

Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019– 2021

Beslutad av Förbundsdirektionen för Norra sjukvårds-
regionförbundet att gälla från 2019-06-01

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Huvudbudskap	6
1.3 Långsiktiga strategier för cancervården fram till 2025	8
1.4 Strategiskt viktiga punkter	8
1.5 Övergripande prioriterade områden	10
1.5.1 Kontaktsjuksköterska för samtliga cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen	10
1.5.2 Cancerprevention och tidig upptäckt	10
1.5.3 Förstärkt diagnostik	11
1.5.4 Förstärkning av kompetens och resurser för cancervården i hela regionen	12
1.5.5 Kunskapsstyrning	12
1.5.6 Digitalisering och distansöverbyggande teknik	13
1.5.7 Förstärkt palliativ vård	14
1.5.8 Cancerrehabilitering	14
2. Regional cancerplan 2019–2021	16
2.1 Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer	16
2.2 Vägen in i cancervården	20
2.3 Identifierade gemensamma behov inom diagnostik	21
2.3.1 Diagnostiska centrum	22
2.3.2 Bild- och funktionsmedicin	22
2.3.3 Patologi	23
2.4 Identifierade gemensamma behov inom behandling	24
2.4.1 Resurser inom samtliga behandlande specialiteter	25
2.4.2 Onkologisk specialistkunskap i hela regionen	25
2.4.3 Ordnat införande av cancerläkemedel	26
2.5 Cancerrehabilitering	27
2.6 Palliativ vård	29
2.7 Patientens ställning i cancervården	30
2.8 Kompetensförsörjning och utbildning	33
2.8.1 Tillräcklig bemanning av nyckelkompetenser	35
2.8.2 Effektiviseringar – nya arbetsätt	40
2.9 Digitalisering och distansöverbyggande teknik	43
2.10 Kunskapsstyrning	44
2.11 Klinisk forskning, utveckling och innovation	48
2.12 Regionalt cancercentrum norrs ledning och struktur	51
2.13 Nivåstrukturering	51
3. Bakgrundsinformation	54
3.1 Nationella och regionala strategier för cancervården	54
3.2 Norra sjukvårdsregionens vision för cancervården	55
3.3 Cancerutveckling i Sverige och regionen	55
3.4 Jämförelser av cancervårdens kvalitet och effektivitet	59
3.5 Process för att utarbeta en regional cancerplan	60
Bilagor till den regionala cancerplanen	62
Bilaga 1: Målnivåer	62
Bilaga 2: Underlag	80
Bilaga 3: Referenser	83

1. Sammanfattning

1.1 Bakgrund

Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd är den vision för cancervården som Norrlandstingens regionförbund (NRF) beslutade 2011, i samband med bildandet av ett regionalt cancercentrum – RCC Norr. De regionala utvecklingsplaner som beslutats genom åren lägger grunden för att den visionen ska bli verklighet.

Denna cancerplan för 2019–2021 bygger på tidigare utvecklingsplaner och inkluderar också kompetensförsörjning och nivåstrukturer, som tidigare redovisats i separata planer. Cancerplanen för 2019–2021, liksom tidigare utvecklingsplaner, konkretiseras i regionernas egna handlingsplaner. Målen i samtliga regionala planer och regionernas handlingsplaner har följts upp flera gånger under åren. Planerna har anpassats till den utveckling som skett inom cancerområdet, såväl nationellt som regionalt.

RCC Norr har processarbetsgrupper för olika diagnosområden och ett antal diagnosöverskridande områden med representation från samtliga Norrlandsregioner. De regionala processarbetsgrupperna arbetar fortlöpande med förbättringar av vårdprocessen inom respektive ansvarsområde. Patientens behov ska alltid vara i fokus och utgångspunkten ska vara att varje steg i vårdprocessen tillför ett värde för patienten. Patient- och närstående-representanter är involverade i processarbetet.

Processledarna har i samverkan med sina regionala processarbetsgrupper skrivit underlag till både denna cancerplan och tidigare regionala planer. Dessa underlag ligger till grund för den översiktliga planen och ingår i sin helhet som bilagor. Detaljuppgifter om de olika områdena i denna plan finns således i bilagorna 2 A–Z. Processgruppernas redovisning utgör ett utmärkt underlag för den som vill läsa översiktligt om cancerformen eller området. Den bidrar med regionala och lokala synpunkter samt innehåller såväl mål och målnivåer, som SWOT-analyser för de olika förslagen. Mål och målnivåer finns också tabellerade i bilaga 1.

Vid inrättande av RCC fastslogs tio kriterier för arbetet och tidigare regionala utvecklingsplaner har redovisats utifrån dessa kriterier. I maj 2018 presenterade dåvarande regering en avsiktsförklaring med en långsiktig inriktning för att stärka det nationella arbetet inom cancerområdet fram till 2025. Den nationella cancerstrategins inriktning ska enligt förslaget behållas. RCC:s arbete ska fortsätta vara en förebild för övrig vård, men de kriterier som användes vid etableringen av RCC behöver inte längre vara vägledande. Indelningen i nationella programområden (NPO) innebär för närvarande ingen organisatorisk ändring för området cancersjukdomar, men norra sjukvårdsregionen har tilldelats ett vilande värdskap.

Sjukvården står inför stora utmaningar med en åldrande befolkning och möjlighet till alltmer avancerad utredning och behandling. För cancervården ses ett ökat insjuknande i flera cancerformer, samtidigt som mer effektiva behandlingar innebär att allt fler överlever sin cancersjuk-

dom. Det innebär ett ökat antal individer som lever med sin cancersjukdom, vilket ställer stora krav på sjukvården, inte minst på rehabilitering och palliativ vård.

Ny kunskap innebär också att preventiva åtgärder kan utvecklas vidare. Tidig upptäckt av cancer kan förbättras bland annat när screening för nya cancersjukdomar införs och om remittering från akut- och primärvård sker utan dröjsmål. Standardiserade vårdförlopp (SVF) har införts för snabb utredning vid välgrundad misstanke om cancer och behandlingsstart utan fördröjning, men resurserna för bland annat diagnostik behöver förstärkas för att minska ledtiderna och öka kvaliteten. Multidisciplinära ronder (MDK) som bas för behandlingsbeslut bidrar till en jämlik behandling och bör omfatta alla cancerpatienter.

Cancerpatienternas ställning behöver stärkas och stödet till närstående förbättras. Tillgång till kontaktsjuksköterska, med tydligt definierat uppdrag, ökar tryggheten för patient och närstående och säkrar vårdprocessen. Minderåriga barn med en cancersjuk vårdnadshavare har särskilda behov. Informationen om cancersjukdomar behöver förbättras och metoder för att samla och sprida fördjupad patientinformation om cancer bör utvecklas. I flera av dessa frågor har RCC Norrs patient- och närståenderåd en viktig roll.

För fortsatt förbättringsarbete och för effektiv kunskapsstyrning är god inrapportering i kvalitetsregister och följsamhet till de nationella vårdprogrammen viktiga förutsättningar. Vårdens utveckling ska vara ändamålsenlig och stödjas genom kunskap om cancervårdens möjligheter, innebära nytta för patienten och vara kostnadseffektiv.

Bra förutsättningar för utbildning och forskning är avgörande för att cancervården ska kunna utvecklas. Cancerseminarier, interaktiva utbildningsmoduler och nätverk mellan olika yrkesprofessioner är olika vägar för att stödja utbildning och utveckling. Forskningen ska kännetecknas av hög kvalitet, klinisk förankring och patientnytta. Den bör kunna omfatta patienter från hela sjukvårdsregionen för att få tillräckliga underlag och ge alla patienter möjlighet att delta i kliniska studier. En pågående utredning ska kartlägga hinder och föreslå lösningar för ökat deltagande i främst prövarinitierade studier. Den akademiska kompetensen vid FoU/FoI (forskning och utveckling/ forskning och innovation) -enheterna inom regionerna har utvecklats påtagligt parallellt med ett ökat ansvar för delar av läkarutbildningen. Enheterna har resurser för att samla kliniska data, vävnad och blodprover. Utvecklingen innebär stora möjligheter till samverkan med universiteten i norra regionen.

Norra sjukvårdsregionen har särskilda förutsättningar som ställer speciella krav på utvecklingsarbetet. En stor andel glesbygd innebär svårigheter att åstadkomma en likvärdig prevention, tidig upptäckt, utredning, vård och behandling i hela norra regionen. Cancervård i glesbygd är därför särskilt viktigt för RCC Norr. Resor för patienten bör minimeras, något som är särskilt viktigt inom den palliativa vården. Distansöverbryggande teknik behöver utvecklas vidare. Att den onkologiska kompetensen är ojämnt fördelad ställer särskilda krav på cancervården. Att onkologisk specialistkompetens ska finnas i alla regioner är ett prioriterat område.

Cancerplanen 2019–2021 omfattar cancerprevention, följt av de olika stegen i vårdprocessen från tidig upptäckt och vägen in i vården, över diagnostik, behandling, cancerrehabilitering och till palliativ vård. Patientens ställning i vården, kompetensförsörjning och digitalisering redovisas

separat, liksom kunskapsstyrning och forskning. Planen avslutas med ett avsnitt om nivåstrukturer.

Nedan listas först huvudbudskapen i planen. Strategiska punkter och prioriterade områden i cancerplanen 2019–2021 redovisas därefter med hänvisning till de långsiktiga strategier för cancer vården som beslutats i norra regionen.

1.2 Huvudbudskap

Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer

- Sprid information om de tolv punkterna i *Cancerkodex* till sjukvårdspersonal och allmänhet
- Tydliggör riktlinjer och remitteringsvägar vid olika åtgärder för hälsosammare levnadsvanor
- Samordna prevention för hjärt- och kärlsjukdomar med cancerprevention
- Bevaka att det är god följsamhet till befintliga vaccinations- och screeningprogram och att nya nationellt beslutade program snabbt införs. För högriskgrupper ska det finnas en adekvat uppföljning
- Starta införande av tarmcancerscreening
- Ta ställning till införande av strukturerad prostatacancer testning efter genomförd förstudie i norra regionen
- Genomför utbildning i cancerprevention för personal inom specialiserad vård och primärvård
- Cancergenetiska mottagningens resurser bör nyttjas jämlikt inom sjukvårdsregionen

Vägen in i cancer vården

- Fortsätt införa eventuella nya eller utökade SVF
- Arbeta för att uppfylla målsättningen att år 2020 ska 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser utredas via SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom vårdförloppet inom utsatta maximala tidsgränser

Identifierade gemensamma behov inom diagnostik

- Fortsätt effektivisering av samtliga MDK
- Gör åtgärdsplaner för resursförstärkning i form av kompetens, teknik och IT-stöd inom BFM och patologi
- Ta fram strategier för kompetensförsörjning inom BFM och patologi
- Samverka inom sjukvårdsregionen om nivåstrukturering, teknikinvesteringar och IT-utveckling

Identifierade gemensamma behov inom behandling

- Arbeta för att säkra kompetensförsörjning för samtliga behandlande specialiteter inom cancer vården
- Samverka inom sjukvårdsregionen så att onkologisk kompetens finns tillgänglig i samtliga regioner
- Kvalitetssäkra ökad decentralisering av cellgiftsbehandling och stöd onkologisk omvårdnad nära patienten
- Öka patienternas deltagande i kliniska studier i hela sjukvårdsregionen
- Bevaka god täckning i register för nya cancerläkemedel och följ upp läkemedelsanvändningen

Cancerrehabilitering

- Kontrollera att samtliga patienters rehabiliteringsbehov utvärderas kontinuerligt med ett validerat instrument, registreras i *Min vårdplan* och följs upp på ett strukturerat sätt
- Kartlägg kontaktvägar till de olika rehabiliteringsprofessionerna och kontrollera att de är fastställda och fungerande
- Involvera både specialiserad sjukhusvård, primärvård och kommunerna i cancerrehabiliteringen
- Samverka inom sjukvårdsregionen för de komplexa rehabiliteringsfallen

Palliativ vård

- Kontrollera att all berörd sjukvårdspersonal har möjlighet att genomföra den webbaserade utbildningen i palliativ vård
- Kartlägg behov av resursförstärkning i form av kompetens och gör åtgärdsplaner för kompetensförsörjning inom specialiserad palliativ vård
- Kontrollera att det finns fastställda rutiner för samverkan mellan sjukvård och kommun för palliativ vård av cancersjuka barn
- Undersök möjligheter till samverkan inom sjukvårdsregionen för komplexa fall och för att möjliggöra mer vård i hemmet i livets slutskede för de patienter som önskar detta
- Stöd fortsatt utveckling av palliativt kompetenscentrum

Patientens ställning i cancervården

- Kontrollera att samtliga patienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska med adekvat utbildning och skriftligt uppdrag
- Kontrollera att samtliga patienter erbjuds *Min vårdplan* och deltar i att upprätta den, samt att den uppdateras under hela vårdprocessen
- Patienter eller närstående bör ingå i samtliga medicinska arbetsgrupper och stödet till dem utvecklas. Öka rekryteringen av patient- och närståenderepresentanter från hela sjukvårdsregionen.
- Sträva efter en patientcentrerad vård där patienten är medaktör
- Sprid och tillvarata information från patient- och närståenderåd och patientnämnder effektivare inom professionerna

Kompetensförsörjning och utbildning

- Bemanna nyckelkompetenser genom aktiv samverkan med lärosätena i utbildningsfrågor, stöd till nyutbildade, riktade insatser för att behålla befintlig personal och för att förbättra situationen i bristspecialiteter
- Öka andelen specialistutbildade sjuksköterskor och arbeta för att införa avancerade specialistsjuksköterskor
- Effektivisera vårdens arbete genom förändrade arbetssätt som task-shifting och kompetenshöjning
- Samverka inom sjukvårdsregionen för både centralisering och spridning av kompetens

Digitalisering och distansöverbyggande teknik

- Upphandla nya IT-system i samråd med professionerna och utvärdera systemen korrekt
- Arbeta för digital överföring av data över regiongränserna och till kvalitetsregister
- Arbeta för fortsatt utveckling av videoinfrastruktur
- Arbeta för att införa distansöverbyggande lösningar som t.ex. teledermatoskopi vid hälsocentraler och *Hälsorum*

- Nyttja IT-teknik för att bättre tillvarata patientens egen kompetens

Kunskapsstyrning

- Implementera de nationella vårdprogrammen
- Underlätta inrapportering till kvalitetsregister. Följ regelbundet upp täckningsgrader för cancersjukdomarnas kvalitetsregister och använd resultaten för verksamhetsutveckling
- Följ regelbundet upp SVF-data

Klinisk forskning, utveckling och innovation

- Betrakta forskning och utvecklingsarbete som jämbördigt med produktion av sjukvård
- Öka stödet till de lokala FoU-/FoI-enheterna för fortsatt utveckling
- Öka andelen patienter som deltar i kliniska studier och arbeta för att FoU-/FoI-enheterna ska kunna godkännas som egen *forsknings-site* i prövarinitierade studier

Nivåstrukturering

- Beakta hela sjukvårdens, och särskilt akutverksamhetens, behov vid nivåstrukturering
- Använd kvalitetsregistrens underlag vid diskussion om nivåstrukturering
- Utvärdera konsekvenserna av genomförd nivåstrukturering

1.3 Långsiktiga strategier för cancervården fram till 2025

2016 fastslog norra sjukvårdsregionen en långsiktig strategiplan med sju viktiga strategier för cancervården fram till år 2025 (www.cancercentrum.se/norr/vara-uppdrag/strategisk-utvecklingsplan):

Strategi 1: Vård med patientens fokus

Strategi 2: Ökad överlevnad – genom förebyggande arbete och tidig upptäckt

Strategi 3: Jämlig vård och hälsa

Strategi 4: Högkvalitativ vård – evidensbaserad vård

Strategi 5: Forskning och innovation som en integrerad del i verksamheten

Strategi 6: Ökad dialog och integrerade IT-verktyg

Strategi 7: Stabil och god kompetensförsörjning

1.4 Strategiskt viktiga punkter

Hänvisning till respektive strategi inom parentes.

- *Snabb och säker kontaktväg in i vården vid symtom som inger misstanke om cancer eller diagnosticerad cancersjukdom* (strategi 1, 2, 3). Målsättning är att år 2020 ska 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser utredas via SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom vård-

förloppet inom utsatta maximala tidsgränser. Även andra delar av vårdkedjan kan komma att inkluderas i SVF.

- *Patientmedverkan är en naturlig del i alla processer* (strategi 1). Den välinformerade och trygga patienten har kortare vårdtid och lägre morbiditet. Många omvårdnadsstudier fokuserar på patientens roll. Patientens medverkan säkras genom att det finns patientrepresentanter i RCC Norrs patient- och närstående råd, i processarbetsgrupperna och i allt fler andra arbetsgrupper. Patienternas synpunkter efterfrågas i PROM (patient related out-come measures) och PREM (patient reported experience measures). Patientnämnderna rapporterar regelbundet cancerrelaterade fall till RCC Norr. Tyvärr visar uppföljning av patientlagen att målen för information, medverkan och samtycke ännu inte är uppfyllda. Att förbättra patientens ställning är således fortfarande ett förbättringsområde. Närstående behöver också involveras mer i patientens vård och i utvecklingsarbetet för ökat inflytande för patienter och närstående.
- *Snabbt och kontrollerat införande av läkemedel* (strategi 3). Vid införandet av nya läkemedel samarbetar landsting/regioner, expertgrupper och läkemedelsföretag för att introduktionen av nya läkemedel ska bli lika i hela landet. För uppföljning har ett läkemedelsregister för nya cancerläkemedel omfattande endast ett fåtal variabler och med begränsad uppföljningstid införts under 2018. De nya medicinerna, som ofta ingår i rekommenderade nationella behandlingsprogram, är dyra, mer komplexa, men också alltmer effektiva. Inriktning mot specifika tumörfaktorer understryker behovet av att de patienter som är lämpliga för en terapi också ingår i kliniska prövningar för att vården ska vinna nödvändig kunskap.
- *Bedömning på multidisciplinär konferens* (MDK; strategi 3, 4) är viktigt för att patienten ska få en adekvat och jämlik vård och innebär samtidigt att patienten får en *second opinion*. De beslut om behandlingsförslag, som tas på en MDK, baseras på en samlad bedömning av de specialiteter som deltar i patientens utredning och behandling. En successivt ökande efterfrågan på de resurskrävande konferenserna kräver en kontinuerlig effektiviseringsprocess. En kommande utveckling är att samtliga patientgrupper diskuteras på diagnosspecifika MDK, samt särskilda MDK för övergripande områden som avancerad rehabilitering.
- *En optimal nivåstrukturerings* (strategi 4) innebär såväl centralisering som decentralisering. Syftet är att samtliga patienter ska få en god och likvärdig vård och att resurser utnyttjas optimalt. Vid beslut om nivåstrukturerings måste många faktorer vägas in och en samlad överblick över vården krävs för bibehållen kvalitet för alla patientgrupper. Kvalitetsregistren kan bidra till ett bra underlag för bedömning. Varje enskild klinik bör ingå som aktiv part i diskussioner om nivåstrukturerings.
- *Klinisk forskning* (strategi 4, 5, 7) i norra sjukvårdsregionen har utvecklats positivt under senare år och det finns väl etablerade strukturer för samarbete vid universiteten, sjukvården och näringslivet. *Kliniska Studier Sverige* är den övergripande nationella organisationen för olika kliniska studier. *Forum Norr* är den regionala motsvarigheten vid Norrlands universitetssjukhus (Nus), med satellitnoder vid samtliga länssjukhus. Vid dessa finns kliniska forskningscentra med lokala biobankers och möjligheter till systematisk insamling av kliniska data och vävnad. En diskussion om ökad regionalisering av insamling pågår. Med hela norra regionen som upptagsområde finns bättre förutsättningar för kliniska prövningar av läkemedel. Andelen patienter i kliniska prövningar varierar inom norra regionen. Identifierade orsaker är läkemedelsbolagens specifika krav, datalagen som styr åtkomst av patientdata, engagemang och attityder och de extra kostnader för respektive huvudman som ett deltagande kan innebära. ”Cancerstudier i Sverige” på RCC:s webbplats visar pågående cancerstudier, men fler kliniska studier inom opererande specialiteter skulle behöva registreras i databasen. En mall

för redovisning av forskningsaktivitet håller på att implementeras i alla fyra Norrlands-regionerna.

- Målet för *kompetensförsörjning* (strategi 7) är att patienterna i norra regionen ska erbjudas jämlik och högkvalitativ vård. Brist på nyckelkompetenser, i första hand specialistläkare och sjuksköterskor, men även biomedicinska analytiker (BMA), innebär att dessa mål hotas. Kostnaderna för hyrpersonal har ökat kraftigt. Samtliga regioner har fastställt planer med prognoser för kompetensförsörjningen aktuella till 2020 eller längre. Behovet av en kontinuerlig dialog mellan sjukvården och lärosätena om utbildningens dimensionering gäller för alla yrkeskategorier. Det behövs både en rekrytering av nyckelkompetenser och en effektivisering genom nya arbetssätt, t.ex. förflyttning av arbetsuppgifter till en annan yrkeskategori eller kompetenshöjning inom samma yrkesgrupp. Det behövs även ett utökat samarbete och en spridning av kompetensen inom norra sjukvårdsregionen. Överföring av arbetsuppgifter (task-shifting) måste ske mellan alla yrkesgrupper och till nya yrkesgrupper. En förändrad yrkesroll innebär också att farhågor och attityder måste bemötas. För att klara bemanningen i framtiden måste planeringen vara långsiktig och en förändringsberedskap finnas.

1.5 Övergripande prioriterade områden

Hänvisning till respektive strategi inom parentes.

1.5.1 Kontaktsjuksköterska för samtliga cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen (se 2.7; strategi 1, 6).

Det övergripande målet är att alla cancerpatienter i norra regionen ska erbjudas tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska med ett tydligt definierat och skriftligt uppdrag. Den avsatta tiden för uppdraget bör så långt som möjligt respekteras vid prioritering av arbetsuppgifter. Kontaktsjuksköterskan bör vidare få genomgå adekvat utbildning och delta i nätverk för kontaktsjuksköterskor.

Det finns en nationell uppdragsbeskrivning för kontaktsjuksköterskans uppdrag. I uppdraget ingår bland annat att bevaka att en skriftlig individuell vårdplan, *Min vårdplan*, upprättas. Den ska erbjudas alla cancerpatienter och upprättas tillsammans med patienten. En elektronisk variant, *e-MVP*, är under införande. På sikt eftersträvas en sammanhållen plan för patientens samtliga vårdinsatser och vårdplaner.

Tillgång till kontaktsjuksköterska är en kvalitetsvariabel i de flesta kvalitetsregistren.

1.5.2 Cancerprevention och tidig upptäckt (se 2.1; strategi 2)

Enligt Socialstyrelsen beror cirka 20 procent av den totala sjukdomsburden och 30 procent av cancersjukdomarna på ohälsosamma levnadsvanor. Rökning, alkohol, ohälsosam kost med övervikt, stillasittande och solande ökar risken för cancer. För hälsosamma levnadsvanor hänvisas till WHO:s *Cancerkodex* i 12 punkter, på RCC Norrs webbplats.

Regionernas folkhälsoarbete är främst inriktat på insatser för minskad alkohol- och tobaksanvändning, ökad fysisk aktivitet och goda matvanor. Vaccinationsprogram förebygger vissa

cancerformer. Cancerprevention är ett prioriterat område i det regionala folkhälsopolitiska programmet för 2015–2019. Preventionen mot hjärt- och kärlsjukdomar har mycket gemensamt med cancerprevention och det preventiva arbetet kan med fördel kombineras. Engagemang, nya arbetsformer, fortbildning av personal och verktyg för kvalitetsuppföljning behövs för att det preventiva arbetet ska nå framgång.

Att upptäcka cancer i ett så tidigt stadium som möjligt är ofta avgörande för både val av behandling och prognos. Samhället erbjuder screeningprogram och kontroll av riskgrupper. Mammografi- och livmoderhalscancerscreening är etablerade. Förutsättningar för strukturerad prostatacancertestning kartläggs under hösten 2018 och ger underlag för regionernas ställnings-taganden till införande av en sådan strukturerad testning. Socialstyrelsen har beslutat att rekommendera tarmcancerscreening med start under 2019. Förstärkning av kompetens, instrument och lokaler kommer att krävas i varierande grad i alla sjukvårdsregionens regioner, för att möta de ökade behoven.

Det övergripande målet är att sjukvårdsregionen genom ett aktivt cancerpreventivt arbete ska minska risken för att befolkningen insjuknar i cancer.

1.5.3 Förstärkt diagnostik (se 2.3; strategi 5)

Välfungerande diagnostik är en central förutsättning för kvalitet i cancervården och för att led-tiderna inom SVF ska kunna hållas. Bild- och funktionsmedicin (BFM) och patologi är av stor betydelse i de flesta cancerprocesserna. Metodutveckling pågår kontinuerligt och efterfrågan på undersökningar ökar, samtidigt som det är en brist på kompetent personal. För att försöka möta problemen är en sjukvårdsregional samverkan etablerad inom båda specialiteterna och åtgärder för förbättrad kompetensförsörjning kartlagda.

BFM har utöver diagnostik också ansvar för bland annat screeningsverksamhet och uppföljning. De nationella vårdprogrammen har medfört utökad utredning med förbättrad teknik. MDK i sig är resurskrävande för *BFM*. Införande av SVF har också inneburit nya rutiner och en förändrad belastning.

Trots utbyggnad råder kapacitetsbrist avseende undersökningar med magnetresonanskamera (MR) och till viss del med datortomografi (CT). För att möta det ökande behovet av PET-CT-undersökningar pågår en investering i ytterligare en PET-CT vid Nus i Umeå. I Sundsvall pågår förberedelser för en PET-CT inom några år. Investeringskostnaderna för ny teknik är höga och samverkan inom regionen krävs, så att de resurser som finns utnyttjas optimalt. Stora behov finns inom såväl kompetensförsörjning, som vid investeringar i ny teknik.

Patologi är ett område under stark utveckling, med ökande antal cancerfall och allt mer avancerade analyser. Behov av molekylärpatologiska analyser ökar generellt och parallellt pågår skiftet mot fler målinriktade behandlingar. Förutom bemanningsproblem finns ett ökat behov av teknik- och IT-stöd samt ett behov av kvalitetsutveckling med viss nivåstrukturering i sjukvårdsregionen. Den digitala patologin kan både underlätta och höja kvaliteten i bedömningen av proven och ett införandeprojekt pågår inom norra regionen.

Det övergripande målet för en förstärkt diagnostik i sjukvårdsregionen är att tillgången ska svara mot behoven, så att patienterna utreds enligt bland annat de nationella vårdprogrammen och SVF. Korrekta svar från utredningarna ska ges med korta ledtider.

1.5.4 Förstärkning av kompetens och resurser för cancervården i hela regionen (se 2.4.1; strategi 3, 7)

Kunskapsutvecklingen inom cancervården växer snabbt. Inom utredning och behandling introduceras kontinuerligt nya metoder, som lyfts bland annat i de nationella vårdprogrammen. För de olika specialiteterna, som handlägger cancerpatienter, innebär det en förändrad verksamhet med ökande krav, trots genomförda effektiviseringar. Att följa med i utvecklingen för att ge cancerpatienterna en optimal vård innebär behov av omprioriteringar, men också av ökande resurser. För de olika specialiteter som är engagerade i cancervården innebär bristen på specialisläkare och sjuksköterskor ett stort problem. Att lösa kompetensförsörjningen är avgörande för att en god cancervård ska kunna erbjudas patienterna i framtiden.

Det innefattar den onkologiska vården, som blir alltmer komplex och subspecialiserad med snabb utveckling av nya läkemedel. Även strålbehandlingen utvecklas mot mer specialiserade stråldoser. Onkologisk kompetens behöver finnas under hela behandlingstiden för att både behandlingen och eventuella biverkningar ska handläggas optimalt. Det finns onkologiska kliniker i Umeå och Sundsvall, medan tillgången till egna onkologer i Region Norrbotten (RN) och Region Jämtland Härjedalen (RJH) fortfarande är begränsad. I RN och RJH står onkologkonsulter, framför allt från Nus och i viss mån även från Sundsvall, för merparten av specialistkompetensen under vissa av veckans dagar.

Samtliga Norrlandsregioner arbetar med rekrytering av ST-läkare i onkologi och även de regioner som saknar onkologiklinik har nu läkare som utbildas i onkologi. Det är av största betydelse för cancervården att onkologiklinikerna i Sundsvall och Umeå är tillräckligt bemannade och subspecialiserade och att RN och RJH fortsätter utbyggnaden av sina onkologiska enheter. Behovet av konsultation från subspecialiserade onkologer kommer att kvarstå, men kan med onkologspecialist på plats skötas till en större del på distans.

De övergripande målen är att säkerställa resurser och tillgång till kompetens inom de specialiteter som handlägger cancerpatienter inom hela norra sjukvårdsregionen, så att behandlingen är likvärdig, säker och av hög kvalitet. Onkologisk specialistkompetens behöver finnas vid samtliga länsjukhus.

1.5.5 Kunskapsstyrning (se 2.10; strategi 3, 4)

Hösten 2017 påbörjade landsting och regioner uppbyggnaden av en nationellt gemensam struktur för kunskapsstyrning, som baseras på bildandet av nationella programområden. RCC-organisationen utgör denna funktion för cancervården. Om riktade statsbidrag till cancervården upphör, övergår det vilande värdskap för programområdet cancersjukdomar, som tilldelats norra sjukvårdsregionen, till att bli aktivt. Det kommer då att innebära väsentliga åtaganden för sjukvårdsregionen.

RCC Norr har en fast struktur för det regionala stödet till kunskapsstyrning, som bland annat omfattar stöd till forskning, nationella vårdprogram och SVF inom cancervården samt kvalitetsregister och systematiskt förbättringsarbete i vårdprocessernas olika led.

Processledarna och deras regionala arbetsgrupper initierar och följer upp förbättringsarbetet inom sina ansvarsområden. RCC Norr deltar aktivt i arbetet med nationella vårdprogram och gör regionala konsekvensbeskrivningar när vårdprogrammen går ut på remiss. SVF utgör appendix till nationella vårdprogram. För både vårdprogram och SVF görs en årlig översyn. Ett aktivt arbete pågår för att kvalitetskriterierna som redovisas i de nationella vårdprogrammen ska kunna följas upp i kvalitetsregistren. RCC har en gemensam nationell organisation för utveckling av databaser och kvalitetsregister på IT-plattformen INCA.

Varje region är ansvarig för en korrekt och effektiv inrapportering till kvalitetsregistret för respektive diagnos. Detta är ett klart förbättringsområde eftersom den alltmer resurskrävande rapporteringen skiljer sig mellan olika specialiteter och regioner. Ett fungerande register är en förutsättning för ett kvalitativt förbättringsarbete och för registerforskning. Målet är att alla cancerpatienter i regionen snabbt och korrekt ska registreras i relevanta kvalitetsregister. RCC Norrs statistiker gör uttag ur kvalitetsregistren och tar regelbundet fram rapporter över täckningsgrader och målnivåer.

Det övergripande målet med kunskapsstyrningen är att den bästa kunskapen ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

1.5.6 Digitalisering och distansöverbryggande teknik (se 2.9; strategi 6)

En fortsatt utveckling av digitaliseringen kan förbättra förutsättningarna för information till vårdpersonal inför patientmötet och öka patientens delaktighet. Det kan underlätta uppföljning av medicinska resultat och utveckling av verksamheterna. Ett aktivt deltagande av de professioner som ska utnyttja de digitala verktygen är avgörande vid införandet av ny teknik. Effekterna bör följas upp med kartläggning av faktisk användning, påverkan på vårdkvalitet och driftskostnader. Utvärderingen bör ske med vetenskapliga metoder.

Efterfrågade digitala effektiviseringar är bland annat möjligheten att följa patientens väg genom vården, åtkomst till data över regiongränserna och möjlighet att direkt föra över data, bland annat mellan journal och kvalitetsregister. Successivt utvecklas verktyg för att patient och vårdpersonal ska kunna följa vårdprocesserna digitalt.

Distansöverskridande teknik och telemedicin befinner sig i en snabb utvecklingsfas med många pågående projekt, för såväl diagnostik som behandling på distans. Med regionens långa avstånd är telemedicin viktig för samverkan och jämlik tillgång till vård.

Det övergripande målet med digitalisering och distansöverbryggande teknik är att underlätta en likvärdig och tillgänglig vård i hela norra sjukvårdsregionen, att frigöra resurser genom effektivisering och förbättra patientens möjlighet att ta del i sin vård.

1.5.7 Förstärkt palliativ vård (se 2.6; strategi 7)

Palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom regionen, oavsett bostadsort, inom alla vårdformer och vid alla diagnoser. Den palliativa vårdens utmaningar ökar med alltmer komplexa tillstånd och symptom, åldrande befolkning och ökande cancerincidens. Att alltför många önskar att få avsluta sitt liv i det egna hemmet förutsätter ett palliativt konsultstöd dygnet runt om det ska kunna uppfyllas fullt. Cancersjuka barn behöver särskilt uppmärksammas och behovet att få vara kvar i hemmet är särskilt uttalat för det sjuka barnet. Rutiner måste finnas för samverkan mellan regioner och kommuner. I norra sjukvårdsregionen finns enheter för specialiserad palliativ hemsjukvård, konsultationsstöd för palliativ vård och palliativa slutenvårdsplatser, men de är ojämnt fördelade. Ett välfungerande multiprofessionellt palliativt team är en förutsättning för god palliativ vård.

En webbaserad utbildning i grundläggande palliativ vård finns, men för få genomför den. Information och stöd till närstående är avgörande för att patientens situation ska bli så bra som möjligt under den sista tiden. Ett informationsmaterial är framtaget och samverkan pågår med 1177.se för publicering.

För att stärka den palliativa vården har ett regionalt palliativt kompetenscentrum (PKC) etablerats inom RCC Norr. PKC omfattar alla diagnoser, inte enbart cancer. I uppdraget för PKC ingår att bidra till det palliativa innehållet i vårdens grundutbildningar och att stimulera den palliativa forskningen.

Det övergripande målet är att palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom sjukvårdsregionen som behöver det, oavsett bostadsort, vårdform och diagnos.

1.5.8 Cancerrehabilitering (se 2.5)

Cancerrehabilitering syftar till att lindra symptom av sjukdom eller behandling, förebygga ytterligare vårdbehov och förenkla återgång till ett fungerande dagligt liv för både patient och närstående. Det innebär att såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov behöver mötas.

Kontaktsjuksköterskan är en nyckelperson och rehabilitering ska ingå i *Min vårdplan*. Behoven ska bedömas strukturerat och behandlingen med nödvändighet individualiseras. Bedömningen ska ske kontinuerligt, eftersom behoven växlar, och validerade diagnostiska hjälpmedel bör användas. Det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering omfattar generella omvårdnadsaspekter, medan de mer specifika problemen, som är kopplade till en viss cancerdiagnos, återfinns i respektive cancerforms vårdprogram.

Vid behov över grundläggande nivå ska kontakt med rehabiliteringsprofession erbjudas. Cancerrehabilitering innebär ett multiprofessionellt arbetssätt, där sjukvården behöver samverka även med andra aktörer, som arbetsgivare och försäkringskassa, för att möjliggöra och underlätta återgång till arbetslivet. Minderåriga barn med en vårdnadshavare som har cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information och stöd.

Rehabspåret är ett regionalt projekt med syfte att underlätta införandet av en systematisk bedömning av rehabiliteringsbehovet. Projektet syftar även till att fastställa definierade kontaktvägar till olika resurser som ingår i rehabiliteringen för varje cancerform. Möjlighet att utvärdera rehabiliteringsinsatser med hjälp av kvalitetsregistren för respektive cancerform skulle stärka rehabiliteringsarbetet ytterligare och arbete för detta pågår nationellt.

Det övergripande målet är att alla sjukvårdsregionens cancerpatienter och deras närstående ska erbjudas grundläggande cancerrehabilitering, samt ytterligare rehabiliteringsåtgärder utifrån individuella behov.

2. Regional cancerplan 2019–2021

Norra regionen har en befolkning på knappt en miljon invånare (895 534), som bor på drygt halva Sveriges yta. Det innebär geografiska utmaningar att bedriva sjukvård i en region med stora delar glesbygd. Det finns också socioekonomiska skillnader som har genomslag i befolkningens sjuklighet. Skillnad i levnadsvanor, som rökning, matvanor, solexponering, följsamhet till screeningundersökningar och i vilken utsträckning till exempel prostatacancerundersökning efterfrågas, men också vårdens handläggning, kan vara bakomliggande faktorer till skillnader i insjuknande och dödlighet. Befolkningen i norra regionen har en kortare livslängd och en äldre befolkning i jämförelse med riket.

Allt fler patienter i Sverige lever med cancer. Orsaker till detta är en åldrande befolkning, förbättrad diagnostik, ett förändrat cancerpanorama och en ökande överlevnad. Tidig diagnos av cancer har stor betydelse för prognosen. Tillsammans med den stigande prevalensen, d.v.s. att allt fler människor lever med sin cancer, innebär det att behoven av förebyggande arbete, tidig upptäckt och diagnos kommer att öka i framtiden.

Den statliga satsningen på cancervården år 2014–2018 fokuserade främst på att korta väntetider och främja patientens delaktighet.

RCC Norrns regionala processledare har tillsammans med sina regionala arbetsgrupper tagit fram underlag till denna regionala cancerplan för 2019–2021, samt presenterat förbättringsförslag och målnivåer. De senare har definierats för områden, där resultaten i norra regionen är sämre än riksgenomsnittet eller som av andra skäl bedöms vara särskilt viktiga att förbättra.

Målnivåerna redovisas i detalj i bilaga 1 och bakgrunden redovisas i respektive processledares rapport i bilagorna 2, A–Z. Uttalade gemensamma behov och områden som är av stor vikt för den samlade cancervårdens kvalitet och möjlighet till utveckling presenteras kort nedan.

Nivåstrukturerings redovisas separat i avsnitt 2.13.

2.1 Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer

Huvudbudskap

- Sprid information om de tolv punkterna i *Cancerkodex* till sjukvårdspersonal och allmänhet
- Tydliggör riktlinjer och remitteringsvägar vid olika åtgärder för hälsosammare levnadsvanor
- Samordna prevention för hjärt- och kärlsjukdomar med cancerprevention

- Bevaka att det är god följsamhet till befintliga vaccinations- och screeningprogram och att nya nationellt beslutade program snabbt införs. För högriskgrupper ska det finnas en adekvat uppföljning
- Starta införande av tarmcancerscreening
- Ta ställning till införande av strukturerad prostatacancer-testning efter genomförd förstudie i norra regionen
- Genomför utbildning i cancerprevention för personal inom specialiserad vård och primärvård
- Cancergenetiska mottagningens resurser bör nyttjas jämlikt inom sjukvårdsregionen

Enligt Socialstyrelsen beror omkring 20 procent av den totala sjukdomsördan och 30 procent av cancersjukdomarna på ohälsosamma levnadsvanor. Prevention är därför ett viktigt område. Internationella cancerforskningsrådet (WCRF) redovisade i maj 2018 sin tredje sammanställning av preventiva åtgärder mot cancer. En förbättring, åtminstone i vår del av världen är, att färre personer röker, behandlingen av *Helicobacter pylori*, som har samband med magsäckscancer, har blivit bättre och införandet av vaccination mot humant papillomvirus (HPV) för flickor. Det innebär att färre individer kommer att drabbas av vissa cancerformer. Negativt är en ökande övervikt och fetma. Antalet cancerformer som kan kopplas till fetma har ökat från sju till tolv.

Hälsosamma levnadsvanor

För mer information om hälsosamma levnadsvanor hänvisas till WHO:s *Cancerkodex*, som också återfinns på RCC Norrs webbplats. De tolv rekommendationerna är följande:

1. Rök inte. Använd inte någon form av tobak.
2. Rök inte i ditt hem. Uppmuntra till en rökfri arbetsplats.
3. Se till att ha en hälsosam kroppsvikt.
4. Var fysiskt aktiv i vardagen. Begränsa den tid du sitter ned.
5. Ät en hälsosam mat.
 - a. Ät mycket fullkorn, baljväxter, grönsaker och frukt.
 - b. Begränsa intaget av livsmedel med hög kalori- och fetthalt och undvik söta drycker.
 - c. Undvik processat kött, begränsa intaget av rött kött och livsmedel med hög salthalt.
6. Om du dricker alkohol av något slag, begränsa ditt drickande. Att inte dricka alkohol alls är bättre med avseende på cancerprevention.
7. Undvik för mycket sol, speciellt viktigt för barn. Använd solskyddskräm. Sola inte i solarium.
8. Följ hälso- och säkerhetsföreskrifter på din arbetsplats för att skydda dig mot cancerframkallande ämnen.
9. Ta reda på om du är utsatt för höga radonnivåer i ditt hem. Se till att minska höga radonnivåer.
10. För kvinnor: Att amma minskar moderns cancerrisk; amma om du kan. Hormonbehandling för klimakteriebesvär ökar risken för vissa cancerformer; begränsa behandlingen.
11. Se till att dina barn deltar i vaccinationsprogram för: hepatit B (för nyfödda), humant papillomvirus (HPV för flickor).
12. Delta i screeningprogram för: tarmcancer (män och kvinnor), bröstcancer (kvinnor), livmoderhalscancer (kvinnor).

Tobaksprevention behöver genomsyra hela vårdkedjan från primärvård till sjukhusvård och rehabilitering (t.ex. rökstopp inför operation vid benign sjukdom). Tobakspreventionen har förbättrats med tillgång till flera tobaksavvänjare, men tydliga riktlinjer och remitteringsvägar för stöd för rökavvänjning behöver etableras i hela regionen. Fysisk aktivitet skrivs ut på recept (FAR), om än med viss stagnation på senare tid. Ett nätverk för alkoholprevention finns i norra regionen. Projektet *Sunda solvanor*, som genomfördes i samarbete mellan RCC och barnhälsovården, tillhandahöll ett bra informationsmaterial, som BVC-sköterskorna gärna vill fortsätta att använda. Säker sex är viktigt för att förebygga livmoderhalscancer och flera andra cancerformer. I regionen främjas säkrare sex bland annat genom gemensamt arbete i Kunskapsnätverk hiv/STI norr.

Regionernas folkhälsoarbete är främst inriktat på insatser för minskad alkohol- och tobaksanvändning, ökad fysisk aktivitet och goda matvanor. Norrlandsregionerna har en gemensam arbetsgrupp för folkhälsoarbete. I det regionala folkhälsopolitiska programmet för 2015–19 är cancerprevention ett av fyra prioriterade områden med fokus på hälsosamma levnadsvanor enligt ovan. Även RCC Norr har prevention som ett prioriterat område.

Sjukvårdens befintliga preventiva arbete har hittills huvudsakligen handlat om primär och sekundär prevention av hjärt- och kärlsjukdomar. Ovanstående 12 punkter, som gäller för cancer-sjukdomar, är i många fall giltiga även för hjärt- och kärlsjukdomar. Preventionsarbetet kan därför med fördel samordnas.

Vaccination, screening och uppföljning av riskgrupper

Samhället erbjuder vaccinationsprogram, kontroll av riskgrupper och screeningundersökningar. I framtiden kommer sannolikt screening för fler cancersjukdomar att introduceras. Internationellt och nationellt diskuteras till exempel screening för lungcancer. RCC:s processarbetsgrupper för mammografi- och cervixcancerscreening arbetar med kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten.

Vaccination mot hepatit B under första levnadsåret ingår i vaccinationsprogrammet eller erbjuds i samtliga regioner.

Unga flickor (årskurs 5–6) erbjuds HPV-vaccination. Incidensen för cervixcancer (cancer i livmoderhalsen) ökar och vaccinationen är viktig. Följsamheten till vaccinationsprogrammet varierar något inom norra regionen (se bilaga 2 L). Folkhälsomyndigheten rekommenderar att HPV-vaccination även ska ingå i vaccinationsprogrammet för pojkar.

Screening, prostatacancer. Under 2018 avrådde Socialstyrelsen hälso- och sjukvården från att erbjuda allmän screening för prostatacancer med PSA-test, vare sig med eller utan annat kompletterande test. Nyttan med screening bedömdes inte tydligt överväga de negativa effekterna på befolkningsnivå. En omfattande, ineffektiv och ojämlig PSA-testning förekommer dock. Norra sjukvårdsregionen genomför under hösten 2018 en gemensam förstudie av förutsättningar för strukturerad prostatacancer-testning av män 50–74 år i enlighet ett föreslaget nationellt program. Förstudien kommer att utgöra underlag för regionernas ställningstagande till införande av strukturerad prostatacancer-testning. Enligt förslaget ska landstingen/regionerna ge balanserad information till deltagande personer och strukturerat utvärdera den organiserade testningen genom hela vårdkedjan.

Screening, tarmcancer. En nationell studie för screening av tjocktarmen, den s.k. SCREESCO-studien, startade 2014 och kommer att avslutas under 2019. Socialstyrelsen beslutade dock redan 2014 att rekommendera tarmcancerscreening i åldrarna 60–74 år. RCC i samverkan rekommenderar ett införande av allmän screening för tarmcancer i Sverige bör starta 2019. IT-stöd för information och kallelser till screeningen är under framtagande nationellt.

Socialstyrelsen rekommenderar tarmcancerscreening med avföringsprov. Cirka två procent av alla screenade kommer att få ett positivt testsvar och ska då genomgå en koloskopi. Vid koloskopin kan även förstadier till cancer upptäckas och avlägsnas, vilket är en effektiv cancerpreventiv åtgärd. Genom generell tarmcancerscreening beräknas 300 liv per år kunna sparas i landet (se bilaga 2 K).

Förstärkning av kompetens, instrument och lokaler kommer att krävas i varierande grad i alla regioner, för att möta de behov som screeningen kommer att medföra.

Screening, bröstcancer. Kvinnor 40–74 år erbjuds mammografiundersökning. Under de senaste åren har flera nationella gemensamma förbättringar inom processen för mammografiscreening genomförts (se bilaga 2 N). Ett nationellt kvalitetsregister är under utveckling och bör tas i bruk av samtliga berörda verksamheter när det blir tillgängligt.

Screening, cervixcancer. Kvinnor 23–60 år erbjuds screening för cervixcancer med cytologiproov. Incidensen för cervixcancer ökar och det kommer att dröja innan vi kan se de positiva effekterna av HPV-vaccinationen av unga flickor. Nu finns en ny och känsligare analysmetod, som rekommenderas i det nya vårdprogrammet, som har införts i stora delar av landet. Det behöver snarast införas även i hela norra sjukvårdsregionen. De nya riktlinjerna medför ökade krav på administrationen kring screeningen. Utfallet av ”falskt” negativa prov varierar mellan laboratorierna i regionen, vilket visar på behovet av kvalitetssäkring (se bilaga 2 L).

Övervakning av patienter med hepatit B och levercirros. Med screening för hepatit i riskgrupper kan effektiv behandling sättas in och den ökade risken för skrumplever (cirros) och levercellscancer minskas. Patienter med utvecklad cirros ska följas upp regelbundet. Vålfungerande övervakningsprogram behöver organiseras i respektive region (se bilaga 2 Z).

Högriskgrupper. Vissa högriskgrupper behöver omfattas av särskilda program eller modifiering av befintliga program. RCC Norr bedriver ett arbete för att identifiera och stärka skyddet för dessa grupper. Cancergenetiska mottagningen vid Nus erbjuder rådgivning, utredning och uppföljning för personer i hela sjukvårdsregionen med en ärftligt ökad risk för cancer. Genom att erbjuda riktade kontrollprogram för dessa personer med en medfödd ökad risk kan upptäckten av cancer tidigareläggas. För individer med vissa genetiska förändringar med särskilt hög risk för specifika cancerformer kan förebyggande kirurgi förhindra eller kraftigt minska risken för insjuknande i cancer. Kunskapen om ärftlig cancer ökar. För flera cancerdiagnoser kan förekomsten av en särskild genetisk förändring, oavsett om den är medfödd eller uppstått i tumören, vara helt avgörande i valet av behandlingsmetod för den enskilde patienten. Antalet utredningar avseende ärftlig cancer förväntas därmed öka under de kommande åren. Kunskap om detta behöver bli mer känt i regionen. Cancergenetiska mottagningens resurser bör nyttjas jämnt inom sjukvårdsregionen.

Riktade insatser

Nationella utvärderingar visar att det behövs ett större engagemang, nya arbetsformer och riktade insatser, men även fortbildning och verktyg för kvalitetsuppföljningar av det preventiva arbetet (se bilaga 2 T). I linje med detta föreslår processarbetsgruppen för primärvården att möjligheterna för inrättande av hälsocentrum ska undersökas, som en länk mellan specialistvården och primärvården. Ett hälsocentrum skulle kunna stödja ett aktivt arbete med levnadsvanor, bidra med kunskapsstöd för rådgivning och behandlingsåtgärder, sköta planering av riktade insatser samt registrering och kvalitetsmätning av genomförda åtgärder. De skulle också kunna bidra med kunskapsunderlag till både vårdpersonal och patienter.

Ett annat förslag är så kallade hälsokoordinatorer inom primärvården. RJH har sedan flera år en liknande primärpreventiv funktion, som verkar gentemot samhället i stort och mot olika föreningar och skolor. Inom primärvården är personalgrupper, som ser samma patient upprepade gånger, till exempel fysioterapeuter och distriktssköterskor särskilt viktiga för preventionsarbetet, både i förebyggande syfte och riktat till den patient som redan drabbats av sjukdom.

Personalens utvärderingar av utbildningar för hälsosamma levnadsvanor har varit positiva, men det har varit svårt att nå alla personalgrupper, inte minst inom primärvården. Bilden är att det är brist på både tid och kompetens. Det finns också en rädsla för att ställa vissa frågor om levnadsvanor till patienter. Det är bara en liten andel av patienterna som får åtgärder från sjukvården för att förbättra sina levnadsvanor. Om preventiva åtgärder kunde mätas i kvalitetsregistren skulle utvecklingen kunna följas på ett bättre sätt och kvaliteten säkras.

2.2 Vägen in i cancervården

Huvudbudskap

- Fortsätt införa nya eller utökade SVF
- Arbeta för att uppfylla målsättningen att år 2020 ska 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser utredas via SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom vårdförloppet inom utsatta maximala tidsgränser

Primärvårdens roll

Primärvårdens uppgifter som en del av cancervården innefattar förebyggande arbete för ett hälsosammare levnadssätt, att utreda patienter för misstänkt cancersjukdom och att ansvara för patienter som behandlats för cancer. Primärvården har därmed en nyckelroll för att bidra till sammanhållna vårdkedjor under cancerprocessens olika steg.

Att utreda patienter för misstänkt cancer förutsätter både god kunskap om kardinal- och alarmsymtom och välfungerande rutiner för utredningar. De flesta patienter med cancer (ca 75 procent) söker först vård i primärvården. Det övergripande målet är att utredningar vid cancermisstanke ska ske utan fördröjning och möjliggöra en snabb start av första behandling.

Att ansvara för patienter med cancer i sjukdomshistorien ställer krav på kunskap om diagnostik, behandling och rehabilitering, men också en beredskap för att diskutera förändrade levnadsvanor med patienterna. Information och stöd avseende hälsosamma levnadsvanor behöver vara en del av såväl förebyggande som rehabiliterande åtgärder, både för patienter med och utan cancer. Det förutsätter ett teamarbete med läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, dietister, kuratorer och läkarsekreterare (se bilaga 2T).

Det första delbetänkandet i utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* presenterar en gemensam färdplan och målbild mot en primärvård som har en central roll i hälso- och sjukvården. Primärvården, som har förutsättningar att se hela personens vårdbehov, bedöms bäst kunna bidra till en jämlik hälsa. Den ska vara sjukvårdens bas och en stark första linje samt arbeta förebyggande med en bred ansats. Uppdraget till primärvården kommer att vara nationellt utformat och ställa stora krav på kompetensförsörjning och resursöverföring från övrig sjukvård.

Standardiserade vårdförlopp

Landets samtliga regioner och landsting arbetar med införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården. År 2018 fanns 31 SVF för olika cancerdiagnoser och övergripande områden som cancer utan känd primärtumör (CUP) och allmänna ospecifika symtom. Målsättningen för den statliga cancersatsningen 2014–2018 är att år 2020 ska 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser utredas via SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom vårdförloppet inom utsatta maximala tidsgränser. SVF definierar kriterier för välgrundad misstanke för cancer, utredningsförlopp och tid till behandlingsstart för de olika cancerdiagnoserna. Att kontinuerligt kunna följa ledtiderna inom olika SVF innebär en möjlighet att direkt kunna utvärdera konsekvenserna av till exempel rutin- eller organisationsförändringar. En möjlig framtida utveckling är att även andra delar av vårdkedjan omfattas av SVF.

Tydliga rutiner inom SVF underlättar för primärvården att remittera patienten till snabbare utredning vid välgrundad misstanke, men ökar också kraven på att patienten informeras på ett adekvat sätt.

2.3 Identifierade gemensamma behov inom diagnostik

Huvudbudskap

- Fortsätt effektivisering av samtliga MDK
- Gör åtgärdsplaner för resursförstärkning i form av kompetens, teknik och IT-stöd inom BFM och patologi
- Ta fram strategier för kompetensförsörjning inom BFM och patologi (se 2. 8)
- Samverka inom sjukvårdsregionen om nivåstrukturering, teknikinvesteringar och IT-utveckling

Välfungerande diagnostik är en central förutsättning för att SVF ska kunna följas. Att nå de mål som avser ledtider beror på ett antal faktorer, men de diagnostiska processerna är initialt avgörande. Nedan presenterade områden är diagnosöverskridande och av betydelse för de flesta cancerdiagnoserna.

2.3.1 Diagnostiska centrum

För att snabbt utreda patienter med ospecifika symptom eller undersökningsfynd, som kan bero på cancer eller annan allvarlig sjukdom och där övrig vård inte lyckas fastställa en diagnos, har *Diagnostiska centrum* (DC) inrättats i hela landet. I norra sjukvårdsregionen finns ett diagnostiskt centrum i varje region; två är placerade på länssjukhus och två på länsdelssjukhus. Just länsdelssjukhusen kan med sina breda ansvarsområden och nära kontakt mellan specialiteterna vara lämpliga för diagnostiska centrum, även om samarbete med övriga sjukhus i många fall är nödvändigt.

2.3.2 Bild- och funktionsmedicin

Bild- och funktionsmedicin (BFM) har en central roll inom cancervården med ansvar för screeningverksamhet, diagnostik, uppföljning av behandlingseffekten (som bör ske så nära patientens hem som möjligt) och övervakningsprogram för riskgrupper. BFM avgör också om ledtider i SVF kan hållas. I 28 av hittills 31 införda SVF används BFM i diagnostiken.

Utvecklingen av olika radiologiska och nukleärmedicinska metoder är snabb och efterfrågan på alltmer avancerade undersökningar ökar i nationella vårdprogram och riktlinjer. Samtidigt råder brist på olika professioner, främst specialistläkare inom radiologi/nuklearmedicin och röntgensjuksköterskor. Investeringskostnaderna för ny teknik är också höga. Sammantaget ställs stora krav på samverkan inom regionen, så att de resurser som finns utnyttjas optimalt. Behov finns såväl inom kompetensförsörjning, som för investering i utökad eller ny teknik.

Kompetensförsörjning. För specialistläkare (radiologi och nuklearmedicin) och röntgensjuksköterskor, se 2.8.1 ”Tillräcklig bemanning av nyckelkompetenser”. Inom BFM finns också behov av flera andra yrkeskategorier, som biomedicinska analytiker (BMA), sjukhusfysiker och ingenjörer. För BMA råder en bristsituation i hela norra regionen, för övriga professioner varierar tillgången.

Aktuella och framtida bemanningsbehov, och risk för undanträngningseffekter vid brist-situationer, påverkas bland annat av nedanstående faktorer (se bilaga 2 B för detaljer):

Nationella vårdprogram. Utredningsdelen för olika cancerformer ökar i omfattning med förbättrad teknik. Medverkan från BFM behövs vid införande av nya undersökningar i vårdprogrammen och i förankring och dialog på det lokala planet.

Behov av bättre kompatibilitet mellan de digitala systemen. Införande av elektroniska remisser mellan huvudmännen i norra sjukvårdsregionen skulle effektivisera arbetet, förkorta tiden för hantering av remissen och öka patientsäkerheten. Det gäller även övriga remisser inom norra sjukvårdsregionen.

Multidisciplinära konferenser, MDK, har ökat möjligheterna till jämlik vård av hög kvalitet och innebär att till patienten får en *second opinion*. MDK är dock en resurskrävande verksamhet för BFM och kräver välfungerande rutiner, som fortlöpande behöver optimeras i samverkan med remittenterna. Efterfrågan på MDK ökar kontinuerligt, för nya områden inom cancervården, som till exempel cancerrehabilitering eller för att inkludera samtliga tumörfall inom en cancerdiagnos (se bilaga 2 P, W).

Ny verksamhet. Införande av SVF har inneburit ändrade rutiner, bland annat införande av obokade tider, och en förändrad belastning på BFM. Nya riktlinjer för övervakning av vissa riskpatienter innebär ökade krav på BFM. Det finns också förslag på en utökad och mer klinisk roll för t.ex. mammografiläkare och för ultraljudsspecialister som undersöker sköldkörteln.

Utökad verksamhet med befintlig och ny teknik. Utrustning för diagnostik och uppföljning behöver fortsatt förstärkas i sjukvårdsregionen. Kapacitetsbrist avseende undersökningar med magnetresonanskamera (MR) och till viss del med datortomografi (CT) finns fortfarande, även om utbyggnad har skett och också pågår.

Positron-Emission-Tomografi som kombineras med datortomografi (PET-CT), är en nuklearmedicinsk avbildningsteknik som bygger på användning av radioaktiva isotoper som förenar sig med kroppsegna ämnen. Den vanligast använda substansen är fluor 18 kopplat till en glukosmolekyl, som ansamlas i områden med hög ämnesomsättning av socker. Vid cancersjukdom har tumörcellerna ett ökat behov av socker och det radioaktiva ämnet i tumörvävnaden gör att tumörerna lyser mer än omkringliggande normalvävnad. Det finns även andra typer av PET-spårämnen, s.k. tracers, för vissa specifika diagnoser. Det klart dominerande indikationsområdet för PET-CT är cancersjukdomar. Undersökningen ingår i utredning och uppföljning för en stor andel av cancersjukdomarna.

Det ökande behovet av PET-CT i norra sjukvårdsregionen föranledde en utredning av behovet av ytterligare PET-CT och förslag på lokalisering av dessa. Hösten 2018 pågår en investering av en PET-CT vid Nus i Umeå. I Sundsvall pågår förberedelser för ytterligare en PET-CT, för drift inom några år.

2.3.3 Patologi

En välfungerande patologiverksamhet är helt central för cancervården. Det övergripande målet är att tillgången ska svara mot behoven, så att patienter utreds med korta ledtider enligt de nationella vårdprogrammen och det SVF som gäller för cancerformen. Ökande antal cancerfall och alltmer omfattande molekylärpatologiska analyser utgör utmaningar. En omfattande nationell utredning för sex år sedan påtalade en bristande kapacitet inom patologin med stor diskrepans mellan bemanning och behov, som påverkade ledtider, kvalitet och forskning mycket negativt. Långsiktig planering efterfrågades.

Som ett resultat av utredningen inledde Norrlandsregionerna ett samarbete för att kartlägga situationen i sjukvårdsregionen och för att identifiera förbättringsområden. Förutom bemanningsproblem påvisade kartläggningen ett ökat behov av teknik- och IT-stöd samt av kvalitetsutveckling med viss nivåstrukturering. En regional samverkan bedömdes vara helt nödvändig.

Kompetensförsörjning. De synpunkter och förslag som nämns i avsnittet om kompetensförsörjning är generella och giltiga även för patologin (se 2.8). Behov av att utarbeta bemanningsmål och kompetensförsörjningsplan, arbeta med kompetensväxling och utnyttja stödresurser framhålls även i målbeskrivningen för patologin.

Det är brist på patologer och cytologer, både nationellt och regionalt. Det finns sökande till ST-läkartjänsterna inom patologi, men för få handledare är fortfarande ett hinder för utbildningen. På kort sikt finns eventuellt möjligheten att rekrytera utbildade patologer från övriga landet eller annat land. På lång sikt bedöms endast egen utbildning av patologer och kvalificerad stödpersonal som en framgångsrik väg. En utveckling av den digitala patologin och ett samarbete i kompetensnätverk innebär en möjlighet att delvis möta patologbristen.

För biomedicinska analytiker (BMA) och cytodiagnostiker (CD) har rekryteringen sviktat, vilket påverkat ledtiderna inom rutinpatologin negativt. BMA-programmet finns vid Umeå universitet. Vidareutbildning till CD sker vid Karolinska universitetssjukhuset. Konkurrens om BMA från läkemedelsföretag och många kommande pensioneringar, gör att behovet är stort av att fler utbildar sig till BMA för arbete inom sjukvården.

Utökad behov av teknik- och IT-stöd. Det finns ett generellt ökat behov av molekylärpatologiska analyser. Det pågår också ett skifte inom molekylärpatologin, kopplat till allt fler målinriktade behandlingar, vilket innebär behov av nya resurser, både kompetensmässiga och tekniska.

Den digitala patologin kan både underlätta och höja kvaliteten i bedömningen av proven. Ett införandeprojekt pågår inom norra regionen och en arbetsgrupp med uppgift att underlätta införandet efterfrågas.

2.4 Identifierade gemensamma behov inom behandling

Huvudbudskap

- Arbeta för att säkra kompetensförsörjning för samtliga behandlande specialiteter i cancervården
- Samverka inom sjukvårdsregionen så att onkologisk kompetens finns tillgänglig i samtliga regioner i norra sjukvårdsregionen
- Kvalitetssäkra ökad decentralisering av cellgiftsbehandling och stöd onkologisk omvårdnad nära patienten
- Öka patienternas deltagande i kliniska prövningar i hela sjukvårdsregionen
- Bevaka god täckning i register för nya cancerläkemedel och följ upp läkemedelsanvändningen

2.4.1 Resurser inom samtliga behandlande specialiteter

Cancervården utvecklas hela tiden med nya behandlingsmöjligheter. De behandlande specialiteterna omfattar också allt mer avancerade *diagnostiska åtgärder*. Exempel är ultraljudsundersökningar och olika former av endoskopier, där ett böjligt instrument med fiberoptik används för att undersöka till exempel mag-tarmkanalen. Undersökningen innebär möjligheter både att direktgranska eventuella förändringar och bildokumentation. I vissa fall kombineras diagnostiken med behandlande åtgärder. Även i övrigt utvecklas behandlingsmetoderna snabbt, inte minst inom de kirurgiska specialiteterna. I många fall går utvecklingen mot mer minimal-invasiv kirurgi, inkluderande robotkirurgi. Tillsammans med de nya screeningprogrammen kräver utvecklingen inom diagnostik och behandling såväl omprioriteringar och effektiviseringar som diskussion om resursfördelning. För att kunna ge patienterna en optimal vård är ett aktivt och långsiktigt arbete för en adekvat kompetensförsörjning också helt avgörande.

2.4.2 Onkologisk specialistkunskap i hela regionen

Det övergripande målet är att säkerställa tillgång till specialistkompetens inom onkologi vid samtliga länssjukhus, för att möjliggöra en likvärdig, säker och effektiv onkologisk behandling av sjukvårdsregionens cancerpatienter.

Kompetensförsörjning. Idag finns onkologiska kliniker i Umeå och i Sundsvall. Tillgången till onkologer i Norrbotten (RN) och Jämtland Härjedalen (RJH) är begränsad. I dessa regioner står onkologkonsulter, framför allt från Nus, och för Östersunds del periodvis även från Sundsvall, för merparten av specialistkompetens inom området, men med begränsad fysisk närvaro. Tillgång till onkologisk kompetens behövs dock fortlöpande under hela behandlingstiden, inklusive rehabilitering och palliativ vård. Den nuvarande situationen innebär en påtagligt ojämlig vård för patienterna i de två regioner som saknar onkologklinik.

Cytostatikabehandling. För patienten är det av stort värde att få sin cellgiftsbehandling, på ett säkert och kvalitetsmässigt bra sätt, så nära hemmet som möjligt. Behandlingen med cellgifter är redan idag decentraliserad. *Cytodos* är ett digitalt verktyg, med stöd för både dosering och information om olika kombinationer vid cellgiftsbehandling. Verktöget är infört i hela norra sjukvårdsregionen. Det finns också ett nationellt regimbibliotek att tillgå som kompetensstöd.

Fysisk träning. Idag finns tillräckligt med evidens för att implementera fysisk träning som en del av den onkologiska behandlingen. Flera studier visar att det inte innebär några risker för patienterna att träna under och efter onkologisk cancerbehandling, men däremot framkommer klara positiva hälsoeffekter. Fysisk träning bör ingå som en del av standardbehandlingen, men förutsätter individuellt anpassad och balanserad information.

Onkologisk vård i närområde. I Region Västernorrland pågår 2018 ett projekt där en onkologisk sjuköterska, anställd vid onkologkliniken i Sundsvall, stationeras på hälsocentralen i Ånge under två dagar i veckan. Det innebär att vissa mottagningsbesök och omvårdnad kan ske patientnära. Det kan handla om borttagning och omläggning av infarter för cellgiftsbehandling, provtagning och administration av läkemedel samt behandling av cancersår. Utvärdering sker januari 2019 och om den utfaller väl kan konceptet med fördel spridas i sjukvårdsregionen.

Framtida utmaningar. Den onkologiska vården blir alltmer komplex och därmed subspecialiserad, när nya läkemedel tas i bruk och kunskapen om genetiska förutsättningar för vissa behandlingar ökar. I hela sjukvårdsregionen behövs både tillräcklig bemanning inom den onkologiska specialiteten och tillgång till subspecialistens kunskap. Detta framkommer tydligt i underlagen från de olika cancerprocesserna. Samtliga regioner arbetar med rekrytering av ST-läkare i onkologi. Även de regioner som saknar onkologiklinik har nu läkare som utbildas inom onkologi. Det är av största betydelse för cancervården att onkologiklinikerna i Sundsvall och Umeå är tillräckligt bemannade och subspecialiserade och att RN och RJH fortsätter utbyggnaden av onkologiska enheter. I RN och RJH måste det finnas ett tillräckligt antal läkare vid de onkologiska enheterna så att en god arbetsmiljö kan upprätthållas och regelbunden vidareutbildning i form av rotations-tjänstgöring vid onkologiklinik kan garanteras. Behov att konsultera subspecialiserade onkologer kommer att kvarstå, men kan med onkologspecialist på plats skötas till en större del på distans.

2.4.3 Ordnat införande av cancerläkemedel

Landsting och regioner, myndigheter, olika expertgrupper, som t.ex. *Rådet för Nya Terapier* (NT-rådet) inom SKL, samt läkemedelsföretag samarbetar i en gemensam process vid införande av nya läkemedel. En förutsättning för att rekommendera användning är att läkemedlet och indikationen godkänts för marknadsföring av den europeiska läkemedelsmyndigheten (EMA). EMA godkänner ett läkemedel baserat på effekt och säkerhet, men tar inte hänsyn till kostnaden i förhållande till nyttan för patienten.

Nya läkemedel. Den nationella arbetsgruppen för cancerläkemedel (NAC) är ett stöd för det nationella arbetet med nya läkemedelsterapier inom cancerområdet. NT-rådet och NAC värderar ett läkemedels nytta för patienten i förhållande till priset och ger en rekommendation om hur läkemedlet ska användas. Norra regionens representant i NAC är RCC Norrs processledare för cancerläkemedel och ingår också i det regionala läkemedelsrådets arbetsutskott för införande av nya läkemedel (ARIL). Användning av nya cancerläkemedel ska förankras hos vårdgivare och i dialog med de regionala processledare som berörs av de nya läkemedlen. Beslutsunderlagen för regional introduktion av nya cancerläkemedel utarbetas med stöd från det regionala chefsrådet och RCC Norrs processarbetsgrupper.

Läkemedelsterapier för cancer har på senare år genomgått en snabb utveckling mot alltmer effektiva, men samtidigt mer komplexa behandlingar. Precisionsmedicin tar hänsyn till kliniska underlag, genetik och biomarkörer. De nya läkemedlen ingår ofta i nationella behandlingsrekommendationer. Inriktning mot specifika tumörfaktorer innebär att inte alla patienter inom en cancerform är hjälpta av samma behandling. Det understryker behovet av att de patienter som är lämpliga för att ingå i kliniska prövningar också ges möjlighet att delta i sådana för att vården ska vinna nödvändig kunskap. Det medför även ett ökat behov av genetiska analyser. De nya medicinerna är dyra och med den nationella modellen för ordnat införande samverkar landsting och regioner för att introduktionen av nya läkemedel ska bli likvärdig i hela landet.

Användningen av cancerläkemedel behöver följas upp på ett effektivt sätt. Direktöverföring från journal eller ordinationsverktyg som *Cytodos* är i dagsläget inte möjligt, men patientöversikter i kvalitetsregister, kommer i framtiden sannolikt att erbjuda en lösning med direktöverföring av data. I väntan på den möjligheten finns en registrering av nya cancerläkemedel, med endast ett fåtal variabler och begränsad uppföljningstid. Möjlighet finns till lokala tillägg. Rutiner för inrapportering till registret finns i samtliga Norrlandsregioner.

2.5 Cancerrehabilitering

Huvudbudskap

- Kontrollera att samtliga patienters rehabiliteringsbehov utvärderas kontinuerligt med ett validerat instrument, registreras i *Min vårdplan* och följs upp på ett strukturerat sätt
- Kartlägg kontaktvägar till de olika rehabiliteringsprofessionerna och kontrollera att de är fastställda och fungerande (ex. *Rehabspåret*)
- Involvera både specialiserad sjukhusvård, primärvård och kommunerna i cancerrehabiliteringen
- Samverka inom sjukvårdsregionen för de komplexa rehabiliteringsfallen

Cancerrehabilitering ska erbjudas alla patienter oavsett diagnos och bostadsort. Rehabiliteringen syftar till att lindra symptom av sjukdom eller behandling, förebygga ytterligare vårdbehov och främja återgång till ett fungerande dagligt liv för både patient och närstående. Det innebär att såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov behöver mötas. Rehabiliteringen ska inledas tidigt, vara individuell och finnas med under hela vårdförloppet. Närstående ska erbjudas grundläggande psykosocialt stöd.

Det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering slår fast att alla patienter med cancer ska kunna få rehabilitering under hela vårdprocessen. Vårdprogrammet omfattar generella omvårdnadsaspekter, medan mer specifika problem som är kopplade till en viss cancerdiagnos återfinns i respektive cancerforms vårdprogram. Patienter ska även få hjälp med kvarstående besvär efter avslutad behandling, som sena effekter och följsjukdomar. Vuxna som behandlats för cancer i barndomen har ofta kvarstående rehabiliteringsbehov som måste beaktas och i den gruppen är ett multiprofessionellt omhändertagande av överlevare efter hjärntumörbehandling särskilt viktigt.

Kontaktsjuksköterskan är en nyckelperson för patientens rehabilitering. Insatserna ska redovisas i *Min vårdplan* (MVP) för cancerpatienten. Behoven ska bedömas på ett strukturerat sätt och behandlingen ska vara individuellt anpassad. För att bedöma rehabiliteringsbehoven bör validerade diagnostiska hjälpmedel, som t.ex. *Distresstermometern*, användas. Diagnostiken följs genom att en cancerrehabiliteringsplan upprättas i MVP. Olika yrkesprofessioner engageras sedan utifrån patientens behov.

Barn till cancerpatienter har särskilda behov av stöd och information som behöver beaktas. Patienters och närståendes behov kan förändras under sjukdomsförloppet. Utvärdering av rehabiliteringsbehoven bör därför ske kontinuerligt, särskilt vid avslut av behandling, övergång från kurativ till palliativ fas och från tidig till sen palliativ fas.

Kompetensförsörjning. God cancerrehabilitering förutsätter ett multiprofessionellt arbetssätt, där sjukvården samverkar med rehabiliteringsprofessioner. Cancerpatienter är en heterogen grupp och cancerrehabilitering utförs av många yrkesgrupper, som kuratorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, logoped, stomiterapeuter, psykologer och psykoterapeuter. Det behövs även kompetens för lymfödembehandling och sexualrådgivning. För sexologiska frågor har RCC Norr finansierat en utbildning i sexologi för hittills två personer per region.

Dessa personers kompetens bör kunna nyttjas lokalt och kliniköverskridande. Länslokala rehabiliteringsprogram med fokus på sexologiska frågor föreslås inom urologin. Även andra medicinska specialiteter kan vara aktuella inom cancerrehabiliteringen, som t.ex. urologiska åtgärder vid behandling för gynekologisk cancer. Rehabilitering innebär också samverkan med övriga rehabiliteringsaktörer, som arbetsgivare och försäkringskassa, för att möjliggöra och underlätta återgång till arbetslivet.

Regional organisation. RCC:s processledare för cancerrehabilitering leder en regional multidisciplinär samrådsgrupp av nätverkskaraktär. Gruppen har i uppdrag att delta i det regionala utvecklingsarbetet och förankra och implementera resultatet i den egna organisationen. Lokala processledare för cancerrehabilitering med ett samordningsansvar för cancerrehabiliteringens processarbete ska finnas i varje region.

Få kliniker i norra regionen har tillräckliga resurser för att anställa alla efterfrågade yrkeskategorier för rehabilitering. Vissa cancerpatienter kan ha mycket specifika behov av särskilda kompetenser, som då ofta är lokalt anställda. Exempel på detta är sarkompatienters behov av ortopedtekniker och tarmcancerpatienters behov av stomiterapeut. Regionerna har löst rehabiliteringen med olika organisatoriska upplägg, men oavsett organisationsform behöver sådana specifika behov kunna tillgodoses för alla patienter.

En förutsättning för att kunna möta behoven av grundläggande cancerrehabilitering i norra regionens glesbygd, är också en aktiv involvering av primärvårdens distriktsläkare och psykosociala team samt kommunernas fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Nuläge och förslag. Många av förslagen till förbättrad kvalitet inom rehabiliteringen av cancerpatienter från processarbetsgrupperna ansluter till det nationella vårdprogrammets kvalitetsparametrar. Kontaktsjuksköterskans viktiga roll i rehabiliteringen understryks, liksom strukturerad utvärdering av behoven. Några exempel på pågående projekt och förslag till förbättrad rehabilitering för cancerpatienten och närstående redovisas nedan.

- *Mottagning för sena effekter* är en delvis etablerad del av rehabiliteringen inom barnonkologi och hematologi.
- Genom ett projekt som genomförs inom hematologin får *yngre anhöriga till cancerpatienter komma på besök på sjukhuset.*
- *Bäckenrehabilitering* är aktuellt för flera cancerformer och har etablerats som en självständig del inom cancerrehabilitering. En vägledning för bäckenrehabilitering med en enhetlig och systematisk beskrivning av rehabiliteringens olika delar finns framtagen (2018). Regelbundna regionala MDK genomförs.

- *Rehabspåret* är ett regionalt projekt vars syfte är att underlätta införandet av en strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov. Projektet syftar även till att fastställa definierade kontaktvägar till olika resurser som ingår i rehabiliteringen för varje cancerform.
- Fördelarna med *fysisk aktivitet* under rehabiliteringsfasen understryks av flera studier och patienterna bör aktivt uppmuntras att återvinna och behålla sin fysiska aktivitetsnivå. Förutom information kan stöd behövas för individuellt anpassad träning. Fysioterapeuter i primärvården kan spela en viktig roll som det stödet, nära patientens hem.
- Möjlighet till *gravitet efter genomgången cancerbehandling* kommer att adresseras i nationell patientinformation, som är under utarbetande (2018).
- *Lokala diagnosöverskridande rehabiliteringsteam* med stöd från regionsjukhuset
- *Regionala MDK* för komplexa cancerrehabiliteringsfall (för uttalat komplicerade fall med konsultation på nationell bas).
- Möjlighet att *utvärdera rehabiliteringsinsatser i kvalitetsregistren* för respektive cancerform, skulle stärka rehabiliteringsarbetet ytterligare. RCC har ett uppdrag att ta fram en modul med lämpliga indikatorer för rehabilitering. Modulen ska kunna användas av samtliga kvalitetsregister, så att rehabiliteringsinsatserna för cancerpatienterna kan följas nationellt.
- *Flexibel sjukskrivning*, som prövas i Västra Götalandsregionen, är också exempel på möjlighet till förbättrade förutsättningar för återgång i arbetslivet under och efter behandling för cancersjukdom.

2.6 Palliativ vård

Huvudbudskap

- Kontrollera att all berörd sjukvårdspersonal har möjlighet att genomföra den webbaserade utbildningen i palliativ vård
- Kartlägg behov av resursförstärkning i form av kompetens och gör åtgärdsplaner för kompetensförsörjning inom specialiserad palliativ vård (se 2. 8)
- Kontrollera att det finns fastställda rutiner för samverkan mellan sjukvård och kommun för palliativ vård av cancersjuka barn
- Undersök möjligheter till samverkan inom sjukvårdsregionen för komplexa fall och för att möjliggöra mer vård i hemmet i livets slutskede för de patienter som önskar detta
- Stöd fortsatt utveckling av palliativt kompetenscentrum

Palliativ vård av god kvalitet ska kunna erbjudas alla invånare inom sjukvårdsregionen, oavsett bostadsort, vårdform och diagnos. Den palliativa vårdens utmaningar ökar med allt mer komplexa tillstånd och symptom, åldrande befolkning, ökande cancerincidens samt en allt vanligare önskan om att få avsluta sitt liv i det egna hemmet. I omkring 50 procent av alla cancerfall, som leder till att patienten dör, behövs specialiserad palliativ vård i livets slutskede. Utöver dessa patienter tillkommer de som behöver palliativt konsultstöd för optimal symtomlindring. Idag kan specialiserad palliativ vård erbjudas 800–900 cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen per år, medan behovet är det dubbla. Vård i hemmet i livets slutskede förutsätter tillgång till sjuksköterska och möjlighet till palliativt konsultstöd dygnet runt. I norra regionen finns enheter för specialiserad palliativ hemsjukvård, konsultationsstöd för palliativ vård och palliativa slutenvårdsplatser, men de är ojämnt fördelade i regionen.

Utbildning och information. Sedan 2015 är palliativ vård en tilläggspecialitet och alla specialiteter där läkaren har behandlingsansvar för patienter, har palliativ medicinsk kompetens som kunskapskrav. Enligt beslut i regionerna ska all personal genomföra den webbaserad utbildning i grundläggande palliativ vård som också ingår i norra regionens ST-utbildningar. Detta är långt ifrån genomfört och utnyttjandet av utbildningen behöver öka. Information och stöd till närstående är avgörande för att patientens situation ska bli så bra som möjligt under den sista tiden. Ett informationsmaterial är framtaget av den regionala palliativa samrådsgruppen och RCC Norr driver *Närståendeprojektet* i samarbete med *1177 Vårdguiden* för att förbättra stödet och informationen till närstående vid vård i livets slutskede.

Palliativ verksamhet, förutsättningar och förslag. Välfungerande multiprofessionella specialiserade palliativa team som täcker hela regionens yta är en förutsättning för god palliativ vård. Dessa team behövs som stöd till den allmänna palliativa vården. Teamen behöver, förutom läkar- och sjuksköterskekompetens, också innehålla psykosocial kompetens som inkluderar närståendestöd, och vid behov tillgång till arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist. Den specialiserade palliativa vården måste utifrån den sjukes behov kunna erbjuda stöd i form av specialiserad palliativ hem-sjukvård, konsultfunktion och slutenvård. Information och data måste säkert kunna överföras när patienten flyttas mellan vårdformer. Detta underlättas av en samordnad vårdplan och av att de palliativa frågorna aktualiseras tidigt i vårdprocessen. Personal som arbetar med svårt sjuka och döende patienter behöver kontinuerlig handledning. Cancersjuka barn och deras behov av att få vara kvar i hemmet, behöver särskilt uppmärksammas och rutiner behöver finnas för samverkan mellan regioner och mellan kommuner i respektive län.

Resursbrist inom den specialiserade palliativa vården, t.ex. vårdplatsbrist, påverkar också övrig sjukvård negativt. Om kraven ovan på vård i hemmet, så länge som patienten själv önskar, ska kunna uppfyllas behövs en specialiserad palliativ jourlinje. Flera regioner borde kunna dela på jourbördan, men tillgång till patientjournalen över regiongränserna är en förutsättning.

Palliativt kompetenscentrum (PKC). För att stärka den palliativa vården och utjämna de stora strukturella skillnader som finns inom norra regionen är ett PKC etablerat inom ramen för RCC Norr. PKC omfattar alla diagnoser, inte enbart cancer. I uppdraget ingår också att bidra till utveckling av det palliativa innehållet i vårdens grundutbildningar och att stimulera den palliativa forskningen. En fortsatt säkrad finansiering av PKC behövs.

2.7 Patientens ställning i cancervården

Huvudbudskap

- Kontrollera att samtliga patienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska med adekvat utbildning och skriftligt uppdrag
- Kontrollera att samtliga patienter erbjuds *Min vårdplan* och deltar i att upprätta den, samt att den uppdateras under hela vårdprocessen
- Patienter eller närstående bör ingå i samtliga medicinska arbetsgrupper och stödet till dem utvecklas. Öka rekryteringen av patient- och närståenderepresentanter från hela sjukvårdsregionen
- Sträva efter en patientcentrerad vård där patienten är medaktör
- Sprid och tillvarata information från patient- och närståenderåd och patientnämnder effektivare inom professionerna

”Nothing about us, without us”

Svensk sjukvård står sig mycket bra i internationella jämförelser när det gäller medicinska resultat; däremot finns förbättringsområden när det gäller patientens ställning. *Patientlagen*, som infördes i januari 2015 och ersatte delar av tidigare *Hälso- och sjukvårdslagen*, har som uttryckliga mål att stärka och tydliggöra patienternas ställning. Tyvärr visar *Vårdanalys* uppföljning, *Lag utan genomslag*, att patientens ställning har försvagats när det gäller tillgänglighet, information och delaktighet. Ett förändringstryck för en starkare ställning för patienten bedöms som nödvändigt. Även det första delbetänkandet i utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård*, betonar behovet av patientdelaktighet.

Kontaktsjuksköterska

Alla cancerpatienter ska erbjudas en kontaktsjuksköterska senast vid diagnos, för att öka tryggheten för patienter och närstående och för att stärka patientens ställning i vården. Många cancerpatienter har idag tillgång till en kontaktsjuksköterska. Bristen på sjuksköterskor är dock ett problem, eftersom den kan innebära att andra arbetsuppgifter ibland prioriteras högre än uppdraget som kontaktsjuksköterska. En lösning, inte minst för de mindre sjukhusen, skulle kunna vara att samma sjuksköterska har uppdrag som kontaktsjuksköterska för flera diagnoser och över specialitets- och klinikgränserna. Det skulle innebära att problem med prioritering av olika arbetsuppgifter begränsas.

RCC Norr har en samordnare för regionens kontaktsjuksköterskor, med uppgift att bland annat hålla i ett nätverk för erfarenhetsutbyte och fortbildning. Regionens kontaktsjuksköterskor bör genomgå utbildningen *Kontaktsjuksköterskans roll i cancervården* vid Umeå universitet. För några cancerformer föreslås en regional kontaktsjuksköterska med övergripande ansvar, bland annat för informationsspridning och som stöd vid omvårdnadsproblem.

Min vårdplan

En viktig uppgift för kontaktsjuksköterskor i cancervården är att upprätta en individuell vårdplan, som kontinuerligt uppdateras och revideras under patientens vårdprocess. En sådan vårdplan ger delaktighet och trygghet för patienten under behandlingen, men också under rehabiliteringstiden. Den individuella vårdplanen, min vårdplan (MVP), är patientens dokument som ska utformas för och med patienten. MVP främjar en sammanhållen vårdkedja och bör fokusera på aktiva överlämningar av patienten mellan olika vårdinstanser. MVP är nu införd i pappersform för de flesta cancerpatienterna. Från hösten 2018 kommer MVP även att finnas i en elektronisk variant, e-MVP, som kommer att nås via 1177 Vårdguidens e-tjänster. E-MVP kan följa patienten över vårdgivargränser.

MVP är tänkt att utvecklas till dess en sammanhållen plan för patientens samtliga vårdinsatser och vårdplaner tagits fram och implementerats i form av ett s.k. *patientkontrakt*.

Patientrapporterade data

PROM (patient reported out-come measures), PREM (patient reported experience measures) eller andra enkäter används i samtliga kvalitetsregister för cancer och vid viss uppföljning av förändringar inom organisationen eller vårdprocessen. Resultatet av dessa mätningar bör i större

utsträckning kunna användas för utveckling av vårdprocesserna. Utvecklingen går även mot att patientrapporterade data kan utgöra underlag för uppföljning och behandling på individnivå.

Forskning om patientens delaktighet i vården

Ett flertal forskningsrapporter visar att den välinformerade och trygga patienten har kortare vårdtid och lägre morbiditet. Många omvårdnadsstudier fokuserar idag på samverkan mellan patienten och sjukvårdsprofessionerna. I den s.k. *Kunskapsutredningen* påpekas att patienten är en viktig aktör, som bör ges förutsättningar att också delta i kunskapsstyrningen. Studier om livskvalitet (*Quality of Life*) har på senare år ökat i omfattning. Studier av nya behandlingar tar oftare upp patientens erfarenheter, som en delrapport och forskningsfinansiärer efterfrågar allt oftare patientmedverkan i upplägg av studier.

Patienter i medicinska arbetsgrupper

Patienter och närstående ska involveras i arbetet med att utveckla vårdprocesserna och öka säkerheten i vården. Patientrepresentanter deltar i allt fler medicinska arbetsgrupper och många vårdgivare har formaliserat deras deltagande. I det nationella RCC-arbetet ingår patient- och/eller närståenderepresentanter bland annat i alla nationella vårdprogramgrupper. I RCC Norr knyts patient- och närståenderepresentanter till samtliga processledares arbetsgrupper, för att aktivt kunna tillvarata patienternas och närståendes erfarenheter under hela vårdprocessarbetet. Stöd i form av kontinuerlig utbildning, att vara flera patient- och närståendeföreträdare i en arbetsgrupp och tillgång till en kontaktperson underlättar sannolikt patientrepresentantens roll. En grundläggande nationell webbutbildning för nya och blivande patient- och närståendeföreträdare används inom samtliga RCC. Utöver det erbjuder RCC Norr minst ett fysiskt utbildningstillfälle per år för patient- och närståendeföreträdare. Vårdprofessionerna behöver också kunskap om patientrepresentantens roll.

Patienten som medaktör

Person- eller patientcentrerad vård innebär att utöver patientens fysiska behov, även existentiella, sociala och psykiska behov tillgodoses. Inom cancerrehabilitering och palliativ vård finns den inställningen, men patientcentrerad vård behöver genomsyra alla delar av cancervården. Patientcentrerad vård innebär också att patientens perspektiv respekteras och får samma värde som sjukvårdens. Patienten blir en medaktör i utredning och behandling. Patientcentrerad vård innebär att patientlagens föreskrift om ökad delaktighet följs bättre. Patientens ställning stärks och patientens kompetens tillvaratas bättre. Förutsättningar är att behov av information tillgodoses och att tid avsätts för genomgång och förklaringar. Egenvård i cancervården förutsätter också att patient och närstående är väl informerade och ett utvecklat samarbete mellan specialiserad vård, primärvård och kommun.

Patient- och närståenderåd

RCC Norrs patient- och närståenderåd (PNR) lyfter viktiga patient- och närståendefrågor för utredning inom ramen för RCC:s uppdrag och är ett rådgivande organ till det regionala chefs-samrådet för cancervården. PNR består av representanter från olika patientföreningar, som har representanter boende i norra regionen. För diagnoser där regionala representanter för patientföreningar saknas kan även cancerpatienter eller närstående utan koppling till en patientförening ingå i rådet. RCC Norr bidrar med administrativt stöd till PNR. Två företrädare från RCC Norr deltar normalt vid rådets möten och två ledamöter från PNR ingår i RCC Norrs styrgrupp. Detta bidrar till en direkt dialog mellan ledningen för RCC Norr och PNR.

PNR medverkar bland annat i RCC Norrs arbete med skriftlig patientinformation, vid regionala cancerdagar, i utbildningar för patientföreträdare och kontaktsjuksköterskor samt i arbetet i olika medicinska arbetsgrupper. PNR utgör även remissinstans och skriver årligen en verksamhetsberättelse med redovisning av verksamheten och förslag till prioriterade mål. I senaste rapporten beskrivs möjligheten till deltagande i kliniska studier, som nytt mål.

Patientnämnder

Patientnämnderna i sjukvårdsregionen följer ärenden där patienter har tagit kontakt i frågor som är relaterade till cancer. Genomgång av dessa ärenden visar att sjukvårdens bemötande ligger bakom ungefär hälften av anmälningarna. Rapporterna från patientnämnderna till RCC Norr används som underlag till förbättringsarbete och bemötande är alltså ett viktigt område att förbättra.

2.8 Kompetensförsörjning och utbildning

Huvudbudskap

- Bemanna nyckelkompetenser genom aktiv samverkan med lärosätena i utbildningsfrågor, stöd till nyutbildade, riktade insatser för att behålla befintlig personal och för att förbättra situationen i bristspecialiteter
- Öka andelen specialistutbildade sjuksköterskor och arbeta för att införa avancerade specialistsjuksköterskor
- Effektivisera vårdens arbete genom förändrade arbetsätt som task-shifting och kompetenshöjning
- Samverka inom sjukvårdsregionen för både centralisering och spridning av kompetens

Målet att patienter i norra regionen ska erbjudas jämlik och högkvalitativ vård förutsätter en god kompetensförsörjning, som är en av de viktigaste framgångsfaktorerna för att nå detta mål.

Resurserna för vården är emellertid begränsade och vårdbehoven ökar av flera skäl:

- Antalet cancerfall ökar, men även överlevnaden. Sjukvårdens resurser måste därför räcka till fler patienter för uppföljning, förnyad behandling och rehabilitering.
- Nya och avancerade behandlingar kan medföra bestående biverkningar, något som också ökar kraven på t.ex. rehabilitering.
- Patienter och närstående framför tydliga krav på bättre bemötande.
- Patientens ställning behöver stärkas i enlighet med patientlagen.

- Den medicinska utvecklingen, med ny diagnostik och avancerade behandlingsmetoder, förutsätter att resurser kontinuerligt avsätts för utbildning.
- Stora pensionsavgångar inom flera professioner ökar risken för kommande kompetensbrist.
- Det är konkurrens om arbetskraften från aktörer utanför den offentliga vården.

Bemanningsdelen i denna plan grundar sig på utvecklingsplanerna från processarbetsgrupperna (se bilaga 2 A–Z), som också inkluderar målnivåer för specialiteterna bild- och funktionsmedicin, samt patologi. Synpunkter har vidare inhämtats från representanter från HR-staberna, FoU-enheterna och fackliga företrädare. Delar av RCC Norrs kompetensförsörjningsplan för 2014–2018 har också utgjort underlag.

När kompetensförsörjning inom cancervården diskuteras behöver primärvårdens kommande stora behov beaktas. Primärvården har redan idag ett brett ansvar för cancerprocessen, från prevention och tidig upptäckt till cancerrehabilitering och palliativ vård. I utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*, vars andra delbetänkande kom under 2018, redovisas ett kommande utökat uppdrag för primärvården.

Det ökade resursbehovet inom cancervårdens kompetensförsörjning förutsätter kontinuerlig utvärdering av bemanningssituationen, men också ekonomiska prioriteringar. Vid uppföljning av målen i den regionala kompetensförsörjningsplanen för 2014–2018 framkommer att många åtgärder genomförts, men den ansträngda bemanningssituationen har hittills inte förbättrats på läkarsidan och den uttalade bristen på sjuksköterskor är ett växande problem. Kostnader för inhyrda läkare och sjuksköterskor har därför ökat kraftigt under senare år inom vissa specialiteter i norra regionen. Om den framtida bristen inte kan mötas med egen utbildad personal, finns risk för ytterligare kostnadsökningar, på grund av att hyrpersonal måste nyttjas alltmer eller att patienter måste skickas utanför regionen. Sjuksköterskebristen medför också ofta en vårdplatsbrist. Det är ett patientsäkerhetsproblem om patienter måste vårdas på enheter som saknar specifik kompetens för den aktuella sjukdomen.

Strategier för kompetensförsörjning måste inkludera utbildning, handledning och stöd för de medarbetare som är nya i yrket. Det bör finnas möjligheter till utveckling och vidareutbildning för ett långt, hållbart arbetsliv och förutsättningar för att stanna kvar i yrket även som senior. Extern rekrytering kan vara en väg till bättre bemanning, men intern rekrytering bedöms som mer framgångsrik på längre sikt. För att klara bemanningen i framtiden måste planeringen vara långsiktig och en förändringsberedskap kommer att vara nödvändig. Samarbete mellan professioner, specialiteter och sjukhusnivåer kommer också att behövas i större utsträckning.

I den ekonomiska analysen, från bl.a. *Sveriges kommuner och landsting (SKL) 2018*, konstateras att det kommer att vara en brist på arbetskraft under de kommande åren, även om landsting och regioner lyckas rekrytera i stor omfattning. Nya arbetssätt och ny teknik kommer att behöva användas alltmer. Att heltidsarbete måste bli norm och att arbetslivet förlängs, framförs också som lösningar i SKL:s rapport.

De två huvudfrågorna i kompetensförsörjningsplanen för 2014–2018; tillräcklig bemanning av nyckelkompetenser, som krävs även om andra åtgärder genomförs, och effektivisering genom nya arbetssätt, är fortfarande i allra högsta grad aktuella.

2.8.1 Tillräcklig bemanning av nyckelkompetenser

I kompetensförsörjningsplanen 2014–2018 framfördes följande synpunkter och förslag för att främja rekrytering och behålla befintlig personal:

God bemanning främjar rekrytering

Färre söker sig till en underbemannad specialitet och vid underbemanning saknas dessutom ofta tid för undervisning av yngre kollegor. Möjliga lösningar på kortare sikt för att bryta en negativ spiral kan vara:

- En näraliggande, bättre bemannad specialitet tar under ett uppbyggnadsskede enklare fall för att avlasta, förutsatt att det är medicinskt genomförbart.
- Rotationsutbildning, främst vid geografisk snedfördelning.
- Obligatorisk placering på bristspecialitet under ST-utbildningen inom närliggande specialitet. Finansieringsformer för en sådan lösning behöver i så fall ses över.
- En förändrad jourbelastning genomförs för bristspecialitet. Detta kan uppfattas som ett rent verksamhetsansvar, men viljeinriktning från regionledning behövs ofta som stöd.

Åtgärder för att behålla befintlig personal

För att behålla både nyrekryterad och senior personal behöver bland annat arbetsmiljön vara god. Åtgärder som föreslås:

- Ett bättre omhändertagande av utländskt utbildade läkare och annan personal (yrkesspråkutbildning och stöd för att komma in i sjukvården). Bland de flyktingar från tredje land som kommit under senare år finns färdigutbildad och erfaren sjukvårdspersonal, som också kan bidra med kännedom om främmande språk och kulturer.
- Att läkarutbildning finns på flera orter har inneburit stora fördelar för rekryteringen, men fler AT- och ST-tjänster behövs för bättre bemanning.
- Säkra kompetensöverföringen mellan äldre och yngre personal – i tid.
- Åtgärder för att få personal att fortsätta arbeta efter ålderspension genom anpassat schema och möjlighet att fortsätta vara en fullvärdig del av kollegiet.

Tillräckligt antal specialistläkare

Flera tidigare utredningar har påtalat bristande överensstämmelse mellan utbildning och behov av olika specialistläkare. Den obalansen riskerar att bestå även om läkarbristen totalt skulle förbättras på längre sikt (2035), som en effekt av ökad utbildning och inflöde av utländska läkare. Socialstyrelsen fick därför 2018 regeringens uppdrag att göra en samlad kartläggning och bedömning av läkarbemanningen både på regional och nationell nivå och för både offentliga och privata vårdgivare. I uppdraget ingår att utifrån ett nationellt perspektiv lämna förslag på hur dimensioneringen av ST-tjänster ska kunna minska bristen på olika specialistläkare, med fokus på de specialiteter där det finns en uttalad brist. Varje landsting och region behöver delta aktivt i detta arbete. Ett ytterligare uppdrag till Socialstyrelsen från regeringen, utöver den nationella kartläggningen av behovet av specialistläkare, gäller att ett tillräckligt antal SK-kurser (kurser för erhållande av specialistkompetens) ordnas. Brist på kurser ska inte utgöra ett hinder för den som vill utbilda sig till specialist.

Det är viktigt att arbeta för en långsiktigt hållbar bemanning, som ger utrymme för utvecklingsarbete och utbildning. Med en minimibemanning som innebär att man enbart kan sköta patienterna för dagen, urholkas kompetensutvecklingen på sikt. Endast ett fåtal av läkarna arbetar enbart med cancer. För de flesta specialiteter ingår annan verksamhet i uppdraget, som vård av patienter med benigna sjukdomar, jourverksamhet, utbildning med mera. En ökande subspecialisering inom samtliga specialiteter medför kvalitetsmässiga fördelar, men förlänger utbildning och försvårar övergripande bemanningslösningar. Även små förändringar i en skör bemanning med få nyckelpersoner innebär ofta stora konsekvenser. En nybliven specialist kan inte heller direkt ersätta en erfaren kollega. Att kunna behålla nyckelkompetenserna är således mycket viktigt.

I hela sjukvårdsregionen finns brister inom de övergripande specialiteterna allmän medicin, bild- och funktionsmedicin, patologi, onkologi och palliativ medicin. Fler ST-block behövs inom dessa områden. Därutöver finns brister inom flera andra specialiteter, med uttalade behov av rekrytering, t.ex. urologi, lungmedicin och hematologi.

Att vända en negativ trend inom en bristspecialitet kräver ett aktivt arbete. God bemanning främjar rekrytering, och vice versa. Att enbart formulera kompetensförsörjningsmålet som en styrning av ST-läkare mot bristspecialiteter räcker inte.

Samtliga processarbetsgrupper har i sina utvecklingsplaner identifierat bemanningsbehov för cancervården. I några fall är redovisningen mycket genomarbetad och detaljerad. Samtliga underlag är mycket lämpade både att användas i den aktuella nationella kartläggningen av läkarbemanningen och för den egna planeringen inom respektive region i norra sjukvårdsregionen.

Tillräckligt antal sjuksköterskor

Den uttalade bristen på sjuksköterskor är ett stort problem i vårdens olika delar. Framtidsprognoser visar att den riskerar att bli bestående under en längre tid, eftersom efterfrågan ökar, bl.a. på grund av allt äldre befolkning. Förutom nödvändigheten av marknadsmässiga och konkurrenskraftiga löner framhålls en förbättrad arbetsmiljö och fler karriärmöjligheter för sjuksköterskor som åtgärder, för att kunna säkra tillgången på sjuksköterskor. Ett exempel på en modell för förändring är Magnet hospital-certifierade sjukhus i USA, som karaktäriseras av att sjuksköterskornas kompetens tas tillvara, att personaltätheten är relevant för uppdraget och att teamarbetet fungerar, se www.swenurse.se/Vi-arbetar-med/kvalitet/magnetmodellen/. Medias ofta ensidigt negativa rapportering kring sjukvården behöver bemötas aktivt, för en mer nyanserad bild av sjuksköterskeyrket.

Förslag till förbättrad kompetensförsörjning av sjuksköterskor (work-shop genomförd av RCC i samverkan 2018) med kompletteringar

Inför en nationell översiktlig ram för kompetensstege för sjuksköterskor. En nationell generell kompetensstege kan utformas så att den kan anpassas till lokala förutsättningar. En sådan kompetensstege skulle innebära en gemensam syn på kompetens och skulle också kunna tillämpas vid byte av arbetsgivare. Flera goda exempel i form av lokala modeller är redan etablerade. Den gemensamma ramen kan sedan kopplas till lön/ersättning.

Etablera fler kliniska avancerade sjuksköterskeroller. Rollen som *kontaktsjuksköterska* behöver bli formellt etablerad för alla cancerformer i enlighet med den nationella uppdragsbeskrivningen och kontinuerlig utbildning av kontaktsjuksköterskor behöver fortsätta. Rollen som samordnade kontaktsjuksköterska med regionalt ansvar inom en patientprocess kan etableras för vissa specialiteter.

Vårdförbundet har lanserat begreppet *Patientnära karriär*, som bland annat drivs i RN och som innebär en planerad och individuell kompetensutveckling, så att inte de erfarna och specialistutbildade sjuksköterskorna går vidare till andra verksamheter. Utbildningstjänster, som till exempel adjungerad klinisk adjunkt, behövs också.

Det råder stor brist på *specialistsjuksköterskor*, trots att specialistsjuksköterskan bidrar både till ökad kvalitet i vården och innebär att kompetens används på ett optimalt sätt. Andelen specialistutbildade sjuksköterskor skiljer sig påtagligt mellan regionerna och i ännu högre grad mellan specialiteterna. Vid bedömning av antal specialistsjuksköterskor måste hänsyn tas till ålder. I tidigare utbildning ingick specialistutbildning direkt efter grundutbildning. Den tidigare utbildningen är inte jämförbar med dagens specialistsjuksköterskeutbildning.

Akademisk specialisttjänstgöring (AST) med två år på 50 procent, utbildning och examination genom universitetets försorg samt praktisk utbildning inom ordinarie tjänst, har påbörjats i några regioner. Inom AST vid Cancercentrum, Nus, ingår auskultation vid andra enheter som ingår i patientens vårdprocess, vilket höjer utbildningens kvalitet ytterligare. Övrig utbildning till specialistsjuksköterska genomförs vid universitetet i form av två års halvtidsstudier. En nationell utredning av specialistsjuksköterskeutbildningens innehåll och inriktningar pågår (2018). Behov av utökad antal utbildningsplatser påpekas från de personalansvariga enheterna.

Regionernas ekonomiska bidrag till specialistsjuksköterskeutbildningen varierar. Löne- och anställningsvillkor, samt fördelningen av arbetsuppgifter efter genomförd utbildning behöver ses över, för att stimulera utbildning till specialistsjuksköterska och för att den utbildade specialist-sjuksköterskan ska behålla motivationen. Villkoren bör vara likvärdiga i hela sjukvårdsregionen. Ovanstående gäller även för röntgensjuksköterskor, som har sin inriktning mot BFM integrerad i grundutbildningen.

Nurse practitioner (NP), avancerad specialistsjuksköterska, har införts inom vissa verksamheter i Sverige, men inte i norra sjukvårdsregionen. NP innebär ytterligare ett steg i den kliniska karriärutvecklingen för sjuksköterskor och ger en effektivisering av flera vårdprocesser.

Utbildning i ledarskap inom cancervård. Ledarskapet är avgörande för både god kompetensförsörjning och bättre arbetsmiljö. Att leda verksamheter inom cancervård kräver god kompetens och är en svår uppgift med tanke på vårdens komplexitet. RCC föreslås stödja en samverkan mellan cancer-vårdens chefer och ledare, för utbyte av information och erfarenheter i syfte att stärka ledarskapet.

Task-shifting – att använda rätt kompetens. För att vårdarbetet ska fungera optimalt och teamets kompetens nyttjas så effektivt som möjligt behöver arbetsuppgifter ses över. Samtliga professioner behöver arbeta så att hela deras kompetens tas till vara. Det innebär att det påbörjade arbetet med att flytta arbetsuppgifter på ett säkert och effektivt sätt mellan yrkesgrupper behöver fortsätta och prioriteras. Arbete måste både flyttas över till, men även från sjuksköterskor. Det är också viktigt att fortsätta arbetet med *Rätt använd kompetens* (RAK).

Skapa förutsättningar för ett effektivt teamarbete och en god arbetsmiljö. Ett väl fungerande teamarbete, är avgörande för kvalitet, säkerhet och en god arbetsmiljö. Arbetssätt som stöder och utvecklar teamarbetet ska uppmuntras. Det behöver finnas kontinuitet i teamet och en viss kompetensnivå vid varje arbetspass. I idealfallet bör en specialistsjuksköterska alltid finnas i tjänst där cancerpatienter vårdas. En attraktivare schemaläggning skulle kunna förbättra arbetsmiljön.

Tyvärr redovisas många avhopp från yrket efter några år, vilket leder till stor omsättning på sjuksköterskor. En situation med ständigt nya sjuksköterskor med inskolningsbehov, innebär både en ekonomisk och en resursmässig belastning. En lösning kan vara ledningssjuksköterskor, som har en stödjande roll för nyanställda. Den nyutbildade sjuksköterskan kan till en början ha en mentor eller en roll som trainee, med tid avsatt för auskultation, inläsning och föreläsningar. En annan möjlighet är en förlängd introduktion likt ett ”basår”. Ett vanligt problem är dock att brister i den dagliga bemanningen försvårar utbildningsinsatser och möjligheten att ge stöd. Ett förändrat arbetssätt och en totalt sett utökad bemanning är en förutsättning för att ovanstående förslag ska kunna bli effektiva.

Forskningsmål. Utöver den magisterexamen som kan läggas till specialistsjuksköterskeutbildningen, finns ett behov av forskarutbildning. Att en viss andel av sjuksköterskorna ska ha master- eller magisterexamen, skulle kunna sättas som ett mål för olika verksamheter. Möjlighet till delad tjänstgöring mellan universitet och sjukvård bör finnas för den disputerade sjuksköterskan, för att forskningen ska kunna fungera som en motor i sjukvården.

Övriga professioner

Utöver läkare och sjuksköterskor har givetvis också andra yrkesgrupper stor betydelse för cancer vården. Alla Norrlandsregioner har fastställt planer med prognoser för kompetensförsörjningen till 2020 eller längre.

För undersköterskor både pågår och väntas stora pensionsavgångar. Därmed finns behov både av utbildning och av nyanställningar. I några delar av norra regionen söker sig tyvärr allt färre till utbildningen. Framför allt kommunerna har redan nu problem att få sökande till sina tjänster. Till en del har task-shifting genomförts, som innebär att undersköterskor t.ex. har viss självständig mottagningsverksamhet eller tagit över uppgifter från BMA.

Arbetet i RJH med *Rätt använd kompetens* (RAK) och kompetenskort för undersköterskor samt projektet *Personcentrerad vård* vid Cancercentrum, Nus, har inneburit att arbetsuppgifter överförts från sjuksköterskor till undersköterskor, men också från undersköterskor till andra yrkeskategorier. Att även undersköterskor avlastas från arbetsuppgifter som kan skötas av annan personal är viktigt för ett optimalt kompetensnyttjande.

Biomedicinska analytiker (BMA) är ett bristyrke i hela regionen och flera projekt med kompetensväxling och förändrad utbildning har genomförts för att förbättra situationen på sikt. Psykologer är en bristkompetens i RJH, men inte i övriga norra regionen. Nationellt förväntas ingen brist på sikt eftersom pensionsavgångarna är mindre än antalet nyutbildade.

För fysioterapeuter och arbetsterapeuter är situationen i relativ balans. Nationellt bedöms tillgången på fysioterapeuter förbli god, eftersom antalet nyutexaminerade överstiger pensionsavgångar. Samtidigt ökar efterfrågan på fysioterapeuter med utvecklingen inom cancer vården och en allt äldre befolkning. Det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering betonar dessutom både fysisk aktivitet och behandling för lymfödem, vilket också kan komma att påverka efterfrågan på fysioterapeutisk kompetens. För kuratorer finns relativt god tillgång på nyutexaminerade, men en viss brist på mer erfarna kuratorer. Det är också konkurrens om tjänsterna från andra delar av samhället. För logopedier och dietister redovisas enstaka vakanser, men nyrekryteringar förväntas vara genomförbara. Tillgång till medicinska sekreterare skiljer sig mellan regionerna, delvis beroende av om lokal utbildning finns tillgänglig, så antalet utbildningsplatser kan justeras efter behov.

För samtliga yrkeskategorier inom övriga professioner gäller att om utbildning finns i norra regionen är situationen i relativ balans, men som för alla professioner med få anställda på en enhet är situationen ändå sårbar.

Behovet av en kontinuerlig dialog mellan sjukvården och lärosätena om utbildningens dimensionering gäller för alla yrkeskategorier. Dessutom är en forskarutbildning även för ovanstående professioner givetvis av stort värde för sjukvårdens utveckling.

Lärosätenas roll för läkar- och sjuksköterskeutbildningen

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) är statlig tillsynsmyndighet för universitet och högskolor och följer regelbundet upp effektiviteten hos lärosätena ur olika synvinklar. Samverkan sker mellan lärosätena och sjukvården samt med kommunerna. UKÄ påpekar att lärosätena behöver bättre planeringsförutsättningar och att utbildningsuppgifterna kan behöva kopplas till krav på återrapportering om samverkan med hälso- och sjukvården. Det gäller till exempel teoretisk utbildning kontra praktik (verksamhetsförlagd utbildning; VFU) med god handledning, vidareutbildning samt fortsatt utvecklande av akademisk miljö och forskning. Regionledningarna inom norra sjukvårdsregionen bör samverka aktivt med universiteten när det gäller utbildningsfrågor, så att lärosätenas långsiktiga planering av utbildningen sker med hänsyn till vårdens behov och förutsättningar.

Grundutbildning till läkare

Grundutbildningen till läkare står inför förändringar med påtagliga konsekvenser för utbildande enheter. Grundutbildningen förlängs till sex år och slutar, i likhet med övriga Europa, med legitimation vid godkänd examen. Det innebär att studieplanerna vid universiteten måste revideras för samtliga terminer. Eftersom målen är ”kunskap, kompetens och förhållningssätt” ingår långa verksamhetsintegrerade avsnitt, något som förstås påverkar den sjukvårdande verksamheten. Allmäntjänstgöringen (AT) kommer att tas bort och i stället föreslås en bastjänstgöring (BT) som introduktion till specialistutbildningarna. Enligt utredningens förslag, som godkändes av riksdagen november 2018, ska de första studenterna i den nya utbildningen börja HT 2020 eller VT 2021, med examen för de första som ska genomföra BT 2027. Ett flertal remissinstanser har dock påpekat att tidsplanen är för snäv.

Sjuksköterskeutbildningar

Grundutbildningen till sjuksköterska bedrivs inom Region Västerbotten (Umeå universitet), Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland (Mittuniversitetet) samt Region Norrbotten (Luleå tekniska universitet). Umeå universitet har också startat en distansutbildning för sjuksköterskor i Skellefteå. Vid samtal med fackliga företrädare framkommer en ökning av antalet sökande jämfört med ett mycket lågt antal för några år sedan. Ett kvarstående problem är att många sökande kommer från andra delar av landet och återvänder hem efter avslutad utbildning. Problem förknippade med utbildningen till specialistsjuksköterska är dels att den uttalade sjuksköterskebristen medför en brist på handledare för den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU), dels svårigheter att få kurserna ekonomiskt bärkraftiga. Se i övrigt ovan *Tillräckligt antal sjuksköterskor.*

2.8.2. Effektiviseringar – nya arbetssätt

De regionala processarbetsgrupperna har till denna plan gjort en detaljerad kartläggning av de olika stegen i vårdprocesserna för att identifiera innovativa arbetssätt som kan öka effektivitet och kvalitet. Vissa av processarbetsgruppernas nuvarande förslag innebär en förflyttning av arbetsuppgifter till en annan yrkeskategori, kompetenshöjning inom samma yrkesgrupp, eller ett utökat samarbete inom norra sjukvårdsregionen alternativt en spridning av kompetens i regionen. I de fall förslaget till effektiviseringen involverar en annan specialitet eller yrkeskategori måste hänsyn tas till den lokala bemanningssituationen och behovet av budgetjustering.

Förflyttning av arbetsuppgifter till annan yrkeskategori – Task-shifting

En differentierad bemanning är en förutsättning för överföring av arbetsuppgifter. Överföringen måste ske mellan alla yrkesgrupper och nya yrkesgruppers kompetens måste också användas. För legitimationsyrken innebär en sådan omfördelning oftast få ansvarsproblem. För andra yrkeskategorier kan förändringar i yrkesrollens ansvar som regel hanteras via delegering. Läkaruppgifter som tas över av sjuksköterskor är exempelvis olika endoskopiska undersökningar, mottagningsverksamhet och röntgensjuksköterskor som ansvarar för ultraljudsundersökningar eller vissa skelettundersökningar. Det kan vidare handla om sjuksköterskor som signerar och tar ställning till provsvar samt sjuksköterskeskrivna recept. Kontaktsjuksköterskor som ansvarar för kompletterande radiologisk utredning och information om PAD vid prostatacancer har genomförts som ett projekt i RJH.

Administrativa uppgifter kan skötas av annan personal än sjukvårdspersonal. Att det inte är vårdpersonal som ansvarar för inläggning av data i kvalitetsregister eller är koordinators för SVF, är exempel som framförs av flera processarbetsgrupper. Bokning av resor/boende för patienter är ytterligare en annan administrativ uppgift som inte kräver specifik medicinsk kunskap. Det är också nödvändigt med en prioritering och samordning på ledningsnivå mellan olika administrativa uppdrag, vilket i sin tur förutsätter att sjukhusens olika staber fullt ut axlar sina roller som stödjande funktioner.

Den juridiska sidan och ekonomin måste klargöras, liksom behov av och konsekvenser för olika utbildningar. En förändrad yrkesroll innebär också att farhågor och attityder måste bemötas. Det behövs ett välfungerande teamarbete och tillräckliga stödresurser för att var och en ska kunna arbeta utifrån sin kompetens. När resurser i form av sekreterare, vaktmästare, städ, transport, kökspersonal m.fl. tas bort i besparingssyfte, finns arbetsuppgifterna ändå kvar. Kompetent personal inom bristyrken arbetar sedan med dessa uppgifter utöver sitt ordinarie arbete, med effekter för patienter och arbetsmiljö. När den bortrationaliserade yrkeskategorin åter efterfrågas, finns ofta kompetensen inte längre att tillgå.

Kompetenshöjning inom samma yrkesgrupp

Några förslag till kompetensförhöjning

- Inrättande av distriktssjukskötersketjänster med särskilt ansvar för cancerpatienternas vård.
- Projekt med onkologisjuksköterska stationerad vid hälsocentral.
- Samarbete mellan specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam och kommunalt anställda distriktssjuksköterskor som innebär möjlighet till sjuksköterskestöd i hemmet hela dygnet och alla dagar. Det primära omvårdnadsansvaret ligger hos distriktssjuksköterskan, men teamets sjuksköterskor bidrar med konsultativt stöd (genomfört i RJH).

En högre akademisk nivå

Forskning är central för utvecklingen av sjukvården. Den kompetensförhöjning som en forskarutbildning innebär gynnar både rekrytering och underlättar att behålla befintlig personal.

- *Fler forskarutbildade läkare* behövs som handledare för vetenskapliga utbildningen av både läkarkandidater och ST-läkare, men också för att den medicinska forskningen ska fortsätta att utvecklas. Att läkare har en del av sin tjänst för forskning och utveckling är ett konkurrens-

kraftigt verktyg för rekrytering och för att kunna behålla specialister. Forskningsgrupperna har stor betydelse för den akademiska miljön på länssjukhusen. FoU-enheterna och de kliniska lärarna har ett stort ansvar för undervisningen. Tillgång till kvalificerade lärare är en förutsättning för en framtida god läkarbemanning i hela regionen. Att tillräckligt antal läkare har den forskarutbildning som ett doktorandarbete och disputation innebär, är också avgörande för rekryteringen av läkare i framtiden.

- *Fler forskarutbildade sjuksköterskor* är positivt för rekrytering till yrket och behövs för att driva utvecklingsarbete i vården. Även inom *andra yrkeskategorier*, av central betydelse för cancer vården, såsom arbets- och fysioterapeuter, är forskarutbildning lika viktig.
- *FoU-mål* föreslås ingå i verksamhetsplanen för varje område/klinik och redovisas i årsrapporterna, så som det genomförts i Västerbotten. Ansökan om status som akademisk sjukvårdsenhet och universitetssjukvårdsenhet förutsätter i sin tur redovisning av bland annat forskningsaktivitet. Regionerna rapporterar också till det nationella forskningsboks slutet. Antalet sjuksköterskor med magister- eller masterexamen, antalet doktorander och handledare, genomförda avhandlingsarbeten och erhållande av docentkompetens bör redovisas för varje specialitet i varje årsbokslut. För regionens cancer vård är en rimlig målnivå för andelen forskarutbildade läkare 20 procent för länssjukvårdens kliniker, och minst 50 procent för regionsjukhusets kliniker. Respektive region ska ha utarbetat handlingsplaner för hur dessa mål ska nås.

Förslag och exempel på utökat samarbete inom norra sjukvårdsregionen

- Kontaktsjuksköterska med regionövergripande uppdrag för vissa cancerformer skulle underlätta informationsutbyte, vara stöd i omvårdnadsfrågor och ingå i ett specialitets-specifikt nätverk (se bilaga 2 Y).
- Schemalagd, roterande tjänstgöring för specialistläkare vid Nus för kontinuerlig kompetenshöjning (se bilaga 2 P).
- Genomförd etablering av regionalt kompetens- och konsultcentrum för sena effekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar.
- Palliativmedicinskt konsultationsstöd via telefon under jourtid i samarbete mellan två eller flera regioner skulle kunna ge lindring på plats och förhindra en påfrestande förflyttning till annan vårdnivå (se bilaga 2 Q).
- Vid MDK för fall med bortopererande av bröst i profylaktiskt syfte, ska alltid plastikkirurg och cancer genetiker närvara.
- Regionala MDK för patienter med behov av bäckenrehabilitering har införts, men skulle kunna utvidgas till att omfatta andra typer av komplicerade rehabiliteringsbehov.
- Regional telefonlinje för kvinnor med positivt HPV-test utan cellförändringar föreslås, ev. på nationell nivå (se bilaga 2 L).
- Ökad andel kvinnor som genomgår omedelbar bröstrekonstruktion med implantat (se bilaga 2 D).
- Endobronkiellt ultraljud (EBUS) införs på samtliga länssjukhus lungkliniker (se bilaga 2 M).

2.9 Digitalisering och distansöverbyggande teknik

Huvudbudskap

- Upphandla nya IT-system i samråd med professionerna och utvärdera systemen korrekt
- Arbeta för digital överföring av data över regiongränserna och till kvalitetsregister
- Arbeta för fortsatt utveckling av videoinfrastruktur
- Arbeta för att införa distansöverbyggande lösningar som t.ex. teledermatoskopi vid hälsocentraler och *Hälsorum*
- Nyttja IT-teknik för att bättre tillvarata patientens egen kompetens

2017 låg Sverige på tredje plats i EU avseende digitalisering och framhålls som ett av världens mest digitaliserade länder. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att kraven på investeringar är stora och förväntningarna på området påtagligt höga. Det påpekas att eftersom den digitala tekniken också kan medföra risk för skada, bör effekterna av digitala verktyg följas upp med kartläggning av faktisk användning, påverkan på vårdkvalitet och kostnad. Ett aktivt deltagande av de professioner som ska utnyttja de digitala verktygen bedöms vara en förutsättning för ett hållbart och välfungerande system. SBU konstaterar att utvärdering bör genomföras med vetenskapliga metoder. Tendensen att införa nya digitala lösningar i stor skala utan att ha tillräckligt underlag kritiserar.

Utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* konstaterar att digitala verktyg kan ge patienten bättre förutsättningar för att bli mer delaktig i sin vård. *Vårdanalys* har ett regeringsuppdrag att undersöka hur digitala stöd och teknik kan bidra till mer effektiv, jämlik och tillgänglig cancervård. En fortsatt digitalisering kan förbättra förutsättningarna för information till vårdpersonal inför patientmötet, medföra att patienten får bättre kontroll över frågor som rör den egna hälsan och underlätta uppföljningen av medicinska resultat och verksamhetsutveckling.

IT i vårdens vardag

MDK är ett redan etablerat exempel på distansöverbyggande teknik. MDK är viktigt för en adekvat och jämlik vård och innebär samtidigt en *second opinion*. MDK är resurskrävande och ett kontinuerligt effektiviseringsarbete är en förutsättning. En kommande utveckling är att samtliga patientgrupper inom en cancerform diskuteras på MDK, samt även särskilda MDK för övergripande områden såsom avancerad rehabilitering.

Bättre och mer kompatibla IT-system lyfts ofta som väsentlig fråga för att effektivisera vården. Efterfrågade effektiviseringar är bland annat möjligheten att följa patientens väg genom vården, åtkomst till data över regiongränser och möjlighet att direkt överföra data, bland annat mellan journal och kvalitetsregister. Sammanhållen journalföring, som undersöks i ett projekt av INERA och är till exempel en förutsättning för att kallelser till cervixcancerscreening ska fungera säkert när patienter flyttar. Bristen på struktur i nuvarande journalsystem, samt till viss del datasäkerheten, utgör hinder som måste övervinnas för att samordning fullt ut ska vara möjlig.

Successivt utvecklas dock verktyg för att patient och vårdpersonal ska kunna följa vårdprocesserna digitalt. Den utvecklingen gör det möjligt att bättre ta tillvara patientens egen kompetens. En fortsatt sådan utveckling innebär ett ökat patientinflytande, men också en möjlighet till effektivisering när till exempel återbesök och undersökningar planeras efter patientrapporterade uppgifter. Datateknikens möjlighet till diversifiering av information i till exempel kallelser utnyttjas och de första försöken att föra över data från kvalitetsregister till journal har genomförts för några diagnoser.

Arbetsbesparande verktyg

Nedan redovisas några förslag på arbetsbesparande verktyg som utnyttjar digitalisering och/eller distansöverbyggande teknik. Exempelen är främst hämtade från processledarnas underlag.

- *Kompatibla datasystem*, med exempelvis möjlighet till elektroniska remisser för laboratoriesvar, inklusive PAD-svar, skulle vara både arbetsbesparande och öka patientsäkerheten.
- *Väl utbyggd videoinfrastruktur* för distansbesök med patienten i hemmet eller på vårdinrättning alternativt mellan sjukhusens mottagningar. Distansbesök via video används inom flera diagnoser, främst för uppföljning, men kan utökas betydligt. Även råd i omvårdnadsfrågor, som stomiskötsel, eller kontakt med dietist kan ske på distans, liksom kognitiv beteendeterapi (KBT).
- *Virtuella hälsorum och samlingsrum*. Virtuellt hälsorum för videokontakt mellan patient och sjukvårdsinrättning finns i Västerbotten. Utvidgning av konceptet till s.k. samlingsrum planeras. Det innebär att de virtuella hälsorummen blir kontaktrum även för till exempel försäkringskassan, arbetsförmedlingen eller kommunens hemtjänst.
- *Regiongemensam patientinformation* för vissa patientgrupper. Exempel är information till familjer till cancersjuka barn med ”Barncancerappen” (se bilaga 2 A).
- *Skolrobotar*. Barncancerfonden finansierar ett projekt med skolrobotar i klassrummet. Patienten kan i sitt hem koppla upp sig mot roboten och delta i lektionerna (se bilaga 2 A).
- *Teledermatoskopi* för en kvalificerad bedömning av hudtumörer på distans finns på samtliga hälsocentraler i Västerbotten (se bilaga 2 I).
- Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman utreder möjligheten att använda drönare för att leverera medicin till patienten eller prov till sjukvården.

Distansöverskridande teknik eller telemedicin befinner sig i en fas av snabb utveckling med många nationella projekt på gång. Med regionens långa avstånd är telemedicin viktig för samverkan och jämlik tillgång till vården. Metoder för såväl diagnostik som behandling på distans är under utveckling.

2.10 Kunskapsstyrning

Huvudbudskap

- Implementera de nationella vårdprogrammen
- Underlätta inrapportering till kvalitetsregister. Följ regelbundet upp täckningsgrader för cancersjukdomarnas kvalitetsregister och använd resultaten för verksamhetsutveckling
- Följ regelbundet upp SVF-data

I kunskapsutredningen, *Kunskapsstyrd och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*, från 2017, konstateras att det finns många aktörer som tar fram kunskapsstöd för sjukvården, vilket ger en splittrad kunskapsstyrning med begränsad användning av de olika stöden och oönskade geografiska skillnader. På den positiva sidan finns ökad digitalisering, som kan ändra förutsättningarna för att verksamheterna ska kunna tillägna sig ny kunskap, underlätta uppföljning och göra det enklare för patienterna att ta del av vården.

Utredningen föreslog oförändrad ansvarsfördelning mellan stat och huvudmän och ökad tillit, i stället för detaljstyrning, till professionerna. Den understryker också att patienten är en viktig aktör, som behöver ges förutsättningar att delta i kunskapsstyrningen. Hösten 2018 kommer en fortsatt utredning att påbörjas för att klarlägga hur arbetet ska bedrivas vidare. I intentionerna framhålls behovet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård, tydligare statlig styrning och förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.

Landsting och regioner påbörjade hösten 2017 uppbyggnaden av en nationellt gemensam struktur för kunskapsstyrning, som baseras på bildandet av nationella programområden. RCC-organisationen har i dagsläget ansvar för cancerområdet, med ett vilande värdskap i norra sjukvårdsregionen.

RCC lyfts fram både i den statliga utredningen och i det pågående arbetet med nationella programområden, som en god modell för kunskapsstyrning. RCC Norr har en fast struktur för det regionala stödet till kunskapsstyrningen. Det handlar om stöd till forskning, strategiskt utvecklingsarbete för vårdprocesser, ansvar för nationella vårdprogram, arbete med och utveckling av kvalitetsregister, inklusive statistisk redovisning av data ur registren, samt systematiskt förbättringsarbete i vårdprocessernas samtliga led.

Processledare och regionala arbetsgrupper

Processledarna och deras regionala arbetsgrupper följer forskningsutvecklingen, föreslår hur förbättringar kan genomföras och följer upp målnivåerna i t.ex. SVF, kvalitetsregister och nationella vårdprogram. Regionerna är ansvariga för att målnivåerna uppnås inom den egna organisationen och beslutar själva hur det ska göras, genom att organisera vården utifrån de egna förutsättningarna.

Nationella vårdprogram

RCC Norr deltar aktivt i arbetet med nationella vårdprogram (NVP). Till varje nationell vårdprogramgrupp utses en representant från norra regionen. Representanten är ofta den regionala processledaren, alternativt en annan specialist inom det aktuella området. I de regionala processledarnas uppdrag ingår att tillsammans med sina regionala processarbetsgrupper stödja implementeringen av NVP, samt att göra en skriftlig konsekvensbeskrivning för regionen, när ett vårdprogram går ut på remiss i regionernas linjeorganisationer. Regionala eller lokala vårdprogram ska enligt beslut i RCC Norrs styrgrupp inte användas när det finns ett nationellt vårdprogram.

Till ett nationellt vårdprogram kan vid behov regionala tillämpningar utarbetas, ett ansvar som också åligger den regionala processarbetsgruppen. Regionala tillämpningar utgör appendix till det nationella vårdprogrammet. Tillägget ska klargöra organisatoriska tillämpningar och eventuella avvikelser från behandlingsrekommendationerna i vårdprogrammet.

Vårdprogrammen behandlas i det regionala chefsrådet för cancervården inför fastställande i det nationella organet RCC i samverkan. RCC Norrs styrgrupp tar ställning till konsekvensanalyser och godkänner vårdprogrammets användning i norra regionen. Därefter implementeras dessa i det praktiska arbetet, via linjeorganisationerna och de regionala processarbetsgrupperna. Förändringar som behöver göras i norra regionen för att nå mål i vårdprogrammen tas även in i den regionala cancerplanen, för implementering i respektive region.

En samverkan mellan de nationella vårdprogrammen och kvalitetsregistren eftersträvas, så att indikatorer i de nationella vårdprogrammen kan följas upp genom registren. Ett nationellt arbete pågår för att utarbeta en modell för hur uppföljning och rehabilitering av cancersjukdom ska beskrivas på ett strukturerat sätt i vårdprogram och kunna följas i kvalitetsregister.

Standardiserade vårdförlopp

SVF utarbetas som appendix till NVP. För både vårdprogram och SVF görs en årlig översyn och vid behov en revidering. Vid större revisioner, som har organisatoriska eller kostnadsmissiga effekter, skickas det reviderade vårdprogrammet på ny remiss till regionernas linjeorganisationer.

Ett aktivt arbete pågår för att kvalitetskriterierna som redovisas i NVP och i SVF ska kunna följas upp också i kvalitetsregister. Ofta finns delvis samma personer i styrelserna för både vårdprogram och kvalitetsregister, vilket underlättar samordning. Det finns en klart uttalad vilja i den statliga cancersatsningen att öka samverkan mellan kvalitetsregister- och vårdprogramgrupper.

Kvalitetsregister

Sveriges långa tradition av kvalitetsregister och hälsodatabaser ger en unik möjlighet till uppföljning av vården. Kvalitetsregistren behöver fortlöpande utvecklas för att möta sjukvårdens snabba utveckling och kunna ge optimal återkoppling till vården.

För att optimera arbetet inom cancervårdens register, har landets RCC en gemensam nationell organisation för utveckling och konstruktion av databaser och kvalitetsregister på IT-plattformen INCA. Organisationen består av tre team som ägnar sig renodlat åt systemutveckling. Ett av dessa tre team är lokaliserat till Umeå, i vilket RCC Norr samarbetar med Registercentrum Norr.

Varje region är ansvarig för en korrekt och effektiv inrapportering till kvalitetsregistren för respektive diagnos. Detta är ett klart förbättringsområde eftersom rapporteringen till kvalitetsregistren skiljer påtagligt mellan kliniker och specialiteter i norra regionen. Att rapportera patientdata till kvalitetsregister är dessutom alltmer resurskrävande. Nästan samtliga processledare tar i sina utvecklingsplaner upp behovet av ytterligare resurser för att kunna genomföra inrapporteringen. Ofta framförs förslag att administrativ personal efter inskolning, med stöd av vårdprofessionerna, tar över arbetet med inrapportering.

Utvecklingsmöjligheter. Det finns önskemål om att insatser avseende prevention och cancerrehabilitering skulle kunna mätas som variabler i kvalitetsregistren för cancerområdet. Det skulle påtagligt öka förutsättningarna för att följa kvalitetsutvecklingen inom respektive område.

Ett kvalitetsregister för mammografiscreening håller på att införas. Att kunna lägga samman screeninguppgifter, data över screeningfynd som medfört ingrepp med benignt resultat och bröstcancerregistret kommer att innebära att hela screeningprocessen kan följas och kvalitets-säkras. Processdelen i kvalitetsregistret för cervixcancerscreening innehåller en patientöversikt, som gör att patientens väg genom vårdkedjan lätt kan följas. En del kvalitetsregister innehåller också en interaktiv del, så patienten både kan fylla i och ta del av uppgifter om sin sjukdom.

RCC Norr bidrar med monitorering av kvalitetsregistren, samt handledning och utbildning av inrapportörer. RCC Norrs statistiker gör uttag ur kvalitetsregistren till stöd för kunskapsstyrning, förbättringsarbete och forskning. De tar även regelbundet fram rapporter över täckningsgrader och målnivåer. RCC Norr har en vidare en stödjande funktion för registerforskning med statistisk kompetens för kliniker som vill använda kvalitetsregister för forskning och vårdutvecklingsprojekt. Klinikerna kan ansöka om statistikerstöd via RCC Norrs webbplats.

Cancerregistret

Cancerregistret vid Socialstyrelsen är ett hälsodataregister, som redovisar data för olika cancer-sjukdomar, sedan etableringen 1958. Landsting och regioner är enligt lag skyldiga att rapportera samtliga tumörer till registret. Data skickas först till RCC för kodning och registrering och läggs sedan in i Cancerregistret. För kvalitetsregistren inom cancerområdet används Cancerregistret för bland annat bedömning av täckningsgraden, som för ett kvalitetsregister är avgörande för möjligheterna att använda registret för utvecklingsarbete. Cancerregistret är viktigt för både forskning och utveckling inom cancervården.

Patientöversikt

Ett beslutsstöd, som arbetats fram inom prostatacancervården, sprids nu till flera diagnoser i ett treårigt nationellt projekt med finansiering från Swelife, Sjöbergstiftelsen och RCC. Information förmedlas grafiskt, vilket gör att sjukdoms- och behandlingshistoria lätt kan följas i en patientöversikt. Beslutsstödet innebär också att data för forskning och uppföljning samlas på ett strukturerat och standardiserat sätt från både vården och patienten. Dialogen med patienten kan därmed underlättas och patientmötet effektiviseras. Åtta olika cancerdiagnoser kommer att ingå i projektet och patientöversikten ska kunna fungera nationellt över landstingsgränserna.

Cancercentrum.se

Landets sex RCC har en gemensam webbplats som innehåller både nationell och regional/lokal information. Webbplatsen uppdateras kontinuerligt och dess innehåll täcker stora delar av kommunikationen inom cancerområdet i Sverige.

På cancercentrum.se finns bl.a. nationella vårdprogram och SVF, dokument och formulär för arbete med nationella kvalitetsregister och rapporter från de olika registren. Uppföljning av ledtider och resultat från patientenkäter redovisas. Webbplatsen visar även kalenderhändelser, nyheter och nyhetsbrev från RCC. En viktig uppgift för webben är att lyfta goda exempel inom cancervården. Se även cancercentrum.se/norr.

2.11 Klinisk forskning, utveckling och innovation

Huvudbudskap

- Betrakta forskning och utvecklingsarbete som jämbördigt med produktion av sjukvård
- Öka stödet till de lokala FoU-/FoI-enheterna för fortsatt utveckling
- Öka andelen patienter som deltar i kliniska studier och arbeta för att FoU-/FoI-enheterna ska kunna godkännas som egen *forsknings-site* i prövarinitierade studier

Socialdepartementet fastslog 2011 kriterier för vad som ska utmärka Regionala cancercentrum (RCC). Där står bland annat att; ”RCC ska arbeta för att stärka den kliniska cancerforskningen i regionen, utveckla samarbetet med universiteten/högskolorna och den forskande industrin samt främja innovationer i cancer vården. I processledaruppdraget bör ingå uppgifter även inom FoU-området. RCC bör i första hand arbeta med en infrastruktur som ska främja klinisk forskning i bred mening, dvs. forskning inom biomedicin, omvårdnad, rehabilitering, psykosocialt stöd, klinisk epidemiologi, etc. RCC ska vidare verka för att nya evidensbaserade metoder snabbt ska komma cancerpatienter till del (så kallat ordnat införande) och när nya metoder införs bör deras effekter i rutinsjukvården utvärderas; kvalitetsregistren är här naturliga samarbetspartners”.

Ett uppdrag i 2018 års överenskommelse om cancer vården mellan staten och SKL är att; ”RCC i samverkan under året ska undersöka förutsättningarna för att matcha cancerpatienter med kliniska studier inom cancerområdet”. I *Färdplan för Life science – vägen till en nationell strategi*, som presenterades i juni 2018 framhålls likaså behovet av att sjukvården inkluderar flera patienter i kliniska studier – för att nya läkemedel och behandlingsmetoder snabbare ska kunna utvärderas och komma patienterna till godo.

Norra sjukvårdsregionen har väl etablerade strukturer inom både forskning och innovation vid universiteten, sjukvården, näringslivet och olika innovationssystem. Olika hinder mellan dessa aktörer kan dock försvåra överföring av kunskap, förlänga tiden till färdig produkt eller fördröja utvärdering av nya metoder och läkemedel.

Möjligheter att bedriva cancerforskning i hela norra regionen behöver fortsatt stöd. Hanteringen av registerdata kan förbättras i olika led och en mer jämlik rekrytering till kliniska studier är nödvändig. Forskarutbildning och forskning har en central roll för rekrytering och utveckling av den akademiska miljön, inte minst på länsjukhus och länsdelssjukhusen, vilket beskrivs i kapitlet om kompetensförsörjning.

RCC Norrs roll

RCC Norr stödjer regionens cancerforskning genom att verka för ökat deltagande i kliniska studier, regionaliserad insamling av kliniska data och prover och ökad forskning kring precisionsmedicin. RCC Norr bistår med statistisk kompetens och arrangerar cancerseminarier för att sprida kunskap om aktuell forskning och höja kompetensen i regionen. Årligen arrangeras *Cancerforskningens dag* tillsammans med Umeå universitet. Dit inbjuds alla i norra regionen som ägnar sig åt eller är intresserade av cancerforskning. *Cancerseminarieseriens* föreläsningar är primärt riktade till professionen, men öppna för alla. De kan även ses via videolänk och ofta också i efterhand på RCC Norrs webbplats.

RCC Norrns *forskningsamordnare* driver arbetet med cancerseminarieserien och cancerforskningens dag. Forskningsamordnaren är även sammankallande för RCC Norrns cancerforskningsråd. I rådet ingår FoU-cheferna i regionerna, eller representanter för dessa, verksamma representanter för olika forskningsfält och för nätverket Forum Norr. Forskningsrådet befinner sig hösten 2018 i en utvecklingsfas med anställning av ny forskningsamordnare och revidering av planen för forskning och innovation.

Ett mål för RCC är att med stöd till och i samverkan med *Forum Norr*, skapa en regionövergripande infrastruktur för kliniska prövningar i hela sjukvårdsregionen, trots de olika förutsättningar som finns.

Universitet i norr

Samverkan mellan universiteten i norr och de fyra regionerna sker genom Norrlands universitets sjukvårdsstyrelse. RCC Norr deltar i flera av de samverkansgrupper som styrelsen utsett, som t.ex. Regionalt samråd för forsknings-, utbildnings- och innovationsfrågor (FUI-rådet), vars uppdrag är att diskutera långsiktiga strategier för utveckling inom forskning, utbildning och innovation, med syfte att utveckla dessa områden i norra regionen. Det finns en stor utvecklingspotential för såväl forskning som innovation, när samverkan skapas mellan olika forskargrupper. RCC Norr bidrar, i samarbete med den medicinska fakulteten vid Umeå universitet, på flera sätt för att skapa sådana kontaktytor.

Kliniska studier Sverige är den övergripande nationella organisationen för olika kliniska studier. *Forum Norr* är den regionala motsvarigheten och det finns satellitnoder vid sjukhusen i Östersund, Sunderbyn, Sundsvall och Umeå, samtliga med kliniska forskningscentrum (se nedan). Forskning och forskarutbildning inom cancervården är kopplat till de befintliga organisationsstrukturerna för forskning i regionen.

FoU/ FoI-enheternas roll

Forskningen har under senare år utvecklats mycket positivt i samtliga regioner. Det beror på att delar av läkarutbildning numera bedrivs i samtliga regioner, i kombination med de olika forsknings- och utvecklings-(FoU)/forsknings- och innovations-(FoI)-enheternas framgångsrika arbete. Kliniska forskningscentrum finns i Östersund, Sunderbyn, Umeå och Sundsvall. Vid dessa forskningscentrum finns good clinical practice (GCP)-certifierade forskningssjuksköterskor. Forskare, fortfarande flest läkare, har tillgång till lokala biobanker, liksom möjligheter att lagra blod- och vävnadsprover mm. Onkologiska kliniken i Sundsvall har också en egen prövarenhet.

FoU/ FoI-enheterna bidrar med akademisk, administrativ och statistisk kompetens och stöttar viss forskarutbildning ekonomiskt. En representant för enheten driver forskningsfrågor i sjukvårdsledning och säkerställer att utbildning och forskning ska ses som ett lika tydligt uppdrag inom sjukvården som produktion av sjukvård. Förutom egna forskningsstudier bedrivs studier i samarbete med Umeå universitet och flertalet av landets övriga lärosäten. SKL har utarbetat en mall för redovisning av forskningsaktivitet, som kommer att ingå i *Vården i siffror* (ViS), och som håller på att implementeras i alla fyra regioner i norra sjukvårdsregionen. FoU-cheferna i Sverige samverkar också i ett nationellt nätverk.

Ökad andel patienter i kliniska studier

Det är ofta en fördel för patienter att vara med i kliniska prövningar (vanligen studier av olika läkemedel) med tillgång till nya och ofta bättre mediciner och för att uppföljningen är mer omfattande. Studierna kan också slutföras fortare om tillräckligt antal patienter kan inkluderas. Det innebär i sin tur att resultaten snabbare kan implementeras i den kliniska verksamheten. Andelen patienter som ingår i kliniska prövningar varierar dock inom norra regionen. Samma obalans gäller för övriga kliniska studier, som givetvis förekommer inom samtliga professioner, som handlägger cancerpatienter. En orsak kan vara bristande kunskap om vilka aktuella studier som finns. RCC Norr initierade därför för några år sedan en databaslösning för kliniska studier, öppen för både profession och patienter/närstående. Den är nu implementerad nationellt i form av databasen *Cancerstudier i Sverige* på RCC:s webbplats. Full täckning för kliniska studier inom opererande specialiteter saknas ännu.

Klinisk onkologisk cancerforskning i norra regionen bedrivs idag främst vid Cancercentrum i Umeå, samt vid onkologiska kliniken i Sundsvall. Det har blivit allt svårare att hitta de enskilda patienter som kan inkluderas i studierna, eftersom det ofta krävs specifika tumörfaktorer. Med hela norra regionen, som gemensam enhet och upptagsområde, skulle det finnas bättre förutsättningar att attrahera fler läkemedelsstudier. Även för övriga kliniska studier (akademiska studier) skulle en sådan organisation i vissa fall kunna vara fördelaktig för rekrytering av patienter.

En nationell utredning för att underlätta matchning av patienter till kliniska cancerstudier kommer att avslutas under 2018. Utredningen undersöker möjligheten att använda befintliga strukturer, som t.ex. kontaktsjuksköterskor, multidisciplinära konferenser och olika databaser. Att flera patienter inkluderas i kliniska studier framförs också som mål från flera processarbetsgrupper, PNR och patientorganisationer och från statsmakten, som del i den så kallade cancersatsningen för 2018. Det sistnämnda är kopplat till en samverkan med *Kliniska studier Sverige*.

Övriga hinder för deltagande i prövarstudier, som tidigare identifierats, är läkemedelsbolagens rutiner med endast en huvudprövare samt specifika krav på de apotek som delar ut läkemedel och på standardisering av radiologin i uppföljningen av patienterna. Datalagen försvårar också åtkomst av patientdata om inte sjukhuset eller kliniken är ett eget centrum. Vidare inverkar förstås engagemang och attityder hos tänkta medprövare i regionen, ofta tidsmässigt pressade i vardagens sjukvård. De extra kostnaderna för respektive huvudman innebär också ett påtagligt hinder. En patient som deltar i en prövarinitierad studie och som måste resa till regionsjukhuset, för behandling och uppföljning, kan generera extra kostnader även om ingående mediciner är rabatterade.

Systematisk insamling av forskningsdata

Systematisk insamling av kliniska data, bilddata, laboratorieprover och vävnad från patienter i hela regionen är ett prioriterat område. Umeå universitet och Uppsala universitet har erhållit nationella strategiska forskningsresurser inom cancerområdet. Inom *Uppsala Umeå Comprehensive Cancer Consortium* (U-CAN) pågår insamling av blod, vävnad, bild- och funktionsinformation, laboratorieinformation och patientdata för flera cancersjukdomar. En diskussion om ökad regionalisering av insamling pågår. RCC Norr kan stödja det arbetet med viss infrastruktur, men för effektiv insamling krävs att arbetet drivs av engagerade personer i respektive region. Hindren som finns är, delvis desamma som redovisas ovan för läkemedelsstudier, ofta resursbrist.

Innovation

För att samverka kring medicinsk forskning och innovation ska vara lyckosam och för att få ett bra patientunderlag krävs ofta att samverkan sker både nationellt och internationellt. Norra regionen deltar i ett stort antal sådana projekt, där en del samordnas via RCC i samverkan.

2.12 Regionalt cancercentrum norrs ledning och struktur

RCC Norrs ledning och struktur beskrivs på webbplatsen, www.cancercentrum.se/norr/omoss/organisation.

Samtliga regioner i norr har etablerat lokala cancercentrum (LCC). I dessa forum ingår linjechefer från verksamheter som är berörda av cancervården, representanter från regionens tjänstemannaledning samt i varierande utsträckning även lokala processledare och patientföreträdare. LCC är viktiga forum för att lokalt diskutera och driva de frågor som hanteras inom ramen för RCC-organisationen på regional och nationell nivå.

2.13 Nivåstrukturering

Huvudbudskap

- Beakta hela sjukvårdens, och särskilt akutverksamhetens, behov vid nivåstrukturering
- Använd kvalitetsregistrens underlag vid diskussion om nivåstrukturering
- Utvärdera konsekvenserna av genomförd nivåstrukturering

Nivåstrukturering av vården för cancerpatienter innebär beslut om var utredning, diagnostik, kirurgisk och medicinsk behandling, radioterapi samt fortsatt vård av cancerpatienter ska utföras. Nivåstrukturering kan innebära både centralisering och decentralisering av vården. Syftet är att samtliga patienter ska få en god och likvärdig vård, samtidigt som resurser utnyttjas optimalt. Avancerade och/eller kostsamma utredningar och terapier samt ovanliga cancerformer är lämpliga för centralisering, medan andra åtgärder, som uppföljning, rehabilitering och palliativ vård är lämpliga för decentralisering med vård så nära patientens hem som möjligt.

Nivåstrukturering kan genomföras nationellt, regionalt och inom respektive region. Arbetet med nationell nivåstrukturering ska övertas av Socialstyrelsen, men sker för cancerområdet under en övergångsperiod fortsatt inom ramen för RCC i samverkan. Vid beslut om nivåstrukturering måste många faktorer vägas in. En överblick över vården som helhet är en förutsättning för att nivåstrukturering ska kunna genomföras med bibehållen kvalitet för samtliga patientgrupper. För en högkvalitativ vård behövs såväl aktiv forskning, som kontinuerligt utvecklingsarbete. Enskilda aktörer kan inte garantera vård av hög kvalitet; det måste finnas ett utvecklat och hållbart teamarbete.

En centralisering av avancerade ingrepp medför stora krav på god bemanning på operations-, intensivvårds- och vårdavdelningarna på det mottagande sjukhuset, för att kötiderna ska förbli rimliga. Om nivåstruktureringen leder till ökande väntetider är åtgärden förfelad.

Akutverksamheten är bokstavligen livsviktig och måste fungera för samtliga patienter. Vid nivåstrukturering måste akutuppdraget tydligt definieras för varje sjukhus och klinik och det finns en nedre kompetensnivå som måste respekteras om akutuppdraget ska kunna uppfyllas. Det måste således vara en balans mellan nivåstrukturering och det akuta uppdraget. För cancerpatienterna ställs dessutom särskilda krav på kompetens vid komplikationer till ingrepp och sjukdom, som behöver såväl radiologiskt, som kirurgiskt och onkologiskt kunnande. Transportfunktionerna kan byggas ut för att möta en del av problemen, men för ett flertal akuta tillstånd är tid en avgörande faktor.

Förutom aspekter på utbildning och rekrytering, måste också konsekvenser av att sjukdomsgrupper flyttas från en verksamhet vägas in, som ekonomi och på sikt förlorad kompetens. Synergieffekter, som ingrepp för benigna sjukdomar i samma organsystem medför för utvecklande och behållande av kirurgisk kompetens bör helst inte gå förlorade. Ett utbyte av verksamheter nämns ofta som ersättning vid nivåstrukturering, men benigna sjukdomsgrupper som flyttas, väger inte alltid upp förlorande av cancerpatienter inom verksamheten. Det kan leda till att kompetenta personer slutar och då förloras den kompetensen även för diagnostik och uppföljning av patientgruppen.

I arbetet med nationell nivåstrukturering, som leds av RCC i samverkan, är RCC Norr representerat i den nationella arbetsgruppen för nivåstrukturering och i samtliga sakkunniggrupper. När remisser med förslag till nationell nivåstrukturering skickas till regionerna för ställningstagande, bereder RCC Norrs processarbetsgrupp inom aktuellt område ett förslag till regiongemensamt svar. Förslaget diskuteras sedan i det regionala chefsrådet för cancervården och i RCC Norrs styrgrupp. Respektive region fattar därefter beslut om sitt ställningstagande till förslaget.

Förbundsdirektionen (FD) i norra sjukvårdsregionen beslutar om regional nivåstrukturering över regiongränserna. Den regionala nivåstruktureringen, eller den regionala arbetsfördelningen, är en fråga för såväl hela norra sjukvårdsregionen som de enskilda sjukhusen och kräver mer underlag än att bara räkna antal ingrepp. Ett flertal faktorer som bör ingå i analysen nämns ovan.

FD kan ge rekommendationer för åtgärder inom respektive region, men beslut om hur vården organiseras fattas inom den egna regionen.

Kvalitetsregistrens kontinuerliga utvärdering av vården bör kunna vara till stor hjälp för beslut avseende nivåstrukturering. Varje enskild klinik bör analysera sina resultat, kontinuerligt genomföra förbättringsarbete och ingå som aktiv part i diskussionen om nivåstrukturering.

Den första nivåstruktureringsplanen för cancervården i norra regionen fastställdes i maj 2013 och följdes av nivåstruktureringsplanen för 2016–2018. De åtgärder som föreslogs i de båda planerna är nu till största del genomförda och målen är uppnådda. I likhet med tidigare utgör processarbetsgruppernas underlag en bas till den nu aktuella cancerplanen. Den regionala nivåstruktureringen inom norra regionen bedöms generellt fungera bra.

Nationell nivåstrukturering

För barnonkologi finns en etablerad och välfungerande nationell nivåstrukturering och samverkan (se bilaga 2 A). Nationella nivåstrukturerade åtgärder finns även inom flera cancerdiagnoser. De flesta processarbetsgrupper anger sig vara positiva till beslutad nationell nivåstrukturering, även om remittering utanför regionen skiljer sig mellan specialiteterna och vissa problem har identifierats. Förutom redan beskrivna ökade kostnader och risk för förlorad kompetens, nämner processgrupperna för penis- och vulvacancer, att kommunikationsvägarna skiljer sig från övrig remittering, med stora krav på individuella lösningar och krävande resor för ibland gamla och sköra patienter. De nationellt nivåstrukturerade åtgärderna kommer att följas upp.

Regional eller lokal nivåstrukturering

Ett exempel på en pågående regional centraliseringsprocess är att kirurgisk behandling av viss urotelial cancer i njuren (njurebäckenet), på sikt ska utföras av två team på tre sjukhus i norra regionen (se bilaga 2 Y). Ett annat exempel är att mer svårbedömda positiva fall vid cervixcancerscreening ska bedömas på 1–2 enheter per region (se bilaga 2 L). Förslag till ökad decentralisering framförs när det gäller länsdelssjukhusen i Sollefteå, Örnsköldsvik, Lycksele, Skellefteå och Gällivare och i viss mån även Kalix (se bilaga 2 P, Y), där en investering i urologisk kompetens föreslås. Utbildning av ST-läkare i urologi skulle kunna börja vid länsdelssjukhusen. Lungmedicin avser att under den närmaste treårsperioden fördjupa samarbetet med länsdelssjukhusen för uppföljning och palliativ vård (se bilaga 2 M). Om nivåstrukturering endast medför färre arbetsuppgifter inom den egna specialiteten, ökande administration och mer randning under utbildningen kommer kompetensen på de mindre sjukhusen inte att kunna säkras.

Kommande nivåstrukturering som kan vara aktuell för norra sjukvårdsregionen:

- *Politiska beslut för gynekologisk cancer* kan komma att styra om patientflöden såväl regionalt som nationellt. De diagnoser som är under utredning för nationell nivåstrukturering är vissa fall av cervixcancer och lågmalign äggstockscancer (se bilaga 2 G).
- *Sentinel node-biopsi* (den lymfkörtel som är ”portvaktskörteln”) vid *maligna melanom* är decentraliserad sedan 2013. Enligt NVP bör man överväga centralisering till åtminstone regional nivå för mer extensiva lymfkörtelutrymningar (se bilaga 2 I).
- Ett sakkunnigarbete pågår avseende nationell nivåstrukturering inom området huvud-halscancer, som kan komma att medföra koncentration av vissa specifika åtgärder och diagnoser till nationella centrum.

3. Bakgrundsinformation

3.1 Nationella och regionala strategier för cancervården

En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) prognostiserade en kraftig ökning av cancerfall i framtiden, som skulle komma att ställa stora krav på hälso- och sjukvården. Baserat på utredningens slutsatser beslutade dåvarande regering att utveckla regionala cancercentrum (RCC), som ett strategiskt och långsiktigt förslag för att stärka cancervården. Norrlandsregionerna fattade 2011 det politiska beslutet att inrätta RCC Norr, som ett av sex RCC i landet. RCC Norrs struktur och arbetsätt framgår på RCC Norrs webbplats, www.cancercentrum.se/norr/om-oss/organisation.

Socialdepartementet fastslog tio kriterier som skulle känneteckna RCC:s arbete. Tidigare strategiska regionala utvecklingsplaner för norra regionens cancervård har redovisats utifrån dessa kriterier. I maj 2018 presenterade regeringen en avsiktsförklaring med en långsiktig inriktning för att stärka det nationella arbetet med cancervård fram till 2025. Enligt detta dokument ska den nationella cancerstrategins inriktning från 2009 behållas. Arbetet som RCC bedriver på cancerområdet ska fortsatt vara en förebild för övrig sjukvård. Det nationella och breda perspektivet som RCC har ska vara kvar, men de kriterier som användes vid etableringen av RCC behöver inte längre vara vägledande.

Som tidigare föreslås att fokus inriktas på att korta väntetiderna och främja patientens delaktighet. Prevention och sjukdomsförebyggande åtgärder samt rehabilitering ska förbättras. Kompetensförsörjning ska säkras genom strategiskt och långsiktigt arbete. Digitalisering ska nyttjas i högre utsträckning. Satsningen på nationella kvalitetsregister ska fortsätta. Forskning och innovation bör främjas och kunskapsstyrning bör användas i ökad omfattning inom vården.

Indelningen i nationella programområden (NPO) innebär för närvarande ingen organisatorisk ändring för området cancersjukdomar. Landets sex RCC har fortsatt ansvaret för utvecklingen inom cancerområdet. Norra sjukvårdsregionen har för närvarande ett vilande värdskap för området. Om den statliga finansieringen upphör övergår värdskapet från vilande till aktivt, vilket innebär ett stort och viktigt åtagande för norra sjukvårdsregionen. RCC Norr skulle då komma att ansvara för de nationella stödfunktioner som sedan inrättandet av RCC funnits inom SKL:s organisation. Inom ramen för det vilande värdskapet ska en processledare på deltid förbereda en framtida övergång till ett aktivt värdskap.

3.2 Norra sjukvårdsregionens vision för cancervården

Norra regionens vision är *Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd*. Inriktningen för cancervården och förbättringsarbetet överensstämmer i stort, mellan olika RCC. Norra regionen har emellertid delvis andra förutsättningar än övriga landet, som ställer särskilda krav på utvecklingsarbetet. En stor andel glesbygd innebär svårigheter att åstadkomma en likvärdig prevention, tidig upptäckt, utredning, vård och behandling i hela sjukvårdsregionen. Cancervård i glesbygd är därför ett särskilt profilområde för RCC Norr. Distansöverbyggande teknik behöver utvecklas vidare och användas i allt större utsträckning. Att den onkologiska kompetensen är ojämnt fördelad ställer speciella krav på cancervården i norra sjukvårdsregionen och är därför ett prioriterat område. En fungerande kompetensförsörjning är avgörande för cancervården.

RCC Norr har fyra hörnstenar som är centrala för att förverkliga visionen,

- Att i alla sammanhang ha patientens fokus
- Att arbeta för optimal kommunikation mellan olika vårdgivare och mellan vårdgivare och patient
- Att arbeta med evidensbaserad kunskap och god kvalitet
- Att stärka forskning och innovation

3.3 Cancerutveckling i Sverige och regionen

Det finns omkring 200 olika cancersjukdomar av mycket olika svårighetsgrad. Ökade möjligheter att upptäcka cancer i ett tidigt skede, säkrare diagnostik, förbättrad såväl onkologisk som kirurgisk behandling och nya behandlingsmetoder, gör att allt fler överlever det mer akuta skedet. Fler individer lever med sin cancersjukdom, dvs. prevalensen ökar.

Antalet insjuknade i cancer har fördubblats i Sverige sedan 1970-talet. Prognosen inför framtiden är en fortsatt ökning, till 100 000 nya cancerfall år 2040, mot dagens drygt 60 000. Ökningen beror på flera faktorer. Eftersom cancer drabbar äldre personer i högre omfattning än yngre, medför en åldrande befolkning en ökning av antalet cancerfall. Ohälsosamma levnadsvanor inverkar också, med tobaksrökning som den tydligaste negativa livsstilsfaktorn. Ett annat exempel är övervikt, som beräknas ligga bakom 2000 nya cancerfall per år i Sverige. Tabell 1 visar de cancerformer som ökar mest.

Tabell 1. Genomsnittlig, årlig ålderstandardiserad ökning av olika cancerformer de senaste tio åren för män och för kvinnor. * Basalcellscancer.

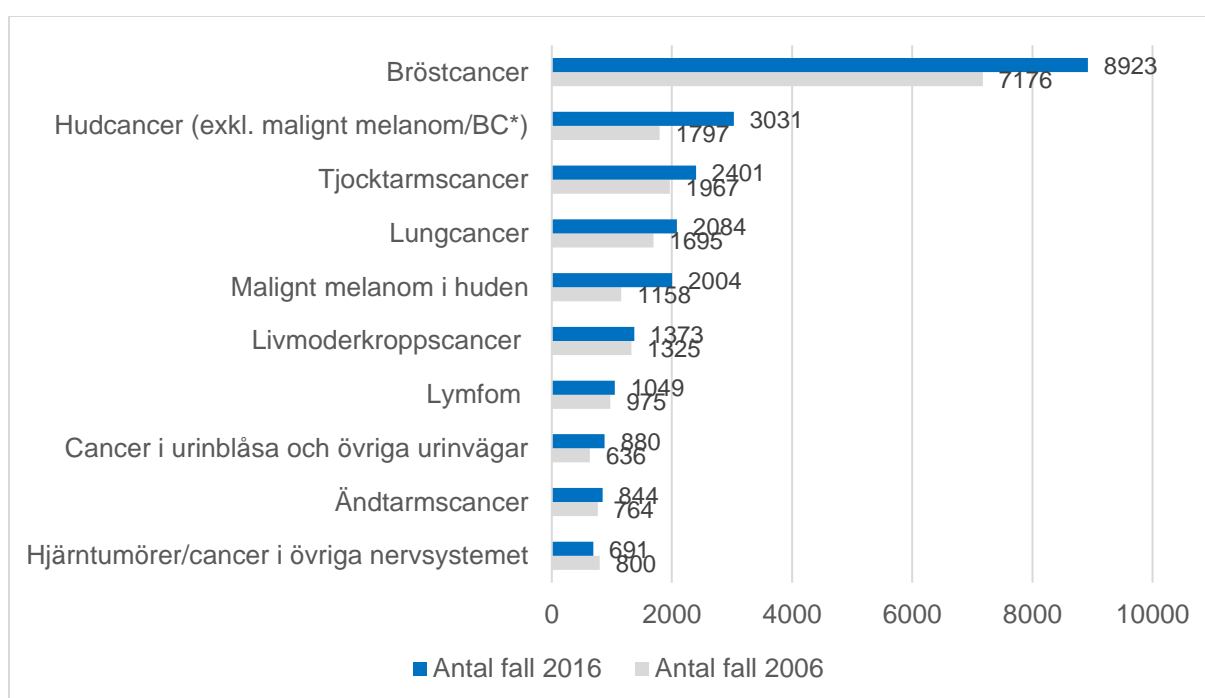
Cancerformer som ökar mest	Årlig ökning 2006 – 2016 (%)
Män	
Maligt melanom i huden	4,8
Hudcancer (exkl. maligt melanom/BC*)	4,7
Cancer i lever, gallgångar och bukspottkörtel	4,4
Cancer i sköldkörtel och endokrina körtlar	2,9
Cancer i huvud/hals	2,2
Kvinnor	

Hudcancer (exkl. malignt melanom/BC*)	5,6
Malignt melanom i huden	4,7
Cancer i sköldkörtel och endokrina körtlar	4,3
Cancer i huvud/hals	2,8
Cancer i lever, gallgångar och bukspottkörtel	2,6

Var tredje person i Sverige drabbas någon gång av cancer. Två tredjedelar är 65 år eller äldre. Alla åldrar kan drabbas, även om endast en procent av all cancer diagnostiseras hos personer yngre än 25 år. I Sverige beräknas 630 000 individer leva med cancer år 2040, vilket är en fördubbling jämfört med idag.

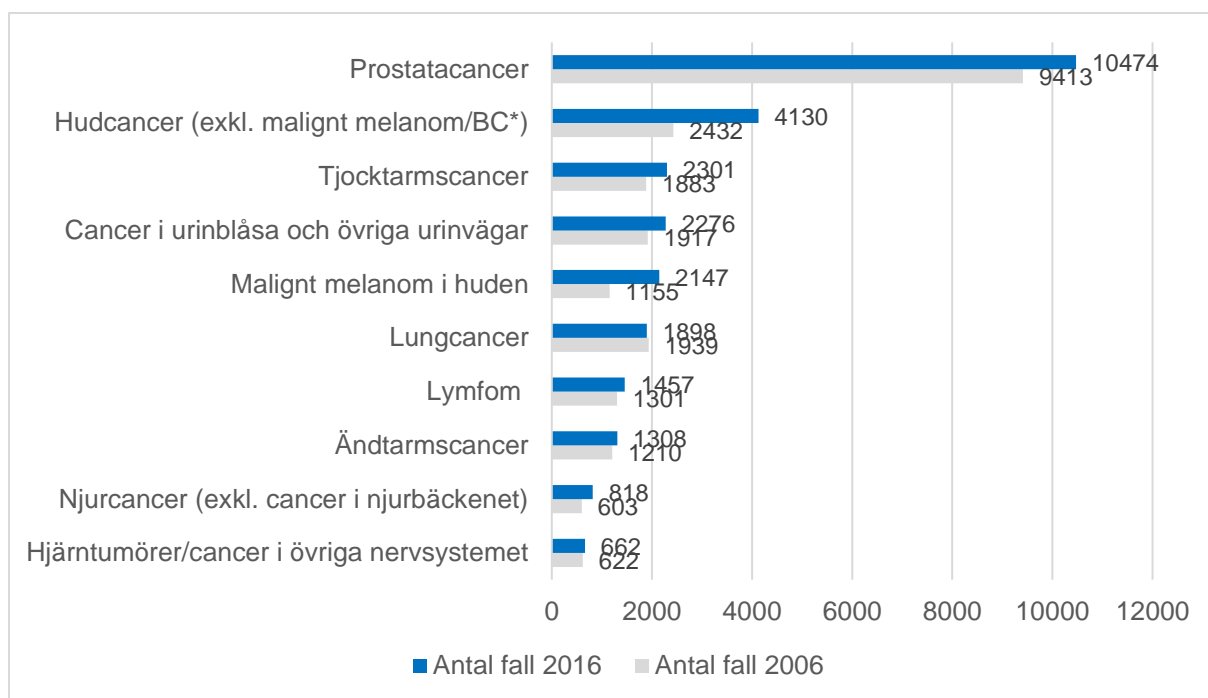
Den relativa 5-årsöverlevnaden för samtliga cancerdiagnoser i Sverige är idag över 70 procent. Men även om canceröverlevnaden fortsätter att förbättras finns det fortfarande cancerdiagnoser med mycket dålig prognos, till exempel bukspottkörtelcancer och levercancer.

Cancersjukdom är ungefär lika vanligt bland båda könen, men medan den vanligaste cancerformen hos män är prostatacancer, dominerar bröstcancer för kvinnor. Den vanligaste cancerformen för båda könen är cancer i tjock- och ändtarm. Flest män dör i prostatacancer. För kvinnor är det lungcancer som skördar flest offer. Cancer är sammantaget den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt- och kärlsjukdomar, och den vanligaste dödsorsaken för personer under 80 år.



Figur 1. De tio vanligaste cancerformerna hos kvinnor 2016 och 2006. * Basalcellscancer.

Källa: Cancerfondsrapporten 2018.



Figur 2. De tio vanligaste cancerformerna hos män 2016 och 2006. * Basalcellscancer.

Källa: Cancerfundsrapporten 2018.

Cancerfundsrapporten 2018 tar upp kända ojämlikheter som finns inom landets cancervård. Ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi spela roll för sjukdomsförloppet. Personer med enbart grundskola löper en högre risk att insjukna i lungcancer och cancer i tjock- och ändtarm. Dödligheten är också störst i den socioekonomiskt sämst ställda gruppen. Män i den gruppen har den sämsta överlevnaden, men dödligheten ökar också för kvinnorna. Omkring 2900 liv i Sverige skulle räddas per år om individer i den socioekonomiskt sämst ställda gruppen hade samma överlevnad som personer i den bäst ställda gruppen. Levnadsvanor, deltagande i screening m.fl. faktorer på individnivå påverkar utfallet, men ojämlikheten finns också i flera av vårdprocessens steg. För prostata-, bröst- och hudcancer gäller det omvända med vanligare förekomst av cancer i den högtbildade gruppen.

Utveckling av cancersjukdomarna i norra regionen

Såväl antalet nyinsjuknande i cancer (incidens), som antalet personer som lever med sin cancersjukdom (prevalens) ställer krav på dimensioneringen av hälso- och sjukvårdens olika delar. Befolkningen i norra regionen förväntas minska, medan förekomsten av cancer förväntas att öka, bland annat beroende på ökningen av antalet äldre. Utvecklingen skiljer sig något i sjukvårdsregionen, beroende på ålderssammansättningen i respektive län.

Flera olika strategier kommer att behövas för att möta det ökande antalet tumörfall. Prevention både som arbete för en förbättrad livsstil och i form av vaccination är en strategi. Screening och tidig upptäckt av tumören kan medföra en mindre omfattande behandling och en bättre överlevnad (se bilaga 2 T.) I sin tur kommer den ökande prevalensen att ställa nya krav på uppföljning. Såväl det ökande antal överlevare, som konsekvenser av kraftfullare behandlingsmetoder, kommer att påverka behovet av cancerrehabilitering (se bilaga 2 E).

Tabell 2. Antalet diagnostiserade fall inom varje cancerform december 2017, samt prognos för 2022.

INCIDENS				
	Män		Kvinnor	
Diagnos	Antal fall 2017	Prognos 2022	Antal fall 2017	Prognos 2022
Prostatacancer	1153	1237		
Bröstcancer	3	5	718	768
Tjock- och ändtarmscancer	342	359	326	324
Cancer i urinblåsa + urinvägar	236	282	85	114
Lungcancer	171	172	203	211
Livmoderkroppscancer			108	152
Maligna lymfom	121	135	100	102
Hudcancer exkl. maligna melanom	237	396	157	238
Malignt melanom	124	150	104	125
Hjärntumörer, cancer i övriga nervsystemet	47	56	57	76
Huvud-halscancer	74	90	37	38
Njurcancer exkl. njurbäckencancer	76	85	42	48
Äggstockscancer			59	58
Testikelcancer	27	33		
Livmoderhalscancer			43	49
Bukspottkörtelcancer	60	61	94	100
Magsäckscancer	47	22	21	14
Levercancer, primär*	34	43	16	23
Övriga diagnoser	388	394	462	455
Totalt (En tumör per diagnos och person)	3073	3452	2605	2814

Källa: Regionalt cancercentrum norr.

I tabell 3 redovisas både femårsprevalensen, det vill säga antalet personer som fått sin cancerdiagnos under de senaste fem åren, 2013–2017, och det totala antalet personer i norra regionen som någon gång under livet har fått en cancerdiagnos. Majoriteten av de personer som har diagnostiserats med cancer under de senaste fem åren kan förmodas ha haft behov av vårdinsatser av varierande omfattning.

Tabell 3. Prevalens av cancer i norra sjukvårdsregionen i december 2017.

PREVALENS				
	Män		Kvinnor	
Diagnos	Prevalens de senaste fem åren	Prevalens totalt	Prevalens de senaste fem åren	Prevalens totalt
Prostatacancer	4691	10 868		
Bröstcancer	26	44	3062	9965
Tjock- och ändtarmscancer	1053	2406	956	2463
Cancer i urinblåsa och urinvägar	731	1704	247	633
Lungcancer	232	399	311	546
Livmoderkroppscancer			589	2077
Maligna lymfom	439	1293	329	1010
Hudcancer exkl. malignt melanom	607	985	498	868
Malignt melanom	439	1227	329	1529
Hjärntumörer, cancer i övriga nervsystemet	139	759	221	1222
Huvud-halscancer	286	677	148	405
Njurcancer exkl. njurbäckencancer	299	694	168	519
Äggstockscancer			210	831
Testikelcancer	141	802		
Livmoderhalscancer			182	945
Bukspottkörtelcancer	45	66	64	80
Magsäckscancer	64	163	40	146
Levercancer, primär	62	94	36	59
Övriga diagnoser	1074	2796	1241	3705
Totalt (En tumör per diagnos och person)	9955	24 977	8541	27 004

Källa: Regionalt cancercentrum norr.

Skillnaderna i statistiken är små i jämförelse med föregående utvecklingsplan och varierar mellan cancerformer. För de större cancerformerna verkar den incidensökning som förutsågs i föregående plan tyvärr vara korrekt.

3.4 Jämförelser av cancervårdens kvalitet och effektivitet

Från och med 2018 publicerar Sveriges kommuner och landsting (SKL) en årlig *Hälso- och sjukvårdsrapport* med en tematisk sammanställning av utvecklingen inom vården. Syftet är att skapa underlag för beslutsfattare och att stimulera landsting och regioner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

I rapporten för 2018 redovisas, i ett särskilt avsnitt om cancer, kvalitetsdata för bröst-, prostata-, lung-, tjock- och ändtarmscancer ur Socialstyrelsens hälsodataregister och de olika cancerformernas kvalitetsregister. Den relativa överlevnaden efter ett respektive fem år har ökat för samtliga cancerformer. Andelen fall som diskuteras vid MDK, ett annat kvalitetsmått, har likaså ökat för de redovisade grupperna, men med stora regionala skillnader framför allt för prostatacancer och lungcancer. Tillgång till kontaktsjuksköterska har förbättrats påtagligt, främst för bröst- och prostatacancer. För väntetiderna inom cancervården finns däremot stora förbättringsbehov. Få landsting och regioner når upp till de uppsatta målnivåerna och skillnaderna mellan vårdgivarna är stora.

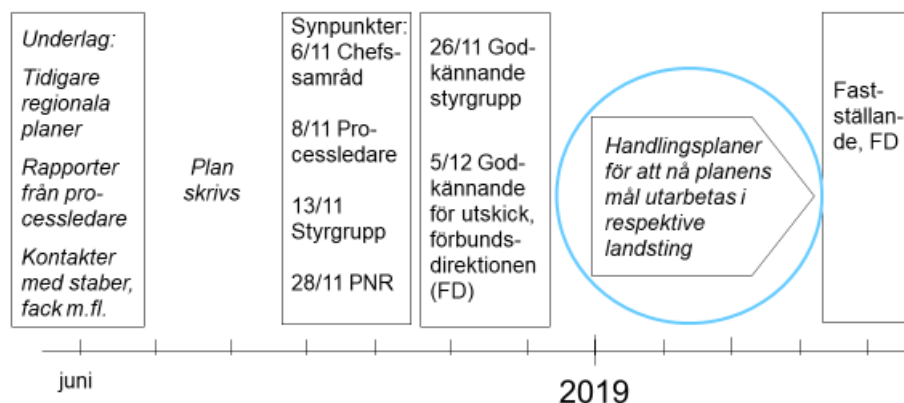
Sedan 2016 redovisas också ett stort urval av kvalitetsdata och andra data med kontinuerlig uppdatering på webbplatsen *Vården i siffror*. För samtliga cancerformer finns nationella vårdprogram och för flera också nationella riktlinjer med kvalitetsmått. Följsamheten till de nationella vårdprogrammen är överlag god.

Kvalitetsregistren inom cancervården innehåller stor mängd data som möjliggör uppföljning och jämförelser. Data presenteras i nationella rapporter som tas fram av statistiker vid RCC. Varje RCC har nationellt ansvar för ett antal kvalitetsregister. Statistikerna gör också regionala datauttag, som underlag till det förbättringsarbete som drivs av de regionala processledarna och deras arbetsgrupper.

3.5 Process för att utarbeta en regional cancerplan

RCC Norrs första regionala utvecklingsplan för cancervården beslutades av förbundsdirektionen (FD) vid Norrlandstingens regionförbund, att gälla från mars 2013, men reviderades och utökades med fler diagnosområden redan under 2014. Nästa utvecklingsplan, för åren 2016–2018, byggde vidare på den första planen och utarbetades på motsvarande sätt, men inkluderande ytterligare diagnosområden. För åren 2014–2018 utarbetades, för cancervården i norra regionen, dessutom en separat kompetensförsörjningsplan. Planer för regional nivåstrukturerings togs fram för perioderna 2013–2015 och 2016–2018. Målen i samtliga regionala planer och regionernas handlingsplaner har varit föremål för uppföljning under perioden. Inför perioden 2019–2021 har omfattningen av dessa tidigare tre planer (utvecklings-, kompetensförsörjnings- och nivåstruktureringsplanerna för norra regionens cancervård) sammanförts till en samlad regional cancerplan.

RCC Norr har processledare för olika diagnosområden, samt för ett antal diagnosöverskridande områden, se www.cancercentrum.se/norr/om-oss/organisation/processledare/. För dessa områden finns professionella processarbetsgrupper, med representation från samtliga regioner. De regionala processarbetsgrupperna kartlägger och bevakar vårdprocesserna inom respektive ansvarsområde. Arbetsgrupperna tar fram underlag för ett systematiskt förbättringsarbete, som innebär att målnivåer identifieras, förankras och följs upp. I utvecklingsarbetet ska patientens behov vara i fokus och utgångspunkten vara att varje steg i vårdprocessen ska tillföra ett värde för patienten. Patient- och närstående-representanter involveras i processarbetet. Processledarna har ansvar för att skriva underlag till den regionala cancerplanen. Dessa underlag ingår sedan i den översiktliga cancerplanen som bilagor. För denna plan finns detaljuppgifter om de olika områdena i bilagorna 2 A–Z. Målnivåerna finns tabellerade i bilaga 1.



Figur 3. Översiktlig bild över processen för att utarbeta och fastställa denna regionala cancerplan för norra regionen.

Ledningen för RCC Norr gav i maj 2018 de regionala processledarna uppdraget att ta fram underlag till en ny regional cancerplan för respektive område. Baserat på de tidigare regionala planerna för cancervården, samt de aktuella underlagen från de regionala processarbetsgrupperna, har RCC Norr sedan sammanställt ett utkast till samlad regional cancerplan för 2019–2021. Förslaget till plan diskuterades i det regionala chefsamrådet för cancervården, den regionala processledargruppen, RCC Norrs patient- och närstående råd och i RCC Norrs styrgrupp och reviderades fortlöpande utifrån framförda synpunkter.

RCC Norrs styrgrupp godkände 2018-11-26 planen för presentation för förbundsstyrelsen vid Norrlandstingens regionförbund vid direktionens möte 2018-12-04. Förbundsstyrelsen godkände 2018-12-05 planen för utskick till regionerna, med uppdrag att inkomma med handlingsplaner till direktionens möte den 2019-05-21.

Sjukvårdsregionens fyra regioner ansvarar för att på bästa sätt organisera vården, så att målnivåerna i cancerplanen uppfylls. Respektive region ska utarbeta handlingsplaner för hur de utifrån sina egna förutsättningar ska nå de regionala målen och inlämna dessa planer till FD, som sedan fastställer cancerplanen. Regionerna gör årligen en avrapportering hur arbetet fortlöper och målnivåerna följs upp. RCC Norr ansvarar för den övergripande och samlade uppföljningen på regionnivå, med rapportering till FD och med återkoppling till regionerna.

Denna plan gäller för åren 2019–2021 och har tagits fram på samma sätt som föregående planer. Målen och beskrivning av prioriterade områden, som ingick i föregående utvecklingsplan, har reviderats. Planen speglar den snabba utveckling som skett inom cancerområdet, såväl nationellt som regionalt, under de senaste åren, och sätter med utgångspunkt från det mål för perioden 2019–2021.

Bilagor till den regionala cancerplanen

Bilaga 1: Målnivåer

Nedan redovisas målnivåer för olika cancerformer eller övergripande områden som ingår i cancerplanen. ”Nuläge” avser nuläget när målnivåerna definierats, om inte annat anges 2017 alternativt våren 2018. För några målnivåer kommer aktuella parametrar att införas i kvalitetsregister och därmed möjliggöra uppföljning. Bokstaven för aktuell bilaga står inom parentes efter namn på cancerform/område. Av praktiska skäl har texten i tabellen i vissa fall kortats, för fullständigt formulerade målnivåer se respektive underlag i bilaga 2.

Mål	Nuläge	Målnivåer	Tidpunkt måluppfyllelse	Uppföljning
Barnonkologi, bilaga 2A				
Gemensam regional plan för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancer hos barn och unga	Ökning av gemensam mottagning barn-/vuxenonkolog för överlevare barncancer (för VLL sedan 2017). Övriga regioner har godkänt mottagningsbesök	2019: 25 % av kallade pat. från övriga regionen 2020: 33 % 2021: 50 %	Årlig uppföljning	Mottagningsbesöken registreras på onkologmottagningen och kan enkelt följas
Etablering av regionala/nationellt kompetens- och konsultcentrum för sen-effekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar	Cirka 1/3 av överlevare av barncancer har stora problem/komplex bild med många organ-system involverade. Vuxenrehabilitering/habilitering passar inte	Nationellt centrum som kan vara remissinstans för överlevare barncancer med komplex problematik	2021	Detta måste vara ett nationellt projekt. Arbetet pågår inom Svenska gruppen för långtidsuppföljning efter barncancer
Vidareutveckla hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn/unga	Pågående arbete i samarbete med bland andra arbetsgruppen för palliativ vård i norra regionen	Att starta palliativ vård för barn med obotlig cancer vid Axlagården och vid hospice i Sundsvall	2021	Egen uppföljning
Förbättra möjligheterna till forskning inom barnonkologin i norra regionen	Förutsättningar för forskning vid Nus behöver förbättras, finns ”vilande anslag” för doktorandtjänst som inte kunnat utnyttjas p.g.a. dålig bemanning	1 – 2 heltidstjänster för barnonkologisk forskning i norra regionen	2021	Egen uppföljning.
Säkra att varje läns-sjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare, samt fortlöpande öka kompetensen i barnonkologisk omvårdnad	Regional och nationell utbildning finns. Målet uppfyllt 2018, men generationsväxling gör årlig uppföljning viktig. Konsultsjuksköterska har månatliga videokonferenser med regionen och lokala möten/ föreläsningar	Kontinuerligt se till att rätt kompetens finns på varje sjukhus. Det sker just nu en generationsväxling på vissa sjukhus	Årlig uppföljning	Medicinskt ansvarig barnonkologi Nus tillsammans med lokalt ansvarig verksamhetschef. Kommunikationen med regionen följs upp årligen på regionmöten

Förbättra information till familjer till cancersjuka barn med minskad belastning på hemsjukhus/ Nus. Uppstart av Barncancerappen	Stommen till Barncancerappen finns idag. Ansökan om uppstart skickad till enheten för E-hälsa. Finansiering av driften (låg kostnad) är diskuterad mellan barnklinikerna i sjukvårdsregionen	Start under HT 2018/ VT 2019. Mätning av användandet kan göras under 2019-2020. Punkt i inskrivningsanteckning kan tillfälligt mäta om appen använts	2020	Barnonkologsjuksköterska ansvarig för Barncancerappen tillsammans med medicinsk chef barnonkologi
Ökat deltagande i studier avseende målstyrd behandling vid återfall av barncancer och där det inte finns etablerad "best practice" för bot	Vid återfall ska specifika mål (targets) i patientens tumör om möjligt identifieras inför behandling, men krävande att sätta upp organisation för detta. Diskussion med bl.a. Barncancerfonden om centralisering - vissa centrum "värdar" för olika typer av innovativ behandling	Alla patienter som drabbas av återfall av barncancer och där det inte finns en "best practise" för bot ska få erbjudande om att delta i studie för målsökande behandling	Årlig uppföljning	Egen uppföljning. Antalet patienter är så pass få att vi enkelt kommer att kunna följa utvecklingen

Bild- och funktionsmedicin, bilaga 2 B

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Rätt diagnostik eller behandling på rätt patient i rätt tidpunkt	Diskrepans mellan mål i nationella vårdprogram (NVP) och radiologisk kapacitet	Välfungerande rutiner för att säkerställa medverkan från norra sjukvårdsregionens BFM i NVP-arbetet genom 1. inbjudan till regionens BFM att ingå i NVP-grupperna 2. delaktighet från regionens BFM i remissrunda 1 för NVP 3. BFM-avsnitt i regional konsekvensbeskrivning vid införande av nytt/ reviderat NVP	2019	Egen uppföljning
Kompetensförsörjning	Underskott på radiologer/röntgensjuksköterskor. Stort intresse för radiologi, ökat antal ST	Oberoende av inhyrd personal	2019-2021	Uppföljning chefsamråd kvartalsvis
IT - utveckling av radiologiska system	Elektroniska remisser saknas mellan huvudmän i norra regionen. Gemensam plattform för journalsystemen avvaktas (2023). Många manuella moment i dag	Temporär lösning för elektroniska remisser. Minska manuella moment	2019-2021 2019-2021	Egen uppföljning Chefssamrådet
MDK	Resurskrävande, konkurrens med övrig radiologisk verksamhet	Fortsätta optimera MDK i dialog med remittenterna	2019-2021	Respektive LCC

Blodcancer, bilaga 2 C

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
-----	--------	-----------	----------------	-------------

Hålla ledtider enl. SVF	Ledtiderna hålls inte, trots stor förbättring de senaste två åren	80 % av patienterna ska klara ledtiderna enligt SVF	December 2019	Egen uppföljning Kvalitetsregister
Bedriva utredning enl. vårdprogram	Varierande, myelom: ISS stadielinde-ning 93,3 %, mål 100 %, FISH 60,6 %, mål 80 %	Enligt vårdprogram-ens kvalitetsindika-torer	Juni 2019	Enligt vårdpro-grammens kvalitets-indikatorer
Täckningsgraden för Blodcancerregistret ska förbättras	Vi uppfyller inte regist-ering inom målnivåer na	>70% inom 3 mån. >95% inom 1 år	Juni 2019	Kvalitetsregister
Individuell skriftlig vårdplan till patienterna	Nationell mall finns. På fyra av sjukhusen får nydiagnostiserade patienter skriftlig vårdplan	80 % har en skriftlig vårdplan	Juni 2019	Egen uppföljning
Deltagande i klinisk studie	Studier bedrivs på tre av sjukhusen. Ex. studier 3,7 % av lymfomen, 6 % av KML, 1,9 % myelom. Studiesjuksköterskor saknas	10 % av patienterna	December 2020	Kvalitetsregister
Telemedicinsk mottagning	Erbjuds på två sjukhus i regionen	Erbjudas till lämpliga patienter på alla sjukhus. Patienter kan koppla upp sig från flertalet HC/länsdels-sjukhus	Juni 2019	Egen statistik
Kontakt-/ team-sjuksköterska förstärks med koordinator	Kontaktsjuksköterska finns på alla sjukhusen, men med behov av administrativt stöd	Finns på alla hemato-logiska enheter och ansvarar för patientens ledtider, kontaktbehov och individuella skriftliga vårdplan	Juni 2019	Egen uppföljning
Cancerrehabilite-ringsteam på alla sjukhus	Varierande resurser i regionen	100 %. Alla patienter erbjuds psykosocialt stöd och rehabilitering	Juni 2019	Egen uppföljning
Distresstermometer	Används i mycket liten grad	70 % av myelom-patienterna i samband med diagnos	Juni 2019	Kontaktsjuksköters-ka registrerar i journal
Erbjuda besök yngre anhöriga (< 18 år)	Sker helt ostrukturerat och slumpvis	100 %. Alla yngre anhöriga ska erbjudas besök, noteras i journalen	Mars 2019	Kontaktsjuksköters-ka registrerar i journal
Seneffekts-mottagning	Startat på Nus. I dags-läget kallas Väster-bottens patienter	100 % av personer i regionen behandlade för cancer <18 år ska informeras om uppföljningsmottagning/ kallas till den	När resurser finns på uppföljningsmottagningen	Uppföljnings-mottagningen
Kapacitetsväxling	Läkare/ sjuksköterskor/undersköterskor/ andra kompetenser	En strukturerad genomgång av alla arbetsupp-gifter på alla enheter för maximalt utnyttjande av allas kompetens	Startas omgående	Redovisas på regionmötet våren 2019 av region-ansvariga/ enhets- chefer
Bröstcancer, bilaga 2 D				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Målupp- fyllelse	Uppföljning

Operation <3 veckor från diagnos	Regionen 65 % <3 veckor (83 % <4 veckor). Väntetiden har ökat, utom i Skellefteå. Sunderbyn 69,7 % (89,9), Östersund 72,5 % (82,5), Sundsvall 71,6 % (91), Skellefteå 94,7 % (97,4), Nus 32,3 (54)	90 % av kvinnor med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
PAD klart <3 veckor från operation	Regionen 67 %. Sunderbyn 81 % Östersund 86 % Sundsvall 59 % Skellefteå 15 % Nus 58 %	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
Kortare väntetid till systemisk onkologisk behandling för aktuella patienter och enligt SVF	Regionen 89 %. Tiden har kortats och målnivån är nästan uppnådd inom alla län. Längre tid när onkolog endast finns på konsultbas	90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
Förbättrad 5-års-överlevnad	Regionen 82 % RN 81 % RJH 81 % RVN 88 % VLL 83 % (69 %)	5-årsöverlevnad ska vara >90 % i hela regionen	2024	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
Höja andelen patienter som genomgår direkt bröstrekonstruktion med implantat	Riket 12 % RN 11 % RJH 0 % RVN 4 % VLL 12 %	Höja andelen patienter som genomgår direkt rekonstruktion med implantat till rikets nivå (12 %). Den nationella nivån kan komma att ändras	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
70 % av nya bröstcancerfall ska utredas enligt SVF			2020	SVF statistik
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden			2020	SVF statistik
Patientens rehabiliteringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär	Olika rutiner idag i regionens lands-ting/regioner	Strukturerat formulär, t.ex. distresstermetern, används	2020	Kontaktsjuksköterska registrerar i journal
Task-shifting genomförs Mellan såväl personalkategorier som mellan specialiteter	Olika rutiner idag i regionens landsting/regioner Idag ser flödet olika ut i regionen.	Vissa återbesök överförs från läkare till kontaktsjuksköterska för både kirurgi och onkologi. Mammografiläkare informerar kliniska patienter som efter utredning visar sig vara friska. Patient som behöver bedömas av kirurg remitteras	2020	Egen uppföljning Egen uppföljning

Cancerrehabilitering, bilaga 2 E				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Att alla fyra landsting har tagit fram övergripande rutiner för kontakt med kompetens för sexuell hälsa för de patienter och närstående som är i behov av detta	I dagsläget saknas rutiner	100 %, rutin ska finnas i varje landsting	2021	Uppföljningsenkät på landstingsnivå, finns skriftliga rutiner ska de bifogas
Ökad andel verksamheter som erbjuder patienten <i>Min vårdplan</i> (utifrån den generiska modellen)	Enl. PREM – SVF (2017) svarade 57 % att skriftlig individuell vårdplan för fortsatt vård upprättats	Delmål 60 % Mål 75 %	Delmål 2020 Mål 2021	KVÅ-koder och PREM- SVF Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå
Ökad andel patienter som erbjuds namn-given kontaktsjuk-sköterska (enl. nationell definition)	Se tabell 2 i bilaga 2E	90 %	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt erbjuder skriftlig information om cancerrehabilitering	Information saknas idag	100 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, skriftlig rutin ska bifogas
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt och strukturerat erbjuder grupp-information av rehabiliteringsprofession	Gruppinformation ges vid ett par kliniker idag	75 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, information om upplägget ska bifogas
Ökad andel verksamheter som strukturerat bedömer behov av rehabilitering (med validerat bedömningsinstrument)	Saknas information idag	75 %	2021	Kvalitetsregister när modul har införts. Enkät på verksamhetsnivå, skriftliga rutiner hur strukturerade behovsbedömningar genomförs ska bifogas
Skriftliga överenskommelser mellan sjukhus/primärvård om rehab. för cancerpatienter	Saknas information idag	Alla landsting ska ha startat samverkan	2021	Uppföljning på landstingsnivå vilka överenskommelser som tagits fram lokalt
Öka andelen verksamheter som erbjuder mer än grundläggande stöd till patienter om fysisk aktivitet av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut)	Saknas information idag. Ett antal verksamheter har utformat ett arbetssätt för att stödja patienter till fysisk aktivitet i grupp	75 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, information av upplägget bifogas med enkätsvar
CUP, bilaga 2 F				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning

Kontaktsjuksköterska efter diagnos och start av behandling eller beslut att avstå behandling	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Uppföljning kvalitetsregister
Palliativt stöd för patienter med det behovet	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Uppföljning kvalitetsregister
Min vårdplan	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Mailforum för knepiga fall	0	Infört forum	2020	Infört eller inte infört
Specialintresserad onkolog för regionens enheter som metastasutredare	0	Införd särskild jourlinje	2019	Infört eller inte infört
Specialintresserad patolog kopplas in tidigt i SVF-CUP förloppet	0	Infört möjlighet till namngiven kontaktperson	2019	Infört eller inte infört
Öka uppkläringen av CUP till organ-specifik diagnos	Status inte känt i de olika regionerna (enl. litteraturen 3 – 5 %)	Kvarvarande okänt primärt ursprung 2 %	2021	Egen uppföljning
Inrapportering i INCA-registret	Status inte känt i de olika regionerna	60 % 80 % 90 %	2018 2019 2020	Uppföljning kvalitetsregister

Nationell MDK kommer att införas under 2019

Gynekologisk cancer, bilaga 2G

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontaktsjuksköterska administrativt	Finns endast en koordinator idag (Sundsvall)	En koordinator på varje länsjukhus samt två på Nus	2019	Intervju med respektive VC
Öka antal remisser till MDK för bäckenrehabilitering	2	10	2020	Mätning antal remisser
Tid från operation till PAD-bedömning	8-35 dagar stora skillnader i regionen	15 dagar	2021	Gyn. op. registret
SVF ovarial VGM - start av behandling	45-64 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik
SVF corpus VGM - start av behandling	35-92 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik
SVF cervix VGM - start av behandling	23 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik

Hjärntumörer, bilaga 2 H

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Säkra kompetensförsörjning i norra regionen inom neuropatologi för att nå målsättningarna för NVP och SVF	Begränsade resurser som innebär fördröjningar av PAD-svar/ begränsar möjligheten till fryssnitt	70 % enl. SVF och 80 % inom ledtider, enl. NVP/ kvalitetsregister	2021	SVF statistik, kvalitetsregister

Utveckling av MDK, så att alla länssjukhus deltar vid MDK enligt överenskomna rutiner	RN deltar inte i dagsläget vid MDK Följsamheten till överenskomna rutiner brister	100 % följsamhet överenskomna rutiner	2020	Egen uppföljning
God inrapportering i kvalitetsregister	2016 – 97,9 % 2017 - Jan - jun 100 %, jul - dec 82,5 %	95 %	2019	Kvalitetsregister
Kontaktsjuksköterskor vid samtliga länssjukhus och för Nus på NKK och Cancercentrum	Kontaktsjuksköterskor saknas på NKK och Sunderbyns sjukhus	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter	2019	Kvalitetsregister
Rehabiliteringsbehov ska identifieras systematiskt och rehabilitering erbjudas. Det ska finnas en utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region med utarbetade rutiner för överlämningar	Välfungerande i RJH, under utveckling i andra delar av sjukvårdsregionen. I VLL finns ett samarbete med Strokenheten och Neurorehab. I RVN samarbete med Geriatrik Rehab och Strokeenheten, Medicinkliniken.	Utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region och utarbetade rutiner på ledningsnivå för överlämningar	2020	Egen uppföljning
Utrednings enl. SVF i enlighet med nationella mål.	2017: 17 % hade kodats som SVF-patienter, och av dessa klarade 27 % SVF-ledtiden till första behandling	70 % av nya cancerfall inom aktuell diagnos utreds enl. SVF och 80 % av dessa patienter går igenom respektive SVF inom ledtider	2020	SVF statistik
MR ger säkrare objektiv radikalitetsbedömning vid op. av hjärntumörer än klinisk bedömning. MR perioperativt ökar patientsäkerheten	Finns inte i dag	I första hand att kartlägga behov och förutsättningar för införande av perioperativ MR Genomförd utredning	2021	Egen uppföljning

Hudmelanom, bilaga 2 I (MM = maligna melanom)

Mål	Nuläge	Målnivåer	Mål uppfyllelse	Uppföljning
Öka täckningsgraden i kvalitetsregister	81 %	95 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter med MM >1mm som erbjudits kontaktsjuksköterska	86 %	95 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter med MM >1 mm diskuterade på MDK	83 %	90 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter som väntat <4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	38	80	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter som opereras <1 vecka från första läkarbesök	46 %	80 %	2019	Kvalitetsregister 2020

Öka andelen patienter med MM >1mm som genomgår utvidgad kirurgi <3 veckor efter svarsdatum PAD	21 %	80 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Inrätta adm. stödfunktion (koordinator) till kontaktsjuksköterska/ läkare	Ingen	Samtliga kliniker har inrättat	2019	Egen uppföljning 2020
Förbättra psykosocialt stöd till patient närstående under vårdprocessen	Via kontaktsjuksköterskor vid behov	Snabb kontakt med kurator eller psykolog efter behov	Utifrån klinikkens förutsättningar	Egen uppföljning

Huvud- och halscancer, bilaga 2 J

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Ledtid inremiss till behandlingsbeslut <25 d	Median 28 d, 80 % percentil 71 d (2016)	Median 26 d	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Ledtid behandlingsbeslut till operation <12 d	Median 15 d 80 % percentil 20 d (2016)	Median 12 d 80 % percentil 18 d (2016)	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Ledtid behandlingsbeslut till strålningsstart <20 d	Median 21 d 80 % percentil 27 d (2016)	Median 20 d 80 % percentil 25 d (2016)	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Optimering av SVF utredning	Beskrivs genom kartläggning	Ökat fokus vid remissbedömning på ”stark” misstanke om tumör	Hösten 2020	Antal av SVF utförda för positiva fall
Rätt använd kompetens (RAK) i tumörteamet	Beskrivs genom kartläggning	Minskad administration för medicinsk personal	Hösten 2020	Egen uppföljning, status signeringskö
Utveckling av kirurgisk kompetens	4,5 fast anställda	6 fast anställda tumörläkare	Hösten 2020	Egen uppföljning
Utökad dietisttjänst. Kuratorstjänst till-sätts	Beskrivs genom kartläggning	Tidig kontakt med dietist (pre-op.) och vid uppföljning	Hösten 2020	Patientenkät, QoL
Uppföljning av behandlade patienter	Beskrivs genom kartläggning	Indelning med onkologer	Hösten 2020	Uttag per termin från Diver

Kolorektal cancer, bilaga 2 K

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Förbättra ledtid remiss - diagnos	Koloskopiresurserna begränsande	>95 % av patienterna får diagnos <4 veckor efter remiss	2021	Uppföljning i kvalitetsregister
Förbättrad patologi,	Förbättring RN och RVN, men försämring RJH och VLL senaste åren	≥95 % med >12 och ≥90 % >12 lymfkörtlar i preparat vid op. för kolon- resp. rektalcancer	2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Förbättrad patologi, forts.	Ibland långa svarstider så att ex. adjuvant cytostatica startas sent	>90 % PAD svar klara <3 veckor från op.	2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Ökat deltagande i kliniska studier	Målet uppnått i RN och RVN, men för få pat. i RJH och VLL	>30 % av med kolon- rektum-cancer pat. inkluderas i studie	2020	Uppföljning i kvalitetsregister

Adjuvant behandling startas i tid	Tiden för lång vid några kliniker. Förbättrat samarbete med onkologi behövs bl.a. I riket hålls tiden för 80 % av patienterna	Adjuvant beh. påbörjas <8 veckor för 95 % av aktuella pat.	2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Minimalinvasiv kirurgi	Målet nått för alla utom RVN för koloncancer, men endast för RN och VLL för rektalcancer	30 % andel minimalinvasiv kirurgi för både kolon- och rektalcancer patienterna	2020	Uppföljning i kvalitetsregister

Livmoderhalscancerprevention, bilaga 2 L

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Organisation för cervixcancerprevention; definierade uppdrag/mandat förankrade i landstings/regionledningen	Finns i RN. Övriga regioner varierande tydlighet för uppdrag och mandat	Tydlig organisation i hela regionen; dokumenterad fördelning av ansvar för uppdrag processledare, styrgrupp och kallelsekansli	2019	Egen uppföljning
Implementering av Nationella Vårdprogrammet (NVP) för Cervixcancerprevention	NVP inte infört. Planering och förberedelser påbörjad i alla landsting	Hela regionen: Primär HPV-screening ≥ 30 år, dubbelanalys 41 år, intervall 7 år > 50 år efter neg HPV, övre åldersgräns 64-70 år, kontrollfil-HPV. Dysplasiverksamhet med <i>kompetensväxling</i>	2020	Egen uppföljning, NKCx (NPV)
Regionen ansluten till processregistret (Cytburken)	RVN är ansluten. RN start 2018. Beslut finns i VLL och RJH	Alla landsting anslutna, fortlopande leverans fullständiga data	2019	Egen uppföljning, NKCx processregister
Telefonlinje för kvinnor med positivt HPV test utan cellförändringar	Inte infört	Telefonlinje införd i regionen; hänvisning (tel. nr) i brevet med provsvar	2020	Egen uppföljning
Uppringning samt erbjudande av självtest HPV efter lång tids uteblivelse	Inte infört, men pilotprojekt uppringning kvinnor 50-64 år pågår i RVN	Organisation för uppringning och självtest HPV (ett screeningintervall + 3 resp. 4 år) införd i alla landsting	2020	Egen uppföljning
Ökad andel kvinnor med biopsi <3 månader efter höggradiga cellförändringar	RHJ 24 %, VLL 42 %, RVN 50 %, RN 70 %	≥ 90 %	2021	NKCx
Nationellt sammanhållen journalföring	RN deltar i nationellt samverkansprojekt	Alla landsting deltar i nationell samverkan via tjänsteplattform, åtkomst personuppgifter, provresultat, kontrollfilstillhörighet oberoende av hemort	2021	Egen uppföljning

Lungcancer, bilaga 2 M

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
-----	--------	-----------	----------------	-------------

SVF-team med koordinatörer, k-ssk och lungläkare på alla utredande enheter	Finns på Nus, Sunderbyn, Östersund och Sundsvall.	100 %	2019	Följs upp av VC årligen
FDG-PET/DT vid utredning av stadium I-III, NSCLC	<90 %	90 %	2019	Årliga uttag ur NLCR
Svar molekylär patologi < 7 d från provtagning (SVF)	Ca 21d	80 %	2021	Årliga uttag ur NLCR
Ledtid från remiss (VGM) till start av behandling <44d	Se tabell 3 i underlaget	80 %	2021	Årliga uttag ur NLCR
MDK vid diagnos	2016 vs 2017: RN 67–86% VLL 84–87% RJH 39–42% RVN 39–42%	95 %	2019	Årliga uttag ur NLCR
Väntetid från MDK till op. <14 dagar	Ca 21 dagar	80 %	2021	Årliga uttag ur Thoraxkirurgiskt kvalitetsregister (THOR)
Namngiven kontaktsjuksköterska senast vid diagnos	Finns på Nus, Sunderbyn, Östersund och Sundsvall	100 %	2019	Årliga uttag ur NLCR
Etablerande av rehabiliteringsteam/strukturerade planer	Icke-existerande i regionen	-	2021	Följs upp av VC årligen

Mammografiscreening, bilaga 2 N

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Nationella undersökningskoder införda	Införda i RVN och RJH	Införda i hela regionen	2019–06	Information från enheterna
Regionen ansluten till nationellt kvalitetsregister för mammografi-screening	Pågående pilotprojekt avvaktas. Förberedelsearbetet bör dock starta	Samtliga landsting anslutna, data levereras kontinuerligt och prospektivt från RIS till INCA	2019–12	Kontroll att data kommit in till INCA
Fullständig rapportering av alla variabler i kvalitetsregistret	Omfattning av registrering i RIS systemen varierar mellan landsting	Samtliga landsting registrerar alla efterfrågade variabler i RIS och Sectra har anpassat överföringen	2020–12	Avstämning mot variabelinnehåll i nationellt kvalitetsregister och kontroll av data
Indikatorer som rapporteras på INCA används i kvalitetsarbetet	Skär inte	Alla regionens screeningenheter följer upp sina data via on-line rapportering på INCA	2020–06	Kontroll i INCA
Systematisk eftergranskning av egna cancerfall	Görs i viss utsträckning	Rutiner upprättade, samtliga cancerfall som screenats på egen enhet, screeningupptäckta och intervallcancer genomgås	2020–06	Respektive enhet rapporterar

Neuroendokrina tumörer, bilaga 2 O

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
-----	--------	-----------	----------------	-------------

Kontaktsjuksköterska på varje enhet	Kontaktsjuksköterska finns på de flesta enheter, men säkra uppgifter saknas	80 % av alla patienter ska ha namngiven kontaktsjuksköterska	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret, som startar 2019
MDK-NET genomförd samtliga regioner	Hög andel patienter diskuteras på MDK, men säkra uppgifter saknas	80 % av alla behandlingsbeslut på MDK	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret, som startar 2019
God täckning i kvalitetsregistret (KR)	Kvalitetsregistret ännu inte i gång (2018)	80 % av alla patienter ska registreras i KR	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret, som startar 2019
Alla enheter med patienter kopplar upp sig till MDK via videolänk	Saknas bland annat medicinsk kompetens på vissa orter	Alla enheter uppkopplade och tar del av MDK	2021	Egen uppföljning

Njurcancer, bilaga 2 P

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Samtliga lokaliserade njurtumörer diskuteras på MDK	Ca 50 %	95 %	2020-01-01	Via registret och intern validering
Lokalt avancerade/metastaserade njurcancer på MDK	Ca 85 %	98 %	2020-01-01	Via registret och intern validering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	40 %	90 %	2020-01-01	Via SVF-data
Rehabiliteringsprojekt i hela regionen	0 %	Alla landsting/ regioner har utarbetat struktur för rehabiliteringsprojekt för njurcancerpatienterna	2020-01-01	Intern uppdatering och rapportering
Skriftlig vårdplan för njurcancer	15 %	40 %	2020-01-01	Via register, intern utvärdering och rapportering
Roterande kompetenshöjande samarbete i regionen för läkare (schemalagda rotationer till Nus)	0 %	Alla specialister/ nästan färdiga specialister har möjlighet att delta i rotationen	2021-01-01	Intern uppdatering och rapportering

Palliation, se bilaga 2 Q

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Totala antalet avlidna palliativa pat. registreras i Sv. palliativregistret	RJH 73 % VLL 75 % RN 55 % RVN 50 %	Samtliga landsting/ regioner 80 %	2021	Sv. palliativ-registret
Brytpunktsamtal för cancerpatienter som kan medverka	RJH 80 % VLL 79 % RN 69 % RVN 85 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %	2021	Sv. palliativ-registret
Anv. validerat smärtskattningsinstrument till cancer pat.	RJH 52 % VLL 60 % RN 42 % RVN 54 %	Samtliga landsting/ regioner 70 %	2021	Sv. palliativ-registret
Dokumenterad ordination för v.b. i.v. ångestmedicinering	RJH 96 % VLL 95 % RN 95 % RVN 98 %	Samtliga landsting/ regioner 98 %	2021	Sv. palliativ-registret

Bedömd munhälsa	RJH 72 % VLL 71 % RN 71 % RVN 75 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %	2021	Sv. palliativ-registret
Ordnation av stark opioid i injektionsform	RJH 97 % VLL 98 % RN 97 % RVN 97 %	Samtliga regioner 95 %	Målet fortsatt uppfyllt 2021	Sv. palliativregistret
Minska andel ”vet ej” ang. senast uttalade önskemål om dödsplats	Frågan har modifierats och andel går inte att bedöma	Samtliga landsting/ regioner <15 %	2021	Sv. palliativ-registret

Patologi, se bilaga 2 R

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Följsamhet till ledtider 100 % med god kvalitet. Rätt svar i rätt tid	Dålig balans mellan behov - kapacitet, variationer i svarstider Samsyn om standard och kvalitet för produktionen saknas delvis. Pågående införande-projekt som hunnit olika långt i regionen. Finns frågetecken om lagring, kommunikering, IT, tekniska lösningar och scanner-kapacitet	20 % av patologerna är validerade för diagnostik av digitala bilder. 20 % av all diagnostik sker digitalt. 100 % av patologerna är validerade för diagnostik av digitala bilder. Regionalt/ nationellt digitalt samarbete i kompetensnätverk, INERA Leverera ledtider till SKL	Q4 2019 Q4 2020 Q4 2021 Q2 2019 Q2 2019	Fortlöpande avstämning i regional arbetsgrupp, samt egen uppföljning inom verksamheten
Kompetensförsörjning som möjliggör målet att hålla ledtiderna.	Bemanningsmål behöver ses över på samtliga orter för alla yrkeskategorier och för både cytologi- och histopatologi med tanke på åldersstruktur och förändrade indikationer i diagnostiken. Regional ST-studierektor tillsatt	Leverera rätt ledtider 100 %, erbjuda VFU/ utbildnings- och fortbildningsplatser RAK, Rätt Använd Kompetens	Q4 2021 Fortlöpande Fortlöpande	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/ medicinsk ansvarig
Standardiserade processer	Ökande behov av molekylärpatologiska analyser. Primärscreening för HPV inte infört, utmaningar för integrationer och organisation finns. Skillnader i metoder och arbetssätt i regionen	Tydlig nivåstrukturering Implementera primär screening för HPV Standardisera metoder och arbetssätt för samverkan	Fortlöpande Q4 2019 Q4 2021	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/ medicinsk ansvarig
Etablerad regional samverkan	Produktions- och kapacitetsplanering ser olika ut på lokal och regional nivå Den goda regionsamverkan som påbörjats bör säkerställas. Regionala möten har startats	Utforma en produktions- och kapacitetsplanering norra regionen vs. lokalt Utveckla QlikView Utveckla metoder för gränsöverskridande arbete.	Q4 2019 Fortlöpande Fortlöpande	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/ medicinsk ansvarig

		Mötesplatser för varje yrkeskategori	Q4 2020	
Peniscancer, se bilaga 2 S				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Täckningsgrad för primärregistrering	50 %	95 %	2019-07-01	Via registret och intern validering
Regionala kontaktsjuksköterska, Kirurgcentrum, Nus	0 %	100 %	2020-01-01	Intern utvärdering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt i norra sjukvårdsregionen	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2019-12-31	Via SVF-data
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt i hela regionen för tidigare/ nya patienter	0 %	>90 %	2019-12-31	Intern utvärdering och rapportering
Prevention, tidig upptäckt och vägen in, se bilaga 2 T				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Allmän screening för tjock- och ändtarmscancer påbörjas i hela regionen nästa år i linje med SoS rekommendationer	Resurstillgång behöver förbättras för att nå den kapacitet som krävs för allmän screening, regionerna har kommit olika långt	Att införa tarmcancer-screening i hela regionen. På sikt ska alla kvinnor och män i åldern 60–74 år inbjudas	Påbörjad screening 2019 (minst de som under året fyller 60 år). Så snart som möjligt för hela åldersintervallet	2020, därefter årlig uppföljning kvalitetsregister
Att landstingen ska arbeta för att införa teledermatoskopi i primärvården i hela norra sjukvårdsregionen	VLL har goda erfarenheter. I landet (prioriterat område) finns flera exempel: bättre bedömningar, färre onödiga excisioner och fler <i>in situ</i> melanom upptäckta. Teledermatoskopi diskuterat i work-shops nationellt med samlad expertis. Rapport över behov och krav för teledermatoskopi i PV kommer snart	Att införa teledermatoskopi på alla vårdcentraler i alla regioner enligt nationellt föreslagen metod	Att under 2019 arbeta med förberedelser för att införa i form av utbildning på vårdcentralerna och inköp av material	2020
Sjuksköterskor med specifik cancerkompetens (sjukdom, komplikationer, rehabilitering, prevention) i primärvården, för att möta det växande behovet av stöd	Saknas generellt i primärvården. Fristående kurs på distans finns vid Umeå universitet, som kan nyttjas för att öka kompetensen hos sjuksköterskor i PV	Några distriktssjuksköterskor utbildas för att kunna möta framtida behov. Samtliga landsting/regioner arbetar för att inrätta denna funktion	2021	Egen uppföljning
Att 70 % av nya fall med cancerdiagnos ska utredas via SVF	Primärvården är ofta ingången till utredning (för ca 70 %)	Se mål	2020	SVF statistik

80 % av de som utreds via SVF går igenom dessa inom de bestämda tiderna	Nuläge osäkert, ett beräkningsunderlag är under framtagande nationellt	Se mål	2020	SVF statistik
Att bland patienter som genomgår SVF öka andelen som får info om att de utreds för misstänkt cancer	I nuläget är det enligt SVF-PREM-enkäten 80 % som får information	95 % ska få information om utredningen	2020	Årligen via SVF-PREM-enkät
Att större andel av personalen frågar patienter om rökning	Pilotprojekt vid cancercentrum Nus i samarbete med Folkhälsoenheten och RCC med särskild fokus på rökning. Exakta siffror på hur många patienter, som tillfrågas om rökning saknas. Personal frågar inte alltid beroende på brist på kunskap, klara riktlinjer och stöd	Att minst 80 % av personalen på enheten för strålbehandling, cancercentrum Nus ställer frågan om rökning och hjälper patienten att få stöd för ett rökstopp i samband med behandlingen	Årligen	Enkät innan start och 1-års uppföljning, samt via andel remisser till tobaksavvänjare (TPM på NUS)
Att öka andelen dagligrökare som besökt primärvården som erhåller tobakspreventiv åtgärd	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 30 % (1331) RN: 30 % (1725) RVN: 70 %, (5891) RJH: Data saknas	Att minst 80 % av de identifierade dagligrökande patienterna i primärvården ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor
Att öka andelen personer med riskbruk som besökt primärvården och erhåller åtgärd för att minska eller sluta med alkoholkonsumtion	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 51 % (311); RN: Okänd andel p.g.a. att färre rapporterats än som fått åtgärd (718) RVN: 85 % (611) RJH: data saknas	Att minst 80 % av identifierade personer med riskbruk av alkohol ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor
Att öka andelen personer med otillräcklig fysisk aktivitet som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder för att öka fysisk aktivitet	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 67 % (3824) RN: 41 % (6375) RVN: 49 % (9 845) RJH: Data saknas	Att minst 80 % av identifierade personer med otillräcklig fysisk aktivitet ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor
Att öka andelen personer med ohälsosamma matvanor som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: Okänd procent, för få personer har dokumenterats, endast 529 personer (3282) RN: 89 % (6375), men troligtvis högre andel RVN: 70 % (8323) RJH: Data saknas.	Att minst 80 % av identifierade personer med ohälsosamma matvanor ska erhålla åtgärd för att främja hälsosamma matvanor	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor

Att alla småbarns-föräldrar i norra sjukvårdsregionen, som besöker BVC får en likvärdig information om sunda solvanor	Ett tvåårigt projekt har genomförts i alla landsting under 2015–2016 med positivt utfall, men projektet har inte införlivats i daglig verksamhet	Att information på BVC om sunda solvanor införts i ordinarie verksamhet i alla landsting	2021	Egen uppföljning
Prostatacancer, se bilaga 2 U				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Målupp-fyllelse	Uppföljning
Högriskpatienter op. <28 dagar från op. anmälan	VLL 30 %, RN op. inga, RJH har inte rapporterat, RVN för få fall	80 % av pat. med högrisk opereras inom 28 d från op. anm.	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Registrering i e-PROM	E-PROM sätts 2018	70 % av alla pat. registreras komplett i e-PROM	2021	Kvalitetsregister
Förbättrad rehabilitering	Rutiner finns på enstaka sjukhus	Fastställda kontaktvägar till rehabilitering på alla sjukhus som följer upp patienter	2021	Uppföljning på verksamhetsnivå
Förbättrad rapportering till NPCR	33 % i norra regionen. VLL 39 %, RN 13 %, RJH 26 %, RVN 46 %	50 % av diagnostik-formulär rapporteras till NPCR <30 d från prostata-biopsi	2021	Uppföljning kvalitetsregister (NPCR)
Snabbare besked om PAD till patienterna	9 % i norra regionen. VLL 9 %, RN 14 %, RJH 8 %, RVN 6 %	30 % av PAD besked <11 d efter prostata-biopsi	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Kontaktsjuksköterska till flera patienter	86 % i norra regionen. VLL 90 %, RN 75 %, RJH 93 %, RVN 83 %	95 % av pat. tilldelas kontaktsjuksköterska	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Större andel av högrisk pat. diskuteras på MDK	66 % i norra regionen. VLL 68 %, RN 64 %, RJH 51 %, RVN 76 %	80 % av pat. med högrisk diskuteras på MDK	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Sarkom, se bilaga 2 V				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Målupp-fyllelse	Uppföljning
Förbättrad patologi	BMA 0, ST block 0	Sarkompatologi: BMA för sarkom, ST block med inriktning sarkompatologi	2020	Egen uppföljning
Tillgång kontakt-sjuksköterska	Finns i RJH, RVN och på Nus	Kontaktsjuksköterska vid varje länssjukhus samt på Nus	2020	Egen uppföljning
Öka täckningsgrad i kvalitetsregister	Kvalitetsregistret betydligt lägre täckningsgrad	Täckningsgrad i kvalitetsregister (registrering och behandling, 80 % aktuellt år, 95 % föregående år)	2019	Uppföljning kvalitetsregistret
Förbättrad utbildning	Två utbildningar har genomförts	SK-utbildning i sarkom (inkl. buksarkom) vart 3:e år och program för kontaktsjuksköterskor	2019	Egen uppföljning
Förbättrad rehabilitering	95 % av patienterna i slutenvården (SV) erbjuds sjukgymnast och arbetsterapeutkontakt	En strukturell, dokumenterad cancerrehabiliteringsplan upprättas för 95 % av SV patienter	2020	Egen uppföljning

Förbättrad bemanning	Överläkare 1,5 ST läkare 0	Tumörortopedi: två överläkare och en ST läkare	2019	Egen uppföljning
Följa SVF	10 % följer SVF	70 % av pat. med sarkom följer SVF och för 80 % hålls ledtiderna	2020	Uppföljning kvalitetsregister
Sköldkörtelcancer, se bilaga 2 W				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
”Knölar” i sköldkörteln utreds primärt vid radiologisk enhet	Inte genomfört	Genomfört i hela regionen	2020	Egen uppföljning
90 % patienter med känd sköldkörtelcancer ska inleda behandling (i regel operation) <4 v från behandlingsbeslut	Uppnått 2016	Bibehålla nivån	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
75 % av icke follikulär sköldkörtelcancer >10 mm (≥T1b) ska ha preoperativ cytologisk diagnos	Uppnått 2016; 65 %	75 %	2021	Uppföljning kvalitetsregister
90 % behandlingsbeslut för sköldkörtelcancer ska tas på MDK	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivån	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
90 % av pat. (≥T1b) ska ha namngiven kontakt-sköterska på enheten	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivån	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
Alla enheter som op. sköldkörtelcancer i regionen skall kunna erbjuda logoped- resp. kuratorskontakt	Varierar inom regionen	Se mål	2019–2021	Egen uppföljning
Testikelcancer, se bilaga 2 X				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Täckningsgrad för primär registrering	88 %	95 %	2019-07-01	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Andel spermiefrysningar som skett före orkiektomi	25 %	>60 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Andel intermediär/dålig prognosgrupp behandlas onkologiskt på onkologiklinik	Okänt	>90 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för nya patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2019-12-31	Intern utvärdering och rapportering

Ökad andel som genomgår kontralateral biopsring i samband med orchiectomi	20,7 %	>90 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-12-31	SVF statistik
Urotelial cancer, se bilaga 2 Y				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	54 %	95 %	2020-01-01	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Pat. med muskelinvasiv urinblåsecancer erhåller neoadjutant kemoterapi	80 %	85 %	2020-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	64 %	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-01-01	SVF statistik
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2021-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Centralisering av nefroureterektomierna i regionen till två team som opererar på tre sjukhus	4 opererande sjukhus med separata team	Två team samordnar sig på tre sjukhus	2021-01-01	Intern utvärdering och rapportering
En cystoskopoperande sjuksköterska per länssjukhus i RN, RVN och RJH	F.n. 5 i regionen	Tre ytterligare cystoskopoperande sjuksköterskor	2020-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Övre mag-tarmkanalens cancer, se bilaga 2 Z				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Kontaktsjuksköterska med tydlig och rimlig arbetsbeskrivning (cancerrehabilitering)	Förstärkning behövs vid kir och onk, Nus, kir i S-vall, Sunderbyn, Ö-sund.	Kontaktsjuksköterskefunktion vid samtliga centra som handlägger dessa pat.	2019	Uppföljning i den regionala arbetsgruppen
Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som inte är läkare/sjuksköterska (task-shifting)	RVN sekreterare, under införande i RN, i övriga läkare/ sjuksköterskor	Ingen inrapportering till kvalitetsregister ska skötas av vårdpersonal	2019	Uppföljning i den regionala arbetsgruppen
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	För 2017: 79,2% - 93,7%,	>95% täckningsgrad senaste året	2020	Uppföljning kvalitetsregister
Remissbeslut vid välgrundad misstanke - start av behandling	För 2017: Kirurgi 23 % Läkemedel 22 % Strålning 63 % Palliativ 30 %	80 % av patienterna utreds inom ledtider för SVF	2020	SVF statistik

MDK - start av behandling	Resultat nationella kvalitetsregister presenteras i underlagets text	80 % av patienterna utreds inom ledtider för SVF	2020	SVF statistik
PAD-svar på operationspreparaten	För 2017: 32 dagar	Median 21 dagar	2021	Uppföljning kvalitetsregister

Bilaga 2: Underlag

A. Barnonkologi



Bilaga
2A_Utvecklingsplan

B. Bild- och funktionsmedicin (endast målnivåer)



Bilaga
2B_Utvecklingsplan

C. Blodcancer



Bilaga
2C_Utvecklingsplan

D. Bröstcancer



Bilaga
2D_Utvecklingsplan

E. Cancerrehabilitering



Bilaga
2E_Utvecklingsplan

F. CUP (cancer of unknown primary)



Bilaga
2F_Utvecklingsplan

G. Gynekologisk cancer



Bilaga
2G_Utvecklingsplan

H. Hjärntumörer



Bilaga
2H_Utvecklingsplan

I. Hudmelanom



Bilaga
2I_Utvecklingsplan

J. Huvud- och halscancer



Bilaga
2J_Utvecklingsplan I

K. Kolorektal cancer



Bilaga
2K_Utvecklingsplan

L. Livmoderhalscancerprevention



Bilaga
2L_Utvecklingsplan I

M. Lungcancer



Bilaga
2M_Utvecklingsplan

N. Mammografiscreening



Bilaga
2N_Utvecklingsplan

O. Neuroendokrina tumörer (NET)



Bilaga
2O_Utvecklingsplan

P. Njurcancer



Bilaga
2P_Utvecklingsplan

Q. Palliativ vård



Bilaga
2Q_Utvecklingsplan

R. Patologi (endast målnivåer)



Bilaga
2R_Utvecklingsplan

S. Peniscancer



Bilaga
2S_Utvecklingsplan

T. Prevention, tidig upptäckt och vägen in



Bilaga
2T_Utvecklingsplan |

U. Prostatacancer



Bilaga
2U_Utvecklingsplan

V. Sarkom



Bilaga
2V_Utvecklingsplan

W. Sköldkörtelcancer



Bilaga
2W_Utvecklingsplan

X. Testikelcancer



Bilaga
2X_Utvecklingsplan

Y. Urotelial cancer



Bilaga
2Y_Utvecklingsplan |

Z. Övre mag-tarmkanalens cancer



Bilaga
2Z_Utvecklingsplan

Bilaga 3: Referenser

Inför sammanställningen av denna plan har fackliga representanter för Vårdförbundet, Läkarförbundet och Kommunal i varje landsting/region tillfrågats översiktligt om förslag och resultat i den tidigare kompetensförsörjningsplanen. Samtalen har förts per telefon efter att representanter i alla fyra regionerna tillfrågats per mejl om möjlighet till kontakt med två påminnelser.

Representanter som svarat är för Vårdförbundet är Camilla Sundberg (RN), Jenny Olsson (VLL), Åsa Holgersson (RVN) och Roger Bergebo (RJH), för Läkarförbundet Sara Sehlstedt (RJH) och för Kommunal Lena Vikberg (RN), Karin Svedlert (VLL), och Helena Palm (RJH).

På samma sätt kontaktades samtliga FoU-/FoI-ansvariga och Karin Jones (RN), Göran Larsson (RJH), Jonas Appelberg (RVN), samt Benny Björkblom (forskningsamordnare för RCC Norr), har per telefon/personlig kontakt svarat på översiktliga frågor.

Vidare har använts underlag från föregående kompetensförsörjningsplan inom cancervården, kompletterat med mejlkontakt med följande representanter för HR-staberna Anni Åsén (RJH), Therese Drawsen (RVN)), Thomas Bodén (VLL) och Annika Nilsson (RN). Från RJH har också kommentar kommit från Kerstin Lejonklou, vårdstrateg, och från RVN Åsa Cantzler, projektledare för SVF.



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se/norr