

Ännu bättre cancervård

Rapport om SKL:s insatser 2011, inom ramen för
överenskommelsen om nationella cancerstrategin

2011-10-17

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Allmänt	3
Projekt under 2011.....	4
1. Försöksverksamhet för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård	4
2. Telefonrådgivningstjänst om cancer för allmänheten	7
3. Insatser för att minska tobaksrökningen	8
4. Insatser för tidig upptäckt genom screening	11
5. Internationell jämförelse	14
6. Patientrapporterade mått i kvalitetsregister på cancerområdet	16
7. Nationell nomenklatur för cytostatikabehandling	19
8. Samordning för regionala cancercentrum (RCC)	21
9. Insatser för fler kontaktsjuksköterskor eller motsvarande inom cancervården	23
10. Nationella vårdprogram inom cancersjukvården	25
Sammanfattning	27

Ännu bättre cancervård – rapport 17 okt 2011

En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser inom ramen för den nationella cancerstrategin år 2011

Inledning

Utredningen ”En nationell cancerstrategi för framtiden” överlämnade i februari 2009 sitt betänkande till Socialdepartementet. Utredningen identifierade fem viktiga mål för arbetet inom cancerområdet. Målen är

- att minska risken för insjuknande i cancer,
- att förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med cancer utifrån ett tydligt patientperspektiv,
- att förlänga överlevnadstiden efter en cancerdiagnos och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos,
- att minska regionala skillnader i överlevnadstid efter en cancerdiagnos samt,
- att minska skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Dessa mål skall vara riktmärken för arbeten inom ramen för cancerstrategin.

Regeringen har avsatt 227 mkr under åren 2010-2012 för att förverkliga en nationell cancerstrategi. 2009 gjordes en överenskommelse mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting om sju utvecklingsarbeten under år 2010, där tidplanen för vissa projekt sträcker sig till 2012. I december 2010 gjordes motsvarande överenskommelse för 2011, omfattande nio utvecklingsprojekt varav en del är fleråriga. Därutöver har under året beslutats om ytterligare satsningar. I enlighet med överenskommelsen rapporteras nu arbetet under 2011.

Allmänt

Det gångna året har präglats av kommunikation om nationella cancerstrategin, information och diskussion om SKL:s utvecklingsprojekt, Regionala cancercentrums (RCCs) framväxt och Regionala cancercentrums samverkansgrupps arbete. SKL:s samordnare Gunilla Gunnarsson och projektledarna har deltagit i såväl nationella som regionala och lokala arrangemang. Flera artiklar har skrivits till patientföreningars och vårdens tidskrifter. Flera möten har hållits med patientföreningar. Aktiviteter gällande jämlik cancervård har anordnats under Almedalsveckan. Informationen på webbplatsen www.skl.se/cancervard har vidareutvecklats och fyra nyhetsbrev har

utgivits. Kommunikatören Bo Alm arbetar idag huvudsakligen med ännu bättre cancervård. Samverkan med Socialstyrelsen har skett i flera projekt bl.a. Öppna Jämförelser cancer och ledtider i vården. Projektledarna på SKL och Socialstyrelsen träffas två gånger årligen för att stämma av pågående arbete.

Projekt under 2011

1. Försöksverksamhet för en patientfokuserad och sammanhållen cancervård

Projektledare Agneta Andersson

Under 2011 ska Sveriges Kommuner och Landsting fortsätta genomförandet av de sex påbörjade försöksverksamheterna. Sveriges Kommuner och Landsting kommer att arrangera inspirations- och stötningsaktiviteter för försöksverksamheterna. Sveriges Kommuner och Landsting kommer också att följa upp verksamheterna två gånger per år och parallellt med uppföljningen kommer även spridningsseminarier att anordnas.

Med hänsyn till den oroande ökningen av antalet hudtumörer som anges i betänkandet om en nationell cancerstrategi för framtiden, ska Sveriges Kommuner och Landsting under 2011 påbörja en ny försöksverksamhet vars syfte är att underlätta allmänhetens möjligheter att få hudförändringar undersökta. Målet med försöksverksamheten ska vara att utveckla ett patientcentrerat, snabbt och effektivt vårdflöde för diagnostik och åtgärd av misstänkta hudtumörer med en ändamålsenlig rollfördelning mellan inblandade specialiteter.

Försöksverksamheten ska stimulera till nytänkande och resultatet vara spridnings- och applicerbart i andra verksamheter. Åtgärderna inom försöksverksamheten ska åstadkomma en bättre integrerad cancervård, öka vårdens tillgänglighet och kontinuitet samt minska väntetider/ledtider i cancervården.

Detta har vi gjort

Försöksverksamheten för en mer patientfokuserad och sammanhållen cancervård har nu pågått i drygt ett år.

I början av året bjöd SKL in till ett uppföljnings- och spridningsseminarium. De fyra projekt som tilldelades medel våren 2010 fick berätta om sitt arbete och sina erfarenheter i projektet. Därefter fick projektet feedback från projektledningen och referensgruppen som medverkade i bedömningen av ansökningarna.

Samtliga projekt hade tagit fram projektplaner och börjat med kartläggningar. Det framkom också att projekten hade haft en lång uppstartstid då mycket kraft lagts ner på förankringen av projektet vilket varit nödvändigt.

Under våren har projektledare och cancersamordnare medverkat på två projekts projektmöten på plats (Dalarna och Lungcancercentrum Karolinska

Universitetssjukhuset). Cancersamordnare har också besökt Sydöstra sjukvårdsregionens seminarier vid två tillfällen.

I slutet av september 2011 bjöds alla projekt in till ytterligare ett uppföljningsseminarium då de fick redovisa:

- ✓ vad som har genomförts under 2010- fram till september 2011
- ✓ mätbara mål och resultat från genomförd baslinjemätning eller motsvarande (nuläge vid start av projektet)
- ✓ hur patienter har involverats i projektet
- ✓ planerade åtgärder för att korta väntetider och förbättra vårdkedjans tillgänglighet och kontinuitet
- ✓ hur projektet kommer att utvärderas vetenskapligt

Vid denna uppföljning hade samtliga projekt formulerat mål och presenterade konkreta åtgärder som kommer att testas under hösten.

- Projektet i Dalarna bearbetar resultaten från en patientenkät som skickats till 138 patienter med diagnosen lungcancer. En idébok testas i syfte att ta reda på hur patienter och närstående upplever vården. Fyra förbättringsteam arbetar med att minska ledtider och ge förutsättningar för tidig upptäckt, att förbättra och säkerställa informationsflödet, optimera övergång (flyt) från lungkliniken till MOH (Medicinskt Omfattande Hemsjukvård) och öka kompetensen i palliativ vård. I samarbete med projektet Uppsala/Örebro har dessutom multiprofessionella teamkonferenser startat, kontaktsjuksköterskor på lungmottagningen finns inrättade och patientlots är utsedd. Uppsala/ Örebro har dessutom genomfört en omfattande journalgranskning som underlag för kommande förbättringsarbeten i regionen.
- Karolinska Universitetssjukhuset arbetar med att koncentrera lungcancer vården till gemensamma lokaler: vårdavdelning, utredning, mottagning och behandling, skapa IT-lösningar som stödjer vårdkedjan över klinikgränser och en webbaserad patientportal för lungcancerprocessen (e-hälsa), multidisciplinärt och multiprofessionellt teamarbete samt att alla patienter får en individuell vårdplan med en helhetslösning för patienten.
- Region Halland arbetar med att ta fram gemensamma rutiner för cancerrehabilitering vid grundläggande behov, cancerrehabiliteringsplan för samtliga cancersjuka patienter, multiprofessionellt rehabiliteringsteam, stödsystem - webb och vårdprogram samt stödmaterial för patienter och närstående för att skapa en sjukhusövergripande integrerad cancerrehabilitering. För att få in mer synpunkter från patienter och anhöriga har blogg startats: <http://blogg.regionhalland.se/cancerrehabilitering>

- Tre multiprofessionella team från respektive landsting i Sydöstra sjukvårdsregionen/ RCC sydöst har bildats för att tillsammans med patientföreträdare och representanter för närstående utveckla och förbättra processen koloncancer. Lärandet i processen utgår från patient och närståendes upplevelser och faktiska behov. I "partnerskap" med vårdgivare designas det patienten behöver och hur vården skall tillämpas samt ett uppföljningssystem som återkopplar resultatet av arbetet. Utifrån God Vård SOSFS 2005:12 är nyckelområden för kvalitetsutveckling - kunskapsbaserade förbättringsmetoder, mätningar och ett processororienterat kliniskt ledarskap, vilka används för att förbättra patientens vårdprocess. Inom de fem kunskapsområdena prevention och folkhälsa, patientinvolvering, tidig upptäckt, vård och behandling samt palliation finns handlingsplaner, mål och mätetal och uppföljning. Mer information finns på www.lj.se/koloncancer.
- Västra Götalandsregionen har gjort en förstudie av lungcancerprocessen på Södra Älvsborgs sjukhus med kostnader identifierade för ingående komponenter. Man kommer att arbeta vidare med ersättningsystem som ska vara stabila över tid bland annat genom att modellera hur externa och interna ersättningsformer påverkar systemet.
- Ersättningsystem i en processororienterad styrmodell (Södra sjukvårdsregionen/Regionalt cancercentrum syd) följdes upp genom telefonmöte i oktober. Ett omfattande arbete pågår i regionen för att följa upp/utvärdera den nya styrmodellen i RCC syd. Inom ramen för det har regionen funderingar kring hur olika målbaserade ersättningar kan stödja processarbete. Ett försök som bygger på flödesmodellen ska genomföras.

1.1 Ny ansökningsomgång – effektivt vårdflöde för diagnostik och åtgärd av misstänkta hudtumörer

Efter en inbjudan till Hälso- och sjukvårdsdirektörerna kom sex ansökningar in. Ansökningarna bedömdes internt efter samråd med externa experter inom området hudtumörer. Därefter beslutade SKL att tilldela medel inom ramen för försöksverksamheten till fyra projekt. Beslut skickades till projektansvariga i juni.

Kriterier i ansökan som skulle uppfyllas var:

- Underlätta allmänhetens möjligheter att få hudförändringar undersökta.
- Utveckla ett patientcentrerat, snabbt och effektivt vårdflöde för diagnostik och åtgärd av misstänkta hudtumörer med en ändamålsenlig rollfördelning mellan inblandade specialiteter.

Följande fyra projekt beviljades medel inom området hudtumörer:

- Försöksverksamheten med telemedicinsk remittering och teledermatoskopi, *Sahlgrenska Universitetssjukhuset*.

- Öka allmänhetens möjligheter att få hudförändringar undersökta snabbt genom differentierade bedömningstider, *Norrlands Universitetssjukhus*.
- Riktat informationsmaterial till män som screenas för aortaaneurysm samt införande av ”gräddfilsmottagning” på vårdcentral för män som uppfattar sig ha misstänkta hudförändringar, *Regionalt cancercentrum sydöst*.
- Mottagning (ca 90 patienter per vecka) på hudklinik för direktsökande patienter, föregånget av information i dagspressen om möjlighet att komma utan remiss, *Skånes Universitetssjukhus*.

Fortsatt arbete

Samtliga projekt kommer att följas upp med ett spridningsseminarium 25 januari 2012. Initiativ kommer att tas till fortsatt samverkan i IT-frågor med CeHis.

Slutrapport av samtliga projekt kommer att ske hösten 2012 varvid spridning av resultaten kommer att ske såväl i skriftlig form som vid seminarier.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011 samt kvarvarande medel från 2010</i>	<i>20 271 000</i>
Utbetalda projektmedel	6 093 000
Projektledning	65 000
Övriga kostnader	140 763
Gemensamma kostnader	750 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>7 048 763</i>

2. Telefonrådgivningstjänst om cancer för allmänheten

Projektledare Irene Ferm Inera AB

Med hänsyn till betydelsen av att allmänheten har tillgång till kunskap och information om cancer, ska Sveriges Kommuner och Landsting under 2011 genomföra en förstudie kring möjligheterna att ta fram en samlad och resurseffektiv telefonrådgivningstjänst dit allmänheten kan vända sig med frågor om cancer. Cancerpatienters och närståendes behov ska vara i fokus liksom hög tillgänglighet och hög kvalitet. Erfarenheter från 1177 och andra befintliga telefonrådgivningstjänster ska tas tillvara och för- och nackdelar med olika alternativ ska speglas. I förstudien ska ingå att bedöma kostnader för såväl inrättande som drift för de olika alternativen, liksom att lämna förslag på vem som kan vara huvudman för telefonrådgivningstjänsten.

Detta har vi gjort

Uppdraget att ta fram förstudien gick via Center för E-hälsa i samverkan till Inera AB. Förstudien är slutförd och rapporteras i bilaga 1.

Fortsatt arbete

Diskussioner kommer att föras med landsting /regioner innan ställning tas till ev fortsättning/genomförande.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011 samt kvarvarande medel från 2010</i>	<i>500 000</i>
Projektleddning	360 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>360 000</i>

3. Insatser för att minska tobaksrökningen**Projektledare Ingvor Bjugård**

Under 2011 ska Sveriges Kommuner och Landsting utveckla modeller för beställning och uppföljning av tobaksslutarstöd som kan ingå i landstingens och regionernas ledningssystem. I anslutning till detta ska Sveriges Kommuner och Landsting också utveckla ett system som gör det möjligt för landsting och regioner att följa upp att uppgifter om rökning efterfrågas och att tobaksslutarstöd erbjuds vid kontakter med vården. Sveriges Kommuner och Landsting ska även ta fram förslag på modeller för ekonomisk ersättning till verksamheter för deras arbete med röksslutarstöd.

Under 2011 ska Sveriges Kommuner och Landsting vidare initiera ett särskilt projekt för utvecklande av en enhetligt utformad journalstruktur med uppgifter om levnadsvanor, där uppgifter om tobaksbruk är i fokus. Sveriges Kommuner och Landsting ska även arbeta med kompetenshöjande insatser genom att en modell för fortbildning och introduktionsutbildning i tobaksavvänjningsarbete tas fram för vårdpersonal.

Arbetet med att minska tobaksrökningen ska omfatta såväl primärvård som annan vård, inklusive slutenvård. Samverkan ska ske med andra nationella satsningar, såsom olika pågående projekt inom Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsens arbete med att införa Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Projektet ska bidra till

- att man i alla delar av hälso- och sjukvården har och följer rutiner för att fråga alla patienter om rökning,
- att rökavvänjning kan erbjudas i tillräcklig omfattning,
- att det finns system för att följa upp och återrapportera resultat av insatserna.

Detta har vi gjort 2011*Rapport – Frågor om levnadsvanor i vården*

För att få en tydligare nulägesbild av i vilken mån patienter inom hälso- och sjukvården får frågor om levnadsvanor har rapporten ”Frågor om levnadsvanor i vården – resultat från nationell patientenkät” tagits fram. Utgångspunkten har varit

tobaksbruk, vilket redovisas i skriften. Det arbetet har också ett jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv.

Rapporten, som tagits fram i samverkan med ansvariga för nationella patientenkäten inom SKL, visar att endast 11-24 procent av patienterna uppger att de fått frågor om levnadsvanor vid sitt besök i vården. Fler män än kvinnor fick frågor om levnadsvanor och de som gått gymnasium fick sådana frågor i något högre omfattning än personer med andra utbildningsnivåer. Rapporten, som är spridd i olika nätverk, finns i både tryckt och elektronisk form samt med en rapportbilaga i pdf-format.

Informationsstruktur

Arbetet syftar till att ta fram en enhetlig struktur för den journalinformation som behövs för att följa upp vårdens insatser avseende tobak och tobaksavvänjning. Uppföljning ska kunna ske såväl lokalt som regionalt och nationellt.

Arbetet utgår från Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och kan ses som en pilotmodell för hur journalinformation inom övriga levnadsvaneområden skulle kunna hanteras. Det har pågått omkring ett halvår och beräknas vara klart vid årsskiftet.

Process-/flödesmodell och variabellista, som lägger grunden för en enhetlig terminologi och uppföljningsstruktur såväl lokalt som regionalt och nationellt, är framtagna och kommunicerade i olika forum. Avstämning sker kontinuerligt med dels Socialstyrelsen, dels med Center för eHälsa i samverkan, för att säkerställa att arbetsresultatet överensstämmer med riktlinjer och rekommendationer.

Under resterande del av hösten ska en RIV-specifikation utvecklas och stämmas av mot gällande nationella referensinformationsmodeller.

Implementering och utbildning

Projektet ska inventera hur Sveriges landsting och regioner arbetar med implementering och kompetenshöjande insatser för att få till stånd ett välfungerande tobaksslutarstöd för patienter och en generellt ökad hälsoorientering av hälso- och sjukvården. Syftet är att identifiera hinder och framgångsfaktorer för att få till stånd effektiva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården.

En kartläggning via telefonintervjuer är gjord med samtliga landsting. Fokus har varit kompetenser för tobaksavvänjning men även det generella hälsofrämjande arbetet har tagits med. En rapport kommer under oktober där goda exempel och framgångsfaktorer ska lyftas fram.

Förslag på modeller för ekonomisk ersättning till verksamheter för deras arbete med tobaksslutarstöd

Denna del av projektet har breda beröringspunkter med en temagrupp inom nätverket för hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS), arbetet inom SKLs vårdvals nätverk och projektet för implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

Samverkan är etablerad och diskussioner har inletts med nätverket för HFS om möjligheten att utgå från deras kartläggning och analys. Ur ett ledningsperspektiv är det avgörande att hitta redan prövade modeller för såväl avtalsskrivning som ersättningssystem.

Vid konferensen, LUFT – prevention, avvänjning och tillsyn inom tobaksområdet, 15-16 september presenterades SKLs tobaksprojekt som en del i arbetet med en ännu bättre cancervård.

Förslag om fortsatt arbete

Inom ramen för överenskommelsen om cancerstrategin och minskad tobaksanvändning föreslår vi följande områden för fortsatt arbete under 2012:

- Testa informationsstrukturen i någon form av pilot (dvs konkret implementering i befintligt dokumentationssystem) – i samverkan med CeHis (Center för eHälsa i samverkan) och med Socialstyrelsens projekt avseende implementering av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Piloten skulle också kunna utökas att testa dokumentation av fler levnadsvanor.
- Goda exempel och framgångsfaktorer behöver spridas från kartläggningen av implementering och utbildning.
- Ytterligare kartläggning av modeller för beställning, uppföljning och ekonomisk ersättning behöver göras och beprövade modeller spridas.

Socialdepartementet har under 2011 givit närmast identiskt uppdrag avseende implementering av nationella riktlinjer före sjukdomsförebyggande åtgärder till Socialstyrelsen varför SKLs uppdrag under 2012 måste tydliggöras.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011 samt kvarvarande medel från 2010</i>	<i>4 700 000</i>
Konsultarbete och övriga kostnader	701 500
Projektledning	340 000
Gemensamma kostnader	500 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>1 541 500</i>

4. Insatser för tidig upptäckt genom screening

Projektledare Maria Prigorowsky

Sveriges Kommuner och Landsting ska under 2011 klargöra och definiera grundläggande begrepp och termer för att mer tillförlitligt underlag avseende deltagarfrekvens och täckningsgrad ska kunna sammanställas. SKL ska också inhämta mer kunskap om "icke-deltagare" med särskilt fokus på socioekonomiska och etniska faktorerers betydelse. SKL ska även utveckla och förbättra kallelsernas innehåll och utformning.

SKL ska vidare se över möjligheterna att införa gemensamma rutiner för kallelseförfarandet avseende utskick, påminnelser, ombokningsmöjlighet m.m. och för tillhandahållande av information på flera språk. SKL ska också genomföra en försöksverksamhet med syfte att öka deltagandet bland dem som kallas till cellprovskontroll för första gången. SKL ska även initiera aktiviteter för att öka tillgängligheten till screening, till exempel i form av utökade öppettider.

SKL ska föreslå hur resultatet av arbetet kring tidig upptäckt ska fortsätta och förvaltas efter 2011.

Projektet ska bidra till att

- öka deltagandet i screeningprogrammen för gynekologisk cellprovskontroll och mammografi,
- en täckningsgrad på minst 85 % uppnås för gynekologisk cellprovskontroll,
- en deltagandefrekvens på minst 80 % uppnås för mammografi,
- ett mer jämlikt deltagande uppnås i screeningverksamheterna (socioekonomiska och etniska faktorerers betydelse).

Detta har vi gjort 2011

På grund av byte av projektledare har sådan saknats under fyra månader våren 2011. Projektet har under 2011 fortsatt med hjälp av de två expertgrupper som utsågs 2010. I år har grupperna kommenterat och formulerat slutsatser som ligger till grund för de fortsatta prioriteringarna och det fortsatta arbetet i projektet. Slutsatserna är gemensamma och utgår ifrån resultatet/ sammanställningen av den kartläggning (enkätundersökning) som genomfördes under 2010 och gick ut till alla landsting i projektet.

1. Sammanställt och analyserat kartläggningens resultat – förbättringsområden

Kartläggningen som under 2011 sammanställdes i två rapporter pekade på omfattande förbättringsområden.

- Gemensamma definitioner behöver tas fram för grundläggande begrepp såsom deltagandefrekvens och täckningsgrad
- Nationella, beslutade riktlinjer behövs
- Nationell samverkan behöver utvecklas
- Nationella kvalitetsregister med återrapportering

- Attraktiva kallelser behöver utformas
- Tydlig struktur och mandat på regional och lokal nivå behövs
- Spärllistor behöver avgränsas och göras synliga

Expertgrupperna har även enats om *definitioner av deltagandefrekvens och täckningsgrad*. Deltagarfrekvensen mäter effektiviteten i kallelseförfarandet/verksamhetsprocessen. Täckningsgraden mäter den cancerpreventiva effekten i befolkningen.

Definitioner Gynekologisk cellprovskontroll (GCK)

Definition deltagandefrekvens: Antalet kvinnor som deltar i provtagning efter en kallelse.

Så räknar man ut deltagandefrekvens: Antalet kvinnor som har tagit cellprov inom 90 dagar efter kallelse, delat med antalet kallade kvinnor under tidsintervallet z ($z = 12$ månader).

Definition täckningsgrad: Andelen kvinnor som tagit prov inom ett intervall.

Så räknar man ut täckningsgrad: Antalet kvinnor inom aktuell ålder x (23-60) som har tagit cellprov inom intervall z (23-50 år = 42 månader, 51-60 år = 66 månader), delat med antalet kvinnor inom upptagningsområdet y inom intervall z .

Definitioner Mammografi

Definition deltagandefrekvens: Antalet kvinnor som genomgått mammografiundersökning efter en kallelse.

Så presenterar man deltagandefrekvens: Antalet kvinnor som genomgått mammografi inom (90 alternativt 180) dagar efter kallelse, delat med antalet kallade kvinnor under tidsintervallet z ($z = 12$ månader).

Definition täckningsgrad: Andelen kvinnor som genomgått mammografiundersökning inom ett intervall.

Så räknar man ut täckningsgrad: Antalet kvinnor inom aktuell ålder x (40-74) som har genomgått mammografi inom intervall z (40-54 år = 18 månader, 55-74 år = 24 månader), delat med antalet kvinnor inom upptagningsområdet y inom intervall z .

Ett förslag att bygga kvalitetsregister avseende cervixcancerscreening på "Cytburken" har tagits fram.

2. Sammanställning av vad som kan öka deltagande

Faktorer expertgrupperna vet gynnar deltagandet

- Inbjudan med förbokad tid
- Påminnelser
- Enkla ombokningsmöjligheter (via telefon och webb)
- Bra bemötande
- Ökade valmöjligheter/ökad tillgänglighet

Faktorer expertgrupperna tror gynnar deltagandet

- Kallelsens utformning
- Information på andra språk
- Information över huvudtaget

3. Lokala projekt stöttas

Rädda livmodern, Region Skåne

Två projekt för ökat deltagande i cervixcancerscreening i Malmö – uppsökande provtagning med mobil enhet och specialdesignat förstabesök för 23-åringar. Utvärdering av studierna i Malmö pågår och rapport kommer att vara färdig i oktober. Finansiering har till del skett genom SKL.

Ta med en vän,, Västra Götalandsregionen

En peer education-kampanj i nordöstra Göteborg, som uppmanar kvinnor som tagit cellprov att övertyga en väninna att också delta i screening. Studien pågår. Resultat förväntas i årsskiftet. Finansiering har till del skett genom SKL.

RÖDROCK, Regionalt cancercentrum väst

Randomiserad kontrollerad studie över metoder att öka deltagandet i regionens organiserade cellprovskontroll SKL har bidragit med ekonomiska medel för att utvärdera och sammanfatta projektet före årsskiftet.

SKLs projekt för ökat deltagande liksom ”Rädda livmodern” och ”Ta med en vän” presenterades vid ett seminarium under Almedalsveckan i juli 2011.

4. Övrigt

Vid expertgruppens möten har kunskap inhämtats om icke-deltagare genom föredragning av Marie Oscarssons avhandling ”Healthy women or risk patients?” gällande icke-deltagare vid cervixcancerscreening och Sophia Zakrissons forskning om icke-deltagare vid mammografi.

En diskussion har inletts med CeHis, Inera och hälso- och sjukvårdsdirektörer om behovet av en gemensam enkel ombokning kopplad till Mina vårdkontakter på webben.

En diskussion förs också med Inera om screeninginformation på 1177.se samt information på andra språk.

Ett förslag på kallelse till cervixcancerscreening är framtaget och testat i 23-årsprojektet.

Ett möte med patientföreningarna har hållits i augusti månad.

Fortsatt arbete

Regionala cancercentrums samverkansgrupp har utsett en nationell arbetsgrupp för mammografi och inom kort utses en nationell arbetsgrupp för cervixcancerscreening. Projektet kommer under 2012 att vända sig till dessa grupper för samverkan kring såväl förbättringsområden som faktorer som kan öka deltagandet. Detta möjliggör också fortsatt långsiktigt arbete efter 2012.

Under 2012 kommer fokus att vara ovanstående identifierade områden samt att stötta lokala utvecklingsprojekt som piloter för nationella insatser.

Därutöver diskuteras möjligheten att starta en nationell studie avseende CAD-Computer Assisted Detection- vid mammografiscreening.

Studien bör utvärdera om det är möjligt att minska behovet av röntgenläkare med bevarad kvalitet vid den sammanfattande bedömningen av mammografiundersökningen. Tillgången på röntgen läkare beräknas framöver kraftigt understiga behovet varför användning av CAD skulle kunna säkra att kvinnor får framtida tillgång till screening.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011 samt kvarvarande medel 2010</i>	<i>7 000 000</i>
Utbetalda medel till lokala projekt	200 000
Projektledning och övriga kostnader	345 000
Gemensamma kostnader	500 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>1 045 000</i>

5. Internationell jämförelse

Projektledare Gunilla Gunnarsson

Under 2011 ska Sveriges Kommuner och Landsting slutföra arbetet med modul 1 samt delta i arbetet med att genomföra modul 2. I arbetet med modul 2 ingår bland annat att genomföra telefonintervjuer med allmänheten kring kunskaper om cancer. Under 2011 ska Sveriges Kommuner och Landsting också delta i arbetet med att påbörja genomförandet av övriga moduler.

SKL inbjöds 2009 av engelska Hälsodepartementet att tillsammans med sju andra länder bilda ett partnerskap för benchmarking ”International Cancer Benchmarking Partnership”. Syftet är att undersöka skillnader i överlevnad samt försöka finna orsaker till detta. Resultatet kan ligga till grund för fortsatt förbättringsarbete på olika nivåer i svensk cancervård. Deltagande länder i dag är England, Wales, Nordirland, Canada, Australien, Danmark, Norge och Sverige. Arbetet är inriktat på fem diagnoser bröst-, lung-, tjocktarms-, ändtarms- och äggstockscancer och bedrivs i fem moduler:

1. Grunddata.
2. Intervjuer med allmänheten kring medvetenhet och uppfattningar om cancer.
3. Primärvårdsläkares attityder, kunskaper, erfarenheter och handlingssätt – enkät och intervju. Beskriva sjukvårdssystemet för primärvården.
4. Kartlägga ledtider från första symtom till behandling för att hitta orsaker till långa ledtider. Enkät till patienter samt vårdgivare.
5. Behandlingsregimer i olika länder.

Arbetet leds från engelska Hälsodepartementet och ordförande är den engelske cancergeneralen Mike Richards. Administrativ samarbetspartner har under året 2011 varit välgörenhetsorganisationen Cancer research UK .

Detta har vi gjort

Året 2010 präglades av data insamling i modul 1. Det svenska arbetet i modul 1 leds av Jan Adolfsson Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland och Mats Lambe Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro. Omfattande avidentifierat material för patienter diagnostiserade 1995-2007 lämnades från Stockholm Gotland och Uppsala Örebroregionen. Vid årsskiftet redovisades överlevnadsdata i den ansedda tidskriften The Lancet. Sverige har, tillsammans med Australien och Canada, bäst resultat överlevnadsmässigt.

Ytterligare publikationer planeras hösten 2011 med resultat på mer detaljerad nivå; ålder, kön och sjukdomsstadium vid diagnos. Omfattande kompletteringar och bearbetningar av underlaget har under året skett för att möjliggöra detta. De lärdomar som då dragits har lett till sex rekommendationer om hur data ska samlas och lagras för att möjliggöra populationsbaserade internationella jämförelser.

Upplägget av modul 2 har färdigställts under året. Det svenska arbetet leds av Carol Tishelman, Karolinska Institutet. Under augusti och september har 3000 svenskar telefonintervjuats av företaget Ipsos Mori som ansvarar för intervjuerna i alla deltagande länder. Sammanställning av resultatet kommer att ske under senhösten.

För övriga moduler har under året pågått diskussioner om utformning av arbetet för att det ska bli genomförbart i samtliga länder som avser delta. I diskussionen om utformning av modul 3 deltar från svensk sida Hans Thulesius, Landstinget Kronoberg och för modul 4 Mats Lambe och Jan Adolfsson.

Fortsatt arbete

Arbetet har hittills bedrivits med upprepade tidsförskjutningar trots att den nya administrativa samarbetspartnern fungerat utmärkt. Det är mycket arbetskrävande att få jämförbara material från olika länder och utforma moduler som är applicerbara på alla länder. I början av år 2012 kommer resultatet av modul 2 att föreligga. Modul 3 kommer att genomföras under 2012 medan det praktiska arbetet i modul 4 planeras inledas under senhösten 2012 och inte vara färdigt förrän i slutet av 2013. Modulen 5 är i dagsläget oklar.

Ekonomiskt har kostnaderna under 2010 – 2011 blivit mindre än planerat pga tidsförskjutningarna samt att engelska hälsodepartementet tagit fulla kostnader för administrativ samarbetspartner i modul 1. Under 2012 kommer kostnaderna att bli avsevärt större än vad som ursprungligt planerats pga att administrativ resurs från Cancer Research UK behövs under väsentligt längre tid än vad som var ursprunglig plan.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011 samt kvarvarande medel från 2010</i>	<i>11 000 000</i>
Projektledning och övriga gemensamma kostnader	800 000
Modulkostnader	1 050 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>1 850 000</i>

6. Patientrapporterade mått i kvalitetsregister på cancerområdet

Projektledare Per Fransson

För att fler patientrapporterade mått ska användas i kvalitetsregistren på cancerområdet ska Sveriges Kommuner och Landsting under 2011 sammanställa de patientrapporterade generella och sjukdomsspecifika mått som idag används inom befintliga cancerregister. Sveriges Kommuner och Landsting ska också föreslå vilka gemensamma mått inom livskvalitet och patientnöjdhet som skulle kunna införas i alla kvalitetsregister inom cancerområdet samt ta fram en plan för implementering. Vid genomförandet av insatsen ska Sveriges Kommuner och Landsting beakta övriga relevanta uppdrag och arbeten på området.

Målet med projektet är att:

- finna gemensamma mått inom livskvalitet och patientnöjdhet som kan införas i alla kvalitetsregister inom cancerområdet
- ta fram en plan för implementering av dessa mått i kvalitetsregistren
- undersöka om det finns goda exempel på register med Patientrapporterade utfallsmått (PROM; Patient Reported Outcome Measures) inom andra specialiteter utanför cancerområdet

- redovisa internationella erfarenheter av PROM
- i samarbete med PROM-centret i sydöstra sjukvårdsregionen se över så att slutförslaget överensstämmer med övrigt övergripande kvalitetsregisterarbete.

Patientrapporterade utfallsmått är en beskrivning på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och sin hälsa efter behandling eller annan intervention. PROM inkluderar mått på sjukdomssymptom, funktionsförmåga och hälsa/ hälsorelaterad livskvalitet och mäts oftast med någon form av frågeformulär. Ibland inkluderas också mått på patientnöjdhet med vården.

Detta har vi gjort

Projektet startade i mars 2011. I inventeringen ingår alla 17 diagnosspecifika kvalitetsregister inom cancerområdet. Detta inkluderat register som nyligen startat. Några diagnosspecifika register är dessutom uppdelade i flera register t.ex. blodcancerregistret som innehåller 8 register totalt. Det innebär att det totala antalet register inom cancerområdet inklusive undergrupper är i dagsläget 26 st.

Fokus på kartläggningen ligger på PROM och påbörjades med att utifrån ansökan till 2011 års kvalitetsregisteranslag från SKL sammanställa de rapporterade måtten inom PROM området. Därefter skickades det ut en enkät till alla 17 registerhållare där information om aktuella PROM mått efterfrågades. Specifika frågor ingick så som:

- symtom skattat av patienten
- hälsorelaterad livskvalitet
- patienttillfredsställelse
- funktionsförmåga (ADL)
- vilken enkät som använts

Även information om hur erhållen information används och rapporteras tillbaka till vården registrerades.

Utöver de specifika kvalitetsregister inom cancerområdet som är INCA-baserade ingår även andra typer av register som t.ex. Svenska emesisregistret och Svenska palliativregistret i kartläggningen. Diskussioner pågår med representanter för RCC för att framför allt stämma av slutförslag samt diskutera implementeringen av de föreslagna måtten till kvalitetsregistren.

Ett möte med representanter från nio patientföreningar inom cancerområdet genomfördes 2011-08-24. Där framkom starka önskemål om rapportering av PROM i kvalitetsregister. Det framhölls även vikten av att rapportera mått som patienttillfredsställelse/patientnöjdhet till beslutsfattare, vårdgivare såväl som patienter och allmänheten. Fortsatt samarbete pågår för att i ett senare skede förankra de utfallsmått som projektet redovisar.

Preliminära resultat

Resultatet av den i nuläget preliminära sammanställningen visar att det finns stora brister avseende inrapportering av PROM till kvalitetsregistren inom cancerområdet.

Endast två register redovisar att de nationellt inkluderar hälsorelaterad livskvalitet och fyra registrerar patienttillfredsställelse. Dock planerar ett tiotal register att införa dessa mått inom en snar framtid i sina register. Enkäter som används är bl.a. QLQ-C30 (inklusive specifika moduler), EQ-5D samt egna konstruerade enkäter. Utveckling av webbaserade enkäter pågår även inom vissa register.

Internationella erfarenheter från Patient-Reported Outcome Measurement Group vid The University of Oxford visar i sina fyra rapporter "A Structured Review of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) for Breast/Prostate/Lung/Colorectal Cancer" exempel på PROM inom cancerområdet. De rekommenderar att använda EQ-5D som basenkät (preferens) och enkäterna SF-36, SF-12 som generella cancerenkäter. Som specifika cancerenkäter rekommenderas framför allt QLQ-C30 och dess moduler.

I samarbetet med PROM-center har det gemensamt planerats ett heldagsseminarium "PROM i Nationella kvalitetsregister avseende cancer" den 19 oktober 2011 i Stockholm. Här kommer även representanter från patientföreningar att delta.

Förslag om fortsatt arbete

Utifrån de resultat som hittills framkommit, litteraturgenomgång, enkäter och samarbete med patientföreningar, har följande områden för fortsatt utveckling identifierats:

- definiera grundläggande PROM begrepp
- skapa gemensamma cancergenerella mått att inkludera i alla nationella kvalitetsregister inom cancerområdet
- utveckla system och logistik för att samla in information via webbaserade enkäter
- vid vilka tidpunkter ska PROM samlas in
- hur ska PROM analyseras
- skapa system för att redovisa PROM för beslutsfattare, vårdgivare och allmänhet.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011</i>	<i>2 000 000</i>
Projektledning och övriga kostnader	140 000
Gemensamma kostnader	200 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>340 000</i>

7. Nationell nomenklatur för cytostatikabehandling

Projektledare Lennart Hellqvist

Sveriges Kommuner och Landsting ska under 2011 utveckla en nationell nomenklatur och ett standardiserat innehåll för cytostatikakurer. Uppgifterna ska samlas i en nationell databas som gör det möjligt att exportera uppgifterna till de IT-stöd som används när cytostatika ordinerar. Arbetet ska bedrivas inom ramen för projektet Mallordinationer som genomförs av Centrum för e-Hälsa. I arbetet ingår även att beskriva hur databasen bör förvaltas i fortsättningen. Sveriges Kommuner och Landsting ska under arbetet samråda med Socialstyrelsen och Läkemedelsverket.

Datorisering av processen cytostatikabehandling, omfattande ordination, beredning, administration, pågår vid flertalet onkologiska kliniker i Sverige. Ett nationellt regimbibliotek som kan kommunicera med befintliga journalsystem har många fördelar:

- Effektivt resursutnyttjande genom att det görs nationellt istället för lokalt.
- Ökad säkerhet för patient och vårdpersonal genom kvalitetssäkrad dokumentation kring läkemedel och regimer samt gemensam nomenklatur.
- Bättre möjligheter för patienter att få likartad behandling av hög kvalitet oavsett var i landet patienten bor.

Nationellt regimbibliotek stödjer antitumoral läkemedelsbehandling

Detta har vi gjort

Center för e-Hälsa i samverkan inledde projektet med en förstudie gällande mallordinationer utförd av Inera AB. I slutet av april konstaterade CeHis att

ekonomiska medel saknades för övriga delar av mallordinationsprojektet och i samråd återtogs projektet avseende cytostatikabehandling till SKL. Regionala cancercentrums samverkansgrupp utsågs till styrgrupp och Lennart Hellqvist till projektansvarig.

Arbetet sker med projektgrupper för olika delmål och en referensgrupp där föreslagna beslut förankras. Målet är att tillhandahålla ett webbaserat regimbibliotek för i första hand behov inom vuxenonkologin. Nomenklatur och databas skall från början skapas på ett sådant sätt att t ex barnonkologi och hematologi kan inkluderas när så är praktiskt möjligt.

Följande delmål har identifierats:

1. Utveckla och inom professionerna förankra en gemensam nomenklatur (termer) inom området.
2. Sammanställa grundläggande farmaceutisk och medicinsk dokumentation för att standardisera och effektivisera arbetet med enskilda antitumoral/cytotoxiska läkemedel.
3. Skapa ett regelverk för namnsättning av regimer samt en standard för i vilken ordning olika antitumoral läkemedel ska administreras.
4. Skapa en kravspecifikation för att kunna beställa en prototyp till en webbaserad databas.

Uppföljning av delmålen i oktober 2011:

1. Termer (nomenklatur) som är specifika för området har identifierats och definitioner har föreslagits av arbetsgruppen samt förankrats i referensgruppen. Arbetsgruppen identifierade ytterligare termer som behöver definieras men de är ofta allmänna för läkemedelsområdet och inkluderas i arbetet som utförs inom SNOMED av Socialstyrelsen. Arbetet pågår med att förankra termerna i verksamheter samt med journalleverantörer.
2. Arbetet pågår, där drygt hälften av den farmaceutiska dokumentationen är klar. För den medicinska dokumentationen är cirka hälften klart.
3. Ett förslag finns framtaget som ska förankras i referensgruppen 8 november. Därefter sker också förankring i vårdprogramgrupper inom onkologi och hematologi.
4. Uppstartsmöte skedde i projektgrupp 16 september.

Fortsatt arbete

Arbetet är ett omfattande och långsiktigt förvaltnings- och utvecklingsarbete där projektiden utgör en inledning.

Förslaget som under hösten 2011 kommer att diskuteras i RCC samverkansgrupp är att den långsiktiga förvaltningen skall ske genom ett objektsavtal inom ramen för den

överenskommelse som reglerar samverkan mellan landets sex Regionala cancercentrum. Regionalt cancercentrum i Uppsala-Örebroregionen har åtagit sig att vara vårdorganisation för ett sådant objektsavtal.

Då arbetet bedrivs genom samverkan mellan flera landsting har kontrakt slutits i enlighet med följande:

1. Kontrakt med Landstinget i Jönköpings län för en heltids apotekare under ett år, vars ansvar är att tillhandahålla farmaceutisk kunskap samt att fungera som projektledare. Kostnad: 960 000 kronor
2. Kontrakt med Akademiska sjukhusets onkologklinik för att tillhandahålla sjuksköterske- och läkarkompetens. Kostnad: 500 000 kronor
3. Kontrakt med Landstinget i Värmland för att tillhandahålla administrativ kompetens och bära projektansvaret inför Regionala Cancercentrums samverkansgrupp. Kostnad 140 000 kronor
4. Behov av tillkommande IT-kompetens för att skapa det webbaserade regimbiblioteket. Kostnad: 400 000 kronor

Summan 400 000 kronor ovan är avsedd för att ta fram en prototyp till en webbaserad databas. Den totala kostnaden för att skapa det webbaserade regimbiblioteket är beräknat till mellan 1-2 miljoner kronor (engångskostnad). Kostnaden är avhängigt vilka säkerhetslösningar som behövs om man skall koppla ihop regimbiblioteket med andra system. Precisering av summans storlek kommer att kunna göras efter det förberedande arbete som startar under hösten 2011.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011</i>	<i>2 000 000</i>
Kostnader för projektanställd apotekare	960 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>960 000</i>

8. Samordning för regionala cancercentrum (RCC)

Ordförande Gunilla Gunnarsson

Det är viktigt att det finns en väl fungerande samverkan mellan de sex RCC som etableras. Det är bland annat angeläget för arbetet med nivåstrukturering, förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer. Sveriges Kommuner och Landsting ska därför initiera en sådan nationell samverkan och vara en sammanhållande part i arbetet under 2011. Sveriges Kommuner och Landsting ska bland annat ordna möten, se till att angelägna frågor förs upp till diskussion samt utveckla formerna för samverkan.

Detta har vi gjort

Samverkansgruppen för RCC bildades i december 2010 med stöd av nätverket landstingsdirektörer. I gruppen ingår chef/projektledare från varje RCC samt samordnare från SKL som under första året är ordförande. Personliga ersättare är utsedda och deltar i vissa ärenden tillsammans med ordinarie. Ett heldagsmöte per månad har hållits samt därutöver tre heldagsmöten gällande nivåstrukturering.

En samverkansintention som ligger till grund för arbetet har tagits fram. Beslut om denna tas i varje RCCs beslutande gruppering exempelvis samverkansnämnd. Samtidigt upphävs tidigare avtal gällande VINK-samarbetet.

En uppdragsbeskrivning för nationella arbetsgrupper har tagits fram samt en uppdragsbeskrivning för regionala representanter som deltar i dessa arbetsgrupper. Fyra sådana grupper är tillsatta:

- Mammografi
- Cervixcancerprevention (under tillsättning)
- Vårdprogram och kvalitetsregister pankreas
- Tarmcancerscreening

Samtliga grupper har specifik uppdragsbeskrivning samt ordförande utsedd av samverkansgruppen och regionala representanter utsedda av RCC och förankrade i linjeorganisation. Grupperna kan till sig knyta experter.

RCC samverkansgrupp är styrgrupp för framtagandet av nationell studie gällande tarmcancerscreening, nationell nivåstrukturering, nationell termbank cytostatika och nationella vårdprogram.

Minnesant från samverkansgruppens möte finns på webben:

www.skl.se/cancervard/regionalacancercentrum

Ett kommunikatörsnätverk har bildats med SKL som sammanhållande och stödjande part. En logotyp för samverkansgruppen samt logotyper möjliga att använda av respektive RCC har tagits fram. Diverse informationsmaterial har också arbetats fram.

Fortsatt arbete

Det fortsatta arbetet omfattar en rad frågor där diskussion påbörjats:

- Gemensamt arbetssätt vid införandet av nya cancerläkemedel?
- Nationell samverkan med Försäkringskassan gällande sjukskrivning?
- RCCs roll i det nationella protonprojektet?
- Samarbete med industrin
- Gemensamma ekonomiska satsningar på vårdprogram, kvalitetsregister, nationell termbank mm

Kommunikatörsgruppen kommer att ta fram ett underlag för gemensam webb-information och hur denna långsiktigt ska förvaltas. Layout för rapporter från

samverkansgruppen ska tas fram och mera material att använda vid möten av olika slag. En cancerdag i Almedalen planeras till onsdag 4 juli 2012.

Samverkansgruppens viktigaste uppgift är dock att utbyta erfarenheter och lära av varandra så att onödigt arbete undviks och så att cancervården blir nationellt jämlik.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011</i>	<i>1 500 000</i>
Logotyp och övrigt	150 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>150 000</i>

9. Insatser för fler kontaktsjuksköterskor eller motsvarande inom cancervården

Projektledare Michael Bergström

Sveriges Kommuner och Landsting ska kartlägga utbredningen av kontaktsjuksköterska/motsvarande idag som ett underlag för ställningstagande till funktionen och dess innehåll och finna goda exempel som kan spridas vidare. SKL ska också föreslå åtgärder som kan stimulera att kontaktsjuksköterska/motsvarande införs inom flera områden och verksamheter inom cancervården.

Projektet motiveras utifrån flera grunder i vilka man lyft fram behovet av att patienter med cancer skall få sitt behov av bl.a. en fast kontakt, ett psykosocialt stöd, och ett koordinationsstöd tillgodosett. Detta innebär också att patientens delaktighet skall stärkas.

Detta har vi gjort

Förberedelser och orientering inför kartläggning har skett genom att grundläggande dokument studerats:

- En nationell cancerstrategi för framtiden SOU 2009:11
- Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen SFS 2010:243
- Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal - och prostatacancer, Socialstyrelsen
- ”Kriterierna som skall utmärka regionala cancercentra (RCC)”, Socialdepartementets PM 2011-01-31 – de kriterier som berör kontaktsjuksköterskefunktionen.

Därefter bildades en **referensgrupp** med en representant från varje Regionalt cancercentrum. Referensgruppen har hittills haft tre arbetande möten med arbete på hemmaplan dessemellan.

Kartläggande aktiviteter har genomförts utifrån grundläggande frågeställningar med underfrågor. Exempel på dessa har varit: Finns definierade uppdrag för kontaktsjuksköterskor? Vilken omfattning har deras aktiviteter i resp. RCC område? Hur relaterar funktionen till pågående processarbete?

Kartlägningsaktiviteter har skett

- med hjälp av RCC:s representanter
- via webbsökningar
- genom kontakter med patientföreningar om deras syn (förväntningar och erfarenheter) på kontaktsjuksköterskan/kontaktpersonens bidrag till att möta patienternas behov av stöd
- genom att några internationella exempel har studerats.

Sammanfattningsvis visar kartläggningen att det finns stora variationer mellan såväl hittillsvarande strategier för att utveckla rollen för kontaktsjuksköterskor och omfattning”täckningsgrad”. Mycket arbetet har hittills skett innan RCC började byggas, och kan nu komma att stärkas av det tydliggjorda ansvaret för fortsatt utveckling.

Om man beskriver några **exempel på strategier i nyckelord**, så har vi funnit att RCC Norr arbetat mycket med **nätverk** för att stödja kontaktsjuksköterskorna inom olika cancerområden. RCC Stockholm-Gotland har skapat en högskolebaserad **utbildning** i ”Psykosocialt arbetssätt för kontaktsjuksköterskor”. Denna utbildning har varit utgångspunkt för kompetenskraven för kontaktsjuksköterskor i regionen.

I RCC Syd har man arbetat för att **skapa** ett patientorienterat arbetssätt med **patientprocesser** och genom dialog med patienter identifierat följande ”patientcentrerade kriterier: omkring tidig upptäckt, vårdprocesser, psykosocialt stöd, rehabilitering, palliativ vård samt patientens ställning”.

Vid kontakter angående kontaktsjuksköterskans roll med några **patientföreningar** (Bröstcancerföreningen och Prostatacancerförbundet) har de betonat speciellt betydelsen av; närvaro av kontaktsjuksköterska redan vid beskedet, rollen av att vara en tillgänglig stödperson, ”en enkel ingång till vården” och att kunna stå för kontinuitet där det efterfrågas.

Under kartläggningen har det visat sig att det finns olika roller/funktioner som skapats och benämnts lokalt för att möta patienternas behov. De är bitvis överlappande och benämns kontaktsjuksköterska, patientkoordinator och processledare för cancerprocesser. Utifrån patienternas behov kommer detta att behöva klargöras i RCC:s fortsatta uppbyggnadsarbete enligt kriterier och underlag från projektet. Grundsynen är att systemet skall möta patienternas behov av psykosocialt stöd, tillgänglig och kontinuerlig kontakt samt behov av koordination av och medskapande i vården.

Fortsatt arbete

Under hösten planeras studiebesök hos flera kontaktsjuksköterskor i landsting/regioner.

Fortsatt analys av kartläggningen i relation till pågående arbete i respektive RCC och avstämning med RCC-chefer kommer att ske.

Övervägande av fortsatta åtgärder för att stödja utvecklingen kommer att analyseras på grundval av:

- Vilka utvecklingsaktiviteter pågår som inte behöver ”störas”?
- Vilka aktiviteter behöver stöd för fortsatt utveckling av funktionen och dess införande?
- Vilka aktiviteter behöver startas för att utvecklingen ska komma igång?

En workshop med diskussion av fortsatt arbete till stöd för arbetet i respektive RCC planeras till 25 november i Stockholm. Förslag till fortsättning efter projektet beror av förslag till åtgärder som kommer under projektets återstående tid. Det kan t.ex. komma att handla om fortsatt nätverksstöd under uppbyggnaden och specifika nyckelinsatser för att underlätta utvecklingen av ett mycket betydelsefullt och tillgängligt stöd för patienter med olika cancersjukdomar.

Ekonomisk redovisning

<i>Intäkter 2011</i>	<i>1 000 000</i>
Projektledare och övriga kostnader	217 000
Gemensamma kostnader	100 000
<i>Totala kostnader 2011, tom augusti</i>	<i>317 000</i>

10. Nationella vårdprogram inom cancersjukvården

Projektledare Jan Adolfsson

Uppdraget är ett särskilt regeringsbeslut daterat 2010-10-21.

SKL ska fördela medel till planering, utarbetande och uppdatering av nationella vårdprogram inom följande sju områden:

- *cancer i lever, gallvägar och gallblåsa,*
- *cancer i matstrupe och magsäck,*
- *maligna hjärntumörer,*
- *äggstockscancer,*
- *malignt melanom,*

- *psykosocialt omhändertagande av personer med cancer,*
- *palliativ vård.*

Bidraget är främst avsett att användas för att skapa möjligheter att avsätta arbetstid som kan ägnas åt vårdprogramarbetet.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bör ges rollen att vidarefördela medel till projektansvariga för de mest angelägna områdena.

För att stärka de nationella vårdprogrammen avsätts 240 000 kronor per programområde, sammanlagt högst 1 680 000 kronor.

Inom ytterligare två till fyra områden bör planeringsbidrag lämnas för att undersöka möjligheterna att påbörja framtida nationella vårdprogramarbeten. För detta ändamål avsätts 60 000 kronor per programområde för fortsatt planeringsarbete, sammanlagt högst 240 000 kronor.

Detta har vi gjort

En projektplan presenterades för Socialdepartementet 2010-10-22 och godkändes. Jan Adolfsson OC Stockholm Gotland , numer RCC Stockholm Gotland utsågs till projektansvarig och VINK cancer samordningsgrupp utsågs till styrgrupp. Från och med april 2011 har Regionala cancercentrums samverkansgrupp varit styrgrupp.

För samtliga nationella vårdprogram finns projektledare och vårdprogramgrupp med relevanta kliniska specialiteter representerade. I varje vårdprogramgrupp finns minst en deltagare knuten till eventuellt befintligt kvalitetsregister. Handlingsplan för förankring hos patienter och patientorganisationer skall utformas för varje delprojekt. Arbetet utförs med ”Riktlinjer för nationella vårdprogram inom cancersjukvården” som grund.

Vårdprogramgrupperna stötts administrativt av landets RCC och ett stödjande regionalt cancercentrum/onkologiskt centrum har utsetts till var och en av grupperna. Arbetet följs upp genom respektive ansvarig RCC/ OC-chef samt projektgruppen.

Följande sju nationella vårdprogram får fullt stöd 2011 (stödjande RCC anges inom parentes):

1. Cancer i lever, gallvägar och gallblåsa (RCC väst) Slutmöte planerat till oktober 2011 då ett färdigt dokument ska finnas.
2. Cancer i matstrupe och magsäck (RCC norr) Dokument ute på remiss.
3. Maligna hjärntumörer (RCC norr) Förslag kommer att skickas ut efter internat 6-7 oktober, 2011.
4. Äggstockscancer (RCC väst) Dokumentet planeras vara färdigt oktober 2011.
5. Malignt hudmelanom - uppdatering (Sydöstra regionen) Dokument under sista bearbetning.

6. Rehabilitering av cancerpatienter (RCC syd) Vårdprogramgrupp är utsedd och första mötet är planerat.
7. Palliativ vård (RCC Stockholm Gotland) "Slutgiltig" version av vårdprogrammet är skickat för en sista remiss.

Samtliga grupper har i uppdrag att färdigställa respektive vårdprogram till 2011-12-31 utom det för rehabilitering av cancerpatienter som ska vara klart 2012-12-31. Samtliga grupper följer idag sin tidplan.

Följande fyra områden får under 2011 stöd för planeringsarbete inför framtagandet av nationellt vårdprogram (stödjande RCC anges inom parentes);

1. Peniscancer (RCC Uppsala Örebro)
2. Cancer i livmoderhals, vulva och äggledare (RCC väst)
3. Bukspottkörtelcancer (RCC sydöst)
4. Neuroendokrina buktumörer (RCC sydöst)

Inom samtliga områden har arbetet påbörjats och arbetsgrupper är utsedda för peniscancer, bukspottkörtelcancer och neuroendokrina tumörer. Sammankallande är utsedd för cancer i livmoderhals, vulva och äggledare.

Fortsatt arbete

RCC samverkansgrupp har diskuterat fortsatt arbete kring nationella vårdprogram 2012 och vill föreslå att medel överenskommes för nya nationella vårdprogram samt för revidering av befintliga vårdprogram. En förutsättning bör vara att nationella arbetsgrupper utses i enlighet med samverkansgruppens beslut samt att fastställd mall för vårdprogram följas. Patienter ska ges möjlighet att delta i arbetet.

Samverkan bör ske med Socialstyrelsens arbete kring nationella riktlinje.

Ekonomisk redovisning

Intäkter 2010 1 920 000

Utbetalning av medlen har via SKL skett till Onkologiskt Centrum Stockholm Gotland, som förmedlat medlen till respektive projektansvarigt RCC/OC.

De 1 920 000 kr har fördelats med 240 000 kr vardera till de sju grupper som fått fullt stöd och 60 000 kr vardera för de fyra grupper som fått stöd för uppstart.

Sammanfattning

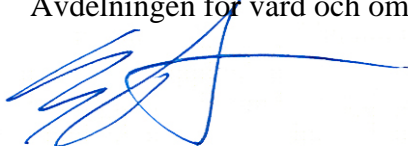
Under året har ett intensivt arbete pågått såväl i överenskommelsens projekt som inom ramen för regionala cancercentrum och samverkansgruppen. Hittillsvarande erfarenheter är att engagemanget från alla parter är stort men att förankring,

framtagande av personer med rätt kompetens och frigörande av tid kräver i inledningen av projekten längre tid än förväntat. Detta medför också lägre kostnader än beräknat i början av projekten.

Under 2012 bör projekten inom överenskommelsen ytterligare knytas samman med regionala cancercentrums arbete så att långsiktiga och hållbara förbättringar av den svenska cancervården åstadkomes.

Sveriges Kommuner och Landsting

Avdelningen för vård och omsorg



Göran Stiernstedt

Direktör/avdelningschef