

Uppföljning av målen i regionernas handlingsplaner för den sjukvårdsregionala utvecklingsplanen för cancervården 2016–18, samt av målen i den sjukvårdsregionala kompetensförsörjningsplanen för 2014–2018.

Sammanfattning

Denna uppföljningen av den sjukvårdsregionala 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 sjukvårdsregionala MDK. Därmed får patienter från hela sjukvårdsregionen likvärdiga bedömningar och behandlingsrekommendationer, utifrån den bästa tillgängliga kompetensen i regionen. Det råder en samstämmighet om vikten och värdet av MDK, men konferenserna tar stora personella resurser i anspråk. Till följd av nationell nivåstrukturering har fler nationella MDK startat. Dessa ger ytterligare förutsättningar för en jämlik vård över hela landet, men innebär även logistiska utmaningar.

De allra flesta cancerpatienterna erbjuds idag en kontaktsjuksköterska. Fortfarande finns skillnader gällande kontaktsjuksköterskans uppdrag, arbetsuppgifter och utbildning. Införandet av *Min vårdplan*, en skriftlig individuell vårdplan som upprättas och uppdateras i samarbete mellan patienten och vårdens professioner, har fortsatt. I den enkät som skickas till patienter som utreds enligt standardiserade vårdförlopp (SVF) svarade 2018 72 procent av norra sjukvårdsregionens patienter som fick en cancerdiagnos att de hade fått en skriftlig individuell vårdplan. Dessa vårdplaner har även en viktig roll för att patienterna ska erbjudas cancerrehabilitering utifrån individuella behov. Ett regionalt pilotprojekt för implementering av systematisk bedömning av patienters individuella rehabiliteringsbehov, *Rehabspåret*, pågick till och med våren 2018. Det och ligger till grund för *Rehabspåret 2.0*, ett påbörjat breddinförande av systematisk behovsbedömning. Många andra kvalitetsparametrar relaterade till vård och behandling har förbättrats.

Den nationella satsningen för att minska väntetiderna i cancervården, genom införande av standardiserade vårdförlopp (SVF), sträckte sig över perioden 2015–2018. SVF har sedan 2015 successivt införts för olika cancerdiagnoser och idag finns 31 SVF. 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 medfört nya arbetssätt och en utökad samverkan, såväl mellan olika delar av vården som mellan regionerna. Diagnostiska centrum finns nu etablerade i sjukvårdsregionens samtliga 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 stipulerade ledtider inom SVF ofta 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.

Regeringens mål för satsningen är att år 2020 ska 70 procent av alla nya cancerfall inom aktuella diagnoser utredas via ett SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser. Andelen inkluderade patienter har succesivt närmat sig 70 procent och det målet har i stort sett uppnåtts redan 2018, både nationellt och i norra sjukvårdsregionen. Att Sveriges cancerpatienter utreds via ett SVF ger förutsättningar för en jämlik och likvärdig utredning av patienterna. Den stora utmaningen är uppfyllelsen av väntetidsmålet, där det både nationellt och sjukvårdsregionalt är långt kvar till 80-procentsmålet. Endast ett fåtal diagnoser, som akuta leukemier och i norra sjukvårdsregionen även analcancer, klarar ledtidsmålet. Satsningen på SVF har sammanfallit med att tillgängligheten i svensk sjukvård överlag har försämrats. Det har blivit kännbart även för cancervården, där väntetiderna för cancerpatienterna tenderar att stå stilla istället för att försämrats som i övrig sjukvård. I dagsläget ligger måluppfyllelsen avseende väntetider strax under 50 procent, sammantaget för alla diagnoser.

För att kunna följa patienter som utreds via ett SVF registreras väntetiderna i regionernas vårdadministrativa system och varje region rapporterar data till den nationella väntetidsdatabasen på SKL. Inrapporteringen baseras på att s.k. KVÅ-koder sätts för tidpunkterna för start och slut av ett SVF (välgrundad misstanke och start av behandling). Olika vårdadministrativa system ger olika möjligheter att stödja denna kodsättning, med varierande behov av handpåläggning. En generell svårighet är att mätpunkterna för start och slut av ett SVF ofta sätts vid olika kliniker eller passerar över andra administrativa gränser. Ibland sätts mätpunkterna inte heller inom samma region. Under 2018 har ett kvalitetssäkringsarbete påbörjats för att få till stånd en enhetlig registrering med robusta data. Det arbetet behöver fortsätta för att säkra tillförlitliga data och för att kunna jämföra väntetider mellan regioner.

Screeningprogram för tidig upptäckt av cancer eller förstadium till cancer finns sedan länge för bröst- och livmoderhalscancer. För livmoderhalscancer har ingen av regionerna i norr infört det nya nationella vårdprogrammet med HPV-baserad primärscreening, men förarbete pågår och Norrbotten och Västernorrland har kommit långt i detta. I samtliga regioner pågår arbete för att starta allmän screening av tarmcancer (kolorektalcancer) under senare delen av 2019. Socialstyrelsen sade under 2018 nej till allmän screening av prostatacancer, men uppmuntrar organiserad prostatacancer-testning. En utredning om organiserad prostatacancer-testning i norra regionen är genomförd. Sjukvårdsregionens viljeinriktning är att införa organiserad prostatacancer-testning, men ett breddinförande är i nuläget inte genomförbart utifrån tillgängliga resurser. Under 2019 ska sjukvårdsregionen planera och förbereda för att så snart som möjligt påbörja en organiserad prostatacancer-testning för en mindre grupp av män.

De flesta kvalitetsparametrar som följs inom den palliativa vården har förbättrats under perioden, även om inte alla mål har uppnåtts. Registreringen i Svenska palliativregistret fortsätter dock att minska, vilket ger ett sämre underlag för förbättringsarbete. Antalet medarbetare som genomgått den webbutbildning i allmän palliativ vård, som sedan november 2014 finns tillgänglig för all personal som möter palliativa patienter i

sjukvårdsregionen, ökar långsamt. I november 2018 hade 6240 personer påbörjat utbildningen, varav 3767 genomgått hela. Regionerna är fortsatt efter kommunerna i antal genomförda och avslutade utbildningar. Utbudet av specialiserad palliativ vård i sjukvårdsregionen är fortsatt ojämlig.

I den regionala kompetensförsörjningsplanen för 2014–2018 fanns 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. Även om satsningar har gjorts och situationen lokalt har förbättrats inom vissa områden, som exempelvis vid patologin i Sundsvall, råder en fortsatt 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 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 Region Västerbotten (RV) och Sundsvall i Region Västernorrland (RVN), men inte i Region 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 nu är färdig specialist och i tjänst i Östersund. Detta ger förutsättningar för en successivt förbättrad situation i RJH. Ett liknande arbete har startat i RN där en första ST-läkare påbörjat sin ST-utbildning enligt samma modell och rekrytering av ytterligare en person pågår. I samtliga regioner vidtas åtgärder för att förbättra incitamenten för utbildning till specialistsjuksköterska. Mycket förbättringsarbete pågår för optimerat kompetensnyttjande.

Under 2018 utarbetades en samlad sjukvårdsregional cancerplan för perioden 2019–2021, som innefattar samtliga områden som tidigare täckts av tre planer – den regionala utvecklingsplanen, kompetensförsörjningsplanen och nivåstruktureringsplanen. Denna uppföljning avser dock den regionala utvecklingsplan och kompetensförsörjningsplan som sträckte sig till och med 2018.

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, byggde vidare på den föregående planen. Jämfört med tidigare omfattade planen för 2016–2018 fler processområden och ett antal nya eller reviderade målnivåer, anpassade till den utveckling som skett inom cancerområdet såväl nationellt som regionalt. Liksom tidigare var planen utarbetad i enlighet med de tio nationella kriterier som Socialdepartementet fastställt för regionala cancercentrum vid inrättande av dessa. Respektive region i norra sjukvårdsregionen utarbetade handlingsplaner för hur de utifrån sina förutsättningar skulle arbeta för att nå målen i den regionala utvecklingsplanen.

I den regionala utvecklingsplanen fanns konkreta målnivåer för de vårdprocesser som i januari 2015 hade tillsatta processledare, liksom för merparten av de övriga nationella kriterierna. Vårdprocessernas diagnosspecifika mål avsåg i hög utsträckning ledtider, samt specifika åtgärder inom utredning eller behandling. Liksom i föregående plan var några målnivåer gemensamma för flera av diagnoserna. De övergripande fokusområden i utvecklingsplanen för 2016–2018 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 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 omfattade en kartläggning av då aktuell bemanning för flera vanliga cancerformer. Den gav förslag på möjliga effektiviseringsverktyg och förändrade arbetssätt, samt visade på behovet av kompetenshöjning. Syftet med planen var 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 fanns fyra konkreta mål för arbetet med kompetensförsörjningen inom regionens cancervård:

1. *Tillräckligt antal utbildningstjänster för specialisläkare.* I hela regionen finns brist på radiologer, patologer och onkologer, och fler ST-block behövs inom dessa områden. Därutöver föreslås att varje 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.

Uppföljning av kompetensförsörjningsplanen 2014–2018

Tabell 1. Kompetensförsörjning; uppföljning av de prioriterade målen i den regionala kompetensförsörjningsplanen för cancervården i norra regionen 2014–2018. Nuläge i respektive region (årsskiftet 2018/2019).

<p>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 där behov finns</p> <p><i>Nuläge RJH:</i> Ingen regionövergripande plan finns utarbetad, men arbete för kompetensförsörjning pågår, se prioriterat område 1 och 5 i tabell 2. <i>Nuläge RV:</i> Utökat antal ST-block och specifik satsning på nämnda bristområden. En onkolog är anställd i Östersund, en ST-läkare i onkologi i Östersund och en i Sunderbyn är under utbildning. <i>Nuläge RN:</i> Utbildning av ST-läkare i patologi genomförs i samverkan med Unilabs AB, upphandlad extern tjänsteleverantör som ansvarar den verksamheten i RN. Tre ST-läkare i patologi är under utbildning. En ST-läkare i onkologi har anställts, ytterligare en planeras anställas under 2019. Bild- och funktionsmedicin (BFM) har i dagsläget nio ST-läkare, planerad rekrytering av ytterligare två under 2019 pågår. <i>Nuläge RVN:</i> I klinisk fysiologi en ST-läkare, i röntgen 12 ST-läkare, varav 7 i Sundsvall, 3 i Örnsköldsvik och 2 i Sollefteå. I patologi sex ST-läkare, i onkologi fyra ST-läkare och i palliativ medicin en ST-läkare (i samarbete med Mellannorrlands Hospice).</p>
<p>Mål 2: Ökade incitament för utbildning till specialistsjuksköterska: bättre löne- och anställningsvillkor efter genomförd utbildning för att stimulera utbildning till specialistsjuksköterskor</p> <p><i>Nuläge RJH:</i> År 2016 etablerades ett diagnosberoende nätverk för kontaktsjuksköterskor. Arbete för att utjämna skillnader beträffande villkor och förutsättningar pågår. Produktions- och kapacitetsplanering har diskuterats, men ännu inte påbörjats. Flera kontaktsjuksköterskor har specialistsjuksköterskeutbildning. Någon särskild satsning för utbildning av specialistsjuksköterskor är inte känd. <i>Nuläge RV:</i> AST (avancerad specialist) -utbildning för sköterskor inom onkologi, sju personer examinerade 2017, andra kursomgången inledd. Riktade lönesatsningar bl.a. på röntgensjuksköterskor, BMA samt sjuksköterskor i dygnet-runt-verksamheter. <i>Nuläge RN:</i> Regionen arbetar tillsammans med Luleå tekniska universitet för att öka utbildningsplatserna på sjuksköterskeutbildningen, vilket har lett till att fler sjuksköterskor utbildas i länet. Det är också god samverkan med universitetet även kring vilka specialistutbildningar som regionen behöver. Ett projekt pågår för att utveckla ett strukturerat introduktionsår/basprogram för nyutbildade sjuksköterskor. Denna satsning görs för att minska stress och trygga nya sjuksköterskor i den kliniska vardagen under deras första år. RN har också lanserat en struktur för karriärvägar och år 2017 satsades mer än 10 mnkr på studieförmåner och utbildningstjänster för sjuksköterskor som specialiserar sig. Ett arbete pågår nu med att ta fram ett liknande koncept avseende karriärvägar för undersköterskor. Utvecklingsjuksköterskor som arbetar halvtid kliniskt och halvtid med olika utvecklingsarbeten har anställts i både läns- och närsjukvården. För de sjuksköterskor som arbetar heltid på vårdavdelningar med dygnet-runt-verksamhet och vid akutmottagningar, infördes från och med 1 oktober 2018 ett lönetillägg på 2500 kr per månad för heltidsarbete. Samtidigt infördes även ett funktionstillägg på 2500 kr per månad för specialistsjuksköterskor som arbetar heltid på avdelningarna anesthesi, operation och intensivvård, beräknad årskostnad för satsningen är cirka 49 mnkr.</p>

Nuläge RVN: AST-tjänster inrättade. Uppdragsutbildning. Generell översyn i regionen ang. lönenivå efter specialistutbildning.

Mål 3: Genomföra ändrade arbetssätt för optimerat kompetensnyttjande. Förbättringsarbete inom alla landsting avseende bl.a. rätt använd kompetens och bättre koordinering patientens flöde genom vården.

Nuläge RJH: Rätt Använd Kompetens (RAK) är genomförd 2018. De flesta verksamheter har överfört koordinering av SVF till SVF-koordinatorcenter (KC), med uppdrag att koordinera samtliga SVF. KC utgör även controllerfunktion för att canceröversikten uppdateras och därmed är en tillförlitlig källa för utdata.

Nuläge RV: Uppdrag till alla verksamheter i samband med verksamhetsplanering och löpande förbättringsarbete. Både rätt använd kompetens (RAK) och vårdnära servicetjänster etableras. Exempel: Omfördelning av uppgifter mellan sjuksköterskor och medicinska sekreterare och inom patologi mellan läkare och BMA. Ökat samarbete och förändrade roller i teamet mellan kontaktsjuksköterskor och SVF-koordinatorer, samt medicinska sekreterare har genomförts inom många verksamheter och har visat sig vara framgångsrikt.

Nuläge RN: Aktivt arbete pågår för att säkra kompetensförsörjningen både nu och i framtiden. Bemanningsprojekt i vården som syftar till att använda resurserna effektivt samtidigt som schemalaggningsplaneringen ska vara hälsofrämjande och hållbar över tid har startats. Samplanering och uppgifts- och kompetensväxling är viktiga delar i detta kontinuerligt pågående arbete, som egentligen inte kan anges som mål. Ett nytt arbetssätt kring kompetensförsörjningsplaner har införts med syfte att säkra att den samlande kompetensen används på bästa sätt och att systematisera den nödvändiga uppgifts- och kompetensväxlingen. Exempel är inom BFM där kompetensväxling från läkare till sjuksköterska skett vid defekografi och vissa ultraljudsundersökningar som sonograf nu sköter, vidare pågår diskussion om överföring av remissbedömning och prioritering av undersökningar. Antalet undersköterskor har utökats för att avlasta röntgensjuksköterskorna.

Nuläge RVN: Pågående arbeten på samtliga involverade kliniker. I regionens stora ”målbildsprojekt 3” har en manual/handbok utformats som stöd i det praktiska genomförandet. Via stimulansmedel har koordinatorer anställts på samtliga kliniker.

Mål 4: Högre akademisk nivå: FoU-mål ingår i verksamhetsplanen för varje område/ klinik. Andelen forskarutbildade läkare inom regionens cancervård ≥ 20 procent för länssjukvårdens kliniker och ≥ 50 procent för Nus kliniker.

Nuläge RJH: Totalt 33 läkare i regionen är disputerade, varav sex inom primärvården. Det motsvarar 8 % disputerade av samtliga läkare i regionen och för primärvården 5 %. Skillnaderna mellan övriga specialiteter är dock stor. Område kirurgi har t.ex. 14 % och tre doktorander.

Nuläge RV: Flertalet av Nus kliniker uppfyller kriterier för universitetssjukvård och verksamheterna utvärderas årligen. Målnivåerna inte uppnådda, men långsiktig satsning fortsätter. Alla enheter lämnar in forskningsboksut. Akademisk meritering värderas i samband med tjänstetillsättning.

Nuläge RN: Under uppföljningstiden har två läkare disputerat och en är doktorandanmäld. Succesivt ökad akademisering med disputation planerad för en läkare 2019 resp. 2020, samt ett par yngre ST-läkare på väg in mot doktorandarbete.

Nuläge RVN: Tyvärr ingen förändring jämfört med föregående rapport, men doktorandutbildningar pågår på onkolog- och röntgenklinikerna.

Uppföljning av den regionala utvecklingsplanen 2016–2018, övergripande prioriterade områden

Tabell 2. Uppföljning av målen i regionernas handlingsplaner för den sjukvårdsregionala utvecklingsplanen för cancervården 2016–18, övergripande prioriterade områden. Nuläge i respektive region (årsskiftet 2018/2019).

RN	RV	RJH	RVN
Prioriterat område 1: Förstärka diagnostiken			
<p>RN Mål: <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 <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 gäller för patologin i respektive SVF. * Enligt avtal ha introducerat digital patologi vid utgången av 2016.</p> <p>Uppföljning 2018: <i>Bild- och funktionsmedicin (BFM):</i> * kapacitetsökning med MR-trailer</p>	<p>RV Mål: <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>Uppföljning 2018: <i>Bild- och funktionsmedicin (BFM):</i> * Generellt kan uppsatta ledtider för SVF understödjas och tillgodoses</p> <p><i>Patologi:</i> * Vissa arbetsmoment har överförts från patologer till BMA</p>	<p>RJH Mål: * 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>Uppföljning 2018: * Tredje MR i fullt bruk * Tredje CT, budgetering och ev. upphandling uppskjutna till 2019/-20, vilket innebär väntetider och stor sårbarhet på CT-sidan * Specialistläkare: kvarstående allvarlig läkarbrist, stafettbehov och dålig återväxt. Flera nya specialister, men också flera överläkare som går i pension * Röntgensköterskor: Rekrytering har medfört betydligt stabilare läge</p>	<p>RVN Mål: * Hålla stipulerade ledtider utifrån respektive fastställt SVF.</p> <p>Uppföljning 2018: <i>Bild- och funktionsmedicin (BFM):</i> * Håller ledtider för samtliga SVF <i>Patologi:</i> * Håller ledtider för samtliga SVF</p>

<p>(ca 20 % av totala produktionen) är genomförd</p> <ul style="list-style-type: none"> * Nyinvestering av MR i Piteå för driftsättning april 2019 * Politiskt beslut om MR i Kalix och Kiruna innan 2021 har tagits <p>Fortsatt rekrytering och utbildning av ST-läkare</p> <p><i>Patologi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * En ST-läkare som avslutade sin utbildning i patologi juni 2018 är nu anställd som specialistläkare vid enheten i Norrbotten * Ny specialist i patologi/cytologi anställd från september * Fortsatt behov av BMA * Avtalsreglerade svarstider efterföljs, 90 % besvaras inom 10 dagar * Det digitala gastro-intestinala flödet har tagits i rutin * Handläggning hos SWEDAC avseende ackreditering pågår 	<ul style="list-style-type: none"> * Analys av hårda preparat inom huvud- och halscancer har kortat vissa ledtider * Vidareutbildning av BMA pågår * Nya ST-block inrättade * System för mätning och analys av interna ledtider etablerat * Systematiskt förbättringsarbete pågår 	<p>än 2017. Nu inga stafetter på sjuksköterskesidan.</p>	
<p>Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Förstärka diagnostiken</p> <p><i>Blodcancer.</i> Brist på op. tider för körtelbiopsier problem (och lång väntan på svar, även för benmärg) i Sunderbyn, Skellefteå, Sundsvall och Piteå. Pappersremisser för PAD är ett logistikproblem. Elektronisk kommunikation, med full tillgång till alla svar, behöver införas mellan de olika sjukhusen.</p> <p><i>Bröstcancer.</i> Många ledtider beror av svarstiden på PAD, som behöver förkortas. Utökad molekylär diagnostik kommer att ställa nya resurskrav.</p> <p><i>Gynekologisk cancer.</i> Patologin har stärkts, men fortsatta insatser behövs.</p> <p><i>Hudmelanom.</i> Brist på op. tider i RV och RN är problem.</p> <p><i>Huvud - halscancer.</i> Förbättrad remissbedömning på ÖNH kliniken i Umeå har kortat ledtiderna, men tillgång till ultraljud med FNAC och väntetid på PAD/cytologiskt svar behöver förbättras.</p> <p><i>Kolorektal cancer.</i> Patologin har för långa svarstider, särskilt i RV. Resurserna för koloskopi är otillräckliga med långa köer vid i stort sett alla sjukhus.</p>			

Livmoderhalscancerprevention. Lab. resurser kan behöva förstärkas för att god kvalitet i cytologidiagnostiken och för systematisk eftergranskning. RJH, RV och RVN har för långa ledtider till utredning av höggradiga cellförändringar. Åtgärder behöver sättas in vid långa svarstider från lab. och/eller lång väntan till kolposkopi. Brist på gynekologer i hela norra regionen.

Lungcancer. Ledtiderna för utredning av misstänkt lungcancer ökar i hela norra regionen p.g.a. brist på lungmedicinare och långa väntetider för svar på molekylärpatologi och till DT-ledda biopsier (brist på thoraxradiologer). Satsning på molekylärpatologi vid Nus är en förutsättning för att lungcancer-utredningarna i regionen ska kunna bedrivas i enlighet med det nationella vårdprogrammet.

Prostatacancer. Patologin är mycket viktig, men få uropatologer medför behov av att viss diagnostik görs utanför norra regionen. Tillgången till MR kommer att vara avgörande för diagnostik av icke signifikant lågriskcancer, öka upptäckten av behandlingskrävande cancer och minska behovet av biopsier. En utbyggnad av MR-kapacitet krävs således.

Sarkom. All punktion av misstänkta sarkom för diagnostik bör göras på sarkomcentra enligt det nationella vårdprogrammet och resurser för detta måste finnas på Nus. Kompetensförstärkning av radiologer med specialistkompetens inom sarkom behövs inom en 10 års-period.

Sköldkörtelcancer. Preoperativ cytologi förbättrad. Primärdiagnostik med ultraljud och cytologi genom radiologers försorg är genomförd i RV, men inte i övriga delar av norra regionen, planering pågår.

Urotelial cancer. Bristen på urologspecialister i hela norra regionen hämmar diagnostiken och förlänger ledtiderna. Resursbrist gäller även op. tider och vårdplatser.

Övre gastro-intestinal cancer. Endoskopiskt ultraljud ökar kraftigt, vilket kräver resurser. Verksamhet konkurrerar om tider med övrig endoskopi och op.

Prioriterat område 2: MDK för samtliga/definierade patientgrupper

<p>RN Mål: * Fortsätta utveckla användningen av distansöverbyggande teknik för diagnostik och MDK, som möjliggör MDK inom alla områden.</p> <p>Uppföljning 2018: * Stor satsning i länet på utbyggnad av distansöverbyggande teknik, som bl.a. nyttjas av palliativa rådgivningsteam. * Fem nya enheter för videosamtal finns på kirurgmottagningen.</p>	<p>RV Mål: * Att kunna följa de regionala och nationella vårdprogrammen, där diskussion i MDK ofta är krav för verksamhetens bedrivande.</p> <p>Uppföljning 2018: * MDK etablerade inom de flesta patientgrupper. Formerna för dessa har inventerats och utvecklats. * Rutiner upprättade och löpande förbättringar genomförs. * För nationellt nivåstrukturerade diagnoser behöver formerna för MDK utvecklas, de tar mycket tid i</p>	<p>RJH Mål: * Att kunna följa de regionala och nationella vårdprogrammen, där diskussion i MDK ofta är krav för verksamhetens bedrivande. * Översyn av lokaler för MDK och rtg-arbetsstationer.</p> <p>Uppföljning 2018: * Subspecialiseringen av patologi är begränsad och endast bröstond, samt ibland hud- och gyn-rond, sker på plats. I övrigt ingår regionens patienter i MDK i Umeå, som t.ex. MDK för lung-, gyn-, kolorektal-, ÖNH-cancer, hematologi, hjärntumörer och</p>	<p>RVN Mål: * Valfungerande MDK med fokus på maximal patientnytta, kunskapsstillförelse och lärande</p> <p>Uppföljning 2018: * MDK väl utbyggt, med såväl lokala, regionala och även nationell MDK för vissa sällan förekommande sjukdomstillstånd. Samtliga involverade kliniker konstaterar att MDK är valfungerande, men tar mycket läkartid i anspråk.</p>
--	---	--	--

	anspråk och tillgång till lokaler med optimal utrustning saknas ibland.	melanom. En del ronder kallas enbart ”ronder med MDK-karaktär”. Svårigheter att möta behovet gäller övre gastro-intestinal, och till viss del urologisk cancer. * Möjlighet att visa preparat på MDK i kirurgens rondrum är under utredning. Lösning just nu skulle vara ett mikroskop för att kunna visa glas via dator för uppkoppling mot patologens laboratorieinformationssystem (LIS).	
<p>Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: MDK för samtliga/definierade patientgrupper</p> <p><i>Blodcancer.</i> Skellefteå önskar telepatologisk konferens varje vecka (i dag varannan) i likhet med övriga sjukhus, som deltar i konferensen.</p> <p><i>Cancerrehabilitering.</i> Regional MDK för patienter med symtom i bäckenområdet finns, men i övrigt saknas MDK. Ett långsiktigt mål är att patienter med avancerade symtom/besvär inom alla diagnoser ska kunna handläggas på MDK.</p> <p><i>Huvud-halscancer.</i> Införande av tumörkoordinator har påtagligt förbättrat rutinerna vid MDK.</p> <p><i>Kolorektal cancer.</i> MDK både pre- och postoperativt etablerat, okomplicerad sjukdom delas upp på en av tre konferenser och metastaserande sjukdom redovisas på regional rond för bedömning av möjlighet till metastaskirurgi.</p> <p><i>Livmoderhalscancerprevention.</i> Det nationella vårdprogrammets rutiner för MDK, med möjlighet för alla enheter att delta via video, är inte infört i sjukvårdsregionen.</p> <p><i>Prostatacancer.</i> Långsamt ökande trend för redovisande av definierade patientgrupper.</p>			
<p>Prioriterat område 3: Alla cancerpatienter erbjuds kontaktsjuksköterska (KSSK)</p>			
<p>RN Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018: * Det finns ett fåtal mindre diagnosgrupper där patientens tillgång till kontaktsjuksköterska är osäker</p>	<p>RV Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018: * Flera kontaktsjuksköterskor har tillkommit under året och saknas nu endast för enstaka diagnoser på något sjukhus * Alla cancerpatienter erbjuds KSSK</p>	<p>RJH Mål: * Ett lokalt nätverk för kontaktsjuksköterskor i cancervården ska etableras och hitta formerna.</p> <p>Uppföljning 2018: * Nätverket är etablerat och utvecklas med syftet att stödet till patienter och närstående ska förbättras.</p>	<p>RVN Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018: * Målen nås för de flesta diagnoser</p>

	<p>* Min vårdplan, MVP, etablerad i olika former i de många processerna och följs via PREM-mätning. Ca 67 % av cancerfallen har MVP (t.o.m. Q3 2018), varierar dock mellan diagnoser.</p> <p>* Länsövergripande nätverk är infört och former för information och utveckling är etablerade.</p>	<p>* Funktionen kontaktsjuksköterska finns nu i processernas olika faser. Fokus senaste halvåret har varit cancerrehabilitering.</p>	
<p>Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Alla cancerpatienter erbjuds kontaktsjuksköterska (KSSK)</p> <p><i>Blodcancer.</i> Kontaktsjuksköterska (KSSK) finns på alla sjukhus, men administrativt stöd saknas ofta. Skriftlig individuell vårdplan (Min vårdplan, MVP) får flertalet patienter på Sunderbyns sjukhus, i Skellefteå och Piteå. MVP är på gång för Cancercentrum, Nus.</p> <p><i>Cancerrehabilitering.</i> Tillsättning av KSSK har skett inom flera verksamheter, men det är stora skillnader gällande kontaktsjuksköterskans uppdrag, arbetsuppgifter och utbildning. Nationell och regional utvärdering kommer att ske under 2019. Införandet av MVP går långsamt, med olika versioner aktuella i regionen och avsaknad av MVP i flera verksamheter. Arbete för strukturerat införande har påbörjats RJH och RVN, liksom med digital MVP vid kirurgkliniken i Sunderbyn.</p> <p><i>Huvud-halscancer:</i> Förbättringsbehov av MVP.</p> <p><i>Kolorektal cancer.</i> KSSK finns på samtliga kliniker, men på flera håll i bristande omfattning i förhållande till behovet.</p> <p><i>Lungcancer.</i> Samtliga lungmedicinska enheter har utsedda KSSK. På de två onkologiska klinikerna saknas KSSK under sommarmånaderna.</p> <p><i>Prostatacancer.</i> De flesta patienter får en KSSK och MVP används i alla regioner, men valida data för uppföljning kan inte kan extraheras ur kvalitetsregistret ännu.</p> <p><i>Sköldkörtelcancer.</i> MVP inte fullt implementerad.</p> <p><i>Urotelial cancer.</i> MVP införs successivt.</p> <p><i>Övre gastro-intestinal cancer.</i> KSSK finns vid samtliga enheter, men tydlig arbetsbeskrivning saknas ofta och andra arbetsuppgifter inkräktar.</p>			
<p>Prioriterat område 4: God inrapportering i kvalitetsregister</p>			
<p>RN Mål:</p> <p>* Alla cancerpatienter i regionen ska snabbt och korrekt ska registreras i relevanta kvalitetsregister.</p>	<p>RV Mål:</p> <p>* Delta i samtliga aktuella register med minst 98 % täckningsgrad och att uppgifterna införs inom 6 månader från diagnos.</p>	<p>RJH Mål:</p> <p>* Öka täckningsgraden i de register som har en lägre täckningsgrad än 80 %.</p> <p>* Automatisera överföring av data till kvalitetsregister.</p>	<p>RVN Mål:</p> <p>De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018:</p>

<p>Uppföljning 2018: * Målet inte uppfyllt – flyttas till 2019</p>	<p>Uppföljning 2018: * Vakanser och hög klinisk arbetsbelastning har försvårat möjligheten att uppnå målet i samtliga register. En ny modell med timanställda registrerare, som en del av register-team, testas med stöd av RCC och ska utvärderas under 2019. * Täckningsgraden varierar mellan olika register, men behöver förbättras i många fall. Eftersläpning av rapportering, men registrering inom sex månader klaras i de flesta fall.</p>	<p>* Skapa en rutin för arbetssätt gällande registrering i kvalitetsregister.</p> <p>Uppföljning 2018: * Täckningsgraden har ökat med god inrapportering till lungcancerregistret, som dock påverkas av bl.a. vakanser som medför prioritering till patientnära vård istället för registerhantering. * Arbetssätt och rutin för ansvar för inrapportering finns för blod- och lung-cancerregistret (övriga register inte kommenterade). * Automatisk överföring finns ännu inte implementerad, men frågan finns inom Cosmicförvaltningen och prioriteringslista finns för allt som önskas tillföras i Cosmic.</p>	<p>* Fortfarande finns förbättringsområden. Arbeta pågår regionövergripande med förbättring av struktur och analysstöd. När det nya vårdinformationssystemet införs ger det betydligt förbättrade möjligheter till effektiv och automatiserad överföring från journalsystem till register.</p>
<p>Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: God inrapportering i kvalitetsregister</p> <p><i>Blodcancer.</i> Undermålig rapportering till kvalitetsregister överlag, bäst i RVN, sämst i RN. Målet går inte att nå med aktuell bemanning. Resursperson (sjuksköterska, läkarsekreterare) behöver finnas på alla kliniker.</p> <p><i>Gynekologisk cancer.</i> Brist på resurser på främst gynekologen i Umeå medför eftersläpning i inrapporteringen. I samband med kommande ombyggnad av INCA-plattformen befaras störningar i inrapporteringen av operationer.</p> <p><i>Livmoderhalscancerprevention.</i> Inrapportering av data om kallelser, cellprov och vävnadsprov sker till kvalitetsregistret NKCx:s analysregister, men för att viktiga delar som svarstider och behandling ska kunna utvärderas behövs anslutning till NKCx:s processregister ("Cytburken"), till vilket RVN och RN är anslutna. Kvaliteten på inrapporterade SNOMED-koder för cytologi behöver förbättras i alla regioner.</p> <p><i>Lungcancer.</i> God inrapportering, som dock är mycket personalkrävande. Data direkt från journal till kvalitetsregister är en nödvändig utveckling.</p> <p><i>Mammografiscreening.</i> Ett nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening är under utveckling och pilottestning, men ännu inte klart att tas i bruk.</p> <p><i>Palliativ vård.</i> Den sjunkande täckningsgraden i svenska palliativ registret måste aktivt motverkas.</p> <p><i>Urotelial cancer.</i> God inrapportering i befintliga kvalitetsregister, men bitvis stor diskrepans mellan registerdata och validerade undersökningar.</p> <p><i>Övre gastro-intestinal cancer.</i> Fungerar relativt väl, men administrativ personal för rapportering efterfrågas.</p>			

Prioriterat område 5: Förstärka den palliativa vården (OBS! Se även Tabell 3 för regiongemensamma mål)			
<p>RN Mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Förbättra den specialiserade palliativa vårdens infrastruktur: <ul style="list-style-type: none"> - tillgång till kompetent stöd för verksamheter som bedriver allmän palliativ vård oavsett huvudman under kontorstid. - utvecklade PAVA-enheter med rätt kompetens och tillgång till läkare i hela länet. - Förstärka länssamordningen samt se över delar av verksamheten utifrån identifierade förbättringsområden på basis av uppgifter från Svenska palliativregistret. - Öka interventioner för de palliativa rådgivningsteam. - Samverkan med kommunerna för förbättrat omhändertagandet av palliativa patienter med kort förväntad överlevnad. * Kompetensförsörjning: <ul style="list-style-type: none"> - öka tillgången på läkare med palliativ kompetens i Malmfälten. - läkare och sjuksköterskor med palliativmedicinsk kompetens inom samtliga närsjukvårdsområden. - god kunskap i allmän palliativ vård hos all berörd vårdpersonal genom web-utbildningen. 	<p>RV Mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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. * Patienter som avlider ska registreras i Svenska palliativ registret. <p>Uppföljning 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Nytt ST-block i palliativ medicin är inrättat och en ny specialist är anställd * Patienter som avlider registreras i Svenska palliativa registret 	<p>RJH Mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Berörda verksamheter inom ska ha mål för god palliativ vård i sina verksamhetsplaner inkl. ambitionsnivå för web-utbildning. * Ta fram beslutsunderlag gällande palliativmedicinsk telefonjourlinje med konsekvenser för RJH för senare ställningstagande. * Utvecklingen enligt beslutad onkologisk utredning inkl. palliativa konsultteamet (PKT) verkställs enligt plan. * ST-block i palliativ medicin. <p>Uppföljning 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hösten 2018 öppnades åtta palliativa vårdplatser för cancerpatienter inom kirurgi, urologi och ÖNH. Enheten har mer bemanning än övriga kirurgiska enheter dagtid för att kunna möta särskilda behov. En underläkare och en specialist i palliativ medicin utgör läkarbemanningen. * PKT på helårsbasis har inte börjat och kommer inte att genomföras under 2019, då mer resurser behövs till den palliativa vårdavdelningen. * Ombyggnation av lokaler startar och förvaltningsarbete pågår under våren 2019. 	<p>RVN Mål:</p> <p>De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ett ST-block i palliativ medicin inrättat, ytterligare två planeras under 2019. * Utbyggnad av SSIH i norra länsdelen. SSIH är fr.o.m. 2019 del i länsverksamhet onkologi.

<p>Uppföljning 2018: * Brist på PAVA-platser i Luleå är problem * Ökat intresse för palliativa web-utbildningen. * Övriga mål inte kommenterade.</p>		* Regionen avvaktar f.n. med palliativ telefonjourslinje. * En specialist klar sommaren 2018, ett ST-block klart 2020 och ny ST-läkare börjar sitt block HT-19. Bemanningsituationen således stabil. * Palliativa mål, som t.ex. att delta i web-utbildning, finns i verksamhetsplanerna för de uppföljda åren.	
<p>Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Förstärka den palliativa vården</p> <p><i>Flera processarbetsgrupper tar upp behovet av palliativ vård nära patientens hem.</i></p> <p><i>Barnonkologi.</i> Axlagården i Umeå och enhet i Sundsvall är beredda att ta emot barn med cancer för palliativ vård.</p> <p><i>Blodcancer.</i> Den palliativa vården är av ojämn kvalitet i norra regionen. Hospice finns i RV och RVN och i RJH finns palliativ vård genom Storsjögläntan. RN har inget hospice och endast få vårdplatser i länsjukvården, på länsdelssjukhusen finns dock mer resurser.</p> <p><i>Kolorektal cancer.</i> Bristande resurser i hela regionen.</p> <p><i>Lungcancer.</i> En satsning på palliativmedicinska resurser på länsdelssjukhusen efterfrågas för tidig inskrivning i palliativ team vid spridd sjukdom.</p> <p><i>Palliativ vård.</i> Bristen på utbildningstjänster (ST-block) för läkare som vill ha tilläggspecialitet i palliativ medicin måste åtgärdas snarast, mest akut är läget i RVN och RN. Resursbrist inom den specialiserade palliativa vården slår mot alla andra vårdformer, såväl kommunala som landstingsstyrda. Det finns fortsatt ojämlikhet i norra regionen sett till utbudet av specialiserad palliativ vård. Möjligheten till samordnad jourlinje över länsgränserna i specialiserad palliativ vård bör åter aktualiseras. Webbutbildningen i palliativ vård bör nyttjas mer. I november 2018 hade totalt 6240 personer i sjukvårdsregionen påbörjat utbildningen, varav 3767 genomgått hela. Regionerna är fortsatt efter kommunerna i antal genomförda och avslutade utbildningar.</p> <p><i>Prostatacancer.</i> Den mycket stora bristen på urologer hotar tillgången på specifika symtomlindrande åtgärder för den palliativa patienten.</p> <p><i>Övre gastro-intestinal cancer.</i> Generell vårdplatsbrist drabbar även denna patientgrupp.</p>			
<p>Prioriterat område 6: Onkologisk specialistkompetens i alla landsting</p>			
<p>RN Mål: * 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.</p>	<p>RV Mål: Två onkologer på plats i Östersund och minst två ST med koppling till Sunderbyn.</p> <p>Uppföljning 2018: * Se tabell 1 mål 1 ovan gällande läget inom RJH</p>	<p>RJH Mål: 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.</p>	<p>RVN Mål: * Fortsatt förstärkning av befintlig kompetens.</p> <p>Uppföljning 2018: * Fyra pågående ST-block i onkologi.</p>

<p>* Aktiv rekrytering av onkologer, målet 4 onkologer samt 3 ST.</p> <p>Uppföljning 2018:</p> <p>* Aktivt arbete för bildande av onkologiskt centrum, lokaler finns</p> <p>* För rekrytering av onkologspecialister se svar från RV.</p>	<p>* I RN har den förste ST-läkaren påbörjat sin utbildning enligt samma modell och rekrytering av ytterligare en person pågår.</p>	<p>Steg 1 Allt bättre NU år 2016–2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Införande av IT-system för dosering av cytostatika (Cytodos). * Förändring av lokaler på onkologmottagningen. * Enhetliga rutiner för onkologmottagningen. * Krav inom SVF beaktas. * Införande av PICC-line (perifert insatt central kateter). * Utveckling inom cancerrehabilitering (se även prioriterat mål 8). * En tredje ST-läkare startar utbildning till onkolog. * Diskutera fram detaljer kring hur en onkologisk/palliativ vårdavdelning ska utformas. <p>Steg 2: Målbild om 2-4 år dvs 2018-2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 2018 första onkolog färdigutbildad. * 2020 andra onkolog färdigutbildad * Minskat behov av onkologkonsulter * En onkologisk/palliativ avdelning startar i början av perioden. * Palliativa konsultteamet utökas så att året-runt stöd kan ges, och del av skötsel av avdelningen kan ske * Rekrytering av färdig specialist * Minskning av tjänsteutrymme för kirurger. * Viss hemtagning av regionvård från Umeå och Sundsvall. 	<p>* Projekt permanentat med onkologisjuksköterska på vårdcentral i västra länsdelen (Ånge)</p>
--	---	--	---

		<p>* Analyser för alla cancerrksamheter i RJH startar med ambition att all lämplig onkologisk verksamhet samordnas på bästa sätt.</p> <p>Uppföljning 2018:</p> <p>* Första onkolog på plats i juni 2018. Ombyggnation av lokaler startar våren 2019</p> <p>* Pacc-line-upphandling pågår, men beror av att ombyggnationen blir klar. Inläggning i samarbete med hematologi och medicin.</p> <p>* IT-system Cytodos är snart helt implementerat för alla som använder cytostatika i regionen. Förvaltningsarbete pågår under våren 2019.</p> <p>* Ännu ingen minskning av antalet onkologkonsulter, då endast en onkolog är i tjänst och dessutom väntar föräldraledighet delar av 2019.</p> <p>* Enhetliga rutiner, som bl.a. PM för alla behandlingar är framtagna i samband med införandet av Cytodos.</p> <p>* Onkologimottagningen kan ge de flesta behandlingar. Dygnet-runt-behandlingar och vissa studiebehandlingar ges i Umeå eller Sundsvall. En del patienter åker fortsatt till Umeå och Sundsvall, trots att behandling kan ges lokalt.</p> <p>* Ytterligare specialist i onkologi klar sommaren 2018, nästa prel. klar 2021. Fortsatt behov att rekrytera ytterligare ST-läkare.</p>	
--	--	---	--

Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Onkologisk specialistkompetens i alla landsting

Flertalet processgrupper påtalar stora problem med att fast onkologisk kompetens saknas i RJH och RN. MDK kan endast i vissa fall fungera som ersättning.

Bröstcancer. Andelen av patienter som kommer att erbjudas neoadjuvant systemisk behandling ökar, vilket medför ett behov av monitorering av behandlingseffekt samt kunskap om hur och när behandling ska bytas/avbrytas vid utebliven effekt. Detta måste skötas av onkologer.

Gynekologisk cancer: Fortsatt brist råder på subspecialister inom gynekologin. Nyrekrytering och ytterligare utbildning fordras.

Lungcancer. Möjligheten till palliativ radioterapi är ojämlig i norra regionen, finns endast i RV och RN. Problem för svårt sjuka och svaga patienter att resa till annan region.

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

<p>RN Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018: * Anslutning till Cytburken klar. * Ny metod cervixcancerscreening igång eller i startgroparna. * Koloskopiscreening planeras starta ht 2019. * Inte aktuellt med aktiv PSA-screening under 2019.</p>	<p>RV Mål: <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.</p> <p>Uppföljning 2018:</p>	<p>RJH Mål: <i>Mål avseende cervixcancer-prevention:</i> * Anslutning till Cytburken (är beroende av RV). * Tydlig organisation för cervixcancerprevention. * Implementering av nya vårdprogrammet för gynekologisk cellkontroll.</p> <p>Uppföljning 2018: * Projektledare tillsatt för införande av NVP, i uppdraget ingår även anslutning till Cytburken. Inventering av läget och en plan för fortsättningen pågår. Uppgradering av LIS är på gång under våren 2019 för att kunna möta de tekniska utmaningarna. * Problem med tillgängligheten på gynnottagningen för patienter med avvikande cellförändringar, framförallt de av lättare grad och lång (fyra</p>	<p>RVN Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018: Se tabell 3</p>
---	---	---	--

	<p><i>Cervixcancerprevention:</i> * 93 % inom fyra veckor under hösten 2017</p> <p><i>Mammografi:</i> * Se tabell 3.</p> <p><i>”Vägen in till cancervården”:</i> * Tillgång till allmänläkarkonsulter (AKO) är fortfarande inte heltäckande, det finns 10–12 idag. Behovet ökar dessutom i takt med att vårdkedjorna utvecklas. AKO:s form och förutsättningar för uppdraget är under utredning.</p>	veckor) svarstid vid gynekologisk cellkontroll.	
<p>Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Öka förutsättningar för tidig upptäckt</p> <p><i>Bröstcancer.</i> Standardiserat vårdförlopp (SVF) fungerar mer eller mindre bra inom regionen och fortsatt arbete krävs.</p> <p><i>Gynekologisk cancer:</i> Fyra SVF-förlopp införda, men flera förbättringar behöver genomföras för bra genomslag.</p> <p><i>Kolorektal cancer.</i> Planering för införande av nationell kolorektal cancerscreening pågår i samtliga regioner, för start under senare delen av 2019. Skillnader i hur SVF används finns inom sjukvårdsregionen och gör det svårt att följa patienter och kontrollera väntetider i realtid.</p> <p><i>Livmoderhalscancerprevention.</i> Andelen kvinnor med höggradiga cellförändringar, som blir utredda i tid, har förbättrats kontinuerligt i RN, medan övriga regioner ligger oacceptabelt lågt.</p> <p><i>Lungcancer.</i> Screening kan bli aktuell inom ett par år.</p> <p><i>Prevention, tidig upptäckt och vägen in.</i> Arbeta med SVF pågår, men det är svårt att följa tiden patienter tillbringas inom primärvården eftersom registrering av primärvårdens del saknas och data är svår att ta fram.</p> <p><i>Prostatacancer.</i> En regional utredning om organiserad PSA-testning är genomförd. Sjukvårdsregionens viljeinriktning är att införa organiserad prostatacancer-testning, men ett breddinförande är i nuläget inte genomförbart utifrån tillgängliga resurser. Sjukvårdsregionen ska under 2019 planera och förbereda för att så snart som möjligt påbörja en organiserad prostatacancer-testning för en mindre grupp av män. Urologbrist försvårar arbetet med att korta ledtider.</p> <p><i>Sarkom.</i> Att fortsätta sprida, befästa rutiner och informera kring SVF sarkom är viktigt, då det rör sig om en ovanlig tumörform.</p> <p><i>Urotelial cancer.</i> Bristen på urologer, op. resurser för primärdiagnostiska ingrepp och på vårdplatser gör att målen för SVF inte alla kan uppnås. De kortaste ledtiderna finns i RVN och RN.</p> <p><i>Övre gastro-intestinal cancer.</i> SVF fungerar relativt väl. Problem med övervakning av hepatitpatienter för HCC kvarstår. Upphandling av radiofrekvens-abladering för vissa sjukdomar i matstrupen pågår.</p>			

Prioriterat område 8: Ökade insatser inom cancerprevention (OBS! Se även Tabell 3 för regiongemensamma mål)			
<p>RN Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018: * En rökfri operation för alla opererande enheter. * Tobaksavvänjare på HC. * Hälsosamtal erbjuds 40-, 50- och 60-åringar.</p>	<p>RV Mål: * 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 kondomanvändning.</p> <p>Uppföljning 2018: * Se tabell 3</p>	<p>RJH Mål: * Primärvårdens uppdrag kring tobaksavvänjning och FAR är viktigt. * Rökfrihet inför benigna operationer enligt egna rutiner vid klinikerna.</p> <p>Uppföljning 2018: * Beslut om rökfrihet inför benigna operationer togs av HS-ledning 2018-11-25. I nuläget för kort tid för uppföljning.</p>	<p>RVN Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018: Se tabell 3</p>
<p>Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Ökade insatser inom cancerprevention</p> <p><i>Bröstcancer.</i> Fortsatt arbete behövs för att öka antalet kvinnor som deltar i screeningundersökning. Fortsatt arbete med livsstilsfaktorer för prevention.</p> <p><i>Gynekologisk cancer.</i> Allmän vaccination mot HPV-virus är infört för flickor, nästa steg är att även pojkar vaccineras. Kombinerade p-piller verkar skyddande mot äggstockscancer, men finns inte i preventionsprogram (utom vid känd genetisk risk). Livsstilsrelaterade råd borde ges till perimenopausala kvinnor med högt BMI p.g.a. ökad risk för livmodercancer.</p> <p><i>Livmoderhalscancerprevention.</i> Förberedelser pågår i hela norra regionen för införande av SoS nya riktlinjer med HPV-baserad primärscreening. Inera har utvecklat IT-stöd för en nationellt sammanhållen journalföring (för att kunna följa patienten vid ex. flytt), som majoriteten av landets regioner har tackat ja till, men ännu endast RN i norra regionen.</p> <p><i>Lungcancer.</i> Medvetenheten om riskerna med tobaksbruk och om tidiga tecken på lungcancer måste öka, liksom satsningen på tobaksprevention. Tydliga riktlinjer och remitteringsvägar för stöd för rökavvänjning bör finnas i hela norra regionen.</p>			
Prioriterat område 9: Cancerrehabilitering till alla utifrån individuella behov (OBS! Se även Tabell 3 för regiongemensamma mål)			
<p>RN Mål: * Utveckling av cancerrehabilitering, utgående från Carereprojektet i gynprocessen. * Utveckling av ett kompetensteam för cancerrehabilitering, bestående</p>	<p>RV Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p> <p>Uppföljning 2018:</p>	<p>RJH Mål: * Inrättande av en lokal multiprofessionell arbetsgrupp för regelbundna möten, kompetensutveckling och fortlöpande arbete utifrån regionalt</p>	<p>RVN Mål: De regiongemensamma, se tabell 3.</p>

<p>av de paramedicinska yrkesgrupperna.</p> <p>Uppföljning 2018: * Bristområde då processledare slutat, men förhoppning finns om nyanställning som ska råda bot på problemen.</p>	<p>* Det nationella vårdprogrammet (NVP) har börjat spridas i verksamheterna. Inventering av samlade rehabiliteringsresurser i länet har genomförts.</p> <p>* Lokal processledarfunktion (två personer) har tillsatts och multidisciplinär arbetsgrupp i länet är under bildande.</p> <p>* Regionen deltar i rehabiliteringsprojekt inom bäckenbottenrehabilitering och inom vissa diagnoser i Rehabspåret, övre GI och bröstcancer</p>	<p>fattade beslut inom området cancerrehabilitering.</p> <p>* Pilotprojekt inom cancerrehabilitering för hjärntumörpatienter.</p> <p>Uppföljning 2018: * Projekt startat i april 2018 för implementering av NVP för cancerrehabilitering och för utvecklande av gemensamma arbetssätt för cancerrehabilitering i regionen. I utvecklingsarbetet ingår en multiprofessionell arbetsgrupp. Projektet pågår under hela 2019. Hjärntumörer grad III och IV erhåller hemrehabilitering via det mobila hjärntumörsteamet.</p>	<p>Uppföljning 2018: * Rehabklinik representerad i lokala cancerrådet. * Verktyg för kartläggning av behov har införts och används av kontaktsjuksköterskor.</p>
<p>Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Cancerrehabilitering till alla utifrån individuella behov</p> <p><i>Barnonkologi.</i> Mottagning för seneffekter för unga vuxna, som genomgått cancerbehandling, finns etablerad vid Nus för patienter från RV och RVN. Under 2019 kommer även patienter från RJH och RN att kunna erbjudas besök. Planering pågår för ett kompetens- och konsultcentrum som ska integreras med mottagningen.</p> <p><i>Blodcancer.</i> Cancerrehabiliteringsteam och god tillgång till resurser finns på Sunderbyns sjukhus, Örnsköldsvik, Piteå och på Nus (bör dock utvecklas), resurser saknas i Skellefteå.</p> <p><i>Bröstcancer.</i> Patienter med barn under 18 år ska rutinemässigt få kontakt med kurator. Skattningsinstrument för att bedöma rehabiliteringsbehov och möjlighet att erbjuda direktrekonstruktion bör finnas i hela norra regionen.</p> <p><i>Cancerrehabilitering.</i> Behoven av cancerrehabilitering kommer sannolikt att öka. Resurser för cancerrehabilitering finns i varierande grad på sjukhusen, beskrivs ofta som otillräckliga och fördelas inte jämlikt mellan diagnoser. Övergripande hälsoekonomiska beräkningar av rehabiliteringsåtgärder saknas. Lymfödembehandling måste troligen utökas. Sexologisk kompetens har stärkts i norra regionen, men riktlinjer behöver tas fram för hur resurserna ska nyttjas. Pilotprojektet <i>Rehabspåret</i> som avslutades våren 2018 syftade till ett strukturerat arbetssätt för individuell bedömning, åtgärder och utvärdering av cancerrehabiliterande insatser. Utifrån de initiala erfarenheterna har <i>Rehabspåret 2.0</i> påbörjats under hösten 2018.</p> <p><i>Lungcancer.</i> Strukturerad rehabilitering saknas i hela norra regionen, det finns t.ex. allt mer evidens om positiv effekt av fysioterapi. Rehabiliteringsteam för lungcancer behöver bildas.</p> <p><i>Prostatacancer.</i> Uppgift saknas om hur många som erbjuds rehabilitering. Prostatacancer ingår som deldiagnos i <i>Bäckenrehabiliteringsprojektet</i>.</p> <p><i>Sarkom.</i> Rehabiliteringen kräver mycket individuella lösningar.</p> <p><i>Urotelial cancer.</i> Cancerrehabiliteringsverksamheten är fortfarande i sin linda, främst p.g.a. bristen på urologer.</p>			

Uppföljning av sjukvårdsregiongemensamma målnivåer i den regionala utvecklingsplanen

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 2018. **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 2018. Fält som saknar färgsättning kan inte bedömas utifrån uppnådd målnivå, antingen för att data saknas eller för att målet inte längre är relevant.

För mål där uppföljning sker genom kvalitetsregister avser redovisade data resultat för 2017. För ytterligare detaljer, se RCC Norrs uppföljningsrapport för kvalitetsregister för 2016–2017 som finns publicerad på <https://www.cancercentrum.se/norr/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/uppfoljning-kvalitetsregister/>. **För övriga målnivåer rapporteras läget vid utgången av 2018.**

I kolumnen ”Utveckling” visar pilar riktningen 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. För vissa målnivåer kommenteras resultaten.

Tabell 3 Uppföljning av målen i regionernas handlingsplaner för den sjukvårdsregionala utvecklingsplanen för cancervården 2016–18, diagnos-/områdesspecifika målnivåer inom de kriterium som ska utmärka RCC.

RCC - kriterium	Område	Målnr	Målnivåer	Utgångsläge	Läge 2017 (kvalitetsregisterdata) alt. 2018	Utveckling	Kommentar
Förebyggande insatser och tidig upptäckt av	Förebyggande insatser (cancerprevention)	D 1	Införa Tobaksfri Duo (TD) i alla regionens kommuner, med målsättningen 70 % tecknade avtal i regionen.	Tobaksfri Duo finns i alla kommuner i RV och RN, fortsatt spridning i RVN och RJH. 75 % tecknade avtal i RV, 64 % i RN.	RN: 75 % (2016). RV: 80 %. RVN: 77 % har tecknat avtal i de 4 av 7 kommuner där TD finns (den 5:e på gång) RJH: TD finns i 4 av 8 kommuner, den 5:e är på gång. 55 %-85 % har tecknat kontrakt.	↑	
		D 2	Diplomerade tobaksavvänjare ska finnas tillgängliga för länets hela	Tobaksavvänjare finns i närmiljön för	Antalet diplomerade tobaksavvänjare ökar och finns på de flesta men inte alla HC	↑	

		befolkning, på sjukhus, primärvård eller folktandvård.	ca 75 % av befolkningen, andelen diplomerade är 20-90 % i de fyra länen.			
	D 3	Öka andelen som tillfrågas om sina alkoholvanor inom vården.	Arbete för att möjliggöra utvärdering pågår	Antal tillfrågade om alkoholvanor inom PV kan följas upp utom i RJ. Generellt ingen ökning i antal tillfrågade jämfört med 2015. Däremot identifieras fler personer med riskbruk av alkohol.	↔	
	D 4	Ökad fysisk aktivitet genom att fler kliniker arbetar aktivt med att samtala om fysisk aktivitet och förskriva FaR.	Primärvården arbetar strukturerat med detta, inom specialsjukvården och psykiatrien pågår implementering. 14 368 FaR i regionen 2014.	Enligt folkhälsoenheterna behöver nya mål formuleras, då uppföljning av FaR inte gett information om hur utvecklingen av arbetet går		
	D 5	Minska antalet stillasittare i regionen genom ökad kunskap bland befolkningen.	Andel stillasittande i regionen 12-17%, oförändrat sedan mätningen 2010	Data från mätning 2018 ännu inte tillgängliga		
Tidig upptäckt av cancer - livmoderhalscancerprevention	J 1	Regionen ansluten till processregistret (Cytburken), med fungerande fortlöpande dataleverans till processregistret	Beslut att starta finns i alla län utom RN	RVN och RN är anslutna Beslut finns i RV och RJH, men starttidpunkt oklar.	↑	
	J 2	Landstingen har en tydlig organisation för cervixcancerprevention, med dokumenterad ansvarsfördelning med processansvarig och styrgrupp förankrad i landstingsledning	Varierande organisation	Finns i RN. För övriga varierande tydlighet för uppdrag och mandat.	↔	
	J 3	Implementering av SoS nya screeningriktlinjer från 2015. Planering och arbete påbörjas under 2016 i alla regionens landsting.	Ej påbörjat	Inte infört. Planering och förberedelser påbörjade i alla landsting, nära införande i RVN och RN.	↑	

Tidig upptäckt av cancer - mammo grafi- scree- ning	L 1	Samtliga landsting anslutna till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening och levererar data regelbundet till INCA	Endast RN och RV har lyckats exportera data till RCC	Pågående nationellt pilotprojekt avvaktas. Förberedelsearbete bör dock starta.	↔	
	L 2	Deltagande i regionen förbättras till 87.5%	84,7 %	85,5 %	↑	
	L 3	Längd screeningintervall (tid mellan erbjudna datum i två konsekutiva screeningomgångar): 95 % inom 24 månader	RV 90 % inom 29,7 månader, RN 90 % inom 29,4 månader	Uppfyllt utom i RN som haft problem i samband med byte av RIS/PACS och införande av web-bokning, men snart arbetat ikapp.	↑	
	L 4	Andel som dubbelgranskas: 98 % i regionen	89 % (25 % i RJH, 100 % i övriga landsting)	100 % överallt	↑	
	L 5	Tid (dagar) från screening till diagnos (enligt definition i cancerregistret) för screeningupptäckt bröstcancer: 90 % inom 31 dagar	RV 90 % < 34 dgr, RN 90 % <44 dgr, data saknas RN och RJH	Kan ej mätas		
	L 6	Intervallcancer (andel av totalt antal cancerfall bland deltagare) år 1 och år 2 (innan nästa screening): <30 % år 1, <50 % år 2	Okänt	Kan ej mätas		
	L 7	Andel av screeningupptäckt cancer som är Stadium II+ <30 %	32 % i regionen	Regionen ligger strax under 20 %	↑	
”Vägen in till cancer-vården”	T 1	Kartläggning av tider och remissförfarande för patienter med kolorektalcancer i primärvården (PV) i norra regionen, från kontakt med vården till diagnos. Detta ska ge underlag för adekvata framtida förändringar. Mål fastslås när slutsatser av kartläggningen dragits	Långa väntetider från första besök i PV till diagnos, men orsaken okänd.	Resultat från kartläggningen är sammanställt och skrivande av artiklar där pågår, med planerad publicering 2019.	↑	
	T 2	Kartlägga förekomsten av cancerfall upptäckta inom regionens PV samt identifiera förekomsten av de vanligaste symtomen patienter sökt för när de remitterats för cancerutredning. Sammanställa andelen av patienter inkluderade i SVF. Syfte:	Bristande kunskap om antal cancerfall som upptäcks i PV samt förekomst av de vanligaste cancerrelaterade symptom patienter söker	Projekt påbörjat.	↑	

		identifiera områden som behöver förbättras i PV. Målet förutsätter extra resurser för kartläggning.	PV för vid misstänkt cancer.				
	T 3	Sprida information och stödja införande av SVF, genom information till all PV-personal och genom att PV-versioner av SVF finns tillgängliga på respektive landstings plattform.	SVF saknas på landstingens plattformar	Genomförd bred informationsinsats "Tänk SVF". PV-versioner av SVF finns på respektive regions plattform.	↑		
	T 4	Snabbare och bättre omhändertagande av patienter med misstänkt cancer i PV genom att följa SVF.	Långa väntetider för många diagnoser. Bl.a. återremittering till PV fördröjer utredningar.	Antalet inrapporterade SVF ökar, men osäkerhet i rapportering av data/kodning försvårar att relatera till PV. Ett projekt med särskilt fokus på PV:s roll har startat.			
	T 5	Minst 30 % av patienterna handläggs enligt SVF för de diagnoser där SVF finns	SVF införs för några diagnoser 2015, fler under kommande år	Under perioden 170901-180831 utreddes 63 % av förväntat antal cancerpatienter i regionen enligt SVF, varav 49 % inom fastställda ledtider.	↑		
	T 6	Fortbildning för sjuksköterskor och läkare i norra regionens PV i form av utbildningsdag, "Hur hittar vi cancer tidigare?"	Utbildningar genomförda i RVN, RV och RJH 2013–2014	Utbildningar har inriktats mot SVF. Arbete pågår med att göra PV-versioner kända och anpassade.	↑		
	Vårdprocesser	Barn-onkologi	A 1	Gemensam plan och program inom regionen för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancersjukdom hos barn och ungdomar.	Arbete pågår kring praktiska rutiner och med nationellt vårdprogram för långtidsuppföljning	En uppföljningsmottagning startade på Nus sep 2017. Hittills har unga vuxna som behandlats för cancer som barn från RV och RVN kallats. Uppföljningsenkät visar positivt resultat. Under 2019 kommer patienter från hela sjukvårdsregionen att kallas.	↑
A 2			Inrätta ett regionalt kompetens- och konsultcentrum för seneffekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar. I detta ingår ny tjänst för konsult-KSSK för transition och	Arbete pågår med förslag organisation. Pågående arbete med nationellt vårdprogram är viktigt för detta.	Ett kompetenscentrum är under uppbyggnad på Nus. En ssk på Cancercentrum arbetar 20 % för att koordinera uppföljningsmottagning.	↑	

			kontroll av tonåringar och unga vuxna efter cancersjukdom.				
	A 3	Vidareutveckla fungerande hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn och ungdomar: 80 % ska ha tillgång till fungerande hemsjukvård vid behov.	Pågående samarbete med regionens samsrådsgrupp för palliativ vård.	Fortsatt arbete. Valfungerande i RJH. Möjlighet till palliativ vård av barn vid Axlagården i Umeå och vid enhet i Sundsvall.	↑		
	A 4	Utforma individuella utvecklingsplaner för alla inblandade vårdgivarkategorier inom barncancer-vården i regionen: 80 % av personalen ska ha en individuell utbildningsplan.	Diskussioner om hur befintliga regionala och nationella utbildningsmöjligheter bäst tillvaratas.	Målet uppfyllt, genom utbildningar inom barnonkologi som Barncancerfonden arrangerar och där regionen också deltar som lärare.	↑		
Blodcancer	B 1	Välfungerande konferenser: a) Telemedicinsk terapikonferens varje vecka för hematologer/onkologer i regionen, med anmälan av patienter i tid, och aktivt deltagande från alla sjukhus. b) MDK med hematolog, onkolog, hematopatolog och genetiker, med deltagande från alla sjukhus.	a) Fungerande veckovisa konferenser. b) Fungerande MDK varannan vecka med Nus, Östersund, Skellefteå, Sunderbyn. Genetiker deltar ej.	Uppfyllt	↑		
	B 2	Bättre täckningsgrad i blodcancerregistret: >70 % inom 3 mån. >90 % inom 1 år	Förbättrade nivåer på de flesta sjukhusen. Svårigheter att registrera i tid.	Uppnås inte i något län. 3-mån-registrering mycket under målet.	↔		
	B 3	Individuell skriftlig vårdplan till patienterna för 80 % av patienterna	Nydiagnostiserade patienter på 4 sjukhus får skriftlig vårdplan.	Ca 95 % av patienterna i Sunderbyn, Skellefteå och Piteå får MVP. Nus och Ö-vik når inte målet 80 %. Nus utarbetar en egen MVP-modell i patientjournalen.	↑		
	B 4	Lokala riktlinjer till remitterter om remitteringsvägar för knölar ska finnas i alla landsting.	Fördröjd diagnos, riktlinjer är oklara förutom i Sundsvall.	Riktlinjer finns	↑		
	B 5	Kontakt- eller teamsjuksköterska finns på alla hematologiska enheter och ansvarar för att patienterna får en individuell skriftlig vårdplan.	Finns på 5 sjukhus. Behöver bli fler och få delta i utbildningsaktiviteter.	Kontaktsjuksköterska finns på alla sjukhusen, men de har behov av administrativt stöd.	↑		

	B 6	Hög följsamhet till nationella riktlinjer enligt målindikatorer för varje diagnos.	40-100 % följsamhet, varierar mellan diagnoserna	40-100 % följsamhet, varierar mellan diagnoserna	↔	
	B 7	Förbättra ledtid mellan remiss till diagnosbesked och behandlingsplan i enlighet med de tider som definieras i SVF.	Tydliggörs och blir lättare att följa med SVF. Uppfylls inte för t.ex. lymfom och myelom.	Ledtider 2018 t.o.m. 17/9, andel inom tid i norra regionen: lymfom 45 %, myelom 75 %	↑	
Bröstcancer	C 1	90 % av kvinnorna med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	60 % opereras inom 3v (22-80 %), 76 % opereras inom 4v (46-93 %)	74 % inom 3 v (RVN 73, RJH 85, RV 46, RN 95). 83 % inom 4 v (RVN 83, RJH 91, RV 61, RN 98)	↑	
	C 2	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation	51 % (17-82%)	67 % (RVN 68, RJH 92, RV 37, RN 83)	↑	
	C 3	90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	88 % (86-89%) Data baserat från år 2013	88 % (RVN 86, RJH 74, RV 93, RN 96)	↔	
	C 4	5-årsöverlevnaden ska vara >90 %	2012: 88 % (86-91 %)	81 % (RVN 84, RJH 76, RV 80, RN 83)	↓	
	C 5	98 % av alla PAD-svar efter operation ska vara fullständigt strukturerade	84,9 – 93,7 %	98 % (RVN 99, RJH 96, RV 97, RN 99)	↑	
	C 6	10 % av patienterna ska få omedelbar bröstrekonstruktion med implantat	2.6%	9 % (RVN 12, RJH 0, RV 6, RN 13)	↑	
	C 7	50 % av patienterna ska handläggas i enlighet med SVF	SVF införs 2016	Under perioden 170901-180831 utreddes 83% av förväntat antal bröstcancerpatienter i regionen enligt SVF, varav 64% (RV 43%) inom fastställda ledtider.	↑	
Gynekologisk cancer	F 1	Minska ledtiden för remissgång från kvinnokliniker till gynonkologen till 2 dagar	5,2 dagar (2013)	Målet infört genom SVF, nu 1 dag.	↑	
	F 2	Öka andelen patienter med ovarialcancer stadium I som fått optimal stadiindelning med systematiska biopsier till 50 %	32,7 % (2008-2013)	80 %	↑	

	F 3	Ökad andel patienter som är opererade av erfaren tumörkirurg till 50 %	26,7 % (2008-2013)	Målet uppfyllt. Ovarial cancer: 75 % 2016–17, Cervixcancer 90 %, Corpuscancer:40 %. Ovarial- och cervixcancer är centraliserat. Corpuscancer är inte centraliserat och ska inte vara det enligt NVP, utom för fåtalet högriskfall.	↑	
Hjärn- tumörer	G 1	Förstärkt patologi i regionen med en neuropatolog, 2 BMA och 2 molekylärbiologer, för att nå mål i nationellt vårdprogram	1 neuropatolog på deltid, 1 ST-läkare, stor brist på BMA.	Mål ej uppnått	↔	
	G 2	Bättre fungerande MDK, med väl förberedda patientfall och deltagare, samt medverkan av länssjukhusen	Endast Nus kan delta och ibland är inte alla fall/deltagare väl-förberedda	MDK fungerar bättre, Nus, RVN och RJH deltar i MDK, ej RN.	↑	
	G 3	Minska tiden från preliminär diagnos via röntgen till operation till 2 v	Ca 4 v (2013)	29 % inom 2 v	↔	
	G 4	Inrapportering i kvalitetsregister: 95 %	92,7% (2013)	92,7 % 2017 (jan-juni 100 %, juli-dec 82,5%)	↔	
	G 5	Kontaktsjuksköterskor (KSSK) på samtliga länssjukhus	KSSK saknas i Sundsvall och Sunderbyn	KSSK finns på alla länssjukhus och Nus	↑	
	G 6	Förbättra information till patient och närstående och införa ”min vårdplan”: Pärm ska utdelas till alla patienter med gliom grad 3 och 4 samt de med grad 2 som har behov av KSSK	Endast muntlig information	RJH: Alla pat. med hjärntumör får en vårdplan ”min pärm” RV: KSSK finns från feb -19 på NK, sedan tidigare även på cancercentrum. Arbetsformer är under utveckling. RVN: Oklart, inrapporterande saknar detaljerad kännedom RN: Detta sker i varierande utsträckning på sjukhusorterna. KSSK och processledare upplever att det är svårt att få kontroll över vilka patienter som är aktuella, då rehabilitering ofta	↑	

					tappas bort i överlämning mellan sjukhusen.		
	G 7	Förbättrad cancerrehabilitering: Efter avslutad onkologisk behandling ska patienten kunna remitteras till rehabavdelning/dagrehab i vars uppdrag rehabilitering av hjärntumörspatienter ingår. Tydliga direktiv om var patientgruppen ska erbjudas rehabilitering måste finnas för varje sjukhus i regionen.	De flesta sjukhus i regionen saknar en rehabiliteringsenhet att remittera hjärntumörpatienter till		<p>RJH: Projektledare implementerar NVP genom att:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Arbeta med referensgrupp bestående av samtliga rehabiliteringsprofessioner * Informera nätverket för KSSK om cancerrehab. Under VT-19 planeras att resp. rehabiliteringsprofession ska informera om sitt kunskapsområde. * Arbeta mot PV:s verksamhetsutvecklare. * Delta aktivt i regionens patient- och närstående råd. * Tydliga direktiv för remittering av hjärntumörpatienter efter avslutad behandling saknas, men ovanstående gäller även dessa patienter. <p>RV: Under utveckling, men oklart hur långt man kommit. Rehabansvaret följer ansvaret vid återremiss till hemorten.</p> <p>RVN: Arbete har påbörjats. Handläggning av patienter med hjärntumörer har utretts och konsensusbeslut har fattats.</p> <p>RN: Då sammanhållande processledare för diagnosgruppen saknas kan inte något enhetligt svar ges. Patienten ska erbjudas rehabilitering på hemsjukhuset, men KSSK och processledare upplever svårigheter enl. ovan.</p>	↑	
Huvudhalscancer	H 1	Ledtid från remiss till ÖNH-klinik till beslut om "välgrundad misstanke" 5 dgr i enlighet med SVF	SVF införs under 2015		5 dagar för 85 % av patienterna	↑	

	H 2	Optimering av utredningsfasen i regionens snabbspår till 18 dgr i enlighet med SVF	20 dgr	Målet ej uppnått	↔	Problem med ombokningar för ultraljud, längre väntetid för cytologisvar och bristande op-resurser
	H 3	Ledtid till strålbehandling inom 18 dgr	21 dgr	Målet ej uppnått men ledtiden har förkortats	↑	
	H 4	Rätt använd kompetens i tumörteamet vid Nus: minska administrativ tid för medicinsk personal	Nuläge beskrivs genom kartläggning	Förbättrats genom tillsatt tumörkoordinator, förbättrad planering för stora operationer och bättre kontinuitet.	↑	
	H 5	Förstärkning av antal tumörkirurger till ett team med 4-5 fasta tumörläkare	3,25 fast anställda 1,0 stafett	5,5 fast anställda tumörläkare	↑	
Kolo- rektal- cancer	I 1	MDK ska genomföras före och efter operation. Patienter med rektalcancer: >90 % preop och >90 % postop. Patienter med koloncancer, >75 % preop och >90 % postop	Rektalcancer 95 % preop, 78 % postop, koloncancer 78 % preop, 83 % postop	Rektal preop 98 % (nås av alla) postop 95 % (nås av alla utom RJH 81) Kolon 92 % Preop (nås av alla), postop 92 % (nås av alla utom RJH 74)	↑	
	I 2	Förbättrad patologiundersökning: För >95 % av patienterna ska ≥12 lymfkörtlar i operationspreparat undersökas efter op för koloncancer. För >90 % av patienterna ska ≥12 lymfkörtlar undersökas i operationspreparat efter op för rektalcancer	Rektalcancer 78 %, koloncancer 92 %	Rektal 84 % (RVN 88, RJH 72 , RV 79 , RN 92) Kolon 96 % (RVN 96, RJH 91 , RV 96, RN 99)	↑	
	I 3	Minska ledtider för cytostatika-behandlingsstart genom kortare svarstider för första PAD-svar: >90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum	Rektalcancer 73 %, koloncancer 69 %	Rektal 80 % (RVN 100, RJH 78 , RV 41, RN 97) Kolon 75 % (RVN 96, RJH 86 , RV 39, RN 93)	↑	Personalbrist och långa svarstider för patologin fr.a. i RV. Otillräckliga koloskopiresurser med långa köer till undersökning på de flesta sjukhus. Ett stort antal SVF-patienter bidrar till köerna.
	I 4	>30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer) inkluderade i klinisk studie	Rektalcancer 18 %, koloncancer 11 %	Rektal 32 % (RVN 59, RJH 3 , RV 26 , RN 31) Kolon 24 % (RVN 31, RJH 2 , RV 13 , RN 43)	↑	
	I 5	<10 % reoperationer efter elektiv + akut operation för koloncancer	7 % (2-11 %, högre på vissa sjukhus)	7 % (nås i alla län)	↑	

	I 6	98 % av patienter som ges adjuvant cytostatikabehandling påbörjar denna inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer)	Rektalcancer 73 %, koloncancer 73 %	Regionen som helhet nådde inte målet 2017. Långa väntetider för koloncancer i RN och för rektalcancer i RVN och RN. Växlande %-tal mellan sjukhusen men ganska små numerär.	↑	
	I 7	>90 % av patienterna som genomgår metastaskirurgi undersökt med PET-CT (både kolon- och rektalcancer)	Ny variabel i KR, utgångsläge saknas	Kan ännu ej mätas, ny variabel i KR		
	I 8	>30 % andel minimalinvasiv kirurgi (både kolon- och rektalcancer)	14 % för koloncancer och 2 % för rektalcancer	Rektal 42 % (RVN 0, RJH 11, RV 64, RN 76) Kolon 39 % (RVN 18, RJH 32, RV 46, RN 63)	↑	
Lungcancer	K 1	Täckningsgrad i kvalitetsregistret (anmälningsblankett): 95 %	93 % (81- 100%)	Anmälningsblanketten 95 % (91-100%), patientöversikt 92-100%	↑	
	K 2	Ledtid från inremiss till behandlingsbeslut <28 dgr för 80 % av patienterna	52 % (39-63%)	Ledtiderna har ökat överallt, 36 % <30 dgr (RVN 35, RJH 47, RV 28, RN 39)	↓	Ledtiderna för utredning av misstänkt lungcancer ökar i hela regionen, p.g.a. brist på utredande lungmedicinare, väntetider för svar på molekylärpatologi, väntetider till DT-ledda biopsier.
	K 3	Ledtid från behandlingsbeslut till operation ska vara inom 21 dgr för 80 % av patienterna	46 % op inom 3v, väntetid i median 24d	Alla opereras på Nus, 36 % inom 21 dgr.	↓	
	K 4	Andel pat i st I-II, PS 0-2 som opereras ska vara likvärdigt inom regionen och jämfört med riket	Ny variabel i KR. Ca 20 % (60 pat/år) med nydiagnostiserad lungcancer opereras i regionen	77 % i regionen, 69 % i riket (RVN 81, RJH 80, RV 86, RN 68)	↑	
	K 5	Ledtid från inremiss till behandlingsstart ska vara max 42 dgr för 80 % av patienterna	Ny variabel i KR, utgångsläge saknas.	Ledtiderna har ökat överallt, 37 % (RVN 33, RJH 41, RV 34, RN 38)	↓	
	K 6	FDG-PET/DT vid utredning av st I-III, NSCLC för 90 % av patienterna	78 % (70-87%)	83 % (RVN 76, RJH 70, RV 93, RN 84)	↑	

	K 7	MDK vid diagnos för 95 % av patienterna	Patienter i stadium I-III tas upp på MDK, få i st. IV	72 % (RVN 32, RJH 68, RV 90, RN 85)	↑	
Malignt melanom/ hud-tumörer	M 1	Täckningsgraden i kvalitetsregistret är >95%	87 %	92 %	↑	
	M 2	80 % av patienterna med malignt melanom >1mm erbjuds en kontaktssk	36 %	80 % (RVN 100, RJH 50, RV 53, RN 100)	↑	
	M 3	95 % av patienterna med malignt melanom > 1 mm diskuteras på MDK	75 %	92 % (RVN 87, RJH 60, RV 100, RN 100)	↑	
	M 4	80 % av patienterna får vänta < 4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	50 %	49 % (RVN 51, RJH 52, RV 40, RN 57)	↓	
	M 5	80 % av patienterna opereras inom en vecka från första läkarbesök	54 %	44 % (RVN 44, RJH 41, RV 36, RN 60)	↓	
	M 6	80 % av patienterna med malignt melanom > 1mm genomgår utvidgad kirurgi inom 3 veckor efter PAD-svarsdatum	22 %	27 % (RVN 30, RJH 50, RV 8, RN 50)	↑	
Neuro-endo-krina tumörer, cancer i sköldkörtel (tyreoida) och tunntarm	N 1	90 % av alla patienter med tyreoidacancer ska inleda behandling (i regel operation) inom 4 v från behandlingsbeslut	100 %	I princip uppfyllt 2017. Median 29 dgr, inom 4v förutsatt preoperativt känd diagnos	↑	
	N 2	60 % av alla patienter med tyreoidacancer över 10 mm ska ha preoperativ cytologisk diagnos	38 %	60 %	↑	
	N 3	90 % av alla behandlingsbeslut för tyreoidacancer ska tas på MDK (uppnått 2014)	93 %	91 %	↔	
	N 4	90 % av patienterna ska ha namngiven kontaktsjuksköterska på enheten	Ny variabel i KR, utgångsläge saknas	81 %	↑	Genomgående välfungerande. Tillfällig och nu åtgärdad brist på en enhet → <90% 2017, men annars över målnivån och riksledande.

Patologi	U 1	Bättre balans mellan behov och kapacitet, så att man klarar uppsatta svarstider både enligt SVF och för övriga områden, samt att svaren håller hög kvalitet.	Dålig balans mellan behov och kapacitet och bristande kompetensförsörjning. Ofta långa svarstider, stora variationer i svarstider och svarens kvalitet.	Målet nås inte fullt ut och svarstiderna skiljer sig i sjukvårdsregionen. RVN har förstärkt bemanning och kompetens och nått kortare svarstider. RN har upphandlat patologi genom Unilabs, avtalsreglerade svarstider efterföljs och 90 % besvaras inom 10 dagar. RV/RJH klarar svarstider för vissa SVF men inte för alla. Fortfarande råder inte balans mellan behov och kapacitet och kompetensförsörjningen är fortfarande bristande.	↑	På Nus råder stort behov av utökade lokaler och förstärkning av instrument, utöver behov av ökad bemanning.	
	U 2	Digitalisering av patologin i drift, med digitalt samarbete i kompetensnätverk.	Införande av digital patologi påbörjat, men vissa beslut behöver fattas och införandeplan genomförs	Alla utom RVN deltar i ExDin-nätverket. Utredning avseende nationell plattform i Ineras regi pågår. Digital teknisk drift av viss patologi är i bruk i hela regionen. Digital diagnostik görs i RN och är under validering för kliniskt bruk i RV/RJH.	↑		
	U 3	Patolog medverkar på alla MDK där man bör delta.	Patolog är med på vissa men inte alla relevanta MDK.	Patolog medverkar i relevanta sjukvårdsregionala MDK.	↑		
	Prostata-cancer	P 1	Inrapportering i kvalitetsregistret inom 30 dgr: 95 %	Ca 20 % inom 30 dgr, 93 % inom 6 mån	32 % 2017	↑	
		P 2	Utredning enligt SVF med tider 28-60 dgr för 80 % av patienterna	SVF införs under 2015	46 % (28-67 %) enligt SIGNE-data (KVÅ-koder), 6-36% enligt KR.	↑	Endast ca hälften av fallen är inkluderade i SKL:s väntetidsdatabas SIGNE jämfört med kvalitetsregistret NPCR. Väntetid till åtgärd viktigt speciellt för högriskpatienter. Ett regionalt arbete för att förbättra detta planeras under 2019.
		P 3	90 % av PAD-beskederna i tid enligt SVF (mål 11 dgr)	Median 28 dgr	2016 8 %, 2017 9 % inom 11 dgr	↔	

	P 4	98 % av patienterna ska ha tillgång till kontakt-ssk	Nyligen infört i KR	2016 70 %, 2017 85 %	↑	
	P 5	Korrekt utredning av 90 % av högriskpatienterna	40-88% per sjukhus	2016 80 %, 2017 83 %	↑	
	P 6	90 % av patienter med högrisk prostatacancer ska diskuteras på MDK	0-55% per sjukhus	2016 59 %, 2017 67 %	↑	
	P 7	90 % av patienter med metastaserad prostatacancer ska diskuteras på MDK	ej mätt	2016 66 %, 2017 72 %	↑	
Sarkom och benmetastaser	Q 1	Förstärkt sarkompatologi genom avdelad BMA som fysiskt och administrativt ansvarar för labprocessen	Avdelad BMA finns inte	Ej uppfyllt	↔	
	Q 2	Kontaktsjuksköterska (KSSK) på varje länsjukhus samt på ortopedien och cancercentrum Nus	KSSK finns på ortopedien Nus	KSSK finns på ortopedien + cancercentrum + kirurgen Nus, i Östersund och på ortopedien i Sundsvall, saknas i Sunderbyn.	↑	
	Q 3	Täckningsgrad i kvalitetsregistret (anmälningsblanketten) 80 % 2016 och 95 % 2017.	32 %	2016 79 %, 2017 60 %	↓	
	Q 4	Starta SK-utbildning om sarkom för ST-läkare, som återkommer vart 3:e år	Ingen utbildning de senaste åren	2 utbildningar har hållits	↑	
	Q 5	95 % av sarkompatienterna som har påverkan på rörelse- och stödjeorgan och behandlas i slutenvård på cancercentrum Nus ska erbjudas individuell sjukgymnast- och arbetsterapeutkontakt	Kontakt tas när någon påtalar behov, ej behovsbedömning av rätt yrkeskategori	Uppfyllt	↑	
	Q 6	Alla misstänkta buksarkom och retroperitoneala sarkom ska diskuteras på MDK	Nästan alla tas upp på MDK	Nästan alla tas upp på MDK	↑	Framledes bör de buksarkom som ska opereras eller har opererats på KS diskuteras på nationell MDK
Tumörer i övre mag-tarmkanalen	R 1	Täckningsgrad i kvalitetsregister >95 %	84 %	92,3 %	↑	
	R 2	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter som handlägger ÖGI-cancer	Finns i RN, RV, RJH, i RVN saknas formell KSSK	Uppnått	↑	

	R 3	Remissbeslut vid välgrundad misstanke till MDK inom ledtid i SVF i >50 % av fallen	SVF införs fr.o.m. 2015	50,4 %	↑	
	R 4	MDK till start av behandling inom ledtid i SVF i >50 % av fallen	SVF införs fr.o.m. 2015. För matstrupscancer är ledtiden i SVF 1 v; var 2014 28 dgr i regionen	12,5 %	↓	Resursbrister vid kirurg- och op-centrum Nus
	R 5	Remissbeslut vid välgrundad misstanke till start av behandling inom ledtid i SVF i >90 % av fallen	SVF införs fr.o.m. 2015	16,4 %	↓	
	R 6	PAD-svar för >90 % av operationspreparaten klara inom 3 veckor	83 %	53,2 %	↓	Resursbrist vid patologin vid Nus
Urologisk cancer utom prostata-cancer /2014	S 1	Inventering av makrohematuriläget för utförlig kunskap om ledtiden första symtom till remiss från primärvården genom journalstudier	2 färdiga rapporter baserade på RV-data	Arbetet fortlöper enligt plan inom ramen för Läkarprogrammet (T10). Ytterligare rapporter på gång.	↑	
	S 2	Implementering av standardiserade vårdförlopp (SVF). Andelen av alla patienter som har välgrundad misstanke om cancer som handläggs enligt SVF: 2016: >30 %, 2017: >40 %, 2018: >50 %	SVF införs under 2015	Under perioden 170901-180831 utreddes 58% (RV 43 %) av förväntat antal patienter med urotelial cancer i regionen enligt SVF, varav 53 % (RV 25 %, RJH 36 %) inom fastställda ledtider.	↑	
	S 3	Välfungerande regionövergripande MDK, med följsamhet till checklista och fungerande tekniska förutsättningar för deltagande från alla länsjukhus	Veckovis regionövergripande MDK har införts	Uppfyllt	↑	
	S 4	Utsedd kontaktsjuksköterska vid alla länsjukhus	Utsedd KSSK finns endast i RV	Uppfyllt	↑	
	S 5	Utveckling av ett formellt gemensamt cystektomiteam i regionen med verksamhet på två geografiska lokaliseringar inom en och samma teamorganisation. Ökad medverkan	Gemensam planering och forskning pågår, gemensam operatör i Umeå och Sundsvall. Regional nivåstruk-	Uppfyllt	↑	

			av teammedlemmar vid båda sjukhusen, gemensamma PM och rutiner.	turering med avancerade ingrepp koncentrerade till Nus.			
	Diagnos-övergripande		It-stöd för integrerad regional cytostatikabehandling	Cytodos infört i alla landsting utom RJH	Cytodos infört i hela sjukvårdsregionen	↑	
Palliativ vård	Palliativ vård	O 1	Täckningsgrad i Svenska Palliativregistret vad gäller cancerpatienter som avlider på sjukhus: 95 %	86 %	82 % (RVN 69, RJH 80, RV 89, RN 78)	↓	
		O 2	Brytpunktssamtal för patienter som kan medverka: 95 %	70 %	81 % (uppnås i alla län)	↑	
		O 3	Användning av validerat smärt-skattningsinstrument: 80 %	42 %	53 % (RVN 54, RJH 52, RV 60, RN 42)	↑	
		O 4	Dokumenterad individuell vid-behovsordination av läkemedel i injektionsform mot ångest: 95 %	92 %	98 % (uppnås i alla län)	↑	
		O 5	Bedömd munhälsa: 90 %	69 %	72 % (RVN 75, RJH 72, RV 71, RN 72)	↑	
		O 6	Valfrihet av dödsplats: minska andelen ”vet ej” för patienter som kan medverka: <15 %	42 %	29 % (RVN 17, RJH 29, VL 29, RN 41)	↑	
Psykosocialt stöd och rehabilitering	Psykosocialt stöd och rehabilitering	E 1	Regionens cancerpatienter erbjuds ”min vårdplan,”(MVP) (utifrån generisk modell): 30 % 2016, 60 % 2018	14 % enl. patient-enkät 2014	Uppfyllt: Enligt SVF-PREM-enkäten 2018 har 72 % (RVN 68, RJH 76, RV 68, RN 78) av cancerpatienterna fått en skriftlig individuell vårdplan (enkätsvarsfrekvens 63 %).	↑	Generiskt innehåll är nationellt framtaget för MVP. Införandet av MVP har gått långsamt. Flera varianter av MVP används och inom flera verksamheter saknas MVP fortfarande. Arbete med införande pågår.
		E 2	80 % av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med namngiven kontaktsjuksköterska	22 % enl. patient-enkät 2014	Mål uppfyllt inom ett antal diagnoser. Enligt SVF-PREM-enkäten 2018 har 35 % av sjukvårdsregionens patienter erbjudits en KSSK (26-48 %)	↑	KSSK har tillsatts inom många verksamheter, men. uppdraget och rollen varierar och är inte jämlik. Stora skillnader mellan diagnoser.

	E 3	15 % av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med arbetsterapeut. Mål till 2020: 30 %	1 % enl. patient-enkät 2014	Utvärdering inte möjlig		För låg svarsfrekvens i utlämnad patientenkät för att kunna dra slutsatser
	E 4	40 % av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med kurator. Mål till 2020: 80 %	19 % enl. patient-enkät 2014	Utvärdering inte möjlig		Enligt ovan
	E 5	15 % av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med fysioterapeut Mål till 2020: 30 %	5 % enl. patient-enkät 2014	Utvärdering inte möjlig		Enligt ovan
	E 6	15 % av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med dietist Mål till 2020: 30 %	9 % enl. patient-enkät 2014	Utvärdering inte möjlig		Enligt ovan
	E 7	95 % av regionen cancerpatienter får skriftlig generell information om cancerrehabilitering	42 % enl. patient-enkät 2014	Utvärdering inte möjlig		Enligt ovan
	E 8	Bilda en multidisciplinär arbetsgrupp i regionen med tydligt uppdrag och syfte	Tidigare grupp ska utökas och ombildas	Grupp finns men RN har saknat representation (tillsatt från 2019)	↔	Former för den regionala arbetsgruppen samverkan behöver utvecklas, liksom samverkan med andra aktörer internt och externt Det saknas även regionövergripande nätverk och samverkan inom de flesta rehabiliteringsprofessionerna, vilket efterfrågas.
Patientens ställning i cancervården		Patientrådet sammanställer årligen en samlad rapport över arbetet och viktiga frågor ur patientens fokus	Årliga rapporter sedan 2013	Uppfyllt	↑	
		Utbildningar för patientorganisationer, enligt behov som identifieras i patientrådet	Tre genomförda utbildningar 2013-14	Webbutbildning utarbetad och tillgänglig, fysisk utbildning planeras	↑	
		Aktiv patientmedverkan i alla RCC Norrs processarbetsgrupper	Patientrepresentanter saknas i flera processarbetsgrupper	Ännu saknas patientrepresentanter i några grupper	↔	
		Implementera de regionala rutinerna för hur cancerpatienter ska informeras om rätten till second opinion	Fastställda rutiner ej helt implementerade.	RJH: Alla patienter som får en cancerdiagnos ska få en broschyr med övergripande information, som bl.a. beskriver rätten till second opinion.	↑	

			RV: I patientlagen (2014:821) finns kriterier för ny medicinsk bedömning fastställda. Rutinen inte implementerad ännu för alla patienter/enheter. RVN: Ja, rutinen är implementerad. RN: Rutinen är implementerad i varierande grad. Vissa verksamheter delar ut information om detta i samband med att patienten får MVP, andra ger information när den efterfrågas.		
Utbildning och kompetensförsörjning	Tillräckligt antal utbildningstjänster för specialisläkare: fler ST-block inom bild- och funktionsmedicin, patologi och onkologi, fortlöpande anställning av ST-läkare i landstingen där behov finns	Antalet ST-tjänster mindre än behovet	Se tabell 2		
	Ökade incitament för utbildning till specialistsjuksköterska: bättre löne- och anställningsvillkor efter genomförd utbildning för att stimulera utbildning till specialist-ssk	Brist på specialistsjuksköterska inom flera områden i cancervården	Se tabell 2		
	Genomföra ändrade arbetssätt för optimerat kompetensnyttjande. Förbättringsarbete inom alla landsting avseende bl.a. rätt använd kompetens och bättre koordinering patientens flöde genom vården.	Processkartläggning 2014 visar många förbättringsmöjligheter. SVF införs fr.o.m. 2015.	Se tabell 2		
	Högre akademisk nivå: FoU-mål ingår i verksamhetsplanen för varje område/ klinik. Andelen forskarutbildade läkare inom regionens cancervård ≥ 20 % för länssjukvårdens kliniker och ≥ 50 % för Nus kliniker.	FoU-mål saknas i vissa klinikers verksamhetsplaner. Andel forskarutbildade läkare är lägre än målen.	Se tabell 2		

Kunskapsstyrning	Nationella vårdprogram utarbetade för samtliga cancerdiagnosområden. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram.	21 fastslagna vårdprogram, 8 nya under utarbetande, flera under revision	Uppfyllt	↑	
	Standardiserade vårdförlopp (SVF) utarbetas enligt nationell överenskommelse med staten. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram.	5 fastslagna SVF, ytterligare 13 utarbetas 2015	Uppfyllt	↑	
Klinisk forskning och innovation	Befolkningen i hela regionen ska ha likvärdiga möjligheter att delta i kliniska studier och prövningar. Målnivåer: a) 2016 drivs 2 studier inom cancerområdet med regionala medprövare, där behandling och uppföljning sker på länsjukhusen i Östersund och Sunderbyn. b) Samtliga rekryterande cancerstudier i norra regionen ska inkluderas i den nationella databasen, och ett system för att underhålla informationen ska utvecklas.	Lägre medverkan i kliniska studier för patienter med stort avstånd till studiecentra. a) 1 studie enligt kriterierna b) Nationell databas för kliniska studier är under utveckling.	a) RJH: Svar saknas RV: Inga studier med regionala medprövare har startat. Det är fortfarande regulatoriska problem. Viljan finns och vi arbetar för att hitta acceptabla lösningar. RVN: Vid länsverksamhet onkologi finns en inarbetad klinisk prövningsenhet med tre forskningsskötersketjänster och där samtliga specialister deltar som prövare i studier. Kliniken deltar sedan många år i kliniska prövningar, framför allt nationella och multinationella studier inom läkemedel och strålbehandling. F.n. pågår rekrytering i 12 kliniska studier och uppföljning i lika många som avslutat rekrytering. Uppgift om studier där RN eller RJH deltar som medprövare saknas RN: Hematologi: 22 studier pågår just nu, vilket är flest i norra regionen för hematologi (studieorter endast Umeå och Sunderbyn). Resursbrist f.f.a. vad gäller studiesköterskor.		

			b) Databasen "Cancerstudier i Sverige" är etablerad. Många studier registreras och system för underhåll av information finns.	↑	
	Stöd till registerforskning i regionen i form av sökbara statistikerveckor vid RCC Norr	Kontinuerligt sökbara statistikerveckor	Uppfyllt	↑	
Nivåstrukturering	Ny nivåstruktureringsplan för regionens cancervård för 2016–2018 fastställd	Plan utarbetas hösten 2015	Uppfyllt, plan fastställd 2016	↑	
	Åtgärder för nivåstrukturering genomförda enligt plan	Se ovan	Nästan alla åtgärder genomförda	↑	