



Kompetensförsörjning

– rapport från RCC Stockholm Gotland

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

Rapporten utarbetad av Kristina Finnilä (RCC), Lena Sharp (RCC) och Kristina Pesula (SLL Personal och utbildning). Beslut om implementering är taget i RCC ledningsgrupp samt HSLG i enlighet med överenskomna rutiner.



Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland
www.regionaltcancercentrum.stockholmgotland.se
Stockholm, december 2014

Innehåll

1	Sammanfattning	4
2	Inledning	5
3	Informationsteknologi - processtöd	7
3.1	<i>Multidisciplinär konferens - processtöd</i>	8
4	Forskning, utbildning och utveckling	10
4.1	<i>RCCs roll som regionalt kunskapscentrum cancer i utvecklingen av nya arbetsformer</i>	10
4.2	<i>Samarbete mellan professionerna</i>	11
5	Centrumbildning	12
6	Kompetensplanering inom SLL med KOLL	13
7	Kontaktsjuksköterska	14
7.1	<i>Specialistsjuksköterskor och undersköterskor</i>	16
7.2	<i>Patologi</i>	19
7.3	<i>Radiologi</i>	21
7.4	<i>Cancerrehabilitering</i>	22
7.5	<i>Allmän och specialiserad palliativ vård</i>	23
8	KÄLLFÖRTECKNING	25
9	BILAGOR	26

1 Sammanfattning

Den ökade cancerincidensen och prevalensen medför nya krav på hälso-och sjukvården och kompetensförsörjningen behöver anpassas efter nya förutsättningar. För samtliga delar i vårdkedjan behöver resursutnyttjandet ses över och nya arbetssätt utvecklas och implementeras. Bättre samverkan mellan vårdens professioner samt mellan olika vårdgivare krävs. Tydligare fördelning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupperna krävs för att undvika dubbelarbete samt öka personcentreringen i vården. Effektivare och mera ändamålsenligt IT-stöd i hälso-och sjukvården är en av de viktigaste åtgärderna för att garantera kompetensförsörjningen. Bildandet av olika centrum, där kunskap samlas och utbyts kan motverka ineffektivt arbete i stuprör. Dessutom föreslås en tydligare och mera systematisk kompetensplanering. I rapporten beskrivs åtgärder för att uppnå en effektiv kompetensförsörjning inom cancervårdens olika områden.

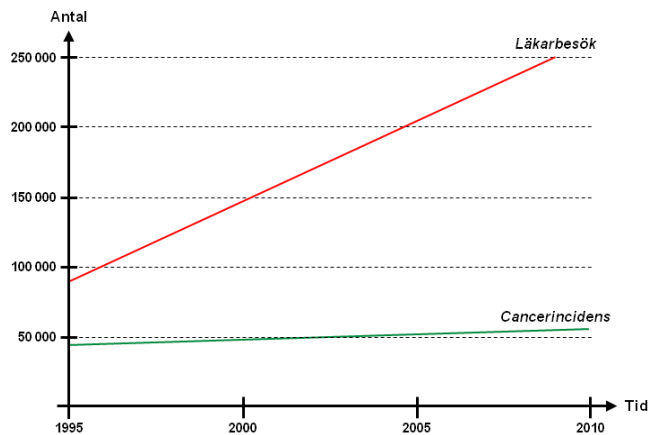
2 Inledning

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

Både förlängd överlevnadstid och god livskvalitet är viktiga mål för cancervården. Den ökade cancerincidensen och prevalensen medför en gradvis ny situation för cancervården med fler patientuppföljningar, behov av mer utvecklade rehabiliteringsinsatser och stöd under längre perioder. Bättre behandlingar har förbättrat överlevnaden och detta leder till längre behandlingstider och i många fall mer långvariga och uttalade biverkningar, vilket i sig bidrar till ett ökat behov av rehabiliteringsinsatser. Cancerpatienter är en mycket heterogen grupp med avseende på rehabiliteringsbehov, eftersom diagnos, behandling och prognos varierar både inom samma tumördiagnos och mellan olika patientgrupper, vilket medför att rehabiliteringsinsatserna alltid måste individanpassas.

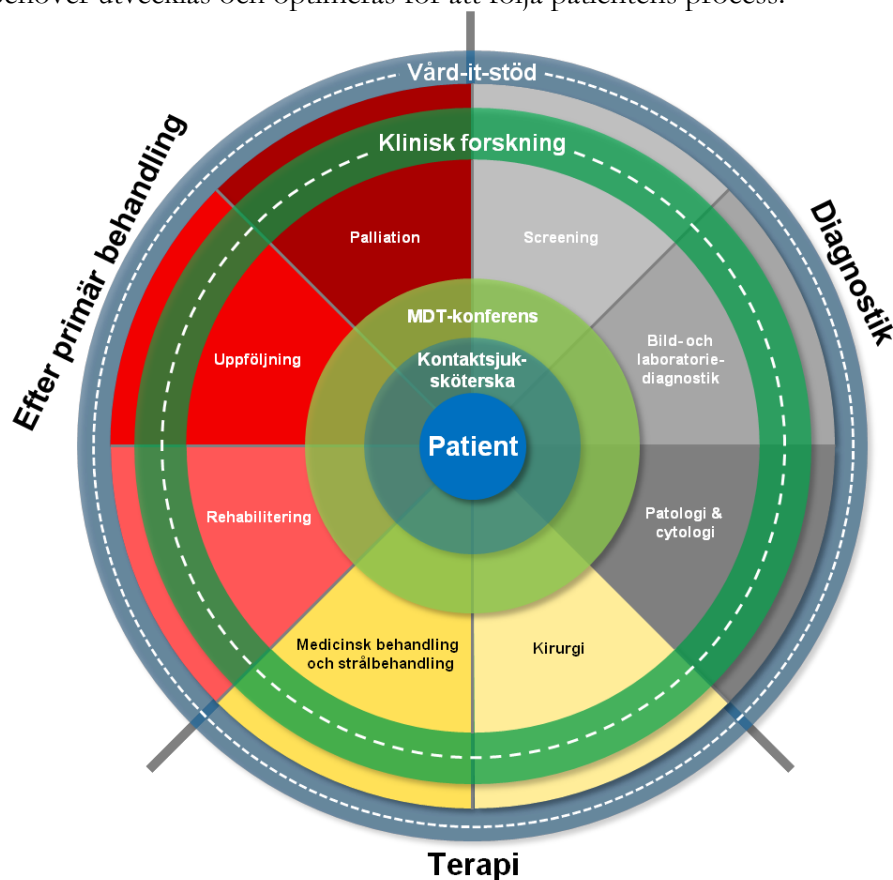
Det innebär stora utmaningar och krav på långsiktig planering, nya kreativa lösningar och arbetssätt för att säkra en god tillgång på kunskap och kompetens som skapar patientnytta i cancervården.

Ett av de största hoten mot cancervårdens framtida utveckling är den brist på specialistutbildad personal som redan idag finns på flera områden och den ökande prevalensen riskerar att förstärka problemet.



Bilden illustrerar hur det faktum att allt fler patienter finns i cancer vården gör att behovet av vårdkontakter, exempelvis läkarbesök, ökar betydligt snabbare än antalet nya cancerfall (Henriks, R., Bergfeldt, K. Dagens Medicin 2011).

I cancerplanen 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 nytt sätt. Arbetssätt behöver förändras, flexibilitet och samarbete mellan vårdinstanser, kliniker och olika personalkategorier behöver utvecklas och optimeras för att följa patientens process.



Vissa arbetsuppgifter som traditionellt legat på vissa funktioner kan läggas på andra yrkesgrupper, exempelvis att återbesök görs hos specialistsjuksköterskor istället för specialisläkare. 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. Möjligheterna att använda kompetens från andra yrkesgrupper än traditionell hälso- och sjukvårdspersonal för olika arbetsprocesser och stödjande funktioner bör också utvecklas, liksom olika förbättringsmodeller som också kan bidra till att skapa ökad patientnytta. Vikten av att rätt kompetens gör det den är avsedd och mest kompetent att göra blir viktigare ju mer vi får att göra i vården.

Förändrade arbetssätt, exempelvis utveckling av multidisciplinära team (MDT)-konferenser, leder till behov av ökad delaktighet från personalkategorier som tidigare inte i lika hög utsträckning deltagit i arbetet kring patienterna. Det är nödvändigt att finna mer flexibla bemanningsstrukturer och en mer effektiv specialistanvändning.

Utvecklingen av telemedicin/videokonferenser och möjligheten att nätverka virtuellt skapar möjligheter för nytänkande inom kompetensutveckling och den kliniska vardagen.

3 Informationsteknologi - processtöd

Införandet av ett strukturerat IT-system som stödjer en säker och effektiv vårdprocess torde vara den allra viktigaste åtgärden för att frigöra resurser och därmed påverka kompetensförsörjningen i positiv riktning. 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 kolorektalcancer. Detta utförs på alla 1000 patienter som diagnostiseras per år, i Stockholm-Gotland. Utöver det tillkommer uppföljningsdata vid tre respektive fem års uppföljning, vilka tar ca 15 minuter per patient. Utöver detta registreras onkologidata hos adjuvant eller palliativt onkologiskt behandlade patienter, vilka tar ca 30 minuter per patient. Från och med 2015 tillkommer även en utökning av radiologiska och patologiska kvalitetsdata som ska föras in i registret. I ett framtida strukturerade IT-system bör extraktion av data till kvalitetsregister vara ett krav för att frigöra tid hos medarbetarna.

Den allt ökande mängden data som genereras i vården, samt ökande kunskap i form av nya rön kring vården, gör även att allt mer tid åtgår för att hitta relevant

information för att ta beslut i vårdprocessen. Samtidigt ökar kravet på dokumentation av olika slag. Utvecklingsinitiativ kräver ofta ytterligare manuell informationshantering. Ett modernt informationssystem är en nödvändig utveckling.

Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland, RCC, har genomfört en konsekvensanalys för att se över informationshantering och kunskapsstyrning i cancerprocesserna (Bilaga 2). Konsekvensanalysen visar på utmaningar med dagens IT-stöd, främst i samband med vårdövergångar. Utmaningarna kan delas in fyra huvudsakliga områden:

Otillgänglig information: Tidskrävande och patientsäkert att viktig patientinformation inte finns tillgänglig eller sökbar i huvudjournalssystemet

Dubbelregistrerad information: Slöseri med resurser att samma vårddata registreras flera gånger (både i samma och olika system)

Manuellt hanterad information: Onödig manuell hantering av ett antal aktiviteter som kan systematiseras

Ostrukturerad information: Tidsförlust och avsaknad av överblickbarhet på grund av ostrukturerad vårddata

I avvaktan på ett nytt gemensamt IT-system finns en rad förbättringsåtgärder att genomföra i närtid. Förslagsvis utgår man från konsekvensanalys för kolorektalcancerprocessen och breddar det arbetet. Förbättringsåtgärderna föreslås att utföras kliniköverskridande och samtliga aktörer inom processen involveras. Arbetet leds, i projektform från RCC, genom processledarna.

Övrigt pågående arbete:

Projekten Flygledartornet och Min Vårdplan Cancer genomförs enligt plan i samarbete med e-hälsa och strategiskt IT, SLL. Om projekten faller väl ut kan de ses som en modell och sedan breddinföras

3.1 Multidisciplinär konferens - processtöd

En individanpassad och personcentrerad cancervård förutsätter att olika kliniska och diagnostiska specialister samverkar, vilket även ställer krav på snabbare kommunikationsvägar och förändrat arbetssätt. Bedömning av cancerpatienter vid multidisciplinär konferens (MDK) är en åtgärd för detta. De nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2013 (Socialstyrelsen artikel nr 2014-4-2) rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda MDK för dessa patientkategorier. Rekommendationen är en av de högst prioriterade i riktlinjerna för dessa diagnoser och troligen kommer rekommendationerna utökas till fler cancerdiagnoser. I rapporten beskrivs de kompetenser som bör delta i en multidisciplinär konferens och kompetenserna

varierar beroende på vilken cancerdiagnos det gäller tex vid tjock- och ändtarmscancer rekommenderas att kontaktsjuksköterska, radiolog, patolog, kirurg och onkologen skall delta.

MDK innebär att flera kompetenser samlas för att diskutera patientfall. Då antalet patienter ökar, ökar också tidsåtgången vid konferenserna. Konferenserna kräver redan idag väldigt mycket resurser, både vid förberedelser, under konferensen samt för efterarbetet. Vården är i behov av nya arbetssätt, med stödjande IT-system, som gör det möjligt att förbättra processen kring konferensen och minska spilltid (waste) för medverkande. Idag sker exempelvis dubbeldokumentation av konferensens resultat genom att kirurgen och onkologen dikterar i princip samma saker i journalen.

RCC och Stockholms läns landsting (SLL) har under 2012-2014 arbetat med ett Vinnova-finansierat projekt, ExDin (projektrapport ej publicerad), i syfte att utveckla ett verktyg för att stödja MDK. Projektet har bland annat arbetat med följande frågeställning:

- Hur kan man stödja utvecklingen av nya, mer effektiva samarbetsformer och teknikanvändning inom bildiagnostik och då specifikt analysmomentet?

Projektet har visat på att det finns stora vinster att hämta om man kan förändra processen kring MDK. Nyttanalysen visar tydligt att användningen av ett utvecklat MDK-verktyg skulle ge minskad oro för patienten, ökad patientdelaktighet, förbättrade behandlingsresultat, ökad frigjord tid för verksamheten samt ökad kompetens i MDK-gruppen. Den ökade frigjorda tiden för vården ger den enskilt största nyttan, mätt i pengar. En av uträkningarna i nyttoanalysen visar att om man ändrar arbetssättet och gör en gemensam dokumentation av behandlingsrekommendationen under själva konferensen, istället för att kirurgen och onkologen var och en dokumenterar efter konferensen, kan man vinna 18 läkartimmar i veckan (kolorektalcancer, MDK Karolinska Universitetssjukhuset). Man ser ytterligare stora tidsvinster om man lyckas direktöverföra data från konferensen till kvalitetsregister, vilket idag tar mycket resurser från vården.

Utöver dessa nyttor har projektet identifierat en ny roll, MDK-koordinator, som kommer att krävas för att få nya arbetssätt kring MDK att fungera.

Förslag:

RCC stödjer vidare arbete med utveckling av processtöd för MDK ur process- och planeringsperspektiv (rätt person på rätt plats vid rätt tidpunkt). Här föreslås att projektgruppen som arbetat med ExDin-projektet fortsätter arbetet med utveckling av verktyget. Finansieringen behöver lösas och där bör RCC

vara drivande. Detta gäller också framtagande av ny generisk roll – MDK-koordinator med kompetenskrav och rollbeskrivning.

Projektgrupp RCC:

Christina Kling Hassler – projektledare

Bodil Westman – projektstöd

Annika Sjövall – processledare

Fler deltagare kan involveras vid behov.

IT/e-Hälsa-folk, Beställare?

Elisabeth Waldén – SLL Personal och Utbildning

4 Forskning, utbildning och utveckling

Cancerforskning av hög kvalitet är en av de viktigaste förutsättningarna för att cancervården skall fortsätta att förbättras. För detta krävs forskarkompetens inom alla discipliner och professioner i cancervården och en utvecklad spetskompetens inom såväl grundforskning som klinisk forskning. Vårdens professioner bör ges goda möjligheter för att vidareutveckla sin akademiska kompetens för att kompetensförsörjningen skall kunna garanteras. Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland har som uppdrag att främja forskning med patientfokus, innovationer samt införandet av dessa i cancervårdens dagliga verksamhet. Patientens delaktighet i forskningen ska stärkas samt möjligheten att delta i kliniska studier öka. Ett sätt att förstärka forskningen är att stärka RCC:s roll som regionalt kunskapscentrum, som beskrivs nedan.

Ett väl utvecklat samarbete med Karolinska Institutet och andra aktuella lärosäten i frågor kring utbildning och forskning är av största vikt.

4.1 RCCs roll som regionalt kunskapscentrum cancer i utvecklingen av nya arbetsformer

Cancersjukvården står inför stora utmaningar med höga förväntningar på kortade ledtider samt en god och säker vård med patientens process i fokus. En välfungerande och effektiv vårdkedja är av största betydelse av den snabbt ökande andelen cancerpatienter, där såväl tidig upptäckt som snabb diagnostisk ofta är avgörande för prognosen.

I de regionala processledarnas kartläggningsarbete och vid en workshop som anordnades för personal och chefer som vårdar patienter med bröst-, prostata- och kolorektalcancerpatienter beskrivs en bristande helhetssyn ”stuprörstänkande” som ett hot mot vårdkvalitén som leder till dåligt resursutnyttjande. Att bygga upp team med multidisciplinär och professionell kompetens skulle kunna skapa tydlighet och trygghet för patienten där man skapar mervärde för patienten i varje vårdkontakt. Samtidigt beskrivs hur dagens

organisation och utbildning blir ett hinder för team- och processarbetet. Organisationer och institutioner skapar stuprör där både medarbetare och patienter faller mellan stolarna.

I syfte att stärka patientnära forskning, utbildning och utveckling inom hälso- och sjukvård har ett koncept med akademiska plattformar bildats inom flera verksamheter. För närvarande finns konceptet för akademiska vårdcentraler samt akademisk ambulans och utvecklingsarbete pågår inom geriatriken. Det akademiska konceptet omfattar även interprofessionellt lärande med studerande från flera utbildningsnivåer. Inom akademisk ambulans kommer t ex studerande till ambulanssjukvårdare att ingå. Konceptet innebär en ökad akademisk närvaro genom utvecklad samverkan mellan utbildning, vårdverksamhet och forskning. Det ska främja kvaliteten på och utöka den verksamhetsförlagda patientnära utbildningen för alla aktuella studerandekategorier. Fort- och vidareutbildning av hög kvalitet för kliniskt verksamma medarbetare ska bedrivas liksom ett utökat och förstärkt utvecklingsarbetet. Landstingets satsningar på adjungerande kliniska adjunkter(AKA) har som syfte att utgöra en brygga mellan akademi och verksamhet. Målet är också att öka och utveckla den kliniskt patientnära forskningen samt att stärka förutsättningarna för den kliniska forskarutbildningen.

4.2 Samarbete mellan professionerna

Samarbetet mellan professioner behöver stärkas och vården behöver utvecklas med fokus på kompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner. Sex kärnkompetenser presenterades redan 2001 av Institute of Medicine i USA som slog fast att de många förändringarna i hälso- och sjukvården satte krav på ett nytänkande i all utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal och att: *All health professionals should be educated to deliver patient-centered care as members of an interdisciplinary team.* (IOM, 2001). Kompetenserna som presenterades var: teamarbete, förbättringskunskap, personcentrerad vård, säker vård, evidensbaserad vård och informatik.

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkarsällskapet har i en gemensam skrift, Teamarbete och Förbättringskunskap (2013) belyst två kärnkompetenser som alla professioner behöver utveckla för framtidens hälso- och sjukvård - Teamarbete och Förbättringskunskap. Dessa två kompetenser lyfts fram som viktiga komponenter i samarbetet mellan professioner och vårdtagare för ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

En alltmer komplex och specialiserad hälso- och sjukvård kräver att olika yrkesgrupper i vården känner till varandras kompetensområden och kan samarbeta interprofessionellt för att kunna erbjuda god vård och bidra till människors hälsa (Ponzer et al. 2009).

WHO beskriver i ett strategidokument (2010), att interprofessionellt samarbete är en förutsättning om man skall lyckas med att utveckla en säkrare och bättre vård. De säger också att det är dags för ett kulturskifte i vården för att en starkare och bättre hälso- och sjukvård, där samtliga professioner behöver samverka och nya strategier för bl.a. interprofessionell utbildning behöver utvecklas. Karolinska Institutet har sedan 1998 infört och utvecklat interprofessionell utbildning dvs. att studenter från två eller flera olika utbildningar lär sig med av och om varandra och idag skall alla utbildningsprogram inkludera det i någon form (Engqvist Boman & Mogensen, 2013). Idag är detta obligatoriskt även på övriga vårdhögskolor i länet.

Förslag:

1. RCC föreslås förstärka sin roll som ett gemensamt kunskapscentrum för cancersjukvården "Kunskapscentrum Cancer" med syfte att utveckla det interprofessionella samarbetet och forskning. RCC bör ta fram underlag för vidareutvecklingen genom att analysera förutsättningar, intressenter, nytta och effekt av ett samlat kunskapscentrum. Inom detta kunskapscentrum kan även ett lärandecentrum för patienter inrymmas, som redan är ett av RCC:s projekt inom Bröstcancerprocessen. Arbetet görs inom befintliga resursramar inom RCC. En projektgrupp med representanter från RCC, SLL Personal och utbildning, KI bildas för planering och genomförande.
2. RCC fortsätter sin strategiska satsning på multiprofessionellt och multidisciplinärt samarbete, t.ex. i den nya strukturen för regionalt patientprocessarbete samt vårdprogram/referensgrupper.

5 Centrumbildning

Dagens klinikstrukturer ses som ett hinder där man arbetar i stuprör och patienterna faller mellan stolarna vid klinikövergångarna. På en workshop, i september 2013, med representanter från bröst-, prostata- och kolorektalcancervården diskuterades centrumbildningar och deltagarna beskrev främst styrkor men också svagheter med konceptet.

De styrkor som beskrivs är ökad tydlighet för patienten som söker vård och förbättrad kontinuitet. Man beskriver också att processerna blir mer trimmade och verksamheterna blir mindre sårbara om det finns fler personer på plats med samma kompetens. Den samlade kunskapen bidrar till en högre kompetens för det multiprofessionella teamet. Ökade patientvolymen och flöden ger bättre förutsättningar för forskning och förbättringsarbeten. Man ser möjligheter genom centrumbildningar så att organisation stödjer patientens väg genom vården. Att samla kompetenserna och arbeta i team möjliggör samlat ansvar för

patienten och patientprocessen. Ur ett kompetensförsörjningsperspektiv kan centrumbildningar bredda kompetensen i teamet, skapa förutsättningar för rotation och strategiska rekryteringar.

Under workshopen föreslogs också en ökad rotation av specialister som en strategi att upprätthålla kliniska färdigheter och kompetens. Både fysiska och virtuella centrumbildningar föreslås beroende på patientunderlag, och för att det överhuvudtaget skall fungera krävs ett fungerade IT-system som stöder processarbetet. Omfattningen behöver ses över för att undvika att skapa för stora centrum, då detta skulle försvåra effektiva arbetssätt. Ersättningsmodeller, anställningsformer och subspecialisering för exempelvis patologer behöver ses över.

Pågående arbete:

Pågående arbetet med Bröstcancercentrum (4D-projektet) som kan stå som modell för hur ett gemensamt uppdrag/organisation kan utvecklas med målet att all nödvändig kompetens ska finnas samlad runt patienten när hon behöver den.

Vid framtida arbeten med andra centrumbildningar och förändringar i process och organisation måste en kompetenskartläggning ske och redovisas. Detta kan utföras med hjälp av KOLL alternativt på andra sätt.

6 Kompetensplanering inom SLL med KOLL

Att ha rätt kompetens är avgörande för att nå uppsatta mål. Därför behöver verksamheten veta vilken kompetens som finns och vilken kompetens som behöver utvecklas. Med en systematisk kompetensplanering får chefer och medarbetare bättre överblick på vilken kompetens som behöver utvecklas för att verksamhetens uppdrag ska klaras av. Inom landstinget används KOLL- modell för kompetensplanering (inkl. IT-stödet Pro-Competence). I införandet som pågår inom landstinget har verksamheter inom diagnostikområdet i cancerprocesserna prioriterats. Ett primärt syfte var att verksamheter som kommer att ingå i de nya bröstcancercentrum skulle ha kartläggningen klar för att ha ett bra underlag i sitt fortsatta arbete med kompetensplanering. Under 2014 kommer bild- och funktion samt mammografi att vara klara med roller inklusive kompetenskrav. I arbetet har verksamheter på Karolinska, Södersjukhuset, Danderyd samt TioHundra varit med. Dessutom har en generisk roll för kontaktsjuksköterska tagits fram vilket innebär ett förtydligande av rollen med enhetliga kompetenskrav.

Förslag:

Fortsatt arbete med rollframtagning/kompetenssättning inom patologi. Detta ska ske inom ramen för övriga arbetet med patologi men behöver stöd av lokal processledare för KOLL för Karolinska Universitetssjukhuset. Identifiera och prioritera behov av ytterligare generiska roller inom cancervården, t ex samordnande kontaktsjuksköterska och MDK-koordinator. Christina Kling Hassler tar ansvar för framtagandet av MDK-koordinator rollen inom ramen för MDK-projektet, där hon är projektansvarig, i samverkan med SLL Personal och utbildning.

7 Kontaktsjuksköterska

Ett av uppdragen till RCC från den Nationella Cancerstrategin (SOU 2009:11) var att alla cancerpatienter ska erbjudas en kontaktsjuksköterska, något som funnits med i SLL cancerplaner sedan 2006. Utvärderingar har visat att tillgången samt kvaliteten på det stöd kontaktsjuksköterskan kan erbjuda varierar. RCC:s roll är att förbättra cancervården med patienten och närstående i centrum, där kontaktsjuksköterskefunktionen utgör en nyckelfunktion för att skapa en sammanhållen vårdprocess. SLL har sedan 2006 fått särskilda medel för att inrätta tjänster samt utveckla och genomföra en utbildning för kontaktsjuksköterska. Funktionen, kontaktsjuksköterska, har successivt utvecklats och förändrats genom åren och antalet personer som arbetar som kontaktsjuksköterskor har ökat. Regionens cancerplan för åren 2012 – 2015 anger att kontaktsjuksköterskefunktionen ska ses över och utvecklas. RCC:s roll är att förbättra cancervården med patienten och närstående i centrum, där kontaktsjuksköterskefunktionen utgör en nyckelfunktion för att skapa en sammanhållen vårdprocess. En helhetsbild av kontaktsjuksköterskeverksamheten saknas samt en definition av de åtgärder som behöver vidtas för att kontaktsjuksköterskan ska kunna uppfylla patientens behov. Cancerplanen fastslår att RCC skall fortsätta att arbeta för att alla skall erbjudas en kontaktsjuksköterska.

Antalet kontaktsjuksköterskor har utökats kraftigt i regionen sedan 2006 då funktionen infördes. Kartläggningen visar att det idag finns cirka 170 kontaktsjuksköterskor i Stockholm/Gotland regionen fördelade på cirka 130 tjänster. Inom flera verksamheter är kontaktsjuksköterskan delaktig i flera patientprocesser.

Kartläggningen visar att kontaktsjuksköterska finns vid de flesta enheter som diagnosticerar och behandlar cancer. Anmärkningsvärt är att endast cirka 50 procent av dem har genomfört utbildningen för kontaktsjuksköterskor i psykosocial onkologi, vilket hittills varit ett krav för funktionen. Två sjuksköterskor från Visby har genomgått utbildningen men har ingen funktion som kontaktsjuksköterska.

Brist på kontaktsjuksköterskor finns inom privat öppen specialistvård, till exempel urologi och hud. Några privata enheter har byggt upp samarbete med kontaktsjuksköterskor på sjukhus så att deras patienter kan erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska under utredning och diagnos.

Ta fram en ny utbildning som motsvarar de behov som finns

Den nuvarande utbildningen för kontaktsjuksköterska motsvarar enbart en del av den kompetens som krävs för att kontaktsjuksköterskan ska kunna fullgöra det uppdrag som idag föreligger. Utbildningen för kontaktsjuksköterska skall vidareutvecklas för att på ett bättre sätt motsvara dessa krav. Utbildningen utvecklas i samarbete med institutionen för omvårdnad vid Karolinska Institutet och det sker ett nationellt samarbete kring utformningen och målbeskrivning. Arbetet ska ske skyndsamt för att en ny utbildning ska kunna starta våren 2015.

Efterleva kompetenskrav på kontaktsjuksköterska

De sjuksköterskor som arbetar som kontaktsjuksköterska skall ha följande kompetens:

- Legitimerad sjuksköterska
- Erfarenhet av omvårdnad vid cancersjukdom
- Utbildning avsedd för kontaktsjuksköterskor som genomförs på uppdrag av RCC.

En roll för kontaktsjuksköterskans kompetens har under våren 2014 utformats i KOLL - landstingets modell för kompetensplanering, där man identifierat kontaktsjuksköterskans reella och formella kompetenser. Denna rollbeskrivning kommer att vara till stor hjälp då utvärdering och uppföljning av kontaktsjuksköterskans kompetenser skall genomföras.

Anpassa antalet kontaktsjuksköterskor efter behov över tid

RCC tar inte ställning till hur många kontaktsjuksköterskor det bör finnas inom varje patientprocess då detta är beroende av ett antal faktorer såsom strukturerat arbetssätt och förändrade arbetsuppgifter. Då patientgrupperna har olika behov kommer antalet kontaktsjuksköterskor som krävs för att uppfylla kraven variera mellan patientgrupperna. Framtida organisation av cancervården kommer att påverka behovet av antal kontaktsjuksköterskor då mer sammanhållna vårdprocesser nu skapas.

Man konstaterar att kontaktsjuksköterskor saknas inom primärvård, i stor del av den privata öppna specialistvården och inom palliativ vård trots att många cancerpatienter finns inom dessa verksamheter.

Viktigt är att de sjuksköterskor som har funktionen kontaktsjuksköterska arbetar utifrån den uppdragsbeskrivning som är antagen i regionen. I de svar som inkommit från verksamheter och kontaktsjuksköterskor framgår att uppdragsbeskrivningens krav på kontaktsjuksköterskan inte alltid uppfylls idag. Anledningen till detta uppger verksamheterna vara brist på resurser, en orsak

kan vara att kontaktsjuksköterskan har fått andra uppdrag, utöver uppdragsbeskrivningen, utan att antalet kontaktsjuksköterskor utökats.

Pågående arbete:

Samordnande kontaktsjuksköterskor

Ett projekt är beslutat under 2014 att testa nyttan av en ny befattning, samordnande kontaktsjuksköterska. Projektet innebär att 10 samordnande kontaktsjuksköterskor anställs i fem olika patientprocesser och har ett övergripande 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 och utvärderas vetenskapligt.

RCC har också utsett en samordnare för regionens kontaktsjuksköterskor, vars uppgift är att följa upp att uppdraget följs (att varje enhet följer fattade beslut och att medlen används för ändamålet) och ansvara för att kontaktsjuksköterskorna få ta del av nya kunskaper som rör området samt nätverka och få kollegialt stöd.

Arbete med att ta fram en ny utbildning för kontaktsjuksköterskor pågår och förväntas vara klart under hösten 2014 för start vårterminen 2015.

7.1 Specialistsjuksköterskor och undersköterskor

Cancervården blir allt mer högspecialiserad, både inom onkologisk-, hematologisk-, och palliativ vård. För att möta detta behöver omvårdnadskompetensen anpassas. 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 allas kompetens används på rätt nivå. Undersköterskorna tillgodoser det basala omvårdnadsbehovet, vilket är en viktig del av cancervården. I vissa fall behöver dock fördelningen ses över och förskjutas mot en högre andel sjuksköterskor då den högspecialiserade vården kräver ökade expertkunskaper inom omvårdnad. Exempel på dessa expertkunskaper är läkemedelshantering, smärtbehandling, nutrition, patientutbildning och psykosocialt stöd. Det ökande kompetensbehovet är särskilt stort inom läkemedelshantering. Här krävs goda kunskaper inom farmakologi (cytostatika, targetläkemedel, antiemetika, analgetika etc). Behandling med de nya läkemedlen kräver också nya och ökade kunskaper gällande iordningställande av läkemedel, administrering, säkerhet, övervakning, bieffekter och patientundervisning. Dessa arbetsuppgifter kan inte utföras av annan omvårdnadspersonal än sjuksköterskor. Sjuksköterskor som utför dessa arbetsuppgifter bör helst ha specialistutbildning. Om inte detta kan tillgodoses så bör ett krav vara att det finns sjuksköterskor med specialistkompetens på alla enheter som utför dessa arbetsuppgifter.

Nyligen publicerad forskning (Aiken et al. 2014) visar att andelen patienter per tjänstgörande sjuksköterska har stor betydelse för vårdkvalitet och utfall av given vård. Det finns också forskning som visar (Ausserhofer et al. 2014) att viktiga vårdmoment, som t.ex. att upprätta en vårdplan eller utbildning/information till patienter ofta missas om andelen sjuksköterskor är lägre.

Erfarenheter från de amerikanska s.k. Magnetsjukhusen visar (McHugh et al. 2013) att karriärmöjligheter för sjuksköterskor är av stor vikt för att hålla personalomsättningen nere. Arbetsgivare måste underlätta för sjuksköterskor att genomföra specialistutbildning genom att erbjuda skälig lön under utbildningstiden, möjlighet till utveckling av arbetsuppgifter efter avslutad utbildning. Fördjupningen i form av magisteruppsats som nu ingår i specialistutbildningen bör skrivas utifrån kända problemområden inom cancervården och ämnet bör därför väljas i samråd mellan student och chef. Resultaten behöver tydligt återkopplas in i verksamheten och kommer därmed bidra till att öka kvaliteten inom cancervården. Dessa åtgärder bör tydligt beskrivas och knytas till en kompetensstege för sjuksköterskor som också kopplas till verksamhetens mål och visioner samt styrande dokument som t.ex. cancerplanen.

En utmaning för vårdorganisationerna är att behålla de specialistutbildade sjuksköterskor på enheter där patienterna är svårast sjuka (slutenvård). Här krävs särskilda satsningar, som beskrivs ovan, med syfte att höja omvårdnadskompetensen vid dessa enheter. Ett ökat fokus på klinisk vård för sjuksköterskor med högre akademisk utbildning krävs. De kompetensutvecklingsmodeller som används bör ta hänsyn till denna fråga och eftersträva att sjuksköterskor med hög akademisk utbildning i högre grad än idag arbetar i direkt patientarbete. Ca 70 % av sjuksköterskor inom cancervården bör vara specialistutbildade enligt uppskattning på Onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset.

Stockholms läns landsting har sedan flera år genomfört ett flertal satsningar för att tillgången på vårdpersonal ska förbättras. Högskolornas ordinarie utbildningsplatser för specialistsjuksköterskor räcker inte till för regionens behov. Därför har landstinget upphandlat extra utbildningsplatser inom vissa bristspecialiteter de senaste åren. Under våren 2014 kommer totalt 100 upphandlade utbildningsplatser att finnas för specialistsjuksköterskeutbildning inom hälso- och sjukvård för barn- och ungdomar, neonatologi, intensivvård och operationssjukvård.

Utbildning till specialistsjuksköterska inom onkologi bedrivs vid KI, den bedrivs på distans och nätbaserad på halvfart med start på vårterminen. Onkologi finns i två inriktningar; inriktning avancerad cancersjukvård(30 platser) och inriktning strålbehandling(10 platser) utbildningarna startas på vårterminen och löper

under 2 år. Det innebär att under femårsperiod är, om utbildningsplatserna fylls, 200 specialistsjuksköterskor färdiga. 150 inom avancerad cancersjukvård och 50 med inriktning strålbehandling. Till varje antagen var det vårterminen 2014 - 0,8 sökande.

Utbildning inom onkologi ges på fem lärosäten där Karolinska Institutet är en av aktörerna. Utbildning inom radioterapi sker på KI, men det finns också en uppdragsutbildning inom radioterapi som Karolinska köpt från Lunds universitet. Ett område som särskilt behöver belysas är hematologisk vård. Idag saknas specialistutbildning inom hematologisk vård. Här är vården oerhört specialiserad och särskild kompetens behövs.

Det saknas en nationell samordning och troligen behövs ett större samarbete mellan lärosätena. En stor utmaning är att rekrytera sjuksköterskor till specialistutbildningarna då man inte får tillräcklig lönekompensation under utbildningstiden.

Det av stor vikt att även undersköterskor erbjuds kompetensutveckling för att möta patienter och närståendes behov. En kompetensstege med tydliga utvecklingsmöjligheter har utarbetas vid onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset. 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

Pågående arbete:

Ett projekt har initierats via RCC att utveckla en specialistutbildning inom hematologisk vård för sjuksköterskor. Diskussioner pågår med både KI och Röda Korsets Högskola. Ett alternativ är en specialistutbildning inom intensiv vård med inriktning mot hematologisk vård.

Förslag:

Arbete med att få en högre andelspecialistsjuksköterskor behöver inriktas på att i samverkan med lärosätena styra de reguljära utbildningsplatserna mot bristområden samt att se över förutsättningarna för dem som går en specialistsjuksköterskeutbildning. Detta arbete drivs av SLL personal och utbildning. Som ett exempel finns nu ett förslag på två valbara kurser kardiologi inom ramen för den reguljära specialistutbildningen medicin/kirurgi. Förslaget avser anställda sjuksköterskor med erfarenhet och innebär att landstinget centralt finansierad 20 procent av en heltidslön. Modellen skulle kunna användas för andra, av landstinget identifierade, bristområden. Vi föreslår samma modell för specialistutbildning inom onkologisk och hematologisk vård.

7.2 Patologi

Sedan många år råder en nationell brist på patologer vilket utgör ett hinder i cancervården. Inom vissa delar av cancerpatologin varierar tillgången mellan vårdprocesser, vilket kan leda till ojämlik vård och otillräcklig kapacitet påverkar dessutom aktiviteten kring forskning och utveckling. Modern cancerterapi ställer krav på molekylärpatologi och utveckling av nya diagnostiska metoder. Utvecklingen inom molekylärpatologin är beroende av en effektiv organisation av biobanker och hantering av färskt tumörmaterial. Molekylärpatologins utveckling har också inneburit att antalet analyser ökat genom att det görs fler analyser av varje prov.

Ny teknik och digitalisering kan i dagsläget inte lösa hela patologibristen, men digitalisering av patologipreparat kommer att underlätta undervisning, användas vid konsultationer och MDT konferenser. Det är viktigt att fortsätta utveckla den digitala tekniken inom patologin, då den leder till effektivare arbetssätt och bättre användande av kompetens (Regionala cancerplanen Stockholm Gotland och ExDin-rapporten).

Våren 2012 kom rapporten ”Svensk patologi – en översyn och förslag till åtgärder” som tillkom på uppdrag av regeringen (S2011/5140/FS). Rapporten beskriver problembilden inom patologin i Sverige och föreslår att en samordnad handlingsplan tas fram på nationell nivå av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Långa ledtider i tumörprocessernas olika delar, där bland annat svarstider från patologin lyfts fram och kräver olika strategier för att lösa kapacitetsbristen på kort och lång sikt.

Utifrån rapporten och en nationell workshop skrev Regionala Cancercentrum i Samverkan ett måldokument (Svensk patologi – så vill vi se den utvecklas 2013-12-17), där man dragit slutsatsen och målbilden:

1. Utmaningen för hälso- och sjukvården till 2020 är att patologin avger korrekta svar med lika och korta svarstider.
2. 95 procent av provsvaren ska vara klara inom 48 timmar!

Måldokumentet från RCC i samverkan innefattar tre förslag:

7.2.1 Delprojekt 1 Nätverksbildning

Tillsättning av ett delprojekt som arbetar utifrån RCC i samverkans måldokuments behovspunkter. RCC Stockholm-Gotland föreslås ge fortsatt stöd till Vinnovaprojektet ExDin som skapar möjlighet att dela kapacitet och kompetens över organisationsgränserna. Samarbetsnätverken som skapas kan med fördel breddas för att ge patienter tillgång till den allra bästa kompetensen

och kapaciteten regionalt, nationellt och även internationellt. ExDin-projektet kommer under hösten 2014 ansöka om ytterligare medel från Vinnova (fas C-ansökan) för fortsatt implementation av konceptet, nationellt. I RCCs delprojekt Nätverksbildning skall privata aktörer inom regionen beredas plats för att öka samverkan inom regionen.

Delprojektledare Christina Kling Hassler

7.2.2 Delprojekt 2 Utbildning

RCC föreslår stöd till projekt som arbetar utifrån RCC i samverkans måldokuments behovspunkter för utbildning.

Karolinska Universitetssjukhuset har tillsammans med SLL personal och RCC Stockholm-Gotland utarbetat ett förslag för inrättandet av ett regionalt kunskapscentrum för klinisk patologi/cytologi.

Det regionala kunskapscentrat skall säkerställa regionens behov av följande yrkeskategorier inom klinisk patologi/cytologi:

- Patologer/cytologer (ST-tjänster)
- Biomedicinska analytiker (med fördjupning inom verksamhetsförlagd utbildning i syfte att snabbt få in nyexaminerade BMA i produktionen)
- Cytodiagnostiker (utbildningsprogram i samarbete med Karolinska Institutet)
- Obduktionstekniker
- Medicinska sekreterare (traineeutbildning i samarbete med högskolan)
- Personer med utländsk utbildning skall erbjudas anpassade program för att erhålla Svenskt kompetensbevis

Klinisk patologi/cytologi Karolinska, är, tillsammans med RCC Stockholm-Gotland, engagerad i ett Vinnova-stött projekt, ExDin, för digitalt samarbete inom patologi. Detta projekt är en utgångspunkt för, och föreslås integreras med, Regionalt utbildningscentrum.

Det regionala kunskapscentrat föreslås verka på uppdrag av LSF och HSF och förvaltas, drivs och ledas av Klinisk patologi/cytologi, Karolinska. I samverkan med övriga laboratorieleverantörer inom Stockholm läns landsting beräknas utbildningsbehovet och en plan, för rotation/placering vid de olika laboratorierna inom regionen, utarbetas.

Regionalt kunskapscentrum för klinisk patologi/cytologi föreslås bli ett 6-årigt projekt med egen budget. Detta projekt kan tjäna som "role model" för andra bristspecialiteter inom sjukvården varför projektet bör följas och utvärderas noggrant.

En beslutsprocess för utformning av Regionalt kunskapscentrum samt säkring av budget är initierad.

Delprojektledare: skall tillsättas

7.2.3 Delprojekt 3 – Kvalitetsutveckling

RCC föreslår att tillsätta ett delprojekt som arbetar utifrån RCC i samverkans måldokumentets behovspunkter. I delprojektets arbetsgrupp bör representanter från hela regionen tillsättas för att nå samverkan mellan alla aktörer.

Delprojektledare: Peter Zickert, Karolinska Universitetssjukhuset

Utifrån måldokumentet samt Cancerplanen föreslås att RCC vidtar följande åtgärder:

En projektgrupp med koordineringsansvar för kompetensförsörjningsplan Patologi tillsätts. Projektgruppen får i uppdrag att samordna delprojekten vad gäller nätverk, utbildning, forskning, kvalitetsutveckling, kapacitet och kompetensförsörjning. Projektgruppen rapporterar till en styrgrupp med representanter från landstingsledning, RCC-ledning, Karolinskas ledning samt Unilabs och Aleris ledning.

Huvudprojektledare: Ny processledare för patologi vid RCC som planeras tillsättas under slutet av 2014.

7.3 Radiologi

Den snabba utvecklingen av radiologin skapar nya möjligheter vilket ger en växande efterfrågan på fler undersökningar och mer avancerad diagnostik. Utvecklingen ger samtidigt allt större bildmängder per undersökning. I kombination med ökande antal cancerpatienter, i behov av primär- och uppföljningsdiagnostik, skapar detta ett ökat behov av radiologisk kompetens både på läkar- och sköterskesidan.

Särskilt inom bröstradiologi är läget bekymmersamt. Man har sedan länge svårigheter att rekrytera nya radiologer för subspecialistutbildning. Genomsnittsåldern är hög. Det är även brist på röntgensjuksköterskor inom mammografi.

Förslag:

Ett sätt att stödja och utveckla nya arbetssätt inom bröstradiologi är att skapa ett nationellt nätverk för bröstradiologi. Kompetensbristen kan på så sätt bearbetas både på kort och på lång sikt. I ett första steg är nätverket tänkt att stödja samarbeta kring kvalitetsutveckling/-säkring inom mammografin, då ökad produktionstakt kan öka risken för kvalitetsbrister. Dock finns ett stort behov av att i närtid kunna dela kompetens och kapacitet mellan samarbetande parter. Att effektivt kunna utbilda yngre kolleger, för att säkra återväxten, är också en viktig åtgärd.

Projektföreslaget kommer från nationella arbetsgruppen för mammografi. RCC i samverkan söker finansiering för detta pilotprojekt.

Övrig radiologi kan också gagnas av etablering av nätverk på olika nivåer och här är MDK en av fundamenten för patientcentrerade nätverk. I nätverken kan man dela kompetens och kapacitet, stödja kvalitetsutvecklingen, arbeta med effektivare utbildning och handledning av studenter och ST-läkare, etc.

7.4 Cancerrehabilitering

Cancerrehabilitering ska bedrivas i alla verksamheter som möter patienter med cancer. Det gäller samtliga patienter, oavsett cancerdiagnos, samt deras närstående. Då cancerrehabilitering möjliggör en bättre livskvalitet under pågående behandling, efter tillfrisknande eller i kronisk fas är det mycket viktigt och värdefullt för den enskilde och de närstående att cancerrehabilitering erbjuds. Det är också angeläget med sekundärprevention för att potentiellt kunna förebygga återfall i sjukdom. Ur ett samhällsperspektiv är det viktigt att tillhandahålla en välfungerande cancerrehabilitering, eftersom det underlättar patientens behandling och förebygger ytterligare vårdbehov.

En fungerande rehabilitering är också av stor vikt för att i samverkan med övriga rehabiliteringsaktörer, så som arbetsgivare och försäkringskassa, möjliggöra och underlätta återgång i arbetslivet. Särskild kompetens inom området har arbetsterapeuter, dietister, kuratorer, logopedier, psykologer, psykoterapeuter, sjuksköterskor med specialistutbildning inom onkologi och psykosocial inriktning, sjukgymnaster m fl.

Kontaktsjuksköterskan är en nyckelperson i detta arbete. Denne ansvarar för att den individuella vårdplanen upprättas där också patienten är delaktig i framtagandet av en sammanhållen plan gällande sin sjukdom, behandling och rehabilitering.

Patienter kan ha rehabiliteringsbehov på olika nivåer. Samtliga patienter med en cancerdiagnos har ett grundläggande behov av rehabilitering. Det kan gälla empatiskt bemötande, möjlighet till stödjande samtal, tillgång till samhällsresurser, råd och stöd kring fysisk aktivitet och andra hälsofrämjande åtgärder samt möjlighet att delta i informations- och stödprogram, s.k. egenvård. Patienter kan också under perioder i sjukdomsprocessen ha särskilda eller avancerade rehabiliteringsbehov. I dessa fall kan behoven vara så stora att särskilda åtgärder i samarbete med andra specialiserade vårdgivare krävs, för att cancervård ska vara genomförbar, t.ex. vid depression eller socialt utsatta situationer.

Den grundläggande cancerrehabiliteringen på sjukhus och kliniker ska tillgodoses av sjukvårdsteamet där kontaktsjuksköterskan har ett tydligt ansvar att informera och identifiera patientens behov av cancerrehabilitering och cancerupplysning. Till de grundläggande behoven kan tillkomma ytterligare insatser av t.ex. dietist, kurator eller sjukgymnast, vilka ska tillgodoses inom kliniken.

Förslag:

Samla den specialiserade cancerrehabiliteringen i ett regionalt rehabiliteringscenter för Stockholm-Gotland. Detta centrum ska ha i uppdrag att bedriva en multiprofessionell specialiserad cancerrehabilitering till alla cancerpatienter i regionen Stockholm/Gotland i både öppen och slutenvård och ha en samordnande roll vad det gäller forskning, kompetensutveckling och samarbete med lärosäten. ”Kunskapscentrum rehabilitering”. Projektledare: Lisa Jelft Enekvist

7.5 Allmän och specialiserad palliativ vård

En allmän och grundläggande kunskap om palliativ vård bör finnas inom alla verksamheter som vårdar patienter, med behov av palliativa insatser. Vid komplexa behov, finns i regionen möjlighet även till specialiserad palliativ vård inom ASIH-verksamhet, och/eller på specialiserad palliativ slutenvårdsenhet. I samband med vårdval som startades upp 15 januari 2013, så har antal vårdplatser samt personal ökat inom Stockholms läns landsting. På Gotland ser det lite annorlunda ut, eftersom det bl.a. inte ännu finns helt utvecklad ASIH-verksamhet dygnet runt.

Åtgärder bör vidtas för att stärka kunskapsstyrning och kvalitetsuppföljning av palliativ vård.

Kompetensutveckling för personal som arbetar i palliativ vård har identifierats i flera rapporter. Trots utbildningsinsatser de senaste åren i kommuner, landsting och regioner, är bristande kunskaper i vårdfrågor, etik och bemötande fortfarande ett påtagligt problem. Detta förstärks av att palliativ vård är ett lågprioriterat område i grundutbildningarna för vård- och omsorgspersonal. Tillgången till läkare med kompetens inom palliativ vård är i dagsläget otillräcklig. Säker tillgång till läkare dygnet runt är enligt Socialstyrelsen en förutsättning för palliativ vård av god kvalitet. Tillgången på läkare med sådan kompetens bedöms emellertid inte motsvara efterfrågan. Exempelvis saknas det i vart tredje län palliativa rådgivningsteam där läkare ingår.

Den palliativa vården bygger på samverkan mellan läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, rehabiliteringspersonal, kuratorer och andra yrkeskategorier.

Det innebär att personal behöver arbeta i väl fungerande multiprofessionella team.

Förslag/Planering:

Beslut togs i juni 2014 för att utveckla ett Palliativt Kompetenscentrum (PKC). En naturlig uppgift för PKC blir att fånga upp, samla ihop, identifiera forskning och föra ut den på olika sätt. Centrumet kan även ha en central roll när det gäller kompetenshöjande insatser i form av samordnade av utbildningar etc.

8 KÄLLFÖRTECKNING

Aiken LH1, Sloane DM2, Bruyneel L3, Van den Heede K3, Griffiths P4, Busse R5, Diomidous M6, Kinnunen J7, Kózka M8, Lesaffre E9, McHugh MD2, Moreno-Casbas MT10, Rafferty AM11, Schwendimann R12, Scott PA13, Tishelman C14, van Achterberg T15, Sermeus W3; for the RN4CAST consortium. *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. Lancet. 2014 Feb 25. pii: S0140-6736(13)62631-8. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8. [Epub ahead of print]

Ausserhofer D1, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, Ball J, Scott A, Kinnunen J, Heinen M, Sjetne IS, Moreno-Casbas T, Kózka M, Lindqvist R, Diomidous M, Bruyneel L, Sermeus W, Aiken LH, Schwendimann R; RN4CAST consortium. *Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study*. BMJ Qual Saf. 2014 Feb;23(2):126-35. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318. Epub 2013 Nov 10.

Engqvist Boman L, & Mogensen E. (2013) Interprofessionell utbildning – interprofessionellt lärande. Kap 3 i Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård (Silén C & Bolander Laksov K (red)

Hammick M & Robertshaw H (1999) Interprofessional work in cancer care: towards team work through interprofessional education. Journal of Radiotherapy in Practice 1:27-34.

Gagliardi A R, Dobrow M J, Wright F C. (2011). How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management. Surgical Oncology 20 ; 146-154.

Langton H, Barnes M, Haslehurst S, Rimmer J, Turton P. (2003). Collaboration, user involvement and education: a systematic review of the literature and an educational initiative. European Journal of Oncology Nursing 7 (4), 242-252.

McHugh MD1, Kelly LA, Smith HL, Wu ES, Vanak JM, Aiken LH. *Lower mortality in magnet hospitals*. Med Care. 2013 May;51(5):382-8. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182726cc5.

Måldokument. Svensk patologi – så vill vi se den utvecklas . Fastställt av Regionala Cancercentrums samverkansgrupp 2013-12-17

Nationell cancerstrategi för framtiden. Statens Offentliga Utvärderingar 2009:11. Stockholm 2009. ISBN 978-91-38-23146-3

Ponzer, S., Faresjö, T., Mogensen, E. (2009). Framtidens vård kräver interprofessionellt samarbete. *Läkartidningen* 13 (106) 929-931.

Slutrapport Cancerplan 2013-2015. Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland. 2013.

Socialstyrelsen. Tillgång på specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2011. Artikel 2013-11-38. Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2012

Socialstyrelsen. Tillgång på specialläkare 2011. Artikel 2014-1-16. Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2014.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014. Artikel nr 2014-4-2. Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2014

Svensk patologi – en översyn och förslag till åtgärder. 2012. Regeringsuppdrag S2011/5140/FS.

Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkarsällskapet, Månsson Bergqvist M (red). (2013). Teamarbete & Förbättringskunskap-två kärnkompetenser för god och säker vård. Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkarsällskapet. ISBN 978-91-85060-21-4.

WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneve : WHO, Department of Human Resources for Health. [Http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/)

9 BILAGOR

1. HealthNavigator rapport
2. Förslag Kunskapscentrum Patologi
3. Specifik kartläggning och förslag från de olika diagnosspecifika processerna presenteras.
4. Yrkesspecifika prognoser