

Slutrapport Carereprojektet, 2014 – 2015

RCC-projekt i regional samverkan – kontaktsjuksköterska, cancerrehabilitering och Min vårdplan (skriftlig individuell vårdplan) i processen för gynekologisk cancer

Projektledare:

Helena Bucht, regional processledare cancerrehabilitering 2012 – 2014

Katja Vuollet Carlsson, regional samordnande kontaktsjuksköterska och processledare cancerrehabilitering fr.o.m. 2015

Ulrika Ottander, regional processledare gynekologisk cancer

Patient- och närstående representanter: Maria Andersson och Alexandra Andersson

Bakgrund

Projektidén formulerades utifrån Cancerstrategin och de arbeten som bedrivits inom ramen för Ännu bättre cancervård (SKL). I arbetet med att förbättra cancervården i Cancerstrategins anda ingår att införa nya arbetssätt och ny kunskap. Varje diagnosprocess ska utveckla både medicinsk behandling, omvårdnad och rehabilitering. I detta ingår att införa kontaktsjuksköterskor, implementera det nationella vårdprogrammet om cancerrehabilitering och påbörja arbetet med Min vårdplan (skriftlig individuell vårdplan). Sjukvården ska utföras som en sammanhållen process med patientens fokus.

Att utveckla alla ovanstående områden samtidigt är en komplex uppgift, som kräver samverkan mellan många berörda parter. Detta projekt avsåg att hitta en modell som kan fungera i praktiken. Projektet har omfattat gynekologisk cancervård vid region-, läns- och länsdelssjukhus i norra regionen. I projektet har ingått framtagande av regionövergripande och lokala rutiner för att möjliggöra ett strukturerat, likvärdigt och kostnadseffektivt arbete i processen för gynekologisk cancer. Projektledarna har erbjudit processtöd och handledning till involverad personal under projektiden.

Syfte och målsättning

Syftet med projektet har varit att förbättra arbetet i vårdprocessen i regionen genom att tillsammans:

- Utveckla fungerande arbetsformer för utsedda kontaktsjuksköterskor
- Utveckla ”cancerrehabiliteringstänk” genom hela processen (allt vi gör för att underlätta livet trots sjukdom och biverkningar av behandling)
- Införa Min vårdplan i processen

Målsättningen har varit att med hjälp av ovanstående bidra till fler välinformerade patienter som är delaktiga i sin egen vård, att sträva mot en sammanhållen vårdprocess med patientens fokus och välfungerande kommunikation med patienter och närstående samt mellan vårdgivare.

Metod

Inför projektstart medverkade projektledarna vid ett regionmöte inom processen för gynekologisk cancer, där även ansvariga chefer från varje landsting/region var närvarande. Projektledarna informerade om projektet och erbjöd varje landsting/region att vara med. Samtliga valde att medverka i projektet. Varje landsting/region fick inledningsvis utse några representanter, för att bilda en regional arbetsgrupp. Denna grupp bestod av sjuksköterskor/kontaktsjuksköterskor, läkare och rehabiliteringsrepresentanter. Patient- och närståenderepresentanter har medverkat under hela projekttiden. Varje landsting/region skulle därefter bilda en lokal arbetsgrupp, för självständigt arbete på hemmaplan.

Projektledarna har arrangerat videomöten och fysiska möten. Däremellan har arbete utförts på hemmaplan, i de lokala arbetsgrupperna, med både gemensamma överenskommelser och självständigt lokalt arbete utifrån varje landstings/regions förutsättningar. Patient- och närståenderepresentanterna har medverkat genom att driva viktiga frågor samt återkommande påminna arbetsgrupperna om patientens fokus.

Under det första året handlade arbetet framför allt om att forma arbetsgrupper. En regional grupp kom att bestå av sjuksköterskor/kontaktsjuksköterskor, samt rehabiliteringsrepresentanter. Läkargruppen har sedan tidigare haft ett pågående samarbete, och har inom ramen för detta återkommande lyft frågan om Carereprojektet på sina möten. Grupperna informerades om projektets syfte och målsättning, och ett gemensamt arbete utfördes med att inventera processens arbete. Projektet har byggt på samverkan och dialog med berörda, för att synliggöra möjligheter och hinder samt gemensamt utveckla processen med patientens fokus. Vid videomöten delade de lokala arbetsgrupperna med sig av sina erfarenheter. Efter ett år beslutades vid ett regionalt möte, där även chefer från den gynekologiska processen var närvarande, att en grön mapp ska delas ut till samtliga patienter som diagnosticeras med cancer samt att Min vårdplan ska upprättas och ingå i denna mapp tillsammans med relevant informationsmaterial gällande cancerrehabilitering.

Under det andra året har videoseminarium anordnats med olika teman, som utgått från kontaktsjuksköterskornas arbete samt cancerrehabilitering med områdets olika dimensioner. Hösten 2015 hölls en utbildning om sexologisk hälsa, där samtliga yrkesgrupper var välkomna att delta. Uppföljning har utförts, både av utbildningen samt det fortsatta arbetet i verksamheterna med att utveckla sjukvårdens metoder för att lyfta området sexuell hälsa. Projektet avslutades med ett gemensamt möte 151012.

Resultatet och erfarenheterna av detta pilotprojekt, med att standardisera arbetet i en process

Kontaktsjuksköterskeperspektivet

Kontaktsjuksköterskan är central i cancerrehabiliteringen och ska verka för att sjukvården tidigt identifierar rehabiliteringsbehov inklusive psykosociala behov. Kontaktsjuksköterskan är också ansvarig för att Min vårdplan upprättas, en skriftlig individuell vårdplan. Kontaktsjuksköterskan ansvarar också för att rehabiliteringspersonal kopplas in då behov finns. I Min vårdplan uppmärksammade rehabiliteringsbehov och överenskomna åtgärder dokumenteras. Ett av projektets syften är att utveckla arbetsformerna för utsedda kontaktsjuksköterskor. Det finns idag utsedda kontaktsjuksköterskor i alla landsting. Under projekttiden har det tillsatts nya kontaktsjuksköterskor på onkologkliniken och på vissa länsdelssjukhus.

Min vårdplan

Efter att ha lyssnat på såväl patient- som anhörigrepresentant och utvärderat erfarenheter hos de olika professionerna som finns representerade i projektgruppen, har projektgruppen kommit fram till att "Min vårdplan" bör efterfrågas och uppdateras av sjukvården vid upprepade tillfälle. Det är viktigt

att även om patienten avböjer ”Min vårdplan” vid ett tillfälle, så bör frågan återkomma och dokumentet erbjudas på nytt. Beslut har fattats att alla ska använda samma modell för min vårdplan.

<http://www.cancercentrum.se/globalassets/patient-och-narstaende/norr/regional-min-vardplan.pdf>

Projektgruppen har resonerat och delat med sig av sina upplevelser av hur de praktiskt använder Min vårdplan vid patientmötet. Svårigheter som framkommit är att hitta rätt tillfälle i vårdkedjan för att lyfta olika områden i Min vårdplan. Kontaktsjuksköterskorna har provat sig fram. Läkarna har börjat med att fylla i de uppgifter som de tidigare muntligt eller skriftligt förmedlat till patienten.

Följande tillfällen har identifierats som lämpliga att dokumentera i Min vårdplan:

1. *Vid stark misstanke om cancer eller vid diagnosbesked.* Man skissar då upp en utredningsplan och patienten får hålltider för vad som kommer att hända den närmaste framtiden. Patienten får också namngivna kontaktpersoner och telefonnummer till kontaktsjuksköterska.
2. *Vid överflyttning till annan klinik.* Detta ska ske genom en aktiv överflyttning. Kontaktsjuksköterska på den remitterande kliniken tar kontakt med kontaktsjuksköterska på den mottagande kliniken. Patienten ska veta vilken klinik som ska kontaktas och när överflyttningen är klar.
3. *Vid upprättande av behandlingsplan eller vid förändring av behandlingsplan.*
4. *Vid behandlingsavslut.*
Här ska framgå namnet på behandlingen, eventuella biverkningar samt förväntat resultat av behandling (bot, bromsande, lindrande).
5. *Vid återförande till kontrollsystem.* Här ska framgå återfallsymtom, och vart patienten ska vända sig om behov uppstår.
6. *Vid samtliga ovanstående skeden ska även en rehabiliteringsplan upprättas samt följas upp, som en del i Min vårdplan, inklusive dokumentation av specifika rehabiliteringsbehov och åtgärder.*
Här ska även framgå återfallsymtom, samt vart patienten ska vända sig om nya behov uppstår.
7. *Vid individuella patientrelaterade behov.* Min vårdplan ska revideras när patientens situation och vårdbehov förändras.
8. *När patienten efterfrågar uppdatering av ”Min vårdplan”.* Patienten kan alltid initiera revidering av Min vårdplan.

Projektgruppen har utarbetat checklistor för arbetet med cancerrehabilitering samt Min vårdplan. Det är kontaktsjuksköterskans uppgift att tillse att ”Min vårdplan” upprättas vid det primära diagnosbeskedet och då i nära samarbete med den behandlande läkaren, patient och eventuellt närstående.

I vissa fall är det självklart att kontaktsjuksköterskan ska göra detta och i andra fall är det den behandlande läkaren. Vid diskussioner framkommer vikten av att hela teamet runt patienten involveras i hur ”Min vårdplan” ska användas. Eftersom många yrkeskategorier är representerade i Carereprojektet är diskussionen på det lokala planet vägledande för hur varje sjukhus använder ”Min vårdplan”.

Bedömning av cancerrehabiliteringsbehov

Återkommande diskussioner har förts om hur kontaktsjuksköterskan kan utföra strukturerade bedömningar av cancerrehabiliteringsbehov. Olika modeller har testats så som distresstermometern, checklista i ”Den ofrivillige resenären”, samt lokalt utarbetade checklistor. Min vårdplan har lyfts både med för- och nackdelar. Det är en ny arbetsuppgift att göra behovsbedömningar utifrån ett helhetsperspektiv, och för många kontaktsjuksköterskor har det upplevts ovanligt och svårt. Återkommande bedömning av rehabiliteringsbehov är utgångspunkten för att rätt åtgärder ska kunna sättas in i rätt tid. Bedömning av fysiska, psykiska, sociala och existentiella rehabiliteringsbehov ska göras regelbundet under patientprocessen, med start vid diagnos. Varje kontaktsjuksköterska måste hitta sin eget sätt för att kunna utföra denna arbetsuppgift. Hur detta går till är mindre viktigt än att det blir av, d v s att återkommande samtal förs med patienten och de närstående om de behov som finns av cancerrehabilitering.

Aktiva överlämningar

Kontaktsjuksköterskorna har tydliggjort när de aktiva överlämningarna ska ske, och hur de ska gå till. De har även tydliggjort vilken information som behövs vid de olika överlämningarna, beroende på var i regionen kontaktsjuksköterskan finns.

Teamet och kontaktsjuksköterskan

Frågor som lyfts och arbetats med utifrån lokala förutsättningar: Hur samverkar kontaktsjuksköterskorna med de olika yrkesgrupperna i teamet och vilken kompetens behövs för att hjälpa patienten? Projektet har tydliggjort vilka resurser som finns på den enskilda kliniken, hur och när kontakt tas utifrån patientens behov. Det har även synliggjort att teamarbete äger rum i flera olika sammanhang genom hela vårdkedjan. Var och en måste hitta sin egen roll i teamet. Olika kompetenser kompletterar varandra. Samverkan i team är en nyckelfaktor för en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård, samt skapar förutsättningar för goda resultat. Kontaktsjuksköterskan ansvarar också för att rehabiliteringspersonal kopplas in då behov finns.

Kontaktsjuksköterskan samt det aktuella teamet bör återkommande träffas, för fortsatt utveckling av samarbetet. En kontaktlista med kontaktvägar till samtliga rehabiliteringsresurser säkerställer att flödet fungerar även då ordinarie personal ej är i tjänst.

Kontaktsjuksköterskorna har gått igenom vilken information som ges till patienterna på de olika klinikerna, så att informationen är likvärdig och korrekt. Informationen samlas i den gröna patientmappen. Det är också viktigt att anpassa hur information överförs till patienten. Alla patienter är olika och det primära är inte vem som förmedlar informationen, utan att den överförs på ett sådant sätt att den når fram till både patient och närstående.

Cancerrehabiliteringsteamet

Under projekttiden har de olika yrkesgrupperna som arbetar med cancerrehabilitering tillsammans diskuterat frågor som handlar om arbetets innehåll, arbetssätt samt hur samverkan bör gå till med kontaktsjuksköterskor och läkare. De yrkesgrupper som varit med är kuratorer, psykolog, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dietister samt sjukhuskyrkans representanter (präst och diakoner).

Följande teman har arbetats med under projektets gång:

- Kontaktsjuksköterskans uppdrag; rutiner, aktiva överlämningar mm
- Behovsbedömningar cancerrehabilitering
- Min vårdplan
- Individanpassad information
- Ledtider
- Skapa cancerrehabiliteringsteam med tydliga kontaktvägar
- Checklistor för läkare – vid diagnosbesked, vid avslutningssamtal och gällande information om sexologisk hälsa (konsekvenser, biverkningar mm)
- Rehabprofessionernas uppdrag; fördjupning utifrån olika avsnitt i vårdprogrammet om cancerrehabilitering
- Existentiella behov i sjukvården, seminarium lett av sjukhuskyrkornas representanter
- Konsultativt arbetssätt
- Barn som närstående, web-utbildning
- Sexologisk hälsa, 2-dagars utbildning samt 2-timmars videouppföljning, med sexolog Tina Nevin
- Samverkan andra sjukhus i landstingen och regionen

Innehållet i det nationella vårdprogrammet om cancerrehabilitering har funnits med som en röd tråd i hela projektet. Med allt arbete som utförts har projektet på olika konkreta vis implementerat de övergripande mål som formulerats i vårdprogrammet. Frågor har diskuterats vid möten, och fördjupade diskussioner har förts vid videoseminarier. Samtliga olika perspektiv har berörts, d.v.s. de fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekterna av området cancerrehabilitering.

De övergripande nationella målen från det nationella vårdprogrammet om cancerrehabilitering (2014):

1. Alla patienter med cancer samt deras närstående ska få information om cancerrehabilitering. *(Under projektet har tagits fram rutiner, folder om cancerrehabilitering, skriftlig information från yrkesgrupper mm).*
2. Alla patienter med cancer ska återkommande bedömas av vårdgivare gällande behov av cancerrehabilitering. *(Projektet har arbetat mot målet genom framtagande av rutiner, behovsbedömningar med distresstermometer eller annat sätt).*
3. I patientens skriftliga individuella vårdplan (Min vårdplan) ska cancerrehabilitering ingå. *(Implementering pågår).*
4. Alla patienter med cancer som bedöms ha mer än grundläggande behov erbjuds kontakt med rehabiliteringsprofession för vidare utredning och åtgärder. *(Arbete mot målet genom rutiner, kontaktlistor, teamronder mm).*
5. Alla minderåriga barn med en förälder som har cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information, råd och stöd. Detta gäller även om annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har cancer. *(Framtagande av rutiner, webb utbildning).*

I de lokala grupperna har man kommit överens om hur samverkan ska utvecklas och därefter omedelbart provat de nya arbetssätten. Nya frågor har på detta vis uppstått, och de nya arbetsmetoderna utvecklats allt eftersom projektiden löpt på.

Utvärdering

En skriftlig utvärdering har utförts både halvtid samt efter avslutat projekt, med hjälp av en webenkät med tio frågor som skickats ut till gruppen samt cheferna per mail. Svarefrekvensen var ca 55 %, vilket gör att det inte går att dra några definitiva slutsatser, men resultatet ger ändå en fingervisning om projektets utfall. Orsakerna till den låga svarefrekvensen kan vara att enkäten skickats till många som inte känt sig tillräckligt involverade för att kunna svara på frågorna, eller att det pågående vardagsarbetet och det stora mailflödet gjort att enkäten glömts bort.

De svar som kommit in visar att projektet i hög grad bidragit till en utveckling i arbetet för kontaktsjuksköterskor, med cancerrehabilitering och Min vårdplan. Utvecklingen har framför allt skett vad gäller kontaktsjuksköterskors arbete samt cancerrehabilitering. Nyttjandet av video för gemensamma möten har också ansetts fungera. Vid en bedömning av projektledarnas insatser, den egna organisationens insatser samt de egna insatserna i arbetet så redovisar projektdeltagarna lägre resultat vad gäller den egna organisationen och de egna insatserna. Svårigheter med att kunna avsätta tid för projektet är en återkommande synpunkt. Ur läkarperspektiv framhålls att projektet varit en ”ögonöppnare” vad gäller vikten av cancerrehabilitering samt styrkan med att arbeta i team.

I samband med projektavslutningen utfördes en muntlig utvärdering med gruppen kontaktsjuksköterskor och rehabiliteringsprofessioner, som resultatmässigt överensstämmer med innehållet i den skriftliga utvärderingen. Följande framsteg framkom:

- Mer kunskap om de olika professionernas kompetens
- Projektet har tydliggjort de olika professionerna, både internt och externt
- Projektet har lett till nya samarbetspartners
- Arbetsterapeuterna kommer nu in tidigare i processen
- Rutiner gör att alla patienter får samma information
- Cancerrehabilitering har bedrivits tidigare men nu tydliggjorts
- Projektet har utvecklat en helhetssyn på patienten
- Det har på vissa håll funnit team tidigare, som har raserats. Nu är ”tänket” tillbaka, det är möjligt att ”ligga steget före” och underlätta för patienten.

Förslag på konkreta förändringar:

- Behov av att utveckla bedömning av psykosociala behov
- Behov av att utveckla arbetet med den sexuella hälsan
- Samverkan med primärvård, kommunal vård och omsorg måste utvecklas
- Landstingen behöver se över sin organisation. Det behövs både basteam, specialistteam samt regionövergripande nätverk.

Följande föreslår gruppen, om ett liknande arbete ska utföras igen:

- Viktigt med process/projektledning
- Viktigt med ledningsstöd lokalt
- Viktigt att inte glömma sjukhuskyrkan, som är anställda av annan huvudman men verkar i sjukvården

Patient- och närstående-representanternas utvärdering

Patient- och närstående-representanterna har utvärderat projektet genom att svara på ett antal frågor. De anser att projektet uppfyllt syftet med att utveckla arbetet med kontaktsjuksköterskor, cancerrehabilitering och Min vårdplan och med detta nå en mer jämlik vård över regionen. *”Vi tror och hoppas att samarbetet mellan de olika landstingen, och att alla varit inbjudna till mötena, kommer att leda till att vården blir mer jämlik över hela regionen. I dagsläget ser vi ju att en del landsting kommit längre än andra men att frågan i alla fall berörs i alla landsting.”*

Har vi haft patientens fokus i tillräcklig utsträckning? *”Ja, det tycker vi, även närståendes fokus. Till nästa gång kan det vara en möjlighet att ha med fler patient- och närstående-representanter, för att ha nytta av att kunna diskutera med andra när det är gruppdiskussioner. Nu har vi mest lyssnat och gått runt mellan grupperna.”*

Något särskilt område som ni vill lyfta fram, där utveckling skett på positivt sätt? Något område som behöver mer fokus i det fortsatta arbetet? *”Arbetet med den sexuella hälsan ser vi har haft en positiv utveckling. Låter som att detta inte var något som diskuterats förut, men nu har de flesta modet och rätt verktyg att diskutera detta. Utveckling inom existentiell hälsa tycker vi oss också kunna se. Det har vi diskuterat mycket och nu borde alla veta åtminstone vad sjukhuskyrkan kan bidra med.”*

Har det varit möjligt för er att vara delaktiga på det sätt ni önskat? *”O ja, det tycker vi verkligen! Ni har underlättat med videolänkar och liknande, så vi sluppit resa. Vi har fått ta plats på möten och ni har lyssnat och tagit till er våra åsikter. Vi har också fått berätta om vårt nätverk (Nätverket mot gynecologisk cancer) och allt vi gör vid sidan av detta projekt, som ni också kan ha nytta av i framtiden.”*

Har ni idéer om hur man kan utveckla patienters och närståendes delaktighet i sjukvården? *”Många patienter med gynekologisk cancer kommer att vara det under en lång tid, en del resten av livet. Därför är det önskvärt att alla i teamet presenterar sig för patient och närstående. Information om kliniska studier ska vara tillgänglig för patienter. Information om patientföreningar och nationella nätverk bör alla patienter och närstående få tillgång till.”*

Projektledarnas utvärdering

Arbetet med Carereprojektet har varit mycket roligt och givande, men bitvis även mödosamt. Carereprojektet har handlat om att införa nya arbetssätt och synsätt i en bransch där tempot är högt och organisations- och samverksstrukturer är komplexa. Projektet har omfattat hela norra regionen, d.v.s. Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland Härjedalen. Projektledarna har haft uppdraget att leda en regional samverkan, men varje landsting/region haft att ansvar att leda en lokal samverkan.

Carereprojektet har visat att det finns massor av möjligheter med gränsöverskridande samverkan, mellan yrkesgrupper, verksamheter och landsting/regioner. Det finns en ovana att arbeta organisationsöverskridande, landstingen och verksamheterna är organiserade på annat vis och det försvårar samverkan. Betydelsen av att ha med ansvariga chefer på alla nivåer är ovärderlig i arbetet med projekt av detta slag. Cheferna måste ge mandat och utrymme för projektarbetet, följa upp och slutligen säkerställa att projektresultaten implementeras i ordinarie verksamhet. Chefernas medverkan avgör projektresultatets hållbart på lång sikt. Utan lokal ledning och förankring i ordinarie linjeorganisation riskerar projektarbetet att leda till frustration och uteblivna resultat.

Följande möjligheter har Carereprojektet visat:

- Genom att i samverkan synliggöra patientprocessen så framträder både fungerande flöden och proppar, samt områden i behov av utveckling
- Patient och närstående är viktiga lagspelare som bidrar till att vidga perspektivet och behålla patientens fokus
- Strukturer för samverkan förenklar och kvalitetssäkrar arbetet samt möjliggör likvärdig vård
- Teamarbete skapar mervärde, underlättar arbetet och ger patienten ett bättre helhetsomhändertagande
- Rutiner bidrar till bättre patientsäkerhet och arbetsmiljö för personal
- Regional samverkan och gemensamma rutiner underlättar patientens väg genom vården
- Med beslut och uppföljning i linjeorganisationen möjliggörs fortsatt utveckling och hållbara resultat

De hinder som finns är:

- Brist på resurser (arbetstid för anställda samt avsaknad av professioner i verksamheterna)
- Avsaknad av engagemang och beslut i linjeorganisationen
- Oklara ansvarsfördelningar i organisationen gällande olika yrkesgrupper samt ledning
- Otydlig ledning i utvecklingsarbetet i landsting/region
- Bristande kommunikation

Spridning av erfarenheter

Erfarenheter av Carereprojektet har spridits under projektiden. Projektledarna har berättat om projektet på möten med övriga processledare i RCC norr, möten i landstingen med ledning och yrkesgrupper, processdag i Norrbottens läns landsting, kontaktsjuksköterskor inom RCC Stockholm Gotland, nationellt processledarnätverk för cancerrehabilitering, RCC-dag i norra regionen, Swedpos nationella konferens i samband med onkologidagarna 2015, Nationell patientsäkerhetskonferens mm.

Erfarenheterna har i olika omfattning och på olika vis spridits i landstingen, där arbetet med berörda frågor pågår. Careremodellen används i Norrbotten i andra processer, om än i reviderad form, och har underlättat arbetet med att implementera cancerrehabilitering i andra cancerdiagnosprocesser.

Ekonomisk redovisning

Carereprojektet beviljades inledningsvis 475 000 kr. Vid projektets avslutning har 306 679 kr nyttjats. Lön till projektledarna har varit den största utgiften, 213 154 kr. Övriga utgifter har inkluderat resor och boende för patient/närstående och projektledare, kostnader i samband med möten samt en 2 ½-dagars utbildning i sexologi.

Slutord

Arbetet med att utveckla kontaktsjuksköterskornas arbetssätt, implementera cancerrehabilitering samt Min vårdplan fortsätter. Carereprojektet har varit en ögonöppnare. Teamets betydelse har synliggjorts och bemötandet av patienter och närstående har utvecklats i en riktning från delar till helhet.

Att vara kontaktsjuksköterska är ett hantverk, och det krävs tid och medvetet utvecklingsarbete för att utveckla skicklighet i den nya yrkesrollen. Samverkan mellan alla berörda yrkesgrupper är en förutsättning för ett lyckat resultat, ur både patientens och sjukvårdens perspektiv. Samverkan är resurs-sparande på lång sikt, men på kort sikt krävs avsatt tid och resurser för gemensamt utvecklingsarbete.

Carereprojektet har gett den gynekologiska processen stöd och handledning under den första tiden. Övriga processers arbete kan underlättas med hjälp av de erfarenheter Carereprojektet gett. Material har tagits fram, som kan användas i andra processer. Framför allt så har många individer inom olika yrkesgrupper utvecklat sin förståelse för dessa frågor och sin förmåga att anpassa arbetssätt utifrån den nya kunskap som projektet medfört.

När Carereprojektet nu är avslutat, så övergår ansvaret för det fortsatta arbetet till varje landsting/region. Frågan har hanterats på olika vis, och varje landsting/region måste hitta en lösning som fungerar utifrån de lokala förutsättningarna.

Det finns fortfarande mycket att utveckla, exempelvis frågan om vad patienten kan göra på egen hand under pågående sjukvårdsprocess. Hur kan patientens delaktighet öka? Frågan om sexuell hälsa har varit ett återkommande tema under projektiden. Projektdeltagarna har fått mer kunskap och verktyg för att fortsätta utveckla området. För att den nya kunskapen och verktygen ska göra skillnad, krävs ett fortsatt arbete i varje verksamhet.

Varje verksamhet och cancerrehabiliteringsteam behöver vidareutveckla sina arbetssätt och sin samverkan. Det finns många områden som behöver lyftas och ses över innan den cancerrehabilitering som erbjuds i norra regionen är av hög och likvärdig kvalitet, men med Carereprojektet har vi kommit en bra bit på väg.