



**Lokal handlingsplan för cancervården 2019–2021**  
**Region Jämtland Härjedalen**

Elin Wassdahl Nilsson, handläggare  
[elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se](mailto:elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se)

## Hälso- och sjukvårdsdirektören kommenterar till lokal handlingsplan

Tack till alla som bidragit till den lokala handlingsplanen, som är omfattande med många inblandade.

Alla som skrivit är inte medvetna om alla tekniska uppdateringar varför man kan hitta en del motsägelsefulla uppgifter i skrivningarna. Alla är heller inte till fullo uppdaterade om ansvaret för kontaktsjuksköterskan gällande cancerrehabilitering, vilket påverkar skrivningarna i en del fall. Det pågår ett arbete kring utvecklingen av cancerrehabilitering i vår region, liksom i hela landet.

Det finns begäran om utökningar av tjänster som behöver värderas och vägas mot sjukvårdens totala behov, även utanför cancerområdet. Behov måste i första hand lösas genom att hitta nya arbetssätt och inte minst använda patienters förmåga att själva, eller tillsammans med närstående, ta ansvar för sin hälsa. Beslut i dessa frågor fattas av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp.

De största utmaningarna finns inom cancerrehabilitering, där vi av hävd inte har erbjudit strukturerad rehabilitering för cancerpatienter. Lika stor utmaning kan jag se inom cancerprevention, liksom att förflytta vården närmare patienten via tex möjlighet att ha en kontaktsjuksköterska inom primärvården. Slutligen blir det en stor utmaning att utveckla kunskapsstyrningen och samtidigt anpassa cancervårdens utrymme inom densamma. Det kommer att behövas horisontella prioriteringar mellan alla sjukdomsgruppers identifierade utvecklingsbehov.

**Lisbet Gibson**

**Hälso- och sjukvårdsdirektör**

lisbet.gibson@regionjh.se

### **Struktur för lokal handlingsplan i Region Jämtland Härjedalen**

I region Jämtland Härjedalen har vi valt att samla alla mål och aktiviteter för kontaktsjuksköterska (min vårdplan, strukturerade bedömningar av cancerrehabiliteringsbehov, rehabiliteringsinsatser på grundläggande nivå) i en tabell. En samlad tabell är även vald för området cancerrehabilitering. Mål/frågeställningar rörande funktionen kontaktsjuksköterska och cancerrehabilitering lämnas obesvarade i diagnostabellerna. Syftet med de två tabellerna är att säkerställa att alla patienter med cancersjukdom och deras närstående ska erhålla likvärdigt stöd och rehabiliteringsinsatser utifrån individuella behov, oavsett kön, bostadsort och diagnos. Det vill säga jämlik och jämställd vård, som är personcentrerad och som bedrivs så nära patienten som möjligt.

### **Lokala planeringsförutsättningar i Region Jämtland Härjedalen**

Planering och/eller aktiviteter som berör andra verksamheter än den egna ska vara framtagna i samverkan och godkända av berörda områdeschefer. Det kan till exempel vara aktuellt med omfördelning av resurser om en aktivitet överflyttas till annan verksamhet. Planering/aktiviteter som medför kostnader utöver budgetram bör vara godkända av områdeschef i samråd med hälso- och sjukvårdsdirektören och kräver därför beslutsunderlag <http://centuri.jll.se/ViewItem.aspx?regno=31793> samt kostnadsberäkning och nyttokalkyl <http://centuri.jll.se/ViewItem.aspx?regno=49043>

Förbättringsarbeten, såväl inom en enhet som när det omfattar fler enheter o/e områden, utformas lämpligen i A3-format: <http://centuri.jll.se/ViewItem.aspx?regno=35451> Större och kostnadsdrivande förbättringar handläggs i Projektil: se Platina.

## Bakgrund

Förbundsdirektionen vid Norrlandstingens regionförbund godkände vid sitt möte den 5 december 2018 en ny cancerplan för norra sjukvårdsregionen för perioden 2019–2021 för utskick till landstingen/regionerna, med uppdrag att utarbeta handlingsplaner gentemot den nya planen. Cancerplanen för 2019–2021 bygger på tidigare sjukvårdsregionala utvecklingsplaner för cancervården och inkluderar också kompetensförsörjning och nivåstrukturering, som tidigare redovisats i separata planer.

Landstingets/regionens respektive handlingsplan ska vara Norrlandstingens regionförbund tillhanda senast 2019-04-25 för att kunna redovisas och fastställas vid Förbundsdirektionens möte 2019-05-22. Handlingsplanen skickas med e-post till [norrlandstingen@regionvasterbotten.se](mailto:norrlandstingen@regionvasterbotten.se)

Syftet med den lokala handlingsplanen är att konkretisera hur landstinget/regionen ska arbeta för att nå målen i den sjukvårdsregionala cancerplanen, utifrån sina egna förutsättningar inom respektive område/diagnos. I den lokala handlingsplanen beskrivs de mål som landstinget/regionen har (baserat på målen i den sjukvårdsregionala cancerplanen), landstingets/regionens nuläge, hur målen ska mätas, vilka aktiviteter som ska genomföras för att nå målen och en tidsplan för respektive mål.

I mallen för handlingsplanen finns även kolumnerna ”Uppföljning” och ”Utvärdering”. Dessa lämnas tomma i nuläget för att sedan användas vid kommande årliga uppföljningar av handlingsplanen. I kolumnen ”Uppföljning” redovisas då resultatet av aktiviteten enligt den mätbara målnivån som definierats. I kolumnen ”Utvärdering” skrivs en kort utvärdering av arbetet. Upplägget av handlingsplanen är gjort för att underlätta både uppföljningen i det egna landstinget/regionen och den sjukvårdregiongemensamma sammanställning av hur arbetet enligt cancerplanen fortlöper, som årligen ska redovisas för förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund.

## **Innehållsförteckning**

<b>Kontaktsjuksköterska för samtliga cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen</b>	<b>6</b>
<b>Cancerprevention och tidig upptäckt</b>	<b>9</b>
<b>Förstärkt diagnostik</b>	<b>9</b>
<b>Förstärkning av kompetens och resurser för cancervården i hela regionen</b>	<b>10</b>
<b>Kunskapsstyrning</b>	<b>11</b>
<b>Digitalisering och distansöverbyggande teknik</b>	<b>13</b>
<b>Förstärkt palliativ vård</b>	<b>13</b>
<b>Cancerrehabilitering</b>	<b>14</b>
<b>Klinisk forskning, utveckling och innovation</b>	<b>14</b>
<b>SVF Målen 2020</b>	<b>15</b>
<b>Barnonkologi</b>	<b>17</b>
<b>Bild- och funktionsmedicin</b>	<b>22</b>
<b>Blodcancer</b>	<b>25</b>
<b>Bröstcancer</b>	<b>28</b>
<b>Cancerrehabilitering</b>	<b>32</b>
<b>CUP</b>	<b>37</b>
<b>Gynekologisk cancer</b>	<b>40</b>
<b>Hjärntumörer</b>	<b>42</b>

<b>Hudmelanom</b>	<b>44</b>
<b>Huvud- och halscancer</b>	<b>46</b>
<b>Kolorektal cancer</b>	<b>48</b>
<b>Livmoderhalscancerprevention</b>	<b>51</b>
<b>Lungcancer</b>	<b>54</b>
<b>Mammografiscreening</b>	<b>59</b>
<b>Neuroendokrina tumörer</b>	<b>61</b>
<b>Njurcancer</b>	<b>62</b>
<b>Palliativ vård</b>	<b>65</b>
<b>Patologi</b>	<b>66</b>
<b>Peniscancer</b>	<b>69</b>
<b>Prevention</b>	<b>70</b>
<b>Prostatacancer</b>	<b>74</b>
<b>Sarkom</b>	<b>77</b>
<b>Sköldkörtelcancer</b>	<b>78</b>
<b>Testikelcancer</b>	<b>81</b>
<b>Urotelial cancer</b>	<b>82</b>
<b>Övre mag-tarmkanalens cancer</b>	<b>84</b>

## Övergripande prioriterade områden

### 1. Kontaktsjuksköterska för samtliga cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen

Det övergripande målet är att alla cancerpatienter i norra regionen ska erbjudas tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska med ett tydligt definierat och skriftligt uppdrag.

#### Lokal handlingsplan för kontaktsjuksköterskor

Ansvarig för genomförande: Respektive enhetschef

Övergripande ansvar: Utvecklingsstrateg

Ansvarig för rapportering: Respektive enhetschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Alla sjuksköterskor i resp diagnosprocess ska fungera som kontaktsjuksköterska (kssk) och ha ett tydligt skriftligt uppdrag, som ska se lika ut inom hela regionen och vara i enlighet med det nationellt utformade uppdraget.	Många har skriftligt uppdrag, men inte alla.	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Uppdatera befintligt uppdrag i enlighet med nationell förlaga.</li> <li>Inventera om kssk finns tillgänglig i hela processen, inkl palliativ fas.</li> <li>Förteckning över kssk där underskrivet uppdrag noteras.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Klart 1/6-19</li> <li>Klart 1/8-19</li> <li>Klart 1/10-19</li> </ol>		

Förbättra aktiva överlämningar lokalt, men också regionalt.	Varierar hur överlämningar utförs och dokumenteras.	100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Skapa tydlig skriftlig rutin för aktiva överlämningar i enlighet med nationell förlaga.</li> <li>Sökord i journalen som kan presenteras som utdata.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Klart 1/6-19</li> <li>Klart 1/8-19</li> </ol>		
Funktionen kssk bör finnas i primärvården för att täcka hela vårdkedjan och leva upp till intentionerna om nära vård.	Funktionen saknas i primärvården, men frågan är initierad i samband med årets patientsäkerhetsrund i primärvården, med koppling till begreppet fast vårdkontakt.	100% i varje närvårdsområde i regionen.		Klart 2021-03-01		
Min vårdplan ska erbjudas alla patienter.	Varierar	100%	Dokumenteras i journalen.	2019-12-31		
Min vårdplan ska uppdateras i samband med strukturerade bedömningar av	Varierar	100%	Dokumenteras i journalen.	2019-12-31		



behov av rehabiliteringsinsats.						
Alla kssk ska, i enlighet med uppdrag från Hälso- och sjukvårdsdirektören (2016) aktivt delta i nätverket för kssk i region Jämtland Härjedalen.	Varierar	Delta i minst 4 träffar/år.	Närvarolista förs i minnesanteckningar.	2019-12-31		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

- Onkologimottagningen område kirurgi sjuksköterskor har from juni 2018 skriftligt uppdrag kontaktsjuksköterskor Kirurgimott.och uroterapimott. - alla kssk har skriftliga uppdrag, och deltar i nätverket. Målet är att Min vårdplan ska erbjudas alla pat. detta sker med viss variation. / Eva
- På område HIM har alla enheter kontaktsjuksköterska, men 1 saknar skriftligt uppdrag som är på gång. Min vårdplan skall erbjudas alla patienter men detta görs i modifierad form enl lokal anpassning, dock svårt att följa upp utifrån KVÅ-kodning/Evelina

## **2. Cancerprevention och tidig upptäckt**

Det övergripande målet är att sjukvårdsregionen genom ett aktivt cancerpreventivt arbete ska minska risken för att befolkningen insjuknar i cancer. Beskrivs i följande avsnitt, se även bilaga 2T i den sjukvårdsregionala cancerplanen.

Se tabell, s 70, prevention, tidig upptäckt och vägen in, lokal handlingsplan.

## **3. Förstärkt diagnostik**

Det övergripande målet för en förstärkt diagnostik i sjukvårdsregionen är att tillgången ska svara mot behoven, så att patienterna utreds enligt bland annat de nationella vårdprogrammen och SVF. Korrekta svar från utredningarna ska ges med korta ledtider.

Bild- och funktionsmedicin (BFM) och patologi beskrivs i följande avsnitt, se även bilagorna 2B och 2R i den sjukvårdsregionala cancerplanen

### **Lokal handlingsplan för förstärkt diagnostik inom övriga områden (ej BFM och patologi)**

Ansvarig för genomförande: Örjan Strömqvist

Medicinskt ansvarig: Anne Hallqvist

Ansvarig för rapportering: Örjan Strömqvist

I det nationella systemet för kunskapsstyrning – NPO finns även nationella samverkansgrupper (NSG). NSG metoder för kunskapsstöd kommer bland annat att fokusera på horisontella prioriteringar med motiveringen att horisontell prioritering utgör ett centralt moment i kunskapsstyrningen, på alla nivåer och i många sammanhang. Likvärdiga prioriteringar förutsätter för nationen gemensamma metoder, baserade på gemensamma antaganden, principer och värderingsmässiga ställningstaganden. Detta förutsätter i sin tur ett nationellt forum för utveckling. Region Jämtland Härjedalen kommer att med intresse följa den nationella utvecklingen, då vi ser att behovet av horisontella prioriteringar kommer att öka. Vi välkomnar en nationellt framtagna modell för prioriteringsarbete, som är ett svårt och känsligt område.

#### 4. Förstärkning av kompetens och resurser för cancervården i hela regionen

De övergripande målen är att säkerställa resurser och tillgång till kompetens inom de specialiteter som handlägger cancerpatienter inom hela norra sjukvårdsregionen, så att behandlingen är likvärdig, säker och av hög kvalitet. Onkologisk specialistkompetens behöver finnas vid samtliga länsjukhus.

##### Lokal kompetensförsörjning

Ansvarig för genomförande: Hälso- och sjukvårdsdirektör

Medicinskt ansvarig: Regionöverläkare o/e MLA vid respektive område

Ansvarig för rapportering: MLA vid respektive område

Kompetensförsörjning är en mycket viktig och ”evig” fråga i Region Jämtland Härjedalen, både inom cancervården och verksamheten i sin helhet. Att arbeta med cancerpatienter är en del av verksamheten inom många områden i hälso- och sjukvården och för många olika yrkeskategorier.

Det finns utmaningar inom flera cancerområden och för flera olika yrkeskategorier, när det gäller kompetensförsörjning. Störst utmaning har vi för närvarande när det gäller rekrytering av specialistläkare inom några verksamheter, liksom sjuksköterskor för att kunna utföra operationer och vårda på avdelning. Men även inom andra yrkeskategorier finns det, på vissa ställen, kompetensförsörjningsproblem. Rekryteringsläget växlar över tid och det kan även ändra sig relativt snabbt.

Inom onkologisk verksamhet har vår första specialist blivit klar under 2018. Ytterligare personer är under ST-utbildning.

För att möta framtida rekryteringsbehov behöver vi förbättra vår produktions- och kapacitetsplanering (effektivisera) samt förändra arbetssätt så att tex patienter kan göra mer själva. Vi behöver göra det eftersom de medicinska behoven kommer att öka utifrån demografi och att det inte kommer att finnas tillräckligt många personer att rekrytera, om vi fortsätter enbart med nuvarande arbetssätt.

Att förbättra vår tillgänglighet och att utveckla den Nära vården har vi fokus på i vår strategi för en Nära vård. Den strategin kommer att gynna såväl patienter med cancersjukdom, som andra patientkategorier.

## 5. Kunskapsstyrning

Ansvarig för genomförande: Planeringschef

Medicinskt ansvarig: Regionöverläkaren

Ansvarig för rapportering: Utvecklings-strateg

Det övergripande målet med kunskapsstyrningen är att den bästa kunskapen ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. Det innefattar bland annat implementering av nationella vårdprogram och SVF och korrekt och effektiv inrapportering till kvalitetsregister.

Region Jämtland Härjedalen avser att hösten 2019 utforma en regionövergripande införandeplan för kunskapsstyrning, som omfattar nationella programområden generellt. Införandeplanen ska spegla kunskapsstyrningens övergripande mål om att skapa en god vård: **Kunskapsbaserad:** vården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet. **Säker:** riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska präglas av rättssäkerhet. **Individanpassad:** vården ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga. **Jämlig:** vården ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla. **Tillgänglig:** vården ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid; ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg. **Effektiv:** resurser ska användas på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga vård till hela befolkningen.

Ett första steg tas under våren 2019 genom att lokala cancercentrum omorganiseras till lokalt programområde cancersjukdomar.

Beträffande beredning och implementering av nationella riktlinjer och nationella vårdprogram kommer regionen att använda sig av Metodstöd för beredning av nationella riktlinjer, som är utarbetad på sjukvårdsregional nivå. Metodstödet lämpar sig att använda för såväl riktlinjer som för vårdprogram. Dokumentet omfattar processen från att Socialstyrelsen publicerar en preliminär nationell riktlinje eller ett vårdprogram till att den sjukvårdsregionala gap-analysen är slutförd. Alla regioner i norra sjukvårdsregionen har en roll i arbetet med gap-analys för att i nästa steg utforma en lokal plan för implementering.

Region Jämtland Härjedalen arbetar kontinuerligt med förbättringar mot korrekt och effektiv inrapportering till kvalitetsregister, men menar att det är lika viktigt, eller kanske mer viktigt, att strukturerat arbeta med analys och uppföljning av data i kvalitetsregistren. Regionen noterar att inom systemet för kunskapsstyrning finns nationella samverkansgrupper som under 2019 planerar att fokusera på relevanta områden, vilket man kan förvänta sig kommer att gagna hälso- och sjukvården i stort:

#### NSG uppföljning och analys:

- bidra till ett utvecklat och samordnat system för analys av hälso- och sjukvårdens utveckling, effektivitet och kvalitet
- stödja och underlätta presentation och rapportering av kvalitetsindikatorer och annan uppföljningsdata
- förvaltning och utveckling av vårddatainsamlingar
- förbättra och utveckla uppföljningsstöd både direkt till huvudmän och via nationella programområden

#### NSG för nationella kvalitetsregister

- Ta fram en modell för att integrera de nationella kvalitetsregistren i regioners system för kunskapsstyrning
- Tillhandahålla en stödjande och samordnande funktion för kvalitetsregistersystemet som en del i kunskapsstyrningssystemet.
- Stötta den övergripande ledningen och styrningen av nationella kvalitetsregister (Ledningsfunktionen, expertgruppen och RCO i samverkan)
- Utveckla stöd till och samverkan med olika intressenter avseende frågor rörande forskning och Life Science.
- Utveckla en ändamålsenlig process för medelstillelning till och uppföljning av registren och RCOs uppdrag och ekonomi.

I norra sjukvårdsregionens verksamhetsplan för analys och uppföljning framgår att man avser att kartlägga de fyra regionernas resurser beträffande analys och uppföljning i syfte att identifiera möjligheterna till gemensamt nyttja befintliga resurser.

## **6. Digitalisering och distansöverbyggande teknik**

Det övergripande målet med digitalisering och distansöverbyggande teknik är att underlätta en likvärdig och tillgänglig vård i hela norra sjukvårdsregionen, att frigöra resurser genom effektivisering och förbättra patientens möjlighet att ta del i sin vård.

### **Lokal handlingsplan för digitalisering och distansöverbyggande teknik**

Ansvarig för genomförande: Utvecklingschef

Medicinskt ansvarig: MLA för respektive område

Ansvarig för rapportering: Utvecklingschef

I dagsläget pågår en översyn kring förvaltningen av 1177 Vårdguidens e-tjänster. Stöd och Behandlingsplattformen som Min Vårdplan i Cancervården använder som verktyg saknar idag rollbesättning men kommer förhoppningsvis till hösten bemannas med de kompetenser som behövs för att driva detta framåt. För närvarande pågår rekrytering av såväl IT verksamhetsutvecklare som enhetschef/digital samordnare. Dessa förväntas vara på plats tidigt i höst.

Se även avsnitten Gynekologisk cancer, s 40 och Prevention, tidig upptäckt och vägen in, s 70.

## **7. Förstärkt palliativ vård**

Det övergripande målet är att palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom sjukvårdsregionen som behöver det, oavsett bostadsort, vårdform och diagnos. Beskrivs i följande avsnitt, se även bilaga 2Q i den sjukvårdsregionala cancerplanen.

Ansvarig: Bertil Axelsson

Det som behöver kompletteras är tillgång till specialiserad palliativ slutenvård på Östersunds sjukhus för de med komplexa palliativa behov med andra diagnoser än cancersjukdomar som vårdas vid område kirurgi och område Ögon Öron. 2018-11-01 etablerades åtta palliativonkologiska slutenvårdsplatser ämnade för cancerpatienter vid område kirurgi och område Ögon Öron. Det skedde genom omstrukturering av befintliga vårdplatser. Dessutom behövs tillgång till palliativmedicinsk telefonjourlinje 24/7/365. Idag kan palliativmedicinsk specialistkompetens endast nås under kontorstid, dvs 40 av veckans 168 timmar. Vad gäller specialiserad palliativ hemsjukvård i Region Jämtland Härjedalen, Storsjögläntan, och specialiserat palliativt konsultstöd är dessa tillgängliga oavsett bostadsort och diagnos och när det gäller konsultfunktionen också oavsett vårdform. För att minska väntetiden för läkarbedömning efter remiss till Storsjögläntan behöver tjänsteutrymmet för läkare utökas från nuvarande 1,5 tjänst till 2,0 tjänst. Se även avsnittet Palliativ vård, s 65.

## **8. Cancerrehabilitering**

Det övergripande målet är att alla sjukvårdsregionens cancerpatienter och deras närstående ska erbjudas grundläggande cancerrehabilitering, samt ytterligare rehabiliteringsåtgärder utifrån individuella behov. Beskrivs i följande avsnitt, se även bilaga 2E i den sjukvårdsregionala cancerplanen.

Se tabell Cancerrehabilitering, s 32.

## **9. Klinisk forskning, utveckling och innovation**

Ansvarig: FoU-direktör Göran Larsson

- Betrakta forskning och utvecklingsarbete som jämbördigt med produktion av sjukvård: Region Jämtland Härjedalen har under en längre tid prioriterat klinisk patientnära forskning. Forskningsstödet är inte speciellt riktad för ett särskilt ändamål, utan är utformat för en bred klinisk forskning. Det största forskningsstödet är riktad mot deltidstjänster (doktorand och postdoktor). Medarbetare med interna eller externa forskningsmedel har avtal med verksamhetschef om att tid för forskning frigörs motsvarande det tjänsteutrymme forskningsmedlen möjliggör.

- Öka stödet till de lokala FoU-/FoI-enheterna för fortsatt utveckling:  
Region Jämtland Härjedalen har etablerat ett projektkontor med avsikt att vara ett expertstöd för externt finansierade utvecklings- och forskningsprojekt. Det har resulterat i att Region Jämtland idag är en väletablerad konsortiedlem i ett antal utvecklingsprojekt på europeisk nivå via Horizon2020. Vi deltar även i nationella utvecklingsprojekt finansierade via Vinnova och andra nationella finansiärer.
- Öka andelen patienter som deltar i kliniska studier och arbeta för att FoU-/FoI-enheterna ska kunna godkännas som egen forsknings-site i prövarinitierade studier:  
Region Jämtland Härjedalen deltar via Forum Norr i en ansökan inom Kliniska Studier Sverige (KSS) om ett nationellt projekt som ska utreda möjligheterna att skapa satelitsites för läkemedelsstudier. På så sätt kan patienter i Jämtland inkluderas i en läkemedels-studie initierad i exv. Västerbotten. Då kan patientundersökningar och provtagningar utföras på plats i Östersund istället för att patienterna behöver resa till Umeå.

## 10. SVF Målen 2020

2018 utreddes 1791 patienter enligt SVF och av dessa var 73% utredda inom stipulerad ledtid. 627 (36,5%) av de utredda patienterna fick en cancerdiagnos. Enligt tidigare beräkningar förväntas ungefär 800 vuxna personer/år i Region Jämtland Härjedalen insjukna i cancer. Förutsatt att beräkningen stämmer utreddes 78% av de som fick cancer enligt SVF, men flera av förloppen behöver förbättra sina ledtider. Vi arbetar med att skapa månadsrapporter för varje SVF, att användas för analys, förbättring och uppföljning. Ett arbete som visade sig vara mer komplicerat än vi först trodde. I sammanställning av 2020-målen för standardiserade vårdförlopp i Norra sjukvårdsregionen,

[file:///C:/Users/elwn/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/ZKJXC8J0/Sammanst%C3%A4llning\\_Norr\\_180101\\_181231.pdf](file:///C:/Users/elwn/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/ZKJXC8J0/Sammanst%C3%A4llning_Norr_180101_181231.pdf) framgår följande, vilket bekräftar de svårigheter vi stött på i arbetet med att skapa dessa månadsrapporter:

Data är hämtade ur den nationella väntetidsdatabasen SIGNE. Datauttag är gjort 2019-03-01. Vissa uppgifter är hämtade direkt ur Beräkningsunderlaget samt för beräkning av SVF-incidens har befolkningsstatistik från SCB använts. Det nuvarande beräkningsunderlaget grundar sig på cancerregistret 2014 - 2016. Ett nytt beräkningsunderlag utökat med fler diagnoser, grundat på cancerregistret 2015 - 2017, håller på att tas fram.



- 70%-målet

- Nämnaren är det förväntade antalet cancerpatienter per år som redovisas i beräkningsunderlaget från 2018-10-25. Där hänvisas alla patienter till det landsting där de är folkbokförda, oavsett var patienten har fått diagnos eller behandling. För närmare information om urval mm se Beräkningsunderlaget.

- Täljaren är de patienter som enligt SIGNE har startat sitt SVF i sjukvårdsregionen. För patienter som påbörjat ett SVF i ett landsting och sedan blivit skickad till annat landsting för behandling används koden “Mottagen från” för att avgöra var SVF startade. Om inget finns angivet för denna kod blir plats för start av SVF densamma som plats för start av behandling. Vi vet dock att koden “Mottagen från” inte används i den utsträckning den ska trots att den är obligatorisk. Detta leder ibland till felaktiga värden för måluppfyllelse. När koden inte används “missgynnas” den region/landsting där SVF startade eftersom måluppfyllelsen blir lägre än den borde. Omvänt så “gynnas” behandlande region/landsting där start av behandling skett med för höga värden.

- 80%-målet – Nämnaren är de patienter som enligt SIGNE har startat sitt SVF i sjukvårdsregionen följt av behandlingsstart. Notera att patienter med, numera ej giltiga, äldre behandlingskoder inte ingår här. Exempelvis gäller det “Diagnosbesked och första behandlingsdiskussion”, “Start av första behandling kombinerad” och “Beslut om behandling”. Inte heller alla patienter med nu giltiga behandlingskoder ingår här. Det beror på att vissa behandlingskoder saknar maxtid för vissa diagnoser. Det gäller fram för allt palliativ vård. En del patienter exkluderas således vid beräkning av 80%-målet jämfört med 70%-målet. Det resulterar i ett lägre antal patienter som genomgått ett SVF vid beräkning av 80%-målet jämfört med antalet patienter som genomgått ett SVF vid beräkning av 70%-målet.
- Täljaren är de patienter i nämnaren som har startat behandling inom maxtid.

*Nationella arbetsgruppen poängterade i april 2019 följande:*

*Den här rapporten är fortfarande beräknad på det gamla beräkningsunderlaget, från Cancerregistret 2014- 2016. Det nya uppdaterade beräkningsunderlaget är ännu inte helt klart.*

*Det är viktigt att varje region ställer sej frågan, varför man avviker mot riket i vissa diagnoser avseende 70%-målet.*

*Ligger man väldigt högt kan det bero på att man tar emot patienter från andra regioner utan att registrera det.*

*Det kan också bero på att man har en underrapportering till Cancerregistret, så att nämnaren i beräkningen blir för låg.*

*Det finns säkert andra förklaringar med; det viktiga är att man kollar upp egna data.*

Region Jämtland Härjedalen fortsätter arbetet med att skapa rapporter som kan fungera som stöd för analys, förbättring och uppföljning, vilket vi menar behöver kombineras med pedagogiska insatser beträffande registrering och DGR.

## Diagnos- och områdesspecifika mål och målnivåer

Nedan redovisas målnivåer för olika cancerformer eller övergripande områden som ingår i cancerplanen. "Nuläge" avser nuläget när målnivåerna definierats, om inte annat anges 2017 alternativt våren 2018. För några målnivåer kommer aktuella parametrar att införas i kvalitetsregister och därmed möjliggöra uppföljning. Bokstaven för aktuell bilaga står inom parentes efter namn på cancerform/ område. Av praktiska skäl har texten i tabellen i vissa fall kortats, för fullständigt formulerade målnivåer v.g. se respektive underlag i bilaga 2 i den sjukvårdsregiongemensamma cancerplanen för 2019–2021.

Mål	Nuläge	Målnivåer	Tidpunkt för målfyllelse	Uppföljning
<b>Barnonkologi, bilaga 2A</b>				
Gemensam regional plan för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancer hos barn och unga	Ökning av gemensam mottagning barn-/vuxenonkolog för överlevare barncancer (för VLL sedan 2017). Övriga regioner har godkänt mottagningsbesök	2019: 25 % av kallade pat. från övriga regionen 2020: 33 % 2021: 50 %	Årlig uppföljning	Mottagningsbesöken registreras på onkologmottagningen och kan enkelt följas
Etablering av regionala/nationellt kompetens- och konsultcentrum för seneffekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar	Cirka 1/3 av överlevare av barncancer har stora problem/komplex bild med många organ-system involverade. Vuxenrehabilitering/habilitering passar inte	Nationellt centrum som kan vara remissinstans för överlevare barncancer med komplex problematik	2021	Detta måste vara ett nationellt projekt. Arbetet pågår inom svenska gruppen för långtidsuppföljning efter barncancer

Vidareutveckla hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn/unga	Pågående arbete i samarbete med bland andra arbetsgruppen för palliativ vård i norra regionen	Att starta palliativ vård för barn med obotlig cancer vid Axlagården och vid hospice i Sundsvall	2021	Egen uppföljning
Förbättra möjligheterna till forskning inom barnonkologin i norra regionen	Förutsättningar för forskning vid Nus behöver förbättras, finns ”vilande anslag” för doktorandtjänst som inte kunnat utnyttjas p.g.a. dålig bemanning	1 – 2 heltidstjänster för barnonkologisk forskning i norra regionen	2021	Egen uppföljning.
Säkra att varje länssjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare, samt fortlöpande öka kompetensen i barnonkologisk omvårdnad	Regional och nationell utbildning finns. Målet uppfyllt 2018, men generationsväxling gör årlig uppföljning viktig. Konsultsjuksköterska har månatliga videokonferenser med regionen och lokala möten/ föreläsningar	Kontinuerligt se till att rätt kompetens finns på varje sjukhus. Det sker just nu en generationsväxling på vissa sjukhus	Årlig uppföljning	Medicinskt ansvarig barnonkologi Nus tillsammans med lokalt ansvarig verksamhetschef.  Kommunikationen med regionen följs upp årligen på regionmöten
Förbättra information till familjer till cancersjuka barn med minskad belastning på hemsjukhus/ Nus. Uppstart av Barncancerappen	Stommen till Barncancerappen finns idag. Ansökan om uppstart skickad till enheten för E-hälsa. Finansiering av driften (låg kostnad) är diskuterad mellan barnklinikerna i sjukvårdsregionen	Start under HT 2018/ VT 2019. Mätning av användandet kan göras under 2019–2020. Punkt i inskrivningsanteckning kan tillfälligt mäta om appen använts	2020	Barnonkologsjuk-sköterska ansvarig för Barncancer-appen tillsammans med medicinsk chef barnonkologi
Ökat deltagande i studier avseende målstyrd behandling vid återfall av barncancer och där det inte finns etablerad ”best practice” för bot	Vid återfall ska specifika mål (targets) i patientens tumör om möjligt identifieras inför behandling, men krävande att sätta upp organisation för detta. Diskussion med bl.a. Barncancerfonden om centralisering - vissa centrum ”värdar” för olika typer av innovativ behandling	Alla patienter som drabbas av återfall av barncancer och där det inte finns en ”best practise” för bot ska få erbjudande om att delta i studie för målsökande behandling	Årlig uppföljning	Egen uppföljning. Antalet patienter är så pass få att vi enkelt kommer att kunna följa utvecklingen



## Barnonkologi, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Lars Westergren

Medicinskt ansvarig: MLA: Catrin Holgén

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Gemensam regional plan för överföring till vuxenmedicinsk specialitetOch långtidsuppföljning Efter cancer hos barn och unga	Förutsättningarna skiljer sig mellan klinikerna inom norra regionen. Antal i Region JH: -1 nu inom kort -Ca. 21 inom närmaste 15 åren. -3-6 nya fall/år	Ingen mätbar målnivå.	Etablera kontakt med vuxen onkolog på Östersunds sjukhus och organisera gemensam överförings mottagningsbesök i samband med överlämnandet. NUS/ barncancer centrum överlämnar ”överlevpass ” vid 18 år. Där framgår det hur sen effekts uppföljningen kan göras och vilka sen effekter är förväntade utifrån den behandlingen som pat. Har fått. Vid 25 år kallas pat. till vuxenonkologen NUS för uppföljning på seneffektsmottagningen.	2019-2021	Kontinuerligt	Mottagningsbesöken registreras på onkologmottagningen och kan enkelt följas.

Etablering av regionalt/nationellt kompetens-och konsultcentrum för sen effekter efter behandling av cancer hos barn och unga	Finns ej i dagsläget	Ingen mätbar målnivå.	Detta måste vara ett nationellt projekt. Arbetet pågår inom svenska gruppen för långtids-uppföljning efter barncancer	2019-2021	Kontinuerligt	Kontinuerligt
Vidareutveckla hemsjukvård inkl. palliation vid cancer sjukdom hos barn och unga	Vi har ett etablerat samarbete med Storsjögläntan för att kunna erbjuda palliativ vård i / nära hemmet. Barnkliniken har ingen organisation för hemsjukvård utan vi behöver frigöra resurser där och då med omfördelning av resurser inom kliniken när det är aktuellt med hemsjukvård/palliation i hemmet. Då samarbetar vi med Storsjögläntan och använder även deras resurser och infrastruktur för hemsjukvård dvs . t.ex. Hälsocentraler	100 %	Fortsatt samarbete med Storsjögläntan samt kommunernas hemsjukvård.	2019-2021	Kontinuerligt	Kontinuerligt

	och kommunens distriktssköterskor.					
Förbättra möjligheterna till forskning inom barnonkologin i norra region	Forskningsanslag kan sökas från bla. Barncancerfonden och Jämtlands cancerfond	Antal publicerade vetenskapliga artiklar	Fortsatt forsknings positiv syn från klinikledningens sida	2019-2021	Kontinuerligt	Kontinuerligt
Säkra att varje länssjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare samt fortlöpande öka kompetensen i barnonkologisk omvårdnad	Barnsjuksköterska Anna-Lena Joelsson Barnläkare Solveig Röisgård Kari Arhimaa	Antal med adekvat vidareutbildning	Återkommande vidareutbildning inom barnonkologi Via BLF, VPH, PHO Strängnäs utbildning både för barnsjuksköterskor och barnläkare på länssjukhus. (finansieras av Barncancerfonden) Kontinuerlig nyrekrytering av läkare samt sjuksköterskor till onkolog verksamheten	2019-2021	Kontinuerligt	Kontinuerligt
Förbättra informationen till familjer till cancersjuka barn och ungdomar. Med minskad belastning på hemsjukhus/NUS.Uppstart av barncancerappen.	Ej applicerad ännu.	Införande	Dialog med regionalt barn cancercentrum	2019-2021	Kontinuerligt	Kontinuerligt

Ökat deltagande i studier avseende målstyrd behandling vid återfall av barncancer och där det inte finns etablerad ” best practice ” för bot.	Deltar i studien ” Early detection of relaps in AML ”	Ingen mätbar målnivå.	Fortsätta deltaga i nuvarande studie samt kommande studier	2019-2021	Kontinuerligt	Kontinuerligt
---	---	-----------------------	--	-----------	---------------	---------------

<b>Bild- och funktionsmedicin (BFM), bilaga 2 B</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Rätt diagnostik eller behandling på rätt patient i rätt tidpunkt	Diskrepans mellan mål i nationella vårdprogram och radiologisk kapacitet	Välfungerande rutiner för att säkerställa medverkan från norra sjukvårdsregionens BFM i arbetet med nationella vårdprogram (NVP) genom  1. inbjudan till regionens BFM att ingå i NVP-grupperna  2. delaktighet från regionens BFM i remissrunda 1 för NVP  3. BFM-avsnitt i regional konsekvensbeskrivning vid införande av nytt/ reviderat NVP	2019–2021	Egen uppföljning
Kompetensförsörjning	Underskott på radiologer/röntgensjuksköterskor. Stort intresse för radiologi, ökat antal ST	Oberoende av inhyrd personal	2019–2021	Uppföljning chefssamråd kvartalsvis



IT - utveckling av radiologiska system	Elektroniska remisser saknas mellan huvudmän i norra regionen. Gemensam plattform för journalsystemen avvaktas (2023).  Många manuella moment i dag	Temporär lösning för elektroniska remisser.  Minska manuella moment	2019–2021  2019–2021	Egen uppföljning  Chefssamrådet
Multidisciplinär konferens (MDK)	Resurskrävande, konkurrens med övrig radiologisk verksamhet	Fortsätta optimera MDK i dialog med remittenterna	2019–2021	Respektive LCC

## Bild- och funktionsmedicin, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Örjan Strömqvist

Medicinskt ansvarig: MLA: Anne Hallqvist

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Rätt diagnostik eller behandling på rätt patient i rätt tidpunkt, dvs optimerad planering av den diagnostiska verksamheten.	Avsaknad av horisontella prioriteringar på lokal nivå.  Diskrepans mellan önskemål om vad diagnostiken ska bidra med och	<b>saknas</b>	Stöd för horisontella prioriteringar på lokal nivå.  Medvetandegöra frågan i HoS ledningsgrupp	2019-2021	HoS ledningsgrupp	

	diagnostikens kapacitet (berör alltså inte bara cancervården)					
Kompetensförsörjning	Brist på röntgenläkare. Uppskattningsvis saknas idag 4-5 specialister Behålla röntgensköterskor (idag ingen brist)	Oberoende eller minskat beroende av stafettläkare och extern granskning	Rekrytering och utbildning av ST. Produktions- och kapacitetsplanering för röntgenläkar-e. Horisontella prioriteringar inom hela verksamheten	2019-2021		
Multidisciplinär konferens (MDK) inkl utlåtanden anpassade för respektive kvalitetsregister	Resurskrävande, konkurrens med övrig radiologisk verksamhet, se ovan	Ingen mätbar målnivå.	Fortsätta optimera MDK i dialog med remittenterna	2019-2021	Med respektive område	
En tredje CT	Hög utnyttjandegrad av våra befintliga drygt två CT. Svårighet att hålla ledtider. Sårbarhet vid driftsstopp.	NYSAM-siffror där vi ligger högst avseende utnyttjandegrad	Ansökt om budgetutrymme för 3e CT 2020	2020	HoS ledningsgrupp	
Hitta sätt att mäta och följa ledtider för SVF på röntgen och klin fys/NM	Ledtider för SVF följs på mer övergripande nivå för hela förloppet	Att kunna mäta vår ledtid för alla förlopp	IT-utveckling Hitta mätpunkter Cosmic/ Sectra	2021	Ansvariga på röntgen/ klin fys	

<b>Blodcancer, bilaga 2 C</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Hålla ledtider enl. SVF	Ledtiderna hålls inte, trots stor förbättring de senaste två åren	80 % av patienterna ska klara ledtiderna enligt SVF	December 2019	Egen uppföljning Kvalitetsregister
Bedriva utredning enl. vårdprogram	Varierande, myelom: ISS stadie-indelning 93,3 %, mål 100 %, FISH 60,6 %, mål 80 %	Enligt vårdprogrammets kvalitetsindikatorer	Juni 2019	Enligt vårdprogrammets kvalitetsindikatorer
Täckningsgraden för Blodcancerregistret ska förbättras	Vi uppfyller inte registrering inom målnivåerna	>70% inom 3 mån. >95% inom 1 år	Juni 2019	Kvalitetsregister
Individuell skriftlig vårdplan till patienterna	Nationell mall finns. På fyra av sjukhusen får nydiagnostiserade patienter skriftlig vårdplan	80 % har en skriftlig vårdplan	Juni 2019	Egen uppföljning
Deltagande i klinisk studie	Studier bedrivs på tre av sjukhusen. Ex. studier 3,7 % av lymfomen, 6 % av KML, 1,9 % myelom. Studiesjuk-sköterskor saknas	10 % av patienterna	December 2020	Kvalitetsregister
Telemedicinsk	Erbjuds på två sjukhus i regionen	Erbjudas till lämpliga patienter på alla sjukhus. Patienter kan koppla upp sig från flertalet HC/ länsdelssjukhus	Juni 2019	Egen statistik
Kontakt-/ teamsjuk-sköterska förstärks med koordinators	Kontaktsjuksköterska finns på alla sjukhusen, men med behov av administrativt stöd	Finns på alla hematologiska enheter och ansvarar för patientens ledtider, kontaktbehov och individuella skriftliga vårdplan	Juni 2019	Egen uppföljning

Cancerrehabiliteringsteam på alla sjukhus	Varierande resurser i regionen	100 %. Alla patienter erbjuds psykosocialt stöd och rehabilitering	Juni 2019	Egen uppföljning
Distresstermometer	Används i mycket liten grad	70 % av myelompatienterna i samband med diagnos	Juni 2019	Kontaktsjuksköterska registrerar
Erbjuda besök yngre anhöriga (<18 år)	Sker helt ostrukturerat och slumpvis	100 %. Alla yngre anhöriga ska erbjudas besök, noteras i journalen	Mars 2019	Kontaktsjuksköterska
Seneffektsmottagning	Startat på Nus. I dagsläget kallas Västerbottens patienter	100 % av personer i regionen behandlade för cancer <18 år ska informeras om uppföljningsmottagning/ kallas till den	När resurser finns på uppföljningsmottagningen	Uppföljningsmottagningen?
Kompetensväxling	Läkare/ sjuksköterskor/ undersköterskor/ andra kompetenser	En strukturerad genomgång av alla arbetsuppgifter på alla enheter för maximalt utnyttjande av allas kompetens	Startas omgående	Redovisas på regionmötet våren 2019 av regionansvariga/enhetschefer

## Blodcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Mia Ajax

Medicinskt ansvarig: MLU: Andreas Asklund

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Hålla ledtider enl. SVF	Maligna lymfom:40% Myelom: 75% ALL: 100%	80%	Flera parametrar påverkar ledtider som området inte styr över på tex tillgång till	2020: Öka jmf 2019 2021: Öka jmf 2020	Årligen	Egen uppföljning

	KLL: 50%		PAD-svar samt tillgång till PET-CT mm			
Individuell skriftlig vårdplan till patienterna	Vårdplan lämnas ut övervägande till alla patienter men pga att inte vårdplanen finns i Cosmic är det svårt att säga att statistiken stämmer. Vi har som mål att kvå-koda alla utlämnade men jag tror inte att det görs		Vårdplan i Cosmic  KVÅ-kodning	2019: KVÅ kodning införs helt	December 2019	Egen uppföljning
Telemedicinsk mottagning	Telemedecinska ronder har vi dock via videolänk varje vecka med NUS liksom telepatologisk rond.		Mottagning med patienter har vi inte kommit i gång med.	Plan att försöka komma igång hösten – vintern19-20	Juni 2020	Egen uppföljning
Cancerrehabiliteringsteam på alla sjukhus	60-70% tros erbjudas kuratorskontakt men inte heller det KVÅ-kodas vilket gör att det blir svårt att plocka ut statistik. AT/SG har vi i dagsläget kopplat till		KVÅ kodning  Resurser AT/SG  Delta i arbete och utbildning i rehabinsatster som kssk deltar i		December 2019	Egen uppföljning

	hematologen men vid resursbrist AT/SG så prioriteras tiden för kontakt med våra cancerpatienter bort					
Distresstermometer	Används ej pga att man tycker den är omständlig, tar lång tid att använda samt att man inte riktigt vet vad man skall göra med resultatet.					Kontaktsjuksköterskor

<b>Bröstcancer, bilaga 2 D</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Operation <3 veckor från diagnos	Regionen 65 % <3 veckor (83 % <4 veckor). Väntetiden har ökat, utom i Skellefteå. Sunderbyn 69,7 % (89,9), Östersund 72,5 % (82,5), Sundsvall 71,6 % (91), Skellefteå 94,7 % (97,4), Nus 32,3 (54)	90 % av kvinnor med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
PAD klart <3 veckor från operation	Regionen 67 %. Sunderbyn 81 % Östersund 86 % Sundsvall 59 % Skellefteå 15 %	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning

	Nus 58 %			
Kortare väntetid till systemisk onkologisk behandling för aktuella patienter och enligt SVF	Regionen 89 %. Tiden har kortats och målnivån är nästan uppnådd inom alla län. Längre tid när onkolog endast finns på konsultbas	90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
Förbättrad 5-årsöverlevnad	Regionen 82 % RN 81 % RJH 81 % RVN 88 % VLL 83 % (69 %)	5-årsöverlevnad ska vara >90 % i hela regionen	2024	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
Höja andelen patienter som genomgår direkt bröstrekonstruktion med implantat	Riket 12 % RN 11 % RJH 0 % RVN 4 % VLL 12 %	Höja andelen patienter som genomgår direkt rekonstruktion med implantat till rikets nivå (12 %). Den nationella nivån kan komma att ändras	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
70 % av nya bröstcancerfall ska utredas enligt SVF			2020	SVF statistik
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden			2020	SVF statistik
Patientens rehabiliteringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär	Olika rutiner idag i regionens landsting/regioner	Strukturerat formulär, t.ex. distress-termometern, används	2020	Uppföljning kommer att ske via vårdprocessen för rehabilitering
Task-shifting genomförs mellan såväl personalkategorier som mellan specialiteter	Olika rutiner idag i regionens landsting/regioner  Idag ser flödet olika ut i regionen.	Vissa återbesök överförs från läkare till kontaktsjuksköterska för både kirurgi och onkologi.  Mammografiläkare informerar kliniska patienter som efter utredning visar sig vara friska. Patient som behöver bedömas av kirurg remitteras	2020	Egen uppföljning  Egen uppföljning

## Bröstcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Christina Jansson

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
OP<3v fr diagnos	Försämrade siffror jfr tidigare, pga resursbrist i hela ledet (MG-patologi-kir-cop)	90%op<3v, 98% <4v	-Rekrytering av kir specialist/STläk ur befintlig bemanning alt extern rekrytering - Se över opsalstilldelning -Kontinuerlig dialog m MG-resp patologavd för att korta ledtider på resp enhet	2021	OML och MLU	Kval.reg årligen
PAD helt klart <3v fr op	Försämrade siffror jfr tidigare	95% klara PAD <3v postop	Fortsatt dialog m Västerbottens LL som äger frågan -önskemål om närmare "lokal" diagnostik tex IHC -digitalisera patologi -integrering av ITsystem Sympati/Cosmic, då dagens papperhantering ytterligare förlänger vårdtider/försämrad patientsäkerhet	2021	Patologisamråd	Kval.reg årligen



Kortare väntetid till systemisk onk beh	Enl kval reg data 2017, 63% fr op räknat, median 39dgr. Resursbrist - väntan på PADsvar -lokal onkologbrist	90% av pat påbörjat <6v	I samarb m onkssk korta tid till onkbesök o start förberedelser för beh  Åtg av resursbrister (patolog/onkologsidan)  Önskemål om bättre spridning av norra regionens onkologer, ökade möjligheter till distansoberoende teknik  Rekrytering av ny ST onkologi	2021	OML och MLU	Kval.reg årligen
Förbättrad 5års öl	I nivå med regionen i övrigt	>90%	Fortsatt följa vårdprogramrekommendationer för alla åldersgrupper så långt möjligt	2024		Kval.reg årligen
Höja andelens av mastektomerade som op m direktrekonstruktion	Rek företrädesvis för DCISpat. RegionJH har en hög frekvens bröstbev kir, därav få mastektomerade i numerärt antal o många äldre, ej aktuella för direktrekonstruktion  Brist på plastikkirurgisk kompetens regelbundet på plats (krav för verksamheten)	Rikets nivå 12%, tveksamt om det finns vetenskapligt underlag för "vald" nivå	Strävan mot uppsatt mål men kanske ej högsta prio – disk regionalt/nationellt om adekvat målnivå  Rekrytering internt/externt av plastikkir kompetens	2021		Kval.reg årligen

70% av nya BCfall utredda enl SVF	71% (2018) av pat m BC  Av alla m SVFremiss end 44% m BC		Alltid starta SVF oavsett hur pat kommer in till kir klin			Kval.reg årligen
80% inom stipulerad ledtid	Av pat m BC inom SVF 57% (SVFstart till op),  82% av alla m SVFremiss	80% av pat m BC inom stipulerad ledtid				Kval.reg årligen

<b>Cancerrehabilitering, bilaga 2 E</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Att alla fyra landsting har tagit fram övergripande rutiner för kontakt med kompetens för sexuell hälsa för de patienter och närstående som är i behov av detta	I dagsläget saknas rutiner	100 %, rutin ska finnas i varje landsting	2021	Uppföljningsenkät på landstingsnivå, finns skriftliga rutiner ska de bifogas
Ökad andel verk-samheter som erbjuder patienten <i>Min vårdplan</i> (utifrån den generiska modellen)	Enl. PREM – SVF (2017) svarade 57 % att skriftlig individuell vårdplan för fortsatt vård upprättats	Delmål 60 % Mål 75 %	Delmål 2020 Mål 2021	KVÅ-koder och PREM- SVF Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå
Ökad andel patienter som erbjuds namngiven kontaktsjuksköterska (enl. nationell definition)	Se tabell 2	90 %	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt erbjuder skriftlig information om cancer-rehabilitering	Saknas information idag	100 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, skriftlig rutin ska bifogas

Ökad andel verksamheter som rutinmässigt och strukturerat erbjuder gruppinformation av rehabiliteringsprofession	Gruppinformation ges vid ett par kliniker idag	75 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, information om upplägget ska bifogas
Ökad andel verksamheter som strukturerat bedömer behov av rehabilitering (med validerat bedömningsinstrument)	Saknas information idag	75 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, skriftliga rutiner hur strukturerade behovsbedömningar genomförs ska bifogas
Skriftliga överenskommelser mellan sjukhus/primärvård om rehab. för cancerpatienter	Saknas information idag	Alla landsting ska ha startat samverkan	2021	Uppföljning på landstingsnivå vilka överenskommelser som tagits fram lokalt
Öka andelen verksamheter som erbjuder mer än grundläggande stöd till patienter om fysisk aktivitet av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut	Saknas information i dag. Ett antal verksamheter har utformat ett arbetssätt för att stödja patienter till fysisk aktivitet i grupp	75 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, information av upplägget bifogas med enkätsvar

## Cancerrehabilitering, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Lina Eriksson

Medicinskt ansvarig: Respektive MLU och Hans Boberg

Ansvarig för rapportering: Lina Eriksson

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Patienten erbjuds skriftlig information om cancerrehabilitering enligt utarbetat material i samband med diagnos.	Informationsmaterial utarbetat och klart mars 2019.	2020: 75% 2021: 90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tillgängliggöra informationsmaterial till verksamheterna</li> <li>Sökord i journal som möjliggör utvärdering</li> </ul>	Aktiviteter uppfyllda 190901	LCC	

<p>Patientens rehabiliteringsbehov bedöms strukturerat med validerat skattningsinstrument (<i>Hälsoskattning för cancerrehabilitering</i> enligt överenskommelse i nätverk för k.ssk)</p>	<p>Förekommer endast sporadiskt idag.</p>	<p>2020: 50% 2021: 75%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt arbete i Nätverk för k.ssk för ökad kunskap om bedömningar.</li> <li>• Tillgängliggöra instrument i verksamheterna och som dokumentationsmall i journal.</li> <li>• I varje diagnosprocess se över när i processen strukturerade bedömningar ska genomföras.</li> <li>• Sökord i journal som möjliggör utvärdering</li> </ul>	<p>Aktiviteter uppfyllda 190901</p>	<p>LCC</p>	
<p>Patienten har erbjudits en individuell rehabiliteringsplan enligt utarbetad modell som en del av upprättandet av Min vårdplan.</p>	<p>Saknas idag. Är under utarbetning och planeras att börja användas under våren -19.</p>	<p>2020: 50% 2021: 75%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbilda Nätverk för kontaktssk om upprättande av rehabiliteringsplan</li> <li>• Tillgängliggöra utarbetad rehabiliteringsplan i verksamheterna och som dokumentationsmall i journal.</li> <li>• Sökord i journal som möjliggör utvärdering</li> </ul>	<p>Aktiviteter uppfyllda 190901</p>	<p>LCC</p>	
<p>Att de med skattat behov av rehabilitering utöver</p>	<p>Okänt i vilken grad kontakt förekommer idag.</p>	<p>2020: 75% 2021: 90%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslut om införande av diagnosoberoende</li> </ul>	<p>Aktiviteter uppfyllda</p>	<p>LCC</p>	

grundnivå har erbjudits kontakt med lämplig rehabiliteringsprofession.	Tillgång till flera rehabiliteringsprofessioner saknas idag inom öppen specialiserad vård och primärvård.		cancerrehabiliteringsteam i den öppna specialiserade vården. <ul style="list-style-type: none"> <li>Sökord i journal som möjliggör utvärdering</li> </ul>	191001		
Att patienten rutinmässigt och strukturerat erbjuds muntlig gruppinformation om cancerrehabilitering av rehabiliteringsprofession.	Koncept prövas under våren -19. Första tillfälle i mars.	75%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uppstart av diagnosberoende informationsträffar för cancerpatienter och närstående. Tre tillfällen genomförs under våren-19. Utvärdering och beslut om fortsättning därefter.</li> <li>Sökord i journal som möjliggör utvärdering</li> </ul>	Aktiviteter uppfyllda 190901	LCC	
Ta fram övergripande rutiner för kontakt med kompetens för sexuell hälsa för de patienter och närstående som är i behov av detta.	Saknas idag	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tydliggöra arbetssätt och ansvarsområden för medarbetare med fördjupad kompetens inom sexuell hälsa (gått utbildning via RCC)</li> <li>Skriftlig rutin upprättad för hur kontakt tas från verksamheterna.</li> </ul>	2020	LCC	
Erbjuda stöd till fysisk aktivitet av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut till patienter med skattat	Saknas idag	75%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosberoende träningsgrupper för patienter med cancer</li> </ul>	2020	LCC	

behov över grundläggande nivå.			inom öppen specialiserad vård <ul style="list-style-type: none"> <li>• Införande av cancerrehabiliteringsteam</li> <li>• Sökord/KVÅ-kod i journal som möjliggör utvärdering</li> </ul>			
Tillgång till arbetsterapeut och/eller fysioterapeut inom palliativ vård - Storsjögläntan	Arbetsterapeut finns på visstidsbestämd anställning på 25% vid Storsjögläntan. Behov ses från verksamheten att resurser blir permanenta.	100%	Se över i vilken omfattning behov av resurser ses och hur de ska organiseras med tanke på övrigt införande av cancerrehabteam eller annan struktur kring cancerrehabiliteringen. Besluta om tillsättning.	Aktiviteter uppfyllda 191231	LCC	
Utarbeta skriftliga överenskommelser om vilken/vilka verksamheter som har ansvar för cancerpatientens rehabilitering vid varje nivå av behov/olika steg i processen inkl. prehabilitering: specialistvård/ Östersunds rehabcenter/primärvård.	Saknas idag	Samverkan ska vara startad	Tydliggöra arbetssätt och ansvarsområden tillsammans med områdeschefer.	2020	LCC	

<b>CUP, bilaga 2 F</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Kontaktsjuksköterska <i>efter</i> diagnos och start av behandling eller beslut att avstå behandling	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Palliativt stöd för patienter med det behovet	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Min vårdplan	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Mailforum för knepiga fall	0	Infört forum	2020	Infört eller inte infört
Specialintresserad onkolog för regionens enheter som metastasutredare	0	Införd särskild jourlinje	2019	Infört eller inte infört
Specialintresserad patolog kopplas in tidigt i SVF-CUP förloppet	0	Infört möjlighet till namngiven kontaktperson	2019	Infört eller inte infört
Öka upplärningen av CUP till organ-specifik diagnos	Status inte känt i de olika regionerna (enl. litteraturen 3 – 5 %)	Kvarvarande okänt primärt ursprung 2 %	2021	Egen uppföljning
Nationell MDK kommer att införas under 2019				

## CUP, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Mia Ajax

Medicinskt ansvarig: MLU: Mattias Skielta

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Kontaktsjuksköterska <i>efter</i> diagnos och start av behandling eller beslut att avstå behandling	Efter diagnos tas muntlig kontakt med kontaktsjuksköterska på ansvarig klinik utifrån patientens diagnos.	100%	Antalet CUP patienter är så pass få att vi har kontroll över att alla får detta.		Årligen	
Palliativt stöd för de patienter som behöver	Efter diagnos tillgodoser ansvarig klinik kontakt med palliativt team utifrån behov.					
Min vårdplan	Efter diagnos upprättar ansvarig klinik vårdplan för patienten.		Ansvar flyttas över till berörd klinik			
Specialintresserad onkolog för regionens enheter som metastasutredare	God kontakt med onkologjour vid NUS som ger bra stöd i utredningsförfarande CUP.		Ser ej ett behov av specifik jourlinje.  Vi motsäger oss ej upprättandet av specifik jourlinje men antalet CUP			



			patienter är ej tillräckligt stort i antal för att upprätta specifik jourlinje.			
Mailforum för knepiga fall	Inget.		Ser ej behov av detta.			
Specialintresserad patolog kopplas in tidigt i SVF-CUP förloppet	Vet ej om det finns. I dagsläget långa väntetider på PAD-svar.		Om väntetider på PAD-svar kortas av specialintresserad patolog på NUS är det att föredra.			
Öka upplärningen av CUP till organ-specifik diagnos	En del av patienterna som remitteras via CUP är i dagsläget för svårt sjuka för att hinna utredas inom stipulerad tid samt innan pat är för sjuk för behandling		Patients delay: svårt att förbättra. Doctors delay: utbilda kollegor i att tidigare skicka remiss på misstanke om cancer, enl syftet med SVF förlopp vilket är ett förändrat tankesätt utifrån tidigare remitteringsförfarande då diagnos redan skall vara satt av inremitterande.			
Nationell MDK kommer att införas under 2019			Bra.			
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF	Troligtvis remitteras inte alla enl SVF CUP trots uppfyllnad enl kriterier.		Öka regionens läkares kunskap kring SVF CUP, både inom primärvård och specialistvård.			

80% inom stipulerad ledtid	Oklart kring medvetenheten kring SVF CUP:s existens och möjlighet till snabb utredning av CUP.  67% inom stipulerad ledtid.					
----------------------------	---	--	--	--	--	--

<b>Gynekologisk cancer, bilaga 2G</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontaktsjuksköterska administrativt	Finns endast en koordinator idag (Sundsvall)	En koordinator på varje länsjukhus samt två på Nus	2019	Intervju med respektive VC
Öka antal remisser till MDK för bäckenrehabilitering	2	10	2020	Mätning antal remisser
Tid från operation till PAD-bedömning	8-35 dagar stora skillnader i regionen	15 dagar	2021	Gyn. op. registret
SVF ovarial välgrundad misstanke (VGM) - start av behandling	45-64 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik
SVF corpus VGM-start av behandling	35-92 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik
SVF cervix VGM-start av behandling	23 %	80 % för hela regionen	2020	SVF statistik

## Gynekologisk cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Iréne Hoglert

Medicinskt ansvarig: MLU: Anna de Flon

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontakt-sjuksköterska administrativt	I region Jämtland Härjedalen är en regionövergripande koordinatorfunktion etablerad. Verksamheten utgör även controllerfunktion beträffande ledtider och utdata.			Målet uppfyllt.		
Tid från operation till PAD-bedömning	8-35 dagar stora skillnader i regionen	15 dagar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ta fram aktuella data för regionen.</li> <li>2. Efterleva gällande rutin för hur PAD-remiss ska utformas.</li> <li>3. Dialog med patologisk verksamhet i syfte att identifiera annat som kan förbättras.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2019-10-31.</li> <li>2. 2019-05-15</li> <li>3. 2020-01-31</li> </ol>		

<b>Hjärntumörer, bilaga 2 H</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Säkra kompetensförsörjning i norra regionen inom neuropatologi för att nå målsättningarna för NVP och SVF	Begränsade resurser som innebär fördröjningar av PAD-svar/ begränsar möjligheten till fryssnitt	70 % enl. SVF och 80 % inom ledtider, enl. NVP/ kvalitetsregister	2021	SVF statistik, kvalitetsregister
Utveckling av MDK, så att alla läns-sjukhus deltar vid MDK enligt överenskomna rutiner	RN deltar inte i dagsläget vid MDK Följsamheten till överenskomna rutiner brister	100 % följsamhet överenskomna rutiner	2020	Egen uppföljning
God inrapportering i kvalitetsregister	2016 – 97,9 % 2017 - Jan - jun 100 %; jul - dec 82,5 %	95 %	2019	Kvalitetsregister
Kontaktsjuksköterskor vid samtliga läns-sjukhus och för Nus på NKK och Cancercentrum	Kontaktsjuksköterskor saknas på NKK och Sunderbyns sjukhus.	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter	2019	Kvalitetsregister
Rehabiliteringsbehov ska identifieras systematiskt och rehabilitering erbjudas. Det ska finnas en utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region med utarbetade rutiner för överlämningar	Välfungerande i RJH, under utveckling i andra delar av sjukvårdsregionen. I VLL finns ett samarbete med Strokenheten och Neurorehab. I RVN samarbete med Geriatrik Rehab och Strokenheten, Medicinkliniken.	Utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region och utarbetade rutiner på ledningsnivå för överlämningar	2020	Egen uppföljning
Utrednings enl. SVF i enlighet med nationella mål.	2017: 17 % hade kodats som SVF-patienter, och av dessa klarade 27 % SVF-ledtiden till första behandling	70 % av nya cancerfall inom aktuell diagnos utreds enl. SVF och 80 % av dessa patienter går igenom respektive SVF inom ledtider	2020	SVF statistik

MR ger säkrare objektiv radikalitetsbedömning vid op. av hjärntumörer än klinisk bedömning. MR perioperativt ökar patient-säkerheten	Finns inte i dag	I första hand att kartlägga behov och förutsättningar för införande av per-operativ MR. Genomförd utredning.	2021	Egen uppföljning
--	------------------	---	------	------------------

## Hjärntumörer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Lena Olander

Medicinskt ansvarig: MLU: Anna-Karin Roos

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF  80% inom stipulerad ledtid	100% måluppfyllelse under 2018 gällande ledtiderna i utredning och behandling	Remiss till första besök i spev.vården				

<b>Hudmelanom, bilaga 2 I (MM = maligna melanom)</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Öka täckningsgraden i kvalitetsregister	81 %	95 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter med MM > 1mm som erbjudits kontakt-sjuksköterska	86 %	95 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter med MM > 1 mm diskuterade på MDK	83 %	90 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter som väntat < 4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	38	80	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter som opereras < en vecka från första läkarbesök	46 %	80 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Öka andelen patienter med MM > 1mm som genomgår utvidgad kirurgi < 3 veckor efter svarsdatum PAD	21 %	80 %	2019	Kvalitetsregister 2020
Inrätta adm. stödfunktion (koordinator) till kontakt-sjuksköterska/läkare	Ingen	Samtliga kliniker har inrättat	2019	Egen uppföljning 2020
Förbättra psykosocialt stöd till patient närstående under vårdprocessen	Via kontaktsjuk-sköterskor vid behov	Snabb kontakt med kurator eller psykolog efter behov	Utifrån klinikkens förutsättningar	Egen uppföljning

## Hudmelanom, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Mia Ajax

Medicinskt ansvarig: MLU: Nadia Kykina

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måloppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Öka täckningsgraden i kvalitetsregister	Brist på läkare och sekreterare har medfört försämrad/utebliven inmatning i kvalitetsregister.	95%	Framtagande av lokala rutiner och förtydligad arbetsfördelning (RAK).	Påbörjas 190411		Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Öka andelen patienter som väntat < 4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	Intermittent fördröjningar pga icke optimalt flöde primärvård-hudmottagning-patologen-hudmott	80%	Förbättra remissmall primärvård -> hudmott.  Projekt teledermatoskopi i samarbete med primärvården	Påbörjas under 2019	Dec 2019	Årlig uppföljning
Öka andelen patienter som opereras < 7 dgr från första läkarebsök	49 %  Första besök = första tillfälle pat sökte för hudförändringen, dvs sker oftast i pv	80%	Se ovan			
SVF-målen 2020:	SVF ledtid: 68%					

70% av patienter utredda enligt SVF						
80% inom stipulerad ledtid						

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Hudmottagningen har under en längre tid varit underbemannade, framförallt vad gäller fast anställda läkare. Nu är situationen något förbättrad, vilket möjliggör ett omtag vad gäller framtagande av lokala rutiner för hudmelanom. Ett första möte är inplanerat 190411. I det fortsatta arbetet behövs en dialog och ett samarbete med primärvården, kirurgen, koordinatorcenter och patologen.

<b>Huvud- och halscancer, bilaga 2 J</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Ledtid inremiss till behandlingsbeslut <25 d	Median 28 d, 80 % percentil 71 d (2016)	Median 26 d	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Ledtid behandlings-beslut till operation <12 d	Median 15 d 80 % percentil 20 d (2016)	Median 12 d 80 % percentil 18 d (2016)	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Ledtid behandlings-beslut till strålningsstart <20 d	Median 21 d 80 % percentil 27 d (2016)	Median 20 d 80 % percentil 25 d (2016)	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Optimering av SVF utredning	Beskrivs genom kartläggning	Ökat fokus vid remissbedömning på "stark" misstanke om tumör	Hösten 2020	Antal av SFV utförda för positiva fall



Rätt använd kompetens (RAK) i tumörteamet	Beskrivs genom kartläggning	Minskad administration för medicinsk personal	Hösten 2020	Egen uppföljning, status för signeringskö
Utveckling av kirurgisk kompetens	4,5 fast anställda	6 fast anställda tumörläkare	Hösten 2020	Egen uppföljning
Utökad dietisttjänst. Kuratorstjänst tillsätts	Beskrivs genom kartläggning	Tidig kontakt med dietist (pre-op.) och vid uppföljning	Hösten 2020	Patientenkät, QoL
Uppföljning av behandlade patienter	Beskrivs genom kartläggning	Indelning med onkologer	Hösten 2020	Uttag per termin från Diver

## Huvud- och halscancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Pär Byenfeldt

Medicinskt ansvarig: MLU: Sofia Hildingsson

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Efter ett antal cancerfall med genomförd behandling vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå med efterföljande kvalitetsbrister i behandling har ÖNH Östersund upparbetat ett samarbete med Akademiska sjukhuset i Uppsala gällande ÖNH-cancer. Där är utfallet bra och kvaliteten bedöms som bra. Nu arbetar ÖNH mot bättre samarbete med NUS gällande allmän ÖNH-operationer vilket kan, på sikt, få positiv effekt för cancersamarbetet.

<b>Kolorektal cancer, bilaga 2 K</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Förbättra ledtid remiss - diagnos	Koloskopiresurserna begränsande	>95 % av patienterna får diagnos <4 veckor efter remiss	2021	Uppföljning i kvalitetsregister
Förbättrad patologi,	Förbättring RN och RVN, men försämring RJH och VLL senaste åren	≥95 % med >12 och ≥90 % >12 lymfkörtlar i preparat vid op. för kolon- resp. rektal-cancer	2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Förbättrad patologi, forts.	Ibland långa svarstider så att ex. adjuvant cytostatica startas sent	>90 % PAD svar klara <3 veckor från op.	2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Ökat deltagande i kliniska studier	Målet uppnått i RN och RVN, men för få pat. i RJH och VLL	>30 % av med kolon-rektum-cancer pat. inkluderas i studie	2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Adjuvant behandling startas i tid	Tiden för lång vid några kliniker. Förbättrat samarbete med onkologi behövs bl.a. I riket hålls tiden för 80 % av patienterna	Adjuvant beh. påbörjas <8 veckor för 95 % av aktuella pat.	2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Minimalinvasiv kirurgi	Målet nått för alla utom RVN för kolon-cancer, men endast för RN och VLL för rektalcancer	30 % andel minimalinvasiv kirurgi för både kolon- och rektalcancer patienterna	2020	Uppföljning i kvalitetsregister

## Kolorektal cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Tomas Koczka

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Förbättra ledtid remiss - diagnos	Koloskopiresurserna begränsande och ibland lång svarstid på PAD på Px taget vid endoskopin.	>95 % av patienterna får diagnos <4 veckor efter remiss	Ökade resurser på Endoskopin tack vare införandet av screening.  Regelbunden dialog och avstämning med patologen		2021	Uppföljning i kvalitetsregister samt SVF statistik, se nedan
Förbättrad patologi - fler analyserade lymfkörtlar i operation-preparat.	Försämring i RJH senaste åren, 2017 :  Kolon cancer 85%  Rektum 95% ostrålad, 58% strålade.	≥95 % med >12 och ≥90 % >12 lymfkörtlar i preparat vid op. för kolon- resp. rektal-cancer	Regelbunden dialog och avstämning med patologen		2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Förbättrad patologi, snabbare PAD svar	2017 kolon 60% inom 2 veckor rektum 62%.	>90 % PAD svar klara <3 veckor från op.	Regelbunden dialog och avstämning med patologen		2020	Uppföljning i kvalitetsregister
Ökat deltagande i kliniska studier	RJH har deltagit i studier med det har ej registrerats i kvalitetsregistret.	>30 % av med kolon-rektum-cancer pat. inkluderas i studie	Hitta rutin så att de patienter som deltar i studier faktiskt registreras i registret.		2020	Uppföljning i kvalitetsregister

Adjuvant behandling startas i tid	Under 2017 startades alla adjuvanta behandlingar i tid.	Adjuvant beh. påbörjas <8 veckor för 95 % av aktuella pat.	Vi uppfyller redan den regional och nationella måluppfyllelsen			
Minimalinvasiv kirurgi	Målet nått för alla utom RVN för koloncancer, men endast för RN och VLL för rektalcancer	30 % andel minimalinvasiv kirurgi för både kolon- och rektalcancer-patienterna	Pågående uppbyggnad av robotassisterade rektalcanceroperationer.		2020	Uppföljning i kvalitetsregister
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Utav 95 förväntad fall under 2018 utreddes 44 (46%) enligt SVF  2018 utredes 29/35 eller 85% av alla patienter inom stipulerad ledtid.		Starta alltid SVF när man hittar en kolorektal cancer.  Vidmakthålla.		2020	SVF statistik

<b>Livmoderhalscancerprevention, bilaga 2 L</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Målupp- fyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Organisation för cervixcancerprevention; definierade uppdrag/mandat förankrade i landstings/regionledningen	Finns i RN. Övriga regioner varierande tydlighet för uppdrag och mandat	Tydlig organisation i hela regionen; dokumenterad fördelning av ansvar för uppdrag processledare, styrgrupp och kallelsekansli	2019	Egen uppföljning
Implementering av Nationella Vårdprogrammet (NVP) för Cervixcancerprevention	NVP inte infört. Planering och förberedelser påbörjad i alla landsting	Hela regionen: Primär HPV-screening $\geq 30$ år, dubbelanalys 41 år, intervall 7 år > 50 år efter neg HPV, övre åldersgräns 64-70 år, kontrollfil-HPV. Dysplasierksamhet med <i>kompetensväxling</i>	2020	Egen uppföljning, NKCx (NPV)
Regionen ansluten till processregistret (Cytburken)	RVN är anslutet. RN start 2018. Beslut finns i VLL och RJH	Alla landsting anslutna, fortlöpande leverans fullständiga data	2019	Egen uppföljning, NKCx processregister
Telefonlinje för kvinnor med positivt HPV test utan cellförändringar	Inte infört	Telefonlinje införd i regionen; hänvisning (tel. nr) i brevet med provsvar	2020	Egen uppföljning
Uppringning samt erbjudande av självtest HPV efter lång tids uteblivelse	Inte infört, men pilotprojekt uppringning kvinnor 50-64 år pågår i RVN	Organisation för uppringning och självtest HPV (ett screeningintervall + 3 resp. 4 år) införd i alla landsting	2020	Egen uppföljning
Ökad andel kvinnor med biopsi <3 månader efter höggradiga cellförändringar	RHJ 24 %, VLL 42 %, RVN 50 %, RN 70 %	$\geq 90$ %	2021	NKCx
Nationellt sammanhållen journalföring	RN deltar i nationellt samverkansprojekt	Alla landsting deltar i nationell samverkan via tjänsteplattform, åtkomst personuppgifter, provresultat, kontrollfilstillhörighet oberoende av hemort	2021	Egen uppföljning

## Livmoderhalscancerprevention, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Iréne Hoglert

Medicinskt ansvarig: MLU

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Organisation för cervixcancerprevention; definierade uppdrag/mandat förankrade i lands- tings/region- ledningen	I RJH är det överläkaren i mödrahälsovården som har uppdraget.	Saknas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utforma uppdrag för lokal processledare där ansvar och mandat tydligt framgår.</li> <li>2. Rätt Använd Kompetens och standardiserade arbetssätt.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2019-12-31</li> <li>2. 2020-12-31</li> </ol>		
Implementering av Nationella Vårdprogrammet (NVP) för Cervixcancerprevention	NVP inte infört. Planering och förberedelser påbörjad i alla landsting	Primär HPV-screening $\geq 30$ år, dubbelanalys 41 år, intervall 7 år > 50 år efter neg HPV, övre åldersgräns 64-70 år, kontrollfil-HPV. Dysplasiverksamhet med <i>kompetensväxling</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. GAP-analys</li> <li>2. Utforma införandeplan för NVP med utgångspunkt från resultat i GAP-analysen.</li> <li>3. NVP införd utifrån lokal förutsättning.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2019-11-28</li> <li>2. 2020-02-27</li> <li>3. 2020-12-31</li> </ol>		

Telefonlinje för kvinnor med positivt HPV test utan cellförändringar	Inte infört	Telefonlinje införd i regionen; hänvisning (tel. nr) i brevet med provsvar	Införs utifrån lokal förutsättning.	2021		
Uppringning samt erbjudande av självtest HPV efter lång tids uteblivelse	Inte infört, men pilotprojekt uppringning kvinnor 50-64 år pågår i RVN	Organisation för uppringning och självtest HPV (ett screeningintervall + 3 resp. 4 år) införd i alla regioner i norra sjukvårdsregionen.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ta del av rapport från pilotprojektet i RVN.</li> <li>2. Utifrån resultat av RVNs pilotprojekt fattas beslut om införande av Områdes Kvinnas ledningsgrupp.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oklart när pilotprojektet avslutas.</li> <li>2. 2021</li> </ol>		
Ökad andel kvinnor med biopsi <3 månader efter höggradiga cellförändringar	24%	≥90 %	Standardiserat arbetssätt	2021		
Nationellt sammanhållen journalföring	RN deltar i nationellt samverkansprojekt	Alla landsting deltar i nationell samverkan via tjänsteplattform, åtkomst personuppgifter, provresultat, kontrollfilstillhörighet oberoende av hemort	Särskild handlingsplan i samarbete med IT/Cosmic utifrån GDPR?	2021		

<b>Lungcancer, bilaga 2 M</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
SVF-team med koordinatörer, kssk och lungläkare på alla utredande enheter	Finns på NUS, Sunderbyn och Ö-sund, Sundsvall	100 %	2019	Följs upp av verksamhetschef årligen
FDG-PET/DT vid utredning av stadium I-III, NSCLC	<90 %	90 %	2019	Årliga uttag ur NLCR
Svar molekylär patologi <7 d från provtagning (SVF)	Ca 21d	80 %	2021	Årliga uttag ur NLCR
Ledtid från remiss (VGM) till start av behandling <44d	Se tabell 3 i underlaget	80 %	2021	Årliga uttag ur NLCR
MDK vid diagnos	-	95 %	2019	Årliga uttag ur NLCR
Väntetid från MDK till op. <14 dagar	Ca 21 dagar	80 %	2021	Årliga uttag ur Thoraxkirurgiskt kvalitetsregister (THOR)
Namngiven kontaktsjuksköterska senast vid diagnos	Finns på Nus, i Sunderbyn, Ö-sund, Sundsvall	100 %	2019	Årliga uttag ur NLCR
Etablerande av rehabiliteringsteam/strukturerade planer	Icke-existerande i regionen	-	2021	Följs upp av verksamhetschef årligen



## Lungcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Mia Ajax

Medicinskt ansvarig: MLU: Malgorzata Sokolowska

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Fungerande SVF team	fastanställda läkare: 1,8 Fastanställda sjuksköterskor: 1 tjänst 1 koordinator	fastanställda läkare: 4 Fastanställda sjuksköterskor: 2 tjänst 1 koordinator	Ledningens agerande för nyanställning Utbildning av egna specialistläkare och onkologisjuksköterskor	2020	EC/VC	
FDG-PET/DT vid utredning stadium I-III	100 %	>90%	Ingen ändring	2019	Årligt uttag från NLCR	
Molekylär patologi besvarat inom 7 dagar	21 dagar = 0%	80 %	Bättre svarssystem, helst elektroniskt Eget patologlab i Östersund?	2021	Årligt uttag från NLCR	
Ledtid från SVF remiss till behandlingsstart <44d	50 % (alla cancerpatienter 2018 oavsett SVF eller inte)	80%	Förbättrad läkarbemanning på lungmedicin och på röntgen Snabbare svar från patologen Diskutera införande av MDK 2 gånger i veckan	2021	Årligt uttag från NLCR	

MDK vid diagnos	Ca 60 %	95%	Förbättrad läkar- och sjuksköterskebemanning Diskutera införande av MDK 2 gånger i veckan	2021	Årligt uttag från NLCR	
Bedömning/instruktion fysisk träning före och efter operation lungcancer	0 %	100 %	Tillgång till fysioterapeut i teamet	2020		
Cancerrehabilitering	Existerar inte	100%	Etablerande av cancerrehabteam bestående av: dietist (deltjänst?), kurator (100%?), fysioterapeut (50%), arbetsterapeut (deltjänst),	2020		
Namngiven kontaktsjuksköterska senast vid diagnos	95%	100% (?)	Utöka anställning av onkologisjuksköterskor då verksamheten på sikt är sårbar	2021	EC	
Förbättra palliativvård inklusive samplanering av utskrivningar med ASIH och möjligheten till palliativa onkologiska platser (PONK)	ASIH bedömningar sker enligt rutiner i hemmet (efter utskrivningen); 0 PONK/ hospiceplatser i länet eller på lungenheten	4-6 palliativa platser för lungpatienter delade mellan lungonkologi och andra lungsjukdomar; Möjlighet till att planera utskrivningar i	Kräver ett större omorganisationsarbete för palliativa platser; Specialistutbildning för vissa sjuksköterskor på lungavdelningen	2021		

		samarbete med Storsjögläntan; Onkologiutbildade sjuksköterskor anställda på lungavdelningen				
Förbättra bedömning av patienter i hemmet genom en möjlighet till e-besök	Inga e-besök	Sjuksköterskabesök och vb läkarbesök via videosamtal	Skapa en lämplig utrustning för videosamtal/e-besök på lungmottagningen Förbättrad läkar- och sjuksköterskebemanning	2020	EC	
Tid från remiss till diagnosdatum(provtagning) 5-7 dagar	2018: lungbiopsi <b>medianvärde</b> U1 7 dagar, CT 13 dagar	Diagnostisk provtagning inom 4-7 dagar	Förbättrad läkarbemanning på lungmedicin. Fler tider(snabbare tider) för biopsier. Cytolog i Östersund för bedömning av material under biopsi?	2021	kontaktsjuksköterska	
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	66 % inom stipulerad tid	80 % inom stipulerad tid	Förbättrad läkarbemanning på lungmedicin och på röntgen Snabbare svar från patologen Diskutera införande av MDK 2 gånger i veckan	2021		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

När det gäller utredningstider så är det en del vi inte kan påverka. Det vi kan ändra i Östersund är de tider som gäller läkarbesök, tider för röntgen/provtagning samt start av palliativa behandlingar. När det gäller tid till läkarbesök samt start av cytostatikabehandlingar har vi bra tider på lungenheten. Däremot är utredningstiden för lång. En rimlig/nåbar fördelning av SVF-tiden bör vara att läkarbesök/röntgen/provtagning för diagnos bör vara klart inom 14 dagar. Eftersom det måste göras rebiopsi i en del fall måste tiden för diagnostisk undersökning vara kort. Tiden bör ligga inom 4-7 dagar. Patologen har sedan 14 dagar och tiden för väntan på MDK och start av behandling blir 12-16 dagar.

Det pågår uppbyggande av ett rehabteam som ska vara gemensamt för alla cancerpatienter. Många av våra cancerpatienter har ökade riskfaktorer vid fysiskaktivitet och kräver därför bedömning av fysioterapeut/läkare. Träning före och efter operation minskar risken för post-operativa komplikationer och förbättrar lungfunktion på sikt. Antalet patienter som opereras för lungcancer är relativt liten varför det bör vara möjligt att snabbt utarbeta rutiner för träning för denna patientgrupp. Överlevnaden för stadium 4 patienter är kort vilket innebär att snabba bedömningar i ett bra inarbetat team behövs. Vi behöver därför i teamet nära patienten de yrkeskategorier som beskrivit ovan

Lungcancerpatienter har ofta en stor symtombörda och femårsöverlevnaden är låg. Detta kräver bra palliativ vård och samordningsinsatser både under sjukdomstiden och vid utskrivning. När patienten ska anslutas till Storsjögläntan ansluter de helst i hemmet. Det skulle vara till fördel för patienten om samplanering vid hemgång kunde göras. Både för bättre samplanering och bedömning av symtomlindrande åtgärder bör personal med specialistkompetens inom onkologi/palliativ vård finnas på avdelningen (PONK).

<b>Mammografiscreening, bilaga 2 N</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Nationella undersökningskoder införda	Införda i RVN och RJH	Införda i hela regionen	2019-06	Information från enheterna
Regionen ansluten till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening	Pågående pilotprojekt avvaktas. Förberedelsearbetet bör dock starta	Samtliga landsting anslutna, data levereras kontinuerligt och prospektivt från RIS till INCA	2019-12	Kontroll att data kommit in till INCA
Fullständig rapportering av alla variabler i kvalitetsregistret	Omfattning av registrering i RIS systemen varierar mellan landsting	Samtliga landsting registrerar alla efterfrågade variabler i RIS och Sectra har anpassat överföringen	2020-12	Avstämning mot variabelinnehåll i nationellt kvalitetsregister och kontroll av data
Indikatorer som rapporteras på INCA används i kvalitetsarbetet	Sker inte	Alla regionens screeningenheter följer upp sina data via on-line rapportering på INCA	2020-06	Kontroll i INCA
Systematisk eftergranskning av egna cancerfall	Görs i viss utsträckning	Rutiner upprättade, samtliga cancerfall som screenats på egen enhet, screeningupptäckta och intervallcancer genomgås	2020-06	Respektive enhet rapporterar

## Mammografiscreening, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Örjan Strömqvist

Medicinskt ansvarig: MLU: Tryggve Eriksson

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
Nationella undersökningskoder införda	Införda i RVN och RJH	Införda i hela regionen		2019-06		

Regionen ansluten till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening	Pågående pilotprojekt avvaktas. Förberedelsearbetet bör dock starta	Samtliga landsting anslutna, data levereras kontinuerligt och prospektivt från RIS till INCA	Bevaka resultat från pilotprojekt. Utse funktion som registrerar i enlighet med Rätt Använd Kompetens.	2019-12		
Fullständig rapportering av alla variabler i kvalitetsregistret	Omfattning av registrering i RIS systemen varierar mellan landsting	Alla efterfrågade variabler registreras	Utse funktion som registrerar i enlighet med Rätt Använd Kompetens.	2020-12		
Indikatorer som rapporteras på INCA används i kvalitetsarbetet	Sker inte		Analys av data Horisontella prioriteringar?	2021		
Systematisk eftergranskning av egna cancerfall	Görs i viss utsträckning	100%	Kartlägga arbetet Skapa standards	2021		

Neuroendokrina tumörer, bilaga 2 O				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
1. Kontaktsjuksköterska på varje enhet	Kontaktsjuksköterska finns på de flesta enheter, men säkra uppgifter saknas	80 % av alla patienter ska ha namngiven kontaktsjuksköterska	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret, som startar 2019
2. MDK-NET genomförd samtliga regioner	Hög andel patienter diskuteras på MDK, men säkra uppgifter saknas	80 % av alla behandlingsbeslut på MDK	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret, som startar 2019
3. God täckning i kvalitetsregistret (KR)	Kvalitetsregistret ännu inte i gång (2018)	80 % av alla patienter ska registreras i kvalitetsregister	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret, som startar 2019
4. Alla enheter med patienter kopplar upp sig till MDK via videolänk	Saknas bland annat medicinsk kompetens på vissa orter	Alla enheter uppkopplade och tar del av MDK	2021	Egen uppföljning

## Neuroendokrina tumörer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Joakim Hennings

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
1	finns	ja	klart	klart	Löpande (Kvalreg))	Löpande (Kvalreg)
2	Klart, med sdan 2008	ja	klart	klart	Löpande (kvalreg)	Löpande (kvalreg)
3	Klart (reg 2017+18)	ja	klart	klart	Löpande (kvalreg)	Löpande (kvalreg)
4	Klart, med sedan 2008	ja	klart	klart	Löpande (kvalreg)	Löpande (kvalreg)

SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Komplext då ofta multiutredda innan in SVF dessutom.	Osäkra data	Register SVF samt analys mot kvalreg och följer Vårdprogram.	Under plantid	Löpande (SVF+Kvalregdata)	Löpande (SVF + Kvalregdata)
--	--	-------------	--	---------------	---------------------------	-----------------------------

<b>Njuncancer, bilaga 2 P</b>					
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>	
Samtliga lokalise-rade njurtumörer diskuteras på MDK	Ca 50 %	95 %	2020-01-01	Via registret och intern validering	
Lokalt avancerade/ metastaserade njuncancer på MDK	Ca 85 %	98 %	2020-01-01	Via registret och intern validering	
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	40 %	90 %	2020-01-01	Via SVF-data	
Rehabiliteringsprojekt i hela regionen	0 %	Alla landsting/ regioner har utarbetat struktur för rehabiliteringsprojekt för njuncancerpatienterna	2020-01-01	Intern uppdatering och rapportering	
Skriftlig vårdplan för njuncancer	15 %	40 %	2020-01-01	Via register, intern utvärdering och rapportering	
Roterande kompetenshöjande samarbete i regionen för läkare (schemalagda rotationer till Nus)	0 %	Alla specialister/ nästan färdiga specialister har möjlighet att delta i rotationen	2021-01-01	Intern uppdatering och rapportering	



## Njurcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Karl-Johan Lundström

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
MDK			Diskutera fler på MDK trots att behandlingen enbart är kirurgisk kan ses som onödigt, men om detta krävs så får vi lägga mer tid på detta och mindre på annat  Uppbyggnad av samarbete kring njurcancer i 4N på gång.			
Ledtider	40%		Genomgång av ledtider för att identifiera flaskhasar			
Rotation till NUS			Oklart om detta skulle vara kompetenshöjande, i så fall behöver det specificeras vad som ska läras ut som man på andra orter då inte kan.			

<b>Palliativ vård, se bilaga 2 Q</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Totala antalet avlidna palliativa pat. registreras i Sv. palliativregistret	RJH 73 % VLL 75 % RN 55 % RVN 50 %	Samtliga landsting/ regioner 80 %	2021	Sv. palliativ- registret
Brytpunktsamtal för cancerpatienter som kan medverka	RJH 80 % VLL 79 % RN 69 % RVN 85 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %	2021	Sv. palliativ- registret
Anv. validerat smärtskattningsinstrument till cancer pat.	RJH 52 % VLL 60 % RN 42 % RVN 54 %	Samtliga landsting/ regioner 70 %	2021	Sv. palliativ- registret
Dokumenterad ordination för v.b. i.v. ångest- medicinering	RJH 96 % VLL 95 % RN 95 % RVN 98 %	Samtliga landsting/ regioner 98 %	2021	Sv. palliativ- registret
Bedömd munhälsa	RJH 72 % VLL 71 % RN 71 % RVN 75 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %	2021	Sv. palliativ- registret
Ordination av stark opioid i injektionsform	RJH 97 % VLL 98 % RN 97 % RVN 97 %	Samtliga regioner 95 %	Målet fortsatt uppfyllt 2021	Sv. palliativ- registret
Minska andel ”vet ej” ang. senast uttalade önskemål om dödsplats	Frågan har modifierats och andel går inte att bedöma	Samtliga landsting/ regioner <15 %	2021	Sv. palliativ- registret

## Palliativ vård, lokal handlingsplan, se även punkt 7, s. 13.

Ansvarig för genomförande: Berörda områdeschefer

Medicinskt ansvarig: MLU

Ansvarig för rapportering: Berörda områdeschefer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Totala antalet avlidna palliativa pat. registreras i Sv. palliativregistret	73%	80%	Rätt Använd Kompetens i syfte att förbättra kontinuerlig registrering	2021		Kval.reg årligen
Brytpunktsamtal för cancerpatienter som kan medverka	80%	90%	Standardiserat arbetssätt: dokumenteras under sökord	2021		Kval.reg årligen
Anv. validerat smärtskattningsinstrument till cancer pat.	52%	70%	Standardiserat arbetssätt Pedagogisk insats av palliativa konsult-teamet planeras	2021		Kval.reg årligen
Dokumenterad ordination för v.b. i.v. ångest-medicinering	96%	98%	Vidmakthålla	2021		Kval.reg årligen
Ordination av stark opioid i injektionsform	97%	95%	Vidmakthålla	2021		Kval.reg årligen
Minska andel "vet ej" ang. senast uttalade önskemål om dödsplats	Frågan har modifierats och andel går inte att bedöma	Samtliga landsting/regioner <15 %	Tas upp med patient o/e närstående senast i samband med brytpunktsamtal	2021		Kval.reg årligen

<b>Patologi, se bilaga 2 R</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
<p>Följsamhet till ledtider 100 % med god kvalitet.</p> <p>Rätt svar i rätt tid</p>	<p>Dålig balans mellan behov - kapacitet, variationer i svarstider</p> <p>Samsyn om standard och kvalitet för produktionen saknas delvis.</p> <p>Pågående införandeprojekt som hunnit olika långt i regionen.</p> <p>Finns frågetecken om lagring, kommunikering, IT, tekniska lösningar och scannerkapacitet</p>	<p>20 % av patologerna är validerade för diagnostik av digitala bilder.</p> <p>20 % av all diagnostik sker digitalt.</p> <p>100 % av patologerna är validerade för diagnostik av digitala bilder.</p> <p>Regionalt/ nationellt digitalt samarbete i kompetensnätverk, INERA</p> <p>Leverera ledtider till SKL</p>	<p>Q4 2019</p> <p>Q4 2020</p> <p>Q4 2021</p> <p>Q2 2019</p> <p>Q2 2019</p>	<p>Fortlöpande avstämning i regional arbetsgrupp, samt egen uppföljning inom verksamheten</p>
<p>Kompetensförsörjning som möjliggör målet att hålla ledtiderna.</p>	<p>Bemanningsmål behöver ses över på samtliga orter för alla yrkeskategorier och för både cytologi- och histopatologi med tanke på åldersstruktur och förändrade indikationer i diagnostiken. Regional ST-studierektor tillsatt.</p>	<p>Leverera rätt ledtider</p> <p>100 %, erbjuda VFU/ utbildnings- och fortbildningsplatser</p> <p>RAK, Rätt Använd Kompetens</p>	<p>Q4 2021</p> <p>Fortlöpande</p> <p>Fortlöpande</p>	<p>Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/ medicinsk ansvarig</p>
<p>Standardiserade processer</p>	<p>Ökande behov av molekylärpatologiska analyser.</p> <p>Primärscreening för HPV inte infört, utmaningar för integrationer och organisation finns.</p> <p>Skillnader i metoder och arbetssätt i regionen</p>	<p>Tydlig nivåstrukturering</p> <p>Implementera primär screening för HPV</p> <p>Standardisera metoder och arbetssätt för samverkan</p>	<p>Fortlöpande</p> <p>Q4 2019</p> <p>Q4 2021</p>	<p>Se ovan</p>

Etablerad regional samverkan	<p>Produktions- och kapacitetsplanering ser olika ut på lokal och regional nivå</p> <p>Den goda regionsamverkan som påbörjats bör säkerställas.</p> <p>Regionala möten har startats</p>	<p>Utforma en produktions- och kapacitetsplanering norra regionen vs. lokalt</p> <p>Utveckla QlikView</p> <p>Utveckla metoder för gränsöverskridande arbete.</p> <p>Mötesplatser för varje yrkeskategori</p>	<p>Q4 2019</p> <p>Fortlöpande</p> <p>Fortlöpande</p> <p>Q4 2020</p>	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/medicinsk ansvarig
------------------------------	---	--	---	---

## Patologi, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Örjan Strömqvist

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Verksamhetsområdeschef: Kerstin Silfver

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
U1	Överensstämmer med RCC plan	Deltar aktivt i nationellt nätverk för digital diagnostik, Inera	Fortsatt implementering av digital patologi	2019-2021	Fortlöpande 2019 2020 2021	Ansvariga patologi
U2	Sviktande kompetensförsörjning	Stabila svarstider och att de motsvarar kraven enligt SVF	PKS  Förstudie inför implementering av ny teknik/automation	2019-2021	Fortlöpande 2019	Ansvariga patologi

U3	Otillräcklig molekylärpatologi	Etablera GMC	Delta i etablering av GMC plattform i Umeå	2019-2021	Fortlöpande 2021	Ansvariga patologi
U4	Traditionell GCK screening	Införa primärscreening HPV	Delta i etablering av nya NVP för cervixcancerscreening	2019-2020	Fortlöpande 2019-2020	Styrgrupper för GCK inom respektive region.

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Kommentarer är hämtade från det som klinisk patologi har lämnat i upphandlingsplanen från NUS.// KS.

<b>Peniscancer, se bilaga 2 S</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Täckningsgrad för primärregistrering	50 %	95 %	2019-07-01	Via registret och intern validering
Regional kontaktsjuksköterska, Kirurgcentrum, Nus	0 %	100 %	2020-01-01	Intern utvärdering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt i norra sjukvårdsregionen	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2019-12-31	Via SVF-data
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt i hela regionen för tidigare/nya patienter	0 %	>90 %	2019-12-31	Intern utvärdering och rapportering

## Peniscancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Karl-Johan Lundström

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
Täckningsgrad för primärregistrering	50 %	95 %	Rätt Använd Kompetens och standardiserat arbetssätt	2020		Kval.reg årligen

<b>Prevention, tidig upptäckt och vägen in, se bilaga 2 T</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Allmän screening för tjock- och ändtarmscancer påbörjas i hela regionen nästa år i linje med SoS rekommendationer	Resurstillgång behöver förbättras för att nå den kapacitet som krävs för allmän screening, regionerna har kommit olika långt	Att införa tarmcancerscreening i hela regionen. På sikt ska alla kvinnor och män i åldern 60 – 74 år inbjudas	Påbörjad screening 2019 (minst de som under året fyller 60 år). Så snart som möjligt för hela ålders-intervallet	2020, därefter årlig uppföljning kvalitetsregister
Att landstingen ska arbeta för att införa teledermatoskopi i primärvården i hela norra sjukvårdsregionen	VLL har goda erfarenheter. I landet (prioriterat område) finns flera exempel: bättre bedömningar, färre onödiga excisioner och fler <i>insitu</i> melanom upptäckta. Teledermatoskopi diskuterat i workshops nationellt med samlad expertis. Rapport över behov och krav för teledermatoskopi i PV kommer snart	Att införa teledermatoskopi på alla vårdcentraler i alla regioner enligt nationellt föreslagen metod	Att under 2019 arbeta med förberedelser för att införa i form av utbildning på vårdcentralerna och inköp av material	2020
Sjuksköterskor med specifik cancerkompetens (sjukdom, komplikationer, rehabilitering, prevention) i primärvården, för att möta det växande behovet av stöd	Saknas generellt i primärvården. Fristående kurs på distans finns vid Umeå universitet, som kan nyttjas för att öka kompetensen hos sjuksköterskor i PV	Några distriktssjuksköterskor utbildas för att kunna möta framtida behov.  Samtliga landsting/ regioner arbetar för att inrätta denna funktion	2021	Egen uppföljning
Att 70 % av nya fall med cancerdiagnos ska utredas via SVF	Primärvården är ofta ingången till utredning (för ca 70 %)	Se mål	2020	SVF statistik
80 % av de som utreds via SVF går igenom dessa inom de bestämda tiderna	Nuläge osäkert, ett beräkningsunderlag är under framtagande nationellt	Se mål	2020	SVF statistik



Att bland patienter som genomgår SVF öka andelen som får info om att de utreds för misstänkt cancer	I nuläget är det enligt SVF-PREM-enkäten 80 % som får information	95 % ska få information om utredningen	2020	Årligen via SVF-PREM-enkät
Att större andel av personalen frågar patienter om rökning	Pilotprojekt vid cancercentrum Nus i samarbete med Folk-hälsoenheten och RCC med särskild fokus på rökning. Saknas exakta siffror på hur många patienter, som tillfrågas om rökning. Personal frågar inte alltid beroende på brist på kunskap, klara riktlinjer och stöd	Att minst 80 % av personalen på enheten för strålbehandling, cancercentrum Nus ställer frågan om rökning och hjälper patienten att få stöd för ett rökstopp i samband med behandlingen	Årligen	Enkät innan start och 1-års uppföljning, samt via andel remisser till tobaksavvänjare (TPM på NUS)
Att öka andelen daglig-rökare som besökt primärvården som erhåller tobaks-preventiv åtgärd	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 30 % (1331) RN: 30 % (1725) RVN: 70 %, (5891) RJH: Data saknas	Att minst 80 % av de identifierade dagligrökande patienterna i primärvården ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor
Att öka andelen personer med riskbruk som besökt primärvården och erhåller åtgärd för att minska eller sluta med alkoholkonsumtion	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 51 % (311); RN: Okänd andel p.g.a. att färre rapporterats än som fått åtgärd (718) RVN: 85 % (611) RJH: data saknas	Att minst 80 % av identifierade personer med riskbruk av alkohol ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor

<p>Att öka andel personer med otillräcklig fysisk aktivitet som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder för att öka fysisk aktivitet</p>	<p>Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 67 % (3824) RN: 41 % (6375) RVN: 49 % (9 845) RJH: Data saknas</p>	<p>Att minst 80 % av identifierade personer med otillräcklig fysisk aktivitet ska erhålla åtgärd</p>	<p>2021</p>	<p>Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor</p>
<p>Att öka andelen personer med ohälsosamma matvanor som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder</p>	<p>Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: Okänd procent, för få personer har dokumenterats, endast 529 personer (3282) RN: 89 % (6375), men troligtvis högre andel RVN: 70 % (8323) RJH: Data saknas.</p>	<p>Att minst 80 % av identifierade personer med ohälsosamma matvanor ska erhålla åtgärd för att främja hälsosamma matvanor</p>	<p>2021</p>	<p>Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor</p>
<p>Att alla småbarnsföräldrar i norra sjukvårdsregionen, som besöker BVC får en likvärdig information om sunda solvanor</p>	<p>Ett tvåårigt projekt har genomförts i alla landsting under 2015-2016 med positivt utfall, men projektet har inte införlivats i daglig verksamhet</p>	<p>Att information på BVC om sunda solvanor införts i ordinarie verksamhet i alla landsting</p>	<p>2021</p>	<p>Egen uppföljning</p>

## Prevention, tidig upptäckt och vägen in, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Primärvårdschef: Anna Granevärn

Medicinskt ansvarig: Hans Boberg

Ansvarig för rapportering: Primärvårdschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Införa teledermatoskopi i primärvården RJH	Projektplan är under uppförande och samverkansinsatser men sjukhuset planeras	Genomförd och godkänd pilottest. Implementering påbörjad i minst ett Närvårdsområde.	Att förbereda och utbilda för införande av teledermatoskopi på hälsocentralerna i RJH. Vid behov genomföra pilottest för att säkerställa arbetssätt m.m.	2019	Årsskiftet 2019/2020	Utvärderingsparametrar definieras i projektplan samt ev. i pilottest
Identifiera personer som har ohälsosamma levnadsvanor (tobak, alkohol, fysisk aktivitet, matvanor) som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder	Data saknas	Att minst 60 % av identifierade personer med ohälsosamma levnadsvanor inom varje område ska erhålla åtgärd	Information om levnadsvanemallen på patientsäkerhetsrund och informationsinsatser från Folkhälsoenheten till hälsocentralerna. Utbildningspaket i levnadsvanor samt uppföljande fortbildning från Folkhälsoenheten Planera information på väntrum TV.	2020	Årsskiftet 2020/2021	Statistik journalmallen Levnadsvanor-rådgivande samtal Egen uppföljning via Folkhälsoenheten
Minst 70 % av remisserna ska skrivas på strukturerade SVF remisser	73 %	Se mål	Återkoppla läge och avvikelser till verksamheterna. Hålla "Lathund Vägen In" uppdaterad.	2019	Årsskiftet 2019/2020	SVF statistik

Att alla småbarnsföräldrar i RJH som besöker BVC ska få information om hälsosamma solvanor.	Ett tvåårigt projekt har genomförts i alla landsting under 2015–2016 med positivt utfall, men projektet har inte införlivats i daglig verksamhet		Att information till alla föräldrar på BVC har genomförts om sunda solvanor på alla hälsocentraler	2021	Årsskiftet 2020/2021	Uppföljning via Föräldra - Barnhälsan
---	--	--	--	------	----------------------	---------------------------------------

<b>Prostatacancer, se bilaga 2 U</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Högriskpatienter op. <28 dagar från op. anmälan	VLL 30 %, RN op. inga, RJH har inte rapporterat, RVN för få fall	80 % av pat. med högrisk opereras inom 28 d från op. anm.	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Registrering i e-PROM	E-PROM sjösätts 2018	70 % av alla pat. registreras komplett i e-PROM	2021	Kvalitetsregister
Förbättrad rehabilitering	Rutiner finns på enstaka sjukhus	Fastställda kontaktvägar till rehabilitering på alla sjukhus som följer upp patienter	2021	Uppföljning på verksamhetsnivå
Förbättrad rapportering till NPCR	33 % i norra regionen. VLL 39 %, RN 13 %, RJH 26 %, RVN 46 %	50 % av diagnostik-formulär rapporteras till NPCR < 30 d från prostatabiopsi	2021	Uppföljning kvalitetsregister (NPCR)
Snabbare besked om PAD till patienterna	9 % i norra regionen. VLL 9 %, RN 14 %, RJH 8 %, RVN 6 %	30 % av PAD besked < 11 d efter prostata-biopsi	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Kontaktsjuksköterska till flera patienter	86 % i norra regionen. VLL 90 %, RN 75 %, RJH 93 %, RVN 83 %	95 % av pat. tilldelas kontaktsjuksköterska	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Större andel av högriskpat. diskuteras på MDK	66 % i norra regionen. VLL 68 %, RN 64 %, RJH 51 %, RVN 76 %	80 % av pat. med högrisk diskuteras på MDK	2021	Uppföljning kvalitetsregister

## Prostatacancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Andreas Lundgren

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Högriskpatienter op. <28 dagar från op. anmälan	Rapportering saknas	80 % av pat. med högrisk opereras inom 28 d från op. Anm	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kontinuerlig rapportering med Rätt Använd Kompetens och standardiserat arbetssätt.</li> <li>Utifrån resultat av ovan vidmakthålla alternativt förbättra resultat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2019-09-01</li> <li>2021</li> </ol>		Kval.reg årligen
Registrering i e-PROM	E-PROM sätts 2018	70 % av alla pat. registreras komplett i e-PROM	Kontinuerlig rapportering med Rätt Använd Kompetens och standardiserat arbetssätt.	2021		Kval.reg årligen
Förbättrad rapportering till NPCR	26%	50 % av diagnostik-formulär rapporteras till NPCR <	Kontinuerlig rapportering med Rätt Använd Kompetens och standardiserat arbetssätt.	2021		Kval.reg årligen

		30 d från prostatabiopsi				
Snabbare besked om PAD till patienterna	8%	30 % av PAD besked < 11 d efter prostata- biopsi	Följsamhet till rutin för hur patologiremiss ska vara utformad.  I dialog med patologisk verksamhet söka finna förbättringar för att förbättra ledtiden för PAD-besked.	2021	Patologisamråd	Kval.reg årligen
Större andel av högrisk-pat. diskuteras på MDK	51%	80 % av pat. med högrisk diskuteras på MDK		65% 2020 80% 2021		Kval.reg årligen

<b>Sarkom, se bilaga 2 V</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Förbättrad patologi	BMA 0, ST block 0	Sarkompatologi: BMA för sarkom, ST-block med inriktning sarkompatologi	2020	Egen uppföljning
Tillgång kontakt-sjuksköterska	Finns i RJH, RVN och på Nus	Kontaktsjuksköterska vid varje länssjukhus samt på Nus	2020	Egen uppföljning
Öka täckningsgrad i kvalitetsregister	Kvalitetsregistret betydligt lägre täckningsgrad	Täckningsgrad i kvalitetsregister (registrering och behandling, 80 % aktuellt år, 95 % föregående år)	2019	Uppföljning kvalitetsregistret
Förbättrad utbildning	Två utbildningar har genomförts	SK-utbildning i sarkom (inkl. buksarkom) vart 3:e år och program för kontaktsjuksköterskor	2019	Egen uppföljning
Förbättrad rehabilitering	95 % av patienterna i slutenvården (SV) erbjuds sjukgymnast och arbetsterapeutkontakt	En strukturell, dokumenterad cancerrehabiliteringsplan upp rättas för 95 % av SV patienter	2020	Egen uppföljning
Förbättrad bemanning	Överläkare 1,5 ST läkare 0	Tumörortopedi: två överläkare och en ST läkare	2019	Egen uppföljning
Följa SVF	10 % följer SVF	70 % av pat. med sarkom följer SVF och för 80 % hålls ledtiderna	2020	Uppföljning kvalitetsregister

## Sarkom, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Lars Holgén

Medicinskt ansvarig: MLU: Margareta Lithell

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Region Jämtland Härjedalen, område ortopedi har till största delen en administrativ roll i processen. 2018 etablerades SVF- koordinatorcenter (KC) i syfte att kvalitetssäkra registreringar i canceröversikten i det vårdadministrativa systemet Cosmic. KC har även en controllerfunktion och bevakar att MRT är utförd innan SVF-remissen överförs till ortopedmottagningen, som då kontaktar sarkomcentrum i Umeå för vidare diagnos och behandling (kirurgisk och/eller onkologisk). 2018 utreddes 20 patienter enligt SVF, varav 6 personer hade cancer. Beträffande ledtider har 14 patienter rapporterats till den nationella databasen av regionen och 86% var utredda inom stipulerad ledtid. Av de 6 patienter som rapporterades av annan region var 33% inom rätt ledtid. Lokal processledare planerar att se över handläggning och remissförfarande i samarbete med sarkomcentrum för en smidigare överföring.

<b>Sköldkörtelcancer, se bilaga 2 W</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
1) ”Knölar” i sköldkörteln utreds primärt vid radiologisk enhet	Inte genomfört	Genomfört i hela regionen	2020	Egen uppföljning
2 )90 % patienter med känd sköldkörtelcancer ska inleda behandling (i regel operation) <4 v från behandlingsbeslut	Uppnått 2016	Bibehålla nivån	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
3 )60 % av icke follikulär sköldkörtelcancer >10 mm (>=T1b) ska ha preoperativ cytologisk diagnos	Uppnått 2016; 65 %	Bibehålla nivån	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
4) 90 % behandlingsbeslut för sköldkörtelcancer ska tas på MDK	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivån	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
5) 90 % av pat. (>=T1b) ska ha namngiven kontaktsköterska på enheten	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivån	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
6) Alla enheter som op. sköldkörtelcancer i regionen skall kunna erbjuda logoped- resp. kuratorskontakt	Varierar inom regionen	Se mål	2019–2021	Egen uppföljning



## Sköldkörtelcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Joakim Hennings

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
1)	Alla program o PM finns skrivna, men ej kunnat införas ännu.	Nej, inte i siffror, men praktisk inget problem mht remissvägsbytet för accept till KM.	Införas lokalt RJ/H 2019-2020 då nu även stipulerat i Cancerplan. Rtg-avd gör införande under tiden ovan o ev studiebesök av verksamhet på KM vb inför övertagandet av primärdiagnostik. PM och lathund svar till HC samt mall för patologens cytologisvar finns klara.	2019-2020	Uppföljning att inremisser KM komplett primärdiagnostik samt ledtider via kvalreg.	dito
2)	Uppfyllt för median (28dgr)	ja	Klart, bevakas löpande	klart	kvalreg	kvalreg
3)	50%	ja	Förbättringsåtgärder avseende cytologisk punktion samt diagnostik fortgår, spec endokrincytolog endast på NUS o belastad. Ev bättre cytologipunktioner när samlas på rtg nu (punkt1)?	2019-2021	kvalreg	kvalreg

4)	94%	ja	Klart, men löpande ktrl mot 100%	2019-2021	kvalreg	kvalreg
5)	95%	ja	Klart, men löpande ktrl mot 100%	2019-2021		
6)	Finns, men till cancerrehabplan	nej	Tillhör cancerrehabplan RJ/H	2019-2021	I cancerrehab	I cancerrehab
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	/0%uppnått 2018  36% 21dgr, men median 28dgr. Liten diff o medicinskt ingen fara för pat.	Ja, men osäkra datareg  ja	Klart, bevakas  Bevakas. Medianledtider väldigt nära målnivån och nationella målet kan ev behöva justeras. Liten diff accepteras. Risk undanträngningar om omotiverat höga mål.	Klart  2019-2021	SVF-reg(+ jfr Tyrcaereg)  SVFreg(+jfr Tyrcaereg)	SVFreg(+jfr Tyrcaereg)  SVFreg(+ jfr Tyrcaereg)

<b>Testikelcancer, se bilaga 2 X</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Täckningsgrad för primär registrering	88 %	95 %	2019-07-01	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Andel spermiedfrysningar som skett före orchiectomi	25 %	>60 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Andel intermediär/ dålig prognosgrupp behandlas onkologiskt på onkologiklinik	Okänt	>90 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för nya patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2019-12-31	Intern utvärdering och rapportering
Ökad andel som genomgår kontralateral biopsring i samband med orchiectomi	20,7 %	>90 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-12-31	SVF statistik

## Testikelcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Karl-Johan Lundström

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
Spermiedfrysningar	25%	60%	Målnivån måste vara till för att 60% av män/pojkar som VILL frysa spermier också får det. Kontroll av 2018 patienter för att identifiera	2019	2019	Kval.reg årligen

			vilka som erbjudits men tackat nej. Målnivån borde följdaktligen justeras att gälla patienter som inte tillfrågats eller önskat nedfrysning.			
Kontralateral biopsi	20%		Kontroll av antalet som gjort biopsi om detta överensstämmer med data. Om data stämmer, förbättrad rutin vid operationsanmälan.			Kval.reg årligen

<b>Urotelial cancer, se bilaga 2</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	54 %	95 %	2020-01-01	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Pat. med muskel-invasiv urinblåse-cancer erhåller neoadjuvant kemoterapi	80 %	85 %	2020-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	64 %	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-01-01	SVF statistik
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2021-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Centralisering av nefroureterektomierna i regionen till två team som opererar på tre sjukhus	4 opererande sjukhus med separata team	Två team samordnar sig på tre sjukhus	2021-01-01	Intern utvärdering och rapportering

En cystoskopoperande sjuksköterska per läns-sjukhus i RN, RVN och RJH	F.n. 5 i regionen	Tre ytterligare cystoskopoperande sjuksköterskor	2020-01-01	Intern utvärdering och rapportering
---	-------------------	--	------------	-------------------------------------

## Urotelial cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Karin Palmqvist

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	54%	95%	Anmäla alla T1-tumörer till MDK. Om det ska vara någon vinst med det måste patolog finnas tillhanda för eftergranskning av PAD, annars är det meningslöst.	Start nu	2021	Intern utvärdering
Pat. med muskelinvasiv urinblåsecancer erhåller neoadjuvant kemoterapi	80%	85%	Upplever att vi drar alla patienter som är aktuella för cystectomi och ev neoadjuvant cyt på MDK redan och att de som kan få cyt får det.			
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	64%	70%enl SVF och 80%inom tidsintervall	Mer cystotider och mer optider vilket kräver mer personal.		2020	
En cystoskopoperande sjuksköterska per						

länssjukhus i RN, RVN och RJH Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0%		Redan uppfyllt då vi redan har två cystoskopoperande sköterskor samt två LUTSssk som även de cystoskopoperar  Som läget är nu finns inga resurser att lägga på sexuell rehab inom urologkliniken. Kräver isf att en sexolog anställs.			
--	----	--	---	--	--	--

<b>Övre mag-tarmkanalens cancer, se bilaga 2 Z</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Kontaktsjuksköterska med tydlig och rimlig arbetsbeskrivning (cancerrehabilitering)	Förstärkning behövs vid kir och onk, Nus, kir i S-vall, Sunderbyn, Ö-sund.	Kontaktsjuksköterskefunktion vid samtliga centra som handlägger dessa pat.	2019	Uppföljning i den regionala arbetsgruppen
Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som inte är läkare/ sjuksköterska (task-shifting)	RVN sekreterare, under införande i RN, i övriga läkare/ sjuksköterskor	Ingen inrapportering till kvalitetsregister ska skötas av vårdpersonal	2019	Uppföljning i den regionala arbetsgruppen
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	För 2017: 79,2% - 93,7%,	>95% täckningsgrad senaste året	2020	Uppföljning kvalitetsregister
Remissbeslut vid välgrundad misstanke - start av behandling	För 2017: Kirurgi 23 % Läkemedel 22 %	70 % av pat. utreds inom SVF och 80 % inom ledtider	2020	SVF statistik

	Strålning 63 % Palliativ 30 %			
MDK - start av behandling	Resultat nationella kvalitetsregister presenteras i underlagets text	70 % av pat. utreds inom SVF och 80 % inom ledtider	2020	SVF statistik
PAD-svar på operationspreparaten	För 2017: 32 dagar	Median 21 dagar	2021	Uppföljning kvalitetsregister

## Övre mag-tarmkanalens cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Områdeschef: Anna Warg

Medicinskt ansvarig: MLU: Peter Bartelmess/Johannes Enebog

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som inte är läkare/sjuksköterska (task-shifting)	Rapporteras av läkare o/e sjuksköterskor	100% RAK	Rätt Använd Kompetens och standardiserat arbetssätt	2020		Kval.reg årligen
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	För 2017: 79,2% - 93,7%,	>95% täckningsgrad senaste året	Rätt Använd Kompetens och standardiserat arbetssätt	2020		Kval.reg årligen
Remissbeslut vid välgrundad misstanke	För 2017: Kirurgi 23 % Läkemedel 22 %	70 % av pat. utreds inom SVF och 80	Se avsnittet om målen 2020 i den lokala handlingsplanens sammanfattning	2021		Kval.reg årligen

- start av behandling	Strålning 63 % Palliativ 30 %	% inom ledtider				
--------------------------	----------------------------------	--------------------	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

1. Kvaliteten på SVF remisser från distrikt har blivit sämre med tiden. Man följer inte kriterierna längre intrycket är att man använder sig av remissformen för att vara säker på att pat ska omhändertats snabbt då man med en vanlig remiss räknar med längre handläggnings tid. Detta leder till undanträngning av andra pat som skulle behöva komma in snabbt. En annan orsak kan även vara att många remisser skrivs av stafetter som inte kan rutinerna. Kontakt är tagen med ansvarig läkare inom primärvården men ännu ej noterat någon förbättring.
2. Fortfarande långa väntetider till op på NUS.
3. Lång väntetid till postop konferens och beslut där fönstret för postop adjuvant behandling försvinner om det går för lång tid.

Med vänlig hälsning Peter Bartelmess