

Bilaga 1 Målnivåer

Nedan redovisas målnivåer för de kriterium, där sådana har definierats. ”Nuläge” avser nuläget när målnivåerna definierats, om inte annat anges 2014 alternativt våren 2015. Spridningen mellan regionens landsting anges inom parentes för vissa målnivåer. Parametrar som kan följas upp i kvalitetsregister anges med ”KR” i kolumnen ”Uppföljning”; för målnivåer som kräver annan typ av uppföljning anges ”Egen”. För några målnivåer kommer aktuella parametrar att införas i kvalitetsregister och därmed möjliggöra uppföljning. Målens numrering refererar till numrering i respektive bilaga (bokstaven överensstämmer med bilagenumereringen), för de områden där bilagor finns.

RCC - kriterium	Område	Mål nr	Målnivåer	Nuläge	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer	Förebyggande insatser (cancerprevention)	D 1	Införa Tobaksfri Duo i alla regionens kommuner, med målsättningen 70 % tecknade avtal i regionen.	Tobaksfri Duo finns i alla kommuner i VLL och NLL, fortsatt spridning i LVN och RJH. 75% tecknade avtal i VLL, 64% i NLL.	2017	Egen
		D 2	Diplomerade tobaksavvänjare ska finnas tillgängliga för länets hela befolkning, på sjukhus, primärvård eller folktandvård.	Tobaksavvänjare finns i närmiljön för ca 75 % av befolkningen, andelen diplomerade är 20-90 % i de fyra länen.	2017	Egen
		D 3	Öka andelen som tillfrågas om sina alkoholvanor inom vården.	Arbete för att möjliggöra utvärdering pågår	2017	Egen via journal system
		D 4	Ökad fysisk aktivitet genom att fler kliniker arbetar aktivt med att samtala om fysisk aktivitet och förskriva FaR.	Primärvården arbetar strukturerat med detta, inom specialistsjukvården och psykiatrien pågår implementering. 14 368 FaR i regionen 2014.	2017	Egen via journal system
		D 5	Minska antalet stillasittare i regionen genom ökad kunskap bland befolkningen.	Andel stillasittande i regionen 12-17%, oförändrat sedan mätningen 2010	2018	Enkät Hälsa på lika villkor
	Tidig upptäckt av cancer - livmoderhalscancerprevention	J 1	Regionen ansluten till processregistret (Cytburken), med fungerande fortlöpande dataleverans till processregistret	Beslut att starta finns i alla län utom NLL	2017	Egen
		J 2	Landstingen har en tydlig organisation för cervixcancerprevention, med dokumenterad ansvarsfördelning med processansvarig och styrgrupp förankrad i landstingsledning	Varierande organisation	2016	Egen
		J 3	Implementering av SoS nya screeningriktlinjer från 2015. Planering och arbete påbörjas under 2016 i alla regionens landsting.	Ej påbörjat	2017	Egen/KR

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

Tidig upptäckt av cancer - mammografi-screening	L 1	Samtliga landsting anslutna till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening och levererar data regelbundet till INCA	Endast NLL och VLL har lyckats exportera data till RCC	2017	Egen/ KR
	L 2	Deltagande i regionen förbättras till 87.5%	84,7%	2018	KR
	L 3	Längd screeningintervall (tid mellan erbjudna datum i två konsekutiva screeningomgångar): 95% inom 24 månader	VLL 90% inom 29,7 månader, NLL 90% inom 29,4 månader	2017	KR
	L 4	Andel som dubbelgranska: 98% i regionen	89% (25% i RJH, 100% i övriga landsting)	2017	KR
	L 5	Tid (dagar) från screening till diagnos (enligt definition i cancerregistret) för screeningupptäckt bröstcancer: 90% inom 31dagar	VLL 90% < 34 dgr, NLL 90% <44 dgr, data saknas NLL och RJH	2017	KR
	L 6	Intervallcancer (andel av totalt antal cancerfall bland deltagare) år 1 och år 2 (innan nästa screening): <30% år 1, <50% år 2	Okänt	2017	KR
	L 7	Andel av screeningupptäckt cancer som är Stadium II+ <30%	32% i regionen	2018	KR
”Vägen in till cancervården”	T 1	Kartläggning av tider och remissförfarande för patienter med kolorektalcancer i primärvården (PV) i norra regionen, från kontakt med vården till diagnos. Detta ska ge underlag för adekvata framtida förändringar. Mål fastslås när slutsatser av kartläggningen dragits	Långa väntetider från första besök i PV till diagnos, men orsaken okänd.	Två år efter beslut om mål	Egen
	T 2	Kartlägga förekomsten av cancerfall upptäckta inom regionens PV samt identifiera förekomsten av de vanligaste symtomen patienter sökt för när de remitterats för cancerutredning. Sammanställa andelen av patienter inkluderade i SVF. Syfte: identifiera områden som behöver förbättras i PV. Målet förutsätter extra resurser för kartläggning.	Bristande kunskap om antal cancerfall som upptäcks i PV samt förekomst av de vanligaste cancerrelaterade symptom patienter söker PV för vid misstänkt cancer.	Tre år efter beslut om mål, (om resurser erhålls), 2018/2019	Egen
	T 3	Sprida information och stödja införande av SVF, genom information till all PV-personal och genom att PV-versioner av SVF finns tillgängliga på respektive landstings plattform.	SVF saknas på landstingens plattformar	Januari 2016	Egen
	T 4	Snabbare och bättre omhändertagande av patienter med misstänkt cancer i PV genom att följa SVF.	Långa väntetider för många diagnoser. Bl.a. återremittering till PV fördröjer utredningar.	Hösten 2017 för de 5 första SVF-diagnoserna, 2018 för kolorektalcancer	Egen
	T 5	Minst 30% av patienterna handläggs enligt SVF för de diagnoser där SVF finns	SVF införs för några diagnoser 2015, fler under kommande år	2017	Egen

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

		T 6	Fortbildning för sjuksköterskor och läkare i norra regionens PV i form av utbildningsdag, "Hur hittar vi cancer tidigare?"	Utbildningar genomförda i LVN, VLL och RJH 2013-2014	2016	Egen
Vårdprocesser	Barn-onkologi	A 1	Gemensam plan och program inom regionen för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancersjukdom hos barn och ungdomar.	Arbete pågår kring praktiska rutiner och med nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning	2016	Egen
		A 2	Inrätta ett regionalt kompetens- och konsultcentrum för seneffekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar. I detta ingår ny tjänst för konsult-kssk för transition och kontroll av tonåringar och unga vuxna efter cancersjukdom.	Arbete pågår med förslag organisation. Pågående arbete med nationellt vårdprogram viktigt för detta.	2016 -2017	Egen
		A 3	Vidareutveckla fungerande hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn och ungdomar: 80 % ska ha tillgång till fungerande hemsjukvård vid behov.	Pågående samarbete med regionens samrådsgrupp för palliativ vård.	2017	Egen
		A 4	Utforma individuella utvecklingsplaner för alla inblandade vårdgivarkategorier inom barncancer-vården i regionen: 80% av personalen ska ha en individuell utbildningsplan.	Diskussioner om hur befintliga regionala och nationella utbildningsmöjligheter bäst tillvaratas.	2016	Egen
	Blodcancer	B 1	Väl fungerande konferenser: a) Telemedicinsk terapikonferens varje vecka för hematologer/onkologer i regionen, med anmälan av patienter i tid, och aktivt deltagande från alla sjukhus. b) MDK med hematolog, onkolog, hematopatolog och genetiker, med deltagande från alla sjukhus.	a) Fungerande veckovisa konferenser. b) Fungerande MDK varannan vecka med Nus, Östersund, Skellefteå, Sunderbyn. Genetiker deltar ej.	2016	Egen
		B 2	Bättre täckningsgrad i blodcancerregistret: >70% inom 3 mån. >90% inom 1 år	Förbättrade nivåer på de flesta sjukhusen. Svårigheter att registrera i tid.	2016	KR
		B 3	Individuell skriftlig vårdplan till patienterna för 80 % av patienterna	Nydiagnostiserade patienter på 4 sjukhus får skriftlig vårdplan.	2016	Egen
		B 4	Lokala riktlinjer till remitterter om remitteringsvägar för knölar ska finnas i alla landsting.	Fördröjd diagnos, riktlinjer är oklara förutom i Sundsvall.	2016	Egen
		B 5	Kontakt- eller teamsjuksköterska finns på alla hematologiska enheter och ansvarar för att patienterna får en individuell skriftlig vårdplan.	Finns på 5 sjukhus. Behöver bli fler och få delta i utbildningsaktiviteter.	2016	Egen
		B 6	Hög följsamhet till nationella riktlinjer enligt målkriterier för varje diagnos.	40-100% följsamhet, varierar mellan diagnoserna	2016	KR
		B 7	Förbättra ledtid mellan remiss till diagnosbesked och behandlingsplan i enlighet med de tider som definieras i SVF.	Tydliggörs och blir lättare att följa med SVF. Uppfylls inte för t.ex. lymfom	2016	KR

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

				och myelom.		
Bröst-cancer	C 1	90 % av kvinnorna med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	60% opereras inom 3v (22-80 %), 76% opereras inom 4v (46-93%)	2017	KR	
	C 2	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation	51% (17-82%)	2018	KR	
	C 3	90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	88% (86-89%) Data baserat från år 2013	2017	KR	
	C 4	5-årsöverlevnaden ska vara >90 %	2012: 88 % (86-91%)	2018	KR	
	C 5	98% av alla PAD-svar efter operation ska vara fullständigt strukturerade	84.9-93.7%	2018	KR	
	C 6	10% av patienterna ska få omedelbar bröstrekonstruktion med implantat	2.6%	2018	KR	
	C 7	50% av patienterna ska handläggas i enlighet med SVF	SVF införs 2016	2018	KR	
Gynekologisk cancer	F 1	Minska ledtiden för remissgång från kvinnokliniker till gynokologen till 2 dagar	5,2 dagar (2013)	2016	Egen	
	F 2	Öka andelen patienter med ovarialcancer stadium I som fått optimal stadiindelning med systematiska biopsier till 50%	32,7 % (2008-2013)	2016	KR	
	F 3	Ökad andel patienter som är opererade av erfaren tumörkirurg till 50 %	26,7 % (2008-2013)	2016	KR	
Hjärntumörer	G 1	Förstärkt patologi i regionen med en neuropatolog, 2 BMA och 2 molekylärbioologer, för att nå mål i nationellt vårdprogram	1 neuropatolog på deltid, 1 ST-läkare, stor brist på BMA.	2016/2017	Egen	
	G 2	Bättre fungerande MDK, med väl förberedda patientfall och deltagare, samt medverkan av länssjukhusen	Endast Nus kan delta och ibland är inte alla fall/deltagare väl-förberedda	2016	Egen	
	G 3	Minska tiden från preliminär diagnos via röntgen till operation till 2 v	Ca 4 v (2013)	2016	KR	
	G 4	Inrapportering i kvalitetsregister: 95%	92,7% (2013)	2016	KR	
	G 5	Kontaktsjuksköterskor (kssk) på samtliga länssjukhus	Kssk saknas i Sundsvall och Sunderbyn	2016	KR	
	G 6	Förbättra information till patient och närstående och införa ”min vårdplan”: Pärm ska utdelas till alla patienter med gliom grad 3 och 4 samt de med grad 2 som har behov av kssk	Endast muntlig information	2016	Egen	
	G 7	Förbättrad cancerrehabilitering: Efter avslutad onkologisk behandling ska patienten kunna remitteras till rehabavdelning/dagrehab i vars uppdrag rehabilitering av hjärn-	De flesta sjukhus i regionen saknar en rehabiliteringsenhet att remittera hjärntumörpatienter till	2016	Egen	

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

		tumörspatienter ingår. Tydliga direktiv om var patientgruppen ska erbjudas rehabilitering måste finnas för varje sjukhus i regionen.			
Huvudhalscancer	H 1	Ledtid från remiss till ÖNH-klinik till beslut om ”välgrundad misstanke” 5 dgr i enlighet med SVF	SVF införs under 2015	2016	KVÅ-kod + KR
	H 2	Optimering av utredningsfasen i regionens snabbspår till 18 dgr i enlighet med SVF	20 dgr	2016	KVÅ-kod + KR
	H 3	Ledtid till strålbehandling inom 18 dgr	21 dgr	2016	KVÅ-kod + KR
	H 4	Rätt använd kompetens i tumörteamet vid Nus: minska administrativ tid för medicinsk personal	Nuläge beskrivs genom kartläggning	2017	Egen
	H 5	Förstärkning av antal tumörkirurger till ett team med 4-5 fasta tumörläkare	3,25 fast anställda 1,0 stafett	2018	Egen
Kolo- rektal- cancer	I 1	MDK ska genomföras före och efter operation. Patienter med rektalcancer: >90 % preop och >90 % postop. Patienter med koloncancer, >75 % preop och >90 % postop	Rektalcancer 95% preop, 78% postop, koloncancer 78% preop, 83% postop	2016	KR
	I 2	Förbättrad patologiundersökning: För >95 % av patienterna ska ≥12 lymfkörtlar i operationspreparat undersökas efter op för koloncancer. För >90 % av patienterna ska ≥12 lymfkörtlar undersökas i operationspreparat efter op för rektalcancer	Rektalcancer 78%, koloncancer 92%	2016	KR
	I 3	Minska ledtider för cytostatikabehandlingsstart genom kortare svarstider för första PAD-svar: >90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum	Rektalcancer 73%, koloncancer 69%	2017	Egen
	I 4	>30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer) inkluderade i klinisk studie	Rektalcancer 18%, koloncancer 11%	2018	KR
	I 5	<10 % reoperationer efter elektiv + akut operation för koloncancer	7% (2-11%, högre på vissa sjukhus)	2018	KR
	I 6	98 % av patienter som ges adjuvant cytostatikabehandling påbörjar denna inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer)	Rektalcancer 73%, koloncancer 73%	2017	KR
	I 7	>90 % av patienterna som genomgår metastatskirurgi undersökt med PET-CT (både kolon- och rektalcancer)	Ny variabel i KR, utgångsläge saknas	2018	KR
	I 8	>30 % andel minimalinvasiv kirurgi (både kolon- och rektalcancer)	14 % för koloncancer och 2 % för rektalcancer	2018	KR

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

Lung-cancer	K 1	Täckningsgrad i kvalitetsregistret (anmälningsblankett): 95%	93% (81- 100%)	2016	KR
	K 2	Ledtid från inremiss till behandlingsbeslut <28 dgr för 80% av patienterna	52% (39-63%)	2018	KR
	K 3	Ledtid från behandlingsbeslut till operation ska vara inom 21 dgr för 80% av patienterna	46% op inom 3v, väntetid i median 24d	2017	KR
	K 4	Andel pat i st I-II, PS 0-2 som opereras ska vara likvärdigt inom regionen och jämfört med riket	Ny variabel i KR. Ca 20% (60 pat/år) med nydiagnostiserad lungcancer opereras i regionen	2017	KR
	K 5	Ledtid från inremiss till behandlingsstart ska vara max 42 dgr för 80% av patienterna	Ny variabel i KR, utgångsläge saknas.	2018	KR
	K 6	FDG-PET/DT vid utredning av st I-III, NSCLC för 90% av patienterna	78% (70- 87%)	2018	KR
	K 7	MDK vid diagnos för 95% av patienterna	Patienter i stadium I-III tas upp på MDK, få i st. IV	2018	KR
Malignt melanom/hudtumörer	M 1	Täckningsgraden i kvalitetsregistret är >95%	87%	2016	KR
	M 2	80% av patienterna med malignt melanom >1mm erbjuds en kontaktssk	36%	2016	KR
	M 3	95% av patienterna med malignt melanom > 1 mm diskuteras på MDK	75%	2016	KR
	M 4	80% av patienterna får vänta < 4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	50%	2016	KR
	M 5	80% av patienterna opereras inom en vecka från första läkarbesök	54%	2016	KR
	M 6	80% av patienterna med malignt melanom > 1mm genomgår utvidgad kirurgi inom 3 veckor efter PAD-svarsdatum	22%	2016	KR
Neuroendokrina tumörer, cancer i sköldkörtel (tyreoidea) och tunntarm	N 1	90% av alla patienter med tyreoideacancer ska inleda behandling (i regel operation) inom 4 v från behandlingsbeslut	100%	2016	KR
	N 2	60% av alla patienter med tyreoideacancer över 10 mm ska ha preoperativ cytologisk diagnos	38%	2017	KR
	N 3	90% av alla behandlingsbeslut för tyreoideacancer ska tas på MDK (uppnått 2014)	93%	2016	KR
	N 4	90% av patienterna ska ha namngiven kontaktsjuksköterska på enheten	Ny variabel i KR, utgångsläge saknas	2016	KR
Patologi	U 1	Bättre balans mellan behov och kapacitet, så att man klarar uppsatta svarstider både enligt SVF och för övriga områden, samt att svaren håller hög kvalitet.	Dålig balans mellan behov och kapacitet och bristande kompetensförsörjning. Ofta långa svarstider, stora variationer i svarstider och	2018	Egen

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

			svarens kvalitet.		
	U 2	Digitalisering av patologin i drift, med digitalt samarbete i kompetensnätverk..	Införande av digital patologi påbörjat, men vissa beslut behöver fattas och införandeplan genomförs	2018	Egen
	U 3	Patolog medverkar på alla MDK där man bör delta.	Patolog är med på vissa men inte alla relevanta MDK.	2018	Egen
Prostatacancer	P 1	Inrapportering i kvalitetsregistret inom 30 dgr: 95%	Ca 20% inom 30 dgr, 93% inom 6 mån	2018	KR
	P 2	Utredning enligt SVF med tider 28-60 dgr för 80% av patienterna	SVF införs under 2015	2018	Via KVÅ-koder
	P 3	90% av PAD-beskederna i tid enligt SVF (mål 11 dgr)	Median 28 dgr	2018	Via KVÅ-koder + KR
	P 4	98% av patienterna ska ha tillgång till kontakt-ssk	Nyligen infört i KR	2018	KR + egen
	P 5	Korrekt utredning av 90% av högriskpatienterna	40-88% per sjukhus	2018	KR
	P 6	90% av patienter med högrisk prostatacancer ska diskuteras på MDK	0-55% per sjukhus	2018	KR
	P 7	90% av patienter med metastaserad prostatacancer ska diskuteras på MDK	ej mätt	2018	KR + egen
Sarkom och benmetastaser	Q 1	Förstärkt sarkompatologi genom avdelad BMA som fysiskt och administrativt ansvarar för labprocessen	Avdelad BMA finns inte	2017	Egen
	Q 2	Kontaktsjuksköterska (kssk) på varje länsjukhus samt på ortopedien och cancercentrum Nus	Kssk finns på ortopedien Nus	2017	Egen
	Q 3	Täckningsgrad i kvalitetsregistret (anmälningsblanketten) 80% 2016 och 95% 2017.	32%	2016/2017	KR
	Q 4	Starta SK-utbildning om sarkom för ST-läkare, som återkommer vart 3:e år	Ingen utbildning de senaste åren	2016	Egen
	Q 5	95 % av sarkompatienterna som har påverkan på rörelse- och stödorgan och behandlas i slutenvård på cancercentrum Nus ska erbjudas individuell sjukgymnast- och arbetsterapeutkontakt	Kontakt tas när någon påtalar behov, ej behovsbedömning av rätt yrkeskategori	2017	Egen
	Q 6	Alla misstänkta buksarkom och retroperitoneala sarkom ska diskuteras på MDK	Nästan alla tas upp på MDK	2016	KR
Tumörer i övre magtarmkanalen	R 1	Täckningsgrad i kvalitetsregister >95%	84 %	2017	KR
	R 2	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter som handlägger ÖGI-cancer	Finns i NLL, VLL, RJH, i LVN saknas formell kssk	2016	Egen
	R 3	Remissbeslut vid välgrundad miss-	SVF införs fr.o.m.	2018	KVÅ-

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

			tanke till MDK inom leddid i SVF i >50% av fallen	2015		koder + KR
		R 4	MDK till start av behandling inom leddid i SVF i >50% av fallen	SVF införs fr.o. m. 2015. För matstrupscancer är leddiden i SVF 1 v; var 2014 28 dgr i regionen	2018	KVÅ-koder + KR
		R 5	Remissbeslut vid välgrundad misstanke till start av behandling inom leddid i SVF i >90% av fallen	SVF införs fr.o.m. 2015	2018	KVÅ-koder + KR
		R 6	PAD-svar för >90 % av operationspreparaten klara inom 3 veckor	83%	2018	KR
Urologisk cancer utom prostatacancer /2014	S 1	Inventering av makrohematuriläget för utförlig kunskap om leddiden första symtom till remiss från primärvården genom journalstudier	2 färdiga rapporter baserade på VLL-data	2018 (slutrapport)	Egen	
	S 2	Implementering av standardiserade vårdförlopp (SVF). Andelen av alla patienter som har välgrundad misstanke om cancer som handläggs enligt SVF: 2016: >30%, 2017: >40%, 2018: >50%	SVF införs under 2015	2016/2017/2018	KVÅ-koder + KR	
	S 3	Väl fungerande regionövergripande MDK, med följsamhet till checklista och fungerande tekniska förutsättningar för deltagande från alla länssjukhus	Veckovis regionövergripande MDK har införts	2016	Egen	
	S 4	Utsedd kontaktsjuksköterska vid alla länssjukhus	Utsedd kssk finns endast i VLL	2016	Egen	
	S 5	Utveckling av ett formellt gemensamt cystektomiteam i regionen med verksamhet på två geografiska lokaliseringar inom en och samma teamorganisation. Ökad medverkan av teammedlemmar vid båda sjukhusen, gemensamma PM och rutiner.	Gemensam planering och forskning pågår, gemensam operatör i Umeå och Sundsvall. Regional nivåstrukturering med avancerade ingrepp koncentrerade till Nus.	2016	Egen	
	Diagnosövergripande		It-stöd för integrerad regional cytostatikabehandling	Cytodos infört i alla landsting utom RJH	2017	Egen
Palliativ vård	O 1	Täckningsgrad i Svenska Palliativregistret vad gäller cancerpatienter som avlider på sjukhus: 95 %	86%	2018	KR	
	O 2	Brytpunktssamtal för patienter som kan medverka: 95%	70%	2018	KR	
	O 3	Användning av validerat smärtskattningsinstrument: 80%	42%	2018	KR	
	O 4	Dokumenterad individuell vidbehovsordination av läkemedel i injektionsform mot ångest: 95 %	92%	2018	KR	
	O 5	Bedömd munhälsa: 90 %	69%	2018	KR	
	O 6	Valfrihet av dödsplats: minska andelen "vet ej" för patienter som kan medverka: <15 %	42%	2018	KR	

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

Psykosocialt stöd och rehabilitering	Psyko-socialt stöd och rehabilitering	E 1	Regionens cancerpatienter erbjuds "min vårdplan" (utifrån generisk modell): 30% 2016, 60% 2018	14 % enl. patientenkät 2014	2016	Egen + KR
		E 2	80% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med namngiven kontaktsjuksköterska	22% enl. patientenkät 2014	2018	Egen + KR
		E 3	15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med arbetsterapeut. Mål till 2020: 30%	1% enl. patientenkät 2014	2018	Egen
		E 4	40% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med kurator. Mål till 2020: 80%	19% enl. patientenkät 2014	2018	Egen
		E 5	15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med fysioterapeut Mål till 2020: 30%	5% enl. patientenkät 2014	2018	Egen
		E 6	15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med dietist Mål till 2020: 30%	9% enl. patientenkät 2014	2018	Egen
		E 7	95% av regionen cancerpatienter får skriftlig generell information om cancerrehabilitering	42% enl. patientenkät 2014	2018	Egen
		E 8	Bilda en multidisciplinär arbetsgrupp i regionen med tydligt uppdrag och syfte	Tidigare grupp ska utökas och ombildas	2016	Egen
Patientens ställning i cancervården			Patientrådet sammanställer årligen en samlad rapport över arbetet och viktiga frågor ur patientens fokus	Årliga rapporter sedan 2013	2016/2017/2018	Egen
			Utbildningar för patientorganisationer, enligt behov som identifieras i patientrådet	Tre genomförda utbildningar 2013-14	2016/2017/2018	Egen
			Aktiv patientmedverkan i alla RCC Norrs processarbetsgrupper	Patientrepresentanter saknas i flera processarbetsgrupper	2016	Egen
			Implementera de regionala rutiner för hur cancerpatienter ska informeras om rätten till second opinion	Fastställda rutiner ej helt implementerade.	2016	Egen
Utbildning och kompetensförsörjning			Tillräckligt antal utbildningstjänster för specialistläkare: fler ST-block inom bild- och funktionsmedicin, patologi och onkologi, fortlöpande anställning av ST-läkare i landstingen där behov finns	Antalet ST-tjänster mindre än behovet	2016/2017/2018 Årlig avstämning	Egen
			Ökade incitament för utbildning till specialistsjuksköterska: bättre löne- och anställningsvillkor efter genomförd utbildning för att stimulera utbildning till specialist-ssk	Brist på specialist-ssk inom flera områden i cancervården	2016/2017/2018 Årlig avstämning	Egen
			Genomföra ändrade arbetssätt för optimerat kompetensnyttjande. Förbättringsarbete inom alla landsting avseende bl.a. rätt använd kompetens och bättre koordinering patientens flöde genom vården.	Processkartläggning 2014 visar många förbättringsmöjligheter. SVF införs fr.o.m. 2015.	2016/2017/2018 Årlig avstämning	Egen
			Högre akademisk nivå: FoU-mål ingår i verksamhetsplanen för varje område/ klinik. Andelen forskarut-	FoU-mål saknas i vissa klinikers verksamhetsplaner.	FoU-mål i verksamhetsplaner	Egen

Bilaga 1 Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

	bildade läkare inom regionens cancervård ≥ 20 % för länssjukvårdens kliniker och ≥ 50 % för Nus kliniker.	? Andel forskarutbildade läkare är lägre än målen.	2016. Forskarutbildade enligt mål 2025	
Kunskapsstyrning	Nationella vårdprogram utarbetade för samtliga cancerdiagnosområden. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram.	21 fastslagna vårdprogram, 8 nya under utarbetande, flera under revision	2016	Egen
	Standardiserade vårdförlopp (SVF) utarbetas enligt nationell överenskommelse med staten. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram.	5 fastslagna SVF, ytterligare 13 utarbetas 2015	Fortlöpan- de 2016- 2018	Egen
Klinisk forskning och innovation	Befolkningen i hela regionen ska ha likvärdiga möjligheter att delta i kliniska studier och prövningar. Målnivåer: a) 2016 drivs 2 studier inom cancerområdet med regionala medprövare, där behandling och uppföljning sker på länssjukhusen i Östersund och Sunderbyn. b) Samtliga rekryterande cancerstudier i norra regionen ska inkluderas i den nationella databasen, och ett system för att underhålla informationen ska utvecklas.	Lägre medverkan i kliniska studier för patienter med stort avstånd till studiecentra. a) 1 studie enligt kriterierna b) Nationell databas för kliniska studier är under utveckling.	2016	Egen
	Stöd till registerforskning i regionen i form av sökbara statistikerveckor vid RCC Norr	Kontinuerligt sökbara statistikerveckor	2016/2017/ 2018 Årlig uppföljning	Egen
Nivåstrukturering	Ny nivåstruktureringsplan för regionens cancervård för 2016-2018 fastställd	Plan utarbetas hösten 2015	2016	Egen
	Åtgärder för nivåstrukturering genomförda enligt plan	Se ovan	2018	Egen