



**AKADEMISKA  
SJUKHUSET**

Cancerrådet i Uppsala 2016-08-30

# Genomförandeplan för Cancerplan 2016-2018 (utvecklingsplan för Uppsala Örebro)

*Denna handlingsplan utgår från den plan som Uppsalas Cancerråd tog fram under 2015 för hur aktiviteterna i Cancerplan 2014-2015 skulle genomföras.*

**Författare:** Bengt Sandén, Gustav Ullenhag, Claes Juhlin, Hans Hägglund, Irina Alafuzoff, Adel Shalabi, Morten Kildal, Marianne Reggie, Fatane Salehi, Maria Aslani, Lotten Blomqvist och Jonas Lostelius.



## Innehåll

Bakgrund Cancersjuklighet .....	4
Bakgrund Beslut och Förutsättningar .....	4
Tema cancer .....	5
Genomförande .....	6
1. Patienternas ställning .....	7
Patientlagen .....	7
1177 .....	7
Podcast om cancer .....	7
Värdebaserad vård .....	7
Införande av kontaktsjuksköterskor .....	7
Cancerrehabilitering .....	9
Palliativ vård .....	13
Synpunkter från patienter och anhöriga .....	13
2. Vårdens struktur .....	14
3. Kompetensförsörjning .....	17
Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådets (RUR) .....	17
Kompetensförsörjning Patologen .....	18
Modul 1 Kompetensutveckling specialistläkargruppen .....	18
Modul 2 Rekrytering av ST-läkare till regionen .....	19
Modul 3 Utbildning av och kompetensöverföring till andra yrkeskategorier .....	19
Modul 4 - Utlandsrekrytering .....	20
Modul 5 - Nya arbetssätt och digital patologi .....	20
Övrigt .....	20
Kompetensförsörjning Bild- och funktionsmedicin .....	20
Kompetensutveckling .....	21
Resursanalys och åtgärdsplan .....	21
Digitala bildsystem och bilddiagnostiska arbetssätt .....	23
Kompetensförsörjning, bild- och funktionsmedicin/medicinsk Radiologi .....	23
4. Forskningssamordning .....	24
KFUE (Kliniska forsknings- och utvecklingsenheten, sektionen för onkologi, Verksamhetsområde Blod- och tumörsjukdomar) .....	24



# AKADEMISKA SJUKHUSET

Registrering i kvalitetsregister (INCA) .....	25
Insamling biobanking av blod och vävnadsmaterial .....	25
Forskningsaktivitet .....	26
5. Prevention och tidig diagnostik .....	26
Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder .....	26
Tidig upptäckt .....	27
Screening .....	28
6. Standardiserat vårdförlopp .....	28
Utmaningar .....	29
Sammanfattning .....	29



## Bakgrund Cancersjuklighet

Antalet individer som insjuknar i en cancersjukdom ökar från år till år, såväl i regionen som i Sverige. Enligt Cancerfondens årsrapport 2016 beräknas antalet som får cancer uppgå till över 100 000 personer år 2040. Detta kan till största del förklaras av befolkningstillväxten och av att vi lever allt längre. Cancer drabbar framför allt äldre individer och ju äldre vi blir desto större är risken att insjukna. Dessutom medför de förbättrade behandlingsmöjligheterna för patienter med spridd cancer att prevalensen kommer att öka ännu mer än incidensen. År 2014 registrerades 12739 (Socialstyrelsens statistikdatabas) nya fall av invasiv cancer i Cancerregistret hos individer i Uppsala-Örebroregionen, ungefär lika många män som kvinnor. Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män. Hos kvinnor är bröstcancer den vanligaste cancerformen. De preventiva insatser som görs på samhälls- och individnivå ger inte effekt de närmaste decennierna. Ökad kunskap, bättre behandling och ökade möjligheter att upptäcka cancer i ett tidigt skede gör att allt fler som får en cancerdiagnos överlever. Detta är ytterligare en faktor som måste beaktas när beslut tas kring vårdens organisation och resurssättning.

Den primära behandlingen vid många cancerformer är kirurgi, vilken kan kompletteras med t ex strålbehandling och/eller cytostatikabehandling. De senaste åren har många nya läkemedel tillkommit, och många fler är under klinisk prövning. Vissa av läkemedlen har medfört en dramatisk förbättring av prognosen för patienterna. Utvecklingen med nya dyrare, men effektivare, läkemedel kommer troligen att fortsätta. Detta gör att sjukvården löpande behöver göra nya prioriteringar i takt med att läkemedelskostnaderna ökar. Som beskrivits ovan ger förbättrad diagnostik och behandling mycket positiva resultat. Utvecklingen förutsätter också en omställning i vårdens och samhällets möjligheter att stötta i rehabilitering och hantering av en ibland kronisk sjukdomssituation.

## Bakgrund Beslut och Förutsättningar

Landstingsstyrelsen beslutade, i april 2016 att för sin del anta Cancerplan 2016-2018.

I januari 2015 träffades en överenskommelse mellan staten och SKL om kortare väntetider i cancervården. Regeringen har avsatt 2 miljarder under 4 år (2015-2018) för extra satsningar inom cancerområdet. Den innebär bland annat att alla landsting ska besluta om att inrätta standardiserade vårdförlopp och att landstingen tillsammans med RCC ska ta fram en handlingsplan för hur ett system med standardiserade vårdförlopp ska införas. Regeringens intentioner att ytterligare förbättra cancervården påverkar också arbetet med nivåstrukturerings både på nationell och regional nivå.

Att korta ledtider och skapa standardiserade arbetssätt över hela regionen för cancervården är ett omfattande arbete som kommer att kräva mycket resurser både av landstingen och från RCC. Det finns höga förväntningar på att de avsatta två miljarderna mycket snabbt ska driva på utvecklingen mot en förbättrad och mer standardiserad vård inom cancervården.

RCC är samverkansnämndens förlängda arm i frågor som rör cancervårdens utveckling.

RCC verkar som en kunskapsorganisation som bland annat initierar, samordnar, finansierar och sköter samverkan kring projekt och arbetsgrupper. Vårdprocessarbetet och arbetet med att initiera



## AKADEMISKA SJUKHUSET

nivåstruktureringen drivs av RCC i samarbete med professionen. Arbetet med att förverkliga cancerstrategin ska ske i och styras av de enskilda landstingen.

De lokala cancerråden i varje landsting utgör tillsammans med vårdprocessgrupperna stommen i infrastrukturen. Varje landsting styr och påverkar utvecklingen på hemmaplan genom att cancerrelaterade frågeställningar bereds direkt av cancerrådet eller arbetsgrupper under cancerrådet. För att underlätta och stärka det fortsatta utvecklingsarbetet behöver det lokala cancerrådets koppling till sjukvårdens ordinarie linjestruktur tydliggöras. Akademiska sjukhusets nyligen genomförda omorganisation har exempelvis bland annat som syfte att underlätta flödesperspektiv på olika vårdprocesser. På samma sätt kommer det nationellt unika samarbete som etablerats med ett samlat verksamhetsområde för hematologi, onkologi och onkologisk endokrinologi i samarbete med övriga engagerade verksamheter utgöra en viktig faktor i det fortsatta arbetet med utveckling av cancervården. Vårdprocessgrupperna är en sedan länge etablerad funktion som är en multiprofessionell grupp med representation från samtliga landsting. De samverkar kring frågor som rör enskilda cancerdiagnoser, tidigare mest genom att producera regionala vårdprogram. Uppsala Örebro sjukvårdsregion har idag 20 vårdprocessgrupper.

Cancerstrategin gör att vårdprocessgrupperna står inför ett helt nytt uppdrag eftersom utvecklingen i allt högre grad går mot nationella vårdprogram.

RCC Uppsala Örebro har valt att ge ordförande i vårdprocessgruppen rollen som processutvecklare/-ledare för att på så sätt få en hög förankring av frågor som rör vårdprocessarbete, nivåstruktur och patientmedverkan i regionens sju landsting. Det innebär att processledarna som har 20 % av sin arbetstid avsatt för uppdraget tillsammans med de multiprofessionella vårdprocessgrupperna leder arbetet med att kartlägga och driva regionalt utvecklingsarbete i de diagnosspecifika vårdprocesserna. De som leder de olika standardiserade vårdförloppsgrupperna disponerar 10 % av sin tid för detta arbete.

Regional nivåstrukturering är en naturlig del av det nationella nivåstruktureringsarbete som nu pågår. I detta arbete kommer landstingsspecifika avtal att ha betydelse för hur landstingen fortsatt väljer att hantera frågan om i vilken region eller landsting vården ska ges. För att regional nivåstrukturering ska ske kommer det att vara nödvändigt med olika typer av samverkansavtal/överenskommelser som behöver beslutas på en politisk nivå.

Landstingsstyrelsen beslutade 2015-03-31, § 72, att införa standardiserade vårdförlopp i cancervården och att anta den handlingsplan för införande som tagits fram i lokala cancerrådets regi.

Av ovanstående framgår att två samverkande och i stor utsträckning överlappande samt ömsesidigt stödjande processer pågår parallellt. Det bör vidare understrykas att process- och kvalitetsarbete bedrivs inom ett flertal cancerdiagnoser såväl i vårdprocessgrupper som i arbetet med standardiserade vårdförlopp och dessutom även i Akademiska sjukhusets arbete med värdebaserad vård.

### Tema cancer

Hösten 2016 startade Tema Cancer som den första av flera planerade temaorganisationer på Akademiska sjukhuset. Att valet just blev cancer beror främst på viljan att förbättra vården för cancerpatienterna men också



## AKADEMISKA SJUKHUSET

på den strategiska betydelsen cancerområdet har för Akademiska. Flera cancerprocesser var dessutom med redan i början av arbetet med vardebaserad vård och införandet av standardiserade vårdförlopp har integrerats i arbetet med vardebaserad vård. I tema cancer ingår just nu 18 olika cancerdiagnoser och flera tillkommer under hösten. Ett viktigt syfte med att samla likartade patientprocesser i ett tema har varit att skapa bättre förutsättningar för en lärande organisation med utbyte av kunskap och erfarenheter. Ett annat viktigt syfte har varit att få en mer sammanhållen och koordinerad verksamhet för att underlätta och möjliggöra förbättringsarbeten och samverkan med primärvården, Lasarettet i Enköping och sjukhusen i regionen på en mer effektiv och aggregerad patientgruppsnivå. Sedan starten för ett år sedan har vi haft två heldagsmöten per termin. Förmiddagarna har fungerat som styrgruppsmöten för varje patientprocess där berörda verksamhetschefer och patientprocessledare träffas för att följa upp kvaliteten på vården, diskutera resultat och förbättringsmöjligheter. Eftermiddagarna har agnats åt gemensamma och fördjupade diskussioner mellan patientprocessledare och verksamhetsansvariga på Akademiska, Lasarettet i Enköping och Primärvården utifrån konkreta problemställningar kopplade till övergångar i vården, cancerrehabilitering, utvärdering av standardiserade vårdförlopp och hälsofrämjande sjukvård som några exempel. Samverkansformen behöver utvecklas och utvärderas men är en viktig del i arbetet med vardebaserad vård.

### Genomförande

Nedanstående handlingsplan utgör i första hand en fördjupning av hur aktiviteterna i Cancerplanen 2016-2018 kan genomföras, inom landstinget i Uppsala län.

Cancerplanen 2016-2018 fokuserar i första hand på sex områden:

- 1. Patienternas ställning.** Hur vi gör vi patienterna till medaktörer både vid policybeslut och i sin egen vård
- 2. Vårdens struktur.** Hur sjukvårdsregionens sju landsting skapar en nivåstruktur som utvecklar vården på bästa sätt. Hur vi ska använda våra gemensamma resurser – både i ekonomiska frågor och i samarbetet kring medicinteknisk utrustning
- 3. Kompetensförsörjning.** Hur vi rekryterar och behåller de särskilt prioriterade yrkeskategorier som sjukvårdsregionen behöver för att bibehålla en god cancervård
- 4. Forskningssamordning.** Hur RCC och RBC påverkar förutsättningarna för sjukvårdsregionens forskning
- 5. Prevention och tidig diagnostik.** Hur vi minskar insjuknandet i cancer
- 6. Standardiserade Vårdförlopp.**

Nedanstående redogörelse beskriver hur verksamheterna inom landstinget i Uppsala län arbetar idag respektive föreslås inrikta kommande arbete, med avsikt att genomföra cancerplanens intentioner inom ovan nämnda sex fokusområden.



## 1. Patienternas ställning

### Patientlagen

En ny patientlag infördes 2015 där patienterna ska få information om vård och behandling rörande bl a de metoder som finns tillgängliga, befintliga hjälpmedel, förväntade tidpunkter för vård och dess förlopp, väsentliga risker för komplikationer och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Dessutom föreligger möjlighet att få en ny medicinsk bedömning och fast vårdkontakt.

### 1177

Landstinget ligger långt framme i utvecklandet av "1177" där patienterna själva kan få insyn hur professionen agerar och resultaten av undersökningar och behandlingar.

### Podcast om cancer

Akademiska sjukhuset har startat en podcast om cancer som sände sitt första avsnitt den 25/8. Podcasten, som heter "En podd om cancer", riktar sig till alla som drabbats av cancer, som sjuk eller anhörig. Podcastens upplägg är att en inbjuden cancerpatient och en medicinsk expert intervjuas i varje avsnitt och delar med sig av sina erfarenheter. När fem avsnitt är inspelade kommer en grupp av patient- och anhörigrepresentanter få lyssna på podcasten och ge sina synpunkter, så att man kan forma den optimalt efter behov och önskemål.

### Värdebaserad vård

Inom allt fler cancerdiagnoser arbetar vi inom Akademiska sjukhuset med Värdebaserad vård. Processkartläggning och framtagande av de mätetal som senare ska registreras bygger på att skapa ett värde för patienten vad beträffar resultat och upplevelse. Patientrepresentanter medverkar i detta arbete.

### Införande av kontaktsjuksköterskor

Under slutet av 2015 och början av 2016 har det hänt mycket vad gäller införandet av kontaktsjuksköterskor. Det lokala nätverket för kontaktsjuksköterskor som funnits sedan HT 2014 har utvecklats genom rekrytering och utbildning av nya kontaktsjuksköterskor, och regelbundna möten inom nätverket möjliggör tätt samarbete och utbyte av erfarenheter och idéer. Totalt finns nu ett trettiotal kontaktsjuksköterskor bara på Akademiska sjukhuset, och siffran växer hela tiden.

Arbetet med *Min Vårdplan* pågår för fullt och på flera ställen fungerar det redan, och patienterna får en skriftlig plan för sin vård och behandling. En särskild dokumentationsgrupp har bildats, där kontaktsjuksköterskorna tillsammans ska komma fram till ett enhetligt och säkert sätt att dokumentera sitt arbete i journalen. Uppsala kommer att delta i ett pilotprojekt att testa *Min Vårdplan* i ett elektroniskt format, som startar under senare delen av 2016.

Som framgår av nedanstående redogörelse har alltfler cancerpatienter på Akademiska sjukhuset en kontaktsjuksköterska idag. En del viktiga uppgifter utförs dock inte överallt ännu, såsom tillhandahållande av



## AKADEMISKA SJUKHUSET

en skriftlig vårdplan. Arbetet med detta pågår dock för fullt och är en central fråga under det lokala nätverkets möten.

### *Kontaktsjuksköterska inom verksamhetsområde Kirurgi*

Två bröstsjuksköterskor fungerar sedan en längre tid som kontaktsjuksköterskor och två sjuksköterskor som ansvarar för den öppna bröstmottagningen har redan arbetsuppgifter och ansvar liknande kontaktsjuksköterskornas.

Man har under senare delen av 2015 anställt kontaktsjuksköterskor för diagnoserna esofagus/ventrikel, lever/galla/pankreas samt endokrina tumörer och därmed nått målet. Även kolorektal-sektionen har en kontaktsjuksköterska. "Min Vårdplan" är igång och delas ut till patienter på kirurgen.

### *Kontaktsjuksköterska för patienter med lungcancer*

2014 fanns två kontaktsjuksköterskor anställda vid lungkliniken på 50 % var, vilket inte motsvarade det behov som fanns. Idag arbetar två kontaktsjuksköterskor på lungkliniken, varav den ena arbetar 100 % som kontaktsjuksköterska. Det finns också en utarbetad "Min vårdplan" som aktivt delas ut till lungcancerpatienterna.

### *Kontaktsjuksköterska för patienter med urologisk cancer*

Urologen har två kontaktsjuksköterskor som arbetar 50 % vardera, d.v.s. totalt en heltidstjänst, vilket bedöms motsvara behovet.

### *Kontaktsjuksköterska för patienter med gynekologisk cancer*

Kvinnokliniken har i dagsläget två kontaktsjuksköterskor, vilket bedöms motsvara behovet i dagsläget. "Min Vårdplan" finns och delas ut till patienter, och verksamheten fungerar väl.

### *Kontaktsjuksköterska på onkologimottagningen*

På onkologimottagningen har samtliga sjuksköterskor arbetat med uppgifter som delvis motsvarar kontaktsjuksköterskans, under många år. Dock har det omfattande administrativa arbetet, samt stor arbetsbelastning för sjuksköterskorna hindrat dem från att kunna arbeta patientnära och helt enligt kontaktsjuksköterskemodellen. Under slutet av 2015 och början av 2016 har man dock anställt tre ytterligare sjuksköterskor, för att kunna omorganisera och genomföra de arbetsuppgifter som kontaktsjuksköterskor bör genomföra. Samtliga sjuksköterskor på onkologimottagningen kommer alltså att arbeta som kontaktsjuksköterska och ansvara för olika diagnoser. Arbetet med "Min Vårdplan" kommer att ske parallellt med uppbyggnaden av denna verksamhet.

### *Kontaktsjuksköterska på barnonkologen*

Barnonkologen har nu en kontaktsjuksköterska och håller på att bygga upp verksamheten kring detta.

### *Kontaktsjuksköterska för patienter med hjärntumörer*

Det finns i dagsläget ingen kontaktsjuksköterska anställd för patienter med hjärntumörer på neurokirurgen, men rekrytering pågår och man hoppas ha en kontaktsjuksköterska anställd inom en snar framtid.





## AKADEMISKA SJUKHUSET

### *Kontaktsjuksköterska inom onkologisk endokrinologi*

Det fanns 2014 ingen kontaktsjuksköterska anställd. Idag finns två kontaktsjuksköterskor anställda, på 25 % vardera. Båda dessa har gått kontaktsjuksköterskeutbildningen och håller på att bygga upp verksamheten tillsammans.

### *Kontaktsjuksköterska inom hematologi*

Det fanns 2014 ingen kontaktsjuksköterska anställd på hematologen. I dagsläget finns två kontaktsjuksköterskor anställda på 50 % vardera, och de håller tillsammans på att bygga upp verksamheten. En av dem har gått kontaktsjuksköterskeutbildningen, och den andra planerar att gå.

I dagsläget har nästan hälften av alla kontaktsjuksköterskor i Uppsala gått kontaktsjuksköterskeutbildningen. Ytterligare några planerar att gå under hösten 2016.

### *Cancerrehabilitering*

Redogörelsen för arbetet med cancerrehabilitering vid och runt Akademiska sjukhuset är upplagd på följande sätt. Först beskrivs sjukhusdirektörens uppdrag om en kartläggning av cancerrehabiliteringens nuvarande situation och behoven av utvecklingsinsatser. Där efter beskrivs kortfattat uppläggningsarbetet i tre faser. Efter detta beskrivs, kortfattat, vad som är gjord under våren (efter att projektet rapporterats årsskiftet 2015/2016). Därefter redogörs för vilka arbetsgrupper som har bildats respektive är under bildande för att driva olika utvecklingsinsatser. Efter detta följer en sammanställning av vilka (huvudsakliga) utredningsuppdrag och projekt som är igångsatta eller ska startas upp. Avslutningsvis redogörs för läget när det gäller ett förslag om bildande av en (sjukhusgemensam) enhet för vissa insatser vad gäller cancerrehabilitering. Här beskrivs också kortfattat arbetet med att ta fram ett bedömningsverk.

### **Uppdraget**

På sjukhusdirektörens uppdrag drevs under 2015 ett projekt på Akademiska med syftet att ge en samlad bild av cancerrehabiliteringen och en plan för utvecklingsbehoven. Utgångspunkterna för projektet var att:

- Cancerrehabilitering måste rikta sig till både *patienter och deras anhöriga*, och detta med ett perspektiv som tar hänsyn till och beaktar *hela livssituationen*
- Vägledande för rehabiliteringen är den *livskvalitet* som arbetet kan bidra till och att detta får präglade både bedömningar och kanske särskilt vid avvägningar när insatserna bestämt och sätts samman till en bra och *individanpassad helhet*
- Det krävs många olika kompetenser och specialistinsatser varför projektet bedrivs med ett *nätverksperspektiv* i åtanke. Detta kan också uttryckas som att *samverkan* uppfattas som helt



## AKADEMISKA SJUKHUSET

avgörande för god rehabilitering och inte bara då inom sjukhuset utan *också samverkan med aktörer utanför sjukhuset*

- Av särskild betydelse, just för att många kan vara inblandade, är att tillgodose olika behov av *kontinuitet*, exempelvis i samband med kontakter, information och liknande

Utredningen visade att det finns stort engagemang för att vidareutveckla cancerrehabiliteringen inom och runt sjukhuset. Kompetensen är hög med något undantag samt arbetsmiljön runt rehabiliteringsarbete är fullt godtagbar. Ur ett patientperspektiv uppfattas vad som erbjuds i termer av rehabilitering som otydligt, delvis också oklart av vem, och att det brister i kontinuiteten i kontakterna med vårdpersonal. Exempelvis behövs bättre rutiner vid övergång till arbetet med patienter som kan betraktas som kroniker. I samband med att man friskförklaras lämnas ofta patienterna utan tillräcklig vägledning om att de kan behöva rehabilitering även senare och hur de kan få den hjälpen. Det finns också ett behov av att utveckla rehabiliteringsinsatser för barn både som patienter och anhöriga. En specifik utmaning ur ett barnperspektiv är när barn med cancer blir vuxna och ska överföras till vuxenvården.

### **Ett utvecklingsarbete i tre faser**

Utredningens föreslog och fick beslut på att arbeta i tre huvudsakliga faser. Det ska också sägas här att dessa faser inte är upplagda så att en fas måste vara avslutad innan nästa fas påbörjas. Det är snarare så att de tre faserna representerar tre grundstrategier för att utveckla cancerrehabiliteringen inom och utanför Akademiska sjukhuset.

Första fasen – Omstrukturering av nuvarande arbetssätt och samarbetsmodeller – tar fasta på att utgå från det befintliga och förbättra hur saker görs och av vem eller vilka. Huvudfokus i den här fasen ligger på att dels bilda behandlingsteam, dels utveckla kontaktsjuksköterskornas samordnande och arbetsledande roll. En strukturerad och samlad rehabiliteringsbedömning och verktyg för att göra sådana ska utvecklas. Bland annat för att regelbundet och löpande kunna titta på rehabiliteringsbehov som både kan tillkomma och falla bort.

Andra fasen – En rehabiliteringsenhet samt grupp- och utvecklingsverksamheter – flyttar fokus mot sådant som kan göras sjukhusövergripande. En enhet för cancerrehabilitering bildas med syftet att ha plats, fysiskt såväl som organisatoriskt, dit patienter, anhöriga och vårdpersonal kan vända sig för att få råd och stöd. Rehabiliteringsinsatser som är diagnosoberoende och med positiva effekter kan drivas som gruppverksamhet och samordnas i rehabiliteringsenheten.

Den tredje fasen – Externa samarbeten och intensifierad FoU-verksamhet – handlar om att bygga upp sätt att samverka med bland annat kommunen, skolan, primärvården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Patientföreningar och frivilligsektorn. Livsstils- och livssituationsperspektivet sätts i fokus men också lite större forskningsinsatser inom områden som fysisk aktivitet, livsstil och andra liknande kunskapsfält.



### **Arbetet under våren/försommaren 2016**

En stor del av våren 2016 ägnades åt information om projektets slutsatser och förslag. Samtliga VC är informerade (dragning på SLG) och berörda AC har fått information. Möten med alla kontaktsjuksköterskor har hållits om behandlingsteam och hur det löpande arbetet kan samordnas. Barnombudsmannen och Patientombudsmännen har fått information om hur projektet ska genomföras och hur samverkan med dem kan läggas upp har diskuterats. Ett flertal läkare samt vårdpersonal på berörda klinker och paramedicinerna har haft informationsträffar i ett antal guppsammankomster för information, diskussioner och inhämtande av feedback.

Inom några VO har utvecklingen av behandlingsteam påbörjats. Resterande VO kontaktas succesivt mot målet att samtliga team ska vara igång under kvartal 4, 2016. Bildande av team pågår inom Standardiserade vårdförlopp och värdebaserad vård och initialt gäller detta prostatacancer och lungcancer.

Kontakter med företrädare för Uppsala kommun, Primärvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen togs igen under våren för att följa upp tidigare kontakter (under utredningsfasen). Samtalen handlade dels om hur Akademiska avser att arbeta med cancerrehabilitering framöver, dels hur en bättre samverkan kan läggas upp och då utifrån ett livssituationsperspektiv.

Diskussioner har förts med Sjukhuskyrkan för samtal om hur samarbete med deras verksamhet kan läggas upp som en del av cancerrehabilitering.

### **Bildade arbetsgrupper eller grupper under bildande**

En grupp med ett barnperspektiv (barn som anhöriga) är startad. Det handlar både om att inventera vad som redan finns och utreda eventuella ytterligare behov. Gruppen består av interna och externa personer och har rollen som granskare av projektidéer och liknande. Kommunen är kontaktad och planering pågår av en del aktiviteter och även verksamheter.

En arbetsgrupp kring anhörigs situation har bildats. Uppdraget är kartläggning av hur behoven ser ut, även här ur ett livssituationsperspektiv. Det är ett samarbete med RCC och dess regionala rehabiliteringsgrupp. Både anhöriga och personer från olika patientföreningar är eller kommer att bli involverade i arbetet.

Ett förslag om att bilda en arbetsgrupp diskuteras. Den tänkta gruppen ska arbeta med frågor rörande suicidpatienter, depressionsproblematik, missbruk och våld i nära relationer. Verksamheten är tänkt att driva tillsammans med VO Psykiatri och NCK. Ett första mål är att få fram bedömningsmallar och utbildningsmaterial samt utreda formerna för behandlingsinsatser.



## **AKADEMISKA SJUKHUSET**

Det pågår samtal om att bilda en grupp för att arbeta med yoga för barn – barn som patienter men också som anhöriga. Arbetet hittills har varit sonderande och involverat de som arbetar med yoga inom sjukhuset samt personal från Barnsjukhuset.

### **Utredningsuppdrag och projekt**

Ett projekt och en arbetsgrupp har startats med Uppsala universitet med inriktning på fysiska aktiviteter som en del av rehabiliteringsarbete vid cancer. Under hösten startar ett projekt med patienter från Onkologen (i samarbetet ingår även Friskis och Svettis som kan driva verksamheten i ett fortvarighetstillstånd om ersättningsfrågan kan lösas).

Ett projekt ska startas med Uppsala universitet, sannolikt under vintern 2016, kring levnadsvanor i form av studiecirkel på ett antal språk. Projektet har alltså ett integrationsperspektiv vad gäller såväl förebyggande som rehabiliterande insatser.

Ett projekt som riktar sig till kvinnor med bröstcancer håller på att förberedas. Syftet är att, i samarbete med Uppsala universitet, utreda möjligheterna att tillämpa en befintlig evidensbaserad modell. Utgångspunkter är att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen så småningom också ska involveras utifrån perspektivet arbetsrehabilitering. Ambitionen är att komma igång så snart som möjligt och arbetet beräknas pågå även under 2017. Möjligen längre än så.

Landstingens kulturenhet och stadsteatern, bland andra, har ställt sig positiva till en viss försöksverksamhet med musik, teater och konst som form för att arbeta med rehabilitering vid cancer. En del forskning pekar mot att det finns betydande potential i den här typen av aktiviteter. Därför dras en pilot igång vilken har planerats under kvartal 2, 2016. Piloten genomförs och utvärderas under hösten 2016.

Kulturaktiviteterna (jmf ovan) kommer att erbjudas patienter och anhöriga vid tre tillfällen under våren 2017. Detta i form av ett samarbete mellan landstingets kulturenhet, Uppsala konstmuseum, Cajsas kök samt ett antal cancerföreningar. Syftet är att stärka patienters och anhörigas förmåga att hantera livssituationen.

Under hösten startas ett mycket prioriterat projekt kring barn som patienter. Detta kommer att baseras på en rad olika perspektiv och infallsvinklar. Vad finns idag för barn och vilka ytterligare behov kan identifieras? Hur kan sjukhuset samverka med andra i barnens tillvaro (skola, förskola, idrottsföreningar etcetera)? Hur ska man klara övergången från barn till vuxen på ett lämpligt och säkert sätt. Detta så som några exempel. Projektet ska drivas i nära samarbete med Barnsjukhuset.

### **Organisationsfrågor och verktyg**

Planen var att under hösten/vintern 2016 bilda en enhet för cancerrehabilitering påbörjas. Formerna för den verksamheten skulle definieras och arbetssätt och rutiner utvecklas och testas. Diskussioner om lämpliga



## AKADEMISKA SJUKHUSET

lokaler har redan första. Även 2017 skulle behövas för att enheten och dess verksamhet skulle ha hittat och befäst såväl arbetsformerna som innehållet. Arbetet måste emellertid läggas på is för tillfället. Skälet är att Akademiska under försommaren fick i uppdrag från Landstinget i Uppsala att bilda ett centrum för alla former av rehabiliteringsinsatser. Av uppenbara skäl måste arbetet med cancerrehabilitering samordnas med bildandet av ett rehabiliteringscentrum.

Under hösten/vintern 2016 ska arbetet med en samlad bedömningsmall för samtliga rehabiliteringsbehov vara klar och börja tillämpas. En mall som ser till en patients hela livssituation, inklusive anhöriga. Arbetet har redan påbörjats.

### Palliativ vård

Det beslutades i TKL under 2014/2015 att specialiserade palliativ vård ska landstinget ansvara för dygnet runt för alla åldrar. I Uppsala län har vi haft en mix av huvudmän som vårdat de specialiserade palliativa patienterna i hemsjukvården. I norra länsdelen har nu landstinget tagit över ansvaret för dessa personer dygnet runt, i Uppsala och Knivsta kommun kommer den specialiserade vården som idag sköts av kommunens Sjukvårdsteam att övertas av landstinget. Målet är att det ska vara genomfört innan 2017. Kommunal hemsjukvård fortsätter ansvara för allmän palliativ vård.

Planen är att övertagande av verksamheten i Uppsala/Knivsta ska vara genomfört till årsskiftet 2016/2017. En utredning gjord under 2015 visar att palliativt centrum ska drivas i landstingets regi samt tillsättas en övergripande chef. Planen är att ligga under Akademiska sjukhuset, Blod- och tumörsjukdomar, som en egen sektion. När chef för palliativt centrum är tillsatt ska även planerna för ett palliativt programråd verkställas.

Utredningen visar även på ett stort utbildningsbehov och det har beslutats att utöka nuvarande Palliativa konsultteamet med en sjuksköterska för att PKT ska kunna satsa mer på undervisning för hela länet. Beslut har fattats att barn i alla åldrar oavsett bostadsort i Uppsala län ska ha tillgång till palliativ hemsjukvård. Utbildning samt uppbyggnad av rutiner är genomfört under 2016 och det sak nu vara möjligt att remittera barn i behov.

En E-utbildning är inköpt under 2016-2018 för 11000 användare i länet (alla yrkeskategorier) i allmän palliativ vård som finns tillgänglig.

### Synpunkter från patienter och anhöriga

Patientnämnderna har en oerhört viktig roll i stödandet av patienter som har synpunkter på den vård eller behandling de har fått. Dessa synpunkter utgör också en viktig möjlighet i sjukvårdens kvalitets- och verksamhetsutveckling. Hittills har patientnämndernas rapportering till sjukvården huvudsakligen följt den traditionella linjestrukturen. I positiv dialog med patientnämnden har vi nu också tagit upp möjligheten av kompletterande rapportering utifrån cancerprocessernas hela flöden.



## 2. Vårdens struktur

Arbetet med nivåstrukturering sker på olika plan, regionalt och nationellt.

### *Regional nivåstrukturering:*

Nuvarande läge: Vårdprocessgruppen för kolorektal cancer har tagit fram ett förslag för regional nivåstrukturering, vilket innebär att kliniker/sjukhus som inte utför rektalkirurgi inte heller ska operera koloncancer. Förslaget som inte har förankrats i alla regionens landsting skulle innebära en centralisering av både kolon och rektalcancerkirurgin. Specialitetsrådet i Kirurgi har vid ett möte våren 2016 diskuterat möjliga konsekvenser av ett sådant förslag för akutkirurgin vid regionens läns- och länsdels-sjukhus och kommit fram till att det är bättre att koncentrera rektalkirurgin vid ett sjukhus i varje landsting men att bibehålla koloncancerkirurgin vid fler än ett sjukhus i varje landsting för att kunna bibehålla bakjournsbemanningen.

RCCs styrgrupp har lagt fram ett förslag om att cystektomier vid blåscancer ska utföras vid AS och USÖ och som beslutats av Samverkansnämnden med start 2017. Avancerad njurcancer (ex. vena cava trombos) ska enbart utföras på AS.

En regional utbytesplan mellan olika landsting och politiska beslut finns lokalt i flera landsting gällande njurcancer och prostatacancer (Dalarna-Gävleborg resp. Sörmland-Västmanland). Med anledning av Storregionsfrågan där förslaget att Värmland ska tillhöra Västra Götaland, så har man från Värmlands sida under våren 2016 beslutat att avvakta samarbete av prostatacancer, njurcancer, pankreascancer och ovarialcancer med Uppsala-Örebro regionen.

Beslut i Samverkansnämnden är att ovarialcancer samt fertilitetsbevarande cervixcancerkirurgi utförs vid AS och övrig cervixcancerkirurgi vid USÖ.

### *Nationell nivåstrukturering*

Nuvarande läge: Med start jan 2017 finns beslut på att;

- Kurativt syftande radiokemoterapi för analcancer ska ske på 4 enheter i Sverige varav AS är en av dessa.
- Matstrups- och övre magmunscancer ska opereras på 6 centra i Sverige, ett i varje region. AS var den enda sökanden i Uppsala-Örebro regionen.
- Vulvacancer ska behandlas på 4 ställen, men inte i Uppsala-Örebro regionen.
- Hyperterm intraperitoneal kemoterapi (HIPEC) ska utföras på 4 enheter i Sverige varav AS är en av de fyra.
- Isolerad hyperterm perfusion vid melanom och sarkom ska utföras vid 1 enhet, Sahlgrenska sjukhuset.

Remissförslag från SKL/RCC jan 2016 för att implementeras 2018 är att;



## AKADEMISKA SJUKHUSET

Sex centra för lever- och pankreaskirurgi ska finnas utan specifik ansökan, en i varje region. Sk leverhilustumörer, pankreascancer med inväxt i artär samt lymfkörtelutrymning vid testiscancer skall utföras på 2 ställen och beslutas efter att ansökningar kommit in. Den sistnämnda har sökts av AS.

Ovarialcancer ska behandlas på ett sjukhus i varje region (sammanlagt 6 nationellt).

Njurcancer varje enhet som opererar bör ha minst 50 operationer och behärska nefronsparande kirurgi.

Cystektomier 6 sjukhus nationellt 1 i varje region. Avancerad njurcancer 1 sjukhus i varje region.

Den fortsatta processen planeras enligt följande:

Svar på remiss senast 1 juni 2016 till SKL

Rekommendation från RCC i samverkan augusti/september 2016

Förankring Sjukvårdsdelegation, LD och HSD-nätverk september/oktober 2016

Beslutsförslag till huvudmännen preliminärt november 2016.

Beslut senast 1.4 2017, preliminärt.

Drift januari 2018, preliminärt.

Utöver den nationella nivåstruktureringen som pågår finns även en nationell utredning om högspecialiserad vård vars förslag lades fram i november 2015 och nu är ute på remiss. Förslagen i denna utredning är betydligt färre centra än de som nu föreslagits av SKL/RCC för flera cancerdiagnoser.

### *Utmaningar/problem*

Datumlinjer för genomförandet av den regionala nivåstruktureringen saknas. Det har uppenbarligen varit svårt att ena sig för de vårdprocessgrupper som fått i uppgift att se över en regional nivåstruktur. Flera faktorer medverkar till detta: ex vilka ska kriterier som ska uppfyllas för att en enhet ska bedriva viss verksamhet, rörande minimiantalet av behandlingar, vilka kvalitetsparametrar ska användas och hur forskning inom det aktuella området ska värderas. Det saknas konsensus inom flera av dessa parametrar, både regionalt och nationellt. Utöver detta - vilka följder får avsaknad av en behandling på det aktuella sjukhuset för annan närstående verksamhet. Blir ett sjukhus av med ex viss kirurgi finns risk att flera läkare försvinner och bakjournskompetensen inte kan behållas.

Den regionala och nationella nivåstruktureringen har inte synkroniserats.



## AKADEMISKA SJUKHUSET

Nu har det pågått parallella processer både regionalt och nationellt. Den regionala nivåstruktureringen har beslutat om att USÖ och AS skall utföra cystektomier för blåscancer medan det nationella förslaget är ett sjukhus i varje region. Beslut finns nu i RCCs styrgrupp att inte förslå fler diagnoser för regional nivåstrukturering innan remisser kommit för nationell nivåstrukturering.

Ytterligare komplicerande faktorer är vår egen region, med 2 universitetssjukhus och 7 landsting samt att flera sjukhus väljer att remittera patienter utanför vår region samtidigt som man önskar vara med i fördelningsprocessen regionalt.

Värmland ställer sig nu utanför det regionala samarbetet i avvaktan på Storregionsfrågan.

### *Plan*

Arbetsgrupper mellan AS och USÖ inom gynekologi samt matstrups- och magsäcks-cancer har bildats för att komma fram till olika samverkansmodeller. Diskussionerna är i sin linda och är inte helt enkla.

RCC styrgrupp har givit i uppdrag till vårdprocessgrupperna för lever/gallvägar och pankreas att göra en plan för regional nivåstrukturering.

Representanter för RCC i Samverkan kommer under hösten 2016 att göra studiebesök-revision på de enheter som tilldelats att bli nationellt center med start 2017.

### *Gemensamma satsningar på tung medicinsk utrustning*

Johan Ahlgren, verksamhetschef för onkologikliniken i Örebro, har för Specialitetsrådets i onkologi räkning 150320 rapporterat till RCC och Samverkansnämnden vilken kapacitet på kort och lång sikt som behövs i regionen vad gäller strålbehandlingsapparatur och kompetensförsörjning. Denna rapport har uppdaterats under våren 2016. Något behov av nya accelerators, utöver vad som redan är beslutat, finns inte de närmsta åren medan kompetensförsörjningen kan vara ett hot på kort sikt.

### *PET-CT i Uppsala – Örebro regionen, behov och tillgänglighet*

PET (positronemissionstomografi) är en molekylär avbildningsteknik som innebär att man med hjälp av radioaktiva spårämnen och PET-kamera får bilder av hur spårämnet ansamlas i olika organ. Tekniken används bland annat för att lokalisera tumörer som ofta har en högre ämnesomsättning än intilliggande celler. Kameran fångar upp strålningen från det radioaktiva ämnet, som blir "lysande" punkter på bilderna. I en dator omvandlas informationen till skiktbilder av kroppen. Spårämnet försvinner på några timmar ur kroppen, och biverkningar av undersökningen är sällsynta.

Akademiska Sjukhuset (AS) har haft två äldre PET-kameror samt två PET/CT-kameror i drift. Dessa PET-kameror planeras inom den närmaste framtiden bytas ut och enligt plan ska under 2016 och 2017 tre nya PET/CT ersätta de befintliga kamerorna (två på PET centrum och en kamera på Nuklearmedicin). Nuklearmedicin flyttar 2018 till ny byggnad (100-huset) och där installeras två PET/CT-kameror. År 2018 kommer AS ha fyra moderna PET/CT-kameror i drift.





## AKADEMISKA SJUKHUSET

Ett rimligt antal undersökningar i Uppsala hamnar kring 9000 PET/CT per år med ett antal PET/CT på regionsjukhus i omgivande storlän som försörjs med FDG och specialistkompetens från Uppsala (BFC/Uppsala Molecular Imaging Centre).

Uppsala ska leda PET-utvecklingen och bistå med utbildning och kompetensförsörjning både för radiokemister och Röntgensjuksköterskor/BMA-PET/CT operatörerna samt nuklearmedicinska specialister för PET-granskning. Detta kan ske i samarbete med Uppsala universitet, t.ex. i form av mastersutbildningar. Avancerade PET-undersökningar med andra spårämnen än FDG ska huvudsakligen koncentreras till Uppsala, av kompetensskäl.

Kapaciteten i Uppsala är fullt tillräcklig vad det gäller utrustning, baserat på att det förutom 4 PET/CT, investeras i en ny cyklotron och nya GMP-hotceller.

Akademiska sjukhusets röntgenenhet kommer ta över produktionen av spårämnet fluordeoxiglukos, (FDG) från GE Healthcare från årsskiftet. Det radioaktiva ämnet (FDG) används bland annat vid cancerdiagnostik med positron emissionstomografi (PET).

### 3. Kompetensförsörjning

#### Regionala utbildnings- och kompetensförsörjningsrådets (RUR)

RUR:s syfte är att underlätta och stödja landstingens arbete med den framtida kompetensförsörjningen, att genom samagerande mellan regionens landsting förstärka påverkan på vårdutbildningarnas utformning, planering/dimensionering och innehåll samt att i nära samspel med utbildningsamordnare utveckla den verksamhetsförlagda utbildningen så att utbildningarna motsvarar de krav hälso- och sjukvården har i framtiden. I rådets verksamhetsplan beskrivs de aktiviteter som initierats för att stödja cancerplanens beslutade åtgärder.

- **Kontaktsjuksköterskeutbildning.** Kurs om 7,5 hp utifrån gemensam kursplan är genomförd vid flera lärosäten i sjukvårdsregionen. Ett mål för RUR är att påverka lärosäten att erbjuda kursen inom det reguljära utbildningsutbudet (även som fristående kurs). Kompetensen att ge kursen bedöms fortsättningsvis finnas på flera lärosäten i sjukvårdsregionen och RUR har som ambition att ta en samordnande roll så att kursen erbjuds även under 2017 under liknande omständigheter som tidigare. Kontakter med såväl RCC Uppsala-Örebro som med lärosäten i sjukvårdsregionen pågår.
- **Biomedicinsk analytiker (BMA).** Utbildningen finns som reguljär utbildning vid Örebro universitet och Uppsala universitet och upplever ett ökande söktryck, om än från ganska låga nivåer. RUR bedömer att flera landsting upplever rekryteringssvårigheter av BMA och att rekryteringsbehovet på fem års sikt kommer att överskrida antalet examinerade i sjukvårdsregionen.



- Cytodiagnostiker. "Magisterprogram i diagnostisk cytologi" startar HT16 på Karolinska institutet och omfattar 20 platser. RUR:s ledamöter har/ska informera i respektive landsting om att utbildningen på Karolinska Institutet är sökbar (vid en kontroll i slutet på maj 2016 fanns cirka 60 förstahandssökande till utbildningen varav en handfull från SVN-regionen).
- Onkologsjuksköterska. Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning onkologisk vård finns vid Uppsala universitet men har få sökande. Enligt uppgift har utbildningen vid Uppsala universitet ställts in för HT16 och HT17 men det finns fristående kurser (just nu) att plocka ihop som motsvarar hela utbildningen. Flera landsting har olika åtgärder för att stimulera sökande, som exempelvis studielön och informationsinsatser.
- Flera av uppdragen i Cancerplanens kompetensförsörjningsavsnitt har helt eller delvis bäring på landstingens HR-funktioner, (exempelvis att landstingen ska analysera kompetensläget för att säkra att regionen har en kompetensförsörjning som överensstämmer med regionens vårdstruktur samt att införa utbildningsförmåner och specialisttjänster för biomedicinska analytiker och cytodiagnostiker). RUR har vid flera tillfällen lyft dessa uppdrag och bäringen på landstingens HR-funktioner och har en workshop planerad med både HR-direktörer och personal från RCC Uppsala-Örebro under hösten 2016.
- Cancerplanens bilaga om specialistläkarförsörjning planeras uppdateras av RUR under hösten 2016.
- Ett Dialogforum/Samverkansseminarium om kompetensförsörjning är planerat till den 11 november 2016 för Samverkansnämndens AU, Beredningsgruppen, Landstingsdirektörer, HR-direktörer och lärosätesrepresentanter. Frågor för seminariet är hur vi kan dimensionera högre utbildning på ett sätt som svarar både mot studenters efterfrågan och arbetslivets behov samt hur vi kan stärka samarbetet dels mellan landsting/regionkommun och lärosäten, dels mellan lärosäten.

I Cancerplanen beskrivs en ny och gemensam modell för kompetensförsörjning. Modellen består av fem moduler, med patologi som pilotområde där åtgärderna senare kommer att generaliseras till andra specialitetsområden med koppling till cancervården. Vidare understryks också vikten av kunskapsöverföring mellan olika yrkeskategorier. Kompetensutveckling inom alla berörda yrkeskategorier är givetvis en nyckelfaktor och en förutsättning för den utveckling av cancervården som vi eftersträvar.

Nedanstående redovisas hur arbetet med kompetensförsörjning bedrivs inom patologin i Uppsala. Därefter ges en redogörelse för motsvarande arbete inom Bild- och funktionsmedicin. Bild- och funktionsmedicin har en central roll i cancerprocesserna och utgör liksom patologi inte sällan en flaskhals i utredningsgången.

## Kompetensförsörjning Patologen

### Modul 1 Kompetensutveckling specialistläkargruppen

Vid Klinisk Patologi (KP) i Uppsala tillämpas "linjestruktur", vilket innebär att varje specialistläkare arbetar inom några få områden. Varje område, "linje", bör bemannas med minst 2, helst 3, specialister inom området



## AKADEMISKA SJUKHUSET

som berörs. I dag handläggs en del linjer redan av 2 eller fler specialister. Att det finns minst två patologer är i enlighet med ackrediteringskraven för den diagnostiska verksamheten. Med 2 till 3 specialister som är kunniga inom ett område försäkras tillfredsställande flöde och hög kvalitet, via interna kontroller. För närvarande är KP trots gedigna försök, underbemannad inom vissa områden; hematologi-, endokrin-, ÖNH-, perinatal-, barn- och transplantationspatologi. Från och med 22 augusti 2016 skickas njurbiopsier till patologen i Huddinge, möjligen ett framtida problem vid eventuell nivåstrukturering. En del områden är i princip obemannade (amyloid diagnostik och mjukdelstumörer). För att klara av verksamheten utnyttjas hjälp av externa, oftast pensionerade, kolleger.

För att upprätthålla kompetensen medverkar de patologer som är verksamma inom ett visst område vid minst 2 utbildningstillfällen årligen. Det finns få relevanta utbildningar nationellt, men ett gott urval finns internationellt.

Bemanningsituation våren 2016 vid KP är 26 anställda specialister (motsvarande 22,6 heltidstjänster). KP har anställt ST-läkare motsvarande 10 heltider. KP har 4 registrerade doktorander, 8 disputerade, 4 docenter (av vilka 3 kliniska lektorer) samt 2 professorer. Forskningstid finns via Universitet (2 professorer) via centrala ALF (en kombinations ST), via kliniska lektorat (3 x 20 %) samt via externa medel (cancerfonden 70 %). Heltidsanställda vid KP tar ut forskningstid när det kliniska arbetet tillåter. KPs akademiska produktivitet har varit god i relation till den tid som är tillgänglig.

### Modul 2 Rekrytering av ST-läkare till regionen

För närvarande har KP 10 ST-läkare under utbildning. En ST utbildning bedöms ta 5 år, men flera av våra ST-läkare har varit föräldralediga så genomsnittstiden för genomgång av utbildningen är ca 6 – 7 år. Två av de 10 ST-läkarna har ännu inte bestämt säkert ifall de vill fortsätta med utbildningen. ST-läkarna undervisas primärt av specialisterna, vilket i princip är i linje med förslaget om 1 ST per 2 specialister. Utöver dessa ST-läkare utbildar KP en rättsmedicinsk patolog och även ST-läkare från Gävle. Avdelningen kontaktas regelbundet av nyutexaminerade läkare som är intresserade av att bli patologer, både kommande från Sverige, EU och tredje land. Då KP för tillfället inte kan ta emot fler ST-läkare hänvisas de sökande till andra patologavdelningar i regionen. Det som bör påpekas är antalet år som krävs innan en ST-läkare är självständig inom ett speciellt område. Grundutbildningen tar 5 år (utan ledigheter) och bör efterföljas av ca 3 års vidareutbildning ("fellowship"). Därav utbildas en läkare i minst 10 år innan han/hon kan ta över efter en självständigt verksam patolog. En mycket erfaren överläkare i patologi kan dessutom behöva ersättas av två specialister för att klara av samma arbetsvolym.

### Modul 3 Utbildning av och kompetensöverföring till andra yrkeskategorier

BMA vid KP har fått möjligheten att utbilda sig inom vissa delar av patologins arbetsfält. Hit hör utskärning av vissa preparat. Under didaktisk handledning undervisas en BMA som har visat intresse för handläggning av makroskopiska preparat. Efter en utbildning mottar respektive BMA ett delegat med specificerade arbetsuppgifter. Ansvar för det utförda arbetet har specialistläkaren i patologi som har skrivit under delegatet. I dag finns delegat som berör utskärning av hud-, prostata-, cervix-, lymfkörtel-, appendix-, gallblåse-, koloncancer samt hjärntumör. Dessa delegat avlastar tidsmässigt patologer vid KP idag



## AKADEMISKA SJUKHUSET

motsvarande en heltids patologistjänst. Det bör påpekas att alla som har fått ett delegat behåller det inte år efter år. Under 2016 har ett delegat tagits bort då patologen inte kunde ta ansvaret för det utförda arbetet.

### Modul 4 - Utlandsrekrytering

Man kan rekrytera patologer både från EU (2:a land) eller utanför EU (3:e land). Flera av KPs verksamma specialister i patologi är utbildade i utlandet (7 av 26) och en del av dessa är utbildade i 3:e land (3 av 7). Två av de EU-utbildade rekryterades under 2015/16. En av de 3:e lands-utbildade har nu klarat av språkkursen och kommer att göra en allmäntjänstgöring innan hon kan göra kurs/prov i svensk författningssamling och därefter påbörja den formella provtjänstgöringen inom patologi. KP har identifierat ytterligare en person som också är specialist i patologi från 3:e land, personen har just fått tillstånd från migrationsverket för att börja jobba här och ska påbörja utbildning i svenska språket. Ett stort problem för dessa personer har visat sig vara den långa tid det tar för skatteverket att få fram ett temporärt personnummer/samordningsnummer, då personen inte kan registreras i våra system utan dessa uppgifter. I snitt tar inskaffandet av svensk legitimation inom patologi i dessa fall ca 2 år vilket är signifikant kortare tid än de 10 år som det tar att utbilda en ST-läkare.

### Modul 5 - Nya arbetssätt och digital patologi

Digital patologi är en utveckling av den analoga patologin. Analog patologi innebär att man använder sig av ett mikroskop och den digitala betyder att man använder sig av en digitaliserad (skannad) bild som bedöms på en dataskärm. KP har haft en arbetsgrupp som har utrett alla parametrar vad gäller digitalisering och KP initierar digitaliseringen hösten 2016. Kostnaden för att helt digitalisera verksamheten är beräknad till ca 20 miljoner (exklusive lagring). Målet är att avdelningen är i stort digitaliserad till slutet av 2018, och det är möjligt ifall medel finns till detta, dvs. att våra äskningar för denna strategiska satsning godkänns. Den digitala patologin ger möjlighet både till att få hjälp av andra inom bristområden, samt att erbjuda andra hjälp inom våra starka och mer välbemannade områden. KP funderar på att ansluta sig till ett nätverk "ExDin" som bildas bland Sveriges patolog avdelningar. Målet med detta nätverk är att säkerställa verksamheten, via detta nätverk kan man nå en patolog "digitalt" för att utföra arbetet när man själv saknar en patolog. Tyvärr har tveksamheter uppstått i detta ärende då en privat aktör gått in i projektet.

### Övrigt

När arbetet inom de fem modulerna genomförts och prövats kommer resultaten kunna tjäna som underlag för regionala överenskommelser.

Arbetet med att övergripande analysera kompetensläget, för en säkrad kompetensförsörjning, planeras igångsättas under hösten.

### Kompetensförsörjning Bild- och funktionsmedicin

Vid Bild- och Funktionsmedicinskt Centrum (BFC) utförs utbildning med traditionella anatomiska-morfologiska metoder: konventionell röntgen, skiktmetoder såsom datortomografi (DT), ultraljud (UL) och Magnet Resonans (MR) och funktionella eller molekylära utbildningsmetoder: Positron Emissions Tomografi (PET) och scintigrafi inklusive skiktavbildning (SPECT) med bilder framställs med olika aspekter av biologisk funktion.



## AKADEMISKA SJUKHUSET

BFC är organiserat i huvudsak efter anatomiska områden, organinriktning med fyra sektioner: Muskuloskeletal- och barnsektionen, buksektionen, neurosektionen och thorax- och Molekylärsektionen. Respektive sektion ansvarar för att utföra tillhörande akuta och elektiva undersökningar.

Vid BFC finns radiologer och nuklearmedicinare verksamma motsvarande 50 heltider och ca 20 ST-läkare är för närvarande under utbildning.

### Kompetensutveckling

I sjukhusets standardiserade vårdförlopp (SVF-grupper) ingår radiologer/nuklearmedicinare som ansvarar för den radiologiska/nuklearmedicinska kompetensen inom respektive tumörområde.

För att upprätthålla och utveckla medarbetarnas kompetens har BFC i samband med varje tisdagslunch schemalagd utbildning för i huvudsak läkare och väsentligen bestående av föreläsningar och fallpresentationer och rapporter av senaste rön från kongresser-kurser. Internutbildning sker också genom en löpande MR-kurs för all personal och som hålls 6-8 eftermiddagar per termin, två ggr/år. Under HT 2015 startar en PET/CT-kurs för all personal med samma schemastruktur och den är tänkt att hållas årligen. Varje läkare har möjlighet att bevista en kongress-kurs per år. Vid speciella satsningar väljs personal ut för att genomgå anpassade kurser.

För den vetenskapliga utvecklingen anordnas fredagslunchseminarier vid vilka doktoranderna presenterar sin forskning och deltagare vid internationella vetenskapliga möten rapporterar från dessa.

Kompetensöverföring från läkare till andra personalkategorier som ett sätt att avlasta läkarna har ännu inte formellt tillämpats vid BFC, i huvudsak beroende på att det förutom läkarbrist också råder brist på röntgen-SSK. Däremot har flera röntgen-SSK mycket hög kompetens och arbetar följaktligen självständigt med stort ansvar vilket också avlastar BFCs läkare. En mycket välfungerande form av "kompetensöverföring" finns i egenskap av en sonograf, d.v.s. en vidareutbildad röntgen-SSK som utför UL-undersökningar och avlastar UL-läkarna.

Vid enheten för Radiologi, Inst. För Kirurgiska vetenskaper finns 6 professorer, 13 docenter och 27 doktorander finns som är anställda vid BFC. Forskningsproduktionen och tilldelningen av ALF-anslag är följaktligen god men de kliniska produktionskraven gör det svårt att till fullo utnyttja ALF-anslagen och bereda tid för forskning.

### Resursanalys och åtgärdsplan

SVF innebär ökade anspråk på BFCs resurser i och med att sekventiella utredningsgångar till stor del kommer att överges, således att resultatet av en undersökning inte hinner inväntas innan kompletterande undersökningar beställs. För vinnande av tid i SVF behöver i stället i högre utsträckning undersökningar utföras parallellt, vilket i slutänden leder till att vissa undersökningar kommer visa sig ha varit "onödiga" d.v.s. att inte alla beställda undersökningar hade behövt utföras för att besvara frågeställningarna. Att, återigen för vinnande av tid, bereda plats för undersökningar inom några få dagar för patienterna i SVF innebär ett



## AKADEMISKA SJUKHUSET

mindre effektivt utnyttjande av tillgängliga bokningsbara tider i programmet och torde även detta ställa ökade krav på BFCs resurser.

De ökade kraven måste mötas med åtgärder som innebär 1) bättre utnyttjande av befintliga resurser men 2) nya resurser behöver dessutom, enligt ovan, tillföras.

För att implementera SVF har en grupp bildats vid BFC för att anpassa datorsystemen för SVF.

I det radiologiska informationssystemet (RIS) har "Cancervårdförlopp" implementerats. Det dröjer emellertid till hösten 2016 innan valet "Cancervårdförlopp" också implementeras för röntgenremisserna i Cosmic.

Tills dess krävs att remitterande i röntgenremissens informationsfält anger: 1) Datum för när den Välgrundade misstanken väcktes, 2) Vilket SVF det rör sig om 3) Datum för kommande MDK (om möjligt).

Inrättande av fasta bokningsbara undersökningstider, öppna för koordinatorsjuksköterskan, har bedömts vara för komplext och med risk för att personlig kontakt mellan beställare och BFC ändå måste ske för att bl.a. utreda olika praktiska detaljer. Därför har en koordinatorkomposition inrättats vid BFC (tel 14871 öppet vardagar 08.00-16.00) dit sjukhusets lokala koordinatorsköterskor vänder sig direkt. Denna BFC-koordinator har mandat att boka undersökningstider och återkoppla direkt och reda ut ovan nämnda praktiska detaljer. Undersökningarkarna bokas av BFC-koordinatören direkt utan föregående läkarprioritering av SVF-remisser.

En funktion för remitterande enheter att följa remissens status finns redan i Cosmic. Kommande (sannolikt senast i augusti 2016) ska också tillkomma en funktion med vilken remitterande enheter kan se när undersökningen är bokad. Det måste också vara möjligt att beställarna av undersökningar också ska kunna se om och när undersökning utförts, även om ännu inte undersökningssvar föreligger.

Befintlig kvalitetssamordnare vid BFC kommer dagligen att följa ledtider för SVF-remisser och rapportera avvikelser därvidlag.

Enligt ovan saknas för närvarande läkare (och sjuksköterskor) vid BFC samtidigt som antalet undersökningar som utförs vid BFC under en lång följd av år stadigt ökar, fr.a. avseende skiktmetoderna. Dessutom har den tekniska utvecklingen resulterat i att antalet bilder vid varje undersökning ständigt ökar i och med tunnare skiktjocklekar vid DT och MR, nya signalsekvenser vid MR och tillkomsten av hybridmetoder där PET och SPECT inte utförs ensamt utan numera i kombination med diagnostisk DT (PET/DT, SPECT/DT).

Det har varit svårt att via annonsering rekrytera nya medarbetare fr.a. läkare. Utlandsrekrytering har till del varit framgångsrik men har vilat på personliga kontakter och har inte kunnat sättas i system.

Det enda framgångsrika sättet att försörja avdelningen med läkarspecialister är att rekrytera och utbilda ST-läkare, varför antalet ST-läkartjänster vid BFC har utökats de senaste 2 åren. Införandet av SVF kommer,



## AKADEMISKA SJUKHUSET

enligt ovan, att ställa än mer krav på bemanning varför intagningen av ST-läkare behöver öka ytterligare. Vi har en ST-plan och planerar att anställa 4 ST-läkare/år närmaste åren för att kompensera pensionsavgång mm.

Kompetensöverföring från läkare till annan personal, i syfte att avlasta läkarna, är för närvarande inte planerad (förutom sonografer, se ovan).

### Digitala bildsystem och bilddiagnostiska arbetssätt

Bildupptagning, bildframställning, granskning och lagring sker vid BFC sedan många år digitalt.

Nya arbetssätt framtingas emellertid i och med det ökande antalet bilder som ska granskas och bedömas i arbetsstationer (PACS) och i andra för vissa funktioner specialanpassade datorsystem.

Datorsystemen utvecklas till att innehålla allt mer avancerade funktioner för att underlätta bildgranskningen av det ökade antalet bilder men samtidigt ökar granskningstiden, speciellt i de fall där specialfunktioner som inte inkluderas i PACS kräver att granskning sker i andra typer av utrustningar, placerade i andra lokaler på BFC. Utveckling av hybridteknikerna PET/DT och SPECT/DT ställer högre logistiska krav genom att undersökningarna kräver samgranskning av nuklearmedicinsk och radiologisk kompetens men resulterar å andra sidan i mer uttömmande utlåtanden.

I likhet därmed ställer onkologisk diagnostik krav också på samgranskning av DT och MR, undersökningstekniker som tillför olika typer av bildinformation. För att optimera den onkologiska diagnostiken, vilken nu kommer än mer i fokus med införandet av SVF, behövs en organisatorisk struktur centrerat på området onkologi och inte som nu på de olika modaliteterna (PET, SPECT, MR, DT).

Den nu införda samgranskningen av PET/DT är det första steget för att optimera bedömningen och åstadkomma mer uttömmande utlåtanden och utgör också ett viktigt moment för kompetensöverföring mellan radiologer och nuklermedicinare.

I och med att de molekylära hybridteknikerna PET/DT och SPECT/DT ökar i betydelse i den onkologiska diagnostiken behövs också i ST-läkarutbildningen ett ökat fokus inom detta område och här pågår planering för att därvidlag åstadkomma en utvidgad och bättre ST-läkarutbildning.

BFC har sedan länge en specialinrättad läkartjänst för att assistera och delta i utvecklingen och implementeringen av de diagnostiska datorsystemen och att hålla användareutbildningar. Denna IT-funktion är nödvändig samtidigt som den innebär dränering av en klinisk läkarkraft.

### Kompetensförsörjning, bild- och funktionsmedicin/medicinsk Radiologi

#### 1. Intern Utbildning:





## AKADEMISKA SJUKHUSET

- a. Målsättning är att upprätthålla och utveckla medarbetarnas kompetens inom BFC.
- b. Aktiviteter:
  - i. En löpande MR-kurs för all personal och som hålls 6-8 eftermiddagar per termin, två ggr/år.
  - ii. PET/CT-kurs för all personal med samma schemastruktur och tänkt att hållas årligen.
  - iii. Schemalagd utbildning för i huvudsak läkare (i samband med varje tisdags läkarmöte) och väsentligen bestående av föreläsningar och fallpresentationer och rapporter av senaste rön från kongresser-kurser.
  - iv. För vetenskaplig utvecklingen anordnas fredagslunchseminarier vid vilka doktoranderna presenterar sin forskning och deltagare vid internationella vetenskapliga möten rapporterar från dessa.
  - v. Möjlighet att åka på kongresser/konferenser.
  - vi. Vid speciella satsningar väljs personal ut för att genomgå anpassade kurser.

### 2. ST-satsning:

Med tanke på åldersstruktur och pensionsavgång samt behovet av återväxt har BFC sedan några år specialsatsning på ST-läkare. Vi anställer fyra ST-läkare per år och förnärvarande uppe mot ca 20 ST-läkare. I år har vi anställt två ST-läkare under vårterminen och ytterligare två anställs till hösten.

## 4. Forskningssamordning

Cancerplanen beskriver en utökad roll för RCC liksom för RBC, då det gäller studieservice. RBC har tagit fram en modell för studieservice och arbetar för spridning av denna i regionen. I övrigt befinner sig arbetet i en uppstartsfas.

KFUE (Kliniska forsknings- och utvecklingsenheten, sektionen för onkologi, Verksamhetsområde Blod- och tumörsjukdomar)

Inom den onkologiska verksamheten vid Akademiska finns sedan många år en välfungerande klinisk forskningsenhet (KFUE), vilken planerar och genomför klinisk forskning. Här finns en gedigen erfarenhet av att administrera och genomföra kliniska provningar på ett kvalitetssäkert sätt enligt de lagar, regelverk och riktlinjer som styr området.

Inom verksamheten finns ett forskningsråd, vilket innebär att det sker en prioritering inom de föreslagna studierna, såväl akademiska som läkemedelsstudier, dels ur ett patient- och vetenskapligt värde, resursbehov





## AKADEMISKA SJUKHUSET

samt ekonomisk prioritering. KFUE är självfinansierat, vilket inkluderar 16 heltidsanställda; forskningssjuksköterskor, studiekoordinatorer, en administratör, en koordinator och en medicinskt ansvarig överläkare. För närvarande pågår inom KFUE ca 120 studier i olika faser. Utmaningen för enheten är att antalet studier överstiger befintliga resurser och att antalet förfrågningar att starta nya studier ökar, varför rekrytering av forskningssköterskor pågår. Inom en snar framtid planerar vi att samtliga forskningsenheter (hematologi och onkologisk endokrinologi) inom verksamhetsområdet Blod- och tumörsjukdomar ska slås samman till en stor enhet, vilken beräknas inkludera ca 20 forskningssjuksköterskor och ca 150 studier i olika faser.

### Registrering i kvalitetsregister (INCA)

Ett viktigt område inom onkologisk uppföljning av vård och forskning är registrering av de olika cancersjukdomarna till socialstyrelsens cancerregister samt nationella kvalitetsregister (INCA). Dessa kvalitetsregister har som målsättning att följa upp och utveckla vården genom att samla in data kopplat till vårdprogram och kvalitetsindikatorer, dessutom är registrering av cancersjukdomar reglerat juridiskt. Olika registerdata kan ligga till grund för t ex öppna jämförelser varför det är viktigt att dessa data finns tillgängliga inom Uppsala – Örebroområdet. Utmaningarna idag är att få dessa data i realtid för att lättare kunna styra och planera vård och behandlingar och för akademiskas del saknas resurser i form av registeransvariga koordinators/sköterskor. I dagsläget kan vi inte uppfylla de krav som finns angående målsättningar för registrering.

### Insamling biobanking av blod och vävnadsmaterial

Insamling av prov för biobanking behövs främst för sjukvårdens utredningar och behandling av patienter, men har även ett stort värde för forskning och utbildning. Uppsala universitet driver sedan 2010 ett av regeringens tre strategiska forskningsområden med cancerinriktning (U-CAN). Resurserna i U-CAN används för att stödja inhämtning, strukturering och annotering av prov och information från vuxna patienter med cancer inom 9 olika diagnosområden. Provtagning sker innan behandling samt löpande vid patientens kontakt med cancervården. U-CAN omfattar idag ca 6.200 patienter i Uppsala och 10.000 patienter om man räknar medverkande sjukhus i regionen och i Umeå. Data och prover finns tillgängliga för forskare, kliniker och företag som vill utveckla diagnos och behandling av tumörsjukdomar och varje månad startar 1-3 nya forskningsprojekt som använder material från U-CAN. U-CAN erhöll högsta betyg i den utvärdering av strategiska forskningsområden som slutfördes 2015 och bedömdes ha mycket stort värde för framtida cancerforskning.

Världsunikt är att vi kan koppla registerdata (INCA) med data från blod och vävnadsprover från U-CAN. Utmaningarna är resursåtgång och koordinering av insamlandet av material ute på klinikerna. Detta tillsammans med resurser för registrering i kvalitetsregister är högprioriterade områden.

Andra stora aktiviteter som kan nämnas här, är SIB-programmet för sjukvårdsintegrerad biobanking som stöds av VINNOVA och leds från RBC i Uppsala.



### Forskningsaktivitet

Uppsalaområdet är unikt när det gäller cancerforskning, förutom ovan nämnda kvalitetsregister, biobanksdata, pågående läkemedelsprövningar, akademiska studier, finns även ett utvecklat och gott samarbete mellan Akademiska och Uppsala universitet samt Science for Life laboratory och läkemedelsindustrin/bioteknikbolag inom regionen, Utmaningarna är den minskade forskningsaktiviteten framförallt i gruppen yngre läkare, då vi har unika möjligheter till forskning i världsklass är även detta ett högprioriterat område.

## 5. Prevention och tidig diagnostik

### Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder kom 2011. De innehåller rekommendationer om metoder för att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Syftet är att förebygga levnadsvanorelaterade sjukdomar så som cancer, hjärtsjukdomar, diabetes och psykisk ohälsa. De levnadsvanor som riktlinjerna omfattar är tobaksbruk, riskbruk av alkohol ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet. Det är de levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige idag.

Landstinget har ett för hela landstinget gemensamt kunskapsunderlag för levnadsvanor som är publicerat i dokumentationshandteringssystemet DocPlus så att det är tillgängligt för alla. Kunskapsunderlaget utgår helt från de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder och ger ett konkret stöd för hur vården ska arbeta samt att det därmed även utgör en bas för implementeringen av de nationella riktlinjerna. Innehållet ger bakgrund, screeningfrågor, åtgärder och dokumentation. För att ytterligare underlätta arbetet har sjukhuset även tagit fram korta utbildningar i pingpong som ger konkret stöd. Dokumentationen av screeningfrågorna ligger i journaltabell vilket underlättar att snabbt få en överblick.

Sjukhuset har från Landstinget fått ett Verksamhetsuppdrag och där tydliggörs sjukhusets uppdrag och i det finns en del med målrelaterade aktiviteter/uppdrag och där ingår hälsoinriktad hälso- och sjukvård med mål exempelvis för tobak och riskbruk av alkohol med formuleringar kopplade till de nationella riktlinjerna.

*Tobak* ingår i riktlinjerna och därmed finns en struktur i kunskapsunderlaget. I RCC:s nationella handlingsplan för ett rökfritt Sverige ingår att det ska finnas en struktur för dokumentation/journalföring vilket finns på sjukhuset genom kunskapsunderlaget. I den handlingsplanen ingår att skapa rökfria miljöer. På sjukhuset och landstinget som helhet är det för personalen rökfri arbetstid samt att för alla är rökning endast är tillåten utomhus på särskilt markerade platser och det finns ingen försäljning av tobaksvaror i sjukhusets kafeterior. På sjukhuset finns en enhet för tobaksavvänjning till vilken patienter kan remitteras eller själva söka. För att underlätta för patienterna att få stöd med att sluta med tobak har det kontinuerligt utbildats



## AKADEMISKA SJUKHUSET

diplomerade tobaksavvänjare och en speciell satsning har gjorts inom psykiatrin då det är en högre andel av patienter som har psykiska diagnoser som röker samt att denna grupp ofta kan behöva ett extra stöd. Det finns även en viss samverkan med primärvården i att patienter som ska opereras rekommenderas att göra ett rökstopp och att primärvården fortsatt stöder de patienter som gjort rökstopp att förbli rökfria. För personalen finns möjlighet att få tobaksavvänjning på Friskhuset.

För patienter som är i cancerbehandling och är rökare är det viktigt att få rökslutarstöd. Önskvärt är att det finns diplomerade tobaksavvänjare specifikt för denna patientgrupp vilket skulle öka möjligheterna att ge patienterna ett aktivt stöd. Det ges utbildningsstöd i riktlinjearbetet och där ingår tobak vilket innebär att personal får ökade kunskaper i att stödja patienterna.

*Riskbruk av alkohol* ingår i riktlinjerna samt att sjukhuset har en sen länge inarbetad screening av riskbruk som gjort att det finns en, jämfört med andra sjukhus, struktur och rutin för att ställa frågor om riskbruk av alkohol.

*Otillräcklig fysisk aktivitet*, ingår i riktlinjerna och därmed i kunskapsunderlaget. Det finns en rutin i Cosmic för att skriva FaR (Fysisk aktivitet på Recept) och de finns möjlighet att skicka ett uppdrag till specifik Friskvårdslots som är upphandlat av landstinget utanför sjukvården. Friskvårdslotsen kontakter patienten efter det att ett FaR skickats från vården (legitimerad personal) på den träning som patienten ordinerats och ger individuellt stöd att hitta specifik träning exempelvis bassängräning i grupp. På samma sätt som FASS finns tillgänglig för att ordinera läkemedel finns FYSS (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling). Sammanfattningsvis så finns det vissa enheter som har ett aktivt arbete kring otillräcklig fysisk aktivitet och fysisk aktivitet som en del i behandling och rehabilitering men utifrån att det är ett område där forskning visar på betydelsen av fysisk aktivitet både i prevention och behandling är det av vikt att det stärks.

*Ohälsosamma matvanor* ingår även i riktlinjerna och därmed finns en struktur för arbetet i kvalitetshandboken. För att optimera strukturen och därmed stödet till patienterna har arbetet med malnutrition och ohälsosamma matvanor fått en tät koppling. Fortsatt pågår ett riktat arbete för att förstärka arbetet med ohälsosamma matvanor för patienter inom psykiatrin. Inom den patientgruppen finns ofta ett ökat behov av stöd för att förändra ohälsosamma matvanor.

### Tidig upptäckt

*Nuvarande läge:* Begreppet välgrundad misstanke har införts i och med att arbetet med de standardiserade vårdförloppen (SVF) har påbörjats. Primärvården (PV) har informerats via deras kanaler och via Cancerrådet. Välgrundad misstanke har införts för remisser till patologin och röntgenologin, för de 5 diagnoser som nu initialt ingår i SVF.

*Problem:* Spridning av information inom den privata primärvården är en utmaning och arbete med detta pågår. Hälsa och habilitering har det övergripande ansvaret för att information sprids inom såväl offentlig som privat primärvård. Hälsa och habilitering är representerat i lokala cancerrådet.



*Plan:* Robert Kristiansson ingår numera i Cancerrådet och fortsätter arbetet med att skapa effektiva kanaler inom PV.

Malignt melanom är den cancerform som ökar snabbast i förekomst.

I Cancerplanen finns direktiv om att alla de 7 landstingen ska införa bildöverföring till dermatolog för tidig upptäckt av malignt melanom. Patienter med malignt melanom som tas bort när de är tunna har betydligt bättre prognos än de patienter som genomgår kirurgi i ett sent skede då melanomet växt och blivit tjockare. I Gävle fungerar denna verksamhet väl; färre patienter opereras för misstänkt melanom samtidigt som betydligt fler melanomdiagnoser har ställts.

Den SVF-grupp för melanom som bildats under våren har beslutat att en plan för full utbyggnad av teledermoskopi i primärvården ska utarbetas. Ansvariga för detta arbete är enhetschef Anna Bergström och chefsläkare Robert Kristiansson. Planen ska vara klar 1/11.

## Screening

Vi medverkar i det nationella registret för cervixcancerprevention medan det nationella registret för mammografiscreening fortfarande är i uppstartsfas. Ansvaret för cervixcancerscreeningen ligger primärt hos kvinnokliniken/primärvården och överläkare Birgitta Segerblad. Screeningen görs på två olika sätt beroende på kvinnans ålder. Kvinnor 23 till 29 år undersöks alltid cytologisk. Provtagningen utförs av primärvården medan patologen utför analysen och ansvarar för kvaliteten. Beträffande kvinnor 30 och äldre så ingår hela vår region i en studie där man utför en HPV-analys. HPV-analysen utförs av mikrobiologen/virologer och kvinnokliniken har det medicinska ansvaret och ansvarar för kvaliteten. Vi redovisar verksamheten årligen till RCC och Jessica Barrefjord som är sammanhållande i vår region. Koloncancerscreening med kontroller av blod i avföringen och koloskopi i den nationella randomiserade SCREESCO-studiens regi har påbörjats.

Planer finns också på att påbörja lungcancerscreening.

## 6. Standardiserat vårdförlopp

Standardiserat vårdförlopp har sedan hösten 2015 integrerats allt tydligare i arbetet med värdebaserad vård. Varje vårdförlopp består av en tvärprofessionell arbetsgrupp och patient/anhörig-representant där kartläggning av patientens väg genom vården är den grundläggande arbetsmetoden. Innan 2016 år slut kommer 18 vårdförlopp att vara igång och under 2017 införs ytterligare 10 stycken. Genom regelbundna möten i Tema cancers regi understöds och samordnas detta arbete.

Koordinatorer finns inom alla verksamhetsområden, kontaktsjuksköterska finns inom de flesta verksamhetsområden. Så långt det är möjligt koncentreras koordinatorernas roll kring administrativa arbetsuppgifter medan kontaktsjuksköterskans roll är att ännu tydligare fokusera på patienterna och tillgodose deras behov.



## AKADEMISKA SJUKHUSET

Patientrepresentant bjuds in regelbundet för att närvara på cancerrådet med en egen punkt. Det finns idéer angående hur samarbetsformer med patient- och anhörigrådet skulle kunna se ut.

### Utmaningar

De största utmaningarna kan sammanfattas till följande områden; kompetensförsörjning, kapacitetsbrist, tillgänglighet, ökat antal kroniskt cancersjuka patienter och dyra läkemedel.

Brist på kompetens gäller sjuksköterskor, framförallt specialistsjuksköterskor inom onkologi och strålningsbehandling samt specialistläkare, framförallt inom områdena hjärntumörer och magtarmcancer samt patologer.

Kapacitetsbrist föreligger framförallt inom de opererande specialiteterna och strålningsbehandlingsverksamheten.

Bristande tillgänglighet är en konsekvens av kompetensbrist, kapacitetsbrist och flaskhalsar inom radiologi och patologi.

En effekt av standardiserade vårdförlopp är undanträngning av andra diagnosgrupper än cancer.

Logistik, såsom uppföljning av den snabbt växande gruppen kroniskt cancersjuka patienter samt utbildning av personal vid mottagande enheter.

Svårigheter att utföra cancervård enligt regional och eller nationell nivåstrukturering pga ovanstående utmaningar, ffa personal, kapacitet och kompetensbrist.

Bristande resurser för registrering i kvalitetsregister och för logistik kring vävnads- och biobankning.

Nya dyra läkemedel.

### Sammanfattning

Några avsnitt har tillkommit sedan förra planen som färdigställdes för ett år sedan. I denna andra plan har avsnitten ”Standardiserade vårdförlopp”, ”Rehabilitering” och ”Palliation” tillfogats. Alla övriga delar har uppdaterats och vissa, såsom ”Kontaktsjuksköterskor” har genomgått omfattande omskrivningar.



## AKADEMISKA SJUKHUSET

Förbättringarna för cancerpatienterna går överlag snabbt under detta andra av de fyra år som de sk cancermiljarderna tilldelas. Koordinatorer och kontaktsjuksköterskor har anställts/anställs i stor omfattning och arbetet i respektive SVF-grupp fortlöper planenligt med stöd av projektledare och ”Tema cancer”. Genom SVF-arbetet förkortas ledtiderna och det går nu mycket snabbare att få PAD-svar än tidigare. Av stor vikt är den pågående etableringen av system för att kunna mäta och följa ledtiderna. Allt fler cancerpatienter får en skriftlig vårdplan som så småningom kommer att kunna tillhandahållas elektroniskt. Vidare fortlöper såväl det nationella som det regionala nivåstruktureringsarbetet för respektive cancer vilket innebär att Uppsala i flera fall får ett utökat ansvar men också i några fall ett minskat åtagande.

Uppsalas Cancerråd, i vilket ett 15-tal ledande företrädare för olika viktiga verksamheter i länets cancervård ingår, har liksom dess arbetsutskott regelbundna möten och driver på för att Cancerplanens olika mål ska bli verklighet och därmed vården för cancerpatienterna bli så bra som möjligt. De regionala vårdprocessgrupperna med sina processledare och styrgruppen för vårt RCC som nyligen fått en ny ordförande; Helena Björkman efter att Mats Björemans avgått, har viktiga roller. Under våren efterträdde Filipa Nyberg Lars Holmberg som gick i pension som ny chef för RCC Uppsala-Örebro. De nationella vårdprogrammen som fortlöpande uppdateras är av stor betydelse för hur cancer vården bedrivs och patientrepresentanterna är en värdefull resurs i förbättringsarbetet. Eftersom vår region har två universitetssjukhus och sju landsting ingår, är samverkansnämnden som bereder ärenden inför beslut i respektive landsting, ytterligare en viktig aktör.

Slutligen kan konstateras att ambitionerna är höga och förändringstempot snabbt samtidigt som det föreligger vissa problem i detta komplexa arbete med flera aktörer som gör att en del viktiga förändringar inte går så lätt att genomföra (se rubriken ”Utmaningar”). Länets cancervård utvecklas positivt men allting kan alltid bli bättre!