

Sammanfattning

gapanalys med åtgärdsförslag

Nationellt vårdprogram för Cancerrehabilitering

Våren 2026

Som ett led i införandet av nya nationella kunskapsstöd inom Region Örebro län genomförs en gapanalys. Gapanalys är en metod för att få en bild av nuläget i relation till kunskapsstödet
intension.

Tjänsteställe: Utvecklingsenheten, Verksamhets- och ledningsstöd Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Utförare: LAG Cancerrehabilitering, Ordförande Johanna Grönqvist

Metodstöd: Anette Danesjö-G, verksamhetsutvecklare, Kerstin Angergård, verksamhetsutvecklare Utvecklingsenheten, Verksamhets- och ledningsstöd, Hälsa- och sjukvården

Genomförd: Hösten 2025-Våren 2026

Beslut RMKS
260612: RMKS beslutar att tillstyrka verksamheternas beslut gällande gapanalys Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering.

Innehåll

Bakgrund kunskapsstöd	3
Definition	3
Förekomst	4
Vårdnivå och samverkan	4
Utmaningar som beskrivs i det nationella vårdprogrammet.....	4
Berörda verksamheter.....	5
Sammanfattning gapanalys inklusive samtliga verksamheters beslut.....	6
Deltagare.....	8
Grupperingar som haft möjlighet att inkomma med synpunkter	8
Indikatorer	8
Riktlinjer och rutiner.....	9
Patientinformation och närståendeinformation.....	10
Pågående projekt.....	10

Bakgrund kunskapsstöd

Nedan finns en kort sammanfattning av kunskapsstödet. Länk till kunskapsstödet: [Nationellt vårdprogram-cancerrehabilitering](#).

Det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering, framtaget av Regionala cancercentrum i samverkan, beskriver hur rehabilitering för personer med cancer ska planeras och genomföras inom hälso- och sjukvården. Målet är att patienter ska få stöd att återfå så god fysisk, psykisk, social och existentiell livskvalitet som möjligt under och efter sin cancersjukdom. Vården ska utgå från varje patients individuella behov och förutsättningar. En viktig del av vårdprogrammet är att regelbundet kartlägga patientens rehabiliteringsbehov. Detta görs genom samtal och olika bedömningsverktyg. Hälsoskattning är ett självskattningsformulär som underlättar bedömningen av patientens rehabiliteringsbehov. Formuläret innehåller ett antal problemområden som är vanligt förekommande hos cancerpatienter före, under och efter cancerbehandling. Patienten skattar själv sina symptom på en skala, från inget problem till mycket besvärande problem vilket utgör ett underlag för kartläggning, behovsbedömning och samlat kring rehabilitering.

Eftersom behoven växlar under sjukdomsförloppet bör bedömningen upprepas fortlöpande utifrån patientens behov. Det gäller framför allt i samband med diagnos, inledning och avslutning av behandling, förändringar i sjukdom eller behandling samt överlämning från specialistvård till primärvård.

Baserat på dessa behov ska patienten kunna få rätt insatser, till exempel stöd från fysioterapeut, kurator, psykolog, arbetsterapeut eller dietist. Vårdprogrammet betonar också betydelsen av samarbete mellan olika professioner inom vården. Genom ett multiprofessionellt arbetssätt kan patienten få mer samordnad och heltäckande rehabilitering.

Aktiv överlämning bör tillämpas vid övergångar mellan vårdgivare och innebär att den ansvariga vårdgivaren tar personlig kontakt med nästa vårdenhet – muntligt eller skriftligt – och behåller ansvaret tills mottagaren bekräftat att de tagit kontakt med patienten. Mottagande vårdgivare kan vara kontaktsjuksköterska inom specialistvården, eller annan relevant profession inom omvårdnad, rehabilitering eller primärvård. Den mottagande enheten ansvarar för att följa upp, utvärdera och dokumentera pågående åtgärder inom omvårdnad, rehabilitering och palliativ vård – oberoende av vem som initierat dem. Byte av ansvarig vårdenhet ska framgå i journalen och patienten ska informeras om överlämningen, vem som tar över ansvaret och vart man ska vända sig vid frågor.

Definition

Ett hälsofrämjande och personcentrerat förhållningssätt är basen inom cancerrehabilitering. I cancervården är rehabilitering nära integrerad med preventiva insatser, medicinska insatser och omvårdnadsinsatser. Detta kräver ett strukturerat arbetssätt i cancervården vad gäller planering av insatser inklusive uppföljning, ansvarsfördelning, överlämning mellan enheter och samverkan vid behov. Bemötande, information, råd och inventering av behov, planering av eventuella riktade och tidsbegränsade rehabiliteringsinsatser och uppföljning är grunden i vårdens insatser.

Förekomst

Över 75 000 personer får cancer varje år i Sverige. Allt fler överlever, vilket ökar behovet av rehabilitering för biverkningar som fatigue, smärta och psykisk ohälsa. Tillgången till rehabilitering är ojämlig över landet, och det är svårt att få en korrekt bild av hur många som faktiskt får insatserna.

Inom Region Örebro län hanteras ca 3100 patienter per år, inklusive utomlänspatienter.

Vårdnivå och samverkan

Vårdprogrammet tydliggör inte vilken vårdnivå som ska göra vad, men betonar att det krävs en samverkan mellan specialiserad vård, regional- och kommunal primärvård.

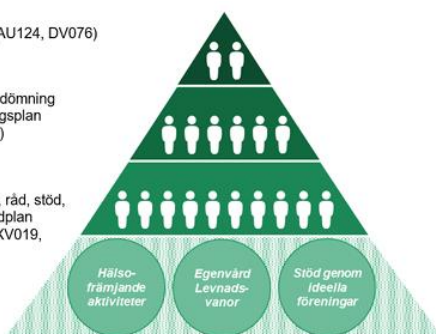
Vårdprogrammet lyfter insatser på fyra olika nivåer.

Avancerade insatser:
Team- och samordningsinsatser (AU124, DV076)

Särskilda insatser:
Rehabiliteringsprofessionernas bedömning
AW019 och insatser, Rehabiliteringsplan
(AW020, AW024, AW027, AW035)

Grundläggande insatser:
Identifiering av behov, information, råd, stöd,
planering och uppföljning, Min vårdplan
(DV111, DV121, DV131, DV141, XV019,
XV020)

**Patienten eget ansvar/Insatser
från civilsamhället**



(Nya Cancerstrategin)

Utmaningar som beskrivs i det nationella vårdprogrammet

Ojämlig tillgång i landet

En stor utmaning är att rehabiliteringsinsatser inte alltid erbjuds lika i alla regioner. Resurser, organisation och tillgång till specialiserad personal kan variera mellan olika delar av Sverige. Detta kan leda till att vissa patienter får mer omfattande stöd än andra.

Brist på resurser och personal

Cancerrehabilitering kräver ett multiprofessionellt team, till exempel fysioterapeuter, psykologer, kuratorer och dietister. I många verksamheter saknas dock tillräckliga resurser eller personal, vilket gör det svårt att erbjuda alla patienter den rehabilitering de behöver.

Sen eller otillräcklig behovsbedömning

Vårdprogrammet betonar vikten av att tidigt identifiera patientens rehabiliteringsbehov. I praktiken kan detta ibland ske sent eller inte alls, vilket innebär att patienter riskerar att inte få stöd i tid.

Bristande samordning i vårdkedjan

Cancerrehabilitering ska ske genom hela sjukdomsprocessen och involvera flera vårdnivåer. Samordningen mellan specialistsjukvård, primärvård och kommunal vård kan dock vara bristfällig, vilket kan göra övergången mellan olika delar av vården svårare för patienten.

Låg kunskap om rehabilitering

Både vårdpersonal och patienter kan ibland ha begränsad kunskap om vad cancerrehabilitering innebär och vilka insatser som finns. Detta kan göra att rehabilitering inte alltid prioriteras i samma utsträckning som medicinsk behandling.

Berörda verksamheter

Berörda verksamheter är specialiserad vård, regional primärvård och kommunal primärvård. Inom specialiserad vård ingår verksamheterna: VO Kirurgi, VO Obstetrik och gynekologi, VO Onkologi, VO Huvud/hals, VO Geriatrik/Palliativ, VO Medicin, Fysioterapienheten USÖ, Sjukhusverksamheterna Karlskoga och Lindesberg.

Sammanfattning gapanalys inklusive samtliga verksamheters beslut

Nedan presenteras de fem viktigaste identifierade gapen som framkommit i gapanalysen, med övergripande åtgärdsförslag. Samt de beslut som fattats av berörda verksamhetschefer och Örebro läns socialchefer.

För fullständig gapanalys, se bilaga 1.

1.	Identifierade gap	Beslut			Kommentar
		Ja	Avvakta	Nej	
	Alla patienter som genomgår en cancerutredning och behandling ska få sitt rehabiliteringsbehov bedömt regelbundet och strukturerat via instrumentet Hälsoskattning med handbok (prio 1)				
	Specialiserad vård	X			
	Team behöver förtydligas för att möta särskilda och avancerade rehabiliteringsinsatser (prio 2)				
	Specialiserad vård, regional- och kommunal primärvård	X			
	Implementering samt göra digitaliserad Prehabilitering för cancerpatienter känd (prio 2-4)				
	Specialiserad vård, (regional och kommunal primärvård) i första hand specialiserad vård	X			
	Implementera arbetssätt för att följa länsgemensam riktlinje Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (prio 2)				
	Kommunal hälso- och sjukvård	X			
2.	Samverkan				
	Framtagande av vårdnivåöverenskommelse och remissrutiner för cancerrehabilitering (prio 1)				
	Specialiserad vård, regional och kommunal primärvård	X			Oklar ansvarsfördelning och hur konsultationer bör genomföras. Kan detta göras inom ramen för en mer övergripande rehabilitering.

3.	Dokumentation	Ja	Avvakta	Nej	
	Implementering av KVÅ-åtgärder i uppföljande syfte (prio 1)				
	Specialiserad vård och regional primärvård	X			
4.	Riktlinjer, rutiner och informationsmaterial	Ja	Avvakta	Nej	
	Översyn av befintliga riktlinjer och rutiner vad gäller cancerrehabilitering. Vad finns och ska ensas? Vad behöver skapas? (prio 2)				
	Specialiserad vård	X			
	Tillägg på 1177 cancerrehabilitering för invånare gällande patientföreningar				

Deltagare

Följande personer har deltagit i arbetet med gapanalysen:

Deltagare	Profession/funktion	Verksamhet/enhet	
Johanna Grönqvist	Ordförande/AT	Onk mott	Specialiserad vård
Anette Danesjö	Metodstöd	Utvecklingsenheten	Specialiserad vård
(Linda Löfbom) ersätts med Rose-Marie Wilnerzon Thörn	Fysioterapeut	VO hälsoprofessioner	Specialiserad vård
Jenny Karlsson	Specialist.ssk.	VO Kirurgi	Specialiserad vård
Monica Sik	Sjuksköterska	VO Onkologi	Specialiserad vård
Ruth Sanchez Hermansson	Gyn. onkolog	VO Onkologi	Specialiserad vård
Eva Norman	Patientrepresentant	Livsgnistan	
Hillevi Almqvist (del av tiden)	Patientrepresentant	Livsgnistan	
Helena Tholin (adjungerad)	Samordnare rehab koordinatörer regional primärvård	Hälsoval, staben hälso- och sjukvård	Regional primärvård
Martin Magnusson (adjungerad)	Samordnare fysioterapeuter regional primärvård	Skebäcks vårdcentral	Regional primärvård
Matilda Sirén (adjungerad)	Samordnare psykosociala resurser västra länsdelen	Baggängens vårdcentral	Regional primärvård
Annelie Wase (adjungerad)	MAR	Lindesbergs kommun	Kommunal hälso- och sjukvård

Grupperingar som haft möjlighet att inkomma med synpunkter

Följande grupperingar har inkommit med synpunkter på analysen:

Gruppering
MAR/MAS-nätverket, Örebro läns kommuner

Indikatorer

Enligt nationella Vårdprogrammet för Cancerrehabilitering behöver rehabiliteringen följas upp på lokal, regional och nationell nivå för att säkerställa att den är jämlik och håller god kvalitet. Detta kräver ett systematiskt arbetssätt för hela vårdprocessen. Alla rehabiliterande insatser som sätts in bör åtgärdskodas för att möjliggöra nationell uppföljning.

En NAG för övergripande uppföljningsmått för rehabilitering håller på att skapas i ett samarbete mellan NPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin och RCC/NAG cancerrehabilitering. Målsättningen är att säkerställa att konkreta uppföljningsmått och kvalitetsindikatorer finns för att följa

förändringar, på kort och lång sikt, i patientens funktions- och aktivitetsförmåga, livskvalitet samt samverkan mellan aktörer och patientens upplevelse av rehabiliteringsinsatsen. Uppdraget ska resultera i generiska övergripande uppföljningsmått för rehabilitering och ska kunna visas på vården i siffror.

I och med nya cancerstrategin skapas en samverkansgrupp för svensk cancervård. Gruppen består av representanter från RCC, CCC och Socialstyrelsen. En av uppgifterna är att definiera ett mindre antal generiska rehabiliteringsrelevanta variabler som möjliggör förbättrad uppföljning av rehabiliteringsinsatser. Dessa är ännu inte fastställda.

Ny kod **AW019** "Bedömning av rehabiliteringsbehov" ska användas på särskild och avancerad nivå. KVÅ-kod **AU010** "Allmän skattning av behov eller funktionsförmåga" kommer att rekommenderas för identifiering av rehabiliteringsbehov, dvs **Hälsoskattningen**. Socialstyrelsen har beslutat att lägga till Hälsoskattning till kodens beskrivningstext! Tillägget träder i kraft den 1/1 2027. Formellt kommer koden att rekommenderas när det reviderade NVP är fastställt i höst.

Kvalitetsregister för cancerrehabilitering saknas. De diagnosspecifika kvalitetsregistren bör därför innehålla indikatorer för cancerrehabilitering för den aktuella patientgruppen. PROM och PREM, samlas i flera diagnosspecifika kvalitetsregister inom cancervården.

Riktlinjer och rutiner

Sammanställning av riktlinjer och rutiner som finns i verksamheterna gällande aktuellt område.

Dokument	Giltigt datum	Platina ID	Kommentar
Region Örebro läns uppdragsbeskrivning för kontaktsjuksköterskor inom cancervården	251030	344060	
Handbok för åtgärder utifrån hälsoskattningen	251030	1149245	Kopplat till instrumentet Hälsoskattning. Finns även en metodbeskrivning.
Ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling inom regionala och kommunala hälso- och sjukvården och Folk tandvården i Örebro län. Barn och vuxna.	260109	966450	
SIP Brev	250422		
VISAM Visam • Vårdgivare Region Örebro län			

Patienten- och närståendeinformation

Nedanstående har identifierats:

Dokument	Giltigt datum	Platina ID	Kommentar
1177 cancerrehabilitering			
Viktigt att veta om cancerrehabilitering	Version 1.0, 2025		
Regionala Cancercentrum i Samverkan			

Pågående projekt

Projekt som pågår i länet som har kopplingar till aktuellt kunskapsstöd.

Projekt	Verksamheter	Ansvarig
Comprehensive Cancer Centre (CCC) - ackreditering för universitetssjukhus som erbjuder högspecialiserad, multidisciplinär cancervård och forskning.	Samtliga verksamheter i specialiserad vård med cancerflöden	Martin Gunnarsson