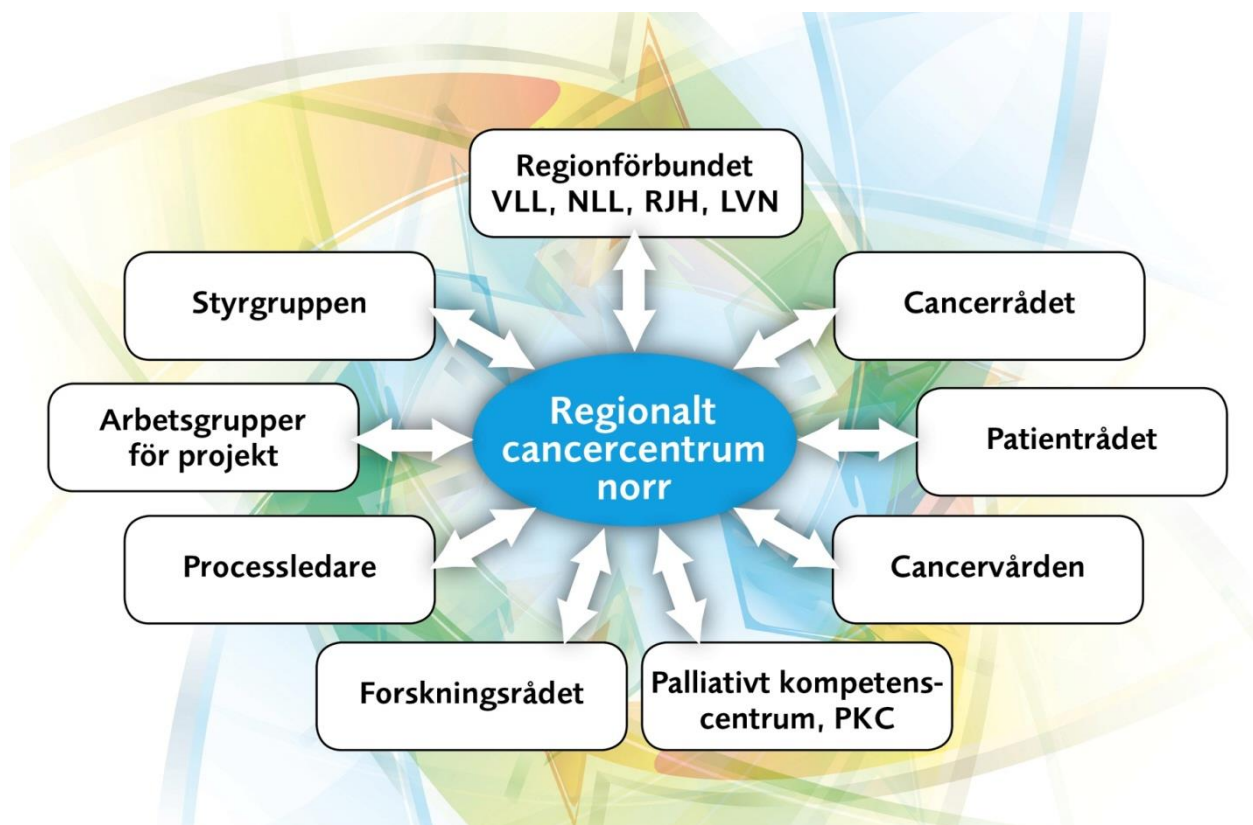


”Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd.”

REGIONAL UTVECKLINGSPLAN FÖR CANCERVÅRDEN I NORRA REGIONEN 2016 – 2018



Beslutad av Förbundsledningen för Norrlandstingens Regionförbund att gälla fr.o.m.
2016-06-01

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1 Prioriterade områden och mål	5
1.1 Förstärkt diagnostik.....	5
1.2 Multidisciplinära konferenser	6
1.3 Kontaktsjuksköterskor.....	6
1.4 God inrapportering i kvalitetsregister	7
1.5 Förstärkt palliativ vård	7
1.6 Onkologisk specialistkompetens i hela regionen	7
1.7 Tidig upptäckt	8
1.8 Cancerprevention	8
1.9 Cancerrehabilitering	8
2 Regional utvecklingsplan för 2016-2018	9
2.1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer.....	9
2.2. Vårdprocesser.....	10
2.3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård	12
2.3.1. <i>Psykosocialt stöd och rehabilitering</i>	12
2.3.2. <i>Palliativ vård</i>	12
2.4. Patientens ställning i cancervården	13
2.5. Utbildning och kompetensförsörjning.....	14
2.6. Kunskapsstyrning	15
2.7. Klinisk forskning och innovation	16
2.8. Regionalt cancercentrum norrs ledning och struktur	17
2.9. Regional utvecklingsplan för cancervården	17
2.10. Nivåstrukturering	18
3 Bakgrundsinformation.....	19
3.1. Nationella och regionala strategier för cancervården.....	19
3.2 Cancerutvecklingen i Sverige och regionen.....	20
3.3 Öppna jämförelser av cancervårdens kvalitet och effektivitet.....	23
3.4 Process för att utarbeta en regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen	24

Sammanfattning

Norrlandstingens regionförbund (NRF) beslutade i september 2011 att inrätta Regionalt cancercentrum norr, RCC Norr. Regionens vision är ”*Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd*”. Denna regionala utvecklingsplan för cancervården lägger grunden för att visionen ska bli verklighet.

Regionens första utvecklingsplan för perioden 2013-2015 fastslogs i mars 2013 och reviderades 2014. Denna plan bygger vidare på den föregående planen. Fler processområden har tillkommit. Målnivåer för de områden som ingick i föregående plan har reviderats, data har uppdaterats och planen har anpassats till den utveckling som skett inom cancerområdet såväl nationellt som regionalt under de senaste åren.

RCC Norr ska bidra till utvecklingen av den framtida cancervården i Norrland. Detta ska ske genom att knyta samman regionens samtliga kompetenser och resurser inom cancerområdet, från prevention, tidig upptäckt och genom hela vårdprocessen, inklusive rehabilitering, samt forskningen, utvecklingen och utbildningen. Ett särskilt profilområde är ”*Cancervård i glesbygd*”. Vid ställningstagande till vårdprogram och behandlingar ska glesbygdsperspektivet alltid vägas in. Vården ska organiseras för att så långt som möjligt minimera resor för patienten, förutsatt att det inte försämrar resultatet för patienten. Detta är särskilt viktigt inom den palliativa vården.

Planen utgår från de tio kriterier som har definierats för regionala cancercentra och konkreta målnivåer har definierats för dessa. Diagnosspecifika målnivåer finns i planen för de vårdprocesser som vid ingången av 2015 hade tillsatta regionala processledare. Dessa diagnosspecifika mål avser i hög utsträckning ledtider, samt specifika åtgärder inom utredning, behandling och rehabilitering, där de regionala processledarna och deras arbetsgrupper har bedömt att behovet av förbättringar är störst. Liksom i föregående plan är några målnivåer gemensamma för flera av diagnoserna och de områdena kvarstår som övergripande mål. Även cancerprevention och cancerrehabilitering lyfts som övergripande fokusområden i denna plan.

- Resurserna för *diagnostik* behöver förstärkas och optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostiken.
- Bedömning och planering på *multidisciplinära konferenser* (MDK) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter.
- Alla patienter ska erbjudas tillgång till en *kontaktsjuksköterska*, med tydligt definierat uppdrag. Där ingår bland annat att bevaka att patienten får en skriftlig individuell vårdplan, ”min vårdplan”.
- *God inrapportering i kvalitetsregister*, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.
- Förstärkning av den *palliativa vården* i regionen.
- *Onkologisk specialistkompetens* behöver finnas inom alla regionens landsting/region.
- Öka förutsättningarna för *tidig upptäckt*, genom att utveckla och optimera screeningverksamheten och tidig diagnos i akut- och primärvården. Standardiserade vårdförlopp ska införas för snabb utredning vid välgrundad misstanke om cancer och snabb behandlingsstart vid cancerdiagnos.
- Ökade insatser inom *cancerprevention*, för att minska risken för insjuknande i cancer.

- Alla patienter med cancer samt deras närstående ska erbjudas *cancerrehabilitering* utifrån individuella behov. Minderåriga barn med en vårdnadshavare som har cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information, råd och stöd.

Vården ska ha patientens fokus och präglas av att patienter och närstående involveras både i konkreta behandlingsbeslut och i vårdens utveckling, bland annat genom RCC Norrs patientråd och genom involvering i diagnosgrupperna.

Vårdens effektivitet och utveckling ska stödjas genom kunskap om den nya individanpassade cancer-vårdens effekter, nytta för patienten och kostnadseffektivitet. De nationella vårdprogrammen som utarbetats för olika cancerdiagnosområden ska fortlöpande uppdateras och vid behov ska regionala tillämpningar utarbetas. De standardiserade vårdförlopp som fastställs nationellt ska införas i regionen.

Cancerseminarier ska stödja forskning och utbildning. Interaktiva utbildningsmoduler ska skapas, som en plattform för grundläggande utbildning för personal som börjar arbeta med cancerpatienter.

Forskning och utveckling ska kännetecknas av hög kvalitet, tydlig klinisk förankring och patientnytta och genomföras i nära samverkan både inom regionen och med akademien. Kvalitetsregister, hälsodata-baser, biobanker och ett nätverk av kliniska forskningscentra ska utgöra starka plattformar. Patienter från hela regionen ska ges möjlighet att delta i kliniska studier. Kliniska data, färskfrusen vävnad samt blodprov ska insamlas från patienter i hela regionen.

Regionen ska delta aktivt i arbetet med nationell nivåstrukturerings av cancervården. De beslut som fattades 2013 avseende regional nivåstrukturerings gäller. En uppdaterad plan för nivåstrukturerings av cancervården i norra regionen ska fastställas under 2016 och vara fullt genomförd i slutet av 2018.

1 Prioriterade områden och mål

Denna plan bygger vidare på den regionala utvecklingsplanen för cancervården 2013-2015, som reviderades 2014. I bilaga 1 redovisas diagnosspecifika målnivåer. De mål som har definierats stödjer införande av standardiserade vårdförlopp och har i de flesta fall ett tydligt patientperspektiv. Målnivåerna avser i hög utsträckning ledtider, samt specifika åtgärder inom utredning, behandling och rehabilitering, där de regionala processledarna och deras arbetsgrupper har bedömt att behovet av förbättringar är störst. För ett antal områden har konkreta målnivåer definierats inom flera av diagnoserna. Dessa områden har i utarbetandet av denna plan lyfts som prioriterade av samtliga instanser och presenteras övergripande nedan. För detaljer se bilaga 1 samt bilagorna 2 A-U för de olika diagnoserna/områdena.

1.1 Förstärkt diagnostik

Resurserna för diagnostik behöver förstärkas och optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostiken. Väntan på diagnosbesked är en av de faktorer som upplevs psykosocialt svårast för patienten. För vissa diagnoser kan en tidig behandlingsstart även ha betydelse för det medicinska resultatet. Införandet av standardiserade vårdförlopp medför ökade krav på korta ledtider.

För de flesta cancersjukdomar krävs utredning som omfattar både *bild- och funktionsmedicin* och *patologi*, för att ställa en säker diagnos och kunna påbörja en optimal behandling. Ofta behövs även diagnostiska utredningar under behandlingstiden, för att följa effekten och ta ställning till fortsatt behandling. Inom både patologi bild- och funktionsmedicin sker en snabb utveckling och efterfrågan på undersökningar ökar, samtidigt som det råder brist på specialister både regionalt och nationellt. De resurser som finns måste utnyttjas optimalt och åtgärder för att stärka bemanningen i regionen vidtas. Inom patologin pågår ett regionalt samverkansprojekt med detta syfte och regionen deltar i ett nationellt projekt för utveckling och samverkan inom digital patologi. Ett liknande projekt startar hösten 2015 för bild- och funktionsmedicin. Behov finns inom båda specialiteterna av ökad regional planering och samverkan, fler ST-block, ökade handledarinsatser, bättre forskningsmöjligheter och utlandsrekrytering som möjligheter till förstärkning. Även för flera diagnostiska metoder som är specifika för vissa cancerdiagnoser, såsom *koloskopi* för tarmcancer, finns behov av förstärkning. Förutom utredningar vid misstanke om cancer medför den pågående tarmcancerscreeningstudien ett ökat behov av koloskopiundersökningar.

Tillgången till utrustning för diagnostik behöver förstärkas i regionen inom flera områden. Bland annat finns en kapacitetsbrist avseende undersökningar med MR, magnetresonanskamera. Efterfrågan ökar på undersökningar med PET-CT, Positronemissionstomografi-Datortomografi, en medicinsk avbildningsteknik som bygger på användning av radioaktiva isotoper. I regionen finns PET-CT-utrustning på Norrlands universitetssjukhus, Nus. Under tidsperioden för denna plan bedöms tillgången till PET-CT-utrustning behöva ses över för att möta en starkt ökande efterfrågan både i antal och olika former av PET-CT-utredningar. Den vanligast använda radioaktiva substansen innehåller fluor-18, men för vissa cancerdiagnoser finns behov att använda även andra isotoper, som i dagsläget inte erbjuds i regionen.

Ett område under stark utveckling i takt med att det kommer allt fler målinriktade behandlingar mot specifika tumörtyper är *molekylärgenetisk testning*. Det har avgörande betydelse för den individuella behandlingen av ett antal cancerdiagnoser och förutspås öka kraftigt under kommande år. Idag sker testningen oftast för vissa specifika gener, men metoder där hela genomet för tumören typas finns på några ställen i landet och förutspås bli alltmer använda.

Det övergripande målet för en förstärkt diagnostik i regionen är att tillgången ska svara mot behoven, så att patienterna får de utredningar som definieras i bland annat nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp. Korrekta svar från utredningarna ska ges med korta ledtider.

1.2 Multidisciplinära konferenser

Bedömning och planering på multidisciplinära konferenser MDK (även kallade multidisciplinära terapikonferenser, MDT, eller multidisciplinära ronder, MDR), av samtliga eller definierade grupper av patienter, är viktigt för att ge patienterna adekvat och jämlik vård utifrån individuella behov. MDK medför att rätt undersökningar utförs på patienten och att den behandling som patienten får blir optimal utifrån rådande kunskap. De beslut om behandlingsrekommendationer till den enskilda patienten som tas vid en MDK baseras på en samlad bedömning från de specialiteter som är involverade i patientens utredning och behandling. I de standardiserade vårdförloppen specificeras vilka specialiteter som ska delta vid MDK, men ofta deltar onkologer, kirurger, radiologer/ nuklearmedicinare, patologer och kontaktsjuksköterskor.

Den ökade efterfrågan på MDK förutsätter att logistiken kring både befintliga och tillkommande konferenser fortlöpande optimeras, för att möjliggöra deltagande för kompetenser där tillgången är mindre än behoven, såsom patologer, radiologer/nuklearmedicinare, onkologer med flera.

Beroende på diagnos och behandlingskomplexitet kan MDK ske inom respektive landsting eller regionalt, där de svåraste fallen bör diskuteras vid regionala MDK. För diagnoser där vissa åtgärder nationellt nivåstruktureras till färre platser än inom varje region är nationella MDK aktuella. Tillräcklig kapacitet i regionens it-bryggor är en förutsättning för att möjliggöra regionala MDK, och ytterligare it-satsningar krävs för modernisering av utrustning på vissa sjukhus och för att länsdels-sjukhusen ska kunna delta.

Det övergripande målet är att samtliga eller definierade grupper av patienter ska diskuteras på MDK. Inom flera diagnoser, som omfattar kirurgisk behandling, ska patienten tas upp på MDK både före och efter operation, se bilaga 1 för detaljer.

1.3 Kontaktsjuksköterskor

Kontaktsjuksköterskan har ett övergripande ansvar för patienten och närstående under hela vårdkedjan. I uppdraget ingår att ha särskild tillgänglighet, att informera om kommande steg i behandlingen, att ge stöd vid normala krisreaktioner och att förmedla kontakter med andra yrkesgrupper. Beroende på diagnos och behandling kan patienten ha flera olika kontaktsjuksköterskor under vårdförloppet, och då behövs aktiva överlämningar mellan kontaktsjuksköterskorna. Kontaktsjuksköterskor efterfrågas av såväl patienter och närstående som vårdpersonal och är väsentliga för att säkerställa patientens trygghet och möjlighet att få snabb kontakt i vården. De ökar möjligheterna för patienten att klara mera egenvård. Vidare stödjer kontaktsjuksköterskor optimering av vårdkedjor, minskning av ledtider för planeringen av utredning och behandling och stärker patientens roll i vårdprocessen. En viktig uppgift är att bevaka att patienten erbjuds en skriftlig individuell vårdplan, ”min vårdplan”. Kontaktsjuksköterskor bedöms vara kostnadsbesparande, då de förebygger onödiga kontakter och fördröjning av vården och skapar trygghet för patienter och närstående. De standardiserade vårdförloppen slår fast att patienten ska tilldelas en kontaktsjuksköterska tidigt i vårdprocessen, senast i samband med beskedet om cancerdiagnosen.

Det övergripande målet är att alla cancerpatienter i regionen ska erbjudas tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska, som har ett tydligt definierat, skriftligt uppdrag. Eftersom ett av kontaktsjuksköterskans uppdrag är att bevaka att patienten får en skriftlig individuell vårdplan, innebär målet även att alla cancerpatienter ska erbjudas en sådan plan.

1.4 God inrapportering i kvalitetsregister

Kvalitetsregistren inom cancerområdet innehåller individbaserade uppgifter om diagnos, behandlingar och resultat. Allt fler register innehåller även patientrapporterade mått, som omfattar såväl medicinska resultat som patientens upplevelser. Ett fungerande register möjliggör uppföljning av vad som utförs i sjukvården och resultatet av det, för alla patienter inom ett diagnosspecifikt område. Det ger ett nödvändigt underlag för förbättringsarbete och även för forskning. För att data i kvalitetsregistren ska vara tillförlitliga och användbara krävs en god inrapportering i registren. Det innefattar både att alla patienter inkluderas i registret och att rapporteringen är korrekt och snabb. Då registreringen innebär ett manuellt arbete är det väsentligt att optimera rutinerna för inrapportering. Kontaktsjuksköterskor kan ges en viktig roll att rapportera vissa uppgifter i kvalitetsregister, för en jämn och god inrapportering av kliniska data. I vissa register kan registreringen helt eller delvis göras av administrativ personal. Två gånger per år rapporterar RCC Norr täckningsgrader i regionens cancerkvalitetsregister. Rapporteringen sker på kliniknivå för att ge optimalt underlag för förbättringar.

Det övergripande målet är att alla cancerpatienter i regionen snabbt och korrekt ska registreras i relevanta kvalitetsregister.

1.5 Förstärkt palliativ vård

Palliativ vård är ett specifikt kunskapsområde och ska vara en del av all vård, oberoende av var och av vem vården erbjuds. Detta är väsentligt då alla vårdformer möter obotligt sjuka och döende personer. Den palliativa vården i regionen behöver därför förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting/region och kommuner. En grundläggande webbutbildning i palliativ vård finns tillgänglig för all vårdpersonal i regionen som möter palliativa patienter. För patienter med komplexa symtom eller vars livssituation medför särskilda behov behövs tillgång till specialiserad palliativ vård. Den tillgången behöver förstärkas i regionen för jämlik vård. För att stärka den palliativa vården har ett regionalt palliativt kompetenscentrum etablerats inom ramen för RCC Norr. Dess verksamhet ska vidareutvecklas och utgöra ett stöd för hela regionen. Se bilaga 2 O för detaljer.

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

1.6 Onkologisk specialistkompetens i hela regionen

Den onkologiska vården blir alltmer komplex och subspecialiserad i takt med att nya läkemedel blir tillgängliga och kunskapen om genetiska förutsättningar för vissa behandlingar ökar. Även strålbehandling utvecklas mot alltmer specialiserade och individanpassade stråldoser. Onkologisk behandling ger ofta biverkningar, som behöver hanteras optimalt för att minimeras. För att regionens patienter ska få en god och jämlik vård behöver därför onkologisk specialistkompetens finnas inom alla regionens landsting. I regionen finns onkologiska kliniker i Umeå och Sundsvall, medan tillgången till egna onkologer i Norrbotten och Jämtland Härjedalen är mycket begränsad eller saknas helt. Att patienter från hela regionen diskuteras på MDK, där onkologer medverkar, bidrar till jämlik onkologisk bedömning och behandlingsbeslut för alla patienter i regionen. Tillgång till onkologisk kompetens behövs dock fortlöpande under behandlingstiden. I Sunderbyn och i Östersund står onkologkonsulter, framför allt från Nus och för Östersunds del i viss mån även från Sundsvall, för merparten av specialistkompetensen inom området. Dessa finns dock fysiskt tillgängliga bara vissa dagar i veckan.

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

1.7 Tidig upptäckt

Att upptäcka cancer i så tidigt stadium som möjligt är ofta avgörande för vilken behandling som kan ges och för resultatet av behandlingen. För cancer i bröst och livmoderhals finns screeningprogram, och dessa behöver fortlöpande utvecklas och optimeras för att nå ett högt deltagande från berörda befolkningsgrupper och effektivt utnyttjande av världens resurser. En nationell studie pågår för tjocktarmcancerscreening, som ett steg i införandet av allmän screening för tjocktarmscancer. För prostatacancer rekommenderar inte Socialstyrelsen allmän screening, men många män utan symtom på prostatacancer tar PSA-prov i screeningsyfte och bra rutiner behövs för information kring detta.

RCC Norr arbetar för att identifiera högriskgrupper som behöver omfattas av särskilda screeningprogram. Cancergenetiska mottagningen erbjuder utredning och uppföljning för personer med ökad risk för ärftlig cancer, för tidig upptäckt.

Att akut- och primärvården har god förmåga att diagnostisera cancersjukdomar utan fördröjning är väsentligt och förutsätter både god kunskap om kardinal- och alarmsymtom och välfungerande rutiner för utredningar. De standardiserade vårdförloppen, som införs nationellt för att minska väntetiderna och öka kvaliteten i cancervården, baseras på en snabb utredning vid välgrundad misstanke om cancer och att en cancerdiagnos medför att en snabb behandlingsstart.

Det övergripande målet är att cancer ska upptäckas så tidigt som möjligt. Utredningar vid cancermisstanke ska ske utan fördröjning och möjliggöra en snabb start av första behandling.

1.8 Cancerprevention

Förebyggande insatser är viktiga för att minska förekomsten av cancer. En tredjedel av all cancer skulle kunna undvikas genom ändrade levnadsvanor. Rökning har en stark koppling till lungcancer, men också till flera andra cancerformer. Alkohol, ohälsosam kost, stillasittande, övervikt och solande ökar risken för cancer. Det finns även miljöfaktorer, som strålning och luftföroreningar, som bidrar till ökad cancerrisk.

Befolkningsinriktade preventionsstrategierna är särskilt viktiga för allvarliga och svårbotbara sjukdomar som cancer. Preventionsinsatser kan bestå både av allmänna hälsofrämjande åtgärder, riktade till hela eller delar av befolkningen, och strategier som riktas mot grupper med högre risk att utveckla en viss sjukdom.

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

1.9 Cancerrehabilitering

Syftet med cancerrehabilitering är att lindra symtom av sjukdom och behandling, underlätta tillvaron och återgång till ett fungerande dagligt liv för patienter med cancer och deras närstående. Det omfattar såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov och sträcker sig över hela patientens vårdprocess. Cancerrehabiliteringen ska utgå från en strukturerad bedömning av individuella behov och dokumenterad planering av åtgärder. Alla patienter med cancer samt deras närstående ska få information om och erbjudas grundläggande cancerrehabilitering. Vid behov över grundläggande nivå ska kontakt med rehabiliteringsprofession erbjudas, för vidare utredning och åtgärder. Minderåriga barn med en vårdnadshavare som har cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information, råd och stöd.

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

2 Regional utvecklingsplan för 2016-2018

Planen utgår från de tio kriterier som Socialdepartementet har definierat för regionala cancercentra. För respektive kriterium redovisas regionens övergripande strategi och mål, samt hur det regionövergripande arbetet är organiserat. Konkreta målnivåer för respektive diagnos eller område redovisas i bilaga 1, där såväl nuläge som tidpunkt för målpåfyllelse finns tabellerade.

2.1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer

Prioriterade områden, se avsnitt 1.7 och 1.8.

Europakommissionen har tagit initiativ till att ta fram ”The European Code Against Cancer”, som syftar till att informera människor om vad de kan göra för att minska risken för att de själva eller deras familjer drabbas av cancer. Rekommendationerna, som formulerats av cancerspecialister, forskare och andra experter från ett stort antal EU-länder, baserar sig på aktuell vetenskaplig evidens. Man uppskattar att nästan hälften av alla dödsfall i cancer i Europa skulle kunna undvikas om alla följde rekommendationerna, som omfattar 12 punkter:

1. Rök inte. Använd inte någon form av tobak.
2. Rök inte i ditt hem. Stöd åtgärder för en rökfri arbetsplats.
3. Se till att ha en hälsosam kroppsvikt.
4. Var fysiskt aktiv varje dag. Begränsa den tid då du sitter.
5. Ät en hälsosam kost:
 - ät mycket fullkorn, baljväxter, grönsaker och frukt
 - begränsa intaget av kaloririk mat (mat som innehåller mycket socker eller fett) och undvik söta drycker
 - undvik processat kött, begränsa intaget av rött kött och mat med hög salthalt.
6. Om du dricker alkohol av något slag, begränsa ditt intag. Att inte alls dricka alkohol är bättre med avseende på cancerprevention.
7. Undvik för mycket sol, särskilt för barn. Använd solskyddsmedel. Sola inte i solarium.
8. Skydda dig mot cancerframkallande ämnen på arbetsplatsen genom att följa hälso- och säkerhetsföreskrifter.
9. Ta reda på om du utsätts för höga radonhalter i ditt hem. Vidta åtgärder för att minska höga radonnivåer.
10. För kvinnor:
 - Amning minskar mammans cancerrisk, så amma om du kan.
 - Begränsa hormonbehandling för klimakteriebesvär, då sådan behandling ökar risken för vissa cancerformer.
11. Se till att dina barn deltar i vaccinationsprogram för:
 - hepatit B (för nyfödda) ¹
 - humant papillomvirus (HPV) (för flickor ²)
12. Ta del av organiserade screeningprogram för
 - tarmcancer (män och kvinnor) ³
 - bröstcancer (kvinnor)
 - livmoderhalscancer (kvinnor)

Källa: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/> (översättning RCC Norr)

¹ Det finns inget nationellt vaccinationsprogram mot hepatit B i Sverige.

² Vaccinationsprogram för HPV omfattar idag endast flickor, men debatt pågår om att även erbjuda HPV-vaccination för pojkar.

³ Nationellt finns ännu inget screeningprogram för tarmcancer, men en nationell studie pågår sedan 2014, som ett steg i införandet av allmän screening.

Norrlandstingen har en gemensam arbetsgrupp för folkhälsoarbete och förbundsregionen har fastslagit ett regionalt folkhälsopolitiskt program för 2015-19. Cancerprevention är ett av fyra prioriterade områden i programmet, som har ett fokus på hälsosamma levnadsvanor. Att minska rökning, alkoholkonsumtion och övervikt och öka den fysiska aktiviteten hos befolkningen är övergripande mål. I den regionala utvecklingsplanen för cancerprevention, som utarbetats av RCC Norrs processledare för cancerprevention tillsammans med den regionala folkhälsogruppen, lyfts även sunda solvanor och sexuell hälsa som prioriterade områden, där konkreta målnivåer har definierats (se bilaga 2 D).

Regionen har ett nätverk för tobaksprevention, som bedriver ett aktivt arbete, och ett nätverk för alkoholprevention har bildats. Det pågår ett aktivt arbete med förskrivning och uppföljning av fysisk aktivitet på recept. Säkrare sex och god vaccinationstäckning 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.

RCC Norr har arbetsgrupper för tidig upptäckt/screening av cancer i bröst och livmoderhals, med fokus på att utveckla och optimera mammografi och livmoderhals-(cervix-)cancerprevention. Landstingen i Norrbotten och Västerbotten samt Region Jämtland Härjedalen deltar i den pågående nationella tjocktarmscancerscreeningstudien. RCC Norr ger bland annat ekonomiskt bidrag till den studien och till utbildning av koloskopisjuksköterskor i samtliga län i regionen, samt bistår med resurser för logistik kring studiens genomförande. I Västernorrland införs allmän tjocktarmscancerscreening genom test av blod i avföring. Screening för tjocktarmscancer ingår i Socialstyrelsens nya screeningrekommendationer och den nationella tjocktarmscancerscreeningstudien är ett steg i införandet av allmän screening för tjocktarmscancer. En fortsatt förstärkning av regionens koloskopiresurser behövs för att möta det ökade behov av koloskopier som screeningen medför.

RCC Norr ska identifiera högriskgrupper som behöver omfattas av särskilda screeningsprogram. Cancergenetiska mottagningen erbjuder utredning och uppföljning för personer med ökad risk för ärftlig cancer, för tidig upptäckt.

Ett nationellt arbete pågår för att minska väntetiderna och öka kvaliteten i cancervården. Väntetidssatsningen fokuserar på att minska tiden från välgrundad misstanke för cancer till start av första behandling. Standardiserade vårdförlopp, SVF, som definierar kriterier för välgrundad misstanke för cancer, utredningsförlopp och behandlingsstart, utarbetas fortlöpande för de olika cancerdiagnoserna. Landets samtliga regioner och landsting har genom överenskommelser med staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) förbundit sig att arbeta i enlighet med de standardiserade vårdförloppen. Regionens process avseende ”vägen in till cancervården” fokuserar främst på införandet av standardiserade vårdförlopp, se bilaga 2 T.

2.2. Vårdprocesser

RCC Norr ska leda och samordna regionens arbete med att förbättra vårdprocesserna inom cancervården. Vårdprocesser är alla delar i vårdkedjan, från förebyggande behandling till palliativ vård. RCC Norr har processledare för olika diagnosområden, samt för ett antal diagnosöverskridande områden, se <http://www.cancercentrum.se/norr/om-oss/organisation/processledare/>. För dessa områden finns multiprofessionella processarbetsgrupper, med representation från alla regionens landsting. Tillsammans med de regionala processarbetsgrupperna kartlägger processledarna vårdprocesserna inom sina respektive ansvarsområden. De identifierar brister och effektiviseringsmöjligheter, analyserar data från kvalitetsregister och öppna jämförelser och tar fram underlag för systematiskt förbättringsarbete. Processledarna och deras regionala processarbetsgrupper föreslår och förankrar målnivåer samt följer upp dem. I utvecklingsarbetet ska patientens behov vara i fokus och utgångspunkten vara att varje steg i vårdprocessen ska tillföra ett värde för patienten. Patient- och närstånderepresentanter involveras i processarbetet.

Identifierade gemensamma behov för vårdprocesserna

Med undantag för processen avseende cancerläkemedel har samtliga processledare som var tillsatta i juni 2015 definierat målnivåer för sina respektive processer. Vårdprocessernas diagnosspecifika mål avser i hög utsträckning ledtider, samt specifika åtgärder inom utredning eller behandling. Målnivåer har definierats där resultaten i norra regionen idag är sämre än riksgenomsnittet, eller av andra skäl bedöms som särskilt viktiga att förbättra. Målnivåerna redovisas i detalj i bilaga 1, och beskrivs och analyseras i respektive processledares rapport, som finns i bilagorna 2 A-U. Några behov har identifierats som viktiga inom flera processer:

- **Förstärkt diagnostik**
Prioriterat område, se avsnitt 1.1.
- **Multidisciplinära konferenser (MDK)**
Prioriterat område, se avsnitt 1.2.
- **Kontaktsjuksköterskor**
Prioriterat område, se avsnitt 1.3.
- **Standardisering och samordning av remissrutiner**
Ofullständiga uppgifter i remisser och tidsfördröjningar vid den administrativa hanteringen av remisser och remissvar orsakar både förlängda väntetider och patientsäkerhetsrisker. Remissrutiner behöver ses över både inom landstingen och över landstingsgränserna i regionen, för att skapa bättre arbetsformer och stödja införandet av standardiserade vårdförlopp.
- **Ordnat införande av cancerläkemedel**
För att uppnå en jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av nya läkemedel i hela landet samarbetar alla landsting och regioner, flera myndigheter och läkemedelsföretagen i en gemensam process för införande av nya läkemedel. En nationell arbetsgrupp för cancerläkemedel (NAC) har tillsatts, som stöd för det nationella arbetet med nya läkemedelsterapier. Norra regionens representant i NAC är även processledare för cancerläkemedel i regionen. I det uppdraget ingår att medverka till att införandeprocessen för läkemedel mot tumörsjukdomar i regionen kvalitetssäkras, genom förankring hos aktuella vårdgivare och kommunikation med de regionala processledare vars områden berörs av aktuella läkemedel. Processledaren för cancerläkemedel ingår i det regionala läkemedelsrådets arbetsutskott för regionalt införande av nya läkemedel (ARIL), som är det forum som tar ställning till nya läkemedelsbehandlingar och föreslår hur introduktion och uppföljning ska gå till i regionen. Beslutsunderlagen för regional introduktion av nya cancerläkemedel utarbetas med stöd från regionala chefsamråd och RCC Norrs berörda processarbetsgrupper. Landstingsdirektörerna tar ställning till förslagen. Om landstingens ställningstagande inte överensstämmer med ARIL:s rekommendation utreder ARIL orsakerna till detta och utredningen lämnas till Norrlandstingens regionförbunds beredningsgrupp för vidare hantering.
- **Bättre it-system**
Bättre it-system lyfts som väsentliga för att optimera och effektivisera vården. För att öka patientsäkerheten och minska tiden för administration behövs it-lösningar som möjliggör
 - att lätt få överblick och följa patientens process(er) genom vården
 - ensad dokumentation inom och mellan olika organisatoriska enheter i vården
 - åtkomst till data över landstingsgränserna
 - direktöverföring av data, bland annat mellan journal och kvalitetsregister
 - system som stöder ett multidisciplinärt arbetssätt
 - bättre möjligheter att kunna följa ledtiderna inom olika diagnoserRegionens representanter ska i alla tillämpliga forum på nationell, regional och lokal nivå verka för en utveckling mot bättre it-system.

- **Fortsatt utveckling av telemedicin**

Med regionens långa avstånd är telemedicin viktig för jämlik tillgång till vård. Metoder för såväl diagnostik som behandling på distans är under snabb utveckling och regionen ska använda dessa arbetssätt.

Såväl kortare väntetider för patologisvar och annan diagnostik, bedömning och planering på MDK och tillgången till kontaktsjuksköterska ger förutsättningar för kortare ledtider och är centrala för att möjliggöra införandet av standardiserade vårdförlopp. Erfarenheter från bland annat Danmark tyder på att kortare ledtider bidrar till ökad överlevnad för cancerpatienter, förutom att det är positivt ur ett psykosocialt perspektiv.

2.3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård

2.3.1. Psykosocialt stöd och rehabilitering

Prioriterat område, se avsnitt 1.9.

Patienter och närstående ska oavsett diagnos och bostadsort erbjudas cancerrehabilitering. Cancerrehabilitering är ett paraplybegrepp med syftet att lindra symptom av sjukdom och behandling, underlätta tillvaron och återgång till ett fungerande dagligt liv för patienten och närstående. Det omfattar såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov. Cancerrehabilitering innebär ett multi-professionellt arbetssätt, där sjukvårdsprofessionen samverkar med rehabiliteringsprofessioner. Den ska utgå från en strukturerad bedömning av individuella behov och dokumenterad planering av åtgärder. Det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering som fastställdes under 2014 ska implementeras i regionen. I de standardiserade vårdförloppen för cancervården ingår att patienterna ska ges grundläggande psykosocialt stöd och vid behov erbjudas specialiserade cancerrehabiliterande insatser.

RCC:s processledare för cancerrehabilitering leder en regional arbetsgrupp inom området. Sammansättningen av gruppen är under översyn. För att bättre stödja implementeringen av det nationella vårdprogrammet i regionen och nå målen i den regionala utvecklingsplanen avses gruppen utökas till en regional multidisciplinär samrådsgrupp av nätverkskaraktär. Samrådsgruppen ska omfatta representanter från norra regionens samtliga landsting, men även från andra viktiga aktörer inom området. Gruppens representanter har i uppdrag att delta i det regionala utvecklingsarbetet och förankra och implementera resultatet av det i den egna organisationen. Arbetsgruppen samarbetar med diagnosprocessledarna kring regionövergripande rutiner gällande cancerrehabilitering, anpassade för respektive diagnosgrupp där det finns diagnosspecifika behov. Ett fördjupat pilotarbete har genomförts inom gyncancerprocessen under 2014-2015. Erfarenheterna från det projektet är i många delar tillämpbara även för andra diagnosområden. Arbetet har bland annat fokuserat på kontaktsjuksköterskans roll i cancerrehabiliteringsprocessen och praktiska rutiner kring att erbjuda patienten en skriftlig individuell vårdplan, ”min vårdplan”, som omfattar cancerrehabilitering.

Hösten 2014 genomfördes en enkätkartläggning av behov och erbjudande om cancerrehabilitering bland cancerpatienter i norra regionen. Resultatet av den enkäten ligger till grund för flera av målnivåerna inom området. För detaljerad beskrivning av området och målnivåerna, se bilaga 2 E.

2.3.2. Palliativ vård

Prioriterat område, se avsnitt 1.5.

Palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom regionen som behöver det, oavsett bostadsort, vårdform och diagnos. Arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna och det vårdprogrammet för palliativ vård i regionen ska fortsätta.

I regionen är ca 1800 cancerpatienter per år i behov av palliativ vård. En kartläggning av den palliativa vården i regionen under RCC Norrs inledande arbete identifierade bland annat ett stort behov av breddutbildning i palliativ vård för personal inom både landsting och kommuner. En webb-baserad utbildning i grundläggande palliativ vård, riktad till all personal som möter palliativa patienter, har utarbetats och bekostats av RCC Norr. Den finns tillgänglig att använda sedan hösten 2014. Alla blivande kliniska specialister ska enligt Socialstyrelsens målbeskrivningar ha en dokumenterad kompetens i palliativ vård i livets slutskede och webb-utbildningen ingår från 2016 i regionens ST-utbildningar.

För att stärka den palliativa vården har ett regionalt palliativt kompetenscentrum etablerats inom ramen för RCC Norr och en projektkoordinator tillsattes i januari 2015. Organisationen för kompetenscentrumet och RCC Norrs process för palliativ vård är under översyn hösten 2015, till följd av personella förändringar.

För detaljerad beskrivning och målnivåer för palliativ vård, se bilaga 2 O.

2.4. Patientens ställning i cancervården

Vården ska ha patientens fokus och präglas av att patienter och närstående ges individanpassad information och involveras i konkreta behandlingsbeslut. Patienter och närstående ska involveras i arbetet med att utveckla vårdprocesserna och öka säkerheten i vården. Patient- och närståenderepresentanter knyts till samtliga processledares arbetsgrupper, för att aktivt tillvarata patienternas och närståendes erfarenheter under hela vårdprocessarbetet.

Nationellt pågår arbete för att möjliggöra interaktiv/digital patientutvärdering och patientrapporterade resultatmätt (PROM) inkluderas i alltfler kvalitetsregister. Införandet av PROM ingår i SKL:s certifieringskriterier för kvalitetsregister. RCC Norr bidrar till detta arbete via regionens registerhållare och registeransvariga inom RCC Norr. Arbete pågår inom samtliga cancerkvalitetsregister. Utveckling av en teknisk lösning för att underlätta samordningen mellan enkätdata och kvalitetsregisterdata kring patientenkäter pågår. Pilotstudier kring att inkludera patientrapporterade erfarenhetsmätt (PREM) i kvalitetsregister pågår nationellt. Inom ramen för standardiserade vårdförlopp utarbetas en nationell patientenkät för att mäta patienternas upplevelser av vårdförloppen, och RCC Norr deltar i det arbetet.

Att alla cancerpatienter erbjuds en kontaktsjuksköterska senast i samband med diagnos är viktigt för att öka tryggheten för patienter och närstående och för att stärka patientens ställning i cancervården (*prioriterat område, se avsnitt 1.3.*). RCC Norr har en samordnande kontaktsjuksköterska, med uppgift bland annat att hålla i ett nätverk för kontaktsjuksköterskor inom cancerområdet i regionen, för erfarenhetsutbyte och fortbildning.

En viktig uppgift för kontaktsjuksköterskorna i cancervården är att bevaka att en individuell vårdplan upprättas och fortlöpande uppdateras och revideras under patientens vårdprocess. Den individuella vårdplanen, ”min vårdplan”, är patientens dokument, som ska utformas för och med patienten. ”Min vårdplan” ska under perioden för denna regionala utvecklingsplan införas inom samtliga cancerdiagnoser, med det långsiktiga målet att varje cancerpatient ska ha en aktuell och uppdaterad individuell vårdplan.

RCC Norrs patientråd lyfter viktiga patient- och närståendefrågor för utredning inom ramen för RCC:s uppdrag och är ett rådgivande organ till det regionala chefsrådet för cancervården. Patientrådet deltar bland annat i utarbetande av skriftlig patientinformation, medverkar i regionala cancerdagar och planerar innehållet i de patientföreträdarutbildningar som RCC Norr anordnar. Patientrådet skriver årligen en rapport med förslag till vad de tycker att RCC Norr ska beakta i sitt förbättringsarbete, se <http://www.cancercentrum.se/globalassets/patient-och-narstaende/norr/patientradet/patientradets-verksamhetsberattelse-2014.pdf>. Individuella vårdplaner för alla cancerpatienter, cancerrehabilitering,

utvecklad patientdelaktighet, bemötandefrågor och att minska fördomar kring cancer är områden som patientrådet prioriterar. Två ledamöter från patientrådet ingår i RCC Norrs styrgrupp.

Patientnämnderna i regionen följer ärenden där patienter har tagit kontakt i frågor som är relaterade till cancer och rapporterar sina iakttagelser till RCC Norr, som underlag till förbättringsarbete.

RCC Norrs styrgrupp beslutade hösten 2013 om regiongemensamma rutiner kring second opinion. Dessa ska implementeras i regionen.

2.5. Utbildning och kompetensförsörjning

Adekvat bemanning och kompetens inom alla personalkategorier är en förutsättning för god vård inom cancerområdet, oavsett vårdnivå. Medarbetarna behöver kontinuerligt fortbildning, så att forskningsrön och förändringar inom vårdprogrammen snabbt förmedlas till den kliniska vardagen.

Bemanningsläget i norra regionen

I december 2014 fastställdes en regional kompetensförsörjningsplan för cancervården i norra regionen. <http://www.cancercentrum.se/globalassets/varaupdrag/kompetensforsorjning/kompetensforsorjningsplan-norra-regionen-2014-2018.pdf> Planen omfattar en kartläggning av då aktuell bemanning inom flera vanliga cancerformer. Den visar att cancervården i regionen redan har eller inom kort kommer att stå inför påtagliga kompetensförsörjningsproblem. Lösningar för att möta behoven behöver säkras på flera nivåer och flera insatser behöver göras samtidigt för att klara framtida kompetensförsörjning.

Rekrytering och utbildning av nyckelkompetenser är absolut nödvändigt och krävs även om andra åtgärder genomförs. Fortsatt nivåstrukturering och utökat samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukhusvården ger resursvinster. Effektiviseringar är möjliga med nya verktyg och förändrade arbetssätt, som gör att man optimerar kompetensnyttjandet. Planen presenterar flera förslag kring detta.

I planen, som gäller fram till 2018, har förbundsdirektionen fastslagit fyra konkreta mål för arbetet med kompetensförsörjningen inom regionens cancervård:

- *Tillräckligt antal utbildningstjänster för specialistläkare*

I hela regionen finns en uttalad brist inom de övergripande specialiteterna bild- och funktionsmedicin, patologi och onkologi, och fler ST-block behövs inom dessa områden. Därutöver finns brister inom flera specialiteter, bland annat urologi, lungmedicin och palliativ medicin. Varje landsting och specialitet inom regionen behöver fortlöpande anställa ST-läkare där behov finns eller kan förutses uppstå under de närmaste åren.

- *Ökade incitament för utbildning till specialistsjuksköterska*

Specialistsjuksköterskan ger möjlighet till ökad kvalitet och optimerat kompetensnyttjande. Löne- och anställningsvillkoren efter genomförd utbildning bör ses över för att stimulera utbildning till specialist-sjuksköterska och villkoren bör vara likvärdiga i regionen.

- *Genomföra ändrade arbetssätt för optimerat kompetensnyttjande*

De regionala processarbetsgrupperna genomförde hösten 2014 en detaljerad kartläggning av de olika stegen i vårdprocesserna och identifierade innovativa arbetssätt som kan öka effektivitet och kvalitet. <http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/varprocesser/norr/rapport-fran-processkartlaggning-norra-regionen-2014.docx> Kompetensförsörjning och optimerat kompetensnyttjande identifierades som avgörande faktorer för välfungerande vårdprocesser. Behov av höjd kompetens genom utbildning och fortbildning finns inom många områden, och inom flera specialiteter finns ett akut behov av rekrytering. Rätt använd kompetens är nödvändigt. Många sjuksköterskor gör idag vissa arbetsuppgifter som undersköterskor kan göra. Vissa arbetsuppgifter som läkare gör, som

registrering i kvalitetsregister, kan helt eller delvis göras av andra personalkategorier. Bristande koordinering av de olika stegen i patientens flöde genom vården är ett problem inom många diagnoser och behov av koordinatörer för bättre samordning har påtalats. Denna funktion ska införas som en del av de standardiserade vårdförloppen. Vårdens arbetssätt behöver förändras för optimerat kompetensnyttjande, och rent administrativa arbetsuppgifter bör inte ligga på vårdpersonal. Rapporten baserad på kartläggningarna utgör en idébank för det utvecklingsarbete på verksamhetsnivå som behöver bedrivas för att optimera kompetensnyttjandet genom hela vårdprocesserna.

- *Högre akademisk nivå*

Forskningen är central för utvecklingen av sjukvården och möjligheten för personal att forska gynnar både rekrytering och möjligheten att behålla befintlig personal. FoU-mål behöver ingå i verksamhetsplanen för varje område/klinik. För regionens cancervård är målnivån för andelen forskarutbildade läkare 20 % för länssjukvårdens kliniker och minst 50 % för regionsjukhusets kliniker.

Respektive landsting har utarbetat handlingsplaner för hur de ska arbeta för att nå dessa mål. En årlig avstämning av dessa rapporter till förbundsdirektionen.

Onkologisk kompetens i regionen

Prioriterat område, se avsnitt 1.6.

Kontaktsjuksköterskor

Prioriterat område, se avsnitt 1.3.

En utbildning för kontaktsjuksköterskor i cancervården på 7,5 högskolepoäng startar vårterminen 2016 vid Umeå universitet (UmU). Utbildningen är en uppdragsutbildning, som utvecklats i samarbete mellan RCC Norr och UmU. RCC Norr står för utvecklingskostnaderna och kursavgifterna för de 30 kursplatser som erbjuds regionens landsting i den första kursomgången.

Breddutbildning

För att tillgodose en bred och interaktiv basutbildning om cancersjukdomar planeras fortsatt arbete med att skapa vissa interaktiva utbildningsmoduler, som en plattform för grundläggande utbildning för alla som börjar arbeta med cancerpatienter. RCC Norr organiserar tillsammans med UmU en cancerseminarieserie, för att sprida kunskap om aktuell forskning och höja kompetensen i regionen. Seminarserien sänds via videolänk, som möjliggör deltagande från hela regionen, samt publiceras på <http://www.cancercentrum.se/norr/om-oss/utbildning/cancerseminarieserien/>. All personal som möter palliativa patienter ska enligt beslut i regionens landsting genomföra webb-utbildningen i palliativ vård (*prioriterat område, se avsnitt 1.5. samt avsnitt 2.3.2.*)

RCC Norrs hemsida är en viktig bas för informations- och kunskapsspridning till regionens medarbetare inom cancervården. En ny hemsida lanserades under hösten 2015 och den är fortlöpande under vidareutveckling och uppdatering.

2.6. Kunskapsstyrning

Basen för kunskapsstyrning inom sjukvården är klinisk forskning, med fokus på diagnostik och behandling, samt väl fungerande kvalitetsregister som möjliggör uppföljning och ger underlag för systematiskt förbättringsarbete. Syftet är att skapa effektiva vårdprocesser för en god och likvärdig vård. Genom att på ett systematiskt sätt samordna arbetet i regionen ger RCC Norr en fast struktur till det regionala stödet för kunskapsstyrning.

Utveckling och handläggning av kvalitetsregister, samt statistisk uppföljning av data ur registren, utgör en väsentlig del av RCC Norrs verksamhet. Varje landsting och klinik är ansvariga för en god och effektiv inrapportering till kvalitetsregistren för sina respektive diagnoser, då detta är basen för att kunna dra slutsatser (*prioriterat område, se avsnitt 1.4.*). RCC Norr bidrar med handledning och

utbildning av inrapportörer. RCC Norrs statistiker gör uttag enligt önskemål ur kvalitetsregistren, som stöd för kunskapsstyrning, förbättringsarbete och forskning. De tar även regelbundet fram rapporter över täckningsgrader och målnivåer. Processledarna och deras regionala arbetsgrupper stödjer linjeorganisationens arbete, genom att föreslå hur förbättringar kan genomföras och genom att följa upp målnivåer med upprepade öppna jämförelser. Landstingen är ansvariga för att målnivåerna uppnås inom den egna organisationen och beslutar själva hur de gör det, genom att organisera vården utifrån de egna förutsättningarna.

Kvalitetsregistren behöver fortlöpande utvecklas för att möta sjukvårdens snabba utveckling och ge optimal återkoppling till vården. För att optimera detta arbete har landets regionala cancercentrum en gemensam nationell systemutvecklarorganisation, 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, där RCC Norr samarbetar med Registercentrum Norr i ett gemensamt systemutvecklarteam.

RCC Norr deltar aktivt i det nationella vårdprogramarbetet. Till varje nationell vårdprogramgrupp utser chefen för RCC Norr en representant från norra regionen. Representanten är ofta den regionala processledaren inom området, alternativt en annan specialist inom det aktuella området. I de regionala processledarnas uppdrag ingår att tillsammans med sina regionala processarbetsgrupper stödja implementeringen av de nationella vårdprogrammen, samt att göra en skriftlig konsekvensbeskrivning för regionen när ett vårdprogram går ut på remiss i landstingens linjeorganisationer. Regionala vårdprogram ska enligt beslut i RCC Norrs styrgrupp inte finnas när det finns ett nationellt vårdprogram för ett område. Till ett nationellt vårdprogram kan vid behov regionala tillämpningar utarbetas, ett ansvar som åligger den berörda regionala processarbetsgruppen. Regionala tillämpningar utgör appendix till de nationella vårdprogrammen och klargöra organisatoriska tillämpningar i regionen 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 regionen. Därefter inarbetas dessa i det praktiska arbetet i regionen, via linjeorganisationerna och de regionala processarbetsgrupperna. Förändringar som behöver göras i regionen för att nå mål i vårdprogrammen tas in i den regionala utvecklingsplanen, för implementering i respektive landsting.

Standardiserade vårdförlopp utarbetas som appendix till nationella vårdprogram. För både vårdprogram och standardiserade vårdförlopp görs en årlig översyn och vid behov en revidering. Vid större revisioner, som har organisatoriska eller kostnadsmissiga effekter, skickas det reviderade vårdprogrammet ånyo på remiss till landstingens linjeorganisationer.

2.7. Klinisk forskning och innovation

RCC har ett uppdrag att verka för ökad forskning och innovation inom cancerområdet. Norra regionen har etablerade strukturer inom båda områdena, vid universiteten, inom sjukvård, näringsliv och olika innovationssystem. Det finns dock luckor i gränslanden mellan dessa aktörer som kan försvåra överföring av kunskap, förlänga tiden från idé till färdig produkt och utgöra hinder för utvärdering av nya metoder och läkemedel. RCC Norr har en roll att starta och driva aktiviteter och ge riktat stöd för verksamheter som stimulerar interaktion mellan de olika aktuella aktörerna. RCC Norr arbetar även för utökat nyttjande av registerdata, ökad och mer jämlik rekrytering i kliniska studier och förbättrade möjligheter att bedriva cancerforskning i hela regionen. I RCC Norrs plan för att stärka klinisk forskning och innovationer beskrivs arbetet inom detta område i detalj, http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/forskning/norr/plan-for-att-starka-klinisk-forskning-och-innovation-rcc-norr_2015-2018.pdf .

Fokus för RCC Norrs arbete inom området är

1. Stärka samverkan mellan forskare och kontaktytor mellan forskningsfält

2. Öka andelen patienter i kliniska studier
3. Regionövergripande/nationell infrastruktur för kliniska prövningar
4. Systematisk insamling av kliniska data, bilddata och färskfrusen vävnad
5. Nationell forskningsinfrastruktur genom utveckling av kvalitetsregister
6. Registerforskningsstödjande funktion

Innovation och forskning tjänar på interaktion mellan forskare och forskargrupper. Genom att skapa möjligheter för kontakter och förutsättningslösa samtal verkar RCC Norr för att stimulera både forskning och innovation i norra regionen. Detta sker bland annat genom den cancerforskningens dag, som årligen arrangeras av RCC Norr i samarbete med UmU, samt genom RCC Norrs cancerseminarieserie, där föreläsningar kan följas även via videolänk. Årligen görs en inventering av pågående cancerforskning i regionen, som publiceras på RCC Norrs hemsida.

Arbetet med forskning och forskarutbildning inom cancervården är kopplat till de befintliga organisationsstrukturerna för forskning i regionen, som nätverket Forum Norr för Klinisk forskning. Kliniska forskningscentra finns i Östersund, Sunderbyn, Umeå och Sundsvall för att möjliggöra deltagande i kliniska forskningsstudier även för patienter som bor långt från regionsjukhuset. För att på ett effektivt sätt sprida information om de studier som rekryterar patienter har en databas över kliniska studier utarbetats i norra regionen. Ett arbete pågår för att göra den nationell. Detta arbete leds från RCC Norr.

Möjligheterna till effektiv insamling av kliniska data, bilddata och färskfrusen vävnad samt blodprov från patienter i hela regionen har utretts och viss insamling har påbörjats. 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 landsting.

RCC Norrs forskningssamordnare samordnar RCC Norrs arbete för att stärka cancerforskning och innovation. Samordningen sker i projektform och RCC Norr bidrar med administrativt stöd för aktiviteter som pågår inom ramen för dessa projekt. RCC Norrs forskningsråd utgör bollplank för forskningssamordnaren, för att identifiera och specificera nya projekt och assistera vid eventuell utveckling. I forskningsrådet ingår FoU-cheferna, eller representanter dessa, från regionens landsting, samt verk samma representanter för olika forskningsfält, både kliniska och pre-kliniska. Rådets huvuduppgifter är att identifiera flaskhalsar för cancerforskningen i norra regionen, identifiera orsaker och utforma åtgärder för att avhjälpa dessa flaskhalsar, samt att utforma aktiviteter eller infrastruktur för att främja samarbete och translationell forskning i regionen. För det praktiska genomförandet av åtgärderna svarar forskningssamordnaren i samverkan med övriga RCC-organisationen.

RCC Norr stödjer registerforskningen i regionen genom att stötta forskande kliniker som vill använda kvalitetsregister för forskning och vårdutvecklingsprojekt med statistisk kompetens. Klinikerna kan fortlöpande ansöka om statistikerveckor.

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

2.8. Regionalt cancercentrum norrs ledning och struktur

RCC Norrs ledning och struktur beskrivs på hemsidan, se <http://www.cancercentrum.se/norr/om-oss/organisation/>.

2.9. Regional utvecklingsplan för cancervården

RCC Norrs första regionala utvecklingsplan för cancervården beslutades av förbundsdirektionen vid Norrlandstingens regionförbund att gälla från och med 15 mars 2013. Samtliga landsting hade då

utarbetat handlingsplaner för hur de utifrån sina egna förutsättningar skulle arbeta för att nå målen i den regionala utvecklingsplanen. Såväl utvecklingsplanen som landstingens handlingsplaner reviderades och utökades med fler diagnosområden 2014.

Denna plan för 2016-2018 bygger vidare på den föregående planen och har utarbetats på motsvarande arbetssätt, se avsnitt 3.4. Jämfört med föregående plan har fler processområden tillkommit. Målnivåer för de områden som ingick i föregående plan har reviderats, data har uppdaterats och planen har anpassats till den utveckling som skett inom cancerområdet, såväl nationellt som regionalt, under de senaste åren.

2.10. Nivåstrukturering

Med nivåstrukturering menas att man beslutar vem som gör vad, både vad gäller utredning, diagnostik, kirurgi och medicinsk behandling av cancerpatienter. Den första nivåstruktureringsplanen för cancer vården i norra regionen fastställdes av förbundsdirektionen i maj 2013. Förbundsdirektionen beslutar om åtgärder som innebär en regional nivåstrukturering över landstingsgränserna. För åtgärder inom respektive landsting kan förbundsdirektionen ge rekommendationer, men respektive landsting beslutar själva hur man organiserar vården. De beslutade åtgärderna i nivåstruktureringsplanen ska vara genomförda senast fyra år efter starten av RCC, det vill säga hösten 2015.

Under hösten 2015 gör de regionala processarbetsgrupperna en ny översyn av nivåstruktureringen av cancervården i norra regionen. Översynen omfattar både diagnostik och behandling, inklusive rehabilitering, och såväl lämplig centralisering som decentralisering. I uppdraget ingår att identifiera specifika diagnosundergrupper som kan vara aktuella för nivåstruktureringsinsatser. En ny regional nivåstruktureringssplan ska presenteras för beslut i förbundsdirektionen under 2016.

Parallellt pågår ett arbete kring nationell nivåstrukturering, som leds av RCC i samverkan. RCC Norr är representerat i den nationella arbetsgruppen för nivåstrukturering och i samtliga sakkunniggrupper för diagnoser eller åtgärder som utreds. När remisser med förslag till nationell nivåstrukturering skickas till landstingen för ställningstagande bereder RCC Norrs processarbetsgrupp inom området ett förslag till regiongemensamt svar, som diskuteras i det regionala chefsamrådet för cancervården och RCC Norrs styrgrupp. Respektive landsting fattar därefter beslut om ställningstagande till förslaget.

3 Bakgrundsinformation

3.1. Nationella och regionala strategier för cancervården

En nationell cancerstrategi för framtiden

Utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) förutspår en fördubbling av antalet cancerfall inom 20 år, vilket ställer stora krav på hälso- och sjukvården. Den svenska cancer-vården är idag god, men det finns utrymme för förbättringar, och en ökad samordning krävs för att möta framtida behov. Bland annat handlar det om att säkra att alla får en lika god vård, oavsett var i landet man bor, kön och socioekonomisk tillhörighet. Patienter upplever också att det ibland brister i information och helhetssyn och att vårdkedjan inte håller ihop på ett bra sätt. Enligt utredningen behövs bättre förutsättningar än idag för utvecklandet av ny kunskap för prevention, diagnostik och behandling. Det behövs även ett mer multidisciplinärt angreppssätt i både vård och forskning.

Regionala cancercentrum

Baserat på utredningens slutsatser beslutade regeringen att utveckla regionala cancercentrum (RCC), som det strategiskt och långsiktigt viktigaste förslaget för att stärka cancervården. Norrlandstingen fattade 2011 det politiska beslutet att inrätta RCC Norr. RCC Norrs struktur och arbetssätt framgår på RCC Norrs hemsida, <http://www.cancercentrum.se/norr/om-oss/organisation/>

Socialdepartementet har fastslagit tio kriterier för vad som ska utmärka ett RCC:

Patientcentrerade kriterier

1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer
2. Vårdprocesser
3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård
4. Patientens ställning i cancervården

Kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning

5. Utbildning och kompetensförsörjning
6. Kunskapsstyrning
7. Klinisk cancerforskning och innovation

Kriterier gällande RCC:s organisation

8. Ledningsfunktion, RCC-samverkan och uppföljning av cancervårdens kvalitet
9. Utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen
10. Nivåstrukturering

Den strategiska regionala utvecklingsplanen för norra sjukvårdsregionens cancervård utgår från dessa kriterier och baseras på de specifika utmaningar som finns i regionen. En första utvecklingsplan för perioden 2013-2015 fastslogs i mars 2013 och reviderades 2014. Denna plan bygger vidare på den föregående planen och gäller för perioden 2016-2018.

Norra regionens vision för cancervården

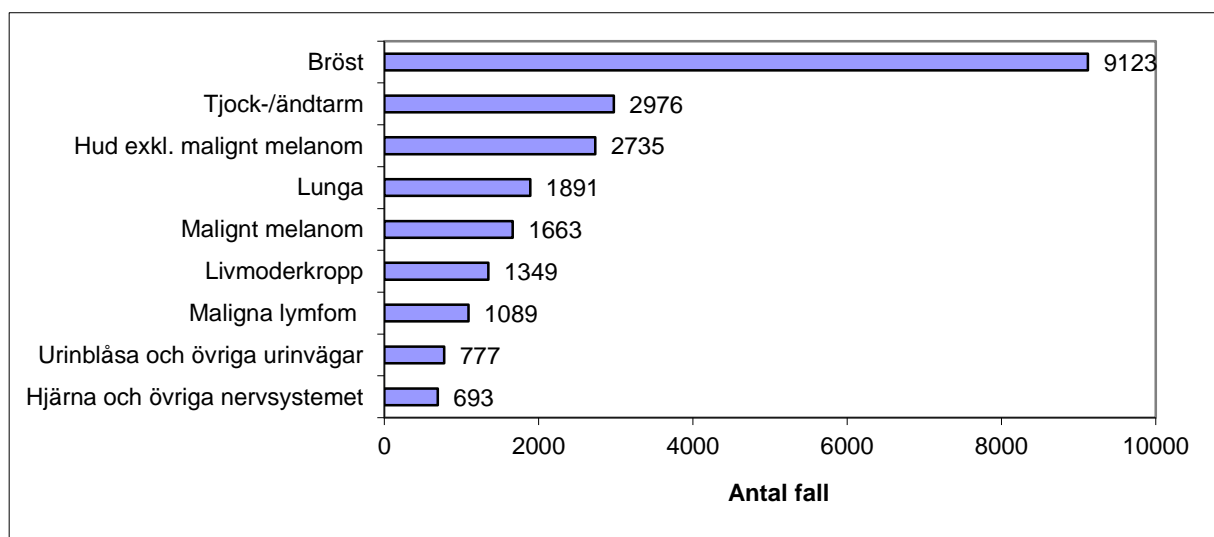
Norra regionens vision är *"Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd."* Norra regionens befolkningsstruktur, med många glest befolkade delar, ställer särskilda krav för att åstadkomma en likvärdig prevention, tidig upptäckt, utredning, vård och behandling. **Cancer-vård i glesbygd** är därför ett särskilt profilområde för RCC Norr. När det regionala chefsrådet för cancervården tar ställning till vårdprogram och behandlingar ska glesbygdsperspektivet alltid vägas in. Vården ska organiseras för att så långt som möjligt minimera resor för patienten, förutsatt att det inte försämrar vården för patienten. Distansöverbyggande teknik ska användas i stor utsträckning. 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

3.2 Cancerutvecklingen i Sverige och regionen

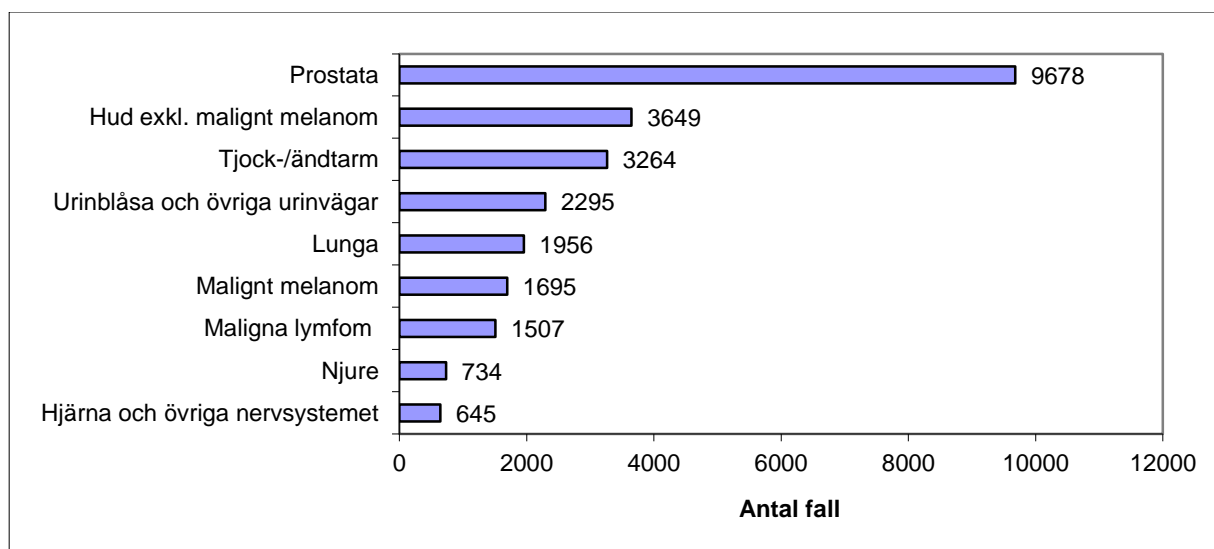
Cancersjuklighet i Sverige

Det finns cirka 200 olika cancersjukdomar med olika svårighetsgrad. Ökad kunskap, bättre behandling och större möjligheter att upptäcka cancer i ett tidigt stadium gör att allt fler som får en cancerdiagnos överlever. 2013 dog 22 182 personer i cancersjukdom i Sverige. Det gör cancer till den sammantaget näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt- och kärlsjukdomar, och den vanligaste för personer under 80 år. År 2013 diagnostiserades 61 297 fall i Sverige. Sjukdomen är ungefär lika vanlig bland båda könen, men män och kvinnor drabbas av olika cancerformer. I Sverige är bröstcancer den vanligaste cancerformen bland kvinnor och bland män är prostatacancer vanligast (se figur 1-2).



Figur 1 De nio vanligaste cancerformerna hos kvinnor 2013

Källa: Cancerfondsrapporten 2015



Figur 2 De nio vanligaste cancerformerna hos män 2013

Källa: Cancerfondsrapporten 2015

Var tredje person i Sverige drabbas någon gång av cancer. Två tredjedelar av dem är 65 år eller äldre. Alla åldrar kan dock drabbas, även om endast 1 procent av all cancer diagnostiseras hos personer yngre än 25 år. I Sverige levde vid utgången av 2013 cirka 455 000 personer som hade eller hade haft cancer, en siffra som väntas öka i framtiden till följd av ökad diagnostisering, förlängd överlevnad och befolkningsförändringar. Enligt den nationella cancerstrategin beräknas antalet män som har cancer vara nästan 130 procent fler år 2030 än idag. Motsvarande ökning för kvinnor är 70 procent.

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. Lungcancer är den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall totalt och som orsakar flest dödsfall hos kvinnor. Hos män är prostatacancer den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall.

Tabell 1. De tio cancerdiagnoser som orsakade flest dödsfall i Sverige 2013.

Diagnos	Män	Kvinnor	Totalt
Lunga	1836	1791	3627
Tjock-/ändtarm	1397	1321	2718
Prostata	2343	0	2343
Bukspottkörtel	798	877	1675
Bröst	7	1473	1480
Maligna lymfom (inkl. kronisk lymfatisk leukemi)	526	416	942
Urinblåsa och övriga urinvägar	548	249	797
Lever	410	276	686
Magsäck	384	262	646
Äggstock	0	538	538

Källa: Cancerfondsrapporten 2015

Utveckling av cancersjukdomarna i regionen

En avgörande faktor för behovet av cancerbehandling är utvecklingen när det gäller nyinsjuknande och förekomst av tumorsjukdomar. Tabell 2 redovisar prevalensen av cancer i norra regionen, det vill säga antalet personer som har eller har haft en cancersjukdom. I tabellen redovisas både 5-årsprevalensen, det vill säga antalet personer som fått sin cancerdiagnos under de senaste fem åren, 2010-2014, och det totala antalet personer i 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 behov av vårdinsatser av varierande omfattning.

Tabell 2. Prevalens av cancer i norra regionen i december 2014.

Diagnos	Prevalens de 5 senaste åren, män	Prevalens totalt, män	Prevalens de 5 senaste åren, kvinnor	Prevalens totalt, kvinnor
Prostata	4550	9440	-	-
Bröst (kvinnor)	-	-	3020	9380
Tjock-/ändtarm	1040	2260	930	2380
Urinblåsa, övriga urinvägar	710	1680	240	630
Lunga	240	380	290	470
Livmoderkropp	-	-	630	2110
Maligna lymfom	420	1180	320	940
Hud exkl. malignt melanom	500	840	450	750
Malignt melanom	430	1080	470	1370
Hjärna, övriga nervsystemet	170	760	260	1170
Huvud-hals	280	650	170	380
Njure exkl. njurbäcken	260	560	150	450
Äggstock	-	-	210	830
Testikel	160	740	-	-
Livmoderhals	-	-	150	950
Bukspottskörtel	50	70	50	60
Magsäck	80	200	60	180
Lever, primär	55	80	30	50
Övriga diagnoser	1080	2600	1180	3450
Totalt*	9650	20900	8300	23900

Källa: Cancerregistret/Regionalt cancercentrum norr

* Vissa personer har cancer av mer än en diagnostyp, och summan av prevalensen för de olika diagnoserna är därför större än den totala prevalensen.

Samtidigt som hela befolkningen i regionen väntas minska kommer förekomsten av cancer att öka, beroende på ökningen av antalet äldre. Utvecklingen skiljer sig något i regionen, beroende på ålderssammansättningen i respektive län. Att identifiera tumörfall i ett tidigt stadium medför att färre personer får spridd cancer och att fler överlever sin sjukdom, samt att den cancerbehandling man genomgår är mindre omfattande. Tidig upptäckt är därför en övergripande strategi för att kunna möta det ökande antalet tumörfall.

Om utvecklingen mot en ökad förekomst av cancer ska kunna brytas krävs åtgärder för att förebygga uppkomsten av cancer. Det finns som enskild individ inget säkert sätt att skydda sig mot cancer och vem som drabbas tycks för många cancerformer bero på en olycklig slump. Men på befolkningsnivå finns ett tydligt samband mellan livsstilsfaktorer och många cancersjukdomar, och Socialstyrelsen uppskattar att ungefär 30% av all cancer skulle kunna undvikas genom livsstilsåtgärder. Rökning är starkt kopplat till lungcancer och flera andra cancerformer. Alkohol, ohälsosam kost, stillasittande, övervikt och solande ökar risken för cancer. Ytterligare cancerfall kan undvikas genom vaccination och screening. Det finns även miljöfaktorer som ökar cancerrisken, som strålning och luftföroreningar.

Tabell 3 visar statistik över antalet diagnostiserade fall inom de olika tumörtyperna i regionen 2014 samt förväntat antal år 2019. Ökningen från 2014 till 2019 beräknas till i genomsnitt 7 procent i regionen.

Tabell 3. Antal nya fall av cancerdiagnoser i norra regionen 2014 samt prognos för 2019

Diagnos	Antal fall 2014*, män	Prognos 2019*, män	Antal fall 2014*, kvinnor	Prognos 2019*, kvinnor
Prostata	1050	1137		
Bröst (kvinnor)			685	742
Tjock-/ändtarm	294	305	250	275
Urinblåsa, övriga urinvägar	215	236	65	83
Lunga och lungsäck	161	158	165	169
Livmoderkropp			150	167
Maligna lymfom	114	128	70	87
Hud exkl. malignt melanom	154	210	122	171
Malignt melanom	117	140	118	132
Hjärna, övriga nervsystemet	64	63	59	65
Huvud-hals	90	89	50	44
Njure exkl. njurbäcken	72	77	33	41
Äggstock			54	50
Testikel	26	31		
Livmoderhals			45	41
Bukspottkörtel	47	44	53	48
Magsäck	47	40	40	32
Lever, primär	40	41	17	17
Övriga diagnoser	400	415	440	427
Samtliga diagnoser	2891	3114	2416	2591

Källa: Regionalt cancercentrum norr

* Personer med flera tumörer av samma diagnos samma år räknas bara med en gång. Personer som har olika diagnoser samma år räknas med en gång per diagnos.

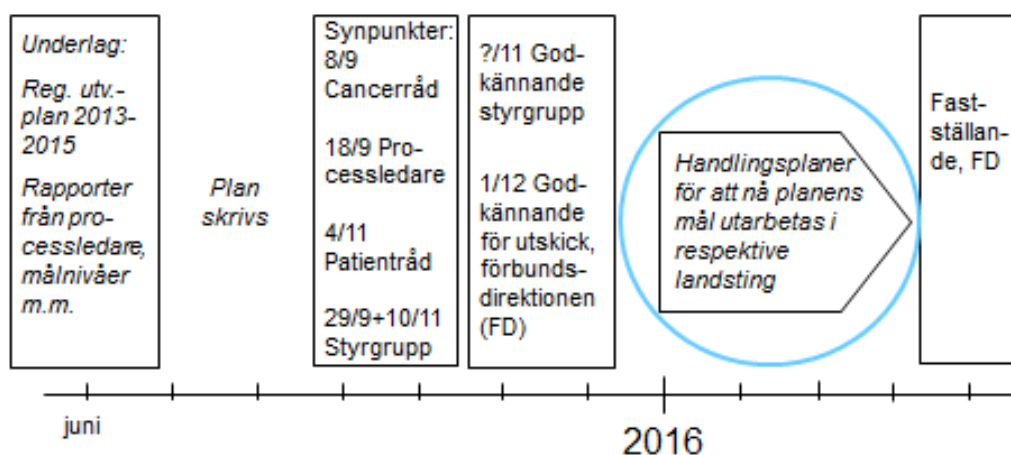
3.3 Öppna jämförelser av cancervårdens kvalitet och effektivitet

Hösten 2014 publicerade Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting ”Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2014.” Den omfattar ett åttiotal olika kvalitetsaspekter inom tio cancerdiagnoser. Rapporten redovisar jämförande statistik för medicinska resultat, patienterfarenheter, väntetider och vissa kostnader. Resultaten bygger i huvudsak på uppgifter från de nationella kvalitetsregistren registrerade fram till och med 2013. Årligen publiceras jämförelser för ett mindre antal parametrar för cancervården i den samlade ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting”. Syftet med rapporterna är att skapa underlag för beslutsfattare och att stimulera landstingen och regionerna att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

Rapporten från 2014 visar på en positiv utveckling för nästan alla områden inom cancervården. Fler patienter än tidigare bedöms i multidisciplinära konferenser och fler behandlas enligt rekommendationerna i nationella vårdprogram. Väntetiderna är dock fortfarande långa och kan variera stort mellan landstingen och regionerna. När det gäller överlevnad och behandling av cancersjukdom finns det inget landsting som kan sägas ge den bästa eller sämsta vården. Bröstcancervården håller en genomgående hög och jämn kvalitet över landet. För andra tumörsjukdomar är skillnaderna större.

Kvalitetsregistren inom cancervården innehåller mycket data som möjliggör uppföljning och jämförelser. Data presenteras i nationella rapporter och därutöver gör statistiker vid RCC Norr regionala datauttag, som underlag till det förbättringsarbete som drivs av de regionala processledarna och deras arbetsgrupper. Om de nationella rapporterna inte ger tillräckligt underlag för lokalt förbättringsarbete kan regionala öppna jämförelser för norra regionen sammanställas, så kallade RÖJ-rapporter. Dessa publiceras på RCC Norrs hemsida, www.rccnorr.se.

3.4 Process för att utarbeta en regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen



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

Ledningen för RCC Norr gav i februari 2015 de regionala processledarna uppdraget att redovisa en regional utvecklingsplan för sina respektive områden. Processledarna är alla anställda i något av regionens landsting och har genom RCC Norr ett deltidsuppdrag att leda regionalt utvecklingsarbete inom sitt processområde. De leder regionala multidisciplinära processarbetsgrupper, med representation från regionens samtliga landsting. Arbetet med utvecklingsplanerna genomfördes av de regionala processarbetsgrupperna, med processledaren som ansvarig för redovisningen, och dessa planer utgör grunden för denna samlade regionala utvecklingsplan. I uppdraget ingick att göra en bakgrundsbeskrivning för området, beskriva organisation och resultat i regionen samt föreslå mål på både kort och lång sikt. För målen definierades konkreta och tidsatta målnivåer. Redovisningarna avslutades med en SWOT-analys för respektive mål. För detaljuppgifter inom respektive område hänvisas till dessa områdes-specifika planer i bilagorna 2 A-U. Målnivåerna finns tabellerade i bilaga 1.

Baserat på den tidigare regionala utvecklingsplanen för cancervården för perioden 2013-2015 samt utvecklingsplanerna från de regionala processarbetsgrupperna sammanställde RCC Norr ett utkast till samlad regional utvecklingsplan för cancervården 2016-2018. Förslaget till plan diskuterades i det regionala chefsrådet för cancervården (tidigare benämnt cancerrådet), i den regionala processledargruppen, RCC Norrs patientråd och RCC Norrs styrgrupp och reviderades fortlöpande utifrån framförda synpunkter. RCC Norrs styrgrupp godkände 2015-11-10 planen för presentation för förbunds-direktionen vid Norrlandstingens regionförbund vid direktionens möte 2015-12-01. Förbunds-direktionen godkände då planen för utskick till landstingen, med uppdrag att inkomma med handlingsplaner till direktionens möte den 2016-05-31 – 06-01.

Regionens tre landsting och region Jämtland Härjedalen, som i denna plan kollektivt benämns "landstingen" även om Jämtland Härjedalen organisatoriskt är en region, ansvarar för att på bästa sätt organisera vården och följa sin egen utveckling, så att målnivåerna i den regionala utvecklingsplanen uppfylls. Respektive landsting har på förbunds-direktionens uppdrag utarbetat handlingsplaner för hur de utifrån sina egna förutsättningar ska nå de regionala målen och inlämnat dessa planer till förbunds-direktionen. Därefter fastställde förbunds-direktionen 2016-06-01 denna regionala utvecklingsplan. Landstingen gör årligen en avrapportering av hur arbetet fortlöper. Målnivåerna följs upp årligen upp genom analyser av kvalitetsregisterdata eller genom andra särskilda uppföljningsinsatser. RCC Norr svarar för den övergripande och samlade uppföljningen på regionnivå, med rapportering till förbunds-direktionen och återkoppling till landstingen.