



REGIONALT  
CANCERCENTRUM  
SYD

# Delar i en helhet

*Regional cancerplan RCC Syd  
2015-2018*

# Förord

Delar i en helhet är södra sjukvårdsregionens cancerplan för åren 2015-2018. Den långsiktiga målsättningen med den utveckling planen beskriver är att minska antalet cancerfall, öka överlevnaden och förbättra livskvaliteten hos patienter med cancer. Cancerplanen definierar utvecklingsmål och fastställer en gemensam viljeinriktning där regional samverkan och förändringsvilja är viktiga framgångsfaktorer.

Basen i Regionalt cancercentrum syds (RCC Syd) arbete är en processororienterad cancervård där patienten är en medaktör i vården. Delar i en helhet prioriterar insatser inom olika områden i syfte att genom proaktiva åtgärder och ökat regionalt samarbete säkra en hög kvalitet i framtidens cancervård. De 7 nyckelinsatserna representerar de åtgärder som mest frekvent identifierades inom de olika diagnosområdena. Genomförande av dessa kommer samlat att lyfta cancervården.

Åtgärderna innefattar att:

- minska antal cancerfall och öka överlevnaden genom tidigdiagnostik (preventiva insatser, hälsofrämjande samtal, kännedom om alarmsymtom och diagnostiska centra)
- erbjuda en sammanhållen och välkoordinerad cancervård (kontaktsjuksköterska och patientprocesser)
- säkra effektiva utredningsförlopp och behandling i tid (standardplan)
- möjliggöra verksamhetsutveckling baserad på kvalitetsdata (automatiserad dataöverföring, validering och administrativt stöd)
- öka livskvaliteten hos patienter med cancer (strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov och tidig anslutning till palliativ vård)
- vidareutveckla modern cancervård (patientprocesser och klinisk forskning)

För patienter och närstående blir tillgänglighet, god information, hög vårdkvalitet, flexibla lösningar och ökat egenansvar viktiga frågor. För medarbetarna i hälso- och sjukvården kopplas utvecklingsbehoven till hög servicenivå, process- och kvalitetsarbete samt multidisciplinärt och multiprofessionellt samarbete. För ledare och beslutsfattare ställer nya arbetssätt krav på att ändra fokus från produktion till resultat, öka tillgängligheten, säkra hög kompetens och ta ett långsiktigt ansvar för forskningens betydelse.

RCC Syd tar fram ett kommunikationsmaterial och föreslår att regioner och landsting tar fram tidssatta handlingsplaner för hur de föreslagna åtgärderna ska förverkligas. RCC Syd kommer vid dialogmöten följa upp givna förslag och åtgärder i syfte att stödja arbetet och belysa de många steg som tas mot en god framtida cancervård.

RCC Syds styrelse och Södra Regionvårdsnämnden har kontinuerligt uppdaterats om arbetet med att ta fram en regional cancerplan. Verksamhetsutvecklare och experter har ansvarat för sammanställning av materialet till de övergripande kapitlen. Arbetet med den regionala cancerplanen har koordinerats av en projektgrupp med representanter för Region Skåne, Region Halland, Landstinget Blekinge, Landstinget Kronoberg och RCC Syd.

Lund den 10 oktober 2014

*Tina Eriksson, cancersamordnare, Landstinget Kronoberg. Magnus Kåregård, medicinsk rådgivare, Koncernkontoret, Region Skåne. Per-Ola Mattsson, Landstingsråd (S), Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande, Landstinget Blekinge. Mef Nilbert, chef, RCC Syd. Jenny Patera, kommunikatör, RCC Syd. Stefan Rydén, medicinsk rådgivare, RCC Syd. Ulf Strömberg, professor, Strategiska cancerenheten, Region Halland. Johan Sällström, patientföreträdare.*

RCC Syds regionala cancerplan fastställs av Region Skåne, Region Halland, Landstinget Kronoberg och Landstinget Blekinge.

# Innehåll

Vision, utvecklingslinjer och nyckelinsatser	4
<b>Framtidens utmaningar</b>	5
Symbolförklaringar	4
Prevention och tidigdiagnostik	6
Prognoser	10
Kunskapsstyrning	14
Kompetensförsörjning	16
Klinisk forskning	18
<b>Patientfokus</b>	20
Patientens ställning	21
Vård på lika villkor	24
Palliativ vård	25
Rehabilitering	27
<b>Teamarbete</b>	30
Patientprocessen	31
Diagnostik, prognostik och prediktion	33
Väntetider	36
Behandling	40
Arbetsfördelning	45
Samverkan	47

# Vision, utvecklingslinjer och nyckelinsatser



Den regionala cancerplanens vision är en patientfokuserad, jämlik, kunskapsbaserad, kostnadseffektiv och forskningsaktiv cancervård. Baserat på detta har 7 diagnosövergripande nyckelinsatser identifierats.

OMRÅDE	PRIORITERADE NYCKELINSATSER
	Ökat fokus på prevention och tidigdiagnostik, riktade insatser för ökat deltagande i screeningprogram och hälsofrämjande samtal i cancervården.
	Effektiv utredning och behandling i tid genom etablering och implementering av standardplaner.
	Kontaktsjuksköterska och <i>Min vårdplan</i> erbjuds alla patienter under utrednings- och behandlingstiden.
	Verksamhetsutveckling baseras på kvalitetsdata i realtid genom ökat administrativt stöd och automatiserad överföring av validerad data.
	Rehabilitering integreras i patientprocesserna, behoven bedöms standardiserat och tillgången till cancerrehabilitering ökas.
	Palliativ kompetens kommer fler till nytta genom tidig understödande behandling, ökad kunskap om basal palliativ vård och förstärkning av avancerad sjukvård i hemmet.
	Forskningens betydelse för cancervården synliggörs, forskningsuppdrag prioriteras, regionen samverkar kring kvalitetsregisterforskning, biobanksstruktur och jämlik tillgång till kliniska studier.

## Symbolförklaringar

- Nyckelinsatser
- Arbetsfördelning
- Cancerforskning
- Kompetensförsörjning
- Kunskapsstyrning
- Ledningsfunktion
- Palliation
- Patientprocesser
- Patientens ställning
- Prevention
- Rehabilitering

# FRAMTIDENS UTMANINGAR



# Prevention och tidigdiagnostik

## - nödvändigt förutseende

Levnadsvanor som tobaksbruk, alkoholbruk, fysisk aktivitet och matvanor är de viktigaste orsakerna till den samlade sjukdomsburden i Sverige. Den som inte röker, äter hälsosamt, är fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor. Upp till en tredjedel av alla cancerfall beräknas vara orsakade av livsstilsfaktorer. Folkhälsoarbete, särskilt inriktat på tobaksfrihet och förändrade solvanor, har stor potential att kunna minska antalet framtida cancerfall. Hälso- och sjukvården möter patienter och deras närstående och spelar en viktig roll i människors liv. Engagemang i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder är därför av vikt. Ett framgångsrikt preventivt arbete kombinerar insatser riktade till individen och till samhällets strukturer.

*Hälsofrämjande åtgärder avser att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Sjukdomsförebyggande åtgärder avser att förhindra uppkomst av eller påverka förloppet av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem.*

Ett strukturerat arbete för att erbjuda stöd för att förändra levnadsvanor innefattar identifiering av behov, bedömning av motivation, stöd för förändring, genomförande av åtgärden och uppföljning av följsamhet, mål och resultat.

*Primärprevention avser åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdom, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem. Sekundärprevention avser åtgärder för att i tidigt skede förhindra en negativ utveckling av fysiska, psykiska eller sociala problem, att förhindra återinsjuknande i tidigare genomliden sjukdom eller att förhindra att latent sjukdomstillstånd utvecklas till kliniskt fastställt sjukdom.*

## Prevention

Primärpreventiva insatser inom cancerområdet sammanfaller till stor del med insatser som är av förebyggande betydelse för flera andra folksjukdomar, vilket gör att det primärpreventiva arbetet bör samordnas. Rökning är den levnadsvana som orsakar flest dödsfall. Idag röker cirka 15 procent av den vuxna befolkningen i Sverige. Rökvanor bland ungdomar kräver särskilda insatser. Cirka 20 procent av all cancer i Sverige, främst lungcancer, huvud- och halscancer, urinblåsecancer och njurcancer, beräknas vara orsakad av rökning. Upp till 10 procent av all cancer beräknas vara orsakad av strålning med UV-strålning kopplad till hudcancer som den viktigaste faktorn. Infektioner med virus eller bakterier orsakar en andel av cancer. Humant papillomvirus (HPV) är kopplat till risk för flera cancerformer, i första hand livmoderhalscancer, men också huvud- och halscancer, analcancer, vulvacancer och peniscancer. Vaccination mot HPV ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet för flickor. Fysisk aktivitet minskar risken för flera cancersjukdomar och har vid flera cancerformer, t.ex. bröstcancer, visats påverka behandlingsutfallet positivt.

Screening erbjuds för livmoderhalscancer och bröstcancer och utvärderas i en nationell studie avseende tjock- och ändtarmscancer. Tarmcancerscreening har i flera studier visat god kostnadseffektivitet och den nu pågående studien efterföljs sannolikt av ett ordnat införande av tarmcancerscreening. Vid äggstockscancer och lungcancer är värdet av screening osäkert, men kan vara aktuellt att utvärdera i studier. Vid screening är högt deltagande viktigt för att uppnå önskad effekt, dvs. minskad dödlighet i sjukdomen. Deltagandet i screening varierar inom södra sjukvårdsregionen, vilket motiverar riktade insatser för ökat deltagande. I ökande omfattning identifieras riskfaktorer för cancerinsjuknande, t.ex. i form av livsstilsfaktorer eller genetiska markörer. Mot den bakgrunden kommer screeningprogrammen i framtiden sannolikt att individualiseras avseende intervaller

och undersökningsmetoder i syfte att uppnå bästa kostnadseffektivitet. Individer med ärftligt ökad cancerrisk erbjuds särskilda kontrollprogram och/eller förebyggande åtgärder i syfte att förhindra cancerutveckling och genom tidigdiagnostik öka överlevnaden. Kunskapen om hur familjeanamnes kan användas som ett redskap för identifiering av individer med ökad risk behöver ökas. Identifiering av en individ med ärftlig cancer innebär också möjlighet att förhindra framtida canceruppkomst hos familjemedlemmar med ärftligt ökad risk.

Även hos patienter med cancer kan hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder vara av stort värde. Rökfri operation minskar risken för komplikationer och rökfri strålbehandling ökar behandlingens effekt. Fysisk aktivitet i samband med cancerbehandling har också vid flera diagnoser visat sig påverka prognosen positivt.

## Tidigdiagnostik

En stor andel av patienter med cancer har typiska symtom, så kallade alarmsymtom, som för tankarna till en viss cancerform. Ökad kännedom om alarmsymtom skulle kunna bidra till tidig diagnostik.

Andra patienter har diffusa symtom, t.ex. viktnedgång, trötthet och anemi som kan orsakas av många sjukdomar. Vid diffusa symtom kan diagnosen ta lång tid att nå, vilket gjort att man i Danmark byggt upp diagnostiska centra för dessa patienter. Syftet med ett diagnostiskt centrum är att påskynda och effektivisera utredningen av patienter med diffusa symtom på allvarlig sjukdom genom snabb, koordinerad och högkvalitativ utredning. På initiativ av RCC Syd startades hösten 2012 Sveriges första diagnostiska centrum vid Centralsjukhuset i Kristianstad. De preliminära resultaten visar att en av 5 patienter som utreds vid Diagnostiskt Centrum har cancer och att verksamheten är framgångsrik. 1 av 10 patienter med cancer diagnostiseras med en spridd tumörsjukdom utan känt ursprung, så kallad cancer med okänd primärtumör. För att

säkra god och effektiv diagnostik vid okänd primärtumör har en diagnostisk funktion för dessa patienter inrättats vid Skånes Onkologiska klinik i Malmö. Säkrad tillgång till diagnostiskt centrum för hela södra sjukvårdsregionens befolkning är en viktig utvecklingslinje för effektiv diagnostik av patienter med diffusa symtom och okända primärtumörer. Dessa centra kan organiseras på olika sätt, men ska säkra effektiv och standardiserad utredning i enlighet med nationella vårdprogram och riktlinjer.

*Alarmsymtom innefattar:*

Blödning ur ändtarmen, förändrade tarmvanor, järnbristanemi - tjock- och ändtarmscancer

Synligt blod i urinen – cancer i urinvägar och njurar

Tumörmissstänkt fynd i prostata vid ändtarmsundersökning – prostatacancer

Blodig upphostning – lungcancer

Knöl i bröstet – bröstcancer

Sväljningssvårigheter – matstrupscancer

Gynekologisk blödning efter klimakteriet – gynekologisk cancer

*Diffusa symtom inkluderar:*

Nyttillkommen oförklarad trötthet, ofrivillig viktnedgång och oklar långdragen feber

## Målbild 2018

Cancervården har i ökande omfattning integrerat ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande förhållningssätt i patientprocesserna. Hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och förmåga att skapa hälsofrämjande möten är god och vilar på kunskap om betydelsen av psykosociala faktorer för patientens prognos och självskattade hälsa. Samverkan mellan primärvården, specialistsjukvården och kommunal hälso- och sjukvård är stark. Cancervårdens fysiska miljö är hälsofrämjande för patienter, närstående och personal. Inga nya hus byggs eller lokaler renoveras utan att hälsofrämjande perspektiv beaktas. Kulturaspekter innefattas i en hälsofrämjande cancervård mot bakgrund av att kulturupplevelser kan förebygga ohälsa. Särskilt har tillgången till fysisk träning ökat och motiverande stöd i detta erbjuds. Medborgare och patienter får information om, och kan ta ansvar för, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser via olika typer av e-tjänster som t.ex. 1177 Vårdguiden, Mina vårdkontakter, e-journalen samt Mitt hälsokonto.

Insatser för ökat deltagande i befolknings-screening utvärderas och kan innefatta samordnad screening för bröstcancer och livmoderhalscancer, självtest för HPV diagnostik, ökad information till skolor och på ungdomsmottagningar och digitala tjänster för ökad tillgänglighet. Kännedomen om alarmsymtom i befolkningen har ökat. I nationell samverkan genomförs insatser i syfte att minska rökning, begränsa solexposition och öka fysisk aktivitet. Deltagandefrekvensen i befolkningsbaserade screeningprogram för livmoderhalscancer och bröstcancer är hög och screening för tarmcancer planeras för hela regionens befolkning. Diagnostiska centra har inrättats på flera platser i regionen, men organisation och struktur kan anpassas efter lokala förutsättningar. För patienter med generaliserad cancer av okänt ursprung har särskilda strukturer med kompetens och effektiva utredningsprogram etablerats.

## Utvecklingslinjer

- RCC Syd tar initiativ till cancerrelevanta dialoger kring hälsofrämjande och preventiva frågor mellan landsting/regioner, kommuner och aktörer inom folkhälsoområdet, t.ex. länsstyrelser och ideell sektor.
- Samverkan i nationella initiativ för att ändra ungdomars attityder till rökning.
- Åtgärder för att minska solning och öka kunskapen om solskydd, t.ex. genom samarbete med Strålskyddsmyndigheten eller kampanjer motsvarande de som framgångsrikt genomförts i Australien.
- Riktade insatser för att öka deltagandet i befolkningscreening och HPV-vaccination.
- Planering för införande av befolknings-screening för tjock- och ändtarmscancer.
- Värdering av möjligheten till studier av screening för lungcancer och äggstockscancer.
- Riktade insatser för prevention och tidigdiagnostik av malignt melanom.
- Åtgärder för att minska stråldosen vid diagnostiska röntgenundersökningar.
- Möjlighet till utredning vid diagnostiskt centrum säkras för alla invånare i regionen genom tillskapande av ytterligare diagnostiska centra.
- Arbete för ökad kännedom om alarmsymtom i befolkningen och tydliga riktlinjer för utredning vid alarmsymtom.
- Regional samverkan kring kompetensförstärkning avseende hälsofrämjande förhållningssätt med utbildning för kontaktsjuksköterskor i hälsofrämjande samtal.
- Rutiner och fortbildning i patientprocesserna för att erbjuda patienterna stöd för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, t.ex. rökfri operation, rökfri strålbehandling och fysisk aktivitet.

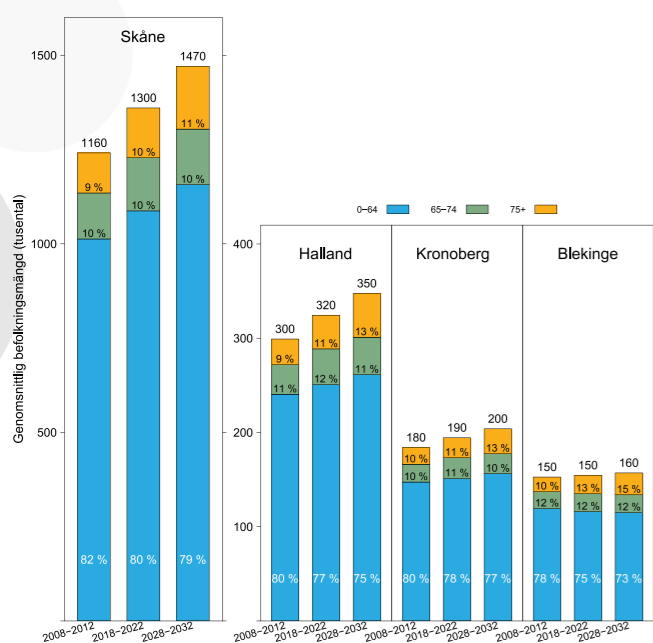
OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER PREVENTION OCH TIDIGDIAGNOSTIK	GENOMFÖRT SENAST
	<b>Prio 1</b> Arbete för att öka kännedomen om alarmsymtom.	2015
	<b>Prio 2</b> Riktade insatser för att öka deltagande i befolkningscreening och i HPV-vaccinationsprogrammet.	2015
	<b>Prio 3</b> Säkra tillgång till diagnostiska centra i hela regionen.	2018
	<b>Prio 4</b> Kontaktsjuksköterskor utbildas i hälsofrämjande samtal.	2016
	<b>Prio 5</b> Planering för införande av befolknings-screening för tjock- och ändtarmscancer.	2018
	<b>Prio 6</b> Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder integreras i patientprocesserna.	2018

För symbolförklaring se sid 4

# Prognoser

## – blickar mot framtiden

Cancerbördan ökar i den svenska befolkningen. Ett ökande antal cancerfall (incidens) beror på en ökande risk att drabbas av cancer, en ökande andel äldre i befolkningen och att screeningprogram och förbättrad diagnostik fångar upp fler fall. Canceröverlevnaden förbättras, vilket gör att allt fler lever med eller efter cancer (prevalens). Folkmängden i Skåne, Halland, Kronoberg och Blekinge prognosticeras enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) att öka från dagens 1,9 miljoner till 2,0 miljoner i tidsperioden 2018-2022 och till 2,2 miljoner i tidsperioden 2028-2032 samtidigt som andelen äldre ökar (figur 1).

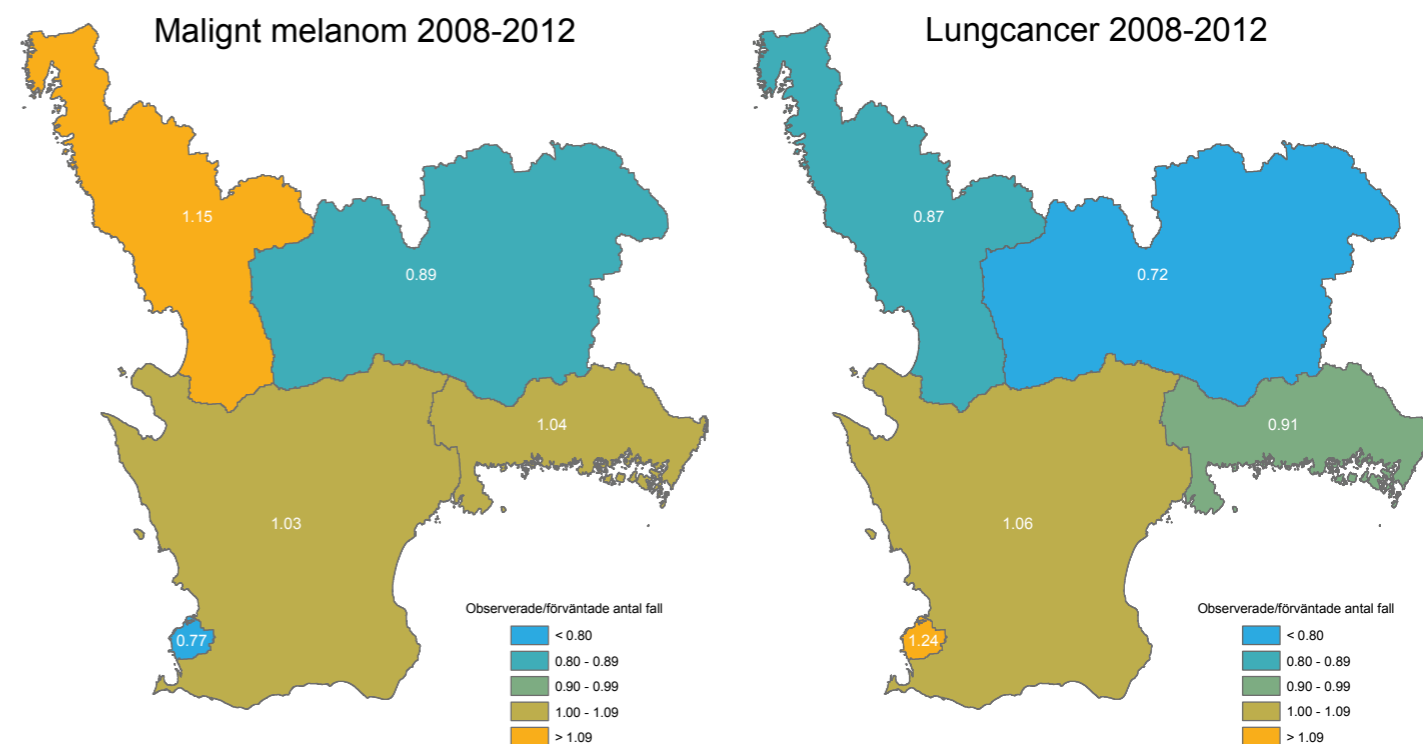


Figur 1. Genomsnittlig folkmängd inom Södra Sjukvårdsregionens län (även norra Halland inkluderades) i tidsperioderna 2008-2012, 2018-2022 och 2028-2032. Andelar i åldersgrupperna 0-64, 65-74 och 75+ år anges i respektive stapel.

## Nyinsjuknade i cancer

För hela södra sjukvårdsregionens befolkning (inklusive norra Halland) anmäldes i genomsnitt 12 600 cancerfall årligen under perioden 2008-2012. Prognoserna för antal cancerfall om 10 respektive 20 år visar att det i femårsperioden 2018-2022, beroende på prognosmodell, diagnostiseras 14 600-16 300 fall årligen och i perioden 2028-2032 diagnostiseras 16 600-19 100 fall årligen. De lägre talen baseras på prognoser där de nuvarande ålders- och könsspecifika incidenserna räknas upp i relation till befolkningsutvecklingen, medan de högre antalen tar hänsyn till ökad incidens (se faktaruta). Inom regionen finns skillnader i åldersjusterade cancerincidenser, t.ex. inom lungcancer och malignt melanom (figur 2). Prognoser av framtida antal cancerfall för respektive län ger viktig information om framtida kostnader och behov av kompetensförsörjning.

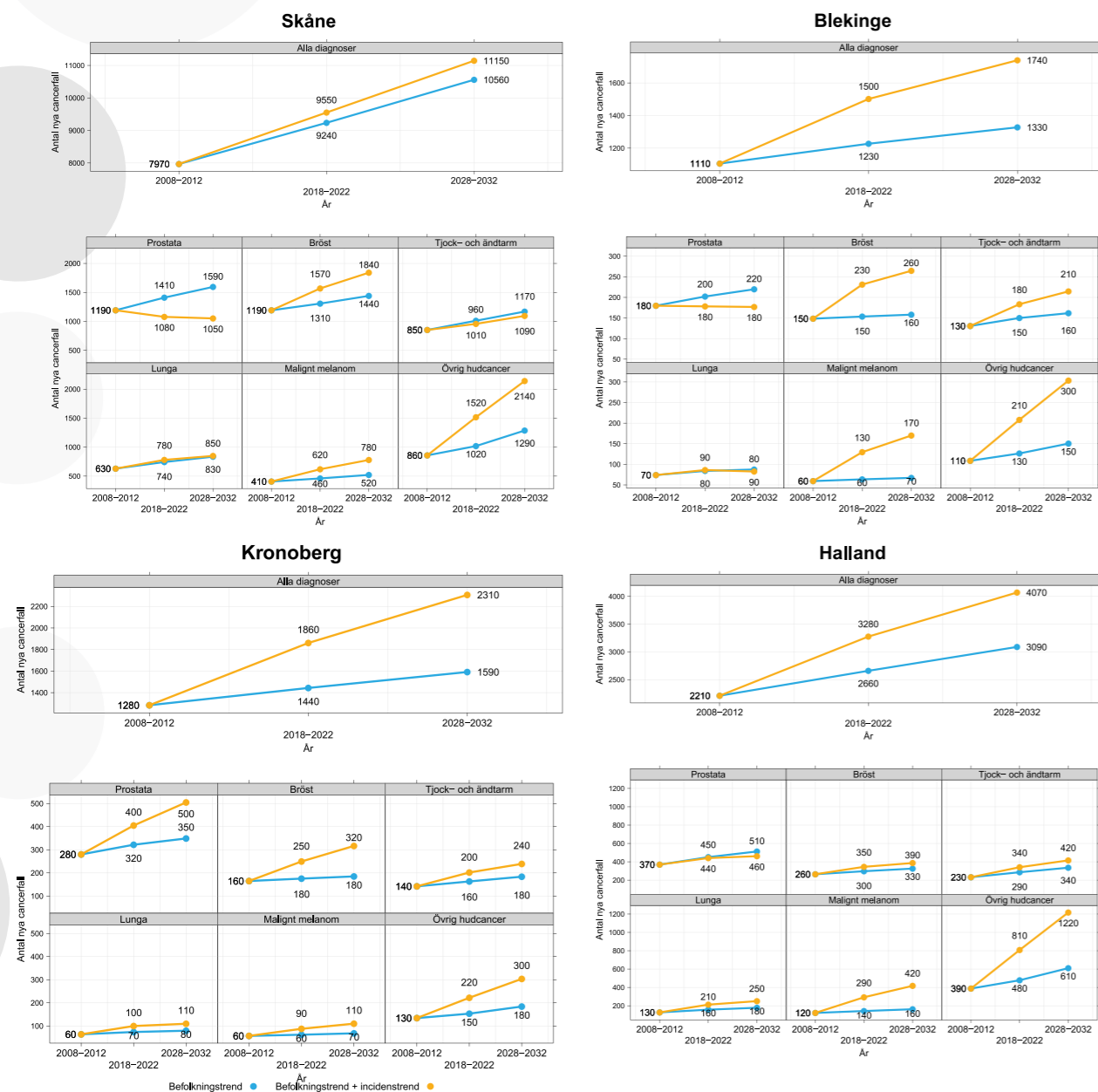
Prognoser för antalet framtida cancerfall har beräknats med två modeller, båda uppdelade på kön och femårsintervaller. I den första, "befolkningstrend", antogs att den kända genomsnittliga incidensen under åren 2008-2012 också gäller i framtiden. För den andra metoden, "befolkningstrend + incidenstrend", modellerades incidenstrenden över tid i femårsintervall från 1982 till 2032. Hänsyn togs till åldersgrupp, tidsperiod och födelsekohort. Därefter justerades resultaten för de specifika diagnoserna så att dessa antal fall plus antal fall för resterande diagnoser summeras till prognostiserade totala antalet fall. Personer med mer än en cancerdiagnos bidrar med multipla cancerfall, men i beräkningen av överlevnad räknas tiden från senaste diagnos. I prognoserna för antalet patienter med cancer (prevalenta fall) antogs dessutom att canceröverlevnaden i framtiden är som idag, vilket innebär att prognoserna behöver justeras upp om canceröverlevnaden fortsätter öka.



Figur 2. Kvoter mellan observerade och förväntade antal fall av lungcancer och malignt melanom under femårsperioden 2008-2012. Skåne är uppdelat i två områden: Malmö och övriga Skåne. Förväntade antal har beräknats utifrån ålders- och könsspecifika incidenser för de fem geografiska områdena sammantagna.

Regionens cancerprognoser presenteras för alla fall och separat för prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, lungcancer och hudcancer (inklusive malignt melanom) som tillsammans utgör 2/3 av alla cancerfall. Prognoserna på 20 års sikt presenteras enligt befolkningstrend (blå, med antagandet om oförändrade incidenser) och befolkningstrend + incidenstrend (gul, med hänsyn tagen även till modellerad incidensutveckling) (figur 3). För bröstcancer och hudcancer ser man en tydlig påverkan av stigande trender i incidenserna; prognostiserade antal nya fall ökar mer med hänsyn tagen till incidenstrend.

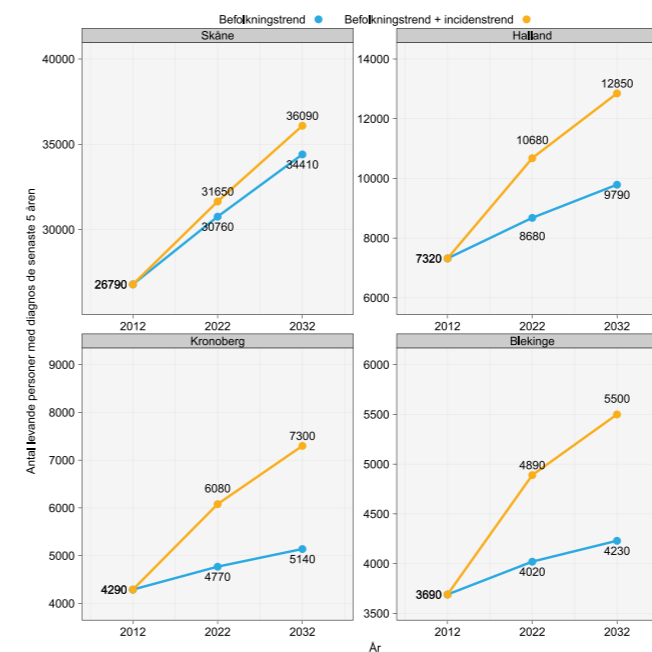
För tjock- och ändtarmscancer och lungcancer (män och kvinnor sammantaget) ses mindre eller marginella skillnader i resultat mellan prognosmodellerna. För prostatacancer, där användning av PSA-screening kan påverka incidenstrender, ger prognoserna skiftande resultat mellan länen. För Skåne ses något minskande antal fall framöver med hänsyn tagen till incidenstrend, medan antagandet om oförändrade incidenser ger ökande antal pga befolkningsökning. För Kronoberg ses en kraftigare ökning av antalet nya prostatacancerfall för modellerad incidenstrend, jämfört med oförändrade incidenser.



Figur 3. Genomsnittligt antal nya cancerfall per år (prognostiserade siffror) under femårsperioderna 2008-2012, 2018-2022 och 2028-2032 uppdelat i fyra paneler efter region/landsting. Inom varje panel visas resultat för alla cancerformer samt de vanligaste cancersjukdomarna: prostata, bröst, tjock- och ändtarmscancer, lunga, malignt melanom i huden och övrig hudcancer (exklusive basalcellscancer).

## Patienter med cancer i befolkningen

Cancerprevalensen innefattar levande personer i befolkningen som diagnostiserats med cancer under den senaste femårsperioden. I slutet av 2012 fanns det 41 400 personer i regionen som levde inom fem år efter en cancerdiagnos. Prognoserna pekar på att siffrorna för år 2022 är 49 000-53 000 och år 2032 är 55 000-62 000 (figur 4).



Figur 4. Antal levande personer (prognostiserade siffror) inom fem år efter en cancerdiagnos, i slutet av 2012, 2022 och 2032.

Prognoser för framtidens cancerfall och cancerbörda utgör ett viktigt underlag för planering och resursfördelning inom cancervården. Antalet nyinsjuknade kan påverkas genom preventiva insatser, t.ex. förväntas HPV-vaccination minska antalet fall av livmoderhalscancer. Prognoserna kan också kopplas till socioekonomiska skillnader och till data från kvalitetsregister.

## Utvecklingslinjer

Utökad arbete med prognostisering för:

- förbättrade underlag avseende behov och resursfördelning inom cancervården
- identifiering av geografiska och socioekonomiska skillnader
- nya modeller för att beräkna effekt av primär- och sekundärpreventiva åtgärder

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER	PROGNOSER	GENOMFÖRT SENAST
	Prio 1	Förstärkt forsknings- och utvecklingsarbete där cancerprognoser kopplas till befolkningsstrukturer och socioekonomiska faktorer.	2017
	Prio 2	Överlevnadsskillnader studeras genom koppling till kvalitetsregisterdata.	2016
	Prio 3	Cancerprognoser kopplas till befolkningsdata och deltagande i screening som grund för riktade insatser.	2016

För symbolförklaring se sid 4

# Kunskapsstyrning

## – verksamhetsutveckling på stabil grund

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården innebär att val och beslut i alla delar av systemet baseras på rekommendationer som utarbetats utifrån bästa tillgängliga medicinska kunskap samt att denna sprids och används i organisationen.

Södra sjukvårdsregionens kunskapsstyrningsorganisation syftar till att de medicinska resultaten ska få en större betydelse i ledning, styrning och uppföljning av vårdens prestationer och att stödja utvecklingen av en säker, god och jämlik vård i hela regionen.

Kunskapsstyrning syftar till att:

- ny kunskap och nya metoder införs och suboptimala eller inaktuella metoder uttrangeras på ett ordnat sätt
- säkra jämlik och likvärdig vård
- använda relevanta register för kvalitetsuppföljning och utveckling
- stödja utvecklingen av gemensamma vårdprocesser
- stödja hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

RCC Syd är en del i södra sjukvårdsregionens kunskapsstyrningsorganisation. Där det är tillämpligt ingår RCC Syd i regionens medicinska kunskapsgrupper. Inom andra områden utgör RCC Syds vårdprogramgrupper och patientprocessgrupper regionala kunskapsgrupper. Nationella riktlinjer, nationella vårdprogram, regionala tillämpningar och dialog kring måluppfyllelse baserat på kvalitetsregisterdata är viktiga delar i kunskapsstyrning.

RCCs uppgift är att initiera, stödja och medverka till att nationella vårdprogram implementeras. RCC ansvarar för remisshantering, information och beslut avseende nya vårdprogram inom cancerområdet. RCC ska också stödja kvalitetsarbete och forskningsaktiviteter. Fastställande av de nationella vårdprogrammen sker i RCC i samverkan som också ansvarar för webbpublicering. Vårdprogrammen genomgår en årlig översyn i dialog med stödjande RCC.

## Målbild 2018

RCC Syd har ansvar att systematiskt följa upp och redovisa cancervårdens resultat. Utnyttjandet av kvalitetsregisterdata för uppföljning av resultat, riktlinjer och vårdprogram har ställt krav på utveckling av kvalitetsregisterfunktionen. Inrapportering av data till kvalitetsregister sker 2018 med automatiserad dataöverföring från strukturerade journaler och andra informationssystem i vården. Systematiska kontroller av data finns inbyggda i systemet. Redovisning av nationella kvalitetsindikatorer och regionala anpassningar sker öppet med regelbunden uppdatering. Regelbundna kvalitetsdatadialoger sker med RCC Syds team, regionala patientprocessledare, vårdprogramansvariga och kvalitetsregisteransvariga för ett effektivare och samordnat arbete med kunskapsstyrning. Kvalitetsregisterdata används kontinuerligt som en naturlig del i vårdens förbättringsarbete. Alla kvalitetsregister är validerade enligt nationella riktlinjer. Samtliga register har patientrepresentanter knutna till sig och registren innehåller patientrapporterade mått (PROM och PREM). RCC Syd har tydliga och välfungerande arbetsrutiner för administrationen av kvalitetsregister och vårdprogram. RCC Syd uppfyller kraven på stödjande registercentrum och samarbetar med registerstyrgrupper och vårdprogramgrupper. RCC Syd stimulerar och underlättar registerforskning och bidrar till att kommunicera resultat av sådan forskning.

Regioner och landsting i södra sjukvårdsregionen har 2018 etablerat en





gemensam Health Technology Assessment (HTA)-struktur för utvärdering av nya diagnos- och behandlingsmetoder. HTA-funktionen stöder också utmönstring av föråldrad och icke-evidensbaserad teknik och metodik. RCC Syd bidrar i egenskap av kunskapsorganisation inom cancerområdet till arbetet. Det stora antalet nya behandlingar, diagnostiska metoder, operationsprinciper och läkemedel – behöver samlat och horisontellt prioriteras. Efter genomförda HTA-analyser vore en regionövergripande struktur för strategiska beslut av värde.

## Utvecklingslinjer

- RCC Syd är en ung organisation och måste finna vägar att effektivt och med stor öppenhet bidra till cancervårdens utveckling.
- Utvecklingen av kvalitetsregisterfunktionen är en avgörande framgångsfaktor. Rutiner och arbetssätt behöver förändras och administrativt stöd för inrapportering ökas.
- Kraftfullt arbete krävs för förbättrat IT-stöd med direktöverföring av validerade källdata.

Arbetet för att införa strukturerade journaler, standardiserade svar och enhetlig terminologi intensifieras.

- RCC Syds roll som kunskapsorganisation tydliggörs. RCC Syd ansvarar för att vårdprogram, riktlinjer och aktuell kunskapsutveckling inom cancerområdet görs brett tillgängliga och att strukturer för jämlik implementering säkras.
- RCC Syd blir en aktiv dialogpartner avseende uppdrag och prioriteringar med utgångspunkt från aktuellt kunskapsläge.
- RCC Syd utvecklar kommunikationen kring cancervården.
- Regionala kunskapsgrupper har representation från RCC Syd inom relevanta diagnosgrupper och RCC Syd medverkar i den medicinska kommittén.
- Vårdprogramarbete prioriteras genom resurser från huvudmännen för framtagande och revision av vårdprogram.
- En regiongemensam struktur för HTA-analyser och prioriteringar utvecklas. Ett led i denna är en enhetlig struktur för introduktion av nya läkemedel.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER KUNSKAPSSTYRNING	GENOMFÖRT SENAST
	<b>Prio 1</b> RCCs roll som kunskapsorganisation tydliggörs och RCC Syd integreras i södra sjukvårdsregionens arbete med kunskapsstyrning, HTA-analyser och prioriteringsarbete.	2015
	<b>Prio 2</b> Strukturerade svar och journalanteckningar för automatiserad överföring av data till kvalitetsregister.	2017
	<b>Prio 3</b> Utvecklingen av kvalitetsregisterfunktionen med förbättrade rutiner, IT-stöd och kommunikationsstrategi.	2017
	<b>Prio 4</b> Resurser avsätts till RCC för vårdprogramarbete.	2016

För symbolförklaring se sid 4



# Kompetens- försörjning

## - vårdens kunskapsspiral

Cancervården är multiprofessionell och multidisciplinär. En fungerande patientprocess ställer krav på hög kompetens i alla led. Cancervården innefattar flera yrkesgrupper, däribland läkare, specialistutbildade sjuksköterskor, undersköterskor, medicinska sekreterare, sjukgymnaster, strålfysiker, arbetsterapeuter, kuratorer, dietister, psykologer, biomedicinska analytiker, cytodiagnostiker. En gemensam vilja till att ta ansvar för helheten är grundläggande och hjälper personalen bemöta patienters och närståendes förväntningar på vård och behandling.

*Kompetensförsörjning* innefattar både personalförsörjning, dvs. personer i olika kategorier som är nödvändiga för att upprätthålla verksamheten, och kompetensförändring, dvs. hur kompetens tillförs individerna och organisationen.

*Kompetensöverföring* innebär överföring av en arbetsuppgift till en annan yrkesgrupp, t.ex. specialistutbildade sjuksköterskor som utför gastroskopi och koloskopi som en del av regionens endoskopiteam och specialistutbildade biomedicinska analytiker som preparerar och i samråd med klinisk patolog bedömer vävnadsprover.

Kompetensrörligheten i Sverige är begränsad. Av 10 läkare och sjuksköterskor arbetar 6 respektive 9 i den region de utbildade sig i. Benägenheten att stanna i regionen motiverar att utbildningar inom bristyrken finns tillgängliga i regionen. Mot denna bakgrund är det oroande att utbildningen för specialistsjuksköterskor i regionen är osäker och att ingen utbildning finns för cytodiagnostiker. Brist på läkare beräknas uppstå, men en ökande

internationalisering av arbetsmarknaden ger tillskott av läkare utbildade utanför Sverige. Läkarbrist förväntas inom patologi, urologi, onkologi och bröstadiologi. Årligen pensioneras 2-3 procent av sjuksköterskorna i södra sjukvårdsregionen, vilket uppvägs av utbildning, men sjuksköterskor slutar också av andra skäl, vilket kan leda till en bristsituation. De ca 160 onkologisjuksköterskorna i regionen har en medelålder kring 50 år och 20 procent av gruppen kommer att gå i pension fram till 2018. Antal specialistsjuksköterskor i kirurgi/ medicin minskar. Hög medelålder finns även i grupperna kuratorer, röntgensjuksköterskor, biomedicinska analytiker och cytodiagnostiker där pensionsavgångar om 3-6 procent årligen beräknas. Bristsituation förväntas också avseende lymfterapeuter. För utveckling av cancervården skulle också nya kompetensprofiler behöva engageras, t.ex. hälsoekonomer, kvalitets- och processutvecklare och personer med kunskap inom ledarskap, handledningsmetodik och hälsoinformatik.

Kompetensöverföring blir viktig för att möta framtidens ökande behov. Såväl administrativa som praktiska arbetsuppgifter kan vara relevanta att överföra till andra personalkategorier. Inventering av lämpliga områden för kompetensöverföring bör starta omgående och ett strukturerat genomförande bör prioriteras.





## Målbild 2018

Nya utrednings- och behandlingsmöjligheter ställer ökade krav på specialistkompetenser där patologer, urologer, specialister i palliativ medicin och specialistsjuksköterskor är särskilt eftersökta. De ökade behandlingsmöjligheterna och de intellektuella utmaningarna i att skraddarsy behandling till patient och sjukdom innebär att cancervården kan vara en attraktiv arbetsplats. Samtidigt innebär ökande valmöjligheter och konkurrens en ökad kompetensrörlighet. En genomtänkt strategi kan ge viktiga konkurrensfördelar. Aktiva insatser såväl för att rekrytera som kvarhålla personal kommer därför att behövas. En ökad regional samverkan

möjliggör utnyttjande av hela regionens resurser, särskilt under utbildningstiden. Läkare under specialistutbildning vid regionsjukvården tjänstgör en del av sin tid i länssjukvården och omvänt i syfte att bredda kunskaperna och stärka de regionala nätverken. Mot bakgrund av ökande cancerprevalens behöver medicinsk onkologisk kompetens säkras vid alla regionens behandlande enheter. Professionens kompetenser tas tillvara och förstärks genom goda möjligheter till kompetensutveckling och forskning. Bland medarbetarna är god förmåga till interdisciplinär och multiprofessionell samverkan en framgångsfaktor. I framtidens ledningsstruktur är hög kompetens en grund för ledning, styrning och uppföljning. Som kunskapsorganisation samverkar hälso- och sjukvården med regionens universitet och högskolor i utbildningsfrågor, bl.a genom gemensamma strategier och utbildningsinitiativ.

## Utvecklingslinjer

- Bevakning av yrkespreferenser och strategiskt arbete för att öka attraktiviteten i vårdsektorns yrken.
- Medarbetare ges ökade möjligheter att delta i förbättringsarbete.
- Ökad regional samverkan kring kompetensförsörjning, t.ex. prioritering och genomförande av ST-utbildning. Strategiskt viktiga kompetenser kartläggs och regiongemensamma kompetensförsörjningsplaner etableras.
- Ökat ansvar för fortbildning, t.ex. genom ökad tillgång till kurser i nya kirurgiska tekniker vid träningscenter (skill center) och förbättrade möjligheter till klinisk forskning.
- Aktivt arbete med kompetensöverföring.
- Ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och universitet/högskolor i regionen t.ex. avseende utbildning och handledning.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER KOMPETENSFÖRSÖRJNING	GENOMFÖRT SENAST
	<b>Prio 1</b> Kompetensöverföring stimuleras genom tydligt ledarskap som värderar lämpliga områden och erbjuder utbildning.	2016
	<b>Prio 2</b> Arbete för att uppnå en av professionen driven förbättringskultur där fokus ändras från problemidentifiering till lösningfokusering.	2016
	<b>Prio 3</b> Kompetensutveckling värderas genom goda möjligheter till fortbildning och ökade möjligheter till klinisk forskning.	2017
	<b>Prio 4</b> Regional samverkan kring prioritering av ST-tjänster.	2017

För symbolförklaring se sid 4

# Klinisk forskning

## – för bättre cancervård

RCC ska arbeta för att stärka den kliniska cancerforskningen i regionen, för att vetenskapliga framsteg snabbt ska komma patienter med cancer till del och ska utveckla strukturer för samarbete med akademisk forskning och den forskande industrin samt främja innovationer i cancervården.

*Klinisk forskning:* Innefattar patientnära klinisk forskning, epidemiologisk forskning och registerforskning.

*Translationell forskning:* Forskning där frågeställningar som identifieras inom hälso- och sjukvården blir basen för laboriebaserad forskning och laboriebaserade fynd utvärderas och implementeras i klinisk verksamhet.

*Registerbaserad forskning:* forskning baserad på befolkningsbaserade registerdata.

Begränsande faktorer för en högkvalitativ och framgångsrik klinisk cancerforskning innefattar t.ex. bristande incitament för enskilda forskare, oklar efterfrågan på klinisk forskning från huvudmannen och komplicerade och resurskrävande rutiner för att genomföra kliniska studier.

## Målbild 2018

RCC Syd underlättar och bistår kliniska forskargrupper med forskning kopplad till Cancerregistret och cancervårdens kvalitetsregister. Inom RCC Syd arbetar statistiker och epidemiologer med utveckling av nya modeller för cancerprognoser och kvalitetsdataanalys. RCC Syd finns vid

Medicon Village i Lund, vilket ger goda möjligheter till samverkan med experimentella och translationella cancerforskare inom Lund University Cancer Centre (LUCC). Beredskap och kompetens för att omsätta nya forskningsfynd till klinisk applikation är en nyckelfaktor för att utveckla regionala forskningsfynd till nationella koncept. Inom detta område har RCC en unik potential som kan utnyttjas genom samverkan mellan akademisk forskning och klinisk verksamhet.

Inom såväl kirurgi som medicinsk behandling och strålbehandling behöver andelen patienter som behandlas i kliniska studier öka. I nationell samverkan har RCC Syd bidragit till etablering av en portal för patientrekryterande kliniska studier. Den administrativa processen har förenklats och snabbats upp med godkännande från samtliga berörda tillståndsgivare inom 4 veckor tack vare en gemensam portal med ett logiskt beslutsflöde. Studierna bedrivs i undergrupper av tumörer definierade genom molekyllära analyser. Studier i tidiga faser (fas I-II) bedrivs vid en särskild enhet vid regionsjukhuset medan studier i senare faser (fas II-IV) genomförs i ett regionala eller nationella nätverk. Studierna fokuserar i ökande omfattning på klinisk effekt genom utvärdering av interventioner och läkemedel i populationsbaserade studier. Medicinskt studieansvariga läkare har avsatt tid för forskning och vid alla behandlande enheter i regionen finns forskningssjuksköterskor. Den övergripande målsättningen är att alla patienter med cancer, både vid primärdiagnos och eventuellt recidiv, värderas för behandling i en studie och att 1 av 4 patienter med cancer genomgår behandling inom ramen för en klinisk studie (enskilda diagnoser eller patientgrupper kan ha högre ställda mål). Information om pågående kliniska studier finns samlad i en internetportal.

Den regionala biobanken som bedrivs i samverkan mellan RCC Syd och diagnosansvariga forskargrupper växer och har blivit en viktig resurs, för regionala och nationella forskningsprojekt. Regionala provsamlingar med tumörvävnad samt

blod- och plasmaprover har etablerats för ett 10-tal diagnoser. Medverkande patienter lämnar smidigt blodprover via respektive hemortslaboratorier. Kvalitetssäkrad förvaring av biobankens prover sker inom Region Skånes biobank. Biobanksprover kopplade till kliniska data skapar en stark grund för högkvalitativ och kliniskt relevant cancerforskning.

## Utvecklingslinjer

- Tillvaratagande av forskningsperspektiven i en patientprocessororienterad cancervård.
- Klinisk cancerforskning skall ingå som en del av uppdraget från sjukvårdshuvudmannen.
- Akademisk meritering värderas tydligt vid tjänstetillsättningar.
- Strukturer där hälso- och sjukvården medverkar till att koppla samman den forskande läkemedels- och medicinteknikindustrin med resultat från innovativ forskning.
- Ökad samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och forskningsföreträdare med gemensamma strategiska satsningar och prioriteringar.
- Ökad forskning baserad på kvalitetsregisterdata.
- Molekyllär profilering av tumörvävnad för riktad målstyrd behandling, ny kunskap om behandlingsresistens och utveckling av nya behandlingsstrategier.
- Fler patienter behandlas i kliniska studier. Alla patienter värderas för behandling i studie och 1 av 4 behandlas i en klinisk studie någon gång under vårdförloppet.
- Forskningssjuksköterskor behöver finnas vid regionens alla behandlande enheter och samverka i ett regionalt nätverk.
- Medicinsk kompetens med avsatt tid för att driva kliniska studier säkras vid alla regionens enheter.
- Information om kliniska studier till profession, patienter och allmänhet samlas i en internetportal.
- Fortsatt utbyggnad av den regionala biobanken med anslutning av fler cancerformer.
- Koppling mellan biobanker och kvalitetsdata möjliggör nydanande forskning med hög klinisk relevans.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER KLINISK CANCERFORSKNING	GENOMFÖRT SENAST
	<b>Prio 1</b> Forskning som en del i huvudmannens uppdrag. Ökad samverkan mellan sjukvårdshuvudmän och forskningsföreträdare för gemensamma strategiska satsningar och prioriteringar.	2016
	<b>Prio 2</b> Ökad forskning baserad på kvalitetsregisterdata.	2018
	<b>Prio 3</b> Regionalt nätverk och nationell portal för kliniska studier.	2018
	<b>Prio 4</b> Etablering av forskningssjuksköterskor vid regionens alla behandlande enheter för ökad studierekrytering.	2017
	<b>Prio 5</b> Fortsatt utbyggnad och ökat utnyttjande av den regionala biobanken.	2018

För symbolförklaring se sid 4



# PATIENTFOKUS

## Patientens ställning

### – medaktör i vården

Patienten är en medaktör i cancervården. God vård innefattar bland annat att vården skall tillgodose patientens behov av trygghet och adekvat behandling, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande, främja god kontakt mellan patient och vårdgivare och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Behandling och omvårdnad skall i möjligaste utsträckning genomföras i samråd med patienten.

Det amerikanska Institute of Medicine (IOM) definierar patientcentrerad vård som: hälso- och sjukvård som skapar ett partnerskap mellan vårdpersonal, patienter och deras familjer (när det är lämpligt) för att garantera att beslut respekterar patienternas önskemål, behov och preferenser och att patienterna får den utbildning och det stöd de behöver för att ta beslut och delta i sin egen vård. Socialstyrelsen använder begreppet "patientfokuserad vård" som beskrivs som: en hälso- och sjukvård som baseras på respekt för lika värde och på människans värdighet, självbestämmande och integritet. Patienten bemöts i ett socialt sammanhang och vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Vården planeras och genomförs i samråd med patienten. Kommunikation ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande i sin hälsa, vård och behandling.

Patienten har rätt till individanpassad information om sitt hälsotillstånd och att få veta vilka behandlingsmöjligheter som finns tillgängliga. Patienternas ökande inflytande på behandlingsalternativ och större egenansvar leder till ökade informationsbehov. Tekniska hjälpmedel och e-hälsolösningar ska vara

lättillgängliga och enkla att använda för att ge patient och närstående stöd i frågor och beslut.

#### Föreslagna indikatorer på patientfokuserad vård:

- patienten blir respektfullt bemött som individ
- patientens kunskaper och erfarenheter tas till vara
- patienten erbjuds individuellt anpassad information om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning, vård och behandling
- patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa
- patienten erbjuds möjlighet till önskad kontinuitet i vårdkontaktarna
- behandlingsmål sätts i samråd med patienten och patienter känner delaktighet i den egna vårdens planering och genomförande

Hälso- och sjukvården genomgår en utveckling där man i ökande omfattning fokuserar på person och individuella behov och eftersträvar patienters och närståendes delaktighet och inflytande. Förändringarna ställer krav på cancervårdens medarbetare i form av välfungerande team, hög servicenivå och åtgärder fokuserade på patientens och närståendes behov och önskemål. Former för att ta tillvara patienters och närståendes upplevelser och erfarenheter i vården behöver utvecklas och integreras i hela patientprocessen och behöver i ökande omfattning kopplas till verksamhetsutveckling. Patientmedverkan tillför patientperspektiv och uppmärksammar brister och skillnader t.ex. i tillgänglighet, diagnostik, väntetider, läkemedelsanvändning, uppföljning, rehabilitering och palliativ vård.

## Kontaktsjuksköterskans uppdrag

Kontaktsjuksköterskan har en nyckelroll i kontakten med patienter och närstående.

Kontaktsjuksköterskan:

- ingår i multiprofessionella team, deltar i MDK och i utvecklingen av patientprocesser.
- arbetar utifrån specifika och patientcentrerade kriterier om livsstils- och riskfaktorer, patientprocesser, psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård och främjar patientens kunskapsutveckling.
- säkerställer att överlämningar och förflyttningar kommuniceras och följs upp med patient och berörda enheter och bidrar därmed till upplevelse av kontinuitet och känsla av trygghet.

## Min vårdplan

*Min Vårdplan* är en individuell plan som erbjuds alla patienter under utredning och behandling. Planen skrivs för och med patienten med innehåll om kontakter, tider och tidsförlopp, stöd, råd och åtgärder under behandling och rehabilitering samt svar på praktiska frågor och vad patienten kan göra själv. *Min Vårdplan* sammanfattar utredning, behandling och rehabilitering, ger råd om vad som är viktigt att tänka på och innehåller kontaktinformation. Kontaktsjuksköterskan ansvarar tillsammans med teamet för att planen upprättas

## Patient-läkarkontinuitet och aktiva överlämningar

Inom varje klinik/enhet där patienten behandlas ska bästa möjliga kontinuitet mellan patient och läkare eftersträvas. Kontinuitet till det behandlande teamet behöver tydliggöras och inom teamet har patienten en namngiven läkare och kontaktsjuksköterska. Uppgift om huvudansvarig läkare och kontaktsjuksköterska framgår i *Min Vårdplan*. En god patientprocess

karaktiseras av aktiva överlämningar mellan olika nivåer av vård; specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

## Målbild 2018

Vården har hög servicenivå, präglas av professionellt bemötande med respekt, tillit och medvetenhet om individernas varierande förutsättningar, behov och förväntningar. Patienten har tillgång till relevant och lättförståelig information. Samtliga patienter erbjuds en kontaktsjuksköterska, *Min Vårdplan* och får information om rätten till förnyad bedömning (second opinion). Standardplaner säkrar effektiv utredning och behandlingsstart i tid. Kunskaper om faktorer som bidrar till omotiverade skillnader har ökat och åtgärder vidtas för att säkra jämlik vård. Behoven hos unga vuxna med cancer, hos patienter med ovanliga cancerformer och hos närstående uppmärksammas och särskilda stödfunktioner finns. Allt fler patienter behandlas inom kliniska studier. Övergångar inom specialistsjukvården och mellan specialistsjukvård, primärvård och kommunal hemsjukvård fungerar och teamkontinuiteten är hög.

Patientens ställning genomsyrar verksamheter och patientsamverkan har mål om långsiktighet och följer nationella regelverk. Patienters erfarenheter, engagemang och inflytande har stärkt patientens ställning och gjort skillnad i cancervården. Erfarenhetsbaserad kunskap och synpunkter från patienter och närstående tas strukturerat tillvara och bidrar till patientfokuserade förbättringar. Patientföreträdare medverkar i alla patientprocesser och är knutna till arbetet med kunskapsstyrning. Patientrapporterade upplevelsemått (PREM) och utfallsmått (PROM) finns med bland kvalitetsindikatorerna. Både kvalitetsmått och kvalitetsmål formuleras i samverkan med patienter. Patientinflytande har stärkts genom patientsamverkan i projekt. RCC Syd har ett patient- och närståenderåd med tydliga uppdrag. Patientsamverkan har vidgats till forskning.

## Utvecklingslinjer

- Samordnade insatser för att stärka patientens ställning och säkra goda vårdrelationer.
- Arbetet med patientens ställning, t.ex. delaktighet, inflytande, information och rättigheter, följs upp årligen i form av en "patientbarometer".
- Lättillgängliga e-hälsotjänster erbjuder patienter och närstående överblick och information.
- Kontaktsjuksköterskor erbjuds till alla patienter med cancer, också vid ovanliga cancerdiagnoser
- Insatser för att stärka kontaktsjuksköterskans uppdrag genom uppföljning och kompetens förstärkning, utbildning, nätverk och lärandeplattformar.
- Patientrepresentanter kopplas till alla patientprocesser
- Tillgången till patientföreträdare och till utbildning för dessa säkras.
- Patientrepresentanter deltar i formulering av måltal och kvalitetsindikatorer och resultatolkning knutet till patientprocessarbetet samt i kommunikation av kvalitetsarbete.
- Möjligheter till patientsamverkan i forskning utreds.
- Patientföreträdares synpunkter på vården tas systematiskt tillvara och samverkan följs upp.
- *Min Vårdplan* införs, utvärderas och knyts till vårdens tjänster.
- Behoven hos unga vuxna med cancer och barn som anhöriga beaktas.
- Patientrapporterade mått inkluderas i cancervårdens kvalitetsregister.
- Strukturer för att underlätta oberoende bedömning (second opinion) inrättas.
- Synpunkter i cancervården synliggörs genom dialog och samverkan med patientnämnder.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER	PATIENTENS STÄLLNING	GENOMFÖRT SENAST
	Prio 1	Kontaktsjuksköterska erbjuds alla patienter genom hela diagnostik- och behandlingsprocessen.	2015
	Prio 2	<i>Min Vårdplan</i> införs och följs upp.	2015
	Prio 3	Patientrepresentanter deltar i formulering av kvalitetsmål och i tolkning och kommunikation av resultaten.	2016
	Prio 4	Patientrepresentanter kopplas till alla patientprocesser.	2016
	Prio 5	Patientrapporterade mått inkluderas i cancervårdens kvalitetsregister.	2018
	Prio 6	Synpunkter från patienter och närstående tas strukturerat tillvara.	2018

För symbolförklaring se sid 4

# Vård på lika villkor

## – att göra jämlikt är att göra skillnad

Hälso- och sjukvårdslagen talar om ”En god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen” och anger att de med störst behov ska gå före. Jämlik vård innebär därför inte att göra lika för alla utan att prioritera, möjliggöra olika vägar och fatta jämlika beslut baserade på individens behov. Prioriteringar baseras på människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, personer med funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell identitet.

Det finns oacceptabla skillnader i svensk cancervård. Geografiska och socioekonomiska skillnader i cancervården innebär att cancervården inte lever upp till hälso- och sjukvårdslagens målsättning om vård på lika

villkor för hela befolkningen. Alla skillnader behöver inte vara dåliga. Att någon går före och utvärderar nya metoder behövs för utveckling, men andra vårdgivare måste ta del av resultaten och när det är relevant tidigt kunna följa efter för att ojämlikhet inte ska uppstå. Vårdprogram och riktlinjer är evidensbaserade och ska implementeras jämlikt. Öppna jämförelser har under senare år ökat medvetenheten om skillnaderna i cancervården. Geografiska skillnader och skillnader mellan olika befolkningsgrupper har visats i relation till väntetid, behandling, komplikationer och överlevnad. Canceröverlevnaden ökar, men skillnaderna i överlevnad mellan olika socioekonomiska grupper är konstant. Problemen består över tid och är sannolikt mångfacetterade och komplexa. Uppmärksammade skillnader behöver få konsekvenser i form av konkreta handlingsplaner.

## Utvecklingslinjer

- Medvetenheten om ojämlikhet och kunskapen om varför den uppkommer ökas genom åtgärder i syfte att minska ojämlikhet. Jämlikhetsperspektivet beaktas i alla delar av RCC Syds kriteriearbete som t.ex. prevention och tidigdiagnostik, bemötande och patientinflytande, tillgänglighet, behandling och uppföljning, rehabilitering och palliativ vård.
- Forskningsprojekt kring jämlik vård initieras för att förstå orsakerna till ojämlikhet.

# Palliativ vård

## – en underutnyttjad resurs

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och närstående. Vården kan bedrivas på olika sätt, men ges på lika villkor, oavsett diagnos, bostadsort eller ålder. Helhetssynen är central inom palliativ vård. Patientens behov styr insatserna och formerna för den palliativa vården. Idag introduceras den palliativa vården sent i processen, när de flesta behandlingsalternativ är uttömda, vilket gör att patient och närstående inte får maximal nytta av den kompetens som finns inom den palliativa vården. Tidigare anslutning till palliativ team i kombination med ökande cancerbörda motiverar förstärkning och utökning av den palliativa vården. Understödjande insatser och palliativ vård integreras i samtliga patientprocesser. Understödjande behandling är en del av den palliativa vården och syftar till att lindra symtom och stärka patienten i samband med palliativa behandlingar, såsom strålbehandling, cytostatika, hormonell behandling mm.




Den allmänna palliativa vården är tillgänglig för alla patienter oavsett vårdform, medan den specialiserade palliativa vården är till för patienter med komplexa behov. Den specialiserade palliativa vården finns i form av: Sluten palliativ vård (Hospice) är till för de allra svårast sjuka, med störst behov och där det inte finns möjlighet att vårda i hemmet eller på annat boende. Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) är tillgängligt för patienter med komplex symptomatologi och fysiska eller psykiska behov av ett multiprofessionellt team. Palliativa konsultteam hjälper till med punktinsatser, t.ex. blodtransfusioner, antibiotikabehandling eller andra insatser i hemmet. Teamet ger även råd och stöd till andra vårdgivare.

## Målbild 2018

Palliativ vård ges på rätt vårdnivå, är integrerad med annan vård och bedrivs i nära samverkan mellan sjukhus, kommun och primärvård. Kunskapen inom allmän palliativ vård ökas genom utbildningsinsatser i cancervården. Den palliativa vården är en del i alla cancerprocesser och en palliativ specialist är knuten till alla lokala patientprocessteam. Kontaktsjuksköterskan har en viktig roll bl.a. för att informera vårdgivare, patient och närstående om den palliativa vården. Palliativa team ska finnas vid sjukhus och ska tydligt kopplas till de enheter som behandlar patienter med cancer. Det palliativa teamet har kompetens inom symtomlindring, kommunikation, teamarbete och närståendestöd. Teamet består av läkare, sjuksköterska och kurator/psykolog. Därutöver finns sjukgymnast, dietist, arbetsterapeut, palliativ kompetens etc. knutna till teamet. Samverkan gynnar patient, närstående och vårdgivare och ger mervärde ur etiska-, verksamhets-, effektivitets- och kunskapsperspektiv.

Palliativ vård introduceras tidigt i sjukdomsskedet och kan ges i kombination med lindrande och livsförlängande behandling. Patienter med cancer har vanligen flera symtom som en god understödjande behandling kan lindra. Den understödjande behandlingen kan innefatta symtomlindring avseende smärta, oro, andningssvårigheter, illamående, förstoppning m.m. En god understödjande behandling ökar livskvaliteten och kan förlänga livet. Ökad cancerprevalens motiverar en kraftfull utbyggnad av den understödjande behandlingen.

Både patienter och närstående erbjuds psykosocialt stöd. Stöd till närstående erbjuds alltid både under vårdtiden och efter dödsfallet. Nationella riktlinjer, nationella och regionala vårdprogram och kvalitetsregister för palliativ vård är implementerade och används för verksamhetsutveckling.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER JÄMLIK VÅRD	GENOMFÖRT SENAST
	<b>Prio 1</b> Ökat fokus på att identifiera, redovisa, synliggöra och följa upp ojämlikheter i cancervården som ett led i verksamhetsutveckling.	2015
	<b>Prio 2</b> Forskning som kartlägger ojämlikhet avseende diagnostik, behandling och uppföljning i relation till socioekonomiska faktorer.	2016
	<b>Prio 3</b> Jämlikhetsaspekter diskuteras och mål för jämlik vård upprättas som del i kvalitetsdialoger mellan RCC Syd och hälso- och sjukvården.	2018

För symbolförklaring se sid 4

## Utvecklingslinjer

- Ökad samverkan mellan olika palliativa vårdgivare t.ex. specialistsjukvården, kommunal hälso- och sjukvård och privata vårdgivare.
- Upprättande av en kompetensförsörjningsplan och regelbunden utbildning i grundläggande palliativ vård.
- Palliativ vård integreras än mer i patientprocessen och introduceras tidigare i sjukdomsförloppet.
- Palliativ konsultfunktion säkras på alla sjukhus.
- Kunskapen om allmän palliativ vård ökas genom utbildningsinsatser.
- Kontaktsjuksköterskors kompetens i palliativ vård förstärks.
- Kartläggning av behoven av palliativ vård hos barn med cancer och deras familjer och åtgärder för att möta behoven.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER PALLIATIV VÅRD	GENOMFÖRT SENAST
 Prio 1	Ökad användning av palliativregistret; alla vårdgivare registrerar, strukturer för automatiserad dataöverföring skapas och utdata används för verksamhetsutveckling.	2018
 Prio 2	Palliativ kompetens knyts till alla patientprocesser.	2017
 Prio 3	Fördjupat samarbete och ökad kommunikation mellan palliativa verksamheter och andra vårdgivare med ett särskilt arbete riktat mot den kommunala palliativa vården.	2018
 Prio 4	Inrättande av palliativ konsultfunktion med särskild inriktning på specialistsjukvården.	2016
 Prio 5	Utökat samarbete med barnsjukvården.	2017
 Prio 6	Säkra kompetens av allmän och specialiserad palliativ vård. Identifiera och vidareutveckla kompetenser i samverkan med Palliativt Utvecklingscentrum, Lunds Universitet.	2018
 Prio 7	Förstärkt och synliggjord forskning inom palliativ vård.	2018

För symbolförklaring se sid 4

## Rehabilitering – rätt väg framåt

Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt (*Nationella Vårdprogrammet för Cancerrehabilitering*).

Alla patienter och deras närstående ska, baserat på individuella behov, säkras tillgång till cancerrehabilitering. Även cancerrehabilitering betonar ett helhetsperspektiv där patientens och närståendes unika och skiftande behov styr insatserna. Hela sjukdomsförloppet - från utredning till behandling, i palliativ vård och under uppföljning - innefattas. En tredjedel av patienterna beräknas behöva kontakt med specialiserad rehabiliteringspersonal, t.ex. arbetsterapeut, dietist, kurator, logoped, psykolog, sjukgymnast, sjukhuspräst. Åtgärderna kan vara enkla eller komplexa, kan behövas under en kort tid eller bli bestående. Även aktörer utanför hälso- och sjukvården, t.ex. kommunal service och omsorg, myndigheter och ideell sektor är viktiga i samverkan om rehabilitering. Vissa aspekter av cancerrehabilitering, t.ex. stöd och information till barn som anhöriga och sjukförsäkring, regleras i lagstiftning.

### Målbild 2018

Alla patienter samt deras närstående får i samband med utredning/diagnos och kontinuerligt under sjukdomsförloppet strukturerad information om möjligheter till cancerrehabilitering och rehabiliteringsbehoven bedöms återkommande. I *Min Vårdplan* ingår rehabiliteringsaspekter. Vid mer avancerade behov kompletteras denna med en rehabiliteringsplan. Alla patienter som bedöms ha

särskilda rehabiliteringsbehov erbjuds kontakt med rehabiliteringskompetens. Alla minderåriga barn vars förälder, eller annan vuxen som barnet bor med, som får cancer beaktas särskilt vad gäller behov av information, råd och stöd. Kontaktsjuksköterskan har en viktig roll för uppfyllelse av rehabiliteringsmålen. För att möta de särskilda behov som finns hos barn och unga finns en särskild seneffektuttagning och dylika etableras också inom vuxenbehandling. Syftet är att begränsa biverkningar och motverka funktionsnedsättning.

Kontaktsjuksköterskan ansvarar för att:

- kontinuerlig och återkommande information om möjligheter till rehabilitering ges till patienten och den närstående
- bedömning av rehabiliteringsbehov sker regelbundet och återkommande under hela sjukdomsförloppet
- *Min Vårdplan* upprättas och inne håller bedömning och åtgärder avseende fysiska, psykiska, sociala och existentiella rehabiliteringsbehov
- rehabiliteringsteam kontaktas om behov finns
- rehabiliteringsinsatser följs upp
- inventera om det finns minderåriga barn som anhöriga och säkra att de erbjuds stöd och information utifrån sina behov

Omkring en tredjedel av patienter med cancer har behov av mer avancerad rehabilitering och hänvisas till rehabiliteringsteam för fördjupad utredning och åtgärder i form av exempelvis socioekonomisk rådgivning, fysisk rehabilitering (inkluderande nutritionsproblem), psykologiska/psykiatriska åtgärder och/eller stöd till barn som anhöriga. Rehabiliteringsteamet ger stöd till patientprocessen. Rehabiliteringsteamet har tillgång till slutenvårdsplatser inom cancer vården för patienter med särskilt avancerade/komplexa rehabiliteringsbehov. Rehabiliteringsteamet fungerar också som länk till cancer vården

externa resurser såsom exempelvis psykiatri eller socialtjänst. Cancerrehabilitering är ett område under stark utveckling, regionalt, nationellt och internationellt, vilket skapar behov av strukturerat forsknings- utvecklings- och kvalitetssäkringsarbete. Detta koordineras av ett nybildat Kunskapscentrum för Cancerrehabilitering som samlar, stödjer och utvärderar tillgång, genomförande och effekt av regionens cancerrehabilitering samt bedriver forskning inom området.






## Utvecklingslinjer

Förändringsbehoven kopplas till patientprocessarbetet, kompetensförsörjning och etablering av ett forsknings- och utvecklingscentrum för cancerrehabilitering.

- Rehabilitering integreras i patientprocessen och blir en del av kärnverksamheten.
- Patientens unika och skiftande behov ska mötas när de uppträder, oavsett diagnos, sjukdomsfas och vård- eller uppföljningsform.
- Cancerrehabilitering synliggörs och dess

olika dimensioner förtydligas. Cancerrehabilitering kan exempelvis förekomma under palliativ fas, men är därmed inte synonymt med palliativ vård.

- Valfungerande kontaktsjuksköterskefunktion med god kunskap om bedömning av rehabiliteringsbehov.
- Ökade resurser behövs för cancerrehabilitering mot bakgrund av svag tillgång, växande behov och ökande cancerbörda.
- Effekten av sena komplikationer efter cancerbehandling minimeras eller i bästa fall förhindras genom särskilda seneffekttagningar.
- Specialiserade cancerrehabiliteringsteam görs i regional samverkan tillgängliga för alla patienter.
- En kompetensförsörjningsplan upprättas inom området.
- Ett regionövergripande kunskapscentrum för cancerrehabilitering skapas med ansvar för att stärka cancerrehabiliteringen, säkra jämlik tillgänglighet och ansvara för forskning, fortbildning, utveckling och utvärdering inom området.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER REHABILITERING	GENOMFÖRT SENAST
	<b>Prio 1</b> Implementering av nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering.	2015
	<b>Prio 2</b> Ökat fokus på barn som närstående.	2015
	<b>Prio 3</b> Kartläggning av resurser för närståendestöd i regionen och upprättande av en kompetensförsörjningsplan.	2016
	<b>Prio 4</b> Systematisk kvalitetsuppföljning genom att rehabiliteringsmål integreras i kvalitetsregistren.	2017
	<b>Prio 5</b> Etablering av ett regiongemensamt kunskapscentrum för cancerrehabilitering som samlar, stödjer och utvärderar tillgång, genomförande och effekt av regionens cancerrehabilitering inklusive forskningsaktivitet och utbildning.	2018

För symbolförklaring se sid 4





# TEAMARBETE

## Patient- processen – *cancervårdens röda tråd*

RCC Syd har ett ansvar för att stödja arbetet med att vidareutveckla effektiva, sammanhållna patientprocesser med tydligt patientfokus. Cancervårdens förbättringsarbeten måste därför få konkreta avtryck i patientprocesserna där möten mellan vårdgivare, patienter och närstående sker. Regionalt processarbete innefattar teamarbete, utveckling och samordning. Evidensbaserade tekniker, implementering av nya metoder och utrangering av gamla metoder är nyckelfaktorer. Patientprocessarbetet betonar ansvar för helheten. Multidisciplinära och multiprofessionella team innefattar företrädare för patientprocessens alla delar samt patienter/patientföreträdare. För ett framgångsrikt patientprocessarbete behöver RCC Syds mål också bli verksamheternas mål. Att ledare på olika nivåer i hälso- och sjukvården är delaktiga i arbetet blir centralt, liksom att patientprocessernas team utformar och följer upp sina mål i dialog med linjeorganisationen. RCC Syd kan vara en partner i detta arbete genom kvalitetsregisterdata och koordination.

### *Målbild 2018*

Lokala patientprocessledare har tydligt ansvar, mandat och avsatt tid för utveckling av patientprocessen. Relationen till befintlig linjestruktur är definierad i uppdragsbeskrivningar. Den lokala patientprocessledaren har en nyckelroll med regelbundna dialoger med linjeansvariga, landstingets/regionens hälso- och sjukvårdsledning och den regionale patientprocessledaren inom diagnosområdet. Alla lokala patientprocesser har kartlagts och förbättringsområden har identifierats. Tid finns avsatt för teamets arbete, åtgärdsplaner och mål för förbättringsarbete finns dokumenterade och teamet följer regelbundet upp utvecklingen mot satta mål.

Regionala patientprocessledare samordnar patientprocesserna inom varje diagnosområde. De regionala patientprocessledarna utgör tillsammans ett professionellt råd inom RCC Syd för utveckling och kunskapsstyrning av cancervården. Den regionala samordningen säkerställer vård på lika villkor i regionen och kunskapsutbyte mellan olika patientprocesser.

Patienter och närstående upplever trygga och sammanhållna patientprocesser med relevant och lättillgänglig information och smidiga överlämningar mellan olika vårdgivare. Välfungerande regionala nätverk inom olika delar av professionen säkerställer en sammanhållen vård. Patienter och närstående görs delaktiga i vården och deras synpunkter efterfrågas och används i förbättringsarbetet. Väntetider har minimerats och resultat redovisas öppet och lättförståeligt. Fokus har flyttats från organisationen till resultatet för patienten.

Patientprocessarbetet följs kontinuerligt upp i form av öppna rapporter av kvalitetsindikatorer. Målnivåer fastställs på regional och nationell basis i samverkan inom RCC. Resultatmåttan fokuserar på vad som är relevant för patienten. Resultatuppföljningen baseras på data från de nationella kvalitetsregistren och ett begränsat antal kvalitetsmått och målnivåer som speglar ”best practice”. Målnivåerna diskuteras och följs årligen upp med respektive hälso- och sjukvårdsledning kopplat till uppföljning genom dialoger mellan patientprocessledare, linjeansvariga och hälso- och sjukvårdsledningsorganisationerna. Dialogerna syftar till att analysera det uppnådda resultatet och initiera förbättringsåtgärder. Uppföljningen har ändrat fokus från produktionsmått till resultatmått.



## Utvecklingslinjer

- RCC Syd stöder genom fortbildningsinsatser och dialogmöten patientprocessarbetet.
- Arbetet behöver tydligare prioriteras i linjeorganisationen. Utvecklingen av patientprocesser i en horisontell så kallad matrisorganisation skiljer sig från dagens sjukvårdsstruktur med linjeorganisation i vertikala strukturer, uppdelade efter medicinsk specialitet. Inrättande av en matrisorganisation utmanar etablerade strukturer för ledning och styrning. Horisontella strukturer följer patientens process. Vertikala strukturer svarar för kompetensutveckling och ingår i södra sjukvårdsregionens regionala kunskapsgrupper. Förmåga att kombinera horisontella och vertikala styrformer blir en avgörande framgångsfaktor.
- Patientprocessarbetets mål med ansvar för helheten kräver ett nytt sätt att tänka. Förståelse för behovet av ett förändrat arbetssätt och stöd i förändringsarbetet från beslutsfattare och chefer på olika nivåer är nyckelfaktorer för ett framgångsrikt patientprocessarbete.
- Processorienterad cancervård innebär ett nytt sätt att styra och leda och kräver ett tydligt stöd och engagemang från regionernas och landstingens ledare i form av politiker och tjänstemän. Medverkan i förändringsarbetet är avgörande för framgång. Förståelsen för ett ändrat fokus, från verksamhet/produktion till patient/resultat, behöver genomsyra alla nivåer i organisationen och en plan för genomförande tas fram.
- Processorienterade IT-system utvecklas för att stödja, underlätta och samordna arbetet. Utvecklingstakten avseende tekniska lösningar och regler för datahantering och dataöverföring behöver öka väsentligt och övergripande och kommunicerande vårddatasystem lanseras.

## Diagnostik, prognostik och prediktion – samverkan och överblick

Cancerdiagnostiken utvecklas snabbt och ställer krav på interdisciplinär samverkan, effektiva processer, hög diagnostisk säkerhet, strategiska investerings- och utvecklingsbeslut, professionell utveckling och långsiktig kompetensförsörjning. De diagnostiska metoderna är viktiga vid diagnostik av primärtumör, återfall, behandling och under uppföljning. Medverkan av bild- och funktionsdiagnostik, nuklearmedicin och laboratoriemedicin i RCC Syds patientprocessarbete är därför av stor vikt för utveckling av en effektiv och sammanhållen process.

### Målbild 2018

#### Bild- och funktionsdiagnostik, nuklearmedicin och klinisk fysiologi

Bild- och funktionsdiagnostik utförs med minimala väntetider och ger svar på rutinundersökningar inom 2 dagar. Remisser och svar är i ökande omfattning standardiserade och anpassas till internationella bedömningskriterier. Patienter med misstanke om cancer rekommenderas bästa undersökning i dialog med kliniska team, men medicinskt ansvariga inom bild- och funktionsdiagnostik kan självständigt komplettera eller förändra undersökningsmetod för optimal diagnostik. Ökande digitalisering har lett till en snabb teknisk utveckling och introduktion av nya tekniker. Maskinell utrustning, främst CT, MRT, PET/CT och högspecialiserad ultraljudsdiagnostik och bemanning har anpassats till regionens ökade cancerbörda. Vid undersökningarna finns biopsiberedskap för att säkra cell- eller vävnadsmaterial för vidare undersökning. Nuklearmedicinska metoder

utgör en väsentlig del av cancerdiagnostiken. Positronemissionstomografin (PET) använder nya markörer, tillgången till nuklearmedicinska ämnen är god och allt fler undersökningar sker med PET/CT och PET/MRT.

#### Laboratoriemedicin

Klinisk patologi ansvarar för modern vävnads- och celldiagnostik. Vävnadsprover från canceroperationer kan tas om hand direkt (färskt) för adekvat analys. Remissvar är strukturerade för att säkra kompletta svar och medge elektronisk direktöverföring av relevanta parametrar till cancer- och kvalitetsregister. Ett batteri av molekylärbiologiska undersökningar finns och anpassas till cancerformen och till aktuell behandling för att få prognostisk och behandlingsprediktiv information. Svarstiderna är anpassade och överenskomna så att patienten kan diskuteras på nästa aktuella MDK. Svarstiden är 3 dagar för en rutinpatologisk undersökning och 7 dagar vid mer avancerad diagnostik, t.ex. med immunhistokemiska färgningar eller molekylära analyser. Arbetsfördelning har genomförts och regionala, nationella och internationella expertnätverk finns att tillgå i primärdiagnostiken och för förnyad bedömning, så kallad second opinion. Insamling av tumörprover till en regional biobank pågår inom de flesta tumörformer.

Klinisk kemi utgör en central aktör i utredning och uppföljning av patienter med cancer. Flera mer specifika och känsliga markörer kan analyseras, vanligen i blodprov, för ett säkrare diagnostiskt underlag och för bättre möjligheter att följa behandlingseffekt och tidigt upptäcka återfall i cancersjukdom. Ökande cancerbörda, fler behandlingsmöjligheter och ökande överlevnad innebär ökat antal analyser inom klinisk kemi. Samtidigt finns ett stort behov av forskning kring nya biomarkörer.

Klinisk genetik erbjuder flera typer av genetisk diagnostik, från kromosomanalys till storskaliga DNA-analyser, vid diagnostik av leukemier och tumörer, framför allt sarkom. Patienter med ärftlig cancer får tillgång till snabb utredning

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER PATIENTPROCESSEN	GENOMFÖRT SENAST
 Prio 1	Processutvecklingsarbete som sätter patientens perspektiv i fokus genom ökad samverkan med patienter, närstående och patientföreträdare.	2015-2017
 Prio 2	Stöd och engagemang från landstings- och regionledningar i utvecklingen av en patientprocessorienterad vård.	2015
 Prio 3	Tydligt mandat till lokala patientprocessledare, tid till förbättringsarbete och återkommande dialoger mellan ledning och processledare.	2015
 Prio 4	Uppföljning av processmål genom öppna rapporter och återkommande dialoger baserade på kvalitetsregisterdata.	2016
 Prio 5	Samordning med övergripande och kommunicerande vårddata.	2017

För symbolförklaring se sid 4

på specialmottagning med multidisciplinärt omhändertagande. Genetiska analyser vid ärftlig cancer utförs i samarbete med Onkologiska klinikens laboratorium vid Lunds universitet, där modern sekvenseringsteknologi och möjlighet finns till storskaliga tumöranalyser med genomik/mutationer, epigenetik och genuttryck finns.

Inom forskningsprojekt vid Lunds universitet utvärderas nya metoder att indela cancer och förutse risken för återfall baserat på t.ex. genuttrycksmönster, genomiska förändringar, mutationer eller epigenetiska profiler. Nya analysmetoder gör det möjligt att identifiera mål för riktad behandling och beskriva behandlingsresistens. Möjligheten att genom påvisande av cirkulerande tumörceller eller tumör-DNA och mikro-RNA i blodplasma följa behandlingseffekt och tidigt upptäcka sjukdomsåterfall utvärderas.

Radiologer, nuklearmedicinare och laboratoriedisciplinerna bidrar med viktig information i patientprocessen och behandlingsrekommendationerna, vilket speglas i deras medverkan i MDK och i diagnosspecifika kompetensgrupper. Den interdisciplinära samverkan underlättas och risken att undersökningar dubbleras minskar genom samordnade IT-system där svaren är elektroniskt tillgängliga i journalsystem hos vårdgivare i hela Sverige. Den snabba utvecklingen inom bild- och funktionsdiagnostik och molekylära analyser understryker behovet av att forskningskompetenser och klinisk kompetens knyts till de diagnostiska verksamheterna. Medverkan är av vikt i de team som bedriver kliniska studier och säkrar t.ex. optimal diagnostik och utvärdering samt biobanksprover enligt studieprotokoll.




## Utvecklingslinjer

- Strukturerat väntetids- och processarbete för ökad tillgänglighet och korta svarstider där bild- och funktionsmedicin, nuklearmedicin och laboratoriemedicin tidsoptimeras med minimerade svarstider. Riktlinjerna är att bild- och funktionsdiagnostiska och nuklearmedicinska undersökningar besvaras inom 2 dagar, rutinpatologi inom 3 dagar och utökad patologi/molekylära analyser besvaras inom 7 dagar.
- Åtgärder för att möta behoven av ökande volymer av bild- och funktionsdiagnostiska undersökningar. Regionens samlade resurser behöver optimalt utnyttjas och investeringar förutses i form av CT-, MRT- och PET/CT-utrustning.
- Inom patologin behöver en ökad andel cancerpreparat omhändertas direkt (färskt) för att säkra vävnadsmaterial till molekylär biologisk diagnostik och biobanker.
- IT-stöd utvecklas som ger översikt över diagnostiska parametrar och medger direktöverföring av data till kvalitetsregister.
- Kompetensförsörjning säkras genom fler ST-tjänster i patologi, radiologi, nuklear medicin, klinisk genetik och klinisk kemi mot bakgrund av aktuell brist, som väntas bli mer kännbar.
- Ökad specialistutbildning av röntgen-sjuksköterskor.
- Rekrytering av biomedicinska analytiker inom patologi och nuklearmedicin.
- Ökat administrativt stöd i form av medicinska sekreterare, röntgen-sjuksköterskor och biomedicinska analytiker.
- Utarbetande av regionala kompetensförsörjningsplaner.
- Aktiva åtgärder för arbetsöverföring mellan olika professioner mot bakgrund av brist-situationer och ökande arbetsinsats per prov inom patologisk diagnostik.
- Tid till förberedelse av och deltagande i MDK som i ökande omfattning kommer att bedrivas regionalt och nationellt för ovanliga diagnoser eller särskilda undergrupper.

- Regiongemensam översyn av de diagnostiska processerna som bas för regional arbetsfördelning inom radiologi och patologi. Fungerande arbetsfördelning och nära samverkan inom och mellan regionerna utjämnar arbetsbelastning.
- Radiologiska, nuklearmedicinska och patologiska specialkompetenser knyts till diagnostiska kompetenscentra i nära samarbete med kliniska team

och kliniska forskare.

- Radiologi, nuklearmedicin och specialkompetenser inom laboratoriemedicin, t.ex. patologer, kliniska kemister och forskare med molekylär kompetens knyts till de kliniska forskningsteam som bedriver kliniska studier i syfte att säkra adekvata analyser, undersökning, bedömningar och insamling av prover till biobanker.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER DIAGNOSTIK, PROGNOSTIK OCH PREDIKTION	GENOMFÖRT SENAST
 Prio 1	Ökad regional samverkan och arbetsfördelning avseende bild- och funktionsdiagnostik, nuklearmedicin och klinisk patologi.	2017
 Prio 2	Kompetensförsörjningsplaner med utgångspunkt i patientprocessernas behov.	2017
 Prio 3	Regionala investeringsplaner för införskaffande av avancerad teknisk utrustning.	2018

För symbolförklaring se sid 4

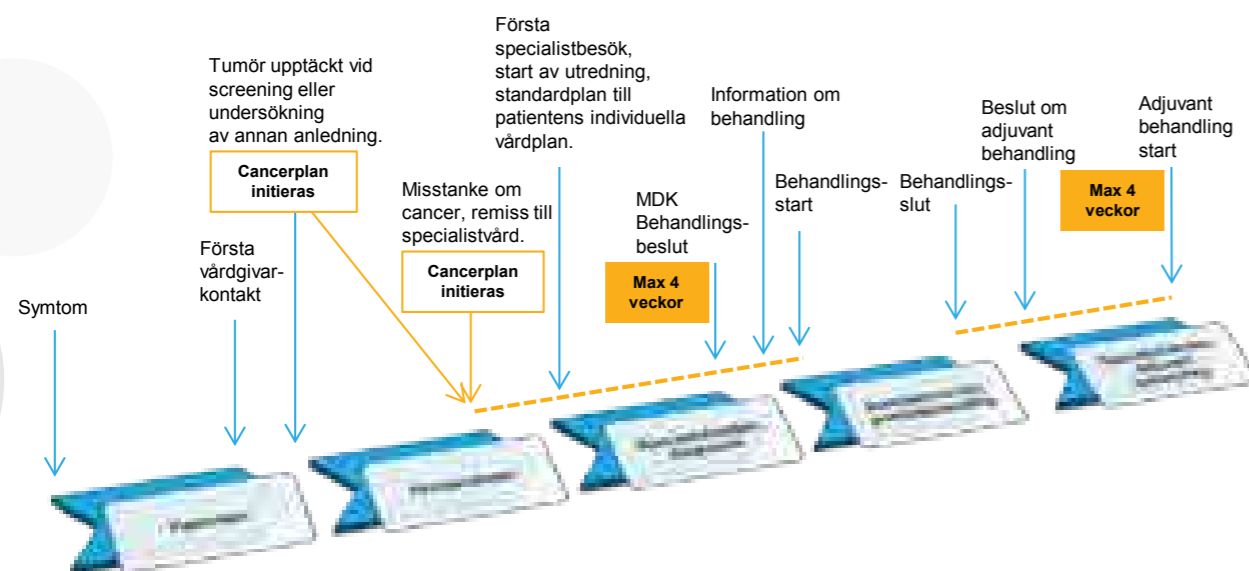


# Väntetider

## – korta och motiverade

Trots att cancer ska handläggas skyndsamt, ibland akut, är tiden till behandlingsstart inte sällan lång. Cancerdiagnostik och behandling kan skapa väntetider i flera steg (figur 5). Det finns flera skäl till att korta väntetiderna inom cancer vården. Önskemål om kortare väntetider för cancerdiagnostik och behandling påtalas ofta av patienter och närstående och utgör en betydande andel av ärendena hos regionernas patientnämnder. Det finns flera skäl till att minimera väntetiderna (se faktaruta sidan 37).

riktlinjer. Standardplanen kan sägas bestå av tre faser – 1) remiss till specialistsjukvården, 2) utredning och MDK och 3) förberedelse för behandling. Multidisciplinär samverkan och teamarbete är nyckelfaktorer i en standardplan. I Danmark startade arbetet med standardplaner (s.k. pakkeforløb) inom cancer vården 2008 och idag finns ett drygt 30-tal planer i bruk. I Norge pågår ett liknande arbete. Standardplanen är ägnade att möta den okomplicerade patienten och säkra effektiv utredning för de flesta. Detta innebär att patienter med komplicerande sjukdom eller särskilda utredningsbehov kan utnyttja delar av planen, men kan behöva längre tid till behandlingsstart. Målsättningen är att 80 procent av patienterna skall starta



Figur 5. Översikt över händelser och väntetider i cancer vården.

### Ett standardiserat optimerat utredningsförlopp

En standardplan beskriver ett optimalt utredningsförlopp utan omotiverade väntetider (figur 6). En väntetid motiverad av förberedelse, analys eller utvärdering är motiverad, medan en väntetid orsakad av resursbrist är omotiverad. Standardplanen startar när patienten remitteras till specialistsjukvården, innehåller utredningar och MDK och avslutas när behandling påbörjas. Planen visar en övergripande, diagnosspecifik struktur, medan detaljer kring utredningar och undersökningar beskrivs i vårdprogram och

behandling inom angiven tid. Arbetet syftar till förbättring, både för patient och för profession. Medverkan från professionen i utveckling av planen är central för att definiera nyckelinsatser och identifiera möjligheter till samordning.



#### Psykologiska skäl

Väntetid vid cancer är psykologiskt påfrestande både för patient och närstående och beskrivs ofta som en av de mest påfrestande upplevelserna under sjukdomsförloppet, särskilt gäller detta oviss väntan. Ökade stressnivåer och ökad risk för depression har påvisats under väntetiden.

#### Prognostiska skäl

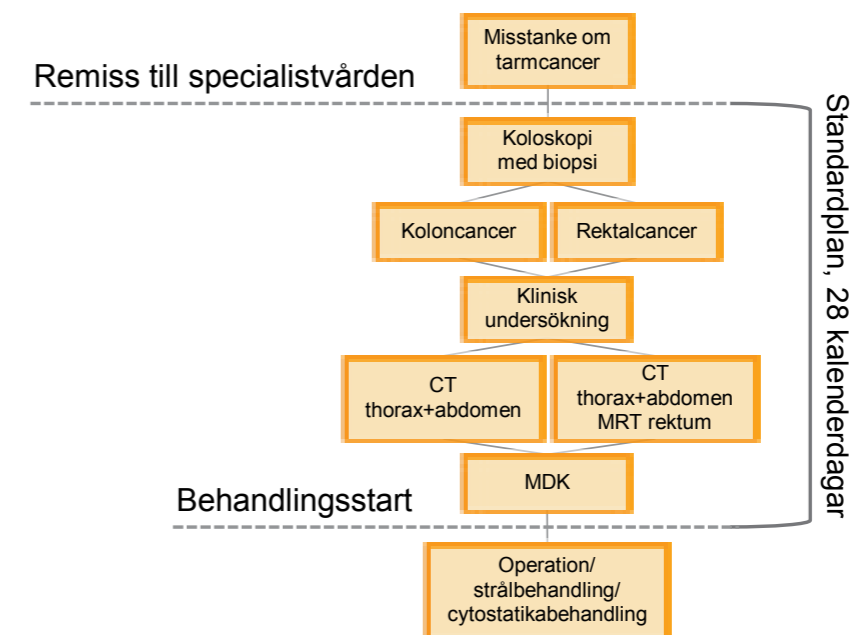
Det finns stöd för att fördröjd diagnostik påverkar prognosen negativt, men betydelsen varierar mellan olika cancerformer såväl som mellan olika tumörer så att högrisktumörer kan behöva akut behandling och lågrisktumörer kan behandlas inom ett längre tidsfönster.

#### Jämlighetsskäl

Väntetiderna visar geografiska och socioekonomiska skillnader. Väntetider riskerar att drabba äldre och socioekonomiskt svaga grupper hårdare, medan yngre och socioekonomiskt starka prioriteras eller tar initiativ som leder till snabbare diagnos och behandlingsstart.

#### Ekonomiska skäl

Tiden kring diagnos är resursdrivande med ett stort antal sjukvårdskontakter. Då många patienter är sjukskrivna under utredningstiden, medför längre väntetid onödiga sjukskrivningskostnader. Studier av snabbspår för patienter med alarmsymtom har visats korta ledtiderna och vara kostnadsbesparande.



Figur 6. Exempel på en standardplan för behandlingsstart inom 28 dagar.



Figur 7. Regional eller nationell MDK innehåller ett stort antal specialkompetenser som behöver definieras för varje diagnos.

## Multidisciplinär terapi-konferens

MDK är en nyckelfunktion i cancervården, ingår som en del i standarplanen och är avsedd att säkra jämlik bedömning av hög kvalitet. Genom samverkan mellan olika discipliner får patienten en behandlingsrekommendation baserad på flera experters synpunkter. Alla patienter med cancer behöver säkras bedömning vid MDK, med riktlinje att patienten diskuteras både preoperativt och postoperativt, vid kurativ och palliativ intention och vid återfall som kräver förändrad behandlingsstrategi. Vid en MDK medverkar bild- och funktionsdiagnostiker, klinisk patolog, behandlande kliniker (t.ex. kirurg), onkolog och kontaktsjuksköterska (figur 7). Ofta medverkar en rad andra specialkompetenser vid MDK. Cancervården behöver säkra tillgång till MDK för alla patienter och vid alla behandlande enheter. Utökad lokal MDK-verksamhet behövs vid flera enheter. Därutöver behöver regionala MDK utvecklas inom de olika diagnosområdena för diskussion om komplicerade fall eller då särskilt svåra överväganden är aktuella. Vid ovanliga tumörformer, t.ex. sarkom och peniscancer, kan all MDK-verksamhet bedrivas regionalt eller nationellt. Utrymmet för MDK, i tid för medverkande profession, i fysiskt

utrymme och i resurser för verksamheterna att förbereda presentationer vid MDK behöver ökas, liksom möjligheten till regional och nationell MDK. MDK-verksamheten behöver kopplas till verksamhetsutveckling och bl.a. värdera möjligheten att strategiskt fördela patienter mellan regionens kompetenscentra och planera MDK så att den inte orsakar väntetid till behandlingsstart.

## Målbild 2018

Standardplaner har utvecklats och implementerats och med dessa har nödvändig diagnostik tidsoptimerats med minimerade svartider. Specialister i bild- och funktionsdiagnostik kan själva beställa, modifiera och komplettera undersökningar, vilket minskar väntetider och onödig remisshantering och ökar undersökningarnas kvalitet. Dokumentation sker direkt i form av standardiserade svar. Koppling mellan journalsystem, andra vårdadministrativa system och kvalitetsregister möjliggör automatiserad datainsamling och direkt och öppet tillgängliga uppföljningar.

Behandling startar för de flesta diagnoser inom 4 veckor efter det att patientens remiss har mottagits i specialistvården. För en del diagnoser krävs snabbare handläggning. Effektivare

utredningsförlopp minimerar behoven av att upprepa undersökningar som blivit inaktuella och minskar antalet besök i sjukvården. Patient och närstående får samlad information, översikt och en möjlighet att planera vardagen. Även efter den första behandlingen är väntetider av vikt, och genom särskilt fokus på strukturerna i denna del av processen säkras. Detta gäller t.ex. adjuvant cytostatikabehandling (start inom 4-8 veckor beroende på diagnos) och palliativ strålbehandling (start inom 2 veckor från remiss).

## Utvecklingslinjer

- Effektiva utredningsförlopp säkras genom standardplaner för alla cancerdiagnoser. Regionala processledare och lokala team är nyckelaktörer, men även hälso- och sjukvårdens ledare engageras i arbetet.

- Alla patienter bedöms vid MDK. MDK-verksamheten utökas och tid till deltagande säkras. För vissa diagnoser behöver regionala och/eller nationella MDK skapas.
- Adjuvant behandling påbörjas inom fördefinierad tid.
- Palliativ strålbehandling startar inom 2 veckor.
- Väntetider redovisas öppet och uppföljning av dessa är en viktig del av kvalitetsarbetet.
- Chefer och ledare i hälso- och sjukvården leder arbetet och professionen engageras i arbetet med standardplaner.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER	STANDARDPLAN	GENOMFÖRT SENAST
	Prio 1	Diagnosspecifika standardplaner definieras med utgångspunkt från att patienter som utreds för cancer ska starta behandling inom 4 veckor från det att remissen kommer till specialistsjukvården.	2015
	Prio 2	Adjuvant behandling påbörjas inom tid som definieras för varje diagnos.	2016
	Prio 3	Alla patienter diskuteras på MDK. Tillgången till MDK ökas lokalt och fler regionala MDK inrättas.	2017
	Prio 4	Journalsystem kopplas till kvalitetsregistren och standardiserad väntetidsredovisning säkras.	2017

För symbolförklaring se sid 4

# Behandling

## – gränsöverskridande teamarbete

### Målbild 2018

Den ökande cancerbördan innebär att kraven på hälso- och sjukvården ökar, särskilt avseende tillgänglighet, behandlingsmöjligheter för äldre patienter med komplicerande samsjuklighet, individanpassad vård, flexibla lösningar för palliativ vård och jämlik tillgång till rehabilitering. Kirurgisk behandling utvecklas mot högteknologi och minimal invasivitet. Medicinsk behandling kombinerar cytostatika, endokrin terapi och målstyrda behandlingar baserat på tumörens profil där rätt behandlingskombination och sekvens utvärderas för bästa effekt. Strålbehandling (radioterapi) ges till mer än hälften av patienterna med moderna tekniker och hög precision. Specialitetsövergripande, multiprofessionella team finns vid alla cancerformer. Interdisciplinär vård har visats effektiv och kopplas till en utbyggd avancerad sjukvård i hemmet.

### Framtidens patient med cancer

För framtidens patienter med cancer finns goda möjligheter till information om sjukdomen och om rekommenderade behandlingsalternativ. Det ökande informationsutbudet ställer ökade krav på patienters och närståendes förmåga att värdera information och på hälso- och sjukvården att anpassa information för att ge möjlighet att göra ett informerat val. Möjligheterna till patientträning ökar, samtidigt som många patienter av sociala skäl helst vill behandlas nära hemmet. Landsting och regioner inom Södra sjukvårdsregionen bör samverka för att i nätverk erbjuda bästa behandling oavsett bostadsort. Detta arbete ger sannolikt en mer kostnadseffektiv och jämlik hälso- och sjukvård och är av stor vikt för jämlik vård.

I takt med ökande möjligheter att behandla

cancer har sjukdomen för många patienter blivit kronisk. Behandlingsbiverkningar och långtidseffekter kan vara svåra att överblicka. Att leva med en cancersjukdom som kan kontrolleras men inte botas skapar en livssituation som på många sätt är svåröverblickbar och svårkontrollerbar för patienten och de närstående. För dessa patienter ställs särskilda krav på en cancervård som kan anpassas till patientens behov och ge det stöd som behövs för en god livskvalitet. Insatser kan behövas från såväl palliativ team som rehabiliteringsteam, vilket ställer stora krav på samverkan mellan olika vårdgivare. Trygghet, kontinuitet och sammanhang är viktiga existentiella aspekter av att leva med en sjukdom som cancer och det blir särskilt påtagligt då man lever länge med sjukdomen. Vården behöver också vara redo att snabbt sätta in insatser om patientens hälsotillstånd förändras. Beroende på patientens livssituation kan krav också ställas på att andra samhällsaktörer anpassar sitt omhändertagande efter patientens och de närståendes behov. Det gäller inte minst i familjer där det finns minderåriga barn som anhöriga, som kan komma att tillbringa stora delar av sin uppväxt med en kroniskt sjuk förälder, med skiftande behov av stöd och hjälp i vardagen. En patient i arbetsför ålder kan behöva stöd för att kunna förvärvsarbeta i den utsträckning hans tillstånd tillåter, och i den processen behöva aktiva och flexibla insatser från såväl Försäkringskassa som arbetsgivare.

### Framtidens kirurgiska behandling

Kirurgisk resektion är hörnstenen i den kurativt syftande behandlingen av de flesta tumörsjukdomar. Behandlingen individualiseras utifrån patientens unika förutsättningar, vilket ställer krav på nya modeller för att välja bästa kirurgiska metod. Diagnostiska punktioner ökar genom förfinad preoperativ utredning, t.ex. med PET-CT och PET-MRT.

Laparoskopisk kirurgi (titthålskirurgi) utvecklas starkt och blir förstahandsval vid allt fler cancerformer, t.ex. vid prostatacancer, gynekologisk cancer, tjock- och ändtarmscancer och matstrupscancer, där minst 3 av 4 patienter

opereras laparoskopiskt. Även de robotassisterade ingreppen, som är nära kopplade till den laparoskopiska kirurgin, ökar. Indikationerna för avancerad kirurgi utvecklas, vilket gör att man inom ramen för kliniska studier utvecklar nya kirurgiska principer och skjuter fram frontlinjen för vad som är möjligt att åstadkomma, framför allt avseende resektion av avancerade tumörer och metastaser. Efter omfattande kirurgi finns behov av en utökad postoperativ vård med hög kompetens och tidig mobilisering i syfte att minska risken för postoperativa komplikationer.

Nära samverkan med onkologisk kompetens är central för val av behandlingssekvens och inom flera cancerformer ökar användningen av neoadjuvant cytostatikabehandling. Palliativ kirurgi utförs i ökande omfattning med endoskopisk teknik, vilket innebär att allt färre ingrepp utförs med öppen kirurgi. Postoperativ vård förfinas med strukturerade vårdplaner, snabb mobilisering, lägre morbiditet och kortare vårdtider. Nya metoder införs för att bedöma och tidigt åtgärda postoperativa komplikationer. Regional samverkan kring arbetsfördelning

inom processerna har medfört förändringar i form av ökad subspecialisering avseende vissa åtgärder. Arbetsfördelningen säkrar högkvalitativ vård och tydliggör behoven av forskning, utveckling och kompetensförsörjning. Centralisering och subspecialisering vägs i regional samverkan mot behoven av kirurgisk kompetens och akutkirurgisk verksamhet utanför universitetssjukhusen.

### Framtidens medicinska behandling

Medicinsk behandling utgörs för de flesta cancerformer av en kombination av cytostatika och målstyrd behandling. Nya behandlingsprinciper och läkemedelskandidater fokuseras på nyckelfunktioner som celledelning, celledöd (apoptos) och kärlförsörjning (angiogenes) och riktas mot nya målstrukturer. Målstyrd behandling är ofta lämpad för en undergrupp av tumörerna baserat på mål molekylens specificitet. Samtidigt kan samma målstyrda behandling bli aktuell för tumörer i olika organsystem beroende på att cancercellerna drivs av samma molekylära mekanism. Allt fler behandlingar innefattar dubbel/trippel-blockering



eller individanpassade tillägg av läkemedel i syfte att öka effekten och motverka resistensutveckling.

Hos en stor andel av patienterna kommer cancersjukdomen tillbaka, men genom kartläggning av tumörens biologiska profil medges behandling riktad mot de specifika molekylära mekanismer som bidragit till återfall i sjukdomen. För patienter med kronisk sjukdom undersöks i kliniska studier hur olika läkemedel och kombinationer av dessa skall användas för att optimera behandlingssekvensen. Möjligheterna till behandlingspauser och perioder med lågintensiv och mindre toxisk behandling ökar. Ett nationellt läkemedels- och biverkningsregister genererar nationella data på effekter och biverkningar och tillåter studier av prediktiva markörer och hälsoekonomiska effekter.

Landsting och regioner inom södra sjukvårdsregionen samverkar i ökande omfattning för jämlik tillgång till nya kostsamma läkemedel. Samtidigt som tillgången till nya läkemedel behöver ökas, behöver beslutsfattare och profession gemensamt agera för att utveckla prediktiva faktorer som ger möjlighet att identifiera de patienter som har störst nytta av behandlingen. Effekten av läkemedel utvärderas i ökande omfattning baserat på "clinical effectiveness", dvs. effekten när behandlingen används i befolkningen och därmed också ges till äldre patienter och individer med komplicerande sjukdomar.

Kliniska studier fokuserar på att reducera cytostatikadoser med bevarad effekt och minskade biverkningar, att utvärdera nya typer av målstyrda behandlingar och att utvärdera bästa sekventiella behandlingsstrategi genom flera linjer. Mot bakgrund av ökande cancerprevalens, fler behandlingsmöjligheter och medicinsk behandling under lång tid hos patienter med kronisk cancersjukdom behöver tillgången till onkologisk kompetens säkras i hela regionen med målsättningen att ha god tillgång till onkologisk specialistkompetens vid alla behandlande enheter i regionen.

### Framtidens strålbehandling

Ett flertal nya strålbehandlingsmodaliteter har tillkommit och samlat ger utvecklingen inom strålbehandlingsfältet hög precision med ökad effekt och minskade biverkningar. Den snabba tekniska utvecklingen med komplexa och välavgränsade stråldoser ökar kraven på bildunderlaget inför strålbehandling. Behoven av PET-CT och MRT växer. PET/CT ökar säkerheten i bestämning av tumörutbredning och ger dessutom möjlighet att följa tumörrespons under och efter given strålbehandling. Anatomisk MRT ger säkrare definition av tumörläge. MRT ger också möjlighet till funktionsundersökningar som underlag för detaljerad dosplanering och för utvärdering av behandlingssvar och biverkningsrisk. De tekniska förbättringarna i kombination med ny radiobiologisk kunskap har lett till att nya fraktioneringsmönster används i klinisk rutin, t.ex. vid bröstcancer och prostatacancer. MRT-baserad brachyterapi erbjuds för gynekologisk cancer och prostatacancer.

Strålbehandlingsmaskiner (acceleratorer) utvecklas kontinuerligt med nya strålmodaliteter såsom intensitetsmodulerad rotationsbehandling (VMAT), andningsstyrd strålleverans (gating), filter-fri stråle med hög dosrat. Detta ger en mer precis och konform dosfördelning och minskade biverkningar. Ökad precision ställer krav på daglig verifiering av läget (strålgeometrin) via specifika bildsystem (Image Guided RadioTherapy, IGRT). Komplexiteten vid avancerad strålbehandling ställer ökade krav på kvalitetssäkring av alla steg i strålbehandlingsprocessen.

Behandlingar med protonstrålning vid Skandionkliniken kommer att planeras via gemensamma nationella videokonferenser medan kringvården (diagnostik, behandlingsplanering, del av behandlingen och eftervården) utförs inom respektive sjukvårdsregion. Denna nya behandlingsmodalitet ställer krav på fortbildning av berörd personal.

### Framtidens behandling vid metastaserande sjukdom

Metastaser finns vid diagnos hos ca 10 procent av patienter med cancer och utvecklas under uppföljningstiden hos ytterligare ca 30 procent av patienterna. De vanligaste metastaslokalerna är lever, lungor, skelett och hjärna. Behandling av metastaserande cancersjukdom har utvecklats starkt under det senaste decenniet, såväl avseende medicinsk och kirurgisk behandling som strålbehandling. Synen på en spridd cancersjukdom förändras i takt med att många patienter kan leva under lång tid och med god livskvalitet trots en kronisk cancersjukdom. Målsättningen vid metastasbehandling är ofta bot, men kan också vara förlängd överlevnad eftersom metastaskirurgi kan ge god och långvarig palliation. Mer effektiv medicinsk behandling, i form av cytostatika och biologiska läkemedel, har lett till ökade möjligheter till metastaskirurgi där patienter med lever- eller lungmetastaser som för några få år sedan betraktats som icke-operabla nu kan erbjudas operation förenad med lång överlevnad, och ibland bot. Patienter aktuella för metastaskirurgi diskuteras vid MDK för beslut om bästa behandlingskombination och sekvens, t.ex. avseende leverkirurgi och lungkirurgi, och med beaktande av prognostiska faktorer och allmäntillstånd.

Utvecklingen av leverkirurgin har gått från stora resektioner till segmentresektioner, ibland kombinerat med lokal tumördestruktion med radiofrekvensbehandling. Vid kirurgi för lungmetastaser är målet att utföra en komplett resektion av samtliga metastaser med parenkymspärande teknik. Det är inte ovanligt att en patient kan bli föremål för upprepade lungresektioner. För patienter med skelettmetastaser som orsakar frakturer opereras patienterna i ökande omfattning med insättning av ledproteser för att få snabb smärtlindring, god funktion och snabbt kunna belasta den skadade skelettdelen. Inom ortopedkirurgin utvecklas också individanpassade ledproteser som byggs baserat på patientens CT-bilder.

Den regionala strålbehandlingen förfinas och kombineras inte sällan med medicinsk behandling, s.k. radiokemoterapi, ges med stereotaktisk teknik eller i form av gammaknivsbehandling. Utvecklingen mot riktad och lindrig metastaskirurgi och precisionsstrålbehandling ger god funktion, snabb återhämtning och nya möjligheter till bot eller långtidsöverlevnad med kronisk cancersjukdom.

### Framtidens uppföljningsprogram

Kontroller efter avslutad behandling behöver värderas och planeras på evidensbas. Sannolikt kan kontrollerna effektiviseras, minskas i antal och arbetsfördelas för att t.ex. genomförande av specialutbildade sjuksköterskor och allmänläkare. En god cancervård behöver inte enbart säkra att patienten effektivt utreds och behandlas utan också säkra att patienten kan lämna cancer vården och återgå till vardagen. Särskilda seneffekt-mottagningar värderar standardiserat biverkningar, t.ex. efter strålbehandling och patienter med särskilda behov ges möjlighet till riktad rehabilitering. Majoriteten av patienterna har rehabiliteringsbehov som behöver täckas inom primärvården. Utbildning inom rehabilitering och palliation inom primärvården prioriteras för att kunna möta cancerbehandlade individers långsiktiga behov.

### Utvecklingslinjer

- Utvecklingen av nya behandlingsmetoder bevakas och värderas kontinuerligt.
- Kunskap om nya behandlingskoncept sprids jämnt med koppling till vårdprogram och riktlinjer.
- Regional samverkan för optimal arbetsfördelning där centralisering av kirurgiska åtgärder vägs mot behovet av akutkirurgisk kompetens i regionen.
- Kunskapen om vad som definierar en effektiv och högkvalitativ cancerbehandling ökas hos beslutsfattare och allmänhet.
- Ett ökande antal regionala och nationella MDK inrättas.

- Högkvalitativ diagnostik, t.ex. CT-PET och MRT-PET och god tillgänglighet till denna är en förutsättning för utveckling inom kirurgi, medicinsk behandling och som underlag för strålbehandling.
- Jämlig tillgång till medicinsk behandling, särskilt nya kostsamma läkemedel.
- Fortbildning inom laparoskopisk och robotassisterad kirurgi.
- Ökat fokus på postoperativt omhändertagande.
- Förfinad prognostisk och behandlings-prediktiv indelning av tumörsjukdomar för individanpassad behandling.
- Forsknings- och behandlingsstrategier inriktade på att motverka och övervinna behandlingsresistens.
- Mer än 60 procent av strålbehandling i botande syfte ges med IGRT-styrd VMAT-teknologi med PET-CT alt. MRT-baserat target/dosplaneringsunderlag.
- Möjlighet till justerad target och dosplan, så kallad adaptiv strålbehandling, dose painting och tumor-tracking införs i strålbehandlingen.
- Nya fraktioneringsprinciper för strålbehandling utvärderas och implementeras.
- Alla patienter i behov av riktad (stereotaktisk) strålbehandling erbjuds denna vid Skånes universitetssjukhus.
- Alla barn som skall strålbehandlas med botande målsättning får behandling vid Skandionkliniken där också ca 200 patienter per år från regionen får protonstrålning inom ramen för kliniska studier
- Strålbehandlingsutrustning dedicerad för forskning och klinisk utveckling av biologiskt optimerad adaptiv radioterapi införskaffas.
- Seneffekter efter cancerbehandling bedöms strukturerat (t.ex. via särskilda seneffekt-mottagningar) och i samband med behandling säkras åtgärder ämnade att minska sena biverkningar.
- Hälso- och sjukvården tar ansvar för utvärdering av nya behandlingsmetoder genom kliniska studier. Resurser för kliniska studier ökas och arbetet för att förenkla och effektivisera strukturerna för kliniska studier intensifieras. Målet är att 1 av 4 patienter behandlas inom ramen för en klinisk studie.

## Arbetsfördelning - för patientens skull

En medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter ska baseras på fakta och syftar till en god och jämlig vård. Arbetsfördelning kan vara aktuell på nationell nivå (färre än 6 centra), inom en sjukvårdsregion eller inom ett landsting.

Arbetsfördelning (nivåstrukturerad) ska säkra att åtgärder som kräver särskild kompetens och/eller teknik eller är sällan förekommande koncentreras till få enheter med stor samlad erfarenhet. Framgångsrik arbetsfördelning kräver ömsesidig samverkan inom regionen. Patientens perspektiv står i centrum. Ur patientens perspektiv måste arbetsfördelningen säkra att högt specialiserad behandling erbjuds med högsta kvalitet, korta väntetider och av multidisciplinära team, samtidigt som patienten skall kunna få god eftervård, rehabilitering och palliativ vård på hemorten, t.ex. i länssjukvården. Organisatorisk hänsyn är relevant, särskilt avseende sårbarhet – vilket både kan beröra en central enhet eller enheter med svag bemanning. Arbetsfördelning ska leda till resultatförbättring, effektivare resursutnyttjande och stärkta förutsättningar för utbildning och klinisk forskning, varför dessa aspekter följs upp. Ur beslutsfattarnas perspektiv är arbetsfördelning ett viktigt samarbetsområde som återkommande diskuteras och redovisas.



För varje patientprocess definieras ett regionalt kompetensnätverk bestående av ett regionalt kompetenscentrum samt kompetensnoder. Kompetensnoderna bedriver huvuddelen av den specialiserade vården. Antalet noder kan variera utifrån patientvolym och kompetenstillgång. Tillgång till lokal MDK vid kompetensnoder säkrar kompetens nära patientens hemort.

Regionalt kompetenscentrum har särskilt ansvar för högspecialiserad vård, regional MDK och att koordinera forskning och utbildning inom regionens kompetensnätverk.

Hela patientprocessen har arbetsfördelats med tydliga riktlinjer och överenskommelser. Högspecialiserade åtgärder inom patientprocessen (diagnostik eller olika typer av behandling) koncentreras till få utförare inom sjukvårdsregionen eller nationellt. Dessa åtgärder kan antingen förläggas enbart till ett kompetenscentrum men kan också, därutöver, fördelas till en eller flera kompetensnoder. Denna regionala arbetsfördelning behöver grundas på överenskommelser mellan huvudmännen. Regionala nätverk med kompetenscentrum och kompetensnoder har potential att minska sårbarheten, t.ex. genom att erbjuda behandling vid annan enhet om väntetider inte kan hållas, att öka den professionella samverkan och säkra en jämlig utveckling av behandlingsmöjligheterna inom södra sjukvårdsregionen. Beaktande av hela patientprocessen motiveras av behovet att se patientens process – som både finns inom länssjukvården och regionsjukvården – och att arbetsfördelning av behandlingsinsatser kan påverka kringresurser och kompetenser som t.ex. bild- och funktionsdiagnostik och patologi.

### Målbild 2018

Arbetet har inneburit tydliggjord arbetsfördelning inom ramen för regionala kompetensnätverk med särskilt fokus på åtgärder med låg volym eller med krav på särskild kompetens och/eller teknisk utrustning. Regionala kompetenscentra och etablerade kompetensnoder redovisar öppet infrastruktur, väntetider och resultat, ansvarar för regional MDK och för undervisning, fortbildning och forskning inom området. Överenskommelser kring regional arbetsfördelning redovisas på RCC Syds hemsida. Genomförd arbetsfördelning och dess effekter utvärderas årligen.


OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER	BEHANDLING	GENOMFÖRT SENAST
		Professionen involveras i verksamhetsutveckling. Nya behandlingsmetoder bevakas och värderas kontinuerligt, sprids jämligt och kopplas till vårdprogram och riktlinjer.	2016

För symbolförklaring se sid 4



## Utvecklingslinjer

- Regional samverkan kring arbetsfördelning för ovanliga tumörformer och åtgärder som kräver särskild diagnostik och/eller behandling.
- Kompetenscentrum och kompetensnoder definieras inom varje diagnos och verksamheten definieras utifrån en tydlig kravprofil.
- Hela patientprocessen redovisas med tydliga riktlinjer för arbetsfördelning. Beskrivningen skall innefatta sammansättningen av det multiprofessionella teamet och hur kompetens säkras i alla led.
- Regionalt genomförd arbetsfördelning ligger till grund för eventuellt behov av nationell arbetsfördelning.
- RCC Syd bidrar till arbetet genom att redovisa pågående arbete med arbetsfördelning och genom att ge en helhetsbild av hur genomförd arbetsfördelning påverkar patientflöden, volymer, kompetenser och infrastruktur.
- Arbetsfördelningen avseende hög-specialiserad vård omfattar oftast endast en del av patientprocessen, men säkerställer hög kvalitet, kompetensförsörjning och patientfokus i hela patientprocessen.
- Regional arbetsfördelning ska bygga på överenskommelser mellan huvudmännen.
- Inom regionala kompetensnätverk initieras samarbets- och utbytesprogram för att stärka samarbetet mellan regionens sjukhus. Samverkan kan innefatta gemensamma operationer, säkerställande av kompetens i alla delar av patientprocessen och inom forskningsprojekt.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER	ARBETSFÖRDELNING	GENOMFÖRT SENAST
 Prio 1	Kompetenscentrum och kompetensnoder definieras i alla patientprocesser.		2017
 Prio 2	Regionalt kompetenscentrum redovisar öppet infrastruktur, volym och specialisering inom teamet, koordinerar regional MDK och ansvarar för undervisning, kompetensutveckling och forskning inom området. Detta säkras genom samarbetsavtal och utbytesprogram.		2018

För symbolförklaring se sid 4

## Samverkan

### – aktiv omvärldsspaning

Arbetet inom RCC koordineras regionalt, men sker i nationell samverkan och med starka band till internationell utveckling. I samverkansgruppen diskuteras övergripande strategiska frågor och arbetet inom RCCs 10 kriterier följs regelbundet upp. Nationella vårdprogramgrupper med regionala representanter tillsätts och inom flera prioriterade områden, t.ex. patientens ställning, prevention, läkemedel och forskning tillsätts nationella arbetsgrupper. Den täta nationella samverkan innebär goda möjligheter att utbyta erfarenheter och RCCs nationella arbetsgrupper med regionala representanter bygger starka nätverk inom cancervården.

Ur ett globalt perspektiv genomgår cancerområdet stora och snabba förändringar. En enorm prevalensökning väntas. Ökningen är särskilt påtaglig i låg- och medelinkomstländer där 2 av 3 av världens cancerfall idag uppkommer, och där det totala antalet cancerfall kommer att fördubblas inom en 10-årsperiod. Detta ställer stora krav på preventivt arbete, kunskapsutbyte, mindre kostsamma behandlingar och palliativ vård med hög tillgänglighet.

Cancer är ett fokusområde inom läkemedelsindustrin mot bakgrund av att kunskapen om hur cancercellernas molekylärgenetiska förändringar och förändrade signalkedjor kan utnyttjas för målstyrda behandlingskoncept. Samverkan i forskningsprojekt av experimentell typ och i kliniska prövningar är centralt för att säkra att nya behandlingskoncept prövas och där positiva effekter snabbt kommer framtidens patienter till nytta. Målstyrda behandlingar inriktas mot specifika undergrupper, vilket innebär att såväl nationell som internationell samverkan krävs för att inkludera tillräckligt antal patienter i studier som utvärderar behandlingarnas effekt. Sverige och övriga Nordiska länder har en unik chans

att genom ökad samverkan möjliggöra att data avseende nya cancerläkemedel insamlas och rapporteras på populationsbas. Cancerläkemedel godkänns på Europeisk nivå, men priset förhandlas nationellt och används regionalt eller lokalt. En jämlik tillgång till framtida cancerläkemedel kräver omvärldsspaning för att tidigt signalera nya principer och behov. En stark nationell samverkan är nödvändig för likvärdig läkemedelsintroduktion.



## Målbild 2018

Den nationella RCC-strukturen för samverkan har befästs och förfinats och de nationella nätverken med regional representation har vidareutvecklats. Det finns en stark och fördjupad nationella samverkan inom kvalitetsarbete, läkemedelsintroduktion och forskning.

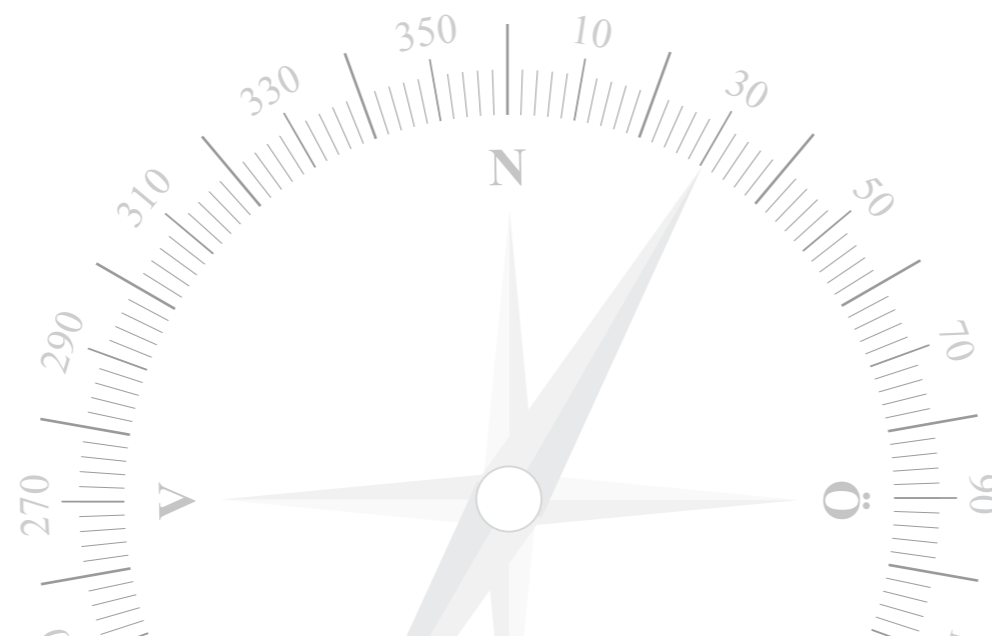
RCC i samverkan har profilerats som en samlande enhet för landets cancercentrum på internationell nivå, vilket lett till ökad samverkan med ledande europeiska cancercentra. Från dessa hämtas modeller för t.ex. forskningssamverkan på europeisk nivå och jämlik tillgång till modern diagnostik och behandling.

## Utvecklingslinjer

- Tydlig struktur och expertuppdrag för nationella och regionala vårdprogramgrupper.
- Nationell samverkan inom kvalitetsarbete.
- Synliggörande av RCC på europeisk nivå för ökat utbyte avseende introduktion av behandlingskoncept och läkemedel, teamarbete och nya inslag i framtidens cancerdiagnostik och behandling.

OMRÅDE	PRIORITERADE INSATSER SAMVERKAN	GENOMFÖRT SENAST
	 Engelskspråkig information om RCCs mål, kriterier och arbete.	2016
	 Ökad nationell samverkan inom kvalitetsarbete.	2017

För symbolförklaring se sid 4



cancervård i  
**nutiden**  
forskning för  
**framtiden**



REGIONALT  
CANCERCENTRUM  
SYD

RCC Syd  
Medicon Village  
Scheelevägen 8, byggnad 404  
223 81 Lund

E-mail: [rccsyd@skane.se](mailto:rccsyd@skane.se)  
Telefon: 0768-890189  
Hemsida: [www.cancercentrumsyd.se](http://www.cancercentrumsyd.se)



Landstinget  
Kronoberg



LANDSTINGET BLEKINGE



BÄSTA LIVSPLATSEN  
Region Halland