk för undernäring ska en utredning göras för att ta reda på orsaken till viktnedgången eller ätsvårigheterna ([Att förebygga och behandla undernäring – Kunskapsstöd från Socialstyrelsen](#)). En vårdplan för nutrition bör upprättas för de patienter som har eller bedöms riskera undernäring samt vid förväntade nutritionsproblem av kirurgisk och onkologisk behandling. Vårdplanen skrivs i samråd mellan patient, dietist, sjuksköterska och läkare.

Nutritionsbehandlingen utformas individuellt och anpassas till sjukdom, behandling, nutritionsstatus samt energi- och näringsbehov. Patienter med cancer har ofta ett förhöjt proteinbehov vilket kan medföra förlust av muskelmassa trots viktstabilitet [11].

Nutritionsbehandlingen bör kombineras med fysisk aktivitet, anpassad efter patientens förmåga för bästa effekt, se kapitel 14 Fysisk aktivitet och träning. Upprepa riskbedömningen regelbundet under behandlingens gång, oavsett BMI eller tidigare vikhthistorik [11, 67].

Ytterligare en faktor för ökad uppmärksamhet och samråd med dietist är övervikt som bedöms påverka tillståndet och cancerbehandlingen. I samband med cancer och cancerbehandling kan övervikt dölja en potentiell näringsbrist eller ett otillräckligt näringsintag, vilket leder till förlust av muskelmassa. Det är mycket viktigt att patienten inte minskar näringsintaget enligt egen bedömning, eftersom tillgång till en rad näringsämnen är viktig för optimal effekt av cancerbehandling och cancerrehabilitering. Patienter som ökar i vikt under behandlingen kan också behöva stöd och kontakt med dietist.

Om patienten inte har några nutritionsproblem rekommenderas kost enligt de nordiska näringsrekommendationerna, dvs. de rekommendationer som gäller hela befolkningen ([Livsmedelsverket/matvanor](#)). Det innebär ett adekvat intag av frukt och grönsaker, baljväxter, fisk och fullkorn. Intaget av rött kött och charkprodukter bör begränsas, likaså alkohol samt söta livsmedel och drycker med tillsatt socker. Råd som avviker från dessa generella kostråd bör vara evidensbaserade. En kost med mycket restriktioner och uteslutande av livsmedel rekommenderas inte på grund av bristande evidens och ökad risk för undernäring [11]. Vid osäkerhet bör dietist konsulteras.

En vanlig uppfattning bland patienter och närstående är att socker påverkar cancer genom att specifikt ”göda” cancerceller. Ibland leder denna felaktiga föreställning till att patientens totala kaloriintag blir för lågt. Förutom dietisten bör därför även kontaktsjuksköterskan och läkaren vara lyhörda och vid behov lämna adekvat information ([Cancerfonden – Frågor och svar om kost och cancer](#)).

Efter avslutad cancerbehandling gäller samma råd som vid förebyggande av cancer ([World Cancer Research Fund/Cancer Prevention Recommendations](#)). Det är inte ovanligt att nutritionsproblem kan kvarstå en längre tid efter avslutad behandling och dietistkontakt är då att rekommendera. Patienter med övervikt eller snabb viktökning efter behandling kan vara i behov av fortsatt kontakt med dietist eftersom övervikt i sig är en riskfaktor för flera cancersjukdomar och andra livsstilsrelaterade sjukdomar, även för den som redan varit sjuk i cancer och behandlats för den [67]. Se även [World Cancer Research Fun/Cancer Prevention Recommendations](#).

Bra informationsmaterial till patient och närstående som belyser nutrition övergripande finns på [DRFs webbplats](#).

KAPITEL 11

Sexuell och reproduktiv hälsa

Rekommendationer

- Patientens läkare och kontaktsjuksköterska bör under hela cancervårdförloppet informera om sjukdomens och behandlingens potentiella påverkan på den sexuella och reproduktiva hälsan och i dialog med patienten uppmärksamma behov av rehabilitering.
- Varje verksamhetsområde bör ha kompetens för denna dialog och ha riktlinjer för diagnostik samt hur kontakt vid behov etableras med en sexolog eller annan expert.

11.1 Sexuell hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa definieras som ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion ([Folkhälsomyndigheten/Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter](#)). Läs vidare i [Vägledning för bäckencancerrehabilitering](#). WHO menar i sin vidgade definition av sexualitet att sexualitet är en del av att vara människa och är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Det handlar inte bara om avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada och är därför inte synonymt med sex. Det handlar inte heller om huruvida personen kan få orgasm eller inte. Sexualitet är mycket mer: den finns i energin som driver människor att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i känslor, rörelse och beröring. Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och genom detta den psykiska och fysiska hälsan ([WHO/Sexual and reproductive health](#)). Därför bör ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion bekräfta den roll njutbara sexuella relationer, förtroende och kommunikation har för självkänsla och allmänt välbefinnande. Alla har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten.

Närhet är ett av våra grundläggande behov och i samband med allvarlig sjukdom som cancer kan behovet av såväl psykisk som fysisk närhet öka eller förändras. Fysisk närhet kan vara av sexuell och icke-sexuell karaktär. Sexuell närhet kan vara smekningar, fysisk närhet eller ord. Patienter och deras närstående berättar att det inte är ovanligt att avståndet i relationen ökar [68]. Det kan finnas flera orsaker till detta, t.ex. svårigheter att kommunicera, farhågor och missriktad hänsyn [69].

Alla teammedlemmar bör ha grundläggande kunskap om hur cancersjukdomen och dess behandling kan påverka sexuella funktioner och den sexuella och reproduktiva hälsan för att kunna ge individanpassad information, råd och stöd på ett strukturerat sätt. Den teammedlem som enligt verksamhetsområdets rutin samtalar med patienten om sexuell hälsa, sexualitet och relationer bör tänka på att:

- erbjuda muntlig och skriftlig information [69]; se även [Cancerfonden/Sex och cancer, 1177/Reportage: Sexualiteten efter cancerbehandlingen](#).

- bjuda in till dialog tidigt i kontakten och därefter återkommande efter individuell bedömning
- erbjuda alla patienter dialog oavsett ålder, kön, partnerstatus, ursprungsland etc.
- välja ord och termer som patienten önskar använda
- erbjuda patienten och eventuell partner samtal med kurator, psykolog, läkare eller sexolog efter behov enligt patientens önskemål.

Se även [checklista för sexuell hälsa vid cancersjukdom](#) utformad av RCC.

All cancer och cancerbehandling kan påverka den sexuella hälsan och det är sjukvårdens ansvar att ta upp ämnet sexuell hälsa med patienten. Det är viktigt att prata och informera om hur olika behandlingar kan påverka sexuell funktion och vilka åtgärder som finns att tillgå för att kompensera för eventuella funktionsbortfall och svårigheter. Om patienten har en partner bör denna med patientens medgivande erbjudas att delta i samtalen. Alla teammedlemmar bör ha grundläggande kunskap om hur cancersjukdomen och dess behandling kan påverka sexuella funktioner och den sexuella hälsan för att kunna ge individanpassad information, råd och stöd på ett strukturerat sätt. Som stöd i samtal om sexualitet kan PLISSIT-modellen användas. Modellen förtydligar och konkretiserar den professionella hållningen till frågor som rör sexualitet och sexuell hälsa och beskriver olika nivåer för behandling av sexuella problem. PLISSIT står för: P – permission - tillåtelse (nivå 1), LI – limited information - begränsad information (nivå 2), SS – specific suggestions - specifika förslag (nivå 3), IT – intensive therapy - intensiv terapi (nivå 4) [70].

11.2 Fertilitet och reproduktion

Rekommendationer

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

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

På 1177:s webbplats finns uppdaterad information som vänder sig till patienter och närstående, [Fertiliteten efter cancerbehandlingen](#), på Vävnadsrådets webbplats finns [filmer som vänder sig till unga](#) och på en webbplats som ägs av Göteborgs universitet, www.eftercancer.se, finns information och erbjudande om chatt med kompetent personal.

KAPITEL 12

Aktiviteter i det dagliga livet

Rekommendationer

- 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 ska tillgodoses.
- Om patienten behöver stöd i att hantera aktivitetsproblem som hindrar det dagliga livet ska detta belysas i rehabiliteringsplanen, se kapitel 6 Min vårdplan och rehabiliteringsplan.

Aktiviteter i det dagliga livet (ADL) kan beskrivas som en behovstrappa innefattande personlig ADL (P-ADL), instrumentell ADL (I-ADL), i samhället och fritt valda aktiviteter. P-ADL innefattar det som har med personlig omvårdnad och överlevnad att göra, medan I-ADL innefattar det som görs i hemmet inklusive att göra inköp och sköta barn. Att utöva sitt samhällsansvar ex. arbete/skola, att hälsa på närstående och ta del av kultur och fritidsaktiviteter i samhället samt att utöva fritt valda aktiviteter kräver både P-ADL och I-ADL

([Vårdguiden/Aktiviteter i dagliga livet/Personlig](#))

En funktionsnedsättning till följd av cancersjukdom och behandling kan påverka personens aktivitetsförmåga och möjlighet till delaktighet i samhället.

Arbetsterapeuten utreder aktivitetsförmågan utifrån ett personcentrerat perspektiv och fokuserar på de aktiviteter personen själv anser är meningsfulla och de svårigheter personen upplever i sin vardag [71]. Aktivitetsbedömning görs med hjälp av lämpligt standardiserat bedömningsinstrument utifrån verksamhetens rutiner [72-80]. För personer med mer uttalade svårigheter är det nödvändigt att även observera aktiviteterna.

Arbetsterapeutiska åtgärder syftar till att patienten ska kunna utföra önskvärda aktiviteter utifrån sina egna mål. Det sker genom att använda alternativa eller kompenserande metoder där patientens resurser är en viktig förutsättning. Resurserna kan vara stöd från nätverk, motivation, kreativitet m.m. [81].

Åtgärder kan fokusera på information/undervisning, aktivitetsträning och/eller kompensation med exempelvis hjälpmedel [82]. Finns det behov av hjälpmedel ska patienten få dessa utprovade och förskrivna.

En studie gällande kvinnor med bröstcancer och deras dagliga liv sju år efter behandling visar att information och guidning; aktivt stöd till patienter och deras närstående; balans mellan aktiviteter i hemmet och i förvärvsarbete, var viktigt för att kunna hantera utmaningar [83]. Detta förhållande kan generaliseras till personer oavsett cancerdiagnos. Aktivitetsbalans påverkas således av fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter vid cancer och cancerbehandling men är inte diagnosspecifikt. Balans i aktiviteter är viktigt för alla människor och bidrar till hälsa [84].



Efter cancerbehandling kan olika aktiviteter komma att kräva mer energi än tidigare p.g.a exempelvis förändrad kondition eller cancerrelaterad fatigue. Vid trötthet eller fatigue kan det behövas stöd i att balansera aktiviteter mot varandra för att orka med vardagen [85], se även [1177/Trötthet vid cancer \(fatigue\)](#). Energibesparing eller aktivitetsprioritering handlar om att lära sig vad som gör att det krävs mycket energi, t.ex. att göra för många aktiviteter i rad utan paus emellan eller att prioritera aktiviteter som hade kunnat göras vid en annan tidpunkt [22, 86]. Se kapitel 9 Symtom och symtomlindring. Teamarbete rekommenderas då det ofta är flera faktorer som samverkar vid aktivitetsproblem ([Svensk sjuksköterskeförening/Teamarbete och förbättringskunskap](#)).

Sammanhanget har en viktig betydelse för aktivitet och aktivitetsförmåga. Inom det transaktionella perspektivet (occupational transaction) lyfter man fram betydelsen av att inte ha en allt för individualistisk syn på människan i relation till aktivitet [87].

Vid långvariga eller bestående funktionsnedsättningar kan mer avancerade rehabiliteringsåtgärder behövas. Det kan gälla vid hjärntumör, kognitiv funktionsnedsättning, uttalad fatigue, amputation, omfattande tarmproblem, förändrad känsel eller ryggmärgspåverkan. Rehabilitering för dessa patientgrupper skiljer sig inte från den som används inom rehabilitering med annan genes än cancer. Åtgärder kan i dessa fall omfatta funktionsträning, aktivitetsträning, hjälpmedel, bostadsanpassning eller anpassning av arbetssituationen, som t.ex. beskrivs i NVP hjärntumörer.

KAPITEL 13

Levnadsvanor och egenvård

Rekommendationer

- Varje verksamhetsområde bör ha rutiner för att informera om levnadsvanor såsom tobaksbruk, alkohol, matvanor och fysisk aktivitet.
- Levnadsvanor bör diskuteras med patienten återkommande under hela processen under utredning, behandling och uppföljning. Patienter i detta skede är oftast förändringsbenägna och mottagliga för att förändra sina levnadsvanor.

Levnadsvanor såsom tobaksbruk, ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och riskbruk av alkohol och andra droger spelar stor roll för att utveckla ett flertal sjukdomar samt för dess behandling ([Socialstyrelsen/Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor](#)). Enligt WHO orsakar ohälsosamma levnadsvanor 30–50 procent av all cancer globalt, se [Cancerfonden/Minska risken för cancer](#) och [WHO/Cancer](#). Hälsosamma levnadsvanor innebär hälsovinster för dem som har en kronisk cancersjukdom, med exempelvis färre och mindre allvarliga komplikationer. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser innebär ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser, även i ett bredare perspektiv än enbart cancer. Det är också genom satsningar inom detta område som sjukvården kan bidra till att minska de ökande skillnaderna i hälsa mellan olika grupper. Hälsosamma levnadsvanor kan bidra till att patienten får större möjligheter att klara av cancerbehandlingen.

Vid samtal med patienten om levnadsvanor rekommenderas:

- [Europeiska kodexen mot cancer](#)
- Skriftlig information publicerad av Svensk sjuksköterskeförening: [Samtal om hälsofrämjande levnadsvanor vid cancer](#)

13.1 Tobak

Rekommendationer

- Då rökning påverkar cancerbehandlingen negativt och ökar risken för återfall bör varje verksamhetsområde ha rutiner för stöd till tobaksavvänjning.
- Patienten bör sluta röka 4–8 veckor före operation eller behandlingsstart och vara rökfri minst 4 veckor efter avslutad behandling.

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

Om patienten är rökare bör läkaren och kontaktsjuksköterskan utforska vad patienten vet om tobaksbruk i relation till hälsa, diskutera motivationen till förändring, erbjuda information om negativa effekter av tobaksbruk i samband med operation och cancerbehandling samt erbjuda tobaksavvänjning via primärvården eller den specialiserade vården som kan ge hjälp med rökstopp [87-94]. Patienterna kan också ringa den nationella [Sluta röka-linjen](#) 020-84 00 00. För egenvård kan internetbaserat ([1177/Hjälpa att sluta röka](#)) eller tryckt material erbjudas patienten.

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

Patienter med huvudhalscancer som röker i samband med strålbehandling har sämre överlevnad, lokoregional kontroll och sjukdomsfri överlevnad jämfört med patienter som slutar röka före strålbehandlingen (++) [95-99]. Det är sannolikt att rökning är ogynnsam i samband med strålbehandling även vid andra cancersjukdomar.

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

Snusningens skadliga effekter är otillräckligt vetenskapligt kartlagda. Sammanlagt innehåller snus över 3 000 olika ämnen som är skadliga för hälsan, varav minst 28 är cancerframkallande ([Folkhälsomyndigheten/Utveckling av bruket av tobak och liknande produkter](#)). Snusning ökar sannolikt risken för cancer i bukspottskörteln, matstrupen och munhålan. Patienter med cancer bör mot denna bakgrund rekommenderas att avstå från snus.

Beträffande e-cigarett (EC) kan konstateras att det i dagsläget saknas produktsäkerhetskontroll, kunskap om hälsorisker med EC och gedigna vetenskapliga studier om EC:s värde som långsiktigt avvänjningsmedel. EC kan för närvarande inte rekommenderas. Trots bristfälligt vetenskapligt underlag bör patienten rekommenderas att avstå från e-cigarett och vattenpipa [100]. Se även [1177/ Vattenpipa – farligare än du tror](#).

Forskning visar att nikotin kan påverka flera viktiga steg i utvecklingen av cancer. Ämnet kan omvandlas till cancerframkallande ämnen i kroppen. Nikotin stimulerar också olika processer som bidrar till tumörväxt och kan därmed förvärra sjukdomen hos den som insjuknat i cancer och försämra effekterna av strålbehandling och cytostatika. Ytterligare forskning om nikotinetts effekter behövs, men redan nu bör patienter med cancer avrådas från att använda någon form av nikotin [101].

13.2 Alkohol

Rekommendationer

- Varje verksamhetsområde bör ha rutiner för att fråga alla patienter om alkoholbruk.
- Vårdteamet bör erbjuda rådgivande samtal till patienter som har frågor om alkoholbruk, samt till patienter där det i anamnesen framkommit att det finns ett riskbruk av alkohol och där detta kan vara relevant för patientens aktuella situation.

Alkoholkonsumtion ökar cancerrisken i munhåla, hals, matstrupe, lever, tarmar, bröst och magsäck. För att minska risken att få cancer och att återinsjukna i cancer rekommenderas en begränsad alkoholkonsumtion, och helst att avstå från alkohol helt, se [WHO/Alcoholic drinks and the risk of cancer](#) och [WHO/ After a cancer diagnosis follow our Recommendations, if you can](#).

Sannolikt utgör riskbruk av alkohol en komplicerande faktor för såväl behandling av cancer som välbefinnande och livskvalitet under och efter behandling ([Cancerfonden/Minska risken för cancer](#) och [Cancerfonden/Alkohol och cancer](#)). Mer information om riskbruk av alkohol finns på [nationellt kliniskt kunskapsstöd](#). På grund av alkoholens effekt på den psykiska hälsan finns det troligen också en ökad risk för depression vid riskbruk och samtidig cancersjukdom [[102-104](#)]. Patienter bör därför uppmanas att avstå från alkohol 4 veckor före, under och efter kirurgi och behandling av cancer.

Patienter som vill ha stöd för att förändra sina alkoholvanor kan ringa den nationella [Alkohollinjen](#) 020-84 44 48.

I samband med operation innebär alkoholkonsumtion förhöjd komplikationsrisk såsom ökad risk för blödningar, infektioner och akuta hjärthändelser. Även sårsläkning försämras av alkohol ([Svenska läkaresällskapet/En alkoholfri operation kan halvera riskerna](#)). Flera cancerläkemedel metaboliseras i levern och interaktioner med alkohol kan medföra antingen sämre effekt av läkemedlet eller ökad biverkningsrisk.

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

13.3 Matvanor och fysisk aktivitet

Rekommendationer

- De näringsrekommendationer som gäller hela befolkningen är tillämpliga även inom cancervård så länge patienten inte har några nutritionsproblem eller risk för undernäring.
- Alla patienter rekommenderas fysisk aktivitet enligt de rekommendationer som gäller hela befolkningen.

De kostråd som gäller hela befolkningen, se [Livsmedelsverket/Kostråd](#), är tillämpliga även inom cancerrehabilitering, så länge patienten inte har några nutritionsproblem eller risk för undernäring. Se kapitel 10 Nutrition.

Alla patienter bör rekommenderas fysisk aktivitet enligt de rekommendationer som gäller övrig befolkning utifrån de riktlinjer som WHO formulerat, se [Global recommendations on physical activity for health](#), och som ges i [FYSS](#). Se kapitel 14 Fysisk aktivitet och träning.

13.4 Egenvård

Rekommendation

- Vårdteamet bör i samråd kring cancerbehandling med patienten definiera de moment som lämpar sig för egenvård och individanpassa råden i Min vårdplan.

Egenvård bör diskuteras med patienten och belysas i Min vårdplan. Det kan röra sig om medicinsk hantering, psykosocial hantering, beteendehantering samt emotionell hantering [105]:

- Medicinsk hantering – att dagligen hantera sin medicinering eller annan behandling, att hantera biverkningar, smärtbehandling, hygien, symtom etc.
- Psykosocial hantering – att hitta strategier för kontakt med arbetsgivare, försäkringskassan, samtal med närstående.
- Beteendehantering – att hantera, ändra, skapa och upprätthålla nya meningsfulla beteenden gällande sin livsstil.
- Emotionell hantering – att minska den emotionella belastningen genom att hantera ångest, oro, stress etc. Se mer i kapitel 17 Psykologiska och psykiatriska aspekter.

Inom hälso- och sjukvården betyder egenvård: ”Hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad utövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utförs med hjälp av någon annan”. Egenvården regleras av egenvårdsföreskriften från Socialstyrelsen ([SOSFS 2009:6. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård](#)). I de fall vårdteamet bedömer att patienten med bibehållen säkerhet själv kan utföra medicinska behandlingar och patienten samtycker till det, finns i princip inga hinder för att patienten (eventuellt med närståendes hjälp) ansvarar för smärtbehandling med TENS, bandagering vid lymfödem etc.

En egenvårdsbedömning bör alltid dokumenteras i Min vårdplan. Den som gjort bedömningen bör även följa upp egenvården. Egenvården i sig bedöms inte som hälso- och sjukvård och patientens egenvård faller inte under hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Vårdpersonal ansvarar för bedömning, planering och uppföljning av egenvården ([patientsäkerhetslag \(2010:659\)](#)). Patientlagen belyser hur patientens medverkan ska bedömas utifrån patientens önskemål och förutsättningar ([patientlag \(2014:821\)](#), [Vårdanalys, rapport 2017:2](#)).

Egenvården bör utgå ifrån patientens förmåga att agera och göra val. Förmågan att utföra egenvård influeras av kunskap, färdighet, värderingar, motivation, känslan av kontroll – att kunna påverka – samt självförtroende inför uppgiften [106, 107].

13.5 Komplementär och alternativ medicin (KAM)

Rekommendationer

- I samrådet kring cancerbehandling bör vårdpersonalen fråga 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 bör erbjudas information om eventuella interaktioner.

Komplementär och alternativ medicin (KAM) är ett samlingsnamn för ett stort antal olika metoder som inte rekommenderas inom den vanliga hälso- och sjukvården. Det finns ingen enhetlig internationellt använd definition och flera olika termer används. Komplementär och integrativ medicin (KIM) är en annan term som förekommer ([Cancerläkaren 2:2019](#)).

Att en metod inte tagits upp i den vanliga hälso- och sjukvården kan bero på att det saknas tillräckligt underlag för att bedöma metodens effekter och risker eller på att den visat sig vara ineffektiv eller farlig.

Många patienter med cancer använder komplementära metoder [[108](#)]. Patienter diskuterar sällan KAM med vårdpersonalen men över hälften av alla patienter skulle vilja prata om det. Kunskap om patienters användning av KAM är värdefull för att kunna tolka eventuella symtom, biverkningar och laboratorievärden rätt.

Vårdpersonalen inom cancerrehabilitering ska erbjuda vård och omsorg med förankring i vetenskap och beprövad erfarenhet. I [patientsäkerhetslag \(2010:659\)](#) 5 kapitlet 1 § anges att ”andra än hälso- och sjukvårdspersonal får inte yrkesmässigt undersöka någon annans hälsotillstånd eller behandla någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte”. Bland ”följande åtgärder” nämns bland annat att ”behandla cancer och andra elakartade svulster”. Detta innebär att rehabilitering av patienter med cancer ska utföras av legitimerad personal eller på delegation av sådan personal. ”Beprövad erfarenhet” innebär att metoden används med stöd i konsensus bland landets främsta ämnesföreträdare, och inte med stöd i enskilda medarbetares personliga erfarenhet.

Inom såväl cancerrehabilitering som cancervård generellt används en rad metoder som har begränsat stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. På många håll erbjuds metoder såsom yoga, [mindfulness](#) mm som har vetenskapligt visad effekt även inom fältet cancerrehabilitering [[109-111](#)].

När patienten själv väljer behandlingar som legitimerad sjukvårdspersonal inte kan rekommendera, ska detta respekteras så länge patienten eller de närstående själva tar hand om behandlingen. I de fall patienten önskar information om behandlingen ska den vara förankrad vetenskapligt. I många fall saknas evidens, och då ska patienten informeras om det.

När det gäller behandlingsmetoder som saknar vetenskaplig förankring saknas ofta information om eventuella interaktioner med den behandling patienten ges i enlighet med Min vårdplan.

Patienten bör informeras om de eventuella risker som detta kan medföra, och konstaterade interaktioner eller biverkningar ska (när det gäller läkemedel inklusive naturläkemedel) rapporteras till Läkemedelsverket.

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

Läs mer på [Regionala cancercentrum/Komplementär och alternativ medicin](#).

En informationsbroschyr i ämnet har utformats av RCC Stockholm-Gotland: [Om du funderar på komplementär och alternativ medicin](#).

KAPITEL 14

Fysisk aktivitet och träning

14.1 Information och tillgänglighet

Rekommendationer

- Alla patienter med cancer bör i samband med diagnos och inledande behandling informeras muntligt och skriftligt om betydelsen av fysisk aktivitet samt om hur de vid behov får kontakt med fysioterapeut och arbetsterapeut.
- Alla verksamhetsområden med ansvar för patienter med cancer, bör ha riktlinjer för hur och av vem information om fysisk aktivitet ska ges.
- Inom verksamhetsområdet bör patienten ha snabb och enkel möjlighet att träffa en fysioterapeut. Träning bör erbjudas individuellt, i grupp eller som egen träning. Fysisk aktivitet på recept, FaR, bör användas.

Fysisk aktivitet definieras som ”all kroppsrörelse som resulterar i ökad energiförbrukning utöver viloförbrukning” och kan innefatta allt från hushållsarbete till promenader och ansträngande träning (FYSS). Träning definieras som ”strukturerad fysisk aktivitet som syftar till att bibehålla eller förbättra fysisk förmåga såsom kondition och styrka” ([FYSS](#)).

Fysisk aktivitet och träning är en av de viktigaste interventionerna för att minska komplikationer i samband med den onkologiska behandlingen, såsom fatigue, nedsatt kondition och minskad styrka [112]. WHO har publicerat nya riktlinjer för fysisk aktivitet [113]. I dessa betonas att all rörelse är bättre än ingen och att långvarigt sittande bör begränsas. Motsvarande svenska riktlinjer utgör ett stöd i det regionala och lokala arbetet [114].

Det är viktigt att patienten är så fysiskt aktiv som de egna förutsättningarna tillåter. Patienter bör också stimuleras till att återgå till sina dagliga fysiska göromål efter en operation och fortsätta med dem under den onkologiska behandlingen [115] ([FYSS](#)).

Studier har beskrivit betydelsen av att läkare och sjuksköterskor informerar om vikten av fysisk aktivitet [116, 117].

Patienten bör ha möjlighet att snabbt och enkelt få råd om fysisk träning. Lämna gärna skriftligt informationsmaterial till patienten ([1177/Fysisk aktivitet och fysioterapi vid cancer](#)). [Fysisk aktivitet på recept \(FaR\)](#) kan också vara ett användbart hjälpmedel. Patienter bör vid behov av övervakad träning erbjudas att komma till en träningslokal i nära anslutning till mottagningen eller vårdavdelningen för träning i grupp. Det ger på ett enkelt sätt tillfälle till direktkontakt med en fysioterapeut, som i förekommande fall kan hänvisa patienten vidare samt ge råd om egen träning. I Norge har ”pusterum” införts på alla sjukhus, med goda resultat, se [Aktiv mot kref/Pusterommet](#).

Patienter med cancer kan ha fördelar av att träna med andra i samma situation då många har följdverkningar av sin sjukdom och behandling och därför inte gärna tränar på ett vanligt gym eller i en allmän bassäng [118].

14.2 Träningsdosering och träningseffekt

Rekommendationer

- Personer med cancer bör rekommenderas aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet för att:
 - minska fatigue, förbättra funktionsförmåga och hälsorelaterad livskvalitet (++++)
 - öka kondition och muskelstyrka (+++)
 - minska risken för återfall och förbättra överlevnaden vid bröst-, prostata- och koloncancer (++)
- Den rekommenderade dosen av fysisk aktivitet vid cancer motsvarar de allmänna rekommendationerna för att förebygga andra sjukdomar som fetma, typ 2-diabetes och högt blodtryck.
- För bäst effekt på konditionen bör hög intensitet eller kombinerad måttlig och hög intensitet väljas om tillståndet tillåter.
- Pågående infektion är en absolut kontraindikation för träning.
- Anpassa träningen under pågående cytostatikabehandling eller motsvarande, eftersom dagsformen kraftigt påverkas av biverkningar.
- Vid hög infektionskänslighet bör träningen anpassas i samråd med läkare.
- Vid känd benskörhet och extremt dålig återhämtning under behandling ska träningen anpassas till omständigheterna.

Alla patienter bör rekommenderas fysisk aktivitet enligt de rekommendationer som gäller övrig befolkning utifrån internationella riktlinjer [119, 120] och som ges i FYSS: ”Alla vuxna från 18 år och uppåt, rekommenderas att vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 150 minuter i veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig. Vid hög intensitet rekommenderas minst 75 minuter per vecka. Aktivitet av måttlig och hög intensitet kan även kombineras. Aktiviteten bör spridas ut över flera av veckans dagar och utföras i pass om minst 10 minuter.” Den fysiska aktiviteten bör alltså innefatta både konditions- och styrketräning och ska anpassas till individens förmåga samt tidigare erfarenhet av fysisk aktivitet och träning. Patienten bör anpassa träningen under pågående cytostatikabehandling [121]. Pågående infektion är en absolut kontraindikation för träning. För att hitta lämplig fysisk aktivitet samt aktivitetsnivå bör patienten i många fall träffa en fysioterapeut. Läs mer om rekommendationer, rådgivning och riskbedömning i del 2 i FYSS.

Patienter ska inför strålbehandling informeras om förebyggande rörlighetsträning för att minska strålrelaterad stramhet [122]. Detta gäller framför allt när operation och strålbehandling ligger nära en led som kan påverkas, t.ex. vid bröstoperation eller axillutrymning.

Träning i samband med cancersjukdom ger följande:

- Ökad muskelstyrka.
- Ökad syreupptagningsförmåga.
- Ökad energi.
- Minskad stress.
- Förbättrad livskvalitet.
- Minskade behandlingsbiverkningar såsom trötthet, illamående och ledvärk.

På senare år har ett flertal studier visat nyttan av fysisk aktivitet under och efter cancerbehandling [123, 124]. Det har visat sig att fysiskt aktiva patienter med cancer klarar sin behandling bättre och får mindre besvär av biverkningar. Det som framför allt studerats och som förbättrats av fysisk aktivitet är fatigue, depression och hälsorelaterad livskvalitet [125, 126]. Det har även visat sig att träning under cytostatikabehandling kan ge ökad muskelstyrka och syreupptagningsförmåga [127-129] och att redan enstaka träningspass ger ökad energi och minskar stress och illamående [130]. En randomiserad svensk träningsstudie visade vid uppföljning efter ett år att träningsgrupperna upplevde minskad fatigue, symtombörda och förbättrad muskelstyrka jämfört med kontrollgruppen. De vars träning bestod av kombinerad konditionsträning resp. högintensiv intervallträning visade också på minskad kroppsvikt, förbättrad livskvalitet och högre andel som återgått till arbete [131]. Dessa resultat var bestående vid uppföljning efter två år [132]. Nya studier visar att högintensiv träningen har god effekt för konditionsökning [133].

Studier har också visat att fysisk aktivitet kan minska risken för återfall samt ge förlängd överlevnad, men evidensen bedöms här ännu som begränsad. Dock finns studier som visar att fysiskt inaktiva och överviktiga kvinnor som överlevt bröstcancer gynnas av regelbunden träning enligt ett upplägg som kombinerar styrke- och konditionsträning. Den minskade risken för metabolt syndrom och sarkopenisk fetma kan i förlängningen bidra till minskad återfallsrisk och förbättrad överlevnad vid sjukdomen. Förskrivning av handledd fysisk aktivitet bör därför vara ett grundläggande inslag i vården och omvårdningsplanen för dessa patienter [134].

De flesta studier är gjorda på bröst-, tjocktarms- och prostatacancer. Ett mindre antal studier finns också av gynekologisk cancer, hjärntumörer och hematologiska maligniteter, och på senare tid har det också kommit data på lungcancer [135-141]. Det finns även studier som visar på positiva effekter av fysisk aktivitet i sent palliativt skede av cancersjukdomen [142].

Skador på grund av fysisk aktivitet både under och efter behandling av cancersjukdom är sällsynta och liknar dem som förekommer när friska individer tränar. Det har inte heller framkommit något som tyder på ökad risk för lymfödem hos dem som är fysiskt aktiva eller en försämring hos dem som redan utvecklat ett ödem. Detta gäller både övre och nedre extremiteter förutsatt att lymfödemet behandlas enligt gällande riktlinjer [116, 123, 143, 144].

KAPITEL 15

Sociala aspekter

15.1 Kartläggning och stöd

Rekommendation

- Behandlande läkare och kontaktsjuksköterska ansvarar för en första behovsinventering samt för de grundläggande insatser som kan vara påkallade.
- Om patienten vid kartläggningen uttrycker behov av stöd eller om vårdpersonal bedömer att patienten behöver utökat stöd i sin situation, bör hänvisning ske till kurator, psykolog eller rehabiliteringskoordinator.

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

Se även kapitel 5 Strukturerad bedömning.

15.2 Försäkringsmedicin

Rekommendation

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

[Nationellt försäkringsmedicinskt forum](#) antog i november 2017 en gemensam ny definition av försäkringsmedicin: ”Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplat till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen. Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem.” Patienter med cancer kan ha behov av försäkringsmedicinska bedömningar och utlåtanden om funktions- och aktivitetsnivå. Kunskap och kompetens inom försäkringsmedicin är en viktig grund för att hälso- och sjukvården ska kunna tillmötesgå patientens behov.

Vid misstanke om cancer har läkaren ansvar för att i dialog med patienten bedöma om det finns behov av sjukskrivning. Cancersjukdomen och dess behandling påverkar ofta grundläggande

funktioner och begränsar olika aktiviteter, däribland arbete. Patientens arbetsförmåga kan också påverkas av oro och stress relaterat till sjukdomen. I Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning finns övergripande principer samt rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Bedömningen ska alltid vara individuell och utgå från individens unika förutsättningar. Gällande beslutsstöd för flera cancerdiagnoser publiceras på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Frågor som rör sjukskrivning ska ingå i Min vårdplan om det är aktuellt. Arbete och sysselsättning är en väsentlig del av livet för de flesta och har därför stor betydelse för rehabiliteringen. Studier pekar även på vikten av hur sjukvårdspersonal samtalar med patienten om arbetsträning och arbetsåtergång ([Rehabiliteringsrådets slutbetänkande SOU 2011:15](#)).

För patienter i arbetsför ålder kan det vara aktuellt med olika ersättningar: sjukpenning, förebyggande sjukpenning, särskilt högriskskydd, rehabiliteringspenning med flera. Försäkringskassan är den myndighet som utreder och beslutar om den enskildes rätt till dessa ersättningar. För aktuell information hänvisas till [Försäkringskassans webbplats](#). En koordineringsfunktion, ofta kallad rehabiliteringskoordinator, kan vara ett stöd i dessa frågor ([lag \(2019:1297\) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, SKR/Koordinering av sjukskrivning och rehabilitering](#)). Förutom stöd till verksamheterna ska denna funktion kunna erbjuda patienten personligt individuellt stöd i frågor om sjukskrivning och återgång i arbete samt samverka med andra aktörer i samråd med patienten. Målet är att patienten ska kunna arbeta så mycket som sjukdom och behandling medger utifrån individuella förutsättningar. Överenskommelser dokumenteras i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan.

15.3 Närstående

Rekommendation

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

Patienten definierar själv vem eller vilka som är familj och närstående i den aktuella situationen, oavsett om de är släkt eller inte. Hur kommunikation och samverkan inom patientens nätverk fungerar kan bero på hur rollerna mellan de olika personerna ser ut och hur roller och kommunikation kan ha förändrats i och med sjukdomsprocessen. Det är viktigt att tidigt i sjukdomsprocessen samtala med patienten om närstående och socialt nätverk. Närstående kan med patientens medgivande vara delaktiga i patientens vård och rehabilitering. Stöd till de närstående kan vara direkt avgörande för hur patienten klarar av sin sjukdom, behandling och rehabilitering. För att stärka både patienten och de närstående och förebygga framtida ohälsa bör de närstående med patientens medgivande erbjudas delaktighet [145] och informeras om vilka stödinsatser som finns. Närstående bör även erbjudas information och kunskap om patientens sjukdom, sjukdomens förlopp, behandling och rehabilitering, enligt lokala riktlinjer och med patientens medgivande. Vilka insatser som är aktuella och var de kan tillgodose måste bedömas individuellt.

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

Stödet till närstående är motiverat utifrån patientens situation, behov och hur sjukdomen påverkar relationen. När det gäller den närståendes behov utöver detta gäller eget ansvar att söka hjälp vid behov. Om behoven relaterar till sjukdom är vårdcentralen vanligen rätt instans.

Kommunen har en lagreglerad skyldighet att erbjuda stöd till närstående enligt 5 kap. 10 § [socialtjänstlagen \(2001:453\)](#), som innebär att socialnämnden ”ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder” ([Socialstyrelsen/Stöd till anhöriga och anhörigstöd](#)). Det kan således vara aktuellt att informera om socialtjänstens insatser som vänder sig till närståendevårdare, för att exempelvis få stöd av anhörigkonsulent, anhörigstödjare etc. För att ge rätt information och stöd bör patienten och de närstående informeras om möjligheten till att träffa en kurator, som kan ge stöd och informera om det stöd andra vårdaktörer kan erbjuda.

Närstående kan få närståendepenning för att vara tillsammans med den som är svårt sjuk. Det förutsätter att närstående avstår från förvärsarbete. Med svårt sjuk menas sådana sjukdomstillstånd som innebär ett påtagligt hot mot den sjukes liv. Vården handlar om att vara nära patienten och ge stöd, men också om att utträta ärenden eller följa med på läkarbesök. Den närstående kan få närståendepenning även när patienten vårdas på sjukhus. ([Försäkringskassan/Vård av närstående](#))

Det kan vara lämpligt att informera närstående om värdet av kontakt med andra i liknande situation. Patientorganisationerna erbjuder i många fall möjlighet till sådan kontakt. [Cancerkompisar](#) är en ideell organisation som erbjuder en internettjänst där närstående kan få kontakt med andra i liknande situation. Verksamheten har utvärderats, och en första utvärdering visar att satsningen upplevs som ett viktigt stöd. ([Regionalt cancercentrum syd/Cancerkompisar utvärderas](#)). Ung Cancer är en ideell organisation för personer 16–30 år som är berörda av cancer, se [ungcancer.se](#).

Ytterligare information och stödmaterial till närstående finns på [Regionala cancercentrum/närståendestöd](#) och på [1177/närstående vid cancer](#).

15.4 Barn som anhöriga

Rekommendationer

- 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 bör dokumenteras i patientens journal.
- Vårdnadshavaren eller vårdnadshavarna eller annan person som barnet varaktigt bor hos bör erbjudas och rekommenderas samtal med kuratorn, som efter en individuell bedömning kan förmedla vidare kontakter. Se avsnitt 7.7 Kurator.

När en förälder får cancer påverkas alla i familjen. Barns behov av stöd, råd och information ska särskilt beaktas, enligt hälso- och sjukvårdslagen ([Kunskapsguiden/Hälso- och sjukvården – barn som anhöriga](#)). Barns behov och förståelse är kopplat till ålder och mognad. Även barn påverkas fysiskt, socialt och emotionellt när någon i familjen blir sjuk.

Hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet att särskilt uppmärksamma barn som anhöriga och se till att de får information, råd och stöd (5 kap. 7 §) ([hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\)](#)) Barn i samhällsvård eller med flyktingbakgrund är särskilt sårbara och ska ägnas stor

uppmärksamhet ([Kunskapsguiden/Hälso- och sjukvården – barn som anhöriga](#)), likaså ska barn när förälder eller motsvarande vårdas hemma ägnas särskild uppmärksamhet.

[FN:s barnkonvention, som sedan 2020-01-01 är svensk lag](#), betonar barnets rätt till stöd och information (UNICEF 2009). Barnkonventionen fastslår att barn ska få uttrycka sin mening och bli lyssnade på, en rättighet som är central både för det enskilda barnet och för att säkerställa goda uppväxtvillkor för alla barn. En central princip i konventionen är att det vid alla åtgärder som rör ett barn, så ska i första hand vad som bedöms vara barnets bästa beaktas.

Alla barn som anhöriga är lika viktiga oavsett i vilken kontext de befinner sig. Stöd till de vuxna i barnets närhet kan i vissa fall vara tillräckligt för att barnet ska få den information, de råd och det stöd som behövs. Patienten kan avböja information och stöd till barnet, och detta ska respekteras i den mån personalen bedömer att barnets behov tillgodoses ([hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) 5 kap. 7 §](#)). Vårdpersonalen har ett fortsatt ansvar att arbeta motiverande med patienten med fokus på barnets behov och bästa.

Om föräldern eller hälso- och sjukvården inte kan tillgodose barnets behov av råd och stöd ska barnet erbjudas hjälp att få kontakt med en annan instans. Det kan vara en stödgrupp, elevhälsan, socialtjänsten eller någon ideell organisation.

Vid misstanke om att barn far illa, ska orosanmälan göras i enlighet med socialtjänstlagen 14 kap. 1 §. ([Socialstyrelsen/Orosanmälan om barn som far illa](#))

Vårdnadshavaren och övriga involverade vuxna kan rekommenderas vidare information via nedan länkar:

- Att prata med barn när en närstående är allvarligt sjuk: [1177.se/närstående vid cancer](http://1177.se/narstaende-vid-cancer)
- Barn som anhöriga: [kunskapsguiden.se/barn som anhöriga](http://kunskapsguiden.se/barn-som-anhoriga)
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga: anhoriga.se
- NäraCancer är en webbplats för personer som är under 25 år och närstående till någon med cancer. Här kan barn till exempel få kontakt med andra i liknande situation. Barn och unga kan också ställa frågor till vårdpersonal om cancer och behandling. Här finns även information till vuxna. Se naracancer.se
- Cancerfonden: cancerfonden.se
- Randiga huset (ideell verksamhet): www.randigahuset.se
- Ung Cancer är en ideell organisation för personer 16–30 år som är berörda av cancer: ungcancer.se

Dessutom har andra organisationer information som riktar sig till personal:

- Nationellt kunskapscentrum anhöriga har på uppdrag av Socialstyrelsen tagit fram webbutbildningen [Barn som anhöriga – Våga fråga](#). Utbildningen tar upp hur man beaktar barns behov av information, råd och stöd.
- Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården: [Att samtala med barn](#)

Skriftligt stödmaterial som vänder sig till barn och unga med en närstående som har cancer *Hur känns det? När någon nära dig har cancer* finns att ladda ner på [Regionalt cancercentrum väst.se](http://Regionaltcancercentrum.vast.se).

KAPITEL 16

Existentiella aspekter

Rekommendation

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

De existentiella frågorna berör alla och blir ofta särskilt aktuella då någon får problem med hälsan och behöver vård. Cancer väcker i samhället tankar om lidande och död men också om skuld, ansvar, trygghet och tillit [146].

Vårdpersonal kan inte ge entydiga svar på existentiella frågor utifrån ett objektiva, naturvetenskapligt perspektiv, utan bör kunna presentera olika sätt att förhålla sig. Uppgiften som vårdpersonal är att öppet och lyhört lyssna till patientens berättelse och ge utrymme för reflektion, utan att förmedla färdiga svar och lösningar på patientens existentiella frågor [147].

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

Det finns ingen intervention som uppfyller kraven på evidens när det gäller existentiella frågor och problem specifikt inom cancervård [148, 149]. Patienten kan vid behov hänvisas till företrädare för olika samfund [150]. Sjukhuskyrkan är i det sammanhanget en värdefull samarbetspartner. Sjukhuskyrkans personal möter människor i lyssnande och dialog, med sekretess, och förmedlar vid behov kontakt med företrädare för andra samfund och religioner.

Enligt WHO påverkar den existentiella hälsan uppfattningen av fysisk, psykisk och social hälsa. Melder [151] har med utgångspunkt från WHO:s hälsoinstrument, [WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument](#), tillsammans med Studieförbundet Vuxenskolan tagit fram ett samtalskort utifrån åtta teman för existentiell hälsa, se [Studieförbundet Vuxenskolan/Existentiell hälsa](#).

Dessa åtta teman är:

- Upplevelse av sammanhang
- Existentiell styrka och kraft
- Tillit som livskraft
- Meningen med livet
- Upplevelse av helhet
- Harmoni och inre lugn
- Upplevelse av förundran
- Förhoppning

KAPITEL 17

Psykologiska och psykiatriska aspekter

17.1 Grundläggande stöd och bedömning av riskfaktorer

Rekommendationer

- Patientens psykiska hälsa bör bedömas så tidigt som möjligt under vårdförloppet.
- Bedömningen upprepas fortlöpande utifrån patientens situation och behov, framför allt i samband med behandlingsavslut, förändringar i sjukdom eller behandling, såsom vid progress, övergång från kurativ till palliativ intention samt övergång från tidig till sen palliativ fas.

Grundläggande psykosocialt stöd ges vid återkommande kontakter med cancervården. Det finns ingen enkel mall för vad psykosocialt stöd och behandling ska innehålla – varje patient måste bedömas utifrån sina behov [152-154]. Se även [The Management of Psychological Issues in Oncology, 2016](#). Läkaren, kontaktsjuksköterskan och övriga teammedlemmar står för det grundläggande goda omhändertagandet som underlättar patientens anpassning till den nya situationen. Alla yrkeskategorier i cancervårdsteamet bör kunna möta en patient med kris- eller sorgereaktion på ett stödjande sätt samt kunna bedöma när behov finns för att erbjuda professionellt samtalsstöd till patienter med cancer och deras närstående. Empatiskt bemötande, ömsesidig respekt och förtroende mellan sjukvårdspersonalen, patienten och de närstående underlättar vård och behandling. Klar och tydlig information om sjukdom, behandling och konsekvenser samt öppenhet för frågor är viktigt, liksom att erbjuda god symtomlindring. Informationen bör ges både muntligt och skriftligt och upprepas vid flera tillfällen efter patientens behov.

Patienter med bakomliggande riskfaktorer bör uppmärksammas och aktivt erbjudas stöd och behandling. Studier visar att de har en sämre prognos vad beträffar sin cancer [155].

Exempel på riskfaktorer:

- Barn under 18 år
- Beroendesjukdom
- Bristande socialt stöd
- Ekonomiskt belastad situation, arbetslöshet
- Ensamstående, skild, änka/änkling
- Fysisk eller psykisk samsjuklighet
- Tidigare psykiatrisk sjukdom

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

Psykiater, psykolog, kurator med vidareutbildning inom klinisk psykologi/psykoterapi eller annan profession med specifik samtalsutbildning kan erbjuda bedömning, behandling och rekommendationer vid psykisk ohälsa. Professionell klinisk bedömning och differentialdiagnostik är viktig då både symtom av somatisk sjukdom och biverkningar av behandlingar kan manifesteras sig som psykiskt illabefinnande eller blandas samman med sådana symtom. Vid misstanke om svårare psykiatrisk problematik eller psykiatrisk sjukdom i patientens sjukdomshistoria bör den behandlande läkaren samråda med psykiatrin enligt lokala riktlinjer [156, 157].

Det är viktigt att vården tar hänsyn till att patienter och närstående inledningsvis ofta befinner sig i en psykisk chock som tar sig uttryck som att personen befinner sig ”i en bubbla” och kan te sig avskärmad, avstängd eller frånvarande och har svårt att ta in sin omgivning. Under denna tid är det i regel svårare att ta till sig information eller instruktioner. Därför bör muntlig information ges i så små doser som möjligt utefter patientens behov. Skriftlig information bör alltid ges i kombination med muntlig.

17.2 Stressrelaterade symtom och anpassning

Rekommendation

- Den psykiska stress som orsakas av cancer bör uppmärksammas av det cancerbehandlande teamet. Vid avancerade eller mycket avancerade behov bör patienten remitteras till en specialiserad regional enhet för rehabilitering.

Cancer och cancerbehandling utgör en betydande stressor på patienten och de närstående och utlöser relativt ofta en akut stressreaktion. Anpassning till den förändrade livssituationen fungerar oftast, men kräver tid. Om reaktionen kvarstår efter fyra veckor används begreppet anpassningsstörning (diagnosnummer F43.2 i DSM 10) ([WHO/ICD 11](#)).

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

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

- återkommande säkerställa att patienten och de närstående har uppfattat den information som givits
- berätta kortfattat och tydligt för patienten och de närstående vad som händer härnäst
- ge tillfälle att ställa frågor
- skapa en så trygg vårdsituation som möjligt, exempelvis genom personalkontinuitet

- bekräfta känslor och normalisera reaktionen – det är normalt att reagera på ett besked om svår sjukdom eller återfall
- vara observant på om patientens och de närståendes reaktionsmönster starkt avviker från en normal stressreaktion och då erbjuda kontakt med kurator, psykolog, psykiater eller annan profession med vidareutbildning i psykoterapi, och vid behov göra en strukturerad suicidriskbedömning
- vid upprepade tillfällen uppmärksamma och samtala med patienten och de närstående om att emotionella processer i samband med kriser tar tid.

17.3 Ångest

Rekommendation

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

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

Se även [Kunskapsguiden/Depression och ångestsyndrom](#).

17.4 Depression

Rekommendation

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

Att ställa diagnosen depression hos patienter med cancer kan vara svårare än hos patienter utan somatisk sjukdom [158]. En cancerdiagnos innebär en psykologisk utmaning med teman som hot, förlust och trauma, där reaktioner som nedstämdhet och oro är förväntade. Det kan vara svårt att avgöra när en normal krisreaktion övergått i depression. Dessutom är somatiska besvär vid cancer, som viktförändringar, trötthet, svaghetskänsla eller sömnsvårigheter, likaså symtom vid depression. Cancersjukdomen kan också medföra återfall i en tidigare depressionssjukdom. Av dessa skäl kan det vara motiverat att ställa frågor om patientens stämningsläge, förmåga och motivation att orka med cancerbehandlingen. En viktig sammanfattande fråga är om patienten känner sig personlighets- och funktionsmässigt förändrad jämfört med tidigare respektive om förmågan att glädja sig finns kvar. Det är vanligt att depression och ångest uppstår när patienten är färdigbehandlad, särskilt om sjukdomen eller behandlingen haft fysiska konsekvenser med påverkan på livskvaliteten. Screeninginstrument som PHQ-2 har visat sig användbart för att identifiera depressionssymtom som haft fysiska konsekvenser med påverkan på livskvaliteten.

Screeninginstrumentet [PHQ-9](#) kan användas som stöd för diagnostik och bedömning av svårighetsgrad av depression. Det är viktigt att uppmärksamma och behandla depression av flera skäl, dels för att tillståndet sänker livskvaliteten [[159-162](#)], dels för att bristande följsamhet i behandling är tre gånger vanligare hos patienter med depression [[163](#)]. Det finns ett fåtal studier som visar försämrade överlevnad hos patienter med cancer och depression. Patienter med svårare depressionstillstånd eller misstänkt bipolär sjukdom bör remitteras till psykiater för bedömning och behandling.

Bland patienter med cancer är suicidtankar inte ovanliga [[164](#)] och fullbordade suicid är vanligare vid cancer i esofagus, lever, pancreas, lunga och CNS [[165](#)]. I förekommande fall ska en strukturerad suicidriskbedömning utföras ([Internetmedicin/Suicidriskbedömning](#)). Patienter med suicidtankar eller suicidplaner ska utan dröjsmål bedömas av läkare.

Se även [Kunskapsguiden/Depression och ångestsyndrom](#).

17.5 Personlighetsstörning

Rekommendation

- Personlighetsstörning liksom autism bör uppmärksammas eftersom cancerbehandlingen och rehabiliteringen kan påverkas och det föreexisterande tillståndet förvärras. Psykologiskt professionellt stöd till den berörda vårdpersonalen är angeläget och bör övervägas.

Patienter som uppvisar otillräckligt eller inget svar på given behandling av ångest, depression eller anpassningsstörning bör bedömas utifrån misstanke om personlighetsstörning eller autism. Detsamma gäller om det förekommer påtagliga svårigheter i kommunikationen mellan patient och vårdpersonal. I dessa fall kan även de närstående behöva extra stöd kring rehabiliteringsfrågor. Remiss till psykiatrisk specialistvård för bedömning och behandling kan vara påkallad. Se även [Cancernetwork/Personality Disorders in Patients with Cancer, 2019](#).

17.6 Delirium (akut konfusion)

Rekommendation

- Vid delirium ska alltid en somatisk utredning göras. Om de bakomliggande orsakerna inte går att åtgärda ska symtomen ändå lindras, ibland i samråd med en psykiatrikonsult.

Patienter med akut konfusion bör bedömas avseende vanliga bakomliggande orsaker, såsom infektion, hypoxi, koldioxidretention, metabola störningar som hypo- eller hyperglykemi, lever- eller njursvikt, elektrolyttrubbningar samt cirkulationssvikt. Vidare bör läkemedelsutlöst konfusion, strålbehandling mot hjärnan, obehandlad smärta, tumör i CNS samt epilepsi beaktas. Undersökningar som kan vara vägledande är labbstatus, validerat [screeningtest för delirium](#), EKG, datortomografi av hjärna och EEG. Efter behandling av bakomliggande orsaker återfår vanligen patienten sin kognitiva funktion helt eller delvis [[166](#)].

Behandling av delirium innebär oftast behandling av bakomliggande orsaker och ibland vid hyperaktivt delirium symtomlindrande farmakologisk behandling. Bensodiazepiner kan förvärra symtomen. Vid behov av läkemedelsbehandling är bästa valet ofta neuroleptika (ex haloperidol). Omvårdnadsåtgärder utgör grunden i omhändertagandet vid delirium och innefattar bl a stimulusreducering, tydliggörande av dygnsrytm och trygghetsskapande åtgärder.

17.7 Kognitiv funktionsnedsättning

Rekommendation

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

En patient som uppvisar svårigheter med uppmärksamhet, minne, planerings- eller beslutsförmåga kan behöva en bedömning av kognitiv funktions- och aktivitetspåverkan. Kognitiva funktioner omfattar uppmärksamhet, exekutiva funktioner (planering och genomförande av handlingar samt målstyrd hantering av problem och uppgifter som personen ställs inför), minne, språk, visuospatiala förmågor (sådana som gör att vi kan urskilja former och konturer, avstånd, rörelse och föremåls plats i förhållande till varandra) och social kognition. Nedsättning i dessa kategorier kan bero på konfusion, demens, depression, ångest, stress eller vara en biverkan av behandlingen.

Kognitiv funktionsnedsättning kan förekomma efter medicinsk cancerbehandling. Den neurobiologiska mekanismen för funktionsnedsättningen är ännu inte klarlagd [167]. Hur stor andel av de behandlade patienterna som får denna biverkan är sannolikt korrelerad till typ av behandling och given dos. Andelen patienter som drabbas är inte klarlagd. För en del är funktionsnedsättningen övergående, men blir dessvärre ibland bestående och är ibland orsak till att patienten inte klarar att återgå i arbete efter avslutad cancerbehandling [168-170].

Remiss till neuropsykolog och arbetsterapeut kan vara värdefull för patienter som har nedsatt kognitiv förmåga som påverkar vardagliga aktiviteter eller arbetsförmåga. Det gäller såväl patienter med behandlingsbiverkningar som patienter med hjärntumör, metastaser i CNS eller CNS-lymfom ([Nationellt vårdprogram tumörer i hjärna och ryggmärg](#)). Remiss till teambaserad hjärnskaderehabilitering rekommenderas i dessa fall. I rehabiliteringsteamet behöver logoped finnas för att utreda språkförmåga och kommunikation. Särskilt gäller detta vid påverkan på läs- och skrivförmåga som kan leda till långtgående konsekvenser och svårigheter vid arbetsåtergång om det inte uppmärksammas. En neuropsykolog eller arbetsterapeut med kompetens inom kognition kan bedöma vilken kognitiv funktion som är påverkad och i vilken grad, samt ge rekommendationer kring kognitiv funktionsträning och kompensatoriska strategier. Arbetsterapeuten kan bedöma funktionsförmågan i vardagen och ge patienten och de närstående stöd i att hitta strategier för att hantera vardagen eller arbetet. Se kapitel 12 Aktiviteter i det dagliga livet.

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

17.8 Demens

Rekommendation

- För patienter med demens bör rehabiliteringen planeras i nära samråd med patientens ordinarie demensteam. Demensdiagnosen och behandlingen bör fortlöpande omvärderas.

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

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

Vid misstänkt eller konstaterad demens bör kontakt övervägas med primärvården eller en geropsykiatrisk enhet för samordnad planering av cancervården. Vad gäller cancerbehandlingen är det viktigt att bedöma patientens förmåga att fatta beslut och förstå konsekvenser, så att cancerinformationen och behandlingarna kan anpassas efter detta [[171-173](#)].

KAPITEL 18

Långvariga eller sena komplikationer till cancerbehandling

Rekommendationer

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

18.1 Bedömning och självrapportering av komplikationer

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

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

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

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

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

18.2 Under uppföljning efter avslutad cancerbehandling

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

Uppföljning kan ske t.ex. med hjälp av [skattningsinstrument](#) [174]

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

I de fall patienten har avancerade eller mycket avancerade rehabiliteringsbehov bör det i varje sjukvårdsregion definieras vilken enhet som ska erbjuda patienten vård. Ett exempel är rehabilitering efter strålbehandling mot bäckenet. Se Vägledning för bäckencancerrehabilitering och Rapport Rehabilitering vid cancer i bäckenet 2016 på [Regionala cancercentrum/Funktionsbesvär efter cancer i bäckenet](#).

18.3 Efter avslutad uppföljning av cancerbehandling

I samband med det besök där uppföljning relaterat till cancer avslutas bör vårdteamet och patienten och närstående systematiskt gå igenom viktiga moment. Min vårdplan vad avser cancer och canceruppföljning avslutas därmed och ett dokument som sammanfattar samtalet och hela vårdperioden skrivs, gärna i enlighet med mall utformad för diagnosen. En ny plan för fortsatt/livslång rehabilitering upprättas vid behov. Följande delar bör ingå i samtalet och dokumentet:

Fram till idag:

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

Idag:

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

Framtid:

- Rekommenderad fortsatt läkemedelsbehandling
- Pågående rehabiliteringsplan innehållande rekommendationer om framtida hälsokontroller relaterat till genomgången cancer eller cancerbehandling
- Rekommendationer om framtida hälsokontroller relaterat till genomgången cancer eller cancerbehandling

- Information om remiss(er) till vårdcentral eller andra vårdkontakter för uppföljning av komplikationer till cancer eller cancerbehandling (psykologiskt stöd, sjukskrivning, fertilitetsfrågor m.m.)
- Rekommendationer om fortsatt cancerrehabilitering såsom fysisk aktivitet, symtomlindring, kost, vaccinationer

Information om eventuella egenkontroller för att upptäcka återfall

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

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

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

18.4 Konsekvenser för patientens livssituation

Rekommendation

- Det är viktigt att uppmärksamma och åtgärda de konsekvenser som eventuella kvarstående problem, sena effekter och följsjukdomar kan ha för exempelvis relationer, arbetsförmåga och socialt liv, liksom i förlängningen psykisk pålagring.

Det är alltid viktigt att kartlägga och adressera hela patientens situation, inklusive grundorsaken, då åtgärder och uppföljning planeras.

18.5 Långtidsuppföljning av patienter som behandlats för cancer i barnaåren

Rekommendation

- Inom de 6 sjukvårdsregionerna eller RCC bör regionerna definiera vilken vårdenhet som ska ta emot remisser för vuxna som behandlats för cancer i barnaåren, vilka vårdenheter som ska ombesörja screening av organfunktioner i enlighet med vårdprogrammet ”Långtidsuppföljning efter Barncancer” samt vilken rehabiliteringsenhet som ansvarar för de specifika rehabiliteringsinsatser för denna patientgrupp inkluderande individer som behandlats för hjärntumör.

Idag finns på flera håll mottagningar för vuxna som behandlats för cancer i barnaåren.

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

KAPITEL 19

Stöd tillsammans med ideella organisationer

19.1 Patientföreningarna

Rekommendation

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

Det finns flera exempel på cancerrehabilitering som organiseras av patientföreningarna. Detta får inte medföra att sjukvården avstår från att utveckla motsvarande aktiviteter eftersom flertalet patienter inte har kontakt med patientföreningar.

I frågor som rör utveckling av cancerrehabilitering, informationsmaterial m.m. bör verksamheter samverka med patientföreträdare och patientföreningar. Patientföreningar bör också bjudas in till samarbete kring utbildningsaktiviteter som vänder sig till patienter eller allmänheten.

RCC regionalt kan bistå med råd om hur samverkan kan utformas.

19.2 Övriga mötesplatser

Rekommendation

- Regionerna bör stödja etableringen av stödcentrum och mötesplatser som drivs av en eller flera ideella föreningar. Dessa kan genom att erbjuda stöd utveckla en ny roll i den svenska cancervården i gränslandet mellan offentlig vård och övriga samhällsfunktioner.

Cancerpatienter och närstående upplever ofta att det psykosociala stödet inom sjukvården är otillräckligt, både under och efter behandling ([Regionalt cancercentrum väst/Förstudie "Kraftens hus"](#)). Ett utvecklat socialt stöd, både emotionellt och praktiskt, samt samverkan mellan olika huvudmän kan för patienten förbättra förutsättningarna att hitta tillbaka till ett fungerande vardagsliv. Att träffa andra patienter med liknande erfarenheter kan också vara värdefullt. Den ordinarie sjukvården har inte alltid förutsättningar att erbjuda detta.

Utifrån ett samhälls- och helhetsperspektiv finns det anledning att tänka nytt om hur olika resurser kan användas för att utveckla nya typer av stöd för cancerberörda. Innovativa idéer från olika perspektiv bör utvecklas med hänsyn till både emotionella och funktionella aspekter avseende cancerrehabilitering. I detta arbete bör patienter och närstående samt olika samhällsaktörer som patienter möter under sin cancerresa involveras. Exempel på nytänkande är

att tillsammans bygga upp mötesplatser för cancerdrabbade och deras närstående, en verksamhet som kan ge kraft och stöd till människor berörda av cancer. Det kan vara en plats där olika aktiviteter och föreläsningar erbjuds parallellt med informella möten, stöd och information. RCC regionalt kan bistå med råd och stöd kring hur samverkan kan utformas för att starta och etablera stödcentrum och mötesplatser för cancerberörda.

19.2.1 Exempel på regionala initiativ (urval hösten 2020)

Följande uppräknigen gör inte anspråk på att vara komplett. Se även regionala sidor på cancercentrum.se/cancerrehabilitering.

Kraftens hus

Kraftens hus är en mötesplats för cancerberörda, som är ett resultat av samarbete mellan cancerberörda, sjukvården, regionen, kommunen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och näringslivet i Borås. Verksamheten drivs som en ideell förening och har utvecklat en affärsmodell med samverkan mellan användare, offentligt och privat. Aktiviteterna är framtagna i tätt samråd med besökarna och är utformade för att ge socialt, emotionellt och praktiskt stöd till alla som känner sig berörda av cancer, både cancerdrabbade och närstående. Kraftens hus finns i Borås med filial i Alingsås. ([Kraftens hus](#))

Kraftens Hus i Borås har utvärderats av forskare från Centre for Healthcare Improvement, Chalmers tekniska högskola och Regionalt cancercentrum Väst ([Regionalt cancercentrum väst/Kraftens hus](#)). Det visas där att många cancerberörda upplever en känsla av ensamhet i sin sjukdom. Kraftens hus som mötesplats beskrivs som en läkande plats, där det informella samtalet och gemenskapen är de mest centrala värdena med verksamheten. Detta är behov som inte tillgodoses via den traditionella cancervården. Cancerdrabbade och närstående bekräftar att de via besök på mötesplatsen erhållit nya kunskaper och erfarenheter genom samvaro, samtal, aktiviteter och föredrag, vilket har gett dem en stärkt självkänsla, förmåga till egenvård och verktyg för att må bättre och komma vidare i rehabiliteringen tillbaka till ett fungerande vardagsliv. I utvärderingen värderas mötesplatsen högt som kunskapskälla för frågor om att leva med cancer och inspiration för hur man kan stimulera välmående och inspirera till rehabilitering. Kraftens hus framtagningsprocess med dess stora patientinflytande och verksamhetsmodellen med delat samhällsansvar, anses som innovativ och kan användas vid planering av liknande stödcentrum och mötesplatser på andra håll i Sverige.

Även på flera andra orter i Sverige finns stödcentra och mötesplatser för cancerdrabbade och närstående, som är organiserade på olika sätt beroende på initiativtagare. Dessa verksamheter är ett komplement till den cancerrehabilitering som finns inom sjukvården. De delar gärna med sig av erfarenheter som kan vara till stöd när nya mötesplatser etableras. Inom ramen för ett stödcentrum/mötesplats kan aktörer såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, näringslivet m.fl. bidra till verksamheten genom att erbjuda sin kompetens eller stödja med finansiella medel. Verksamheten kan också kompletteras med frivilligarbetare som bidrar utifrån sin kompetens.

Hjärtats hus

Hjärtats hus finns i Jönköping, Eksjö, Tranås och Värnamo. Verksamheten syftar till att stärka livskvaliteten för både närstående och cancerdrabbade samt ge stöd och inspiration till ett hälsosamt liv. ([Hjärtats hus](#))

Livsgnistan

Föreningen Livsgnistan bildades av fyra patientföreningar, T-Pro prostataföreningen Örebro län, Bröstcancerföreningen Hilda, Lungcancerföreningen samt Blodsjukas förening i Örebroregionen.

Livsgnistan drivs av volontärer som själva har erfarenhet av cancer samt av professionella vårdspecialister. ([Livsgnistan](#))

Ljuspunkten

Bakom initiativet till Ljuspunkten står sex lokala patientföreningar i Gävleborg: Bröstcancerföreningen Maria, Gyncancerföreningen, Blodcancerföreningen, Prostatacancerföreningen, Mun- och halscancerföreningen samt Cancerföreningen Gävleborg. Ljuspunkten bedriver verksamhet i Gävle och Hudiksvall. ([Ljuspunkten](#))

Träffpunkt för patienter och närstående i Dalarna

Fyra regionala patientföreningar, ILCO, Sarkomföreningen, Mun- och halscancerföreningen och ProLiv, har startat och driver ett samverkansprojekt med träffpunkt och aktiviteter för cancerdrabbade och närstående i Falun ([Träffpunkt för patienter och närstående i Dalarna](#)).

Livsrum (Danmark)

Kreftens Bekempelse har stödcentrum på flera ställen i Danmark. Där erbjuds stöd från cancerrådgivare, möjlighet att delta i en mängd olika aktiviteter, träffa andra i samma situation eller fika. ([Livsrum](#))

Maggie's centres (Storbritannien)

Maggie's finns på fler än 18 platser i Storbritannien och är stödcentrum som kompletterar sjukvårdens medicinska insatser genom att erbjuda olika typer av aktiviteter som syftar till att ge praktiskt, socialt och emotionellt stöd till cancerpatienter och närstående. ([Maggie's centres](#))

19.3 Internet som informationskälla och stöd

Rekommendation

- I dialog med patient och närstående om information via internet bör enbart faktagranskade etablerade kunskapskällor såsom 1177 rekommenderas.

För många fungerar internet som den främsta källan till information om cancer och cancerrehabilitering. Det finns mot denna bakgrund anledning för vårdpersonalen att hjälpa patienten att bedöma om informationen är relevant.

[1177/vad är cancerrehabilitering](#) innehåller uppdaterad, faktagranskad information om cancer och cancerrehabilitering. Där finns även material som mer liknar personliga bloggar, se [1177/Personliga berättelser](#).

KAPITEL 20

Kvalitetsarbete

Rekommendation

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

20.1 Kvalitetsregister

Det saknas kvalitetsregister specifikt för cancerrehabilitering och i befintliga kvalitetsregister i cancervården finns det inga eller få indikatorer inom området.

Flera diagnosspecifika kvalitetsregister mäter om patienten blivit erbjuden en namngiven kontaktsjuksköterska och i ett mindre antal mäts om patienten erhållit Min vårdplan. Dessa indikatorer finns presenterade för ett antal diagnoser i [Vården i siffror, cancer](#).

20.2 Indikatorer för cancerrehabilitering

Regionala cancercentrum i samverkan ska stödja implementeringen av indikatorer för cancerrehabilitering i de diagnosspecifika kvalitetsregistren. Målet är att färdigställa ett antal generiska indikatorer för cancerrehabilitering som ska ingå i befintliga kvalitetsregister för cancervården, se [Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2021, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner](#).

20.3 Kvalitetsindikatorer och målnivåer

En kvalitetsindikator är en mätbar egenskap eller omständighet som kan användas för att kvantitativt uttrycka kvalitetsnivån hos någon del av verksamheten. Indikatorer har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning. Indikatorbaserade jämförelser och utvärderingar ska vara ett stöd för beslutsfattande på olika nivåer. Med hjälp av en indikator kan vårdens resultat och genomförande följas och mätas. En indikator ska ange riktning, vara relevant och viktig för verksamheten, vara valid, vedertagen och bygga på kunskap, vara påverkbar och mätbar. Egenskaperna i god vård och omsorg är vägledande. God vård är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. ([Handbok för utveckling av indikatorer](#))

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

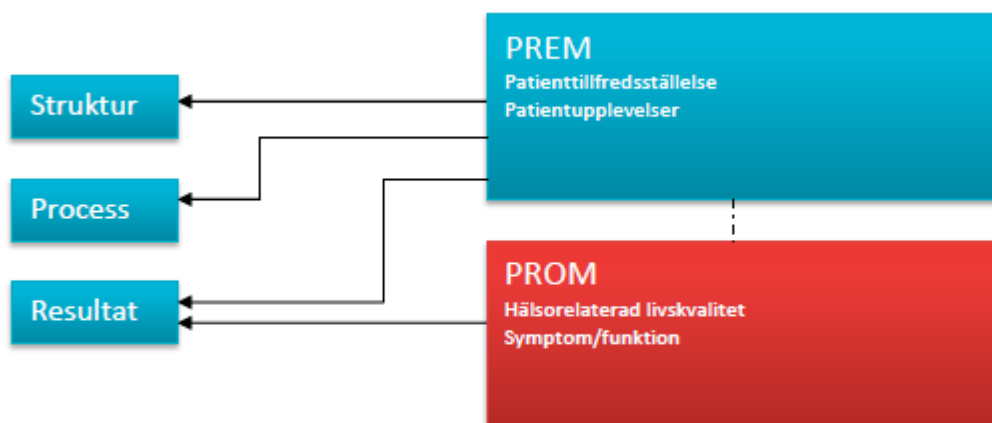
Varje enhet bör därför definiera viktiga områden inom cancerrehabilitering, mäta kvaliteten med en metod som utformas regionalt/lokalt, genomföra förbättringsarbete och mäta igen. Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering kan tillsammans med diagnosspecifika program utgöra en grund i detta arbete. Ett sätt att granska sin verksamhet ur ett cancerrehabiliteringsperspektiv kan vara att använda [Checklista cancerrehabilitering](#).

Minsta gemensamma nämnare för god cancerrehabilitering är 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

Indikatorer kan delas in i olika typer; **struktur** – påverkbara förutsättningar och resurser som finns i verksamheten, t.ex. lokaler och utrustning, kompetens och utbildning, organisation och rutiner; **process** – vad som faktiskt görs, i vilken verksamhet och på vilket sätt, t.ex. i vilken grad de rekommenderade åtgärderna i nationella riktlinjer utförs; **resultat** – speglar utfallet i hälsa och välbefinnande hos olika målgrupper i förhållande till måluppfyllelsen, t.ex. det som genom aktiviteter uppnås utifrån uppställda mål. ([Handbok för utveckling av indikatorer](#))

Flera diagnosspecifika kvalitetsregister inom cancervården samlar PROM och PREM data ([Översikt av PROM och PREM inom de nationella kvalitetsregistren 2017](#)). Insamlad data på gruppnivå används som underlag förbättringsarbete och forskning.



Figur 1. Illustration av sambanden mellan PROM och PREM i förhållande till Donabedians indelning i kvalitetsmått på struktur-, process- och resultatnivå. Både PROM och PREM inbegriper resultatmått. PROM är en beskrivning av patientens skattning av sin egen hälsa eller symptom efter behandling och PREM patientens skattning av tillfredsställelse med eller upplevelse av vårdens strukturer, processer eller resultat. (sid 2 i rapport från PROM-center: [Sambanden mellan tillfredsställelse med och upplevelse av vården och patientrapporterat hälsoutfall](#)).

20.3.1 PROM

PROM är en förkortning av Patient Reported Outcome Measures, patientrapporterade utfallsmått, som beskriver hur patienterna själva upplever sin sjukdom och sin hälsa efter vård och behandling. PROM inkluderar mått på sjukdomssymtom, funktionsförmåga, självskattad hälsa samt generiska och sjukdomsspecifika mått på hälsorelaterad livskvalitet.

Sjukdomsspecifika instrument används för att mäta hur en sjukdom/tillstånd eller insatta åtgärder påverkar individens funktion inom ett område (yrkesspecifika instrument).

Generiska eller sjukdomsspecifika instrument kan användas på individnivå, som en del i ett strukturerat arbetssätt, tillsammans med patienten för att bedöma och följa rehabiliteringsbehov/symtom och insatta åtgärder.

20.3.2 PREM

PREM står för Patient Reported Experience Measures, som på svenska kallas patientrapporterade erfarenhetsmått. Enkät kan skickas till patienter för att ta reda på deras upplevelser av att utredas enligt standardiserade vårdförlopp (SVF). I enkäten ingår även frågor som berör cancerrehabilitering. Enkäten har tidigare varit nationell men sker nu på regional nivå om regionerna väljer att göra detta.

20.3.3 KVÅ-koder

I Regeringens utredning God och nära vård beskrivs att rehabilitering anses omfatta stora och sannolikt ökande grupper, medan inrapportering och möjligheten till utdata är begränsad samtidigt som det råder en generell brist på tillgång i förhållande till behovet. I utredningen hänvisas till Socialstyrelsens nationella klassificeringssystem för åtgärder i hälso- och sjukvården (KVÅ) för att få fram en heltäckande, nationell statistik. I klassificeringssystemet ingår koder för rehabilitering, både övergripande och på detaljnivå. En stor del av de yrkesgrupper som arbetar med rehabilitering omfattas inte av uppgiftsskyldigheter till Patientregistret vilket innebär att majoriteten av den rehabilitering som utförs inte rapporteras till nationella hälsodataregistret trots att koder och klassifikation finns. ([God och nära vård, SOU 2019:29](#))

20.3.3.1 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 slutna vård

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

AW031 Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppna vård

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

Rehabiliteringskoordination

GC001 Rehabiliteringskoordination

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 enskilde 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

KAPITEL 21

Referenser

1. Street RL, Jr., Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009;74(3):295-301.
2. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugiere C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking Bad News in Oncology: A Metasynthesis. *J Clin Oncol.* 2015;33(22):2437-43.
3. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2014;32(20):2166-72.
4. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(3):Cd003751.
5. Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *American journal of physical medicine & rehabilitation.* 2013;92(8):715-27.
6. Faithfull S, Turner L, Poole K, Joy M, Manders R, Weprin J, et al. Prehabilitation for adults diagnosed with cancer: A systematic review of long-term physical function, nutrition and patient-reported outcomes. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2019;28(4):e13023.
7. Tew GA, Ayyash R, Durrand J, Danjoux GR. Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. *Anaesthesia.* 2018;73(6):750-68.
8. Minnella EM, Carli F. Prehabilitation and functional recovery for colorectal cancer patients. *Eur J Surg Oncol.* 2018;44(7):919-26.
9. Scheede-Bergdahl C, Minnella EM, Carli F. Multi-modal prehabilitation: addressing the why, when, what, how, who and where next? *Anaesthesia.* 2019;74 Suppl 1:20-6.
10. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hubner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland).* 2017;36(3):623-50.
11. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland).* 2017;36(1):11-48.
12. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) Society Recommendations: 2018. *World J Surg.* 2019;43(3):659-95.
13. Steffens D, Beckenkamp PR, Hancock M, Solomon M, Young J. Preoperative exercise halves the postoperative complication rate in patients with lung cancer: a systematic review of the effect of exercise on complications, length of stay and quality of life in patients with cancer. *British journal of sports medicine.* 2018;52(5):344.
14. Pouwels S, Hageman D, Gommans LN, Willigendael EM, Nienhuijs SW, Scheltinga MR, et al. Preoperative exercise therapy in surgical care: a scoping review. *Journal of clinical anaesthesia.* 2016;33:476-90.

15. Hughes MJ, Hackney RJ, Lamb PJ, Wigmore SJ, Christopher Deans DA, Skipworth RJE. Prehabilitation Before Major Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *World J Surg.* 2019;43(7):1661-8.
16. Carli F, Gillis C, Scheede-Bergdahl C. Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden).* 2017;56(2):128-33.
17. Tsimopoulou I, Pasquali S, Howard R, Desai A, Gourevitch D, Tolosa I, et al. Psychological Prehabilitation Before Cancer Surgery: A Systematic Review. *Ann Surg Oncol.* 2015;22(13):4117-23.
18. Chen Y, Ahmad M. Effectiveness of adjunct psychotherapy for cancer treatment: a review. *Future oncology (London, England).* 2018;14(15):1487-96.
19. Levett DZH, Grimmett C. Psychological factors, prehabilitation and surgical outcomes: evidence and future directions. *Anaesthesia.* 2019;74 Suppl 1:36-42.
20. Regionala cancercentrum i Samverkan. Underlag för nationellt generell patientinformation till Min vårdplan 2020 [2021-01-13]. Available from: <https://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-varldplan/stod-for-information/>.
21. Steinberger E, Kollmeier M, McBride S, Novak C, Pei X, Zelefsky MJ. Cigarette smoking during external beam radiation therapy for prostate cancer is associated with an increased risk of prostate cancer-specific mortality and treatment-related toxicity. *BJU international.* 2015;116(4):596-603.
22. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart WS, Carpenter KM, Cella D, et al. Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. *J Natl Compr Canc Netw.* 2015;13(8):1012-39.
23. Cella D, Davis K, Breitbart W, Curt G, Fatigue C. Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2001;19(14):3385-91.
24. Twomey R, Martin T, Temesi J, Culos-Reed SN, Millet GY. Tailored exercise interventions to reduce fatigue in cancer survivors: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Cancer.* 2018;18(1):757.
25. Cormie P, Zopf EM, Zhang X, Schmitz KH. The Impact of Exercise on Cancer Mortality, Recurrence, and Treatment-Related Adverse Effects. *Epidemiol Rev.* 2017;39(1):71-92.
26. Willard HS, Spackman CS, Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Willard & Spackman's occupational therapy. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
27. Law M. COPM Canadian Occupational Performance Measure : svensk version. Stockholm: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2016.
28. Sheppard DM, Frost D, Jefford M, O'Connor M, Halkett G. Building a novel occupational rehabilitation program to support cancer survivors to return to health, wellness, and work in Australia. *J Cancer Surviv.* 2020;14(1):31-5.
29. Minton O, Richardson A, Sharpe M, Hotopf M, Stone P. Drug therapy for the management of cancer-related fatigue. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(7):CD006704.
30. Kruse M, Abraham J. Management of Chemotherapy-Induced Alopecia With Scalp Cooling. *J Oncol Pract.* 2018;14(3):149-54.
31. van den Hurk CJ, van de Poll-Franse LV, Breed WP, Coebergh JW, Nortier JW. Scalp cooling to prevent alopecia after chemotherapy can be considered safe in patients with breast cancer. *Breast (Edinburgh, Scotland).* 2013;22(5):1001-4.
32. Lemieux J, Provencher L, Perron L, Brisson J, Amireault C, Blanchette C, et al. No effect of scalp cooling on survival among women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment.* 2015;149(1):263-8.

33. van den Hurk CJ, van den Akker-van Marle ME, Breed WP, van de Poll-Franse LV, Nortier JW, Coebergh JW. Cost-effectiveness analysis of scalp cooling to reduce chemotherapy-induced alopecia. *Acta oncologica* (Stockholm, Sweden). 2014;53(1):80-7.
34. Johansson K, Karlsson K. Compression treatment for mild lymphedema following breast cancer treatment, RCT study. Preliminary results. International Lymphoedema Framework, Rotterdam, The Netherlands, June 2018.
35. Lahtinen T, Seppala J, Viren T, Johansson K. Experimental and Analytical Comparisons of Tissue Dielectric Constant (TDC) and Bioimpedance Spectroscopy (BIS) in Assessment of Early Arm Lymphedema in Breast Cancer Patients after Axillary Surgery and Radiotherapy. *Lymphatic research and biology*. 2015;13(3):176-85.
36. Johansson K, Ochalek K, Hayes S. Prevention of arm lymphedema through the use of compression sleeves following breast cancer: results from a targeted literature review. *Physical Therapy Reviews*. 2020;25(4):213-8.
37. Hayes SC, Janda M, Cornish B, Battistutta D, Newman B. Lymphedema after breast cancer: incidence, risk factors, and effect on upper body function. *J Clin Oncol*. 2008;26(21):3536-42.
38. Baumann FT, Reike A, Hallek M, Wiskemann J, Reimer V. Does Exercise Have a Preventive Effect on Secondary Lymphedema in Breast Cancer Patients Following Local Treatment? - A Systematic Review.
39. Baumann FT, Reike A, Reimer V, Schumann M, Hallek M, Taaffe DR, et al. Effects of physical exercise on breast cancer-related secondary lymphedema: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*. 2018;170(1):1-13.
40. Singh B, Disipio T, Peake J, Hayes SC. Systematic Review and Meta-Analysis of the Effects of Exercise for Those With Cancer-Related Lymphedema. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2016;97(2):302-15.e13.
41. Hayes S, Singh B, Bloomquist K, Johansson K. Do Women with Breast Cancer-related Lymphoedema Need to Wear Compression While Exercising?: Results from a Systematic Review and Meta-analysis. *Current Breast Cancer Reports*. 2020;12(3):193-201.
42. Hayes SC, Janda M, Ward LC, Reul-Hirche H, Steele ML, Carter J, et al. Lymphedema following gynecological cancer: Results from a prospective, longitudinal cohort study on prevalence, incidence and risk factors. *Gynecol Oncol*. 2017;146(3):623-9.
43. Zaleska M, Olszewski WL, Durlak M. The effectiveness of intermittent pneumatic compression in long-term therapy of lymphedema of lower limbs. *Lymphatic research and biology*. 2014;12(2):103-9.
44. Tambour M, Holt M, Speyer A, Christensen R, Gram B. Manual lymphatic drainage adds no further volume reduction to Complete Decongestive Therapy on breast cancer-related lymphoedema: a multicentre, randomised, single-blind trial. *British journal of cancer*. 2018;119(10):1215-22.
45. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2016 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*. 2016;49(4):170-84.
46. Klernas P, Johnsson A, Horstmann V, Kristjanson LJ, Johansson K. Lymphedema Quality of Life Inventory (LyQLI)-Development and investigation of validity and reliability. *Qual Life Res*. 2015;24(2):427-39.
47. Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT, Saunders DP, Mank AP, Zadik Y, et al. Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and

- the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Support Care Cancer*. 2015;23(1):223-36.
48. Svanberg A. Mucositis Prevention for Patients Receiving High Dose Chemotherapy and Stem Cell Transplantation. Volym 798 av Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, ISSN 1651-6206 Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2012.
 49. Cepeda MS, Chapman CR, Miranda N, Sanchez R, Rodriguez CH, Restrepo AE, et al. Emotional disclosure through patient narrative may improve pain and well-being: results of a randomized controlled trial in patients with cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35(6):623-31.
 50. Biro D. *The Language of Pain: Finding Words, Compassion, and Relief*. New York, London: W. W. Norton & Company; 2010.
 51. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. *British journal of anaesthesia*. 2008;101(1):17-24.
 52. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*. 1983;17(2):197-210.
 53. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018;29(Supplement_4):iv166-iv91.
 54. Diaz M, Schiff D. Neurological Complications of Chemotherapy. In: Ahluwalia M, Metellus P, Soffiatti R, editors. *Central Nervous System Metastases [Elektronisk resurs]*. Cham: Springer International Publishing; 2020.
 55. Kerckhove N, Collin A, Conde S, Chaletix C, Pezet D, Balayssac D. Long-Term Effects, Pathophysiological Mechanisms, and Risk Factors of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathies: A Comprehensive Literature Review. *Front Pharmacol*. 2017;8:86.
 56. Pachman DR, Qin R, Seisler DK, Smith EM, Beutler AS, Ta LE, et al. Clinical Course of Oxaliplatin-Induced Neuropathy: Results From the Randomized Phase III Trial N08CB (Alliance). *J Clin Oncol*. 2015;33(30):3416-22.
 57. Colvin LA. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: where are we now? *Pain*. 2019;160 Suppl 1:S1-S10.
 58. Hirayama Y, Ishitani K, Sato Y, Iyama S, Takada K, Murase K, et al. Effect of duloxetine in Japanese patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a pilot randomized trial. *International journal of clinical oncology*. 2015;20(5):866-71.
 59. Kus T, Aktas G, Alpak G, Kalender ME, Sevinc A, Kul S, et al. Efficacy of venlafaxine for the relief of taxane and oxaliplatin-induced acute neurotoxicity: a single-center retrospective case-control study. *Support Care Cancer*. 2016;24(5):2085-91.
 60. Pachman DR, Watson JC, Loprinzi CL. Therapeutic strategies for cancer treatment related peripheral neuropathies. *Curr Treat Options Oncol*. 2014;15(4):567-80.
 61. Chiu N, Chiu L, Chow R, Lam H, Verma S, Pasetka M, et al. Taxane-induced arthralgia and myalgia: A literature review. *J Oncol Pharm Pract*. 2017;23(1):56-67.
 62. Pereira S, Fontes F, Sonin T, Dias T, Fragoso M, Castro-Lopes JM, et al. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy after neoadjuvant or adjuvant treatment of breast cancer: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*. 2016;24(4):1571-81.
 63. Kolb N, Burns T. Clinical research in chemotherapy-induced peripheral neuropathy: How, what, and when. *Neurology*. 2018;91(9):379-80.
 64. Stout KYWaB, Wonders K, Stout, B. The Role of Exercise in Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy, *Neurooncology - Newer Developments* 2016.

65. Dunberger G, Lind H, Steineck G, Waldenstrom AC, Nyberg T, al-Abany M, et al. Fecal incontinence affecting quality of life and social functioning among long-term gynecological cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer*. 2010;20(3):449-60.
66. Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*. 2019;10(1):207-17.
67. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2017;36(5):1187-96.
68. Rasmusson E-M, Thomé, B. . Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. In *Sexuality and Disability*. 26(4): Lund University Publications 2008. p. 207-18
69. Rasmusson EM, Plantin L, Elmerstig E. 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;22(3):361-9.
70. de Almeida NG, Knobf TM, de Oliveira MR, Salvetti MG, Oria MOB, Fialho AVM. A Pilot Intervention Study to Improve Sexuality Outcomes in Breast Cancer Survivors. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2020;7(2):161-6.
71. Law M, McColl, M. *Interventions, Effect, and Outcomes in Occupational Therapy. Adults and Older Adults*: Thorofare: SLACK Incorporated; 2010.
72. Law M, Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., Pollock, N. . *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2014.
73. Glenn C, Stolee P. Comparing the functional independence measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature. *BMC geriatrics*. 2009;9:52.
74. Tornquist K, Sonn U. Towards an ADL taxonomy for occupational therapists. Previously published in *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1994; 1:69-76. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2014;21 Suppl 1:20-7.
75. Lindahl-Jacobsen L, Hansen DG, Waehrens EE, la Cour K, Sondergaard J. Performance of activities of daily living among hospitalized cancer patients. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2015;22(2):137-46.
76. Baron KB. Clinical interpretation of "the Assessment of Motor and Process Skills of persons with psychiatric disorders". *The American journal of occupational therapy* : official publication of the American Occupational Therapy Association. 1994;48(9):781-2.
77. Chapparo C, Ranka J. The perceive, recall, plan & perform system assessment course manual (Available from authors chris.chapparo@sydney.edu.au and jranka@bigpond.net.au). 2014.
78. Braveman B, Model of Human Occupation C, Velozo C. *A user's manual for Worker Role Interview (WRI), Version 10.0*. [Chicago]: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago; 1998.
79. Moore-Corner RA, Kielhofner G, Olsson L, Ekbladh E, Haglund L. *WEIS-S*. Linköping: Linköpings universitet; 2010.
80. Törnquist K, Sonn U. *ADL-taxonomin : en bedömning av aktivitetsförmåga*. Nacka: Sveriges arbetsterapeuter; 2016.
81. Fisher A, Nyman, A. *OTIPM: En modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*, rev 2011. Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter; 2007.

82. Fisher AG. Occupational therapy intervention process model : a model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Fort Collins, Colorado: Three Star Press; 2009.
83. Jakobsen K, Magnus E, Lundgren S, Reidunsdatter RJ. Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2018;25(4):298-307.
84. Wagman P, Håkansson C, Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2012;19(4):322-7.
85. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. *The oncologist*. 2000;5(5):353-60.
86. Weis J, Horneber M. Fatigue Management: en sex veckors kurs för att lära sig hantera fatigue i sin vardag. Svensk version 1.2 av Managing Fatigue – A six week course för energy conservation. Författare Tanya L Packer, Nicky Brink, Adele Sauriol (1995). Översättning av Eva Månsson Lexell, biträdande lektor i arbetsterapi och Lena Haglund, docent i arbetsterapi, 2017. *Cancer-Related Fatigue*. London: Springer Health Care; 2015.
87. Wells M, Macmillan M, Raab G, MacBride S, Bell N, MacKinnon K, et al. Does aqueous or sucralfate cream affect the severity of erythematous radiation skin reactions? A randomised controlled trial. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*. 2004;73(2):153-62.
88. Iwakawa M, Noda S, Yamada S, Yamamoto N, Miyazawa Y, Yamazaki H, et al. Analysis of non-genetic risk factors for adverse skin reactions to radiotherapy among 284 breast cancer patients. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*. 2006;13(3):300.
89. Sharp L, Johansson H, Hatschek T, Bergenmar M. Smoking as an independent risk factor for severe skin reactions due to adjuvant radiotherapy for breast cancer. *Breast (Edinburgh, Scotland)*. 2013;22(5):634-8.
90. Prochazka M, Granath F, Ekblom A, Shields PG, Hall P. Lung cancer risks in women with previous breast cancer. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*. 2002;38(11):1520-5.
91. Jaggi R, Griffith KA, Koelling T, Roberts R, Pierce LJ. Rates of myocardial infarction and coronary artery disease and risk factors in patients treated with radiation therapy for early-stage breast cancer. *Cancer*. 2007;109(4):650-7.
92. Kaufman EL, Jacobson JS, Hershman DL, Desai M, Neugut AI. Effect of breast cancer radiotherapy and cigarette smoking on risk of second primary lung cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26(3):392-8.
93. Macdonald G, Kondor N, Yousefi V, Green A, Wong F, Aquino-Parsons C. Reduction of carboxyhaemoglobin levels in the venous blood of cigarette smokers following the administration of carbogen. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology*. 2004;73(3):367-71.
94. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Tobaksbruk 2020 [2021-01-14]. Available from: <https://nationelltklinisktunskapsstod.se/dokument/0379c189-2233-4d56-8f53-b9c542d3e85c>.
95. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010;340:b5569.

96. Rades D, Setter C, Schild SE, Dunst J. Effect of smoking during radiotherapy, respiratory insufficiency, and hemoglobin levels on outcome in patients irradiated for non-small-cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2008;71(4):1134-42.
97. Videtic GM, Stitt LW, Dar AR, Kocha WI, Tomiak AT, Truong PT, et al. Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemoradiotherapy for limited-stage small-cell lung cancer is associated with decreased survival. *J Clin Oncol.* 2003;21(8):1544-9.
98. Zevallos JP, Mallen MJ, Lam CY, Karam-Hage M, Blalock J, Wetter DW, et al. Complications of radiotherapy in laryngopharyngeal cancer: effects of a prospective smoking cessation program. *Cancer.* 2009;115(19):4636-44.
99. Warren GW, Sobus S, Gritz ER. The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. *Lancet Oncol.* 2014;15(12):e568-80.
100. Montazeri Z, Nyiraneza C, El-Katerji H, Little J. Waterpipe smoking and cancer: systematic review and meta-analysis. *Tobacco control.* 2017;26(1):92-7.
101. Sanner T, Grimsrud TK. Nicotine: Carcinogenicity and Effects on Response to Cancer Treatment - A Review. *Front Oncol.* 2015;5:196.
102. Tonnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Moller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *British journal of anaesthesia.* 2009;102(3):297-306.
103. Nath B, Li Y, Carroll JE, Szabo G, Tseng JF, Shah SA. Alcohol exposure as a risk factor for adverse outcomes in elective surgery. *Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract.* 2010;14(11):1732-41.
104. Bradley KA, Rubinsky AD, Sun H, Bryson CL, Bishop MJ, Blough DK, et al. Alcohol screening and risk of postoperative complications in male VA patients undergoing major non-cardiac surgery. *Journal of general internal medicine.* 2011;26(2):162-9.
105. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1-7.
106. Antonovsky A. *Health, stress, and coping.* San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
107. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(8):1143-7.
108. Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Hok Nordberg J. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med.* 2019;19(1):62.
109. Danhauer SC, Addington EL, Sohl SJ, Chaoul A, Cohen L. Review of yoga therapy during cancer treatment. *Support Care Cancer.* 2017;25(4):1357-72.
110. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(3):194-232.
111. Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos GJ. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1:CD010802.
112. Turner RR, Steed L, Quirk H, Greasley RU, Saxton JM, Taylor SJ, et al. Interventions for promoting habitual exercise in people living with and beyond cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;9:CD010192.
113. World Health O. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour.* Geneva: World Health Organization; 2020 2020.

114. Folkhälsomyndigheten. Nya riktlinjer från WHO för att öka den fysiska aktiviteten och begränsa långvarigt sittande [2020-01-14]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/november/nya-riktlinjer-fran-who-for-att-oka-den-fysiska-aktiviteten-och-begransa-langvarigt-sittande/>.
115. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvao DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc.* 2010;42(7):1409-26.
116. Karvinen KH, DuBose KD, Carney B, Allison RR. Promotion of physical activity among oncologists in the United States. *J Support Oncol.* 2010;8(1):35-41.
117. Karvinen KH, McGourty S, Parent T, Walker PR. Physical activity promotion among oncology nurses. *Cancer Nurs.* 2012;35(3):E41-8.
118. Quist M, Adamsen L, Rorth M, Laursen JH, Christensen KB, Langer SW. The Impact of a Multidimensional Exercise Intervention on Physical and Functional Capacity, Anxiety, and Depression in Patients With Advanced-Stage Lung Cancer Undergoing Chemotherapy. *Integrative cancer therapies.* 2015;14(4):341-9.
119. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T. Exercise for people with cancer: a clinical practice guideline. *Current oncology (Toronto, Ont).* 2017;24(1):40-6.
120. Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T. Exercise for people with cancer: a systematic review. *Current oncology (Toronto, Ont).* 2017;24(4):e290-e315.
121. Bjorke ACH, Sweegers MG, Buffart LM, Raastad T, Nygren P, Berntsen S. Which exercise prescriptions optimize VO2 max during cancer treatment?-A systematic review and meta-analysis. *Scand J Med Sci Sports.* 2019;29(9):1274-87.
122. Johansson K. Fysioterapi, den ledande tidningen för landets fysioterapeuter: Fysioterapeuterna; 2013. Available from: <http://fysioterapi.se/arkivet/fysioterapi-nr-3-2018/>.
123. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(8):CD008465.
124. Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1:CD011292.
125. Kim MK, Sim JA, Yun YH, Bae DS, Nam JH, Park CT, et al. Health-Related Quality of Life and Sociodemographic Characteristics as Prognostic Indicators of Long-term Survival in Disease-Free Cervical Cancer Survivors. *Int J Gynecol Cancer.* 2016;26(4):743-9.
126. Furmaniak AC, Menig M, Markes MH. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD005001.
127. Backman M, Browall M, Sundberg CJ, Wengstrom Y. Experiencing health - Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2016;21:160-7.
128. Backman M, Wengstrom Y, Johansson B, Skoldengen I, Borjesson S, Tarnbro S, et al. A randomized pilot study with daily walking during adjuvant chemotherapy for patients with breast and colorectal cancer. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden).* 2014;53(4):510-20.
129. Courneya KS, Segal RJ, Mackey JR, Gelmon K, Reid RD, Friedenreich CM, et al. Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* 2007;25(28):4396-404.

130. Johnsson A, Demmelmaier I, Sjøvall K, Wagner P, Olsson H, Tornberg AB. A single exercise session improves side-effects of chemotherapy in women with breast cancer: an observational study. *BMC Cancer*. 2019;19(1):1073.
131. Mijwel S, Jervaeus A, Bolam KA, Norrbom J, Bergh J, Rundqvist H, et al. High-intensity exercise during chemotherapy induces beneficial effects 12 months into breast cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2019;13(2):244-56.
132. Bolam KA, Mijwel S, Rundqvist H, Wengstrom Y. Two-year follow-up of the OptiTrain randomised controlled exercise trial. *Breast cancer research and treatment*. 2019;175(3):637-48.
133. Wallen MP, Hennessy D, Brown S, Evans L, Rawstorn JC, Wong Shee A, et al. High-intensity interval training improves cardiorespiratory fitness in cancer patients and survivors: A meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(4):e13267.
134. Dieli-Conwright CM, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Sami N, Lee K, Buchanan TA, et al. Effects of Aerobic and Resistance Exercise on Metabolic Syndrome, Sarcopenic Obesity, and Circulating Biomarkers in Overweight or Obese Survivors of Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2018;36(9):875-83.
135. Sammut L, Ward M, Patel N. Physical activity and quality of life in head and neck cancer survivors: a literature review. *Int J Sports Med*. 2014;35(9):794-9.
136. Borch KB, Braaten T, Lund E, Weiderpass E. Physical activity before and after breast cancer diagnosis and survival - the Norwegian women and cancer cohort study. *BMC Cancer*. 2015;15:967.
137. Bonn SE, Sjølander A, Lagerros YT, Wiklund F, Stattin P, Holmberg E, et al. Physical activity and survival among men diagnosed with prostate cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015;24(1):57-64.
138. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, Chan JM. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. *J Clin Oncol*. 2011;29(6):726-32.
139. Patel AV, Feigelson HS, Talbot JT, McCullough ML, Rodriguez C, Patel RC, et al. The role of body weight in the relationship between physical activity and endometrial cancer: results from a large cohort of US women. *Int J Cancer*. 2008;123(8):1877-82.
140. Sloan JA, Chevillat AL, Liu H, Novotny PJ, Wampfler JA, Garces YI, et al. Impact of self-reported physical activity and health promotion behaviors on lung cancer survivorship. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:66.
141. Newton RU, Galvao DA. Accumulating Evidence for Physical Activity and Prostate Cancer Survival: Time for a Definitive Trial of Exercise Medicine? *Eur Urol*. 2016.
142. Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS. Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review. *J Support Oncol*. 2009;7(1):27-34.
143. Brown JC, John GM, Segal S, Chu CS, Schmitz KH. Physical activity and lower limb lymphedema among uterine cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc*. 2013;45(11):2091-7.
144. Brown JC, Lin LL, Segal S, Chu CS, Haggerty AE, Ko EM, et al. Physical activity, daily walking, and lower limb lymphedema associate with physical function among uterine cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2014;22(11):3017-25.
145. Sjøvall K. Living with cancer - Impact on cancer patient and partner: Lunds Universitet, Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series; 2011. Available from: <https://lup.lub.lu.se/search/publication/701ac40f-b0e3-41e7-90c6-0f82086bb17f>.
146. Hvidt NC, Mikkelsen TB, Zwisler AD, Tofte JB, Assing Hvidt E. Spiritual, religious, and existential concerns of cancer survivors in a secular country with focus on age, gender, and emotional challenges. *Support Care Cancer*. 2019;27(12):4713-21.

147. Khoshnood Z, Iranmanesh S, Rayyani M, Dehghan M. Getting Out or Remaining in the Cage of Inauthentic Self: The Meaning of Existential Challenges in Patients' with Cancer. *Indian J Palliat Care*. 2018;24(2):131-8.
148. LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(3):472-93.
149. Kittelson S, Scarton L, Barker P, Hauser J, O'Mahony S, Rabow M, et al. Dignity Therapy Led by Nurses or Chaplains for Elderly Cancer Palliative Care Outpatients: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2019;8(4):e12213.
150. Myndigheten för stöd till trossamfund. Andlig vård i sjukvården idag [2021-01-14]. Available from: <https://www.myndighetenst.se/andlig-varld/andlig-varld-i-sjukvarden-idag.html>.
151. Melder CA. *Vilsenhetens epidemiologi : en religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis ;; 2011.
152. Holtmaat K, van der Spek N, Lissenberg-Witte B, Breitbart W, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw I. Long-term efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: 2-Year follow-up results of a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2020;29(4):711-8.
153. Holtmaat K, van der Spek N, Witte BI, Breitbart W, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw IM. Moderators of the effects of meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors on personal meaning, psychological well-being, and distress. *Support Care Cancer*. 2017;25(11):3385-93.
154. Vos J. Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: A philosophical perspective on psycho-oncology. *Palliat Support Care*. 2015;13(4):885-900.
155. Zhu J, Fang F, Sjolander A, Fall K, Adami HO, Valdimarsdottir U. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Ann Oncol*. 2017;28(8):1964-9.
156. Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdottir U, et al. Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. *JAMA Oncol*. 2016;2(9):1188-96.
157. Shen Q, Joud A, Schelin MEC, Sjolander A, Cao Y, Sparen P, et al. Psychiatric disorders and cardiovascular diseases during the diagnostic workup of potential breast cancer: a population-based cohort study in Skane, Sweden. *Breast Cancer Res*. 2019;21(1):139.
158. Caruso R, GiuliaNanni M, Riba MB, Sabato S, Grassi L. Depressive Spectrum Disorders in Cancer: Diagnostic Issues and Intervention. A Critical Review. *Current psychiatry reports*. 2017;19(6):33.
159. Rivest, J., Levenson, J. Clinical features and diagnosis of psychiatric disorders in patients with cancer: Overview: UpToDate. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer-overview>.
160. Steel JL, Geller DA, Gamblin TC, Olek MC, Carr BI. Depression, immunity, and survival in patients with hepatobiliary carcinoma. *J Clin Oncol*. 2007;25(17):2397-405.
161. Vodermaier A, Linden W, Rnic K, Young SN, Ng A, Ditsch N, et al. Prospective associations of depression with survival: a population-based cohort study in patients with newly diagnosed breast cancer. *Breast cancer research and treatment*. 2014;143(2):373-84.
162. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological medicine*. 2010;40(11):1797-810.

163. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000;160(14):2101-7.
164. Walker J, Waters RA, Murray G, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW, et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol.* 2008;26(29):4725-30.
165. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *The New England journal of medicine.* 2012;366(14):1310-8.
166. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, Centeno C, Lucchesi M, Kanji S, et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2018;29 Suppl 4:iv143-iv65.
167. Meadows M-E. Cognitive function after cancer and cancer treatment: UpToDate. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cognitive-function-after-cancer-and-cancer-treatment>.
168. Lange M, Joly F, Vardy J, Ahles T, Dubois M, Tron L, et al. Cancer-related cognitive impairment: an update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Ann Oncol.* 2019;30(12):1925-40.
169. Olson B, Marks DL. Pretreatment Cancer-Related Cognitive Impairment-Mechanisms and Outlook. *Cancers (Basel).* 2019;11(5).
170. Fernandes HA, Richard NM, Edelstein K. Cognitive rehabilitation for cancer-related cognitive dysfunction: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2019;27(9):3253-79.
171. van der Willik KD, Schagen SB, Ikram MA. Cancer and dementia: Two sides of the same coin? *Eur J Clin Invest.* 2018;48(11):e13019.
172. McWilliams L, Farrell C, Keady J, Swarbrick C, Burgess L, Grande G, et al. Cancer-related information needs and treatment decision-making experiences of people with dementia in England: a multiple perspective qualitative study. *BMJ Open.* 2018;8(4):e020250.
173. Surr CA, Kelley R, Griffiths AW, Ashley L, Cowdell F, Henry A, et al. Enabling people with dementia to access and receive cancer treatment and care: The crucial role of supportive networks. *J Geriatr Oncol.* 2020.
174. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. *Global Recommendations on Physical Activity for Health.* Geneva: World Health Organization; 2010.

KAPITEL 22

Vårdprogramgruppen

22.1 Vårdprogramgruppens sammansättning

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

22.2 Vårdprogramgruppens medlemmar

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

Annika Asketun, fysioterapeut, verksamhetsutvecklare, RCC Sydöst

Carina Mannefred, socionom, utvecklingsledare, RCC Väst

Emma Ohlsson Nevo, med.dr, sjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro, RCC Uppsala-Örebro

Heléne Öberg, fysioterapeut, verksamhetsutvecklare, RCC Syd

Jan Björklund, patientrepresentant, RCC Sydöst

Johan Dahl, patientrepresentant, RCC Uppsala-Örebro

Katja Vuollet Carlsson, onkologisjuksköterska, vårdutvecklare RCC Norr

Leif Eskelid, RCC Syd

Leif Näckholm, patientrepresentant, RCC Norr

Malgorzata Luber-Szumniak, specialist allmänmedicin, bitr. överläkare, Skånes universitetssjukhus, RCC Syd

Margareta Haag, patientrepresentant, RCC Stockholm-Gotland

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

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

Sofie Grinneback, fysioterapeut, utvecklingsledare RCC Väst

Sofie Backman, dietist, Sundsvalls sjukhus, RCC Norr

Susanne Hellerstedt Börjesson, med.dr, sjuksköterska, cancersamordnare, RCC Uppsala-Örebro

Ylva Hellstadius, med.dr, sjuksköterska, processledare psykosocial cancerrehabilitering, RCC Stockholm-Gotland

22.3 Tidigare medlemmar i vårdprogramgruppen

Följande personer har medverkat till tidigare versioner av vårdprogrammet:

Carina Modeus, Chichi Malmström, Christina Christoffersson, Polymnia Nikolaidis, Ing-Marie Magnusson, Helena Granstam Björneklätt, Cecilia Arving, Maggi Målevik, Pia Delin, Olof Hasslow, Pia Mickols, Kerstin Thörnquist.

22.4 Jäv och andra bindningar

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

22.5 Vårdprogrammets förankring

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

Remissversionen av vårdprogrammet har publicerats öppet på cancercentrum.se.

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

- Barnläkarföreningens sektion för Pediatrik hematologi och onkologi
- Bröstcancerförbundet
- Bröstcancerföreningen Amazona
- Bröstcancerföreningen Olivia Medelpad
- Dietisternas Riksförbund
- Fysioterapeuterna
- Föreningen för sjuksköterskor inom öron, näsa, hals och huvud-halskirurgi
- Gyncancerföreningen i Värmland
- Lungcancerföreningen
- Läkarförbundet
- Nationell arbetsgrupp ärftlig cancer
- Nationella Arbetsgruppen Cancerläkemedel (NAC)
- Nationella vårdprogramgruppen för långtidsuppföljning efter barncancer
- Nationella vårdprogramgruppen för palliativ vård
- Nationella vårdprogramgruppen för pankreascancer
- Nationella vårdprogramgruppen för peniscancer
- Nationella vårdprogramgruppen för skivepitelcancer
- Norra sjukvårdsregionen
- Nätverket för kurator i cancervården, Västra sjukvårdsregionen
- Nätverket för primärvårdspsykologer
- Prostatacancerföreningen, PROLIV Väst
- Region Blekinge

- Region Halland
- Region Jönköpings län
- Region Kronoberg
- Region Skåne
- Region Uppsala-Örebro
- Region Västra Götaland
- Region Östergötland
- Riksföreningen för akutsjuksköterskor
- Sahlgrenska universitetssjukhuset
- Sjukhusläkarna
- Sjuksköterskor i cancervård
- Svensk förening för hematologi
- Svensk förening för lymfologi
- Svensk förening för medicinsk radiologi
- Svensk förening nuklearmedicin
- Svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi
- Svensk förening för palliativ medicin
- Svensk förening för psykosocial onkologi och rehabilitering
- Svensk förening för rehabiliteringsmedicin
- Svensk kuratorsförening
- Svensk onkologisk förening
- Svensk ortopedisk förening
- Svensk plastikkirurgisk förening
- Svensk sjuksköterskeförening
- Svensk urologisk förening
- Svenska logopedförbundet
- Svenska neurologföreningen
- Svenska ödemförbundet
- Sveriges arbetsterapeuter
- Sveriges sjuksköterskor inom området smärta

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



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