

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

Sammanställning handlingsplan 2016-2018

Granskad och godkänd:

Lisbet Gibson, hälso- och sjukvårdsdirektör, hälso- och sjukvårdsförvaltningen

[lisbet.gibson@regionjh.se](mailto:lisbet.gibson@regionjh.se)

Sammanställning:

Elin Wassdahl Nilsson, projektledare SVF, utvecklingsenheten

[elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se](mailto:elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se)

### **Instruktion**

Alla avsnitt med mål, aktiviteter och tidsplan är urklipp ur HANDLINGSPLAN FÖR UTVECKLING AV CANCERVÅRDEN I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN 2016-2018, länk till handlingsplanen i sin helhet:

**<http://diariet.regionjh.se/diariet/files/f2f66185-7f03-48ef-8f09-aa81fa46b445.pdf>**

Varje avsnitt har en tillhörande grön tabell för redovisning där särskilt analys av mål som inte uppnåtts, samt vilka nya aktiviteter för måluppfyllelse som planeras, efterfrågas av RCC Norr. Man önskar också kommentarer för de målindikatorer där data finns i nationella kvalitetsregistret. RCC Norr har sammanställt en rapport, där det finns täckningsgrader samt data för respektive diagnosområde på landstings- och sjukhusnivå. Rapporten bifogas detta dokument.

Ifylld grön tabell till [elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se](mailto:elin.wassdahl-nilsson@regionjh.se) för sammanställning **senast 2017-10-20**.

## 1.1 Förstärkt diagnostik

### Gemensamt RCC Norr

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 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 röntgenschöterskor för att kunna bedriva verksamhet.

#### **Aktiviteter (2016-2018):**

Upphandling och användande av en tredje magnetkamera.

Utbildning av ST-läkare

Rekrytering av röntgenschöterskor.

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.

Röntgenschöterskor: Kontinuerligt.

**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

**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.

## 1.1 Förstärkt diagnostik

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
Tredje MR: upphandling 2016. I användning 2017.	Upphandling 2016. I användning 1/3/18	Fördröjning pga separat byggprocess från upphandling. (jag vet inte exakt vari fördröjningen bestått)	Diskuteras internt – hur optimera processen?
Tredje CT har blivit uppskjuten till 2018 års budget, beslut om prioriteringar tas 2017.	Inget ännu	Vi har inte talat om en tredje CT i budgetsammanhang för 2018 än.	<p>Snarast ta upp frågan om tredje CT inför budgetåret 2018.</p> <p>Inventera utnyttjandegrad och konkretisera mål för användande av SPECT-CT på nuklearmedicin till rena CT-undersökningar. (Örjan Strömqvist, Anne Hallqvist)</p>
ST: hösten 2016 har rgtg 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.	ST blir specialister enligt plan. Vi tappar å andra sidan erfarna specialister.	Olika skäl till att specialister slutar. EC, MLA, studierektor och medarbetare arbetar aktivt för rekrytering.	<p>Fortsätta utbilda ST. Noggrannare urval av ST?</p> <p>Försöka locka hit äldre spec (lättare att flytta då barnen är stora). Med tanke på goda livsvillkor och god stämning på arbetsplatsen bör det vara möjligt.</p>
Röntgensköterskor: Kontinuerlig rekrytering	Många slutade under 2017.	Olika skäl. VC och EC har nu riktade insatser för nyrekr och att behålla personal.Mot slutet av 2017 ser det ut att vända igen och fler har rekryterats.	

## 1.2. MDK för samtliga/definierade patientgrupper

### Gemensamt RCC Norr

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 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.

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??

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

**Medicinskt ansvarig:** MLA Anne Hallqvist

**Ansvarig för rapportering:** Områdes-/ verksamhetschef Örjan Strömqvist, 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.

## 1.2. MDK för samtliga/definierade patientgrupper

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
Utbildning och rekrytering: Kontinuerligt. Se tidsplan för färdiga specialister	Se 1.1	Se 1.1	Se 1.1
Implementering av tredje magnetkamera klar början av 2017.	Se 1.1	Se 1.1	Se 1.1
Översyn av lokaler och arbetsstationer 2016.	Än så länge räcker både rtg's arbetsstationer till (pga att vi är lite underbemannade) och även MDK-utrustningen.		Anna Warg och Anne Hallqvist har pågående diskussion med IT.
Tredje CT: inprioritering snarast – räcker 2018??	Se 1.1	Se 1.1	Se 1.1



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

#### **Gemensamt RCC Norr**

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 individuellvårdplan, ”min vårdplan”, innebär målet även att alla cancerpatienter ska erbjudas en sådan

#### **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 ör 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 patiento/e närståendemedverkan. Det senare för att utvecklingen av rollen bör motsvara patient- o/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.

**Ansvarig för genomförande:** Berörda områdeschefer

**Medicinskt ansvarig:** Ej relevant

**Ansvarig för rapportering:** (Utsedda kontaktsjuksköterskor enl ovan.) Mia Ajax/sammanhållande i nätverket Eva Kallberg.

**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

## 1.2 **Alla patienter ska erbjudas tillgång till en kontaktsjuksköterska, med tydligt definierat uppdrag.** **Eva Kallberg**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Lokalt nätverk</b>	Uppstartat 2016-09-23		
<b>Handlingsplan</b>	Ja		
<b>5 träffar per år à 2 tim</b>	Genomfört		
<b>Närvaro OC</b>	Ja		
<b>Patientmedverkan</b>	Nej		Bjuda in patient – och närstående rådet för dialog.
<b>Skriftlig redovisning</b>	Ja		

### Kommentar:

Det diagnosberoende nätverket för kontaktsjuksköterskor är igång sedan september 2016. En handlingsplan finns upprättad. Syftet är att tydliggöra och utveckla kontaktsjuksköterskans roll. Särskilt att utveckla är att alla kontaktsjuksköterskor ska använda sig av mallen för individuell vårdplan och att alla patienter ska få en skriftlig individuell ”min vårdplan”. Behov av handledning har framkommit i nätverket, grupphandledning via Previa (företagshälsovården) startade i februari 2017. De som haft möjlighet att delta vid de flesta tillfällena är mycket nöjda, medan de som inte kunnat delta så ofta inte har upplevt att närmsta chef prioriterat handledningen. Det blir nu obligatoriskt i uppdraget som kontaktsjuksköterska att medverka vid nätverksträffar och att gå på handledning och det är chefens uppdrag att skapa förutsättningar för detta. De flesta kontaktsjuksköterskor har koordinatorfunktionen inbakade i sina uppdrag, detta har visat sig varit allt för tidskrävande och tagit tid från patientarbetet varför styrgruppen för SVF tog beslut om att skapa en övergripande koordinatorfunktion för samtliga SVF.

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

### **Gemensamt RCC Norr**

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.

**Ansvarig för genomförande:** Avdelningschef IT

**Ansvarig för rapportering:** Avdelningschef IT

**Hälsa- och sjukvårdsdirektören beslutar:**

Resurser till integrationer för kvalitetsregister godkänns. Medel kan prioriteras ur ”proffessionsmiljarden”  
Uppdrag ges av HSdirektören till områdeschef för HIM att ta fram basrutin för registrering i kvalitetsregister.

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

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Rutin framtagen och publicerad i ledningssystemet Centuri</b>	Klart		

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

### Gemensamt RCC Norr

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 webbutbildning 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.

<b>Regional målnivå 2016-2018</b> <b>* = kvarstående mål från 2013-2015</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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 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.

### **Ansvarig för genomförande:**



Ad 1. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ad 2. Palliativ processledare i samverkan med Storsjögläntan och det palliativ 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 telefonjournlinje 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.

**1.5 Den palliativa vården i regionen behöver förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting och kommuner. Bertil Axelsson, Lisbet Gibson och Anna Warg**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>1 Ökad täckningsgrad i Svenska Pall.registret</b>	Följs i delårs- och årsbokslut	När ca 80% av cancerpatienter. Kvarstår förbättring för att nå målen 2018	Fortsatt uppföljning av resultat. Fortsatt diskussion i LCC ang arbetssätt rörande palliativa patienter på sjukhus – ex palliativ checklista
<b>2 Smärtskattning, munhälsovård mm</b>		Kvarstår förbättring för att nå målen 2018	
<b>3 Webb-utbildning palliativ vård</b>	Följs i delårs- och årsrapporter		Fortsatt utbildning av medarbetare inom berörda områden
<b>4 Palliativ tel.jourlinje</b>	Uppdraget genomfört, lagt på is i väntan på ny mätning av behov inom Primärvården	Se föreg. ruta	Inväntar ny mätning av behov inom PV (2018).
<b>5 ST-block senast våren 2018</b>	2 pågående ST-block, ytterligare 1 finns det utrymme för men ingen intresserad ännu.	Ingen avvikelse	Ingen ändring i planen

<b>6 PKT 52 veckor per år senast sommaren 2017</b>	PKT neddraget även sommaren 2017	Önskat behov men svårt att nå målet både med bemanning och finansiärt.	Ny bedömning/översyn avseende PKT och om möjligt 52 veckors bemanning from sommaren 2018
<b>7 NPÖ</b>	Resultat styrs ej av Region JH		Region JH producerar information till NPÖ. Det är upp till kommunerna att ta del av informationen via säkra lösningar

**Kommentar:**

Samtliga vårdavdelningar bör införa smärt-/symtomskattning och munhälsobedömning som del av avdelningens vardagliga rutiner när det gäller vård av cancerpatienter (och andra med palliativa diagnoser). Här krävs tydliga direktiv via linjens chefer. Palliativa enheten (palliativa konsultteamet/Storsjögläntan) ställer sig positiva till en stödjande roll när det gäller framtagande av dessa rutiner.

Detsamma gäller web-utbildningen i palliativ vård. Det måste vara ännu viktigare när mycket ny personal ska skolas in, dvs för att rusta dem bättre för den verklighet de möter i sin kliniska vardag.

Tillgång till palliativ medicinsk bakjournskompetens dygnet runt är ett oavvisligt krav som sannolikt kommer att lyftas ytterligare i olika nationella sammanhang. Det rimligaste är ett samarbete över länsgränserna, men innan ett sådant kan komma igång måste en pilotverksamhet genomföras i något av norra regionens län.

Inom Storsjögläntan/palliativa konsultteamet är vi redo att bemanna konsultverksamheten 12 månader om året. Det som fattas är ett formellt beslut och att behövliga resurser allokeras för ändamålet.

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

### **Gemensamt RCC Norr**

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 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 tjänstetrymme 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 tjänstetrymme 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.

**Ansvarig för genomförande:** Områdeschef Anna Warg

**Medicinskt ansvarig:** MLA

**Ansvarig för rapportering:** Områdeschef Anna Warg

**Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:**

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

## 1.6 Onkologisk specialistkompetens behöver finnas inom alla regionens fyra landsting och åtgärder för att åstadkomma detta vidtas [Anna Warg](#)

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Införande av Cytodos</b>	Pågår, pilot start 16 okt 2017		
<b>Förändring lokaler</b>	Påbörjat omflyttning, inväntar ombyggnation		
<b>Rutiner</b>	pågår		
<b>SVF beaktas</b>	klart		
<b>Picc-line</b>	På gång		
<b>Utveckling cancerrehab.</b>	Projektanställd sjukgymnast 50% som till viss del jobbar med cancerrehab		Regionövergripande satsning pågår där uppdrag skall beskrivas för tjänst som ska integrera cancerrehabiliteringen enligt nationell vårdplan
<b>3:e ST-läkare senast våren 2018</b>	Plan kvarstår		
<b>Onkologisk/Palliativ vårdavdelning</b>	Diskussioner påbörjas hösten 2017		
<b>Steg 2 – målbild 2018-2020</b>	Kvarstår		ST 2 onkologi, fördröjning innan färdig specialist pga forskning

### **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.**

#### **Gemensamt RCC Norr**

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.

*Se tabell över regionala mål s 15-16 i handlingsplanen (länk finns i mallens inledande instruktion).*

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

**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	2017 06 01
ansluten till processregistret (Cytburken), med fungerande fortlöpande dataleverans till processregistret *	
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



## **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.**

### *Livmoderhalsprevention*

**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 laboratoriemedicin på NUS inom VLL**

**Ansvarig för rapportering:** Processledaren (MHV-öl)

### **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

## 1.7 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.

### *Livmoderhalsprevention*

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
Processkartläggning skall utföras på NUS den 11/10. Fördröjning relaterat till att de inte haft ansvariga på plats för processen.	Har inte hunnit längre i denna fråga på NUS.		Får bli ett resultat av processkartläggningen.//KS
Cytburk och anpassning av Invitation- kallelsesystemet tas med i processkartläggningen. Detta måste fungera innan nya VP tas i bruk.	Finns ingen klarhet i detta just nu (170921) annat än dess nödvändighet.		Ett resultat från processkartläggningen.//KS

### *Mammografi*

**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

### **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

## 1.7 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.

### *Mammografi*

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
Röntgensköterskerekrytering	2 sjuksköterskor har påbörjat specialistutbildning hösten 2016 och kommer att vara under utbildning i 1,5år	Ingen avvikelse, men vi har ett glapp i sköterskebemanningen till hösten 2018	Fortsatt rekryteringsarbete
Chef lab.medicin har skriftligt uppdrag att samverka med NUS avseende patologi.	Skriftligt uppdrag till chef lab.medicin saknas. Mammografin har samma samverkan med patologin som alla andra som skickar preparat. (varför finns denna punkt här?)		
Kostnaderna som beskrivs måste i rådande ekonomiska läge hanteras in befintliga ramar.	Görs		


## 1.8. Cancerprevention

### Gemensamt RCC Norr

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.

<b>Regional målnivå 2016-2018</b> * = kvarstående mål från 2013-2015	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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 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 målgupp. 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 diplomerings, 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.

**Ansvarig för rapportering:** Bitr chef primärvård, Anna Fremner

### **Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:**

PVs uppdrag kring tobaksavvänjning och FAR är viktigt.

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

## 1.8 Cancerprevention

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<p>Arbetet med att stötta kommunerna i metoden Tobaksfri duo har fortskridit och en checklista för arbetet med Tobaksfri duo har utarbetats. Samordnare för Tobaksfri duo deltog vid nationell nätverksträff för metoden i Stockholm under vintern. Tobaksfri duo presenterades för skolsköterskorna på deras årliga utbildningsdag på Birka samt presenterades på BUZ i maj. Fortsatt samverkan med Länsstyrelsen kring tobaksprevention med fokus på barn och unga.</p>	<p>Vi når inte målet på 70 %</p>	<p>Kommunerna behöver ett fortsatt stöd.</p>	<p>Checklistan är en hjälp för kommunerna vid införandet av metoden och tydliggör bland annat rollfördelningen.</p>
<p>Det finns idag 22 diplomerade tobaksavvänjare fördelat på 19 HC, 3 HC har tobaksavvänjare.</p>	<p>Delvis, vi har idag diplomerade tobaksavvänjare på 19 HC.</p>	<p>Målet är utbilda fler under hösten.</p>	<p>En ny tobaksutbildning med diplomering har startat den 25 oktober.</p>



<p>Uppföljningsdagar har skett och handledning sker löpande.</p>			
<p>Region Jämtland Härjedalen tillsammans med de övriga nordliga länen beviljats särskilda medel av Regionala Cancercentrum för att öka kunskapen bland befolkningen om sambandet mellan alkohol och cancer. Syftet är bl.a. att med stöd av en kampanj, nå ut till befolkningen och förändra riskfyllda attityder till alkohol och även nå ut till vårdpersonal för att öka deras benägenhet att fråga (och samtala) om alkoholvanor.</p>	<p>Delvis, vi behöver nå fler personer med alkohol riskbruk.</p>	<p>Regionen arbetar idag med levnadsvanor men behöver fortsätta det arbetet under 2018, med att öka kunskaperna hos befolkningen och medarbetena.</p>	<p>Kampanjen ska köras igång under våren 2018 och ska ses som en del i primärvårdens arbete med levnadsvanor.</p>
<p>Det finns FaR-kontaktpersoner med på varje Hälsocentral i länet och inom specialistsjukvården, som ingår i ett nätverk och har möjlighet att delta på</p>	<p>Delvis, vi behöver nå fler personer.</p>	<p>Vi har under 2017 inte haft en medarbetare som haft detta uppdrag på heltid då det varit en lucka i rekryteringen. Från 1 september är nu tjänsten återinsatt.</p>	<p>Vi behöver fortsätta arbetet med kunskapsinsatser.</p>

<p>nätverksträffar 3 ggr/år. För tillfället finns 51 personer på adresslistan för nätverket. * Utbildningar för personalen i förskrivning av FaR arrangeras varje år, normalt sett 2 ggr/år. * Kunskapsinsatser görs för att sprida information om fysisk aktivitet till befolkningen, tex föreläsningen "Rörelsens betydelse för hälsa och inlärning" riktad till personal på skolor i länet.</p>			
<p>Minska antalet stillasittare i regionen genom ökad kunskap till befolkningen</p>	<p>Inga mätningar av befolkningen förren2018.</p>	<p>Vi är i början på start kampanjen och hoppas att det visar sig positivt när undersökningen HLV kommer nästa år.</p>	<p>Fortsätta med Start kampanjen.</p>

#### Kompletterande statistik Tobaksfri duo

4 av 8 kommuner i länet arbetar i olika utsträckning med metoden.

Nedan redovisas hur många barn som har skrivit kontrakt av de som har fått erbjudandet (dvs täckningsgraden).

Kommun	Läsår 15/16	Läsår 16/17
Härjedalen åk 6	101/121 (83%)	100/114 (88%)

Ragunda åk 6	32/60 (53%)	0/57 (0%)
Åre	ingen uppgift30/ingen uppgift	
Strömsund åk 7	7/9 (78%)	15/15 (100%)
<b>Totalt:</b>	<b>140/190 (74%)</b>	<b>115/186 (62%)</b>

#### Antal skolor

Härjedalen: 7 (alla)

Strömsund: 1 skola, men ska starta TFD på samtliga läsåret 17/18

Ragunda: 3 skolor läsåret 15/16, arbetar inte aktivt med TFD läsåret 16/17

Åre: 3 skolor, men startar med samtliga nu

Berg: på gång att starta TDF

## 1.9 Cancerrehabilitering

### Gemensamt RCC Norr

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, se tabell nästa sida.*

<b>Regional målnivå 2016-2018</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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 regionen 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 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.

**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.

## 1.9 Cancerrehabilitering Bertil Axelsson och Elin Wassdahl Nilson

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
En multidisciplinär arbetsgrupp har tagit fram ett förslag till hur region Jämtland Härjedalen kan arbeta strukturerat med screening av rehabiliteringsbehov./elwn	Utifrån förslaget ska en projektledare fortsätta arbetet under 2018 utifrån förslaget, samt även implementera det nationella vårdprogrammet./elwn		Projektledaren ska verka i nära samarbete nätverket för kontaktsjuksköterskor och med personalen vid koordinatorkenter, samt ingår i det regionala arbetet med cancerrehabilitering. Kontaktsjuksköterskorna bör enl förslaget få grundläggande utbildning i försäkringsmedicin, vilket kan ske internt under 2018 (rehabiliteringskoordinator utbildar). /elwn
<b>Regelbundna möten</b>	Regional grupp avvaktar tillsättning av ny projektledare för implementering av Cancerrehab		
<b>Inrättande av lokal multiprofessionell arb.grupp</b>	Se ovan		
<b>Regionalt pilotprojekt för hjärntumörpat</b>	pågår		

### Kommentar:

Några siffror på det aktuella läget går inte få fram ur register.

På vissa mindre kliniker används "min vårdplan" konsekvent. Det har dock inte införts fullt ut på de större klinikerna. Målet vad gäller kontaktsjuksköterska är uppnått. Målnivåerna för kontakt med paramedicinsk personal anses alldeles för lågt satta. En av de få

interventioner som vi har evidens för är att fysisk aktivitet under t ex adjuvant cytostatikabehandling främjar både livskvalitet, minskad trötthet och större möjlighet att genomföra behandlingarna. Således borde alla patienter ha kontakt med fysioterapeut t ex i grupp. Någon skriftlig generell information om cancerrehabilitering har inte sett dagens ljus trots att skriftligt innehåll till en sådan samlats in under den gångna vintern. Den tidigare lokala gruppen som arbetat med cancerrehabiliteringsfrågan är upplöst och befinner sig nu i ett vakuum innan ny ledare (sammankallande) utsetts och fått ett tydligt mandat = uppdrag, vilket dock är på gång nu under hösten 2017.



## 2.2.1 Barnonkologi

### Gemensamt RCC Norr

<b>Regional målnivå 2016-2018</b> <b>* = kvarstående mål från 2013-2015</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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 chefsrådet och gemensamt i Norrland – därför lite för tidigt att beskriva planerna för Region Jämtland Härjedalen.

### **Kommentar områdeschef:**

#### 1) Överföring till vuxenmedicinsk specialitet:

Förutsättningarna ser olika ut för olika sjukhus inom region Norr. För vår del hade vi önskat att vi kunde överföra våra patienter till en vuxenonkolog inom Region JH. Nu har vi inte den möjligheten i och med att varken den enda vuxenonkologen (som jag förstår ST – läkare än så länge) som vi har på sjukhuset eller medicinkliniken har resurser att ta över våra patienter.

Av den anledningen måste vi överföra våra patienter istället till primärvården.

Alla barn/ungdomar som genomgått behandling mot cancer får en sammanfattning ( ”överlevarpass ” ) av sin cancerbehandling av Regionkliniken ( eller annat barncancer centrum om de vårdats någon annanstans än Umeå ) vid sammanfattningsåterbesöket före de fyller 18 år.

Den sammanfattningen fungerar som ett underlag för fortsatt uppföljning i vuxenålder (efter 18 års ålder)

Ambitionen är att försöka få till ett gemensamt överlämningsmöte med patientens familj, oss och primärvårdsläkare om det är möjligt personligen eller t.ex. via video konferenslänk.

Övrigt följer sammanfattningen (överlevarpasset) med patienten och i den står det rekommendationer hur just den patienten ska följas utifrån den behandlingen som patienten fått.

#### 2) Inrätta ett regionalt kompetens- och konsultcentrum:

När vi har diskuterat kompetens- och konsultcentrum i region Norr har alla varit överens om att ett sådant kompetenscentrum ska ligga i Umeå i anslutning till regionkliniken/barncancercentret där den högsta kompetensen inom regionen finns.

Hur långt denna process har kommit har jag tyvärr inte i dagsläget mer information om.

#### 3) Vidareutveckling av hemsjukvård:

Vi har inte någon organisation/arbets- struktur på barnkliniken hur en fullskalig hemsjukvård/palliativvård ska skötas. Men vi har en mycket bra, nära samarbete med Storsjögläntan som i sin tur har ett utvecklat nätverk/infrastruktur hur hemsjukvård/palliativ vård i hemmet sköts med bla hjälp av distriktssköterskor.

Vi har i de fall hemsjukvård/palliativvård i hemmet har önskats/behövts skräddarsytt Vår verksamhet. I praktiken betyder det att när vi har arbetat med hemsjukvård/palliation och gjort hembesök hos patienten har vi behövt lämna våra ordinarie schemalagda arbetsuppgifter till andra kollegor (vilket i sin tur belastar dem och leder till att ev. hela arbetslaget måste omorganiseras för att klara av våra åtaganden och akuta arbetsuppgifter samt att ev. mottagningar måste av-/ombokas). Det har hittills gått att lösa de gånger vi har gett hemsjukvård och palliativ vård i hemmet i samarbete med Storsjögläntan och deras nätverk. Vi är helt beroende av samarbetet med Storsjögläntan för att kunna erbjuda hemsjukvård och palliativ vård i hemmet.

#### 4) Individuella utvecklingsplaner:

Vi läkare som arbetar med onkologin har gått utbildningen för barnläkare som arbetar med barnonkologi på länssjukhus (bekostas av barncancerfonden) och deltar årligen i återkommande utbildningsdagar inom barnonkologi och hematologi (VPH/PHO – utbildningsdagar). Därutöver har barnveckan årligen föreläsningar i ämnet barnonkologi/-hematologi. NOPHO (Nordic Organisation for pediatric hematology and oncology) har också årliga utbildningsdagar/möte som vi kan delta i. Barnsjuksköterskor har egna vidareutbildningar för ssk motsvarande den utbildningen som vi läkare som arbetar med barnonkologi i länssjukhusen har (bekostas av barncancerfonden) och kan även delta under Barnveckan i barncancer/-hematologi föreläsningar. Läkare, sjuksköterskor, barnsköterskor som arbetar med barnonkologi hos oss har möjlighet att delta i årligen återkommande regionala barncancerdagar i Strömbäck (Umeå).

## 2.2.2. Blodcancer

### Gemensamt RCC Norr

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 remittenter 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 mål (2016-2018):**

- Nå en hematologspecialistbemanning som motsvarar behovet
- Sätta arbetssättet 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

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

**Medicinskt ansvarig:** Andreas Asklund MLU

**Ansvarig för rapportering:** OC HIM

## 2.2.2. Blodcancer

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
Nå en hematologspecialist-bemanning som motsvarar behovet	I snitt 2,0 hematolog per vecka.	Endast 1,0 ordinarie. Rekrytering av fast läkare utan resultat, därav 1,0 stafett. Ej heller någon ST-läkare enl. mål	Rekrytera hematologspecialist/er samt minst 1 ST
Sätta arbetssättet för INCA registret samt arbeta ikapp Avsätta särskild person i 3½ mån för detta, samt bygga rutinerna för hur det ska fungera	genomfört	Rutiner fungerar bra och vi registrerar löpande.	Inget
Ombyggnad hela plan 8.	Pågår	Ingen avvikelse, följer tidplan	Fortsatt byggarbete enligt tidplan
Sträva efter att mottagningen kan inrymmas i planen för hela plan 8.	Pågår	Vi har efter sommaren fått beviljat pengar för ombyggnation av öppenvårdsdelen vilket innebär att vi inte kunnat vidareutveckla projekteringen innan vi fått klartecken angående ekonomin	Fortsatt projektering och diskussion vad som kan inrymmas på plan 8
Fortsätt att driva frågan att ta hem specialistvård från Umeå	pågår	Avvaktar ombyggnation och rekrytering av hematologspecialister	Vg se analys
Vidareutbildning av sjuksköterskor inom hematologi	Löpande	Målsättningen är att alla ssk som jobbar på hematologen skall ha 15 poäng hematologi. Hänger mycket på bemanningssituation och att inte utbildningen hålls varje termin	Bra om utbildningen kunde hållas en gång/termin
SVF Lymfom/myelom, mätning av ledtider	genomfört	Mål för ledtider uppfylls ej. Under 2017 to.m 18 okt, Uppgår måluppfyllnaden för avslutade utredningar enl. nedan : Lymfom till : 40 % avseende <i>välgrundad misstanke till avslutad utredning</i> ( avser 20 pat mediantid för utredning 29 dgr ) Motsvarande resultat för myelom är 0% (avser 2 pat. mediantid för utredning 20dgr)	Ledtider för SVF-förloppet följs på medicinmottagningen så länge utredning sker. Brist på hematologer, långa väntetider för kompletterande undersökningar och provtagningar med skickesvar, bidrar till att målen ej uppnås. Medicinenheten ansvarar för fortsatt registreringar om patienten efter utredning och diagnosbesked, går vidare till behandling.

### 2.2.3. Bröstcancer

#### Gemensamt RCC Norr

<b>Regional målnivå 2016-2018</b> <b>* = kvarstående mål från 2013-2015</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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 mål:**

Att försöka uppnå de mål som angetts regionalt för 2016 – 2018 samt att behålla den kvalitet 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.

**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 onkologutredningen 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.



### 2.2.3. Bröstcancer Christina Jansson

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Avlasta läkare med registrering</b>	Pågår	Sekreterare fick uppgiften, innebar mer tid för läkare för upplärning o längre period m validering av ifyllandet jfr om bröstssk fått uppgiften, gäller äv framgent	Fortsatt upplärning. Pga dålig kirläkarbemanning ligger mkt utv.arbete nere
<b>Bättre IT-stöd</b>	Inget hänt	Saknas fortfarande -överföring av data för inrapportering m automatik från jl - hjälp med ett IT-verktyg som omfattar alla BCpat, inte bara de inom SVF, där alla kan följas, enl Jönköpingsmodell	Initiativ o drivande av detta omöjligt utan aktivt engagemang från IT-enheten Behovet påtalat i lokal styrgrupp Cosmic och arbetet är initierat.
<b>Förenkla initiala utredningen av brca</b>	Pågår i samarbete m mgavd o PV	Handlar eg om att använda MGavd som "filterfunktion" vilket enl initialt besked ej skulle vara tillåtet enl SVF men som används av många landsting i Sverige	Fortsatt arbete, pga dålig bemanning under hösten av kirläkare ligger mkt utvecklingsarbete nere
<b>Avlasta läkarna avseende återbesök</b>	Pågår	Allt fler pat kan kontrolleras av ssk	Implementering av nytt regionalt vårdprogram m nya rekommendationer ang uppföljning Onkologbrist innebär att pat fortf följs via kir klin som på andra håll följs på onk klin
<b>Bröstkirurger avlastas avseende onkologi</b>	Inget påtagligt ännu	Brist på specialistkompetenta onkologer	Behov av ytterligare specialistkompetenta onkolog/onkologer inom närmare framtid än vad onkologutredningen anger
<b>Påverkan på patologen</b>	Inget påtagligt ännu	Svårt att driva ngt förbättringsarbete utan stationära patologer bättre knutna till sjukhusets övriga verksamheter o	

		där mandatet till beslut om förändringar ligger hos ledning på annan plats (Umeå)	
<b>Integrering Patologisvar och Cosmic</b>	Inget påtagligt ännu	Inte tillräcklig förståelse för betydelsen för verksamheten att detta blir gnfört hos dem som har uppgiften att driva frågan o förverkliga detta. Enl företagsuppgift skulle detta kunna vara gjort på 600arbetstimmar dvs borde kunnat varit klart under höst -17	Ligger utanför MLU bröstcancer:s mandat att kunna driva detta (Borde kunnat drivits i projektform såsom många delar av COSMIC infördes) Region JH bekostar hela arbetet. Vi väntar på att VLL är redo för integrationen.

**Mål: 90% erbjudas op inom 3v, 98% inom 4v**

2016: 72,5% erbjuds inom 3v, 82,5% inom 4v för RegJH, ngt lägre jfr tid. För en liten enhet får varje patients andel stor inverkan på procentuella statistiken vilket möjligen kan förklara en del. En del av förlängd ledtid beror på patologihanteringen men även pga kompletterande tex radiologisk utredning. Även det att vi inte använder MGavd som filter vid SVF innebär många SVFpat som INTE har bröstcancer (pga mkt vida indikationer för välgrundad misstanke) medför undanträngningseffekt för SVFpat med BC (liksom för BCpat på vanlig remiss). Vårt värdegrundsmål att ha läkarkontinuitet för pat gn vårdprocessen medför i vissa fall avkall på ledtidsmål men detta oftast utifrån patientönskemål o snarast ökar den medicinska säkerheten i patientomhändertagandet. Siffrorna avviker dock inte från regionen i övrigt.

Förbättringsförslag: Stadigvarande patologer i Östersund. MG som filter för remittering till kir klin. Bättre BC-kirurgläkarbemanning (tex bland egna STläkare) o mer tilldelning av oputrymme.

**Mål: 95% av PADsvar klara inom 3v**

2016: 82,5% klara inom 3v för RegJH. Ett önskemål är fortfarande 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 för bara transport av preparat). Möjligen kan det förbättras av digitalisering av diagnostiken. Även den bristande kontinuiteten av patologer i tjänst här (byter varje vecka) förlångsammare handläggningen.

Förbättringsförslag: Ökad patologbemanning i Östersund samt mer stadigvarande patologer.

**Mål: 90% av pat skall ha påbörjat onkologisk beh inom 6v**

2016: 83,9% klarar målet inom RegJH vilket är en lägre siffra jfr 2015 (96,9%). Förklaras av att allt fler pat erbjuds o rekommenderas onkologkonsult inför start cytostatikabeh, då kurerna blir allt mer avancerade o pat efterfrågar onkologisk second opinion allt mer (alla erbjuds) samt att kirurgläkarna inte längre får ngn som helst utbildning av de nya preparaten som införs o därmed inte kan lämna adekvat information. Pga bristen på onkologer förlängs därmed tiden till behstart.

Förbättringsförslag: Fler onkologer på plats i Östersund

**Mål: 5årsöverlevnaden skall vara >90%**

Enl registersiffror 72% för total överlevnad för RegJH (men oklart vilket år man räknat på som år 5). Låg siffra jfr övriga landet men där vårt förhållandevis låga antal pat spelar in samt att täckningsgraden för 5års uppföljningsblanketten end är 72% vilket gör resultatet osäkert.

**Mål: 98% av PADsvar fullständigt strukturerade.**

2106: 96% för RegJH. (Alla i Sverige ligger mellan 95-100%).

Förbättringsförslag: Ökad disciplin att följa svarsmallen för PADsvar av patologerna.

**Mål: 10% av pat skall få omedelbar rekonstruktion m implantat**

2016: 0% för RegJH. Ett inte helt accepterat kvalitetsmått för BCverksamhet. Mer intressant / relevant vore siffran på vilka som blir rekonstruerade totalt (direkt el via 2 seansop). Alla kvinnor som mastektomeras pga DCIS (förstadium till ca) erbjuds direktrekonstruktion (här el i Umeå beroende på plastikkir kompetens tillgänglig) o alla kvinnor som mastektomeras pga invasiv BC erbjuds rekonstruktion i senare skede. Efterfrågan bland pat dock inte så stor. Avsaknaden av plastikkirurg på plats bidrar till lägre siffror.

Förbättringsförslag; Rekrytering av fast plastikkompetent kirurg (el vidareutbildning av egna STläkare)

**Mål: 50% av pat ska handläggas i enlighet m SVF.**

Går idag inte att få fram siffran utan manuell räkning, vore enkelt att få fram med ITverktyg för cancerpat enl Jönköpingmodell.

## 2.2.4. Gynekologisk cancer

### Gemensamt RCC Norr

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 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 nivåstrukturering	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

**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.

## 2.2.4. Gynekologisk cancer

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
SVF Ovarialcancer	Infört		
SVF Corpuscancer	Infört		
SVF Cervixcancer	Infört 1/10-17		
Nivåstrukturering vulvacancer	Följs enligt nivåstrukturering		
Utökat kontaktsjuksköterska med deltid barnmorska	Infört september 2017		
Fokusera på ledtid från provtagning till PAD-svar	Ej förbättrat	Men ständig dialog med patologavdelningen. Resursbrist på patologavd.	Patologavd äger frågan
Produktion- och kapacitetsplanering avseende GCK	Genomfört delvis	Ökat inflöde till gynmottagningen gör att rimliga väntetider ännu inte har nåtts, trots ökning av produktion.	Fortsatt arbete med kapacitetsplan.
Integration Cosmic- Gynop.	Ej genomfört	Området har önskat denna integration men ej prioriterad.	

## 2.2.5. Hjärntumörer

### Gemensamt RCC Norr

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 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):**

<b>Åtgärd</b>	<b>Aktivitet</b>
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
<b>Övergripande områden</b>	
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 ör att därefter kontinuerligt följas upp inom befintlig verksamhet. Projektet kring rehabilitering kommer att pågå 1år från mars 2016.

**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.

## 2.2.5. Hjärntumörer

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Patientinformation, skapa informationspärmar</b>	Klart		
<b>Vårdplan, rutiner, innehåll</b>	Klart		
<b>Patientansvarig läkare, PAL, säkerställa överrapportering</b>	Klart		
<b>Kontaktssk/koordinator, kartläggning av arbetsuppgifter, skriftligt uppdrag, rutiner</b>	Klart		
<b>Inskrivningsrutin, direktinläggning avdelning Östersund, bakjoursrutiner Umeå</b>	Klart		
<b>Utskrivningsrutin, utskrivningsbesked, vårdplan, info vid utskrivning</b>	Klart		
<b>Permissioner, förhållningsregler</b>	Klart		
<b>Rutin kring ” hem i väntan på beh”</b>	Klart		
<b>Info kring vårdens övergångar, säkra upp</b>	Pågår	Kommer alltid att behövas pågå eftersom personal byts ut mm.	

<b>info vid övergångar samt överrapportering från Umeå när pat skrivs ut direkt till hemmet.</b>			
<b>Rollfördelning och ansvar</b>	Klart		
<b>MDK mot Umeå, följsamhet och genomförande av MDK</b>	Klart		
<b>PAD svar, skapa rutin mot Umeå – bekräfta provsvar</b>	Klart	Däremot sen handläggning av PAD svar från Umeå.	
<b>MR inom 3 dagar</b>	Klart		
<b>Rehab, deltagande i projekt med RCC för att implementera rehab i hemmet</b>	Pågår	Pilotprojekt där mobila stroketeamet utfört rehab i hemmet i några patientfall. Övrigt kring rehabilitering följer vi regionens pågående arbete.	

## 2.2.6. Huvud- och halscancer

### Gemensamt RCC Norr

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

#### Mål och aktiviteter region Jämtland Härjedalen (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 uppstartsskede.

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 klinikens medarbetare aktuella lägesrapporter, i syfte att nå SVF målen.

**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.

## 2.2.6. Huvud- och halscancer

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
Rutindokument SVF flöde mot UAS i Centuri	Rutindokument klart	Genomgång med MLA	Publicering i centuri
Samarbete patientföreträdare	Ej klart	Ej påbörjat arbete.	
Rehabiliteringsplan	På gång	Resurser för genomförande fattas	Samarbete med kartläggning av regionens resurser i lokal arbetsgrupp och med RCC.
Ledtid remiss - första besök specialist	➤ 90%		
Ledtid första besök specialist - MDK	➤ 90%		
Rutindokument med fastslagna rutiner till PV, rtg patolog och paramedicinska medarbetare	På gång	Rutin mot rtg och patolog klar.	Fortsatt arbete med rutin mot PV och paramedicinska medarbetare

## 2.2.7. Kolorektalcancer

### Gemensamt RCC Norr

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 $\geq 12$ lymfkörtlar i operationspreparat undersökas efter op för koloncancer. För >90 % av patienterna ska $\geq 12$ 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 forskningskötterska 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 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.

**Ansvarig för genomförande:** Områdeschef Anna Warg

**Medicinskt ansvarig:** MLU Tomas Koczkas

**Ansvarig för rapportering:** Områdeschef Anna Warg

**Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:**

I rådande ekonomiska läge måste tjänsteutökningar hanteras genom omprioriteringar.

### 2.2.7. Kolorektalcancer **Tomas Koczkas**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Patologen – bättre och bättre samarbete</b>	Sämre antal lgll. Dock snabbare svar. Alla inom 3 v	Antal lgll för rektum har rasat från 89,5% till 68,4% Både kolon och rektum får dock PAD svar inom 3 v från op.	Ej acceptera mindre än 12 lgll på MDK utan att begära eftergranskning
<b>Ökad laparoskopisk verksamhet</b>	bättre	2016 gjorde vi 25 % av kolon laparoskopiskt, 30 % realistiskt 2018	Robot kommer att öka % laparoscopi för rektum, start feb 2018

**Kommentar:**

MDK för rektum är 100 % både pre-och post op. För kolon 89 % preop och 86 % postop, något sämre. För patologi, antal lymfkörtlar och laparoscopi se ovan. Vad gäller adjuvant cytostatika inom 8 v så har rektum ökat till 100 % men kolon sjunkit från 88 % till 77 %. Det är 2 patienter det gäller. Mycket små siffror mao.

## 2.2.8. Lungcancer

### Gemensamt RCC Norr

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 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.
- Onödig svarsfördröjning pga brevsvvar 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.

**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.

## 2.2.8. Lungcancer

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
Fortsatt arbete med att förbättra ledtider	<ul style="list-style-type: none"> <li>Väntetid till transtorakal lungbiopsi har ökat från 10 dagar till 15 dagar</li> <li>Svarstiderna inom patologin är långa och har ökat från 2016-2017. Medelvärde 11 2016 och 15 2017 (slutsvar). Molekylärpatologin 16 till 22 dagar</li> </ul>	<p>Samordning med 9 olika aktörer inom såväl region JH som med Umeå är utmanande och vi äger själva inte frågan och kan styra självständigt</p> <p>Äger inte påverkan själva, mycket dialog. Onödig svarsfördröjning pga brevsvaret inom patologin. Måste lösas med elektronisk svarsalternativ eller faxsvar.</p>	Fortsätta att samverka och samarbeta med övriga aktörer för att förbättra ledtider
Ta hem EBUS	Utredning pågår, ska vara klart innan årsskiftet 2017		

### Kommentar

Vi har uppfyllt punkt 1, 4 och 6. \*\*\* From 2017 diskuteras bör samtliga lungcancerfall diskuteras på MDK. 2017 har 68% diskuterats mot 76% i riket.

### Aktiviteter (2017-2018):

Fortsatt arbete med att förbättra de ledtider som är preciserade inom SVF

Fortsatt dialog med de övriga aktörer som krävs för att nå ett bra flöde och klara ledtider.

Vad görs på högre nivå inom regionledningen samt RCC för att påverka dessa flaskhalsar?

Jobba för att börja göra EBUS här. Är lyft i såväl inprioarbetet (jan 2016) samt tagits upp till investeringsrådet

## 2.2.9. Malignt melanom/hudtumörer

### Gemensamt RCC Norr

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 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 portvaktsskörtel 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.

**Ansvarig för genomförande:** Områdeschef kirurgi-ögon-öron Anna Warg i samarbete med Områdeschef Hud-infektion-medicin Mia Ajax

**Medicinskt Ansvarig:** Anna Warg/ Anna Zakrisson

**Ansvarig för rapportering:** Områdeschef Anna Warg

**Hälso- och sjukvårdsdirektören beslutar:**

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

## 2.2.9. Malignt melanom/hudtumörer **Anna Warg/Anette Herbertsson**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Införande av SVF</b>	klart		
<b>Utv exc och SN inom 33 kalenderdagar</b>		Utförts av ÖNH och kirurgen.	
<b>Lgll-utrymning inom 57 kalenderdagar</b>		Remitteras till kirurgen.	
<b>Så många som möjligt utredn enl SVF</b>	klart	Under 2016, 4 startade patienter SVF-utredning vid hudmottagningen som är mottagande instans för SVF-remitter.	

### Kommentarer

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 portvaktsskörtel 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.

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

### Gemensamt RCC Norr

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 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 inriktas 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 avsätter mål och tid för tyreoidacancer och NET, inkluderat vidareutbildning och integration i lokala och nationella nätverksgrupper. Ytterligare 1-2 specialister/blivande specialister behövs för tyreoidakirurgi (ffa benign, men naturligt ingår för tyreoidacancerbehov) för att täcka upp deltidstjänstgöring och kommande framtida pensionsavgång samt en ökad produktion – rekrytering inledd. Den specialiserade och mer avancerade tyreoidacancerkirurgi 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

**Ansvarig för genomförande:** Anna Warg/ Joakim Hennings

**Medicinskt ansvarig:** Joakim Hennings

**Ansvarig för rapportering:** Anna Warg/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.

## 2.2.10 Neuroendokrina tumörer, cancer i sköldkörtel (tyreoidea) och tunntarm **Joacim Hennings**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Primärutredning basal av tyreoidaknölar av PV – läk via ulj o cytologi på rtg (RAK)</b>	Sonderande möte med rtg PV, inget rutinbyte än	Fortsatt sker primärutredning av nästan alla tyreoidaknölar där majoritet inte är aktuella för kirurgi via kirurgspecialist, kö för dem med indikation kirurgi inkl SVF blir följd	Ny diskussion ökad kapacitet rtg ev (sonograf istf rtgolog på sikt?). Ulj+cytologikrav för inremiss kirmott samt klara riktlinjer för tolkning av ulj/cytologi i ett remisstöd till PV (jfr Vårdpraxis/VLL) planeras
<b>Riktade nybesök</b>	Se ovan, RAK (Rätt använd kompetens)		
<b>Förbättrad preop cytologi</b>	Teknikutveckling, regiongemensam, förbättrad enligt senaste register-årsrapport		
<b>Kontakt-ssk</b>	Definerad arbetsbeskrivning och avsatt tid		
<b>Rekrytering thyr.kirurg</b>	Pågår, 1 ST profilerad		
<b>Forskning</b>	Doktorandprojekt påbörjat via UMU, fler hoppas kunna initieras		

Kommentar:

Målen uppfyllda för samtliga kriterier ovan utom cytologidiagnos där förbättring behövs. Vi arbetar på förfinad diagnostik vid punktion och cytologidiagnos såväl lokalt som inom regional arbetsgrupp. Planerar under kommande år få bättre cytologisk träffsäkerhet. Siffrorna avviker dock inte nämnvärt i norr mot övriga landet (förutom Sthlm som är bäst). Dock är RJH sämst i Norr och kan bero på såväl möjlighet till förbättringar i provtagning med cellblock t ex som tillskott av genpanelanalyser i framtiden, men även centralisering av cytologibedömningen till endokrincytologiskt specialiserade cytologer och undvikande av allmänpatologanalyser. Prover kan ev granskas med telecytologi och kanske även AI i framtiden.

Behandlingsmål med behandlingsstart 4 v från behandlingsbeslut vid känd tyreoidacancer uppnås, men då vi än så länge primärutreder alla övervägande benigna tyreoidaknölar på kirurgmottagningen är väntetid från remiss till diagnostik onödigt lång jämfört om diagnostik av benigna knölar kan ske i primärvård med underlag från ultaljud o cytologi via röntgen och enkom remisser på patient enligt ett enkelt remitteringsunderlag (ex Vårdpraxis tyreoideknöl/VLL) för PV skickas för kirurgisk bedömning av knölar som sådan erfordrar så kunde linjen vara betydligt effektivare och kortare väntetider till såväl diagnos som behandling av såväl benigna som maligna tyreoidaknölar (rätt använd kompetens).

## 2.2.11. Prostatacancer

### Gemensamt RCC Norr

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 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
- 1 - 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.

**Ansvarig för genomförande:** Områdeschef Anna Warg

**Medicinskt ansvarig:** MLU Andreas Lundgren

**Ansvarig för rapportering:** Områdeschef Anna Warg

**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.



### 2.2.11. Prostatacancer **Andreas Lundgren**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Fler urologer</b>	0	Ev ytterligare ST på gång 2018	2 ST-läkare blir specialister i Urologi 2018.
<b>Fler kontakt-ssk</b>	2 personer men 1,5 tjänster	För att öka tillgängligheten ser vi behov av ytterligare ssk till Urologimottagningen. Dessa skall inte primärt användas i rollen som kontakt-ssk utan internutbildas för att, i viss mån, ersätta vissa urologuppgifter (textrel LUTS-mott start maj 2018).	
<b>Da Vinci-robot</b>	Op start feb 2018		

**Kommentar:**

Dessvärre tror vi inte att någon siffra av olika anledningar riktigt stämmer i Uppföljning av kvalitetsregister från Norra Regionen 2015-2016 och därmed blir det naturligtvis svårt att kommentera de aktuella siffrorna. Att vi skulle göra skelettscintigrafi på nästan 1/5 med lågriskcancer kan bara inte stämma, ej heller att vi avstår från samma undersökning vid 1/5 med högriskcancer. Utbildning av sekr har skett men behövs ytterligare för att överta registerhantering och ifyllande av dessa ist. för urolog, både som del i arbete med rätt använd kompetens, men också för att få registren ifyllda (hinns bara delvis med av urologerna pga. tidsbrist), och på ett korrekt sätt.

## 2.2.12. Sarkom och benmetastaser

### Gemensamt RCC Norr

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 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.

**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.

### 2.2.12. Sarkom och benmetastaser

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
1+2. Fortsätta utarbeta regional och lokalt vårdprogram	Pågående, inväntar nationellt vårprogram		
3. Säkerställa vårdkedja NUS och RJH, inkl specialistvård och primärvård			Stärka samarbetet med sarkomcentrum samt kontaktsjuksköterskor inom ortopedi och onkologi vid NUS. Utarbeta en rutin för hur aktiva överlämningar ska ske, min vårdplan ska användas samt hur kommunikationen mellan sjukhusen ska skötas. Inom processgruppen har huvudsakligen vårdkedjan för sarkompatienter diskuterats.
4. Tydligt definierat uppdrag för kontaktsjuksköterska	Klart		
5. Samma primära kontaktväg vid skelettmetastaser som vid sarkom	Pågående		

### 2.2.13. Tumörer i övre mag-tarm-kanalen

## Gemensamt RCC Norr

<b>Regional målnivå 2016-2018</b> <b>* = kvarstående mål från 2013-2015</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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 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.

### Tidsplan:

**Ansvarig för genomförande:** Områdeschef Anna Warg

**Medicinskt ansvarig:** MLU Peter Bartelmess

**Ansvarig för rapportering:** Områdeschef Anna Warg

**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.

### 2.2.13. Tumörer i övre mag-tarm-kanalen **Anna Warg**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Rekrytering ÖGI-kirurg</b>	Försök 2017 som misslyckades		
<b>Översyn av kontakt-ssk-resurs</b>	Ersättare vid sjukdom och stöd vid hög belastning ordnad		

**Kommentar:**

Täckningsgrad med mål >95%: ligger på mellan 90-100% 2016 för RJH vad gäller esofagus- och ventrikelca. 67-100% 2016 vad gäller lever- och galla. Kontakt-ssk etablerad i Ösd. 100% av pat har en kontakt-ssk.

Från MDK till start av beh, >50 % inom 10 dagar (inom ledtid): Ösd 40 % (2016 esofagus/ventrikel) (uppgifter saknas avseende lever- och gallvägar)

PAD-svar från op klart inom 3 v för 90% av pat: Ösd 50% (2016 esofagus/ventrikel). Övriga mål är inte angett i bifogat register.

## 2.2.14. Urologisk cancer utom prostata

### Gemensamt RCC Norr

<b>Regional målnivå 2016-2018</b> <b>* = kvarstående mål från 2013-2015</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
Inventering av makrohematuriläget för utförlig kunskap om ledtiden 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
Väl fungerande 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 lokaliseringar inom en och samma teamorganisation. Ökad medverkan av teammedlemmar vid båda sjukhusen, gemensamma PM och rutiner.	2016

#### Mål, aktiviteter och tidsplan:

Se kommentarer och bedömningar under prostatacancer 2.2.11



**Ansvarig för genomförande:** Områdeschef Anna Warg

**Medicinskt ansvarig:** MLU Andreas Lundgren

**Ansvarig för rapportering:** Områdeschef Anna Warg

**Hälsa- och sjukvårdsdirektören beslutar:** se avsnitt 2.2.11

## 2.2.14. Urologisk cancer utom prostata **Andreas L**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Fler urologer</b>	0	Ev ytterligare ST på gång 2018	2 ST-läkare blir specialister i Urologi 2018.
<b>Fler kontakt-ssk</b>	2 personer men 1,5 tjänster	För att öka tillgängligheten ser vi behov av ytterligare ssk till Urologimottagningen. Dessa skall inte primärt användas i rollen som kontakt-ssk utan internutbildas för att, i viss mån, ersätta vissa urologuppgifter (tex prel LUTS-mott start maj 2018).	
<b>Da Vinci-robot</b>	Op start feb 2018		

### Kommentar:

Dessvärre tror vi inte att någon siffra (av olika anledningar) riktigt stämmer i Uppföljning av kvalitetsregister från Norra Regionen 2015-2016 och därmed blir det naturligtvis svårt att kommentera de aktuella siffrorna. Att vi bara drar ca 42 % av de med MIBC på MDT stämmer naturligtvis inte och vi är mycket tveksamma till att bara 60-70% får infravesikal behandling vid pT1 sjukdom.

Utbildning av sekr har skett men behövs ytterligare för att överta registerhantering och ifyllande av dessa ist. för urolog, både som del i arbete med rätt använd kompetens, men också för att få registren ifyllda (hinns bara delvis med av urologerna pga. tidsbrist), och på ett korrekt sätt.

## 2.2.15. Diagnosövergripande

### Gemensamt RCC Norr

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

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

ITstödet ska inköpas under 2016

Införadeprojekt ska pågå 2016-2017

**Ansvarig för rapportering:** Områdeschef Anna Warg

### 2.2.15. Diagnosövergripande **Anna Warg**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Inköp 2016</b>	Inköp dec 2016	Upphandling drog ut på tiden, bristande IT-intresse	
<b>Införande 2016-17</b>	Införande 2017-18, pilot start 16 okt		

### **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

### Gemensamt RCC Norr

<b>Regional målnivå 2016-2018</b> * = kvarstående mål från 2013-2015	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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

#### 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:

**Ansvarig för genomförande:** Områdeschef

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

**Ansvarig för rapportering:** Områdeschef

## 2.4. Patientens ställning i cancervården **Anna Warg**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Område kirurgi – Second opinion används om pat så önskar</b>	Second opinion används om pat så önskar, dock fortsatt oklart hur tydlig informationen är till pat avseende rättigheter		Utbildningsinsatser bland personal Skriftlig info till pat



## 2.5. Utbildning och kompetensförsörjning

<b>Regional målnivå 2016-2018 (= de prioriterade målen i den regionala kompetensförsörjningsplanen) * = kvarstående mål från 2013-2015</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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 $\geq 20$ % för länssjukvårdens kliniker och $\geq 50$ % för Nus kliniker. *	FoU-mål i verksamhetsplaner 2016. Forskarutbildade enligt mål 2025

### 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.

**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

Redovisas regional

## 2.7. Klinisk forskning och innovation

### Gemensamt RCC Norr

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

**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:** saknas

**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.

## 2.7. Klinisk forskning och innovation

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Öka stödet till forskare som skriver externa ansökningar genom skapa ett "peer review" system inom forskarkollegiet</b>	Mål delvis uppnått	Vid större ansökningar (VR, KSS, EU etc) kan statistikerhjälp avropas från RCN i Umeå. Även FoU-enhetens statistiker och andra vetenskapligt meriterade medarbetare kan bistå med hjälp vid större ansökningar.  Svårt att få forskarkollegiet att på ett systematiskt sätt avsätta tid för att skapa ett peer review system för alla typer av ansökningar.	FoU-enheten fortsätter informera om mervärdet av att förgranska kollegors ansökningar innan de skickas in.  FoU-enheten har i samverkan med "Jämtlands cancer och omvårdnadsfond" startat med att aktivt söka upp och informera om projekt som har möjlighet att söka medel för cancerforskning i Jämtland via denna fond.
<b>Region Jämtland Härjedalen ska ha ett aktivt deltagande i RCC-forskningens dag.</b>	Mål uppnått		Fortsätta premiera deltagande i RCC-forskningens dag.
<b>Påverka Forum Norr så att hela Norra regionen ska betraktas som en studiesite för läkemedelsstudier</b>	Mål ej uppnått	Inga läkemedelsprövningar har med hela norra regionen som studiesite har startat.	Föreslå till Forum Norr att ett samarbetsprojekt initieras med RCC för att uppnå ett ökat deltagandet inom regionala cancerprojekt i hela regionen.

## 2.8. Nivåstrukturering

### Gemensamt RCC Norr

<b>Regional målnivå 2016-2018</b> <b>* = kvarstående mål från 2013-2015</b>	<b>Tidpunkt för måluppfyllelse</b>
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 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.

**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

## 2.8. Nivåstrukturering **Anna Warg och Lisbet Gibson**

Aktivitet för måluppfyllelse	Resultat	Analys av avvikelse mot mål	Kompletterande aktivitet för måluppfyllelse
<b>Deltagande i Styrgrupp RCC Norr Spec.läk kirurgi och HS-dir.</b>	Pågår		Följer den nivåstrukturering som är beslutad nationellt med viss modifiering enligt Norra regionen
<b>HS-dir i nationell process</b>	Pågår		