

Cancerplan 2019–2021

Utvecklingsplan för cancervården inom Uppsala-
Örebro sjukvårdsregion

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
181018	Version 1.0
181127	Version 1.1 Revidering av ordlista, text i kapitel 3 samt aktivitet i kapitel 6 och 7.

Cancerplan 2019-2021
Rapporten utgiven av: RCC Uppsala Örebro

ISBN: XXXXXXXX
November 2018

Innehållsförteckning

Ordlista.....	4
Kapitel 1	
Bakgrund	5
1.a Utvecklingsplanens struktur och införande	5
1.b Organisation	6
1.c Kunskapsstyrning	6
1.d Sjukvårdsregionala och nationella förutsättningar.....	7
Kapitel 2	
Patientmedverkan	9
2.a Patientmedverkan i vårdens utveckling.....	9
2.b Patientmedverkan i den egna vården	10
Kapitel 3	
Prevention och tidig diagnostik	11
3.a Primär cancerprevention.....	11
3.b Förebyggande insatser bland individer med cancer.....	13
3.c Sekundär cancerprevention; screening och tidig diagnostik.....	14
3.c.i Screening för bröstcancer	14
3.c.ii Screening för livmoderhalscancer	15
3.c.iii Screening för tjock- och ändtarmscancer	16
3.c.iv Tidig diagnostik av hudcancer.....	17
3.c.v Tidig diagnostik av prostatacancer.....	18
Kapitel 4	
Kunskapsstyrning inom RCC	19
4.a Vårdprocesser	19
4.a.i. Standardiserade vårdförlopp.....	21
4.a.ii Kontaktsjuksköterska och Min vårdplan	22
4.a.iii Rehabilitering och psykosocialt stöd	23
4.a.iv Palliativ vård.....	24
4.b Register.....	25
4.c Vårdprogram.....	27
Kapitel 5	
Kompetensförsörjning	28
Kapitel 6	
Klinisk cancerforskning och innovation.....	30
Kapitel 7	
Nivåstrukturering	32



Ordlista

Cancerdetektion i screening

Mått på screeningens effektivitet, antal upptäckta tumörer per 1000 undersökningar.

GAP-analys

Analys av gapet mellan nuläge och uppsatta mål.

Incidens

Antal fall av en viss sjukdom som uppträder i en befolkning under viss tid; vanligtvis anges det som antal nydiagnostiserade fall per 100 000 invånare och år.

Intervallcancer

Cancer som upptäcks mellan screeningundersökningar.

Patientrapporterade mått

PROM (patient reported outcome measures) mäter funktion samt hälsorelaterad livskvalitet och PREM (patient reported experience measures) mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården.

Prevalens

Ett mått på sjukdomsförekomst. Uttrycks till exempel som antal individer eller andel av hela befolkningen som har eller haft en sjukdom vid en viss tidpunkt.

Relativ canceröverlevnad

Den relativa canceröverlevnaden beskriver hur stor andel av cancerpatienterna som fortfarande är i livet efter fem respektive 10 år, jämfört med en jämför grupp individer i befolkningen avseende ålder i kön.

Screening (organiserad)

En definierad del av befolkningen bjuds in till riktad hälsoundersökning för att diagnosticera och åtgärda förstadier till cancer eller cancer i tidigt stadium. Det övergripande syftet är att minska cancerdödligheten.

Selektionsfrekvens

Antalet screeningundersökta personer som går vidare till fortsatt utredning med vävnadsprov etc.

För ytterligare förklaringar av ord inom cancerområdet finns en [ordlista](#) på RCC:s hemsida.

KAPITEL 1

Bakgrund

Regeringen presenterade 2009 [En nationell cancerstrategi för framtiden](#). Den Nationella cancerstrategins tillkomst låg till grund för att sex Regionala Cancercentra (RCC) bildades vilka sedan dess har utgjort fundament för en lång rad förbättringsarbeten inom cancer vården och dess angränsande stödverksamheter. I sin [utvärdering](#) från november 2016 ansåg Socialstyrelsen att RCC har haft en hög grad av måluppfyllelse. Utifrån utvecklingen inom cancerområdet kommer de fortsatta kraven på anpassning och förbättring av cancer vården att öka. Alla delar av arbetet, från prevention till palliativ vård och närståendestöd kommer även fortsatt vara en central del av utvecklingsarbetet inom svensk hälso- och sjukvård. Att arbetet med cancerstrategin måste vara långsiktigt har framförts i ett [inriktningsbeslut](#) taget av regeringen i maj 2018. Där beskrivs behovet av en förlängd satsning fram till 2025, bl.a. med ett förstärkt fokus på prevention och tidig diagnostik.

1.a Utvecklingsplanens struktur och införande

Vid bildandet av RCC ingick det som en del i arbetet att ta fram en sjukvårdsregional utvecklingsplan för cancerområdet. I den initiala planen skulle alla de [tio kriterierna](#) som utmärker ett RCC tas upp och behandlas på ett utförligt sätt. I den nu aktuella överenskommelsen mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ges en högre frihetsgrad som medger viss prioritering mellan de olika kriterierna.

En kritik som framkommit rörande Cancerplanen 2016–2018 har varit att det är ett alltför omfattande dokument som varit svårt att hantera och använda praktiskt som styrdokument för utveckling av cancer vården på förvaltnings- och verksamhetsnivå. Den reviderade versionen av cancerplanen är uppbyggd på ett sätt som ska möjliggöra att den används i verksamheterna och i sjukvårdens ledningsgrupper.

Den reviderade cancerplanen syftar också till att tydligare koncentrera innehållet till de faktiska aktiviteter som bör genomföras för att uppnå målen i den nationella cancerstrategin. Dessa ska vara väl definierade (vad) och de åtgärder som ska leda till förbättring (hur) tydligt beskrivna så att målbilden framstår som realistisk och genomförbar. Förbättringsåtgärderna ska också förses med en tidsgräns (när) så att alla aktiviteter ska slutföras inom rimlig tid.

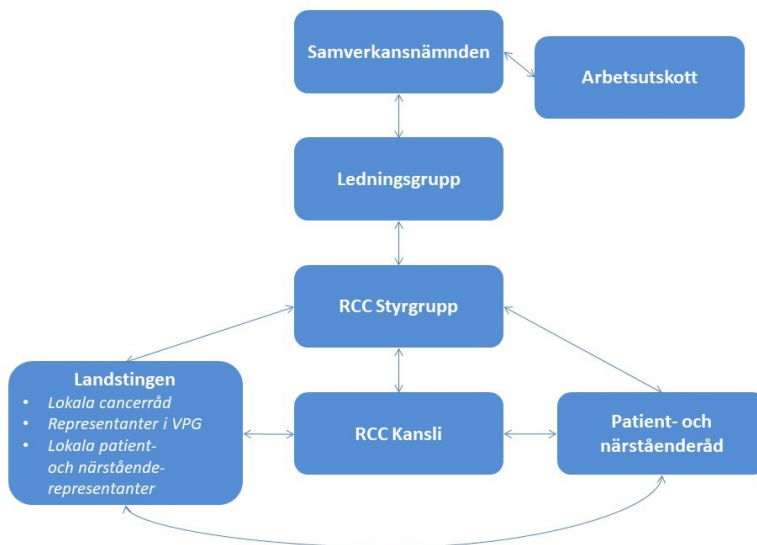
Upptagna utvecklingsområden är utvalda utifrån sjukvårdsregionens nuvarande behov och planen syftar till att lyfta in nya aktiviteter inom dessa områden. Detta utesluter inte fortsatt utvecklingsarbete med aktiviteter som funnits med i tidigare utvecklingsplaner om behovet fortfarande kvarstår, utan avser att bredda perspektivet ytterligare.

I utvecklingsplanens aktivitetslistor finns fler aktörer benämnda. För att utvecklingsplanen ska kunna implementeras i sjukvårdsregionen måste RCC Uppsala Örebro och landstingen årligen ta fram handlingsplaner som beskriver hur aktiviteterna ska genomföras.

Flertalet av sjukvårdsregionens ingående landsting har bildat regioner, i dokumentet används begreppet landsting oavsett detta.

1.b Organisation

Sjukvårdsregionen består av sju självstyrande landsting. Samverkansnämnden (SVN) är sjukvårdsregionens högsta beslutande organ. RCC rapporterar till SVN och dess ledningsgrupp. RCC bereder och förankrar förbättringsförslag ute i landstingen, bl.a. med hjälp av ett tjugotal vårdprocessgrupper (VPG), varpå förslagen justeras och förankras i RCC Styrgrupp som består av två representanter från varje landsting. Förslagen lyfts till SVN som godkänner varpå de går vidare till respektive landsting som beslutar och verkställer.



Figur 1. Organisation

VPG:erna är centrala i RCC:s arbete och bidrar till att RCC-frågorna ges legitimitet och kan förankras ute i sjukvårdsregionens verksamheter. De lokala cancerråden spelar också en avgörande roll i samband med både förankring och införande av Cancerstrategins olika åtgärder.

Patientsamverkan är en annan viktig del i RCC:s arbete med utvecklingen av cancervården. I sjukvårdsregionen finns ett Patient- och närståenderåd (PNR) som aktivt arbetar för att lyfta in patient- och närståendeperspektivet i det pågående arbetet. Det finns även patientsamverkan på lokal nivå vilken är organiserad på olika sätt i respektive landsting.

Landets sex RCC-enheter har en gemensam nationell styrgrupp, RCC i Samverkan, som bidrar till ett effektivare resursutnyttjande och mer slagkraft i det påverkansarbete som är en del av det nationella uppdraget.

1.c Kunskapsstyrning

Sveriges landsting och regioner [beslutade](#) 2016 att bygga upp en nationellt sammanhållen kunskapsstyrningsorganisation.

Modellen innehåller ett tjugotal nationella programområden (NPO) som var och en täcker in ett organ- eller sjukdomsområde. Dessutom finns ett antal nationella samverkansgrupper för övergripande kunskapsområden som läkemedel, medicinsk teknik och patientsäkerhet m.fl. Arbetet har accelererat under 2018, bland annat har värdskap fördelats för NPO. Uppsala-Örebroregionen är utsedd till värd för akutvård, hjärtkärlsjukdomar och öron- näsa- halsjukdomar.

Inom cancervården har kunskapsstyrning redan införts genom satsningen på Regionala Cancercentrum. RCC framhålls också som en förebild för de övriga NPO som är under uppbyggnad. Norra sjukvårdsregionen har tilldelats värdskap för område cancersjukdomar, men det är vilande tills vidare och RCC i Samverkan behåller ansvaret för kunskapsstyrningen av programområde cancersjukdomar.

RCC:s nuvarande organisation, med ett samordnande nationellt kansli på SKL, kommer sannolikt på sikt att anpassas till den nya organisationsmodellen. I sjukvårdsregionen har ett omställningsarbete påbörjats utifrån strukturen i den nya kunskapsstyrningen där de olika programområdena kommer att byggas på de sjukvårdsregionala specialitetsråden som organisatoriskt ligger under Samverkansnämnden. Erfarenheterna från RCC:s kunskapsstyrning kommer att bli betydelsefulla i detta arbete.

1.d Sjukvårdsregionala och nationella förutsättningar

Befolkning

Befolkningen har ökat med 5 % de senaste fem åren i sjukvårdsregionen och uppgick 2017 till nära 2,1 miljoner vilket utgör cirka 20 % av rikets befolkning. Fördelningen mellan de sju landstingen är relativt jämn med en spridning från Region Västmanlands 270 000 invånare till Region Uppsalas 360 000 invånare.

Incidens

Enligt [Cancerfondsrapporten](#) 2018 kommer mer än 100 000 svenskar att få en cancerdiagnos 2040 jämfört med cirka 60 000 år 2016 vilket är en ökning med 67 %. Ökningen beror till stor del på att Sveriges befolkning växer samt att befolkningen blir äldre. Det finns dock vissa tumörformer som ökar i antal även om man korrigerar för ökat antal invånare och förändrad åldersfördelning. Det gäller till exempel olika former av hudcancer. Ökningen gör att arbetet med prevention är viktigare än någonsin. Testikelcancer är ett annat exempel på en cancerform som ökat de senaste åren.

Upp till en tredjedel av alla nya cancerfall anses bero på ohälsosamma levnadsvanor vilket betyder att de går att förhindra. Rökning är den levnadsvana som brukar framhållas som den enskilt viktigaste men aktuell forskning pekar på att övervikt och fetma håller på att bli den största åtgärdbara bakomliggande orsaken till cancersjukdomar.

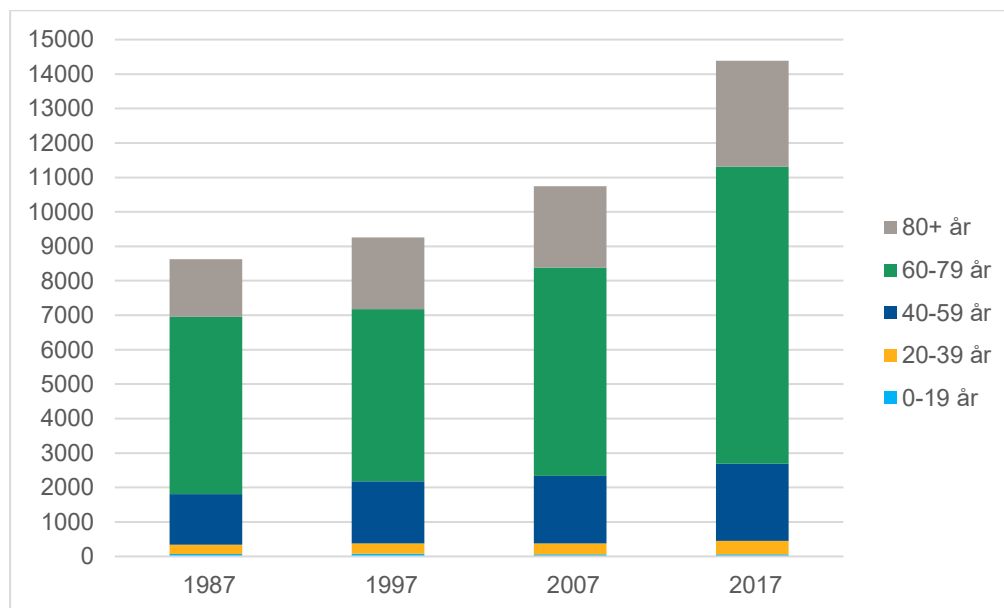
Överlevnad och dödlighet vid cancer

Tack vare tidig diagnostik och förbättrad behandling har risken att avlida av cancer gradvis sjunkit de senaste decennierna. Den relativa tioårsöverlevnaden för de som drabbats av cancer låg under 50 % för både kvinnor och män under åttiotalet. Enligt beräkning för 2016 ligger motsvarande siffra numera på 69 % för både kvinnor och män. Den relativa femårsöverlevnaden ligger för båda könen på cirka 75 %. Totalt sett orsakar cancer cirka 25 % av de cirka 90 000 dödsfall som årligen inträffar i Sverige.

Prevalens

Ett allt större andel drabbade botas från sin cancer. Enligt beräkningar finns det drygt 200 000 personer i landet som inom de senaste fem åren fått en cancerdiagnos (=5-års prevalens). Dessutom ökar ständigt antalet personer som lever med former av cancer där definitiv bot ännu inte är möjlig. Den förbättrade överlevnaden i denna patientgrupp beror på utvecklingen av diagnostik och olika former av cancerbehandling. Särskilt har utvecklingen av målsökande läkemedel har varit slående. Våren 2018 listar FASS ett sextiotal tillgängliga målsökande cancerläkemedel. Bland dessa måste de nya läkemedel som triggas immunförsvaret att angripa cancercellerna genom att slå ut molekyler som hindrar immunsystemet framhållas. Dessa läkemedel tycks kunna leda till bot för vissa patienter med spridd melanomsjukdom och har även god effekt mot bl.a. lungcancer och njurcancer. Forskningen som ledde fram till dessa helt nya läkemedel belönas genom att 2018 års Nobelpris i medicin går till James Allison och Tasuku Honjo.

Allt detta ställer krav på antalet medarbetare inom cancervården, deras kompetens, samt en allt bättre organisation av de stödjande och rehabiliterande resurser som krävs för att minimera de ofrånkomliga negativa effekterna på livskvalitet samt fysisk, psykisk och social funktionsförmåga som många cancerpatienter drabbas av. Allt detta kommer också att leda till ökade ekonomiska krav där den horisontella prioriteringen mellan olika sjukdomsgrupper kommer att ställas på prov.



Figur 2. Antal nydiagnostiserade fall av invasiv cancer per år och ålderskategori i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Källa: Cancerregistret

KAPITEL 2

Patientmedverkan

2.a Patientmedverkan i vårdens utveckling

Bakgrund

Samverkan med patient- och närståendeföreträdare i vårdutvecklingsarbetet är av stor vikt för att få en vård med ett patientperspektiv, vilket är en målsättning i den nationella cancerstrategin. Detta sker på många nivåer och med olika arbetssätt.

Var är vi?

Det har under de senaste åren skett en positiv utveckling i arbetet med patientsamverkan. Patient- och närståendeföreträdare finns numera representerade i många grupper som arbetar med vårdutveckling i sjukvårdsregionen. Patient- och närståenderådet (PNR) är ett självständigt råd inom RCC Uppsala Örebro. Rådet bevakar patient- och närståendeperspektivet i cancervården och det arbete som bedrivs inom RCC. Liknande råd på lokal nivå är under uppstart i vissa av sjukvårdsregionens landsting. Patientföreträdare finns även med i majoriteten av de vårdprocessgrupper som finns vid RCC Uppsala Örebro och i andra arbetsgrupper samt i de nationella vårdprogram- och kvalitetsregistergrupper som RCC Uppsala Örebro ansvarar för nationellt. Även i landstingens processarbetsgrupper ser man en ökad representation av patient- och närståendeföreträdare.

Vart ska vi?

Sjukvårdsregionen ska skapa förutsättningar för att underlätta samverkan med patienter inom cancerområdet och arbeta för att stärka patient- och närståendeföreträdarna. Aktiv patientmedverkan i cancervårdens förbättringsarbete ska främjas och nuvarande former för detta ska utvecklas.

Tabell 1. Patientmedverkan i den egna vården

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Skapa möjlighet för patient- och närståendeföreträdare att delta i möten och övriga aktiviteter via videouppkoppling.	RCC Uppsala Örebro, landstingen	2019
Införa ett projektbaserat arbetssätt i PNR	PNR med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21
Stärka patient- och närståendeföreträdare genom att tillhandahålla introduktion och utbildningsinsatser	RCC Uppsala Örebro, landstingen	2019–21
Genomföra projekt för lokal stödverksamhet i regi av lokala cancerföreningar	Patientföreningar med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21



2.b Patientmedverkan i den egna vården

Välinformerade patienter är en förutsättning för patientmedverkan i den egna vården. Min vårdplan (MVP) och kontaktsjuksköterskan (KSSK) är två viktiga delar för att tillgodose att patienter och närstående får information och kunskap anpassade efter sina behov. Den kontinuitet som en KSSK innebär leder även till en ökad trygghet för patienter och närstående, vilket är grundläggande för en aktiv patientmedverkan. Även patientrapporterade mått via enkäter är viktiga verktyg för att öka patienternas medverkan i den egna vården. Mer om sjukvårdsregionens planerade aktiviteter kring MVP, KSSK och patientrapporterade mått finns i [kapitel 4](#).

KAPITEL 3

Prevention och tidig diagnostik

Utifrån den stora ökningen av antalet cancerfall, enligt prognos 100 000 fall per år 2040 jämfört med 64 000 fall 2016, är förebyggande insatser och utveckling av tidig diagnostik av cancer av yttersta vikt. Enligt WHO kan upp till 30 procent av alla cancerfall förebyggas genom hälsosamma levnadsvanor samt om vissa infektioner gick att undvika.

RCC-organisationens uppdrag gäller samarbete kring cancerprevention och främjandet av goda levnadsvanor tillsammans med landsting, kommuner, länsstyrelser, myndigheter och civila aktörer samt informationsspridning till patienter och befolkning. RCC har även en roll i att främja goda levnadsvanor hos cancerpatienter under behandling och rehabilitering. Cancerprevention brukar delas upp i primär-, sekundär- och tertiär prevention.

Primär prevention är åtgärder som innebär minskad exponering för riskfaktorer och därigenom minskar risken för att cancer uppstår. Åtgärder som leder till minskad tobaksrökning, vilket i sin tur innebär att färre får lungcancer eller andra cancerformer som är kopplade till rökning, är exempel på primär prevention. Åtgärder som leder till en mer hälsosam kost är också exempel på primär prevention. Ytterligare ett exempel är vaccination mot humant papillomvirus (HPV) som ger en ökad risk för cancer i livmoderhalsen, vulva, anus, penis och svalget.

Sekundär cancerprevention innefattar åtgärder som möjliggör upptäckt och behandling av cancer i tidigt stadium vilket ökar chansen till bot. Screening är en typ av sekundär prevention som innebär att en definierad del av befolkningen bjuds in till en riktad hälsoundersökning för att kunna diagnosticera och åtgärda icke symtomgivande förstadier till cancer eller cancer i tidigt stadium och på så vis uppnå minskad cancerdödlighet. Exempel är bröstcancerscreening med mammografi och screening för livmoderhalscancer med gynekologisk cellprovskontroll.

Tertiär cancerprevention omfattar behandling och rehabilitering som ges för att begränsa de symtom och besvär en cancer eller cancerbehandling kan orsaka. Tertiär prevention kan också handla om åtgärder för att minska risken för återfall, till exempel antiöstrogen behandling av en person som opererats för bröstcancer eller åtgärder för att minska risken för en sekundär cancer.

3.a Primär cancerprevention

Bakgrund

Primärprevention, förebyggande arbete mot cancer, omfattar alla de samlade insatser som görs på individ-, grupp- och samhällsnivå för att minska risken för uppkomsten av cancer. När det gäller hälsosamma levnadsvanor arbetar RCC med den Europeiska Kodexen Mot Cancer, framtagen av International Agency for Research on Cancer, WHO. Faktorer som påverkar risken att insjukna i cancer är tobaksrökning, övervikt och fetma, otillräcklig fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, alkoholkonsumtion, för lite amning och exponering för UV-strålning. Åtgärder kopplade till främjande av goda levnadsvanor som införs i dag påverkar cancerstatistiken först om 10–30 år.



Tobaksrökning är den enskilt största orsaken till cancer. Tobaksrökning orsakar cirka 90 % av all lungcancer, men det ökar även risken för att insjukna i strup- och munhålecancer, urinblåse-, njur-, magsäcks-, livmoderhals- och bukspottkörtelcancer. Det nationella målet är att mindre än fem procent av befolkningen röker 2025.

Ohälsosamma matvanor, övervikt och fetma samt otillräcklig fysisk aktivitet är tätt sammankopplade och är en ökande orsak till cancerinsjuknande. Mer än halva Sveriges befolkning beräknas ha övervikt eller fetma, något som visats ge ökad risk för livmoderkroppscancer, bröstcancer efter klimakteriet, äggstockscancer, sköldkörtelcancer, flera typer av mag- och tarmcancer samt meningiom och myelom.

Alkoholkonsumtionen har minskat i Sverige sedan början på 2000-talet. Riskbruk är ett bruk av alkohol som ökar risken för skadliga fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser. Riskbruket är högre bland män (18 %) jämfört med kvinnor (12 %), och är dessutom högst i yngre åldersgrupper (16–29 år: 23 %). Alkoholkonsumtion har framför allt kopplats till ökad risk för matstrupscancer (av skivepiteltyp), grov- och ändtarmscancer samt bröstcancer.

Exponering för UV-strålning via solarier eller solexponering är den största orsaken till hudcancer. De tre vanligaste formerna av hudcancer är malignt melanom, skivepitelcancer och basalcellscancer. Barn är känsligare för exponering för UV-strålning och är därmed särskilt viktiga att skydda mot sol. RCC har tidigare drivit kampanjen Sunda solvanor i sjukvårdsregionen som sedan 2017 förvaltas av respektive landsting.

HPV-vaccination är en primärpreventiv insats som genomförs för att förebygga insjuknande i de humana papillomvirus som ger en ökad risk för cancer i livmoderhalsen, vulva, anus, penis och svalget. De HPV-vaccin som finns i dag har nästan en 100 % effekt mot cellförändringar orsakad av högrisktyperna HPV16 och HPV18, vilka ger upphov till ca 70 % av alla fall av livmoderhalscancer. Folkhälsomyndigheten bedömde 2017 att HPV-vaccination bör ingå i det allmänna vaccinationsprogrammet även för pojkar och ett beslut i frågan väntas i nära framtid. Vaccin finns även mot hepatit B som ger en ökad risk för levercellscancer.

Var är vi?

Hösten 2017 påbörjades implementeringen av RCC:s [Cancerpreventionsplan 2017–2018](#) för Uppsala-Örebro sjukvårdsregion där sju av de tolv punkterna av den europeiska kodexen mot cancer är inkluderade. I planen ingår Cancerpreventionskalkylatorn© (CPK) som möjliggör simuleringar av hur förändringar i befolkningens levnadsvanor påverkar insjuknandet i cancer samt vilka effekter detta ger på de samlade samhällskostnaderna för cancer. Planen håller succesivt på att integreras i landstingens befintliga verksamhets- och handlingsplaner. Kvalitetsindikatorer för mätning av aktiviteter och insatser har tagits fram och en baslinjemätning av kvalitetsindikatorer i sjukvårdsregionen har genomförts under 2018.

Vart ska vi?

Innehållet i Cancerpreventionsplanen ska nu konkretiseras. För att lyckas krävs en utvecklad samverkan mellan de enheter som har i uppdrag att driva det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Vidare behöver RCC förbereda sitt kommande samarbete med det blivande programområdet för levnadsvanor som nu byggs upp i och med införandet av den nya kunskapsstyrningsorganisationen.

Tabell 2. Primär cancerprevention

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Revidera cancerpreventionsplanen	RCC Uppsala Örebro	2019
Uppdatera data i CPK	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Integrera cancerprevention med sjukvårdsregionens levnadsvanearbete	Landstingen med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21
Årlig uppföljning av kvalitetsindikatorer för cancerprevention.	Landstingen med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21

3.b Förebyggande insatser bland individer med cancer

Bakgrund

För vissa grupper är ohälsosamma levnadsvanor mer riskfyllda än för andra. I Socialstyrelsens [Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor](#) finns personer med cancer med som en av grupperna med särskild risk.

Förebyggande insatser bland individer med cancer omfattar bland annat åtgärder för att minska risken nyinsjuknande i annan cancersjukdom hos de som behandlas eller har behandlats för cancer. Exempelvis riskerar cirka 10% av de patienter som behandlas framgångsrikt för en typisk rökassocierad cancer att avlida i en annan rökassocierad cancer om man inte lyckas sluta röka. Rökning kan även påverka behandlingen av den aktuella tumörsjukdomen på ett negativt sätt.

Behovet av förändrade levnadsvanor gäller även förbättrade kostvanor, att hålla en sund vikt, ökad fysisk aktivitet samt minskat alkoholintag och UV-exponering. Studier visar att fysisk aktivitet kan ge ökat välbefinnande, förbättrad kondition och styrka samt för vissa diagnoser sannolikt även öka chansen att bli botad. Om individer på ett stadigvarande sätt lyckas förbättra sina levnadsvanor kan även den framtida risken för annan sjuklighet minska, t ex risken att insjukna i annan cancer eller lung- hjärt- och kärlsjukdom.

Förebyggande insatser bland individer med cancer kan också omfatta åtgärder som syftar till tidig upptäckt av annan sjukdom (sekundär prevention) eller åtgärder för att förhindra eller minska risken för komplikationer (tertiär prevention).

Var är vi?

Kontaktsjuksköterskan har en viktig roll i det förebyggande arbetet bland individer med cancer. I förekommande fall ska behoven av förbättrade levnadsvanor screenas för, informeras om och lämpliga åtgärder ska föras in i Min vårdplan. Flera av sjukvårdsregionens landsting har möjlighet att remittera cancerpatienter till enskild eller gruppbaserad insats med kostrådgivning och/eller fysisk aktivitet.

Det saknas idag systematiska kunskapsöversikter för tobak och alkohol kopplat till onkologisk behandling.



Vart ska vi?

All vårdpersonal som har direktkontakt med patienter ska efterfråga patientens levnadsvanor. All vårdpersonal ska kunna ge enkla råd angående hälsosamma val samt hänvisa patienten till andra vårdenheter som erbjuder ett mer omfattande och djupgående stöd vid behov. En likvärdig tillgång till preventiva insatser för sjukvårdsregionens cancerpatienter ska säkerställas.

Tabell 3. Förebyggande insatser bland individer med cancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Alla kliniker som möter cancerpatienter ska kunna erbjuda patientinformation och enkla råd om levnadsvanor	Landstingen	2019
Verka för att en systematisk kunskapsöversikt för tobak och alkohol kopplat till onkologisk behandling tas fram	RCC Uppsala Örebro	2019–21

3.c Sekundär cancerprevention; screening och tidig diagnostik

3.c.i Screening för bröstcancer

Bakgrund

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige. Tidig diagnostik med mammografiscreening är en väl etablerad metod för att reducera bröstcancerdödlighet. Kvinnor med screeningupptäckt bröstcancer har en nästan halverad dödlighet i bröstcancer jämfört med kvinnor där bröstcancer upptäcks när den ger symptom, vanligast som en knöl. Det är således viktigt att screeningprogrammet fungerar med angivna intervall och att deltagandet är så högt som möjligt.

Var är vi?

Mammografiscreeningen inom sjukvårdsregionen har fungerat bra i många år. Det finns dock flera allvarliga varningssignaler om brister som kan sätta stora delar av mammografiscreeningen ur spel de närmaste åren. Det största hotet är brist på personal. Bristen på bröstradiologer gör att flera landsting inom sjukvårdsområdet helt tvingas förlita sig på hyrläkare, pensionerade bröstradiologer och externgranskning av mammografibilder. Kvaliteten är hotad då några landsting inte har kontinuerlig bröstradiologisk bemanning. Bristen på mammografisjuksköterskor hotar screeningintervallen som tidvis varit längre än avsedda 18 - 24 månader. Bristen på bröstradiologer och mammografisjuksköterskor förlänger redan idag ledtiderna för utredningar av bröstcancer. Intentionen om fem bröstradiologiska utredningsdagar inklusive provtagning enligt standardiserade vårdförlopp (SVF) kan idag inte hållas för mer än ett fåtal patienter. Metodutvecklingen har på flera bröstradiologiska enheter stannat av på grund av tidsbrist. Alla enheter i sjukvårdsregionen har till exempel fortfarande inte möjlighet att självständigt utföra och granska magnetkameraundersökningar av bröstet.

Vart ska vi?

Målet för bröstdiagnostiken inom sjukvårdsregionen 2019 - 2021 är att kompetenssäkra enheterna så att mammografiscreeningen bibehåller en hög kvalitet med avsedda screeningintervall (18–24 månader) och att bröstcancerutredningarna utförs med förväntade ledtider. Screeningdeltagandet ska vara fortsatt högt, som minst bibehållet deltagande i varje landsting.

Med rätt bemanning kan alla mammografienheter bedriva nödvändigt metodutvecklingsarbete. Uppföljning av kvalitetsparametrar såsom deltagande, selektionsfrekvens, cancerdetektion i screening, antal intervallcancer samt ledtider och kartläggning av diagnostiska metoder ger oss möjligheter att bedöma följsamheten till det Nationella vårdprogrammet för bröstcancer, SVF och European guidelines för bröstcancerscreening och diagnos. Detta bör göras genom att alla bröstradiologiska enheter i sjukvårdsregionen påbörjar rapportering till det kommande kvalitetsregistret för mammografiscreening.

Tabell 4. Screening för bröstcancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Kontinuerligt mäta och utvärdera kvalitetsparametrar inkl. ledtider	Landstingen, med stöd av sjukvårdsregionala arbetsgruppen för mammografi vid RCC Uppsala Örebro	2019–21
Alla landsting ska ansluta sig till det nationella kvalitetsregistret för mammografiscreening	Landstingen	2019–21

3.c.ii Screening för livmoderhalscancer

Bakgrund

De senaste årtiondena har 450–500 kvinnor nyinsjuknat och 150 kvinnor avlidit årligen i Sverige i livmoderhalscancer. Antalet nyinsjuknade fall har halverats sedan 1970-talet men nu finns en tydlig och signifikant ökning av livmoderhalscancer i riket. Ökningen är statistiskt signifikant i fem landsting, varav två finns i sjukvårdsregionen. Det sker i synnerhet en ökning från år 2014 och framåt. Infektion med Humant Papillomvirus (HPV) av högrisk typ är den dominerande orsaken till livmoderhalscancer. HPV är en sexuellt överförd infektion som kan förvärfvas i alla åldrar men är vanligast i åldrarna strax efter sexdebuten fram till 30 årsåldern.

Under 2017 infördes det nya vårdprogrammet för livmoderhalscancerprevention som innebär en omfattande förändring i livmoderhalscancerscreening med HPV-baserad provtagning istället för cytologi som primär analys för kvinnor 30 år och äldre. Med HPV istället för cytologi som primär analys kan fler fall upptäckas och dessutom i ett tidigare skede. Screeningen kvarstår som tidigare för kvinnor yngre än 30 år med primär cytologi. Enligt Socialstyrelsens hälsoekonomiska analys beräknas implementeringen av vårdprogrammet medföra 60 färre fall av livmoderhalscancer per år och att drygt 30 liv kan räddas årligen. Otillräckligt deltagande i screening är den viktigaste förklaringen till livmoderhalscancer i Sverige.

Var är vi?

Det nationella vårdprogrammet är under införande och man har kommit olika långt i arbetet inom sjukvårdsregionen. Införandet av den nya screeningmetoden har gått långsammare än väntat på grund av problemen med synkroniseringen av olika IT-system. Några landsting i sjukvårdsregionen har tagit fram övergångs-PM i väntan på att IT-systemen är på plats. Förberedelser med utbildningsinsatser till berörd vårdpersonal om det nya vårdprogrammet har helt eller delvis genomförts.



Vart ska vi?

Deltagarantalet i cervixscreeningsprogrammet och i programmet för HPV-vaccination i sjukvårdsregionen behöver öka enligt intentionen i det nationella vårdprogrammet. Vidare behöver synkronisering av IT-systemen genomföras. Utbildningsinsatser till berörd personal behöver fortgå.

Tabell 5. Screening för livmoderhalscancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Implementera det nationella vårdprogrammet för cervixprevention	Landstingen	2019
Ge stöd till Cellprovsveckan	RCC Uppsala Örebro	2019–21

3.c.iii Screening för tjock- och ändtarmscancer

Bakgrund

Tarmcancer är en sjukdom där tidig upptäckt medför att nästan alla patienter kan botas. Patienter med sent upptäckta tumörer och avancerad sjukdom har däremot betydligt sämre prognos och riskerar att drabbas av för tidig död. Genom att införa en generell tarmcancerscreening i Sverige beräknar man att 300 liv per år kan sparas.

WHO och EU rekommenderar tarmcancerscreening och många länder har infört ett nationellt screeningprogram eller har pågående studier om tarmcancerscreening precis som i Sverige.

Var är vi?

Den nationella tarmcancerscreeningstudien SCREESCO planerades och startades efter att Socialstyrelsen 2010 bedömde screening för tarmcancer som ett forsknings- och utvecklingsområde. Då studien var igång beslutade Socialstyrelsen 2014 att rekommendera tarmcancerscreening. Diskussionerna som rekommendationen föranledde landade i en gemensam uppfattning om att Sverige bör avvakta med införande av generell screening tills SCREESCO-studien är klar med inklusionen av deltagare vilket sker under 2019. Samtliga landsting i sjukvårdsregionen har deltagit i SCREESCO-studien vilket bidragit till att rutiner arbetats upp som kommer underlätta införandet av allmän screening.

Vart ska vi?

I dagsläget utförs ca 22 000 koloskopier per år i sjukvårdsregionen. Antalet koloskopier som utförs – uttryckt i undersökningar per 100 invånare och år – varierar mellan 1.6/100 (Gävleborg) till 0.6/100 (Uppsala). Målet för screeningprogrammet bör vara över 1.5/100 i hela landet för att programmet ska kunna genomföras utan undanträngning av den koloskopi som behövs i sjukvården.

Tabell 6. Screening för tjock- och ändtarmscancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Starta upp en sjukvårdsregional arbetsgrupp inom området	RCC Uppsala Örebro	2019
Ta fram en införandeplan	Landstingen	2019
Genomföra en GAP-analys för behov och befintliga resurser	Landstingen	2019
Utbildning av koloskopister	Landstingen med stöd från RCC Uppsala Örebro	2019–21

3.c.iv Tidig diagnostik av hudcancer

Bakgrund

All hudcancer ökar i Sverige, även melanom som är den dödligaste formen. Melanom som upptäcks tidigt kan enkelt botas med en mindre lokal operation i de flesta fall. Vid tjockare melanom finns ofta spridning redan vid diagnosen, vilket markant försämrar överlevnaden. Den viktigaste orsaken till melanom och annan hudcancer är UV-ljus. Den största riskfaktorn är genetisk disposition.

Var är vi?

Diagnosen ställs generellt tidigare, varför dödligheten inte ökat trots den ökade incidensen.

I Gävleborg breddinfördes teledermatoskopi 2014, vilket efter ett år visade 55 % ökning av diagnosticerade melanom, efter tre år var ökningen 137 %. Samtidigt halverades antalet hudprover till patologen. Även på andra håll i sjukvårdsregionen har arbetssättet börjat användas.

Screening utförs idag på nära biologiska släktingar till patienter med familjärt melanom.

Vart ska vi?

Implementeringen av teledermatoskopi i hela sjukvårdsregionen bör prioriteras högt. För att möjliggöra detta behöver eventuella hinder inventeras inom respektive landsting.

Tabell 7. Tidig diagnostik av hudcancer

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Inventering av hinder för att införa teledermatoskopi	Landstingen	2019
Ordnat införande av teledermatoskopi	Landstingen	2019–21



3.c.v Tidig diagnostik av prostatacancer

Bakgrund

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige och är den cancerform som leder till näst flest dödsfall. Socialstyrelsens rekommendation från februari 2018 om att inte erbjuda screening för prostatacancer grundades på att dagens prostataspecifikt antigen (PSA)-diagnostik inte är tillräckligt specifik vilket leder till överdiagnostisering och nyttoeffekten uteblir. Överlevnadsvinsten på gruppnivå uppväger inte med säkerhet den överdiagnostik av biologiskt mindre aggressiv prostatacancer som uppstår och som därmed bidrar till försämrad livskvalitet på grund av oro, inkontinens och impotens.

Var är vi?

PSA-driven diagnostik förekommer allmänt inom svensk sjukvård. Användningen är mer omfattande i socioekonomiskt gynnade grupper och det finns även skillnader mellan olika landsting. Innan metoderna för diagnostik optimerats så att en regelrätt screening kan implementeras är det viktigt att diagnostiken av prostatacancer förbättras och görs mer jämlik. Bland annat är det av stor vikt att information till berörda män om PSA-baserad diagnostik samt vad en eventuell prostatacancerdiagnos kan leda till kvalitetssäkras samt att detta tillämpas på ett likvärdigt sätt i hela landet. För att underlätta processen har statliga medel till projektorganisation ställts till förfogande, motsvarande 0,4 miljoner kronor per landsting.

Vart ska vi?

Sjukvårdsregionen deltar aktivt i det nationella projekt som syftar till att införa organiserad prostatacancertestning. Detta sker i samverkan i sjukvårdsregionen och projektmedlen har därför rekviderats till RCC Uppsala Örebro för att möjliggöra fortsatt gemensamt arbete med frågan, där bland annat en sjukvårdsregional förstudie ingår.

Tabell 8. Tidig diagnostik av prostatacancer

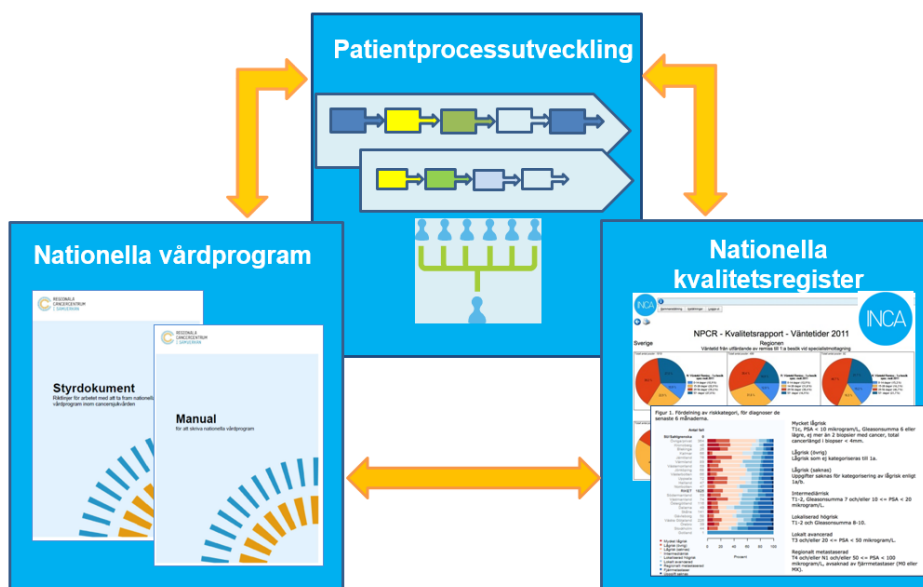
Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Genomföra sjukvårdsregional förstudie av prostatacancertestning	RCC Uppsala Örebro med stöd av landstingen	2019
Fortsatt deltagande i nationellt arbete som syftar till organiserad prostatacancertestning	Landstingen med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21

KAPITEL 4

Kunskapsstyrning inom RCC

RCC ska tillsammans med landstingen verka för en mer jämlik och kunskapsstyrd cancervård. En viktig del i det arbetet är att utveckla nationella vårdprogram och nationella kvalitetsregister för att möjliggöra utveckling av vårdprocesserna.

I bilden nedan visas de tre huvudområdena inom kunskapsstyrning vid RCC och hur de samverkar med varandra.



Figur 3. Loopen inom kunskapsstyrning vid RCC

4.a Vårdprocesser

Bakgrund

Sjukvårdsregionens VPG är en sedan länge etablerad funktion. Grupperna är multiprofessionella och består av representanter från samtliga landsting samt med engagerade patient- och närstående företrädare.

Sjukvårdsregionens VPG är mottagare av de nationella vårdprogrammen och ska vid behov anpassa dessa efter regionala förutsättningar avseende kompetenser, materiella resurser och organisatoriska strukturer samt främja implementering av dessa i landstingens linjeorganisation. Det övergripande syftet för gruppens arbete är att leda och samordna arbetet med att utveckla, effektivisera och förbättra vårdprocessen ur ett patientperspektiv. Det är därför viktigt att kompetenser från hela vårdkedjan samt att patient- och närstående företrädare finns representerade i gruppen. Vid RCC Uppsala Örebro finns det för närvarande tjugoen vårdprocessgrupper, varav arton är diagnosspecifika och tre är diagnosövergripande (prevention, cancerrehabilitering och palliation).

Till flera av grupperna finns diagnosspecifika sjuksköterskenätverk knutna med uppdrag att bl.a. stärka patientens perspektiv i vårdprocessen samt bevaka omvårdnadsdelen i vårdprogram och liknande dokument. Utöver dessa grupper finns även tre arbetsgrupper vid RCC, sjukvårdsregional arbetsgrupp för bröststradiologi med uppdrag att arbeta för ett utökat deltagande i mammografiscreening, sjukvårdsregional vårdprocessgrupp för livmoderhalscancerprevention med uppdrag att arbeta för ett ökat deltagande i livmoderhalscancerscreening och HPV-vaccination samt sjukvårdsregional arbetsgrupp för kontaktsjuksköterskor med uppdrag att stödja kontaktsjuksköterskornas arbete i sjukvårdsregionen.

Var är vi?

RCC Uppsala Örebro har valt att ge alla ordföranden i VPG rollen som processledare för att på så sätt få en hög förankring av frågor som rör vårdprocessarbete, nivåstruktur och patientmedverkan i sjukvårdsregionens sju landsting. Det innebär att processledaren tillsammans med gruppen styr och leder arbetet med att kartlägga och driva sjukvårdsregionalt utvecklingsarbete i vårdprocesserna. Gruppens medlemmar har sedan i uppdrag att ta förbättringsförslagen till det egna landstinget och säkerställa att dessa implementeras. Arbets sättet genererar en hög förankring i professionen, nackdelen kan möjligen vara att det tar lite längre tid att genomföra förändringen i en sjukvårdsregion med sju landsting. Samtidigt skapar VPG:s arbete goda förutsättningar för att landstingen arbetar på ett likartat sätt.

Under de senaste åren har ett flertal sjukvårdsregionala multidisciplinära konferenser (MDK:er) startat upp. Utöver dessa har de redan befintliga MDK:erna förbättrats avseende fler deltagare samt tydligare struktur och innehåll i samband med anmälan av patienter bland annat.

Vart ska vi?

Den lokala och den sjukvårdsregionala vårdprocessen ska innefatta hela vårdkedjan, även cancerrehabilitering och palliativ vård. Den ska dessutom följa de standardiserade vårdförloppen (SVF). Utveckling av vårdprocessen ska ske på ett strukturerat sätt. För att genomföra detta behöver vårdprocessgrupperna återkommande analysera data från kvalitetsregister och andra system för uppföljning, exempelvis ledtidsdata. Utifrån resultatet av analysen ska sedan förbättringsområden identifieras.

Det finns potential att förbättra MDK-verksamheten ytterligare i sjukvårdsregionen, bland annat genom att utveckla arbetsformerna, innehåll och tekniken.

Tabell 9. Vårdprocesser

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Föra in de diagnosövergripande områdena i respektive vårdprocess	VPG tillsammans med vårdprocesskoordinatorer (VPK) vid RCC Uppsala Örebro	2019–21
Öka användningen av kvalitetsregisterdata för förbättringsarbete	VPG tillsammans med VPK vid RCC Uppsala Örebro	2019–21
Årligen identifiera 1–2 konkreta förbättringsområden per VPG med tydliga, uppföljningsbara mål	VPG tillsammans med VPK vid RCC Uppsala Örebro	2019–21
Utveckla arbetsformer, innehåll och teknik kopplat till MDK-verksamheten	VPG tillsammans med VPK vid RCC Uppsala Örebro	2019–21

4.a.i. Standardiserade vårdförlopp

Bakgrund

Regeringen och SKL har under åren 2015–2018 träffat överenskommelser med målet att förbättra tillgängligheten inom cancervården genom införandet av SVF. Målet förutom kortare väntetider är att vårdförloppen ska leda till en mer sammanhållen och likvärdig vårdprocess med bättre information och mer delaktighet för patienten. Medel för införande av SVF har utgått från Socialdepartementet för åren 2015–2018.

Var är vi?

RCC Uppsala Örebro har från början satsat motsvarande ca 75 % tjänst fördelat på två personer för att samordna införandet av SVF i sjukvårdsregionen. Bland annat har man ordnat sjukvårdsregionala möten för landstingens SVF-ansvariga med information och erfarenhetsutbyte 2–3 gånger per år. RCC Uppsala Örebros representanter har också fungerat som en viktig länk mellan den nationella och sjukvårdregionala/lokala nivån. Under 2017 har en extra satsning på SVF-arbetet ute i primärvården genomförts med goda resultat i flera landsting. En liknande satsning görs även 2018, då med inriktning mot kvalitetssäkring av registreringen.

Vart ska vi?

Utmaningen i landstingen är att fortsätta utveckla de införda vårdförloppen och säkerställa att dessa integreras i ordinarie verksamhet. En viktig del i detta arbete är att kvalitetssäkra processen av registrering och datauttag för att kunna följa effekten av SVF över tid.

Fram till 2020 ska 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser utredas inom respektive SVF. För att lyckas med 70 procentsmålet krävs att man även fortsatt arbetar med information om SVF och dess ingångskriterier. Även registreringsrutinerna behöver förbättras. Fram till 2020 ska även 80 procent av de i SVF registrerade patienterna komma igång med behandling inom utsatta tidsgränser. Detta mål är för många SVF och landsting en större utmaning. Inom vissa förlopp finns det en uppenbar kompetensbrist som måste åtgärdas. Ett fortsatt arbete med uppföljning av vårdprocesserna för att identifiera flaskhalsar i respektive SVF är nödvändigt. RCC kommer att fortsätta stödja landstingen via det sjukvårdsregionala nätverket samt vara behjälpliga med datauttag och rapporter.

RCC Uppsala Örebro deltar även i det nationella arbete som pågår för att förbättra datavaliditeten inom SVF.

Tabell 10. Standardiserade vårdförlopp

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Överföra SVF-projektet till förvaltning	Landstingen	2019
Presentera uppföljningsdata för sjukvårdsregionen årligen	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Effektivisera överföring av patienter mellan landsting	Landstingen	2019–21



4.a.ii Kontaktsjuksköterska och Min vårdplan

Bakgrund

Sedan 2010 finns en lagstadgad rätt till fast vårdkontakt (Patientlag 2014:821). Syftet med fast vårdkontakt är att förbättra informationen och kommunikationen mellan patienten och vårdenheten, att skapa tillgänglighet, kontinuitet och trygghet samt att stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården. Inom cancervården är det kontaktsjuksköterskan som är ansvarig för kontaktfunktionen gentemot patienten och de närstående.

Kontaktsjuksköterskan har även en central roll inom cancerrehabiliteringen och i uppdraget ingår bland annat att tillsammans med patienten kontinuerligt genomföra bedömning av och identifiera rehabiliteringsbehov samt att planera åtgärder och upprätta en individuell vårdplan utifrån patientens behov.

Min vårdplan har funnits sedan 2012 i pappersversion och sedan 2016 har arbetet med en elektronisk Min vårdplan (e-MVP), pågått. I utvecklingen av e-MVP har det lagts stor vikt vid funktionalitet, enhetlig utformning och att så långt som möjligt ge likvärdig information om sjukdom och behandling för att främja en god och jämlik vård för patienter i hela Sverige. Implementeringen av e-MVP i landstingen påbörjas under 2018.

Var är vi?

Arbetet med rekrytering och utbildning av kontaktsjuksköterskor i sjukvårdsregionen har gått framåt men det finns fortfarande brist på kontaktsjuksköterskor, särskilt utbildade kontaktsjuksköterskor.

Arbetsituationen för kontaktsjuksköterskorna är starkt påverkad av den rådande sjuksköterskebristen i sjukvårdsregionen och Sverige i övrigt. Fler uppgifter läggs till i kontaktsjuksköterskornas uppdrag, men flertalet får inte den tid som krävs för att sköta arbetet vilket visats i en [studie](#) som genomförts i sjukvårdsregionen. Det medför att patienter och närstående inte får det stöd som de har rätt till.

Det sjukvårdsregionala planeringsarbetet för implementering av e-MVP i landstingen har påbörjats. Implementeringen kommer att ske i nära samverkan mellan de sju landstingen i sjukvårdsregionen. Utformning och informationsinnehåll ska så långt som möjligt vara det samma för att förenkla samarbetet om och med patienterna i sjukvårdsregionen samt att främja en god och jämlik vård. Samverkan mellan landstingen ger en ökad kostnadseffektivitet samt en besparing i resurser och tid i samband med implementeringen av e-MVP, jämfört med om respektive landsting genomför implementeringen var för sig.

Vart ska vi?

Landstingen bör arbeta för rekrytering och utbildning av fler kontaktsjuksköterskor samt se över, renodla och avgränsa kontaktsjuksköterskornas uppdrag för att skapa tillgänglighet, kontinuitet och trygghet och att stärka patientens möjligheter till delaktighet i vården.

Alla patienter i cancervården ska erbjudas Min vårdplan i digital alternativt pappersform. Implementeringen av e-MVP i sjukvårdsregionen ska ske stegvis, i början med några diagnosgrupper åt gången för att till slut innefatta alla diagnosgrupper.

Tabell 11. Kontaktsjuksköterska och Min vårdplan

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
KSSK-rollen/funktionen ska kvalitetssäkras	Landstingen	2019–21
Gemensam utbildning av KSSK i sjukvårdsregionen	Landstingen	2019–21
Implementera e-MVP för alla cancerdiagnoser enligt regeringens direktiv	Landstingen med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21

4.a.iii Rehabilitering och psykosocialt stöd

Bakgrund

I framtiden förväntas fler insjukna i och leva med cancer som kronisk sjukdom. Fler kommer att leva med sena biverkningar och hälsoproblem efter genomgången cancerbehandling, vilket kommer medföra ett ökat behov av cancerrehabilitering. Definitionen av cancerrehabilitering och tidpunkten för att initiera rehabiliterande insatser förändrades med det [nya vårdprogrammet](#) för cancerrehabilitering 2017. Tidig cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera följderna av cancersjukdom och dess behandling. Behovet av rehabilitering behöver bedömas redan vid diagnos samt upprepat under behandlingens gång. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva så bra som möjligt under hela vårdprocessen.

Var är vi?

Implementering av det nya vårdprogrammet för cancerrehabilitering har påbörjats men kunskapen om cancerrehabilitering behöver stärkas. Förändringen av definitionen för cancerrehabilitering och tidpunkten för insatser i vårdförloppet medför nya krav på vårdens strukturella organisation gällande arbetssätt och resurstillgång. För att kunna tillgodose behovet av cancerrehabilitering är det viktigt att vården samverkar över diagnos- och klinikgränser.

Flera landsting har genomfört GAP-analyser för att kartlägga vilka behov av strukturell förändring som finns. Några landsting har tagit fram nya handlingsplaner för cancerrehabilitering och utvecklingsprojekt för att möta de nya behoven har påbörjats. I väntan på att nationella kvalitetsindikatorer tas fram har sjukvårdsregionala kvalitetsindikatorer utvecklats och en baslinjemätning av dessa har initierats.

Det uppföljningsinstrument som rekommenderas inom cancerrehabiliteringen i sjukvårdsregionen, Hälsoskattningen, används inom ett flertal verksamheter men är ännu inte breddinfört.

RCC Uppsala Örebro deltar även i det nationella utvecklingsarbetet kopplat till bäckenrehabilitering vid cancer. Inom ramen för projektet tas bland annat nationella riktlinjer fram som sedan ska implementeras på lokal nivå.

Vart ska vi?

För att uppnå en jämlik cancerrehabilitering i sjukvårdsregionen bör vårdpersonal få ytterligare utbildning inom området. Alla landsting bör i ett första utvecklingssteg tillgodose de så kallade basala rehabiliteringsbehoven; fysisk aktivitet, psykosocialt stöd och grupputbildning om cancer och hur sjukdomen påverkar patienter och närstående.

Vidare bör lokal och sjukvårdsregional multidisciplinär konferens för rehabilitering (Rehab-MDK) startas upp. Lokal MDK utvecklas i respektive landsting utifrån lokala behov medan den sjukvårdsregionala MDK:n utvecklas inom ramen för bäckenrehabiliteringsprojektet. Om det faller väl ut är planen att det ska införas för fler områden inom cancerrehabiliteringen.

Genom införande av ett gemensamt mätverktyg i journal för alla diagnoser, Hälsoskattningen, i sjukvårdsregionen kan patientens individuella behov säkras men också ge en mer verklighetsanpassad bild över vilka cancerrehabiliterings behov som finns och hur resurserna bör utvecklas och styras.

Tabell 12. Rehabilitering och psykosocialt stöd

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Införa Hälsoskattningen i journalsystemet	Landstingen	2019
Genomföra GAP-analys utifrån vårdprogrammet samt kartlägga behov av och resurser för gemensam avancerad och mycket avancerad cancerrehabilitering i sjukvårdsregionen	RCC Uppsala Örebro VPG för cancerrehabilitering tillsammans med landstingen	2019
Tillgodose dom basala rehabiliteringsbehoven i samtliga landsting	Landstingen	2019–20
Införa sjukvårdsregional cancerrehabiliterings-MDK för avancerade och mycket avancerade rehabiliteringsbehov	Landstingen med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21
Genomföra projekt bäckenrehabilitering vid cancer på nationell och sjukvårdsregional nivå	RCC Uppsala Örebro tillsammans med landstingen	2019–21

4.a.iv Palliativ vård

Bakgrund

Palliativ vård syftar till att förbättra livskvaliteten för patienten och de närstående genom att förebygga och lindra lidande bland annat genom behandling av fysiska, psykiska, sociala och existentiella symptom relaterade till sjukdomen. Behovet av palliativ cancervård har ökat då fler patienter lever med kronisk cancer. Därtill kommer det ökade behovet av palliativ vård i livets slutskede. Varje år avlider över 20 000 personer i Sverige till följd av cancer, vilket gör att majoriteten av de som får palliativ vård är cancerpatienter. Den palliativa vården är därmed en viktig del av cancervården. RCC publicerade 2016 ett nytt vårdprogram för palliativ vård vars syfte är att bidra till ökad kvalitet och en mer jämlik vård.

Var är vi?

Idag saknas ett nationellt vårdprogram specifikt inriktat mot palliativ vård för barn, framtagandet av detta pågår.

År 2015 skulle alla län i sjukvårdsregionen ha etablerat Palliativa råd för att uppnå en bättre samverkan och en ökad jämlikhet. Två län saknar fortfarande Palliativa råd 2018.

Socialstyrelsen arbetade 2013 fram nio stycken kvalitetsindikatorer för uppföljning och utveckling av den palliativa vården. Under 2017 fastställdes nationella målnivåer för kvalitetsindikatorerna.

Vart ska vi?

Den palliativa vården i sjukvårdsregionen ska baseras på den palliativa värdegrunden. Alla människor som är i behov av palliativ vård ska ha tillgång till den, oavsett bostadsort, diagnos, ålder, etnicitet, religion eller sexuell läggning. För att nå dit behöver bland annat det palliativa förhållningssättet på ett bättre sätt vävas in i de diagnosspecifika nationella vårdprogrammen.

För att säkerställa en god palliativ vård genom hela vårdkedjan krävs ett utvecklat samarbete mellan landsting och kommuner. Därför är det viktigt att alla län har Palliativa råd som arbetar utifrån en lokalt anpassad plan baserad på den gemensamma uppdragsbeskrivningen som är framtagen i sjukvårdsregionen.

RCC Uppsala Örebro ska tillsammans med länen följa de nio kvalitetsindikatorerna och använda detta som grund för utveckling och förbättring av den palliativa vården. En förutsättning för det är en hög täckningsgrad i Svenska Palliativregistret i hela sjukvårdsregionen, i såväl landstings- som kommunal verksamhet. Den nationella målnivån för täckningsgraden är ca 80%.

Tabell 13. Palliativ vård

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Bedriva Palliativa råd i samtliga län utifrån framtagen uppdragsbeskrivning	Landsting och kommuner inom respektive län	2019–21
Årligen följa upp kvalitetsindikatorerna i Socialstyrelsens kunskapsstöd för palliativ vård	Länen med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21

4.b Register

Bakgrund

RCC Uppsala Örebro ansvarar för kontroll, efterforskning och sammanställning av lagstadgade canceranmälningar från sjukvårdsregionen till det Regionala cancerregistret. Informationen används för sammanställningar av sjukvårdsregional och nationell cancerstatistik vid RCC och Socialstyrelsen och i registerbaserade studier.

I RCC:s uppdrag ingår att arbeta för att kvalitetsregister används för patientfokuserad verksamhetsutveckling i cancervården. Det innebär att RCC ska verka för att samtliga berörda enheter rapporterar till de nationella cancerkvalitetsregistren och ansvara för återkoppling, bl.a. öppna jämförelser mellan landsting och/eller mellan behandlande sjukhus. RCC Uppsala Örebro ger sjukvårdsregionalt stöd till ett trettiotal kvalitetsregister för cancer och har nationellt ansvar för kvalitetsregister inom prostatacancer, lungcancer, peniscancer, kronisk myeloid leukemi och myelodysplastiskt syndrom. Både cancerregistret och kvalitetsregistren ligger på den nationella IT-plattformen INCA (informationsnätverk för cancervården).

Var är vi?

Till Regionala cancerregistret inkom 2017 mer än 20 000 canceranmälningar (inklusive anmälningspliktiga icke-invasiva tumörer), vilket är en fördubbling av antalet anmälda cancerfall jämfört med 1997. Pågående datakvalitetsprojekt visar samtidigt på en underrapportering på grund av uteblivna canceranmälningar. Detta gäller i synnerhet cancerformer med dålig prognos hos äldre. Att canceranmälningar görs i tid och är av hög kvalitet är av största vikt för rättvisande statistik och för kontroll av täckningsgraden i kvalitetsregister.



Totalt rapporterades under 2017 mer än 11 000 sjukvårdsregionala cancerfall till kvalitetsregistren. Informationen i flertalet kvalitetsregister baseras på flera blanketter (anmälan, behandling, uppföljning). Kvalitetsregistren har mycket hög täckningsgrad, >95 % jämfört med täckningsgraden i cancerregistret där anmälan är lagstadgad.

Arbetsgruppen för kvalitetsregister på INCA (AKI) består av medlemmar från landets sex RCC. AKI står för nationell samordning av drift, utveckling och support av INCA plattformen. Det nationella samarbetet rör bl.a. utveckling av plattformens funktionalitet. Detta innefattar t.ex. konstruktion av diagnosspecifika startsidor, screeningregister, läkemedelsregister, randomiseringsmöjligheter, lösningar för patientrapporterade mått, kommunikation med andra system, online-åtkomst i realtid till inrapporterade data (Koll på läget), publik redovisning av utvalda generella och diagnosspecifika kvalitetsindikatorer, lösningar för att följa väntetider inom satsningen på SVF och utveckling av s.k. patientöversikter.

Vart ska vi?

Inrapportering i tid av korrekta registerdata är avgörande för att kunna följa upp målen i den nationella cancerstrategin. I syfte att förbättra inrapporteringen ska RCC ge kontinuerlig återkoppling om inrapporteringsläge till kliniker, lokala cancerråd, RCC styrgrupp och sjukvårdsregionala vårdprocessgrupper. RCC ska fortsätta ordna sjukvårdsregionala utbildningsdagar för inrapportörer och arbeta för förenkling av inrapporteringen på INCA. Representanter för RCC ska fortsatt delta i CanINCA utvecklingsgrupp, ett samarbete mellan RCC organisationerna och Socialstyrelsen för att utveckla datakvaliteten i nationella cancerregistret.

RCC ska ge stöd till utnyttjande av registerdata för uppföljning, kvalitetsutveckling och forskning. RCC:s stödteam ska i dialog med diagnosspecifika vårdprocessgrupper ta fram underlag för avstämning mot vårdprogram och lokalt förbättringsarbete. RCC ska två gånger per år ta fram en rapport för att följa utvecklingen av sjukvårdsregional nivåstrukturer. SVF-införandet ska årligen följas upp via analys av de ledtidsdata som finns i kvalitetsregistren.

RCC ska genom rådgivning och metodstöd främja utnyttjande av kvalitetsregisterdata i forskningssyfte samt erbjuda stöd till studenter vars forskningsprojekt utgår från registerdata.

Tabell 14. Register

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Genomföra regelbundna besök hos landstingen i syfte att utbilda och höja kvaliteten i registerarbetet	RCC Uppsala Örebro, landstingen	2019–21
Förbättra datakvalitet i fyra dimensioner: inrapporteringshastighet, täckningsgrad, jämförbarhet och validitet	RCC tillsammans med VPG, kliniker, Lokala cancerråd, RCC Styrgrupp och CanINCA utvecklingsgrupp	2019–21
Medverka vid konstruktion av nya registerlösningar på INCA plattformen	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Arbeta för att alla landsting i sjukvårdsregionen ska leverera elektronisk patologisk-anatomisk diagnos (PAD) vid canceranmälan	Landstingen med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21

4.c Vårdprogram

Bakgrund

Nationella vårdprogram ska bidra till en jämlik och god vård till alla cancerpatienter, oavsett bostadsort, kön och socioekonomisk status. Vårdprogrammen bygger på bästa tillgängliga kunskap och ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning. Utvecklingen går mot enhetliga nationella vårdprogram, men för vissa diagnoser finns sjukvårdsregionala tillämpningar. För att bevara aktualiteten ses innehåll och skrivningar över årligen och revideras vid behov. Arbetet leds av kliniker med specialistkunskap med administrativt stöd från RCC i samverkan. Vid större revisioner går förslag på ändringar ut på remiss till berörda verksamheter och huvudmän.

Uppföljning av vårdgivares följsamhet mot vårdprogram baseras på analys av olika indikatorer i kvalitetsregistren. Således innehåller vårdprogrammen information om vad som ska göras, medan kvalitetsregistren ger svar på frågan om det blir utfört.

Var är vi?

I mitten av 2018 fanns 36 nationella vårdprogram på cancerområdet. Information om dessa samt vårdprogram under utarbetande eller under revision finns på [RCC:s hemsida](#).

Vart ska vi?

RCC ska tillsammans med VPG, RCC:s styrgrupp och lokala cancerråd sprida information om nyheter i vårdprogram samt följsamheten till dem på ett strukturerat sätt som skapar delaktighet. I RCC:s uppdrag ingår att ständigt förbättra olika utdatalösningar så att information om vårdprogrammets innehåll och efterlevnad når ut i sjukvårdsregionen.

Tabell 15. Vårdprogram

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Utveckla uppföljning av följsamhet till vårdprogrammen	RCC Uppsala Örebro i samarbete med VPG	2019–21



KAPITEL 5

Kompetensförsörjning

Bakgrund

En av cancervårdens största utmaningar är den allmänna bristen på personal som råder inom sjukvården. Arbetet med rekrytering är huvudmännen själva ansvariga för och det pågår ständigt insatser i landstingen gällande den basala kompetensförsörjningen.

Utöver den allmänna bristen finns det även en uttalad brist av specialistutbildad personal inom cancerområdet. En god kompetensförsörjning är en förutsättning för att erbjuda fullgod cancervård.

Om sjukvårdsregionen framgångsrikt och långsiktigt ska kunna samverka kring kompetensförsörjningen behövs gemensamma strategier för såväl nyrekrytering som för kompetensutveckling av befintlig personal, vilket kan ses som ett incitament för dessa att bli kvar i verksamheten. Utvecklingen inom cancervården går snabbt, därför krävs kontinuerlig fortbildning för att kunna införa nya metoder.

RCC ansvarar för att påtala specifika utbildningsbehov inom cancervården i sjukvårdsregionen, medan Regionala utbildnings- och kompetensrådet (RUR), ansvarar för kontakter med lärosätena i sjukvårdsregionen avseende utbildningar på högskolenivå inom sjukvårdsområdet. RUR arbetar även mot SKL och andra centrala organ gällande utbildnings- och kompetensfrågor.

Var är vi?

Målen i föregående cancerplans kapitel om kompetensförsörjning har uppnåtts i olika grad. Starten och samordningen av kontaktsjuksköterske- och forskningssjuksköterskeutbildning är exempel på framgång. Alla sjukvårdsregionens landsting utbildar kontinuerligt kontaktsjuksköterskor för att möta patienternas behov. Utöver detta genomför RCC regelbundet regiondagar inom såväl diagnosspecifika som diagnosövergripande områden.

Tyvärr har den generella rekryteringsstrategin som beskrevs i Cancerplanen 2016–18 inte varit lika framgångsrik. Vissa delar är implementerade i några av sjukvårdsregionens landsting, medan de landstingsövergripande insatserna ännu inte är på plats. Någon övergripande analys av behoven i sjukvårdsregionen är heller inte genomförd, däremot har man tagit fram sjukvårdsregionala underlag inom mammografi- och barncancerområdet som visar brist på personal inom respektive område.

Vart ska vi?

En förutsättning för att bibehålla våra lyckade resultat inom utbildningsområdet och för att huvudmännen i högre grad ska nå framgång inom rekryteringsområdet är att en gemensam nulägesanalys görs, där jämförbara data från respektive landsting presenteras. Utifrån analysen bör det tas fram årsvisa handlingsplaner för de områden där samverkan ses som möjlig. Detta bör ske i samverkan mellan RUR och RCC så att alla nödvändiga perspektiv tas i beaktning.

Tabell 16. Kompetensförsörjning

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Genomföra nulägesanalys samt ta fram handlingsplan kopplat till utbildnings- och kompetensutvecklingsbehovet i sjukvårdsregionen	RCC Uppsala Örebro med stöd av RUR	2019–21
Delta som en partner i arbetet kring uppsatsskrivning baserat på kvalitetsregister vid utbildningar på högskolenivå	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Bidra till vidareutbildning av personal genom bland annat regiondagar och utbildning i registerkunskap	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Delta som partner i beslut om task shifting	RCC Uppsala Örebro, landstingen	2019–21



KAPITEL 6

Klinisk cancerforskning och innovation

Bakgrund

Forskning och innovation på cancerområdet är avgörande för cancervårdens fortsatta utveckling och patientomhändertagande enligt senaste rön. I enlighet med den Nationella cancerstrategin ska RCC bidra till att stärka den kliniska forskningen i sjukvårdsregionen och landet för att cancerpatienterna snabbare ska få ta del av nya rön. RCC ska även utveckla strukturer för samarbete med akademisk forskning och den forskande industrin samt främja innovationer i vården.

Var är vi?

RCC Uppsala Örebro har sedan tillkomsten 2012 bidragit till en stärkt cancerforskning i sjukvårdsregionen genom utveckling av stödfunktionen studieservice och strukturer för samarbete med universitet/högskolor. RCC har också samverkat med Regionalt biobankscentrum (RBC) för utveckling av nätverk för samordning av kliniska provningar och för införande av sjukvårdsintegrerad modell för biobanking av vätskebaserade prov för forskning.

Under den senaste fem-årsperioden har funktioner för stöd till kliniska studier fortsatt att utvecklas genom kliniska forsknings- och utvecklingsenheter i sjukvårdsregionen (UFC, KFUE, CKF) samt Forum Uppsala-Örebro. En fördjupad samverkan med dessa aktörer är av vikt.

RCC:s fortsatta roll som sjukvårdsregional aktör inom forskningsområdet bör inriktas mot de områden där RCC tillsammans med RBC har särskilda styrkor som biobanksfrågor, registerkunskap, epidemiologisk metodik. Utnyttjande av diagnosspecifik kunskap i RCC:s vårdprocessgrupper är avgörande för att identifiera aktuella och kliniskt relevanta frågeställningar.

Vart ska vi?

RCC Uppsala Örebro ska via insatser på flera plan ge fortsatt stöd till utvecklingen av klinisk forskning, forskningssamarbete och innovationsspridning i sjukvårdsregionen. Det kommer att ske via rådgivning, utbildning, forskningsstöd, informationsspridning, deltagande och samordning av studier samt utveckling av tekniska lösningar.

Fokus kommer att ligga på de områden där RCC tillsammans med vårdprocessgrupper besitter särskild kompetens som kan stödja sjukvårdsregional utveckling genom utnyttjande av cancerregister, diagnosspecifika kvalitetsregister, patientöversikter och biobanker.

RCC Uppsala Örebro ska erbjuda stöd som optimerar möjligheterna att utnyttja de unika förutsättningar som finns i Sverige för cancerstudier utgående från befolkningsbaserade kliniska register och biobanker.

Tabell 17. Klinisk cancerforskning och innovation

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Utveckla och definiera samarbetet med sjukvårdsregionala aktörer på cancerforskningsområdet	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Förstärka informationen om innehållet i det tillgängliga forskningsstödet på RCC	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Samordna och utveckla åtta diagnosspecifika patientöversikter på INCA	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Använda den nya randomiseringsmodulen på INCA till stöd för forskning	RCC Uppsala Örebro, landstingen	2019–21
Öka beforskningen av kvalitetsregisterdata	RCC Uppsala Örebro, landstingen	2019–21
Bygga upp en sjukvårdregional biobanksinfrastruktur för cancerforskning	RBC med stöd av RCC Uppsala Örebro	2019–21

KAPITEL 7

Nivåstrukturering

Bakgrund

Centralisering av komplicerad cancerbehandling, från enheter där man gör ett fåtal varje år, till större sjukhus har pågått sedan långt innan Cancerstrategin sjösattes. Ett bra exempel är operation av bukspottkörtelcancer. När nivåstruktureringprocessen börjar omfattar något vanligare tillstånd leder det ofta till protester från de mindre sjukhusen som ska lämna från sig sjukvård. Argument som framförs är de negativa effekter processen kan medföra på bakjournskompetensen inom kirurgin framför allt på länsdelssjukhusen samt att kompetensförsörjningen i stort försvåras. De fördelar som lyfts fram är att ett större antal patienter på färre sjukhus ökar möjligheterna till upplärning av nya specialister, att klinisk forskning underlättas liksom införandet av nya högteknologiska tekniker

I sjukvårdsregionen har nivåstruktureringen på nationell nivå genomförts utifrån [framtagen rekommendation](#) utan stora invändningar vilket till stor del beror på att det rör sig om få fall (<10) per diagnos och år. Utöver de diagnoser som räknas upp i dokumentet från RCC i Samverkan har nationell nivåstrukturering av avancerad diagnostik och behandling av barn och vuxna med bål- och extremitetssarkom [godkänts](#) hösten 2018.

Dessutom inleddes arbete med nationell nivåstrukturering av hjärntumörer, huvud-halscancer och cervixcancer genom RCC:s tillsättande av expertgrupper under våren 2018. I skrivande stund är det oklart hur det arbetet kommer att slutföras då Socialstyrelsen från och med 190101 tar över ansvaret för fördelning av nationell högspecialiserad vård.

Den sjukvårdsregionala nivåstruktureringen har varit betydligt svårare att genomföra. Det beror till stor del på ett komplicerat utgångsläge med sju ingående landsting och två universitetssjukhus. Den uteblivna storregionsreformen försvårade processen ytterligare. Slutligen är närheten till Stockholm en faktor som påverkar situationen.

Det [sjukvårdsregionala beslut](#) som finns bygger delvis på den bilaterala överenskommelser mellan Akademiska sjukhuset i Uppsala och Universitetssjukhuset Örebro, som träffades hösten 2016. En önskan att sjukvårdsregionens patienter ska kunna erbjudas vård inom rimlig tid har påverkat den sjukvårdsregionala fördelningen. För samtliga diagnoser har inrättande av sjukvårdsregional MDK varit en förutsättning för fortsatt samarbete.

Var är vi?

Hösten 2017 uppdrog SVN åt RCC Styrgrupp att ta fram en genomförandeplan för den fortsatta nivåstruktureringen. Genomförandeplanen färdigställdes i april 2018. Den sjukvårdsregionala fördelningen i planen visas översiktligt i tabell 18 och bygger i stort på de överenskommelser som träffades under 2015–2016. Det ska understrykas att delar av den sjukvårdsregionala fördelningsrekommendationen ännu inte har implementerats.

Tabell 18. Sjukvårdsregionala beslut, status per april 2018

Diagnos	Åtgärd	Fördelning
Matstrups- och magsäckscancer	Kirurgi, kurativt syfte	Akademiska sjukhuset (AS), viss del vid Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ)
Lever- och gallvägscancer	Kirurgi, exklusive perihilära gallvägstumörer och levertransplantation	AS, till viss del USÖ
Bukspottkörtelcancer	Kirurgi, kurativt syfte	AS och Centralsjukhuset Karlstad (CK)
Livmoderkroppscancer	Kurativ behandling av högrisktumörer	AS och USÖ
Livmoderhalscancer	Kirurgi och strålbehandling	AS och USÖ
Äggstockscancer	Avancerad behandling	AS
Urinblåsecancer	Cystektomi (radikal kirurgi),	AS och USÖ
Njurcancer	Njursparande kirurgi	AS, Västmanlands sjukhus Västerås (VSV) och Gävle sjukhus
	Kirurgi vid avancerad tumör (tumörtromb el. överväxt på intilliggande vävnad)	AS
Prostatacancer	Radikal prostatektomi	AS, CK, VSV, Mälarsjukhuset Eskilstuna samt Falu lasarett

Under hösten 2018 har en ny [nivåstruktureringsrapport](#) tagits fram av RCC:s kansli som beskriver antalet fall inom de nivåstrukturerade diagnoserna fördelat på sjukvårdsregionens landsting. Antalet individer som genomgått radikal operation (för analcancer även radiokemoterapi) per landsting och per behandlande sjukhus finns också redovisat. Med detta dokument som underlag genomfördes under september 2018 dialogmöten mellan företrädare för RCC och respektive landsting varvid både framgångsexempel och olika hinder för nivåstruktureringen redovisades.

Vart ska vi?

Med dialogmötena som utgångspunkt ska nivåstruktureringsförslaget revideras och en ny genomförandeplan skrivs fram av RCC Styrgrupp. Efter förankring i SVN:s ledningsgrupp ska ett nytt förslag till sjukvårdsregional nivåstruktureringsplan kunna presenteras för SVN i december 2018. Det fortsatta arbetet under kommande år kommer i huvudsak att bestå av att se till att planen verkställs i sjukvårdsregionens samtliga landsting. Detta kommer att följas upp med fortsatta nivåstruktureringsrapporter årligen.

**Tabell 19. Nivåstrukturering**

Aktivitet	Ansvarig	Tidsram
Ta fram kvalitetsindikatorer till uppföljning	RCC Uppsala Örebro	2019
Årvis uppföljning av nivåstruktureringsarbetet genom rapport	RCC Uppsala Örebro	2019–21
Medverka till att bygga upp gemensam produktionsplanering för att säkerställa gemensamt resursutnyttjande	RCC Uppsala Örebro, RCC Styrgrupp	2019–21



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se