Uppföljning av den sjukvårdsregionala cancerplanen 2019–2021.

Sammanfattning

Denna uppföljning är den första av cancerplanen för norra sjukvårdsregionen för åren 2019–2021. Liksom vid tidigare utvärderingar av föregående planer visar den en fortsatt positiv utveckling av cancervården inom många områden, men även att brist på kompetens och andra resurser försvårar att nå mål främst avseende ledtider.

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 finns flera nationella MDK. 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 under första halvåret 2019 77 procent av norra sjukvårdsregionens patienter som fick en cancerdiagnos att de hade fått en skriftlig individuell vårdplan. Nationellt pågår införande av elektronisk *Min vårdplan* på 1177.se. Under 2019 har den införts som pilotprojekt vid en klinik i Norrbotten och planering för ett bredare införande i sjukvårdsregionen pågår. Dessa vårdplaner har även en viktig roll för att patienterna ska erbjudas cancerrehabilitering utifrån individuella behov. Pilotprojekt för implementering av systematisk bedömning av patienters individuella rehabiliteringsbehov pågår inom några processer och kliniker. Många kvalitetsparametrar relaterade till vård och behandling har förbättrats.

Den nationella satsningen för att minska väntetiderna i cancervården, genom införande av standardiserade vårdförlopp (SVF), som startade 2015 har fortsatt även 2019. Totalt 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. I sjukvårdsregionens samtliga regioner finns ett diagnostiskt centrum, för utredning av patienter med allvarliga 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 diagnoser där kirurgiska åtgärder är 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 2019, nationellt och i några av regionerna inom norra sjukvårdsregionen. Att Sveriges cancerpatienter utreds via ett SVF ger förutsättningar för att patienterna får en jämlik och likvärdig utredning. 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. Det finns flera skäl till det. Ledtiderna för SVF är generellt definierade utifrån vad som är värdeskapande tid för patienten, vid en optimal situation där personella och materiella resurser i vården inte är begränsade. 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 försämras som i övrig sjukvård. I dagsläget ligger måluppfyllelsen avseende väntetider under 50 procent, sammantaget för alla diagnoser, både nationellt och i sjukvårdsregionen. Mycket arbete har gjorts för att förbättra flödena inom de olika processerna. Fortfarande finns potential att förbättra arbetssätt, men att nå 80-procentmålet under 2020 skulle kräva mer resurser än det idag finns inom sjukvårdsregionens cancervård.

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 samt start av behandling). Olika vårdadministrativa system ger olika möjligheter att stödja denna kodsättning, med varierande behov av handpåläggning. Särskilt i Norrbotten har det varit svårt att få denna registrering att fungera och regionen ligger lägst i landet i statistiken över inrapporterade SVF. 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 2019 har kvalitetssäkringsarbete för att få till stånd en enhetlig registrering med robusta data fortsatt, men fortfarande återstår arbete för att säkra tillförlitliga data och för att kunna jämföra väntetider mellan regioner.

Screeningprogram för tidig upptäckt av cancer eller förstadier till cancer finns sedan länge för bröst- och livmoderhalscancer. För livmoderhalscancer har ingen av regionerna i norr ännu infört det nya nationella vårdprogrammet med HPV-baserad primärscreening. Förarbete pågår och alla regioner ska enligt planeringen införa screeningmetoden under 2020. I samtliga regioner pågår arbete för att starta allmän screening av tjock- och ändtarmscancer (kolorektalcancer) under 2020. Socialstyrelsen sade under 2018 nej till allmän screening av prostatacancer, men uppmuntrar organiserad prostatacancertestning. En sjukvårdsregiongemensam utredning om organiserad prostatacancertestning i norra regionen genomfördes 2019. Sjukvårdsregionens viljeinriktning är att införa organiserad prostatacancertestning, men ett breddinförande är i nuläget inte möjligt utifrån tillgängliga resurser. Planering pågår för att så snart som möjligt påbörja en organiserad prostatacancertestning för en mindre grupp av män.

Flera kvalitetsparametrar som följs inom den palliativa vården har försämrats under perioden. Registreringen i svenska palliativregistret fortsätter att minska, vilket ger ett sämre underlag för uppföljning och 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 oktober 2019 hade 6748 personer påbörjat utbildningen sedan starten, varav 4155 genomgått hela. I de fyra regionerna hade totalt 290 personer påbörjat utbildningen under januari till oktober 2019. Regionerna är fortsatt efter kommunerna i antal genomförda och avslutade utbildningar. Utbudet av specialiserad palliativ vård i sjukvårdsregionen är fortsatt ojämlik.

Kompetensförsörjningssituationen inom sjukvårdsregionens cancervård är svår inom många områden. Påtagliga brister finns sedan flera år inom patologi, bild- och funktionsmedicin och onkologi, men även inom flera andra specialiteter. Ett exempel är urologin, som innefattar flera cancerdiagnoser och många patienter, och där bemanningen i norra sjukvårdsregionen är avsevärt längre per invånare än i landet som helhet. Även om satsningar har gjorts och situationen lokalt har förbättrats inom vissa bristspecialiteter, råder en fortsatt bristsituation inom många 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. Inom flera diagnosprocesser i cancervården uttrycks dock ett uttalat behov av fler ST-tjänster för att möta dagens kompetensförsörjningsproblem och kommande pensionsavgångar. Sjukvårdsregionala samverkansprojekt inom patologi och bild- och funktionsmedicin bidrar till att optimera resurserna inom dessa områden, som har en central roll för diagnostik inom flertalet cancerdiagnoser. Den onkologiska kompetensen är fortfarande ojämnt fördelad i regionen, med onkologkliniker i Umeå i Region Västerbotten (RV) och Sundvall i Region Västernorrland (RVN), men inte i Region Norrbotten (RN) eller i Region Jämtland Härjedalen (RJH). RJH har under flera år arbetat långsiktigt med utbildning av ST-läkare i onkologi, med planerad framtida placering i Östersund. Den första person som blivit färdig specialist i onkologi arbetar idag inom primärvården, men ytterligare personer är under ST-utbildning och det ger förutsättningar för en successivt förbättrad situation i RJH. Ett liknande arbete har startat i RN, där två ST-läkare gör sin ST-utbildning enligt samma modell och ett projektarbete pågår för att utveckla en onkologisk klinik vid länssjukhuset. Mycket förbättringsarbete pågår för optimerat kompetensnyttjande, med bland annat överföring av arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier för att frigöra tid för de yrkesgrupper som det råder störst brist på.

I den kunskapsstyrningsorganisation som är under uppbyggnad både nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt utgör RCC i samverkan nationellt programområde (NPO) för cancer. I norra sjukvårdsregionen pågår en omformering av de sjukvårdsregionala chefssamråden till regionala programområden (RPO). Det sjukvårdsregionala chefssamrådet för cancervården utgör RPO Cancer. Att många diagnosområden samtidigt påbörjar nationella och sjukvårdsregionala arbeten kräver tid från vårdens personal. Det bidrar till att försvåra rekrytering av sjukvårdsregionala processledare till RCC Norr när vakanser uppstår. När sjukvårdsregionala processledare saknas avstannar det processarbetet, sjukvårdsregionens inflytande på den nationella utvecklingen inom processområdet minskar och den sjukvårdsregionala hanteringen av nationella vårdprogram och andra centrala kunskapsstyrande dokument och data försvåras kraftigt. Norra sjukvårdsregionen har ett vilande värdskap för NPO Cancer.

Bakgrund

Sjukvårdsregional cancerplan

Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd är den vision för cancervården som Norra sjukvårdsregionförbundet (NRF) beslutade 2011, i samband med bildandet av RCC Norr. De regionala utvecklingsplaner som beslutats genom åren lägger grunden för att den visionen ska bli verklighet. Sjukvårdsregionens första utvecklingsplan för perioden 2013–2015 fastslogs i mars 2013 och reviderades 2014. Planen för 2016–2018 byggde vidare på den föregående planen, med fler processområden. Nuvarande cancerplan för 2019–2021 bygger på tidigare utvecklingsplaner och inkluderar även kompetensförsörjning och nivåstrukturering, som tidigare redovisats i separata planer. Utgångspunkterna för den aktuella planen är både de tio kriterierna för RCC som fastställdes av Socialdepartementet vid etableringen av RCC och regeringens långsiktiga inriktning för arbetet med cancervården. Cancerplanen för 2019–2021 fastställdes av NRF:s förbundsdirektion i juni 2019. Liksom för tidigare utvecklingsplaner har den konkretiserats i regionernas egna lokala handlingsplaner.

I planen finns många konkreta målnivåer definierade. Vårdprocessernas diagnosspecifika mål avser i hög utsträckning ledtider, samt specifika åtgärder inom utredning, behandling och rehabilitering. Några områden är gemensamma för flera av diagnoserna och definieras i planen som övergripande prioriterade områden:

1. Samtliga cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen ska erbjudas tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska med ett tydligt definierat och skriftligt uppdrag.
2. Cancerprevention och tidig upptäckt, där ett aktivt cancerpreventivt arbete ska minska risken för att befolkningen insjuknar i cancer.
3. Förstärkt diagnostik, så att patienterna utreds enligt bland annat de nationella vårdprogrammen och SVF. Korrekta svar från utredningarna ska ges med korta ledtider.
4. Förstärkning av kompetens och resurser för cancervården i hela regionen, så att den är likvärdig, säker och av hög kvalitet. Onkologisk specialistkompetens behöver finnas vid samtliga länssjukhus.
5. Kunskapsstyrning som medför att den bästa kunskapen finns tillgänglig och används i varje patientmöte. Det innefattar bland annat implementering av nationella vårdprogram och SVF, samt korrekt och effektiv inrapportering till kvalitetsregister.
6. Digitalisering och distansöverbryggande teknik, för att underlätta en likvärdig och tillgänglig vård i hela norra sjukvårdsregionen, frigöra resurser genom effektivisering och förbättra patientens möjlighet att vara delaktig i sin vård.
7. Palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom sjukvårdsregionen som behöver det, oavsett bostadsort, vårdform och diagnos.
8. Alla sjukvårdsregionens cancerpatienter och deras närstående ska erbjudas grundläggande cancerrehabilitering, samt ytterligare rehabiliteringsåtgärder utifrån individuella behov.

Uppföljning av den sjukvårdsregionala cancerplanen 2019–2021, övergripande prioriterade områden

Tabell 1. Uppföljning av målen i regionernas handlingsplaner för den sjukvårdsregionala cancerplanen, <u>övergripande prioriterade områden</u>. Nuläge i respektive region (november 2019), samt kommentarer från RCC Norrs sjukvårdsregionala processarbetsgrupper.

RN	RV	RJH	RVN
Prioriterat område 1: Alla cancerpatienter erbjuds kontaktsjuksköterska (kssk)			
RN läge nov 2019: Kssk finns för samtliga patientgrupper, med varierande uppdrag. Oklart hur väldefinierat uppdraget är. Uppfattningen är att alla patienter får erbjudande om kssk men sökord som möjliggör uppföljning saknas.	**RV läge nov 2019:** Enligt inventering på möte har kssk skriftliga uppdrag i någon form. Nätverk för kssk i länet är etablerat och löpande nätverksmöten för kssk och SVF-koordinatorer hålls. Enligt SVF-PREM-enkäten per Q2 2019 har 82,9 % av cancerpatienterna tillgång till en fast vårdkontakt (kssk).	**RJH läge nov 2019:** Förslag till uppdaterat skriftligt uppdrag för kssk i hela regionen är framtaget men ej beslutat. Förteckning över kssk med notering om underskrivet uppdrag är påbörjad. Ej inventerat om kssk finns tillgänglig i hela processen. Arbete för att funktionen kssk ska finnas i primär-vården (PV) för att täcka hela vårdkedjan och leva upp till intentionerna om nära vård har ej påbörjats. Skriftlig rutin för aktiva överlämningar finns tillgänglig för verksamheterna och en dialog är påbörjad med datalagret för en generell lösning med koppling till patientkontrakt.	**RVN läge nov 2019**: En kontaktperson finns för regionens kssk, frågan om koordinerande kssk på förvaltningsnivå diskuteras.
Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Alla cancerpatienter erbjuds kontaktsjuksköterska (kssk) *Barnonkologi:* Har 1 konsult-ssk för barn med hjärntumörer och 1 konsult-ssk för barn med övriga cancerformer, anställda vid Barnonkologen vid Nus men helt finansierade av Barncancerfonden. Önskar kssk för barn med cancer vid alla sjukhus sjukvårdsregionen. *Blodcancer:* Kssk finns på alla enheter dock i olika hög grad. Många har även andra arbetsuppgifter och önskar mer tid till kssk-uppdraget. Alla har inte skriftlig uppdragsbeskrivning. *Bröstcancer:* Alla patienter som insjuknar i bröstcancer i norra regionen får en namngiven kontaktsjuksköterska med ett tydligt definierat och skriftligt uppdrag. *Gyncancer*: Kssk-funktion finns på alla sjukhus (både läns- och flera länsdelssjukhus) och deltar i MDK (kssk vid Nus alltid, från övriga sjukhus när egna patienter diskuteras). *Hudmelanom*: Samtliga regioner har kssk, fungerar bra.			

Huvud-hals-cancer: Samtliga ÖNH-mottagningar i sjukvårdsregionen har kssk. Uppgifter för kssk ökar och det finns behov av ökade resurser. Det är viktigt att det finns en vikarie vid all typ av frånvaro/ledighet.
Lungcancer: Kssk för patienter med lungcancer finns i hela norra regionen och står för en stor del av kontinuitet i kontakt med patienten, då bristen på lungläkare gör att möjligheten att erbjuda patienten en patientansvarig läkare inte går att uppnå. En resursförstärkning vad gäller kssk är därför angelägen. Med ett ökat antal patienter och längre behandlingstider föreligger ett utökat behov av kssk-resurs även inom onkologin.
Njurcancer: Tillgängligheten till kssk behöver underlättas och förbättras.
Prostatacancer: Fortsatt ses siffror avseende kssk till prostatacancerpatienter i sjukvårdsregionen på drygt 80 %. På vissa enheter finns inga kssk-tjänster utan arbetsuppgifterna görs inom ramen för ordinarie mottagningsarbete vilket försvårar möjligheten att hinna med kontakt med alla patienter vid diagnos.
Sarkom: Kssk finns inom processgruppen för sarkom på cancercentrum, barnonkologi och ortopedkliniken Nus. Olika arbetssätt föreligger beroende på kontakt vid olika skeden i behandlingen. Patienterna och även behandlande läkare känner trygghet med detta system, med god tillgänglighet för patienterna att nå sarkomcentrum.
Testikelcancer: Specifik kssk saknas.
Urotelial cancer: Minst 1 kssk finns för diagnosen i varje region.
Övre GI-cancer: Kssk finns på samtliga sjukhus som har ÖGI-patienter, men ofta har kssk en vid arbetsbeskrivning med bl.a. bland annat klinisk mottagningsverksamhet och ansvar för nationella kvalitetsregister.

Prioriterat område 2: Cancerprevention och tidig upptäckt

RN läge nov 2019:	**RV läge nov 2019:**	**RJH läge nov 2019:**	**RVN läge nov 2019**:
- Planering pågår för att påbörja allmän screening för tjock- och ändtarmscancer i hela regionen under 2020. - Införande av teledermatoskopi på hälsocentralerna pågår. - Mammografiscreening erbjuds till samtliga kvinnor i målgruppen. Patienterna handläggs inom ramen för SVF då de inremitteras via screeningen. - HPV-vaccination för pojkar planeras införas. - Arbete pågår för införande av nya riktlinjerna för cervixcancerprevention (uppstart har fördröjts p.g.a. utdragna förhandlingar med extern leverantör och upphandling av nytt kallelsesystem). Gynmottagningarna arbetar även med information om rökavvänjning och viktminskning till vissa målgrupper.	- Planering pågår för att påbörja allmän screening för tjock- och ändtarmscancer. - Att ha ssk med specifik cancerkompetens i PV är en långsiktig ambition, arbete för det har ej påbörjats. - Regionens beställarfunktion har inlett en översyn av organisationen av allmänläkarkonsulter och dess uppdrag i länet - Pågående arbete med förbättrad kvalité på indata för att kunna identifiera patienter som man välgrundat misstänker ha en cancersjukdom, samt kunna följa hur standardiserade vårdflöden fungerar i praktiken. Utökad primärvårdsuppföljning under införande. Ambition att inleda SVF-kodning inom PV under 2020. - Pågående process för att införa det nya vårdprogrammet för cervixcancerprevention samt Cytburken, start under hösten 2020 bedöms realistiskt.	- Planering pågår för att påbörja allmän screening för tjock- och ändtarmscancer - Införande av teledermatoskopi i PV pågår enligt särskild projektplan - Distriktsläkare med särskilt uppdrag att driva frågor rörande SVF cancer i PV arbetar för att minst 70 % av remisserna från PV ska skrivas som strukturerade SVF-remisser, direkt i avsedd mall i journalen för att undvika fördröjning genom diktering. - Mål för 2020/21 att alla småbarnsföräldrar i RJH som besöker BVC ska få information om hälsosamma solvanor.	- Planering pågår för att påbörja allmän screening för tjock- och ändtarmscancer – Pågående arbete pågår för införande av nya riktlinjerna för cervixcancerprevention. BOS (beställningar och svar) på patologavdelningen är en förutsättning för det och det ser ut att fungera från Q1 2020.

Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Cancerprevention och tidig upptäckt

Barnonkologi: Vid uppföljningsmottagning för vuxna som haft cancer i barndomen ges information om riskfaktorer för att få en ny cancer. Dessa personer har i många fall en ökad cancerrisk på grund av tidigare given terapi (främst strålning).
Bröstcancer: Tidig upptäckt med screening utförs enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Cancergenetisk mottagning utreder familjer där misstanke om ärftliga former av bröstcancer finns och enheten ansvarar för uppföljning av de som bedöms ha en ärftlig belastning. Profylaktisk kirurgi diskuteras och rekommenderas beroende på mutation och/eller risken för att insjukna i den släkten.
Hudmelanom: Information om solskydd ges till samtliga patienter som remitteras till hudkliniker för genomgång av huden. Teledermatoskopi på HC: RN planerar utbildning för samtliga distriktsläkare, pilotprojekt i RVN, RJH planerar införande, etablerat i RV. Några HC använder mobil app för diagnostik av suspekta hudförändringar.
Huvud-hals-cancer: Utökat vaccinationsprogram gällande HPV-vaccinering av pojkar.
Livmoderhalscancerprevention: I Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerpreventions (NKCx) årsrapport 2019 rapporteras en statistiskt säkerställd ökning av livmoderhalscancer i RV med 6% årligen sedan 2008. En liknande ökad trend ses för RVN, men inte för RJH eller RN. Ökningen i hela landet har varit 2,5% årligen. Täckningsgraden för screening är nu lägre än riksgenomsnittet i alla fyra regioner, eftersom regionerna i norr inte höjt den övre åldergränsen för screening enligt SoS rekommendationer. 15 av landets 21 regioner har nu också infört den mer effektiva screeningen med primär HPV-analys, dock inte i norr. Det pågående arbetet för att införa nationella screeningriktlinjer och nationellt vårdprogram även i norra sjukvårdregionen är mycket angeläget för att uppnå en jämlik vård och för att minska risken att insjukna i livmoderhalscancer.
Lungcancer: Av alla som insjuknar i lungcancer är 85% rökare eller före detta rökare. Men rökningen ökar även risken för cancer i exempelvis munhåla, matstrupe, magsäck, bukspottkörtel, livmoderhals, urinblåsa och njurar. Ett fortsatt tobakspreventivt arbete riktat både mot unga för att inte börja röka, och mot personer som önskar stöd i att sluta röka, är därför av högsta prioritet för att minska insjuknandet i ett flertal cancersjukdomar. I RV har resurserna för tobakspreventiv mottagning (TPM) vid Nus minskat.
Njurcancer: Samarbete mellan olika områden (cancer/ hjärta-kärl) för att minska övervikt och rökning är att eftersträva. En gemensam satsning för att informera befolkningen om riskfaktorer för cancer bör övervägas.
Peniscancer: Det finns två väldokumenterade cancerpreventiva åtgärder för peniscancer, neonatal circumcisio (omskärelse), vilket inte är aktuellt i Sverige, samt HPV-vaccination för unga pojkar, som ska införas enligt regeringsbeslut.
Prostatacancer: Inga generella rekommendationer för prevention ges i NVP för prostatacancer men allmänna hälsofrämjande åtgärder som t.ex. viktminskning borde kunna ge en positiv effekt på insjuknandefrekvensen på befolkningsnivå. Preventivt arbete har i nuläget inte någon framskjuten plats i den urologiska och onkologiska verksamheten för prostatacancerpatienter. Livsstilsråd efterfrågas emellertid ofta av patienter som redan diagnosticerats med prostatacancer. På 1177.se finns användbar information om mat vid cancer.
Sarkom: SVF har inneburit snabbare väg till diagnostik t.ex. att MR-svar ska föreligga inom en vecka. Fler mottagningstillfällen har inrättats vid ortopedkliniken vid Nus.
Sköldkörtelcancer: Enda kända riskfaktorn för sköldkörtelcancer är radioaktiv strålning och det finns fungerande strålskyddsregler i såväl samhället i stort som inom sjukvården.
Testikelcancer: Cancerpreventivt finns inget specifikt för testikelcancer
Urotelial cancer: Rökning är en känd riskfaktor.

Prioriterat område 3: Förstärkt diagnostik

RN läge nov 2019:	**RV läge nov 2019:**	**RJH läge nov 2019:**	**RVN läge nov 2019**:
90 % av patologisvaren levereras inom 10 dagar. Verksamheterna uppger att de klarar de uppsatta målen utifrån	*Patologi*: Tillgång till molekylärgenetiska analyser i regionen: NGS (Next Generation Sequencing)-analyser inom hematologi och för solida tumörer är i	Remisser till diagnostik behöver förbättras och standardiseras för att underlätta handläggning och minska ledtider.	*Patologi:* Svarstiderna är korta och rekryteringen av BMA har gått bra. Ytterligare 1 ST-läkare har anställts från oktober 2019.

SVF. Rutiner har utformats för diagnostik och utredning tillsammans med berörda vårdgrannar. Ledtiderna är svåra att följa i systemen men generellt hålls de relativt väl.	klinisk drift. För att möta krav på att analyser krävs vid fler diagnoser pågår bl.a. arbete inom ramen för ett nationellt projekt, Genomic Medicine Sweden (GMS), med stora NGS-paneler inom områdena myeloida, lymfoida sjukdomar och solida tumörer. Regionalt pågår bl.a. ett projekt med analyser av generna BRCA1/2. Resursbrister gör att laboratoriemedicin har svårt att klara ökade provvolymer och implementera nya metoder i klinisk drift. Arbete pågår med ökad automatisering för minskade manuella moment och ökad produktivitet med bibehållen eller ökad kvalitet och patientsäkerhet.	*Patologi:* För digital patologi behövs vissa investeringar. Arbete med produktions- och kapacitetsplanering har bidragit till minskade s.k. ”klossköer”. RJH köper patologi av RV, som fått stöd från Vinnova att påbörja arbetet med att införa GMC-plattform och införandearbete pågår i båda regionerna. *Bild- och funktionsmedicin (BFM:)* Utredning pågår av hur administrationen kring SVF kan underlättas för att frigöra tid till direkt patientarbete. Delar av administrationen kan ev. flyttas till koordinatorcenter för SVF. En antropomorfisk fantom upphandlas för att optimera stråldoser från fr.a. datortomografi (DT) och förbättra bildkvalitet, samt i utbildningssyfte.	*BFM:* Frågan om PET-CT i RVN drivs av verksamhetsansvariga, men har inte fått klartecken från nivån ovanför sjukhusdirektören.

Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Förstärkt diagnostik

Barnonkologi: Inom barnonkologin är det extremt korta ledtider.
Blodcancer: Ledtiderna överskrider SVF-målet för många bloddiagnoser p.g.a. olika faktorer på de olika sjukhusen, t.ex. väntetider för BFM, hematopatologsvar, brist på op-tider för körtelborttagning patienter. När patienter deltar i studier försenar det ofta start till behandling.
Bröstcancer: I aktuell remissversion av uppdaterat nationellt vårdprogram rekommenderas införande av genexpressionsanalys med s.k. PAM50-signatur för att kunna separera olika typer av cancer (s.k. Luminal A från Luminal B) och därmed säkrare avgöra vilka patienter som har nytta av kemoterapi. Utrustning för PAM50 finns inte i nuläget i sjukvårdsregionen och ett införande medför en investeringskostnad.
Gyncancer: Förstärkning genom att 2 nya gynpatologer har utbildats.
Huvud-hals-cancer: Välutbildade allmänläkare och rätt utrustade hälsocentraler (flexibelt fiberskop) är viktiga i att upptäcka cancer tidigt. I första utredningsskedet finns idag ultraljud att tillgå på ÖNH-kliniker, för snabbare diagnostik för patienter med oklar knöl på halsen, misstänkt halslymfkörtelmetastas.
Livmoderhalscancerprevention: Kvalitetskontroller och förbättringar vid de cytologiska laboratorierna behöver prioriteras. Ökningen av livmoderhalscancer i landet har främst skett bland kvinnor som deltagit i screening och haft normala cellprov, och det har skett en försämring över tid av den cytologiska diagnostiken vid flertalet av landets laboratorier. Uppföljningen som leder till histologisk utredning och behandling av kvinnor med höggradiga cellförändringar behöver förbättras och ske betydligt snabbare i norra regionen än idag, eftersom livmoderhalscancer ökat bland kvinnor som haft höggradiga cellförändringar. Förlängda handläggningstider ökar risken för cancer och en oacceptabelt låg andel av dessa kvinnor blir utredda inom rekommenderad tid i norr (se tabell 2 nedan). Kompetensen hos utredande och behandlande gynekologer måste höjas enligt vårdprogrammets minikrav, länsgemensamma MDK införas och nivåstrukturering av de svårare och ovanligare fallen. Data över väntetider till utredning och behandling inom kvinnosjukvården i norr saknas, men kan bli tillgängligt om processregistret (Cytburken) används fullt ut. Laboratoriernas svarstider för cellprov ligger idag över den rekommenderade tiden i RVN och RV. Kortare svarstider förväntas när HPV primärscreening är infört.
Lungcancer: Misstänkt lungcancer utreds enligt SVF och rutiner för detta är väl inarbetade. Ledtiderna från välgrundad misstanke till start av behandling ska vara 40–44

dagar för 80% av patienterna, men är idag mycket längre främst vid Nus och i Sundsvall, framför allt p.g.a. uttalad lungläkarbrist. Väntetider för radiologiska undersökningar och diagnostiska ingrepp är en flaskhals i vissa regioner. Väntetiderna för molekylärpatologi är långa och en sammanhållen molekylärpatologisk diagnostik på en gemensam plattform för sjukvården skulle underlätta, se tabell 2 nedan.
Neuroendokrina tumörer (NET): Vid MDK-NET har förevisande patolog saknats men det är nu välfungerande. Endokrinologisk kompetens har saknats lokalt större delen av 2019, men lösts via Uppsala (UAS) onkologisk endokrinologi via videolänk varannan MDK. Fr.o.m. 2020 kommer medicin/endokrin vid Nus att medverka varannan gång (relaterat till resursbrist). Antalet patienter aktuella för MDK fortsätter öka och MDK-NET behöver utökas från varannan till varje vecka, men det försvåras av brist på endokrinologisk kompetens och att neuroendokrin patolog finns på Nus endast varannan vecka.
Njurcancer: Ledtiderna är fortsatt bättre i norra regionen i jämförelse med riket.
Peniscancer: Diagnostiken är välfungerande, men brist på både uropatologer och urologer i sjukvårdsregionen är försvårande.
Prostatacancer: Under 2020 kommer MR av prostata att införas som ett obligatoriskt block i SVF-förloppet för prostatacancer. Regionen har i dagsläget ca 75 % av den kapacitet som skulle krävas för att kunna genomföra undersökningar i tid på de aktuella patienterna. Arbete pågår med regionala arbetssätt och prioritering som ska medföra att alla patienter som har en misstänkt prostatacancer kan genomföra en MR innan biopsi när förändringen träder i kraft. Dock kan inte tiderna i SVF-förloppet hållas i detta initiala skede. Fortsatt utbyggd kapacitet, framförallt avseende tillgång på radiologer och radiologisjuksköterskor behövs. Vidare behövs förstärkt patologi för att kunna korta PAD-svarstiderna.
Sarkom: Sarkompatologin har de senare åren förbättrats. Pensionerad patolog närvarar 3 veckor av 4 fysiskt vid sarkomrond i Umeå och därutöver deltar patolog via videokonferens vid sarkomronder.
Sköldkörtelcancer: Fortsatt behov av större tillgång till kompetenta endokrinpatologi-/endokrincytologiresurser om kortare ledtider ska nås. Viktigt att specialkompetens granskar preparaten för bättre preoperativ diagnostik. Task-shifting i primärdiagnostik av sköldkörtelknölar från endokrinkirurg till radiolog för diagnostik (ultraljud+cytologi) med svar till inremitterande (oftast PV) som håller i primärutredningen och remitterar till kirurg enligt överenskommen algoritm, för att selektera rätt patienter till kirurgisk bedömning och kunna korta ledtider. Fungerar i RV och börjat implementeras i RN. Nationellt möte ska hållas i nov om nationell algoritm för ultraljudsgradering och utredning som underlättar för röntgenklinikerna för utsvar och punktionsstöd.
Testikelcancer: BFM-diagnostiken fungerar utmärkt i hela sjukvårdsregionen.
Urotelial cancer: BFM-diagnostiken fungerar utmärkt i hela sjukvårdsregionen.
Övre GI-cancer: Radiofrekvensabladering vid förstadier till cancer i främst Barretts esofagus (en sjukdom där slemhinnan i matstrupen är skadad av magsyra) har under 2019 startats vid Nus. Rutinerna för handläggning och bedömning av IPMN, godartade tumörer som kan utvecklas till cancer, har förtydligats, och implementerats vid den regionala MDK:n. Tillgången till Pet-CT är fortfarande begränsad.

Prioriterat område 4: Förstärkning av kompetens och resurser för cancervården i hela regionen

RN läge nov 2019:	**RV läge nov 2019:**	**RJH läge nov 2019:**	**RVN läge nov 2019**:
Onkologi är fortsatt en brist i RN som saknar onkologisk klinik. Rutiner för hur de hårt belastade onkologiska resurserna ska användas har tagits fram. Ett projektarbete pågår för att utveckla en onkologisk klinik vid länssjukhuset. F.n. finns 3 anställda onkologer, en färdig specialist och 2 ST som väntas bli specialister inom 2 år.	Inga nya ST-block i onkologi de senaste 2 åren. Antalet onkologi-ST under utbildning är för få för att täcka hela regionens behov. Fyra AST (avancerad specialisttjänst för ssk) examinerade 2019, en under utbildning. Kompetensväxling och förändrade arbetssätt i vården pågår inom många	Arbete med kompetensförsörjning pågår ständigt, inom cancervården och verksamheten som helhet. Cancer ingår i många områden i hälso- och sjukvården och för många olika yrkeskategorier. Störst utmaning f.n. gäller rekrytering av specialistläkare inom några verksamheter, samt ssk för operation och vård på avdelning. Specialist i onkologi	Augusti 2109 anställdes 2 ST-läkare på onkologkliniken i Sundsvall (ingen 2018). Flera sköterskor har påbörjat specialist-VUB.

Onkologisk kompetens upphandlas, ledtiderna för onkologisk utredning uppges vara tillfredsställande. RN saknar diagnosspecifik onkologisk kompetens, vård som kräver det bedrivs i nära samarbete med Nus. För patologin finns nationellt digitalt samarbete i kompetensnätverk. För den upphandlade patologin finns ST-läkarutbildning i RN, AT-läkare erbjuds valfri placering, VFU och examensarbete för BMA erbjuds.	verksamheter, t.ex. omfördelning av uppgifter mellan ssk och medicinska sekreterare, mellan patolog och BMA, ökat samarbete och förändrade roller i teamet mellan kssk, SVF-koordinatorer och medicinska sekreterare. Antalet vårdplatser på kirurgen ökar under 2019. Bättre tillgång till operationsresurser och minskade operationsköer inom vissa verksamheter.	arbetar inom PV, ytterligare personer är under ST-utbildning. För att möta framtida rekryteringsbehov behövs effektivare produktions- och kapacitetsplanering samt förändrade arbetssätt t.ex. för mer egenvård, eftersom de medicinska behoven ökar utifrån demografi och det inte finns tillräckligt många personer att rekrytera, om vi fortsätter enbart med nuvarande arbetssätt.	

Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Förstärkning av kompetens och resurser för cancervården i hela regionen

Barnonkologi: Tillgången till barnonkologer har minskat, f.n. 3,5 barnonkologer i sjukvårdsregionen. 1 ST-läkare finns och ytterligare 1 ST kommer inom 1 år, men ytterligare rekryteringar kommer att behövas.

Blodcancer: Flera av sjukvårdsregionens sjukhus är beroende av stafettläkare inom blodcancerområdet, enstaka sjukhus även av stafett-ssk. ST-läkare under utbildning finns i alla regioner. Ssk-brist gör att hälften av vårdplatserna i Sunderbyn är stängda (5 av 10) och patienter ligger därmed på andra avdelningar, patienthotellet eller på hemsjukhus i länet där hematologisk kompetens saknas. Man jobbar med kapacitetsväxling på alla sjukhus och har överfört arbetsuppgifter från läkare till ssk och från ssk till usk.

Bröstcancer: I RV råder brist på mammografiläkare, BMA, op-ssk och ssk på kirurgvårdavdelningar på Nus. RV har brist på onkologisk kompetens.

Gyncancer: 2 specialiserade tumörkirurger utbildas nu för subspecialisering (3-årig utbildning). Tre gynonkologer finns, fler behövs.

Livmoderhalscancerprevention: Tillgången till cytodiagnostiker behöver säkras, flera närmar sig pension. Det är brist i hela landet, nyrekrytering kan ske genom att utbilda nya. Det behövs fler patologer inom cervixcytologi och gynekologi för att minska svarstiderna i norr. Fler gynekologer med hög kolposkopikompetens behövs.

Lungcancer: För att klara uppdraget att utreda och behandla patienter med lungcancer behövs kompetensförstärkning inom både lungmedicin och lungonkologi samt för kssk. Minskande vårdplatser, brist på personal inom många professioner och en tung arbetsbelastning medför en ökad personalomsättning och ytterligare försämring av arbetsförhållandena för personal inom vården. På Nus pågår omfattande renoveringsarbeten och brist på ändamålsenliga lokaler. Dessa förhållanden gör att även om det finns en god kunskap om hur patienter med lungcancer ska utredas och behandlas och vilka inom vilka ledtider nås inte målen. En förbättrad vårdplatssituation, ändamålsenliga lokaler och en ökning av kliniskt arbetande läkare, sjuksköterskor och paramedicinsk personal behövs för att en god lungcancervård i norra regionen.

Palliativ vård: ST-block i palliativ medicin behövs i samtliga regioner för att trygga behovet av palliativmedicinska experter. Sedan maj 2020 får inte ST i palliativ medicin handledas av specialist med annan tilläggsspecialitet än palliativ medicin. I dagsläget finns i RVN endast en specialist i palliativ medicin, på regionens hospice, men regionen har utlyst ett flertal ST-block som kräver handledning.

Peniscancer: Peniscancerkirurgin är nationellt nivåstrukturerad och bedrivs inte längre i sjukvårdsregionen. Det är generell brist på urologer i sjukvårdsregionen och den seniora urolog som främst arbetar med peniscancer går i pension inom några år. Peniscancerverksamheten har expanderat med neoadjuvant kemoterapi före definitiv kirurgi, vilket kräver uro-onkologisk kompetens.

Prevention och vägen in till och från cancervården (PV-perspektivet): Tillgång till någon form av kontaktperson (ssk) i PV som har cancerkompetens avseende symtomhantering, stödjande arbete i cancerrehabilitering och arbete med hälsosamma levnadsvanor vid cancer är ett mål.

Prostatacancer: I norra regionen finns i dagsläget 26–27 urologspecialister och 5 uro-onkologer i tjänst, varav några arbetar deltid med chefsuppdrag, lärar- och forskartjänster. Om riksgenomsnittet för urolog per capita skulle uppfyllas behövs ca 45 urologer – 14–15 i RV, 12 i RN respektive RVN samt 7–8 i RJH. Minst 8 uro-

onkologer krävs för att upprätthålla en stabil bemanning, helst fler så att även RN och RJH får fast anställda uro-onkologer.
Sarkom: Sedan 1980-talet är diagnostik och behandling av tumörer inom extremiteter, buk och bålvägg centraliserad till Nus. Det har fungerat bra och rutinen är väl inarbetad i regionen. Dock har SVF medfört att patienter remitteras direkt från PV utanför Nus primära upptagningsområdet vilket medfört praktiska problem bl.a. vid återanknytning till hemortssjukhuset.
Testikelcancer: Stor brist på urologer och urolog-ST i hela sjukvårdsregionen (bristen beräknad till cirka 20 personer för jämförbar bemanning med övriga riket) skapar stora problem med patientflöden. Även brist på uro-onkologisk specialistkompetens i hela sjukvårdsregionen.
Urotelial cancer: Det saknas ett 20-tal urologer i norra sjukvårdsregionen för jämförbar bemanning med övriga riket (specialister och ST-läkare). Den tunga urologiska kirurgin har i nuläget endast 5 överläkarkompetenta urologer i RV, varav tre långpendlar och arbetar deltid. 2 av 5 går i pension inom några år. För att lösa kompetenssituationen behövs lokal ST-utbildning och fler ST-block, framförallt i RV, där 1 urolog-ST är utlovad för 2020. Det är även uttalad uropatolog-brist och brist på uro-onkologer.

Prioriterat område 5: Kunskapsstyrning

RN läge nov 2019:	**RV läge nov 2019:**	**RJH läge nov 2019:**	**RVN läge nov 2019**:
- Tillgängliga nationella vårdprogram (NVP) och SVF är implementerade inom de flesta cancerprocesserna. Rutiner uppdateras fortlöpande baserat på uppdateringar i NVP och finns tillgängliga för de som handlägger cancerpatienter, även läkare under utbildning. - För rapportering och kodning av SVF finns stor förbättringspotential. Även om patienter utreds och behandlas enligt SVF och nationella vårdprogram fungerar ännu inte kodning av SVF optimalt. - Representanter från berörda verksamhetsområden ingår i LPO-cancer (lokalt programområde för cancer). - Data rapporteras regelbundet till kvalitetsregister. - Standardiserade metoder, FA-ansvarsgrupper inom patologi samarbetar med utveckling och metodensning.	- Processtöd i journalen saknas för implementering av nationella vård-program. Ärendet följs i FVIS-processen - Öka användningen av registerdata i verksamhetsutveckling: projektarbete med nyttande av digitalt beslutstöd pågår, Umeå är pilotklinik för vissa diagnoser. Byggs ut successivt. - Kvalitetssäkring av SVF-data pågår lokalt, sjukvårdsregionalt och nationellt där även RCC och SKL deltar. Nyttjande av ”Koll på läget” och onlineregisterdata har ökat. Fortsatt arbete med detta pågår.	Det övergripande målet med kunskaps-styrningen i Sverige är att den bästa kunskapen ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Det inne-fattar bland annat implementering av nationella vårdprogram och SVF och korrekt och effektiv inrapportering till kvalitetsregister. RJH avser att hösten 2019 utforma en regionövergripande införandeplan för kunskapsstyrning, som omfattar nationella programområden (NPO) generellt. Införandeplanen ska spegla kunskapsstyrningens övergri-pande mål om att skapa en god vård som är kunskapsbaserad, säker, individanpas-sad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Lokalt cancercentrum omorganiseras till lokalt programområde (LPO) cancersjuk-domar, där cancerhandlingsplanen utgör det dokument som LPO cancersjukdomar arbetar utifrån. RJH använder erfarenhe-terna från arbetet med SVF för cancer-sjukdomar i omställningen till övriga lokala programområden och Nära Vård.	Kunskapsstyrningsarbetet har pågått inom många år när det gäller NPO cancer och några stora förändringar har inte gjorts under det senaste halvåret.

Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Kunskapsstyrning

Barnonkologi: Inom barnonkologin finns nationella vårdprogram (NVP) för alla diagnoser och de användas vid alla barnonkologiska centra.
Blodcancer: Sen och bristfällig inregistrering i kvalitetsregistren försvårar uppföljning och kunskapsstyrning.
Bröstcancer: Bröstcancerpatienterna diskuteras preoperativt och postoperativt på MDK. Nyheter i NVP presenteras bl.a. vid regionmöten och följsamheten till NVP är god. Sjukvårdsregionen har representanter i nationella nätverk som arbetar med vårdprogram och i arbetsgruppen för kvalitetsregister. Patienter inför mastektomi i profylaktiskt syfte remitteras till kirurgisk enhet och diskuteras på sjukvårdsregional MDK där plastikkirurg och cancergenetiker närvarar.
Gyncancer: Sjukvårdsregionen arbetar helt enligt NVP och patienterna diskuteras på MDK. Inrapporteringen till kvalitetsregister ligger efter på gynonkologen.
Lungcancer: Behandlingsmöjligheterna vid lungcancer, framför allt vid avancerad sjukdom, har ökat de senaste åren. För att välja rätt behandling till varje patient behövs en noggrann typning av tumören, enligt NVP för lungcancer. Sjukvårdsregionala medicinska riktlinjer som bygger på NVP är framtagna under hösten 2019, som ett tillägg till NVP, och tydliggör specifika förhållanden för norra regionen.
Peniscancer: NVP implementeras, men underbemanning inom urologin försvårar aktivt deltagande från sjukvårdsregionen i NVP:s styrgrupp.
Prostatacancer: RCC-organisationen är en långsiktigt hållbar grundstruktur för effektiv kunskapsstyrning inom prostatacancersjukvården. Kontinuerligt arbete med att låta kunskapsstyrning genomsyra arbetet på enskilda enheter och avdelningar är under uppbyggnad i och med det övergripande kunskapsstyrningsprojektet med nationella programområden.
Sköldkörtelcancer: Omhändertagandet fungerar med väl implementerat NVP och god täckning i norr avseende kvalitetsregister. Mer tveksamt om SVF bidrar till just kunskapsstyrningen, där är NVP betydligt mer centralt.
Testikelcancer: NVP följs och implementeras och kvalitetsregistrering utförs.

Prioriterat område 6: Digitalisering och distansöverbryggande teknik

RN läge nov 2019:	**RV läge nov 2019:**	**RJH läge nov 2019:**	**RVN läge nov 2019**:
- MDK med Umeå och nationellt sker via distansöverbryggande teknik (videokonferens). - Granskning av röntgenbilder på distans av läkare i Australien - Besök på distans: Ett arbete pågår för att underlätta digitala vårdmöten och minska antalet patientresor, t.ex. överföra en del besök för gyncancerpatienter från NUS till Sunderbyn genom att ha med gynonkolog på länk, och patient och gynekolog i RN. Våren 2019 beslutade länssjukvården att 50% av alla återbesök ska ske via distans 2021. Flera verksamheter erbjuder distansvårdsbesök till patienter.	- Pilot för digitalt system för visualisering av patienter i vårdkedjan pågår inom övre gastroflödet. Inledande möte har hållits med företrädare för ytterligare en diagnos att testa användning av detta stöd. (SVF lungcancer) - Ingen verksamhet deltar i införande av nationell gemensam Min vårdplan (MVP). Annan metod med digitalt stöd för MVP från NCS Cross är infört på vissa enheter. - Oklart om det finns planer på nationell utveckling av stöd för att patienter ska kunna följas inom länsövergripande remissflöde till och från länet. Däremot	RJH har tagit ett helhetsgrepp genom en strategi för Nära Vård tillsammans med lokala programområden inklusive personcentrerad vård, patientkontrakt (t.ex. min vårdplan), läkemedelsfrågor och Nationella Kliniska Kunskapsstöd som syftar till att förbättra samverkan i regionens patientflöden, samtidigt som det ska bidra till ett adekvat och effektivt nyttjande av resurser, såväl ekonomiska som personella. Digitala och distansöverbryggande lösningar är en självklar del i arbetet.	I den utredning av möjlighet att utöka onkologklinikens verksamhet i Sollefteå är digitalisering och användning av videorum ett av de sätt som kommer att utredas vidare. Inom primärvård och palliativ vård är detta redan möjligt i viss utsträckning.

Patienter som bor långt borta och som har kontinuerlig kontakt med vården har ofta möjlighet till digitala möten om de så önskar. Vid behov av klinisk bedömning/nybesök sker vanliga mottagningsbesök. Flexibilitet i systemet eftersträvas för att kunna möta patientens behov/önskemål. - 60% av patologerna är validerade inom ett eller flera diagnostikområden, 10% av all diagnostik sker digitalt.	pågår nationell utveckling av kodnings-rutiner för kontroll av länsövergripande och nationella flöden.		

Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Digitalisering och distansöverbryggande teknik

Barnonkologi: Vid överrapportering av patienter till hemsjukhus används oftast videomöte med barnonkolog, ansvarig ssk vid Nus samt motsvarande parter vid hemsjukhuset. Konsult-ssk har regelbundna videokonferenser med ansvariga ssk på hemorten.
Blodcancer: På Nus och i Sunderbyn sjukhus sköts en del av besöken som telemedicinsk mottagning. Sundsvall och Östersund ska starta upp detta.
Bröstcancer: I RN har patienter som bor långt borta och som har kontinuerlig kontakt med vården möjlighet till digitala möten.
Huvud-hals-cancer: Önskvärt vore att alla patienthandlingar gick att skicka digitalt mellan klinikerna i stället för att måsta använda fax.
Livmoderhalscancerprevention: Hela vårdkedjan för livmoderhalsscreening bygger på välfungerande IT-system som är anpassade fullt ut till kraven i NVP. IT-leverantö-rerna har kommit olika långt i uppgraderingen av systemen för att möta kraven, inget system är anpassat fullt ut. Regionerna i norr använder olika IT-system och det kommer att ta olika lång tid innan alla rekommendationer är införda i regionerna. Det är avgörande för patientsäkerheten att alla län i norr förbereder sig för att ansluta till Ineras screeningstöd när tjänsteplattformen är klar (2020) så att kallelsegrundande data följer med kvinnor över regiongränser.
Lungcancer: Med kommande FVIS följer förhoppningsvis ökade möjligheter till elektronisk kommunikation kring patienter mellan sjukvårdsregionens regioner. En fungerande integration av de digitala radiologiska plattformarna skulle underlätta arbetet mycket, integrationen mellan regionens fyra radiologiska system är idag inte tillräckligt bra för att kunna användas i klinisk rutin. Det finns tydliga evidens för att patientinrapporterade symtom via digitala system är av stort värde i uppföljningen av cancerpatienter och att sådana system kan minska användandet av radiologiska undersökningar och liknande resurser kan minska samtidigt som överlevnaden kan öka (Denis *et al* JAMA 2019). I andra delar av Sverige inleds nu projekt med patientinrapporterade data under uppföljningen. Liknande projekt borde inledas i norra sjukvårdsregionen och kan lämpligen kopplas till det nationella kvalitetsregistret (NLCR).
Njurcancer: ”Pilotprojekt” för uppföljning av njurcancerpatienter med metastaser pågår i Sunderbyn.
Prostatacancer: Det finns välfungerande videobaserade MDK:er i regionen. Införande av nationell struktur för Min vårdplan 1177, SVF-INCA och uppbyggnad av organiserad prostatacancertestning kommer att leda till ökad användning av nationell teknik som kan hanteras och läsas på alla enheter i regionen, vilket ökar patientsäkerheten exempelvis vid överflyttning av en patient mellan olika enheter.
Sarkom: Kontroller efter cancerbehandling sker delvis via telefon efter genomförd undersökning med röntgen och MR.
Sköldkörtelcancer: Digitalisering av cytologi / patologi kan i viss mån och i övergångstid buffra för bristande antal kompetenta endokrincytologer/endokrinpatologer för att kunna få korrekta och snabba svar.

Prioriterat område 7: Palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom sjukvårdsregionen

RN läge nov 2019:	**RV läge nov 2019:**	**RJH läge nov 2019:**	**RVN läge nov 2019**:
Palliativt team finns på alla sjukhus i regionen men den palliativa vården är i behov av utveckling. I nuläget saknas tillräcklig tillgång till palliativa vårdplatser i RN, särskilt i Luleå-Bodenområdet. Det gör att palliativa cancerpatienter med behov av slutenvård i stor utsträckning vårdas på vanlig avdelning istället. Tillgång finns till PRT (palliativt resursteam) och patienter med palliativ diagnos får stöd av hemsjukvården. För hela RN finns - totalt ca 2,5 läkartjänster för palliativ vård - 10 PRT-ssk, vissa på deltid. - ca 24–25 vårdplatser inom specialiserad palliativ vård på sjukhusen Remissflödet till PRT har ökat med ca 100% sedan uppstart 2009/2010. Funktionen länssamordnare för palliativ vård saknas sedan juni 2019, men behövs för att utveckla och skapa likvärdig vård för de svårast sjuka i RN. Enligt PRT ska PRT-ssk inte bedöma remisser själva, men många bedömningar görs av enbart ssk utan tillgång till läkare, kurator, fysioterapeut och arbetsterapeut.	- Brytpunktsamtal utfört på 93% av alla patienter i RV. - Användning av validerat smärtskattningsinstrument för 72% av alla patienter. Det är lägre än tidigare år p.g.a. mycket ny personal som inte kommit i alla rutiner, gäller både läkare och ssk. - Arbete pågår för att starta palliativ vård för barn med obotlig cancer vid Axlagården och vid hospice i Sundsvall Axlagården har startat med utbildningsinsatser för all personal och ska eller har börjat ta emot barn.	Åtta palliativonkologiska slutenvårdsplatser är etablerade för cancerpatienter vid område Kirurgi och område Ögon Öron, genom omstrukturering av befintliga vårdplatser. Specialiserad palliativ hemsjukvård i RJH, Storsjögläntan, och specialiserat palliativt konsultstöd finns tillgängligt oavsett bostadsort och diagnos och när det gäller konsultfunktionen också oavsett vårdform.	Under 2019 har RVN utlyst 2 ST-block i palliativ medicin. Det har resulterat i rekrytering av en ST-läkare på halvtid med inriktning mot Sollefteå-Kramfors. SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) genomgår för närvarande en del förändringar med behov av nyrekrytering av sköterskor framförallt i Sundsvall. Detta arbete är mycket viktigt för hållbar bemanning i framtiden. SSIH:s roll inom utbildning och samarbete med andra vårdgivare håller på att stärkas genom 2 ssk-tjänster där del av tjänsten ska ägnas åt detta.

Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom sjukvårdsregionen

Barnonkologi: Avtal med Axlagården i Umeå om möjlighet till vård av barn med cancer i palliativt skede är i stort sett klart.

Blodcancer: Den palliativa vården är ojämnt fördelad i sjukvårdsregionen med stora skillnader vad gäller personal och vårdplatser. Åtgärder i hemmet kan utföras i varierande grad.

Bröstcancer: Där onkologisk klinik finns sköts patienterna i samarbete med PV/avancerade hemsjukvårdsteam/ hospice/hemortssjukhus. Där onkologisk klinik ej finns sköts patienten i samarbete med onkologerkonsulter och kirurgklinikerna.

Huvud-hals-cancer: I de lägen patienten bedöms vara i behov av palliativ vård finns utvecklingsmöjligheter mot PV.

Lungcancer: För patienter med avancerad lungcancer (stadium IV) bör patienten tidigt skrivas in i palliativ vård, vilket sker i för låg utsträckning idag.

Palliativ vård: Införandet av sjukvårdsregional(a) telefonjourlinje(r) vore av stort värde för att sjukvårdsregionens invånare ska få jämlik tillgång till specialiserad palliativ vård/konsultation och avsevärt öka tillgängligheten för den allmänna palliativa vårdens aktörer att under jourtid få stöd till hemsjukvården i palliativa frågor. Det förutsätter

gränsöverskridande samarbeten där två eller flera regioner samarbetar för att bemanna jourlinjen, samt praktiska lösningar för journaltillgång och dokumentation av råd/ordinationer.
Fungerande rutiner behövs i varje region för att säkerställa att cancersjuka barn med palliativa behov får tillgång till adekvat palliativt stöd och möjlighet att kunna välja att vårdas i eller nära det egna hemmet eller i sjukhusmiljö.
Möjlighet till specialiserad palliativ hemsjukvård, palliativ konsultation samt att vid behov vårdas vid en specialiserad palliativ slutenvårdsenhet finns idag i RV och RJH. RN saknar specialiserad palliativ hemsjukvård och RVN saknar palliativ konsultation.
Prostatacancer: Palliativ vård för prostatacancerpatienter ges vid samtliga enheter i regionen och är av mycket stor betydelse för patienterna. Ca 250 personer dör av prostatacancer i norra regionen varje år och de flesta har behov av smärtlindring, nutritionsråd, läkemedelsgenomgång, bedömning av mobilitet, hemhjälp osv. Dessa behov kan i de flesta fall tillfredsställas genom kontakt med urologisk eller onkologisk enhet, ibland med hjälp av kommunen eller team för avancerad sjukvård i hemmet. Inneliggande vård i livets slutskede erbjuds i de flesta fall på närmaste länsdelssjukhus eller i förekommande fall på hospice. Efter centralisering av kirurgisk akutsjukvård från Sollefteå till Sundvall har tyvärr möjligheten att erbjuda inneliggande vård i livets slutskede för prostatacancerpatienter i Sollefteå minskat. Förhoppningsvis kan kapacitet för detta ändamål återställas under 2020–2021.
Sarkom: Palliativ vård sker i samråd med hemortskliniker och via speciella team i Umeå

Prioriterat område 8: Cancerrehabilitering till alla utifrån individuella behov

RN läge nov 2019:	**RV läge nov 2019:**	**RJH läge nov 2019:**	**RVN läge nov 2019**:
- Skriftlig information om cancerrehabilitering och vad vardera professionen kan erbjuda delas ut. En gemensam broschyr är under framtagande. - Användandet av distresstermometern som bedömningsinstrument diskuteras, men effektiva arbetssätt har inte etablerats ännu. - Skriftliga rutiner saknas ännu för överlämnandet mellan sjukhus och primärvård. - Fysioterapin erbjuder mer än grundläggande stöd i form av träningsgrupper till cancerpatienter. Träningen fortlöper i 3 månader 2 gånger i veckan med 12 personer i varje grupp (i nuläget 2 grupper, projektet ska utvärderas). - Inom regionen finns tillgång till sexualrådgivare och uroterapeut.	- Ytterligare en lokal processledare för cancerrehabilitering är rekryterad och har inlett arbetet. Lokal länsövergripande processarbetsgrupp är under bildande, arbetsformer utvecklas. Arbete pågår för att en ökad andel verksamheter ska erbjuda patienter med cancerdiagnos *Min vårdplan*. Utfall inom SVF-PREM-enkäten per Q2 2019 visar 75,5 %. Det krävs en konsekvensanalys av undanträngningseffekter alternativt behov av ökade resurser om PV ska ta ett ökat ansvar inom cancerrehabilitering. Det måste då även ingå i justerad beställning inom Hälsoval Västerbotten.	- Skriftlig information om cancerrehabilitering är tillgängliggjort till verksamheterna. Dokumentationsmall samt sökord i journal som möjliggör utvärdering är infört. - Flera verksamheter har börjat göra strukturerade bedömningar med validerat skattningsinstrument (*Hälsoskattning för cancerrehabilitering*), men kontinuerligt arbete fortgår. - Rehabiliteringsplan finns tillgänglig i journalen. En kontinuerlig process pågår i att utbilda i användandet. - Tillgång till flera rehabiliteringsprofessioner saknas idag inom öppen specialiserad vård och PV. Cancerrehabiliteringsteam beräknas starta vid årsskiftet. - Diagnosoberoende informationsträffar för cancerpatienter och närstående om cancerrehabilitering har införts och hålls en gång/månad. - Arbete om sexuell hälsa har ej påbörjats.	Genom den lokala processledarens engagemang har flera kliniker nu en mer strukturerad och tidigare bedömning av cancerrehabiliteringsbehov. Det motsvarar målet uppsatt för 2019 i den länsgemensamma rehabplanen för 2019–2021.

		- Dialog pågår om fysioterapeutresurser till träningsgrupp.	

Kommentarer från RCC:s processarbetsgrupper: Cancerrehabilitering till alla utifrån individuella behov

Barnonkologi: Detta är en av barnonkologins stora utmaningar, framför allt för barn som drabbats av hjärntumörer. Detta beskrivs mer i den nationella barncancerrapporten till Socialdepartementet nov 2019.

Blodcancer: Tillgång till cancerrehabilitering är ojämnt fördelad i sjukvårdsregionen, där vissa sjukhus har cancerrehabteam och andra endast kurator. Vissa sjukhus remitterar patienterna för rehabilitering i PV. Ett gott exempel är ”Blodskola” där fem möten anordnas i Sundsvall, med länk till Ö-vik och Sollefteå, för patienter och anhöriga där även rehabpersonal föreläser.

Bröstcancer: 80–100% av patienterna inom regionen erhåller Min vårdplan. Kontakt initieras med kurator för patienter med särskilda behov av stöd samt vid minderåriga barn. Vissa enheter har börjat skatta rehabiliteringsbehovet enligt strukturerat skattningsformulär, andra enheter planerar start. RN arbetar sedan 2013 med utvärdering för att identifiera patienter med stort behov av ytterligare rehabiliterande åtgärder och remitterar vidare till PV vid behov. Alla patienter informeras muntligt och skriftligt om patientföreningen. Vissa enheter erbjuder deltagande i rehabiliteringsgrupp. Forskning visar att förlusten av ett bröst kan ha en negativ inverkan på kvinnans livskvalitet och rekonstruktiv kirurgi kan öka psykiskt och fysiskt välbefinnande.

Gyncancer: Etablerad sjukvårdsregional rehab-MDK för patienter med avancerade besvär i bäckenregionen.

Huvud-hals-cancer: Rehabilitering innefattar även tandsanering före strålbehandling och gapträning efter kirurgi i munhålan. I check-lista för nystartade SVF finns det som standardåtgärd för tandsanering och dietistkontakter. Patient med skada på motoriska nerver efter en neck-dissection behöver tidigt kontakt med sjukgymnast och det görs redan på avdelningen efter operation. Patienter med sväljningssvårigheter orsakade av tumöroperation kontaktats postoperativt av logoped vid ÖNH-kliniken på Nus.

Lungcancer: Det finns sedan länge strukturerade rehabteam för patienter som genomgår operation för lungcancer där de innan operation träffar rehabteam. Alla patienter som får en lungcancerdiagnos erbjuds kontakt med kurator. Kssk ordnar vid behov kontakt med dietist. Detta är välfungerande på alla orter. Goda evidens finns för att rehabilitering efter kurativ behandling är av stort värde och att aktiv rehabilitering av kroniskt sjuka patienter ger bättre livskvalitet och förbättrad överlevnad. Här finns i dagsläget i norra regionen inga lungcancerrehabteam. Det finns inte heller resurser avsatta för att erbjuda patienterna fysisk aktivitet varken på gruppnivå eller individnivå.

Prevention och vägen in till och från cancervården (PV-perspektivet): Arbete med levnadsvanor och kompetens i att stödja patienter i att förändra levnadsvanor till mera hälsosamma är relevant oavsett om det handlar om primär eller sekundär prevention och i rehabiliteringssyfte. Arbete med levnadsvanor i preventivt syfte och cancerrehabilitering bör därför samordnas särskilt avseende PV:s roll och sekundär prevention.

Prostatacancer: Fungerande prehabilitering och relativt välfungerande rehabilitering av de vanligaste biverkningarna av operation och stålning för prostatacancer finns på samtliga länssjukhus. Strukturerad behovsbedömning används på vissa enheter, har testats i pilotprojekt på vissa enheter men mer arbete med detta behövs under 2019–21. En förutsättning för fungerande behovsbedömning är att kssk har tid att ta del av inventeringsinstrument så att patienterna upplever att det finns en nytta med registrering av symtom.

Sarkom: Ortopedisk rehabilitering efter större ingrepp sker oavsett diagnos och speciell cancerrehabilitering sker via cancercentrum. För barn med sarkom är rehabiliteringsprocess långt utvecklad och inkluderar hela familjen.

Sköldkörtelcancer: Tillgång på kuratorer och logopeder som är det centrala finns tillgodosett på samtliga centra som handlägger sköldkörtelcancer.

Övre GI-cancer: Ett pilotprojekt med prehab/rehabteam har startats avseende matstrupe-magsäckscancer. Detta har utformats för att enkelt ska kunna gå vidare med övriga cancerformer om resultatet blir positivt

Uppföljning av sjukvårdsregiongemensamma målnivåer i cancerplanen 2019–2021.

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. Röd färg markerar målnivåer som inte har uppnåtts inom den tid som satts för måluppfyllelse, eller som är mycket långt från mål och där datum för måluppfyllelse är senare än 2019. 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 2018. För ytterligare detaljer, se RCC Norrs uppföljningsrapport för kvalitetsregister för 2019–2021 som finns publicerad på https://www.cancercentrum.se/norr/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/uppfoljning-kvalitetsregister/ . **För övriga målnivåer rapporteras läget i november 2019.**

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

Tabell 2 Uppföljning av målen i den sjukvårdsregionala cancerplanen för cancervården 2019–21, diagnos-/områdesspecifika målnivåer.

Mål	Nuläge	Målnivåer	Tidpunkt måluppfyllelse	Uppföljning	Utveckling
Barnonkologi, bilaga 2A i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Gemensam regional plan för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancer hos barn och unga	Ökning av gemensam mottagning barn-/vuxenonkolog för överlevare barncancer (för VLL sedan 2017). Övriga regioner har godkänt mottagningsbesök	2019: 25 % av kallade pat. från övriga regionen 2020: 33 % 2021: 50 %	Årlig uppföljning	Uppnått för 2019. Överlevare efter barncancer kallas från hela Norra Regionen. Under 2019 har ca hälften av patienterna kommit från andra regioner är Västerbotten.	↑

Etablering av regionala/nationellt kompetens- och konsultcentrum för seneffekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar	Cirka 1/3 av överlevare av barncancer har stora problem/komplex bild med många organsystem involverade. Vuxenrehabiliering/ habilitering passar inte	Nationellt centrum som kan vara remissinstans för överlevare barncancer med komplex problematik	2021	Pågående och prioriterat, beskrivs i barnonkologins nationella rapport till Socialdepartementet av 2019.	
Vidareutveckla hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn/unga	Pågående arbete i samarbete med bland andra arbetsgruppen för palliativ vård i norra regionen	Att starta palliativ vård för barn med obotlig cancer vid Axlagården och vid hospice i Sundsvall	2021	Kontrakt mellan Region Västerbotten och Axlagården är nästan helt klart.	↑
Förbättra möjligheterna till forskning inom barnonkologin i norra regionen	Förutsättningar för forskning vid Nus behöver förbättras, finns ”vilande anslag” för doktorandtjänst som inte kunnat utnyttjas p.g.a. dålig bemanning	1 – 2 heltidstjänster för barnonkologisk forskning i norra regionen	2021	Något sämre läge. Tillgången av barnonkologer har försämrats under hösten 2019.	↓
Säkra att varje länssjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare, samt fortlöpande öka kompetensen i barnonkologisk omvårdnad	Regional och nationell utbildning finns. Målet uppfyllt 2018, men generationsväxling gör årlig uppföljning viktig. Konsultsjuksköterska har månatliga videokonferenser med regionen och lokala möten/ föreläsningar	Kontinuerligt se till att rätt kompetens finns på varje sjukhus. Det sker just nu en generationsväxling på vissa sjukhus	Årlig uppföljning	Minst en barnonkologiskt ansvarig läkare och en barnansvarig ssk för barn med cancer tillgänglig på dagtid på varje länssjukhus. Önskan att tillsätta kssk för barn med cancer i Norra Regionen. Detta skulle ge en förbättrad kontinuitet och säkra vården av barn med cancer vid hemsjukhusen dygnet runt.	↔
Förbättra information till familjer till cancersjuka barn med minskad belastning på hemsjukhus/	Stommen till Barncancerappen finns idag. Ansökan om uppstart skickad till enheten för E-hälsa. Finansiering av	Start under HT 2018/ VT 2019. Mätning av användandet kan göras under 2019-2020. Punkt i	2020	Pågående, men den person som arbetat med barncancerappen vid Nus har bytt arbetsgivare och projektet tillfälligt stoppats, hoppas komma igång igen under 2020.	↔

Nus. Uppstart av Barncancerappen	driften (låg kostnad) är diskuterad mellan barnklinikerna i sjukvårdsregionen	inskrivningsanteckning kan tillfälligt mäta om appen använts			
Ökat deltagande i studier avseende målstyrd behandling vid återfall av barncancer och där det inte finns etablerad ”best practice” för bot	Vid återfall ska specifika mål (targets) i patientens tumör om möjligt identifieras inför behandling, men krävande att sätta upp organisation för detta. Diskussion med bl.a. Barncancerfonden om centralisering - vissa centrum ”värdar” för olika typer av innovativ behandling	Alla patienter som drabbas av återfall av barncancer och där det inte finns en ”best practise” för bot ska få erbjudande om att delta i studie för målsökande behandling	Årlig uppföljning	Under 2019 har infrastrukturen förbättrats ytterligare och via Barntumörbanken som finansieras helt via Barncancerfonden kan tumörmaterial nu skickas framför allt till Heidelberg i Tyskland för avancerad analys av vilka målstrukturer i tumören som är möjliga att attackera med specifika läkemedel som rutinmässigt inte ingår i barnonkologisk behandling. Under 2019 har två patienter behandlats efter inkludering i den tyska Informstudien = **In**dividualized therapy **fo**r **R**elapsed **M**alignencies in Childhood.	↑
Bild- och funktionsmedicin, bilaga 2 B i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Rätt diagnostik eller behandling på rätt patient i rätt tidpunkt	Diskrepans mellan mål i nationella vårdprogram (NVP) och radiologisk kapacitet	Välfungerande rutiner för att säkerställa medverkan från norra sjukvårdsregionens BFM i NVP-arbetet genom 1. inbjudan till regionens BFM att ingå i NVP-grupperna 2. delaktighet från regionens BFM i remissrunda 1 för NVP 3. BFM-avsnitt i regional konsekvensbeskrivning vid införande av nytt/ reviderat NVP	2019	Pågående men rutiner inte helt klara och inarbetade.	↑

Kompetensförsörjning	Underskott på radiologer/röntgensjuksköterskor. Stort intresse för radiologi, ökat antal ST	Oberoende av inhyrd personal	2019-2021	Uppföljning chefssamråd kvartalsvis	
IT - utveckling av radiologiska system	Elektroniska remisser saknas mellan huvudmän i norra regionen. Gemensam plattform för journalsystemen avvaktas (2023). Många manuella moment i dag	Temporär lösning för elektroniska remisser. Minska manuella moment	2019-2021 2019-2021	Oförändrat Pågående arbete	
MDK	Resurskrävande, konkurrens med övrig radiologisk verksamhet	Fortsätta optimera MDK i dialog med remittenterna	2019-2021	Respektive LCC, pågående arbete	
Blodcancer, bilaga 2 C i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Hålla ledtider enl. SVF	Ledtiderna hålls inte, trots stor förbättring de senaste två åren	80 % av patienterna ska klara ledtiderna enligt SVF	December 2019	Lymfom 42%, myelom 58%, AML 89%. Olika anledningar till långa ledtider som måste hanteras lokalt. Problemen varierar vad gäller BFM tider, operationstider osv. Möte med hematopatologen för regional RCC grupp planerat 20/11. Den ledtiden är gemensam för sjukvårdsregionen eftersom alla preparat skickas till Umeå. I nytt SVF för lymfom, ej ännu godkänt, kommer ledtiderna för icke behandlingskrävande KLL och indolent lymfom att förlängas till mer rimlig nivå.	↔
Bedriva utredning enl. vårdprogram	Varierande, myelom: ISS stadieindelning 93,3 %, mål 100 %, FISH 60,6 %, mål 80 %	Enligt vårdprogrammens kvalitetsindikatorer	Juni 2019	Vi följer vårdprogrammen acceptabelt på många punkter. Dock inte registrering i kvalitetsregistren vilket gör det svårare att i närtid följa kvalitetsparametrarna. Ex. myelom: ISS stadieindelning 88%, mål 100%, FISH 79%, mål 80%. Lymfom: 80% av alla lymfom ska komma på besök inom 10 dagar, norra regionen 62%, riket 63%. Aggressiva lymfom mål 80%, norra regionen 80% riket 76%. Myelom: 91% registreras i kvalitetsregistret inom ett år men bara 18% inom tre månader, mål 75%.	↔
Täckningsgraden för Blodcancerregistret ska förbättras	Vi uppfyller inte registrering inom målnivåerna	>70% inom 3 mån. >95% inom 1 år	Juni 2019	Registrering inom rätt tid klaras inte, varken för anmälnings- eller uppföljningsblanketten. Resurser för att möjliggöra registrering är en ledningsfråga och måste tillskapas på varje enhet.	↔

Individuell skriftlig vårdplan till patienterna	Nationell mall finns. På fyra av sjukhusen får nydiagnostiserade patienter skriftlig vårdplan	80 % har en skriftlig vårdplan	Juni 2019	På flertalet sjukhus får patienterna Min vårdplan. Dock är ej målet 80% uppfyllt på alla enheter. På en del enheter bortprioriteras Min vårdplan p.g.a. tidsbrist eller resursbrist avseende kssk.	↔
Deltagande i klinisk studie	Studier bedrivs på tre av sjukhusen. Ex. studier 3,7 % av lymfomen, 6 % av KML, 1,9 % myelom. Studie-ssk saknas.	10 % av patienterna	December 2020	Studier bedrivs på två av sjukhusen, Sunderbyn och Nus. Brist på studiesköterskor. Andel patienter i studier: Myelom norra regionen 1,9% (0-4%, riket 2,1%) Lymfom 4% i norra regionen (1-5% i övriga regioner i landet) Sundsvall och Östersund har anmält intresse för myelomstudie som startar mars 2020, vilket kommer öka andelen patienter i kliniska studier.	↔
Telemedicinsk mottagning	Erbjuds på två sjukhus i regionen	Erbjudas till lämpliga patienter på alla sjukhus. Patienter kan koppla upp sig från flertalet HC/länsdelssjukhus	Juni 2019	Finns på Nus med 104 patienter som är registrerade. Sunderbyn har också en del telemedicinska besök, antal ej registrerat. Både Östersund och Sundsvall planerar start av telemedicinsk mottagning i närtid.	↑
Kontakt-/ teamsjuksköterska förstärks med koordinator	Kontaktsjuksköterska finns på alla sjukhusen, men med behov av administrativt stöd	Finns på alla hematologiska enheter och ansvara för patientens ledtider, kontaktbehov och individuella skriftliga vårdplan	Juni 2019	På flertalet sjukhus har kssk många andra arbetsuppgifter och beskriver behov av mer tid och ett mer renodlat uppdrag.	↔
Cancerrehabiliteringsteam på alla sjukhus	Varierande resurser i regionen	100 %. Alla patienter erbjuds psykosocialt stöd och rehabilitering	Juni 2019	Fortsatt ojämn tillgång till cancerrehabilitering. Cancerrehabiliteringsteam finns på fyra av sjukhusen i regionen medan andra bara har tillgång till kurator. Cancerträningsgrupp är startad på Sunderbyn och erbjuds även i RVN.	↑
Distresstermometer	Används i mycket liten grad	70 % av myelompatienterna i samband med diagnos	Juni 2019	Används i mycket liten grad på enstaka sjukhus. Omtag ska göras i hur en strukturerad skattning ska göras.	↔
Erbjuda besök yngre anhöriga (< 18 år)	Sker helt ostrukturerat och slumpvis	100 %. Alla yngre anhöriga ska erbjudas besök, noteras i journalen	Mars 2019	Det görs på flertalet sjukhus antingen via läkare, kurator, kssk. Barnombudsman finns i delar av regionen	↔
Seneffektsmottagning	Startat på Nus. I dagsläget kallas Västerbottens patienter	100 % av personer i regionen behandlade för cancer <18 år ska	När resurser finns på uppföljningsmottagningen	Välfungerande mottagning som nu hela norra regionen har tillgång till.	↑

		informeras om upp-följningsmottagning/ kallas till den			
Kapacitetsväxling	Läkare/ sjuksköter-skor/undersköterskor/ andra kompetenser	En strukturerad genomgång av alla arbetsuppgifter på alla enheter för maximalt utnyttjande av allas kompetens	Startas omgående	Pågår på flertalet sjukhus framför allt genom att ssk tagit över uppgifter från läkare såsom remisskrivning, blodbrev. Även usk sköter på en del kliniker sjukhuskoordinering, bokningar. Finns mer att göra inom detta område och man kan lära mer av varandra.	↑
Bröstcancer, bilaga 2 D i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Operation <3 veckor från diagnos	Regionen 65 % <3 veckor (83 % <4 veckor). Väntetiden har ökat, utom i Skellefteå. Sunderbyn 69,7 % (89,9), Östersund 72,5 % (82,5), Sundsvall 71,6 % (91), Skellefteå 94,7 % (97,4), Nus 32,3 (54)	90 % av kvinnor med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	2021	Stor skillnad ses inom regionen på op inom 3v (4v). 38% opereras inom 3 veckor, 62 % inom 4 v. Väntetiden har ökat inom hela regionen. Andel op inom 3 v: Sunderbyn 66%, Östersund 38%, Sundsvall 17%, Skellefteå 57%, NUS 20%. Nus och Sundsvall har bland längsta väntetiderna till op i landet. Mera op-resurser krävs för att nå målnivån. På Nus har tillfälligt samarbete med thoraxkirurgisk op-avdelning under 2019 ökat andelen som opereras inom 3 till 73% och önskan är att detta samarbete permanentas.	↓
PAD klart <3 veckor från operation	Regionen 67 %. Sunderbyn 81 % Östersund 86 % Sundsvall 59 % Skellefteå 15 % Nus 58 %	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation	2021	77%, vilket är en klar förbättring. Sunderbyn 84%, Östersund 86%, Sundsvall 78%, Skellefteå 47%, Nus 71%	↑
Kortare väntetid till systemisk onkologisk behandling för aktuella patienter och enligt SVF	Regionen 89 %. Tiden har kortats och målnivån är nästan uppnådd inom alla län. Längre tid när onkolog endast finns på konsultbas	90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	2021	Målnivån är nästan uppnådd inom alla regioner. RN 97%, RJH 88%, RVN 85%, RV 94%	↑

Förbättrad 5-års-överlevnad	Regionen 82 % RN 81 % RJH 81 % RVN 88 % VLL 83 % (69 %)	5-årsöverlevnad ska vara >90 % i hela regionen	2024	Norra regionen 83% RN 82%, RJH 79%, RVN 82%, RV 87%	↑
Höja andelen patienter som genomgår direkt bröstrekonstruktion med implantat	Riket 12 % RN 11 % RJH 0 % RVN 4 % VLL 12 %	Höja andelen patien-ter som genomgår direkt rekonstruktion med implantat till rikets nivå (12 %). Den nationella nivån kan komma att ändras	2021	Riket 16 % Norra regionen 11% RN 16%, RJH 0%, RVN 0%, RV 17%.	↑↓
70 % av nya bröst-cancerfall ska ut-redas enligt SVF			2020	Första halvåret 2019: RN 94%, RJH 62%, RVN 96%, RV 111%	↑
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla led-tiden			2020	Norra regionen: Primär operation 57 % (riket 32 %) Primär onkologisk behandling 21 % (riket 29 %)	
Patientens rehabili-teringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär	Olika rutiner idag i regionens lands-ting/regioner	Strukturerat formulär, t.ex. distresstermo-metern, används	2020	Målet bör vara uppnått 2020. Projekt pågår i sjukvårdsregionen. Kssk registrerar i patientjournalen. Går ej att följa upp nu.	↑
Task-shifting genomförs Mellan såväl perso-nalkategorier som mellan specialiteter	Olika rutiner idag i regionens landsting/ regioner Idag ser flödet olika ut i regionen.	Vissa återbesök över-förs från läkare till kontaktsjuksköterska för både kirurgi och onkologi. Mammografiläkare informerar kliniska patienter som efter utredning visar sig vara friska. Patient som behöver bedömas av kirurg remitteras	2020	Arbete pågår inom både kirurgi och onkologi. Studier visar att patient-nöjdheten är likvärdig om man träffar läkare och ssk samt att det inte är någon högre risk för recidiv i någon av grupperna. Idag ser flödet olika ut i regionerna. Patienter där inget avvikande ses på mammografi och ultraljud handläggs efter undersökning på kirurg-mottagningen eller i PV. Om dessa patienter får besked via mammografi-enheten när undersökningen är gjord frigörs resurser inom PV och kirurgen och handläggningstiden kortas.	↑

Cancerrehabilitering, bilaga 2 E i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Att alla fyra landsting har tagit fram övergripande rutiner för kontakt med kompetens för sexuell hälsa för de patienter och närstående som är i behov av detta	I dagsläget saknas rutiner	100 %, rutin ska finnas i varje landsting	2021	Fortsatta behov av kompetensutveckling inom området sexuell hälsa, både på grundläggande och avancerad nivå. Utbildningar planeras genom RCC Norr.	
Ökad andel verksamheter som erbjuder patienten *Min vårdplan* (utifrån den generiska modellen)	Enl. PREM – SVF (2017) svarade 57 % att skriftlig individuell vårdplan för fortsatt vård upprättats	Delmål 60 % Mål 75 %	Delmål 2020 Mål 2021	Enligt SVF-PREM för Q1 och Q2 svarade 77% av patienterna med cancer att de fått en skriftlig individuell vårdplan. Det generiska innehållet för Min vårdplan är framtagen nationellt. I norra regionen finns olika varianter av Min vårdplan och inom flera verksamheter saknas Min vårdplan fortfarande. Nationellt har ett projekt med att införa Min vårdplan 1177.se. pågått, med goda resultat. RCC i samverkan har beslutat att nationellt förvalta Min vårdplan på 1177.se och att nationell diagnosspecifik information ska tas fram. I norra regionen har 1 klinik deltagit i projektet. RCC Norr har påbörjat arbete för att möjliggöra ett brett införande i sjukvårdsregionen.	↑
Ökad andel patienter som erbjuds namngiven kontaktsjuksköterska (enl. nationell definition)	Se tabell 2 i bilaga 2E	90 %	2021	Kssk är fortsatt ett prioriterat område och beslut är taget att sjukvårdsregionens patienter ska erbjudas en kssk vars uppdrag utgår från den nationella uppdragsbeskrivningen. Tillsättning av kssk sker inom flera verksamheter, men uppdragen och rollen för regionens kssk:or är fortfarande ojämlikt. Det pågår tillsättning av en sjukvårdsregiongemensam projekttjänst som samordnande kssk för all urologisk cancer, för att i dessa processer utveckla kssk-funktionen utifrån ett tydligt patientperspektiv. Projektet kommer att drivas i nära samarbete med RCC Stockholm-Gotland och diagnosprocessledare.	
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt erbjuder skriftlig information om cancerrehabilitering	Information saknas idag	100 %	2021	Arbete pågår, regiongemensam information har utarbetats i RN, RVN och RJH. Fortsatt arbete behövs för att säkerställa att verksamheterna har rutiner för av vem, hur, när och vilken information som ska ges.	↑

Ökad andel verksamheter som rutinmässigt och strukturerat erbjuder gruppinformation av rehabiliteringsprofession	Gruppinformation ges vid ett par kliniker idag	75 %	2021	Det pågår ett införande av/påbörjade informationstillfällen i regionerna för information i grupp med olika syften, allmän breddinformation, specifik information till vissa patientgrupper och mer fördjupad information under flera tillfällen.	↑
Ökad andel verksamheter som strukturerat bedömer behov av rehabilitering (med validerat bedömningsinstrument)	Saknas information idag	75 %	2021	Inom många verksamheter saknas fortfarande rutiner för hur man strukturerat ska bedöma, erbjuda och följa upp cancerrehabilitering genom vårdprocessen. Det behövs ett aktivt arbete för att skapa dessa rutiner. I varje region pågår arbete med att organisera och/eller skapa förutsättningar för hur patienter med avancerade behov ska erbjudas åtgärder. Det kan vara på verksamhetsnivå eller regionnivå.	↑
Skriftliga överenskommelser mellan sjukhus/primärvård om rehab. för cancerpatienter	Saknas information idag	Alla landsting ska ha startat samverkan	2021	Under 2019 har ett samverkansarbete mellan PV och specialistsjukvården påbörjats för att skapa ett stöddokument som ska ligga till grund för framtagande av riktlinjer på regionnivå. I riktlinjerna ska det fastslås vilken roll de olika vårdgivarna/förvaltningarna ska ha när det gäller patienters grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov av cancerrehabilitering. I RVN ingår cancerrehabilitering i uppdraget till PV.	↑
Öka andelen verksamheter som erbjuder mer än grundläggande stöd till patienter om fysisk aktivitet av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut)	Saknas information i dag. Ett antal verksamheter har utformat ett arbetssätt för att stödja patienter till fysisk aktivitet i grupp	75 %	2021	Det finns idag träningsgrupper för patienter med cancer inom RN, RV och RVN, som är knutna till vissa verksamheter och fysiskt sker på sjukhusen. Inom RJH pågår en diskussion för hur träningsgrupper skulle kunna organiseras. RCC Norr kommer att tillsammans med regionerna utarbeta modeller för att stödja patienter som har behov av utökat stöd vid fysisk aktivitet. Även för grundläggande råd och stöd behöver en struktur utarbetas.	↑
CUP, cancer med okänd primärtumör, bilaga 2 F i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Kontaktsjuksköterska *efter* diagnos och start av behandling eller beslut att avstå behandling	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Patienter som utreds via diagnostiskt centrum (DC) får alltid en namngiven kssk som håller i patienten under utredningsgången och som finns tillgänglig för förfrågningar och stöd. Patienter som får en cancerdiagnos överförs antingen till ett specifikt förlopp eller till CUP-spåret och då är det upp till behandlande enhet att ge patienten en namngiven kssk.	

Palliativt stöd för patienter med det behovet	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Patienter med ”äkta CUP” med metastaserad sjukdom har en förväntad medianöverlevnad på 4–12 månader. I dessa fall är behovet av palliativt stöd viktigare än kssk. Täckningsgraden för palliativt stöd har inte kunnat följas upp.	
Min vårdplan	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Införande pågår på enskilda kliniker.	↑
Mailforum för knepiga fall	0	Infört forum	2020	Planeras införas 2020.	↑
Specialintresserad onkolog för regionens enheter som metastasutreder	0	Införd särskild jourlinje	2019	Ännu inte infört, men planering pågår för att från 2020 ha en namngiven person på Cancercentrum vid Nus som dagjouren kan hänvisa till vid behov av stöttning av CUP-utredning	↑
Specialintresserad patolog kopplas in tidigt i SVF-CUP förloppet	0	Infört möjlighet till namngiven kontaktperson	2019	Ej infört	↔
Öka uppklarningen av CUP till organ-specifik diagnos	Status inte känt i de olika regionerna (enl. litteraturen 3 – 5 %)	Kvarvarande okänt primärt ursprung 2 %	2021	Uppklarningen av CUP till organspecifik diagnos från 3–4% till 2 % är uppnått genom förbättrad diagnostik (patologi och radiologi)	↑
Inrapportering i INCA-registret	Status inte känt i de olika regionerna	60 % 80 % 90 %	2018 2019 2020	Kvalitetsregister har inte införts	
Nationell MDK	Saknas		2019	Ej infört	↔
Gynekologisk cancer, bilaga 2G i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontakt-sjuksköterska administrativt	Finns endast en koordinator idag (Sundsvall)	En koordinator på varje länssjukhus samt två på Nus	2019	Oförändrat, förutom att Skellefteå nu har en koordinator.	↑
Öka antal remisser till MDK för bäckenrehabilitering	2	10	2020	Totalt 9 remisser under 2019 t.o.m. oktober, varav 5 för patienter som behandlats för gyncancer	↑

Tid från operation till PAD-bedömning	8-35 dagar stora skillnader i regionen	15 dagar	2021	Fortsatt stora skillnader i norra regionen. För maligniteter var andelen svar inom 15 dagar 2018 för RN 73%, RV 28%, RVN 86% och RJH 20%.	
SVF ovarial VGM - start av behandling	45-64 %	80 % för hela regionen	2020	41% 2018 (0–49%). Ledtiden har successivt förbättrats under 2019 men är fortfarande <80%. Processen fungerar kliniskt och strukturellt väl i sjukvårdsregionen.	↑
SVF corpus VGM-start av behandling	35-92 %	80 % för hela regionen	2020	43% 2018 (25–55%). Ledtiden har successivt förbättrats under 2019 men är fortfarande <80%. Processen fungerar kliniskt och strukturellt väl i sjukvårdsregionen.	↑
SVF cervix VGM-start av behandling	23 %	80 % för hela regionen	2020	13% 2018 (0–33%)	
Hjärntumörer, bilaga 2 H i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Säkra kompetensförsörjning i norra regionen inom neuropatologi för att nå målsättningarna för NVP och SVF	Begränsade resurser som innebär fördröjningar av PAD-svar/ begränsar möjligheten till fryssnitt	70 % enl. SVF och 80 % inom ledtider, enl. NVP/ kvalitetsregister	2021	SVF-statistik ej tillförlitlig p.g.a. låg registrering av patienter med hjärntumörer i sjukvårdsregionen	
Utveckling av MDK, så att alla länssjukhus deltar vid MDK enligt överenskomna rutiner	RN deltar inte i dagsläget vid MDK Följsamheten till överenskomna rutiner brister	100 % följsamhet överenskomna rutiner	2020	RN deltar fortfarande inte i MDK. Arbete med rondrutiner pågår.	↑
God inrapportering i kvalitetsregister	2016 – 97,9 % 2017 - Jan - jun 100 %, jul - dec 82,5 %	95 %	2019	88 % 2018	↔
Kontaktsjuksköterskor vid samtliga länssjukhus och för Nus på NKK och Cancercentrum	Kontaktsjuksköterskor saknas på NKK och Sunderbyns sjukhus	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter	2019	Kssk har tillsatts på neurokirurgen (NKK) på Nus och i Sunderbyn.	↑
Rehabiliteringsbehov ska identifieras systematiskt och	Välfungerande i RJH, under utveckling i andra delar av sjukvårdsregionen. I VLL	Utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region och utarbetade rutiner på	2020	Fortsatt arbete.	

rehabilitering erbjudas. Det ska finnas en utsedd enhet med rehabiliterings-ansvar i varje region med utarbetade rutiner för överlämningar	finns ett samarbete med Strokenheten och Neurorehab. I RVN samarbete med Geriatrik Rehab och Strokeenheten, Medicinkliniken.	ledningsnivå för överlämningar			
Utrednings enl. SVF i enlighet med nationella mål.	2017: 17 % hade kodats som SVF-patienter, och av dessa klarade 27 % SVF-ledtiden till första behandling	70 % av nya cancerfall inom aktuell diagnos utreds enl. SVF och 80 % av dessa patienter går igenom respektive SVF inom ledtider	2020	SVF-statistik är fortsatt ej tillförlitlig p.g.a. låg registrering av patienter med hjärntumörer i sjukvårdsregionen. 2018 hade 22% kodats som SVF-patienter. Alla remisser som bör betraktas som SVF-remisser märks ej som detta och kodas därmed inte.	
MR ger säkrare objektiv radikalitets-bedömning vid op. av hjärntumörer än klinisk bedömning. MR perioperativt ökar patientsäker-heten	Finns inte i dag	I första hand att kart-lägga behov och förutsättningar för införande av perioperativ MR Genomförd utredning	2021	Utredning ej genomförd	↔
Hudmelanom, bilaga 2 I i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021 (MM = maligna melanom)					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Mål upp-fyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Öka täcknings-graden i kvalitets-register	81 %	95 %	2019	92%	↑
Öka andelen patien-ter med MM >1mm som erbjudits kon-taktsjuksköterska	86 %	95 %	2019	87%	↑
Öka andelen patien-ter med MM >1 mm diskuterade på MDK	83 %	90 %	2019	80%. MDK rutin har nu uppdaterats.	↓

Öka andelen patienter som väntat <4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	38	80	2019	54%. Bättre ledtider för svar från patologen	↑
Öka andelen patienter som opereras <1 vecka från första läkarbesök	46 %	80 %	2019	57%	↑
Öka andelen patienter med MM >1mm som genomgår utvidgad kirurgi <3 veckor efter svarsdatum PAD	21 %	80 %	2019	11%. Brist på op-tider.	↓
Inrätta adm. stödfunktion (koordinator) till kontaktsjuksköterska/ läkare	Ingen	Samtliga kliniker har inrättat	2019	Egen uppföljning 2020	
Förbättra psykosocialt stöd till patient och närstående under vårdprocessen	Via kontaktsjuksköterskor vid behov	Snabb kontakt med kurator eller psykolog efter behov	Utifrån klinikens förutsättningar	Egen uppföljning	
Huvud- och halscancer, bilaga 2 J i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Ledtid inremiss till behandlingsbeslut <25 d	Median 28 d, 80 % percentil 71 d (2016)	Median 26 d	Hösten 2020	Median 29 d, 80% percentil 48 d	↑
Ledtid behandlingsbeslut till operation <12 d	Median 15 d 80 % percentil 20 d (2016)	Median 12 d 80 % percentil 18 d (2016)	Hösten 2020	Median 13 d, 80% percentil 20 d	↑
Ledtid behandlingsbeslut till strålningsstart <20 d	Median 21 d 80 % percentil 27 d (2016)	Median 20 d 80 % percentil 25 d (2016)	Hösten 2020	Median 20 d, 80% percentil 26 d	↑
Optimering av SVF utredning	Beskrivs genom kartläggning	Ökat fokus vid remissbedömning på	Hösten 2020	Remissbedömningen är optimerad. Uppdaterade och förbättrade utredningsrutiner i regionen, samt maximalt nyttjande av op-resurser.	↑

		”stark” misstanke om tumör			
Rätt använd kompetens (RAK) i tumörteamet	Beskrivs genom kartläggning	Minskad administration för medicinsk personal	Hösten 2020	Pågående arbete	
Utveckling av kirurgisk kompetens	4,5 fast anställda	6 fast anställda tumörläkare	Hösten 2020	4 läkare är i tjänst, en är fortsatt långtidssjukskriven. En läkare går i pension mars 2020. Nivåmål är att tumörteamet består av 6 fasta tumörläkare. Dessa fyra läkare är tillräckliga för en fungerande tumörverksamhet om de inte arbetar med andra arbetsuppgifter t.ex. allmänna ÖNH.	↔
Utökad dietisttjänst. Kuratorstjänst tillsätts	Beskrivs genom kartläggning	Tidig kontakt med dietist (pre-op.) och vid uppföljning	Hösten 2020	Större nyttjande och snabbare dietistkontakt på ÖNH-mott., via kssk. Finns inskrivet i checklista/rutin.	↑
Uppföljning av behandlade patienter	Beskrivs genom kartläggning	Indelning med onkologer	Hösten 2020	ÖNH-läkare gör alla uppföljningsbesök förutom första kliniska kontroll efter strålbehandlingen om 6 v (onkologer). Målet att dela uppföljningsbesök mellan ÖNH-läkare och onkologer har ännu ej gått att realisera, diskussioner pågår.	↔
Kolorektal cancer, bilaga 2 K i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Förbättra ledtid remiss - diagnos	Koloskopiresurserna begränsande	>95 % av patienterna får diagnos <4 veckor efter remiss	2021	Kolon: 75% (RVN 74%, RJH 63%, RV 79%, RN 77) Rektum: 82% (RVN 87%, RJH 81%, RV 90%, RN 70) Förbättringar överallt utom för kolon i RVN och RJH.	↑
Förbättrad patologi	Förbättring RN och RVN, men försämring RJH och VLL senaste åren	≥95 % med >12 och ≥90 % >12 lymfkörtlar i preparat vid op. för kolon- resp. rektalcancer	2020	Kolon: 91% (RVN 88%, RJH 93%, RV 92%, RN 92%) Rektum: 85% (RVN 92%, RJH 89%, RV 76%, RN 87%) Försämringar överallt utom för rektum i RVN och RJH.	↓
Förbättrad patologi, forts.	Ibland långa svarstider så att ex. adjuvant cytostatica startas sent	>90 % PAD svar klara <3 veckor från op.	2020	Kolon: 84% (RVN 96%, RJH 81%, RV 65%, RN 95%) Rektum: 75% (RVN 94%, RJH 72%, RV 44%, RN 94%) Kolon: förbättringar överallt utom i RJH Rektum: försämringar överallt utom i RV (RV ändå klart lägst)	↑↓
Ökat deltagande i kliniska studier	Målet uppnått i RN och RVN, men för få pat. i RJH och VLL	>30 % av med kolon-rektum-cancer pat. inkluderas i studie	2020	Kolon: 22% (RVN 32%, RJH 4%, RV 22%, RN 24%) Rektum: 31% (RVN 41%, RJH 0%, RV 36%, RN 31%) Försämring men fortfarande högt i RVN. RJH ligger mycket lågt.	
Adjuvant behandling startas i tid	Tiden för lång vid några kliniker. Förbättrat samarbete med	Adjuvant beh. påbörjas <8 veckor	2020	Kolon: 90% (RVN 100%, RJH 100%, RV 78%, RN 84%) Rektum: 81% (RVN 83%, RJH 100%, RV 100%, RN 75%) Förbättring överallt utom för rektum i RN.	↑

	onkologi behövs bl.a. I riket hålls tiden för 80 % av patienterna	för 95 % av aktuella pat.			
Minimalinvasiv kirurgi	Målet nått för alla utom RVN för kolon-cancer, men endast för RN och VLL för rektalcancer	30 % andel minimal-invasiv kirurgi för både kolon- och rektalcancer patienterna	2020	Kolon: 45% (RVN 38%, RJH 44%, RV 45%, RN 52%) Rektum: 52% (RVN 6%, RJH 61%, RV 57%, RN 81) Målet nått överallt utom för rektum i RVN, som där avviker kraftigt från övriga regioner.	↑
Livmoderhalscancerprevention, bilaga 2 L i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Organisation för cervixcancerprevention; definierade uppdrag/ mandat förankrade i landstings/region-ledningen	Finns i RN. Övriga regioner varierande tydlighet för uppdrag och mandat	Tydlig organisation i hela regionen; dokumenterad fördelning av ansvar för uppdrag processledare, styrgrupp och kallelse-kansli	2019	Uppfyllt i RN, RVN och RJH. Inte klart i RV, som tillsatt en processledare men uppdrag och mandat är ej tydliggjorda. Kallelsekansliets uppdrag och organisatoriska tillhörighet är under bearbetning inom ramen för projektet ”Införande av Nationella vårdprogrammet”, förväntas vara klart januari 2020.	↑
Implementering av Nationella Vård-programmet (NVP) för Cervixcancer-prevention	NVP inte infört. Planering och förberedelser påbörjad i alla landsting	Hela regionen: Primär HPV-screening ≥30 år, dubbelanalys 41 år, intervall 7 år> 50 år efter neg HPV, övre åldersgräns 64-70 år, kontrollfil-HPV. Dysplasi-verksamhet med *kompetensväxling*	2020	Delvis uppfyllt i RVN, RJH och RV, som 2019 höjde övre åldersgränsen för screening till 64 år. Primär HPV-screening ej infört., förberedelser pågår i alla län. Primär HPV-screening och andra förändringar i det nya screeningprogrammet kräver anpassade IT-system och HPV-apparatur på laboratorier med tillräcklig kapacitet. I RN har införandet försenats p.g.a. upphandling av ett nytt IT-kallelsesystem. I RVN återstår inrättandet av e-remisser. RJH är beroende av RV p.g.a. gemensam laboratorieverksamhet och IT-system. RV inväntar upphandling av ny HPV-apparatur och IT-anpassning som ska påbörjas före årsskiftet. Alla fyra regioner har mål-sättningen att starta primär HPV-screening under första hälften av 2020.	↑
Regionen ansluten till processregistret (Cytburken)	RVN är anslutet. RN start 2018. Beslut finns i VLL och RJH	Alla landsting anslut-na, fortlöpande leve-rans fullständiga data	2019	Uppfyllt i RVN och RN, men ej i RV och RJH. RJH är beroende av RV. Anslutningsarbetet ska påbörjas på Nus före årsskiftet, beräknas vara klart våren 2020.	↑
Telefonlinje för kvinnor med posi-tivt HPV test utan cell-förändringar	Inte infört	Telefonlinje införd i regionen; hänvisning (tel. nr) i brevet med provsvar	2020	Ej uppfyllt. Planen är en telefontjänst på respektive regions kallelsekansli. En gemensam utbildningsdag för detta för 2 barnmorskor/län planeras i början av 2020.	↑
Uppringning samt erbjudande av själv-	Inte infört, men pilot-projekt uppringning	Organisation för upp-ringning och självtest	2020	Ej uppfyllt. Pilotprojekt med uppringning av äldre kvinnor pågår i RVN. Planen är att uppringning blir en del av kallelsekansliernas verksamhet i	↑

test HPV efter lång tids uteblivelse	kvinnor 50-64 år pågår i RVN	HPV (ett screening-intervall + 3 resp. 4 år) införd i alla landsting		alla 4 regioner. I RV planeras start av ett pilotprojekt under första hälften av 2020, RN och RJH avser att starta senare. IT-stöd för erbjudande av självtest ingår i IT-anpassningen i alla 4 regioner, beräknas starta när IT-stödet är på plats.	
Ökad andel kvinnor med biopsi <3 månader efter hög-gradiga cellförändringar	RHJ 24 %, VLL 42 % RVN 50 %, RN 70 %	≥90 %	2021	Målet ökad andel med biopsi är uppfyllt i 2 regioner (RVN, RV). Från 2016 till 2018 har RVN ökat andelen utredda <3 månader från 50% till 66%, och RV från 42% till 57%. RN har ***minskat*** från 70% till 62% och RJH från 24% till 20%. Norra regionen ligger långt från målet ≥ 90%, alla regioner utom RVN ligger under riksgenomsnittet och ***RJH har lägst andel utredda <3 månader i landet***.	↑↓
Nationellt samman-hållen journalföring	RN deltar i nationellt samverkansprojekt	Alla landsting deltar i nationell samverkan via tjänsteplattform, åtkomst personupp-gifter, provresultat, kontrollfilstillhörighet oberoende av hemort	2021	Ej uppfyllt. Ineras screeningstöd för att dela kallelsegrundande information över regiongränser beräknas vara klart för breddanslutning av alla regioner under 2020. RN, RV och RJH har sagt ja i avsiktsförklaringen för tjänsten men inte RVN.	↔
Lungcancer, bilaga 2 M i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
SVF-team med koordinatorer, k-ssk och lungläkare på alla utredande enheter	Finns på Nus, Sunderbyn, Östersund och Sundsvall.	100 %	2019	Fungerande SVF-team med koordinatorer, kssk och lungläkare på alla utredande enheter, men sämre läge än för 2018 med längre utredningstider p.g.a. brist på läkartider. Tung arbetssituation för kssk och brist på kssk inom onkologin.	↓
FDG-PET/DT vid utredning av stadium I-III, NSCLC	<90 %	90 %	2019	>90%. Välfungerande i hela sjukvårdsregionen. Korta väntetider till undersökning och bra svarstider på utlåtanden på Nus, men då utlåtandena ska skickas per brev blir svarstiderna till regioner utanför RV längre. Elektroniska svar till hela sjukvårdsregionen efterfrågas.	↑
Svar molekylär patologi < 7 d från provtagning (SVF)	Ca 21d	80 %	2021	Ca 21 dagar. NGS-analyserna på Nus körs endast en gång/vecka. Labora-toriet på Nus analyserar prover från RV och RJH. RN har upphandlat ett externt lab för dessa analyser och RVN valt ett 2-stegsförfarande där enbart de molekylärpatologiska förändringar som i dag är obligatoriska utförs på patologlab i Sundsvall. Om dessa är negativa skickas prov till Nus för NGS. I nuläget har Nus inte resurser att köra NGS oftare än 1 gång/v. Om provvolymerna ökade genom att fler prov skickades till Nus skulle en resursförstärkning behövas på Nus för att kunna köra analyserna	↔

				oftare än 1 gång/v, men svarstiderna för NGS skulle kortas. En samman-hållen molekylärpatologi för hela regionen skulle ge kortare svarstider och högre kvalitet för hela sjukvårdsregionen på sikt.	
Ledtid från remiss (VGM) till start av behandling <44d	Se tabell 3 i underlaget	80 %	2021	RV 62 d, RN 55 d, RJH 53 d, RVN 66 d (median). Ledtiderna är längre jämfört med 2017, främst p.g.a. lungläkarbrist i hela sjukvårdsregionen. För första halvåret 2019 är tiderna ytterligare försäm-rade främst i RVN och RV. Avancerad bronkoskopi/EBUS utförs idag endast vid Nus. En högre efterfrågan leder till undanträngning av rutin-undersökningar i RV med längre ledtider som följd.	↓
MDK vid diagnos	2016 vs 2017: RN 67–86% VLL 84–87% RJH 39–42% RVN 39–42%	95 %	2019	Rutinen är att alla nydiagnosticerade patienter ska diskuteras på MDK för behandlingsrekommendation. Detta är väl inarbetat och välfungerande.	↑
Väntetid från MDK till op. <14 dagar	Ca 21 dagar	80 %	2021	21 dagar. Lägre än målnivån, till viss del p.g.a. lungläkarbrist då det även är väntetider till läkarbesök för diagnosbesked.	↔
Namngiven kontakt-sjuksköterska senast vid diagnos	Finns på Nus, Sunder-byn, Östersund och Sundsvall	100 %	2019	100%. Välfungerande i hela regionen.	↑
Etablerande av reha-biliteringsteam/ strukturerade planer	Icke-existerande i regionen	-	2021	Läget är oförändrat jämfört med 2018.	↔
Mammografiscreening, bilaga 2 N i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Nationella under-sökningskoder införda	Införda i RVN och RJH	Införda i hela regionen	2019–06	Processledare saknas, uppföljning därmed ej gjord	
Regionen ansluten till nationellt kvali-tetsregister för mammografi-screening	Pågående pilotprojekt avvaktas. Förberedelsearbetet bör dock starta	Samtliga landsting an-slutna, data levereras kontinuerligt och prospektivt från RIS till INCA	2019–12	Nationellt pilotprojekt har försenats. Nationellt kvalitetsregister blir tillgängligt för anslutning 2020.	
Fullständig rappor-tering av alla variab-ler i kvalitets-registret	Omfattning av registrering i RIS systemen varierar mellan landsting	Samtliga landsting registrerar alla efter-frågade variabler i	2020–12	Processledare saknas, uppföljning därmed ej gjord	

		RIS och Sectra har anpassat överföringen			
Indikatorer som rapporteras på INCA används i kvalitetsarbetet	Sker inte	Alla regionens screeningenheter följer upp sina data via on-line rapportering på INCA	2020–06	Processledare saknas, uppföljning därmed ej gjord	
Systematisk efter-granskning av egna cancerfall	Görs i viss utsträckning	Rutiner upprättade, samtliga cancerfall som screenats på egen enhet, screeningupp-täckta och intervall-cancer genomgås	2020–06	Processledare saknas, uppföljning därmed ej gjord	
Neuroendokrina tumörer, bilaga 2 O i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Kontaktsjuksköterska på varje enhet	Kontaktsjuksköterska finns på de flesta enheter, men säkra uppgifter saknas	80 % av alla patienter ska ha namngiven kontaktsjuksköterska	2021	Kssk finns vid alla enheter. Kommande uppföljning via kvalitetsregistret, som startat 2019	↑
MDK-NET genomförd samtliga regioner	Hög andel patienter diskuteras på MDK, men säkra uppgifter saknas	80 % av alla behandlingsbeslut på MDK	2021	Kommande uppföljning via kvalitetsregistret, som startat 2019	
God täckning i kvalitetsregistret (KR)	Kvalitetsregistret ännu inte i gång (2018)	80 % av alla patienter ska registreras i KR	2021	Nystartat kvalitetsregistret, täckningsgrad för norra regionen f.n. 65%.	↑
Alla enheter med patienter kopplar upp sig till MDK via videolänk	Saknas bland annat medicinsk kompetens på vissa orter	Alla enheter uppkopplade och tar del av MDK	2021	Alla regioner deltar nu i sjukvårdsregional MDK-NET.	↑
Njurcancer, bilaga 2 P i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Samtliga lokaliserade njurtumörer diskuteras på MDK	Ca 50 %	95 %	2020-01-01	2018 47%. Huvudmålet för 2019–2020 är att införa en strukturerad regionövergripande MDK för njurcancerpatienter, arbete påbörjas nu.	↔

Lokalt avancerade/ metastaserade njur-cancrar på MDK	Ca 85 %	98 %	2020-01-01	Se ovan.	
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	40 %	80 %	2020-12-31	42% 2018.	↑
Rehabiliterings-projekt i hela regionen	0 %	Alla landsting/ regio-ner har utarbetat struktur för rehabili-teringsprojekt för njurcancerpatienterna	2020-01-01	66% av patienterna erbjuds kssk, förbättrad tillgång till kssk är en grund för bl.a. förbättrad cancerrehabilitering.	↔
Skriftlig vårdplan för njurcancer	15 %	40 %	2020-01-01	23%. Planering startas för att utveckla en regionövergripande vårdplan/ rutin för att förbättra användandet	↑
Roterande kompe-tenshöjande samar-bete i regionen för läkare (schemalagda rotationer till Nus)	0 %	Alla specialister/ nästan färdiga specialister har möjlighet att delta i rotationen	2021-01-01	Oförändrat	↔
Palliation, bilaga 2 Q i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Totala antalet avlidna palliativa pat. registreras i Sv. palliativregistret	RJH 73 % VLL 75 % RN 55 % RVN 50 %	Samtliga landsting/ regioner 80 %	2021	Data ur svenska palliativregistrets årsrapport 2018: RJH 64%, RV 62%, RVN 50%, RN 55% (riket 61%)	↓
Brytpunktsamtal för cancerpatienter som kan medverka	RJH 80 % VLL 79 % RN 69 % RVN 85 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %	2021	I genomsnitt 70%, högst i RV och RJH. Försämring i samtliga regioner.	↓
Anv. validerat smärtskattnings-instrument till cancer pat.	RJH 52 % VLL 60 % RN 42 % RVN 54 %	Samtliga landsting/ regioner 70 %	2021	Försämring i samtliga regioner, från 36% i RN till 57% i RV.	↓
Dokumenterad ordi-nation för v.b. i.v. ångestmedicinering	RJH 96 % VLL 95 % RN 95 % RVN 98 %	Samtliga landsting/ regioner 98 %	2021	93%. Försämring i samtliga regioner från 2017 då målet nåddes.	↓

Bedömd munhälsa	RJH 72 % VLL 71 % RN 71 % RVN 75 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %	2021	56% (RJH 59%, RV 60%, RN 51%, RVN 55%). Kraftig försämring i samtliga regioner.	↓
Ordination av stark opiod i injektions-form	RJH 97 % VLL 98 % RN 97 % RVN 97 %	Samtliga regioner 95 %	Målet fort-satt uppfyllt 2021	95%. Alla utom RN (93%) når målet 2018.	↓
Minska andel ”vet ej” ang. senast ut-talade önskemål om dödsplats	Frågan har modifierats och andel går inte att bedöma	Samtliga landsting/ regioner <15 %	2021	Målet är ändrat till ”önskemål om dödsplats är känt” och därmed eftersträvas ett högt värde. Genomsnitt 30% i sjukvårdsregionen innebär att det finns en osäkerhet kring önskemålet hos 70 % av de registrerade patienterna. RJH 30%, RV 24%, RN 40%, RVN 30%	↑
Patologi, bilaga 2 R i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Följsamhet till led-tider 100 % med god kvalitet. Rätt svar i rätt tid	Dålig balans mellan behov - kapacitet, variationer i svarstider Samsyn om standard och kvalitet för produktionen saknas delvis. Pågående införande-projekt som hunnit olika långt i regionen. Finns frågetecken om lagring, kommunice-ring, IT, tekniska lösningar och scanner-kapacitet	20 % av patologerna är validerade för diagnostik av digitala bilder. 20 % av all diagnostik sker digitalt. 100 % av patologerna är validerade för diagnostik av digitala bilder. Regionalt/ nationellt digitalt samarbete i kompetensnätverk, INERA Leverera ledtider till SKL	Q4 2019 Q4 2020 Q4 2021 Q2 2019 Q2 2019	Fortlöpande avstämning i regional arbetsgrupp, samt egen uppföljning inom verksamheten	
Kompetensförsörj-ning som möjliggör målet att hålla led-tiderna.	Bemanningsmål behö-ver ses över på samt-liga orter för alla yrkeskategorier och för både cytologi- och histopatologi med	Leverera rätt ledtider 100 %, erbjuda VFU/ utbildnings- och fortbildningsplatser	Q4 2021 Fort-löpande	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/ medicinsk ansvarig	

	tanke på åldersstruktur och förändrade indikationer i diagnostiken. Regional ST-studierektor tillsatt	RAK, Rätt Använd Kompetens	Fortlöpande		
Standardiserade processer	Ökande behov av molekylärpatologiska analyser. Primärscreening för HPV inte infört, utmaningar för integrationer och organisation finns. Skillnader i metoder och arbetssätt i regionen	Tydlig nivåstrukturering Implementera primär screening för HPV Standardisera metoder och arbetssätt för samverkan	Fortlöpande Q4 2019 Q4 2021	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/ medicinsk ansvarig Ej infört men arbete för införande pågår, se uppföljning av livmoderhalscancerprevention.	
Etablerad regional samverkan	Produktions- och kapacitetsplanering ser olika ut på lokal och regional nivå Den goda regionsamverkan som påbörjats bör säkerställas. Regionala möten har startats	Utforma en produktions- och kapacitetsplanering norra regionen vs. lokalt Utveckla QlikView Utveckla metoder för gränsöverskridande arbete. Mötesplatser för varje yrkeskategori	Q4 2019 Fortlöpande Fortlöpande Q4 2020	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/ medicinsk ansvarig	
Peniscancer, bilaga 2 S i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Täckningsgrad för primärregistrering	50 %	95 %	2019-07-01	91% för 2018	↑
Regional kontaktsjuksköterska, Kirurgcentrum, Nus	0 %	100 %	2020-01-01	Oförändrat, saknas fortfarande.	↔
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt i norra sjukvårdsregionen	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2019-12-31	2018: 71 % registrerade enligt SVF varav 20% inom definierad ledtid i norra sjukvårdsregionen.	

Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt i hela regionen för tidigare/ nya patienter	0 %	>90 %	2019-12-31	Ej uppfyllt.	↔
Prevention, tidig upptäckt och vägen in, bilaga 2 T i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Allmän screening för tjock- och ändtarmscancer påbörjas i hela regionen nästa år i linje med SoS rekommendationer	Resurstillgång behöver förbättras för att nå den kapacitet som krävs för allmän screening, regionerna har kommit olika långt	Att införa tarmcancerscreening i hela regionen. På sikt ska alla kvinnor och män i åldern 60–74 år inbjudas	Påbörjad screening 2019 (minst de som under året fyller 60 år). Så snart som möjligt för hela åldersintervallet	Förberedelser pågår för screeningstart i regionerna under 2020. Samtliga regioner i norr planerar ansluta sig till kallelsekansliet vid RCC Sthlm-Gotland, utredning av juridiska förutsättningar för det pågår.	↑
Att landstingen ska arbeta för att införa teledermatoskopi i primärvården i hela norra sjukvårdsregionen	VLL har goda erfarenheter. I landet (prioriterat område) finns flera exempel: bättre bedömningar, färre onödiga excisioner och fler *insitu* melanom upptäckta. Teledermatoskopi diskuterat i work-shops nationellt med samlad expertis. Rapport över behov och krav för teledermatoskopi i PV kommer snart	Att införa teledermatoskopi på alla vårdcentraler i alla regioner enligt nationellt föreslagen metod	Att under 2019 arbeta med förberedelser för att införa i form av utbildning på vårdcentralerna och inköp av material	RN har beslutat införa teledermatoskopi i PV och planerar utbildning för samtliga distriktsläkare. Pilotprojekt pågår på en hälsocentral (HC) i RVN. RJH planerar införande i PV. Etablerat i RV vid samtliga HC. Några HC använder mobil app för diagnostik av suspekta hudförändringar.	↑
Sjuksköterskor med specifik cancerkompetens (sjukdom, komplikationer,	Saknas generellt i primärvården. Fristående kurs på distans finns vid	Några distriktssjuksköterskor utbildas för att kunna möta framtida behov.	2021	Några adekvata kurser vid institutionen för Omvårdnad UmU har identifierats.	↑

rehabilitering, prevention) i primärvården, för att möta det växande behovet av stöd	Umeå universitet, som kan nyttjas för att öka kompetensen hos sjuksköterskor i PV	Samtliga landsting/ regioner arbetar för att inrätta denna funktion			
Att 70 % av nya fall med cancerdiagnos ska utreddas via SVF	Primärvården är ofta ingången till utredning (för ca 70 %)	Se mål	2020	Nås för många men inte alla SVF, stor skillnad mellan regionerna i sjukvårdsregionen. Genomsnitt första halvåret 2019: RVN 85%, RV 67%, RJH 58%, RN 36% (riket 75%)	↑
80 % av de som utreds via SVF går igenom dessa inom de bestämda tiderna	Nuläge osäkert, ett beräkningsunderlag är under framtagande nationellt	Se mål	2020	Nås för ett fåtal SVF, såväl sjukvårdsregionalt som i riket, de flesta ligger långt under målet. Genomsnitt första halvåret 2019: RVN 48%, RV 44%, RJH 36%, RN 61% (riket 43%)	
Att bland patienter som genomgår SVF öka andelen som får info om att de utreds för misstänkt cancer	I nuläget är det enligt SVF-PREM-enkäten 80 % som får information	95 % ska få information om utredningen	2020	84% i sjukvårdsregionen första halvåret 2019 enligt SVF-PREM-enkät	↑
Att större andel av personalen frågar patienter om rökning	Pilotprojekt vid cancercentrum Nus i samarbete med Folkhälsoenheten och RCC med särskild fokus på rökning. Exakta siffror på hur många patienter, som tillfrågas om rökning saknas. Personal frågar inte alltid beroende på brist på kunskap, klara riktlinjer och stöd	Att minst 80 % av personalen på enheten för strålbehandling, cancercentrum Nus ställer frågan om rökning och hjälper patienten att få stöd för ett rökstopp i samband med behandlingen	Årligen	Projektet pågår fortfarande och en sista uppföljning med personalgruppen ska ske vid årsskiftet 2019/2020. I nuläget rapporterar de flesta i personalgruppen att projektet har hjälpt dem att känna sig tryggare i att ställa frågan om rökning till patienter. Informationsmaterial har utvecklats och delas ut vid kliniken till patienter. Två enkätmättningar (före och efter) för utvärdering av personalens åsikter ska sammanställas Även antal remisser som skickats från enheten till TPM (tobakspreventiva mottagningen) kommer att sammanställas, men verksamheten för TPM har skurits ner under 2019. Uppföljande samtal med både ledning och personal är inplanerade.	↑
Att öka andelen dagligrökare som besökt primärvården som erhåller tobakspreventiv åtgärd	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 30 % (1331) RN: 30 % (1725) RVN: 70 %, (5891) RJH: Data saknas	Att minst 80 % av de identifierade dagligrökande patienterna i primärvården ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor, data saknas ännu	

Att öka andelen personer med riskbruk som besökt primärvården och erhåller åtgärd för att minska eller sluta med alkoholkonsumtion	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 51 % (311); RN: Okänd andel p.g.a. att färre rapporterats än som fått åtgärd (718) RVN: 85 % (611) RJH: data saknas	Att minst 80 % av identifierade personer med riskbruk av alkohol ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor, data saknas ännu	
Att öka andel personer med otillräcklig fysisk aktivitet som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder för att öka fysisk aktivitet	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 67 % (3824) RN: 41 % (6375) RVN: 49 % (9 845) RJH: Data saknas	Att minst 80 % av identifierade personer med otillräcklig fysisk aktivitet ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor, data saknas ännu	
Att öka andelen personer med ohälsosamma matvanor som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: Okänd procent, för få personer har dokumenterats, endast 529 personer (3282) RN: 89 % (6375), men troligtvis högre andel RVN: 70 % (8323) RJH: Data saknas.	Att minst 80 % av identifierade personer med ohälsosamma matvanor ska erhålla åtgärd för att främja hälsosamma matvanor	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor, data saknas ännu	
Att alla småbarnsföräldrar i norra sjukvårdsregionen, som besöker BVC får en likvärdig information om sunda solvanor	Ett tvåårigt projekt, *Sunda solvanor*, genomfördes i alla landsting under 2015–2016 med positivt utfall, men har inte	Att information på BVC om sunda solvanor införts i ordinarie verksamhet i alla landsting	2021	Projektet *Sunda solvanor* utvärderades positivt i alla regioner. Efter projektet överlämnades allt material (godkänt av 1177) till regionerna. Tillgängliga informativa kylskåpsmagneter använde så länge lagret räckte men detta arbetssätt att informera på BVC om sunda solvanor har därefter inte införts i ordinarie verksamhet. Ett möte med BHV-företrädare från alla fyra regionerna är inplanerat i december, med syfte att identifiera möjligheter för fortsatt arbete med denna fråga.	↔

	införlivats i daglig verksamhet				
Prostatacancer, bilaga 2 U i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Högriskpatienter op. <28 dagar från op. anmälan	VLL 30 %, RN op. inga, RJH har inte rapporterat, RVN för få fall	80 % av pat. med högrisk opereras inom 28 d från op. anm.	2021	2018: Norra regionen 39 %. RVN ej registrerat; RJH ej registrerat; RN op i RV; RV 17%; utomläns 83%. Norra regionen ligger långt under målnivån. Detta är högt prioriterat och flera åtgärder har vidtagits för att förbättra tiderna inför 2019 års slutgiltiga resultat. RV har infört extra operationsdagar. MDK-processen för RN:s patienter som op i RV har snabbats upp. RVN och RJH har haft problem med resurser för registrering av operationsformulär men problemen har uppmärksammats 2019.	↑
Registrering i e-PROM	E-PROM sjösätts 2018	70 % av alla pat. registreras komplett i e-PROM	2021	2019 Norra regionen: 63 % besvarat 3-månadersenkät. 3 % ej fått enkäten. RVN 68 % för strålade, ej delat ut enkäten för opererade efter 3 mån pga bristande registrering; RJH ej delat ut enkäten för opererade, strålade ingår i RVN. RV: 62 %; RN: ingår i RV. Detta är första året parametern mäts och siffrorna ser bra ut för de patienter som fått enkäten utdelad. För de som opereras i RJH och RVN har operationsformuläret inte ifyllts i tid vilket innebär att patienterna ej fått enkäten. För automatisk enkätutdelning efter 3 mån krävs att operationsformuläret har registrerats. Ett förbättringsområde för 2020.	↑
Förbättrad rehabilitering	Rutiner finns på enstaka sjukhus	Fastställda kontaktvägar till rehabilitering på alla sjukhus som följer upp patienter	2021	RVN, RJH, RN och RV har fastställda kontaktvägar för rehabiliteringskompetens enligt muntlig rapport från lokala processledare. Viktigt att kssk får möjlighet att fortsätta arbeta med förbättrad struktur för rehabilitering med bl.a. kända kompetenser inom t.ex. smärtbehandling och sjukgymnastik.	↑
Förbättrad rapportering till NPCR	33 % i norra regionen. VLL 39 %, RN 13 %, RJH 26 %, RVN 46 %	50 % av diagnostikformulär rapporteras till NPCR <30 d från prostata-biopsi	2021	2018 Norra regionen 30%; RVN 42%; RJH 25%; RV 38%; RN 8% En oförändrad nivå ses sedan 2017. Nivån är starkt kopplad till PAD-svarstid och tillgång på inrapportörer. Dialog förs med patologin om kortade svarstider, men det är svårt utan visst resurstillskott.	↔
Snabbare besked om PAD till patienterna	9 % i norra regionen. VLL 9 %, RN 14 %, RJH 8 %, RVN 6 %	30 % av PAD besked <11 d efter prostata-biopsi	2021	2018 Norra regionen: 11%; RVN 28%; RJH 2%; RV 3%: RN 11%. Ur ett medicinskt perspektiv är detta endast av vikt för högriskpatienter men tyvärr saknas differentierad statistik. RVN:s lovande siffror beror på mycket korta PAD-svarstider (ca 5 dagar) samt ett system där kssk bevakar alla PAD-svar för att undvika doctors-delay.	↑
Kontaktsjuksköterska till flera patienter	86 % i norra regionen.	95 % av pat. tilldelas kontaktsjuksköterska	2021	2018 Norra regionen: 82%; RVN 84%; RJH 99%; RV 85%; RN: 75%. Vissa enheter har inga kssk utan arbetsuppgifterna görs inom ramen för	↔

	VLL 90 %, RN 75 %, RJH 93 %, RVN 83 %			ordinarie mottagningsarbete, vilket försvårar möjligheten att hinna med kontakt med alla patienter vid diagnos.	
Större andel av högrisk pat. diskuteras på MDK	66 % i norra regionen. VLL 68 %, RN 64 %, RJH 51 %, RVN 76 %	80 % av pat. med högrisk diskuteras på MDK	2021	2018 Norra regionen 72%; RVN 92%; RJH 42%; RV 72%; RN 74%. Sifforna har kontinuerligt förbättrats de senaste åren. Vissa länsdelssjukhus och länssjukhus släpar efter pga. skiftande lokala traditioner. Med ökade behandlingsmöjligheter är det viktigt att dessa patienter tas upp för diskussion.	↑
Sarkom, bilaga 2 V i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Förbättrad patologi	BMA 0, ST block 0	Sarkompatologi: BMA för sarkom, ST block med inriktning sarkompatologi	2020	Ej uppföljt	
Tillgång kontaktsjuksköterska	Finns i RJH, RVN och på Nus	Kontaktsjuksköterska vid varje länssjukhus samt på Nus	2020	Finns i RJH, RVN och RV (på ortoped- och onkologklinik), men saknas fortfarande i RN.	↔
Öka täckningsgrad i kvalitetsregister	Kvalitetsregistret betydligt lägre täckningsgrad	Täckningsgrad i kvalitetsregister (registrering och behandling, 80 % aktuellt år, 95 % föregående år)	2019	Täckningsgraden är nu 97% 2017 och 88% 2018	↑
Förbättrad utbildning	Två utbildningar har genomförts	SK-utbildning i sarkom (inkl. buksarkom) vart 3:e år och program för kontaktsjuksköterskor	2019	Utbildning planeras 2021	↔
Förbättrad rehabilitering	95 % av patienterna i slutenvården (SV) erbjuds sjukgymnast och arbetsterapeutkontakt	En strukturell, dokumenterad cancerrehabiliteringsplan upprättas för 95 % av SV patienter	2020	95 % av patienterna i slutenvården vid Cancercentrum Nus erbjuds sjukgymnast och arbetsterapeutkontakt. Ett påbörjat arbete på Cancercentrums mottagning och slutenvård (Nus) medför en god chans att uppnå målet med cancerrehab-plan. Alla cancerbehandlade på ortopedkliniken Nus får fysioterapi. Alla sarkombarn får fysioterapi både under cytostatikabehandling och i anslutning till ortopedisk behandling	↑
Förbättrad bemanning	Överläkare 1,5 ST läkare 0	Tumörortopedi: två överläkare och en ST läkare	2019	Målet ej uppnått men klinikens intention är att under detta år utannonsera en överläkartjänst ytterligare och dessutom rekrytera specialistläkare.	↔

Följa SVF	10 % följer SVF	70 % av pat. med sarkom följer SVF och för 80 % hålls ledtiderna	2020	Norra sjukvårdsregionen perioden 180501–19043: 58% utredda enligt SVF och för 60% hålls ledtiderna.	↑
Sköldkörtelcancer, bilaga 2 W i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
”Knölar” i sköldkörteln utreds primärt vid radiologisk enhet	Inte genomfört	Genomfört i hela regionen	2020	Task-shifting i primärdiagnostik av sköldkörtelknölar från endokrinkirurg till radiolog (ultraljud+cytologi) med svar till inremitterande (oftast PV) som håller i primärutredningen och remitterar till kirurg enligt överenskommen algoritm, för att selektera rätt patienter till kirurgisk bedömning och kunna korta ledtider. Infört i RV och börjat implementeras i RN.	↑
90 % patienter med känd sköldkörtelcancer ska inleda behandling (i regel operation) <4 v från behandlingsbeslut	Uppnått 2016	Bibehålla nivån	2019–2021	2018 Norra regionen i genomsnitt 50% (20%-75%), mediantid ligger 9 dagar ifrån målet. Det medför ingen medicinsk risk men lägre uppfyllelse av SVF-ledtider.	↓
75 % av icke follikulär sköldkörtel cancer >10 mm (>=T1b) ska ha preoperativ cytologisk diagnos	Uppnått 2016; 65 %	75 %	2021	2018 63% (näst bäst i landet)	↔
90 % behandlingsbeslut för sköldkörtelcancer ska tas på MDK	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivån	2019–2021	95%. Välfungerande sjukvårdsregional video-MDK.	↑
90 % av pat. (>=T1b) ska ha namngiven kssk på enheten	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivån	2019–2021	96%	↑
Alla enheter som op. sköldkörtelcancer i regionen skall kunna erbjuda	Varierar inom regionen	Se mål	2019–2021	Tillgång till kuratorer och logopeder finns på samtliga centra som handlägger sköldkörtelcancer.	↑

logoped- resp. kuratorskontakt					
Testikelcancer, bilaga 2 X i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Täckningsgrad för primär registrering	88 %	95 %	2019-07-01	97%	↑
Andel spermiened-frysningar som skett före orchiektomi	25 %	>60 %	2019-12-31	45%. Problem med långa avstånd och logistik, vore bra om det gick att utföra på fyra platser i sjukvårdsregionen.	↑
Andel intermediär/ dålig prognosgrupp behandlas onkologiskt på onkologklinik	Okänt	>90 %	2019-12-31	Data saknas men bedöms vara 100%, alla patienter remitteras till onkologklinik.	↑
Sexualmedicinska rehabiliterings- projekt organiseras i hela regionen för nya patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2019-12-31	Oförändrat	
Ökad andel som genomgår kontralateral biopsering i samband med orchiectomi	60 %	>90 %	2019-12-31	68%	↑
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tids-intervallen	2020-12-31	SVF-data för perioden 20180501–20190430: 29% utredda enl. SVF och 29 % inom tidsintervallen i norra sjukvårdsregionen.	
Urotelial cancer, bilaga 2 Y i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	**Utv.**
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	54 %	95 %	2020-01-01	50%, urologbrist orsak till att målet ej nås.	↔
Pat. med muskel-invasiv urinblåse-	80 %	85 %	2020-01-01	80% enligt intern utvärdering (högst i landet)	↑

cancer erhåller neo-adjuvant kemoterapi					
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)		70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-01-01	SVF-data för perioden 20180501–20190430: 34 % utredda enl. SVF och 11 % inom tidsintervallen i sjukvårdsregionen.	
Sexualmedicinska rehabiliteringspro-jekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2021-01-01	Oförändrat	↔
Centralisering av nefroureterektomier-na i regionen till två team som opererar på tre sjukhus	4 opererande sjukhus med separata team	Två team samordnar sig på tre sjukhus	2021-01-01	Oförändrat	↔
En cystoskoperande sjuksköterska per länssjukhus i RN, RVN och RJH	F.n. 5 i regionen	Tre ytterligare cysto-scoperande sjuk-sköterskor	2020-01-01	Ännu ej uppfyllt men högprioriterat.	↔
Övre mag-tarmkanalens cancer, bilaga 2 Z i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	**Nuläge**	**Målnivåer**	**Måluppfyllelse**	**Uppföljning**	
Kontaktsjuksköters-ka med tydlig och rimlig arbets-beskrivning (cancer-rehabilitering)	Förstärkning behövs vid kir och onk, Nus, kir i S-vall, Sunder-byn, Ö-sund.	Kontaktsjuksköterske-funktion vid samtliga centra som handlägger dessa pat.	2019	Kssk finns vid samtliga centra, men funktionen är fortfarande underdimensionerad och många kssk har delad tjänst.	↔
Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som inte är läkare/sjuk-sköterska (task-shifting)	RVN sekreterare, under införande i RN, i övriga läkare/ sjuk-sköterskor	Ingen inrapportering till kvalitetsregister ska skötas av vårdpersonal	2019	Ej uppföljt	
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	För 2017: 79,2% - 93,7%,	>95% täckningsgrad senaste året	2020	2018: Anmälningsformulär: 45-90%, uppföljningsformulär: 98-100%	↓

Remissbeslut vid välgrundad misstanke - start av behandling	För 2017: Kirurgi 23 % Läkemedel 22 % Strålning 63 % Palliativ 30 %	80 % av patienterna utreds inom ledtider för SVF	2020	SVF-data för perioden 20180501–20190430: lever 30%. Bukspottkörtel och galla/gallvägar 33% och matstrupe-magsäck 39% i norra sjukvårdsregionen.	
MDK - start av behandling	Resultat nationella kvalitetsregister presenteras i under-lagets text	80 % av patienterna utreds inom ledtider för SVF	2020	Bukspottkörtel 19%, matstrupe-magsäck 23%. Avspeglar vårdplatsbristen vid Nus.	
PAD-svar på operations-preparaten	För 2017: 32 dagar	Median 21 dagar	2021	Bukspottkörtel 32 dagar, matstrupe-magsäck 20 dagar. 49% når avsett resultat. Matstrupe-magsäckscancer innefattar även PAD-svar på mukosaresektioner (EMR), där svaret alltid begärs som snabbsvar, då EMR inte alltid är kurativt, utan kan vara att betrakta som diagnostik vid mer avancerad cancer som kräver operation.	↑