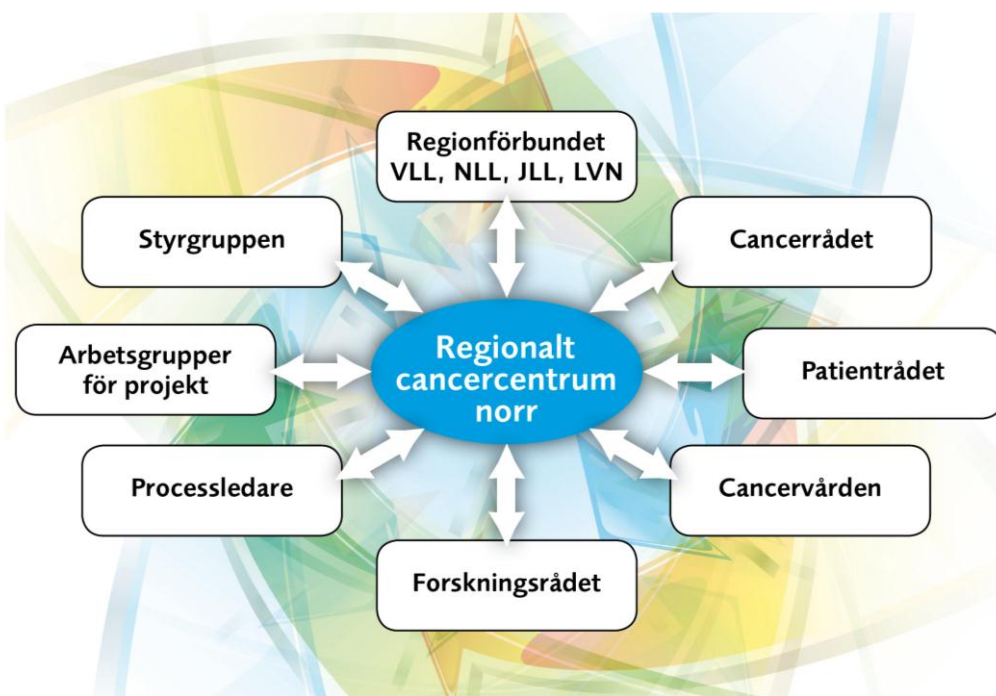


”Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd.”

REGIONAL UTVECKLINGSPLAN FÖR CANCERVÅRDEN I NORRA REGIONEN 2013 – 2015



Beslutad av Förbundsdirektionen för Norrlandstingens Regionförbund att gälla fr.o.m. 2013-03-15

Revidering enligt beslut i Förbundsdirektionen 2014-05-21. Gäller fr.o.m. 2014-06-18 med samtliga landstingshandlingsplaner.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
1 Bakgrund	5
1.1. Nationella och regionala strategier för cancervården	5
1.2. Cancerutvecklingen i Sverige och regionen	6
1.3. Öppna jämförelser av cancervårdens kvalitet och effektivitet	9
2 Regional utvecklingsplan för 2013-2015	10
2.1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer	10
2.2. Vårdprocesser	10
2.3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård	13
2.3.1. <i>Psykosocialt stöd och rehabilitering</i>	13
2.3.2. <i>Palliativ vård</i>	13
2.4. Patientens ställning i cancervården	14
2.5. Utbildning och kompetensförsörjning	14
2.6. Kunskapsstyrning	17
2.7. Klinisk forskning och innovation	17
2.8. Regionalt cancercentrum Norrs ledning och struktur	18
2.9. Regional utvecklingsplan för cancervården	19
2.10. Nivåstrukturering	19
3 Målnivåer	20
4 Bilagor	30

Sammanfattning

Arbetet med att etablera ett Regionalt Cancercentrum Norr, RCC Norr, inleddes 2010 och politiskt beslut om att inrätta RCC Norr togs av Norrlandstingens regionförbund i september 2011. Norra regionens vision är ”*Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd*”. Denna regionala utvecklingsplan för cancervården lägger grunden för att visionen ska bli verklighet. Regionens första utvecklingsplan fastslogs i mars 2013. Planen ska revideras årligen, och detta är den första reviderade utgåvan. Revideringen består i att fler processområden har tillkommit och ett fåtal nya målnivåer har definierats inom de områden som ingick i den första utgåvan av planen. Data kring cancersjuklighet har uppdaterats. Vissa justeringar har även gjorts i den löpande texten, för att anpassa den till de aktiviteter som genomförts och den utveckling som skett inom regionens cancervård under 2013.

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

Planen utgår från de tio kriterier som har definierats för regionala cancercentra. Konkreta målnivåer har definierats för de vårdprocesser som vid utgången av 2012 hade tillsatta processledare, liksom för merparten av de övriga kriterierna. Vårdprocessernas diagnosspecifika mål avser i hög utsträckning ledtider, samt specifika åtgärder inom utredning eller behandling, där resultaten i norra regionen idag är sämre än riksgenomsnittet. Några målnivåer är gemensamma för flera av diagnoserna och kvarstår som övergripande mål i denna reviderade plan:

- *Patologin* behöver förstärkas och befintliga resurser optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostik. Ökad regional planering av ST-utbildningarna i patologi, med fler regiongemensamma ST-block, ökade handledarinsatser, bättre forskningsmöjligheter för patologer och utlandsrekrytering är några möjligheter till förstärkning. En kort svarstid för vävnadsprov kan ha betydelse för behandlingen och bidrar till ett bra psykosocialt omhändertagande av patienten. Detta är viktigt, då man vet att osäkerheten innan diagnos är en mycket svår situation och kan påverka möjligheten att snabbt kunna rehabilitera sig efter cancersjukdomen.
- Bedömning och planering på *multidisciplinära konferenser* (MDK, även kallade multidisciplinära terapikonferenser, MDT, eller multidisciplinära ronder, MDR) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter. MDK medför att rätt undersökningar utförs på patienten och att den behandling patienten får blir optimal utifrån rådande kunskap. För att möjliggöra MDK i önskad omfattning måste bland annat radiologi och nuklearmedicin (bild- och funktionsmedicin) förstärkas och befintliga resurser optimeras.
- Alla patienter ska erbjudas tillgång till en *kontaktsjuksköterska*, med tydligt definierat uppdrag. Att utse kontaktsjuksköterska till alla cancerpatienter kan innebära en viss initial kostnadsökning, men bedöms snabbt bli kostnadsbesparande, då det förebygger onödiga kontakter och fördröjning av vården och skapar trygghet för patienter och närstående.
- *God inrapportering i kvalitetsregister*, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.
- Den *palliativa vården* i regionen behöver förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting och kommuner.

- *Onkologisk specialistkompetens* behöver finnas inom alla regionens fyra landsting och åtgärder för att åstadkomma detta vidtas.
- Öka förutsättningarna för *tidig upptäckt*, genom att utveckla och optimera screeningverksamheten och genom att förbättra förmågan hos akut- och primärvården i regionen att utan fördröjning diagnostisera cancersjukdomar.

För att förebygga cancer är folkhälsoarbetet viktigt, särskilt med avseende på tobak, alkohol och fysisk aktivitet, med fokus på patientmedverkan.

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

Vårdens effektivitet och utveckling ska stödjas genom ny kunskap om den nya invidinriktade cancer-vårdens effekter, nytta för patienten och kostnadseffektivitet. Till år 2015 ska nationella vårdprogram ha utarbetats för samtliga cancerdiagnosområden.

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

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

Den plan för nivåstrukturering av cancervården i norra regionen som fastställts under våren 2013 ska vara genomförd i slutet av 2015.

1 Bakgrund

1.1. Nationella och regionala strategier för cancervården

En nationell cancerstrategi för framtiden

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

Regionala cancercentra

Baserat på utredningens slutsatser beslutade regeringen att utveckla regionala cancercentra (RCC), som det strategiskt och långsiktigt viktigaste förslaget för att stärka cancervården. Norrlandstingen fattade det politiska beslutet att inrätta RCC Norr den 21 september 2011. RCC Norrs struktur och arbetssätt framgår av PM 2011-05-25 från Norrlandstingens Regionförbund.

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

Patientcentrerade kriterier

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

Kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning

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

Kriterier gällande RCC:s organisation

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

Den strategiska regionala utvecklingsplanen för norra sjukvårdsregionens cancervård utgår från dessa kriterier och baseras på de specifika utmaningar som finns i regionen. Detta är den första reviderade utgåvan av den första regionala utvecklingsplanen, som fastslogs i mars 2013. Planen kommer även fortsättningsvis att revideras årligen och utvidgas i takt med det nationella och regionala arbetet inom cancerområdet, där allt fler processer startar inom RCC Norr under de kommande åren. Alla cancerdiagnoser omfattas inte i årets handlingsplan, då processarbetet inte är inlett för alla diagnoser. Under 2015 kommer handlingsplanen att vara fullt utbyggd och omfatta alla cancerdiagnoser.

Norra regionens vision för cancervården

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

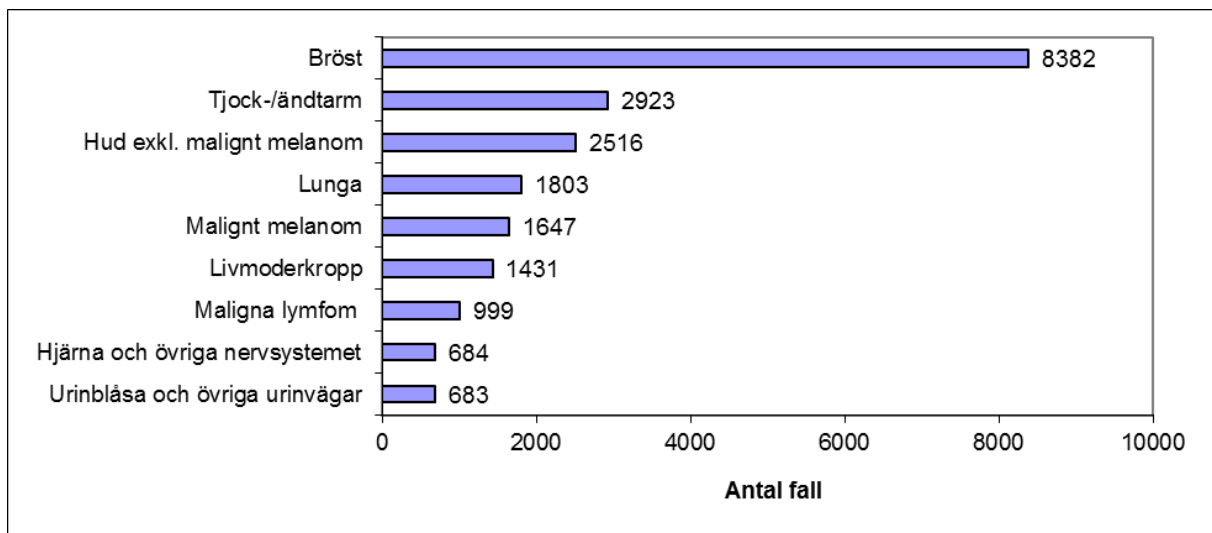
patienten. Distansöverbyggande teknik ska användas i stor utsträckning. RCC Norr har fyra hörnstenar som är centrala för att förverkliga visionen;

- Att i alla sammanhang ha patientens fokus
- Att arbeta för optimal kommunikation mellan olika vårdgivare och mellan vårdgivare och patient
- Att arbeta med evidensbaserad kunskap och god kvalitet
- Att stärka forskning och innovation

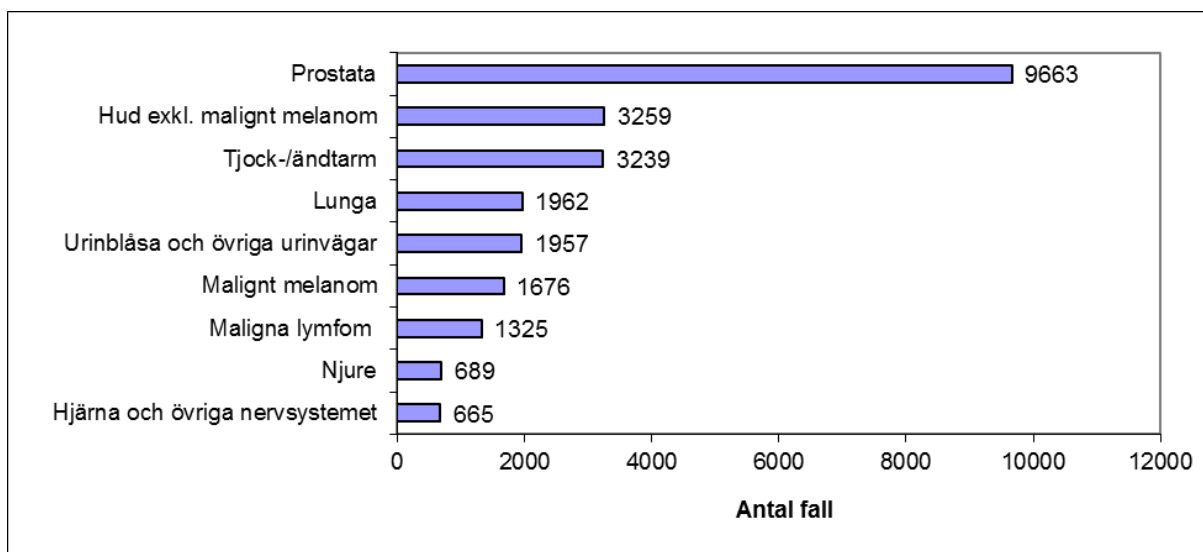
1.2 Cancerutvecklingen i Sverige och regionen

Cancersjuklighet i Sverige

Det finns cirka 200 olika cancersjukdomar med olika svårighetsgrad. Ökad kunskap, bättre behandling och större möjligheter att upptäcka cancer i ett tidigt stadium gör att allt fler som får en cancerdiagnos överlever. 2011 dog 21 733 personer i cancersjukdom i Sverige. Det gör cancer till den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt- och kärlsjukdomar. Hos personer yngre än 75 år är cancer den vanligaste dödsorsaken. Var tredje person i Sverige drabbas någon gång av cancer. År 2011 diagnostiserades 57726 fall i Sverige. Sjukdomen är ungefär lika vanlig bland båda könen, men män och kvinnor drabbas av olika cancerformer. I Sverige är prostatacancer den vanligaste cancerformen bland män och bland kvinnor är bröstcancer vanligast (se figur 1-2).



Figur 1 De nio vanligaste cancerformerna hos kvinnor 2011



Figur 2 De nio vanligaste cancerformerna hos män 2011

Källa: Cancerfondsrapporten 2013

Cirka 65 procent av dem som drabbas av cancer är 65 år eller äldre. Alla åldrar kan dock drabbas, även om endast 1 procent av all cancer diagnostiseras hos personer yngre än 25 år. I Sverige levde vid utgången av 2011 cirka 440 000 personer som hade eller hade haft cancer, en siffra som väntas öka i framtiden till följd av ökad diagnostisering, förlängd överlevnad och befolkningsförändringar. Enligt den nationella cancerstrategin beräknas antalet män som har cancer vara nästan 130 procent fler år 2030 än idag. Motsvarande ökning för kvinnor är 70 procent.

Den relativa 5-årsöverlevnaden för samtliga cancerdiagnoser i Sverige är idag drygt 70 procent. Trots att överlevnaden i cancersjukdom fortsätter att förbättras finns det fortfarande cancersjukdomar med mycket dålig prognos, till exempel bukspottkörtelcancer och levercancer. Lungcancer är den cancer-sjukdom som orsakar flest dödsfall totalt och som orsakar flest dödsfall hos kvinnor. Hos män är prostatacancer den cancersjukdom som orsakar flest dödsfall.

Tabell 1. De tio cancerdiagnoser som orsakade flest dödsfall i Sverige 2011.

Diagnos	Män	Kvinnor	Totalt
Lunga	1901	1705	3606
Tjock-/ändtarm	1334	1315	2649
Prostata	2357	0	2357
Bukspottkörtel	791	789	1580
Bröst	15	1401	1416
Maligna lymfom (inkl. kronisk lymfatisk leukemi)	488	376	864
Urinblåsa och övriga urinvägar	522	236	758
Magsäck	395	268	663
Äggstock	0	563	563
Lever	353	214	542

Källa: Cancerfondsrapporten 2013

Utveckling av cancersjukdomarna i regionen

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

rats med cancer under de senaste fem åren kan förmodas ha behov av vårdinsatser av varierande omfattning.

Tabell 2. Prevalens av cancer i norra regionen i september 2013.

Diagnos	Prevalens 5 år, män	Prevalens total, män	Prevalens 5 år, kvinnor	Prevalens total, kvinnor
Prostata	4440	8900	-	-
Bröst (kvinnor)	-	-	3000	9150
Tjock-/ändtarm	1020	2210	930	2360
Urinblåsa, övriga urinvägar	660	1620	230	620
Lunga	210	340	270	440
Livmoderkropp	-	-	630	2070
Maligna lymfom	400	1100	310	920
Hud exkl. malignt melanom	450	800	370	680
Malignt melanom	390	1000	410	1270
Hjärna, övriga nervsystemet	160	740	270	1140
Huvud-hals	260	620	140	370
Njure exkl. njurbäcken	240	540	150	450
Äggstock	-	-	200	840
Testikel	150	710	-	-
Livmoderhals	-	-	141	950
Bukspottskörtel	45	70	35	50
Magsäck	80	200	60	170
Lever, primär	25	45	20	35
Övriga diagnoser	950	2360	1040	3120
Totalt*	9200	19900	7950	23200

Källa: Cancerregistret/Regionalt Cancercentrum Norr

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

Samtidigt som hela befolkningen i regionen väntas minska kommer förekomsten av cancer att öka, beroende på ökningen av antalet äldre. Utvecklingen skiljer sig något mellan landstingen i regionen, beroende på ålderssammansättningen i respektive län. Att identifiera tumörfall i ett tidigt stadium medför att färre personer får spridd cancer och att fler överlever sin sjukdom, samt att den cancerbehandling man genomgår är mindre omfattande. Tidig upptäckt är därför en övergripande strategi för att kunna möta det ökande antalet tumörfall. Prevention är också en möjlighet att påverka den ökande förekomsten av cancer, såsom till exempel rökning med avseende på lungcancer, eller borttagande av polyper som förhindrar utvecklingen av tjock-/ändtarmscancer.

Tabell 3 visar statistik över antalet diagnostiserade fall inom de olika tumörtyperna i regionen 2012 samt förväntat antal år 2017. Ökningen från 2012 till 2017 beräknas till i genomsnitt 7 procent i regionen.

Tabell 3. Antal nya fall av cancerdiagnoser i norra regionen 2012 samt prognos för 2017

Diagnos	Antal fall 2012*, män	Prognos 2017*, män	Antal fall 2012*, kvinnor	Prognos 2017*, kvinnor
Prostata	1032	1133		
Bröst (kvinnor)			658	727
Tjock-/ändtarm	298	316	268	293
Urinblåsa, övriga urinvägar	195	222	67	68
Lunga	141	166	160	196
Livmoderkropp			131	144
Maligna lymfom	103	121	84	87
Hud exkl. malignt melanom	158	149	107	121
Malignt melanom	100	117	96	107
Hjärna, övriga nervsystemet	62	60	58	73
Huvud-hals	79	87	35	46
Njure exkl. njurbäcken	73	72	40	44
Äggstock			44	46
Testikel	30	35		
Livmoderhals			35	38
Bukspottkörtel	42	42	40	48
Magsäck	53	41	37	35
Lever, primär	23	25	20	17
Övriga diagnoser	302	309	314	366
Samtliga diagnoser	2691	2895	2198	2456

Källa: Regionalt Cancercentrum Norr

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

1.3 Öppna jämförelser av cancervårdens kvalitet och effektivitet

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting har publicerat ”Öppna jämförelser av cancer-sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2011.” Syftet med rapporten är att skapa underlag för beslutsfattare och att stimulera landstingen att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Årligen publiceras jämförelser för ett mindre antal parametrar för cancervården i den samlade ”Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting”.

När det gäller överlevnad och behandling av cancersjukdom finns det inget landsting som kan sägas ge den bästa eller sämsta vården. Bröstcancervården håller en genomgående hög och jämn kvalitet över landet. För andra tumörsjukdomar är skillnaderna större. Väntetiderna kan variera stort mellan landstingen. Vid flera cancerformer finns dessutom stora skillnader i väntetid inom respektive landsting.

Inom norra sjukvårdsregionen pågår ett arbete med regionala öppna jämförelser, RÖJ. Detta är inlett för några av de större diagnoserna, som prostata-, bröst-, lung- och tjocktarmscancer. Datauttagen till rapporterna görs av statistiker vid RCC Norr. I rapporterna jämförs för ett antal parametrar skillnaderna mellan länen och i vissa fall även på sjukhusnivå. RÖJ-rapporterna är viktiga vid den genomlysning som RCC Norrs processledare gör av hur regionens cancervård fungerar och utgör ett underlag för de mål för cancervårdens utveckling som har satts upp för de olika diagnosområdena. RÖJ-rapporterna publiceras på RCC Norrs hemsida, www.rccnorr.se. Rapporterna uppdateras årligen för att följa att målnivåer förbättras enligt planering.

2 Regional utvecklingsplan för 2013-2015

För respektive kriterium redovisas regionens övergripande strategi och mål, samt hur det regionövergripande arbetet är organiserat. De konkreta målnivåerna redovisas under avsnitt 3, där såväl nuläge som tidpunkt för måluppfyllelse finns tabellerade.

Landstingen ansvarar för att på bästa sätt organisera vården och följa sin egen utveckling, så att målnivåerna i den regionala utvecklingsplanen uppfylls. Respektive landsting utarbetar handlingsplaner för hur de utifrån sina egna förutsättningar ska nå de regionala målen. Handlingsplanerna inlämnas till förbundsdirektionen och två gånger per år gör landstingen en avrapportering av hur arbetet fortlöper. Målnivåerna följs upp årligen genom analyser av kvalitetsregisterdata och vid behov genom upprepade RÖJ-rapporter eller genom andra särskilda uppföljningsinsatser. RCC Norr svarar för den övergripande och samlade uppföljningen på regionnivå, med rapportering till förbundsdirektionen och återkoppling till landstingen.

2.1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer

Norrlandstingen har en gemensam arbetsgrupp för folkhälsoarbete och förbundsdirektionen har fastslagit ett regionalt folkhälsopolitiskt program för 2012-14. Programmet fokuserar bland annat på riskfaktorer för cancer. Att minska rökning, alkoholkonsumtion och övervikt och öka den fysiska aktiviteten hos befolkningen är övergripande mål. Ett nätverk för tobaksprevention har skapats i regionen och har ett aktivt arbete. Ett nätverk för alkoholprevention är planerat, men har ännu inte kunnat starta på grund av att JLL och VLL inte har representanter inom området. Antal förskrivningar av fysisk aktivitet på recept ökar. Nästa steg blir att metoder för uppföljning och effektmätning av receptförskrivning ska utvecklas. När det gäller livmoderhalscancer, är säkrare sex och god vaccinationstäckning i fokus för det förebyggande arbetet. I regionen främjas säkrare sex bland annat genom gemensamt arbete i Kunskapsnätverk hiv/STI norr.

RCC Norr har arbetsgrupper för tidig upptäckt/screening av cancer i bröst, prostata, livmoderhals, kolon/rektum, hudtumörer och i högriskgrupper. Regionens arbete med tidig upptäckt av cancer fokuserar på att utveckla och optimera mammografi och cervixcancerprevention. Tre av regionens fyra landsting (NLL, VLL och JLL) kommer att delta i den nationella tjocktarmscancerscreeningstudie som planeras för 2014-16. RCC Norr ger bland annat ekonomiskt bidrag till utbildning av koloskopisköterskor i samtliga län i regionen, samt bistår med resurser för logistik kring studiens genomförande. I LVN införs allmän tjocktarmscancerscreening genom test av blod i avföring. Screening för tjocktarmscancer ingår i Socialstyrelsens nya screeningrekommendationer och den nationella tjocktarmscancerscreeningstudien är ett steg i införandet av allmän screening för tjocktarmscancer. En översyn och förstärkning av regionens koloskopiresurser behövs, för att möta det ökade behov av koloskopier som screeningen medför.

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

Processledaren för ”vägen in till cancervården” arbetar för att förbättra förmågan hos primärvården i regionen att utan fördröjning diagnostisera cancersjukdomar. Under 2014 genomförs särskilda pilotprojekt för att förbättra tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer och cancer i urinvägarna.

2.2. Vårdprocesser

RCC Norr ska leda och samordna regionens arbete med att förbättra vårdprocesserna inom cancer-vården. Vårdprocesser är alla delar i vårdkedjan, från förebyggande behandling till palliativ vård.

Processledare för olika diagnosområden, samt för ett antal diagnosöverskridande områden, kartlägger vårdprocesserna inom sina respektive ansvarsområden. De identifierar brister och effektiviseringsmöjligheter, tolkar öppna regionala jämförelser och tar fram underlag för systematiskt förbättringsarbete. I utvecklingsarbetet ska patientens behov vara i fokus och utgångspunkten vara att varje steg i vårdprocessen ska tillföra ett värde för patienten. Processledarna (re)aktiverar regionala vårdprogramgrupper som fungerar som referensgrupp inom RCC, föreslår och förankrar målnivåer samt följer upp dem. För alla processer tillsätts regionala arbetsgrupper, vilket innebär att mycket av det systematiska förbättringsarbetet bedrivs gemensamt i regionen och inte inom landstingen var för sig. Patientrepresentanter involveras i processarbetet.

Inför 2014 har samtliga processledare getts möjligheten att söka medel från RCC Norr för pilotprojekt för att studera eller förbättra något specifikt område som man har identifierat inom ramen för sina processledaruppdrag. Projekten ska i första hand genomföras under året.

Processledare har tillsatts på 20-50 procents uppdrag från 2011 och framåt. Tabell 4 redovisar vilka processledare som var tillsatta i oktober 2013. Målsättningen är att alla cancerdiagnosområden under våren 2014 ska ha en tillsatt processledare.

Tabell 4. Processledare för RCC Norr, tillsatta eller med planerad tillsättning under 2011-14.

Område	Tillsatt processledare	Start
1. Barnonkologi ⁴	Ulf Hjalmar, VLL	130101
2. Blodcancer	Karin Forsberg, VLL	120101
3. Bröstcancer	Stefan Emdin, VLL	110901
4. Cervixcancerprevention	Pia Collberg, JLL	130301
5. Gynekologisk cancer	Ulrika Ottander, VLL	110901
6. Hjärntumörer ⁴		
7. Kolorektalcancer	Håkan Olsson, VLL	110901
8. Lungcancer	Annelie Behndig, VLL	110901
9. Melanom/hudtumörer	Virginia Zazo, VLL	140101
10. Neuroendokrina tumörer, tunntarm och tyreoida	Joakim Hennings, JLL	140101
11. Okänd primärtumör (CUP)		
12. Palliativ vård ¹	Katarina Sedig, NLL	110901
13. Patologi	Janos Vasko, VLL	121015
14. Prostatacancer	Camilla Thellenberg Karlsson, VLL	110901
15. Psykosocialt stöd och rehabilitering ³	Helena Bucht, NLL	120401
16. Sarkom och benmetastaser		
17. Screening/tidig upptäckt ²	Håkan Jonsson, VLL	120901
18. Tumörer i övre mag-tarm-kanalen	Bengt Wallner, VLL	130301
19. Urogenitala tumörer utom prostatacancer	Amir Sherif, VLL	130201
20. ”Vägen in till cancervården” ³	Maria Lindström, LVN	120901
21. Öron-, näsa-, halscancer		

Uppdrag på 20 % utom för ¹ 50 %, ² 40 %, ³ 40 % år 1, därefter 20 %, ⁴ 20 % år 1, därefter 10 %

Identifierade gemensamma behov

Samtliga processledare som var tillsatta vid utgången av 2012 och några av dem som tillsattes 2013 har definierat målnivåer för sina respektive processer. Vårdprocessernas diagnosspecifika mål avser i hög utsträckning ledtider, samt specifika åtgärder inom utredning eller behandling, där resultaten i norra regionen idag är sämre än riksgenomsnittet. Målnivåerna redovisas i detalj i avsnitt 3, och beskrivs och analyseras i respektive processledares rapport som finns i bilagorna 1-13. Några behov har identifierats som viktiga inom flera processer:

- **Ledtider för patologi**

Väntan på diagnosbesked är en av de faktorer som upplevs psykosocialt svårast för patienten, och har betydelse för hur patienten klarar av att hantera sin cancersjukdom, behandling och återgång till arbetslivet. Bristen på patologer såväl regionalt som nationellt orsakar långa ledtider i väntan på patologisvar inom flera diagnoser. De resurser som finns måste utnyttjas optimalt och åtgärder för att förstärka patologin i regionen vidtas (se avsnitt 2.5, Utbildning och kompetensförsörjning).

- **Multidisciplinära konferenser (MDK)**

Bedömning och planering på multidisciplinära konferenser, MDK (även kallade multidisciplinära terapikonferenser, MDT, eller multidisciplinära ronder, MDR), av samtliga eller definierade grupper av patienter, är viktigt för att ge patienterna adekvat och jämlik vård utifrån individuella behov. Att patientfall bedöms på multidisciplinär konferens medför att olika specialister, vanligtvis onkologer, kirurger, radiologer/nuklearmedicinare och patologer, gemensamt går igenom den diagnostiska utredningen och föreslår behandling. Sannolikheten för att utredningen blir rätt utförd och att optimalt behandlingsalternativ ges ökar därmed. Beroende på diagnos och behandlingskomplexitet kan MDK ske inom respektive landsting eller regionalt, där de svåraste fallen bör diskuteras vid regionala MDK. Tillräcklig kapacitet i regionens it-bryggor är en förutsättning för att möjliggöra regionala MDK. RCC Norr har gett betydande ekonomiska bidrag till att förstärka tekniken för detta i regionen samt för ett gemensamt regionalt RIS/PACS-system för bild- och funktionsmedicin. Ytterligare it-satsningar krävs dock för att kunna försörja vissa länsdelssjukhus med tillräcklig uppkopplingskapacitet, och RCC Norr bidrar med vissa medel för detta. Regionala satsningar behövs även för driftsättande av ett gemensamt remiss- och svarssystem och utredning pågår kring ett eventuellt framtida regiongemensamt datasystem för laboratoriemedicin. En gemensam infrastruktur inom regionen, som omfattar en likvärdig tillgång till bild- och funktionsmedicin, laboratoriemedicin, fysiologiska laboratorier med mera, är en viktig förutsättning för såväl vårdprocesserna som kliniska studier i hela regionen. Säker och likvärdig information måste vara tillgänglig vid alla punkter där patienter med cancer blir föremål för beslut avseende utredning, behandling och uppföljning.

Rutiner behöver optimeras för att möjliggöra deltagande i MDK av kompetenser där tillgången är mindre än behoven, såsom patologer, radiologer/nuklearmedicinare, onkologer med flera. Ett processarbete för att optimera flödet vid MDK-handläggning av patientfall har pågått vid Nus sedan 2012. I respektive processgrupp fortsätter arbetet med att optimera logistiken kring både befintliga och tillkommande MDK.

- **Kontaktsjuksköterskor**

Tillgång till kontaktsjuksköterska med tydligt definierat uppdrag och koordinerande funktion inom respektive verksamhet mäts nationellt som ett kvalitetsmått för allt fler cancerdiagnoser. Det lyfts av såväl vårdprofessionen som patienterna som väsentligt för att säkerställa patientens trygghet och möjlighet att få snabb kontakt i vården, vilket ökar möjligheterna för patienten att klara mera egenvård. Vidare stödjer kontaktsjuksköterskor optimering av vårdkedjor, minskning av ledtider för planeringen av utredning och behandling och stärker patientens roll i vårdprocessen. Ett omfattande arbete med att tillsätta kontaktsjuksköterskor med ett tydligt uppdrag har påbörjats i samtliga landsting och kommer att fortsätta.

- **God inrapportering i kvalitetsregister**

Detta är en förutsättning för att kunna följa cancervårdens utveckling i regionen och för att ge bra underlag för kommande förbättringsarbeten. Kontaktsjuksköterskor kan ges en viktig roll att rapportera vissa uppgifter i kvalitetsregister, för en jämn och god inrapportering av kliniska data. Två gånger per år rapporterar RCC Norr täckningsgrader i regionens cancerkvalitetsregister. Rapporteringen sker på kliniknivå för att ge optimalt underlag för förbättringar.

- **Onkologisk kompetens i regionen**

I regionen finns onkologiska kliniker i Umeå och Sundsvall, medan Norrbotten hösten 2013 har en specialist i onkologi anställd vid Sunderbyns sjukhus och Jämtland helt saknar egna specialister i onkologi. Att säkerställa tillgång till specialistkompetens inom onkologi i samtliga landsting är nödvändigt för att möjliggöra en likvärdig och säker onkologisk behandling av regionens cancerpatienter.

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

Ett gemensamt nationellt projekt avseende ordnat införande av nya cancerläkemedel pågår och en rapport presenterades i januari 2013. Rapporten ingår som underlag för ett bredare nationellt projekt som omfattar ordnat införande av läkemedel inom samtliga diagnosområden. För cancerområdet har en särskild arbetsgrupp tillsatts som stöd för det nationella arbetet med nya läkemedelsterapier (NLT). I norra regionen finns ett etablerat samarbete för regional introduktion nya läkemedel genom norr-ländska läkemedelsrådet, som med stöd av de regionala chefsamråden och RCC Norr utarbetar beslutsunderlag för regional introduktion av nya läkemedel. Landstingsdirektörerna tar ställning till förslagen och beslut tas i förbundsdirektionen.

2.3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård

2.3.1. Psykosocialt stöd och rehabilitering

Patienter och närstående ska oavsett diagnos och bostadsort erbjudas cancerrehabilitering inklusive psykosocialt stöd. Denna ska utgå från en strukturerad bedömning av individuella behov och dokumenterad planering av åtgärder. Det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering som fastställs under 2013/2014 ska implementeras i regionen.

RCC:s processledare för psykosocialt stöd och rehabilitering leder en regional arbetsgrupp inom området, vars lokala representanter utsetts av respektive landsting för att delta i det regionala utvecklingsarbetet och förankra och implementera resultatet av det i det egna landstinget. Arbetsgruppen samarbetar med diagnosprocessledarna i att utarbeta regionövergripande rutiner gällande cancerrehabilitering inklusive psykosocialt stöd, anpassade för respektive diagnosgrupp inom de områden där det finns diagnosspecifika behov. Under 2014 görs ett fördjupat pilotarbete kring detta inom gyncancerprocessen. För detaljerad beskrivning och målnivåer för cancerrehabilitering inklusive psykosocialt stöd, se bilaga 12.

2.3.2. Palliativ vård

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

I regionen är ca 1800 cancerpatienter per år i behov av palliativ vård. Kartläggningen av den palliativa vården i regionen har bland annat identifierat ett stort behov av breddutbildning i palliativ vård för personal inom både landsting och kommuner. En web-baserad utbildning i grundläggande palliativ vård, riktad till all personal som möter palliativa patienter, är under utarbetande och beräknas vara klar att användas i mars 2014. Under hösten 2013 utarbetas en kommunikationsplan för maximal spridning av utbildningsmaterialet. För detaljerad beskrivning och målnivåer för palliativ vård, se bilaga 6.

2.4. Patientens ställning i cancervården

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

Möjligheter till interaktiv/digital patientutvärdering ska skapas och patientrapporterade resultatmätt (PROM) inkluderas i fler kvalitetsregister. Införandet av PROM ingår i Sveriges kommuners och landstings (SKL:s) certifieringskriterier för kvalitetsregister, och RCC Norr bidrar till detta via regionens registerhållare och registeransvariga inom RCC Norr. Arbetet pågår inom samtliga cancerkvalitetsregister. Ett utveckling av en teknisk lösning för att underlätta samordningen mellan enkätdata och kvalitetsregisterdata kring patientenkäter pågår. Pilotstudier kring att inkludera patientrapporterade erfarenhetsmätt (PREM) i kvalitetsregister pågår nationellt.

RCC Norr har en samordnande kontaktsjuksköterska, med uppgift bland annat att hålla i ett nätverk för kontaktsjuksköterskor inom cancerområdet i regionen, för erfarenhetsutbyte och fortbildning. Målet är att alla cancerpatienter i norra regionen ska ha tillgång till en kontaktsjuksköterska, som har ett definierat uppdrag. Den samordnande kontaktsjuksköterskan är även regionens representant i den nationella arbetsgruppen för införande av en individuell vårdplan för cancerpatienterna, ”min vårdplan”.

RCC Norrs patientråd lyfter viktiga patientfrågor för utredning inom ramen för RCC:s uppdrag och är ett rådgivande organ till cancerrådet. Patientrådet är bland annat remissinstans för vårdprogram och riktlinjer, deltar i utarbetande av skriftlig patientinformation, medverkar i regionala cancerdag och planerar innehållet i de patientföreträdarutbildningar som RCC Norr anordnar. Patientrådet skriver årligen en rapport med förslag till vad de tycker att RCC Norr ska beakta i sitt förbättringsarbete (bilaga 15). Individuella vårdplaner för alla cancerpatienter, rehabilitering och psykosocialt stöd, utvecklad patientdelaktighet, bemötandefrågor och att minska fördomar kring cancer är områden som patientrådet prioriterar. Under 2014 ska handlingsplaner kring bemötandefrågor och fördomar utarbetas.

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

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

2.5. Utbildning och kompetensförsörjning

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

Bemanningsläget i norra regionen

En kartläggning av bemanningsläget för Norra regionen visar att regionen har brist på flera typer av specialistläkare inom patologi, lungmedicin, onkologi (främst i NLL och JLL, där egna onkologer saknas), hematologi, radiologi-nuklearmedicin, urologi och palliativ medicin. Generationsväxlingar medför även behov av att rekrytera specialistsjuksköterskor för strålterapi (främst i VLL) och radiologi-nuklearmedicin. Det råder brist på kirurgspecialistsjuksköterskor och de onkologspecialistsjuksköterskor som finns är ojämnt fördelade över regionen. För distriktssköterskor finns behov av ökad kompetens inom cancervård.

Norra regionens kompetensförsörjningsråd, där personaldirektörerna från norrlandstingen och representanter från de tre universiteten i regionen ingår, har till uppgift att samordna utbildningsinsatserna och utveckla verksamhetsförlagd utbildning och klinisk tjänstgöring inom regionen. Kompetensförsörjningsrådet har fastslagit en generell kompetensförsörjningsstrategi för regionen. RCC Norr utarbetar under hösten 2013 en särskild kompetensförsörjningsplan för regionens cancersjukvård, baserad bland annat på detaljerade kompetensförsörjningsplaner som processledarna under året har utarbetat för sina respektive områden. Kompetensförsörjningsplanen ska presenteras för förbundsledningen för beslut under första halvåret 2014.

Onkologisk kompetens

Bristen på onkologisk specialistkompetens är kritisk för många diagnoser. Frågan har hög prioritet och RCC Norr gjorde under våren 2013 en särskild utredning för att utarbeta åtgärds- och strategiförslag avseende tillgång till onkologisk specialistkompetens i hela regionen. Utredningsrapporten och dess förslag ingår i underlagen för den regionala kompetensförsörjningsplanen.

Patologi

Bristen på patologer är ett nationellt problem, och en nationell översyn med förslag till åtgärder har rapporterats under våren 2012.¹ Den otillräckliga kapaciteten orsakar fördröjningar i vården av cancerpatienter och påverkar medicinsk kvalitet, forskning och utveckling. I utredningen föreslås kort- och långsiktiga åtgärder för att åtgärda bristerna, såsom teknikutveckling, skapande av interna incitament samt outsourcing. Antalet patologer kan kortsiktigt ökas genom utrikesrekrytering, men långsiktigt måste fler patologer, cytologer och cytodiagnostiker utbildas. Staten och huvudmännen föreslås utarbeta en gemensam handlingsplan för planering och resursfördelning, utbildning, rekrytering och kvalitetsarbete.

Patologiöversynens slutsatser stöds av en pågående genomlysning av förutsättningarna för att bilda en gemensam laboratoriemedicinsk organisation i norra regionen. I det underlaget visas också att tillgången till biomedicinska analytiker (BMA) kommer att minska under kommande år, då pensionsavgångarna vida överstiger antalet nyutbildade BMA i regionen. En likvärdig och väl fungerande laboratorieverksamhet är nödvändigt för säkra och effektiva vårdprocesser för regionens cancerpatienter.

Ett regionalt projekt för att förstärka patologin i regionen pågår sedan hösten 2013. Arbetet omfattar kartläggning och processanalys, med syfte att göra en gemensam och tydlig beskrivning över hur laborativa och diagnostiska processer bör fungera i regionen, samt former för gemensam systematisk kvalitetsanalys och uppföljning. De områden där en förändrad process kan ge bäst effekt ska identifieras och hur förändringen kan genomföras beskrivas. Parallellt utreds på vilket sätt regionens landsting kan samverka kring ST- utbildning, subspecialisering och fortbildning inom patologi/cytologi och inom vilka ytterligare yrkesområden utbildningssatsningar behövs. Projektets utsedda styrgrupp har fått landstingsdirektörernas uppdrag att under våren 2014 lägga konkreta förslag, som kan förverkligas genom beslut i respektive landsting. Rapporteringen sker till landstingsdirektörer och förbundsledningen informeras.

Exempel på möjliga åtgärder för att stärka patologin i regionen:

- Utgå från perspektivet norra regionen, med ökad gemensam planering och styrning och utveckling av ett grundläggande gemensamt diagnostiskt nav.
- Utveckla och säkra användning av distansöverbyggande teknik (e-patologi).

¹ Svensk patologi – en översyn och förslag till åtgärder.

http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=4059afbd-01f7-48f1-8175-fdf5bddfa661&FileName=patologiutredning_rapport_120329.pdf

- Tillsatt utifrån möjlig handledningskapacitet 4 gemensamma ST-block i patologi under 2013-14, och därefter ytterligare minst 2 per år fram till år 2018, med någon form av samfinansiering inom regionen.
- Ökad regional planering av ST-utbildningarna i patologi, där man med e-patologi utvecklar metoder för regiongemensam patologi.
- Alla specialister i patologi som inte har handledarutbildning ska under 2013-14 gå handledarutbildning eller motsvarande, för att öka handledarkompetensen i regionen.
- Nyblivna specialister med behov av ytterligare kompetensutveckling och träning ges möjlighet till detta, genom samverkan i nationella grupper och utökning av e-patologin.
- Förstärkning av den kliniska forskningen vid patologavdelningarna, bland annat genom att verka för ett antal kombinationstjänster.
- Aktivt arbeta för att rekrytera läkare med utländsk specialistexamen och erfarenhet inom patologi, framför allt från närliggande skandinaviska orter.
- Standardisera laboratorieprocesser, inklusive utskärning av operationspreparat.
- Standardisera och säkra nomenklatur och struktur i remisserna till regionens patologavdelningar och för PAD-svaren från dessa.
- Start av en högskoleutbildning av BMA inom regionen med fokus på att klara utskärning av preparat.

Flera av de ovanstående åtgärderna kommer att ta arbetstid för patologer i anspråk, vilket under en tid ytterligare belastar kapaciteten inom patologin i regionen. Att vidta sådana åtgärder, för att på sikt öka kapaciteten inom patologin, bedöms ändå vara helt nödvändigt.

Regionen deltar i det Vinnova-stödda projektet DigiPat, som syftar till att hitta ett optimalt arbetsflöde för digital patologi. Projektet, som omfattar både arbetsflöde och IT-lösningar, ska avrapporteras i augusti 2014.

Radiologi-nuklearmedicin (bild- och funktionsmedicin)

Bristen på radiologer-nuklearmedicinare är ett nationellt problem, som lyfts i bland annat utredningen En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). Liksom bristen på patologer orsakar denna otillräckliga kapacitet fördröjningar i vården av cancerpatienter och påverkar medicinsk kvalitet, forskning och utveckling. De resurser som finns måste utnyttjas optimalt och åtgärder för att förstärka radiologi/nuklearmedicin i regionen vidtas, inklusive att skapa utrymme för vetenskapligt arbete. Antalet radiologer-nuklearmedicinare kan kortsiktigt ökas genom stafetter och distansgranskning, men långsiktigt måste fler radiologer-nuklearmedicinare utbildas. En väl fungerande bild- och funktionsmedicinsk verksamhet är nödvändigt för säkra och effektiva vårdprocesser för regionens cancerpatienter.

Åtgärder för att stärka radiologin i regionen:

- Satsning på ytterligare ST-block i vardera landsting, med regiongemensamma arbetsuppgifter inom bland annat MDK. För 2013-14 bör 4 nya ST-block tillsättas i region.
- Ökad regional planering av ST-utbildningarna där man med e-radiologi utvecklar metoder för lärande. Samarbete sker även med ST-Stockholm.
- Alla specialister i radiolog-nuklearmedicin som inte har handledarutbildning ska under 2013-2014 gå handledarutbildning eller motsvarande, för att öka handledarkompetensen i regionen.
- Förstärkning av den kliniska forskningen vid radiologi-nuklearmedicinavdelningarna, bland annat genom att verka för ett antal kombinationstjänster.

Ett regiongemensamt RIS/PACS med uppkoppling mellan Nus och länssjukhusen har införts.

Strålbehandling

En plan för utveckling av strålbehandlingen inom regionen finns beskriven i de riktlinjer för strålbehandling i norra sjukvårdsregionen 2011-15, som 2009 fastställdes av Norrlandstingens Regionförbund.

Breddutbildning

För att tillgodose en bred och interaktiv basutbildning om cancersjukdomar planeras arbetet med att skapa vissa interaktiva utbildningsmoduler fortsätta, som en plattform för grundläggande utbildning för alla som börjar arbeta med cancerpatienter. RCC Norr organiserar tillsammans med Umeå universitet en cancerseminarieserie, för att sprida kunskap om aktuell forskning och höja kompetensen i regionen. Seminarserien sänds via videolänk, som möjliggör deltagande från hela regionen. Formerna för seminarserien är under översyn hösten 2013.

RCC Norrs hemsida är en viktig bas för informations- och kunskapsspridning till regionens medarbetare inom cancervården. Hemsidan är under fortlöpande utveckling.

2.6. Kunskapsstyrning

Basen för kunskapsstyrning inom sjukvården är klinisk forskning, med fokus på diagnostik och behandling, samt väl fungerande kvalitetsregister som möjliggör uppföljning och ger underlag för systematiskt förbättringsarbete. Syftet är att skapa effektiva vårdprocesser för en god och likvärdig vård. Genom att på ett systematiskt sätt samordna arbetet i regionen ska RCC Norr ge en fast struktur till det regionala stödet för kunskapsstyrning. Utveckling och handläggning av kvalitetsregister, samt statistisk uppföljning av data ur registren, utgör en väsentlig del av RCC Norrs verksamhet. Varje landsting och klinik är ansvariga för en god och effektiv inrapportering till kvalitetsregistren för sina respektive diagnoser, då detta är basen för att kunna dra slutsatser. Landstingen är ansvariga för att målnivåerna uppnås och beslutar själva hur de gör det, genom att organisera vården utifrån de egna förutsättningarna. Processledarna och den regionala arbetsgruppen stödjer linjeorganisationens arbete, genom att föreslå hur omorganisation kan ske och genom att följa upp målnivåer med upprepade öppna jämförelser.

Kvalitetsregistren behöver fortlöpande utvecklas för att möta sjukvårdens snabba utveckling och ge optimal återkoppling till vården. För att optimera detta arbete skapar landets regionala cancercentrum från hösten 2013 en gemensam nationell systemutvecklarorganisation, för utveckling och konstruktion av databaser och kvalitetsregister på IT-plattformen INCA. Organisationen består av tre team, med vardera 4-5 personer, som ägnar sig renodlat åt systemutveckling. Ett av dessa tre team lokaliseras till Umeå, där RCC Norr samarbetar med Registercentrum Norr i ett gemensamt systemutvecklarteam.

RCC Norr deltar i det nationella vårdprogramarbetet. Processledare tillsätts successivt inom områden där nationella vårdprogramarbeten startas. I processledarnas uppdrag ingår att stödja implementeringen av de nationella vårdprogrammen, samt att göra en skriftlig konsekvensbeskrivning med hälsoekonomisk analys för regionen. I de fall en processledare inte är utsedd för området, utser RCC Norr en ansvarig person för arbetet. De nationella vårdprogrammen och eventuella regionala anpassningar av dessa behandlas i RCC Norrs cancerråd inför beslut i det nationella organet (RCC i samverkan). RCC Norrs styrgrupp tar ställning till konsekvensanalysen och godkänner riktlinjer och vårdprogram. Därefter inarbetas dessa i den regionala utvecklingsplanen, för implementering i respektive landsting.

2.7. Klinisk forskning och innovation

Viktiga forskningsstrategiska mål för RCC Norr är

1. En ökad möjlighet för patienterna i hela norra regionen att kunna delta i kliniska studier. En kartläggning av nuläget indikerar att en viktig komponent är att ha regionaliserade studiecentra på länsjukhusen, samt att på ett effektivt sätt sprida information om de studier som rekryterar patienter. Ett nationellt arbete pågår för att ta fram en databas över kliniska studier. Databasen ska pilottestas under första halvåret 2014.

2. Systematisk insamling av kliniska data, bilddata och färskfrusen vävnad samt blodprov från patienter i hela regionen. En utredning om möjligheterna till effektiv insamling i hela regionen är utförd, viss insamling har påbörjats och en diskussion om fortsatt regionalisering av insamling pågår.
3. Utbyggnad av kvalitetsregister och arbetsregister med patientöversikt i sjukvården.
4. Utveckla spetskompetens inom såväl grundforskning som klinisk forskning. Välorganiserade biobankar, som medicinska biobanken, och hälsodatabaser utgör starka plattformar för den translationella forskningen.

Arbetet med forskning och forskarutbildning inom cancervården är kopplat till de befintliga organisationsstrukturerna för forskning i regionen, som nätverket för Klinisk Behandlingsforskning i Norrland (KBN), Clinical Trial Unit (CTU) samt Kliniska forskningsenheten vid Cancercentrum vid Norrlands universitetssjukhus. CTU bistår med kunskap om etikprövningar, biobanksavtal och förutsättningar för kliniska studier. Kliniska behandlingscentra finns i Östersund, Sunderbyn och Sundsvall för att möjliggöra deltagande i kliniska forskningsstudier även för patienter som bor långt från regionsjukhuset.

En forskningssamordnare tillsattes i juni 2012, med särskild statlig finansiering under två år. Samordnaren kartlägger befintliga forskningsprojekt och arbetar för att optimera utnyttjande av kvalitetsregister, biobankar och databaser för kliniska data. Forskningssamordnaren är ordförande i det nationella nätverket för samtliga RCCs forskningssamordnare. Nätverket arbetar för en nationell strategi för att stärka klinisk cancerforskning i Sverige, bland annat med en gemensam databas för kliniska studier inom cancerområdet och en gemensam nationell forskningsplattform. RCC Norr ska genomföra en pilotverksamhet kring registrering av rekryterande cancerstudier i databasen, som görs sökbar via RCC Norrs hemsida. Målsättningen är att behandlande läkare enkelt ska ha tillgång till basal information om möjliga studier där patienten kan inkluderas. Den tekniska lösningen utvecklas under hösten 2013 och testas under 2014.

RCC Norr stödjer registerforskningen i regionen genom att stötta forskande kliniker som vill använda kvalitetsregister för forskning och vårdutvecklingsprojekt med statistisk kompetens. Klinikerna kan fortlöpande ansöka om statistikerverckor och de första projekten som baserats på sådant statistikerstöd kommer att kunna avrapporteras 2014.

På RCC Norrs hemsida finns en förteckning över aktuell klinisk cancerforskning i regionen.

2.8. Regionalt cancercentrum Norrs ledning och struktur

RCC Norr är en kunskapsorganisation som består av många olika kompetenser. Det är en matrisorganisation med ett stort antal medarbetare som samverkar, men som är anställda i de fyra Norrlandslandstingen. RCC-chefen är deras uppdragsgivare för de RCC-relaterade uppdragen.

RCC Norrs ledningsfunktion och styrgrupp är etablerad och samtliga råd – cancerråd, patientråd, forskningsråd och verksamhetsråd – är inrättade och har regelbundna möten. Styrgruppen består av förbundsdirektören, en representant från vardera landstingsledningen, som utses av respektive landstingsdirektör, en verksamhetsföreträdare för varje landsting, samt två företrädare för Umeå Universitet. Förbundsledningen är politisk ledning för RCC Norr och beslutar om den regionala utvecklingsplanen samt om nivåstrukturering för diagnostik och behandling som inte ges i varje landsting.

RCC Norr ingår i det nationella nätverket för samtliga sex RCC i Sverige, RCC i samverkan, som samordnas av Sveriges Kommuner och landsting. Inom RCC i samverkan görs gemensamma satsningar inom övergripande frågor, som resursmässigt tjänar på ett gemensamt ansvarstagande och en nationellt enad struktur.

2.9. Regional utvecklingsplan för cancervården

RCC Norrs första regionala utvecklingsplan för cancervården beslutades av förbundsdirektionen vid Norrlandstingens regionförbund att gälla från och med 15 mars 2013. Samtliga landsting hade då utarbetat handlingsplaner för hur de utifrån sina egna förutsättningar ska nå målen i den regionala utvecklingsplanen. Landstingen lämnar två gånger per år avstämningsrapporter till förbundsdirektionen kring hur arbetet enligt handlingsplanerna fortlöper. RCC Norr ansvarar genom de olika processledarna och arbetsgrupperna för en årlig uppdatering, uppföljning och revidering av målen och detta är den första uppdaterade versionen av planen. Nya målnivåer kommer att definieras och inkluderas för fler områden allt eftersom nya processledare tillsätts. Slutmål för denna utvecklingsplan är satta till 2015. Tidsplanen för uppfyllelse av några målnivåer sträcker sig längre i tiden och kommer att inkluderas även i nästa utvecklingsplan.

Under planperioden kommer nationella vårdprogram att utarbetas. Nya behandlingsrekommendationer till följd av dessa inarbetas i den årliga revideringen av utvecklingsplanen.

2.10. Nivåstrukturering

Med nivåstrukturering menas att man beslutar vem som gör vad, både vad gäller utredning, diagnostik, kirurgi och medicinsk behandling av cancerpatienter. Den första nivåstruktureringsplanen för cancervården i norra regionen fastställdes av förbundsdirektionen i maj 2013. Förbundsdirektionen beslutar om åtgärder som innebär en regional nivåstrukturering över landstingsgränserna. För åtgärder inom respektive landsting kan förbundsdirektionen ge rekommendationer, men respektive landsting beslutar själva hur man organiserar vården. Förslag kring centralisering berör i huvudsak VLL och LVN, där kirurgisk behandling av cancerpatienter inom vissa diagnoser sker vid flera sjukhus, medan decentraliseringsförslag kring i första hand vissa cytostatikabehandlingar omfattar alla regionens landsting. De beslutade åtgärderna i nivåstruktureringsplanen ska vara genomförda senast fyra år efter starten av RCC, det vill säga hösten 2015. Planen, som omfattar både diagnoser och åtgärder, ska revideras vartannat år.

3 Målnivåer

Nedan redovisas målnivåer för respektive kriterium, där sådana har definierats. Det år som området införts i planen anges. ”Nuläge” avser nuläget när målnivåerna definierats, vilket är det år som området införts i planen, om inte annat särskilt anges. Parametrar som kan följas upp i kvalitetsregister anges med ”KR” i kolumnen ”Uppföljning”; för målnivåer som kräver annan typ av uppföljning anges ”Egen”. För några målnivåer kommer aktuella parametrar att införas i kvalitetsregister och därmed möjliggöra uppföljning.

RCC-kriterium	Område/infört i planen år	Målnivåer	Nuläge	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer	Förebyggande insatser /2013, reviderat 2014	Målnivåer 2013: Tobaksprevention: Införa ”Tobaksfri Duo” i hela regionen. Utbilda fler tobaksavvänjare. Starta ett regionalt kunskapsnätverk för tobaksprevention.	Tobaksfri Duo finns i VLL och NLL, införs i LVN, spridning påbörjas i JLL 2012. Tobaksavvänjare finns i 42/44 kommuner. Nätverk saknas.	Tobaksfri Duo spridd 2014, tobaksavvänjare överallt 2014, regionalt kunskapsnätverk 2012	Egen
		Nya målnivåer 2014 Tobaksprevention: Fem gymnasieskolor i regionen ska ha infört Tobaksfri Duo. Skapa nätverk för alla tobaksavvänjare i regionen. Starta insatser riktade till kortutbildade kvinnor och inom psykiatri. Samtliga opererande kliniker ska ha infört rökfri operation.	Tobaksfri Duo finns på en gymnasiepilotskola i VLL. Nätverk för tobaksavvänjare saknas. Visst riktat arbete mot specificerade grupper pågår, men går trögt. Beslut om rökfri operation fattat men ännu ej infört i alla landsting.	Tobaksfri Duo på gymnasiet, nätverk för tobaksavvänjare 2016, riktat arbete mot specificerade grupper 2015, rökfri operation 2016	Egen
		Starta ett regionalt kunskapsnätverk för alkoholprevention.	Nätverk saknas	2014	Egen
		Ökad fysisk aktivitet: Målnivå 2013: Ökad förskrivning av och följsamhet till fysisk aktivitet på recept. Ny målnivå 2014: Minska antalet stillasittare i regionen utifrån Hälsa på lika villkor	6728 FaR i regionen 2011 Andel stillasittande i regionen: Män 13,8 %, kvinnor 13,4 % (snitt)	2014	Egen
		Ny målnivå 2014:Säkrare sex: Öka kondomvändningen bland unga, 15-29 år	Andel som använde kondom vid senaste vaginalt samlag 2009: Män 27 % Kvinnor 19 %	2014	UngKA B/ Egen

Tidig upptäckt av cancer /2014	Regionen ansluten till processregistret för registrering av livmoderhalscancer-screening (Cytburken)	Beslut att starta finns i alla län utom NLL	2014	Egen
	Landstingen har en tydlig organisation för cervixcancerprevention, med dokumenterad ansvarsfördelning och med processansvarig och styrgrupp förankrad i landstingsledningen.	Varierar i regionen	2014	Egen
	Data från mammografiscreeningsystemen levereras på filer enligt specifikation rutinmässigt och regelbundet 4 gånger per år till RCC	Endast NLL har hösten 2013 levererat data, dock inte enligt specifikation	2014	Egen
	Mammografideltagande i regionen förbättras till 87,5 %	85,4 % år 2011	2014	Egen
	Start av rutinmässig registrering i kvalitetsregister av mammografiscreeningfynd som lett till operation med benignt resultat	Informationen i kvalitetsregister omfattar endast bröstcancer	2014	Egen
	Utarbetade rutiner kring upprepad screening (surveillance) med ultraljud för högriskgrupper för levercancer (HCC) i enlighet med nationellt vårdprogram	Rutiner saknas	2014	Egen
	Alla regionens primärvårdsenheter erbjuds delta i projekt kring prickmottagning och gruppinformation kring maligna melanom	Några primärvårdsenheter inom VLL deltar i projektet	2014	Egen
	Deltagande i nationell koloskopi-screeningstudie (NLL, VLL, JLL)	Planering pågår	Start 2014, studieavslut 2016.	Egen
”Vägen in till cancer-vården” /2014	Minst ett samarbetsprojekt per landsting startar där primärvården och den specialiserade vården samarbetar kring cancerpatientens väg in i vården (målnivå införd 2013)	Nuläge 2013: Organiserade samarbetsprojekt saknas	2014	Egen
	Göra en aktuell nulägesbeskrivning av primärvårdens förmåga att diagnostisera cancer, som förbättringsunderlag och för att möjliggöra utvärdering av framtida förändringar.	Aktuell regional nulägesbeskrivning saknas	2016	Egen
	För cancer diagnostiserad i primärvården ska patienten få besked inom ≤ 3 arbetsdagar, från det att primärvården erhållit svar om diagnos. Beskedet ska omfatta plan och en tid till specialistmottagning inom en vecka.	Väntetiden för svar från primärvården ej känd. Ofta långa väntetider till specialistklinik.	2015	Egen/ KR
	Vid stark misstanke om cancer där diagnos behöver fastställas med undersökningar ej genomförbara i primärvården ska patienten få tid till specialistmottagning inom en vecka. Specialistmottagningen skriver själv de ytterligare remisser de bedömer behövs för att ställa diagnos.	Ofta långa väntetider till specialistklinik. Specialistkliniken skriver remissvar till primärvården med uppmaning till ytterligare remittering från primärvården.	2015	Egen/ KR
	När radiologen hittar fynd av cancer hänvisar de vidare till specialistklinik	Primärvården skriver remiss	Utvärdera pilotprojektet maj	Egen

		direkt: Pilotprojekt mellan radiologen-lungkliniken och primärvården i Sundsvall.	till radiologen som skriver svar, varefter primärvården remitterar till specialistklinik.	2014	
		Radiologen beslutar direkt om kompletterande utredning när man inte kan svara på en malignitetsfrågeställning från primärvården med den typ av undersökning som har begärts.	Om undersökningen inte ger svar återremitterar radiologen till primärvården, med uppmaning att remittera till annan undersökning	2015	Egen
		Fortbildning i form av 1. Utbildningsdag i ”Hur hittar vi cancer tidigare”. Alla primärvårds-, AT- och ST-läkare i norra regionen inbjuds till utbildningsdagar. 2. Anpassa lathund kring cancersymtom från VGR till norra regionens förhållanden och sprida den inom regionens primärvård	1. Ingen utbildning i ämnet har erbjudits under överskådlig tid. 2. Inga specifika riktlinjer finns för primärvården vad gäller cancer	2014	Egen
		Nollvision för nyrekrytering av rökare: <1 % av ungdomar i årskurs 9 och i årskurs 3 på gymnasiet röker	26 % av flickor och 19 % av pojkar i årskurs 9 röker	2019	Egen
Vårdprocesser	Lungcancer /2013	FDG-PET-DT ska ingå i utredningen för 90 % av patienterna i stadium Ib-III	65 % (30-92 % i regionen)	2015	KR
		Alla patienter ska ha tillgång till kontaktsjuksköterska	Finns på regionens lungsektioner men inte på onkologen	2015	Läggs till i KR
		Ledtid från remiss till behandlingsbeslut < 28 dagar för 80 % av patienterna	75 % (mediantid 14-20 dagar)	2015	KR
		Operation inom 20 dagar från behandlingsbeslut för 80 % av patienterna	25 % (4-35 % i regionen)	2015	KR
		Andel av patienter i stadium IIIA som erhåller kurativt syftande radiokemoterapi ska stå i paritet med nuläget i övriga landet, vilket är 30 %	15-20 % i regionen	2015	KR
		95 % inrapportering i det nationella kvalitetsregistret - både anmälning och uppföljning - med första inrapportering inom 3 månader	73 % inrapportering (39-96 %), varav 23 % inom 3 mån	2013	KR

Ovarialcancer /2013	Organisera utbildning för och utse kontaktsjuksköterskor på alla sjukhus	Tillgång till kontakt-ssk varierar, liksom deras uppdrag. Stort utbildningsbehov.	2013	Egen
	Organisera en fungerande MDK på Nus	Påbörjad 2012	2013	Egen
	Alla patienter ska ha tillgång till kontaktsjuksköterska	Variande tillgång	2015	Läggs till i KR
	Organisera regional videounderstödd MDK	Saknas	2015	Egen
	95 % av patienterna med misstänkt avancerad ovarialcancer samt patienter med sitt första recidiv blir föremål för MDK och får en optimal preoperativ bedömning	ca 25-30 %	2015	Läggs till i KR
	Öka andelen optimalt opererade patienter till 40 % och därmed öka överlevnaden	ca 15 %	2015	KR
Kolorektalcancer /2013	MDK ska genomföras före och efter operation. Patienter med rektalcancer: >90 % preop och >90 % postop. Patienter med koloncancer, >75 % preop och >90 % postop	Rektalcancer 80 % preop, 64 % postop. Koloncancer 28 % preop, 44 % (elektiva)/41 % (akuta) postop.	2013	KR
	Förbättrad patologiundersökning: För >95 % av patienterna ska ≥ 12 lymfkörtlar i operationspreparat undersökas efter op för koloncancer. För >90 % av patienterna ska ≥ 12 lymfkörtlar undersökas i operationspreparat efter op för rektalcancer	10-60 % inom regionen	2013	KR
	Minska ledtider för cytostatikabehandlingsstart genom kortare svarstider för första PAD-svar: >90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum	Stor variation, upp till 5-6 veckor	2013	Egen
	>30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer) inkluderade i klinisk studie	15 % av rektalpat., 5 % av kolonpat.	2015	KR
	<10 % reoperationer efter elektiv + akut operation för koloncancer	Kraftig variation, upp till 15 % efter elektiv op och 20 % efter akut op.	2013	KR
	95 % av patienter som ges adjuvant cytostatikabehandling påbörjar denna inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer)	Få kliniker når >80 %	2013	KR

Bröstcancer /2013	98 % av patienterna ska genomgå pre- och postoperativ MDK, registrering ska ske i INCA.	95 % preop., 97 % postop	2013	KR
	90 % av kvinnorna med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	75 % opereras inom 3 v, 85 % inom 4 v.	2013	KR
	Antalet reoperationer p.g.a. misstänkt eller manifest bristande radikalitet ska vara < 10 %.	<10 % (6-12 % inom regionen)	2013	KR
	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor	60 % (20-95 % inom regionen)	2013	KR
	90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	77 % (60-100 % i regionen, uppgift saknas ofta i KR)	2013	KR
	Av kvinnor med servicescreening-upptäckt bröstcancer ska maximalt 20 % ha körtelmetastaser	19 % (12-29 % i regionen)	2013	KR
	5-årsöverlevnaden ska vara >90 %	>90 %	2013 + 5 år = 2018	KR
Prostatacancer /2013	Tid mellan biopsitagning och cancerbesked: svar inom 14 dagar	25 % får svar inom 3 veckor, median 26 dagar	70 % 2013 80 % 2014	KR
	Användning av skelettscintigrafi på rätt indikation: För lågriskpatienter ska max 5 % utredas med skelettscint/MR av skelettet, för högriskgruppen 90 %	Lågrisk 12 %, högrisk 62 %	2013	KR
	Kurativ behandling av män med lokalt avancerad/högrisk prostatacancer <75 år, målnivå 80 %	77 %	2013	KR
	Införande av MDK och klara kriterier för vilka patienter som ska tas diskuteras vid dessa. Kriterier utarbetas under 2012. Målnivå: andel av de patienter som omfattas av kriterierna som diskuteras på MDK.	Gemensamma kriterier saknas. MDK finns i begränsad form i VLL, LVN och NLL (bl.a. via telemedicin med Nus), saknas i JLL.	80 % 2013 90 % 2015	KR
	Införa tydlig vårdplan för alla patienter	Gemensam mall under utarbetande 2012	60 % 2013, 95 % 2015	KR
	Kartlägga komplikationen kompression av ryggmärgen, som underlag för kunskapspridning för att minimera detta.	Pågående studie	2013	Egen rapport
	Gemensam PAD-remiss med standardiserad form på utlåtanden.	Olika rutiner, enhetlig modell saknas	2015	Egen
Blodcancer /2014	Telemedicinsk terapikonferens varje vecka för hematologer/ onkologer i regionen (MDK) ska fungera till 100% för alla sjukhus i regionen	Patologkonferens finns för Sunderbyn, Skellefteå och Östersund	2014	Egen
	Täckningsgraden till blodcancerregistret förbättras: >70 % inom 3 mån, >95 % inom 1 år	Låga nivåer jämfört med riket.	2014	KR

		80 % av patienterna har en individuell skriftlig vårdplan	Nationell mall finns, behandlingsplaner för lymfom på NUS	2014	KR, ev Egen
		Lokala skriftliga riktlinjer till remitterter om remitteringsvägar för knölar ska finnas.	Fördröjd diagnos då oklara riktlinjer finns.	2014	Egen
		Kontakt- eller teamsjuksköterska ska finnas i någon form på alla hematologiska enheter	Kontaktsjuksköterska finns inte	2015	Egen
		Hög följsamhet till nationella riktlinjer	Det ser ganska bra ut, men det är mycket som inte studerats.	2014	KR
		Förbättra ledtid mellan remiss till diagnosbesked och behandlingsplan 80% inom 3 veckor	Vår kunskap om ledtider är dålig. Nyligen infört i register	2014	KR
Urologisk cancer utom prostatacancer /2014		Inventering av makrohematuriläget för att få utförlig kunskap om den viktigaste ledtiden (första symtom till tid för remiss från primärvården) på ett retrospektiv material, för att ge underlag för förbättringsarbete.	Avsaknad av analys, då denna parameter saknas i nuvarande kvalitetsregister.	2014	Egen
		Införa regelbunden regionövergripande MDK med fokus på avancerad urinblåsecancer	Regionövergripande MDK saknas.	2014	Egen
		Införandet av en regionövergripande kontaktsjuksköterska med placering vid Nus för behandling av urinblåsecancer	Regionövergripande kontaktsjuksköterska saknas.	2014	Egen
Tumörer i övre magtarmkanalen /2014		MDK preop >95 % vid potentiell kurativ intention	93 %	2014	KR
		Start av MDK postop	Postop MDK saknas	2014	KR
		Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter som handlägger ÖGI-cancer	Finns till 50 %	2014	Egen
		Täckningsgrad i kvalitetsregister >95 %	84 %	2014	KR
		PAD-svar för >90 % av operationspreparaten klara inom 3 veckor	83 %	2016	KR
		Ledtid från diagnos till behandlingsbeslut inom 3 veckor för >90 % av patienterna	56 %	2016	KR
		Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart inom 3 veckor för >90 % av patienterna	49 %	2017	KR
Patologi /2014		Preparaten tas om hand och utskärning sker enligt standardiserade anvisningar från KVASt	Utskärning sker baserad på tidigare erfarenhet	Synkroniseras med pågående regionalt arbete, se avsnitt 2.5	Egen
		Skapa svars mallar som fylls i för respektive diagnosområde.	Enstaka svars mallar finns, som pappersblanketter.	Enligt ovan	Egen
		Proven kontrolleras av subspecialist.	Diagnostikern är ofta inte subspecialist.	Enligt ovan	Egen

		Fotodokumentation av utskärning av preparat.	Utskärningen dokumenteras bristfälligt i löpande text.	Enligt ovan	Egen
		Etablerade multidisciplinära konferenser, där specialiserad patolog deltar.	Finns endast inom ett fåtal områden.	Enligt ovan	Egen
	Barn-onkologi /2013	Färdigställd gemensam plan och program inom regionen för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancersjukdom hos barn och ungdomar.	Varierar inom regionen.	2016	Egen
		Etablering av ett regionalt kompetens- och konsultcentrum för seneffekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar.	Saknas	2016	Egen
		Utveckla kompetens och inrätta tjänst för konsult-kontaktsjuksköterska för överföring och kontroll av tonåringar och unga vuxna efter cancersjukdom	Saknas	2016	Egen
		Vidareutveckla fungerande hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn och ungdomar, för minst 80 % tillgång till fungerande hemsjukvård vid behov.	Stora variationer inom regionen.	2015	Egen
		Kartlägga försening av behandling vid insjuknande i barncancersjukdom i syfte att ytterligare minska försening i alla led (patient, läkare, sjukvårdsorganisation).	Kartläggning saknas	2015	Egen
		Utforma individuella utvecklingsplaner för alla inblandade vårdgivarkategorier inom barncancervården i regionen. 80% ska ha en individuell plan.	Saknas	2016	Egen
		Utarbeta en tydlig strategi för rekrytering, utbildning och behållande av kompetent personal inom alla delar av barncancervården, så att minst 80% av erforderliga personalresurser är tillgodosedda.	Saknas	2016	Egen
	Diagnos-övergripande /2013	It-stöd för integrerad regional cytostatikabehandling	Förstudie pågår	Rapport 2013	Egen
Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård	Palliativ vård /2013	Bred lansering i hela vårdkedjan av ett strukturerat palliativt vårdinnehåll i livets slutskede. Uppföljning via Svenska Palliativregistret: Brytpunktsamtal för patienter som kan medverka: 70 % Användning av validerat smärtskattningssinstrument: 80 % Ordnation av stark opioid i injektionsform (bra nuläge, endast uppföljning): 95 %	Stora kunskapsbrister och stora skillnader inom regionen 58 % 18 % 95 %	Fr.o.m. 2012 och framåt 2015 2015 2015	KR

		Bedömd munhälsa: 90 % Valfrihet av dödsplats: minska andelen "vet ej" för patienter som kan medverka: <15 %	63 % 44 %	2015 2015	
		Registrering i Svenska Palliativregistret	67 %	95 % 2015	KR
		Web-baserat regiongemensamt utbildningsmaterial i allmän palliativ vård	saknas	Upphandling 2013, breddutbildning efter produktion	Egen
		Inrättande av ett regionalt palliativt kompetenscentrum för att samordna resurser för forskning, undervisning och palliativ verksamhetsutveckling i regionen	saknas	Påbörjas 2013	Egen
	Psykosocialt stöd och rehabilitering /2014	Inrättande av ett regionalt nätverk och en arbetsgrupp för psykosocialt stöd och rehabilitering (målnivå införd 2013).	Under konstituering 2012.	Nätverk och arbetsgrupp etablerad och målnivåer identifierade 2013.	Egen
		Verksamheterna ska ha tillgång till skriftligt informationsmaterial gällande cancerrehabilitering inkl psykosocialt stöd i norra regionen.	Saknas	80 % 2014	Egen
		Framtagna regionövergripande rutiner i samtliga diagnosprocesser gällande cancerrehabilitering inkl psykosocialt stöd.	Saknas	80 % 2015	Egen
		Alla patienter med cancer ska ha en skriftlig individuell vårdplan där rehabilitering inklusive psykosocialt stöd ingår.	Saknas	60 % 2016	Egen
		Inventering av vad patienter med cancer och deras närstående önskar i form av information, psykosocialt stöd och rehabilitering.	Saknas	Genomfört 2014	Egen
Patientens ställning i cancervården	Området infört i planen 2013	Patientrådet sammanställer årligen en samlad rapport över arbetet och viktiga frågor ur patientens fokus.	Patientrådet konstituerat i april 2012, har möten ca 3 ggr/termin.	Rapport klar och mål för rådets verksamhet 2014 fastställda vid ingången av 2014.	Egen
		Utbildningar för patientorganisationer	Två utbildningar genomförda under 2013	Fortsatta gemensamma utbildningsinsatser 2014 enligt behov som identifieras i patientrådet.	Egen
		Patientnämndernas registrering av cancerrelaterade ärenden sammanställs och utvärderas.	Registrering påbörjad i mars 2012.	Fortsatt registrering och analys 2014	Egen
		Utveckling och införande av patientrapporterade resultatuppgifter (PROM) i kvalitetsregister	Utvecklingsarbete pågår inom alla kvalitetsregister.	PROM används i fler register under 2014.	Egen
		Implementera de regionala rutinerna för hur cancerpatienter ska informeras	Regiongemensamma rutiner	Bred spridning av information	Egen

		om rätten till second opinion	fastställda hösten 2013.	och utbildning av kontaktsjuksköterskor kring rutinen 2014	
		Ny målnivå 2014: Utarbeta handlingsplaner kring bemötande och att minska fördomar kring cancer.	Handlingsplaner saknas	2014	Egen
Utbildning och kompetensförsörjning	Området infört i planen 2013	Fastställa en kompetensförsörjningsplan för regionens cancervård.	Plan under utarbetande hösten 2013.	Plan utarbetad och beslutad våren 2014.	Egen
		Genomföra cancerseminarieserie	Startad april 2012	Utvärdering och ställningstagande till fortsättning hösten 2013	Egen
		Tillsätta 4 gemensamma ST-block i patologi, med någon form av samfinansiering inom regionen	Inga region-gemensamma ST-block	2014	Egen
		Alla regionens specialister i patologi har gått handledarutbildning eller motsvarande	Ca 60 % har gått handledarutbildning	2014	Egen
Kunskapsstyrning	Området infört i planen 2013	Nationella vårdprogram utarbetade för samtliga cancerdiagnosområden. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram.	Arbete pågår inom 10 vårdprogram.	2015	Egen
Klinisk forskning och innovation	Området infört i planen 2013	Stöd till registerforskning i regionen i form av sökbara statistikerveckor vid RCC Norr	Kontinuerligt sökbara statistikerveckor	Utvärdering 2014	Egen
		Befolkningen i hela regionen ska ha likvärdiga möjligheter att delta i kliniska studier och prövningar. Nya målnivåer 2014: 2015 drivs 2 studier inom cancerområdet med regionala medprövare, där behandling och uppföljning sker på länsjukhusen i Östersund och Sunderbyn. Samtliga rekryterande cancerstudier i norra regionen ska inkluderas i den nationella databasen, och ett system för att underhålla informationen ska utvecklas.	Medverkan i kliniska studier för patienter med stort avstånd till studiecentra begränsas bl.a. av att patienterna upplever långa resor för uppföljningar besvärliga. Nationell databas för kliniska studier är under utveckling.	Studier med medprövare från Östersund och Sunderbyn 2015 Inkludering i databas 2014.	Egen
		Söka forskningssamarbete inom Barentsområdet, för att stärka aspekter och utveckling av klinisk cancerforskning i ett glesbygdsperspektiv	Saknas	Kontakter etableras 2012 ev. medelsansökan under 2013.	Egen
		En RCC-forskningens dag genomförs, där biotech-företag i anslutning till Umeå universitet bjuds in		Våren 2013	Egen
		Reviderad målnivå 2014: Medverkan i nationellt Vinnovaprojekt kring utveckling av e-patologi	Teknik finns för e-patologi men denna är ej breddinförd	Rapport 2014	Egen

Nivåstrukturer	Området infört i planen 2013, reviderat 2014	Underlag för revidering av nivåstruktureringsplanen för regionens cancervård tas fram	Plan beslutad 2013-05-24	2014	Egen
		Åtgärder för nivåstrukturering genomförda enligt plan	Se ovan	Hösten 2015	Egen

4 Bilagor

- 1. Utvecklingsplan prostatacancer 2012**
- 2. Utvecklingsplan lungcancer 2012**
- 3. Utvecklingsplan kolorektal cancer 2012**
- 4. Utvecklingsplan ovarialcancer 2012**
- 5. RÖJ Bröstcancer 2010**
- 6. Utvecklingsplan palliativ vård 2012**
- 7. Utvecklingsplan tidig upptäckt 2013**
- 8. Utvecklingsplan vägen in till cancervården 2013**
- 9. Utvecklingsplan blodcancer 2013**
- 10. Utvecklingsplan urologisk cancer utom prostatacancer 2013**
- 11. Utvecklingsplan patologi 2013**
- 12. Utvecklingsplan cancerrehabilitering 2013**
- 13. Utvecklingsplan tumörer i övre mag-tarm-kanalen 2013**
- 14. Utvecklingsplan barnonkologi 2013**
- 15. Patientrådets verksamhetsberättelse för 2012**