

Idégenerering för förbättrad cancerrehabilitering

En underlagsrapport till slutrapporten
"Cancerrehabilitering – förslag till utveckling"

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-5-7949
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2022

Innehåll

Inledning.....	5
Concept mapping i korthet	5
Informanter	5
Tillvägagångsätt	7
Steg 1:.....	8
Steg 2:.....	8
Steg 3:.....	8
Steg 4:.....	8
Steg 5:.....	9
Resultat	10
Resultat från Värderingen av inkomna idéer.....	11
Ladder graphs	14
Referenser	18
Bilaga 1: Förslagets viktighet och genomförbarhet utifrån olika perspektiv	19

Inledning

Inom ramen för regeringsuppdraget om cancerrehabilitering har ett lärandeperspektiv antagits för att skapa en gemensam bild och ett gemensamt lärande mellan berörda parter. För att till uppdraget få en helhetsbild och bedömning av vilka områden som behöver utvecklas för att skapa en mer jämlik tillgång till cancerrehabilitering har en så kallad concept mapping metodik använts. I den här underlagsrapporten beskrivs metodiken och resultatet av denna del av utredningen i mer detalj. I slutrapporten för regeringsuppdraget ges en övergripande bild av denna del av utredningen och där skrivs även resultatet samman med övriga delar i utredningen.

Underlagsrapporten är tänkt att användas av de som arbetar med att utveckla cancerrehabilitering i verksamheter inom vård, omsorg, myndigheter, civilsamhälle och i samverkan mellan dessa organisationer och aktörer.

Concept mapping i korthet

Concept mapping är en väl beprövad metodik som via både kvalitativa och kvantitativa analyser ger en tydlig, visuell karta utifrån en frågeställning [1-3]. I arbetet har Socialstyrelsen samarbetat med Frida Smith, Katrín Ásta Gunnarsdóttir och Mikael Holtenman från RCC väst för att utnyttja del av deras kompetens kring metodiken som använts i flera publikationer [4, 5]. Metodiken är en stegvis datagenerering och analys, där deltagarna är aktiva medskapare i samtliga steg. Den enkät som används är ingen klassisk enkät med förbestämda frågor och svarsalternativ, utan innebär att deltagare lämnar idéer genom att komplettera en ofullständig mening utifrån sina erfarenheter av frågeställningen. Detta benämns som ett ”prompt” och ska till sin natur möjliggöra svar från flera olika perspektiv och riktningar.

Idéerna analyseras utifrån originalitet snarare än kvantitet, vilket innebär att alla unika idéer tas tillvara oberoende hur många gånger det nämnts. På så sätt fångas unika idéer och erfarenheter som annars lätt kan falla bort i analysen. I och med att de tillfrågade är aktivt delaktiga i de flesta analyssteg, blir undersökningen även direkt validerad av den frågeställningen berör.

Resultatet har därefter möjlighet att omsättas i verksamheterna; dels utifrån den visuella konceptkartan som visar på identifierade idékluster, dels utifrån den av deltagarna framtagna listan över de idéerna om utveckling och förbättring (sedda utifrån dess viktighet och genomförbarhet).

Betydelsen av cancerrehabilitering ur ett patientperspektiv ligger till grund för den frågeställning som den webbaserade idégenereringen berör.

Informanter

För att fånga olika ”röster” från personer som på ett ideellt och organiserat eller professionellt sätt arbetar med att förbättra och utveckla cancerrehabilitering i Sverige har fyra grupper identifierats: *”den organiserade patientens röst”*, *”den professionella vårdrösten”*, *”utveckling- och kunskapsrösten”*

samt ”rösten från ledning och styrning”. Genom att tillfråga dessa fyra perspektiv kan en möjlig heltäckande bild av vad som anses vara förutsättningar för en god och jämlik cancerrehabilitering över landet tas fram.

Den webbaserade idégenereringen efterfrågade erfarenheter från olika perspektiv och röster med mål om att identifiera förslag på utveckling och förbättring. De olika perspektiven beskrivs i tabell 1 nedan.

Tabell 1. Beskrivning av informanterna utifrån grupptillhörighet

Perspektiv – ”röst”	Beskrivning av perspektivet	Exempel
Patientens röst, den organiserade patientens röst	Den organiserade patientens röst från patientföreningar, förbund och nätverk för patienter och närstående. Patientråd och närståenderåd inom regionala cancercentrum.	Deltagare i Kraftens hus, Cancerkompisar, medlemmar i patientföreningar/förbund, Nätverket mot cancer/ gynekologisk cancer, patientföreträdare i RCCs patientråd och diagnosspecifika processer.
Professionella rösten (vård)	Verksamheter inom cancerrehabilitering och medicinsk rehabilitering. Ordinarie onkologisk verksamhet och olika nivåer inom hälso- och sjukvård och omsorg.	Olika professioner/teammedlemmar inom vård inom rehabiliteringsverksamhet, ordinarie cancervård, kontaktsjuksköterskor inom cancervården, medicinsk rehabilitering, teammedlemmar inom primärvård och kommunal hälso- och sjukvård (lymfteapeuter, kuratorer etc.)
Utveckling och kunskapsutveckling	Verksamheter sprungna ur Cancerstrategin (2009) och RCCs uppdrag. Kvalitetsutveckling inom regioner och nätverk och uppdrag som ska påskynda utveckling och ge kunskapsunderlag.	Olika professioner/teammedlemmar i primär- och kommunal hälso- och sjukvård, biståndshandläggare, utskrivningssjuksköterskor, rehabiliteringskoordinatorer. Processledare och processstöd inom RCC, regionens kvalitetsutvecklare, deltagare i vårdprogramarbete, SWEDPOS, Sjuksköterskor i cancervård, Nätverk för rehabiliterings-sjuksköterskor etc.
Ledning och styrning	Politik och verksamheter där besluten tas för utveckling, förändring och hållbarhet.	Olika personer inom ledningsfunktioner för sjukhus, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och rehabilitering (MAR), RCC chefer.

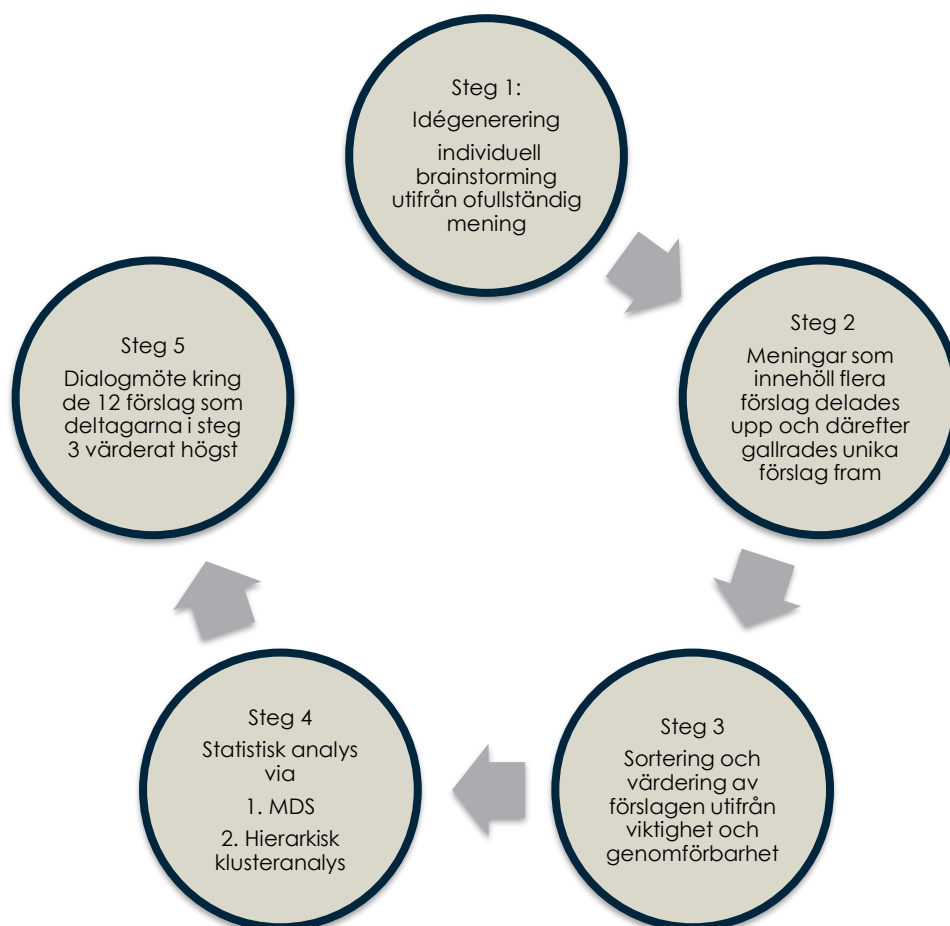
Tillvägagångssätt

Socialstyrelsens projektmedarbetare har tillsammans med personer med kunskaper inom system och förbättringsarbete tagit fram webbenkäten samt planerat för dess genomförande och analys. I ett första skede testades fem ofullständiga påståenden/prompts av deltagare i uppdragets expertgrupp. Efter feedback från denna grupp valdes ett prompt ut och testades av personer inom de olika perspektiven innan det fastställdes. Enkäten genomgick pilotundersökning av helheten före utskicket och förankrades hos SKR. Informanterna välkomnades att bidra med sina idéer för förbättrad cancerrehabilitering.

Dessförinnan hade de presumtiva deltagarna fått *information* om syftet med undersökningen och kontaktuppgifter till Socialstyrelsens projektledning om de hade frågor.

Vid samma tidpunkt kunde också deltagarna meddela om de också hade möjlighet/ville delta i två kommande workshops (individuell sortering; november 2021 och dialogmöte; december 2021).

Figur 1: Tillvägagångssätt vid genomförande av idégenerering



Steg 1:

Deltagarna fyllde i nedanstående påstående till begripliga meningar, minst två och som mest fem gånger: *"En god och jämlik cancerrehabilitering förutsätter..."*

Två demografiska variabler fanns därutöver med i svarslinken; erfarenheter i tid och i vilken/eller vilka nivåer de uppfattar sig verka. Deltagarna var till antal jämnt fördelade i de fyra grupperna som beskrivs i tabell 1. Ett följebrev och informationstext fanns med vid länken till webbenkäten om syfte och tidsåtgång mm. Därefter fick deltagarna förfrågan om deltagande i två efterföljande digitala workshops (steg tre och fem enligt nedan). Intresseanmälan lämnades via e-post till projektledaren.

Steg 2:

En för analysen sammansatt grupp med deltagare från Socialstyrelsen och projektets expertgrupp genomförde en första gallring för att få fram unika förslaget. Målet var att det i slutanalysen återstår max 100 svar att hantera. Vid gallringen kunde 67 unika idéer gallras fram.

Steg 3:

I den efterföljande digitala workshopen fick tidigare deltagare erbjudandet att sortera de i analysen gallrade idéerna. För detta ändamål användes sorteringsverktyg (Optimal Sort)¹. (Då insamlingen sker oidentifierat, är GDPR inte ett problem och inga avtal behövs, trots att programvaran kommer från tredje land (Nya Zeeland). Deltagarna blev också ombedda att värdera de kvarvarande förslagen utifrån viktighet och genomförbarhet. Detta görs i Socialstyrelsens enkätverktyg på en visuell analog skala mellan ett till sju (stigande grad viktighet och genomförbarhet). I detta steg blev deltagarna registrerade utifrån de tidigare beskrivna perspektiven (ett till fyra). Detta för att möjliggöra jämförelser av resultaten mellan de olika grupperna.

Workshopen genomfördes med ett halvdagsupplägg, där deltagarna också fick ytterligare information om regeringsuppdraget och projektets genomförande samt ett föredrag i anslutning till workshopen. Deltagarna erbjöds också att genomföra värderingssteget inom en vecka via svarslink.

Steg 4:

Svaren analyseras därefter statistiskt via en så kallad multidimensionell scaling (MDS) och med hierarkisk klusteranalys (HCA). För detta finns en särskild programvara/kod framtagen i statistikprogrammet "R". Resultatet av analysen ger en "karta" som visar vilka svar som finns och hur deltagarna i steg två har uppfattat att de kan grupperas. Förenklat kan man säga att MDS-algoritmen ger varje förslag en x- och y-koordinat utifrån samtliga sorterades individuella svar. Detta leder till att förslag som ofta sorterats tillsammans av enskilda personer hamnar nära varandra som punkter på en tvådimensionell

¹ Optimal Sort finns tillgängligt via licens <https://www.optimalworkshop.com>

bild och då motsvarande att det som är långt ifrån varandra sällan eller aldrig sorterats i samma grupp.

I den avslutande klusteranalysen tar analysgruppen ställning till minsta antal kluster som kan anses ge en samlad bild. En del av innehållet kan i detta steg uppfattas att behöva sammanföras med ett annat. Klustren namngavs slutligen utifrån de förslag som framkommit av deltagarna som gjort sorteringen (enkät två) utifrån det som ligger närmast mitten på klustret.

Analysen visar också hur deltagare med olika perspektiv och funktion i cancerrehabiliteringsprocessen har värderat hur viktiga och genomförbara förslagen är. Via en go-no-go-zon bild kan de förslag som hamnar i övre högra hörnet anses vara de som ska adresseras först, en topplista. Det går även att visuellt visa via stegdiagram hur de olika grupperna resonerat kring viktighet och genomförbarhet).

Data från sorteringssteget består av en matris där såväl rader som kolumner motsvarar de 67 unika idéerna som genererades i steg två där varje cell innehåller antalet gånger ett givet par av idéer har sorterats i samma grupp. Algoritmen Multidimensional Scaling (MDS) appliceras för att approximera sorteringsdatan som avstånd och tilldela idéerna koordinater i två dimensioner. På detta sätt tas en karta fram, där avståndet mellan idéer som ofta tycks höra ihop är litet och avståndet mellan idéer som sällan tycks höra ihop är stort. I MDS ger ett så kallat stressvärde en indikation av hur väl punkterna i två dimensioner representerar sorteringsdata. Ett stressvärde under ett gränsvärde för samma antal punkter i samma dimensioner tyder på att sannolikheten att sorteringen är godtycklig är lägre än en procent. I det aktuella fallet är det beräknade stressvärdet 0.259 vilket understiger det motsvarande gränsvärdet 0.381 för 67 punkter i två dimensioner vilket indikerar att sorteringen är strukturerad och inte slumpmässig.

Koncept eller teman identifieras i kartan med hjälp av hierarkisk klusteranalys (HCA). I teorin beräknas alla lösningar som är möjliga, det vill säga lösningar med allt från ett till 67 så kallade kluster. Målet är att underlätta tolkning av kartan samtidigt som idéernas innehåll representeras på ett meningsfullt sätt. En bra balans uppnås typiskt med fem till 15 kluster. Projektgruppen granskade dessa klusterlösningar i följd och tog fram sex identifierade kluster.

Steg 5:

Deltagarna i de olika målgrupperna (se urval) hade sedan tidigare inbjudits att delta i *steg fem*, dialogmötet. Dialogen hade 50 deltagare och genomfördes i december 2021. Vid detta dialogmöte utgick workshopen från de framtagna statistiska resultaten (kartorna, topplistan och stegdiagrammen).

Workshopen ledes av Socialstyrelsens projektgrupp och medarbetare i projektets expertgrupp. Syftet med denna dialog var att diskutera hur ideerna på topplistan kan utvecklas och förbättra cancerrehabilitering för patienten. Värdering av förslagets genomförbarhet och vem som ska ha ansvaret ingick också i workshopen.

Resultat

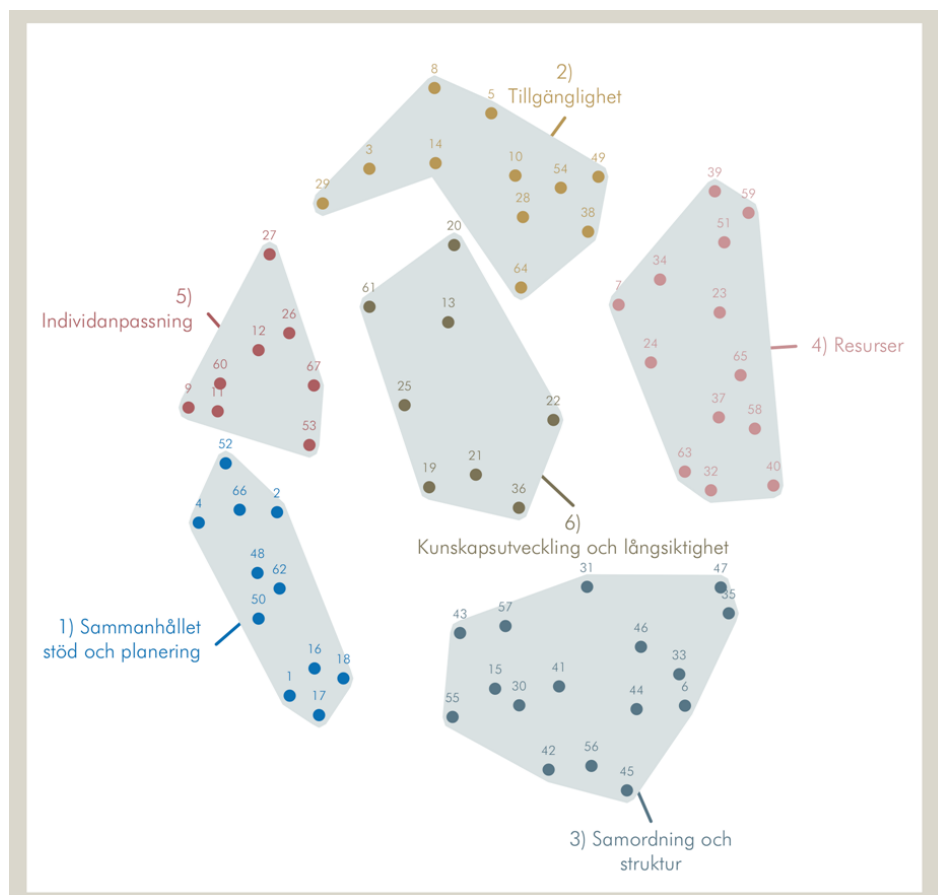
Vid den initiala idégenereringen i steg ett inkom 489 meningar som projektgruppen gick igenom och, i de fall där flera förslag ingick i samma mening, delade upp. Efter uppdelningen var det 537 förslag, varav 14 bedömdes vara out of scope för uppdragets frågeställning.

Tabell 2: Svarsfrekvens

Grupper	Antal utskick	Antal svar	Svarsfrekvens
Patientens röst	44	29	66 %
Professionella rösten	41	27	66 %
Kunskapsutveckling	45	36	80 %
Styrning/ledning	46	26	56 %
Totalt	176	118	67 %

Den slutgiltiga konceptkartan (*Concept Map*) med sex identifierade kluster ses i figur 3. Alla 67 idéer som var unika och ingick i kategoriseringen presenteras i bilaga 1, där finns också information om vilket kluster respektive förslag tillhör och hur de olika grupperna har värderat idéerna.

Figur 3: Konceptkarta med sex identifierade kluster



Resultat från Värderingen av inkomna idéer

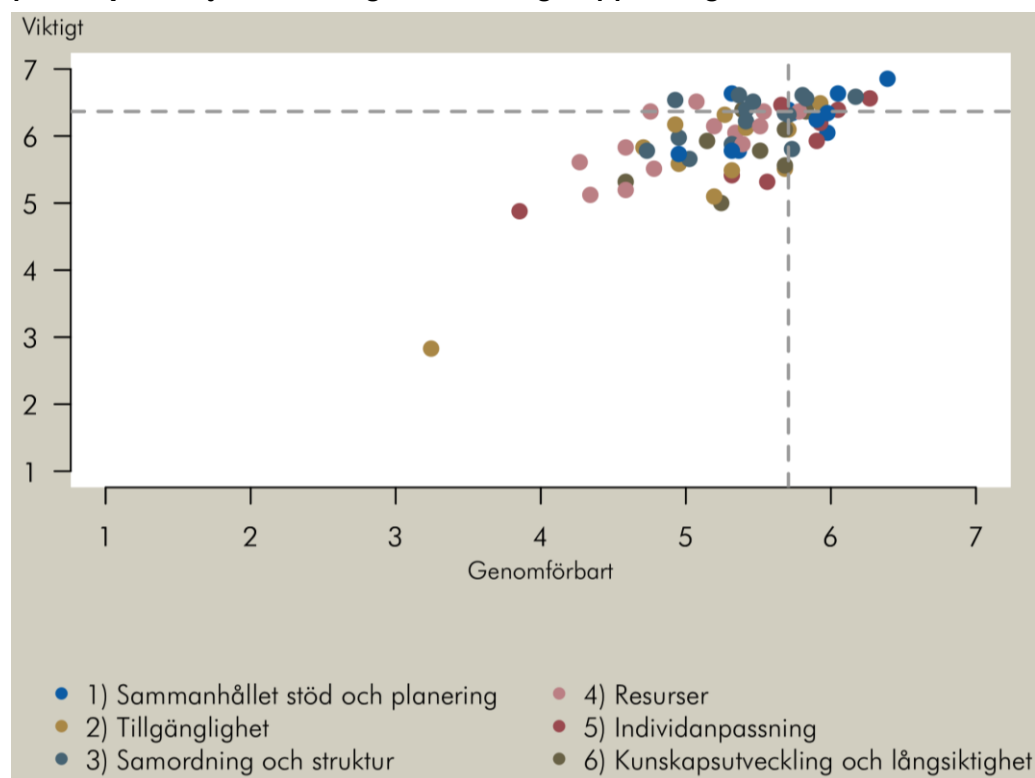
Tabell 4: Antal individer per intressentgrupp som deltagit i värderingen av idéer.

Grupp	n
Grupp 1 - Patientens röst	12
Grupp 2 - Professionella rösten	10
Grupp 3 - Kunskapsutveckling	13
Grupp 4 - Styrning/ledning	6
Totalt	41

Med hjälp av värderingsdata tilldelas varje idé en viktighets-score som är genomsnittet av värderingen för denna idé hos alla som svarat på frågan. På samma sätt blir genomförbarhets-scoren genomsnittet av värderingen av denna idé hos alla som svarat på frågan. Viktighets- och genomförbarhets-scores kan också beräknas för undergrupper, till exempel för att se hur en viss grupp av värderare bedömt förslagen.

Figur 4 visar genomsnittsskattningen av viktighet och genomförbarhet för de 67 idéerna. Fyrkanten överst till höger i figuren representerar de idéer som är bland de 30 % högst värderade utefter respektive skala och utgör en slags topplista (även kallad go-zone). De idéerna som har en genomsnittlig viktighetskattningen över 6,37 och genomförbarhetskattningen är över 5,71. En lista med de 12 idéerna på topplistan ses i tabell 5.

Figur 4: Relationen mellan genomförbarhet (på x-axeln) och viktighet (på y-axeln) för varje idé, med go-zonen längst uppe i högra hörnet

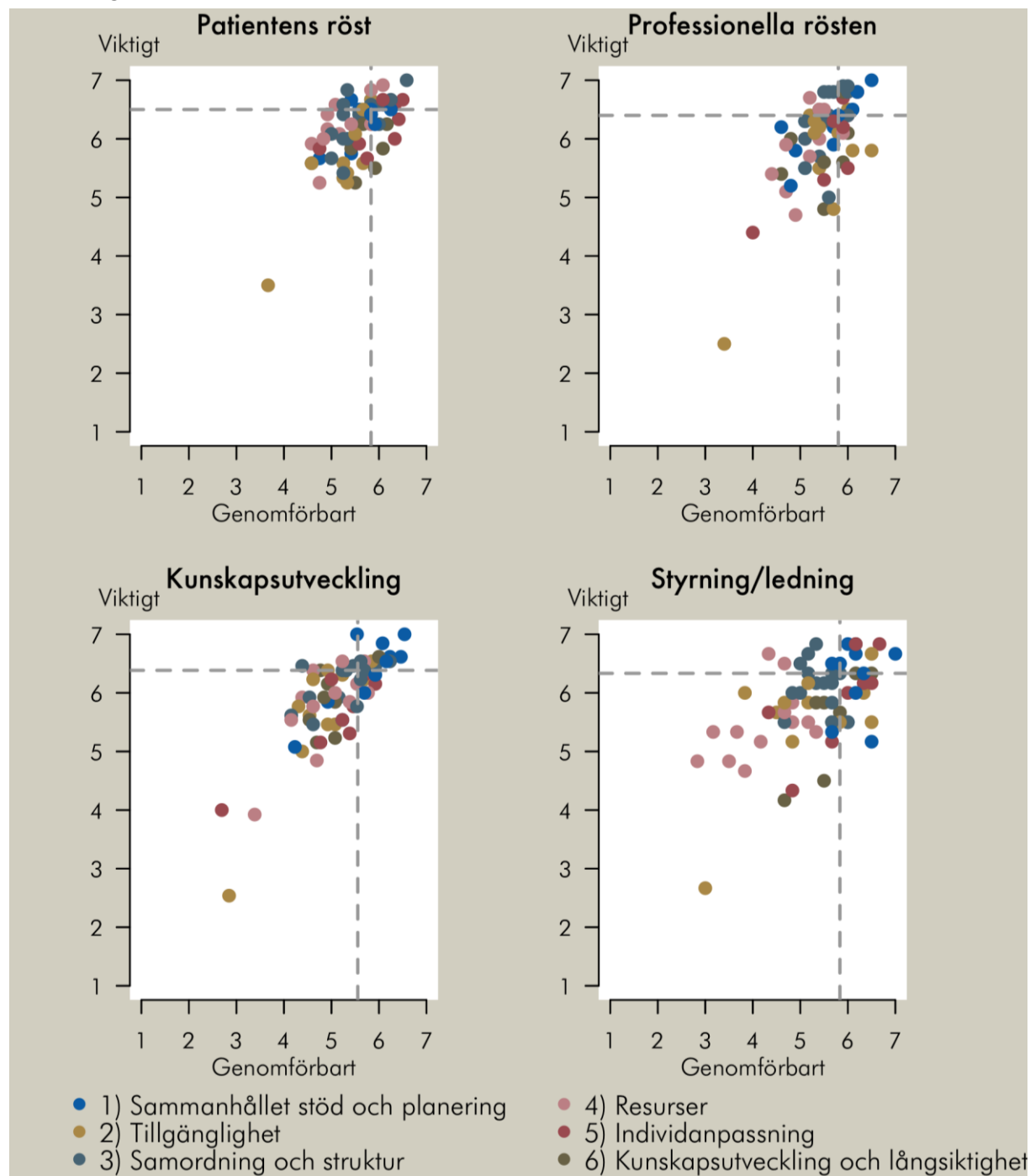


Tabell 5: Topplistan med de idéer som värderats som viktigast och mest genomförbara sammantaget från alla grupper

Kluster	Nr.	Idé (så som den formulerats av deltagarna)	Viktigt	Genomförbart
1) Sammanhållet stöd och planering	4	att rehabiliteringen planeras och utformas i samråd med patient	6.85	6.39
1) Sammanhållet stöd och planering	48	en tydlig rehabiliteringsplan för sjukskrivna cancerpatienter efter att deras behandling är avslutad	6.63	6.05
3) Samordning och struktur	42	verksamhetsöverskridande samverkan specifikt för rehabilitering, inte endast medicinsk vård	6.61	5.80
3) Samordning och struktur	15	att det finns rutiner för vem som ansvarar för behovsbedömning, cancerrehabiliteringsplan och dokumentation	6.59	6.17
5) Individanpassning	9	att patienten tidigt förstår att rehabilitering ingår i behandlingen och varför det är viktigt.	6.56	6.27
3) Samordning och struktur	57	att flera yrkeskategorier än arbetsterapeut och fysioterapeut inkluderas i rehabiliteringsmottagning	6.56	5.83
2) Tillgänglighet	10	att information om cancerrehabilitering finns tillgänglig i olika format och språk	6.49	5.93
3) Samordning och struktur	6	att cancerrehabilitering tas med i regionernas arbete med att utveckla nära vård	6.44	5.83
5) Individanpassning	12	att unga vuxna får anpassad och vetenskapligt korrekt information om sex, fertilitet och impotens vid cancer	6.39	6.05
1) Sammanhållet stöd och planering	16	att alla cancerpatienter får en kontaktsjuksköterska.	6.39	5.71
6) Kunskapsutveckling och långsiktighet	21	att cancerrehabiliteringsprocessen tydliggörs och integreras i de diagnosspecifika vårdförloppen.	6.37	5.83
4) Resurser	23	att det finns krav, direktiv och mål på nationell nivå	6.37	5.78

Figur 5 visar motsvarande genomsnittsskattningen av viktighet och genomförbarhet som i figur 4, men nu uppdelat efter de intressentgrupper som genomförde värderingen. För närmare granskning av värderingsdata redovisas alla idéerna i bilaga, tillsammans med information om vilket kluster idéen tillhör samt viktighets- och genomförbarhetsscore för idéen, såväl totalt, som för varje av de fyra intressentgrupperna. I bilagan är de idéer som ligger på topplistan (totalt eller för någon av intressentgrupperna) markerade med fet och kursiv stil.

Figur 5: Genomförbarhet och viktighet för varje förslag, värderat av respektive grupp av aktörer.



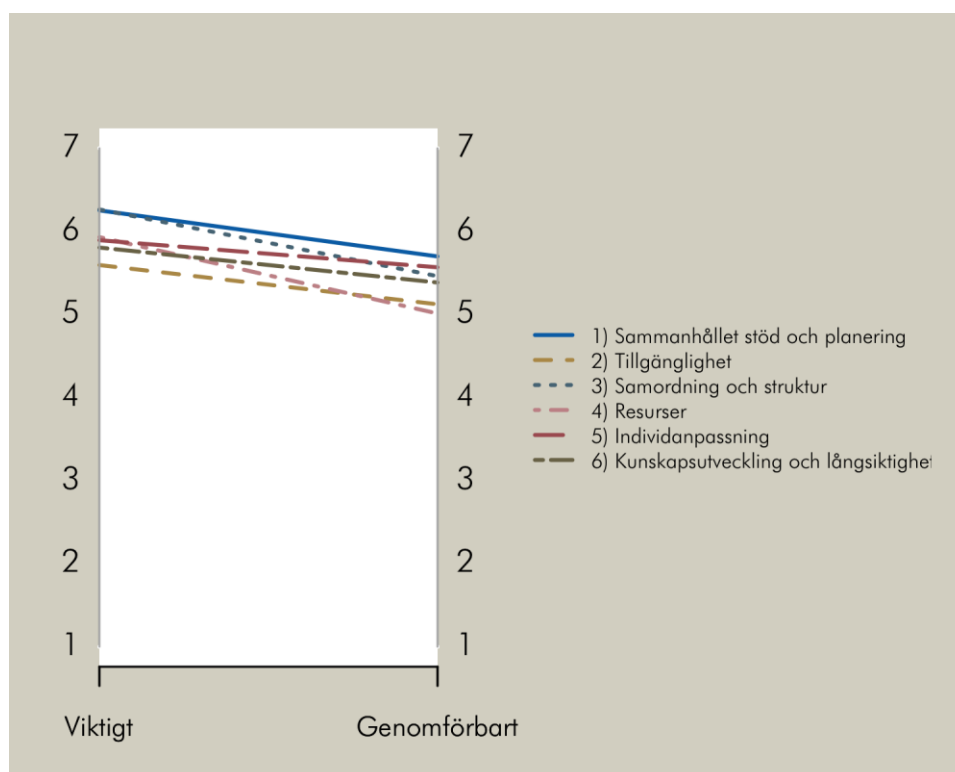
Ladder graphs

Slutligen presenteras värderingen som så kallade 'Ladder graphs' där parvisa jämförelser görs, till exempel:

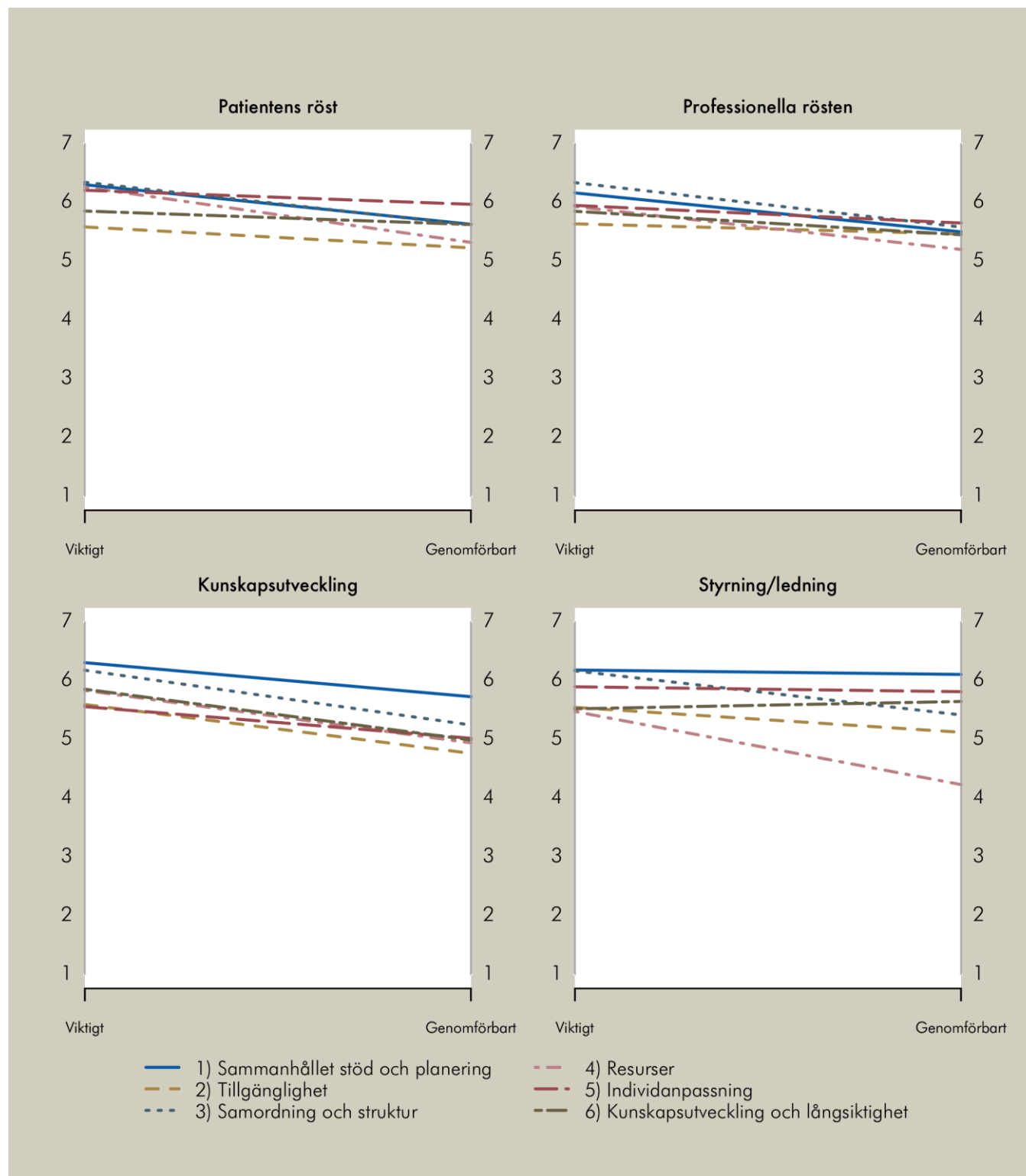
- övergripande skillnader eller likheter i värderingen av viktighet och genomförbarhet per kluster
- hur en enskild aktörsgrupps värdering av viktighet och genomförbarhet förhåller sig till varandra
- hur två olika aktörsgrupper bedömer viktigheten (eller genomförbarheten)

Figureerna kallas 'ladder graphs' då de liknar en stege och horisontella linjer indikerar att de två värderingarna som jämförs (höger och vänster axel) liknar varandra. Observera att även om det kan se ut som att det är skillnad mellan de två värderingarna som redovisas, är det inte likvärdigt med att en eventuell skillnad kan säkerställas statistiskt.

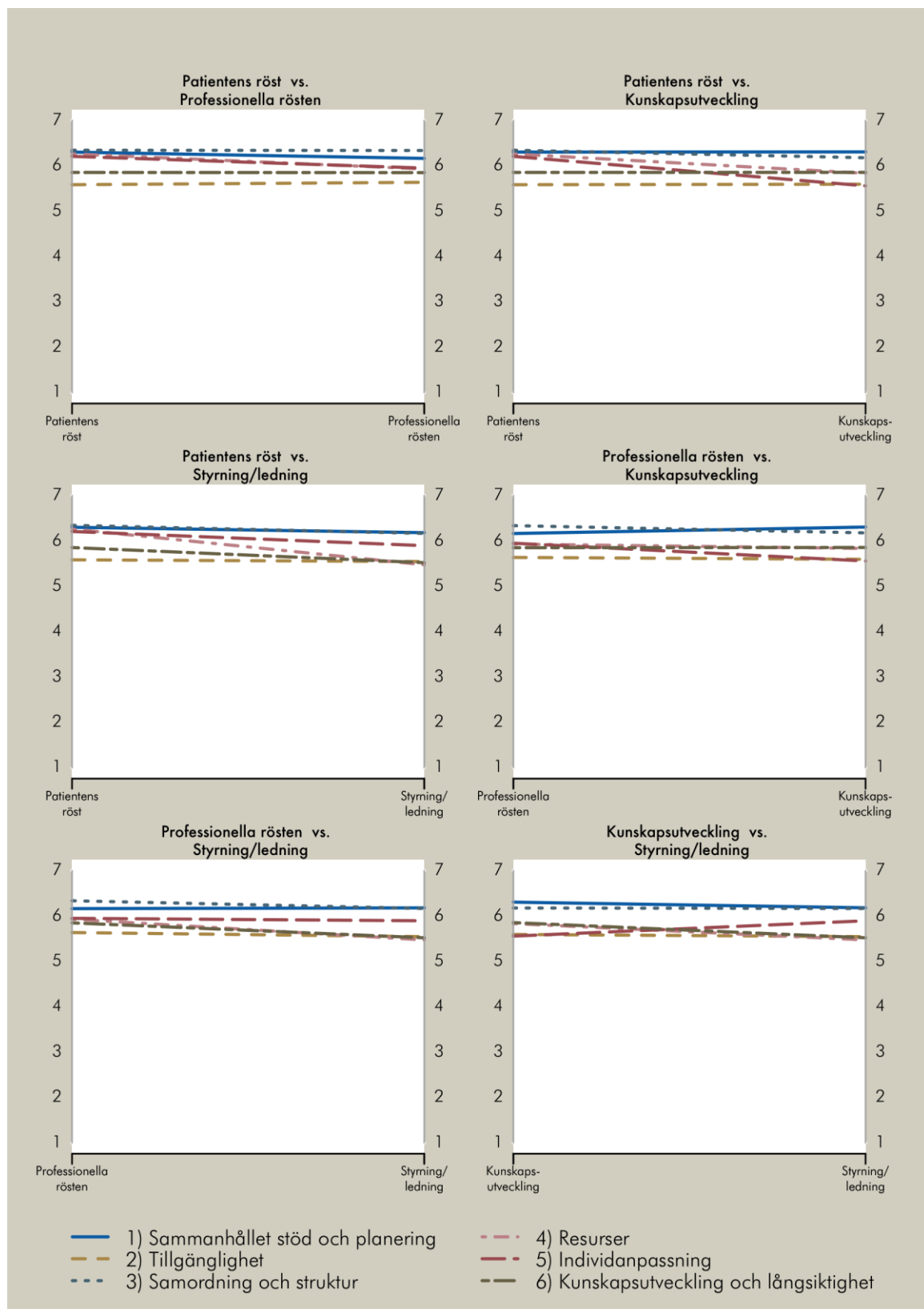
Figur 6: Genomsnittlig värdering av viktighet och genomförbarhet per kluster



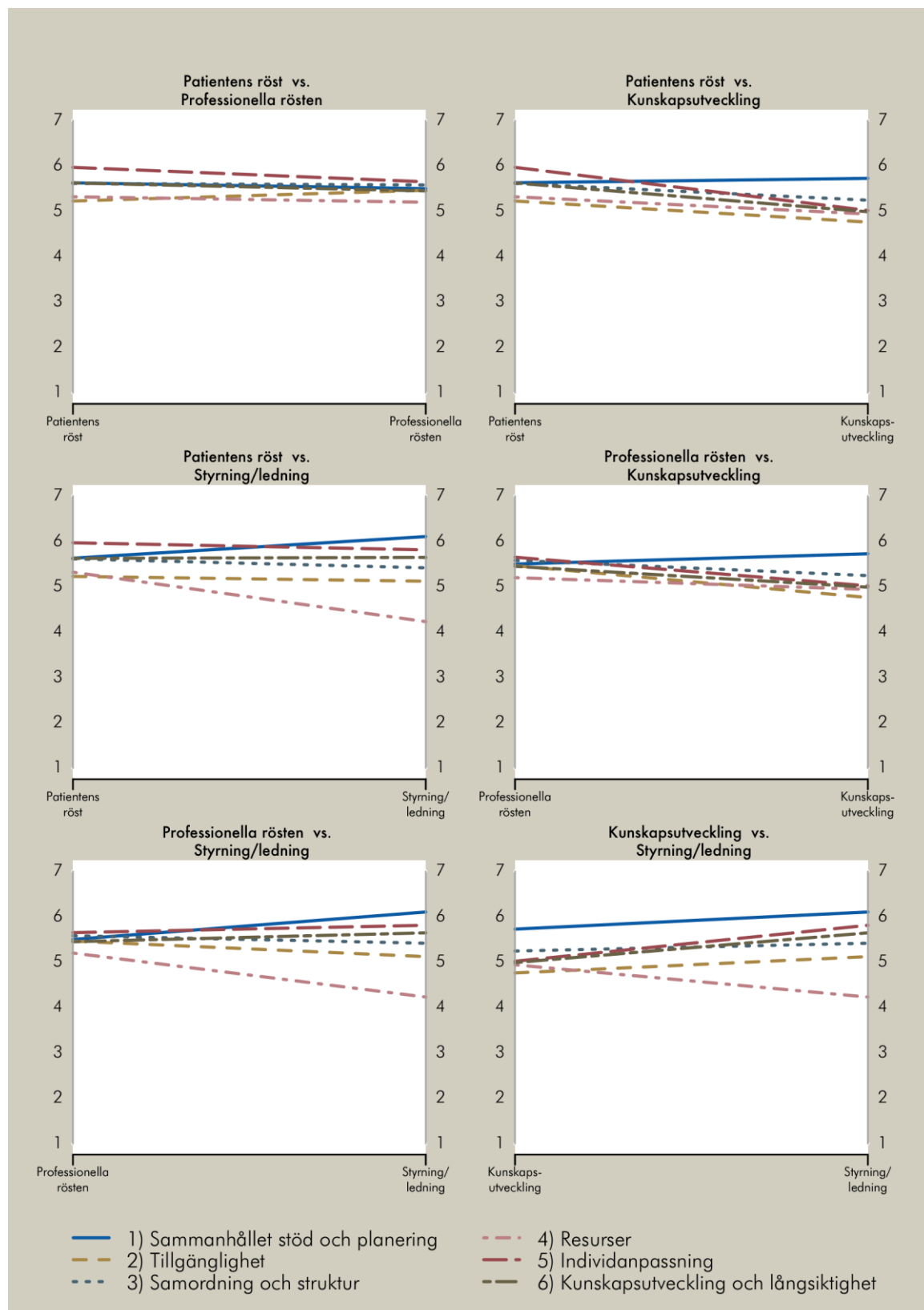
Figur 7: Jämförelse av värdering av viktighet och genomförbarhet för respektive grupp av aktörer



Figur 8: Parvis jämförelse av hur grupperna av aktörer har värderat viktighet



Figur 9: Parvis jämförelse av hur grupperna av aktörer har värderat genomförbarhet



Referenser

1. Kane M, Trochim WM. Concept mapping for planning and evaluation: SAGE publications Inc.; 2007.
2. Rosas S, Kane M. Quality and Rigor of the concept mapping methodology: A pooled study analysis. *Evaluation and Program Planning* 2012; 35 (2):236–45.
3. Sturrock K, Jorge R. A multidimensional scaling stress evaluation table. *Field Methods*. 2000; 12(February):49-60.
4. Smith F, Alexandersson P, Bergman B, Vaughn L, Hellström A. Fourteen years of quality improvement education in healthcare: a utilisation-focused evaluation using concept mapping. . *BMJ Open Qual* 2019 Dec; (13;8(4):e000795).
5. Smith F, Gunnarsdóttir K, Genell A, McLinden D, Vaughn L, Garelius H, et al. Evaluating the implementation and use of the regional cancer plan in Western Sweden through concept mapping. . *Int J Qual Health Care* 2019 Aug 1(31(7)):44-52.

Bilaga 1: Förslagens viktighet och genomförbarhet utifrån olika perspektiv

I tabell 3 presenteras alla förslag och vilket kluster de tillhör, samt viktighets- och genomförbarhetsscore, såväl totalt, som för varje av de fyra intressentgrupperna. Viktighets- och genomförbarhetsscoren markeras med fet och kursiv stil om idén ligger på topplistan för den aktuella gruppen.

Tabell 1: Allaldéer, de kluster som idéerna tillhör samt värderingsdata.

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
1	att kontaktsjuksköterskan har ett tydligt uppdrag med tidig och återkommande kartlägg- ning av patientens behov uti- från validerade bedömnings- verktyg.	1) Sammanhållet stöd och planering	6.34	5.73	6.50	5.58	6.30	5.10	6.62	6.23	5.50	6.00
2	ett hälsokattningsinstrument för inventering, planering och avstämning	1) Sammanhållet stöd och planering	6.05	5.98	5.75	5.42	6.20	5.70	6.62	6.46	5.17	6.50
3	digitala möjligheter till själv- skattning för att kunna identifi- era de med störst behov oav- sett diagnos.	2) Tillgänglighet	5.51	5.68	5.33	5.25	5.80	6.50	5.46	5.08	5.50	6.50
4	att rehabiliteringen planeras och utformas i samråd med patient	1) Sammanhållet stöd och planering	6.85	6.39	6.67	5.83	7.00	6.50	7.00	6.54	6.67	7.00
5	att det finns digitala verktyg för tex träning online och sam- talsgrupper så att alla patien- ter oavsett bostadsort får till- gång till rehabilitering	2) Tillgänglighet	6.10	5.71	5.58	5.67	6.50	6.00	6.31	5.23	6.00	6.33

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
6	att cancerrehabilitering tas med i regionernas arbete med att utveckla nära vård	3) Samordning och struktur	6.44	5.83	6.58	6.00	6.40	5.60	6.46	5.92	6.17	5.67
7	pengar och resurser till forsk- ning inom cancerrehabilitering	4) Resurser	6.05	5.34	6.08	5.17	6.20	5.40	6.15	5.54	5.50	5.17
8	riktad forskning och utveckl- ingsarbete av seneffekter och följsjukdomar efter onkologisk sjukdom och behandling.	2) Tillgänglighet	6.12	5.41	5.92	5.42	6.40	5.20	6.23	5.69	5.83	5.17
9	att patienten tidigt förstår att rehabilitering ingår i behand- lingen och varför det är viktigt.	5) Individanpass- ning	6.56	6.27	6.67	6.50	6.80	6.20	6.15	5.92	6.83	6.67
10	att information om cancerre- habilitering finns tillgänglig i olika format och språk	2) Tillgänglighet	6.49	5.93	6.67	5.83	6.10	5.80	6.54	5.85	6.67	6.50
11	att patienten tidigt får inform- ation om biverkningar och långtidseffekter och vad de ska hålla koll på och göra själva	5) Individanpass- ning	6.20	5.93	6.58	6.33	6.40	6.00	5.77	5.46	6.00	6.00

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
12	att unga vuxna får anpassad och vetenskapligt korrekt information om sex, fertilitet och impotens vid cancer	5) Individanpassning	6.39	6.05	6.33	6.42	6.70	5.90	6.31	5.69	6.17	6.33
13	att patienten kan se, helst visuellt, vilket rehabiliteringsutbud som finns i regionen.	6) Kunskapsutveckling och långsiktighet	5.56	5.68	5.83	6.08	5.60	5.90	5.23	5.08	5.67	5.83
14	att det finns digitala hjälpmedel som är integrerade med vårdens system för att följa olika symptom	2) Tillgänglighet	5.59	4.95	5.58	5.25	5.50	5.40	5.62	4.54	5.67	4.50
15	att det finns rutiner för vem som ansvarar för behovsbedömning, cancerrehabiliteringsplan och dokumentation	3) Samordning och struktur	6.59	6.17	7.00	6.58	6.80	5.70	6.54	6.23	5.50	6.00
16	att alla cancerpatienter får en kontaktsjuksköterska.	1) Sammanhållet stöd och planering	6.39	5.71	6.50	5.58	5.50	5.10	6.85	6.08	6.67	6.17
17	att kontaktsjuksköterskan har avsatt tid för att informera och stötta patient och närstående	1) Sammanhållet stöd och planering	6.63	5.32	6.67	5.42	6.20	4.60	7.00	5.54	6.50	5.83
18	en fortsatt utveckling av kontaktsjuksköterskans uppdrag	1) Sammanhållet stöd och planering	5.78	5.37	5.92	5.50	5.80	4.90	5.54	5.23	6.00	6.17

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Professionella rösten		Grupp 3 – Kunskapsutveckling		Grupp 4 - Styrning/ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerrehabilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
19	att arbetssätt är evidensbaserade	6) Kunskapsutveckling och långsiktighet	5.93	5.15	5.83	5.42	6.00	4.80	6.15	4.92	5.50	5.67
20	att arbetsgivare erbjuder utbildning och information om hur de kan bemöta och hjälpa till att rehabilitera cancerdrabbad medarbetare	6) Kunskapsutveckling och långsiktighet	5.32	4.59	5.58	4.58	5.40	4.60	5.54	4.54	4.17	4.67
21	att cancerrehabiliteringsprocessen tydliggörs och integreras i de diagnosspecifika vårdförloppen.	6) Kunskapsutveckling och långsiktighet	6.37	5.83	6.25	6.17	6.50	5.40	6.62	6.00	5.83	5.50
22	att det finns ett strukturerat omhändertagande av biverkningar och långtidseffekter i alla regioner	6) Kunskapsutveckling och långsiktighet	6.39	5.39	6.33	5.67	6.80	5.90	6.38	4.77	5.83	5.33
23	att det finns krav, direktiv och mål på nationell nivå	4) Resurser	6.37	5.78	6.92	6.08	6.30	5.80	6.38	5.69	5.33	5.33
24	stöd för implementering och uppföljning av nationellt vårdprogram	4) Resurser	6.37	5.54	6.50	5.83	6.50	5.40	6.54	5.69	5.50	4.83

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Professionella rösten		Grupp 3 – Kunskapsutveckling		Grupp 4 - Styrning/ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerrehabilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
25	utveckling av canceranpassade aktiviteter inom fysisk aktivitet på recept (FaR)	6) Kunskapsutveckling och långsiktighet	5.00	5.24	5.25	5.50	4.80	5.50	5.15	4.69	4.50	5.50
26	enhetlig standardiserad information om motion innan, under och efter behandling	5) Individanpassning	5.32	5.56	5.67	5.75	5.50	6.00	5.31	5.38	4.33	4.83
27	att unga vuxna erbjuds möjlighet att komma i kontakt med andra unga vuxna cancerdrabbade	5) Individanpassning	5.41	5.32	5.92	5.58	5.30	5.50	5.15	4.77	5.17	5.67
28	att alla får möjlighet till psykosocial cancerrehabilitering förlagd på ett internat	2) Tillgänglighet	2.83	3.24	3.50	3.67	2.50	3.40	2.54	2.85	2.67	3.00
29	en mötesplats för dig som har eller har haft cancer, är närstående eller vän	2) Tillgänglighet	5.10	5.20	5.25	5.33	4.80	5.70	5.00	4.38	5.50	5.83
30	att rehabilitering ges på bästa nivå - ibland regional, ibland nationell men oftast lokal.	3) Samordning och struktur	6.34	5.68	6.42	5.83	6.40	5.60	6.23	5.62	6.33	5.67

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
31	nivåstrukturering av advance- rade interventioner vid vissa svåra symtom och behov som bedöms vid en nationell multi- disciplinär konferens (MDK)	3) Samordning och struktur	5.88	5.32	6.00	5.25	5.70	5.40	5.92	5.15	5.83	5.67
32	att det finns ändamålsenliga lokaler att bedriva rehabilite- ring i	4) Resurser	5.20	4.59	5.25	4.75	5.90	4.70	4.85	4.69	4.67	3.83
33	ett tydliggörande av cancer- rehabiliteringsuppdrag inom primärvården och rehabmot- tagning.	3) Samordning och struktur	6.22	5.41	6.00	5.33	6.90	5.90	5.92	5.15	6.17	5.33
34	att det finns uppföljningar som tydliggör hur väl det nationella vårdprogrammet för cancer- rehabilitering efterföljs i alla regioner.	4) Resurser	6.15	5.51	6.83	5.83	5.70	5.20	6.00	5.77	5.83	4.83
35	ett tydligt ledningsansvar för rehabilitering - från förvalt- nings- och verksamhetsnivå till genomföraren	3) Samordning och struktur	6.51	5.46	6.42	5.58	6.80	5.50	6.46	5.46	6.33	5.17

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
36	att tidigare cancersjuka kan och får möjlighet att samverka med vården för att utveckla den tillsammans	6) Kunskapsutveck- ling och långsiktig- het	6.10	5.68	6.25	5.67	6.10	6.00	5.85	5.08	6.33	6.50
37	att det finns cancerrehabili- teringscentrum med fullständiga team i alla regioner.	4) Resurser	5.83	4.59	5.92	4.58	6.00	5.10	5.92	4.38	5.17	4.17
38	att det inrättas ett digitalt centrum för cancerrehabili- tering som kan ta emot patienter från hela landet	2) Tillgänglighet	5.49	5.32	5.42	5.33	5.80	6.10	5.46	4.92	5.17	4.83
39	likvärdig kostnad och tillgång till hjälpmedel kopplade till cancerrehabilitering	4) Resurser	5.88	5.39	6.25	5.92	6.10	5.90	5.85	5.38	4.83	3.50
40	att det finns resurser och förut- sättningar på regional och lo- kal nivå för att kunna möta nationella krav, direktiv och mål	4) Resurser	6.37	4.76	6.58	5.08	6.70	5.20	6.38	4.62	5.33	3.67
41	mer samarbete mellan vår- den, patientföreningar och andra organisationer.	3) Samordning och struktur	5.80	5.73	6.25	6.00	5.00	5.60	5.77	5.54	6.33	5.83

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
42	verksamhetsöverskridande samverkan specifikt för rehabi- litering, inte endast medicinsk vård	3) Samordning och struktur	6.61	5.80	6.58	6.08	6.80	6.00	6.38	5.23	6.83	6.17
43	multidisciplinära konferenser för rehabilitering	3) Samordning och struktur	5.66	5.02	5.42	5.25	6.30	5.50	5.46	4.62	5.50	4.67
44	en högre beredskap och kom- petens inom primärvården att ta emot patienter som inte längre ska ha sin primära kon- takt inom slutenvården	3) Samordning och struktur	6.61	5.37	6.58	5.25	6.80	5.60	6.38	5.31	6.83	5.33
45	väl upparbetat samarbete och kommunikationsvägar mellan vårdgivare på region- sjukhus, länsjukhus, primärvård och kommunal vård.	3) Samordning och struktur	6.54	4.93	6.83	5.33	6.30	5.10	6.46	4.38	6.50	5.00
46	systemförståelse och samord- ning med övrig vård, rehabili- tering, habilitering och försäk- ringsmedicin	3) Samordning och struktur	5.98	4.95	6.42	5.25	5.50	5.10	5.92	4.54	6.00	5.00

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
47	att det finns en aktuell regional och lokal handlingsplan i alla regioner, baserad på det na- tionella vårdprogrammet	3) Samordning och struktur	6.32	5.71	6.58	5.83	6.40	5.60	6.38	5.69	5.50	5.67
48	en tydlig rehabiliteringsplan för sjukskrivna cancerpatienter ef- ter att deras behandling är av- slutad	1) Sammanhållet stöd och planering	6.63	6.05	6.50	5.83	6.80	6.20	6.54	6.15	6.83	6.00
49	en sjukförsäkring som möjliggör variation mellan arbete och sjukskrivning med korta inter- valler.	2) Tillgänglighet	6.17	4.93	6.08	5.50	6.30	5.30	6.23	4.62	6.00	3.83
50	att den inleds parallellt med den medicinska behandlingen	1) Sammanhållet stöd och planering	6.34	5.98	6.50	6.25	6.50	6.10	6.00	5.69	6.50	5.83
51	att det subventioneras av sta- ten	4) Resurser	5.12	4.34	6.17	4.92	5.10	4.70	3.92	3.38	5.67	4.67
52	att man involverar anhöriga som stöd, men inte lägger över hela ansvaret för rehabili- teringen	1) Sammanhållet stöd och planering	5.73	4.95	5.67	4.75	5.20	4.80	5.85	4.92	6.50	5.67

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Professionella rösten		Grupp 3 – Kunskapsutveckling		Grupp 4 - Styrning/ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerrehabilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
53	att den närstående får en kontaktperson på liknande sätt som patienten får en kontaktsköterska	5) Individanpassning	4.88	3.85	5.83	4.75	4.40	4.00	4.00	2.69	5.67	4.33
54	Socioekonomiskt utsatta grupper får mer stöd i samordningen kring rehabiliteringen.	2) Tillgänglighet	5.83	4.71	5.58	4.58	6.20	5.40	5.77	4.31	5.83	4.67
55	multidisciplinärt och multiprofessionellt arbete	3) Samordning och struktur	6.39	5.41	6.08	5.00	6.90	6.00	6.38	5.31	6.17	5.50
56	ett utvecklat teamarbete på primärvårdsnivå	3) Samordning och struktur	5.78	4.73	5.67	5.00	6.00	5.10	5.62	4.15	6.00	4.83
57	att flera yrkeskategorier än arbetsterapeut och fysioterapeut inkluderas i rehabiliteringsmottagning	3) Samordning och struktur	6.56	5.83	6.67	6.25	6.40	6.00	6.54	5.62	6.67	5.17
58	att det finns god tillgång till rehabpersonal och specialistteam gällande cancerrehabilitering i alla regioner	4) Resurser	6.51	5.07	6.42	4.92	6.50	5.50	6.54	5.23	6.67	4.33
59	nationell samstämmighet kring patientavgift för cancerrehabilitering	4) Resurser	5.51	4.78	6.25	5.83	4.70	4.90	5.77	4.62	4.83	2.83

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
60	samtal även om sexuell hälsa	5) Individanpass- ning	5.93	5.90	6.00	6.33	6.20	5.90	5.54	5.23	6.17	6.50
61	att fysisk och/eller webbase- rad grupprehabilitering erbjuds för den som har svårt med mo- tivation	6) Kunskapsutveckl- ing och långsiktig- het	5.78	5.51	5.50	5.92	5.60	5.50	5.92	4.85	6.33	6.17
62	att det tydliggörs vilka inter- ventioner som skall ske innan, under och efter cancerbe- handling för både kurativa och kroniska cancerpatienter.	1) Sammanhållet stöd och planering	5.78	5.32	6.25	5.92	6.40	5.80	5.08	4.23	5.33	5.67
63	att det finns god tillgång till fy- sioterapeuter och andra hälso- professioner så att patienter kan få stöd i träning under och efter cancerbehandling	4) Resurser	6.15	5.20	6.25	5.42	6.00	5.40	6.00	5.08	6.50	4.67
64	att rehabiliteringsinsatser regi- streras så att det finns data för kvalitetsuppföljning, forskning och utveckling på nationell och regional nivå.	2) Tillgänglighet	6.32	5.27	6.50	5.67	6.10	5.30	6.38	4.92	6.17	5.17

			Totalt		Grupp 1 - Patientens röst		Grupp 2 – Profession- ella rösten		Grupp 3 – Kunskaps- utveckling		Grupp 4 - Styrning/ ledning	
Nr.	En god och jämlik cancerre- habilitering förutsätter ...	Kluster	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart	Viktigt	Genomförbart
65	fullgång till cancerrehabilite- ringsmottagningar för alla pati- enter i regionen	4) Resurser	5.61	4.27	6.00	4.83	5.40	4.40	5.54	4.15	5.33	3.17
66	"Min vårdplan" där det anges vad jag behöver psykologiskt, socialt, fysiskt och existentiellt, vad jag ska göra själv och vad vården ska göra och när.	1) Sammanhållet stöd och planering	6.24	5.90	6.42	5.83	5.90	5.70	6.31	5.92	6.33	6.33
67	återkommande utvärdering av hur insatta cancerrehabili- teringsåtgärder värderas av patienter och närstående.	5) Individanpass- ning	6.46	5.66	6.67	6.08	6.30	5.70	6.23	5.00	6.83	6.17