

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

**HANDLINGSPLAN FÖR UTVECKLING AV CANCERVÅRDEN
I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 2016 – 2018**

inklusive uppföljning av handlingsplan för 2013-2015

Godkänd av Hälso- och sjukvårdsdirektören 2016-05-25

Innehåll

Bakgrund.....	3
Bakgrund för Region Jämtland Härjedalen.....	4
Handlingsplan för 2016-18 samt uppföljning av föregående handlingsplan	5
1. Övergripande och prioriterade områden	5
1.1. Förstärkt diagnostik	5
1.2. Bedömning och planering på multidisciplinära konferenser (MDK) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter.....	6
1.3. Alla patienter ska erbjudas tillgång till en kontaktsjuksköterska, med tydligt definierat uppdrag.	8
1.4. God inrapportering i kvalitetsregister, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.	9
1.5. Den palliativa vården i regionen behöver förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting och kommuner.	10
1.6. Onkologisk specialistkompetens behöver finnas inom alla regionens fyra landsting och åtgärder för att åstadkomma detta vidtas.	14
1.7. Öka förutsättningarna för tidig upptäckt, genom att utveckla och optimera screeningverksamheten och genom att förbättra förmågan hos akut- och primärvården i regionen att utan fördröjning diagnostisera cancersjukdomar.	15
1.8. Cancerprevention	18
1.9. Cancerrehabilitering.....	20
2. Målnivåer för patientcentrerade kriterier, kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning samt för nivåstrukturering.....	22
2.1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer	22
2.2.1 Barnonkologi.....	22
2.2.2. Blodcancer	23
2.2.3. Bröstcancer	24
2.2.4. Gynekologisk cancer.....	27
2.2.5. Hjärntumörer.....	29
2.2.6. Huvud- och halscancer.....	31
2.2.7. Kolorektalcancer	33
2.2.8. Lungcancer.....	34
2.2.9. Malignt melanom/hudtumörer	36
2.2.10. Neuroendokrina tumörer, cancer i sköldkörtel (tyreoidea) och tunntarm.....	37
2.2.11. Prostatacancer	39
2.2.12. Sarkom och benmetastaser.....	40
2.2.13. Tumörer i övre mag-tarm-kanalen.....	41
2.2.14. Urologisk cancer utom prostata	42
2.2.15. Diagnosövergripande	43
2.3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård	43
2.3.1. Psykosocialt stöd och rehabilitering (cancerrehabilitering).....	43
2.3.2. Palliativ vård	43
2.4. Patientens ställning i cancervården.....	44
2.5. Utbildning och kompetensförsörjning	45
2.6. Kunskapsstyrning.....	47
2.7. Klinisk forskning och innovation.....	47
2.8. Nivåstrukturering.....	48

Bakgrund

Norra regionen har för 2013-2015 haft en regional utvecklingsplan för cancervården. Utvecklingsplanen specificerar både övergripande och diagnos- eller områdesspecifika mål. Region Jämtland Härjedalen har i handlingsplaner beskrivit hur arbetet ska bedrivas för att nå målen i den regionala planen.

Förbundsdirektionen vid Norrlandstingens regionförbund godkände vid sitt möte den 1 december 2015 en ny regional utvecklingsplan för regionens cancervård för perioden 2016-2018 för utskick till landstingen, med uppdrag att utarbeta handlingsplaner gentemot den nya planen. Planen för 2016-2018 baserar sig på föregående plan, men fler processområden har tillkommit. Målnivåer för de områden som ingick i föregående plan har reviderats, data har uppdaterats och planen har anpassats till den utveckling som skett inom cancerområdet såväl nationellt som regionalt under de senaste åren.

Parallellt med utarbetandet av handlingsplanen för 2016-2018 ska en uppföljning av göras hur Region Jämtland Härjedalen har arbetat enligt föregående plan.

Den nya handlingsplanen ska redovisas tillsammans med uppföljningen av föregående handlingsplan vid förbundsdirektionens möte den 31 maj-1 juni 2016.

I den regionala utvecklingsplanen för 2016-2018 har följande områden identifierats som särskilt angelägna:

- Resurserna för *diagnostik* behöver förstärkas och optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostiken.
- Bedömning och planering på *multidisciplinära konferenser* (MDK) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter.
- Alla patienter ska erbjudas tillgång till en *kontaktsjuksköterska*, med tydligt definierat uppdrag. Där ingår bland annat att bevaka att patienten får en skriftlig individuell vårdplan, ”min vårdplan”.
- *God inrapportering i kvalitetsregister*, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.
- Förstärkning av den *palliativa vården* i regionen.
- *Onkologisk specialistkompetens* behöver finnas inom alla regionens landsting/region.
- Öka förutsättningarna för *tidig upptäckt*, genom att utveckla och optimera screeningverksamheten och tidig diagnos i akut- och primärvården. Standardiserade vårdförlopp ska införas för snabb utredning vid välgrundad misstanke om cancer och snabb behandlingsstart vid cancerdiagnos.
- Ökade insatser inom *cancerprevention*, för att minska risken för insjuknande i cancer.
- Alla patienter med cancer samt deras närstående ska erbjudas cancerrehabilitering utifrån individuella behov. Minderåriga barn med en vårdnadshavare som har cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information, råd och stöd.

Sedan 2015 pågår en nationell satsning för att minska väntetiderna i cancervården, som bygger på införande av standardiserade vårdförlopp. Förutsett att landstinget uppfyller de krav som specificeras i årliga överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting får Region Jämtland Härjedalen ta del av stimulansmedel som ingår i överenskommelsen.

Bakgrund för Region Jämtland Härjedalen

I anslutning till att handlingsplan för cancervården 2013-2015 antogs gjordes inprioriteringar för att göra det möjligt att uppnå planen. Det gällde:

Screening Colorectal cancer	775 tkr och
RCCNorr-organisation	500 tkr till
Kontaktsjuksköterskor	375 tkr till centrum för medicinska specialiteter
Kontaktsjuksköterskor	375 tkr till centrum för opererande specialiteter:
Kontaktsjuksköterskor	125 tkr till centrum för barn, kvinna, psykiatri
Palliation	500 tkr till centrum för opererande specialiteter

I Regionplan 2015-2017 har följande inprioriteringar gjorts gällande cancervård:

Onkologisk kompetens	700 tkr till centrum opererande specialiteter
Skandionkliniken	2700 tkr

Under 2015-2016 har arbete med Standardiserade vårdförlopp, SVF, varit prioriterad aktivitet. Särskild projektledare har tillsatts och 15 mars 2016 lämnades handlingsplan för detta arbete in.

Landstingsstyrelsen gav i september 2014 § 225 landstingsdirektören i uppdrag att utreda möjligheterna att inrätta en egen onkologiverksamhet vid Östersunds sjukhus. Utredningen är verkställd och beslut fattas i Regionstyrelsen 2016-03-23 § 75. Målbilden är en onkologisk mottagning och en onkologisk/palliativ avdelning som bemannas av onkologer, palliativmedicinare och underläkare från andra specialiteter samt sjuksköterskor som kan hantera medicinsk onkologi. Regionen blir därmed tydligare i beskrivning av verksamheten och det blir en attraktiv arbetsplats. Därmed kan färdiga onkologer rekryteras och bra förutsättningar ges för de som är under utbildning att komma tillbaka till en samlad, tydlig, attraktiv verksamhet. **En verksamhet av hög klinisk kvalitet och säkerhet med nöjda patienter, som samtidigt är ekonomiskt effektiv och skänker tillfredsställelse till alla olika kategorier av medarbetare.**

Handlingsplan för 2016-18 samt uppföljning av föregående handlingsplan

För respektive område/kriterium redovisas Norra sjukvårdsregionens övergripande målnivåer, Region Jämtland Härjedalens nuläge och mål och en tidsplan. Eventuella beslut som krävs för att målen ska kunna nås, vilka aktiviteter som krävs och vem som är ansvarig för genomförandet, medicinsk ansvarig respektive ansvarig för rapportering anges. För några av de övergripande och prioriterade områdena finns detaljerade delmål angivna under de olika kriterierna.

1. Övergripande och prioriterade områden

1.1. Förstärkt diagnostik

Resurserna för diagnostik behöver förstärkas och optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostiken.

För de flesta cancersjukdomar krävs utredning som omfattar både *bild- och funktionsmedicin* och *patologi*, för att ställa en säker diagnos och kunna påbörja en optimal behandling. Ofta behövs även diagnostiska utredningar under behandlingstiden, för att följa effekten och ta ställning till fortsatt behandling. Inom både patologi bild- och funktionsmedicin sker en snabb utveckling och efterfrågan på undersökningar ökar. De resurser som finns måste utnyttjas optimalt och åtgärder för att stärka bemanningen i regionen vidtas. Även för flera diagnostiska metoder som är specifika för vissa cancerdiagnoser finns behov av förstärkning. Tillgången till utrustning för diagnostik behöver förstärkas i regionen inom flera områden. Ett område under stark utveckling i takt med att det kommer allt fler målinriktade behandlingar mot specifika tumörtyper är *molekylärgenetisk testning*, som har avgörande betydelse för den individuella behandlingen av ett antal cancerdiagnoser och förutspås öka kraftigt.

Det övergripande målet för en förstärkt diagnostik i regionen är att tillgången ska svara mot behoven, så att patienterna får de utredningar som definieras i bland annat nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp. Korrekta svar från utredningarna ska ges med korta ledtider.

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016: Vi har långa köer till CT och MR som båda är modaliteter som är bärande för cancerutredningar. Införandet av SVF beräknas få undanträngningseffekter på andra utredningar.

Medel för en tredje magnetkamera och ombyggnad för att kunna hysa den är beviljade. En tredje CT bortprioriterades nyligen ur 2017 års budget.

Vi är beroende av stafettläkare och extern granskning för att klara det dagliga arbetet med bilddiagnostik på röntgen. Det är brist på röntgensköterskor. I den yrkesgruppen används inte stafetter.

Vi har utbildat en sonograf som tar över en del läkararbete. Hon är i tjänst 2016. Det är möjligt att ytterligare sonograf kommer att behöva utbildas, t ex för att klara utredningar av knölar på halsen som misstänks vara thyreoideacancer. Detta kan komma att ske på kirurgen.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Att regionen ska ha utrustning och personal för att kunna möta behoven av bilddiagnostik i alla slags utredningar.

Att vi ska ha tillräckligt många egna röntgenspecialister för att kunna ta hand om arbetet.

Att vi ska ha arbetsstationer nog för att alla läkare ska kunna arbeta.

Att vi ska ha tillräckligt många röntgensköterskor för att kunna bedriva verksamhet.

Aktiviteter (2016-2018):):

Upphandling och användande av en tredje magnetkamera.

Utbildning av ST-läkare

Rekrytering av röntgensköterskor.

Ev rekrytering av ytterligare sonograf (kirurgen?)

Tidplan:

Tredje MR: upphandling 2016. I användning 2017.

Tredje CT har blivit uppskjuten till 2018 års budget, beslut om prioriteringar tas 2017.

ST: hösten 2016 har vi tre färdiga specialister. 2017 ytterligare en, 2018 tre, 2019-2020 två och 2021 – 22 möjligen ytterligare tre om vi får behålla våra nyast anställda underläkare och ge dem ST.

Röntgensköterskor: Kontinuerligt

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Inprioritering och finansiering av en tredje CT.

Finansiering av personal enligt ovan.

Ansvarig för genomförande: Områdes- och verksamhetschef Örjan Strömqvist/ EC rtgavd

Medicinskt ansvarig: MLA Anne Hallqvist

Ansvarig för rapportering: Områdes- och verksamhetschef Örjan Strömqvist/EC rtgavd

Angående patologi se bl a under bröstcanceravsnittet, hjärntumörsavsnittet

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Prioritering av en tredje CT sker enligt regionens rutiner i investeringsrådet, dvs avgörs 2017

Finansiering av utökning av personal kan i rådande ekonomiska läge inte göras.

1.2. Bedömning och planering på multidisciplinära konferenser (MDK) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter.

Detta är viktigt för att ge patienterna adekvat och jämlik vård utifrån individuella behov.

MDK medför att rätt undersökningar utförs på patienten och att patientens behandling blir optimal utifrån rådande kunskap, då den baseras på en samlad bedömning från de specialiteter som är involverade i patientens utredning och behandling. I de standardiserade vårdförloppen specificeras vilka specialiteter som ska delta vid MDK. Inom flera diagnoser, som omfattar kirurgisk behandling, ska patienten tas upp på MDK både före och efter operation

Den ökade efterfrågan på MDK förutsätter att logistiken kring konferenserna fortlöpande optimeras, för att möjliggöra deltagande för kompetenser där tillgången är mindre än behoven. Beroende på diagnos och behandlingskomplexitet kan MDK ske inom respektive landsting eller regionalt. För nationellt nivåstrukturerade åtgärder är nationella MDK aktuella.

Tillräcklig kapacitet i regionens it-bryggor är en förutsättning för att möjliggöra regionala MDK, och ytterligare it-satsningar krävs för modernisering av utrustning på vissa sjukhus och för att länsdelssjukhusen ska kunna delta.

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016: Etablerade MDK som använder röntgens lokaler och arbetsstation är ÖGI, colorektal, bröst, lung, endokrin, gyn och ÖNH. ÖGI, colorektaloch bröstkonferens hålls av läkare från Östersunds röntgenavdelning. Sedan sist har colondelen av den colorektala rondan tillkommit. Under 2016 kommer Umeå att släppa huvudansvaret för GI-ronderna till Östersund. Såväl läkartid och arbetsutrymme tas alltså upp. Också gyn och ÖNH MDK har tillkommit.

Översyn av lokaler skulle ha skett sedan förra gången men det har inte gjorts. 15 nya läkarexpeditioner har byggts på platsen för det tidigare arkivet. De flesta röntgenläkarna har flyttat dit och upplåtit sina expeditioner på avdelningen till sekreterare och administratörer. Dock har inga nya arbetsstationer skapats där.

Uppflyttningen av två röntgenrondrum till plan 5 är planerat till 2016. Framskjutet till 2017 pga förseningar av ombyggnaden av plan 5. Vi diskuterar lösningar för lokala röntgenrondrum med medicin-, kirurg- och ortopedklinikerna för att frigöra arbetsplatser på röntgen men förslagen har stannat hos respektive klinik, sannolikt av kostnadsskäl. Röntgens IT-ansvarige har tagit fram kostnadsförslag. Röntgenläkarna är beredda att börja runda på respektive klinik istället för på röntgen.

Personalsituationen kvarstår bekymmersam. När det gäller patologiresurser är vi avhängiga av inhandlade tjänster från NUS. När det gäller onkologspecialister är vi helt avhängiga av resurser från NUS. När det gäller radiologspecialister finns en bristsituation inom överskådlig framtid. Resurser för att kunna genomföra undersökningar (särskilt magnetkamera- och datortomografiundersökningar) i tid kan behövas. Se ovan. Schemaläggning i tvåskift så att antalet timmar där befintliga MR/CT kan nyttjas ökar, har startat 2015.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018): Som förra perioden:

Att kunna följa de regionala och nationella vårdprogrammen, där diskussion i MDK ofta är krav för verksamhetens bedrivande.

Aktiviteter (2016-2018):

Fortsatta utbildnings- (ST) och rekryteringsinsatser. Se ovan
Implementering av en tredje magnetkamera. Översyn och prioritering av datortomografiresurser.

Översyn av lokaler för MDK och arbetsstationer för röntgenläkare.

Synpunkt från strateg för distansoberoende teknik:

Analysera möjligheterna att

- ge alla kontaktsjuksköterskor ett eget virtuellt rum där de kan möta sina patienter.
- skapa "avgångar" för MDK konferenserna med ett bokningsställe.
- ge alla eller de flesta vårdgivarna ett virtuellt rum där som de förfogar över.

För att skapa det så behöver vi ha en överenskommelse teknik om vad vi ska använda samt skapa en gemensam support och utbildningsorganisation som supportar denna teknik. Den har vi inte idag.

Tidplan:

Utbildning och rekrytering: Kontinuerligt. Se tidsplan för färdiga specialister ovan.

Implementering av tredje magnetkamera klar början av 2017.
Översyn av lokaler och arbetsstationer 2016.
Tredje CT: inprioritering snarast – räcker 2018??

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Inprioritering och finansiering av en tredje CT.

Finansiering av personal enligt ovan.

Ansvarig för genomförande: Områdes-/ verksamhetschef Örjan Strömquist, EC rtgavd

Medicinskt ansvarig: MLA Anne Hallqvist

Ansvarig för rapportering: Områdes-/ verksamhetschef Örjan Strömquist, EC rtgavd

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Prioritering av en tredje CT sker enligt regionens rutiner i investeringsrådet, dvs avgörs 2017.

Områdeschef Diagnostik teknik och service får uppdrag av HS-direktören att göra översyn av lokaler och arbetsstationer för MDK, så att beslutsunderlag tas fram för senare ställningstagande i ledningsgruppen. Strateg för distansoberoende teknik får komma med fördjupat förslag kring vårdgivares virtuella mötesrum och bokningssystem för MDK. Detta ska samordnas med områdeschefens uppdrag om MDK.

Regionledningen diskuterar behov av strategi för ST-tjänster. Detta kan komma att påverka dagens styrning och prioriteringar av ST.

Finansiering av utökning av personal kan i rådande ekonomiska läge inte göras.

1.3. Alla patienter ska erbjudas tillgång till en kontaktsjuksköterska, med tydligt definierat uppdrag.

Kontaktsjuksköterskan har ett övergripande ansvar för patienten och närstående under hela vårdkedjan. De stödjer optimering av vårdkedjor, minskning av ledtider för planeringen av utredning och behandling, stärker patientens roll i vårdprocessen och ökar möjligheterna för patienten att klara mera egenvård. I uppdraget ingår att ha särskild tillgänglighet, att informera om kommande steg i behandlingen, att ge stöd vid normala krisreaktioner och att förmedla kontakter med andra yrkesgrupper. Patienten kan ha flera olika kontaktsjuksköterskor under vårdförloppet, och då behövs aktiva överlämningar mellan kontaktsjuksköterskorna.

Kontaktsjuksköterskor förebygger onödiga kontakter och fördröjning av vården och skapar trygghet för patienter och närstående. De standardiserade vårdförloppen slår fast att patienten ska tilldelas en kontaktsjuksköterska tidigt i vårdprocessen, senast i samband med beskedet om cancerdiagnosen.

Det övergripande målet är att alla cancerpatienter i regionen ska erbjudas tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska, som har ett tydligt definierat, skriftligt uppdrag. Eftersom ett av kontaktsjuksköterskans uppdrag är att bevaka att patienten får en skriftlig individuell vårdplan, ”min vårdplan”, innebär målet även att alla cancerpatienter ska erbjudas en sådan.

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Kontaktsjuksköterska inom cancervården i Region Jämtland Härjedalen har, med få undantag,

skriftligt uppdrag enligt arbetsbeskrivning/kravspecifikation framtagen av Katja Vuollet, RCC. Alla cancerpatienter kan sägas få en namngiven kontaktsjuksköterska, men av planerings- och schematekniska skäl har patienter även kontakt med fler personer med uppdrag att vara kontaktsjuksköterska. Den namngivna kontaktsjuksköterskan har det övergripande ansvaret för den enskilde patienten, finns med vid diagnosbesked och planering av behandling, individuell vårdplan och i förekommande fall överrapportering till annan vårdgivare.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Ett lokalt nätverk för kontaktsjuksköterskor i cancervården ska etableras och hitta formerna

Aktiviteter (2016-2018):

Ett lokalt nätverk för kontaktsjuksköterskor i cancervården har länge efterfrågats. I samarbete med Katja Vuollet planeras för en uppstart hösten 2016. Huvudpunkten den dagen är att utforma en handlingsplan för tiden 2016-2018. Nätverket ska vara diagnosberoende och syfta till att utveckla rollen som kontaktsjuksköterska. Fem träffar/år om två timmar. Vid minst ett tillfälle varje ska berörda områdeschefer delta och vid ett tillfälle/år föreslås patient- o/e närståendemedverkan. Det senare för att utvecklingen av rollen bör motsvara patient- o/e närståenderepresentanternas förväntningar och synpunkter. Nätverket drivs av kontaktsjuksköterskorna själva, med hålls ihop av två utsedda kontaktsjuksköterskor med uppgift att vara sammankallande samt att föra minnesanteckningar. Nätverket ska skriftligen redovisa hur arbetet enligt handlingsplanen utfallit årligen till lokala RCCgruppen.

Tidplan:

Fem träffar/år om två timmar.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Kontaktsjuksköterskornas skriftliga uppdrag bör kompletteras med att deltagande i nätverket ingår i uppdraget. Arbetstid behöver avsättas. De sammankallande kontaktsjuksköterskorna behöver har mer avsatt tid än övriga kontaktsjuksköterskor.

Ansvarig för genomförande: Berörda områdeschefer

Medicinskt ansvarig: Ej relevant

Ansvarig för rapportering: Utsedda kontaktsjuksköterskor enl ovan.

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Etablering av nätverk för kontaktsjuksköterskor godkänns.

Uppdrag ges av HS-direktören till områdeschef för HIM att ansvara för att detta sker och att former utvecklas

1.4. God inrapportering i kvalitetsregister, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.

För att data i kvalitetsregistren ska vara tillförlitliga och användbara krävs en god inrapportering i registren. Det innefattar både att alla patienter inkluderas i registret och att rapporteringen är korrekt och snabb. Då registreringen innebär ett manuellt arbete är det väsentligt att optimera rutinerna för inrapportering. Kontaktsjuksköterskor kan ges en viktig roll att rapportera vissa uppgifter i kvalitetsregister, för en jämn och god inrapportering av kliniska data. I vissa register kan registreringen helt eller delvis göras av administrativ personal.

Det övergripande målet är att alla cancerpatienter i regionen snabbt och korrekt ska registreras i relevanta kvalitetsregister.

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

En inventering av kvalitetssystem gjordes 2014 med prioritering av i vilken ordning integrationer mot journalsystem skulle göras. Dock har detta ej verkställts, dels pga byte av journalsystem och dels pga bristande ekonomiska resurser. Våren 2016 har denna fråga åter aktualiserats i anslutning till diskussioner om hur medlen i professionsmiljarden ska användas. Flera kvalitetssystem integrationer finns på önskelistan.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Öka täckningsgraden i de register som har en lägre täckningsgrad än 80%

Aktiviteter (2016-2018):

Automatisera överföring av data till kvalitetsregister.

Skapa en rutin för arbetssätt gällande registrering i kvalitetsregister.

Tidplan: Skapa rutin under 2016. Successiv öka täckningsgrad i berörda register 2016-2018.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Avsätta resurser till integrationer till Cosmic av utvalda kvalitetsregister.

Ansvarig för genomförande: Avdelningschef IT

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Avdelningschef IT

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Resurser till integrationer för kvalitetsregister godkänns. Medel kan prioriteras ur ”professionsmiljarden”

Uppdrag ges av HSDirektören till områdeschef för HIM att ta fram basrutin för registrering i kvalitetsregister.

1.5. Den palliativa vården i regionen behöver förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting och kommuner.

Palliativ vård är ett specifikt kunskapsområde och ska vara en del av all vård, oberoende av var och av vem vården erbjuds, då alla vårdformer möter obotligt sjuka och döende personer. Den palliativa vården i regionen behöver därför förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting/region och kommuner. En grundläggande webb utbildning i palliativ vård finns tillgänglig för all vårdpersonal i regionen. För patienter med komplexa symtom eller med särskilda behov behövs tillgång till specialiserad palliativ vård. Den tillgången behöver förstärkas i regionen för jämlik vård.

Det övergripande målet är att palliativ vård av god kvalitet ska erbjudas alla invånare inom regionen som behöver det, oavsett bostadsort, vårdform och diagnos.

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Täckningsgrad i Svenska Palliativregistret vad gäller cancerpatienter som avlider på sjukhus: 95 %	2018
Brytpunktssamtal för patienter som kan medverka: 95%	2018
Användning av validerat smärtskattningsinstrument: 80% *	2018
Dokumenterad individuell vidbehovsordination av läkemedel i injektionsform mot ångest: 95 % *	2018
Bedömd munhälsa: 90 % *	2018
Valfrihet av dödsplats: minska andelen "vet ej" för patienter som kan medverka: <15 % *	2018

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Storsjögläntan tillhandahåller specialiserad palliativ kompetens över hela länet till stöd för anslutna patienter som vårdas i det egna hemmet. Den palliativa konsultverksamheten är nu väletablerad med stöd till vårdavdelningarna på Östersunds sjukhus men utgör också en resurs för primärvården och den kommunala sjukvården i länets samtliga kommuner. Dessa verksamheter saknar ännu täckning på jourtid.

Den allmänna palliativa vården i länet har utvecklats genom bl a att gemensamma riktlinjer tagits fram för vilka läkemedel som ska ordinerats i livets slutskede. Dessa tillämpas numera brett på både sjukhuset och inom primärvård och kommunala vårdenheter. Specifika, klinikövergripande sökord i Cosmic (Brytpunktssamtal och behandlingsstrategi/-begränsning) har också inneburit en kvalitetsförhöjning. Web-utbildningen i allmän palliativ vård har introducerats för ett och ett halvt år sedan och cirka 500 anställda på sjukhuset och i den kommunala vården har så långt genomfört den (cirka hälften på respektive ställe). På sjukhuset sammanföll tyvärr introduktionen med Cosmic-införandet. Därför är det angeläget med en extra drive nu igen. Andelen av verksamheter som regelbundet tar ut statistik från Svenska palliativregistret och diskuterar resultaten på planeringsdagar/arbetsplatsträffar för att få stöd för ett fortsatt förbättringsarbete är fortfarande för få.

Då 60% av alla cancerpatienter vårdas i livets slutskede och dör utanför sjukhuset är tillgång till Region Jämtland Härjedalens journaldokumentation av vikt för att inblandad kommunalt anställda sjuksköterskor ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett optimalt sätt.

Nedanstående siffror gäller måluppfyllelsen 2015:

Täckningsgrad i Svenska palliativregistret för cancerpatienter oavsett dödsplats är 88% (= minskning jämfört med >100% 2013)

Brytpunktssamtal för patienter som kan medverka är 75% (=ökning jämfört med 66% 2013)

Användning av validerat smärtskattningsinstrument är 39% (=oförändrat)

Vidbehovsinjektion mot ångest sista dygnet fanns i 92% (= ungefär som 2013 91%)

Bedömd munhälsa i 70% (=ökning från 65% 2013)

Valfrihet av dödsplats: andelen "vet ej" är 35% (=minskning jämfört med 40% 2013)

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Att uppfylla de mål som är uppsatta för den palliativa verksamheten i RCC:s dokument, i det nationella vårdprogrammet för palliativ vård och Socialstyrelsens riktlinjer för palliativ vård.

En fortsatt strävan mot de ovan uppsatta målen utifrån resultat i Svenska palliativregistret gäller också. Dessutom är ett mål att minst hälften av all patientnära personal på sjukhuset ska

ha genomgått web-utbildningen i allmän palliativ vård inom det närmaste året (tar 4-5 timmar) och att minst 75% har genomgått utbildningen sommaren 2018.

Den palliativa konsultverksamheten finansieras och bemannas året runt kontorstid (dvs 52 veckor om året i stället för som nu 40 veckor om året).

Dessutom är ett mål att få till en palliativmedicinsk telefonjourlinje som är bemannad 24 timmar om dygnet och 7 dar i veckan.

Ett annat mål är att minst en läkare har avslutat sitt ST-block i palliativ medicin (=blivit specialist) och att ytterligare ett ST-block i palliativ medicin därefter tillsatts.

Att samtlig legitimerad personal i kommunal tjänst har tillgång till de journaluppgifter som de behöver för att kunna utföra sitt arbete på ett optimalt sätt (epikriser, journaltext, provsvar, röntgensvar, medicinlistor).

Aktiviteter (2016-2018) och tidplan:

1. Drive för att vidmakthålla och öka täckningsgraden i Svenska palliativregistret. Detta kan göras genom att chefer anmodas ange sina resultat på detta område i sina årsrapporter.
- Om inte resultaten efterfrågas och diskuteras som ett led i förbättringsarbetet tappar så småningom medarbetarna motivationen att rapportera. Som stöd för berörda chefer finns det möjlighet nu att abonnera på verksamheternas resultat kvartalsvis från registret.
2. Fortsatt informationsdrive vad gäller vikten av smärtskattning, munhälsobedömning och att i ökad utsträckning få reda på var patienten vill tillbringa sin sista tid.
3. Samtliga enhetschefer på vårdavdelningarna uppmanas möjliggöra för minst hälften av personalen att genomgå web-utbildningen i allmän palliativ vård på arbetstid.
4. I samarbete med RCC Norr och ingående landsting verka för att palliativmedicinsk telefonjourlinje införs senast 180101.
5. Ett nytt ST-block i palliativ medicin tillsätts senast våren 2018.
6. Den palliativa konsultverksamheten finansieras och bemannas kontorstid 52 veckor om året senast till sommaren 2017.
7. Systematisk uppföljning i samtliga länets kommuner av hur journaltillgången fungerar via NPÖ. Eventuella brister rättas till senast under våren 2017.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Att verksamheternas årsrapporter ska innehålla uppgifter om i vilken utsträckning uppsatta palliativa mål uppnås = måldata från Svenska palliativregistret

Att enhetscheferna på samma sätt uppmanas rapportera när minst hälften av vårdpersonalen genomfört web-utbildningen i allmän palliativ vård och med tydligt mål om att detta ska vara uppnått senast till sommaren 2017.

Att beslut tas om medel motsvarande en halv överläkarts tjänst avsätts för att bidra till en palliativmedicinsk telefonjourlinje. (Andra halvan tillförs av ett annat av regionens landsting = samjour över länsgränserna).

Att det redan fattade beslutet om den onkologiska utredningen genomförs senast under vårterminen 2017 vad gäller bemanning och finansiering av den palliativa konsultverksamheten 52 veckor om året kontorstid.

Att legitimerad kommunal personal får tillgång till adekvata journaluppgifter på de patienter de har vårdansvar för.

Ansvarig för genomförande:

Ad 1. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ad 2. Palliativ processledare i samverkan med Storsjögläntan och det palliativa konsultteamet

Ad 3. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ad 4. Regional palliativ samrådsgrupp tillsammans med regional palliativ processledare

Ad 5. Läkaravdelningschefen på område kirurgi

Ad 6. Områdeschef kirurgi

Ad 7. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Medicinskt ansvarig:

Respektive verksamhetschef

Ansvarig för rapportering:

Respektive verksamhetschef och länsövergripande MLU på palliativa enheten (= Storsjögläntan/palliativa konsultteamet)

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Berörda verksamheter inom HSförvaltningen ska under perioden ha mål för god palliativ vård i sina verksamhetsplaner inkl ambitionsnivå för web-utbildning.

Bertil Axelsson får i uppdrag att ta fram beslutsunderlag gällande palliativmedicinsk telefonjourlinje med konsekvenser för Region Jämtland Härjedalen för senare ställningstagande.

Utvecklingen enligt beslutad onkologisk utredning inkl palliativa konsultteamet verkställs enligt plan.

Regionledningen diskuterar behov av strategi för ST-tjänster. Detta kan komma att påverka dagens styrning och prioriteringar av ST.

Kommunal personals tillgång till Cosmic kan Region Jämtland Härjedalen inte besluta om, enbart beskriva möjligheterna och nytta. Region Jämtland Härjedalen är producenter av information till NPÖ.

1.6. Onkologisk specialistkompetens behöver finnas inom alla regionens fyra landsting och åtgärder för att åstadkomma detta vidtas.

Den onkologiska vården blir alltmer komplex och subspecialiserad i takt med att nya läkemedel blir tillgängliga, kunskapen om genetiska förutsättningar för vissa behandlingar ökar och strålbehandlingen utvecklas mot alltmer specialiserade och individanpassade stråldoser. Tillgång till onkologisk kompetens behövs fortlöpande under behandlingstiden. Onkologisk behandling ger ofta biverkningar, som behöver hanteras optimalt för att minimeras. Det övergripande målet är att säkerställa tillgång till specialistkompetens inom onkologi vid samtliga länssjukhus, för att möjliggöra en likvärdig och säker onkologisk behandling av regionens cancerpatienter.

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Landstingsstyrelsen gav i september 2014 § 225 landstingsdirektören i uppdrag att utreda möjligheterna att inrätta en egen onkologiverksamhet vid Östersunds sjukhus. Utredningen är verkställd och beslut fattas i Regionstyrelsen 2016-03-23 § 75. Målbilden är en onkologisk mottagning och en onkologisk/palliativ avdelning som bemannas av onkologer, palliativmedicinare och underläkare från andra specialiteter samt sjuksköterskor som kan hantera medicinsk onkologi. Regionen blir därmed tydligare i beskrivning av verksamheten och det blir en attraktiv arbetsplats. Därmed kan färdiga onkologer rekryteras och bra förutsättningar ges för de som är under utbildning att komma tillbaka till en samlad, tydlig, attraktiv verksamhet. **En verksamhet av hög klinisk kvalitet och säkerhet med nöjda patienter, som samtidigt är ekonomiskt effektiv och skänker tillfredsställelse till alla olika kategorier av medarbetare.**

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018), Aktiviteter och Tidplan

Utredningen delar upp sina förslag för att nå målbilden i tre steg:

Steg 1 Allt bättre NU år 2016-2017:

- Införande av IT-system för dosering av cytostatika,
- Förändring av lokaler på onkologmottagningen,
- ST-läkare inom onkologi ges uppdrag att tillsammans med onkologmottagningens personal skapa enhetliga rutiner
- Standardiserade vårdförlopp enligt nationella krav beaktas,
- Införande av PICC-line (perifert insatt central kateter)
- Utveckling inom cancerrehabilitering,
- En tredje ST-läkare startar utbildning till onkolog,
- Detaljerna kring hur en onkologisk/palliativ vårdavdelnings ska utformas diskuteras fram

Steg 2 Målbild om 2-4 år dvs 2018-2020:

- 2018 första onkolog färdigutbildad,

- 2020 andra onkolog färdigutbildad,
- Minskat behov av onkologkonsulter,
- En onkologisk/palliativ avdelning startar i början av perioden.
- Palliativa konsultteamet utökas så att året-runt stöd kan ges, och del av skötsel av avdelningen kan ske
- Rekrytering av färdig specialist
- Minskning av tjänsteutrymme för kirurger.
- Viss hemtagning av regionvård från Umeå och Sundsvall.
- Analyser för alla cancerverksamheter i Region Jämtland Härjedalen startar med ambition att all lämplig onkologisk verksamhet samordnas på bästa sätt.

Steg 3 Målbild om 5-7 år dvs 2021-2023:

- 5 onkologer och 1 ST-läkare finns,
- Ytterligare minskning av tjänsteutrymme för kirurgerna
- Onkologkonsulter med specialkompetens används för att minska patienters resor till regionvård, inte istället för egen grundbemanning
- Onkologisk/palliativ-avdelning och mottagning med strukturerat, effektivt arbetssätt och god kvalitet för patienterna finns nu.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Beslut är fattat – återstår verkställighet

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Adam Thomas

Medicinskt ansvarig: MLA kirurgi(när de har ngn på plats)

Ansvarig för rapportering: Områdeschef Adam Thomas

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Klartecken att verkställa enligt beslut. Finansiering av införande av cytostatika-doserings-system beslutad inom ramen för professionsmiljarden.

1.7. Öka förutsättningarna för tidig upptäckt, genom att utveckla och optimera screeningverksamheten och genom att förbättra förmågan hos akut- och primärvården i regionen att utan fördröjning diagnostisera cancersjukdomar.

Att upptäcka cancer i så tidigt stadium som möjligt är ofta avgörande för vilken behandling som kan ges och för resultatet av behandlingen. För cancer i bröst och livmoderhals finns screeningprogram, och dessa behöver fortlöpande utvecklas och optimeras. En nationell studie pågår för tjocktarmcancerscreening, som ett steg i införandet av allmän screening för tjocktarmscancer. För prostatacancer rekommenderar inte Socialstyrelsen allmän screening, men många män utan symtom på prostatacancer tar PSA-prov i screeningsyfte och bra rutiner behövs för information kring detta.

Att akut- och primärvården har god förmåga att diagnostisera cancersjukdomar utan fördröjning är väsentligt. De standardiserade vårdförloppen, som införs nationellt för att minska väntetiderna och öka kvaliteten i cancervården, baseras på en snabb utredning vid välgrundad misstanke om cancer och att en cancerdiagnos medför att en snabb behandlingsstart.

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
<i>Livmoderhalscancerprevention</i>	
Regionen ansluten till processregistret (Cytburken), med fungerande fortlöpande dataleverans till processregistret *	2017
Landstingen har en tydlig organisation för cervixcancerprevention, med dokumenterad ansvarsfördelning med processansvarig och styrgrupp förankrad i landstingsledning *	2016
Implementering av SoS nya screeningriktlinjer från 2015. Planering och arbete påbörjas under 2016 i alla regionens landsting.	2017
<i>Mammografi</i>	
Samtliga landsting anslutna till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening och levererar data regelbundet till INCA	2017
Deltagande i regionen förbättras till 87.5% *	2018
Längd för screeningintervall (tid mellan erbjudna datum i två konsekutiva screeningomgångar): 95% inom 24 månader	2017
Andel som dubbelgranskas: 98% i regionen	2017
Tid (dagar) från screening till diagnos (enligt definition i cancerregistret) för screeningupptäckt bröstcancer: 90% inom 31 dagar	2017
Intervallcancer (andel av totalt antal cancerfall bland deltagare) år 1 och år 2 (innan nästa screening): <30% år 1, <50% år 2	2017
Andel av screeningupptäckt cancer som är Stadium II+ <30%	2018
<i>"Vägen in i cancervården"</i>	
Kartläggning av tider och remissförfarande för patienter med kolorektalcancer i primärvården (PV) i norra regionen, från kontakt med vården till diagnos. Detta ska ge underlag för adekvata framtida förändringar. Mål fastslås när slutsatser av kartläggningen dragits	2 år efter beslut om mål
Kartlägga förekomsten av cancerfall upptäckta inom regionens PV samt identifiera förekomsten av de vanligaste symtomen patienter sökt för när de remitterats för cancerutredning. Sammanställa andelen av patienter inkluderade i SVF. Syfte: identifiera områden som behöver förbättras i PV. Målet förutsätter extra resurser för kartläggning.	3 år efter beslut om mål, 2018/2019
Sprida information och stödja införande av SVF, genom information till all PV-personal och genom att PV-versioner av SVF finns tillgängliga på respektive landstings plattform.	Januari 2016
Snabbare och bättre omhändertagande av patienter med misstänkt cancer i PV genom att följa SVF.	Hösten 2017 för de 5 första SVF-diagnoserna, 2018 för kolorektalcancer
Minst 30% av patienterna handläggs enligt SVF för de diagnoser där SVF finns	2017

Fortbildning för sjuksköterskor och läkare i norra regionens PV i form av utbildningsdag, ”Hur hittar vi cancer tidigare?” *	2016
--	------

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016, mål (2016-2018), aktiviteter, tidplan:

Livmoderhalscancerprevention

Nuläge Cytburken: **2016 04 22 – ännu inte i bruk** Beslut tagna och avtal påskrivna sedan länge inom RJH (LD beslutade i aug 2011 om införande och avtal undertecknades av bitr LD i mars 2014) och numera även inom VLL. I januari 2016 anställdes en medarbetare i VLL som fått uppdrag att jobba med anslutningen till Cytburken, en träff med registerhållaren planerad till 16 05 02.

Aktiviteter (2016-2018) och tidplan:

Region JH (<i>beslut och avtal klart sedan länge men införandet förutsätter att detta görs för VLLs datasystem för patologi på NUS där RJHs data finns</i>) är ansluten till processregistret (Cytburken), med fungerande fortlöpande dataleverans till processregistret *	2017 06 01
Region JH har en tydlig organisation för cervixcancerprevention, med dokumenterad ansvarsfördelning med <i>processansvarig (finns sedan många år)</i> och styrgrupp (behöver uppdateras) förankrad i landstingsledning * <i>Omtag för styrgrupp behövs under hösten 2016 pga nytt Nationellt VP samt RJHs omorganisation.</i>	2016 12 31
Implementering av SoS nya screeningriktlinjer för GCK från 2015. Planering och arbete påbörjas under hösten 2016 inom Region JH <i>men implementeringen kan göras först då alla förutsättningar är uppfyllda, vissa av dessa ligger dock utanför RJHs kontroll.</i>	2018 12 31

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Cytburken

- Oklart om det blir kostnader för införande - underhåll av cytburken framöver – detta finansieras i nu nuläget med ”SKL- kvalitetsregistermedel”.
- Behov av tid för sk landstingsadministratör – lämpligen samordningsbarnmorskan 10-20 %
- samverkan och kravställande på laboratoriermedicin NUS, enligt avtalet med VLL.

Styrgrupp

Mötestid för avstämning och beslut inom Cxca preventionsvårdkedjan

Införande av nytt nationellt Vårdprogram utifrån SoS rekommendationer

- Ca 20% fler kolposkopier beräknas bli följderna – belastar KK (på lång sikt beräknas detta bli balanserat av färre Cxca fall)
- Ökad tid för att besvara kvinnors frågor pga HPV-test som primär screeningsmetod
- Oklart om ev förändrad kostnad pga fler HPVtest och färre cytologier – denna kostnad ligger nu centralt på beställarenheten för alla HC.
- tid för utbildning av inblandade aktörer innan start – ffa BM i PV samt KK personal
- Dialog med ansvariga på laboratoriermedicin NUS ,enligt avtalet med VLL

Ansvarig för genomförande: ansvariga VC i samråd med Processledaren(MHV-öl)

Medicinskt ansvarig: ansvariga VC i samråd med Processledaren (MHV-öl)

OBS genomförandet av samtliga 3 punkter ovan förutsätter samverkan med ansvariga för laboratoriermedicin på NUS inom VLL

Ansvarig för rapportering: Processledaren (MHV-öl)

Mammografi

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Mammografi: Fortsatt välfungerande mammografiscreening

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018): Enligt RCCs regionala utvecklingsplan

Aktiviteter (2016-2018): Fortsatt välfungerande mammografiscreening, däremot delvis p.g.a. pensionerad personal. 2 sjuksköterskor skall påbörja specialistutbildning hösten 2016 och kommer att vara under utbildning i 1,5år. Sköterskebristen därför påtaglig i nuläget.

Mammografiscreening ingår i SVF sedan februari 2016 i nära samarbete med kirurgkliniken.

Det lokala SVF-flödet är under kontinuerlig utveckling.. Dubbelgranskning av screeningundersökningar planerad uppstart hösten 2016. Nyanställd kollega med många års mammografierfarenhet som delvis arbetar på distans från Amsterdam.

Ansvarig för genomförande: OC Område diagnostik teknik och service

Medicinskt ansvarig: MLU Geir Dalhaugen

Ansvarig för rapportering: Geir Dalhaugen

Vägen in i cancervården

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016, mål (2016-2018), aktiviteter, tidplan:

Region Jämtland Härjedalen har gjort en handlingsplan för standardiserade vårdförlopp 2016-03-15. I den framgår följande ang våra utmaningar bl a när det gäller primärvårdens.

- Fler arbetsgrupper är bildade, bland annat för primärvården. Arbetsgivare och samtliga professioner, samt privata vårdgivare är representerade, i varierande grad.
- Utforma mer, riktad information till regionens olika verksamhetsområden. Den ska belysa vad SVF innebär för verksamheten och dess medarbetare.
- Särskild utbildningssatsning till primärvårdens alla superanvändare i det vårdadministrativa systemet, COSMIC, om de dynamiska SVF-remisserna.
- I samband med utbildningen ovan även information om vad SVF innebär för primärvården, samt demonstration av den sammanställning/lathund som tagits fram.
- Information om SVF i samband med fortbildningsdagar för distriktssjuksköterskor och medicinsk sekreterare i primärvården.
- Överväga utskick i form av vecko- eller månadsbrev till berörda chefer att ta upp i samband med APT.
- Berörda verksamheter rekommenderas att ha SVF som stående punkt på agendan för APT, vilket flera redan har.

Ansvarig för genomförande: Projektledaren för SVF Elin Wassdahl

Medicinskt ansvarig: resp specialitet

Ansvarig för rapportering: Projektledaren för SVF Elin Wassdahl

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Chef lab.medicin har skriftligt uppdrag att samverka med NUS avseende patologi .

Kostnaderna som beskrivs måste i rådande ekonomiska läge hanteras in befintliga ramar.

Inget ytterligare beslut krävs när det gäller SVF, dvs vägen in i cancervården

1.8. Cancerprevention

En tredjedel av all cancer skulle kunna undvikas genom ändrade levnadsvanor. Rökning, alkohol, ohälsosam kost, stillasittande, övervikt och solande ökar risken för cancer. Det finns även miljöfaktorer som bidrar till ökad cancerrisk. Preventionsinsatser kan bestå både av

allmänna hälsofrämjande åtgärder och strategier som riktas mot grupper med högre risk att utveckla en viss sjukdom. Det övergripande målet är att regionen genom ett aktivt cancerpreventivt arbete ska minska risken att befolkningen insjuknar i cancer.

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Införa Tobaksfri Duo i alla regionens kommuner, med målsättningen 70 % tecknade avtal i regionen.	2017
Diplomerade tobaksavvänjare ska finnas tillgängliga för länets hela befolkning, inom primärvård eller folktandvård.*	2017
Öka andelen som tillfrågas om sina alkoholvanor inom vården.	2017
Ökad fysisk aktivitet genom att fler kliniker arbetar aktivt med att samtala om fysisk aktivitet och förskriva FaR. *	2017
Minska antalet stillasittare i regionen genom ökad kunskap bland befolkningen. *	2018

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Tobaksfri Duo – JLL startade sitt arbete med implementering av metoden juni 2012 och under 2015 arbetar 9 skolor i tre kommuner i Jämtlands län enligt metoden. Detta är en siffra som stått still sedan 2014.

Tobaksavvänjare finns i alla kommuner.

Låg förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – Region Jämtland Härjedalen förskrev 2015 ca: 260 FaR. Sedan 2012 har förskrivningen minskat från ca 1000 till förra årets låga nivå. Exempelvis har Västernorrland under samma period mer än dubblat antalet förskrivna FaR från ca 3400 till närmare 8000. De övriga Norrlandstingen ligger, trots dubbla innevånarantalet på nivåer klart över Region Jämtland Härjedalen.

Antalet stillasittande är oförändrat. Mäts nästa gång i Hälsa på lika villkor 2018.

Kunskapsnätverk för alkoholprevention – Region Jämtland Härjedalen har i dagsläget ingen representant i nätverket.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Prioritera ungdomar och blivande/nyblivna föräldrar inom handlingsplanen för tobaksfri region 2025.

Rökfrihet inför benigna operationer vid samtliga kliniker.

Aktiviteter (2016-2018) och tidplan:

Ökad förskrivning av och följsamhet till FaR samt ökad kunskap om verksamma metoder som bidrar till långsiktig fysisk aktivitet med stöd av FaR.

RCC har beviljat medel för START-kampanjen som riktas till personer som är otillräckligt fysiskt aktiva d.v.s. både primär- och sekundärpreventiv målgrupp. Kampanjen startar hösten 2016 och pågår in på 2017.

Tobaksavvänjare finns i alla kommuner och ska fortsatt finnas i alla kommuner – kontinuerliga utbildningsinsatser ska ske, bland annat genom tobaksavvänjarutbildningar med diplomering, uppföljningsdagar två ggr/år samt löpande handledning av avvänjare.

Omtag gällande Tobaksfri Duo (TD). Kommunerna tar över ansvaret för att implementera TD medan Region Jämtland Härjedalen står för uppdaterat och aktuellt informationsmaterial samt uppföljning och utvärdering.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – Signaler kommer från tobaksavvänjarna att de inte får tillräcklig med tid för detta arbete.

Ansvarig för genomförande: Regionstabschefen

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Chef Utvecklingsenheten

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

PVs uppdrag kring tobaksavvänjning och FAR är viktigt.

Resp verksamhet hanterar målet med rökfrihet inför benigna operationer enligt egna rutiner.

1.9 Cancerrehabilitering

Syftet med cancerrehabilitering är att lindra symtom av sjukdom och behandling, underlätta tillvaron och återgång till ett fungerande dagligt liv för patienter med cancer och deras närstående. Det omfattar såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov och sträcker sig över hela patientens vårdprocess. Cancerrehabiliteringen ska utgå från en strukturerad bedömning av individuella behov och dokumenterad planering av åtgärder. Alla patienter med cancer samt deras närstående ska få information om och erbjudas grundläggande cancerrehabilitering. Vid behov över grundläggande nivå ska kontakt med rehabiliteringsprofession erbjudas, för vidare utredning och åtgärder. Minderåriga barn med en vårdnadshavare som har cancer ska särskilt beaktas vad gäller behov av information, råd och stöd.

Det övergripande målet är att alla regionens cancerpatienter och deras närstående ska erbjudas grundläggande cancerrehabilitering, samt ytterligare rehabiliteringsåtgärder utifrån individuella behov.

Regional målnivå 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
Regionens cancerpatienter erbjuds ”min vårdplan” (utifrån generisk modell)	30% 2016, 60% 2018
80% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med namngiven kontaktsjuksköterska	2018
15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med arbetsterapeut. Mål till 2020: 30%	2018
40% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med kurator. Mål till 2020: 80%	2018
15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med fysioterapeut Mål till 2020: 30%	2018
15% av regionens cancerpatienter erbjuds kontakt med dietist Mål till 2020: 30%	2018
95% av regionens cancerpatienter får skriftlig generell information om cancerrehabilitering	2018
Bilda en multidisciplinär arbetsgrupp i regionen med tydligt uppdrag och syfte (tidigare grupp ska utökas och ombildas)	2016

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

I nuläget finns ingen given struktur angående hur Region JH ska arbeta med psykosocialt stöd och rehabilitering hos cancerpatienter. Kvinnokliniken har efter att ha deltagit i Carereprojektet ett mer strukturerat arbetssätt kring cancerrehabilitering. Resurserna inom paramedicinsk specialitet såväl vid kvinnokliniken som resterande delar av Region Jämtland Härjedalen är dock begränsade och för få för att klara av de rekommendationer som föreslås i vårdprogrammet för psykosocialt stöd och rehabilitering. I dagsläget finns inget avtal eller överenskommelse gällande sjukgymnast/arbetsterapeut för de cancerpatienter som behandlas polikliniskt. Det finns inom Region Jämtland Härjedalen inte heller någon strukturerad tillgång till psykolog eller logoped för cancerdrabbade. Region Jämtland Härjedalen har representanter i den nybildade regionala gruppen för cancerrehabilitering. Inom kirurgkliniken bedrivs en studie med syfte att undersöka behovet av cancerrehabilitering hos de som får adjuvant cytostatikabehandling samt hos deras närstående.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Att uppfylla regionala målnivåer enligt ovan.

Aktiviteter (2016-2018):

- Regelbundna möten med det regionala arbetsgruppen för cancerrehabilitering.
- Inrättande av en lokal multiprofessionell arbetsgrupp för regelbundna möten, kompetensutveckling och fortlöpande arbete utifrån regionalt fattade beslut inom området cancerrehabilitering planeras att ske under hösten 2016.
- Ett regionalt pilotprojekt inom cancerrehabilitering för hjärntumörpatienter pågår i Region Jämtland Härjedalen.

Tidplan: Pågående arbete.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

- Tydligt mandat i linjeorganisationen för de lokala representanterna att fullfölja uppdragsbeskrivningen.
- Samverkan i linjeorganisationen för att möjliggöra det beskrivna arbetet.
- Önskemål om utökade tjänster avseende paramedicinsk kompetens (Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Kurator, Psykolog, Logoped).
- En grundlig översyn av aktuella resurser kontra behov behöver göras inkluderat primärvården.
- Möjlighet att ta del av särskild budget avseende RCC-arbete.

Ansvarig för genomförande: Lina Eriksson och Bertil Axelsson

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Lina Eriksson

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Ledningsgruppen ser detta som ett viktigt utvecklingsområde. HSDirektören uppmanar områdescheferna att i anslutning till verksamhetsplaneringen 2017 diskutera möjligheterna att inom befintliga personella resurser utveckla denna verksamhet. Önskemålet om utökade tjänster kan i rådande ekonomiska läge inte beviljas.

2. Målnivåer för patientcentrerade kriterier, kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning samt för nivåstrukturering.

2.1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer

Prioriterat område, se 1.7 och 1.8

2.2. Vårdprocesser

2.2.1 Barnonkologi

(bilaga 2 A i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Gemensam plan och program inom regionen för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancersjukdom hos barn och ungdomar. *	2016
Inrätta ett regionalt kompetens- och konsultcentrum för seneffekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar. I detta ingår ny tjänst för konsult-kssk för transition och kontroll av tonåringar och unga vuxna efter cancersjukdom. *	2016 -2017
Vidareutveckla fungerande hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn och ungdomar: 80 % ska ha tillgång till fungerande hemsjukvård vid behov. *	2017
Utforma individuella utvecklingsplaner för alla inblandade vårdgivar-kategorier inom barncancervården i regionen: 80% av personalen ska ha en individuell utbildningsplan. *	2016

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Diskussioner pågår i chefsområdet och gemensamt i Norrland – därför lite för tidigt att beskriva planerna för Region Jämtland Härjedalen.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Aktiviteter (2016-2018):

Tidplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Urban Tirén

Medicinskt ansvarig: Områdeschef Urban Tirén

Ansvarig för rapportering: Områdeschef Urban Tirén

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Inga beslut krävs i nuläget

2.2.2. Blodcancer

(bilaga 2 B i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge RJH
Välfungerande konferenser: a) Telemedicinsk terapikonferens varje vecka för hematologer/onkologer i regionen, med anmälan av patienter i tid, och aktivt deltagande från alla sjukhus. * b) MDK med hematolog, onkolog, hematopatolog och genetiker, med deltagande från alla sjukhus.	2016	Uppfyllt
Bättre täckningsgrad i blodcancerregistret: >70% inom 3 mån. * >90% inom 1 år	2016	Ej uppfyllt
Individuell skriftlig vårdplan till patienterna för 80 % av patienterna	2016	Uppfyllt
Lokala riktlinjer till remitterter om remitteringsvägar för knölar ska finnas i alla landsting.	2016	Uppfyllt
Kontakt- eller teamsjuksköterska finns på alla hematologiska enheter och ansvarar för att patienterna får en individuell skriftlig vårdplan. *	2016	Uppfyllt
Hög följsamhet till nationella riktlinjer enligt målkriterier för varje diagnos.	2016	Oklart
Förbättra ledtid mellan remiss till diagnosbesked och behandlingsplan i enlighet med de tider som definieras i SVF.	2016	Oklart

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Fortsatt behov av rekrytering av hematolog. Stor omfattning av hematologstafetter men når inte egentliga behovet. Anledningen är den ekonomiska konsekvensen av stafettkostnad. Eftersom arbetet med att implementera och få till fungerande arbete med INCAREgistret går det inte att uttala sig om ledtider och följsamhet även om vi tror att det är bra.

Senaste decenniet har det lanserats många **nya läkemedel** inom hematologin med beskedligare biverkningsprofiler än tidigare. Hematologiska maligniteter drabbar i stor utsträckning äldre personer och äldre har i dag färre komplicerande sjukdomar och lever länge med bevarad god livskvalitet. Framgången för behandling av hematologiska maligniteter medför även en stadig uppgång av antalet överlevare efter genomgången behandling som har fortsatta kontroller inom slutenvården. Detta medför ett ökat behov av specialistläkare inom hematologin.

Implementering av SVF för AML genomfördes 2015 och just nu pågår arbetet med SVF för lymfom och myelom.

Ombyggnation av plan 8, där hematologen är placerad, beräknas starta hösten 2016 och kommer att ge bättre förutsättningar att bedriva mer avancerad hematologisk vård som idag sker i Umeå till höga kostnader. Strävan är även att kunna flytta upp mottagningen till samma plan för att förbättra flödet och samarbete kring dessa patienter.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

- Nå en hematologspecialistbemanning som motsvarar behovet
- Sätta arbets sättet för INCA registret samt arbeta ikapp
- Genomföra den ombyggnad som planeras för hela plan 8.
- Sträva efter att mottagningen kan inrymmas i planen för hela plan 8.
- Fortsätt att driva frågan att ta hem specialistvård från Umeå.

Aktiviteter (2016-2018):

Rekrytera hematologspecialist/er samt minst 1 ST, påbörjas redan hösten 2016

Särskild person har 3½ mån i höst att arbeta ikapp INCAregistret (kvalitetsregister) samt bygga rutinerna för hur det ska fungera.

Fortsätta implementeringen av SVF lymfom och myelom och jobba med ledtiderna när data finns tillgängligt.

Tidplan: Rekrytering av hematologspecialist samt ST inom hematologi.

Ombyggnation av plan 8 och samlokalisering med hematologmottagningen 2016-18

Genomföra SVF för lymfom och myelom 2016

Registrera ikapp i INCA-registret under 2016

Vidareutbildning av sjuksköterskor inom hematologi 2016-18

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Beslut om hur hematologens verksamhet på plan 8 skall kunna samlokaliseras med hematologmottagningen.

Beslut om att ta hem delar av riks- och regionvård

Ansvarig för genomförande: EC plan 8 samt medicinmottagningen och OC HIM

Medicinskt ansvarig: Andreas Asklund MLU

Ansvarig för rapportering: OC HIM

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Inga beslut behövs idag eftersom styrgrupp för plan 8 CMS 2.0 hanterar frågan om samlokalisering och hemtagning av riks- och regionvård.

2.2.3. Bröstcancer

(bilaga 2 C i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
90 % av kvinnorna med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor *	2017
95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation *	2018
90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor *	2017
5-årsöverlevnaden ska vara >90 % *	2018
98% av alla PAD-svar efter operation ska vara fullständigt strukturerade	2018
10% av patienterna ska få omedelbar bröstrekonstruktion med implantat	2018
50% av patienterna ska handläggas i enlighet med SVF	2018

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Bröstcancervården har fortfarande förhållandevis jämnt resultat över riket jämfört med många andra cancerformer och RegionJH:s resultat står sig fortfarande väl vid såväl regional som nationell jämförelse. Detta pga väl implementerat, men i volym för en kirurg otympligt, nationellt vårdprogram. Tyvärr har vårt regionala vårdprogram enl RCC-krav ”nedrustats” till ett mkt kortfattat appendix, vilket gör det svårare för kirurger att sköta den onkologiska delen av bröstcancervården inom RJH.

Avseende nuläge för de uppsatta regionala målen 2016-2018:

-Målnivåerna att erbjuda op inom 3-4 veckor uppnås ej (2015 77,6% inom 3v, 90,8% inom 4v), men fortfarande har vi bland de bättre siffrorna inom regionen. Vårt värdegrundsmål att ha läkarkontinuitet kan innebära något förlängd tid till operationen, men för patienter som insisterar på tidigare op ombesörjs detta om möjligt.

-Avseende målen 95% PAD-svar klara inom 3 veckor från op samt 98% av PAD-svar fullständigt strukturerade, uppnås inte målen för närvarande. Ett önskemål vore att mer diagnostik (fr a immunohistokemisk analys) kunde göras på plats i Östersund vilket skulle korta ledtiderna betydligt, prep skickas nu efter första analys i Östersund till Umeå, 2-3 dgr går åt bara för transport av prep).

(2015: klara PADsvar inom 3v: 72,4%, 2014: 81,7%

Fullständigt strukturerade PADsvar: 2014: 83,6%)

-Målet att starta onkologisk behandling inom 6 veckor uppnåddes under 2015 ånyo med högsta siffran inom regionen. (92,9%). Tyvärr är det omöjligt att alla patienter får träffa onkolog innan start av onkologisk behandling, men alla får erbjudande att få göra det någon gång under behandlingens gång.

-Mål 5-årsöverlevnaden ska vara över 90% - 2015 års siffror var 88,8%.

-Mål att 10% av patienterna ska få omedelbar bröstrekonstruktion med inplantat: Målnivåsiffran har ju ingen medicinsk vetenskaplig grund, utan mer godtyckligt satt och där föreligger stora skillnader i procentalen nationellt (liksom även åsiktsskillnader mellan disciplinföreträdarna). Måluppfyllelsen bedöms inte vara den högst prioriterade bland ovanstående mål inom RJH. Alla kvinnor som mastektomerats pga DCIS erbjuds direktrekonstruktion och alla kvinnor som mastektomerats pga invasiv BC erbjuds rekonstruktion åtminstone i senare skede (med de metoder RJH står för).

-SVF bröstcancer: Då det redan tidigare funnits välfungerande bröstmottagningsverksamhet med relativt korta väntetider, bidrar inte SVF BC till så stor skillnad i ledtider, utan risken föreligger i stället, med de ytterligare förkortade ledtiderna, att ”för många” patienter anmäls via primärvården som SVF, som inte har bröstcancer och därmed får man en undanträngande effekt på patienter som har diagnosen BC (vilket vi redan noterat nu i uppstarten samt är känt från bl a Danmark, angetts att endast 29% av patienter som gick in i ett SVF hade bröstcancer liksom att endast 60% av bröstcancerpatienterna ingick i SVF).

Regionens mål:

Att försöka uppnå de mål som angetts regionalt för 2016 – 2018 samt att behålla den kvalité vi redan uppnått i tidigare mål. Se även nedan.

Aktiviteter 2016-2018, tidplan :

Viktiga målområden att arbeta med är utöver detta:

-Avlasta läkarkategorin kvalitetsregisterregistreringen, men personella resurser krävs på sjuksköterske- alternativt sekreterarnivå för detta.

-Inom SVF bröstcancer (liksom övriga cancerformer) inom Cosmic försöka få bättre IT-stöd att utverka ett för verksamheten vettigt verktyg än det som finns i Cosmic "canceröversikten" då det för verksamheten är viktigast att inte bara ha med alla inom SVF anmälda patienter (där ju många inte har bröstcancer), utan i stället ett verktyg där man kan följa alla patienter som verkligen har cancer (enligt den modell som föredragits för RJH från Jönköping, dr Westman, kolorektalkirurg).

-Förenkla initiala utredningen av bröstcancermissstanke enligt tex Norrbottens modell med mammografiavdelningen som huvudaktör i den diagnostiken för att minska initiala ledtider.

-Avlasta kirurgspecialisterna ytterligare del av postoperativa årskontroller efter kirurgi till kontaktsjuksköterska och ev mammografiavdelning. Vissa bör så småningom övertas av onkolog.

-Att onkologiska bröstverksamheten avlastas från kirurgerna, även interimistiskt innan onkologutredningens mål uppnås.

-Från bröstcancerverksamhetens håll försöka påverka patologavdelningen så att de regionalt uppsatta målen även uppnås från RJH:s patienter.

-Att integrera journalsystem för svar från patologen och COSMIC – se kommentarer nedan.

Ev beslut som krävs (t ex omorganisation, särskilt budget etc):

Personalrekratering. Inom samtliga steg i vårdkedjan för bröstcancer behövs förstärkning, mammografiavdelningens personal, kirurgspecialister till bröstcancerverksamheten, kontaktsjuksköterskor på sikt, patologiavdelning med såväl läkare (fast och kontinuerligt arbetande i Östersund) och BMA, onkologer men också sekreterare- sköterskeresurser att överta t ex kvalitetsregisterarbetet från läkarna. Till viss del saknas personer, till viss del saknas tjänster.

På kirurgsidan är subspecialiteten svårrekruterad, mycket p g a det fortsatt tunga och tidskrävande onkologarbetet, där inte mycket hänt till det bättre jämfört tidigare handlingsplanen (Sundsvalls-onkologkonsulter utgått t ex). Onkologispecialiteten fortsätter att växa i såväl volym som komplexitet. Inte heller kan RJH:s BCpatienter erbjudas delta i onkologiska studier så länge fast onkolog på plats saknas o fn svårt att äv låta BCpatienter delta i kirurgiska studier pga den arbetsbelastning som fn ligger på BC-kirurgerna.

Fortsatt är det kirurgklinikens lednings sak att styra nya kirurgspecialister till de olika subspecialiteterna så att adekvat läkarbemannning erhålls för respektive subspecialitet. Dock måste det däremot vara hela RJH:s angelägenhet att tillse att förstärkning i onkologisk kompetens tillförs redan nu, interimistiskt, i avvaktan på arbetet med onkologutredningen..

Fortsatt behöver även plastikkirurgiska kompetensen förstärkas på kliniken p g a pensionsavgång, nu främst utbildningsmässigt. Det är fortsatt ett tveksamt beslut att

kvinnorna i Jämtland inte skall få bröstrekonstruktion med autolog vävnad när övriga regionens kvinnor får det, framför allt i de fall där annan rekonstruktion som utförs vid Östersunds sjukhus, inte är medicinskt lämplig (rekonstruktion med expanderprotes efter mastektomi i strålbehandlat område).

Ett ytterligare stort patientsäkerhetsproblem är avsaknaden av PADsvar i nuvarande journalsystem Cosmic (ordnat tex som uthopp lika enkelt som det fn är till rtgsvar). För BCverksamheten där kompletterande PADsvar kommer i upp till 4-5 steg, finns det stor risk att senaste svar inte finns tillgängligt, att inte det sista kompletta svaret är det som inscannas mm. Det går dessutom inte i dagligt arbete att använda de inscannade svaren i Mediaarkivet pga det långsamma uthoppet o dåliga översikten där. Det innebär mycket merarbete för fr a patologavd att ta serva klinikerna med att ta fram kopior på svar. Tekniken finns fungerande mellan Sympati o Cosmic tex i Växjö. Detta en fråga som måste drivas på högre nivå än kir kliniken, inom RJH.

Fortfarande finns i framtiden den möjliga tekniken med intraoperativ strålbehandling som just för en glesbygdsregion vore en aktuell teknik att titta närmare på av såväl humanitära som ekonomiska skäl (se kommentar i bilaga C i Regional handlingsplan RCC)

Ansvarig för genomförandet: MLA BC kirurgi, men många av ovan beskrivna åtgärder ligger på klinik- respektive region (RJH)nivå att driva.

Den medicinskt ansvarige: MLA BC kirurgi för de på kirurgkliniken tillhörande målen (där utöver medicinsk ledningsansvarig på mammografiavdelning, patologavdelning samt onkologansvarig från NUS).

Ansvarig för rapportering: MLA BC kirurgi/verksamhetschef.

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Genomförande av onkologitutredningen ska följa angiven plan.

Uthopp från journalsystem Cosmic till Sympati(patologi) prioriteras och är i planeringsfas.

Utveckling av canceröversikt enligt modell Jönköping pågår för colorektal cancer. När det är klart ska spridning ske till andra cancerformer

Övertagande av diagnostik från kirurgi till mammografi, får ske successivt genom överenskommelser mellan verksamheterna.

Önskemålet om utökade tjänster kan i rådande ekonomiska läge inte beviljas.

2.2.4. Gynekologisk cancer

(bilaga 2 F i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
Minska ledtiden för remissgång från kvinnokliniker till gynonkologen till 2 dagar	2016
Öka andelen patienter med ovarialcancer stadium I som fått optimal stadiindelning med systematiska biopsier till 50%	2016
Ökad andel patienter som är opererade av erfaren tumörkirurg till 50 %	2016

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Kvinnosjukvården följer ”Regionalt vårdprogram för ovarialcancer” med förtydligande i lokalt PM. Kliniken har team med läkare/Kontaktjuksköterska/kurator till varje patient och

har än så länge möjlighet att snabbt nå gynonkolog i Umeå per telefon för snabb rådgivning. Inrapportering till kvalitetsregister Gynop-INCA sker. Kliniken har PAD-ronder och gynonkond med det palliativa konsultteamet vid Östersunds sjukhus. Verksamheten har också tät kontakt med Storsjögläntan.

Verksamheten har en kontaktsjuksköterska men ett ökat patientantal innebär att ett starkt behov finns att utöka med ytterligare en deltidsperson som kontaktsjuksköterska.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Följa "Nationellt vårdprogram för ovarialcancer" med de regionala och lokala anpassningar som behöver göras och mål enligt ovan. Om kliniken helt arbetar efter detta, vilket förespråkas i det nationella programmet, kommer det att bli ökade omkostnader och risk för kompetensutarmning.

Antalet patienter som skall remitteras för utredning av ärftlig ovarialcancer har ökat och kommer fortsatt att öka. Det innebär släktutredningar (även av icke regioninvånare) och närmare analys av finansiering av detta är önskvärt

Optimera inrapportering till kvalitetsregistren. Önskemål om integration Cosmic till Gynop. Utvärdering av de regionala målen enligt ovan sker via Gynop-INCA.

Aktiviteter (2016-2018):

Fortsätter med Gynonk-ronder på avdelningen med det palliativa konsultteamet på Östersunds sjukhus. Upprätthålla patologronder. Att delta i aktuella MDK-ronder.

För att säkerställa kvalitén i cancersjukvården och inrapportering till kvalitetsregister behöver ansvariga läkare och andra professioner delta i regionala och nationella möten.

Aktivitetsplan för Område Kvinna 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
Utarbeta och införa "Standardiserat vårdförlopp" =SVF för ovarialcancer	2016
Utarbeta och införa "Standardiserat vårdförlopp" =SVF för cervix- och endometriecancer	2017
Följa beslut inom nivåstrukturer	2016-2018
Utöka med ytterligare en person som delvis arbetar som kontaktsjuksköterska	2016-2017
Fokusera på ledtiden från provtagning till PAD-svar. För närvarande framförallt mot ovarialcancer.	2016-2017
Kunna använda produktion- och kapacitetsplanering för att på ett bättre sätt få rimliga väntetider runt dysplasihandläggning (GCK-svar och koner)	2016-2018
Införa integration Cosmic- Gynop.	2016-2017

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

För läkare fortbildning på Gynonkologen i Umeå och också möjlighet att delta i avancerade canceroperationer för att behålla kompetensen här i Jämtland (viktigt då det ej alltid är canceroperationerna som är de mest avancerade).

Resurser för deltagande i regionala och nationella möten angående kvalitetsregistren behövs.

Budget för ökat antal patienter som ska opereras i Umeå.

Budget för omkostnader för utredningar av ärftlig ovarialcancer.

Budget för ökad behandling med Avastin (ökad kostnad med 1Mkr mellan år 2014 och 2015) samt nya cytostatika, bl a Olaparib som har en ny kostnad beräknad till 570tkr per år.

Ansvarig för genomförande: Klinikledning Kvinnosjukvården och Processledare för premaligna och maligna gynekologiska sjukdomar.

Medicinskt ansvarig: MLA kvinnosjukvården

Ansvarig för rapportering: Processledare för premaligna och maligna gynekologiska sjukdomar Kvinnosjukvården

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Ökad finansiering ej möjligt i rådande ekonomiska läge. Omprioriteringar hänskjuts till budgetdialogerna.

2.2.5. Hjärntumörer

(bilaga 2 G i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Nytt område 2016

Regional målnivå 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
Förstärkt patologi i regionen med en neuropatolog, 2 BMA och 2 molekylärbiologer, för att nå mål i nationellt vårdprogram	2016/2017
Bättre fungerande MDK, med väl förberedda patientfall och deltagare, samt medverkan av länssjukhusen	2016
Minska tiden från preliminär diagnos via röntgen till operation till 2 v	2016
Inrapportering i kvalitetsregister: 95%	2016
Kontaktsjuksköterskor (kssk) på samtliga länssjukhus	2016
Förbättra information till patient och närstående och införa ”min vårdplan”: Pärm ska utdelas till alla patienter med gliom grad 3 och 4 samt de med grad 2 som har behov av kssk	2016
Förbättrad cancerrehabilitering: Efter avslutad onkologisk behandling ska patienten kunna remitteras till rehabavdelning/dagrehab i vars uppdrag rehabilitering av hjärntumörspatienter ingår. Tydliga direktiv om var patientgruppen ska erbjudas rehabilitering måste finnas för varje sjukhus i regionen.	2016

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Förbättringsområden inom SVF Hjärntumörer har identifierats genom flödeskartläggning och analys. Följande områden har identifierats: Långa ledtider till PAD svar, ingen MDK förekommer samt rutiner behöver ses över i vårdens övergångar och vårdplan behöver skapas. Förbättringsområde rehabilitering har identifierats och kommer att analyseras i form av deltagande i projektarbete via RCC Norr.

Beskrivning

I flödet är ledtiden från misstanke till röntgen enligt SVF riktlinjen, svårigheter att i nuläget att klara ledtiden från röntgen till operation. Kontaktsjuksköterska/ koordinator har utsetts med skriftligt uppdrag. Kontakt med Umeå universitetssjukhus är tagen för att möjliggöra MDK. Vårdplan och rutiner håller på att tas fram för att säkra vårdens övergångar. Möten hålls med

patologen för att om möjligt minska ledtider för PAD svar. Klarlägga ansvar i rapportering till kvalitetsregister gällande uppföljningsdelen.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Hög patientmedverkan vid kliniska studier - inga studier planeras i dagsläget gällande patientgruppen.

1. Använda logoped i större utsträckning för patientgruppen - denna frågeställning kommer att hanteras när rehabiliteringsprojektet ska fastställas.
2. Förbättrad överrapportering av rehabiliteringsåtgärder - ingår i flödet som skapas vid projekt kring rehabilitering efter cancer.
3. Utökade rehabiliteringsresurser inom hemsjukvård - ingår i uppdraget för Projekt cancerrehabilitering.

Aktiviteter (2016-2018):

Åtgärd	Aktivitet
Patientinformation	Skapa informationspärmar Avstämning med anhöriga/patient gällande info material
Vårdplan	Se över innehåll, Se över rutiner för införande och hantering
Patientansvarig läkare	Diskutera PAL i läkargruppen Se över befintlig rutin, Skapa ny rutin och göra den känd Säkerställa överrapportering
Kontakssk/koordinator	Kartläggning av arbetsuppgifter, Uppdragsbeskrivning Skapa rutiner och göra dem kända
Inskrivningsrutin	Bakjournrutiner- patient via Umeå, Akut inskrivning hemifrån
Utskrivningsrutin	Utskrivningsbesked, Vårdplan, Info vid utskrivning
Permissioner	Förhållningsregler
Rutiner kring "hem i väntan på behandling"	Förhållningsregler, Rutiner för uppföljning under väntan
Information vid vårdens övergångar	Se över och säkra upp info övergångar Överrapportering från Umeå när patient skrivs ut till hemmet.
Rollfördelning och ansvar	Se över olika roller och ansvar i flödet
Övergripande områden	
MDK mot Umeå	Kontinuerlig uppföljn gällande följsamhet o genomförande av MDK.
PAD svar	Medverka till bättre flöden för att minska ledtid Skapa rutin mot Umeå som bekräftar svar på prover.
Röntgen	MR inom 3 dagar. Kontakt medansvarig på röntgen för att se över ledtider och hantering av remisser.
Rehab	Deltagande i projekt tillsammans med RCC Norr för att implementera rehabilitering i hemmet.

Tidplan: SVF Hjärntumörer beräknar att flödet ska vara klart och implementerat 1 nov 2016 för att därefter kontinuerligt följas upp inom befintlig verksamhet. Projektet kring rehabilitering kommer att pågå 1år från mars 2016.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Utökning av kontaktsjuksköterskeresurs på neurologimottagningen för att kunna bemanna fem dagar i veckan för att minska sårbarheten (från nuvarande 40% till 60%). Kostnaden beräknas öka med 100 000kr/helår. Resultatet av rehabprojektet kan innebära utökade resurser för rehab i hemmet. Främst gällande Neuropsykolog för bedömning och behandling.

Ansvarig för genomförande: EC Neurologimottagningen
Medicinskt ansvarig: MLU Neurologimottagningen
Ansvarig för rapportering: Kontaktsjuksköterska

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Utökning av kontaktsjuksköterska OK, men pga rådande ekonomiska läge hanteras genom omprioriteringar inom området.
Rehabprojektet ska följas – om utökade resurser krävs ska det lyftas för ställningstagande.

2.2.6. Huvud- och halscancer

(bilaga 2 H i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Nytt område 2016

Regional målnivå 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
Ledtid från remiss till ÖNH-klinik till beslut om ”välgrundad misstanke” 5 dgr i enlighet med SVF	2016
Optimering av utredningsfasen i regionens snabbspår till 18 dgr i enlighet med SVF	2016
Ledtid till strålbehandling inom 18 dgr	2016
Rätt använd kompetens i tumörteamet vid Nus: minska administrativ tid för medicinsk personal	2017
Förstärkning av antal tumörkirurger till ett team med 4-5 fasta tumör- läkare	2018

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

ÖNH kliniken Östersund har från och med mars 2016 gjort förändringar i SVF flödet. Vi har startat ett samarbete med UAS (Uppsala akademiska sjukhus) för patienter i SVF inom tumörkirurgin. Arbetar under maj månad med finslipning av rutiner för logistik och överföring av information mellan ÖNH Östersund och UAS.

ÖNH i RegionJH har i nuläget etablerat och arbetat in funktionen koordinator/kontaktsjuksköterska som också har ansvar för att alla patienter får en skriftlig individuell vårdplan. Finns tillgänglig på eget söknummer måndag tom fredag kl 8-16. Arbetsuppgiften har lagts på sjuksköterskor som ingår i grundbemanning på enheten. En konsekvens av att inte fått ett tillskott av tjänst är att övrigt mottagningsarbete blir eftersatt. Det finns alltid obokade tider hos specialist med som mest en dags väntetid för att ta emot patienter när vi fått en remiss från primärvård om misstanke. Det är förturstider i tidbok hos specialistläkare som finns inplanerat varje arbetspass.

Har påbörjat en översyn av en rehabiliteringsplan och konstaterar där en brist vad gäller logopedin för head&neck. Här tittar vi på nu på tillgång av logopeder i regionen och hur ett optimalt upplägg ser ut för patienten.

Skriftliga dokument för rutiner avseende överföring, rapportering och uppföljning av SVF ca patienter finns i förhållande till ÖNH NUS.

Avseende sedan 160301 inlett samarbete med ÖNH UAS finns utkast till rutindokument.

Fastställande av dessa rutiner inkl uppföljningsdokument avses slutföras i början av hösten 2016. I dessa dokument avses även ett logistikdokument framtagas, dvs avseende SVF patienternas fysiska transport ToR Uppsala inkl boendeformer i Uppsala.

Ingångskriterierna från primärvården har av specialiteten ÖNH under våren 2016 väsentligen insnävats då de av bla. regionens ÖNH läkare befunnits alltför diffust avgränsande. Dessa nyformulerade kriterier har förutsättningar att minska andelen från primärvården inremitterade patienter där ca misstanken redan vid första besöket på ÖNH kan avskrivas - dvs patienten uppfyller inte ”välgrundad misstanke om cancer.”
Avseende ledtider är omhändertagandet inom 5 dagar från primärvårdsremiss till första besök hos specialist på ÖNH ÖSD trots ett ökat flöde, idag > 80%.

Mål och aktiviteter (2016-2018), tidplan :

Ledtider till första MDK avseende patienter som remitteras till ÖNH NUS bör kunna uppfyllas med de rutindok som redan föreligger.

Avseende de patienter som remitteras till ÖNH UAS kommer större delen av utredningen / bilddiagnostik och cytologibedömning/ ske i Östersund inför MDK ÖNH Uppsala. Rutindok för patientflödet till RTG-avdelningen föreligger och avses implementeras under höst 2016.

Till 90 % uppfylla angivna ledtider i SVF 2016.

Avseende ledtid i omhändertagandet 5 dagar från primärvårdsremiss till första besök ÖNH ÖSD, är målet för 2017 >90%.

Ett sammanhållet rehabiliterings-dok avses sammanställas under första delen av perioden. Avsikten med ett dylikt är att erbjuda ett standardiserat rehabutbud för samtliga patienter, där rehabinsatser påbörjas rutinmässigt redan före kirurgi/strålningsbehandlingen.

Patientföreträdare har f.n inte kunnat involveras pga bristande tidsresurser i rådande uppstarts-skede. Målet är att inbjuda diagnosrepresentanter under 2017.

Under 2017 fastställa slutgiltiga rutiner för SVF förlopp hos samtliga involverade i Head & Neck ca SVF med rutindokumenterna i centuri. Dvs fastställa rutiner till primärvård, radiologen, patologen, paramedicinska medarbetare på kliniken resp till de sjukhus/instanser vi samarbetar med utanför regionen.

Var 3:e mån följa upp/utvärdera aktuell flödesstatistik och på APT delge klinikkens medarbetare aktuella lägesrapporter, i syfte att nå SVF målen.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Att äskade resurser tillföres kliniken enl. tidigare dokument 20150223 = i sammanfattning: *sjukskötersketid tillföres mottagningen motsvarande 75-80%, logopedtid 50% samt sekreterartid 10% av heltid.*

Ansvarig för genomförande: Ann-Sofie Köhler

Medicinskt ansvarig: Bengt Svensson

Ansvarig för rapportering: Ann Sofie Köhler Ulla E Inrapportering register

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Ökad finansiering ej möjligt i rådande ekonomiska läge. Omprioriteringar hänskjuts till budgetdialogerna.

2.2.7. Kolorektalcancer

(bilaga 2 I i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge RJH
MDK ska genomföras före och efter operation. Patienter med rektalcancer: >90 % preop och >90 % postop. * Patienter med koloncancer, >75 % preop och >90 % postop	2016	MDK rektum: preop 96,7% postop 100% MDK kolon: preop 93,2%, postop 96,2%
Förbättrad patologiundersökning: För >95 % av patienterna ska ≥12 lymfkörtlar i operationspreparat undersökas efter op för koloncancer. För >90 % av patienterna ska ≥12 lymfkörtlar undersökas i operationspreparat efter op för rektalcancer *	2016	Kolon 86,3% mer än 12 körtlar och rektum 92,5 %
Minska ledtider för cytostatikabehandlingsstart genom kortare svarstider för första PAD-svar: >90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum *	2017	98% klara inom 3 v för koloncancer, 100 % för rektalcancer
>30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer) inkluderade i klinisk studie *	2018	0 % ingår i studier. Kommer ej heller att ske om inte forskningssköterska tillhandahålls.
<10 % reoperationer efter elektiv + akut operation för koloncancer	2018	reoperation kolon 1,9% (1 patient), reoperation rektum 4,5 % (1 patient)
98 % av patienter som ges adjuvant cytostatikabehandling påbörjar denna inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer)	2017	80% för kolon och 100% för rektum.
>90 % av patienterna som genomgår metastatskirurgi undersökt med PET-CT (både kolon- och rektalcancer)	2018	finns inga uppgifter från registret färdiga ännu om detta
>30 % andel minimalinvasiv kirurgi (både kolon- och rektalcancer)	2018	13% av kolon laparoskopiskt, 0 % av rektum.. Vi tappade tempo när Hanna slutade.

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

SCREESCO är namnet på koloskopistudien som nu pågår sedan hösten 2014. Den beräknades pågå i 5 år, dvs till 2019, men efter telefonkonferens april 2016 så finns starka indikationer på att studien kommer att pågå i ytterligare 3 år, dvs till 2022

Antalet SCREESCO koloskopier ligger mellan 80-120 st/år i Jämtland som mest.

De koloskoperande sköterskorna är nu i full verksamhet. När de har gjort 500 koloskopier var kommer även de att kunna ta SCREESCO koloskopier, Troligtvis om ett år. I dagsläget är vi 2 kirurger som gör alla dessa.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018), Aktiviteter (2016-2018) och Tidplan:

Resultaten 2015 ligger över målnivåerna vad gäller det mesta.

Bättre patologi önskas med bättre samarbete.

Den laparoskopiska verksamheten ska ökas, ny operatör kommer att läras upp, det tar 2-3 år.

Siktat på 30% av koloncancer opereras laparoskopiskt 2018.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ny kontaktsjuksköterska börjar i höst, nuvarande går i pension.

För att öka läkartillgänglighet på kirurgmottagningen önskas ytterligare en ½ tids tjänst.

En kolorektalkirurg går i pension i början på 2017.

2 färdiga specialister ska utbildas, en börjar hösten 2016, den andra hösten 2017.

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Adam Thomas

Medicinskt ansvarig: MLU Tomas Koczkas

Ansvarig för rapportering: Områdeschef Adam Thomas

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

I rådande ekonomiska läge måste tjänsteutökningar hanteras genom omprioriteringar.

2.2.8. Lungcancer

(bilaga 2 K i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge RJH
Täckningsgrad i kvalitetsregistret (anmälningsblankett): 95%	2016	Uppfyllt
Ledtid från inremiss till behandlingsbeslut <28 dgr för 80% av patienterna *	2018	
Ledtid från behandlingsbeslut till operation ska vara inom 21 dgr för 80% av patienterna **	2017	
Andel pat i st I-II, PS 0-2 som opereras ska vara likvärdigt inom regionen och jämfört med riket	2017	
Ledtid från inremiss till behandlingsstart ska vara max 42 dgr för 80% av patienterna	2018	
FDG-PET/DT vid utredning av st I-III, NSCLC för 90% av patienterna	2018	
MDK vid diagnos för 95% av patienterna***	2018	

*enl SVF är det 29 dagar

**enl SVF är det 14 dagar från behandlingsstart till operation

***i norra regionen finns ett gemensamt beslut om att MDK görs för de patienter som har en kurativ inriktning vilket motsvara ca 40-50% av patienterna

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Kontaktssk är införd sedan 2014. Rekrytering av lungspecialist har skett, inga stafetter är inplanerad för 2016. Övriga aktiviteter från förra planen är genomförda.

LOT-rond implementerad. Checklista används vid cancerutredning och lokala tumörrender sker.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Lungcancerprocessen i Jämtland-Härjedalen präglas nu av införandet av Standardiserat Vårdförlopp Lungcancer, SVF-lungcancer.

SVF för lungcancer Jämtland-Härjedalen innebär samordning mellan 9 olika aktörer: Lungenheten Östersund, Röntgen Östersund, Fysiologavdelningen Östersund, Endoskopienheten Östersund, Patologavdelningen Östersund/ Umeå, Nuklearmedicin Umeå, Lungmottagningen Umeå, Onkologen Umeå och Thoraxkirurgen Umeå. Detta är i sig en utmaning då mycket av jobbet består av just samordning och logistikplanering. Vi på lungenheten Östersund har ansvar för/ makt över en begränsad del av vårdprocessen. Ett välfungerande SVF bygger på att vi optimerar det vi har makt över och träffar bra överenskommelser med alla våra samarbetspartners. Detta är i sig inget nytt; utredning och behandling av lungcancer har förstås pågått under lång tid och vi har idag etablerade samarbetsformer med ovanstående aktörer.

Dock har vi i ett stort jobb att göra för att komma ner till de ledtider som gäller inom SVF. Vi har analyserat 55 lungcancerfall från 2015 för Jämtland-Härjedalen och resultatet finns nedan. Slutsatser:

- På lungenheten Östersund måste vi optimera tid till första besök, även om mediantiden i sig är bra. Vi behöver också optimera logistikplaneringen i utredning från dag 1 för att få ett optimalt flöde i utredningen. Vi har bildat en "SVF-grupp" bestående av vår koordinator, kontaktsköterska och remissbedömande läkare, som i princip gör denna planering dagligen.
- Väntetid till transtorakal lungbiopsi är ofta för lång, med rel stor spridning.
- Svarstiderna inom patologin är långa, ffa när det gäller molekylärpatologin.
- Onödigt svarsfördröjning pga brevsvaret inom patologin. Måste lösas med elektronisk svarsmöjlighet alt faxsvar.
- Väntetid till EBUS i Umeå något lång. Kan förbättras om vi gör EBUS i Östersund.
- Väntetid till kirurgi är/har varit för lång. Enl thorax nu (april 2016) ingen brist på operationstider.
- Generellt sett är ledtider längre under semestertider och långhelger, det är ca 25% av året grovt räknat. Är det acceptabelt?

Aktiviteter (2016-2018):

Implementera SVF lungcancer och arbeta med att förbättra de ledtider som där är preciserade. Fortsatt dialog med de övriga aktörer som krävs för att nå ett bra flöde och klara ledtider. Jobba för att börja göra EBUS här. Är lyft i såväl inprioarbetet (jan 2016) samt tagits upp till investeringsrådet.

Tidplan: Ständigt pågående.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Beslut av investering EBUS.

Ansvarig för genomförande: EC lungavd, kontaktsk, medicinsk ansvarig och OC HIM

Medicinskt ansvarig: Jacques Löfenberg

Ansvarig för rapportering: OC HIM

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

EBUS – Investering i bronkoskop ska hanteras enligt ordinarie rutiner i investeringsrådet. Det och utbildningsinsats för läkare ska beskrivas tillsammans med förändringens nytta/vinst och presenteras på en A3. Uppdrag om detta ges av HSDirektören till områdeschef för HIM.

2.2.9. Malignt melanom/hudtumörer

(bilaga 2 M i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Nytt område 2016

Regional målnivå 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
Täckningsgraden i kvalitetsregistret är >95%	2016
80% av patienterna med malignt melanom >1mm erbjuds en kontaktssk	2016
95% av patienterna med malignt melanom > 1 mm diskuteras på MDK	2016
80% av patienterna får vänta < 4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	2016
80% av patienterna opereras inom en vecka från första läkarbesök	2016
80% av patienterna med malignt melanom > 1mm genomgår utvidgad kirurgi inom 3 veckor efter PAD-svarsdatum	2016

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Invasivt malignt hudmelanom utgjorde 2014 mer än 5% av alla registrerade tumörer i Sverige och var den 5:e vanligaste tumörformen hos kvinnor och den 6:e vanligaste hos män.

Nytt för i år i regionen är att alla maligna melanom som kommer till kir.klinikens kännedom dras på MDK-konferens oavsett melanomets tjocklek. Detta för att preparaten skall eftergranskas och behandling ev korrigeras därefter.

Under hösten 2016 skall SVF för malignt melanom införas i regionen och arbetet har påbörjats. Bekymmersamt är den situation som råder vad gäller läkarbemanning på hudkliniken - vilket gör att allt fler hudtumörer handläggs på kirurgkliniken pga tidsbrist på hudkliniken. Svarstiderna för patologerna kommer att bli en utmaning för att hålla ledtider. Arbetet vad gäller SVF är dock bara i sin uppstartsfas och det är för tidigt att i nuläget uttala sig med säkerhet kring konsekvenser och behov.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

- Införandet av SVF under hösten 2016.
- Patient med malignt melanom skall från välgrundad misstanke blivit behandlad med utvidgad excision och ev SN-biopsi inom 33 kalenderdagar.
- Patient med malignt melanom och positiv portvaktskörtel skall från välgrundad misstanke blivit behandlad med lymfkörtelutrymning inom 57 kalenderdagar.
- Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnosen malignt melanom skall ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet.

Aktiviteter (2016-2018):

Införandet av SVF och uppföljning/utvärdering av detta samt ev korrigeringar.

Tidplan: Införandet av SVF maligna melanom hösten 2016.

Utvärdering och korrigeringar av SVF under 2017-18.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ansvarig för genomförande: Områdeschef kirurgi-ögon-öron Adam Thomas i samarbete med Områdeschef Hud-infektion-medicin Mia Ajax

Medicinskt Ansvarig: Anna Warg/ Anna Zakrisson

Ansvarig för rapportering: Områdeschef kirurgi-ögon-öron Adam Thomas

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Inget ytterligare beslut krävs när det gäller SVF. Bemanning av hudläkare är i fokus.

2.2.10. Neuroendokrina tumörer, cancer i sköldkörtel (tyreoidea) och tunntarm

(bilaga 2 N i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Nytt område 2016

Regional målnivå 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
90% av alla patienter med tyreoideacancer ska inleda behandling (i regel operation) inom 4 v från behandlingsbeslut	2016
60% av alla patienter med tyreoideacancer över 10 mm ska ha preoperativ cytologisk diagnos	2017
90% av alla behandlingsbeslut för tyreoideacancer ska tas på MDK (uppnått 2014)	2016
90% av patienterna ska ha namngiven kontaktsjuksköterska på enheten	2016

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

RJH uppfyller enligt nationellt kvalitetsregister tre av de fyra uppsatta målen. Kö finns på nyremisser till kirurgmottagningen från PV på i förstone förmodade benigna tyreoideaförändringar med nuvarande logistik och här kan också finnas någon enstaka tyreoideacancer som får vänta till diagnos.

Kontaktsköterska med ansvar för tyreoideacancer (+NET) finns, men arbetsbeskrivning saknas. Preoperativ korrekt cytologi når inte alls mål och cytologisk/patologisk spetskompetens finns inte lokalt inom endokrin patologi, men väl på regionnivå vid postoperativ MDK via videolänk sedan ett par år som fungerar väl. Studentarbete har påvisat att stor del av den bristande cytologiska diagnostiken ligger i granskarens kompetens.

Preoperativ utredning och ledtider behöver effektiviseras och förbättras.

Två specialister i kirurgi finns inom området tyreoideacancer varav en i kombinationstjänst Umeå universitet och en är nu 60 år.

Tack vare lokal spetskompetens utför Östersund även på specialistvårdsremiss operationer av regionpatienter med mer avancerad tyreoideacancer av en kirurg efter individuell överenskommelse med NUS. Samma kirurg utför även på regelbunden basis sedan ca 10 år avancerad regionvårdsendokrinkirurgi i Umeå i tätt samarbete med teamet där.

Avseende neuroendokrina tumörer (NET) finns en lokalt specialistkompetent kirurg i RJH som ansvarar för såväl ev kirurgi som övrig behandling av lokala patienter och går i norra regionens speciella arbetsgrupp för detta specialiserade område där även video-MDK med uppkoppling mot Uppsala Center of Excellence NET ingår. MDK har funnits sedan 2008 och denna patientgrupp sköts på nivå C/universitetsjukhusnivå tack vare lokal spetskompetensintresse och samverkan.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018), Aktiviteter (2016-2018):

Avseende NET finns enligt ovan en väl fungerande logistik på C-nivå avseende såväl utredning som behandling förutsatt att specialist ovan är kvar och även ett nätverk regionalt med MDK som fungerar vilket bedöms att inga förändringar är nödvändiga.

Angående **tyreoideacancer**:

Antalet tyreoideacancerfall ökar såväl nationellt som internationellt och SVF införs 2017. Förändrad logistik avseende utredning vid tyreoideaknöl primärt via PV och röntgenavd med klara riktlinjer för specialistremiss (i brist på cytologimottagning med ultraljudskunnig tyreoideacytolog) för ultraljudsledd cytologi behövs så nybesökstider på kirurgmottagningen kan inrikats på selekterade patienter som är i behov av endokrinkirurgisk bedömning och/eller åtgärd. Önskvärt är samma logistik över hela norra regionen, vilket är viktigt även för kommande införande av SVF 2017.

Förbättrad preoperativ cytologi, ev genom ökad telepatologi eller konsultation och bedömning av endokrinpecialiserade cytologer NUS istället för lokal allmänpatolog i Östersund dock med bibehållen svarstid inom stipulerade 7 dgr för att hålla ledtider som anges i nationellt vårdprogram och i kommande SVF. Förbättringsmöjlighet avseende provtagning är också av värde och kan också möjligen vara spin-off-effekt till ovan nämnd logistikförändring i primärutredning eventuellt också.

Kontaktsjuksköterska ska givet finnas och måste också få en skriftlig arbetsbeskrivning som inkluderar och avsatser mål och tid för tyreoideacancer och NET, inkluderat vidareutbildning och integration i lokala och nationella nätverksgrupper.

Ytterligare 1-2 specialister/blivande specialister behövs för tyroidakirurgin (ffa benign, men naturligt ingår för tyreoideacancerbehov) för att täcka upp deltidstjänstgöring och kommande framtida pensionsavgång samt en ökad produktion – rekrytering inledd. Den specialiserade och mer avancerade tyreoideacancerkirurgin på regionnivå som bedrivs på specialitsvårdremiss från regionen i nära anslutning till NUS-teamet bör kunna vara av godo för rekrytering mht mer volym, mer avancerad kirurgi och anknytning till translationell cancerforskning via Umeå universitet.

Tidplan: 2016-2018

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

- Logistikförändring avseende primärutredning och selektion för endokrinkirurgiska specialistvården av patienter med knöl i tyreoidea/lokala halsobehag med misstanke på tyreoideaförstoring.
- Logistik och kompetensförbättring avseende cytologi/patologi.
- Avsatta medel, tid och arbetsbeskrivning för kontaktsköterska inom området.
- Nyrekrytering och utbildning av ytterligare specialister i endokrinkirurgi.

Ansvarig för genomförande: Adam Thomas/ Joakim Hennings

Medicinskt ansvarig: Joakim Hennings

Ansvarig för rapportering: Adam Thomas/Joakim Hennings

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Logistikförändringarna ska hanteras inom ramen för SVF-projektet och dess styrgrupp. Områdeschefen ansvarar för att kontaktsjuksköterskan får skriftligt uppdrag, och avsatt tid inom ramen för områdes totala resurser
Önskemålet om utökade tjänster kan i rådande ekonomiska läge inte beviljas, men ersättningsrekrytering ska prioriteras högt.

2.2.11. Prostatacancer

(bilaga 2 P i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
Inrapportering i kvalitetsregistret inom 30 dgr: 95%	2018
Utredning enligt SVF med tider 28-60 dgr för 80% av patienterna	2018
90% av PAD-beskederna i tid enligt SVF (mål 11 dgr)	2018
98% av patienterna ska ha tillgång till kontakt-ssk	2018
Korrekt utredning av 90% av högriskpatienterna	2018
90% av patienter med högrisk prostatacancer ska diskuteras på MDK	2018
90% av patienter med metastaserad prostatacancer ska diskuteras på MDK	2018

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Urologin befinner sig i nuläget i ett svårt läge. Bemanning och tillgänglighet lever inte upp till förväntningar. I dagsläget är antalet specialister/öl de facto nere på ca 2 1/2 tjänster i ett upptagningsområde motsvarande 8 specialister/öl

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Målet för de kommande åren överensstämmer med Norra regionens mål, även om det är optimistiskt att tro att målen ska nås till 2018.

Aktiviteter (2016-2018) och tidplan:

- 1 - resurstillskott i form av urologer och kontaktsjuksköterskor
- 2 - fler ST läkare i urologi. ST-läkare i urologi går ett minimum av jourtjänstgöring och istället fokuseras tjänstgöringen på just urologi
- 3 - införskaffandet av Da Vinci operationsrobot. Utan robot kommer vi på sikt (inom 2-5 år) förlora prostatektomierna till andra sjukhus. Detta innebär sannolikt ökade regionkostnader på ca 5-10 miljoner årligen bara för denna patientgrupp (prostatacancer). Förlusten av prostatektomierna kommer även innebära personell kompetensförlust och ytterligare dränering av befintlig personal.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Adam Thomas

Medicinskt ansvarig: MLU Andreas Lundgren

Ansvarig för rapportering: Områdeschef Adam Thomas

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Utrymme som nyttjas till stafettläkare inom urologi kan användas till att anställa urolog och/eller ST urologi.

Beslut finns att tillsätta resurser för två kontaktsjuksköterskor urologi och en medicinsk sekreterare, via statliga stimulansmedel inom SVF.

Beslut finns att förstärka tillgänglighetsarbetet inom urologi på kirurgmottagningen med stöd av utvecklingsavdelningen, även detta inom ramen för statliga stimulansmedel.

Investering i operationsrobot ska hanteras enligt ordinarie rutiner i investeringsrådet.

2.2.12. Sarkom och benmetastaser

(bilaga 2 Q i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Nytt område 2016

Regional målnivå 2016-2018	Tidpunkt för måluppfyllelse
Förstärkt sarkompatologi genom avdelad BMA som fysiskt och administrativt ansvarar för labprocessen	2017
Kontaktsjuksköterska (kssk) på varje länssjukhus samt på ortopedien och cancercentrum Nus	2017
Täckningsgrad i kvalitetsregistret (anmälningsblanketten) 80% 2016 och 95% 2017.	2016/2017
Starta SK-utbildning om sarkom för ST-läkare, som återkommer vart 3:e år	2016
95 % av sarkompatienterna som har påverkan på rörelse- och stödjeorgan och behandlas i slutenvård på cancercentrum Nus ska erbjudas individuell sjukgymnast- och arbetsterapeutkontakt	2017
Alla misstänkta buksarkom och retroperitoneala sarkom ska diskuteras på MDK	2016

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Under 2014 påbörjades arbetet med ”processgruppen sarkom”. Syftet var att minska ledtider, utarbeta nationellt vårdprogram samt en regional nivåstruktureringsplan för sarkompatienter i samarbete med RCC Norr. Fortsättningsvis under 2015 gjordes en översyn av lokala rutiner gällande omhändertagande av patienter med muskuloskelettala sarkom vid ortopedkliniken i Östersund.

Arbete initierades med mål att varje nämnd patientgrupp skulle ha en väl definierad PAL på ortopedkliniken samt att eftervård vid behov sköts inom ortopedkliniken. Kontaktsköterska tillträdde under 2015 vid ortopedkliniken. I nuläget saknas tydligt definierat skriftligt uppdrag för kontaktsköterskan. Ytterligare kontaktsköterska utsågs vid onkologavdelning för patienter som efterbehandlas med cytostatika men oklart i nuläget om den resursen finns kvar i samma omfattning.

Primär behandling och omhändertagande av patienter med ortopediska sarkom sker huvudsakligen av tumörortoped vid RCC i Umeå. Snar telefonkontakt med tumörortoped sker vid misstanke om sarkom. Fortsatt utredning rekommenderas därefter via RCC. Biopsi och kirurgisk behandling utförs huvudsakligen av tumörortoped vid NUS. Hantering av PAD svar och cancerregistrering sker i Umeå.

Första ST-utbildningen genomfördes hösten 2015 där en ST-läkare och kontaktsköterska från Östersund deltog.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018), Aktiviteter (2016-2018), Tidplan:

Fortsätta utarbeta nationellt vårdprogram inom processgruppen för patienter med muskuloskelettala sarkom. Projektledaren inom ”sarkomprocessen” kommer att göra besök i Östersund.

Fortsätta arbetet med lokalt vårdprogram för att underlätta kontakter och eftervård för nämnda patientgrupp vid ortopedkliniken i Östersund. Arbetet innefattar cancerrehabilitering och palliativ behandling.

Säkerställa att vårdkedja fungerar mellan RCC och regionen, innefattande specialistvård och primärvård.

Utarbeta tydligt definierat uppdrag för kontaktsköterskan.

Vid skelettmetastaser gäller samma primära kontaktväg som vid misstanke sarkom. Direkt postoperativ vård kan ske på ortopedkliniken men patienten eftervårdas huvudsakligen vid på den specialistklinik som behandlar primärtumören. Ortopedläkare konsulteras vid behov. Inom processgruppen har huvudsakligen vårdkedjan för sarkompatienter diskuterats

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Lars Holgén

Medicinskt ansvarig: MLU Margareta Lithell

Ansvarig för rapportering: Områdeschef Lars Holgén

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Områdeschefen ansvarar för att kontaktsjuksköterskan får skriftligt uppdrag, och avsatt tid inom ramen för områdes totala resurser

2.2.13. Tumörer i övre mag-tarm-kanalen

(bilaga 2 R i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Täckningsgrad i kvalitetsregister >95% *	2017
Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter som handlägger ÖGI-cancer *	2016
Remissbeslut vid välgrundad misstanke till MDK inom ledtid i SVF i >50% av fallen	2018
MDK till start av behandling inom ledtid i SVF i >50% av fallen	2018
Remissbeslut vid välgrundad misstanke till start av behandling inom ledtid i SVF i >90% av fallen	2018
PAD-svar för >90 % av operationspreparaten klara inom 3 veckor *	2018

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Radikaloperationer av tumörer inom övre mag-tarm-området är i princip redan centraliserade till NUS. Mycket stor andel cancerpatienter inom övre mag-tarm kommer aldrig i fråga för något ingrepp pga avancerad tumör eller metastasering vid diagnos. I avsaknad av utbyggd onkologi faller PAL-skapat för alla dessa patienter på de två kirurgspecialister inom övre mag-tarm som handlägger cancerpatienter. Det innebär en svår arbetssituation.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Instämmer i de mål som är uppsatta

Aktiviteter (2016-2018):

Rekrytering av ytterligare övre mag-tarm-kirurg för att avlasta de två som finns idag
Se över att kontaktsjuksköterskeresurs är tillräcklig.

Tidplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Budgetförstärkning kan behövas till båda aktiviteterna.

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Adam Thomas

Medicinskt ansvarig: MLU Peter Bartelmess

Ansvarig för rapportering: Områdeschef Adam Thomas

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Områdeschefen ansvarar för att kontaktsjuksköterskan får skriftligt uppdrag, och avsatt tid inom ramen för områdes totala resurser

Önskemålet om utökade tjänster kan i rådande ekonomiska läge inte beviljas, men ersättningsrekrytering ska prioriteras högt.

Genomförande av onkologiutredningen ska bidra till ett bättre onkologiskt stöd till gagn för både patienter och medarbetare.

2.2.14. Urologisk cancer utom prostata

(bilaga 2 S i regionala utvecklingsplanen för 2016-2018)

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Inventering av makrohematuriläget för utförlig kunskap om leddiden första symtom till remiss från primärvården genom journalstudier *	2018 (slutrapport)
Implementering av standardiserade vårdförlopp (SVF). Andelen av alla patienter som har välgrundad misstanke om cancer som handläggs enligt SVF: 2016: >30%, 2017: >40%, 2018: >50%	2016/2017/2018
Välfungerande regionövergripande MDK, med följsamhet till checklista och fungerande tekniska förutsättningar för deltagande från alla länssjukhus	2016
Utsedd kontaktsjuksköterska vid alla länssjukhus	2016
Utveckling av ett formellt gemensamt cystektomiteam i regionen med verksamhet på två geografiska lokalisationer inom en och samma teamorganisation. Ökad medverkan av teammedlemmar vid båda sjukhusen, gemensamma PM och rutiner.	2016

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Se kommentarer och bedömningar under prostatacancer 2.2.11

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Aktiviteter (2016-2018):

Tidplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Adam Thomas

Medicinskt ansvarig: MLU Andreas Lundgren

Ansvarig för rapportering: Områdeschef Adam Thomas

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar: se avsnitt 2.2.11

2.2.15. Diagnosövergripande

Regional målnivå * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
IT-stöd för integrerad regional cytostatikabehandling (Cytodos) *	2017

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

För närvarande finns inget ITstöd för cytostatikahantering i Region Jämtland Härjedalen. I utredningen av onkologisk verksamhet som genomförts under 2016 och beslutats i Regionstyrelsen 2016-03-23 har också IT-stöd för cytostatika-docering behandlats. I beslutet godkänns investering i IT-stöd för cytostatika-docering och införandeprojekt.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018), Aktiviteter (2016-2018), Tidplan

ITstödet ska inköpas under 2016

Införadeprojekt ska pågå 2016-2017

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ansvarig för genomförande: Områdeschef Adam Thomas

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Områdeschef Adam Thomas

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Inga ytterligare beslut krävs

2.3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård

2.3.1. Psykosocialt stöd och rehabilitering (cancerrehabilitering)

Prioriterat område, se 1.9.

2.3.2. Palliativ vård

Prioriterat område, se 1.5.

2.4. Patientens ställning i cancervården

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Patientrådet sammanställer årligen en samlad rapport över arbetet och viktiga frågor ur patientens fokus * <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	2016/2017/2018
Utbildningar för patientorganisationer, enligt behov som identifieras i patientrådet * <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	2016/2017/2018
Aktiv patientmedverkan i alla RCC Norrs processarbetsgrupper <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	2016
Implementera de regionala rutinerna för hur cancerpatienter ska informeras om rätten till second opinion *	2016

Här behöver RJH bara beskriva hur de regionala rutinerna för hur cancerpatienter ska informeras om rätten till second opinion ska implementeras, övriga områden driver RCC Norr regiongemensamt

Varje berörd områdeschef inom hälso- och sjukvården har tillfrågats om de har kännedom om några regionala rutiner för hur cancerpatienter ska informeras om rätten till ny medicinsk bedömning och hur de har implementerats.

Samtidigt ställdes frågan om det finns lokala rutiner för hur cancerpatienter ska informeras om rätten till ny medicinsk bedömning och hur de har implementerats.

Från de svar som framkommit så känner verksamheterna inte till några regionala rutiner utan hänvisar till skrivningen i patientlagen.

”En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.”

Efter dialog med patient tas patientens frågor upp i medicinsk diagnostisk konferens (MDK). Återkoppling till patient efteråt

Patient med adjuvant behandling erbjuds träffa onkolog

Patient ges även möjlighet att få en ny medicinsk bedömning i annat landsting/region

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

Att varje patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att få en ny medicinsk bedömning om hen så önskar.

Aktiviteter (2016-2018):

Säkerställa fortsatt dialog med varje enskild patient som önskar en ny medicinsk bedömning utifrån patientlagens skrivning och den enskilde patientens medicinska status.

Tidplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Att patientens möjlighet till ny medicinsk bedömning inte inskränks pga. att verksamhetens budget inte är i balans

Ansvarig för genomförande: Områdeschef

Medicinskt ansvarig: Läkare med medicinskt ledningsansvar (MLA) inom respektive verksamhet

Ansvarig för rapportering: Områdeschef

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Inga ytterligare beslut krävs

2.5. Utbildning och kompetensförsörjning

Regional målnivå 2016-2018 (= de prioriterade målen i den regionala kompetensförsörjningsplanen) * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Tillräckligt antal utbildningstjänster för specialistläkare: fler ST-block inom bild- och funktionsmedicin, patologi och onkologi, fortlöpande anställning av ST-läkare i landstingen där behov finns *	2016/2017/2018 Årlig avstämning
Ökade incitament för utbildning till specialistsjuksköterska: bättre löne- och anställningsvillkor efter genomförd utbildning för att stimulera utbildning till specialist-ssk *	2016/2017/2018 Årlig avstämning
Genomföra ändrade arbetssätt för optimerat kompetensnyttjande. Förbättringsarbete inom alla landsting avseende bl.a. rätt använd kompetens och bättre koordinering patientens flöde genom vården. *	2016/2017/2018 Årlig avstämning
Högre akademisk nivå: FoU-mål ingår i verksamhetsplanen för varje område/ klinik. Andelen forskarutbildade läkare inom regionens cancervård ≥ 20 % för länssjukvårdens kliniker och ≥ 50 % för Nus kliniker. *	FoU-mål i verksamhetsplaner 2016. Forskarutbildade enligt mål 2025

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

ST: Inom onkologi finns en planering med två pågående ST-tjänster och tillsättning av en ytterligare 2017

ST inom bild- och funktionsmedicin är fortsatt i behov av utbildningsinsatser.

ST-läkare inom patologi är inte RJHs uppdrag, eftersom hela verksamheten köps från NUS.

Regionledningen diskuterar behov av strategi för ST-tjänster. Detta kan komma att påverka dagens styrning och prioriteringar av ST.

Specialistsjuksköterska: Under 2016 kommer tre utbildningsanställningar att starta. Vilket innebär att vi betalar full lön under utbildning. Region Jämtland Härjedalen kommer succesivt att gå från studielön till fler utbildningsanställningar.

Ändrade arbetssätt: Det pågår ett arbete generellt inom Region Jämtland Härjedalen för att uppnå "Rätt använd kompetens". Arbetet är en del av översynen av patientens flöden genom vården och ryms inom lean-filosofin. Bristen på sjuksköterskor är en katalysator i arbetet, liksom bristen på vissa specialistläkare. Även standardiserade vårdförlopp för cancer driver på arbetet.

Högre akademisk nivå:

Region Jämtland Härjedalen når inte upp till målet om >20% forskarutbildade läkare inom cancervården. Detta mått är svårt att mäta för 2016 eftersom Region Jämtland Härjedalen inte har något system som enkelt kan användas för att plocka ut kompetensnivån hos medarbetare.

FOU-chefen anser att det är olyckligt att det bara är läkares högre akademisk nivå som räknas, eftersom det är viktigt att även sjuksköterskor, psykologer, terapeuter etc som kommer i kontakt med cancerpatienter också stimuleras att forskarutbilda sig.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

ST – mål sätts senare när strategi för ST är klargjord i regionledningen

Specialistsjuksköterska: Region Jämtland Härjedalen kommer succesivt att gå från studielön till fler utbildningsanställningar

Ändrade arbetssätt: Införa standardiserade vårdförlopp enligt nationell plan.

30 antal undersköterskor som erhållit kompetenskort 2016.

Startat central enhet för sjukresefrågor under 2016.

Högre akademisk nivå:

Fortsätta utveckla den akademiska miljön vid Östersunds sjukhus och primärvården så att fler medarbetare kan börja forska och registrera sig som doktorand.

Öka mängden FoU-medel som används till cancerforskning.

Aktiviteter (2016-2018):

ST – Regionledningsbeslut ang strategi för ST

Specialistsjuksköterska: Utveckla karriärvägar och utbildningsplan

Ändrade arbetssätt: Införa standardiserade vårdförlopp enligt nationell plan, inklusive värdeflödeskartläggning av vårdförlopp. Införa adekvat mängd kontaktsjuksköterskor. Införa central enhet för sjukresefrågor. Kompetenskort för undersköterskor. mm

Högre akademisk nivå:

Öka stödet till forskare som skriver externa ansökningar genom skapa ett ”peer review” system inom forskarkollegiet.

Tidplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Ändrade arbetssätt: Beslut om nyttjande av Professionsmiljarden krävs

Ansvarig för genomförande: Områdeschefer och Hälso- och sjukvårdsdirektören

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Områdeschefer och Hälso- och sjukvårdsdirektören

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Inriktningsbeslut gällande Professionsmiljarden togs av Regionstyrelsen i maj 2016.

Prioriterings-workshop med alla områdeschefer är planerad till 1 juni 2016. Delar av dessa medel ska användas inom detta område.

2.6. Kunskapsstyrning

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Nationella vårdprogram utarbetade för samtliga cancerdiagnosområden. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram. *	2016
Standardiserade vårdförlopp (SVF) utarbetas enligt nationell överenskommelse med staten. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram.	Fortlöpande 2016-2018

Målnivåerna inom detta kriterium gäller regiongemensamt arbete som koordineras av RCC Norr och behöver inte kommenteras av respektive landsting.

2.7. Klinisk forskning och innovation

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Befolkningen i hela regionen ska ha likvärdiga möjligheter att delta i kliniska studier och prövningar. Målnivåer: a) 2016 drivs 2 studier inom cancerområdet med regionala medprövare, där behandling och uppföljning sker på länssjukhusen i Östersund och Sunderbyn. * b) Samtliga rekryterande cancerstudier i norra regionen ska inkluderas i den nationella databasen, och ett system för att underhålla informationen ska utvecklas. *	2016
Stöd till registerforskning i regionen i form av sökbara statistikerveckor vid RCC Norr *	2016/2017/2018 Årlig uppföljning

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Det är fortfarande inte så många forskningsprojekt inom cancerområdet inom Region Jämtland Härjedalen. Det har dock ökat sedan 2014. Mikael Lilja handleder två doktorander vars projekt handlar om att förbättra tidig diagnostik av kolorektalcancer inom primärvården, samt undersöka om det finns skillnader i delay för diagnostik av kolorektalcancer beroende på patientens socioekonomiska status och om patient bor i glesbygd eller stad. Ytterligare en doktorand inom kirurgi forskar om genetiska markörer inom kolorektal cancer. Alla doktoranderna är inskrivna vid UmU. Palliativ forskning bedrivs av Bertil Axelsson som är adjungerad lektor vid UmU.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018):

- Fortsätta utveckla den akademiska miljön vid Östersunds sjukhus och primärvården så att fler medarbetare kan börja forska och registrera sig som doktorand.
- Stödja uppbyggnad och expansion av registerforskningsverksamhet och annan patientnära cancerforskning och utveckling av hög kvalitet.
- Aktivt arbeta för att skapa projekt inom cancerforskning och palliativ vård som är lämpliga för läkarutbildningens examensarbeten under termin 10.

- Öka deltagandet inom regionala cancerprojekt genom ökat nyttjande av de resurser i form av anpassad forskningsmottagning och forskningssköterskor som finns inom kliniskt forskningscentrum vid Östersunds sjukhus.
- Fortsatt palliativ forskning och verksamhetsutveckling
- FoUU-Avdelningen ska bidra med statistikhjälp och annan stödjande infrastruktur för cancerforskningen vid Region Jämtland Härjedalen.

Aktiviteter (2016-2018):

- Öka stödet till forskare som skriver externa ansökningar genom skapa ett "peer review" system inom forskarkollegiet.
- Region Jämtland Härjedalen ska ha ett aktivt deltagande i RCC-forskningens dag .'
- Via Forum Norr påverka så att hela Norra regionen ska betraktas som en studiesite vid läkemedelsprövningar så att fler läkemedelsprövningar inom cancerområdet kan utföras inom Region Jämtland Härjedalen

Tidplan:

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):

Interna FoU-anslag ska i alla fall öka enligt landstingsindex. Som situationen är nu Regionens anslag till forskning och utveckling inte ändrats på minst 5 år.

Ansvarig för genomförande: Fou- chef Göran Larsson

Medicinskt ansvarig: resp verksamhets MLA och FOUchef i samverkan

Ansvarig för rapportering: Fou- chef Göran Larsson

Regiondirektörens beslut

I rådande ekonomiska läge kan FOU-anslagen inte ökas.

2.8. Nivåstrukturering

Regional målnivå 2016-2018 * = kvarstående mål från 2013-2015	Tidpunkt för måluppfyllelse
Ny nivåstruktureringsplan för regionens cancervård för 2016-2018 fastställd <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	2016
Åtgärder för nivåstrukturering genomförda enligt plan *	2018

Region Jämtland Härjedalens nuläge 2016:

Med nivåstrukturering menas att man beslutar vem som gör vad, både vad gäller utredning, diagnostik, kirurgi och medicinsk behandling av cancerpatienter. Den första nivåstruktureringsplanen för cancervården i norra regionen fastställdes av förbundsdirektionen i maj 2013. Förbundsdirektionen beslutar om åtgärder som innebär en regional nivåstrukturering över landstingsgränserna. För åtgärder inom respektive landsting kan förbundsdirektionen ge rekommendationer, men respektive landsting beslutar själva hur man organiserar vården. De beslutade åtgärderna i nivåstruktureringsplanen ska vara genomförda senast fyra år efter starten av RCC, det vill säga hösten 2015.

Under hösten 2015 gjorde de regionala processarbetsgrupperna en ny översyn av nivåstruktureringen av cancervården i norra regionen. Översynen omfattar både diagnostik och behandling, inklusive rehabilitering, och såväl lämplig centralisering som decentralisering. I uppdraget ingick att identifiera

specifika diagnosundergrupper som kan vara aktuella för nivåstruktureringsinsatser. En ny regional nivåstruktureringsplan ska presenteras för beslut i förbundsdirektionen under 2016.

Parallellt pågår ett arbete kring nationell nivåstrukturering, som leds av RCC i samverkan. RCC Norr är representerat i den nationella arbetsgruppen för nivåstrukturering och i samtliga sakkunniggrupper för diagnoser eller åtgärder som utreds. När remisser med förslag till nationell nivåstrukturering skickas till landstingen för ställningstagande bereder RCC Norrs processarbetsgrupp inom området ett förslag till regiongemensamt svar, som diskuteras i det regionala cancerrådet och RCC Norrs styrgrupp. Respektive landsting fattar därefter beslut om ställningstagande till förslaget.

Region Jämtland Härjedalens mål (2016-2018): Att följa den beslutade planen för nivåstrukturering i Norra regionen samt nationellt.

Aktiviteter (2016-2018): Region Jämtland Härjedalen deltar i Norra regionens process angående nivåstrukturering via deltagande i Styrgrupp RCC Norr. Där deltar Hälso- och sjukvårdsdirektör tillsammans med senior specialistläkare inom kirurgi. I den nationella processen representeras Region Jämtland Härjedalen av Hälso- och sjukvårdsdirektören.

Tidplan: Region Jämtland Härjedalen följer Norra regionens tidplan för nivåstrukturering.

Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.): Beslut i Regionstyrelsen krävs efter rekommendation från förbundsdirektionen när det gäller den regionala nivåstruktureringen.

Likaså krävs beslut i regionstyrelsen när det gäller såväl remissvar som rekommendation till beslut i den nationella processen för nivåstrukturering.

Ansvarig för genomförande: Hälso- och sjukvårdsdirektören

Medicinskt ansvarig: Senior specialistläkare inom kirurgi

Ansvarig för rapportering: Hälso- och sjukvårdsdirektören

Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:

Aktivt deltagande i RCCNorrs arbete