

# Virtuell multidisciplinär konferens ska ge bättre bäckencancer-rehabilitering i norr

Rehabilitering för patienter som behandlats för cancer i bäckenet har varit ett eftersatt område med många dolda problem. Den hjälp som funnits har helt enkelt inte varit tillräcklig. Här beskriver processledare **Anette Lundqvist** och rehabiliteringskoordinator **Åsa Sandström** hur RCC Norr valt att arbeta med problemet. Det centrala kan beskrivas som att det är patientens symtom och besvär som ska styra rehabiliteringsinsatserna, inte ursprungsdiagnosen. Kompetensen ska inte vara klinikbunden och insatserna ska på alla nivåer kunna gå över diagnosgränserna.

**S**amtliga sex RCC startade under 2016 ett projekt i syfte att förbättra omhändertagandet för dessa patienter. Utvecklingen pågår nu i hela landet, men sker på lite olika sätt.

I den norra regionen behöver särskild hänsyn tas till de långa avstånden. Tidigt i RCC Norrs projekt förespråkade verksamhetschefer och processledare uppbyggnad av en virtuell multidisciplinär konferens (MDK) för pa-

tienter med särskilda eller avancerade rehabiliteringsbehov. Parallellt har man också byggt upp lokala rehabiliteringsnätverk för att samutnyttja funktioner och kompetenser inom de olika diagnosprocesserna.

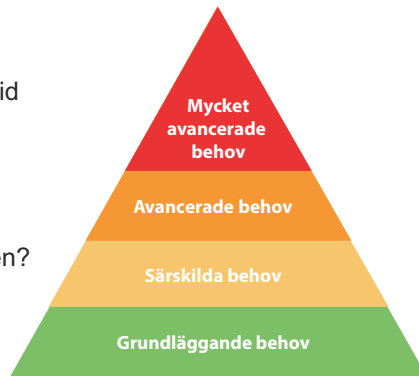
*”Kontaktsjuksköterskan har det övergripande ansvaret för att identifiera patientens behov av rehabilitering under hela vårdkedjan och för att ge patienten ett grundläggande stöd.”*





## Rehabiliteringsbehov kan finnas på olika nivåer

- Alla patienter är unika
- Behoven skiftar över tid
- Insatser sker utifrån behov
- Var finns du i din profession med din kompetens i pyramiden?



*”Det är patienternas symtom och besvär som ska styra rehabiliteringsinsatserna, inte ursprungsdiagnosen.”*

### PATIENTMEDVERKAN EN NATURLIG DEL

Projektet inom den norra regionen leds av undertecknad, Anette Lundqvist, som varit med sedan starten 2016. I höstas anställdes Åsa Sandström som rehabiliteringskoordinator. Patientmedverkan har varit en naturlig del genom hela projektet där syftet är att rehabiliteringen ska skötas strukturerat för att bli likvärdig och jämlik för befolkningen.

De diagnoser som omfattas är kolorektal, anal, urologisk och gynekologisk cancer samt allogent transplanterade inom hematologin. I stort sett alla personer som behandlas för bäckencancer drabbas av komplikationer i form av besvär från mage, tarm, urinblåsa, könsorgan, hud, lymfsystem eller skelett. Det innefattar att även psykologiska, sociala och existentiella behov behöver tillgodoses. Besvärna påverkar både personen som drabbas och de närståendes vardag och livskvalitet. To-

talt tillkommer omkring 1 600 nya sjukdomsfall årligen i den norra regionen som omfattar fyra landsting/regioner med tillsammans tolv sjukhus. Det finns ungefär 23 500 personer i regionen som idag överlevt cancerbehandling inom de aktuella diagnoserna och som kan ha åsamkats olika typer av besvär. Hur många av dessa som önskar stöd och hjälp är inte undersökt.

### REGIONAL REHABILITERINGS-MDK

Grundläggande rehabilitering ska kunna erbjudas lokalt, i första hand på den egna kliniken eller sjukhuset. För att underlätta bedömningen av behoven har en konkret nivåstrukturering av rehabiliteringsinsatserna utarbetats. Tänkbara rehabiliteringsinsatser har placerats in i det vi kallar rehabpyramidens fyra nivåer (se bild). Gränserna kan av naturliga skäl vara flytande beroende på lokala skillnader beträffande kompetens och resurser.

Vid särskilda eller avancerade behov som inte kan tillgodoses lokalt ska patienten remitteras till regional MDK-rehab. Den multidisciplinära konferensen utgår från Cancercentrum vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå varannan vecka och vidare via video-uppkoppling ut i regionen. Remiss skickas med uppgifter enligt en utarbetad remissmall och en ifylld så kallad Distresstermometer (se faktaruta). Den regionala rehabiliteringskoordinatoren förbereder rondan och kallar de kompetenser som behövs för respektive patient – i samråd med rondordföranden som är gyn- eller kolorektalkirurg. Strävan är att patienterna ska få rehabiliteringsinsatser vid närmsta sjukhus i den mån kompetens finns att tillgå. I första hand medverkar rehabiliteringskompetenser från patientens hemortssjukhus. Rondan gör sedan en samlad bedömning av den aktuella patientens besvär och behov och skriver ett förslag på rehabiliteringsplan. Kontaktsjuksköterskan informerar patient/närstående om rondans bedömning och erbjuder rehabiliteringsinsatser enligt planen.

### KOMPLEXA OCH SVÅRA BESVÄR

Den första konferensen hölls i mitten av oktober 2017. Remissinflödet har än så länge varit lågt i förhållande till befintliga resurser, en utveckling av rondan förväntas ske efter hand. De ärenden som hittills varit aktuella har varit komplexa med flera olika typer av svåra besvär. De långvariga besvärerna orsakar patienterna stort lidande och nedsatt livskvalitet. Vikten av att kontinuerligt fråga patienten om besvär och behovet av att samordna rehabiliteringsresurserna har visats tydligt sedan införandet av MDK-rehab och fall där patienter ”fallit mellan stolarna” har framkommit.

Alla professioner har ansvar för att erbjuda rehabilitering – våga fråga, använda Distresstermometern och remittera till MDK-rehab.

Remiss kan skrivas av den som identifierar besvär hos en patient, vanligast är att kontaktsjuksköterska eller läkare skriver remiss. De personer som lever



Projektledare Anette Lundqvist, till vänster, och rehabiliteringskoordinator Åsa Sandström arbetar för bättre rehabilitering av patienter med bäckencancer inom RCC Norr.

med besvär efter cancerbehandling och önskar stöd och hjälp uppmuntras till kontakt med den sjukhusklinik där cancerbehandlingen genomfördes. Söker personer hjälp i primärvården skickas remiss från hälsocentralen till berörd sjukhusklinik.

Kontaktsjuksköterskan har det övergripande ansvaret för att identifiera patientens behov av rehabilitering under

hela vårdkedjan och för att ge patienten ett grundläggande stöd. Grunden för en framgångsrik rehabilitering är att patienternas besvär och behov uppmärksammas på ett strukturerat sätt. Det är inte säkert att patienten själv tar upp besvären utan vårdgivaren måste fråga. Här har kontaktsjuksköterskan en nyckelroll och användandet av screeninginstrumentet Distresstermome-

tern rekommenderas för att identifiera de besvär patienten har och önskar få hjälp med. Dokumentationen ska göras i ”Min vårdplan” och patienten sedan erbjudas rehabiliteringsinsatser utifrån sina behov. Regionens kliniker och diagnosprocesser har kommit olika långt med införandet av det här arbets sättet.



## MODELL OCH ARBETSSÄTT

Det är patienternas symtom och besvär som ska styra rehabiliteringsinsatserna, inte ursprungsdiagnosen. Vi eftersträvar en helhetssyn som innebär att kompetensen inte behöver vara klinikbunden utan insatserna ska på alla nivåer kunna gå över klinikgränserna. Arbetsättet med samsyn och öppenhet inom organisationerna upplevs som delvis nytt och tar tid att implementera.

Den modell som har utarbetats innebär att befintliga kompetenser

inom bäckenrehabilitering bildar lokala nätverk med kontaktpersoner för varje region/landsting. Nätverket inom sitt/sina egna sjukhus utgör stöd för professionerna. Det är även ett forum för samråd, att lära oss av varandra kring olika fall och olika former av rehabiliteringsinsatser. Kontaktpersonerna, projektledaren och rehabiliteringskoordinatören utgör det regionala nätverket som möts via video varje månad då angelägna frågor som rör regionen diskuteras.

## LÄGESRAPPORTEN VISADE PÅ BEHOVET AV KONTINUERLIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Den lägesrapport för regionen som gjordes 2016 visade att bäckenrehabiliteringens utformning varierade beroende på regionernas och landstingens olika förutsättningar och organisationer, något som i hög grad påverkat omhändertagandet inom de olika diagnosprocesserna. Kompetensen har använts på ett ostrukturerat och fragmenterat sätt och detta är fortfarande en utmaning. Samtliga befintliga kompetenser och resurser inventerades i den kartläggning som ligger till grund för de lokala nätverk som nu kan samnyttja funktioner och kompetenser inom de olika diagnosprocesserna.

Här behövs ett kontinuerligt arbete för att förutse vilka funktioner som behöver förstärkas och även identifiera behov av kompetensutveckling. Vi kunde konstatera kompetensbrister inom området sexologi. En grundläggande distansutbildning har genomförts där två personer från varje landsting har erbjudits att delta på RCC Norrs bekostnad. En nyhet inom regionen är också att en sexologisk mottagning har öppnats för alla patienter inom region Norrbotten.

## DISTRESSTERMOMETER – ETT HJÄLPMEDEL

Den så kallade distresstermometern är ett hjälpmedel för att bedöma och kartlägga rehabiliteringsbehov vid cancersjukdom. Formuläret innehåller olika områden som ofta upplevs som problematiska i samband med cancersjukdom. Det är tänkt som ett hjälpmedel att användas under samtalet för att bedöma patientens eventuella behov av rehabiliterande insatser. Uppgifterna handlar om patientens upplevelser från den senaste veckan, inklusive idag. Patienten kan antingen ha med sig sitt formulär färdigifyllt till mottagningen eller få hjälp att fylla i det på plats på mottagningen.

Distress definieras som "en multi-faktoriell obehaglig, emotionell upplevelse av psykologisk (kognitiv, beteendemässig eller känslomässig), social och/eller andlig natur som kan försämra möjligheten att hantera cancersjukdomen, dess fysiska symtom och dess behandling." Då det inte finns någon svensk direktöversättning av begreppet distress brukar det användas som ett samlingsbegrepp för känslomässiga reaktioner av varierande grad.

ANETTE LUNDQVIST, PROJEKTLEDARE RCC,  
ANETTE.LUNDQVIST@VLL.SE



ÅSA SANDSTRÖM, REHABILITERINGSKOORDINATOR,  
ASA.SANDSTROM@VLL.SE

