



2025-03-13

Socialdepartementet

[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)

kopia

[s.sl@regeringskansliet.se](mailto:s.sl@regeringskansliet.se)

## Remiss: Bättre tillsammans - Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi (S2024/02100)

Sveriges Psykologförbund har tagit initiativet till att lämna synpunkter på rubricerad uppdaterad strategi från Socialdepartementet.

Psykologförbundet ställer sig positivt till strategins övergripande struktur med tre övergripande mål och tjugofem delmål. Den stora vikt som personcentrering, jämlikhet och samverkan har i strategin, liksom förebyggande insatser, forskning och utveckling, är mycket förtjänstfullt.

Bra är också det klara tydliggörandet att cancervården är multiprofessionell och multidisciplinär. Det är bra att det diversifierade behovet av olika typer av insatser i rehabilitering och uppföljning understryks, som exempelvis på sidan 391. Olika typer av insatser, eller funktioner, är inte alltid per automatik associerade med en roll och ett ansvar hos en viss yrkeskår. Flera yrkesgrupper omnämns i strategin, dock inte psykologer.

Psykologförbundet har synpunkter på avsaknaden i strategin av psykologyrkets roll och funktion i tvärprofessionellt arbete vid cancerrehabilitering och i uppföljningsarbete. På sidan 416 undviks på ett anmärkningsvärt sätt psykologyrket att nämnas, där det hade varit självklart att göra det:

På uppföljningsmottagningarna finns tillgång till expertis inom exempelvis primärvård, kirurgi, onkologi, hematologi, lungmedicin, kardiologi och genetik. Det finns också möjlighet till professionella bedömningar av arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist, genetisk rådgivare samt tillgång till psykologiskt stöd och kurator.

Psykologförbundet ser detta som bekymmersamt, särskilt i ljuset av vår erfarenhet att psykologer som arbetar inom cancerrehabilitering runt om i landet, och som vi haft kontakt med, beskriver en rolldiffusion gentemot andra yrkesgrupper och en ovetskap från chefer och andra yrkesgrupper om psykologers kompetens. Detta är också en slutsats av en undersökning där det konstaterades:



... att psykologens roll inom svensk cancerrehabilitering inte är tydligt definierad på organisatorisk nivå och att det i stort är upp till den enskilde psykologen att skapa sig ett professionellt utrymme.

(Martini, L. (2025). *Psykologens roll inom svensk cancerrehabilitering för vuxna: en enkätstudie. Skriftligt specialarbete, Psykologförbundets specialistutbildning.*)

På grund av ovanstående har vi valt att i detta remissvar ge en lite mer uttömmande redogörelse för legitimerade psykologers kompetens, vad gäller psykologiska insatser i cancerrehabilitering.

### Psykologers kompetens och tvärprofessionellt arbete

”Psykologiskt stöd” i citatet från strategin ovan är en viktig komponent i all vård men anknyter snarast till begreppet **omsorgsfull** hälso- och sjukvård (*Patientsäkerhetslagen* kap 6). Att vara empatisk, lyhörd och att ha ett stödjande förhållningssätt är av stor vikt som en del i en helhet i hälso- och sjukvårdspersonalens professionalitet, men mer framträdande är användandet av metoder som är grundade i vetenskap och beprövad erfarenhet och som också organisatoriskt är etablerade i verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Det är för att få tillgång till dessa metoder som patienten primärt befinner sig i sjukvården.

På motsvarande sätt som arbetsterapeuten har en akademisk yrkesexamen i arbetsterapi, fysioterapeuten i fysioterapi, dietisten i dietetik och kuratorn i socialt arbete, har psykologen en akademisk yrkesexamen i psykologi. Psykologer är experter på att tillämpa vetenskaplig och erfarenhetsbaserad psykologisk kunskap för individer, grupper och familjer, och organisationer. Det finns ingen annan yrkesgrupp som är.

Däremot finns en viss överlappning i kompetens mellan professioner som samarbetar inom en verksamhet och detta är också nödvändigt för effektiva samarbeten. Styrkan i tvärprofessionella arbeten är att de inblandade professionerna har **delvis överlappande, dock i huvudsak åtskilda och kompletterande**, kompetenser. Andra än psykologer kan använda psykologisk metodik på ett avgränsat sätt, inom ramen för sina insatser, precis som att en psykolog exempelvis kan tangera att arbeta med sociala insatser inom ramen för sin verksamhet. När det kommer till psykologisk behandling, som implicerar andra ambitionsnivåer än rent stöd gör, är det psykologer som är vårdens experter.

### Psykologisk behandling - allmänt

Vård ur en psykologs synvinkel handlar om att bedöma, utreda och behandla psykisk ohälsa med psykologisk kunskap och metodik. Psykologförbundet använder en utvidgad definition på psykologisk behandling som omfattar tre steg: bedömning/utredning, behandling, utvärdering. Det är denna helhet som ingen annan yrkesgrupp än psykologer är experter på. Låt oss kalla de tre stegen för behandlingens ABC - A (bedömning) B (behandling) och C (utvärdering).



Vad gäller A, så är en bedömning aldrig bara en bedömning av om kriterierna för det som undersöks är uppfyllda eller inte. I en komplett bedömning ingår också att ta reda på *vad som inte stämmer*, det vill säga att *utesluta* tillstånd om vilka kunskap och erfarenhet säger kan förväxlas med det som undersöks. En jämförelse: inom psykiatri har psykiatrikern differentialdiagnostisk kompetens inom medicin/somatik. Läkaren kan, där det är relevant, utesluta fysiologiska orsaker till psykisk ohälsa. Psykologen har motsvarande differentialdiagnostisk kompetens vad gäller psykisk ohälsa och psykiatri men inom ett helt annat och brett fält: inlärningspsykologi, neuropsykologi, utvecklingspsykologi (pedagogisk psykologi), personlighetspsykologi, socialpsykologi, organisationspsykologi, med mera. Det finns ingen genväg till differentialdiagnostisk kompetens. Yrkesutövaren måste själv besitta kunskap.

Vad gäller C, utvärdering, så hör det momentet samman med A, bedömningen. Här handlar arbetet inte enbart om att följa upp vilka patienter som blivit nöjda, fått hjälp, fått minskade symtom och kanske till och med kan betraktas som botade. Det handlar också om att utvärdera de som inte fått effekt, och de som till och med har fått negativ effekt, det vill säga är försämrade i psykisk ohälsa, efter det att behandlingen sattes in. Detta tangerar naturligtvis patientsäkerhetsarbete. Även här är det bara psykologer som har den bredd i allmän- respektive klinisk psykologi, i vetenskapsteori och vetenskapsmetodik samt organisationspsykologi, som krävs för kompletta utvärderingar av psykologisk behandling, inklusive införliva dessa i patientsäkerhetsarbetet.

A-B-C förhåller sig ofta reciprokt till varandra: ibland är man inte helt säker på vilket tillstånd det rör sig om, provar en behandling i alla fall, något som under behandlingens gång i sin tur kan ge ny diagnostisk information vilket då i C kan leda till en korrigering i A. Och kanske också utmyнна i att byta behandlingsmetod.

Vad gäller B menar förbundet att andra yrkesgrupper kan leverera olika psykologiska behandlingsinsatser, något som också sker i cancerrehabiliteringen. I sådana fall ser förbundet det som viktigt att det finns psykologer som ansvarar för kvalitet och patientsäkerhet, kanske ger handledning och konsultation, bistår med diagnostik, med mera, till dessa andra yrkesgrupper som använder psykologisk metod i sitt utbud.

Även om samtliga cancerpatienter som är i behov av psykologisk behandling inte kan erhålla det av en psykolog, bör psykologer ha en ledningsfunktion på ovan nämnda sätt. Behandlingsinsatser är komplexa processer, där inte bara metoden utan också andra faktorer har betydelse för utkomst, exempelvis yrkesetisk medvetenhet. Andra överväganden som kan underlättas av psykologers vägledning är frågan om adekvata målbilder, exempelvis i vilken mån målet handlar om förändring eller om acceptans. Ytterligare andra utmaningar gäller att avgöra när följsamhet kontra anpassningar till behandlingsmanualen är att föredra, samt även att avgöra när icke-manualiserade metoder, grundande i vetenskap och beprövad erfarenhet, kan provas.

### **Psykologers insatser i rehabilitering och uppföljning i cancervård**



Psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd har potentiella negativa konsekvenser för cancerpatienters livskvalitet och kliniska tillstånd. Flera studier tyder på att psykisk ohälsa kan minska behandlingsföljsamhet och kemoterapieffektivitet och förkorta överlevnadstiden. Det kan också öka symtombördan och funktionsnedsättningen, vilket resulterar i längre sjukhusvistelser och ökad självmordsrisk. För att uppnå bästa kliniska resultat för cancerpatienter är det viktigt att ta hänsyn till patienternas psykologiska och sociala behov och inkludera dessa i en välunderbyggd rehabiliteringsplan. Internationellt sett rekommenderas inom cancervård idag att patienters psykologiska och sociala behov regelbundet utvärderas och att psyko-onkologiska insatser och experter på psykisk hälsa finns tillgängliga för att tillgodose dessa behov som en integrerad del av högkvalitativ cancervård (Travado, L., Reis, J.C., Watson, M., & Borràs, J. (2017) *Psychosocial oncology care resources in Europe: a study under the European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC)*. *Psycho-Oncology* 26: 523–530.)

Förbundet anser att psykologisk behandling i cancervård generellt sett ligger på en hög svårighetsgrad och vi skulle därför inte rekommendera handhavandet av psykologiska behandlingsmetoder utförda av andra yrkesgrupper än psykolog, utan att det då samtidigt finns tillgång till psykolog för konsultation, handledning, kvalitetssäkring.

Bedömning av rehabiliteringsbehov är centralt i alla faser, något som också lyfts fram i strategin (ss. 392-):

- **Akut fas** (från diagnos till slut av behandling, *inkluderande möjlighet till prehabitering*)
- **Förlängd fas** (från avslutad behandling till att uppföljningsprogram avslutas)
- **Långsiktig fas** (efter uppföljning och potentiellt livslångt)

Det finns sannolikt ett näst intill oändligt antal kombinationer av tidigare fungerande och typ av cancer, typ av cancerbehandling, och de särpräglade psykologiska och kognitiva effekterna av dessa. För att kunna ha ett verkligt personcentrerat perspektiv, krävs kvalificerad och initierad **bedömning** i samtliga faser ovan. Rehabilitering ska vara integrerad i hela vårdförloppet, något som förtjänstfullt framhålls i strategin. Bedömningen behöver göras multiprofessionellt, i team med sinsemellan goda samarbeten. I ett sådant bedömningsarbete bör psykologen ses som en självklar del i helheten, tack vare kompetens inom diagnostik av psykisk ohälsa och psykiatri, bedömning av kognitiva och exekutiva funktioner, samt expertis i psykologisk behandling. Psykologen behöver alltså vara en del i den multimodala bedömningen av rehabiliteringsbehov i **alla faser**. Förbundet har sett exempel på psykoonkologiska mottagningar i Sverige där det ser ut som att alla relevanta kompetenser finns utom just psykolog, vilket vi är förvånade över.

På grund av ovan nämnda komplexitet är det omöjligt att presentera en heltäckande lista på arbetsuppgifter och ansvarsområden för psykologer i cancerrehabilitering och uppföljning. Här följer avslutningsvis några exempel:



- Bedömning av resurser och brister utifrån tidigare psykologiskt och kognitivt fungerande och innebörd av detta för förslag på insatser
- Bedömning av inverkan av premorbida tillstånd såsom neuropsykiatri eller trauma på det aktuella tillståndet samt förslag på insatser
- Bedömning av om depression, fatigue, eller både och, föreligger
- Problematisera sjukskrivning i termer av undvikande av arbetsåtergång, något som emellanåt kan vara relevant
- Rehabilitering av kognitiva och exekutiva funktionsnedsättningar
- Bearbetning av förlust av kroppsdel eller kroppsfunktion, exempelvis att ej längre kunna bli gravid
- Uppföljning av vuxna som har haft cancer i barndomen, bedöma kvarstående kognitiva funktionsnedsättningar
- Starka rädslor för återfall.

Sveriges Psykologförbund

Ulrika Edwinson  
Förbundsdirektör

Martin Björklind  
Professionsstrateg