

## Uppföljning av målen i landstingens handlingsplaner för den regionala utvecklingsplanen för cancervården 2016-18, samt av målen i den regionala kompetensförsörjningsplanen för 2014-2018.

### Sammanfattning

Den första uppföljningen av den regionala utvecklingsplanen för cancervården i norra regionen för åren 2016–2018 visar en fortsatt positiv utveckling av cancervården inom många områden. Att patienter diskuteras på multidisciplinära konferenser (MDK) är numera en självklarhet inom de flesta diagnosområdena, och för många patientgrupper hålls regionala MDK. Därmed får patienter från hela regionen likvärdiga bedömningar och behandlingsrekommendationer, utifrån den bästa tillgängliga kompetensen i regionen. Ett grundligt arbete för att optimera MDK-rutinerna har genomförts under året. Antalet kontaktsjuksköterskor har fortsatt öka och de allra flesta cancerpatienterna erbjuds idag en kontaktsjuksköterka. Införandet av *Min vårdplan*, en skriftlig individuell vårdplan som upprättas och uppdateras i samarbete mellan patienten och vårdens professioner, har fortsatt. Dessa vårdplaner har även en viktig roll för att patienterna ska erbjudas cancerrehabilitering utifrån individuella behov. Ett regionalt projekt för implementering av systematisk bedömning av rehabiliteringsbehov, *Rehabspåret*, har startat under 2017. Många andra kvalitetsparametrar relaterade till vård och behandling har förbättrats.

Den pågående nationella satsningen för att minska väntetiderna i cancervården, genom införande av standardiserade vårdförlopp (SVF), sträcker sig över perioden 2015-2018. SVF har sedan 2015 successivt införts för olika cancerdiagnoser och för många diagnoser först efter att den nu gällande utvecklingsplanen fastställdes. Det standardiserade arbetssätt som SVF innebär har fokus på att korta ledtiderna fram till diagnos och start av behandling, samt att patienten ska vara välinformerad och trygg genom hela processen. Det har inneburit och fortsätter att innebära nya arbetsätt och en utökad samverkan, såväl mellan olika delar av vården som mellan sjukvårdsregionens landsting/regioner. Diagnostiska centrum har införts i samtliga landsting/regioner, för utredning av patienter med allmänna ospecifika symtom som kan bero på cancer. Generellt beskrivs införandet av SVF som positivt. Ett problem som lyfts inom många diagnosområden är dock att bristande operations- och vårdplatsresurser medför att ledtider inom SVF många gånger inte kan hållas. Även ledtider som inte omfattas av SVF påverkas negativt av otillräckliga operations- och vårdplatsresurser i förhållande till behoven. För de diagnoser där kirurgiska åtgärder är regionalt centraliserade till regionsjukhuset är operations- och vårdplatssituationen på Nus särskilt kritisk.

Inom flera diagnosprocesser, där uppdrag som SVF-koordinator har lagts på kontaktsjuksköterskor, beskrivs att detta kan medföra att kontaktsjuksköterskorna får svårt att hinna med sina patientnära arbetsuppgifter. Problem kring remittering och kodning av SVF lyfts inom flera diagnosområden, liksom att det kan skilja sig i regionen hur detta sker. Ett kvalitetssäkringsarbete kring detta pågår nationellt.

De flesta kvalitetsparametrar som följs inom den palliativa vården har förbättrats under perioden, även om inte alla mål har uppnåtts. Registreringen i Svenska palliativregistret minskar dock, vilket ger ett sämre underlag för förbättringsarbete. Den webbutbildning i allmän palliativ vård, som sedan november 2014 finns tillgänglig för all personal som möter palliativa patienter i regionen, har under året nyttjats i liten utsträckning. Utbudet av specialiserad palliativ vård i norra regionen är fortsatt ojämlig.

I den regionala kompetensförsörjningsplanen för 2014-2018 finns många åtgärdsförslag för att förbättra kompetensförsörjningssituationen i regionen. En kartläggning av bemanningssituationen under 2013-2014 visade påtagliga brister inom patologi, bild- och funktionsmedicin och onkologi i regionen, men även inom flera andra specialiteter, såsom till exempel urologi. Det råder fortsatt en bristsituation inom dessa områden. Kompetenstillgången inom en specialitet kan lokalt snabbt förändras, och återkommande avstämningar av behovet och förstärkningar i form av bland annat ST-tjänster sker i samtliga landsting/regioner. Regionala samverkansprojekt inom patologi och bild- och funktionsmedicin bidrar till att optimera resurserna inom dessa områden. Den onkologiska kompetensen är fortfarande ojämnt fördelad i regionen, med onkologkliniker i Umeå i Västerbotten (VLL) och Sundvall i Västernorrland (LVN), men inte i Norrbotten (RN) eller Region Jämtland Härjedalen (RJH). RJH har under flera år arbetat långsiktigt med utbildning av ST-läkare i onkologi, med planerad framtida placering i Östersund, varav den första snart är färdig specialist. Detta ger förutsättningar för en successivt förbättrad situation i RJH. Ett liknande arbete har nu påbörjats i RN där en första ST-läkare påbörjat sin ST-utbildning enligt samma modell och rekrytering av ytterligare en person pågår. Åtgärder har i samtliga landsting vidtagits för att förbättra incitamenten för utbildning till specialistsjuksköterska. Mycket förbättringsarbete pågår för optimerat kompetensnyttjande, inte minst som en del av införandet av SVF.

Regionen och RCC Norr har sedan starten av verksamheten uppfyllt Socialdepartementets krav relaterade till de tio nationella kriterier som ska utmärka ett RCC, enligt de årliga granskningar som har genomförts av Socialstyrelsen. Den sista av Socialstyrelsens planerade granskningar genomfördes i januari 2017.

## Bakgrund

### **Regional utvecklingsplan**

Norra regionens vision för cancervården är *”Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd”*. Den regionala utvecklingsplanen lägger grunden för att visionen ska bli verklighet. Regionens första utvecklingsplan för perioden 2013-2015 fastslogs i mars 2013 och reviderades 2014. Planen för 2016-2018, som fastställdes av förbundsdirektionen (FD) för Norrlandstingens regionförbund i juni 2016, bygger vidare på den föregående planen. Jämfört med tidigare omfattar den nu gällande planen fler processområden och ett antal nya eller reviderade målnivåer, anpassade till den utveckling som skett inom cancerområdet såväl nationellt som regionalt under de senaste åren.

Liksom tidigare är planen utarbetad i enlighet med de tio nationella kriterier som Socialdepartementet fastställt för regionala cancercentrum. Respektive landsting/region i norra sjukvårdsregionen har utarbetat egna lokala handlingsplaner för hur de utifrån sina förutsättningar ska arbeta för att nå målen i den regionala utvecklingsplanen.

I den regionala utvecklingsplanen finns konkreta målnivåer för de vårdprocesser som i januari 2015 hade tillsatta processledare, liksom för merparten av de övriga nationella kriterierna. Vårdprocessernas diagnosspecifika mål avser i hög utsträckning ledtider, samt specifika åtgärder inom utredning eller behandling. Liksom i föregående plan är några målnivåer gemensamma för flera av diagnoserna. De övergripande fokusområden i den nu gällande planen sammanfattas nedan.

1. Resurserna för *diagnostik* behöver förstärkas och optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostiken.
2. Bedömning och planering på *multidisciplinära konferenser* (MDK) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter.
3. 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*.
4. *God inrapportering i kvalitetsregister*, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.
5. Förstärkning av den *palliativa vården* i regionen.
6. *Onkologisk specialistkompetens* behöver finnas inom alla regionens landsting/region.
7. Öka förutsättningarna för *tidig upptäckt*, genom att utveckla och optimera screeningverksamheten och tidig diagnos i akut- och primärvården. Standardiserade vårdförlopp (SVF) ska införas för snabb utredning vid välgrundad misstanke om cancer och snabb behandlingsstart vid cancerdiagnos.
8. Ökade insatser inom *cancerprevention*, för att minska risken för insjuknande i cancer.
9. 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.

## Kompetensförsörjning

I december 2014 fastställde FD en regional kompetensförsörjningsplan för cancervården i norra regionen, se <http://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kompetensforsorjning/norr/kompetensforsorjningsplan-norra-regionen-2014-2018.doc>. Planen omfattar en kartläggning av då aktuell bemanning för flera vanliga cancerformer. Den ger förslag på möjliga effektiviseringsverktyg och förändrade arbetssätt, samt visar på behovet av kompetenshöjning. Syftet med planen är att ge underlag för prioritering av resurserna i budgetarbetet, ge exempel på åtgärder som kan effektivisera arbetet och identifiera möjliga landstings- och regionövergripande lösningar för att förbättra kompetensförsörjningssituationen.

I planen finns fyra konkreta mål för arbetet med kompetensförsörjningen inom sjukvårdsregionens cancervård:

1. *Tillräckligt antal utbildningstjänster för specialistläkare.* I hela norra regionen finns brist på radiologer, patologer och onkologer, och fler ST-block behövs inom dessa områden. Därutöver föreslås att varje landsting/region och specialitet inom sjukvårdsregionen utformar en handlingsplan för anställning av ST-läkare över tid.
2. *Ökade incitament för utbildning till specialistsjuksköterska.* Löne- och anställningsvillkoren efter genomförd utbildning bör ses över för att stimulera utbildning till specialistsjuksköterska och villkoren bör vara likvärdiga i sjukvårdsregionen
3. *Genomföra ändrade arbetsätt för optimerat kompetensnyttjande.*
4. *Högre akademisk nivå:* FoU-mål föreslås ingå i verksamhetsplanen för varje område/klinik. För sjukvårdsregionens cancervård är en rimlig målnivå för andelen forskarutbildade läkare på 20 % för länssjukvårdens kliniker och minst 50 % för regionsjukhusets kliniker. Även för sjuksköterskor och andra yrkeskategorier är en forskningsutbildning av värde för sjukvårdens utveckling.

Denna rapport ger en lägesuppföljning avseende de fyra konkreta målen i den regionala kompetensförsörjningsplanen för perioden 2014-2018 (Tabell 1). Den redovisar även en nulägesbeskrivning av landstingens/regionernas arbete i enlighet med handlingsplanerna till utvecklingsplanen 2016-2018. Tabell 2 sammanfattar resultat och nuläge avseende de nio områden som i utvecklingsplanen definierades som övergripande prioriterade. I Tabell 3 redovisas en uppföljning av de enskilda målnivåerna inom varje diagnos och område i planen. Redovisad data baserar sig på rapporter från landstinget/regionerna, kvalitetsregisterdata, SVF-data och rapporter från de regionala processledarna och deras arbetsgrupper.

## Kompetensförsörjning

**Tabell 1. Kompetensförsörjning; uppföljning av de prioriterade målen i den regionala kompetensförsörjningsplanen för cancervården i norra regionen 2014-2018. Nuläge i respektive landsting/region.**  
**RN = Region Norrbotten, VLL = Västerbottens läns landsting, RJH = Region Jämtland Härjedalen, LVN = Landstinget i Västernorrland**

RN	VLL	RJH	LVN
<b>Mål 1: Tillräckligt antal utbildningstjänster för specialistläkare: fler ST-block inom bild- och funktionsmedicin (BFM), patologi och onkologi, fortlöpande anställning av ST-läkare i landstingen/regionerna där behov finns</b>			
<p>En åtgärdsplan för kompetensförsörjning, ”Oberoende av inhyrd personal – åtgärdsplan version 1.0”, fastställdes i april 2017. Ur denna plan, åtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Säkerställ ändamålsenlig och funktionell studierektorsorganisation för ST-läkare.</li> <li>* Styr mot bristspecialiteter redan i AT-rekryteringen.</li> <li>* Säkerställ adekvat kompetensutveckling för specialistläkare och -ssk, etablera funktionen fortbildningssamordnare.</li> <li>* Öka antalet ST i adekvata specialiteter, styr ST till bristspecialiteter.</li> <li>* Riktad marknadsföring/uppsökande verksamhet mot ej offentliganställda läkare/ssk.</li> <li>* Tydlig information under AT-tiden om ST-block som erbjuds.</li> </ul> <p><b>Kir/Uro:</b> En ST-läkare anställd inom onkologi har påbörjat utbild-</p>	<p>* Utökat antal ST-block och specifik satsning på nämnda bristområden.</p>	<p>* Inom bild- och funktionsmedicin och onkologi har ST-satsningar gjorts med gott resultat. Inom övriga discipliner som berörs av cancer-sjukvård arbetar man enträget med ST-rekrytering i syfte att säkra kompetensförsörjningen för framtiden.</p> <p>* RJH har ingen egen patologi.</p>	<p>* Kartläggning av behov och inrättande av tjänster. Uthålligt rekryteringsarbete.</p>

<p>ning i samarbete med cancercentrum Nus. Samtal förs med en ytterligare AT som visat intresse. Konsultonkolog från Nus tar handledaransvar i Sunderbyn.</p> <p><b>Ob/Gyn:</b> En snart färdig ST med intresse för gynonkologi skolas in för att ta ett större ansvar på sikt. En ST sidotjänstgör på Gynonkologen.</p> <p><b>Hematologi:</b> Två ST. Brist på specialister</p> <p><b>BFM:</b> Nio ST i medicinsk radiologi (blir 10 i februari 2018).</p>			
<p><b>Mål 2: Ökade incitament för utbildning till specialistsjuksköterska: bättre löne- och anställningsvillkor efter genomförd utbildning för att stimulera utbildning till specialistsjuksköterskor</b></p>			
<p><b>RN</b> Ur åtgärdsplanen för kompetensförsörjning, åtgärder se ovan samt: * Öka antalet ssk under specialistutbildning. Identifiera prioriterade verksamheter och styr till dessa.</p> <p><b>Hematologi:</b> Bra tillgång till ssk på mottagning/dagvård men katastrof på avdelningen som inte varit öppen under sommaren och nu är mycket skör med 3-4 hemaplatser öppna. Patienter skickas till Nus.</p> <p>* Utvecklings-ssk-tjänster har inrättats på många enheter i regionen.</p>	<p><b>VLL</b> * AST-(avancerad specialist)-utbildning för ssk inom onkologi, 7 personer examinerade 2017, andra kursomgången inledd. * Riktade lönesatsningar bl.a. på röntgensjuksköterskor, specialist-ssk i slutenvård.</p>	<p><b>RJH</b> * Många aktiviteter genomförda. * Utbildningsanställningar är fler. * Karriärvägar finns klara för vissa ssk. Gruppen prioriterad när det gäller villkor.</p>	<p><b>LVN</b> * AST-tjänster inrättade.</p>
<p><b>Mål 3: Genomföra ändrade arbetsätt för optimerat kompetensnyttjande. Förbättringsarbete inom alla landsting avseende bl.a. rätt använd kompetens och bättre koordinering patientens flöde genom vården.</b></p>			
<p><b>RN</b> Utdrag ur åtgärdsplanen för kompe-</p>	<p><b>VLL</b> * Uppdrag till alla verksamheter i</p>	<p><b>RJH</b> * De aktiviteter som är beskrivna är</p>	<p><b>LVN</b> * Strukturerade förändringsprocesser</p>

<p>tensförsörjning, åtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Kompetens- och uppgiftsväxling i syfte att minska behovet av läkartid samt ssk-tid.</li> <li>* Möjlighet till förbättringsarbete på schemalagd arbetstid.</li> <li>* Översyn av områden som kan kompetensväxlas pågår ständigt. Viss kompetensväxling genomförd, dock nödvändigt att öka tempot och dra nytta av goda exempel. Ex. BMA har utbildats för att göra frys-snitt, ssk har utbildats för att göra skopier, nu utreds om uska kan ta över utprovning av bröstproteser.</li> </ul>	<p>samband med planering inför 2018, rätt använd kompetens.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Möjligheten till vårdnära service-tjänster utvärderas.</li> <li>* Ex: Omfördelning av uppgifter mellan ssk och medicinska sekreterare. Inom patologi mellan läkare och BMA. Kontakt-ssk och SVF-koordinatorer.</li> </ul>	<p>genomförda, ex SVF införda, kontakt-ssk finns, central sjukrese-enhet finns, kompetenskort usk genomfört ca 130 hittills i år.</p>	<p>med fokus på ”Task shifting”</p> <p>Exempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patologin: Läkare → BMA</li> <li>BMA → Uska</li> <li>- Berörd/-a klinik/-er: Läkare → Kontakt-ssk, kontakt-ssk → koordinator.</li> </ul>
<p><b>Mål 4: Högre akademisk nivå: FoU-mål ingår i verksamhetsplanen för varje område/ klinik. Andelen forskarutbildade läkare inom regionens cancervård <math>\geq 20</math> procent för länssjukvårdens kliniker och <math>\geq 50</math> procent för Nus kliniker.</b></p>			
<p><b>RN</b></p> <p><b>Kir/uro;</b> 2 disputerade, 2 doktorander, snart ytterligare en.</p> <p><b>Hematologi:</b> 2 doktorander knutna till onkologi, många kliniska läkemedelsstudier.</p> <p><b>Ob/Gyn:</b> 4 disputerade läkare, ev. snart ytterligare en, snart 1 doktorand.</p> <p><b>BFM:</b> 1 disputerad på mammografi, 1 doktorand på tand med kompetens huvud/hals.</p>	<p><b>VLL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Nus kliniker uppfyller kriterier för universitetssjukvård; vissa enheter utvärderas vid årsskiftet 2017/2018.</li> <li>* Alla enheter lämnar in forskningsboks-lut.</li> <li>* Akademisk meritering värderas i samband med tjänstetillsättning.</li> </ul>	<p><b>RJH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Målet om 20% nås inte. Det pågår aktiviteter i forskningsfrämjande syfte så som: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riktat stöd till forskare i samband med externa ansökningar.</li> <li>- Utveckla samarbetet mellan FoU-enheten och Jämtlands cancer- och omvårdnadsfond.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>LVN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Ett arbete planeras för att under kommande år implementera mål för FoU. Avser i första hand s.k. upplåttna enheter eller ”akademiska sjukvårdsenheter”.</li> </ul>

## Regional utvecklingsplan 2016-2018, övergripande prioriterade områden

**Tabell 2. Uppföljning av målen i landstingens/regionernas handlingsplaner för den regionala utvecklingsplanen för cancervården 2016-18, övergripande prioriterade områden, med kommentarer från RCC Norrs processgrupper.**

RN	VLL	RJH	LVN
<b>Prioriterat område 1: Förstärka diagnostiken</b>			
<p><b>RN Mål:</b>  <i>Bild- och funktionsmedicin (BFM):</i>            * Medverkan i projektgrupp för BFM i norra regionen.            * Fortsatt kapacitetsökning med MR-trailer 2016 och 2017, ev. 2018.            * Nyinvestering MR Piteå 2018</p> <p><i>Patologi:</i>            * Utbilda ST-läkare och behålla dem på plats.            * Ytterligare en stationär specialist på plats.            - Stabil bemanning av BMA med utökad behörighet för utskärning. Fortsatt hålla utlovade svarstider.            - Uppnå de svarstidskrav som berör patologin i respektive SVF.            * Enligt avtal ha introducerat digital patologi vid utgången av 2016.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b>  <i>Bild- och funktionsmedicin (BFM):</i>            * Avtal finns för MR trailer 2016-2018 med möjlighet till två års förlängning. Beräknad produktion 2017 och 2018 är 2200/år. Trots</p>	<p><b>VLL Mål:</b>  <i>Bild- och funktionsmedicin (BFM):</i>            * Kunna följa regionala och nationella vårdprogram och SVF.  <i>Patologi:</i>            * Aktiv rekrytering av specialiserade patologer samt årliga ST-block.            * Rekrytera och vidareutbilda BMA            * Optimerad arbetsfördelning mellan patologer och BMA.            * Klara efterfrågan på molekylärpatologisk diagnostik genom öppning för andra yrkeskategorier.            * Tillhandahålla utrustning för att kvalitetssäkra och effektivisera arbetet.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b>  <i>Bild- och funktionsmedicin (BFM):</i>            * Generellt kan man understödja och tillgodose uppsatta ledtider inom SVF.</p> <p><i>Patologi:</i>            * Vissa arbetsmoment har överförts från patologer till BMA, analys av hårda preparat inom huvud- och hals-</p>	<p><b>RJH Mål:</b>            * Ha utrustning och personal för att kunna möta behoven av bilddiagnostik i alla slags utredningar.            * Tillräcklig bemanning (röntgen-specialister och -ssk).            * Tillräckligt med arbetsstationer.            * Upphandling och användande av en tredje magnetkamera (MR).            * Prioritering av en tredje dator-tomograf (CT) i investeringsrådet.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b>            * En tredje MR fördröjd p.g.a. separat byggprocess.            * En tredje CT ännu inte diskuterad i investeringsrådet för 2018.            * ST-läkare blir specialister enligt plan. Flera specialister och röntgen-ssk har slutat under 2017, aktivt rekryteringsarbete pågår.</p>	<p><b>LVN Mål:</b>            * Hålla stipulerade ledtider utifrån respektive fastställt SVF.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b>  <i>Bild- och funktionsmedicin (BFM):</i>            * Förbättrade flödena inom BFM..            * Obokade tider är säkrade vad gäller SVF. Planeringen av bokningarna har anpassats allt eftersom att SVF-diagnoserna har införts.</p> <p><i>Patologi:</i>            * Fortsatt rekryteringsbehov av specialistkompetenta patologer, cytodiagnostiker och BMA. God bemanning på ST-läkarsidan.            * Vissa arbetsuppgifter som inte fordrar legitimation har kunnat överföras till annan yrkeskategori, i första hand undersköterskor.            * Fungerande mätning och visualisering av flöden i verksamheten, resultaten används i daglig styrning av verksamheten.            * Under hösten kommer en plattform för digitalisering av glas för</p>



<p>detta tillgänglighetsbrist för MR p.g.a. bemanningsbrist. * Reinvestering av MR i Piteå beviljad. * Punktionsmottagning med fasta tider för ultraljud. * God ST-rekrytering, idag 10 vid länskliniken.</p>	<p>cancer har kortat vissa ledtider. * Vidareutbildning av BMA pågår, nya ST-block inrättade. * Införande av en intern SVF-koordinator utreds inom patologi/genetik.</p>		<p>diagnostik. Det möjliggör att införliva granskning av glas digitalt som ett nytt arbetssätt och att använda tekniken till konsultationer.</p>
---	--	--	--

### Kommentarer från RCC:s processgrupper, förstärka diagnostiken:

**Bloodcancer:** All hematopatologi i regionen sköts på Nus med god kvalitet och acceptabla ledtider. På många sjukhus är otillräckliga resurser för röntgenundersökningar ett hinder för att kunna hålla ledtider.

**Bröstcancer:** Arbetet med SVF har bidragit till en förbättring av flödet inom processen. Det finns brist på resurser inom mammografin på vissa enheter i regionen samt inom patologin.

**Gyncancer:** Klara förbättringar har skett. Bilddiagnostiken har god tillgänglighet. Gynpatologin har stärkts, men fortsatta insatser behövs.

**Hjärntumörer:** Det finns fortfarande bara en patolog med inriktning neuropatologi. Området är prioriterat inom klinisk patologi vid Nus.

**Kolorektalcancer:** Patologin brottas med personalbrist och långa svarstider främst i LVN och VLL. Radiologin klarar uppsatta ledtider för SVF i hela regionen. Resurserna för koloskopi är otillräckliga med långa köer till undersökning i stort sett vid alla sjukhus. Här befaras även en viss undanträngning p.g.a. SVF.

**Lungcancer:** Det är fortsatt viktigt att förstärka och optimera patologin då det fortfarande är alltför varierande svarstider för både histopatologi och molekylärpatologiska analyser. För lungcancer är den molekylärpatologiska diagnostiken helt central, då den predikterar behandlingssvar på målriktad behandling. All icke-småcellig lungcancer ska testas för flera mutationer där godkända målriktade behandlingar finns. Utvecklingen går snabbt mot fler målriktade terapier. NGS (next generation sequencing), som är en omfattande analys av molekylärgenetik, startade upp på Nus hösten 2017. Tekniken kan identifiera fler tumödrivande mutationer, så att specifik terapi kan riktas mot dessa. Ytterligare utveckling av NGS krävs och kommer på sikt att förenkla diagnostiken.

**Mammografi:** Mammografiverksamheten är beroende av full bemanning och rekrytering av bröstradiologer, som är ett bristyrke, är av stor betydelse.

**Melanom:** Efter SVF-införandet har det i VLL blivit kortare ledtider för patologiskt diagnos av diagnostisk excision (utskärning av vävnad), men längre för utvidgad excision och sentinel node-biopsi (portvaktsskörtel-biopsi). I LVN har ledtiderna för patologisvar blivit kortare.

**Neuroendokrina tumörer, cancer i tunntarm och sköldkörtel (tyreoidea):** Primärutredning av knöl i sköldkörteln (tyreoidea) sker i VLL nu i primärvård med ultraljudsundersökning och cytologi på röntgenavdelningen. Det har gett bättre tillgänglighet för fall som ska bedömas kirurgiskt på kirurgmottagningen, förbättrat logistiken och ev. även kvaliteten i cytologin. Dialog om det arbetssättet är inledd i övriga regioner.

**Prostatacancer:** Patologin är fortsatt en akilleshäla för att få ett bra flöde i diagnostiken. Det finns väldigt få uropatologer och en hel del diagnostik utförs utanför regionen.

**Sarkom och benmetastaser:** Två patologer delar på arbetet. De är verksamma både i Umeå och Göteborg. Önskemål om avdelad BMA som bistår alla hanteringar av dessa tumörer kvarstår.

**Urotelial cancer utom prostata:** För urinblåsecancer är den primära diagnostiken operationen TURb (transuretral resektion av blåstumör), som är helt fundamental och inte kan ersättas av något annat diagnostiskt verktyg. Här medför bristen på operationsutrymme kraftigt förlängda ledtider och dålig mål-

<p>uppfyllelse för SVF. Även bristen på urologisk kompetens i regionen är ett stort problem, både för diagnostik och fortsatt behandling.</p> <p><b>Övre GI-cancer:</b> Ledtiderna hålls för radiologiska utredningar, men alltså finns behov av förstärkta resurser i takt med ökande krav och kompetensför-sörjning är en högaktuell fråga. Cancerpatienterna är högprioriterade, men det ger konsekvenser för andra grupper. Patologisvar på operationspreparatet inom 3 veckor uppnås endast i knappt 18% av fallen för patienter med cancer i matstrupe-magsäck. Enligt SVF ska patienten informeras om operationspreparatet senast 4 v efter operationen. Detta är viktigt mer ur en psykologisk än medicinsk aspekt, då patienten behöver återhämta krafterna efter operationen, innan ytterligare onkologisk behandling kan ges. Preoperativa patologisvar bör därför prioriteras för att inte försena diagnos och behandlingsstart.</p>			
<p><b>Prioriterat område 2: MDK för samtliga/definierade patientgrupper</b></p>			
<p><b>RN Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Fortsätta utveckla användningen av distansöverbyggande teknik för diagnostik och MDK, som möjliggör MDK inom alla områden.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pågår. Distansöverbyggande tekniker används i stor utsträckning inom länet och alltid i kontakt med andra landsting/regioner. MDK genomförs för samtliga/definierade patientgrupper</li> </ul>	<p><b>VLL Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Att kunna följa de regionala och nationella vårdprogrammen, där diskussion i MDK ofta är krav för verksamhetens bedrivande.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* MDK etablerade inom de flesta patientgrupper. Formerna för dessa har inventerats och utvecklats under året. Rutiner upprättade.</li> </ul>	<p><b>RJH Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Att kunna följa de regionala och nationella vårdprogrammen, där diskussion i MDK ofta är krav för verksamhetens bedrivande.</li> <li>* Översyn av lokaler för MDK och rtg-arbetsstationer.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Än räcker arbetsstationer och MDK-utrustningen. Diskussioner i frågan förs mellan kirurgen, röntgen och IT.</li> </ul>	<p><b>LVN Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Valfungerande MDK med fokus på maximal patientnytta, kunskapstillförel och lärande.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Teknisk utrustning finns. Målet nås i stort redan idag, men ökat deltagande erfordras från patologin. Utbildnings- och betydande nyrekryteringsinsatser krävs för detta.</li> <li>* Onkologiska länskliniken i deltar i 16 olika MDK.</li> </ul>
<p><b>Kommentarer från RCC:s processgrupper, MDK för samtliga/definierade patientgrupper:</b></p> <p><b>Blodcancer:</b> Nus, Östersund, Sundsvall, Skellefteå och Sunderbyn deltar i telepatologisk konferens med hematopatolog, hematolog, onkolog och vid behov genetiker med Nus. Alla sjukhus utom Skellefteå deltar i videoterapikonferens en gång i veckan, där svåra patienter tas upp till diskussion. Alla deltagande är nöjda med dessa konferenser.</p> <p><b>Bröstcancer:</b> Detta fungerar idag utmärkt inom hela regionen och når upp till 99-100%</p> <p><b>Cancerrehabilitering:</b> I dagsläget finns ingen MDK inom området cancerrehabilitering, med undantag för patienter med problem inom bäckenområdet, där en regional MDK för de mer komplexa patientfallen precis har startat. Ett fortsatt utvecklingsarbete behövs, så att även andra symptom än de som är relaterade till bäckenområdet kan få en liknade struktur, för att säkra en god och jämlik vård i regionen inom området.</p> <p><b>Gyncancer:</b> Målet uppfyllt.</p> <p><b>Hjärntumörer:</b> Målet uppfyllt.</p> <p><b>Kolorektalcancer:</b> MDK både pre- och postoperativt är numera självklar del i handläggningen av patienter med kolorektal cancer. Patienter med okomplicerad sjukdom dras på någon av de tre konferenserna i Sunderbyn, i Sundsvall eller på Nus, där även Östersund deltar. För patienter med metastaserande sjukdom (stadium 4, M1) finns en regional rond varje fredag med deltagande av kompetenser för bedömning av möjlighet till metastaskirurgi.</p> <p><b>Lungcancer:</b> Regional MDK finns och rutinerna är reviderade och kända. Alla patienter med nydiagnosticerad lungcancer diskuteras. I snitt tas 15-17</p>			

patienter upp varje vecka.

**Melanom:** VLL: Inte alla kliniker kopplas upp, fungerar annars bra. Alla melanom anmäls, även de tunna som ej kräver sentinel node-biopsi (portvaktskörtel-biopsi). RJH: Problem p.g.a. läkarbrist, god täckning hösten 2017. LVN: Alla melanom som kräver sentinel node-biopsi anmäls. RN: Avsatt schematid för deltagande, fungerar bra.

**Neuroendokrina tumörer, cancer i tunntarm och sköldkörtel:** För sköldkörtelcancer diskuteras > 90% och antagligen alla kliniska sköldkörtelcancerpatienter på video-MDK för hela regionen. MDK hålls sedan SVF-införandet varje vecka för kortare ledtider.

**Prostatacancer:** Kriterier för vilka som ska anmälas för diskussion på MDK har diskuterats och rutinerna uppdaterats, men det finns fortfarande en stor spridning i andelen patienter som tas upp till diskussion.

**Sarkom och benmetastaser:** MDK fungerar bra.

**Urotelial cancer utom prostata:** MDK för cancer i urinblåsa och övre urinvägarna fungerar utmärkt, men avsaknaden av patolog för sekundärgranskning är ett akut problem, då nuvarande sekundärgranskare går i pension och ersättare saknas. Nationell MDK för peniscancer, där operationerna efter nationell nivåstrukturering sker utanför regionen, fungerar bra med nuvarande seniora läkare, men oro finns inför generationsväxling och rådande underbemanning. Njurcancer-MDK planeras starta 2018.

**Övre GI-cancer:** Arbete med strukturerad MDK-rutin har genomförts, vilket ger bättre förutsättningar för en optimalt utnyttjad MDK. Då MDK är resurskrävande finns mycket att vinna på kontinuerligt förbättringsarbete och sannolikt finns fortfarande möjlighet att ytterligare förbättra/optimera rondrutinerna.

### Prioriterat område 3: Alla cancerpatienter erbjuds kontaktsjuksköterska (kssk)

<p><b>RN Mål:</b> De regiongemensamma.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> * I stort sett alla patienter erbjuds kssk. Nationellt eller regionalt framtagna vårdplan erbjuds alla patienter som träffar kssk. * De flesta kssk har även funktion som SVF-koordinator. Inte alla har skriftliga uppdrag.</p>	<p><b>VLL Mål:</b> De regiongemensamma.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> * Fler kssk har tillkommit under året. 6 personer från VLL har gått 7,5 p-utbildningen. * Alla cancerpatienter erbjuds kssk.. * Min vårdplan är etablerad i olika former i många förlopp. Frågorna följs inom SVF-PREM. * Länsövergripande nätverk har införts och utvecklas.</p>	<p><b>RJH Mål:</b> * Ett lokalt nätverk för kssk i cancer-vården ska etableras och hitta formerna.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> * Lokalt nätverk är etablerat och har möten enligt plan. Grupphandledning har getts via Previa. Lokala patient- och närståenderådet ska bjudas in för dialog om patientsamverkan. * De flesta kssk har SVF-koordinatorfunktionen inbakade i sina uppdrag. Detta har visat sig varit allt för tidskrävande och tagit tid från patientarbetet. En övergripande koordinatorfunktion för samtliga SVF ska inrättas.</p>	<p><b>LVN Mål:</b> De regiongemensamma.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> * I princip är målet uppnått. Vid vissa kliniker kvarstår implementeringsarbete.</p>
---	---	--	--

### Kommentarer från RCC:s processgrupper, alla cancerpatienter erbjuds kontaktsjuksköterska (kssk):

**Blodcancer:** Kssk finns på alla sjukhus och en del har skriftligt uppdrag. På vissa sjukhus är resursen otillräcklig. På flertalet sjukhus får patienterna en skriftlig individuell vårdplan och övriga arbetar med att komma igång med detta.

**Bröstcancer:** Inom regionen finns sedan länge kssk på alla enheter som opererar patienter med bröstcancer. Cancercentrum på Nus och onkologen i Sundsvall har idag kssk för bröstcancerpatienterna. *Min vårdplan* erhåller 91% av patienterna i regionen.

**Cancerrehabilitering:** Regionens patienter ska erbjudas en kssk vars uppdrag utgår från den nationella uppdragsbeskrivningen. Det är positivt att det sker tillsättning av kssk inom flera vårdprocesser och verksamheter, men uppdraget för kssk är fortfarande ojämlikt och det krävs ett fortsatt arbete med att utveckla uppdraget utifrån uppdragsbeskrivningen. Det har inom RJH, LVN och RN formats nätverk i syfte att stärka kssk i sitt uppdrag och säkra en jämlikhet. Inom RJH och LVN pågår ett strukturerat utvecklingsarbete på lokal nivå med införandet av *Min vårdplan*.

**Gyncancer:** Målet är uppfyllt

**Hjärttumörer:** Kssk finns i Sundsvall, Östersund, Piteå, Kalix och Sunderby sjukhus. På Nus finns det på Cancercentrum men saknas på Neurokirurgen.

**Kolorektalcancer:** Kssk-funktion finns etablerad vid alla sjukhus i regionen som opererar patienter med kolorektal cancer, dock på flera håll i bristande omfattning i förhållande till behovet. Skriftliga vårdplaner används.

**Lungcancer:** Kssk med skriftliga uppdragsbeskrivningar finns vid regionens samtliga lungsektioner/kliniker.

**Melanom:** Kssk finns i alla landsting/regioner.

**Neuroendokrina tumörer, cancer i tunntarm och sköldkörtel:** Norra regionen är den enda i landet som uppfyller målet med >90% har namngiven kssk. Formella uppdragsbeskrivningar saknas dock för kssk på vissa enheter och *Min vårdplan* har inte fullt implementerats inom diagnosgruppen.

**Prostatacancer:** I regionen får 73 % av patienterna en kssk (63-87 %), vilket är under riksgenomsnittet på 80%. *Min vårdplan* är på väg att införas på de flesta ställen, man har hunnit olika långt i de olika länen.

**Sarkom och benmetastaser:** Kssk finns på Cancercentrum Nus, ortopedkliniken Nus, ortopedkliniken Östersund samt på ortopedkliniken Sundsvall, men saknas för patientgruppen i Norrbotten.

**Urotelial cancer utom prostata:** Kssk finns på alla länssjukhus, men inte alltid för både urinblåse- och njurcancerpatienter. *Min vårdplan* erbjuds.

**Övre GI-cancer:** Kssk finns idag vid samtliga enheter som handlägger övre gastrointestinala tumörer. Dock saknas på många håll en tydlig och aktuell arbetsbeskrivning. Många kssk har även andra arbetsuppgifter, trots behov av 100% kssk.

### Prioriterat område 4: God inrapportering i kvalitetsregister

#### RN Mål:

\* Alla cancerpatienter i regionen ska snabbt och korrekt ska registreras i relevanta kvalitetsregister.

#### Uppföljning 2017:

\* Inrapporteringsgrad skiljer mellan de olika diagnoserna men behöver förbättras. Lungcancer har

#### VLL Mål:

\* Delta i samtliga aktuella register med minst 98 % täckningsgrad och att uppgifterna införs inom 6 månader från diagnosen.

#### Uppföljning 2017:

\* Vakanser och hög klinisk arbetsbelastning har försvårat för att uppnå

#### RJH Mål:

\* Öka täckningsgraden i de register som har en lägre täckningsgrad än 80%.  
\* Automatisera överföring av data till kvalitetsregister.  
\* Skapa en rutin för arbetssätt gällande registrering i kvalitetsregister.

#### LVN Mål: Det regiongemensamma.

#### Uppföljning 2017:

\* Systematiskt fortlöpande genomförande pågår. Inrapporteringsnivån mellan de olika kvalitetsregistren varierar.

<p>100% inrapporteringsgrad. Se även de respektive diagnosgrupperna där inrapportering redovisas.</p>	<p>målet i alla register.  * Ny modell med timanställda registerare som en del av ett registerteam testas med stöd av RCC, ska utvärderas under 2018.  * Täckningsgrad varierar mellan olika register, behöver förbättras i många fall.  * Eftersläpning av rapportering, registrering inom 6 månader klaras i de flesta fall.</p>	<p><b>Uppföljning 2017:</b>  * Rutin framtagen och publicerad i ledningssystemet Centuri.</p>	
<p><b>Kommentarer från RCC:s processgrupper, god inrapportering i kvalitetsregister:</b></p> <p><b>Blodcancer:</b> Regionen ligger långt under målen. Störst är problemet där registreringarna legat på läkare, där utbildas nu sköterskor för registrering. Låg registreringsgrad för uppföljningsblanketter försämrar möjligheten att följa upp kvalitet och följsamhet till nationella vårdprogram. En generellt svår bemanningssituation i regionen, med både stafettläkare och bemanningssköterskor på flera sjukhus, försvårar registrering.</p> <p><b>Bröstcancer:</b> Täckningsgraden ligger på 100% inom regionen</p> <p><b>Cancerrehabilitering:</b> Att införa variabler avseende cancerrehabilitering i samtliga kvalitetsregister inom cancerområdet är ett starkt önskemål och en förutsättning för att kunna följa kvalitetsutvecklingen inom området.</p> <p><b>Gyncancer:</b> Samtliga operationer rapporteras i gynoperationsregistret. Eftersläpning för inrapportering i de specifika kvalitetsregistren för olika cancerdiagnoser är ett problem, det saknas resurser för detta på framförallt gynonkologen i Umeå.</p> <p><b>Hjärtumörer:</b> 98% år 2015. Därefter svårt att utvärdera då det saknats inrapportör under en period, men arbete pågår med att jobba ikapp.</p> <p><b>Kolorektalcancer:</b> Kolorektalcancerregistret har sedan många år mycket god täckningsgrad med &gt; 99% primäranmälan. Uppföljningsregistreringen har haltat emellanåt vid vissa sjukhus som tvingats till extrainsatser, men ligger nu sammantaget kring 98%.</p> <p><b>Lungcancer:</b> Täckningsgraden i det nationella kvalitetsregistret för lungcancer är god. All inrapportering sker på lungsektioner i respektive landsting/region. Dessa kliniker utreder också all misstänkt lungcancer. Vid medicinentrum Nus har funktionen som inrapportör i kvalitetsregistret permanentats. På övriga lungenheter i regionen sköts inrapporteringen av kssk. Utsedda inrapportörer med i huvudsak administrativa arbetsuppgifter är att föredra, då huvuduppgiften för kssk är att finnas i det nära patientarbetet.</p> <p><b>Mammografi:</b> För mammografiscreening finns ännu inget nationellt kvalitetsregister. Dock finns mycket av den viktigaste informationen redan i screeningenheternas RIS-system och i kvalitetsregistret för bröstcancer på registerplattformen INCA. Nationellt arbete pågår för att föra över RIS-data till INCA via den nationella tjänsteplattformen och ett pilotprojekt pågår i Västmanland. Syftet är att få en gemensam struktur för den automatiserade inrapporteringen, för att minska kostnaderna och förenkla för varje screeningenhet/landsting. Registret beräknas bli klart för anslutning under 2018. Som en del i kvalitetsregistret har också ett register för bröstoperationer som lett till benigna fynd startat på INCA, med manuell registrering vid kirurgklinikerna. När båda dessa register är på plats ska de länkas samman med kvalitetsregistret för bröstcancer, för att få ett register över hela screeningprocessen. Landstingen behöver förbereda sig för anslutning till det nationella kvalitetsregistret när det kan tas i bruk 2018: anpassa budget till kostnaderna (350 tkr + årlig kostnad), anpassa undersökningsskoder till nationell standard och se till att önskvärd information registreras i lokala RIS.</p>			

**Neuroendokrina tumörer, cancer i tunntarm och sköldkörtel:** Inrapportering varit exemplarisk i nationellt kvalitetsregister, men kirurgen Nus har saknat inrapportör under året. Det är nu åtgärdat och registreringen ska kompletteras retroaktivt. Övriga enheter har 95-100% täckning.

**Palliativ vård:** Täckningsgraden i Svenska palliativregistret sjunker i regionen och åtgärder för att stärka registreringen behövs i både landsting och kommuner. Registerdata riskerar annars att bli icke representativ och att inte kunna användas för kvalitetsförbättrande arbeten.

**Prevention:** Arbeta med att få in frågor om levnadsvanor i kvalitetsregistren behöver prioriteras högt och påbörjas snarast.

**Prostatacancer:** Rapportering i kvalitetsregistret fungerar överlag bra och inrapporteringen är vid de flesta klinikerna också snabb, vilket möjliggör kontinuerlig uppföljning av verksamheten.

**Sarkom och benmetastaser:** Svårt att utvärdera, då det är problem med det ena registret (viscerala och retroperitonela sarkom), där inklusionskriterier för närvarande revideras och det inte går att få ut data. För det andra registret (skelettsarkom) finns data, men det rapporteras in med fördröjning (60% data från första halvåret 2016 vid senaste rapporten).

**Urotelial cancer utom prostata:** Mycket god inrapportering till både njurcancerregistret och till cystektomiregistret. Inrapporteringen till blåscancerregistret har sjunkit. Orsaken till detta har identifierats och åtgärdas nu.

**Övre GI-cancer:** Behov finns att utse personal som ansvarar för registrering, som även får utsatt tid till detta. I dagsläget görs mycket av registreringen av läkargruppen, vilket inte är kostnadseffektivt.

#### Prioriterat område 5: Förstärka den palliativa vården (OBS! Se även Tabell 3 för regiongemensamma mål)

<p><b>RN Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Förbättra den specialiserade palliativa vårdens infrastruktur:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- tillgång till kompetent stöd för verksamheter som bedriver allmän palliativ vård oavsett huvudman under kontorstid.</li> <li>- utvecklade PAVA-enheter med rätt kompetens och tillgång till läkare i hela länet.</li> <li>- Förstärka länssamordningen samt se över delar av verksamheten utifrån identifierade förbättringsråden på basis av uppgifter från Svenska palliativregistret.</li> <li>- Öka interventioner för de palliativa rådgivningsteam.</li> <li>- Samverka med kommunerna för förbättrat omhändertagandet av palliativa patienter med kort för-</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>VLL Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom länet som behöver det, oavsett bostadsort, ålder, vårdform och diagnos. Vård ska ges enligt de riktlinjer som finns i nationella kunskapsstödet och vårdprogrammet för palliativ vård.</li> <li>* Patienter som avlider ska registreras i Svenska palliativ registret.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b> 762 medarbetare i VLL hade i okt 2017 påbörjat web-utbildningen i allmän palliativ vård, varav 443 genomfört hela.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Patienter som avlider registreras i Svenska palliativregistret. Analys av</li> </ul>	<p><b>RJH Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Berörda verksamheter inom ska ha mål för god palliativ vård i sina verksamhetsplaner inkl. ambitionsnivå för web-utbildning.</li> <li>* Ta fram beslutsunderlag gällande palliativmedicinsk telefonjourlinje med konsekvenser för RJH för senare ställningstagande.</li> <li>* Utvecklingen enligt beslutad onkologisk utredning inkl. palliativa konsultteamet (PKT) verkställs enligt plan.</li> <li>* ST-block i palliativ medicin.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Uppföljning av resultat i palliativregistret och fortsatt diskussion i LCC angående arbetssätt för palliativa patienter på sjukhus, ex. palliativ</li> </ul>	<p><b>LVN Mål:</b> De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> Se tabell 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 272 medarbetare i LVN hade i okt 2017 påbörjat web-utbildningen i allmän palliativ vård, varav 154 genomfört hela.</li> </ul>
--	---	---	--



<p>väntad överlevnad.</p> <p>* Kompetensförsörjning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- öka tillgången på läkare med palliativ kompetens i Malmfälten.</li> <li>- läkare och ssk med palliativ-medicinsk kompetens inom samtliga närsjukvårdsområden.</li> <li>- god kunskap i allmän palliativ vård hos all berörd vårdpersonal genom web-utbildningen.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Regionen har fem diplomerade sjuksköterskor i palliativa rådgivningsteamet varav två också är specialiserade.</li> <li>* 861 medarbetare i RN hade i okt 2017 påbörjat web-utbildningen i allmän palliativ vård, varav 521 genomfört hela.</li> </ul>	<p>data inom vissa verksamheter.</p>	<p>checklista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Utredning avseende palliativ jourlinje genomförd, avvaktar nu mätning av behov inom primärvården.</li> <li>* ST-block enligt plan.</li> <li>* PKT-tillgång året om är svårt att nå bemanningsmässigt och finansiärt, ny översyn inför sommaren 2018.</li> <li>* 302 medarbetare i RJH hade i okt 2017 påbörjat web-utbildningen i allmän palliativ vård, varav 142 genomfört hela.</li> </ul>	
--	--------------------------------------	---	--

### **Kommentarer från RCC:s processgrupper, förstärka den palliativa vården:**

**Blodcancer:** Den palliativa vården inom diagnosgruppen fungerar väl utom i Sunderbyn, där de palliativa vårdplatserna är för få och patienterna slutvårdas på hematologavdelning. Sommaren 2017 var både hematolog- och palliativavdelning stängda, är nu öppna med ett fåtal vårdplatser. Resurserna är ojämnt fördelade.

**Kolorektalcancer:** Hela regionen beskriver bristande resurser för den palliativa vården.

**Lungcancer:** Vid lungcancer har hälften av alla patienter redan vid diagnos en spridd sjukdom. Bland alla som insjuknar i lungcancer är den förväntade 5-årsöverlevnaden ca 15%. De palliativa insatserna vid lungcancer behöver därför vara omfattande. Paramedicinsk personal finns knutna till lungmedicinska och onkologiska enheter i hela regionen och kssk uppmärksammar patienters behov av insatser från dessa arbetsgrupper. Samarbetet mellan slutenvården och regionens palliativa enheter är gott. På Nus har AHS palliativ rond på lungavdelningen annan vecka. Då diskuteras inläggande patienter för att optimera de palliativa åtgärderna och återkoppling ges om patienter som blivit inskrivna hos AHS och vistas i hemmet Detta samarbete är mycket uppskattat både av personal från lungmedicin och AHS och kommer patienterna till godo. Liknande samarbeten mellan sjukhusbunden lungcancersjukvård och palliativmedicinska specialister finns på länsnivå i hela regionen. Det råder dock en olikhet vad gäller tillgång till palliativ vård i regionen.

**Neuroendokrina tumörer, cancer i tunntarm och sköldkörtel:** Då prognosen är god inom denna diagnosgrupp är behovet av palliativ vård begränsat. Palliativ hemsjukvård i avancerade fall fungerar väl.

**Palliativ vård:** Bristen på utbildningstjänster (ST-block) för läkare som vill ha tilläggsspecialitet i palliativ medicin påverkar kompetensförsörjningssituationen negativt. Den specialiserade palliativa vården möter allt mer komplicerade palliativa tillstånd och komplexa symtom, norra regionen har en åldrande befolkning med ökat behov av palliativa insatser, ökad cancerincidens och en ökande vilja att avsluta sitt liv i det egna hemmet. Resursbrister inom den specialiserade palliativa vården slår mot alla vårdformer, såväl kommunala som landstingsstyrda. Om inte specialiserad palliativ konsultation kan ges till palliativa patienter i eller kring det egna hemmet, på särskilt boende eller på sjukhus ökar belastningen på öppen- och slutenvård. Utbudet av specialiserad palliativ vård i norra regionen är fortsatt ojämlig. Strukturering och likriktning kommer att bli nödvändigt för att erbjuda jämlik specialiserad palliativ vård. Detta inkluderar framför allt specialiserad palliativ hemsjukvård samt specialiserad palliativ konsultation riktad mot kommunal hälso- och sjukvård samt slutenvård. Fortsatta diskussioner bör föras i regionen gällande möjligheten till regional palliativmedicinsk telefonjour.

**Prostatacancer:** Den stora bristen på urologer i regionen hotar tillgången på specifika symtomlindrande åtgärder för palliativa prostatacancerpatienter.

**Sarkom och benmetastaser:** Generellt är behoven desamma som för övriga onkologiska diagnoser. Det faller dock ett stort ansvar på Umeå som är sarkomcentrum och som sköter mycket av den palliativa behandlingen. Sent palliativ vård ansvarar hemortssjukhus för.

**Övre GI-cancer:** Patienter med övre gastrointestinala tumörer i palliativ vård erbjuds vård inom samtliga landsting i norra regionen. Den generella vårdplatsbristen drabbar dock även denna patientgrupp.

#### Prioriterat område 6: Onkologisk specialistkompetens i alla landsting

<p><b>RN Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Skapande av ett cancercentrum med en gemensam enhet för alla specialiteter som arbetar med cancer bör utredas. Vid utbyggnad av Sunderby sjukhus finns plan för Onkologiskt centrum.</li> <li>* Aktiv rekrytering av onkologer, målet 4 onkologer samt 3 ST.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Utredning av onkologisk klinik pågår. Förslaget är att RN ska utveckla en onkologisk verksamhet på ett sätt som liknar RJH.</li> <li>* Rekrytering av ST-läkare i onkologi pågår, en första har nyss påbörjat sin ST-utbildning.</li> </ul>	<p><b>VLL Mål:</b></p> <p>Två onkologer på plats i Östersund och minst två ST med koppling till Sunderbyn.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* En av Östersunds ST kommer blir färdig specialist i början av 2018, den andra är under fortsatt utbildning.</li> <li>* I Norrbotten har den förste ST-läkaren påbörjat sin ST-utbildning enligt samma modell och rekrytering av en till person pågår.</li> </ul>	<p><b>RJH Mål:</b></p> <p>I den lokala handlingsplanen finns en målbeskrivning i tre steg fram till år 2023, då målet är 5 onkologer, 1 ST och en välfungerande onkologisk/palliativ avdelning. Här redovisas steg 1.</p> <p><b>Steg 1 Allt bättre NU år 2016-2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Införande av IT-system för dosering av cytostatika (Cytodos).</li> <li>* Förändring av lokaler på onkologmottagningen.</li> <li>* Enhetliga rutiner för onkologmottagningen.</li> <li>* Krav inom SVF beaktas.</li> <li>* Införande av PICC-line (perifert insatt central kateter).</li> <li>* Utveckling inom cancerrehabilitering (se även prioriterat mål 8).</li> <li>* En tredje ST-läkare startar utbild-</li> </ul>	<p><b>LVN Mål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Fortsatt förstärkning av befintlig kompetens.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Fortsatt prioritering av rekrytering/utbildning av ST-läkare och strålbehandlings-ssk.</li> </ul>
---	--	---	---



		<p>ning till onkolog.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Diskutera fram detaljer kring hur en onkologisk/palliativ vårdavdelning ska utformas.</li> </ul> <p><b>Uppföljning 2017, steg 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Införande av Cytodos pågår, pilot start okt 2017.</li> <li>* Lokalförändringar: omflyttning påbörjad, inväntar ombyggnation.</li> <li>* Rutinarbete pågår.</li> <li>* SVF beaktas.</li> <li>* Picc-line på gång.</li> <li>* Projektanställd sjukgymnast på 50% som till viss del jobbar med cancerrehab.</li> <li>* ST-plan kvarstår, planerad tillsättning av tredje ST senast våren 2018.</li> <li>* Diskussioner avseende onkologisk/palliativ vårdavdelning påbörjas hösten 2017.</li> </ul> <p><b>Steg 2:</b> målbild för 2018-2020 kvarstår och arbete mot målen pågår.</p>	
<p><b>Kommentarer från RCC:s processgrupper, onkologisk specialistkompetens i alla landsting:</b></p> <p><b>Generella kommentarer från processarbetsgrupperna:</b> Bristen på onkologiska kliniker i RJH och RN är ett stort problem. Pågående uppbyggnad av onkologin i RJH är positiv och viktig. Den onkologiska behandlingen blir alltmer specialiserad. Att kirurger nu ansvarar för delar av den onkologiska behandlingen i RJH och RN beskrivs som problematisk, både för en jämlik vård och för kompetensförsörjningen inom kirurgin. Värdet av de regionala MDK för gemensam bedömning och behandlingsrekommendation poängteras. Nedan anges enbart diagnos-/områdesspecifika kommentar utöver de gemensamma.</p> <p><b>Cancerrehabilitering:</b> Onkologisk specialistkompetens behövs även för cancerrehabiliterande åtgärder och troligen kommer det att behövas en tillsättning av kompetens inom rehabilitering med inriktning mot cancer. Dock saknas bra kartläggningar som visar vilken kompetens och hur mycket resurser som finns/behövs i dagsläget.</p> <p><b>Gyncancer:</b> Fortsatt brist råder på subspecialister inom gynekologin. Utbildning pågår, men tar lång tid. Nyrekrytering och ytterligare utbildning fordras.</p> <p><b>Hjärntumörer:</b> Det bör finnas specialistläkare som ansvarar för patientgruppen inom samtliga landsting/region, men det kan vara neurolog, onkolog eller</p>			

möjliga medicinläkare. Det viktigaste är att det finns läkare som tar reellt ansvar för patienterna. Mycket kan göras i samråd/samarbete med onkologer på Nus även om patienten är på annat sjukhus.

**Lungcancer:** Möjligheten till palliativ radioterapi är ojämlig i regionen och kan enbart ges i VLL och LVN samt till de patienter som är pigga nog att resa till något av dessa landsting.

**Neuroendokrina tumörer, cancer i tunntarm och sköldkörtel:** Behandlingsbeslut tas på regional MDK. LVN-patienter behandlas i Sundsvall. All avancerad onkologisk behandling av sköldkörtelcancer och onkologisk behandling av patienter från RJH, VLL och RN sker på Nus.

**Sarkom och benmetastaser:** Behovet är begränsat för diagnosgruppen, då patientgrupp är liten och merparten av vården ska ske på sarkomcentrum Nus.

### Prioriterat område 7: Öka förutsättningar för tidig upptäckt (OBS! Se även Tabell 3 för regiongemensamma mål)

RN Mål:	VLL Mål:	RJH Mål:	LVN Mål:
De regiongemensamma, se tabell 3.	<i>Mål avseende cervixcancer-prevention:</i> * 4 veckors svarstider för gynekologisk cellkontroll. <i>Mål avseende mammografi:</i> * Följa nationella riktlinjer. * Leverera data över mammografiscreening enligt nationell mall till nationellt kvalitetsregister via RCC Norr. * NORMA (kvalitetsregister för mammografiscreening i Norra regionen) ska tas i bruk. <i>"Vägen in till cancervården":</i> * Utöka allmänläkarkonsulter där så inte finns. Förbättra förutsättningarna att rekrytera allmänläkarkonsulter genom att tid ska kunna avsättas för uppdraget.	<i>Mål avseende cervixcancer-prevention:</i> * Anslutning till Cytburken (är beroende av VLL). * Tydlig organisation för cervixcancerprevention. * Implementering av nya vårdprogrammet för gynekologisk cellkontroll.	De regiongemensamma, se tabell 3.
<b>Uppföljning 2017:</b> se tabell 3.	<b>Uppföljning 2017:</b> <i>"Vägen in till cancervården":</i> * Tillgång till allmänläkarkonsulter (AKO) är fortfarande inte heltäckande, 10-12 finns idag. Behovet ökar dessutom i takt med att vårdkedjorna	<b>Uppföljning 2017:</b> * Cytburken: ej infört, processkartläggning pågår i VLL. * Anpassning av kallelsesystemet tas med i processkartläggningen. Detta måste fungera innan nya vårdprogrammet tas i bruk.	<b>Uppföljning 2017:</b> se tabell 3

utvecklas. AKO:s förutsättningar för uppdraget är ett prioriterat område.		
---	--	--

### Kommentarer från RCC:s processgrupper, öka förutsättningar för tidig upptäckt:

**Generella kommentarer från processarbetsgrupperna:** Införandet av SVF har ökat möjligheterna för tidig upptäckt av cancer och förbättrar förmågan hos akut- och primärvården. Inom flera processer lyfts problem med remittering och kodning inom SVF och att det kan skilja sig i regionen hur detta sker. Ett kvalitetssäkringsarbete pågår nationellt. Även att patienter inte alltid informeras om SVF lyfts som ett problem. Nedan anges enbart diagnos-/områdesspecifika kommentar, utöver de dessa gemensamma.

**Gyncancer:** Screeningverksamhet för cervixcancer är väletablerad och fungerande, men det nya nationella vårdprogrammet är inte implementerat. För övriga gyncancerdiagnoser saknas screeninginstrument. Forskning för ovarialcancermarkörer pågår.

**Hjärntumörer:** Arbetet med SVF har ännu inte fungerat optimalt, men det pågår arbete för att förbättra processen.

**Kolorektalcancer:** RJH, VLL och RN deltar i SCREESCO-studien avseende bästa metodik för kolorektalcancerscreening. LVN har fattat ett principbeslut om att införa allmän screening. En nationell arbetsgrupp med representation från alla regioner utreder och planerar för införande av nationell kolorektalcancerscreening.

**Lungcancer:** Screening för lungcancer diskuteras internationellt och nationellt och kommer möjligen att bli aktuellt på sikt. Studier pågår, där data inväntas inom något år.

**Mammografi:** Inklusionskriterierna för bröstcancer-SVF upplevs vida, misstänkta fall som kommer till mammografi uppfyller ofta inte välgrundad misstanke, vilket kan riskera att skapa undanträngningseffekter.

**Neuroendokrina tumörer, cancer i tunntarm och sköldkörtel:** Screeningverksamhet är inte aktuell eller applicerbar på sköldkörtelcancer, annat än för extremt sällsynta ärftliga syndrom.

**Prostatacancer:** Socialstyrelsen har en pågående uppdatering i frågan om prostatacancerscreening, svar väntas under första kvartalet 2018. Ännu kommer relativt sett en mycket liten andel patienter till utredning och diagnos via SVF.

**Urotelial cancer utom prostata:** Det råder i delar av sjukvårdsregionen en oenighet kring arbetsfördelning mellan primärvård och urologkliniker vid alarm-symtomet *makrohæmaturi* (synligt blod i urinen) inom SVF för cancer i urinblåsa och urinvägar. Brist på urologer och operationsutrymme för diagnostisk TURb försvårar fungerande SVF. Aktuell forskning i regionen visar att tillgängligheten till urologi förbättrar överlevnaden i urinblåsecancer och att längre geografiskt avstånd till urologisk enhet försämrar överlevnaden.

**Övre GI-cancer:** IPMN (Intraduktal papillär-mucinös neoplasi) är ett premalignt tillstånd i pankreas (bukspottkörteln), som oftast diagnosticeras genom att man finner cystlika förändringar av pankreasgången. I nya riktlinjer rekommenderas uppföljning varje år/halvår av dessa patienter med i första hand MR, så länge patienten bedöms operabel. Detta ställer stora krav på radiologin, ökar antalet patienter som ska bedömas på MDK och medför ett ökat behov av operationsresurser, då fler patienter går vidare till kirurgi. Då allt fler patienter går in i uppföljningsprogrammen kan volymen förväntas öka över tid. Även behov av ytterligare utredning med EUS (endoskopiskt ultraljud) ökar.

Norra regionen har lägst andel patienter med levercellscancer som upptäcks via surveillance (övervakningsprogram) enligt senaste kvalitetsregisterrapporten. Utbildningsinsatser och förbättrade rutiner krävs för att öka surveillance bland riskgrupper för levercellscancer och vilken klinik som ansvarar för detta måste vara tydligt i respektive landsting/region.

Nya behandlingsalternativ finns för vissa former av matstrups- och magsäckscancer, arbete pågår med nya riktlinjer för dessa tillstånd i norra regionen.

<b>Prioriterat område 8: Ökade insatser inom cancerprevention (OBS! Se även Tabell 3 för regiongemensamma mål)</b>			
<p><b>RN Mål:</b> De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> se tabell 3</p>	<p><b>VLL Mål:</b> * Ökade tobaksförebyggande insatser på gymnasienivå, Tobaksfri duo G, samt för gruppen nyanlända och ensamkommande flyktingbarn. * Diplomerad tobaksavvänjare på varje enhet. All personal ska fråga patienter om tobaksbruk och vid behov remittera till tobaksavvänjare. * En rökfri operation för alla opererande enheter. * Ökad kondom användning.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> se tabell 3.</p>	<p><b>RJH Mål:</b> * Primärvårdens uppdrag kring tobaksavvänjning och FAR är viktigt. * Rökfrihet inför benigna operationer enligt egna rutiner vid klinikerna.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> se tabell 3.</p>	<p><b>LVN Mål:</b> De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> se tabell 3</p>
<p><b>Kommentarer från RCC:s processgrupper, ökade insatser inom cancerprevention</b></p> <p><b>Generella kommentarer från processarbetsgrupperna:</b> Arbeta kring hälsosamma levnadsvanor är generellt viktigt för att förebygga cancer. Att minska rökning, alkoholkonsumtion och övervikt och öka den fysiska aktiviteten hos befolkningen är övergripande mål och ökade arbetsinsatser inom dessa områden behövs. Nedan anges enbart diagnos-/områdesspecifika kommentar, utöver de dessa gemensamma.</p> <p><b>Lungcancer:</b> 85% av all lungcancer drabbar personer som varit eller är rökare och ett fortsatt arbete med tobakspreventiva åtgärder är mycket viktigt.</p> <p><b>Melanom:</b> I norra regionen har projektet <i>Sunda solvanor</i> genomförts under 2016-2017, i samarbete mellan RCC Norr och barnvårdscentralerna (BVC) i samtliga landsting/regioner. Kylskåpsmagneter med råd om sunda solvanor har delats ut av BVC-sköterskor till föräldrar med barn som besökt BVC under sommaren, med start i maj månad. Affischer har delats ut till BVC-enheterna och förskolor. Uppföljning visar att BVC-sjuksköterskorna uppfattat materialet som viktigt, med lätt och konkret information som också fungerar som påminnelse både för de informera om detta och för föräldrarna. De framför önskemål om att fortsätta med detta informationsmaterial.</p> <p><b>Prevention:</b> Ett ökat antal tobaksavvänjare i regionen förbättrar förutsättningarna för arbetet med minskad tobaksanvändning. Målen med fysisk aktivitet kvarstår men har stagnerat något och insatser för att stödja vårdpersonal i det arbetet behövs. Arbetet med prevention och livsstilsförändringar behöver prioriteras för möta ökande behov och minska individers risk för insjuknande. Samarbetet mellan folkhälsoenheterna och sjukvården behöver utvecklas och intensifieras, för att identifiera lämpliga åtgärder och verktyg som stödjer arbetet med både primär och sekundär prevention och möter de ökande behoven av stöd till patienterna. Att vårdpersonalen tar upp frågor om levnadsvanor med patienterna är viktigt.</p> <p><b>Urotelial cancer utom prostata:</b> Hälften av männen och 1/3 av kvinnorna som får urinblåsecancer har varit eller är rökare.</p>			

<b>Prioriterat område 9: Cancerrehabilitering till alla utifrån individuella behov (OBS! Se även Tabell 3 för regiongemensamma mål)</b>			
<p><b>RN Mål:</b> * Utveckling av cancerrehabilitering, utgående från Carereprojektet i gynprocessen. * Utveckling av ett kompetensteam för cancerrehabilitering, bestående av de paramedicinska yrkesgrupperna.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b></p>	<p><b>VLL Mål:</b> De regiongemensamma.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> * Nya vårdprogrammet har börjat spridas i verksamheten. Inventering av rehabiliteringsresurser i länet pågår och beräknas utgöra underlag för kommande organisation och utveckling i länet. * Lokal processledare ska utses och multidisciplinär arbetsgrupp i länet är under bildande. * Deltar i rehabiliteringsprojekt inom bäckenbottenrehabilitering och inom vissa diagnoser i <i>Rehabspåret</i>, övre GI och bröstcancer.</p>	<p><b>RJH Mål:</b> * Inrättande av en lokal multiprofessionell arbetsgrupp för regelbundna möten, kompetensutveckling och fortlöpande arbete utifrån regionalt fattade beslut inom området cancerrehabilitering. * Pilotprojekt inom cancerrehabilitering för hjärntumörpatienter.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> * En multidisciplinär arbetsgrupp har tagit fram ett förslag till hur RJH kan arbeta strukturerat med screening av rehabiliteringsbehov. En projektledare ska utses och under 2018 fortsätta arbetet utifrån förslaget, samt även implementera det nationella vårdprogrammet. Projektledaren ska ha nära samarbete med kssk-nätverket och med personalen vid koordinatorcenter.</p>	<p><b>LVN Mål:</b> De regiongemensamma.</p> <p><b>Uppföljning 2017:</b> * Bred implementering av ”Min vårdplan” startad 2017. * En multiprofessionell arbetsgrupp har utarbetat riktlinjer för det länsövergripande cancerrehabiliteringsarbetet.</p>
<p><b>Kommentarer från RCC:s processgrupper, cancerrehabilitering till alla utifrån individuella behov</b></p> <p><b>Generella kommentarer från processarbetsgrupperna:</b> Resurser för cancerrehabilitering varierar i regionen och skiljer sig även mellan olika diagnoser. Området behöver prioriteras och vidareutvecklas. Kontaktsjuksköterskor som arbetar löpande med att identifiera rehabiliteringsbehoven är en viktig förutsättning för att kunna erbjuda cancerrehabilitering utifrån individuella behov. Många diagnosområden och enheter i regionen ingår i ett regionalt införandeprojekt, <i>Rehabspåret</i>, som startat hösten 2017. Projektet syftar till att implementera systematiska bedömningar av rehabiliteringsbehov och klargöra resurser och kontaktvägar för de olika professionerna som behöver finnas i cancerrehabiliteringsteamet.</p> <p>För patienter med besvärliga komplikationer vid cancer i bäckenområdet har en regional MDK för bäckenrehabilitering har nyligen startat, med konferenser varannan vecka och med de regionala processledarna för gyncancer respektive kolorektalcancer som ordföranden. De diagnoser som ingår är <b>kolorektal, anal, urologisk, gynekologisk och viss hematologisk cancer</b>. Patientens symtom och besvär ska styra rehabiliteringsinsatserna, inte ursprungsdiagnos. Kompetensen ska inte vara klinikbunden och insatserna ska på alla nivåer kunna gå över diagnosgränserna.</p>			

## Regional utvecklingsplan 2016-2018, regionala målnivåer för de nationella kriterierna

**Tabell 3. Uppföljning av den regionala utvecklingsplanen för cancervården i norra regionen 2016-2018. Regionala målnivåer för de nationella RCC-kriterierna.** Resultat/läge avser 2016-12-31 (alternativt oktober 2017, för resultat som inte tagits ur kvalitetsregister)

**Grön färg** i kolumnen för **resultat/läge** markerar målnivåer som har uppnåtts. **Gul färg** används för målnivåer som delvis har uppnåtts, eller är på väg att uppnås och där datum för måluppfyllelse är senare än 2016/2017. **Röd färg** markerar målnivåer som inte har uppnåtts inom den tid som satts för måluppfyllelse, eller som är mycket långt från mål där datum för måluppfyllelse är senare än 2016/2017. Fält som saknar färgsättning kan inte bedömas utifrån uppnådd målnivå, antingen för att data saknas eller för att målet inte längre är relevant.

I kolumnen ”Utveckling” visar pil rikningen för utvecklingen inom området. En positiv utvecklingstrend markeras med ↑, en negativ med ↓. När pilar i båda riktningarna finns för en målnivå omfattar den både en positiv och en negativ utveckling. För målnivåer som står stilla har symbolen ↔ använts. Där utvecklingen inte kunnat bedömas anges inga symboler.

Om- råde	Målnivåer och år för måluppfyllelse	Utgångsläge	Resultat/läge 2016-12-31 (alt. okt 2017 för resultat som inte tagits ur kvalitetsregister)	Ut- veck- -ling
<b>Kriterium: Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer</b>				
Förebyg- gande insatser	Införa Tobaksfri Duo (TD) i alla regionens kommuner, med målsättningen 70 % tecknade avtal i regionen. <b>2017</b>	Tobaksfri Duo finns i alla kommuner i VLL och RN, fortsatt spridning i LVN och RJH. 75% tecknade avtal i VLL, 64% i RN.	TD finns i alla kommuner i VLL och RN. I LVN finns TD i 4 av 7 kommuner (Sollefteå, Timrå, Ånge och Kramfors), där 77% har tecknat avtal, samt i 2 skolor i Sundsvall. I RJH finns TD i 4 av 8 kommuner och den 5:e är på gång. Antal som tecknat kontrakt är >85% i Härjedalen och Strömsund, och ca 55 % i Ragunda och Åre som är nya i arbetet.	↑
	Diplomerade tobaksavvänjare ska finnas tillgängliga för länets hela befolkning, på sjukhus, primärvård eller folktandvård. <b>2017</b>	Tobaksavvänjare finns i närmiljön för ca 75% av befolkningen, andelen diplomerade är 20-90 % i de fyra länen.	Antalet diplomerade tobaksavvänjare har ökat i alla län och ytterligare utbildningar planeras. Enstaka hälsocentraler i varje län saknar diplomerade tobaksavvänjare.	↑
	Öka andelen som tillfrågas om sina alkoholvanor inom vården. <b>2017</b>	Arbete för att möjliggöra utvärdering pågår	Generellt ses ingen ökning i antal tillfrågade jämfört med år 2015, men fler personer med riskbruk av alkohol identifieras. Utbildningsinsatser till personalen har	↑

			genomförts i LVN, VLL och RN och planeras i RJH. En filmkampanj om alkoholvanor planeras för 2018.	
	Ökad fysisk aktivitet genom att fler kliniker arbetar aktivt med att samtala om fysisk aktivitet och förskriva FaR. <b>2017</b>	Primärvården arbetar strukturerat med detta, inom specialistsjukvården och psykiatrien pågår implementering. 14 368 FaR i regionen 2014.	Fortsatt men svag ökning av antalet FaR i regionen från 15 649 under 2015 till 16 368 under 2016. Ökningen har fr.a. skett i LVN, RJH har fortsatt låg förskrivning. För hela regionen är förskrivning av FaR inom specialistsjukvården fortfarande liten. Uppföljning av FaR prioriteras.	↑
	Minska antalet stillasittare i regionen genom ökad kunskap bland befolkningen. <b>2018</b>	Andel stillasittande i regionen 12-17%, oförändrat sedan mätningen 2010	I norra regionen är 36% av befolkningen otillräckligt fysiskt aktiv och 13% uppger att de rör sig mindre än 2 timmar enligt Hälsa på lika villkor 2014, ny mätning sker 2018. I samarbete mellan folkhälsoenheterna och RCC Norr har START-kampanjen bedrivits 2016-2017. Kampanjens målgrupp är personer som är otillräckligt fysiskt aktiva. 3589 personer deltog (87% kvinnor, 13% män).	
Tidig upptäckt av cancer	Regionen ansluten till processregistret (Cytburken), med fungerande fortlöpande dataleverans till processregistret. <b>2017</b>	Beslut att starta finns i alla län utom RN.	LVN inför Cytburken under hösten 2017. VLL och RJH har påbörjat arbete för införande. RN planerar anslutning till Cytburken hösten 2018.	↑
Cervixcancerprevention	Landstingen har en tydlig organisation för cervixcancerprevention, med dokumenterad ansvarsfördelning med processansvarig och styrgrupp förankrad i landstingsledning. <b>2016</b>	Varierande organisation	Organisation med processansvarig och styrgrupp finns sedan 2017 i alla landsting, men ansvarsfördelning och resurser är inte tydligt överallt.	↑
	Implementering av SoS nya screeningriktlinjer för cervixcancerprevention från 2015. Planering och arbete påbörjas under 2016 i alla regionens landsting. <b>2017</b>	Ej påbörjat	Planering och arbete för implementering av SoS nya screeningriktlinjer och den nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention har påbörjats, men mycket arbete återstår.	↑
Tidig upptäckt av cancer  Mammografi	Samtliga landsting anslutna till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening och levererar data regelbundet till INCA. <b>2017</b>	Endast RN och VLL har lyckats exportera data till RCC	Arbete med det nationella kvalitetsregistret pågår, men har tagit längre tid än beräknat. En pilot i Västmanland beräknas klar våren 2018. Därefter kan övriga landsting/regioner ansluta sig. Förberedelser för anslutning behövs i respektive landsting/region. RN kan leverera individuella data till RCC ur befintligt system. Dessa data kan användas för att beräkna indikatorerna tills det nationella kvalitetsregistret är i funktion.	↑
	Deltagande i regionen förbättras till 87,5% <b>2018</b>	84,7%	85,5% (83,8-86,9% inom regionen). En statistisk analys av deltagandet pågår. deltagandet för den yngsta gruppen 40-49 år är klart lägst (3-7%-enheter lägre än övriga åldersgrupper).	↑



	Längd screeningintervall (tid mellan erbjudna datum i två konsekutiva screeningomgångar): 95% inom 24 månader. <b>2017</b>	VLL 90% inom 29,7 månader, RN 90% inom 29,4 månader	LVN och RJH klarar målet. VLL har brist på mammo-grafiläkare och når inte målet. RN klarar målnivån utom i Piteå som har långa intervall.	↑
	Andel som dubbelgranska: 98% i regionen. <b>2017</b>	89% (25% i RJH, 100% i övriga landsting)	100%	↑
	Tid (dagar) från screening till diagnos (enligt definition i cancerregistret) för screeningupptäckt bröstcancer: 90% inom 31 dagar. <b>2017</b>	VLL 90% < 34 dgr, RN 90% <44 dgr, data saknas för LVN och RJH.	Uppföljningsdata tas fram för RN under våren 2018.	
	Intervallcancer (andel av totalt antal cancerfall bland deltagare) år 1 och år 2 (innan nästa screening): <30% år 1, <50% år 2. <b>2017</b>	Okänt	Uppföljningsdata tas fram för RN under våren 2018.	
	Andel av screeningupptäckt cancer som är stadium II+ <30% <b>2018</b>	32% i regionen	25% baserat på data från kvalitetsregistret för bröstcancer, ej från screeningdata. Screeningppföljningsdata tas fram för RN under våren 2018.	↑
”Vägen in till cancer-vården”	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. <b>Två år efter beslut om mål</b>	Långa väntetider från första besök i PV till diagnos, men orsaken okänd.	Resultat av kartläggningen sammanställs och artiklar skrivs. En vetenskaplig artikel förväntas bli publicerad under 2017. En ytterligare artikel med fokus på socioekonomi och glesbygd i relation till diagnosfördröjning förväntas komma under 2018. En doktorand arbetar inom projektet.	↑
	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. <b>Tre år efter beslut om mål (om resurser erhålls), 2018/2019</b>	Bristande kunskap om antal cancerfall som upptäcks i PV samt förekomst av de vanligaste cancerrelaterade symtom patienter söker PV för vid misstänkt cancer.	Forskningsprojekt pågår inom tjock- och ändtarmscancer. Ytterligare forskningsmedel söks.	↑
	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. <b>2016</b>	SVF saknas på landstingens plattformar	Information om SVF finns på alla landstings plattformar. En informationskampanj om SVF riktad till primärvården, ”Tänk SVF”, har under hösten 2017 genomförts i hela sjukvårdsregionen.	↑
	Snabbare och bättre omhändertagande av patienter med misstänkt cancer i PV genom att följa SVF. <b>2016</b>	Långa väntetider för många diagnoser. Bl.a. återremittering till PV fördröjer utredningar.	SVF har införts för de flesta cancerdiagnoser och under perioden 2016–okt 2017 har >9000 patienter i regionen utretts enligt SVF. En kvalitetssäkring av kodningen inom SVF pågår, data är i nuläget för osäkra för att generellt bedöma om ledtiderna blivit kortare.	↑
	Minst 30% av patienterna handläggs enligt SVF för	SVF införs för några diagnoser 2015,	En skattning av antalet cancerfall inom dessa 5 diagno-	↑



	de diagnoser där SVF finns. <b>2017 för de 5 första SVF-diagnoserna.</b>	fler under kommande år	ser utreda enligt SVF i regionen under det senaste året, i relation till medelvärdet av totalt antal cancerfall/år under perioden 2013-2015, motsvarar att 39-65% av cancerfallen utreds enligt SVF inom dessa diagnoser.	
	Fortbildning för sjuksköterskor och läkare i norra regionens PV i form av utbildningsdag, "Hur hittar vi cancer tidigare?" <b>2016</b>	Utbildningar genomförda i LVN, VLL och RJH 2013-2014	I samband med SVF-införande sprids information om alarmsymtom för varje SVF. Varje landsting/region har inom egna ramar för kompetensutvecklingsdagar (PV- eller inom yrkesspecifika dagar) informerat om SVF, alarmsymtom och cancer.	↑
<b>Kriterium: Vårdprocesser</b>				
Barn-onkologi	Gemensam plan och program inom regionen för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancersjukdom hos barn och ungdomar. <b>2016</b>	Arbete pågår kring praktiska rutiner och med nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning	Nationellt vårdprogram för uppföljning efter barncancer har fastställts. Arbete som ska vara slutfört 2018 för att uppdatera programmet är startat.	↑
	Inrätta ett regionalt kompetens- och konsultcentrum för seneffekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar. I detta ingår ny tjänst för konsultkssk för transition och kontroll av tonåringar och unga vuxna efter cancersjukdom. <b>2016-2017</b>	Arbete pågår med förslag organisation. Pågående arbete med nationellt vårdprogram viktigt för detta.	Över 500 överlevare efter barncancer i norra sjukvårdsregionen som nu är vuxna har identifierats. Seneffektuppföljning av överlevare efter barncancer har startats i samarbete mellan barnonkologin och Cancercentrum Nus i april 2017. Hittills har patienter från VLL kallats. Överföring mellan barnonkologi och vuxenonkologi fungerar inom existerande strukturer. Diskussion måste föras om finansiering för att se till att seneffektuttagning för att överlevare efter barncancer i norra regionen fungerar.	↑
	Vidareutveckla fungerande hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn och ungdomar: 80 % ska ha tillgång till fungerande hemsjukvård vid behov. <b>2017</b>	Pågående samarbete med regionens samrådsgrupp för palliativ vård.	En inventering av situationen inom norra sjukvårdsregionen är gjord och visar på stora olikheter. Arbete kommer att påbörjas för att se hur dessa kan minimeras och där kommunikation sker med berörda kommuner.	
	Utforma individuella utvecklingsplaner för alla inblandade vårdgivarkategorier inom barncancer-vården i regionen: 80% av personalen ska ha en individuell utbildningsplan. <b>2016</b>	Diskussioner om hur befintliga regionala och nationella utbildningsmöjligheter bäst tillvaratas.	Barncanceravdelningen vid Nus har ett tätt samarbete med samtlig personal i norra regionen som arbetar med barncancer. Möjlighet finns till finansierad auskultation vid Nus och det finns speciellt designade kurser för såväl läkare, ssk och usk som arbetar inom barnonkologi.	↑
Blod-cancer	Välfungerande konferenser: a) Telemedicinsk terapikonferens varje vecka för hematologer/onkologer i regionen, med anmälan av patienter i tid, och aktivt deltagande från alla	a) Fungerande veckovisa konferenser. b) Fungerande MDK varannan vecka med Nus, Östersund, Skellefteå, Sunderbyn. Genetiker deltar ej.	a) Telemedicinsk terapikonferens hålls varje vecka för hematologer och lymfomkologer i hela regionen. Alla sjukhus deltar utom Skellefteå. b) Telepatologisk konferens hålls varannan vecka med	↑

	sjukhus. b) MDK med hematolog, onkolog, hematopatolog och genetiker, med deltagande från alla sjukhus. <b>2016</b>		Nus, Sunderbyn, Sundsvall och Skellefteå. Onkolog, hematolog, hematopatolog och vid behov genetiker deltar.	
	Bättre täckningsgrad i blodcancerregistret: >70% inom 3 mån. >90% inom 1 år <b>2016</b>	Förbättrade nivåer på de flesta sjukhusen. Svårigheter att registrera i tid.	Täckningsgrad för de olika registren inom blodcancer är 11-59% inom 3 mån (medel 21%), 57-95% inom 1 år (medel 75%).	↑↓
	Individuell skriftlig vårdplan till patienterna för 80 % av patienterna. <b>2016</b>	Nydiagnostiserade patienter på 4 sjukhus får skriftlig vårdplan.	Exakta siffror saknas. På flertalet sjukhus får patienterna en skriftlig individuell vårdplan och övriga arbetar med att komma igång med detta.	↑
	Lokala riktlinjer till remitterter om remitteringsvägar för knölar ska finnas i alla landsting. <b>2016</b>	Fördröjd diagnos, riktlinjer är oklara förutom i Sundsvall.	Lokala riktlinjer finns i hela regionen, i olika form.	↑
	Kontakt- eller teamsjuksköterska finns på alla hematologiska enheter och ansvarar för att patienterna får en individuell skriftlig vårdplan. <b>2016</b>	Finns på 5 sjukhus. Behöver bli fler och få delta i utbildningsaktiviteter.	Kontakt- eller teamsjuksköterskor finns på alla sjukhus.	↑
	Hög följsamhet till nationella riktlinjer enligt målandikatorer för varje diagnos. <b>2016</b>	40-100% följsamhet, varierar mellan diagnoserna	ALL, AML, KML har hög följsamhet till nationella riktlinjer i hela regionen. Låg täckningsgrad i registren för KLL och MDS försvårar uppföljning. Aktivt deltagande i framtagandet av nationella vårdprogram och terapikonferenserna ger god följsamhet.	↑
	Förbättra ledtid mellan remiss till diagnosbesked och behandlingsplan i enlighet med de tider som definieras i SVF. <b>2016</b>	Tydliggörs och blir lättare att följa med SVF. Uppfylls inte för t.ex. lymfom och myelom.	För AML hölls tiden 6 dagar hos 84% av patienterna första halvåret 2016 och 60% det andra halvåret (liten patientgrupp). För myelom hölls tiden i hela regionen för 59% av patienterna (20-75% i de olika länen) 2016, 46% 2015. För KLL fanns 15 patienter registrerade i regionen, med behandlingsbeslut efter i medeltal 21 dagar. Behandlingsbeslut för lymfom i medeltal efter 28 dagar (19-37 i de olika länen). Flera sjukhus har svårt att få körtelbiopsier och röntgenundersökningar inom rimlig tid. Avsaknad av läkare och beroende av stafett läkare kan försena ett första besök.	
Bröstcancer	90 % av kvinnorna med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor. <b>2017</b>	60% opereras inom 3v (22-80 %), 76% opereras inom 4v (46-93%)	65% opereras inom 3 veckor, 83% inom 4 v. 3 v: LVN 72%, RJH 76%, VLL 47%, RN 87%. 4 v: LVN 83%, RJH 83%, VLL 64%, RN 90%. Längst väntetider på Nus, Skellefteå klarar målen.	↑
	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation. <b>2018</b>	51% (17-82%)	67%. LVN 58%, RJH 86%, VLL 49%, RN 81%	↑
	90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkolo-	88% (86-89%)	89%. LVN 96%, RJH 84%, VLL 92%, RN 87%	↑

	gisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor. <b>2017</b>	Data baserat från år 2013		
	5-årsöverlevnaden ska vara >90 % <b>2018</b>	2012: 88 % (86-91%)	82%. LVN 78%, RJH 72%, VLL 83%, RN 89%	↓
	98% av alla PAD-svar efter operation ska vara fullständigt strukturerade. <b>2018</b>	84.9-93.7%	97%. LVN 97%, RJH 96%, VLL 98%, RN 96%	↑
	10% av patienterna ska få omedelbar bröstrekonstruktion med implantat. <b>2018</b>	2.6%	9%. LVN 8%, RJH 0%, VLL 8%, RN 17%	↑
	50% av patienterna ska handläggas i enlighet med SVF. <b>2018</b>	SVF införs 2016	>50% i regionen. LVN 48%, RJH 64%, VLL 55%, RN 86%	↑
Gynekologisk cancer	Minska ledtiden för remissgång från kvinnokliniker till gynekologen till 2 dagar. <b>2016</b>	5,2 dagar (2013)	1 dag. SVF har förkortat remisshanteringstiden, alla remisser faxas.	↑
	Öka andelen patienter med ovarialcancer stadium I som fått optimal stadieindelning med systematiska biopsier till 50 %. <b>2016</b>	32,7 % (2008-2013)	70% (framgångsrik regional nivåstrukturering)	↑
	Ökad andel patienter som är opererade av erfaren tumörkirurg till 50 %. <b>2016</b>	26,7 % (2008-2013)	60% (framgångsrik regional nivåstrukturering)	↑
Hjärntumörer	Förstärkt patologi i regionen med en neuropatolog, 2 BMA och 2 molekylärbioologer, för att nå mål i nationellt vårdprogram. <b>2016/2017</b>	1 neuropatolog på deltid, 1 ST-läkare, stor brist på BMA.	Ej uppfyllt. Ett långsiktigt arbete med syfte att få utökade resurser pågår inom klinisk patologi.	
	Bättre fungerande MDK, med väl förberedda patientfall och deltagare, samt medverkan av länsjukhusen. <b>2016</b>	Endast Nus kan delta och ibland är inte alla fall/ deltagare väl förberedda	Delvis uppfyllt. Presentation och dokumentation fungerar. F.n. deltar bara Umeå och Östersund vid MDK. Sundsvall planerar börja delta då tekniska hinder är åtgärdade 2018. Oklart med start i Sunderbyn.	↑
	Minska tiden från preliminär diagnos via röntgen till operation till 2 v. <b>2016</b>	Ca 4 v (2013)	Cirka 3-4 veckor. Fr.a. brist på sjuksköterskor på NIVA orsakar väntetider.	↔
	Inrapportering i kvalitetsregister: 95%. <b>2016</b>	92,7% (2013)	Uppfyllt för 2015 (98%) men ännu inte för 2016. Inrapportör har saknats en period men finns nu, registreringsarbete pågår och täckningsgraden för 2016 förbättras succesivt.	↑
	Kontaktsjuksköterskor (kssk) på samtliga länsjukhus. <b>2016</b>	Kssk saknas i Sundsvall och Sunderbyn	Kssk finns på samtliga länsjukhus och på Cancercentrum Nus, men saknas ännu på Neurocentrum Nus.	↑
	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. <b>2016</b>	Endast muntlig information	Skriftlig information lämnas till samtliga patienter med gliom grad 3 och 4 samt de med grad 2 som har behov av kssk.	↑
	Förbättrad cancerrehabilitering: Efter avslutad onkologisk behandling ska patienten kunna remitteras till rehabavdelning/dagrehab i vars uppdrag rehabilite-	De flesta sjukhus i regionen saknar en rehabiliteringsenhet att remittera hjärntumörpatienter till	Tydliga direktiv finns inte för varje sjukhus i regionen. Ett projektarbete i RJH och VLL har där tydliggjort rutiner och resulterat i ökade rehabiliteringsmöjligheter	↑

	ring av hjärntumörspatienter ingår. Tydliga direktiv om var patientgruppen ska erbjudas rehabilitering måste finnas för varje sjukhus i regionen. <b>2016</b>		för patientgruppen	
Huvudhalscancer	Ledtid från remiss till ÖNH-klinik till beslut om "välgrundad misstanke" 5 dgr i enlighet med SVF. <b>2016</b>	SVF införs under 2015	Sifferdata saknas. LVN uppger "målet uppnått", RJH >90%, VLL "hålls i de flesta fall".	
	Optimering av utredningsfasen i regionens snabbspår till 18 dgr i enlighet med SVF. <b>2016</b>	20 dgr	Sifferdata saknas. LVN uppger "målet uppnått", RJH >90%, VLL "hålls i de flesta fall". Enligt SVF är ledtid från start till avslut/start av behandling 30 dgr vid kirurgisk behandling och 38 dgr vid onkologisk. För regionens 257 registrerade SVF-patienter från 2015-okt 2017 klarades ledtiden för 50% av patienterna, median 35 dgr.	
	Ledtid till strålbehandling inom 18 dgr	21 dgr	Sifferdata saknas. LVN uppger "målet uppnått", VLL "hålls i de flesta fall". Enligt SVF är ledtid från start av SVF till strålbehandling 38 dgr. För regionens 54 registrerade SVF-patienter från 2015-okt 2017 som startade strålbehandling klarades ledtiden för 48% av patienterna, median 40 dgr.	
	Rätt använd kompetens i tumörteamet vid Nus: minska administrativ tid för medicinsk personal. <b>2016</b>	Nuläge beskrivs genom kartläggning	Pågående utveckling	
	Förstärkning av antal tumörkirurger till ett team med 4-5 fasta tumörläkare. <b>2016</b>	3,25 fast anställda 1,0 stafett	Uppgift saknas	
Kolorektalcancer	MDK ska genomföras före och efter operation. Patienter med rektalcancer: >90 % preop och >90 % postop. Patienter med koloncancer, >75 % preop och >90 % postop. <b>2016</b>	Rektalcancer 95% preop, 78% postop, koloncancer 78% preop, 83% postop	MDK har införts som en självklar del i handläggningen och målnivåerna har sedan 2015 uppnåtts för både pre- och postoperativ bedömning i hela sjukvårdsregionen.	↑
	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. <b>2016</b>	Rektalcancer 78%, koloncancer 92%	Rektalcancer: 83%. LVN 79%, RJH 68%, VLL 82%, RN 97%. Koloncancer 92%. LVN 96%, RJH 90%, VLL 86%, RN 96%	↑
	Minska ledtider för cytostatikabehandlingsstart genom kortare svarstider för första PAD-svar: >90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum. <b>2017</b>	Rektalcancer 73%, koloncancer 69%	Rektalcancer 83%. LVN 78%, RJH 100%, VLL 72%, RN 93%. Koloncancer: 84%. LVN 83%, RJH 100%, VLL 72%, RN 94%.	↑
	>30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer)	Rektalcancer 18%, koloncancer 11%	Rektalcancer: 27%. LVN 24%, RJH 8%, VLL 22%,	↑

	inkluderade i klinisk studie. <b>2018</b>		RN 46%. Koloncancer: 17%. LVN 19%, RJH 0%, VLL 7%, RN 37%.	
	<10 % reoperationer efter elektiv + akut operation för koloncancer. <b>2018</b>	7% (2-11%, högre på vissa sjukhus)	5%. LVN 2%, RJH 0%, VLL 6%, RN 9%.	↑
	98 % av patienter som ges adjuvant cytotostatikabehandling påbörjar denna inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer). <b>2017</b>	Rektalcancer 73%, koloncancer 73%	Rektalcancer: 80%. LVN 83%, RJH 100%, VLL 71%, RN 60%. Koloncancer: 80%. LVN 80%, RJH 78%, VLL 86%, RN 73%.	↑
	>30 % andel minimalinvasiv kirurgi (både kolon- och rektalcancer). <b>2018</b>	14 % för koloncancer och 2 % för rektalcancer	Rektalcancer: 33%. LVN 0%, RJH 5%, VLL 50%, RN 64%. Koloncancer: 43%. LVN 22%, RJH 26%, VLL 52%, RN 68%.	↑
Lungcancer	Täckningsgrad i kvalitetsregistret (anmälningsskett): 95% . <b>2016</b>	93% (81- 100%)	98%. LVN 91%, RJH 100%, VLL 97%, RN 98%.	↑
	Ledtid från inremiss till behandlingsbeslut <28 dgr för 80% av patienterna. <b>2018</b>	52% (39-63%)	43%, median 34 dgr. LVN 50% median 29 dgr, RJH 58% median 28 dgr, VLL 35% median 45 dgr, RN 39% median 34 dgr.	↑
	Ledtid från behandlingsbeslut till operation ska vara inom 21 dgr för 80% av patienterna. <b>2017</b>	46% op inom 3v, väntetid i median 24d	48%. LVN 71%, RJH 33%, VLL 33%, RN 52%.	↑
	Andel pat i st I-II, PS 0-2 som opereras ska vara likvärdigt inom regionen och jämfört med riket. <b>2017</b>	Ny variabel i KR. Ca 20% (60 pat/år) med nydiagnostiserad lungcancer opereras i regionen	82%. LVN 78%, RJH 50%, VLL 88%, RN 90%.	↑
	Ledtid från inremiss till behandlingsstart ska vara max 42 dgr för 80% av patienterna (motsvarar ungefär SVF). <b>2018</b>	Ny variabel i KR, utgångsläge saknas.	Median 50 dgr. LVN 52 dgr, RJH 43 dgr, VLL 57 dgr, RN 48 dgr. SVF infört våren 2016.	
	FDG-PET/DT vid utredning av st I-III, NSCLC för 90% av patienterna. <b>2018</b>	78% (70- 87%)	88%. LVN 93%, RJH 88%, VLL 98%, RN 81%	↑
	MDK vid diagnos för 95% av patienterna. <b>2018</b>	Patienter i stadium I-III tas upp på MDK, få i st. IV	69%. LVN 40%, RJH 51%, VLL 87%, RN 75%. Dessa resultat avser alla med nydiagnostiserad lungcancer, efter beslut på regionmöte hösten 2016 att alla dessa ska diskuteras på MDK.	↑
	Täckningsgraden i kvalitetsregistret är >95%. <b>2016</b>	87%	För 2015: 91%. För 2016: 81%. LVN 94%, RJH 83%, VLL 54%, RN 96%.	↓
Malignt melanom/hudtumörer	80% av patienterna med malignt melanom >1mm erbjuds en kontaktssk. <b>2016</b>	36%	86%. LVN 92%, RJH 100%, VLL 44%, RN 94%.	↑
	95% av patienterna med malignt melanom > 1 mm diskuteras på MDK. <b>2016</b>	75%	83%. LVN 84%, RJH 71%, VLL 100%, RN 78%.	↑
	80% av patienterna får vänta < 4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked. <b>2016</b>	50%	38%. LVN 38%, RJH 41%, VLL 33%, RN 42%.	↓
	80% av patienterna opereras inom en vecka från	54%	46%. LVN 42%, RJH 73%, VLL 36%, RN 49%.	↓

	första läkarbesök. <b>2016</b>			
	80% av patienterna med malignt melanom > 1mm genomgår utvidgad kirurgi inom 3 veckor efter PAD-svarsdatum. <b>2016</b>	22%	21%. LVN 20%, RJH 33%, VLL 11%, RN 25%.	↓
Neuroendokrina tumörer, cancer i sköldkörtel (tyreoidea) och tunntarm	90% av alla patienter med tyreoidcancer ska inleda behandling (i regel operation) inom 4 v från behandlingsbeslut. <b>2016</b>	100%	95%. Median 33 dgr i regionen.	↓
	60% av alla patienter med tyreoidcancer över 10 mm ska ha preoperativ cytologisk diagnos. <b>2017</b>	38%	66% (avser patienter med icke-follikulär cancer över 10 mm och med känd cancer angivet som cytologi Bethesda 5 eller 6)	↑
	90% av alla behandlingsbeslut för tyreoidcancer ska tas på MDK (uppnått 2014). <b>2016</b>	93%	96%	↑
	90% av patienterna ska ha namngiven kontaktsjuksköterska på enheten. <b>2016</b>	Ny variabel i KR, utgångsläge saknas	93%	↑
Patologi	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. <b>2018</b>	Dålig balans mellan behov och kapacitet och bristande kompetensförsörjning. Ofta långa svarstider, stora variationer i svarstider och svarens kvalitet.	Etablerade arbetssätt inom många SVF, men långa svarstider inom vissa p.g.a. bemanningsbrist. Fortsatta behov av kompetensförstärkningar. God samverkan i regionen kring inskolning av cytodiagnostiker och BMA, gemensam ST-studierektor. Arbete med regiongemensamma standarder, rutiner m.m. pågår.	↑
	Digitalisering av patologin i drift, med digitalt samarbete i kompetensnätverk. <b>2018</b>	Införande av digital patologi påbörjat, men vissa beslut behöver fattas och införandeplan genomförs	Praktiska förberedelser är genomförda och nu finns möjlighet till avtal/upphandling. Fortsatt arbete för att fullt ut få det i drift pågår, kring standarder, teknik och egna/gemensamma arbetssätt.	↑
	Patolog medverkar på alla MDK där man bör delta. <b>2018</b>	Patolog är med på vissa men inte alla relevanta MDK.	Patolog är med på de flesta men inte alla relevanta MDK.	↑
Prostatacancer	Inrapportering i kvalitetsregistret inom 30 dgr: 95%. <b>2018</b>	Ca 20% inom 30 dgr, 93% inom 6 mån	35% i regionen inom 30 dagar. Spridningen mellan landstingen var 24-47%. Rikssnitt 40%.	↑
	Utredning enligt SVF med tider 28-60 dgr för 80% av patienterna. <b>2018</b>	SVF införs under 2015	39% av patienterna som registrerats enligt SVF i regionen (133 av 337) start av behandling inom stipulerad tid under jan -sep 2017. Spridningen mellan landstingen var 13-69%. Rikssnitt 40%.	↑
	90% av PAD-beskederna i tid enligt SVF (mål 11 dgr). <b>2018</b>	Median 28 dgr	8% i regionen. Mycket långsam förbättring; 2015 5%, 2014 3%. Spridning i regionen 5-14 %. Rikssnitt 10%.	↑
	98% av patienterna ska ha tillgång till kontakt-ssk. <b>2018</b>	Nyligen infört i KR; 52% 2015.	72% av regionens patienter fick 2016 en kssk enligt kvalitetsregistret. Spridningen mellan landstingen var 63-87%. Kssk finns nu på de flesta kliniker, men bristande journalföring gör att vissa patienter som har kssk	↑

			registreras som att de inte har det. Riksnitt 80%.	
	Korrekt utredning av 90% av högriskpatienterna. <b>2018</b>	40-88% per sjukhus	83% av högriskpatienterna i regionen utreddes med någon form av skelettdiagnostik 2016. Spridningen mellan landstingen var 73-95%. Riksnitt 84%.	↑
	90% av patienter med högrisk prostatacancer ska diskuteras på MDK. <b>2018</b>	0-55% per sjukhus	57% av högriskpatienterna i regionen diskuterades på MDK 2016. Spridningen mellan landstingen var 42-74%. Riksnitt 60%. Successiv förbättring, frågan lyfts regelbundet i processgruppen. En riktad satsning mot länsdelssjukhusen i bör göras då de släpar efter.	↑
	90% av patienter med metastaserad prostatacancer ska diskuteras på MDK. <b>2018</b>	ej mätt	Data saknas i kvalitetsregistret.	
Sarkom och benmetastaser	Förstärkt sarkopatologi genom avdelad BMA som fysiskt och administrativt ansvarar för labprocessen. <b>2017</b>	Avdelad BMA finns inte	Ej uppfyllt, avdelad BMA finns fortfarande inte.	↔
	Kontaktsjuksköterska (kssk) på varje länssjukhus samt på ortopedien och cancercentrum Nus. <b>2017</b>	Kssk finns på ortopedien Nus	Ej uppfyllt. Kssk finns i Umeå, Sundsvall och Östersund, men saknas på Sunderby sjukhus.	↑
	Täckningsgrad i kvalitetsregistret (anmälningssblanketten) 80% 2016 och 95% 2017. <b>2016/2017</b>	32%	Går ej att svara på då det finns oklarheter kring inklusionskriterierna i kvalitetsregistret, därmed har inte något uttag kunnat göras av statistiker	
	Starta SK-utbildning om sarkom för ST-läkare, som återkommer vart 3:e år. <b>2016</b>	Ingen utbildning de senaste åren	Uppfyllt, utbildning hölls senast 2016.	↑
	95 % av sarkompatienterna som har påverkan på rörelse- och stödjeorgan och behandlas i slutenvård på cancercentrum Nus ska erbjudas individuell sjukgymnast- och arbetsterapeutkontakt. <b>2017</b>	Kontakt tas när någon påtalar behov, ej behovsbedömning av rätt yrkeskategori	Ej uppfyllt, resurser finns inte för att klara målet.	↔
	Alla misstänkta buksarkom och retroperitoneala sarkom ska diskuteras på MDK. <b>2016</b>	Nästan alla tas upp på MDK	Kvalitetsregistret är inkomplett, så uppföljning ur det är inte möjligt. Processarbetsgruppens bedömning är dock att målet är uppfyllt.	↑
Tumörer i övre magtarmkanalen (övre GI-cancer)	Täckningsgrad i kvalitetsregister >95%. <b>2017</b>	84 %	85,4%, data för anmälningssblanketten från samtliga kvalitetsregister rörande övre gastrointestinala tumörer, för andra halvåret 2016.	↑
	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter som handlägger ÖGI-cancer. <b>2016</b>	Finns i NLL, VLL, RJH, i LVN saknas formell kssk	Uppfyllt, kssk finns idag vid samtliga enheter som handlägger ÖGI-cancer.	↑
	Remissbeslut vid välgrundad misstanke till MDK inom leddid i SVF i >50% av fallen. <b>2018</b>	SVF införs fr.o.m. 2015	67% för patienter som får en cancerdiagnos, data endast för cancer i matstrupe-magsäck.	
	MDK till start av behandling inom leddid i SVF i >50% av fallen. <b>2018</b>	SVF införs fr.o.m. 2015. För matstrups-cancer är leddiden i SVF 1 v; var 2014 28 dgr i regionen	34%, data från samtliga kvalitetsregister rörande övre GI-tumörer. Matstrups- och magsäckscancer uppnår målnivån i 44% av fallen, levercancer och bukspott-	



			körtelcancer i 25% respektive 28%.	
	Remissbeslut vid välgrundad misstanke till start av behandling inom ledtid i SVF i >90% av fallen. <b>2018</b>	SVF införs fr.o.m. 2015	63%, data endast för cancer i matstrupe-magsäck.	
	PAD-svar för >90 % av operationspreparaten klara inom 3 veckor. <b>2018</b>	83%	18%, data endast för cancer i matstrupe-magsäck.	↓
Urologisk cancer utom prostatacancer	Inventering av makrohematuriläget för utförlig kunskap om ledtiden första symtom till remiss från primärvården genom journalstudier. <b>2018</b>	2 färdiga rapporter baserade på VLL-data	Tre rapporter slutförda, ytterligare studier pågår.	↑
	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% <b>2016/2017/2018</b>	SVF införs under 2015	Blåsa/urinvägscancer: 1033 patienter i regionen utredes enligt SVF 2016, varav 152 registrerades ha startat en cancerbehandling. 2013-2015 fick 258 patienter/år i regionen blåsa-/urinvägscancerdiagnos. Baserat på det uppskattas >30% ha handlagts enligt SVF under 2016.	↑
	Väl fungerande regionövergripande MDK, med följsamhet till checklista och fungerande tekniska förutsättningar för deltagande från alla länssjukhus. <b>2016</b>	Veckovis regionövergripande MDK har införts	Regional MDK med fokus på blåscancer hålls varje vecka sedan 2015 och införs för njurcancer under 2018. Akut brist på sekundärgranskande patolog för blåscancer är ett problem.	↑
	Utsedd kontaktsjuksköterska vid alla länssjukhus. <b>2016</b>	Utsedd kssk finns endast i VLL	Utsedd kssk finns vid alla länssjukhus, men inte alltid för hela patientgruppen.	↑
	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. <b>2016</b>	Gemensam planering och forskning pågår, gemensam operatör i Umeå och Sundsvall. Regional nivåstrukturerad med avancerade ingrepp koncentrerade till Nus.	Cystektomiteam Norr har vidareutvecklat samarbetet med operativ gemensam verksamhet i Sundsvall och Umeå. Avancerade tumörer opereras på Nus. Gemensam forskningen bedrivs med ökande vetenskaplig produktion och Sundsvall är det länssjukhus i landet som är mest knutet till aktivt pågående urinblåsecancerforskning på universitetsnivå. Regionen har landets högsta andel neoadjuvant behandlade patienter och ingen patient cystektomerats utan föregående MDK.	↑
Diagnosövergripande	It-stöd för integrerad regional cytostatikabehandling <b>2017</b>	Cytodos infört i alla landsting utom RJH	Finns i LVN, VLL och RN och är under införande i RJH med pilotstart oktober 2017.	↑
<b>Kriterium: Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård</b>				
Palliativ vård	Täckningsgrad i Svenska Palliativregistret vad gäller cancerpatienter som avlider på sjukhus: 95 %. <b>2018</b>	86%	82% för cancerpatienter som avlidit på sjukhus, 78% för samtliga cancerpatienter som avlidit i regionen 2016. LVN 69%, RJH 80%, VLL 89%, RN 78%.	↓
	Brytpunktssamtal för patienter som kan medverka: 95%. <b>2018</b>	70%	79%. LVN 85%, RJH 83%, VLL 75%, RN 73%.	↑



	Användning av validerat smärtskattningsinstrument: 80%. <b>2018</b>	42%	46%. LVN 36%, RJH 48%, VLL 60%, RN 40%. Långsam förbättring.	↑
	Dokumenterad individuell vidbehovsordination av läkemedel i injektionsform mot ångest: 95 %. <b>2018</b>	92%	95%. LVN 95%, RJH 95%, VLL 94%, RN 95%.	↑
	Ordination av stark opioid i injektionsform: 95 %. <b>2018</b>	95 %	97%. LVN 97%, RJH 98%, VLL 98%, RN 98%.	↑
	Bedömd munhälsa: 90 %. <b>2018</b>	69%	72%. LVN 76%, RJH 65%, VLL 73%, RN 70%. Långsam förbättring.	↑
Psykosocialt stöd och rehabilitering	Regionens cancerpatienter erbjuds ”min vårdplan” (utifrån generisk modell): 30% 2016, 60% 2018. <b>2018</b>	14 % enl. patientenkät 2014	Uppföljning via patientenkät genomförs 2018 Av de cancerpatienter i regionen som utretts enligt SVF och som besvarat SVF-PREM-enkäten svarar 2016 58% att de har fått en individuell vårdplan. För inkomna mätresultat 2017 är motsvarande siffra 70%.	↑
	80% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med namngiven kontaktsjuksköterska. <b>2020</b>	22% enl. patientenkät 2014	Uppföljning via patientenkät genomförs 2018	
	15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med arbetsterapeut. Mål till 2020: 30%. <b>2020</b>	1% enl. patientenkät 2014	Uppföljning via patientenkät genomförs 2018	
	40% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med kurator. Mål till 2020: 80%. <b>2020</b>	19% enl. patientenkät 2014	Uppföljning via patientenkät genomförs 2018	
	15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med fysioterapeut. Mål till 2020: 30%. <b>2020</b>	5% enl. patientenkät 2014	Uppföljning via patientenkät genomförs 2018	
	15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med dietist. Mål till 2020: 30%. <b>2020</b>	9% enl. patientenkät 2014	Uppföljning via patientenkät genomförs 2018	
	95% av regionen cancerpatienter får skriftlig generell information om cancerrehabilitering. <b>2018</b>	42% enl. patientenkät 2014	Uppföljning via patientenkät genomförs 2018	
	Bilda en multidisciplinär arbetsgrupp i regionen med tydligt uppdrag och syfte. <b>2016</b>	Tidigare grupp ska utökas och ombildas	En regional arbetsgrupp med patient- och närstående-representanter och med ett tydligt uppdrag har bildats.	
<b>Kriterium: Patientens ställning i cancervården</b>				
	Patient- och närståenderådet (PNR) sammanställer årligen en samlad rapport över arbetet och viktiga frågor ur patientens fokus. <b>2016/2017/2018</b>	Årliga rapporter sedan 2013	Årliga rapporter skrivs.	
	Utbildningar för patientorganisationer, enligt behov som identifieras i PNR. <b>2016/2017/2018</b>	Tre genomförda utbildningar 2013-14	Inga behov av regionala utbildningar har identifierats av PNR under 2017. Företrädare för RCC Norr medverkar årligen i flera utbildningar för enskilda patientföreningar. Ett arbete med en gemensam nationell patient- och närståendeföreträdarutbildning pågår i samverkan mellan landets alla RCC.	

	Aktiv patientmedverkan i alla RCC Norrs processarbetsgrupper. <b>2016</b>	Patientrepresentanter saknas i flera processarbetsgrupper	Patient-/närståenderepresentanter finns i de flesta men ännu inte alla processarbetsgrupper	
	Implementera de regionala rutinerna för hur cancerpatienter ska informeras om rätten till second opinion. <b>2016</b>	Fastställda rutiner ej helt implementerade.	Oklart. RN svarar ”infört”.	
<b>Kriterium: Utbildning och kompetensförsörjning</b>				
	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. <b>2016/2017/2018, årlig avstämning.</b>	Antalet ST-tjänster mindre än behovet	Se tabell 1. Samtliga landsting/regioner arbetar aktivt med frågan, men fortfarande finns brister inom flera specialiteter.	
	Ökade incitament för utbildning till specialistsjukköterska: bättre löne- och anställningsvillkor efter genomförd utbildning för att stimulera utbildning till specialist-ssk. <b>2016/2017/2018, årlig avstämning.</b>	Brist på specialist-ssk inom flera områden i cancervården	Se tabell 1. Förbättrade löne- och utbildningsvillkor i hela sjukvårdsregionen, men fortsatt brist på specialist-ssk.	↑
	Genomföra ändrade arbetssätt för optimerat kompetensnyttjande. Förbättringsarbete inom alla landsting avseende bl.a. rätt använd kompetens och bättre koordinering patientens flöde genom vården. <b>2016/2017/2018, årlig avstämning.</b>	Processkartläggning 2014 visar många förbättringsmöjligheter. SVF införs fr.o.m. 2015.	Se tabell 1. Pågående arbete. Införandet av SVF har medfört många förbättringar.	↑
	Högre akademisk nivå: FoU-mål ingår i verksamhetsplanen för varje område/ klinik. Andelen forskarutbildade läkare inom regionens cancervård $\geq 20\%$ för länssjukvårdens kliniker och $\geq 50\%$ för Nus kliniker. <b>2016/2017/2018, årlig avstämning.</b>	FoU-mål saknas i vissa klinikers verksamhetsplaner. Andel forskarutbildade läkare är lägre än målen.	Se tabell 1. Mål avseende forskarutbildade läkare är svårt att exakt bestämma men är fortsatt lägre än målen. Oklart om FoU-mål ingår i verksamhetsplanen för varje område/ klinik	
<b>Kriterium: Kunskapsstyrning</b>				
	Nationella vårdprogram utarbetade för samtliga cancerdiagnosområden. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram. <b>2016</b>	21 fastslagna vårdprogram, 8 nya under utarbetande, flera under revision	Nov 2017: 35 nationella vårdprogram finns fastställda, 3 nya på remiss och ytterligare 3 under framtagande. Valfungerande nationell organisation för utarbetande och revidering av vårdprogram och etablerade rutiner för remishantering i regionen, där regionala konsekvensbeskrivningar görs av de regionala processarbetsgrupperna. RCC Norr är delaktigt i arbetet med alla nationella vårdprogram.	↑
	Standardiserade vårdförlopp (SVF) utarbetas enligt nationell överenskommelse med staten. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga SVF. <b>2016</b>	5 fastslagna SVF, ytterligare 13 utarbetas 2015	SVF utarbetade enligt överenskommelse. Nov 2017 är 28 SVF införda och ytterligare 3 fastställda för införande 2018.	↑

<b>Kriterium: Klinisk forskning och innovation</b>				
	<p>Befolkningen i hela regionen ska ha likvärdiga möjligheter att delta i kliniska studier och prövningar. Målnivåer:</p> <p>a) 2016 drivs 2 studier inom cancerområdet med regionala medprövare, där behandling och uppföljning sker på länsjukhusen i Östersund och Sunderbyn.</p> <p>b) Samtliga rekryterande cancerstudier i norra regionen ska inkluderas i den nationella databasen, och ett system för att underhålla informationen ska utvecklas. <b>2016</b></p>	<p>Lägre medverkan i kliniska studier för patienter med stort avstånd till studiecentra.</p> <p>a) 1 studie enligt kriterierna</p> <p>b) Nationell databas för kliniska studier är under utveckling.</p>	<p>a) Målet uppfyllt. Både Sunderbyn och Östersund deltar i studien NEAPE, om rekonstruktion av bäckenbotten vid operation för avancerad cancer i ändtarmen. Sunderbyn deltar i studien ALASCCA, om ASA-behandling hos patienter med tjock- och ändtarmscancer med viss genmutation. Östersund deltar i SPCG-17, om när aktiv monitorering bör övergå i botande behandling hos män med prostatacancer. Östersund och Sunderbyn driver gemensamt studien REPAC, om rehabiliteringsbehov för patienter med adjuvant cytostatikabehandling.</p> <p>b) Många <b>men inte alla</b> rekryterande cancerstudier i norra regionen är inkluderade i den nationella databasen. Ett system för att underhåll finns.</p>	↑
	<p>Stöd till registerforskning i regionen i form av sökbara statistikveckor vid RCC Norr. <b>2016/2017/2018, årlig avstämning.</b></p>	<p>Kontinuerligt sökbara statistikveckor.</p>	<p>Stöd till registerforskning i regionen har getts av RCC Norrs statistiker till dem som ansökt om stöd.</p>	
<b>Kriterium: Nivåstrukturering</b>				
	<p>Ny nivåstruktureringsplan för regionens cancervård för 2016-2018 fastställd. <b>2016</b></p>	<p>Plan utarbetas hösten 2015</p>	<p>Fastställd plan 2016.</p>	
	<p>Åtgärder för nivåstrukturering genomförda enligt plan. <b>2018</b></p>	<p>Se ovan</p>	<p>Implementering av planen pågår och är till stor del genomförd.</p>	↑