



# Rehabilitering

Antalet cancerpatienter och överlevare kommer att öka kraftigt under de närmaste decennierna. Det är i grunden positivt, men ställer samtidigt stora krav på uppföljning och rehabilitering under lång tid. För att bemöta detta krävs ett tätare samarbete mellan specialistvård och primärvård samt vårdprocesser som tar hänsyn till sena effekter av cancer, till exempel inkontinens och lymfödem.

- 
- 84** Ökat behov av rehabilitering – är Sverige redo?
  - 90** Primärvård arm i arm med specialistvård
  - 94** Delade erfarenheter ger styrka på vägen tillbaka
-

## Ökat behov av rehabilitering – är Sverige redo?

Allt fler kommer att få cancer. Allt fler kommer att överleva cancer. Detta är ofrånkomliga fakta. Men är sjukvården redo för följderna?

Minst var tredje person i Sverige kommer att drabbas av en cancersjukdom någon gång under sin livstid. Den färskaste cancerstatistiken, med patienter registrerade år 2015, visar att 61 100 personer i Sverige fick ett cancerbesked detta år. Sammanlagt lever cirka 500 000 personer i landet som har eller har haft någon form av cancersjukdom – en population som motsvarar tårtorten Göteborg.

Dessa siffror klättrar stadigt uppåt och den brittiska systerorganisationen Cancer Research UK har, baserat på en stor inhemsk studie, börjat tala om att varannan person född 1960 eller senare kommer att få ett cancerbesked. Orsakerna är väl kända:

- Medellivslängden ökar kontinuerligt vilket gör att fler och fler hinner få ett cancerbesked. 1900-talets stadiga ökning fortsätter in i 2000-talet och planar inte ut de närmaste decennierna. Om 40–50 år beräknas medellivslängden att ligga på 89/87 år för kvinnor respektive män – att jämföra med dagens siffror på 84/80 år.
- Den så kallade västerländska livsstilen med högt kaloriintag och mycket stillasittande. Enligt statistiska beräkningar skulle cancerfallen kunna minska med cirka 30 procent om hela befolkningen

levde hälsosamt. Exempelvis genom att inte röka, undvika eller dricka måttligt med alkohol, äta en hälsosam kost, hålla en normal vikt, vara fysiskt aktiva samt vistas i solen med försiktighet.

- Cancerforskningen utvecklar nya metoder och verktyg. Diagnostik och behandling förbättras ständigt, och med framgångsrik behandling kommer fler och fler att leva vidare efter en cancerdiagnos. Gruppen omfattar allt från personer som är helt botade, till personer som befinner sig under intensiv behandling. En växande del i gruppen är ”kroniskt cancersjuka” som behandlas med det som ibland kallas bromsmediciner för cancer, det vill säga läkemedel som kan förlänga överlevnaden, men inte botar.

### Kluven bild

Till stor del påverkas statistiken för insjuknande i cancer även av framsteg inom andra medicinska områden. När läkarvetenskapen blir allt bättre på att undanröja förtida död i till exempel hjärtinfarkt, stroke och diabeteskomplikationer blir det till slut cellernas förmåga att upprätthålla en korrekt avläsning av arvsmassan och styra sin delning, som definierar vår biologiska livslängd.



I dag lever cirka 500 000 personer i Sverige som haft eller har en cancerdiagnos. Det omfattar alla från nyss insjuknade, helt botade till kroniskt sjuka.



## Rehabiliteringsrådet (SOU 2011:15)

”Den ökade cancerincidensen och prevalensen medför en gradvis ny situation för cancer vården med fler patientuppföljningar, behov av mer utvecklade rehabiliteringsinsatser och stöd under längre perioder. Bättre behandlingar har förbättrat överlevnaden (cancer ses i allt högre grad som en kronisk sjukdom) men till priset av längre behandlingstider och i många fall mer långvariga och uttalade biverkningar vilket också bidrar till ett ökat behov av rehabiliteringsresurser.”

Bilden är med andra ord kluven. Å ena sidan är det fantastiskt att det görs medicinska framsteg i kampen mot folksjukdomarna. Å andra sidan håller just cancer på att växa sig till en av samhällets största utmaningar. Det gäller inte bara behandling av själva tumören, utan även den utvidgade vården av fysisk och psykisk ohälsa hos cancerpatienter. Eftersom två av tre som drabbas av cancer överlever i tio år eller mer kommer behovet av rehabiliteringsinsatser att öka drastiskt i alla faser. Att cancerområdet ställs inför särskilda utmaningar uppmärksammades av Rehabiliteringsrådet (SOU 2011:15).

## Påfrestande behandling

Cancerbehandlingar tenderar att sätta djupa spår – fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Det talas ganska lite om hur läkarna tvingas behandla patienternas kroppar för att rädda liv – det kan handla om allt från att avlägsna ett bröst eller ett hudparti till omfattande hjärnkirurgi eller stora ingrepp i bäckenet där urinblåsa, reproduktionsorgan och en stor del av tarmsystemet avlägsnas. Även åtgärder som framstår som mycket begränsade kan ge svåra konsekvenser, till exempel avlägsnandet av lymfkörtlar vilket kan ge lymfödem som kan leda till funktionsnedsättning och social stigmatisering. Inte minst påverkas många patienter av att ha fått en potentiellt dödlig diagnos, vilket gör att de under lång tid framöver känner existentiell oro och rädsla för återfall.

## Egna initiativ

Men det är inte bara den ökade överlevnaden som skapar större krav på cancerrehabiliteringen inom svensk cancervård. För varje år som går förväntar sig medborgarna en allt bättre sjukvård. Något som har sitt stöd i Hälso- och sjukvårdslagen som säger att ”inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”. Här skulle man kunna tala om tre faser: Gårdagen, samtiden och framtiden.

## Gårdagen: ”Var nöjd med att du överlevde!”

Går man tillräckligt långt tillbaka i tiden var cancerrehabilitering till stor del en perifer

verksamhet som bara blev aktuell om det förelåg svårt lidande eller stark funktionsnedsättning.

## Samtiden: ”Återkom till sjukvården om du har problem!”

Detta är den fas som svensk cancervård har befunnit sig i de senaste decennierna. Rehabilitering har funnits på agendan och det har funnits bra verksamheter. Men den har knappast funnits tillgänglig för alla som skulle behöva den, och vårdens engagemang har styrts av patienternas egna initiativ. Det har lett till en ojämlig vård och till att alltför få har fått tillgång till adekvat rehabilitering.

## Framtiden: ”Rehabilitering är en viktig och integrerad del av din individuella vårdplan.”

Detta är den fas Sveriges cancervård är på väg in i, om än med små steg. Färdplanen är redan klar i form av ett Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering, vars första version publicerades 2014. Programmet bygger på ett integrerat synsätt där rehabiliteringen ingår i den individuella, skriftliga vårdplanen med återkommande bedömning av rehabiliteringsbehovet.

Ett modernt synsätt på rehabilitering kan sammanfattas såhär:

- Rehabilitering ska bedrivas integrerat under hela behandlingsförloppet och fortsätta efter avslutad behandling. Man talar till och med om ”prehab” – att man sätter i gång både planering och åtgärder före behandlingsinsatser.
- Behovet ska bedömas regelbundet enligt en förutbestämd plan och varje individs rehabilitering ska skraddarsys.
- Behovet ska styra insatserna; resurserna ska användas där de gör mest nytta.
- Verksamheten ska bygga på ett multiprofessionellt samarbete som innefattar ett flertal yrkesgrupper: Läkare, sjuksköterskor, psykologer, fysioterapeuter, kuratorer, arbetsterapeuter, dietister, logoped, sexologer, självvårdare med flera.



Cancer och dess behandlingar kan på olika sätt påverka fortplantningsförmågan negativt.

## Sena effekter av cancerbehandling

Cancer i sig innebär en påfrestning på kroppen, men så gör ofta även de komplicerade vårdinsatser som krävs för att avlägsna cancertumörer och återställa kroppsfunktionerna. Biverkningarna är av vitt skilda typer och i många fall omfattande. Att överleva cancer innebär för många patienter att de sätter ner en sjukdomsörda, och tar upp en annan.

Ibland upplevs behandlingen till och med som värre än själva sjukdomen. Tumören har kanske växt i tysthet, men när den väl har upptäckts sätter sjukvården till alla klutar; livskvaliteten blir andra prioritet när livet står på spel. Efter kirurgi, strålbehandling och cytostatikabehandling tillsammans med en känslomässig bergochdalbana kan patienten till slut känna sig helt utmattad.

Detta uppslag beskriver ett urval av de fysiska och psykiska komplikationer som kan drabba cancerpatienter. Översikten är på inga sätt komplett, utan syftar till att visa hur allvarliga och mångfacetterade dessa problem är.

### Hormonella problem

Både vid bröst- och prostatacancer används preparat som blockerar könshormonernas effekt hos kvinnor respektive män. Syftet kan vara att förhindra tumörtillväxt och lindra symtom. Samtidigt är risken stor för biverkningar. Kvinnor kan drabbas av klimakterieliknande problem, till exempel sömnproblem. Män kan drabbas av liknande problem samt impotens. Hos båda könen är det vanligt med nedsatt sexuell lust och nedstämdhet. Det är viktigt att inse att det inte rör sig om några tillfälliga behandlingar: en typisk hormonell behandling i samband med bröstcancer – till exempel med tamoxifen – kan vara så länge som fem till tio år.

### Inkontinens och trängningar

Urin- och avföringsinkontinens är vanligt hos både män och kvinnor som genomgått strålbehandling eller kirurgi i nedre

bäckenregionen. Det är inte ovanligt att dessa problem förvärras med åren. Hos patienter som fått strålbehandling mot nedre delen av buken leder skadorna på tarmvävnaden ibland till lös avföring och avföringsträngningar som är så kraftiga att det är omöjligt att hinna till toaletten. Det finns behandling för att mildra besvären, men bristen på tillgång till sådan behandling gör att många av dessa patienter ändå blir isolerade i hemmet.

### Tarmvred

Efter kirurgi och/eller strålbehandling i bukområdet är det inte ovanligt att tarmen påverkas så att den blir trängre och stelare. Detta skapar förutsättningar för att tarmvred uppstår – ett kramptillstånd utlöst av nedsatt passage i tunn- eller tjocktarmen. I sin mest akuta form är det mycket smärtsamt och kräver omedelbar sjukhusvård, i många fall operation. Ett mindre komplicerat men vanligare tillstånd av tarmvred kallas subileus och kan ofta hävas med vila och kramplösande läkemedel.

### Infertilitet

Cancer och dess behandlingar kan på olika sätt påverka fortplantningsförmågan negativt – allt från att testiklar eller äggstockar opereras bort till biverkningar av cytostatika- eller strålbehandling. I dag är det möjligt för män att spara sperma och för kvinnor att spara äggceller före cancerbehandlingen.

### Lymfödem

Lymfkörtlar avlägsnas ofta i samband med canceroperationer. Vid till exempel bröstcancer avlägsnas ofta en eller flera lymfkörtlar i armhålan. Detta och efterföljande strålbehandling kan leda till svår ödembildning med ansamling av stora mängder vätska i vävnaderna. Med hjälp av träning, så kallade kompressionsstrumpor och en speciell typ av massage kan besvären dämpas. I komplicerade fall kan operation krävas.



Modern cancerrehabilitering bygger på att varje patient bemöts utifrån sina egna, unika behov. Fysisk träning hjälper de flesta att må bättre.

### Fatigue

Det engelska ordet fatigue, utmattning, används ofta för att benämna den orkeslöshet som drabbar många cancerpatienter. Tröttheten är förlamande, både psykiskt och fysiskt, och att till exempel svara på mejl eller gå uppför en trappa kan kän-

nas som oöverstigliga uppgifter. Sömn och vila hjälper bara delvis, fysisk aktivitet bättre. Hos vissa canceröverlevare kvarstår denna förlamande trötthet, omöjlig att vila sig ur och som leder till brist på ork och initiativkraft i årtal.



### Definition av cancerrehabilitering


Det nationella vårdprogrammet använder en definition från Nordisk cancerunion:


”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.”


## Problem efter behandling av cancer i bäckenregionen

Resultat från forskningsstudier om specifika behandlingsåtgärder.


### KIRURGI


 Tarmproblem efter avlägsnande av del av tarmen vid ändtarmscancer.  
**1 av 3 patienter lider av avföringsläckage.**  
(Källa: Emmertsen KJ et al, 2012)


 Urininkontinens efter robotkirurgi vid prostatacancer.  
**1 av 5 män lider av urininkontinens.**  
(Källa: Haglind E et al, 2015)

 Sexuell dysfunktion efter robotkirurgi vid prostatacancer.  
**7 av 10 män upplever sexuell dysfunktion.**  
(Källa: Haglind E et al, 2015)

### STRÅLBEHANDLING

 Tarmproblem efter strålning mot bäckenet.  
**1 av 2 patienter lider av avföringsläckage minst en gång i veckan.**  
(Källa: Sunesen KG et al, 2015)

 Urininkontinens bland kvinnor efter strålning mot bäckenet.  
**1 av 2 kvinnor lider av urininkontinens.**  
(Källa: Katepratoom C et al, 2014)

 Sexuell dysfunktion efter strålbehandling vid livmoderhalscancer.  
**3 av 5 kvinnor upplever sexuell dysfunktion.**  
(Källa: Grover S et al, 2012)

# Primärvård arm i arm med specialistvård

För att ta hand om sena effekter av cancer och cancerbehandling krävs framförhållning, kunskapsinhämtning och ett utvecklat samarbete mellan specialistvård och primärvård.



Forskningen inom cancerrehabiliteringsområdet befinner sig till stor del i sin linda.

Att överleva cancer kan vara som att återvända från ett krig eller en naturkatastrof. Alla som överlevt bär på ett tungt bagage, fysiskt och psykiskt. Många har blivit av med delar av sin kropp. På de flesta kan man inte se vad de har gått igenom eftersom de bär det inom sig – eller kanske under kläderna om det handlar om till exempel stomipåsar, blöjor eller kompressionsstrumpor.

Canceröverlevare finns bland oss, här och nu, och de kommer bara att bli fler och fler. För att bemöta de kraftigt ökade rehabiliteringsbehoven för cancerpatienter på lång sikt krävs en övergripande strategi med fyra delar:

1. Ett proaktivt tankesätt.
2. Effektivare kunskapsinhämtning och utveckling.
3. Tätare samarbete mellan specialistvård och primärsjukvård.
4. Engagemang av patienter och närstående.

## Ett proaktivt tankesätt

Ett tankesätt behöver introduceras i sjukvården där varje grupp av cancerpatienter också motsvarar ett framtida rehabiliteringsbehov som kan förutses, planeras och hanteras. I den bästa av världar hade man exakt kunnat förutsäga att "ett års cancerinsjuknande motsvarar X stycken framtida behandlingar av tarmvred, Y stycken sessioner av kuratorskontakt..." och så vidare. I verkligheten är det ofta bara

möjligt att göra en uppskattning eftersom det är svårt att peka ut ett entydigt, kausalt samband för många långsiktiga komplikationer, inte minst multifaktoriella problem av typen depression eller ofrivillig barnlöshet. En speciell grupp är personer som har haft cancer under barndomen – här kan den tuffa behandlingen skapa problem med tillväxt, hormoner, fertilitet och kognition, samt även sekundär cancer. En annan grupp som kräver speciellt omhändertagande är personer med fler diagnoser än cancer, så kallade multisjuka personer.

## Data går förlorad

Traditionellt sett har verksamheten inom Sveriges sjukvård ofta inte haft mer överblick än "en remiss bort" – om man över huvud taget har bekymrat sig om att få in återkoppling om hur det går för patienten. Detta håller på att förbättras, men fortfarande är det så att mycket data kan gå förlorad i vårt fragmenterade vårdssystem. Forskningen inom cancerrehabiliteringsområdet befinner sig till stor del i sin linda. Därför saknas ofta systematiserad kunskap om hur det går för canceröverlevare och hur deras vårdbehov ser ut två år, fem år, tio år efter cancerbehandlingen.

Denna brist på kunskap omfattar även kostnaderna. Den hälsoekonomiska forskningen inom området är mycket knapp, men en studie publicerad 2013 i tidskriften *Psycho-Oncology* visade att insatser som faller under rehabilitering kan sänka de totala kostnaderna. Den sammanlagda

vårdkostnaden blev 50 000 kronor lägre för bröstcancerpatienter som fick samtalsstöd av psykolog eller sjuksköterska, medan insatsen som sådan endast kostade en tiondel av detta belopp. Det går att ta fram vissa data via SKL:s så kallade KPP-databas, "Kostnad per patient", vilken används för att ta fram kostnadsuppgifter för specialiserad somatisk vård och för psykiatri. Men eftersom det inte finns någon utvecklad praxis om huruvida cancer förs in som bi-diagnos vid sen rehabilitering är det svårt att få ut jämförbara och kompletta data.

## Tätare samarbete

Kulturellt och traditionellt har cancervården haft fokus på diagnos och behandling. I den helhetssyn på patienten som nu utvecklas ingår att uppmärksamma andra vårdprioriteringar av typen allmän daglig livsföring och livskvalitet. Uppgiften att efterfråga rehabiliteringsbehov och att slussa patienterna till primärvården eller andra delar av specialistvården måste utföras systematiskt och effektivt; rehabiliteringsplanering får inte bli ett Svarte Petter-spel där patienten utgör "någon annans ansvar".

Hur regeringens satsning på standardiserade vårdförlopp kommer att påverka uppföljande och sena rehabiliteringsinsatser är ännu svårt att säga. I den fas som satsningen befinner sig i är det tiden från "Välgrundad misstanke" till "Behandlingsstart" som följs upp på nationell nivå och inte den senare delen av vårdkedjan. Framför allt följs ledtider i vårdförloppet. Kontinuitet och bra information, områden som patienter skattar som mycket viktiga, följs däremot inte upp. I dokumenten finns dock avsnitt om "Om-vårdnad, rehabilitering och understödande vård".

Två pågående verksamheter som kan tjäna som förebilder när det gäller att effektivisera cancerrehabiliteringsverksamheten inom primärvården:

- I sjukvårdsdistrikten Kristianstad, Ystad och Hässleholm har man infört en rutin där en utvald sjuksköterska agerar lots inom primärvården och ser



Ett bättre samarbete mellan specialistvård och primärvård måste till om rehabiliteringen ska lyckas.

till att cancerpatienter som skrivs ut från specialistsjukvården får hjälp med uppföljande sjukvård och rehabiliteringsåtgärder.

- Den 1 januari 2016 öppnade Stockholms läns landsting ett center för rehabilitering av cancerpatienter. Centret är organiserat inom primärvården.

## Engagera närstående

För att fånga upp behovet av sen cancerrehabilitering på effektivaste sätt bör både primärvården och patienter och närstående engageras. Patientutbildning som ges i samband med primär behandling kan lätt falla i glömska. Patienter och närstående behöver därför ges repetitionsutbildning samt verktyg för självskärmning och återfallsprevention. Primärvården bör även identifiera vilka patienter som är proaktiva



Vistelse på ett rehabiliteringsinternat ska inte vara en isolerad insats utan en del i en större plan för rehabiliteringen.

och initiativtagande, och vilka som behöver stöd och uppföljning från sjukvården.

Digitaliseringen av samhället skapar stora möjligheter att använda internetbaserade verktyg för att hålla kontakt med patienterna på längre sikt, till exempel i form av en årlig elektronisk enkät.

Delar av dessa utmaningar kommer förhoppningsvis att tas itu med under ett projekt som initierades av Regionala cancercentrum i samverkan sommaren 2016, Rehabilitering vid cancer i bäckenet. Syftet är att undersöka hur man bättre kan hjälpa patienter som har genomgått behandling

av cancer i bäckenet och drabbats av till exempel urin- och avföringsproblem, nedsatt sexuell förmåga eller infertilitet. Dessa patienter utgör en grupp som ofta behöver stora rehabiliteringsinsatser för att få bästa möjliga livskvalitet. Den nationella arbetsgruppens uppdrag innebär ett stort kliv framåt för att systematisera och strukturera omhändertagandet av dem. En speciell verksamhet är också på väg att byggas upp i Stockholm för att samordna kompetens och resurser, inklusive högspecialiserad rehabiliteringspersonal av typen stomiterapeuter, proktologer och sexologer.

### REHABILITERINGSINTERNAT – EN RESURS SOM SKA ANVÄNDAS PÅ RÄTT SÄTT

På vissa platser i landet finns så kallade rehabiliteringsinternat, dit patienter kan remitteras. Välkända exempel är Lydiagården i Skåne, RehabCenter Mösseberg och RehabCenter Sfären i Solna. En typisk vistelse, som brukar vara cirka två veckor, omfattar ett individanpassat program med utbildning, fysisk träning och samtal – både enskilt och i grupp.

Det råder inget tvivel om att rehabiliteringsinternaten generellt är mycket uppskattade av deltagarna. Verksamheten har även ett brett stöd från landets patientorganisationer. Däremot råder det delade meningar om deras kostnadseffektivitet om man jämför med andra typer av interventioner. Till exempel visade en studie som publicerades 2012 att färre patienter visserligen upplevde ångestsymtom ett år efter avslutad vistelse, men att effekterna var obefintliga när det gällde livskvalitet, depression och sjukskrivning.

För att rehabiliteringsinternaten ska vara hälsoekonomiskt försvarbara är det viktigt att de inte är isolerade insatser. I stället ska de utgöra en del av den röda tråden i rehabiliteringsplanen, erbjudas de patienter som bedöms ha nytta av en vistelse samt följas upp efteråt. Är dessa kriterier uppfyllda kan de vara en värdefull behandlingsinsats.

### Cancerfonden anser:

- Att alla cancerpatienter ska, oavsett bostadsort, erbjudas behovsanpassad rehabilitering av hög kvalitet.
- Att alla cancerpatienter ska erbjudas en individuell vårdplan som inkluderar cancerrehabilitering.
- Att behoven av cancerrehabilitering behöver kartläggas, och fler hälsoekonomiska studier kring kostnader och vinster av satsningar på rehabilitering behöver göras.
- Att kunskapen om rehabilitering hos patienter och närstående behöver höjas och särskilda satsningar behövs för grupper i behov av extra stöd.
- Att rehabilitering ska mätas och följas upp genom öppna jämförelser.



### Ur standardiserat vårdförlopp för prostatacancer.

I samband med diagnosbeskedet ska patienten samtala med en kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskan ska:

- Ansvara för att "Min vårdplan" upprättas.
- Ansvara för att rehabiliteringen påbörjas.
- Erbjuda stödsamtal.
- Vid behov förmedla kontakt med kurator, psykolog eller psykiater.

## Delade erfarenheter ger styrka på vägen tillbaka

Vid Rehabcenter Sfären i Solna får cancerpatienter kunskap, inspiration och verktyg för att ta itu med "livet efter cancer". Bland det mest uppskattade är möjligheten att dela erfarenheter och tankar med andra cancerpatienter.



Våra besökare delar sina erfarenheter med både personal och andra patienter, exempelvis om behandlingar och om hur familjelivet påverkats.

Det finns cirka 200 olika cancerdiagnoser, och var och en av dem kan ge upphov till en flora av bekymmer – från inkontinens till relationsproblem. Lägg sedan till att personerna som drabbas är av olika kön och ålder och representerar olika personligheter, livsstilar och erfarenheter. Allt detta betyder att det är omöjligt att generalisera när det gäller cancerrehabilitering – alla patienter måste bemötas utifrån sina unika behov, med en verktygslåda av insatser.

Det är detta tankesätt som ligger till grund för den onkologiska rehabiliteringsverksamheten vid Rehabcenter Sfären. De ljusa lokalerna ligger omgivna av grönska och vatten i södra Bergshamra – inte så långt från Naturhistoriska riksmuseet. Centret drivs av den Göteborgsbaserade stiftelsen Bräcke diakoni som arbetar med utbildning, vård och omsorg på flera platser i landet.

– Onkologisk rehabilitering startade vi våren 2011, då som en del av Röda Korsets sjukhus, berättar Lotta Billgert, verksamhetschef och sjuksköterska. Bräcke diakoni tog över verksamheten 2014.

Arbets sättet är det som ibland kallas "cancerinternat", det vill säga fem eller tolv dagars vistelse på centret med ett program som bland annat innefattar fysisk aktivitet och information, kostråd samt gruppsamtal.

– Våra grupper är sammansatta av max åtta personer. Ibland omfattar de olika diagnoser, ibland är de sammansatta enligt ett tema, till exempel gynekologisk cancer eller huvud-halscancer, säger Lotta Billgert.

Varje grupp som vistas på Sfären representerar en unik skara människor och har sin egen dynamik. Programmet är uppbyggt enligt principen "hjälp till självhjälp". De fyra, fem punkterna per dag är början på något som varje deltagare kan utveckla vidare själv, så som avspännings-teknik, mindfulness och olika motionsformer. Möjligheten att tala om sina upplevelser går som en röd tråd genom vistelsen på Sfären.

– Det här samtalet pågår hela tiden. Våra besökare delar sina erfarenheter med både personal och andra patienter, exempelvis om behandlingar och om hur familjelivet påverkats. Det är oerhört angeläget för de flesta att prata med andra som har varit med om samma sak. Många av dem blir viktiga för varandra, även efter det att vistelsen här är över, säger Lotta Billgert.

### Kognitiva problem

En annan viktig sak är att höja den medicinska kunskapsnivån så att alla deltagare kan förstå sina egna reaktioner och avläsa tecken på problem på ett tidigt stadium.



På rehabiliteringscenter Sfären tränar och samtalar cancerpatienter i grupper. Det skapar en dynamik som visat sig fungera bra.

Sömnkvalitet är ett viktigt område, ett annat fatigue, det vill säga kronisk trötthet.

– Det här kan vara en riktig aha-upplevelse när de inser att kognitiva problem och dåligt minne är en del av reaktionen efter cancersjukdomen och inte ett tecken på att de håller på att bli glömska, säger Lotta Billgert.

Vistelserna på Sfären uppskattas mycket av de flesta deltagare. Märkligt nog är kän-

nedomen om vistelserna begränsad, även det faktum att de kan erbjudas kostnadsfritt – antingen finansierade av Stockholms läns landsting eller av CancerRehabFonden.

– Våra program passar naturligtvis inte alla, men det är många fler som skulle kunna komma hit. Det händer att vi har platser tomma och faktum är att vi egentligen har resurser för att ta in två grupper i månaden, i stället för – som nu – en i månaden.