

# Nationell plan för kompetensförsörjning inom cancervården



# Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Informationsteknologi.....</b>	<b>7</b>
<i>Insamling och analys av patientdata.....</i>	<i>7</i>
<i>Beslutsstöd.....</i>	<i>8</i>
<i>Digital patologi.....</i>	<i>8</i>
<i>Förslag till åtgärder.....</i>	<i>8</i>
<b>4. Förändrade arbetssätt, organisation, samarbete och arbetsfördelning.....</b>	<b>9</b>
<i>Administrativa arbetsuppgifter .....</i>	<i>10</i>
<i>Teamarbete.....</i>	<i>10</i>
<i>Överföring av arbetsuppgifter från en yrkesgrupp till en annan.....</i>	<i>11</i>
<i>Optimera bemanningen utifrån patienternas behov.....</i>	<i>13</i>
<i>Processorientering.....</i>	<i>13</i>
<i>Nivåstrukturering.....</i>	<i>13</i>
<i>Förslag till åtgärder.....</i>	<i>14</i>
<b>5. Kompetensutveckling .....</b>	<b>15</b>
<i>Övergripande strategier .....</i>	<i>15</i>
<i>Spridning av kunskap.....</i>	<i>15</i>
<i>Kliniska utbildningsavdelningar.....</i>	<i>16</i>
<i>Introduktionsutbildning.....</i>	<i>16</i>
<i>Förslag på åtgärder.....</i>	<i>16</i>
<b>6. Forskning.....</b>	<b>18</b>
<i>Förslag på åtgärder.....</i>	<i>19</i>
<b>7. Specialiteter med övergripande ansvar för cancervården.....</b>	<b>20</b>

<i>Primärvård</i> .....	20
<i>Patologi</i> .....	20
<i>Bild- och funktionsmedicin</i> .....	21
<i>Onkologi</i> .....	22
<i>Rehabilitering</i> .....	22
<i>Palliativ vård</i> .....	23
<i>Förslag till åtgärder</i> .....	24
<b>8. Läkare</b> .....	<b>25</b>
<i>Specialistläkare</i> .....	25
<i>Forskning, utifrån ett medicinskt perspektiv</i> .....	26
<i>Schemaläggning, jour- och beredskap</i> .....	26
<i>Förslag på åtgärder</i> .....	27
<b>9. Sjuksköterskor</b> .....	<b>28</b>
<i>Kontaktsjuksköterska</i> .....	28
<i>Specialistsjuksköterskor</i> .....	29
<i>Nationell brist</i> .....	30
<i>Förslag på åtgärder</i> .....	30
<b>10. Andra professioner</b> .....	<b>32</b>
<i>Undersköterskor</i> .....	32
<i>Medicinska sekreterare</i> .....	32
<i>Övriga professioner</i> .....	32
<b>11. Nya kompetenser</b> .....	<b>34</b>
<i>Vårdnära service</i> .....	34
<i>MDK och MDK-koordinator</i> .....	34
<i>Koordinator för standardiserade vårdförlopp</i> .....	35
<i>Rehabiliteringskoordinator</i> .....	35
<i>Förslag på åtgärder</i> .....	35
<b>12. Referenser</b> .....	<b>36</b>

# 1. Sammanfattning

Flera olika lösningar kommer att behövas för att säkra en tillräcklig framtida bemanning inom cancervården. För att möta den i delar av landet och vissa specialiteter redan befintliga eller hotande bristen på framför allt specialistutbildade läkare och sjuksköterskor kommer förändringsberedskap att vara nödvändig. Strukturer kommer att behöva ändras, med nya rollfördelningar och arbete i team, ett utökat samarbete mellan professioner, specialiteter och olika sjukvårdsnivåer. Sjukvårdsledningarna med personalstaber måste stödja verksamheterna i det kommande förändringsarbetet. Effektiviseringar och ytterligare nivåstrukturering uppväger emellertid inte de ökade kostnaderna för cancervården. Det behövs också ekonomiska prioriteringar och långsiktigt tänkande.

En accelererad utveckling av nationella system för IT-stöd och digitala nätverk är nödvändiga. Flera av de föreslagna åtgärderna i denna rapport har stöd i andra utredningar och rapporter. Myndigheten för vårdanalys påpekar exempelvis i sin utredning ”Ur led är tiden” (1) ett behov av effektiviseringar i form av bättre IT-stöd, prioritering mellan administrativa uppgifter, utveckling av arbetsfördelning mellan yrkesgrupper och optimerad bemanning utifrån patientens behov.

Hinder för förbättringsarbetet är att en redan ansträngd bemanning med stor mängd vakanta tjänster sällan medger tid för utvecklingsarbete och en ekonomisk situation som inte tillåter initial satsning, även om vinster kan förväntas senare.

I rapporten föreslås en rad åtgärder för en effektivare kompetensförsörjning. Dessa åtgärder beskrivs separat för varje avsnitt i rapporten. Ett generellt förslag är att varje RCC tillsammans med vårdgivarna genomför en regelbunden översyn av verksamheter som arbetar med cancersjukdomar, samt redovisar eventuella problem inom kompetensförsörjningen med utgångspunkt från cancervård. På detta sätt kan en mera systematisk och långsiktig kompetensförsörjning inom cancervården i regionen underlättas. Den föreliggande nationella kompetensförsörjningsplanen revideras lämpligen också regelbundet med beaktande av förändringar inom t.ex. vårdens utbildningar och med exempel på framgångsrik kompetensutveckling från olika RCC.

## 2. Inledning

Cancerpatienter överlever idag i större omfattning än tidigare, vilket tillskrivs förbättrade insatser i hälso- och sjukvårdens alla delar i form av förbättrad diagnostik och behandling. En fördubbling av antalet människor som lever med en cancerdiagnos förväntas till år 2030 på grund av den samlade effekten av befolkningsökning, förändrad åldersstruktur, bättre behandlingsresultat och en ökad incidens av en rad cancersjukdomar.

Både förlängd överlevnadstid och god livskvalitet är viktiga mål för cancer vården. Den ökade cancerincidensen och prevalensen medför en gradvis ny situation för cancer vården med fler återbesök för patienterna, behov av stöd under längre perioder, ökat behov av mer utvecklade rehabiliteringsinsatser och av palliativ vård. Bättre behandlingsmöjligheter har förbättrat överlevnaden, men har också i vissa fall medfört längre behandlingstider och mer långvariga och uttalade biverkningar, vilket tillsammans bidrar till ett ökat behov av rehabiliteringsinsatser. Cancerpatienter är en mycket heterogen grupp med avseende på vård och rehabiliteringsbehov, eftersom diagnos, behandling och prognos varierar både inom samma tumördiagnos och mellan olika patientgrupper. Detta medför att vårdinsatserna alltid måste individanpassas.

Ett av de största hoten mot cancer vården framtida utveckling är den brist på specialistutbildad personal som redan idag finns på flera områden och den ökande cancerförekomsten i kombination med stora pensionsavgångar kommer att förstärka problemet. Det råder konkurrens om arbetskraften på ett nationellt plan och både glesbygdsregionerna (främst gällande läkare) och städerna (främst gällande sjuksköterskor) har stora svårigheter att få fullgod bemanning av nyckelkompetenser. Socialstyrelsen konstaterar i sin lägesrapport över hälso- och sjukvård 2013 att det är stor efterfrågan på både specialistläkare och specialistsjuksköterskor (2). Tillräcklig bemanning av specialistläkare och specialistsjuksköterskor är den största utmaningen för kompetensförsörjningen inom cancer vården.

I de regionala cancerplanerna ligger ett tydligt fokus på processer och ett processinriktat arbetssätt, vilket innebär att vården i framtiden behöver använda sina resurser och sin kompetens på helt nya sätt. För cancer vården innebär behovet av kompetensförsörjning stora utmaningar och krav på långsiktig planering och nya kreativa lösningar. Arbetssätt behöver förändras, flexibilitet och samarbete mellan vårdinstanser, kliniker och olika personalkategorier behöver utvecklas och optimeras för att följa patientens process och samtidigt leva upp till de ekonomiska kraven. De viktigaste åtgärderna för att frigöra resurser och därmed påverka kompetensförsörjningen i positiv riktning torde vara införandet av ett strukturerat IT-system som stödjer en säker och effektiv vårdprocess samt förändrade arbetssätt och organisation.

Cancerforskning av hög kvalitet är en av de viktigaste förutsättningarna för att cancer vården skall fortsätta att förbättras. För detta krävs forskarkompetens inom alla discipliner och professioner i cancer vården och såväl bredd som spets

inom forskningen. Det är också viktigt att finna effektivare metoder för att implementera nya forskningsresultat. Patientens delaktighet i forskningen ska stärkas och möjligheten att delta i kliniska studier behöver ökas.

De omfattande globala forskningsinsatserna som pågår ger en tillströmning av många nya läkemedel och nya indikationer för redan introducerade läkemedel. Allt detta ställer uttalade krav på ständigt uppdaterad kunskap, samtidigt som effekten och säkerheten av nya läkemedel måste garanteras. Även inom andra behandlingsmetoder, som strålbehandling och kirurgiska ingrepp, sker en ständig utveckling, som behöver värderas, så att erfarenhet kan erhållas om vilka subgrupper av patienter som kan ha nytta av behandlingen.

De olika avsnitten i rapporten belyser olika områden inom cancervården över landet och varje avsnitt avslutas med specifika åtgärdsförslag för en effektivare kompetensförsörjning.

Rapporten är utarbetat på uppdrag av Gunilla Gunnarsson, RCC i samverkan av en arbetsgrupp bestående av:

Magnus Aniander, M.Sc. Maskinteknik, RCC Sydöst,  
Ewa Lundgren, överläkare och docent i kirurgi, RCC Norr,  
Katja Markovic-Lundberg, Leg tandläkare, RCC Stockholm-Gotland,  
Lena Sharp, Leg specialistsjuksköterska, Med Dr, RCC Stockholm-Gotland,  
Anette Säfholm, PhD i experimentell patologi, M.Sc. i medicinsk biologi,  
RCC Syd.

En första preliminär nationell kompetensförsörjningsplan har skickats ut på remiss till samtliga RCC. Denna reviderade rapport som bygger på remissvaren har omarbetats av Lena Sharp, Ewa Lundgren och Katja Markovic-Lundberg.

September 2015

### 3. Informationsteknologi

Inom området informationsteknologi pågår utveckling som på flera sätt kan komma att påverka cancervården och kompetensförsörjningen. En förutsättning för ett effektivt IT-stöd är att dagens patientjournaler struktureras på ett tydligt sätt med gemensamma rutiner. Detta arbete behöver prioriteras så att vårdorganisationerna är redo när nya IT-lösningar finns tillgängliga.

Vidareutvecklade digitala och kompatibla journalsystem kan utgöra en grund som effektiviserar insamling och analys av patientdata, möjliggör ett förbättrat beslutsstöd samt gör det möjligt att förbättra kommunikationen mellan patient och vårdgivare. Några exempel är det Vinnova-stödda projektet ”DigiPat”, som syftar till utveckling och optimering av processen kring digital patologi, och arbetsplattformen Ex-DIN, som nu prövas i Stockholms läns landsting. Se även avsnittet om patologi, kapitel 7. Ett annat positivt exempel är lösningen i region Norr med gemensamt radiologiskt journal- och bildhanteringssystem (Sectras MEI), som klart har förbättrat regionpatienternas radiologiska utredningar.

Journalsystem, som kommunicerar över landstingsgränserna är ännu bara en framtidsvision, men skulle vara klart arbetsbesparande, eftersom den nationella patientöversikten (NPÖ) ännu inte fyller den funktionen. Nationellt nämns ofta dåligt anpassade IT-system som stora tidstjuvar och orsak till effektiviseringsproblem i vården (1, 3). Utvecklingen av IT i vården går dessvärre långsamt och kantas av flera hinder. En större satsning på området och utvecklandet av en gemensam vårddata miljö skulle troligen vara ett av de mest effektiva sätten att underlätta kompetensförsörjningen inom cancervården då omfattande resurser skulle kunna frigöras till direkt patientarbete.

#### Insamling och analys av patientdata

Införandet av ett strukturerat IT-system som stödjer en säker och effektiv vårdprocess är en viktig åtgärd för att frigöra resurser. I nuläget kompenserar de som arbetar inom vården för en ineffektiv informationshantering och avsaknad av processtöd.

Alla personalkategorier påverkas. Som exempel tar det i dagsläget ca 45 minuter för en person – ofta en läkare – att fylla i primära kvalitetsregisterdata för varje patient med tjock- och ändtarmscancer. Från och med 2015 tillkommer även en utökning av radiologiska och patologiska kvalitetsdata som ska föras in i registret. I en framtida gemensam vårddatamiljö bör extraktion av data till kvalitetsregister vara ett krav för att frigöra tid för medarbetarna.

Ett exempel på ett nytt sätt att tänka utgör ett samarbete mellan kirurgkliniken i Örebro och SKL där mallen för inrapportering till ett register samtidigt utgör journalhandling. Data överförs alltså inte från journalen till register, utan från register till journalen och registeruppgifterna, med tillägg av fri text om så önskas, utgör inskrivningsanteckning, operationsberättelse och epikris.

## Beslutsstöd

Redan i dagsläget är det svårt för sjukvårdens aktörer att hålla sig uppdaterade i den ökande mängden ny forskning och kunskap som utvecklas inom respektive specialistområde. Den snabba ökningen av medicinsk information och teknik står inte i relation till sjukvårdens förmåga att ta till sig och omsätta denna. Såväl mängd som kvalitet på forskningen kommer att fortsätta öka de närmaste åren. En trend under framväxt är strävan att göra befintliga riktlinjers utveckling och spridning mer effektiv genom IT-lösningar, med enklare sökvägar och tillgänglighet, beslutsstöd, s.k. ”pop up alerts” samt återkoppling till vårdgivaren om det egna resultatet. Användning av beslutsstöd kopplat till journalen har visat sig öka deltagandet i kliniska prövningar samt biobankning inom reumatisk sjukvård (4). Användning av redan befintliga beslutsstöd i vårdprogram och kvalitetsregister, samt t.ex. app för standardiserade vårdförlopp kan underlätta det kliniska arbetet.

Innebörden för svensk del är att forskningen och dess resultat för närvarande är en underutnyttjad resurs och att klyftan mellan kunskap och praktik kan komma att öka ytterligare i ett framtidsperspektiv. Forskningsresultat skulle i högre utsträckning kunna användas för att förbättra vården genom att använda och utveckla nya metoder för ökad tillgänglighet, anpassning och implementering av ny kunskap.

## Digital patologi

Den tekniska utvecklingen medför nya utmaningar och möjligheter, inte minst avseende digital patologi. Digitaliseringen av patologin kan i dag inte lösa bristen på patologer, men digitalisering av patologipreparat kan underlätta undervisning, användas vid konsultationer och förbättra arbetsmiljön för patologer. Det kan även leda till ett effektivare arbetssätt, ökad tillgänglighet och ett bättre utnyttjande av kompetens både internt och i landet och på så sätt bidra till en lösning av bristen på patologer.

## Förslag till åtgärder

- Fortsatt arbete med att strukturera nuvarande patientjournaler för att underlätta införandet av nya IT-lösningar
- Fortsatt utveckling av IT-stöd och digitala nätverk
- Fortsatt utveckling och satsning på kompatibla journalsystem och strukturerad journalföring
- Fortsatt satsning på utveckling och implementering av IT-lösningar som möjliggör automatisk extraktion av data till styrsystem och kvalitetsregister för att frigöra tid för medarbetarna
- Nationellt införande av digitala verktyg för rekvisition, ordination och dokumentation av cytostatikabehandling



## 4. Förändrade arbetssätt, organisation, samarbete och arbetsfördelning

I de regionala cancerplanerna ligger ett tydligt fokus på processer och ett processinriktat arbetssätt, vilket innebär att vården i framtiden behöver använda sina resurser och sin kompetens på ett helt nya sätt. Arbetssätt behöver förändras, flexibilitet och samarbete mellan vårdinstanser, kliniker och olika personalkategorier behöver utvecklas och optimeras för att följa patientens process. Kompetensförsörjning inom cancervården handlar till stor del om att hitta nya arbetssätt för att nyttja den befintliga personalen så optimalt som möjligt, då det råder brist på vissa kompetenser.

För att få så hög kvalitet och så effektiv cancervård som möjligt är ett välfungerande teamarbete och optimerat användande av kompetensen hos personalen i cancervården viktigt. Det innefattar att kompetensen i vårdprocessen används för de uppgifter där den gör störst nytta. En förutsättning är att hälso- och sjukvården har rätt kompetens i alla delar av processen. Det handlar om primärvård, prevention, specialistsjukvård, rehabilitering och palliativ vård. Tidig diagnos och tidig behandling är av stor vikt för att öka överlevnaden samt möjligheterna till tillfriskande. Då cancerprocessen ofta börjar i primärvården, är en viktig del att förbättra beslutsstödet och införa standardiserade vårdförlopp för allt fler cancersjukdomar, så att patienten snabbt kommer in till specialistvården.

Myndigheten för vårdanalys har genomfört en nationell översyn över hur läkares tid och kompetens kan utnyttjas bättre (1). I utredningen framhålls fyra särskilt viktiga utvecklingsområden för att på ett effektivt sätt använda läkares tid och kompetens:

### 1. Prioritera mellan administrativa krav

En betydande del av läkares arbetstid går åt till administrativt arbete. Dels handlar det om redovisning som har kvalitetshöjande syfte på regional och nationell nivå och dels journalarbete där kraven ökat på informationen. Vårdanalys menar att det behövs en prioritering, där värdet av dessa administrativa krav utreds och förtydligas.

### 2. Förbättra IT-stödet

IT-stöden behöver göras mer användarvänliga och kompatibla med varandra. Läs mer i kapitel 3.

### 3. Utveckla arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier

Många av de arbetsuppgifter läkare gör kan med bibehållen kvalitet utföras av andra yrkeskategorier. Bland dessa arbetsuppgifter finns administrativa uppgifter, såväl som viss vård och behandling.

#### **4. Optimera bemanningen utifrån patienternas behov**

Samtliga dessa utvecklingsområden är gällande för alla yrkeskategorier i cancervården och belyses nedan samt i avsnittet om informationsteknologi (kapitel 3).

#### **Administrativa arbetsuppgifter**

Den administrativa ”bördan” framhålls ofta som ett stort och ökande problem och understryks i rapporter om effektivitet i vården (3, 5). Det är ofta svårt att klassificera en specifik administrativ åtgärd som onödig, men den totala bördan har blivit alltför stor. Till detta bidrar de många olika aktörernas styrsystem med krav på detaljerad redovisning, ofta införda utan konsekvensanalys av det ökade arbetet, att inrapporteringen inte stöds av vårdens olika informationssystem och också att inrapporteringen i för liten utsträckning sköts av administrativ personal. Även en översyn av informatiken med förbättrad och överskådligare och delvis standardiserad journalföring skulle underlätta det administrativa arbetet.

Kvalitetsregister är en viktig grund för förbättringsarbete och därmed behöver ifyllande av kvalitetsregister prioriteras. Registerarbete har dock blivit en allt tyngre uppgift och så som tidigare nämnts behöver informationssystem som möjliggör automatisk överföring av kvalitetsregisterdata prioriteras högt. En nationell översyn över vilka registreringar som tillför nytta önskades redan i Myndigheten för vårdanalys utredning (1). I en sådan översyn bör det framför allt tas ställning till om de kan förenklas och om någon kan uppgift tas bort för att korta tiden det tar att fylla i dem.

När stödresurser tas bort, i som regel besparingssyfte, finns ofta arbetsuppgifterna ändå kvar. Kompetent personal inom bristyrken arbetar sedan med dessa uppgifter utöver sitt ordinarie arbete. Utveckling inom sjukvården medför ofta att nya arbetsuppgifter tillkommer, exempelvis olika typer av kvalitetsregister. Dessa hanteras i vissa fall av alltför kvalificerad personal. Det medför ett felaktigt utnyttjande av resurser, en försämrad arbetsmiljö och ofta försämringar för patienterna, till exempel genom längre väntetider.

#### **Teamarbete**

Ett väl fungerande teamarbete är en förutsättning för optimalt nyttjande av olika kompetenser och en differentierad bemanning är en förutsättning för den omfördelning av arbetsuppgifter som nämns ovan. Både Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet lyfter samverkan i team som en kärnkompetens för båda professionerna (6). Inom den palliativa vården har teamarbetet utvecklats väl och här har övriga delar av cancervården en del att lära.

## Överföring av arbetsuppgifter från en yrkesgrupp till en annan

Arbetsuppgifter som traditionellt legat på vissa funktioner kan läggas på andra yrkesgrupper. I många organisationer har sjuksköterskor tagit över arbetsuppgifter som tidigare utförts av läkare, t.ex. när det gäller symtomkontroll och uppföljning. Läkaren möter då endast de återbesökspatienter där medicinska skäl så kräver. Läkarna har då istället möjlighet att ta fler nybesök. Fler av dessa förändringar har utvärderats och visat att sjuksköterskeledd verksamhet inom cancervården håller hög kvalitet (7, 8). På flera håll har detta redan genomförts i så stor omfattning att endast enstaka besök under uppföljningsperioden sker hos specialisläkare. Det är viktigt att man överväger balansen så att rätt kompetens kan garanteras för olika patientgrupper.

Under senare år har flera andra uppgifter också visat sig lämpliga (och nödvändiga!) att överföra från läkare till sjuksköterska. Dock behöver den nationella bristen på sjuksköterskor beaktas. I samband med att screening för tjocktarmscancer började diskuteras insåg sjukvården att resurserna för koloskopi (undersökning av tjocktarmen med böjligt instrument) inte skulle räcka till och undervisning för ”skoperande” sjuksköterskor startades på flera håll. Den teoretiska utbildningen bör centraliseras, medan den praktiska med fördel sker på hemmaplan. De skoperande sjuksköterskorna arbetar vanligen med flera olika patientgrupper, vilket innebär att väntetiderna till all koloskopi totalt kan minskas, trots ett ökat inflöde av screeningpatienter. Vidare lär sig dessa sjuksköterskor också gastroskopi (undersökning av magsäcken med böjligt instrument), som är en enklare undersökning än koloskopi.

I Jämtland har två urologsjuksköterskor utbildats i cystoskopi (undersökning av urinblåsan med böjligt instrument) och sköter blåscancerkontrollerna och i Västerås sköter sjuksköterska uppföljningen efter operation för ändtarmscancer och gör egna rektoskopier (undersökning av ändtarmen) som led i detta. Andra exempel är bröstsjuksköterskor, som sköter efterkontrollerna för vissa bröstcancerformer, tappar sårvätska och sköter sårkontrollen i det post-operativa skedet.

Ytterligare andra exempel finns inom radiologin, där BMA redan genomför kärlundersökningar (till exempel aortascreening) och där sjuksköterskebedömning av skelettröntgen diskuteras. Vidare är utbildning av röntgensjuksköterskor i ultraljud aktuell.

När sjuksköterskor tar över vissa läkaruppgifter måste till exempel undersköterskor och läkarsekreterare avlasta sjuksköterskorna med arbetsuppgifter inom sina respektive kompetensområden. Denna verksamhetsutveckling blir en del i dessa yrkeskategoriers viktiga och nödvändiga kompetensutveckling. Vissa av de arbetsuppgifter som idag utförs av sjuksköterskor skulle kunna tas över av yrkesgrupper inom vårdnära service. Läs mer om nya kompetenser (kapitel 11). Möjligheterna att använda kompetens från andra yrkesgrupper än traditionell hälso- och sjukvårdspersonal för olika

arbetsprocesser och stödjande funktioner bör utvecklas liksom olika förbättringsmodeller som kan bidra till att skapa ökad patientnytta.

Många förbättringsåtgärder har införts för att effektivisera teamarbetet i cancervården och höja kvaliteten inte minst vad gäller utökning av rehabiliteringspersonal och införande av kontaktsjuksköterskerollen.

Många kontaktsjuksköterskor och rehabiliteringspersonal har egna mottagningstider för uppföljning med patienterna, vilket har haft en viktig effektiviserande och kvalitetshöjande funktion för cancerprocessen. Just vad gäller kontaktsjuksköterskornas roll skiljer den sig mycket åt mellan olika kliniker och enheter. Det är viktigt att kontaktsjuksköterskornas kärnfunktioner fredas för att säkerställa att denna funktion kommer patienterna till del.

Inom de flesta verksamheter utförs omvårdnadsarbetet av undersköterskor och sjuksköterskor. Fördelningen mellan dessa grupper varierar stort. Det finns tydliga vinster med att cancervården utförs av båda yrkesgrupperna och att båda gruppernas kompetens används på rätt nivå.

Vid all omfördelning av arbetsuppgifter är det viktigt att tid för den yrkesgrupp som avlastas friställs för andra definierade uppgifter och dels att den profession som tar över arbetsuppgifter i sin tur kan lämna uppgifter vidare. Det finns annars en påtaglig risk att nya arbetsmoment införs utan att en noggrann planering genomförs. Arbetsfördelning enligt begreppet LEON (lägsta effektiva omhändertagandenivå) bör alltså gälla.

Det kan understrykas att de formella hindren för att flytta arbetsuppgifter mellan legitimerade yrkesgrupper i vården är få (2, 3). För ett fåtal arbetsuppgifter krävs delegering. Innan delegering sker bör man göra en noggrann utredning och fastställa vilka utbildningsbehov som finns för att klara uppgiften. Den juridiska sidan måste givetvis klarläggas, liksom ekonomi samt behov av och konsekvenser för olika yrkesgrupper. Slutligen innebär alltid en förändrad yrkesroll också att farhågor och attityder måste bemötas.

### **Skillmix**

Många av de frågor som rör flexibel personalanvändning täcks in i det engelska begreppet ”skillmix”. Begreppet syftar i huvudsak på antingen kombinationen av olika yrkeskategorier i en personalgrupp eller avgränsningen av roller och arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier i en personalgrupp.

Utgångspunkten för en förändring av personalens roller och fördelning av arbetsuppgifter i verksamheten bör vara patientens behov med målet att öka vårdens tillgänglighet och kvalitet.

## **Optimera bemanningen utifrån patienternas behov**

Flertalet landsting arbetar med produktions- och kapacitetsstyrning, vilket medfört förbättringar av väntetiderna. I samband med implementeringen av de standardiserade vårdförloppen kommer vårdkedjan att granskas ytterligare. Dock finns mer att göra när det gäller bemanningen utifrån patienternas perspektiv. Ett exempel, som ytterligare tas upp i kapitel 9 är schemaläggning. De olika professionerna behöver samarbeta vid schemaläggning så att den optimeras utifrån patienters berättigade krav gällande tillgänglighet, kontinuitet och vårdkvalitet.

## **Processorientering**

En avgörande faktor för hur tillgången på medarbetare med rätt kompetens kan användas så effektivt som möjligt är hur det system eller de processer man arbetar i är utformade. Från flera regioner och landsting beskrivs en bristande helhetssyn, ett ”stuprörstänkande” som ett hot mot vårdkvaliteten som leder till dåligt resursutnyttjande. Samtidigt beskrivs hur dagens organisation och utbildning blir ett hinder för team- och processarbetet. Organisationer och institutioner skapar stuprör där patienter riskerar att falla mellan stolarna.

När man beskriver processen och de eventuella flaskhalsar som uppstår när patienten går från en enhet till en annan, tydliggör vi också att det är bristen på samverkan mellan olika enheter och mellan olika nivåer som försvårar kompetensförsörjningen. I flera landsting och regioner har försök med sammanhållna vårdkedjor, t ex för bröstcancer genomförts med goda resultat.

## **Standardiserade vårdförlopp**

Standardiserade vårdförlopp är ett sätt att skapa förutsättningar för effektiva flöden. Med patientens perspektiv i fokus ska vården effektivisera processerna genom att korta väntetiderna mellan olika insatser i vårdkedjan. Det successiva genomförandet av standardiserade vårdförlopp för olika cancerformer kommer att medföra en markant förändring av arbetssättet och bidra med förbättringsförslag. I det pågående arbetet med att implementera dem ses de inledande delarna av patientprocesserna över för att effektivisera arbetssätt och processer, reducera flaskhalsar och därmed korta ledtiderna. Till viss del kommer detta även att påverka arbetsfördelningen i cancerprocesserna, där den största förändringen är införande av en särskild koordinatorsfunktion. Detta arbete skulle kompletteras väl av en översyn över olika yrkeskategoriers arbetsuppgifter i patientprocesserna.

## **Nivåstrukturering**

En tydligare nivåstrukturering för diagnostik och behandling av vissa cancertumörer är också av stor betydelse för en god kompetensförsörjning. Genom att samla kompetensen till färre ställen, höjs kompetensen och det blir

ett bättre kompetensutnyttjande och patientsäkerheten ökas. Att samordna vissa delar av cancervården har också en ekonomisk aspekt då enskilda regioner/landsting har svårt att finansiera den kostnadsutveckling som utvecklingen inom cancervården innebär.

Nivåstrukturering är aktuell t.ex. inom patologin och nätverksbildning med möjlighet att bedöma preparat digitalt, dels regionalt och dels nationellt (telemedicinska ronder) är möjligheter som framhålls. Just övergripande nätverkslösningar passar utmärkt för vissa delar av patologin, men förutsätter bland annat standardisering av rutiner och förstås lösning av de ekonomiska frågorna. En av SKL genomförd förstudie avseende nätverksarbete föreslår att INERA får i uppdrag att arbeta med förutsättningar och rutiner för nationellt nätverksarbete. Uppdraget, som hittills prioriterats bort av ekonomiska skäl, bör snarast genomföras.

Vid nivåstrukturering måste utbildningsaspekter och konsekvenser för ekonomi och jourverksamhet beaktas, vidare behov i alla delar av vårdkedjan med tidiga och sena komplikationer till ingrepp och sjukdom, som behöver såväl radiologiskt, som kirurgiskt och onkologiskt kunnande. Samtidigt kan transportfunktionen byggas ut för att möta en del av problemen. Målet är att behålla en hög kvalitet på vården för att säkerställa en god och jämlik vård för regionens patienter, samtidigt som skatteintäkterna utnyttjas effektivt. De aktuella bemanningsproblemen innebär sannolikt att arbetet med nivåstrukturering måste påskyndas.

### **Förslag till åtgärder**

- Registerarbete och efterfrågade uppgifter till styrsystem bör ses över på både regional och nationell nivå och IT-lösningar för automatisk överföring av data behöver utvecklas och prioriteras
- Fortsatt utveckling och utvärdering av task-shifting mellan yrkesgrupper
- Fortsatt utveckling och implementering av standardiserade vårdförlopp
- Se över/förstärka vårdnära service för att frigöra sjukvårdsresurser (se vidare kapitel 11)
- Fortsatt arbete med nivåstrukturering för diagnos och behandling.
- Det arbete med nationellt nätverksarbete, som SKL efter förstudie föreslagits drivas av INERA, påbörjas snarast

## 5. Kompetensutveckling

En god cancervård bygger på kompetensen hos alla som på ett eller annat sätt möter patienter och närstående. Sjukvårdssystemets möjlighet att kontinuerligt anpassa sig till den utveckling som sker bygger på medarbetarnas förmåga att kontinuerligt arbeta med kvalitetsdriven verksamhetsutveckling som inkluderar både ständig förbättring och implementering av nya metoder. Kontinuerlig utveckling av vården med förändrade uppdrag och roller förutsätter också att administrativ och ekonomisk kompetens utvecklas och involveras. De förmågor som behöver utvecklas för att vidmakthålla och stärka ett hållbart vårdssystem är förmågan att utgå från hur värde skapas, förmågan att arbeta med framförhållning, förmågan att förstå vården som ett komplext system och förmågan till anpassning dvs. framgångsrik hantering av pågående krav och belastningar. Utveckling av dessa förmågor måste utgöra en central del i den enskilda medarbetarens, chefernas och hela organisationens lärande.

Att ha rätt kompetenser inom cancervården blir allt viktigare i takt med ett ökat fokus på ekonomi och kommande pensionsavgångar. Fortsatt kunskapsutveckling är av central betydelse. Forskning visar positiva resultat som behöver implementeras och kompetensförsörjningen behöver anpassas. Planen för fortsatt lärande behöver anpassas efter verksamhetens behov snarare än vara baserat på individens önskemål.

### Övergripande strategier

Övergripande strategier för kompetensutveckling är av stor vikt för att förbättra förutsättningarna för en jämlik cancervård. Detta kräver en tydlig och mera systematisk kompetensplanering med både kort- och långsiktiga lösningar, övergripande och för den enskilda medarbetaren. Här krävs särskilda åtgärder för de olika professionerna inom cancervården, men även åtgärder som är gemensamma för alla yrkesgrupper. Övergripande lösningar och förutsättningar kring specialistutbildning belyses i avsnitten för de olika yrkesgrupperna (kapitel 8 och 9).

Flera andra länder har krav på årlig kompetensutveckling för legitimerad personal för att få fortsätta praktisera inom yrket. På många håll inom den svenska vården är det den enskilda organisationens ekonomi som styr kompetensutvecklingen, vilket kan få allvarliga konsekvenser om till exempel nödvändig kompetens inte utvecklas. Det kan t.ex. handla om deltagande i lokala, regionala, nationella och internationella möten och kongresser. Detta är särskilt viktigt inom cancervården där omfattande forskning bedrivs och behovet av implementering av nya forskningsresultat är stort.

### Spridning av kunskap

Spridningen av ny kunskap behöver även förbättras internt inom cancervården. Detta kan t.ex. ske genom ett tydligt krav för individer som deltar i konferenser

eller genomgår utbildningar att delge kollegor den nya kunskapen. För att sprida resultat av nya forskningsstudier, vårdprogram och ändrade riktlinjer har strukturen med RCC-ledda processledare för de olika cancersjukdomarna en mycket viktig roll. För att vidareutveckla specialistkunskap och sprida denna kan man även tänka sig utökat regionalt samarbete med t.ex. tjänstgöring på annan ort avsedd för mer senior personal.

## **Kliniska utbildningsavdelningar**

Inom den svenska hälso-och sjukvården finns ett 50-tal kliniska utbildningsavdelningar. Här ges möjlighet för studenter och medarbetare att under handledning träna moment inom både den specifika yrkesrollen samt teamarbete i verkliga och simulerade situationer. Denna typ av lärande skulle kunna utvecklas och användas mera systematiskt för att öka kompetensen inom cancervården.

## **Introduktionsutbildning**

Ett område som särskilt behöver beaktas är inskolning av studenter och nyanställda inom cancervården. Här behövs bra och genomtänkt inskolning för att kunna förbereda sig och på ett bra sätt utföra de uppdrag som förväntas. Detta gäller alla yrkesgrupper. Inskolningen organiseras ofta lokalt och inte alltid systematiskt efter ett fastställt program. Inledande handledning och fortsatt mentorskap är bra redskap för att systematisera och utvärdera introduktionsprogrammet.

## **Förslag på åtgärder**

- Ett övergripande förslag som omfattar alla professioner i cancervård är att samtliga RCC tillsammans med vårdgivarna inom upptagningsområdet genomför en regelbunden översyn av bemanningen för alla verksamheter som arbetar med cancer. Översynen, som för läkarprofessionen på de större specialiteterna bör vara på subspecialitetsnivå, ska också identifiera kommande kända förändringar inom verksamheten och förväntad utveckling inom specialiteten. Frågor som kompetensutveckling, forskning, utbildning och utvecklingsarbete bör också beaktas i redovisningen och vid behov måste handlingsplaner utarbetas. Inom respektive RCC identifieras problemområden som behöver diskuteras och åtgärdas. Översynen kan också användas vid jämförelser mellan landsting/ regioner, även om sådana jämförelser är svåra med tanke på olika organisation mm
- Uppmuntra arbetsgivare inom cancervården att underlätta och möjliggöra för medarbetare från olika yrkesgrupper att genomgå magister och/eller masterprogram. Detta möjliggör akademisk



utveckling samtidigt som cancervården utvecklas. Det är viktigt att betona kravet på spridning och implementering av ny kunskap efter genomgången utbildning

- Uppmuntra arbetsgivare inom cancervården att i ökad omfattning utnyttja kliniska utbildningsavdelningar för kompetensutveckling samt tydliggöra kraven på och möjligheten till spridning av kunskap efter enskilda medarbetares deltagande i möten/konferenser
- Uppmuntra arbetsgivare att utveckla systematiska introduktionsprogram för nyanställd personal med möjlighet till mentorskap
- Uppmuntra arbetsgivare att utveckla individuella kompetensutvecklingsprogram för medarbetare där förbättringskunskap ingår

## 6. Forskning

Universiteten och FoU-enheterna har nyckelroller med ansvar såväl för utbildning inom de olika vårdprofessionerna, som för forskningen, som i sig är en drivkraft inom sjukvården. Universiteten och landstingen/regionerna har således gemensamt ett långsiktigt ansvar för olika vårddyrkans grund- och vidareutbildning, för att god handledning ges, samt att den akademiska miljön och forskningen fortsätter att utvecklas. Strategier för kompetensförsörjning måste arbetas fram och kontinuerligt följas upp i samverkan mellan landstingen/regionerna och universiteten. Forskningens roll för rekrytering är viktig för samtliga specialiteter och professioner. Att säkra forskningstid för den enskilde anställde kan vara avgörande för en specialitets attraktionskraft, både för rekrytering och för att behålla befintlig personal. Att olika yrkeskategorier har en del av sin tjänst för forskning och utveckling är således ett konkurrenskraftigt verktyg för rekrytering och ett sätt att kunna behålla kunnig personal, samt bra för vårdens utveckling.

Sverige tappar mark som en av de ledande länderna inom cancerforskningen. I en rapport från Cancerfonden (9) betonas att vårdorganisationerna och universiteten behöver inrätta bättre karriärmöjligheter och lönestrukturer som lockar till forskning.

Strategier för kompetensförsörjning inom forskning och utbildning måste ingå i landstings- och regionplanerna och ledningarnas inställning framgå av uppdragsbeskrivningar, uppföljning och värderingar av arbetsinsatser vid lönerrevision (10). Ett exempel är att FoU-mål finns som självklar del i verksamhetsplanerna inom landsting och regioner. Antalet doktorander och bi- och huvudhandledare till doktorander behöver redovisas årligen i bokslutet för varje specialitet och yrkesgrupp, liksom genomförda avhandlingsarbeten och erhållande av docentkompetens.

Forskarutbildade läkare, sjuksköterskor och övrig personal har en viktig roll i verksamheternas utvecklingsarbete. Inom Stockholms läns landsting prövas ett intressant initiativ med akademiska plattformar, som inte bara innebär samtidig utbildning av olika personalkategorier, utan också ett koncept för att stärka patientnära forskning och utvecklingsarbete. Exempel är ”Akademiska vårdcentraler” och ”Akademisk ambulans”. Andra åtgärder för att stärka forskningen och binda forskning och verksamhet samman för andra yrkeskategorier än läkarprofessionen är att inrätta tjänster för kliniska adjunkter, forskarskola för sjuksköterskor mm.

RCC utgör således redan idag ett kunskapscenter för cancervården och föreslås fortsatt vara en aktiv aktör inom cancerområdets forskning, utbildning och utveckling. I ansvarsområdet ingår också dialog med och utbildning av företrädare för patientorganisationerna. För forskningen underlättas samarbetet

inom respektive RCC av det nätverk av forskningsnoder, som successivt byggs upp av de olika FoUU-enheterna.

### **Förslag på åtgärder**

- Uppföljning av forskningsaktiviteter, från samtliga professioner inom cancervården, inhämtas av de regionala RCC där vårdverksamheterna rapporterar in status för aktuella yrkesgrupper samt tar fram en handlingsplan för effektiv kompetensförsörjning inom cancervården
- Kompetensförsörjning för utbildning och forskning är ett gemensamt ansvar för landsting/ regioner och universiteten och bör följas upp kontinuerligt
- Forskningens roll för rekrytering behöver lyftas för samtliga specialiteter och kombinationstjänster, adjungeringar och säkrad forskningstid kan vara avgörande för en bristspecialitets attraktionskraft
- Finansierad forskningstid är en investering för framtiden och bör fredas i schemat för samtliga personalgrupper

## 7. Specialiteter med övergripande ansvar för cancervården

Vårdprocesserna omfattas som bekant att flera specialiteter med övergripande ansvar för cancervården. Samverkansprocesserna dem emellan behöver förtydligas och förstärkas för att garantera sammahållna patientflöden.

### Primärvård

Primärvårdens uppgifter inom cancervården innefattar både förebyggande arbete för en bättre livsstil och att ansvara för att identifiera nya cancerpatienter. Cirka 70 % av cancerfallen remitteras från primärvården, men patienter som visar sig ha cancer utgör endast 3 % av de patienter som söker primärvård för nytillkomna symptom. De geografiska, och därmed primärvårdens, förutsättningarna är påtagligt olika i ett nationellt perspektiv.

Primärvårdens främsta problem är brist på allmänläkare och distriktsjuksköterskor, alltför begränsade öppettider och låg tillgänglighet för akuta fall. Möjligheter att koordinera vården för patienterna genom hela vårdkedjan är inte heller en uppgift som primärvården i Sverige särskilt ofta kan fullfölja, till skillnad från i andra länder. Den pågående utredningen av vårdens effektivitet (5) kommer att adressera dessa frågor inom primärvården ytterligare.

Effektiviseringsförslagen som framförs från primärvårdens egen sida syftar främst till kortare utredningstider med förbättrade remissrutiner och projekt med ”snabb-spår”, vilket väl sammanfaller med planerade standardiserade vårdprocesser. Kompetensutveckling efterfrågas också i form av utbildningsdagar och ett mer utbyggt kunskapsstöd. Även inom primärvården väntar stora pensionsavgångar.

### Patologi

En välfungerande patologiverksamhet är helt centralt för cancervården. En utredning kring patologi (11) beskriver att det finns en bristande kapacitet nationellt inom patologi, som påverkar ledtider, kvalitet och forskning negativt. Framtiden medför dessutom ytterligare utmaningar med ökande cancerincidens, mer omfattande analyser, inte minst molekylärpatologiska metoder, och stora kommande pensionsavgångar.

Förslagen till lösningar av bristen på patologikapacitet delas i den nationella utredningen (11) upp i omedelbara åtgärder, samt åtgärder på kortare respektive längre sikt. Under omedelbara åtgärder nämns i den nationella utredningen blandade ersättningssystem, stafettläkare och outsourcing. De två förstnämnda är inte hållbara i längden och den sistnämnda innebär endast en omfördelning av

resurserna. På kort sikt finns möjlighet att rekrytera redan utbildade patologer från annat land, men på längre sikt håller endast utbildning av fler patologer, biomedicinska analytiker och cytodiagnostiker. Det påbörjade arbetet i enlighet med nationella och regionala planer inom patologi behöver fortsätta. En nationell handlingsplan föreslog (11) nationell styrning med flera ST-tjänster, ökad rekrytering till grundutbildning och vidareutbildning av BMA och cytodiagnostiker, samt upprättande av regionala planer. Arbetet med de regionala planerna pågår och omfattar bland annat kartläggning av verksamheterna och översyn av finansiering för att kunna genomföra förbättringsarbete och kvalitetsutveckling. Utveckling av teknik och IT-stöd är således centrala frågor också inom patologin. Läs mer i kapitel 3 och 4.

### **Biomedicinska analytiker (BMA)**

Rekryteringen av BMA sviktar och existerande utbildningsplatser är svåra att fylla. Det kan vidare vara svårt för sjukvården att konkurrera lönemässigt om de färdigutbildade BMA med framför allt läkemedelsföretagen. Slutligen har tidigare saknats vidareutbildning för BMA, vilket också påverkade rekryteringen negativt.

### **Cytodiagnostiker**

Cytodiagnostikers huvudsakliga arbetsuppgifter idag är att bedöma cytologiprover från gynekologiska hälsokontroller. Behovet av dessa bedömningar minskar i takt med den tekniska utvecklingen och det är därför högaktuellt med "task-shifting" för denna yrkesgrupp. Vidareutbildningar för cytodiagnostiker planeras i alternativ screeningdiagnostik, exempelvis av prostatabiopsier som patologer av tradition idag utför. Åldersprofilen för cytodiagnostiker är hög och pensionsavgångarna överstiger nyutbildningstakten.

### **Bild- och funktionsmedicin**

Radiologi för cancersjukdomar omfattar screening, initial diagnostik och utredning, samt uppföljning av behandlingseffekt. Radiologi för påvisad cancer eller misstänkta cancersjukdomar är en stor del av specialiteten, som också inkluderar nuklearmedicin, och är svår att avskilja från övriga delar av verksamheten. Utredningsdelen har ökat i omfattning i takt med utvecklande av vårdprogram och förbättrad teknik. Det är de mer resurskrävande modaliteterna som mest efterfrågas, som datortomografi (CT), magnetkamera (MR), samt SPECT-CT och PET-CT.

Utvecklingen är delvis densamma för uppföljning av sjukdom och behandling och här finns ett uttalat krav att undersökningarna ska ske så nära patientens hem som det är möjligt. Utbildning av specialister inom bild- och funktionsmedicin har inte varit parallell till den ovan skisserade utvecklingen och ökade efterfrågan. Interventionsdelen har dessutom utvecklats snabbt inom radiologi och behöver också kvalificerade resurser. En framtida tillräcklig

utbildning av specialister inom bild- och funktionsmedicin är således av stor vikt.

## **Onkologi**

Onkologisk kompetens är helt avgörande för cancervårdens kvalitet. Tyvärr är resurserna ojämnt fördelade över landet och några landsting saknar helt egen onkologisk resurs och är beroende av konsultläkare från andra landsting och regioner. Den nuvarande situationen innebär en ojämlig vård för patienterna i de landsting som saknar onkologiklinik och är klart negativt för rekryteringen till de landstingens övriga specialiteter, som arbetar inom onkologin utan tillräcklig tid eller kompetens.

Situationen medför ett ofrånkomligt behov av en ökad bemanning vid onkologiklinikerna i de landsting som bidrar med konsulter och vidare utbildning av onkologer med huvudsaklig anställning lokalt, även om ett nära samarbete med närmaste onkologiklinik är en förutsättning för bibehållen kvalitet. Ett annat exempel är region Gotland, som i samarbete med Stockholms läns landsting och Karolinska universitetssjukhuset, genomfört en etablering och utveckling av onkologin på Gotland, som väckt nationellt intresse. Professor Gunilla Enblad konstaterar i sin utredning av onkologin i Norra regionen (12) att den enda säkert framkomliga vägen är att utbildningen av onkologer för respektive region sker inom den egna regionen.

Cytostatikabehandling utgör en viktig del av den onkologiska verksamheten. Behandlingen med kemoterapi är av geografiska skäl decentraliserad och nivåstrukturerad med ytterligare decentralisering kan bli aktuell, med synergieffekter mellan kliniker på läns- och länsdelssjukhus. Samtidigt måste decentralisering vägas mot risk för bristande lokal kompetens och erfarenhet av allt mer potenta läkemedel med allvarliga biverkningar. IT-stöd för cytostatikabehandling underlättar arbetet på distans och behöver finnas över hela landet.

## **Rehabilitering**

I den nationella cancerstrategin (13) framgår att patientens perspektiv ska vara ledande för att uppnå en jämlik vård med hög kvalitet för alla cancerpatienters väg genom vården. För att stärka detta arbete var ett av uppdragen till RCC att alla cancerpatienter i behov ska erbjudas möjlighet till rehabilitering. Cancerrehabilitering ska bedrivas i alla verksamheter som möter patienter med cancer och tar sin början i och med cancerbeskedet. Samtliga patienter med en cancerdiagnos har ett grundläggande behov av rehabilitering. Rehabiliteringsbehov kan föreligga på olika nivåer och skifta under perioder i sjukdomsprocessen.

Det är sannolikt att behovet av cancerrehabilitering kommer att öka på basis av ökad cancerbörda och behöva individanpassas mot bakgrund av en

individualiserad cancerbehandling kopplad till varierande risker för och typer av seneffekter. Vissa behov behöver hanteras av personal med särskild kunskap och kompetens inom området cancerrehabilitering. Följande yrkeskategorier är vanliga i arbetet med cancerrehabilitering: arbetsterapeut, dietist, kurator, logoped, läkare, psykolog, psykoterapeut, sexolog, fysioterapeut, sjukhuspräst, sjuksköterska, stomiterapeut, tandhygienist, tandläkare och uroterapeut.

Nivåstrukturerung kan behövas även inom verksamheter för mer avancerade rehabiliteringsbehov, detta inom områden där det kan vara svårt att upprätthålla nödvändig kompetensnivå i samtliga berörda verksamheter. Exempel på detta kan vara sexologisk kompetens, viss psykiatrisk kompetens (vid psykiatrisk samsjuklighet och/eller missbruk).

### **Pågående arbete**

I Stockholm-Gotland regionen har man långtgående planer på att samla den specialiserade cancerrehabiliteringen i ett regionalt rehabiliteringscenter. Detta centrum ska ha i uppdrag att bedriva en multiprofessionell specialiserad cancerrehabilitering till alla cancerpatienter i regionen och ha en samordnande roll vad det gäller forskning, kompetensutveckling och samarbete med lärosäten. Målsättningen är att även integrativ cancervård på sikt ska bli en del av centrets kärnverksamhet.

I region Syd planeras för ett regionövergripande Kunskapscentrum för Cancerrehabilitering med ansvar för att stärka cancerrehabiliteringen, säkra jämlik tillgänglighet och ansvara för forskning, fortbildning, utveckling och utvärdering inom området. Brister finns inom flera rehabiliteringsdiscipliner, till exempel arbetsterapeut, dietist, kurator, logoped, psykolog, sjukgymnast, sjukhuspräst, barnpsykologi och sexologi. Ett långsiktigt mål är att inrätta ett resurscentrum för högspecialiserade rehabiliteringsinsatser.

### **Palliativ vård**

För att uppnå god palliativ vård över hela landet behövs en gemensam infrastruktur i alla landsting/ regioner med såväl allmän, som specialiserad, palliativ vård. För att kunna erbjuda god palliativ vård behövs fortbildning för all vårdpersonal, en teambaserad och effektiv vårdkedja för patienterna, säker informationsöverföring i vårdkedjan, validerade verktyg för skattning av symptom och livskvalitet, samt möjlighet till jourkontakt med palliativmedicinsk specialistläkare dygnet runt.

Som nödvändig kompetensutveckling, förutom ovan nämnda breddutbildning av all personal som möter palliativa patienter, behövs utbildning i brytpunktssamtal av de läkare som har ansvar för cancerpatienter, utlysning av ST-block i den nya grenspecialiteten palliativ medicin i varje landsting/region för att säkra det framtida behovet av palliativmedicinska specialister, utveckling av palliativa kompetensteam, specialistsjuksköterskeutbildning i palliativ vård,

utbildning av primärvårdsläkare i palliativ medicin och inrättande av palliativa kompetenscentra för såväl forskning, som utbildning. I den senare uppgiften har FoU-enheterna också en viktig roll.

För att en större andel av obotligt sjuka cancerpatienter med komplexa behov ska kunna få adekvat hjälp behövs också ett nationellt täckande nätverk av specialiserade palliativmedicinska konsultteam (läkare, sjuksköterska, psykosocial kompetens) på varje sjukhus. Den psykosociala kompetensen ska också inkludera närståendestöd och innebär en förbättrad livskvalitet för såväl patienter, som anhöriga, samt avlastar övrig sjukvård.

### **Förslag till åtgärder**

- Fortsatt utveckling och implementering av de standardiserade vårdförloppen
- Fortsatt utveckling kring task-shifting, nivåstrukturering och digitalisering inom patologi, cytologi och bild/funktion. Beskrivs ytterligare i kapitel 4.
- Utbildningsinsatser i palliativ vård riktade mot personal inom slutenvård och primärvård
- Uppbyggnad av palliativa kompetenscentra för utbildning och forskning  
Fortsatt utveckling och noggrann utvärdering av de nya centra för cancerrehabilitering
- Utbildningssatsning (grund- och specialistbildningar) för att tillgodose behovet av de olika yrkesgrupperna inom bristspecialiteterna (patologi, onkologi, bild- och funktionsmedicin)



## 8. Läkare

Vid bedömning av läkarbemannning ur cancervårdens synvinkel finns flera begränsningar. Främst att endast ett fåtal läkare, utöver onkologer, arbetar med endast cancer eller endast en cancerform. För de flesta läkare ingår annan verksamhet i uppdraget, som vård av patienter med benigna sjukdomar och sannolikt andra tumörsjukdomar, jourverksamhet, utbildning med mera. Vidare att en nyutbildad specialistläkare aldrig direkt kan ersätta en senior och erfaren kollega och slutligen att utvecklingen är dynamisk och bilden ändras snabbt i en skör bemanning med få nyckelpersoner. Läkarbemanningen ser givetvis olika ut i landets olika delar med mindre problem i de befolkningstäta delarna, främst Stockholmsregionen (2), och befintlig eller hotande läkarbrist i Norra regionen och i glesbygd. För patologi, radiologi, för vissa delar av landet onkologi och palliativ vård, samt för primärvården, som samtliga specialiteter har en mer övergripande roll och är eller kan vara aktuella i de flesta cancerformer, är problemen dock till stora delar gemensamma över landet och dessa specialiteter diskuteras separat nedan.

Det är en paradox att samtidigt som det idag finns allt fler läkare och sjuksköterskor i arbetsför ålder, så fortsätter bristen på kompetent personal att öka påtagligt inom vissa specialiteter och med stora geografiska skillnader inom landet. Bemanningsföretagen erbjuder en snabb, men dyr lösning med oroande långtidseffekter. Den nya ST-utbildningen för läkare, som gäller för alla med legitimation efter 1/5 2015, innehåller en gemensam kunskapsbas för näraliggande specialiteter och ett av skälen till denna så kallade ”common trunk” är möjligheter att bättre balansera ST-blocken, när samma utbildning under det första året kan öppna för flera specialiteter. Problemet med suboptimal styrning av ST-block kommer också att adresseras i den nationella kompetenssamlingen för sjukvården, som ansvarig minister tagit initiativ till och som kan innebära att staten spelar en större roll när det gäller fördelning av ST-blocken.

### Specialistläkare

Att tillräckligt antal utbildningstjänster för specialistläkare (ST-block) finns för att möta kommande behov är av största vikt ur läkarbemanningssynpunkt (2). Oavsett var budget för ST-läkare ligger måste budgetutrymme säkras, så att tillräckligt antal ST-tjänster kan utlysas och tillsättas. Redan idag är stafettläkarkostnaderna höga inom vissa specialiteter. Om befarad brist i framtiden inte kan mötas med egna utbildade specialister finns risk för ytterligare kostnadsökningar, förutom aspekterna på patientsäkerhet mm.

En ny specialistläkarutbildning har just beslutats (mars 2015) och Läkarförbundet var i sitt remissvar positivt till den föreslagna utbildningen, men efterfrågade ett utökat nationellt planeringsstöd för att på längre sikt kunna bedöma behovet av specialister inom olika verksamheter. I en rapport från

Riksrevisionen bedömdes också landstingens och regionernas planering för specialistläkarförsörjning vara suboptimal ur nationell synvinkel och behov större samverkan regionalt och nationellt påpekades (14). En nationell samordning av ST-utbildningen föreslås således från flera håll.

### **Forskning, utifrån ett medicinskt perspektiv**

Behov av ökat antal forskarutbildade läkare, som vetenskapliga handledare för både kandidater och ST-läkare, har tillkommit i och med nya utbildningskrav inom såväl läkares grundutbildning, som specialiseringstjänstgöring. Behovet av forskarutbildade läkare kan vara svårt att beräkna, men i Norra regionen har en miniminivå för läkare föreslagits vara 20 % vid länssjukhus. Vid universitetssjukhuset torde nivån behöva vara betydligt högre, minst 50 %.

Den regionaliserade läkarutbildningen, där den genomförts fullt ut, har inneburit en påtaglig utveckling av den akademiska miljön, underlättat bildande av forskargrupper och stärkt sambandet mellan universitetssjukhuset och regionens sjukhus. Exempel på sådant samarbete är nätverksbildning mellan FoU-enheterna för att underlätta multicenterstudier i regionen och arbete för att få enheter utanför regionsjukhus att godkännas som forsknings-sites för onkologiska läkemedelsstudier.

Det är samtidigt svårt att redovisa forskningens behov i till exempel ett bestämt antal läkartjänster. De lektorer, som idag har ansvar för utbildningen av läkare, har till exempel i vissa fall inte egen forskning inom cancerområdet, även om de arbetar kliniskt med en cancerform.

### **Schemaläggning, jour- och beredskap**

I Göran Stiernstedts pågående utredning om effektivare vård (3) påpekas behovet av sammanhållen schemaläggning för vårdens professioner och berörs också frågan om läkares jour- och beredskap mot bakgrunden av problemen med stort uttag av jourkompensation.

Schemaläggning för läkare kan ofta förbättras och också samordnas i större utsträckning med andra yrkeskategorier. Mottagningstider kommer sannolikt i ökande omfattning att erbjudas på kvällar och eventuellt dagtid på helger för bättre service mot patienterna. Samtidigt innebär regelbundet arbete utanför ”kontorstid” alltid större kostnader och att medarbetaren i stället är borta under vanlig produktionstid.

Arbetsfördelningen för en del specialiteter bör kunna moderniseras, till exempel så att mottagnings-, operations- och avdelningsverksamhet var för sig koncentreras till olika veckor eller att olika typer av jourveckor och jourkompensationsuttag samlas i block. Det skulle underlätta såväl planering av verksamheten som utbildningen av yngre läkare och kandidater.

## Förslag på åtgärder

Förutom de åtgärder som beskrivs i texten ovan listas nedan särskilda förslag på åtgärder för en effektivare kompetensförsörjning för läkare inom cancervården.

- Inrättande av flera ST-block i bristspecialiteterna för att uppnå en långsiktig och hållbar bemanning
- Överföring av vissa arbetsuppgifter till andra personalkategorier (se avsnitt 4) för att läkare skall kunna arbeta effektivt utifrån sin kompetens
- Kompetensöverföring mellan äldre och yngre personal genomförs effektivare och i god tid
- Bättre och snabbare utbildning av utlandsutbildade läkare
- Övergripande åtgärder för att få personal att fortsätta arbeta efter ålderspension, genom t.ex. anpassade scheman
- Forskarutbildning bör beaktas i bemanningsöversikter och målnivåer för andelen forskarutbildade läkare bestämmas för olika sjukhusnivåer

## 9. Sjuksköterskor

I takt med att cancerprevalensen ökar och att cancervården blir allt mer högspecialiserad behöver omvårdnadskompetensen anpassas och utvecklas. God omvårdnad inom cancervården är t.ex. viktig för att utveckla lagstiftade områden som patientdelaktighet, information och samtycke, samt patientsäkerhet. Sjuksköterskor utgör den största yrkesgruppen. Med tanke på den nationella brist som beskrivs i detta avsnitt samt rapporter som prognosticerar fortsatt brist på sjuksköterskor (2, 10, 14) är flera övergripande åtgärder nödvändiga för att garantera tillgänglighet, säkerhet, vårdkvalitet inklusive kontinuitet och sammanhållna vårdkedjor i cancervården.

### Kontaktsjuksköterska

Kraven på samordning inom cancervården ökar. Ett av uppdragen i den Nationella Cancerstrategin (13) är att alla cancerpatienter ska erbjudas en kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskefunktionen, som utgör en nyckelfunktion för att skapa en sammanhållen vårdprocess, beskrivs som oerhört värdefull för patienter och närstående (15-17) och flera patientorganisationer anger att det är en av cancervårdens viktigaste frågor.

Utvärderingar har visat (18) att tillgången samt kvaliteten på det stöd kontaktsjuksköterskan kan erbjuda varierar. Det finns också stora variationer kring hur och i vilken omfattning kontaktsjuksköterskerollen implementerats. Inom flera verksamheter är kontaktsjuksköterskan delaktig i flera patientprocesser och uppdraget utförs på heltid eller deltid.

Cancerpatienter träffar olika specialister och rör sig mellan olika organisatoriska enheter. Det innebär att ur cancerpatientens perspektiv är funktionen kontaktsjuksköterska av stor betydelse. De arbetar med att övergångarna mellan specialister och enheter fungerar på ett effektivt sätt och hjälper på så sätt patienten vidare i processen. Kontaktsjuksköterskan har också en viktig roll när det gäller kontinuitet. Kontinuitet skapar trygghet för patienten och blir allt viktigare ju mer komplex och specialiserad cancervården blir. Vårdflödet ska vara tydligt och förståeligt för patient och närstående.

Utbildning för kontaktsjuksköterskor har utvecklats på flera håll i landet och har på senare år bättre anpassats för rollen och uppdraget. Flera initiativ har också tagits för att utveckla varianter av kontaktsjuksköterskefunktionen. Ett exempel från Stockholm-Gotland är ett pågående projekt där 11 så kallade *samordnande kontaktsjuksköterskor* anställs i fem olika patientprocesser och har ett övergripande regionalt ansvar för hela vårdprocessen. Rollen innebär att särskilt fokusera på överlämningar i vårdkedjan och att säkerställa en sammanhållen vårdkedja utifrån patientens perspektiv. Projektet pågår i två år (2015-2017).

En pågående kartläggning under våren 2015 (Stockholm-Gotland) visar att kontaktsjuksköterskefunktionen ännu inte är helt implementerad på vissa håll.

På andra håll har vissa kontaktsjuksköterskor fått andra uppdrag, utöver uppdragsbeskrivningen, utan att antalet kontaktsjuksköterskor utökats. Vid svårigheter med sjuksköterskebemanning prioriteras det övriga vårdarbetet, vilket innebär att uppdragen inom ramen för kontaktsjuksköterskefunktionen inte kan utföras fullt ut.

## **Specialistsjuksköterskor**

Sjuksköterskor med specialistkompetens behövs inom många discipliner där personer med cancersjukdom utreds och vårdas. Bland dessa kan nämnas onkologi (onkologisk omvårdnad samt strålbehandling), palliativ vård, kirurgi, urologi, medicin, lungmedicin, öron-näsa-hals, hematologi, äldrevård, operation, anestesi, barnsjukvård och primärvård. Inom vissa områden i cancervården krävs specialistkompetens för tjänstgöring, t.ex. operation och strålbehandling. Det finns också krav på formell kompetens för att iordningställa och administrera cytostatika. Specialistsjuksköterskor med delvis nya arbetsuppgifter (endoskopi, mottagningsverksamhet, ultraljuds- och skelettundersökningar) innebär en möjlighet för både en kvantitativ och en kvalitativ förstärkning av vården.

Inom några av dessa områden finns särskilt utbildningsprogram till specialistsjuksköterska medan inom t.ex. hematologi och lungmedicin endast finns kortare fristående kurser vid vissa lärosäten. Utbildning till specialistsjuksköterska bedrivs på avancerad nivå med olika inriktningar på lärosäten i hela landet. Ofta genomförs utbildningen på halvfart under två år och leder till magisterexamen. Förhållandevis få sjuksköterskor inom cancervården genomgår specialistutbildning. Andelen varierar stort och för många specialiteter ligger den på mindre än 20 %, snarare än 70 %, som är den nivå som krävs för att möta behoven enligt beräkning av Svensk sjuksköterskeförening. Socialstyrelsen rapporterar (2) att andelen specialistsjuksköterskor snarare minskat de senaste åren.

Som tidigare beskrivits behöver dock omvårdnadskompetensen ökas inom flera områden. Grundutbildade sjuksköterskor har inte den kompetens som krävs för att utföra flera av de arbetsuppgifter som förväntas inom den specialiserade cancervården.

Många vårdorganisationer rapporterar att det är en utmaning att både erbjuda specialistutbildning till sina grundutbildade sjuksköterskor samt att behålla specialistutbildade sjuksköterskor efter genomförd utbildning, särskilt på enheter där patienterna är svårast sjuka (slutenvård). Satsningar behövs som gör det mera attraktivt att genomgå specialistutbildning men även för arbetsgivare att kunna erbjuda tjänstledighet för utbildning med rimliga villkor. Goda erfarenheter från webbaserade utbildningsdelar finns men utmaningen är att kombinera studier på avancerad nivå med kliniskt arbete. En annan utmaning är att rekrytera sjuksköterskor till specialistutbildningarna då man inte får tillräcklig lönekompensation under och efter utbildningstiden. Variationen är stor och allt från ingen till full lön under utbildningstiden förekommer. Lärosätena behöver

samarbeta och utöka utvecklingen med fler fristående kurser inom områden där specialistutbildning inte finns. Sjuksköterskor kan då gå något av de befintliga specialistprogrammen, välja en kurs i t.ex. hematologisk omvårdnad och kombinera med att fokusera magisteruppsatsen inom hematologi. Detta skulle öka flexibiliteten och anpassningen till de kunskaper som vården behöver.

Vårdförbundet har utvecklat en modell för generell specialisttjänstgöring för sjuksköterskor som just nu testas på flera håll i landet. Modellen behöver utvärderas men skulle kunna bidra till en bättre kompetensförsörjning.

### **Nationell brist**

Antalet utbildade sjuksköterskor är fler än någonsin men många väljer att lämna yrket, byta specialitet eller arbeta utomlands. De skäl som ofta anges är relaterade till arbetsmiljö, t.ex. begränsade karriärmöjligheter, bristande ledarskap och samarbete med andra yrkesgrupper och samt villkor som t.ex. löneutveckling och arbetstider (19). Detta riskerar att särskilt drabba cancervården då omvårdnadsarbetet här innebär stort ansvar i komplexa vårdsituationer.

Regionala skillnader förekommer men en nationell brist på både grund- och specialistutbildade sjuksköterskor råder som påtagligt påverkar cancervården och på vissa håll resulterar i stängda vårdplatser, uppskjutna operationer och cancerbehandlingar. Det finns ett stort antal vakanta sjukskötersketjänster inom cancervården som behöver tillsättas. Läget bekräftas i flera rapporter och prognoser (2, 3, 5, 14). På många håll har detta lösts genom omfattande utnyttjande av inhyrd personal, långa skift och övertidsarbete. Forskning visar att dessa åtgärder påverkar vårdkvaliteten, patientsäkerhet och arbetsmiljö negativt (20). Dessa åtgärder medför också stora kostnader för vården som skulle kunna användas bättre. Under de senaste åren har antalet utbildningsplatser, både på grund- och specialistutbildningsnivå ökat, dock inte i tillräcklig omfattning för att möta hälso- och sjukvårdens behov.

### **Förslag på åtgärder**

Förutom de åtgärder som beskrivs i texten ovan listas nedan särskilda förslag på åtgärder för en effektivare kompetensförsörjning för sjuksköterskor inom cancervården.

- Gemensamma nationella riktlinjer för villkor under specialistutbildning av sjuksköterskor bör eftersträvas. En rimlig lönenivå måste kunna bibehållas under utbildning till specialistsjuksköterska. Medel som idag används för kostsam rekrytering och inskolning vid hög personalomsättning skulle kunna användas i detta sammanhang

- Utöka antalet utbildningsplatser på specialistsjuksköterskeprogrammen
- Utöka utvecklingen med fler fristående kurser inom områden där specialistutbildning inte finns
- Kontaktsjuksköterskefunktionen behöver fortsätta att utvecklas och detaljerade utvärderingar är nödvändiga för att klargöra patientnyttan samt åtgärda eventuella brister och vid behov stärka rollen ytterligare
- Utveckla stödfunktioner och stödresurser för att varje profession ska kunna arbeta effektivt utifrån sin kompetens. Läs mer i kapitel 4, 10 och 11.
- Utveckla ett bättre administrativt stöd, IT lösningar, teamarbete och tydligare arbetsfördelning. Läs mer i kapitel 3 och 4
- Utveckla tydligare fortsatta karriärvägar efter specialistkompetens för sjuksköterskor. Ett exempel är att utveckla rollen som så kallad *Nurse Practitioner* (21). Tydliga karriärvägar inom forskning för sjuksköterskor behöver också utvecklas. Läs mer i kapitel 5
- Bättre och snabbare utbildning av utländskt utbildade sjuksköterskor

## 10. Andra professioner

### Undersköterskor

Idag är det god tillgång på undersköterskor vilket dock på 5-10 års sikt kan komma att förändras. Den dåliga tillströmningen av sökande till omvårdnadsprogrammen på gymnasiet och det ökade behovet av omvårdnad av äldre i samhället kommer att ge upphov till en brist inom denna yrkesgrupp. Det är därför mycket viktigt att undersköterskor i cancervården kontinuerligt erbjuds kompetensutveckling för att möta patienter och närståendes behov men även för att möta verksamhetens behov.

Specialisering inom cancervård för undersköterskor kan t.ex. ske genom yrkeshögskoleutbildning som har genomförts som distansutbildning av Yrkeshögskolan i Eslöv. Samma utbildning med inriktning mot palliativ vård genomförs i Lund och Linköping.

### Medicinska sekreterare

Det har blivit svårare att rekrytera medicinska sekreterare till vården. Utbildningen som ges av yrkeshögskolan är bredare inriktad på administration och verksamhetsutveckling vilket gör att gruppen som helhet är intressant för andra organisationer även utanför hälso- och sjukvården. Om cancervården kan ta till vara de medicinska sekreterarnas kompetens bättre kommer tjänsterna bli attraktivare och verksamheten får ett utökat stöd på väg mot den omstrukturering den behöver genomgå. Även för medicinska sekreterare är det av största vikt att verksamheten erbjuder en kontinuerlig kompetensutveckling, möjlighet till avancemang och rimlig löneutveckling.

### Övriga professioner

Vården kring cancerpatienten kräver ett komplext och välutbyggt nätverk av ett flertal andra professioner. Fysioterapeuter, dietister, arbetsterapeuter, logopeder och kuratorer är ofta direkt knutna till cancerverksamheter och i samarbete med kontaktsjuksköterskan ingår de i ett nära teamarbete runt patienten. De organisatoriska förutsättningarna varierar dock och i andra fall gör ett konsultativt arbetssätt resurserna tillgängliga. Det är också det vanligaste samarbets sättet när psykolog och präst finns i teamet.

Behov av tandvård uppkommer hos många patienter under olika faser av behandling och rehabilitering, kompetensen för denna vård finns i de flesta fall i fristående verksamheter på sjukhusen.

Tillgången på dessa professioner bedöms vara i relativ balans under de kommande åren men när resurser tilldelas och utbildningar planeras det är mycket viktigt att beakta att vi i framtiden kommer se ett ökat antal



canceröverlevande med ett ökat behov av rehabiliteringsinsatser. Det är också viktigt att upprätthålla och utveckla den specifika kompetens som krävs för att möta cancerpatienters rehabiliteringsbehov.

## 11. Nya kompetenser

Som tidigare beskrivits krävs förändrade arbetssätt inom många områden för ett effektivare utnyttjande av kompetens. Inom flera områden krävs nya kompetenser. Förutom inom de områden som beskrivs nedan i detta kapitel behövs också ökad kompetens inom exempelvis hälsoekonomi, förbättringskunskap samt hälsoinformatik.

### Vårdnära service

För att ytterligare se till att de kompetenser som finns inom vården används på ett optimalt sätt är intresset för att utveckla den vårdnära servicen nu stort i många landsting. Med vårdnära service menas de tjänster som behövs som stöd för den medicinska behandlingen men som inte kräver medicinsk utbildning för att kunna utföras. Tjänsterna innefattar bland annat lokalvård, materialförsörjning, transporter, hantering av måltider och innebär att de utförs av personal med specifik kompetens inom området.

Ur ett medarbetarperspektiv kan både personal med vårdutbildning såväl som servicepersonalen få ett större fokus på arbetsuppgifter som de är utbildade för och förhoppningsvis en ökad arbetsglädje och nöjdhet.

Ur verksamhetsperspektiv underlättas möjligheterna att rekrytera personal och här finns en utvecklingspotential genom att vårdnära service kan utföras på ett mer effektivt sätt. För cancervården är vårdnära service mycket relevant och passar väl in i den verksamhetsutveckling som nu sker.

### MDK och MDK-koordinator

De multidisciplinära terapikonferenserna (MDK) är en viktig del av cancervården som säkerställer kvalitet och systematik. MDK är dock mycket resurskrävande, har ökat i antal de senaste åren och ska också fortsätta öka, så att alla cancerformer omfattas. Det pågår ett kontinuerligt arbete för att göra dessa beslutsronder så effektiva som möjligt.

RCC Stockholm – Gotland och Stockholms läns landsting (SLL) har sedan 2012 arbetat med ett Vinnova-finansierat projekt (ExDin) i syfte att utveckla ett verktyg för att stödja MDK. Projektet har visat att man genom att förändra processen kring MDK bland annat kan få en ökad patientdelaktighet, förbättrade behandlingsresultat och mer frigjord tid för verksamheten. Den frigjorda tiden för vården ger den enskilt största nyttan, mätt i pengar. Man ser ytterligare stora tidsvinster om man lyckas direkt överföra data från konferensen till kvalitetsregister, vilket idag tar mycket resurser från vården. Projektet har också identifierat en ny roll, MDK-koordinator, som kommer att krävas för att få nya arbetssätt kring MDK att fungera. Rollen (som innefattar logistik,

samordning, IT utifrån processororienterade arbetssätt) skulle kunna besättas av en medicinsk sekreterare eller undersköterska som erhållit nödvändig utbildning. Ett projekt inom SLL, RCC Stockholm-Gotland och Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) pågår för att skapa utbildning anpassad för rollen.

### **Koordinator för standardiserade vårdförlopp**

Koordinatorn ska säkra kontinuiteten i vårdförloppet och undvika onödig väntetid, funktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet. Samtliga RCC arbetar under 2015 med tillsättningen av dessa positioner inom ramen för de standardiserade vårdförloppen som kommer att anpassas och utvecklas efter lokala förhållanden.

### **Rehabiliteringskoordinator**

RCC Syd planerar att tillsätta rehabiliteringskoordinatorer för att optimera flödet i rehabiliteringen av patienter och närstående samt avlasta kontaktsjuksköterskan i dennes åtaganden kring cancerrehabilitering. Rollen föreslås för till exempel arbetsterapeuter (22).

### **Förslag på åtgärder**

- Fortsatt utveckling och noggrann utvärdering av de nya roller som beskrivs i detta avsnitt

## 12. Referenser

1. "Ur led är tiden". Fyra utvecklingsområden för mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. Myndigheten för vårdanalys 2013:9
2. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsens lägesrapport 2013
3. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Diskussions-PM (S 2013-14; Göran Stiernstedt; mars 2015)
4. Kliniska beslutsstöd kan ge hjälp i den komplexa vården. Lövström, R., Hoffman, M., Gustafsson, L. Läkartidningen. 2014;111:C3HT
5. En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013-14) – pågående utredning under ledning av Göran Stiernstedt
6. Teamarbete & Förbättringskunskap, två kärnkompetenser för god och säker vård. Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. 2013.ISBN 978-91-85060-21-4
7. Nurse-led out-patient clinics in oncology care. Patients' satisfaction, information and continuity. Bau-Berglund, C., Johansson, H., Gustafsson, E., Bergenmar, M. Eur J Oncol Nurs. 2015 Jun 9. S1462-3889(15)00081-2
8. Assessing the outcomes of nurse-led follow-up for women with breast cancer – have relevant and sensitive measures been used? Browall, M., Forsberg K., Wengström, Y. Submitted for publication in European J Onc Nurs 2014
9. Cancerfondsrapporten. 2014
10. Trender och prognoser 2011. Befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på 2030. Statistiska centralbyrån
11. Svensk patologi – en översyn och förslag till åtgärder (Marie Beckman Suurküla; mars 2012)
12. Utredning av onkologisk kompetens och bemanning i norra regionen (Gunilla Enblad; 2013)
13. Nationella Cancerstrategin (SOU 2009:11)
14. Riksrevisionens rapport 2009 (RiR 2009:10)

15. Gilbert JE, Green E, Lankshear S, Hughes E, Burkoski V, Sawka C. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011 Mar;20(2):228-36.
16. Lee T1, Ko I, Lee I, Kim E, Shin M, Roh S, Yoon D, Choi S, Chang H. Effects of nurse navigators on health outcomes of cancer patients. *Cancer Nurs*. 2011 Sep-Oct;34(5):376-84.
17. Whitley E, Valverde P, Wells K, Williams L, Teschner T, Shih YC. Establishing common cost measures to evaluate the economic value of patient navigation programs. *Cancer*. 2011 Aug;117(15 Suppl):3618-25.
18. Rapport - kontaktsjuksköterskefunktionen Stockholm-Gotland. Genomlysning av befintlig verksamhet och förslag till förbättringar. 2013.
19. Intention to leave the workplace among nurses working with cancer patients in Sweden. Lagerlund, M, Lindqvist, R, Sharp, L., Tishelman, C. *Eur J Oncol Nurs*. 2015 Apr 29. S1462-3889(15)00058-7.
20. RN4CAST Consortium. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, Schoonhoven L, Tishelman C, Aiken LH; *Med Care*. 2014 Nov;52(11):975-81.
21. The tortuous journey of introducing the nurse practitioner as a new member of the healthcare team: a meta-synthesis. Andregård AC, Jangland E. *Scand J Caring Sci*. 2015 Mar;29(1):3-14.. Epub 2014 Mar 3.
22. Framåtblickar, framtidens cancerrehabilitering i Region Skåne. Uppdragsrapport. Hellbom, M., Milbert, M. 2014.



Regionalt cancercentrum förbättrar regionens cancervård tillsammans med och för alla berörda; patienter, närstående och vårdgivare. Tillsammans för patienten, hela vägen genom cancervården.