

Uppföljning av den sjukvårdsregionala cancerplanen 2019–2021.

Sammanfattning

Denna uppföljning är den andra av cancerplanen för norra sjukvårdsregionen för åren 2019–2021. Förutom en uppföljning av cancerplanen innefattar den även en uppföljning av nationellt och sjukvårdsregionalt beslutad eller rekommenderad nivåstrukturerad av åtgärder inom cancervården.

År 2020 har präglats av Coronapandemin, som har påverkat all vård. Baserat på medicinska behov har cancervården varit prioriterad och cancerpatienter har kunnat erbjudas adekvat vård trots den höga belastningen på vården. Operationer av cancerpatienter har genomförts och onkologisk behandling har generellt kunnat ges utan fördröjningar. I vissa fall har anpassningar av till exempel läkemedelsbehandlingar skett för att minska antalet besök på sjukhus, där det inte har bedömts påverka resultatet av behandlingen negativt. Vid många kliniker och för många diagnoser har digitala patientmöten införts, något som i hög utsträckning uppges ha fungerat bra.

Antalet patienter som har sökt vård under 2020 har påverkats av pandemin. Trots att både akut och planerad behandling av patienter med cancer har varit en prioriterad verksamhet under hela pandemin har även cancervården berörts. Antalet diagnostiserade cancerfall har minskat i landet som helhet och även i norra sjukvårdsregionen. Minskningen antas bero på att människor har sökt vård i mindre utsträckning. Några regioner pausade under en period screeningverksamhet helt eller delvis, vilket också kan ha bidragit till minskningen. Det kan heller inte uteslutas att vården av Covid-19-sjuka kan ha trängt undan vårdinsatser inriktade på diagnostik eller behandling av patienter med cancer, trots prioriteringen av cancervården. Det finns en påtaglig oro för att minskningen av upptäckta fall leder till försenade diagnoser, allvarligare sjukdomsfall och en ökad dödlighet i cancer. Mycket vård av andra sjukdomar än cancer har behövt skjutas upp under Coronapandemin. När denna uppskjutna vård ska tas igen finns en risk att bristande totala resurser i vården kan medföra att återbesök och uppföljning av cancerpatienter påverkas negativt.

Alla nyupptäckta cancertumörer ska enligt lag rapporteras av den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården och registreras i de regionala Cancerregistren. I Tabell 1 redovisas antalet patienter registrerade i norra sjukvårdsregionens Cancerregister under perioden januari-juni 2020 respektive hela 2020 jämfört med åren 2017–2019. Redovisningen baseras på det sjukhus som har gjort anmälningen. Då det sker en viss eftersläpning av anmälningarna till Cancerregistret kommer ytterligare patienter att tillkomma för de sista månaderna 2020, men det är osannolikt att antalet nydiagnostiserade cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen kommer att nå motsvarande nivå 2020 som under de tre närmast föregående åren.

Tabell 1 a. Antal registrerade patienter i norra sjukvårdsregionens Cancerregister under perioden januari-juni år 2017–2020, datauttag 2021-03-01.

År (jan-juni)	Jämtland	Norrbottnen	Västerbotten	Västernorrland	Totalsumma
2017	636	979	1626	1122	4363
2018	671	1020	1494	1012	4197
2019	639	990	1426	1065	4120
2020	571	944	1408	959	3882

Tabell 1 b. Antal registrerade patienter i norra sjukvårdsregionens Cancerregister under hela år 2017–2020, datauttag 2021-03-01.

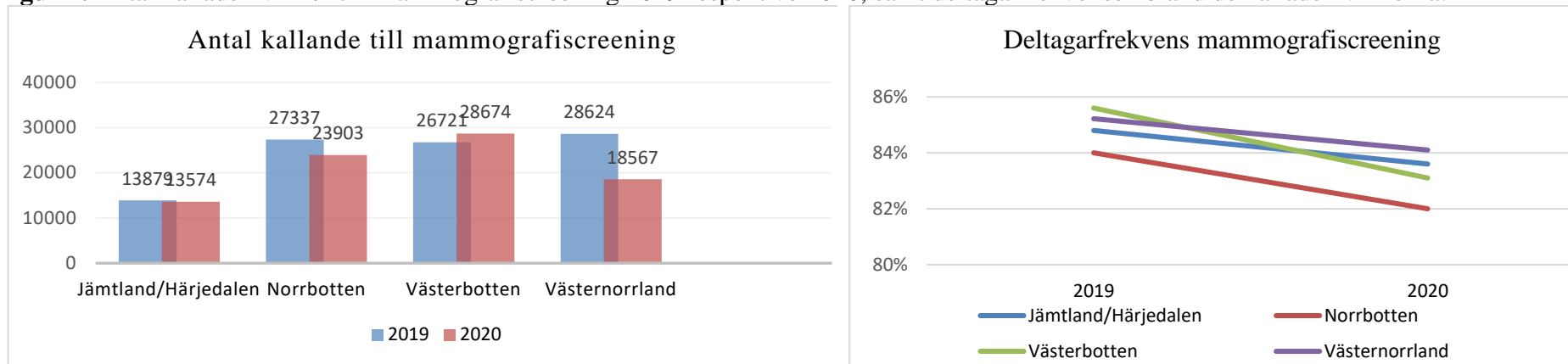
År (helår)	Jämtland	Norrbottnen	Västerbotten	Västernorrland	Totalsumma
2017	1206	1798	2973	2040	8017
2018	1248	1898	2895	2038	8079
2019	1282	1919	2915	2075	8191
2020*	1092	1782	2554	1849	7277

*Data är inte helt komplett för 2020, ytterligare registreringar kommer att inkomma.

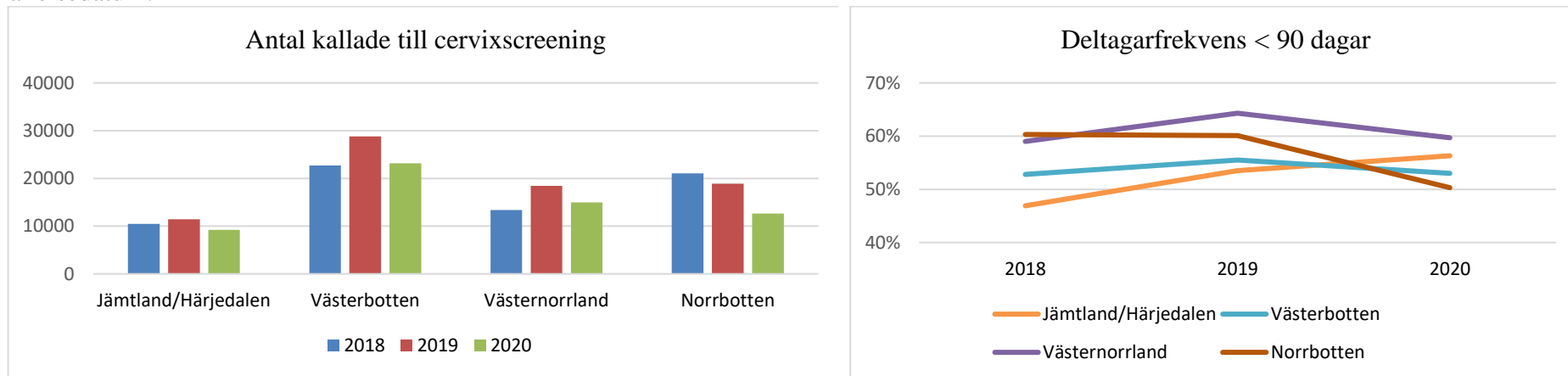
För några av de standardiserade vårdförloppen (SVF) gjordes tillfälliga nationella eller sjukvårdsregionala anpassningar av behandlingsrekommendationer till följd av Coronapandemin. För prostatacancer gjordes en rutinförändring som innebar att både diagnostik av prostatacancer hos symtomfria män och utredning av lätt PSA-förhöjning sköts upp med sex månader. Risken för smittspridning bedömdes högre än den eventuella nyttan med att upptäcka en prostatacancer i tidigt skede. Förändringen kan sannolikt ha bidragit till att antalet diagnostiserade prostatacancerfall under 2020 har minskat med cirka 20 procent, både nationellt och i norra sjukvårdsregionen.

Mammografiscreeningen pausades under våren tillfälligt i Norrbotten och i Västernorrland under olika perioder. Andelen kallade kvinnor som kom till screeningen påverkades i viss utsträckning både för mammografi och livmoderhalscancerscreening. I Figur 1 redovisas antal kallade kvinnor till mammografiscreening 2019 respektive 2020, samt deltagarfrekvensen bland de kallade kvinnorna. I Figur 2 redovisas motsvarande data för livmoderhalscancerscreening för åren 2018–2020.

Figur 1. Antal kallade kvinnor till mammografiscreening 2019 respektive 2020, samt deltagarfrekvensen bland de kallade kvinnorna.



Figur 2. Antal kallade kvinnor till livmoderhalscreening 2018–2020, samt deltagarfrekvensen bland de kallade kvinnorna inom tre månader från kallelsedatum.



Kommentar till Figur 2: I maj 2018 höjdes övre åldersgränsen för livmoderhalscancerscreening från 64 till 68 år i alla regioner utom Norrbotten, vilket medförde att kvinnor i åldern 65-67 år som inte screenats på länge behövde kallas 2019. År 2020 behövde inte ett lika stort antal kvinnor i dessa åldersgrupper kallas, vilket delvis förklarar det lägre antalet kallade kvinnor 2020. I data ingår alla kallelser, även omkallelser till de som uteblivit tidigare år, vilket ger lägre deltagarsiffror än om endast ”ny-kallelser” inräknas. Under 2020 pausade Västernorrland screeningen en kort period (maj månad). Norrbotten kunde inte kalla alla kvinnor våren 2020 på grund av sjukfrånvaro eller omplacering av personal, vilket medförde en screeningskuld motsvarande cirka 6 000 kvinnor.

Trots pandemin visar uppföljningen en fortsatt positiv utveckling av cancervården inom flera områden. Ledtidsmål nås dock i liten utsträckning. Det gäller både ledtider inom standardiserade vårdförlopp (SVF) och andra ledtider som bedömts viktiga inom de olika processerna. Brist på kompetens och andra resurser som operations- och vårdplatsresurser försvårar att nå målen. För diagnoser där kirurgiska åtgärder är centraliserade till regionsjukhuset är operations- och vårdplatsituationen på Norrlands universitetssjukhus (Nus) särskilt kritisk.

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. Generellt beskrivs införandet av SVF som positivt. Regeringens mål för satsningen är att 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. Måluppfyllelsen för norra sjukvårdsregionen samt riket som helhet redovisas i Tabell 2 för åren 2019 och 2020.

Tabell 2. Andel nya cancerfall inom aktuella diagnoser som utreddes via ett SVF och andelen av dessa patienter som gick igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser, för åren 2019 respektive 2020.

Region	Uppnådd inklusion i SVF (mål 70 %)		Uppnådd ledtid i SVF (mål 80 %)	
	2019	2020	2019	2020
Norrbottnen	51 %	48 %	61 %*	63 %*
Västerbotten	73 %	77 %	43 %	47 %
Jämtland Härjedalen	62 %	62 %	38 %	40 %
Västernorrland	83 %	73 %	50 %	60 %
Riket	76 %	71 %	44 %	51 %

*Ledtidsdata för Norrbotten är osäkra på grund av låg inklusion, där Norrbotten ligger lägst i landet.

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 SKR. 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. 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. Kvalitetssäkringsarbete för att få till stånd en enhetlig registrering med robusta data har fortsatt under 2020, både nationellt och sjukvårdsregionalt, men fortfarande återstår arbete för att säkra tillförlitliga data och för att kunna jämföra väntetider mellan regioner.

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. När MDK fortfarande saknas, som för njurcancer, försvårar det förutsättningarna för en jämlik vård i sjukvårdsregionen. 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. Kontaktsjuksköterskan har enligt både patienter och vårdprofessionerna en central roll, både för stöd och trygghet för patienter och närstående och för att vårdens processer ska fungera väl. Fortfarande finns skillnader gällande kontaktsjuksköterskornas uppdrag, arbetsuppgifter och utbildning vid olika kliniker i sjukvårdsregionen. Införandet av *Min vårdplan*, en skriftlig individuell vårdplan som upprättas och uppdateras i samarbete mellan patienten och kontaktsjuksköterskan, har fortsatt. Nationellt har en digital *Min vårdplan via 1177 Vårdguiden* utarbetats med generiska texter, som nu successivt kompletteras med diagnosspecifikt innehåll för allt fler diagnoser. Ett införande av den digitala *Min vårdplan* har påbörjats inom några diagnoser och inriktningsbeslut om införande har fattats i flera av sjukvårdsregionens regioner. Dessa vårdplaner har även en viktig roll för att patienterna ska erbjudas cancerrehabilitering utifrån individuella behov. Implementering av systematisk bedömning av patienters individuella rehabiliteringsbehov pågår inom några processer och kliniker. Flera kvalitetsparametrar relaterade till vård och behandling har förbättrats.

Screeningprogram för tidig upptäckt av cancer eller förstadium till cancer finns sedan länge för bröst- och livmoderhalscancer. För livmoderhalscancer har Region Norrbotten (RN) och Region Västernorrland (RVN) under 2020 infört HPV-baserad primärscreening i enlighet med det nationella vårdprogrammet. Region Västerbotten (RV) och Region Jämtland Härjedalen (RJH) planerar att starta med HPV-baserad primärscreening i mars 2021. Det nationella kvalitetsregister för mammografiscreening, som utarbetats under flera år och som bygger på all data kan överföras automatiskt från röntgensystemet till registret utan manuell inmatning, är nu klart att tas i bruk. I samtliga regioner pågår arbete för att starta allmän screening av tjock- och ändtarmscancer. Samtliga regioner i sjukvårdsregionen planerar att ansluta sig till det kallelsekansli för tarmscancerscreening som finns etablerat vid RCC Stockholm Gotland. Juridiska oklarheter har fördröjt det, men har under hösten 2020 lösts i enlighet med bestämmelserna i riksavtalet för utomlänsvård. Upphandling av provtagningsutrustning och analyser pågår nu i Region Stockholm. Åtminstone Norrbotten beräknas kunna anslutas till kallelsekansliet under 2021. Socialstyrelsen sade under 2018 nej till allmän screening av prostatacancer, men uppmanar organiserad prostatacancer-testning. En sjukvårdsregiongemensam utredning om organiserad prostatacancer-testning i norra regionen har genomförts och planering pågår för att så snart som möjligt påbörja en organiserad prostatacancer-testning för en mindre grupp av män.

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. Ett annat kritiskt område med underdimensionerad bemanning är lungmedicin. Där sker en snabb utveckling av nya behandlingsmöjligheter mot lungcancer som kraftigt har förbättrat överlevnaden, men som samtidigt medfört mer komplexa och omfattande utredningar och behandlingar. 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. Den onkologiska kompetensen är fortfarande ojämnt fördelad i regionen, med onkologkliniker i Umeå och Sundvall), men inte i Norrbotten eller Jämtland Härjedalen. Både Norrbotten och Jämtland Härjedalen arbetar långsiktigt med utbildning av ST-läkare i onkologi, med planerad framtida placering i Sunderbyn respektive Östersund. Även inom den palliativa vården skiljer sig tillgången till specialiserad palliativ vård inom sjukvårdsregionen. Förbättringsarbete pågår för optimerat kompetensnyttjande inom många områden, med bland annat överföring av arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier för att frigöra tid för de yrkesgrupper som det råder störst brist på. Många sådana pågående projekt har dock pausats under Coronapandemin.

Sjukvårdsregionen har en stark cancerforskning inom flera områden, såväl prekliniskt som kliniskt. Forskarutbildning och forskning har en central roll för rekrytering och utveckling av den akademiska miljön, inte minst på läns- och länsdellsjukhusen. Kliniska forskningscentrum finns i alla regioner och forskningssjuksköterskor har en viktig roll för att patienter ska inkluderas i kliniska studier. Flera forskargrupper har under året fått betydande externa forskningsanslag. Coronapandemin har haft en negativ inverkan på cancerforskningen. Inklusionen till kliniska studier har försvårats, bland annat för att forskningssjuksköterskor prioriterats till annan verksamhet, och reserestriktioner har medfört svårigheter att monitorera studier.

I den kunskapsstyrningsorganisation som är under uppbyggnad både nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt utgör RCC i samverkan nationellt programområde (NPO) för cancer. Norra sjukvårdsregionen har ett vilande värdskap för NPO Cancer, som i nuläget har ett aktivt värdskap på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). En utredning kring när och hur värdskapet helt eller delvis kan överföras till norra sjukvårdsregionen har under hösten genomförts på uppdrag av den nationella styrgruppen för kunskapsstyrning (SKS). SKS kommer under våren 2021 att behandla värdskapsfrågan. 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.

Uppföljningen av nationellt och sjukvårdsregionalt beslutad eller rekommenderas nivåstrukturering av åtgärder inom cancervården visar att beslutade centraliseringar har genomförts i mycket hög utsträckning. I stort sett rapporteras en välfungerande vård efter genomförd nivåstrukturering. För några områden uttrycks en oro över minskad kompetens på sjukhus som inte längre utför aktuella åtgärder och en undanträngningseffekt avseende benign vård.

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. 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 distansöverbyggande 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.

Den årliga uppföljningen av cancerplanen brukar även innefatta en uppföljning av respektive regions lokala handlingsplan. Med den hårt ansträngda situationen inom regionerna på grund av den rådande Coronapandemin utgår de uppföljningarna under 2020. Denna uppföljningsrapport baseras på uppgifter från de sjukvårdsregionala processarbetsgrupperna och data från kvalitetsregister.

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

Tabell 3. Uppföljning av övergripande prioriterade områden, kommentarer från RCC Norrs sjukvårdsregionala processarbetsgrupper.

Prioriterat område 1: Alla cancerpatienter erbjuds kontaktsjuksköterska (KSSK)

Generella kommentarer: Processarbetsgrupperna är eniga om att kontaktsjuksköterskorna är helt centrala för välfungerande vårdprocesser. De skapar trygghet för patienterna, är en förutsättning för fungerande cancerrehabilitering och för att vårdprocesserna fungerar väl både inom och mellan kliniker. De allra flesta cancerpatienterna erbjuds idag en kontaktsjuksköterska, men det finns stora skillnader gällande kontaktsjuksköterskornas uppdrag, utbildning och tid att utföra sitt uppdrag. Att fortsätta satsa på kontaktsjuksköterskorna ses som en av de viktigaste åtgärderna för en fortsatt god cancervård i norra sjukvårdsregionen.

Barnonkologi: Vid Barncancercentrum vid Nus finns av Barncancerfonden finansierat 2 konsult-ssk, som i praktiken fungerar som KSSK men med mera utvidgat uppdrag. Detta är inarbetat och fungerar väl. Vid läns- och länsdelssjukhusen finns ssk som i en del av sina tjänster har ett specificerat ansvarsområde mot barnonkologi. Genom pågående barncancersatsning planeras deras ansvarsområde uppraderas till liknande KSSK. Konsult-ssk har varje månad videokonferens med barnonkologi-ansvariga ssk i sjukvårdsregionen.

Blodcancer: Namngivna KSSK med skriftligt uppdrag finns i Sunderbyn, Ö-vik och Sundsvall. I Umeå och Östersund finns ej namngivna KSSK utan alla har KSSK-uppdrag. På länsdelssjukhusen arbetar alla ssk på dagvården som KSSK. Många KSSK har många andra arbetsuppgifter och önskar ett mer renodlat uppdrag med mer tid.

Bröstcancer: Alla patienter som insjuknar i bröstcancer i norra sjukvårdsregionen får en namngiven kontaktsjuksköterska med ett tydligt definierat och skriftligt uppdrag.

CUP: Att ha en cancer utan att veta varifrån den utspringer innebär en extra psykologisk otrygghet och även en generellt dålig prognos. Det gör det extra viktigt att ha en trygg organisation runt sin vård och att CUP-patienterna prioriteras när det gäller att få en KSSK. Generell ssk-brist försvårar det.

Gyncancer: KSSK finns vid alla gynekologiska kliniker. Ett fungerande kontaktnätverk för kontaktsjuksköterskor finns.

Hudmelanom: KSSK/koordinatorer finns i alla regioner, men inte på alla enheter som är involverade i SVF.

Kolorektalcancer: KSSK finns i alla regioner.

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: Alla regioner har KSSK. Förutom i RN är måluppfyllelsen hög (97%). Problemen i Norrbotten har identifierats och ett arbete för att åtgärda situationen pågår.

Prostatacancer: Fortsatt en klart underdimensionerad KSSK-verksamhet om man exempelvis jämför med bröstcancer. 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: Alla sarkompatienter erbjuds en namngiven KSSK på Nus i samband med diagnos och behandling. Däremot saknas en lokal KSSK i patientens hemregion i RN samt för patienter i RJH och RVN som inte tillhör ortopedkliniken.

Sköldkörtelcancer: Norra sjukvårdsregionen är den enda sjukvårdsregion som uppfyller målet med >90% har namngiven KSSK vilket är föredömligt. Formella skriftliga arbetsbeskrivningar saknas dock alltså för KSSK på vissa enheter

Testikelcancer: 1 KSSK på Cancercentrum Nus och 1 informell KSSK utan uppdrag på urologen Nus.

Urotelial cancer: KSSK finns.

Övre GI-cancer: 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

Generella kommentarer: Ohälsosamma levnadsvanor och andra yttre faktorer tros ligga bakom ungefär en tredjedel av all cancer. Både befolkningsstrategier med åtgärder för att underlätta hälsosamma val och särskilda insatser för grupper med högre risk att utveckla cancer behövs för att förebygga insjuknande i cancer. För flera cancerformer har ärftlighet betydelse och vid identifierad ökad ärftlig risk finns möjliga preventiva åtgärder för flera diagnoser. Screening är viktigt för tidig upptäckt och sjukvårdsregionens screeningarbete behöver fortsatt utvecklas enligt nationella vårdprogram och följas upp i kvalitetsregister. Arbeten kring införande av allmän tarmcancerscreening och organiserad prostatacancer-testning pågår. Satsningar för att förbättra möjligheter att upptäcka cancer tidigt särskilt i primärvården behövs. Exempelvis bör teledermatoskopi implementeras bredare i sjukvårdsregionens primärvård.

Barnonkologi: Livsstilsfaktorer relaterade till ökad cancer risk tas upp vid 18 års-besöket vid överlämning till vuxenklolik och vid uppföljningsmottagningen för vuxna som behandlats för cancer som barn. Om det finns genetiska eller kliniska faktorer förknippade med ökad risk för tumörsjukdom görs screening enligt internationella vårdprogram. Inom GMS (Genomic Medicine Sweden) startas snart en studie där alla barn med cancerdiagnos på sikt ska erbjudas screening för predisponerande konstitutionell genetik (ChiCap-studien).

Bröstcancer: Tidig upptäckt med screening utförs enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Screeningen har i varierande grad påverkats av Corona-pandemin, se separat redovisning. Under 2020 har ett "Cancergenetiskt snabbspår" för molekyलगenetisk testning införts. Patienter som handläggs för bröstcancer och uppfyller vissa kriterier erbjuds snabbtest på klinikerna, där prov skickas till Lund för snabbt svar. Genom att innan operationen veta om det finns en ärftlig belastning kan "rätt kirurgi" utföras. Därefter remitteras patienten som visar sig bära på ärftlighet till Cancergenetisk mottagning för vidare släktutredning. Mottagning utreder familjer där misstanke om ärftliga former av bröstcancer finns och 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.

CUP: De riskfaktorer som gäller för CUP gäller för annan cancer såsom tobak och alkohol. Här sker det en satsning på sjukvårdsregional nivå som redan har gagnat denna grupp och på sikt kommer att gagna den ännu mer.

Gynecancer: Inom området gynekologisk cancer finns screeningprogram för cervixcancerprevention. Unga flickor och pojkar (med start 2020), erbjuds vaccination inom det nationella vaccinationsprogrammet mot HPV. Analys av epitelial ovarialcancer för BRCA-mutation i tumörvävnad detekterar både förvärvat och ärftlig form. Fler familjer med ärftlig risk för ovarial- och bröstcancer kan således bli aktuella för utredning, kontrollprogram och profylaktiska operationer.

Hudmelanom: Information om solvanor och självkontroll ges till samtliga patienter som remitteras till hudkliniker för genomgång av huden. Maligna melanom ökar och genom teledermatoskopi kan en melanomspecialist bedöma misstänkta förändringar på distans. Utbildning "Dermatoskopi i primärvården" har genomförts i alla regioner.

Kolorektalcancer: Screening för kolorektalcancer är på väg att införas nationellt, med gemensamt samordningskansli via RCC Stockholm-Gotland. För närvarande pågår en pilot i region Dalarna. Förhoppningsvis kan norra sjukvårdsregionen starta 2021. Detta kommer kräva utökade koloskopiresurser på en del håll.

Livmoderhalscancerprevention: Ett intensivt arbete pågår fortfarande i alla fyra regioner med att implementera alla delar i det nationella vårdprogrammet, med bl.a. övergång till primär HPV-screening ≥ 30 år. Alla regionerna deltar i ett nationellt projekt för att minska uppkomsten av cervixcancer genom en nationellt organiserad uppföljning av högrisk-kvinnor. I norra sjukvårdsregionen är det ca 1 200 kvinnor som har en risk på $>50/100\ 000$ kvinno-år och de erbjuds uppföljning med HPV-självprovtagning. Projektet startade hösten 2020.

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. Det preventiva arbetet kan med fördel göras process-övergripande då preventiva insatser vad gäller fysisk aktivitet, kost, tobak, alkohol osv har effekt på all sjuklighet, både malign och benign.

Njurcancer: Samarbete mellan olika områden (cancer/ hjärta-kärl) för att minska övervikt och rökning är att eftersträva.

Peniscancer: Den viktigaste cancerpreventiva åtgärden på lång sikt är HPV-vaccinering även av pojkar. Detta är nu beslutat och infört nationellt.

Prevention och tidig upptäckt: Fortsätt arbete med bredare implementering av teledermatoskopi i PV behövs, det finns brist på kompetens och resurser för bedömning av förändringar via applikationer/bildremsor. Ytterligare satsningar av olika former på att förbättra möjligheter att upptäcka cancer tidigt särskilt i primärvården behövs. Cancerprevention och alarmsymptom ingår nu som delmoment i specialistutbildningen vid Institutionen för omvårdnad UmU för distrikts-ssk och KSSK. RV har infört att information om sambandet mellan ohälsosamma levnadsvanor och ökad risk för cancer tas upp i samband med att personer kommer på hälsosamtal inom ramen för VHU.

Prostatacancer: Förutsättningar för tidig upptäckt genom organiserad prostatacancerundersökning utreds i sjukvårdsregionen.

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 vederlagda samband är radioaktiv strålning och genetisk predisposition. Kända familjer följs inom ram av cancergenetiska mottagningen.

Urotelial cancer: Rökning är en känd riskfaktor, information ges om tobaksstopp.

Övre GI-cancer: Behandling med RF (radiofrekvensabladering) vid förstadium till cancer i främst Barretts esofagus (en sjukdom där slemhinnan i matstrupen är skadad av magsyra) sker vid Nus. IPMN, godartade tumörer som kan utvecklas till cancer, följs och behandlas i enlighet med NVP. Surveillanceenhet avseende levercirrhos har startat i RV, övriga regioner saknas strukturerad surveillance. Det är dock fortfarande en låg andel levercellscancer som registreras med associerad leversjukdom och likaså en låg andel som hittas via surveillance.

Prioriterat område 3: Förstärkt diagnostik

Generella kommentarer: Bild- och funktionsmedicin (BFM) och patologi är avgörande för diagnostik och därmed fortsatt behandling av cancer. Båda områdena är hårt ansträngda och behöver stärkas. Molekylärpatologi får allt större betydelse med ökad precisionsmedicin och det området behöver förstärkas i sjukvårdsregionen.

BFM har en central roll vid multidisciplinära konferenser (MDK), som är resurskrävande men en förutsättning för god och jämlik cancervård. PET-CT används för diagnos och uppföljning av många cancerdiagnoser. Sjukvårdsregionen har länge haft endast en PET-CT, ytterligare en maskin har tagits i bruk vid Nus i februari 2021. Förbundsledningen rekommenderade 2017 att en tredje PET-CT i sjukvårdsregionen borde placeras i Sundsvall och att förberedelser för det borde påbörjas.

Barnonkologi: Utredning av solida barntumörer och leukemier fungerar väl och i enlighet de senaste vårdprogrammen. Vissa speciella och ovanliga analyser körs vid vissa centra vilket ställer höga logistikkrav.

I det kommande GMS-projektet i AU-barncancer ingår det att sekvensera både tumör- och konstitutionellt DNA för ett antal patienter, och på sikt även vuxna. Sekvenseringen kommer i projektet att ske i Stockholm, men på sikt vore det önskvärt med diagnostik vid Nus, särskilt som denna sekvenseringsbaserade diagnostik även kommer att bli aktuell för alla vuxna som insjuknar i cancer. För detta krävs utökade resurser på lab avseende sjukhusgenetik och bioinformatiker. Detta är en förutsättning för att alla, vuxna som barn, som insjuknar i cancer i norra sjukvårdsregionen i framtiden ska få samma höga kvalitet på diagnostiken som i övriga landet.

Blodcancer: Varierande problem med diagnostik på de olika sjukhusen. Vissa har problem med operationstider för borttagande av körtlar, andra med BFM. Hematopatologlab i Umeå har bemanningsproblem vilket kan förlänga svarstider i en del fall. Svar skickas på papper utanför RV. Hematopatologronder sker för alla sjukhus varannan vecka. Önskvärt vore att ha dessa varje vecka vilket dock är resurskrävande.

CUP: Det finns generellt i regionen tillräckligt med diagnostiska resurser för att utreda CUP-patienter. Patologiskt finns resurser men det är svårt för patologerna att klara ledtiden då extra färgningar ofta krävs, vilket tar tid. Idag rekommenderas endast immunhistokemisk undersökning. På sikt kommer sannolikt genetisk utredning att ingå

för vissa patientgrupper inom CUP, men ännu finns inte tillräckligt vetenskapligt stöd för sådan.

Gynecancer: SVF-märkta remisser till radiologi prioriteras och eftergranskning sker i samband med MDK. Tillgång till patologi har förbättrats och standardiserade svars-mallar ger tydligare information. Ytterligare förstärkning av patologiresurs krävs för att svara mot behovet och uppnå mål för SVF-ledtider. Gynekologiska tumörkirurger och gynekologer har en viktig roll i att vägleda kollegor under utredningens gång och är de som slutgiltigt bedömer utredningens resultat vid cancerdiagnos. Ytterligare förstärkning av båda dessa subspecialiteter krävs för att svara mot behovet. Patienter med ovarial- tubar och peritonealcancer i tidigare stadier får sin diagnos först efter det kirurgiska ingreppet varmed brist på operationsresurser påverkar tid till diagnos.

Kolorektalcancer: Långa svarstider från patologilaboratoriet på Nus, där orsaker bör utredas.

Livmoderhalscancerprevention: Implementeringen av primär HPV-screening med uppföljning av alla HPV-positiva innebär att fler kvinnor med förstadium till cervix-cancer kommer att identifieras. Regionerna följer i hög grad det nationella vårdprogrammet (NVP), men ledtiden till utredning av kvinnor med höggradiga cellförändringar i är i många fall oacceptabelt lång, beroende på brist på mottagningstider/gynekologer. Den lokala nivåstruktureringen för utredning av mer svårbedömda screeningpositiva fall bristfällig. Endast RN har fullt ut implementerat NVPs rekommendation att gravida, immunsupprimerade och kvinnor med körtelcellsförändringar handläggs av gynekologer med särskild erfarenhet. I RVN nivåstruktureras gravida och immunsupprimerade, men inte kvinnor med körtelcellsatypier. I RV nivåstruktureras kvinnor med körtelcellsatypier och immunsupprimerade, men inte alltid gravida. RJH har ännu inte infört nivåstrukturering.

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.

Neuroendokrina tumörer (NET): SVF är svårt för denna mycket heterogena grupp av sjukdomar med allt från låggradiga tumörer till mycket aggressiva cancerformer, ärftliga syndrom etc. Många diagnostiseras först när PAD föreligger. En del upptäcks i samband med radiologi av annan orsak eller när PAD föreligger efter t.ex. operation av blindtarm eller akut tarmvred. En del patienter utreds i andra SVF då man kanske primärt främst misstänker annan cancer.

Njurcancer: Tillgängligheten för framförallt radiologi som en nyckel till att upptäcka njurtumörer är god och täcker behovet. 96% av patienterna genomgår en DT thorax inför operationen.

Peniscancer: Diagnostiken är välfungerande, men brist på både uropatologer och urologer i sjukvårdsregionen är försvårande.

Prostatacancer: Regionen som helhet ligger långt ifrån målen i tid från remiss till mottagningsbesök, från biopsi till PAD-svar. Från op-anmälan till operation. Tiden från strålanmälan till strålning är acceptabel. Brist på urologer och patologer är den viktigaste faktorn.

Sarkom: Både bilddiagnostik och patologi fungerar väl. Trots att det råder nationell brist på sarkopatologer har Nus lyckats anställa ytterligare en specialist förutom de 2 sarkopatologer som sedan tidigare är knutna till verksamheten.

Sköldkörtelcancer: Primärutredning av knöler i sköldkörteln sker i RV i primärvård med ultraljudsundersökning och cytologi på röntgenavdelning. Det skapar tillgänglighet för fall som ska bedömas kirurgiskt på kirurgmottagningen, förbättrad logistik och ev. ökad cytologikvalitet o rätt använd kompetens. Dialog med primärvård och radiologi är inledd för att genomföra arbetssättet i alla regioner.

Testikelcancer: BFM-diagnostiken fungerar utmärkt i hela sjukvårdsregionen.

Urotelial cancer: Oenighet mellan urologin och PV om vem som ska remittera till CT-urografi inom SVF för urinblåsecancer i RJH och RV påverkar SVF-ledtiderna negativt.

Övre GI-cancer: SpyGlass, vilket innebär att man vid endoskopisk undersökning av de djupa gallgångarna direkt kan visualisera en förstora bild av gallgångarna, och på så sätt ta riktade vävnadsprover, har länge funnits vid Sundsvalls sjukhus. Undersökningen erbjuds nu även vid Nus.

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

Generella kommentarer: Onkologisk kompetens är centralt vid behandling av flertalet cancersjukdomar. Onkologkliniker finns i Umeå och Sundsvall, medan Norrbotten och Jämtland-Härjedalen är beroende av onkologkonsulter från framför allt Umeå. Ett långsiktigt arbete pågår i

både RJH och RN för att skapa egna onkologiska enheter med fasta onkologer i Östersund och Sunderbyn, genom utbildning av ST-läkare. Inom flera områden råder akut brist på specialister. Det gäller bland annat inom lungmedicin, urologi (framför allt vid Nus) och gynekologi. Fler specialistsjuksköterskor behövs. Brist på narkos- och operationsresurser begränsar den kirurgiska verksamheten. Den generella bristen på sjuksköterskor försvårar vården och medför i vissa fall att det begränsade antalet tillgängliga vårdplatser minskar ytterligare. Skopiresurser behöver förstärkas för att minska väntetider och för införandet av allmän tarmcancerscreening.

Barnonkologi: I dagsläget finns barnonkologiskt ansvariga läkare vid såväl läns- som länsdelssjukhusen. Fler ST-läkare i barn- och ungdomsmedicin skulle behöva göra randning vid Barncancercentrum Nus för barnonkologisk kompetensen i sjukvårdsregionen på sikt.

Blodcancer: Sundsvall, Östersund och Örnsköldsvik är fortsatt beroende av stafettläkare. 13 ST-läkare är under utbildning i sjukvårdsregionen, fler behöver rekryteras. Ssk-bristen gör att Sunderbyn endast har fem vårdplatser vilket medför att patienter kan utlokaliseras på andra avdelningar eller få stanna kvar på hemsjukhusen trots att de borde vara på länssjukhuset. Ssk-brist även på övriga sjukhus utom Sundsvall. Utbildning för hematologi-/onkologi-ssk efterfrågas.

Gynecancer: Vid varje länssjukhus finns särskilt intresserade gynekologer som handlägger patienter med gynekologisk cancer under utredning, behandling och efterkontroller. Det råder brist på specialister i gynekologi särskilt i RN som har minst relativt antal specialister i Sverige. Onkologisk specialistkompetens finns vid alla fyra länssjukhus och tillgängligheten till konsultation med gynekologen Nus har förbättrats med en särskild jourlinje. Ökad tillgång av gynekologer behöver prioriteras. <2 heltidstjänster på Nus fylls av subspecialiserade gynekologiska tumörkirurger. 2 ST går subspecialiseringsutbildning men fler behövs för att säkra tillgången på sikt.

Livmoderhalscancerprevention: RN har haft dysplasiateman länge men såväl barnmorskor som gynekologer som slutat, nyupplärning pågår och man försöker nyrekrytera. I RV, RJH och RVN har dysplasiateman på gynnottagningar upprättats först under 2020. Kompetensen är under uppbyggnad med målet att ha minst en dysplasiarbarnmorska med spetskompetens per mottagning och adekvat antal gynekologer som uppfyller minimikraven för kolposkopi och behandling i enlighet med NVP. I dagsläget uppfylls inte kompetenskraven på alla mottagningar i någon region, bl.a. p.g.a. brist på barnmorskor och gynekologer.

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 en god lungcancerbehandling i sjukvårdsregionen. Resurser för molekylärpatologi behöver stärkas för att korta ledtiderna.

Njurcancer: Fortsatt ansträngt läge för delar av sjukvårdsregionen när det gäller operatörer och onkologisk specialistkompetens med inriktning på njurcancer. En etablering av en regional MDK är inte minst därför av hög prioritet.

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 tilläggspecialitet 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. Utbildnings- eller utvecklingsprogram saknas.

Prevention och vägen in till och från cancerbehandling (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 sjukvårdsregionen behövs framförallt en resursförstärkning inom urologi och patologi i Umeå. En mer utbyggd KSSK-verksamhet i hela sjukvårdsregionen skulle öka möjligheterna till bl.a. tidiga rehabiliteringsinsatser. Samordningsvinster finns med övriga urologiska cancerformer.

Sarkom: För sarkompatienter sker majoriteten av utredning och behandling på NUS. Kännedom om diagnosgruppen är viktig för att möjliggöra adekvat behandling. I den sjukvårdsregionala processarbetsgruppen saknas representanter från RVN och RN. Försök till att ordna sjukvårdsregionala dagar för att upplysa om sjukdomen och SVF-processen har gjorts men inga har deltagit från andra regioner än RV. Detta är en stor utmaning för sarkomprocessen.

Sköldkörtelcancer: Behandlingsbeslut tas vid sjukvårdsregional MDK. RVN behandlar oftast sina fall efter MDK-beslut och lokal onkolog ingår i RCCs processarbetsgrupp. All avancerad onkologisk behandling och onkologisk behandling av patienter från RJH och RN sker vid Nus. Fast sköldkörtelcancerinriktad onkolog saknas i RN och RJH.

Urotelial cancer: Det saknas ett 25-tal urologer i norra sjukvårdsregionen för jämförbar bemanning med övriga riket (specialister och ST-läkare), med störst problem i RV. För att lösa kompetenssituationen behövs lokal ST-utbildning och fler ST-block.

Prioriterat område 5: Kunskapsstyrning

Generella kommentarer: Cancervården har ett välutvecklat arbete kring nationella vårdprogram (NVP), standardiserade vårdförlopp (SVF) och kvalitetsregister. Totalt finns närmare 50 NVP och 31 SVF, som årligen ses över och revideras vid behov. Arbetet sker i nationella arbetsgrupper, där samtliga sjukvårdsregioner är representerade. De sjukvårdsregionala processarbetsgrupperna har en central roll för implementeringen av NVP och vården sker i hög grad i enlighet med NVP. De multidisciplinära konferenserna (MDK) bidrar till det. Registrering i kvalitetsregister kräver i de flesta fallen manuella arbetsinsatser, som behöver säkras för att möjliggöra uppföljning av vården.

Barnonkologi: Alla patienter behandlas enligt nationella/internationella behandlingsprotokoll, enligt beslut i nationella vårdplaneringsgrupper. Varje vecka hålls en nationell rond om svåra fall, där landets alla barnonkologiska centrum deltar.

Blodcancer: Arbete sker enligt nationella vårdprogram (NVP). Registreringen i kvalitetsregister görs av ssk/sekreterare utom i RN där läkarna ansvarar för det.

Registreringen uppfyller inte målen 70% registrerade anmälningsblanketter inom tre månader och 95% inom ett år. För att registreringen ska fungera krävs att det finns personella resurser med tid avsatt för detta, vilket är en ledningsfråga.

Bröstcancer: NVP reviderades 2020 och följsamheten bedöms god. Inrapporteringen till kvalitetsregister är effektiv, med en täckningsgrad på 100%.

CUP: Det finns ett nyligen reviderat NVP för CUP. Det finns inget nationellt kvalitetsregister för CUP, vilket försvårar uppföljning.

Gynecancer: Implementering av NVP diskuteras både veckovis under MDK och vid återkommande processgruppsmöten för hela norra sjukvårdsregionen. Implementering av SVF har förbättrats men det finns skillnader i inrapportering. Koordinator för de gynekologiska länsklinikerna med uppdrag att samordna SVF saknas.

Inrapportering till Svenskt kvalitetsregister för gynekologisk cancer (SQRGC) har god täckningsgrad gällande anmälningsblanketten. För den onkologiska behandlingen sker i nuläget begränsad inrapportering från gynonkologen Nus. Det är problematiskt då de står för den största mängden data och kvalitetsregistren ligger till grund för utvärdering av den onkologiska behandlingen.

Gynecancer: Implementering av NVP diskuteras både veckovis under MDK och vid återkommande processgruppsmöten för hela norra sjukvårdsregionen. Implementering av SVF har förbättrats men det finns skillnader i inrapportering. Koordinator för de gynekologiska länsklinikerna med uppdrag att samordna SVF saknas.

Inrapportering till Svenskt kvalitetsregister för gynekologisk cancer (SQRGC) har god täckningsgrad gällande anmälningsblanketten. För den onkologiska behandlingen sker i nuläget begränsad inrapportering från gynonkologen Nus. Det är problematiskt då de står för den största mängden data och kvalitetsregistren ligger till grund för utvärdering av den onkologiska behandlingen.

Livmoderhalscancer: Digital bildokumentation av kolposkopier har införts, eller håller på att införas, i alla regioner i norr i enlighet med rekommendation i NVP. Detta kommer dels att höja kvaliteten på journaldokumentation av kolposkopifynden. Det ger säkrare behandling och uppföljning av kvinnor med cellförändringar och underlättar genomförandet av digitala MDK, vilket kan förbättra handläggningen av svårvärderade fall.

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.

Njurcancer: Stora förändringar i behandling av patienter med metastaserande njurcancer har etablerats i nationella och internationella vårdprogram och ytterligare förändringar kommer att ske. Brett införande av nya läkemedelsbehandlingar kommer att ställa högre krav på interdisciplinärt samarbete. Även här är en regional MDK nyckeln för att erbjuda den bästa möjliga vård.

Peniscancer: NVP implementeras, men underbemanning inom urologin försvårar aktivt deltagande från sjukvårdsregionen i NVP:s styrgrupp.

Prevention och tidig upptäckt: Kodningen av SVF behöver förbättras.

Prostatacancer: NVP efterlevs till stor del. Införande av MR före första biopsi pågår i sjukvårdsregionen i samarbete med bild- och funktionsmedicin.

Sarkom: NVP och SVF finns för både skelett- och mjukdelssarkom och för buksarkom. Uppdatering av SVF och vårdprogram för skelett- och mjukdelssarkom pågår.

Sköldkörtelcancer: Omhändertagandet fungerar med väl implementerat NVP och god täckning i norr avseende kvalitetsregister.

Övre GI-cancer: NVP är i hög grad implementerade avseende den medicinska utredningen och vården. De i NVP rekommenderade insatserna för omvårdnad och rehabilitering efterlevs i lägre grad.

Prioriterat område 6: Digitalisering och distansöverbyggande teknik

Generella kommentarer: Coronapandemin har skyndat på utvecklingen av digitala mottagningsbesök. Införande av digital *Min Vårdplan via 1177 Vårdguiden* har påbörjats. Tillgång till digitala patientdata över regiongränser underlättar patientarbetet och en ökad tillgång efterfrågas. Distansöverbyggande teknik nyttjas vid MDK, vid processgruppsmöten och vid andra sjukvårdsregionala och nationella möten. Ett införande av digital patologi pågår.

Barnonkologi: Den Nationella Patientöversikten, NPÖ, som möjliggör för Barncancercentrum vid Nus att direkt se information om patienten på hemorten och vice versa, är ett mycket viktigt digitalt verktyg. Alla Norr-regioner utom RV har system som gör att labdata kan ses i systemet. Från RV måste labdata rapporteras manuellt till övriga regioner. Detta behöver lösas. Användningen av digitala plattformar har ökat kraftigt, både vid direkta patientmöten och vid behandlingskonferenser, vilket minskat behovet för patient och familjer att resa.

Blodcancer: På Nus och i Sunderbyn sker en del besök som telemedicinsk mottagning även utanför pandemitid. Detta besparar patienterna resor och är även effektivt för sjukvården. Sundsvall och Östersund har inga videomöten med patienterna. MDK och hematopatologronder sker via video.

Bröstcancer: Införande av nationell digital Min vårdplan via 1177 har påbörjats.

Gynecancer: Patientöversikt i SQRGC finns tillgänglig för ovarialcancer men är inte implementerat än.

Hudcancer: Teledermatoskopi finns etablerat i RV. Införande pågår i RN, RVN, RJN.

Kolorektalcancer: Videobesök har ökat i omfattning under rådande pandemi och kan fortsatt ökas. Gemensam sjukvårdsregional MDK för metastaserade patienter underlättar likvärdig bedömning. Digital Min vårdplan har använts i RN och under 2021 kommer en nationell digital Min vårdplan via 1177 startas för kolorektal cancer.

Livmoderhalscancerprevention: Hela vårdkedjan för livmoderhalscreening bygger på välfungerande IT-system som är anpassade fullt ut till kraven i NVP. IT-leverantörerna 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: På grund av pandemiläget under det gångna året har fler patientkontakter via videolänk genomförts och tekniken byggts ut, med goda erfarenheter.

Prostatacancer: Pandemin har inneburit ökad användning av distansteknik, framför allt via telefon. RCC-processgruppen ser en framtida potential för resurseffektivt utnyttjande av sällankompetenser som t.ex. psykolog, sexolog etc.

Sarkom: Kontroller efter cancerbehandling sker delvis via telefon efter genomförd undersökning med röntgen och MR.

Sköldkörtelcancer: Viss digital återbesöksverksamhet har använts under Coronapandemin och kan ev. vidareutvecklas i utvalda fall.

Övre GI-cancer: Ett arbete med digitala mottagningsbesök har startat vid kirurgcentrum, Nus. Syftet har varit att digitalt kunna delta vid patienternas mottagningsbesök i övriga norra sjukvårdsregionen, för att på så sätt både vinna tid, och bespara patienterna ett extra besök och en extra resa. Detta arbete, samt utnyttjandet av digitala möten, har påskyndats av Covid-19.

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

Generella kommentarer: Den palliativa vården organiseras på olika sätt i sjukvårdsregionens regioner. Tillgången till stöd från specialiserade palliativa rådgivningsteam, specialiserad palliativ hemsjukvård och möjlighet till specialiserad palliativ slutenvård är ojämnt fördelad mellan regionerna. Tillgången på palliativmedicinsk läkarkompetens behöver fortsatt stärkas.

Barnonkologi: Volymerna för palliativ vård för barn är extremt små och det rör sig om enstaka patienter per region och år. Det kräver ett samarbete mellan regional barnsjukvård på närmaste sjukhuset och en vårdinstans inom nära hemmet. För att kunna engagera palliativa team för vuxna och den kommunala hemsjukvården måste de skattetekniska förutsättningarna bli tydliga. Hemsjukvården för vuxna överförd och skatteväxlad med kommunerna, men inte för barn, där ansvaret för hemsjukvård ligger kvar på regionerna. Det har gjort det väldigt svårt att få hjälp av primärvården med hemsjukvård för svårt sjuka barn. Lösningar behöver säkras på högsta beslutsnivå inom primärvården i respektive region. Det finns möjlighet för barn att vårdas på vuxenhospis i Sundsvall och på Axlagården i Umeå.

Blodcancer: Den palliativa vården är ojämnt fördelad i regionen vad det gäller personal, vårdplatser och hospice. Nöjdast är man i Kalix, Piteå, Umeå, Sundsvall och Östersund. PRIS i Örnsköldsvik fungerar bra. I Östersund finns ett palliativt konsultteam som rondar hela sjukhuset. I Umeå har man gemensamma möten med palliativ medicin och diskuterar gemensamma patienter. I Örnsköldsvik är palliativa patienter utspridda på olika boenden men man planerar en gemensam enhet. Sunderbyn har p.g.a. ssk-brist endast fem palliativa vårdplatser och 1,5 läkare, ingen med palliativ specialistutbildning. Åtgärder i hemmet görs i varierande grad i sjukvårdsregionen.

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 onkologkonsulter och kirurgklinikerna.

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: Av de långsiktiga mål som satts upp av processarbetsgruppen för palliativ vård inom RCC Norr har följande mål nåtts: Det regionala palliativa kompetenscentrumet (PKC) har tillförsäkrats fortsatt finansiering för att kunna stödja utvecklingen av den palliativa vården i regionen. Uppbyggnad av en sjukvårdsregional akademisk miljö inom forskningsområdet palliativ vård/medicin har påbörjats i samarbete mellan PKC och Umeå universitet. Lokalt utarbetat informationsmaterial för närstående i form av text och en film har publicerats på 1177.se. Mål som gått framåt är utlysande av ST-block i palliativ medicin, där RVN utlyst 6 ST-block. Arbete fortsätter med framtagandet av fungerande rutiner i respektive län för hur cancersjuka barn med palliativa behov ska tillförsäkras tillgång till adekvat palliativt stöd och möjlighet att kunna välja vårdform dvs. att vårdas i eller nära det egna hemmet eller i sjukhusmiljö (se Barnonkologi ovan).

Prostatacancer: God palliativ vård finns i hela sjukvårdsregionen.

Sarkom: Palliativ vård sker i samråd med hemortskliniker och via speciella team i Umeå

Övre GI-cancer: I Östersund har Ponk-avdelningen (Palliativ onkologi) fått utökade vårdplatser. I RVN har ST-läkare i palliativ medicin tillsatts både i Örnsköldsvik och i Sollefteå. I RN har det Palliativa resursteamet, och tillhörande PAVA-avdelning, fått färre vårdplatser, samtidigt som man fått ansvar för fler diagnoser, vilket lett till att de palliativa patienterna i högra grad blir kvar på andra avdelningar.

Prioriterat område 8: Cancerrehabilitering till alla utifrån individuella behov

Generella kommentarer: Hela teamet runt patienten är viktig för en välfungerande cancerrehabilitering. Kontaktsjuksköterskor har en viktig uppgift att göra individuella bedömningar av patienternas rehabiliteringsbehov och att vid behov lotsa patienter vidare till olika rehabiliteringsprofessioner. Strukturerade behovsbedömningar görs inom några diagnoser men behöver införas generellt för att rätt insats ska göras till rätt patient. Tillgång till rehabiliteringspersonal varierar mellan diagnoser och kliniker.

Barnonkologi: Inom ramen för Barncancersatsningen pågår en utredning om vilka resurser som finns för tidig cancerrehabilitering för barn vid landets barnkliniker och habiliteringsenheter. Arbetet för en förstärkt cancerrehabilitering för barn fortsätter under 2021.

Blodcancer: Tillgång till cancerrehabilitering är ojämnt fördelad i regionen, vissa sjukhus har cancerrehabteam, andra endast kurator. På några sjukhus fungerar rehab i slutenvård men inte i öppenvård och några remitterar patienterna för rehabilitering i primärvården. Teamrondor finns i RVN och planeras påbörjas på fler sjukhus. Cancerträningsgrupper finns på Sunderbyn, Nus och i RVN. Ett bra exempel är ”Blodskola” för patienter och anhöriga i RVN som arrangeras i samarbete med onkologkliniken och rehabkliniken. På flera sjukhus är det svårt att vid behov få hjälp från psykiatrien.

Bröstcancer: I samband med diagnosbeskedet träffar patienten KSSK och läkare. 80–100% av patienterna erhåller Min vårdplan. Kontakt initieras med kurator för patienter med särskilda behov av stöd samt vid minderåriga barn. Några enheter skattar rehabiliteringsbehovet enligt strukturerat skattningsformulär. Alla patienter informeras om patientföreningen. Sjukgymnast träffar samtliga patienter preoperativt och patienter med särskilda behov även postoperativt. Vissa enheter erbjuder deltagande i rehabiliteringsgrupp. I sjukvårdsregionen görs 67-83 % bröstbevarande operation. Forskning visar att förlusten av ett bröst kan ha en negativ inverkan på kvinnans livskvalitet och rekonstruktiv kirurgi kan öka psykiskt och fysiskt välbefinnande. Patienter som genomgår mastektomi, där hela bröstet tas bort, ska erbjudas omedelbar bröstrekonstruktion när det anses lämpligt eller bröstrekonstruktion i senare skede som då görs av plastikkirurgen. Vilken rekonstruktiv kirurgi som erbjuds skiljer sig åt i sjukvårdsregionen och andelen omedelbara rekonstruktioner är generellt låg, ca 9 % (internationellt och i Stockholm ca 31 %). Andelen omedelbara rekonstruktioner behöver öka.

Cancerrehabilitering: Under större delen av 2020 har representanter från RN saknas i den sjukvårdsregionala processarbetsgruppen för cancerrehabilitering.

Gyncancer: Strukturerade behovsbedömningar gällande cancerrehabilitering utförs idag av alla KSSK i sjukvårdsregionen. Fortsatt arbete att strukturera arbetet ytterligare genom upprepade bedömningar för alla patienter pågår. Få patienter remitteras till den sjukvårdsregionala bäckenrehabiliterings-MDK:n som bör mer i fall där större rehabiliteringsåtgärder krävs.

Kolorektalcancer: Systematisk screening av rehabiliteringsbehov genomförs inte idag men projekt för att påbörja detta startas våren 2021. För avancerade rehabiliteringsbehov finns sjukvårdsregional MDK.

Lungcancer: Cancerrehabilitering för patienter med lungcancer är fortfarande i sin linda. 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. En fungerande cancerrehabilitering för lungcancerpatienter är mycket önskvärd men problemen med ledtider för utredning och möjligheter att ge behandling måste lösas i första hand.

Neuroendokrina tumörer (NET): Strukturerad rehabilitering saknas fortsatt i hela sjukvårdsregionen. Namngivna KSSK på alla enheter kan förmedla kontakt med rehabkompetens som dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator etc. vid behov.

Njurcancer: Ett gemensamt projekt att identifiera rehabiliteringsbehoven har diskuterats sjukvårdsregionövergripande. För närvarande erbjuder alla enheter en individuell behovsorienterad rehabilitering.

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: Pågående arbete med införande av prehabilitering inför kurativ behandling och en systematisk bedömning av rehabiliteringsbehov under uppföljning. Tillgång till KSSK är den viktigaste faktorn för att cancerrehabiliteringen ska fungera.

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 logoped och kuratorer finns på alla behandlande enheter. Behovet av cancerrehabilitering bedöms kunna tillgodoses för gruppen även om ledtider för logopedträningkontakt bör förbättras vid vissa enheter.

Övre GI-cancer: Ett pilotprojekt med strukturerad Prehab/Rehab-mott vid esofagus-ventrikelcancer har genomförts med positivt resultat. Målsättningen har varit att införa detta koncept även för övriga diagnoser, för att bättre följa vårdprogrammen och för att ge en mer patientcentrerad vård. I dagsläget saknas dock resurser för detta.

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 2020. Fält som saknar färgsättning kan inte bedömas utifrån uppnådd målnivå, antingen för att data saknas eller för att målet inte längre är relevant. För diagnoser där sjukvårdsregionala processledare för närvarande saknas kan endast begränsade uppföljningsdata redovisas.

För mål där uppföljning sker genom kvalitetsregister avser redovisade data resultat för 2019 om inte annat anges. För ytterligare detaljer, se RCC Norrs [uppföljningsrapport för kvalitetsregister för 2020 som finns publicerad på <https://www.cancercentrum.se/norr/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/uppfoljning-kvalitetsregister/>](https://www.cancercentrum.se/norr/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/uppfoljning-kvalitetsregister/). **För övriga målnivåer rapporteras läget i december 2020.**

I kolumnen ”Utveckling” (”Utv.”) visar pilar riktningen för utvecklingen inom området. En positiv utvecklingstrend jämfört med föregående år 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 4. Uppföljning av målen i den sjukvårdsregionala cancerplanen för cancervården 2019–21, diagnos-/områdesspecifika målnivåer.

Mål	Utgångsläge	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	Pandemin har stoppat mottagningsverksamheten under stora delar av 2020 och på oklar tid för 2021. Videobesök har genomförts för vissa personer har under 2020 och fungerat väl. Under 2020 kom 67 % av patienterna från Norr-regionerna utanför RV.	↑↓

Etablering av regionala/nationellt kompetens- och konsultcentrum för sen-effekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar	Cirka 1/3 av överlevare av barncancer har stora problem/komplex bild med många organsystem involverade. Vuxenrehabilitering/ habilitering passar inte	Nationellt centrum som kan vara remissinstans för överlevare barncancer med komplex problematik	2021	Nationell utredning pågår inom ramen för den statliga barncancersatsningen.	↑
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	Avtal är träffat med Axlagården om palliativ vård för barn med cancer. I dagsläget finns möjligheter till Palliativ vård för barn med cancer i Östersund (Storsjögläntan), Umeå (Axlagården) samt i Sundsvall.	↑
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	I dagsläget ca 0,5 tjänst för forskning finansierad via Barncancerfonden. Stora ansträngningar görs för att öka mängden data och förbättra kvaliteten på data som rapporteras in i till forskningsstudier och kvalitetsregister. Det finansieras delvis via barncancersatsningen.	
Säkra att varje länsjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare, samt fort-löpande 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	Läkare med barnonkologiansvar finns vid alla läns- och länsdelssjukhus, men fler barn-ST behöver göra randning vid barnonkologiskt centrum. Pågående arbete inom ramen för barncancersatsningen för att tillse att barnonkologiansvariga ssk vid läns- och länsdelssjukhus får ett större mandat ungefär som kontaktsjuksköterska. Utbildningar för detta har planerats vid två tillfällen med fått ställas in p.g.a. pandemin.	↑
Ökat deltagande i studier avseende målstyrd behandling vid återfall av barncancer och där det inte finns etablerad	Vid återfall ska specifika mål (targets) i patientens tumör om möjligt identifieras inför behandling, men krävande att sätta upp organisation för detta.	Alla patienter som drabbas av återfall av barncancer och där det inte finns en ”best practise” för bot ska få erbjudande om att	Årlig uppföljning	Två initiativ pågår: 1. Genomic Medicine Sweden som syftar till att helgenomsekvensera tumörer vid diagnos. 2. Vid återfall där ingen ”best practise” finns skickas tumörmaterial via Svenska Barntumörbanken till INFORM = Individualized therapy For Relapsed Malignancies in childhood. Jämförelser med andra barncancercentra visar att relativt många barn från norra sjukvårdsregionen deltar i nr 2, vilket är positivt.	↑

"best practice" för bot	Diskussion med bl.a. Barncancerfonden om centralisering - vissa centrum "värdar" för olika typer av innovativ behandling	delta i studie för mål-sökande behandling			
Bild- och funktionsmedicin, bilaga 2 B i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	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	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	Data saknas	
			2019-2021	Pågående arbete	
MDK	Resurskrävande, konkurrens med övrig radiologisk verksamhet	Fortsätta optimera MDK i dialog med remittenterna	2019-2021	Respektive LCC/LPO, pågående arbete	
Blodcancer, bilaga 2 C i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	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	För 2020 klarade >80% av inrapporterade leukemipatienter ledtidsmålet, lymfom 63 %, myelom 54 %, men andelen inrapporterade SVF-patienter	↑

				är <70 % för flera diagnoser i flera regioner. Registreringen inte är fullständig och resurser för kirurgi-operationstider, hematopatologi, BFM och läkarresurser är begränsade. På flera sjukhus är inte KSSK-funktionen helt tillfredsställande.	
Bedriva utredning enl. vårdprogram	Variérande, myelom: ISS stadiéindelning 93,3%, mål 100%, FISH 60,6%, mål 80%	Enligt vårdprogrammens kvalitetsindikatorer	Juni 2019	Vårdprogrammen följs acceptabelt på många punkter. Dock inte registrering i kvalitetsregistren, vilket gör det svårare att i närtid följa kvalitetsparametrarna.	↔
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	Patienterna i Sunderbyn, Skellefteå, Sundsvall och ca hälften av patienterna i Östersund får en skriftlig "Min vårdplan". Umeå skriver en behandlingsplan i journalen som är tillgänglig via 1177.	↑
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. För att kunna bedriva studier krävs studie-ssk och det är brist på dessa. 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/länsdels-sjukhus	Juni 2019	Fungerar på Nus och i Sunderbyn, planeras startas i Östersund och Sundsvall.	↑
Kontakt-/ team-sjuksköterska förstärks med koordinator	Kontaktsjuksköterska finns på alla sjukhusen, men med behov av administrativt stöd	Finns på alla hematologiska enheter och ansvarar för patientens ledtider, kontaktbehov och individuella skriftliga vårdplan	Juni 2019	På flera sjukhus har KSSK många andra arbetsuppgifter och beskriver behov av mer tid och ett mer renodlat uppdrag.	↔
Cancerrehabiliteringsteam på alla sjukhus	Variérande resurser i regionen	100 %. Alla patienter erbjuds psykosocialt stöd och rehabilitering	Juni 2019	Fortsatt ojämn tillgång till cancerrehabilitering. Cancerrehabiliteringsteam finns på några sjukhusen medan andra bara har tillgång till kurator.	↑

Strukturerad behovsbedömning med distresstermometer	Används i mycket liten grad	70 % av myelompatienterna i samband med diagnos	Juni 2019	Används endast på Sunderbyns sjukhus. Strukturerad bedömning kräver tillräcklig KSSK-bemanning och tydlig arbetsbeskrivning.	↔
Erbjuda besök yngre anhöriga (< 18 år)	Sker helt ostrukturerat och slumpvis	100 %. Alla yngre anhöriga ska erbjudas besök, noteras i journalen	Mars 2019	Minderåriga barn erbjuds samtal på flertalet sjukhus. Barnombudsman finns på ett par sjukhus, i övrigt är det kuratorer eller läkare som träffar barnen.	↑
Bröstcancer, bilaga 2 D i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Operation <3 veckor från diagnos	Regionen 65 % <3 v (83 % <4 v). 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	40 % erbjuds operation inom 3 veckor och 69 % inom 4 veckor. Väntetiden för op inom 3 v har ökat utom på NUS och i Östersund. För op inom 4 v har väntetiden ökat förutom på Nus, i Sunderbyn och i Sundsvall. NUS hade tidigare längst väntetid till operation i hela Sverige (2017), men operationsresurs som tillskapats på Thoraxkirurgen har bidragit till kortare väntetider på Nus.	↑↓
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	Norra sjukvårdsregionen 80%, vilket är en klar förbättring. Sunderbyn 88%, Östersund 80%, Sundsvall 79%, Skellefteå 69%, Nus 76%	↑
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	Norra sjukvårdsregionen 93%, samtliga regioner klarar målet.	↑
Förbättrad 5-årsöverlevnad	Regionen 82 % RN 81 %, RJH 81 %, RVN 88 %, VLL 83 % (69 %)	5-årsöverlevnad ska vara >90 % i hela regionen	2024	Norra sjukvårdsregionen 84% RN 87%, RJH 78%, RVN 83%, RV 86%	↑

Höja andelen patienter som genomgår direkt bröstrekonstruktion med implantat	Riket 12 % RN 11 % RJH 0 % RVN 4 % VLL 12 %	Höja andelen patienter som genomgår direkt rekonstruktion med implantat till rikets nivå (12 %). Den nationella nivån kan komma att ändras	2021	Riket 16 % Norra regionen 16% RN 28%, RJH 0% , RVN 5% , RV 18%.	↑
70 % av nya bröstcancerfall ska utredas enligt SVF			2020	Norra sjukvårdsregionen 84 %: RN 74%, RJH 54% , RVN 89%, RV 100%	↑
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden			2020	Kirurgi: RN 100% , RJH 70%, RVN 57%, RV 58% Primär onkologisk behandling RN 88% , RJH 38%, RVN 51%, RV 42%. I RN kan patienten själv ringa mammografienheten för att få tid för undersökning och behöver ej gå via primärvården eller kirurgmottagning. Detta minskar ledtiden.	↑
Patientens rehabiliteringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär	Olika rutiner idag i regionens lands- ting/regioner	Strukturerat formulär, t.ex. distressstermetern, används	2020	Målet bedöms vara uppnått 2020. KSKK registrerar i patientjournalen, går ej att följa upp nu.	↑
Task-shifting genomförs Mellan såväl personal kategorier som mellan specialiteter	Olika rutiner idag i regionens landsting/ regioner Idag ser flödet olika ut i regionen.	Vissa återbesök överförs 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	På flera enheter har KSKK arbetat med Covid-vård under 2020, vilket gjort att utvecklingen avstannat. Information och BRCA-testning har till viss del flyttat ut från Cancergenetisk mottagning till den kliniska verksamheten i regionen.	↑
Cancerrehabilitering, bilaga 2 E i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Att alla fyra landsting har tagit fram övergripande rutiner	I dagsläget saknas rutiner	100 %, rutin ska finnas i varje landsting	2021	I dagsläget finns det inga övergripande rutiner i regionerna. Behov finns av kompetensutveckling inom sexuell hälsa, både på grundläggande och avancerad nivå. En sjukvårdsregional arbetsgrupp är utsedd att ta fram ett	↔

för kontakt med kompetens för sexuell hälsa för de patienter och närstående som är i behov av detta				gemensamt grundläggande utbildningsmaterial, men arbetet är pausat p.g.a. Coronapandemin. RCC Norr har erbjudit regionerna att bekosta uroterapeututbildning för en person per region. Kursstart är framflyttad till Vt. 2022 p.g.a. Coronapandemin. RV och RVN har anmält deltagare. RJH har tagit fram rutin och inklusionskriterier finns för kontakt med uroterapeut/sexologisk kompetens i cancerrehabteamet.	
Ökad andel verksamheter som erbjuder patienten <i>Min vårdplan</i> (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	Generiskt innehåll för Min vårdplan är framtaget nationellt. I sjukvårdsregionen finns en variation av Min vårdplan och saknas fortfarande inom flera verksamheter. I vårdprocesserna har arbetet påbörjats på olika sätt med att införa Min vårdplan som utgår från det generiska innehållet. 2020 beslutade RCC i samverkan att nationella diagnosspecifika Min vårdplan via 1177 Vårdguiden ska tas fram och förvaltas. Nationella Min vårdplan via 1177 publicerades för Bröstcancer och Peniscancer. Under våren 2021 tillkommer flera diagnoser och ännu fler är under uppstart. Det finns ett stort intresse i flera verksamheter i sjukvårdsregionen att införa Min vårdplan via 1177. Varje region behöver besluta om hur införandet ska ske. RVN och RJH har fattat regionövergripande principbeslut om införande. RCC Norr ger alla regionerna ekonomiskt bidrag för införandestöd.	↑
Ökad andel patienter som erbjuds namngiven kontaktsjuksköterska (enl. nationell definition)	Se tabell 2 i bilaga 2E	90 %	2021	KSSK är fortsatt prioriterade och beslut är taget att patienter ska erbjudas en KSSK vars uppdrag utgår från den nationella uppdragsbeskrivningen. Uppdragen och rollen för sjukvårdsregionens KSSK är fortfarande ojämnt och det krävs ett fortsatt aktivt arbete med utveckling, information och stöd både till KSSK och chefer. Uppdraget behöver utvärderas och följas i olika forum för att stödja och driva utveckling framåt. En nationell enkätundersökning gällande KSSKs uppdrag har genomförts under hösten 2020 där resultatet kommer att vara ett underlag för en nationell genomlysning av uppdraget. Vid tillräckligt stort underlag kommer resultatet även att ligga till grund för sjukvårdsregional utveckling. En samordnande KSSK för urologisk cancer i sjukvårdsregionen är tillsatt, med syfte att utveckla KSSK-funktionen inom dessa diagnoser utifrån ett tydligt patientperspektiv. KSSK finns som variabel i ett antal kvalitetsregister. Nedan visas andelen KSSK per diagnos och region 2019 (Uttag ur kvalitetsregister i december 2020, där inget anges presenteras ingen statistik p.g.a. fåtal patienter).	

				Region	RN	RV	RVN	RJH	
				Diagnos					
				Analcancer	100%	75%	100%	89%	
				Bröstcancer	88 %	93%	77 %	94%	
				Bukspottkörtel	100%	100%	90%	100%	
				KLL	13%	13%	17%		
				KML	50%	13%			
				Matstrups- och magsäckscancer	97%	88%	90%	94%	
				Njurcancer	25%	83%	94%	90%	
				Hjärtumörer	67%	71%	33%	100%	
				Hudmelanom	49%	61%	49%	43%	
				Lungcancer	95%	83%	85%	96%	
				Prostatacancer	51%	83%	83%	98%	
				Sköldkörtelcancer	17%	18%			
				Urinblåsecancer	4%	49%	97%	94%	
				Uritärcancer					
				Uretra					
				Peniscancer		50%	100%	100%	
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt erbjuder skriftlig information om cancerrehabilitering	Information saknas idag	100 %	2021	Diagnosspecifik information om rehabilitering kommer att ingå i den diagnosspecifika patientinformation tas fram till nationella Min vårdplan. Den generella nationella patientinformationen innehåller information om cancerrehabilitering och egenvårdsråd. Verksamheterna bör gå igenom sina kontaktkort på 1177.se och komplettera med relevant information gällande cancerrehabilitering. Skriftlig regiongemensam patientinformation finns framtagen i RN, RVN och RJH, men inte i RV.					↑
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt och strukturerat erbjuder gruppinformation av rehabiliteringsprofession	Gruppinformation ges vid ett par kliniker idag	75 %	2021	Gruppinformationstillfällen erbjuds i olika omfattning i alla regioner och med olika syften, allmän breddinformation, specifik information till vissa patientgrupper och mer fördjupad information under flera tillfällen. I flera fall har verksamheten pausats p.g.a. Corona-pandemin. RVN erbjuder sin Cancerskola digitalt.					↑
Ökad andel verksamheter som strukturerat bedömer behov av rehabilitering (med validerat bedömningsinstrument)	Saknas information idag	75 %	2021	Inom flera 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. Försvårande faktorer är om KSSK har otillräcklig tid till uppdraget och inte möjlighet att genomföra behovsbedömningen, det saknas rehabiliteringsprofessioner att kontakta om ett mer avancerat behov finns och det inte tydliggjorts när i vårdprocessen behovsbedömning ska genomföras.					↑

				RVN och RJH har beslutat använda formuläret Hälsoskattningen för cancerrehabilitering och inrättat regionövergripande cancerrehabiliterings-team för avancerade/mycket avancerade behov.	
Skriftliga överenskommelser mellan sjukhus/primärvård om rehab. för cancerpatienter	Saknas information idag	Alla landsting ska ha startat samverkan	2021	Ett sjukvårdsregionalt stöddokument är framtaget mellan primärvården och specialistsjukvården 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. Coronapandemin har bidragit till att inget aktivt arbete med regionala rutiner har påbörjats i någon region under 2020.	↔
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	RCC Norr har under 2020 startat ett projekt för att tillsammans med regionerna (specialist- och primärvården) utarbeta modeller för gruppaktivitet för att stödja patienter som har behov av stöd vid fysisk aktivitet. Struktur och rutiner behöver även utarbetas för grundläggande råd och stöd för fysisk aktivitet. Träningsgrupper som finns idag ligger fysiskt på sjukhusen. Gruppträningen har pausats under Coronapandemin.	↑
CUP, cancer med okänd primärtumör, bilaga 2 F i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	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.	↑
Specialintresserad onkolog för regionens enheter som metastasutredder	0	Införd särskild jourlinje	2019	En namngiven person finns 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 upplärningen av CUP till organspecifik diagnos	Status inte känt i de olika regionerna (enl. litteraturen 3 – 5 %)	Kvarvarande okänt primärt ursprung 2 %	2021	Uppklärningen av CUP till organspecifik diagnos från 3–4% till 1–2% 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	Nationell MDK saknas men planering för en sjukvårdsregional MDK för CUP-patienter har pågått under 2020 och MDK:n har startat 2021.	↑
Gynekologisk cancer, bilaga 2G i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta KSSK administrativt	Finns endast en koordinator idag (Sundsvall)	En koordinator på varje länssjukhus samt två på Nus	2019	Endast en koordinator finns anställd i regionen/(Sundsvall). Den sekreterare på gynekologen Nus som tidigare haft samordningsfunktion har pensionerats under 2020. Dialog förs med Onkologen för ny samordnande funktion.	↓
Öka antal remisser till MDK för bäckenrehabilitering	2	10	2020	Endast 1 remiss gällande gyncancer under 2020.	↓
Tid från operation till PAD-bedömning	8-35 dagar stora skillnader i regionen	15 dagar	2021	Generellt något förbättrade svarstider. RVN och RN klarar målet med 15 dagar från operation till PAD. Alla sjukhus i regionen ligger under 30 dagar	↑
SVF ovarial VGM - start av behandling	45-64 %	80 % för hela regionen	2020	47% 2020	↔
SVF corpus VGM-start av behandling	35-92 %	80 % för hela regionen	2020	67% 2020.	↑
SVF cervix VGM-start av behandling	23 %	80 % för hela regionen	2020	62% 2020. Ledtid förlängdes med 7 kalenderdagar inför 2020, vilket bidragit till förbättrad måluppfyllelse.	↑
Hjärntumörer, bilaga 2 H i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.

Godkänd av Norra sjukvårdsregionförbundets Förbundsdirktion 2021-03-17

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	Data saknas (processledare vakant)	
Utveckling av MDK, så att alla länsjukhus deltar vid MDK enligt överenskomna rutiner	RN deltar inte i dagsläget vid MDK Följsamheten till överenskomna rutiner brister	100 % följsamhet överenskomna rutiner	2020	Data saknas (processledare vakant)	
God inrapportering i kvalitetsregister	2016 – 97,9 % 2017 - Jan - jun 100 %, jul - dec 82,5 %	95 %	2019	79% för 2019. För första halvåret 2019 uppnåddes målet 95%, inräknat inrapportering som tog längre tid än 1 år från diagnosdatum.	↔
KSSK vid samtliga länsjukhus och för Nus på NKK och Cancercentrum	Kontaktsjuksköterskor saknas på NKK och Sunderbyns sjukhus	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter	2019	KSSK finns på alla enheter	↔
Rehabiliteringsbehov ska identifieras systematiskt och rehabilitering erbjudas. Det ska finnas en utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region med utarbetade rutiner för överlämningar	Välfungerande i RJH, under utveckling i andra delar av sjukvårdsregionen. I VLL finns ett samarbete med Strokenheten och Neurorehab. I RVN samarbete med Geriatrik Rehab och Strokeenheten, Medicinkliniken.	Utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region och utarbetade rutiner på ledningsnivå för överlämningar	2020	Data saknas (processledare vakant)	
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	2020 hade 53% av förväntade nya cancerfall kodats som SVF-patienter och 34% av dessa startat behandling inom ledtiden för SVF.	↑

MR ger säkrare objektiv radikalitetsbedömning vid op. av hjärntumörer än klinisk bedömning. MR perioperativt ökar patientsäkerheten	Finns inte i dag	I första hand att kartlägga behov och förutsättningar för införande av perioperativ MR Genomförd utredning	2021	Data saknas	
Hudmelanom, bilaga 2 I i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021 (MM = maligna melanom)					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Mål uppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Öka täckningsgraden i kvalitetsregister	81 %	95 %	2019	97%	↑
Öka andelen patienter med MM >1mm som erbjudits KSSK	86 %	95 %	2019	85%	↔
Öka andelen patienter med MM >1 mm diskuterade på MDK	83 %	90 %	2019	73%. MDK-rutinen har uppdaterats och det är för tidigt att utvärdera data efter det.	
Öka andelen patienter som väntat <4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	38	80	2019	56%	↑
Öka andelen patienter som opereras <1 vecka från första läkarbesök	46 %	80 %	2019	53%	↔
Öka andelen patienter med MM >1mm som genomgår utvidgad kirurgi <3 veckor efter svarsdatum PAD	21 %	80 %	2019	20%. Brist på op-tider.	↔

Inrätta adm. stöd-funktion (koordinatör) till KSSK/läkare	Ingen	Samtliga kliniker har inrättat	2019	Data saknas	
Förbättra psykosocialt stöd till patient och närstående under vårdprocessen	Via kontaktsjuk-sköterskor vid behov	Snabb kontakt med kurator eller psykolog efter behov	Utifrån klinikkens förutsättningar	Data saknas	
Huvud- och halscancer, bilaga 2 J i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Ledtid inremiss till behandlingsbeslut <25 d	Median 28 d, 80 % percentil 71 d (2016)	Median 26 d	Hösten 2020	Median 27 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 21 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 ”stark” misstanke om tumör	Hösten 2020	Data saknas (processledare vakant)	
Rätt använd kompetens (RAK) i tumörteamet	Beskrivs genom kartläggning	Minskad administration för medicinsk personal	Hösten 2020	Data saknas (processledare vakant)	
Utveckling av kirurgisk kompetens	4,5 fast anställda	6 fast anställda tumörläkare	Hösten 2020	Data saknas (processledare vakant)	
Utökad dietisttjänst. Kuratorstjänst tillsätts	Beskrivs genom kartläggning	Tidig kontakt med dietist (pre-op.) och vid uppföljning	Hösten 2020	Data saknas (processledare vakant)	
Uppföljning av behandlade patienter	Beskrivs genom kartläggning	Indelning med onkologer	Hösten 2020	Data saknas (processledare vakant)	
Kolorektal cancer, bilaga 2 K i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					

Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Förbättra ledtid remiss - diagnos	Koloskopiresurserna begränsande	>95 % av patienterna får diagnos <4 veckor efter remiss	2021	Kolon: 78% (viss förbättring) Rektum: 78% (viss försämring) Erforderliga skopiresurser saknas för att hantera inflödet adekvat. När screening införs är ytterligare resurser för koloskopi är nödvändiga.	↑↓
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: 89% Rektum: 85% (RN 94%) Försämringar fr.a. i RVN och förbättringar i RV.	↑↓
Förbättrad patologi, forts.	Ibland långa svarstider så att ex. adjuvant cytostatica startas sent	>90 % PAD svar klara <3 veckor från op.	2020	Kolon: 81% (RVN 96%, RJH 78%, RV 61%, RN 94%) Rektum: 77% (RVN 94%, RJH 94%, RV 46%, RN 94%) En förklaring till långa svarstider på Nus kan ev. vara inklusion till en studie med mer intensiv patologi (RECTOPET) som kräver ett längre patologarbete.	↑↓
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: 17% (RVN 24%, RJH 0%, RV 25%, RN 9%) Rektum: 31% (RVN 58%, RJH 0%, RV 42%, RN 9%) RJH har ingen aktivitet. Tidigare aktivitet i RN har minskat kraftigt då man inte fått anställa vikarie för föräldraledig forsknings-ssk. Det är mycket angeläget att forsknings-ssk finns på alla enheter för att forskningen ska drivas framåt och påbörjade projekt kan avslutas.	↓
Adjuvant behandling startas i tid	Tiden för lång vid några kliniker. Förbättrat samarbete med onkologi behövs bl.a. I riket hålls tiden för 80 % av patienterna	Adjuvant beh. påbörjas <8 veckor för 95 % av aktuella pat.	2020	Kolon: 85% (RVN 100%) Rektum: 80% Bortfall i registreringen gör data svårbedömd. RJH har ingen patient registrerad vare sig för kolon eller rektum.	
Minimalinvasiv kirurgi	Målet nått för alla utom RVN för koloncancer, men endast för RN och VLL för rektalcancer	30 % andel minimalinvasiv kirurgi för både kolon- och rektalcancer patienterna	2020	Kolon: 54% Rektum: 57% (RVN 9%, övriga regioner ca 80%) RVN behöver utveckla den minimalinvasiva kirurgin för att enligt det nationella vårdprogrammet kunna erbjuda detta till sina rektalcancerpatienter.	↑
Livmoderhalscancerprevention, bilaga 2 L i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.

Organisation för cervixcancerprevention; definierade uppdrag/ mandat förankrade i landstings/regionledningen	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 kallelsekansli	2019	Finns i RV, i RJH förväntas beslut i januari 2021. RVN: Arbete pågår för att förankra processen enligt förvaltningsmodell och placera den på patologen där budget finns för systemen, men budget för tjänsteköp av barnmorskor saknas. RN: Ingår i en större organisationsförändring som förhoppningsvis blir klar under 2021	↑
Implementering av Nationella Vårdprogrammet (NVP) för Cervixcancerprevention	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	RV och RJH: Implementering försenad p.g.a. att lab ej hunnit med anpassning av IT och ny HPV-apparat. Nytt startdatum 1 mars 2021. RVN: Infört nov 2020. Det kvarstår arbete med att få alla svar dirigerade enligt NVP. RN: Startade nov 2020.	↑
Regionen ansluten till processregistret (Cytburken)	RVN är anslutet. RN start 2018. Beslut finns i VLL och RJH	Alla landsting anslutna, fortlöpande leverans fullständiga data	2019	Uppfyllt i alla regioner. I RV och RJH som anslöt under 2020 återstår vissa IT-anpassningar för att kunna överföra all data som Cytburken kan ta emot.	↑
Telefonlinje för kvinnor med positivt HPV test utan cell-förändringar	Inte infört	Telefonlinje införd i regionen; hänvisning (tel. nr) i brevet med provsvar	2020	Infört i RN. I RVB och RJH är alla förberedelser är klara för start den 1 mars 2021 när primär HPV-screening införs. I RVN finns plan att dysplasibarnmorskor på alla sjukhusorter ska bemanna telefon för frågor.	↑
Uppringning samt erbjudande av självtest HPV efter lång tids uteblivelse	Inte infört, men pilotprojekt uppringning kvinnor 50-64 år pågår i RVN	Organisation för uppringning och självtest HPV (ett screeningintervall + 3 resp. 4 år) införd i alla landsting	2020	RV: Uppringning startade i okt 2020. Förberedelser för utskick av HPV-självprovtagningkit klara, start när primär HPV-screening införs. RJH: Förberedelser pågår. Uppringning och utskick självprovtagningsskit startas våren -21. RVN: Ej organiserat. Plan finns för projekt under VT-21. RN: Är avhängigt organisation av GCK-kansli som inte finns ännu.	↑
Ökad andel kvinnor med biopsi <3 månader efter höggradiga cellförändringar	RJH 24 %, VLL 42 %, RVN 50 %, RN 70 %	≥90 %	2021	En viss förbättring har skett i regionerna de senaste 3 åren utom i RN där en försämring skett. En del av förklaringen till för lång ledtid till utredning beror på laboratoriernas långa svarstider på screeningprov. Med HPV-primärscreening förväntas svarstiden förkortas vilket kommer förbättra utsikterna att nå målet. RV 62%, långa svarstider från lab och brist på mottagningstider. RJH 26%, planering finns för att omorganisera verksamheten för att en förbättring ska ske. RVN 63%, långa svarstider från lab. RN 61%, försämring p.g.a personalbrist, både dysplasibarnmorska och dysplasiläkare	↑↓

Nationellt sammanhållen journalföring	RN deltar i nationellt samverkansprojekt	Alla landsting deltar i nationell samverkan via tjänsteplattform, åtkomst personuppgifter, provresultat, kontrollfilstillhörighet oberoende av hemort	2021	Ineras nationella tjänsteplattform är klar men ingen region i landet är påkopplad ännu. Arbetet pågår för regioner med kallelsesystemet RHKS att ansluta via Cytburken, vilket gäller för RN. Övriga regioner i norr har systemet Flexlab Invitation vars leverantör inte har kommit igång med utveckling av anslutningsmöjlighet pga att inte tillräckligt många regioner har accepterat deras offert. RV avvaktar och RJH är avhängig RV. RVN har nyligen skrivit på offert från IT-leverantören som har meddelat att utvecklingen inte går att genomföra i befintligt Invitation, ny LifeCare-modell kommer att utvecklas, med start 2022. Detta kommer att påverka samtliga användare av Invitation vad gäller möjligheten att leverera data till INERA.	↔
Lungcancer, bilaga 2 M i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
SVF-team med koordinatörer, k-ssk och lungläkare på alla utredande enheter	Finns på Nus, Sunderbyn, Östersund och Sundsvall.	100 %	2019	Försämrat läge med behov av stafettläkare på lungmedicin i hela sjukvårdsregionen. Brist på läkartider medför längre utredningstider. Vid lungmedicin på Nus genomförs avancerade utredningar åt delar av sjukvårdsregionen vilket medför viss undanträngningseffekt för patienter från RV. Ledtider för utredning sämst i RV. Tung arbetssituation för KSSK på lungmedicinska enheter i hela sjukvårdsregionen, brist på KSSK-resurser på Cancercentrum Nus.	↓
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 molekylärpatologi < 7 d från provtagning (SVF)	Ca 21d	80 %	2021	Ca 21 dagar. NGS-analyserna på Nus körs endast 1 gång/v. Laboratoriet 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 sammanhållen 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	Data för 2020 (ej fullständig): RV 56 d, RN 46 d, RJH 46 d, RVN 62 d Ledtiderna är långa fr.a. i RV och RVN, som ständigt har behov av hyr-läkare. Avancerad bronkoskopi/EBUS utförs endast vid Nus och medför undanträngning av rutinundersökningar 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 nydiagnostiserade 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	Data för 2020(ej fullständig): RV 18 d, RN 23 d, RJH 20 d, RVN 19 d. Fortsatt under målnivån, med väntetiden har minskat 2019 och 2020.	↑
Namngiven kontakt-sjuksköterska senast vid diagnos	Finns på Nus, Sunderbyn, Östersund och Sundsvall	100 %	2019	100%. Välfungerande i hela regionen.	↔
Etablerande av rehabiliteringsteam/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	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Nationella undersökningskoder införda	Införda i RVN och RJH	Införda i hela regionen	2019–06	Införda i RVN och RJH men inte i RN och RV.	↔
Regionen ansluten till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening	Pågående pilotprojekt avvaktas. Förberedelsearbetet bör dock starta	Samtliga landsting anslutna, data levereras kontinuerligt och prospektivt från RIS till INCA	2019–12	Nationellt pilotprojekt har försenats men nationellt kvalitetsregister är nu tillgängligt för anslutning. RVN har beslutat ansluta sig , i övriga regioner saknas beslut.	↑
Fullständig rapportering av alla variabler i kvalitetsregistret	Omfattning av registrering i RIS systemen varierar mellan landsting	Samtliga landsting registrerar alla efterfrågade variabler i RIS och Sectra har anpassat överföringen	2020–12	Ej möjligt då anslutning till registret ej är klart	
Indikatorer som rapporteras på	Skjer inte	Alla regionens screeningheter följer upp	2020–06	Ej möjligt då anslutning till registret ej är klart	

INCA används i kvalitetsarbetet		sina data via on-line rapportering på INCA			
Systematisk eftergranskning av egna cancerfall	Görs i viss utsträckning	Rutiner upprättade, samtliga cancerfall som screenats på egen enhet, screeningupptäckta och intervall-cancer genomgås	2020-06	Görs i RN och RVN. I RV diskuteras införande av eftergranskningsrond. Görs inte rutinmässigt i RJH p.g.a. brist på radiologer	↑
Neuroendokrina tumörer, bilaga 2 O i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019-2021					
Mål	Utgångsläge	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	Data saknas	
MDK-NET genomförd samtliga regioner	Hög andel patienter diskuteras på MDK, men säkra uppgifter saknas	80 % av alla behandlingsbeslut på MDK	2021	Hög och ökande andel patienter diskuteras på MDK, 273 fall 2020 (190 fall 2018). MDK:n är underdimensionerad och dialog pågår för att utökas från varannan till varje vecka. Kritisk kompetens är i nuläget främst patologi och endokrinologi.	↑
God täckning i kvalitetsregistret (KR)	Kvalitetsregistret ännu inte i gång (2018)	80 % av alla patienter ska registreras i KR	2021	Nystartat kvalitetsregister. Täckningsgrad första halvåret 2019 90%, andra halvåret 77%. Låg registrering i RVN (18%), övriga regioner når målet.	↑
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 i sjukvårdsregional MDK-NET.	↔
Njurcancer, bilaga 2 P i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019-2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Samtliga lokaliserade njurtumörer diskuteras på MDK	Ca 50 %	95 %	2020-01-01	44%. Huvudmålet för 2020 har varit att införa en strukturerad sjukvårdsregiongemensam MDK för njurcancerpatienter, men urologen vid Nus har inte deltagit i det arbetet under året vilket omöjliggjort att uppnå det..	↔
Lokalt avancerade/metastaserade njurcancer på MDK	Ca 85 %	98 %	2020-01-01	Se ovan.	↔

Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	40 %	80 %	2020-12-31	31% av patienterna opereras inom 41 dagar efter utfärdande av remiss inom regionen. Detta motsvarar rikssnittet (32%). Inom regionen finns stora variationer; 53% i RVN och 6% i RV.	↑
Rehabiliteringsprojekt i hela regionen	0 %	Alla landsting/ regioner har utarbetat struktur för rehabiliteringsprojekt för njurcancerpatienterna	2020-01-01	Regionövergripande samarbete har diskuterats men finns inte formaliserat, än.	↔
Skriftlig vårdplan för njurcancer	15 %	40 %	2020-01-01	50%. Stora skillnader inom sjukvårdsregionen (86% i RN, 11% i RN).	↑
Roterande kompetenshöjande samarbete i regionen för läkare (schemalagda rotationer till Nus)	0 %	Alla specialister/ nästan färdiga specialister har möjlighet att delta i rotationen	2021-01-01	Ingen pågående rotation av specialister inom området. Ej aktuellt under pågående pandemi.	↔
Palliativ vård, bilaga 2 Q i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	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	72% 2019, 74% 2020. Ingen region uppnår målet på 80% men samtliga regioner ökar eller ligger stabilt på föregående nivå	↑
Brytpunktsamtal för cancerpatienter som kan medverka	RJH 80 % VLL 79 % RN 69 % RVN 85 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %	2021	87% 2019, ökning i samtliga regioner. RVN 91%, RV 88%, RJH 87%, RN 80%.	↑
Anv. validerat smärtskattningsinstrument till cancer pat.	RJH 52 % VLL 60 % RN 42 % RVN 54 %	Samtliga landsting/ regioner 70 %	2021	58%. RN 60%, RV 70%, RJH 50%, RJH 48%. Förbättringar i RN, RV och RVN, liten försämring i RJH	↑
Dokumenterad ordination för v.b. i.v. ångestmedicinering	RJH 96 % VLL 95 % RN 95 % RVN 98 %	Samtliga landsting/ regioner 98 %	2021	96%, alla regioner ligger över 95%.	↔
Bedömd munhälsa	RJH 72 % VLL 71 % RN 71 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %	2021	60% (48–67%). Munhälsa är centralt inom omvårdnad och cancerpatienter har stor utsträckning har nedsatt munhälsa av sin behandling och sjukdom. Nedsatt munhälsa leder till obehag, smärta, infektioner, malnutrition och	↔

	RVN 75 %			patienter som lider av detta kräver mer vård och ökade kostnader. Att tidigt identifiera dessa patienter är av stor vikt.	
Ordnation av stark opioid i injektionsform	RJH 97 % VLL 98 % RN 97 % RVN 97 %	Samtliga regioner 95 %	Målet fortsatt uppfyllt 2021	98%. Alla regioner når målet.	↔
Minska andel "vet ej" ang. senast uttalade 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 26% i sjukvårdsregionen (16-34%) innebär att det finns en osäkerhet kring önskemålet hos 74 % av de registrerade patienterna.	↔
Patologi, bilaga 2 R i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Följsamhet till ledtider 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, kommunikering, 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	Data saknas	
Kompetensförsörjning som möjliggör målet att hålla ledtiderna.	Bemanningsmål behöver ses över på samtliga orter för alla yrkeskategorier och för både cytologi- och histopatologi med tanke på åldersstruktur och förändrade	Leverera rätt ledtider 100 %, erbjuda VFU/ utbildnings- och fortbildningsplatser RAK, Rätt Använd Kompetens	Q4 2021 Fort-löpande Fort-löpande	Data saknas	

	indikationer i diagnosen. Regional ST-studierektor tillsatt				
Standardiserade processer	Ökande behov av molekylärpatologiska analyser. Primärskärmning för HPV inte infört, utmaningar för integrationer och organisation finns. Skillnader i metoder och arbetssätt i regionen	Tydlig nivåstrukturering Implementera primärskärmning för HPV Standardisera metoder och arbetssätt för samverkan	Fortlöpande Q4 2019 Q4 2021	Data saknas Införande pågår, se uppföljning av livmoderhalscancerprevention. Data saknas	
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	Data saknas	
Peniscancer, bilaga 2 S i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Täckningsgrad för primärregistrering	50 %	95 %	2019-07-01	80%, försämring.	↓
Regional kontakt-sjuksköterska, Kirurgcentrum, Nus	0 %	100 %	2020-01-01	Informell KSSK finns på Nus, men saknar uppdrag.	↑
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt i norra sjukvårdsregionen	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2019-12-31	2020: 18 % av förväntat antal registrerade varav ingen utredd inom utsatt ledtid.	↓

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 tarmcancer-screening 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. Samtliga regioner i norr planerar ansluta sig till kallelsekansliet vid RCC Sthlm-Gotland. Utredning av juridiska förutsättningar för att möjliggöra det har tagit tid men är nu löst genom i enlighet med bestämmelserna i riksavtalet för utomlänsvård. Upphandling av provtagnings- och analysutrustning pågår i Region Stockholm. Dalarna ansluts som pilotregion och startar screening i mars 2021, RN finns med bland de regioner som står närmast i tur och beräknas starta under 2021.	↑
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 <i>in situ</i> 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	RV använder teledermatoskopi sedan 2017 och det fungerar bra. >50% av remisserna från PV till hudkliniken på Nus skickas via teledermatoskopi och ca 7 av 10 diagnosticerade fall av malignt melanom har remitterats via teledermatoskopiremiss. RN har köpt in utrustning för teledermatoskopin arbete för vidare implementering pågår. Flera HC hade införskaffat appen <i>Dermicus</i> från Sthlm sedan tidigare och valt att fortsätta arbeta med den. I RVN har ett mindre projekt startat, men infrastrukturen med pappersremitter och separat inskickade bilder har inte fungerat bra. En hudläkare har genomgått specialutbildning för tolkning av bilder. I RJH finns inget pågående arbete med teledermatoskopi men en läkare planeras genomgå den specialutbildning som behövs. Generellt pekar hudklinikerna på ett systemfel, då tolkning av teledermatoskopiremitter enligt ersättningssystemet inte registreras som patientbesök. Det kan påverka vilka resurser man får för att hantera dessa remisser.	↑
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 men Coronapandemin har medfört att fortsatt arbete pausats.	↔

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 utredas 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 2020: RVN 76%, RV 91%, RJH 62%, RN 49% (riket 73%)	↑
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, men har förbättrats under 2020. Genomsnitt för 2020: RVN 61%, RV 47%, RJH 42%. RN 67% men osäkra data p.g.a. låg inklusion. (Riket 51%)	↑
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	Data saknas, ej obligatoriskt att göra mätningar med SVF-PREM-enkäten under 2020.	
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 avslutades under våren 2020 och material överlämnades till kliniken för fortsatt arbete. En sammanställning av två enkätmätningar i form av en rapport har utförts och visar att personalen idag i större utsträckning känner sig tryggare att fråga patienterna om rökning men behöver ha tydligt stöd från ledningen, klara direktiv och riktlinjer för hur det ska hanteras inom enheten. Av dem som besvarade enkäten svarade >80% att de ställer frågan om rökning. Intresse för arbetssättet finns vid fler kliniker i sjukvårdsregionen. Samtal om detta har påbörjats men Coronapandemin har tillfälligt stoppat vidare arbete.	↑
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	Data som inrapporteras från regionerna till Socialstyrelsens för årlig uppföljning av åtgärder för levnadsvanor är alltför osäker för att kunna utvärderas. I många fall finns fler dokumenterade åtgärder än antalet identifierade dagligrökare.	

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	Data som inrapporteras från regionerna till Socialstyrelsens för årlig uppföljning av åtgärder för levnadsvanor är alltför osäker för att kunna utvärderas. I många fall finns fler dokumenterade åtgärder än antalet dokumenterade personer med riskbruk. Sannolikt har fler personer ett riskbruk än vad som dokumenteras.	
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	Data som inrapporteras från regionerna till Socialstyrelsens för årlig uppföljning av åtgärder för levnadsvanor är alltför osäker för att kunna utvärderas. I många fall finns fler dokumenterade åtgärder än antalet personer som dokumenterats som otillräckligt aktiva. Sannolikt är fler personer otillräckligt aktiva än vad som dokumenteras. Ett sjukvårdsregionalt projekt om stöd till fysisk aktivitet för patienter med cancer pågår, med delprojekt i alla fyra regioner.	
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	Data som inrapporteras från regionerna till Socialstyrelsens för årlig uppföljning av åtgärder för levnadsvanor är alltför osäker för att kunna utvärderas. I många fall finns fler dokumenterade åtgärder än antalet personer som dokumenterats som ha ohälsosamma matvanor. Sannolikt har fler personer ohälsosamma matvanor än vad som dokumenteras.	
Att alla småbarnsföräldrar i norra sjukvårdsregionen, som besöker BVC får en likvärdig	Ett tvåårigt projekt, <i>Sunda solvanor</i> , 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 <i>Sunda solvanor</i> utvärderades positivt i alla regioner. Efter projektets avslutning överlämnades allt material (godkänt av 1177) till regionerna. Tillgängliga informativa kylskåpsmagneter användes så länge lagret räckte men arbetssättet att BVC informerar småbarnsföräldrar om sunda solvanor avstannade sedan. RCC Norr har nu återupptagit stödet till	↑

information om sunda solvanor	införlivats i daglig verksamhet			regionerna och tryckt upp nya magneter och övrigt informationsmaterial som överlämnats till regionerna.	
Prostatacancer, bilaga 2 U i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Målupp-fyllelse	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	2020 t.o.m. oktober: Norra sjukvårdsregionen 21%. Sjukvårdsregionen ligger långt under målnivån. Detta är en högt prioriterad variabel och fler mått har tagits för att förbättra tiderna. RV har infört extra operations-dagar. MDK-processen för RN:s patienter som opereras i RV har snabbats upp. I Umeå är brist på urologer ett problem.	↓
Registrering i e-PROM	E-PROM sjösätts 2018	70 % av alla pat. registreras komplett i e-PROM	2021	2020 t.o.m. oktober: Baslinjeenkät: 90 % har fått baslinjeenkät. 65 % har besvarat den. 3-månadersenkät: 95 % har fått 3-månadersenkäten. 65 % har besvarat den. Verksamheten har förbättrats och de flesta patienter får enkäter.	↑
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	2019 Norra sjukvårdsregionen 38%; RVN 40%, RJH 34%, RV 56%, RN 13%. Nivån är starkt kopplad till PAD-svarstid och tillgång på inrapportörer. En mycket långsam förbättring ses över tid. RV har gjort en stark förbättring mellan 2018 och 2019.	↑
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	2020 t.o.m. juni: 21 %; RVN 41%, RJH 10%, RN 9%, RV 5%. Ur ett medicinskt perspektiv är detta endast av vikt för högriskpatienter men tyvärr saknas differentierad statistik. Psykologiskt är det viktigt för alla patienter. RVN:s goda siffror beror på mycket korta PAD-svarstider (ca 5 dagar) och att KSSK bevakar alla PAD-svar för att undvika doctors-delay.	↑
Kontaktsjuksköterska till flera patienter	86 % i norra regionen. VLL 90 %, RN 75 %, RJH 93 %, RVN 83 %	95 % av pat. tilldelas kontaktsjuksköterska	2021	2020 t.o.m. juni Norra sjukvårdsregionen 90%; RVN 92%, RJH 98%, RV 99%, RN 32% (sannolikt registreringsproblem i RN). En klar förbättring. Vissa enheter har inga KSSK-tjänster utan arbetsuppgifterna görs inom ramen för ordinarie mottagningsarbete. Det försvarar 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	2020 t.o.m. juni Norra sjukvårdsregionen 67%. RVN 87%, RJH 0%, RN 100 %, RV 72 %. Vissa länsdelssjukhus och länssjukhus släpar efter. 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	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Förbättrad patologi	BMA 0, ST block 0	Sarkompatologi: BMA för sarkom, ST block med inriktning sarkompatologi	2020	En patologspecialist anställd under 2020 med tjänstgöringsort Umeå finns samt 2 specialister knutna till patlab Umeå som antingen tjänstgör på plats i Umeå eller medverkar digitalt. Ingen utsedd BMA.	↑
Tillgång kontakt-sjuksköterska	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 och inom onkologi och allmänkirurg på samtliga länssjukhus fränsett Nus.	↔
Öka täckningsgrad i kvalitetsregister	Kvalitetsregistret betydligt lägre täckningsgrad	Täckningsgrad i kvalitetsregister (registrering och behandling, 80 % aktuellt år, 95 % föregående år)	2019	Täckningsgrad 2019 100% för skelett- och mjukdelssarkom. Buksarkomregistret i INCA ligger för närvarande nere så ingen registrering görs. Planerad översyn och återstart av registret har försenats av Coronapandemin.	↑
Förbättrad utbildning	Två utbildningar har genomförts	SK-utbildning i sarkom (inkl. buksarkom) vart 3:e år och program för kontakt-sjuksköterskor	2019	Två utbildningar har hållits, nästa utbildning planeras 2022	↔
Förbättrad rehabilitering	95 % av patienterna i slutenvården (SV) erbjuds sjukgymnast och arbetsterapeutkontakt	En strukturell, dokumenterad cancerrehabiliteringsplan upprättas för 95 % av SV patienter	2020	100 % av patienterna i slutenvården vid Cancercentrum Nus erbjuds sjukgymnast och arbetsterapeutkontakt. Hälsokattning för cancerrehabilitering används som strukturerat underlag för cancerrehabiliteringsplanen. Cancerrehabiliteringsplanen erbjuds till sarkompatienter både inom slutenvård och öppenvård på Cancercentrum, Nus. Rehabilitering efter kirurgisk behandling följer normal rehab för respektive kirurgisk åtgärd. Det gäller bl.a. fysikalisk träning, protesförsörjning varav en del specialproteser tillverkas vid Nus.	↑
Förbättrad bemanning	Överläkare 1,5 ST läkare 0	Tumörortopedi: två överläkare och en ST läkare	2019	1,75 överläkare, 2-3 ST-läkare kommer att fortsätta inom fältet efter slutförd allmän ST-ortopediutbildning.	↑
Följa SVF	10 % följer SVF	70 % av pat. med sarkom följer SVF och för 80 % hålls ledtiderna	2020	Norra sjukvårdsregionen perioden 190901-200831: Buksarkom: 22% har utretts inom SVF, 50% inom ledtiden Skelett- och mjukdelssarkom: 53% har utretts inom SVF, 67% inom ledtiden. Patienterna utreds enligt SVF-kriterier, men kodning sker ej i motsvarande omfattning.	↔

Sköldkörtelcancer, bilaga 2 W i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Målupp- fyllelse	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, dialog pågår i övriga regioner.	↑
90 % patienter med känd sköldkörtelcancer ska inleda behandling (i regel operation) <4 v från behandlingsbeslut	Uppnått 2016	Bibehålla nivå	2019–2021	Norra sjukvårdsregionen 67%. Stor variation, 20–83%, mer än tidigare år. Längst ledtid i RN som har låg bemanning. Ledtid är i medel 29 d och median 25 d vid känd samt 31 respektive 43 d vid preoperativt okänd cancer. Dessa tider är medicinskt acceptabla även om inte målnivå 28 d nås.	↑
60 % av icke follikulär sköldkörtelcancer >10 mm (≥T1b) ska ha preoperativ cytologisk diagnos	Uppnått 2016; 65 %	60 %	2021	Norra sjukvårdsregionen 42%. Stor variation, 12–100 mer än tidigare år. Mycket lågt i RN under 2019, orsak till det är under utredning. Övriga regioner stabilt eller förbättrat.	↑↓
90 % behandlingsbeslut för sköldkörtelcancer ska tas på MDK	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivå	2019–2021	96%. Välfungerande sjukvårdsregional video-MDK.	↑
90 % av pat. (≥T1b) ska ha namngiven kssk på enheten	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivå	2019–2021	98%. Nationellt i frontlinjen. Alla enheter och både kir och onkologi har kssk inom området.	↑
Alla enheter som op. sköldkörtelcancer i regionen skall kunna erbjuda logoped- resp. kuratorskontakt	Varierar inom regionen	Se mål	2019–2021	98 %. Finns på alla enheter. Väntetider för logoped skiljer sig mellan enheter och kan variera över tid p.g.a. få medarbetare per enhet.	↑
Testikelcancer, bilaga 2 X i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					

Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Täckningsgrad för primär registrering	88 %	95 %	2019-07-01	2019 80% (2018 96%)	↓
Andel spermienedfrysningar som skett före orchiektomi	25 %	>60 %	2019-12-31	26%, lägst i landet. Sker endast vid Nus, men vore bra om det gick att utföra i varje region.	↓
Andel intermediär/dålig prognosgrupp behandlas onkologiskt på onkologiklinik	Okänt	>90 %	2019-12-31	Data saknas men målet bedöms uppfyllt, alla patienter remitteras till onkologiklinik.	↔
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för nya patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2019-12-31	Oförändrat, inget arbete påbörjat.	↔
Ökad andel som genomgår kontralateral biopsring i samband med orchiektomi	60 %	>90 %	2019-12-31	47%, lägst i landet	↓
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	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	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	Utv.
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	54 %	95 %	2020-01-01	65%, 40-90% i sjukvårdsregionen, lägst i RN.	↑
Pat. med muskelinvasiv urinblåsecancer erhåller neoadjuvant kemoterapi	80 %	85 %	2020-01-01	Data saknas men är enligt intern utvärdering högst i landet	

Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)		70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-01-01	SVF-data för 2020: 32 % utredda enl. SVF och 40% inom tidsintervallen i sjukvårdsregionen.	↔
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2021-01-01	Oförändrat, inget arbete påbörjat	↔
Centralisering av nefroureterektomierna 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	Planering för genomförande pågår men har bromsats p.g.a. Coronapandemin. Det finns konsensus för planen i sjukvårdsregionen.	↑
En cystoskopoperande sjuksköterska per länsjukhus i RN, RVN och RJH	F.n. 5 i regionen	Tre ytterligare cystoskopoperande sjuksköterskor	2020-01-01	Oförändrat 5 cystoskopoperande ssk	↔
Övre mag-tarmkanalens cancer, bilaga 2 Z i den sjukvårdsregionala cancerplanen för 2019–2021					
Mål	Utgångsläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	
Kontaktsjuksköterska med tydlig och rimlig arbetsbeskrivning (cancerrehabilitering)	Förstärkning behövs vid kir och onk, Nus, kir i S-vall, Sunderbyn, Ö-sund.	Kontaktsjuksköterskefunktion 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/sjuksköterska (task-shifting)	RVN sekreterare, under införande i RN, i övriga läkare/ sjuksköterskor	Ingen inrapportering till kvalitetsregister ska skötas av vårdpersonal	2019	Ej uppföljt, inrapportering sköts på många fortfarande av läkare och ssk.	↔
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	För 2017: 79,2% - 93,7%,	>95% täckningsgrad senaste året	2020	För 2019 är täckningsgraden för anmälningsformuläret: Esofagus/ventrikel 100%, Lever/Galla 93%, Bukspottkörtel 73%	↑
Remissbeslut vid välgrundad misstanke - start av behandling	För 2017: Kirurgi 23 % Läkemedel 22 % Strålning 63 %	80 % av patienterna utreds inom ledtider för SVF	2020	För 2019 ligger ledtiderna inom stipulerad tid enligt följande: Esofagus/ventrikel 42%, Galla 21%, Lever 27%, Bukspottkörtel 26%	↔

	Palliativ 30 %				
MDK - start av behandling	Resultat nationella kvalitetsregister presenteras i underlagets text	80 % av patienterna utreds inom ledtider för SVF	2020	Data saknas	
PAD-svar på operationspreparaten	För 2017: 32 dagar	Median 21 dagar	2021	Bukspottkörtel 28 dagar, matstrupe-magsäck 20 dagar.	↑

Uppföljning av nationell och sjukvårdsregional nivåstrukturering

Bröstcancer

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Sjukvårdsregionen har enats om att patienter där mastektomi i profylaktiskt syfte planeras ska remitteras till kirurgisk enhet och diskuteras på MDK där plastikkirurg och cancergenetiker närvarar. Detta för att undvika att eventuell bröstcancer missas i denna högriskpopulation och att samtliga patienter inför operationen har genomgått den rekommenderade preoperativa utredningen med bl.a. magnetkameraundersökning. Operationen bör utföras gemensamt av bröstkirurg och plastikkirurg beroende på kompetensen på enheten.

Gynekologisk cancer

Nationell nivåstrukturering:

Vulvacancer: Kirurgisk och onkologisk behandling i botande syfte är nationellt nivåstrukturerad. Alla kvinnor remitteras till nationell MDK, där val av behandling diskuteras. Kirurgi utförs vid nationella centrum. Nationell MDK hålls digitalt. Det är problem tekniskt med informationsöverföring av t.ex. röntgenundersökningar. Olika nationella centrum håller i MDK varje år vilket medför att nya kontaktvägar måste upprättas årligen. Merkostnad för resor då fler patienter skickas med flyg.

Fertilitetsbevarande kirurgi vid cervixcancer remitteras utanför sjukvårdsregionen i nuläget, nationellt centrum är under behandling inom ramen för nationellt högspecialiserad vård.

Trofoblastsjukdomar ska remitteras till nationellt centrum på Karolinska. Detta är under implementering och för tidigt att utvärdera.

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Operationer av tumörer som vid MDK bedöms kräva de mest avancerade ingreppen har centraliserats till Nus. Detta gäller högriskgrupper med livmodercancer och all kurativt syftande kirurgi för äggstockscancer samt lymfkörtelutrymningar. Det finns en utträngningseffekt av akut kirurgi på Nus, som i högre grad måste ske på jourtid istället för på dagtid på grund av bristande operationsresurser.

Analysprocess för BRCA-mutationer för patienter med äggstockscancer finns och patienter med ärftlig BRCA-mutation remitteras till cancer-genetiska mottagningen vid Nus.

Kolorektalcancer

Nationell nivåstrukturering: Kolorektalcancerpatienter med förmodat behov av CRS/HIPEC (behandling med varm cytostatika i bukhålan) skickas till nationellt utsedda enheter. Från norra sjukvårdsregionen skickas även lokalt avancerade rektalcancerpatienter där bland annat bäckenexenteration krävs – detta är inte nationellt stipulerat och sjukvårdsregional kompetens kan sannolikt byggas upp. Vårduppdragen vid de nationella vårdenheterna och samarbetet med hemmaklinikerna fungerar bra.

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Centraliseringen beslutad 2013–2015, att länsdelssjukhus skulle upphöra med rektalcancerkirurgi och i vissa fall även koloncancerkirurgi, har genomförts. Det har huvudsakligen fungerat bra, men leder på sikt till viss kompetensförlust lokalt. Vanan att orientera i en buk vid olika scenarier kan förloras och man behöver löpande ta ställning till om kompetens fortfarande finns för akutkirurgi och hur den kan säkras med annan slags kirurgi som bas, alternativt omorganiseringar av olika slag.

Den större volymen patienter dit fallen centraliserats är positivt för forskningsmöjligheter, utveckling av mer avancerad vård och utbildning, och sannolikt för patienterna. Centralisering av just cancerkirurgin har dock lett till vissa undanträngningseffekter, där egentligen mindre komplex och enklare cancerkirurgi görs centralt medan mer komplex och avancerad benign kirurgi ibland görs decentraliserat. Inom RV är det brist på operationsutrymme och vårdplatser på Nus vilket gör att nästan enbart malign kirurgi utförs. I Lycksele görs därför ibland avancerad benign kirurgi med assistans från kolorektalkirurger från Nus. Det är inte optimalt ur patienthänseende eftersom kringresurser kan saknas vid de mindre sjukhusen (avancerad urologisk/kärlkirurgisk/gynekologisk kompetens). Liknande exempel finns i RVN.

Livmoderhalscancerprevention

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Stamcellstransplanterade kvinnor i sjukvårdsregionen följs upp regelbundet av specialkunnig gynekolog på Nus. Det handlar om enstaka fall och det har oftast fungerat, åtminstone de första åren efter operation. Kontroller hos gynekolog på sjukvårdsregional nivå bör erbjudas patienten livslångt och här behövs en tydligare policy och överenskommelse i norra sjukvårdsregionen.

Lungcancer

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Viss diagnostik med avancerade bronkoskopiska metoder som sällan utförs sker i enlighet med nivåstruktureringsbeslut centraliserat till Nus, såsom EBUS för staging och interventionell bronkologi. Avseende interventionell bronkologi kommer Nus att ansöka om att bli ett nationellt center inom processen för nationellt högspecialiserad vård. Det vore av värde att centralisera den molekylärpatologiska profileringen i sjukvårdsregionen.

Njurcancer

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Operationer av njurcancer är centraliserade till länsjukhusen i respektive region i enlighet med rekommendation. Fortfarande saknas en sjukvårdsregional MDK för njurcancer. En sådan MDK är central för att alla sjukvårdsregionens njurcancerpatienter ska få en jämlig bedömning inför behandling. Frågan är högt prioriterad av den sjukvårdsregionala processarbetsgruppen men MDK:n har inte kunnat införas då urologen vid Nus inte har deltagit i arbetet.

Peniscancer

Nationell nivåstrukturering: Sjukvårdsregionens patienter skickas till de nationella vårdenheterna i enlighet med besluten. Vårduppgiften vid de nationella vårdenheterna och samarbetet med hemmaklinikerna fungerar bra. Medverkan vid nationell MDK sker från norra sjukvårdsregionen, men är beroende av en enda person som närmar sig pension. Den genomförda nivåstruktureringen har medfört att den translationella peniscancerforskningen i norra sjukvårdsregionen helt har lagts ner.

Prostatacancer

Nationell nivåstrukturering avser salvagebehandling efter strålbehandling. Enstaka patienter har opererats vid Karolinska sjukhuset respektive genomgått kryobehandling vid Skånes universitetssjukhus. Patienter som är aktuella för dessa åtgärder diskuteras på MDK och först därefter går remiss iväg för nationell åtgärd.

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: RN har slutat att genomföra prostatektomier och skickar patienter till RV för kirurgi. Åtgärder har vidtagits för att effektivisera tidsförloppet och göra väntetiden jämlik med RV patienter. Centraliserad bedömning av MR-prostata har inte genomförts, MR görs på de orter där MR kamera finns. Sedan centraliserad MR-bedömning föreslogs i nivåstruktureringsplanen för 2016–2018 har mer vetenskapliga fakta för att använda MR i prostatadiagnostik kommit, vilket påverkar hur verksamheten bör organiseras. Samordnande diskussioner inom MR-radiologin förs, liksom inför ett införande av organiserad prostatacancertestning (OPT) där MR har en central roll.

Sarkom

Nationell nivåstrukturering: Sjukvårdsregionens patienter med avancerade buksarkom skickas till de nationella vårdenheterna i enlighet med besluten. För muskuloskelettala sarkom är den nationella nivåstruktureringen oklar och samråd sker varannan vecka på nationella MDK. En tolkning av den nationella nivåstruktureringen är att all diagnostik och behandling av sarkom skall centraliseras – en annan tolkning är att bara avancerade fall skall remitteras. När det gäller tumörer inom plexusområdet (området omfattande nerver intill nyckelbenet) ska centralisering ske till två enheter, varav en i Umeå. Hittills har inga remiser kommit från andra sjukvårdsregioner.

Sköldkörtelcancer

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Beslutad förändringen avseende sjukvårdsregional centralisering av ovanligare och avancerade sköldkörteltumörer har genomförts och fungerar bra. Rekommenderad lokal omorganisation av primärutredning av sköldkörtelnölar enligt förebild till inremittent via röntgenenhet har genomförts i RV. Viss ultraljudsdiagnostik är på gång att flyttas eller har flyttats från kirurgkliniker till röntgen även i övriga regioner i norr, men ännu inte implementerat fullt ut. Ytterligare förändringar kommer i samband med det nationella

vårdprogrammet som revideras 2021. Resurser med helst sonograf (eller röntgenläkare) behöver planeras och tillsättas inom regioner som inte har infört programmet ännu och det ska även inkludera cytologipunktion vid primärdiagnostiken i de fall där punktion ska göras.

Testikelcancer

Nationell nivåstrukturering: Sjukvårdsregionens patienter som ska göra retroperitoneal lymfkörtelutrymning skickas till de nationella vård-enheterna i enlighet med besluten.

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Operationer av testikelcancer är centraliserade till länssjukhusen i respektive region i enlighet med rekommendation.

Urinblåsecancer

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Kirurgisk behandling med cystektomi vid urinblåsecancer rekommenderas vid ett sjukhus i varje sjukvårdsregion. I norra sjukvårdsregionen sker operationer i Umeå och i Sundsvall men med ett gemensamt team. Svåropererade patienter från RVN opereras i Umeå.

Övre GI-cancer

Nationell nivåstrukturering: Sjukvårdsregionens patienter skickas till de nationella vård-enheterna i enlighet med beslut (omfattar flera diagnoser och åtgärder). Det fungerar i stort bra, men med de nationella vård-enheterna blir processen och logistiken mer komplex, med större risk för fördröjningar och större risk för oklarheter om vem som förväntas göra vad. En tydligare struktur och en ökad standardisering vore önskvärd.

Sjukvårdsregional nivåstrukturering: Beslutade förändringar av nivåstruktureringen har i hög grad genomförts. Det fungerar i stort bra, men vissa perioder är det lång ledtid till operation vid Nus. En farhåga är att centraliseringen på sikt ska försvåra att uppnå, och vidmakthålla, en kirurgisk bakjournskompetens på länssjukhusen.