



Lokal handlingsplan för cancervården 2019–2021

Region: Västerbotten

Bakgrund

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

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

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

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

Övergripande prioriterade områden

1. Kontaktsjuksköterska för samtliga cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen

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

Lokal handlingsplan för kontaktsjuksköterskor

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för målluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Alla kontaktsjuksköterskor ska ha skriftliga uppdrag enligt mall	Oklart, inventeras vid nätverksmöte	100 % enligt utfall i kvalitetsregister	Inventering vid nätverksmöten, utveckla övrig metod för mätning	Löpande		
Etablerat nätverk för kontaktsjuksköterskor i länet, övergripande information och utveckling	Förteckning och mötesforum etablerat	Nätverksmöten 1-2 gånger per termin	Löpande uppdaterad förteckning över nätverk för kontaktsjuksköterskor användas till information och utbildning	Löpande		
Alla cancerpatienter ska ha (upplever sig ha) tillgång till en fast vårdkontakt (kontaktsjuksköterska)	Utfall 2018 per Q4 är 80,8 % för alla diagnoser	Uppföljning av PREM-utfall varje kvartal Q4 2019 = 85% Q4 2020=90%	Tydliggöra roller och funktioner på enheterna. Kontaktsjuksköterskans förutsättningar i arbetet	Löpande		

		Q4 2021=100%	följs upp i samtal med närmaste chef			
--	--	--------------	--------------------------------------	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Bör vara en ambition att i största möjliga mån införa tjänster för kontaktsjuksköterskor på heltid. Uppdrag på deltid leder lätt till konflikt med andra roller, alltså att kliniska uppdrag skapar slitning mellan rollerna och riskerar att försämra förutsättningarna för stöd till cancerpatienter.

2. Cancerprevention och tidig upptäckt

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

3. Förstärkt diagnostik

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

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

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

Ansvarig för genomförande: Molekylär-genetisk diagnostik

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
-----	--------	----------------	--------------------------------	----------	-------------	-------------

Tillgång till molekyllärgenetiska analyser i regionen	Saknas, prover skickas för analys. Krav på analyser vid allt fler diagnoser	Tillgång	Underlag och äskande för investering	2020	Egen uppföljning,	

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

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

Lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: HR-direktör

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Hälso- och sjukvårdsförvaltning

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Säkrad onkologisk specialistkompetens i regionen.	Nus kompetensnav för Norra regionens onkologiska specialistkompetens	Avstämning i Cancerrådet	Se kompetensförsörjningsplan	Löpande		

Ökat antal ST tjänster inom BFM och patologi?	för läkare. Följer upprättad plan		Specifika satsningar och aktiviteter kan redovisas per respektive område.			
Utveckling av AST-tjänster	AST-tjänster införda och utvecklas löpande	Antal AST tjänster och antalet enheter följs	Arbetet sprids inom regionen	Löpande, årligen		
Kompetensväxling och Förändrade arbetsätt i vården	Inom alla verksamheter bedrivs löpande förbättringsarbete där RAK, ätt använd kompetens och vårdnära servicetjänster etableras ingår som aktiviteter.		Utveckling av vårdnära servicetjänster pågår i omvårdnadsarbetet. Kompetensväxling av olika slag pågår i alla verksamheter. Se kommentarer nedan.	Löpande		
Säkrad tillgång till vårdplatser och operationsresurser omvårdnadspersonal	Reducerad tillgång till vårdplatser p g a personalbrist	Följa antalet disponibla vårdplatser	Aktiv rekrytering och kompetensväxling enligt kompetensförsörjningsplan	Löpande		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Exempel på kompetensöverföring: Omfördelning av uppgifter mellan sjuksköterskor och medicinska sekreterare.

Inom Patologi mellan läkare och BMA

Ökat samarbete och förändrade roller i teamet mellan kontaktsjuksköterskor och SVF koordinatörer, medicinska sekreterare.

5. Kunskapsstyrning

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

Lokal handlingsplan för kunskapsstyrning

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Centralt Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Implementera nationella vårdprogram	Process-stöd i journalen saknas	Införandeprocess	Införande av FVIS, verktyg i detta arbete	Enligt införandeplan		
Öka täckningsgrad i Cancersjukdomarnas kvalitetsregister	Resultat per register	Resultat per register	Underlätta inrapportering i kvalitetsregister genom bättre rollfördelning och samverkan. Löpande mätning av täckningsgraden per diagnosgrupp	Löpande		
Öka användningen av registerdata i verksamhetsutveckling	Förekommer i vissa fall	Förekommer men kommunikationen av framgångsrika exempel kan öka	Kommunicera data och utfallet i processgrupper Kommunicera framgångsrika exempel	Löpande		

			på registerunderstödd utveckling			
SVF-data används till kvalitetssäkring och verksamhetsutveckling på systematiskt sätt	Förekommer på LCC mötet och inom vissa processgrupper	LCC-möten och processgruppsmöten innehåller punkter för analys av och diskussion om utvecklingsåtgärder	Ökad tydlighet om roller för centrala stödfunktionärer. Löpande uttag och kommunikation av befintliga data med jämförelser av olika slag till processer, verksamheter och ledningsfora, LCC mm.	Löpande		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

6. Digitalisering och distansöverbyggande teknik

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

Lokal handlingsplan för digitalisering och distansöverbyggande teknik

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Skall utvecklas digitalt system	Regionens befintliga stöd i	Pilot genomförs	Pilotverksamhet inom Övre gastroflödet i Västerbotten	Pilot inom övre gastro kirurgi		

för visualisering av patienter i vårdkedjan	koordinatorsöversikten i Diver vidareutvecklas	inom minst ett område	Utveckling av systemstödet i länets datalager	pågår, kan lanseras senast Q3 2019		
Utveckling av digitalt stöd för Min vårdplan	RCC norr driver införande av digitalt stöd med några verksamheter i norra regionen. Fn inga deltagare i piloten från Västerbotten	Minst en verksamhet deltar i test av befintligt stöd	Systemstöd och dess användbarhet demonstreras för intresserade verksamheter i Vb.	En enhet medverkar senast Q3 2019		
Patienter skall kunna följas inom länsövergripande remissflöde till och från länet	Nationellt antagen kodningspraxis för remittering över länsgränser skall tillämpas	100 % av patienter som remitterats från länet kan följas med dessa koder och rutiner	Uppföljning av nuläge, information och kontroll av följsamhet till rutiner via centrala system. Påverkan via SKL om tillämpning av fastställda arbetsrutiner i landet	Löpande dock senast december 2019		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

7. Förstärkt palliativ vård

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

Se bilaga längre fram!

8. Cancerrehabilitering

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

Diagnos- och områdesspecifika mål och målnivåer

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

Mål	Nuläge	Målnivåer	Tidpunkt för målfyllelse	Uppföljning
Barnonkologi, bilaga 2A				
Gemensam regional plan för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancer hos barn och unga	Ökning av gemensam mottagning barn-/vuxenonkolog för överlevare barncancer (för VLL sedan 2017). Övriga regioner har godkänt mottagningsbesök	2019: 25 % av kallade pat. från övriga regionen 2020: 33 % 2021: 50 %	Årlig uppföljning	Mottagningsbesöken registreras på onkologmottagningen och kan enkelt följas

Etablering av regionala/nationellt kompetens- och konsultcentrum för seneflekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar	Cirka 1/3 av överlevare av barn-cancer har stora problem/komplex bild med många organ-system involverade. Vuxenrehabilitering/habilitering passar inte	Nationellt centrum som kan vara remissinstans för överlevare barn-cancer med komplex problematik	2021	Detta måste vara ett nationellt projekt. Arbete pågår inom svenska gruppen för långtids-uppföljning efter barn-cancer
Vidareutveckla hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancer-sjukdom hos barn/unga	Pågående arbete i samarbete med bland andra arbetsgruppen för palliativ vård i norra regionen	Att starta palliativ vård för barn med obotlig cancer vid Axlagården och vid hospice i Sundsvall	2021	Egen uppföljning
Förbättra möjligheterna till forskning inom barnonkologin i norra regionen	Förutsättningar för forskning vid Nus behöver förbättras, finns "vilande anslag" för doktorandtjänst som inte kunnat utnyttjas p.g.a. dålig bemanning	1 – 2 heltidstjänster för barnonkologisk forskning i norra regionen	2021	Egen uppföljning.
Säkra att varje länssjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare, samt fortlöpande öka kompetensen i barnonkologisk omvårdnad	Regional och nationell utbildning finns. Målet uppfyllt 2018, men generationsväxling gör årlig uppföljning viktig. Konsult-sjuksköterska har månatliga videokonferenser med regionen och lokala möten/ föreläsningar	Kontinuerligt se till att rätt kompetens finns på varje sjukhus. Det sker just nu en generationsväxling på vissa sjukhus	Årlig uppföljning	Medicinskt ansvarig barn-onkologi Nus tillsammans med lokalt ansvarig verksamhets-chef. Kommunikationen med regionen följs upp årligen på region-möten
Förbättra information till familjer till cancersjuka barn med minskad belastning på hemsjukhus/ Nus. Uppstart av Barncancerappen	Stommen till Barncancerappen finns idag. Ansökan om uppstart skickad till enheten för E-hälsa. Finansiering av driften (låg kostnad) är diskuterad mellan barnklinikerna i sjukvårds-regionen	Start under HT 2018/ VT 2019. Mätning av användandet kan göras under 2019–2020. Punkt i inskrivningsanteckning kan tillfälligt mäta om appen använts	2020	Barnonkologs-juk-sköterska ansvarig för Barncancer-appen tillsammans med medicinsk chef barnonkologi

Ökat deltagande i studier avseende målstyrd behandling vid återfall av barncancer och där det inte finns etablerad "best practice" för bot	Vid återfall ska specifika mål (targets) i patientens tumör om möjligt identifieras inför behandling, men krävande att sätta upp organisation för detta. Diskussion med bl.a. Barncancerfonden om centralisering - vissa centrum "värdar" för olika typer av innovativ behandling	Alla patienter som drabbas av återfall av barncancer och där det inte finns en "best practise" för bot ska få erbjudande om att delta i studie för målsökande behandling	Årlig uppföljning	Egen uppföljning. Antalet patienter är så pass få att vi enkelt kommer att kunna följa utvecklingen
--	---	--	-------------------	---

Barnonkologi, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Barn- och ungdomscentrum i Vb

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare barncancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Gemensam regional plan för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancer hos barn och unga	Utmaning att kunna erbjuda uppföljningsbesök för överlevare efter barncancer. Träffar nu ca 75 per år. Betar av gamla köer. Startat upp besök för boende i Västernorrland.	2019: 25 % av kallade pat. från övriga regionen 2020: 33 % 2021: 50 %	Erbjuder uppföljningsbesök för "överlevare" från Västerbotten och Västernorrland. Arbetar aktivt med att erbjuda besök till alla överlevare efter barncancer i norra regionen.	Under 2020 kommer 1/3 av besökarna från andra län än Västerbotten.		

Förbättra möjligheterna till forskning inom barnonkologin i norra regionen	Det här handlar helt om bra läkarbemanning	Behöver ha 6 ”vana” läkare på Barnonkologen. Från sommaren 2019 kommer det att finnas 5 st.	Rekrytera läkare i allmän barnmedicin som kan utbildas till barnonkolog.	2019-2021 med förhoppning om att kunna ha en person på plats 2020.		
Förbättra information till cancersjuka barns familjer. Uppstart av Barncancer-appen	Stommen till appen finns idag. Ansökan skickad till E-hälsa för stöd. Finansiering av driften är diskuterad mellan barnklinikerna i sjukvårdsregionen	Att appen är i drift och innehåller relevant information.	Inväntar tillstånd från E-hälsa att starta. Barnonkologsjuksköterska till projektet är identifierad.	Under 2020, dock allra senast 2021.		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Bild- och funktionsmedicin (BFM), bilaga 2 B				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Rätt diagnostik eller behandling på rätt patient i rätt tidpunkt	Diskrepans mellan mål i nationella vårdprogram och radiologisk kapacitet	Väl fungerande rutiner för att säkerställa medverkan från norra sjukvårdsregionens BFM i arbetet med nationella vårdprogram (NVP) genom 1. inbjudan till regionens BFM att ingå i NVP-grupperna	2019–2021	Egen uppföljning

		2. delaktighet från regionens BFM i remissrunda 1 för NVP 3. BFM-avsnitt i regional konsekvensbeskrivning vid införande av nytt/ reviderat NVP		
Kompetensförsörjning	Underskott på radiologer/röntgensjuksköterskor. Stort intresse för radiologi, ökat antal ST	Oberoende av inhyrd personal	2019–2021	Uppföljning chefssamråd kvartalsvis
IT - utveckling av radiologiska system	Elektroniska remisser saknas mellan huvudmän i norra regionen. Gemensam plattform för journalsystemen avvaktas (2023). Många manuella moment i dag	Temporär lösning för elektroniska remisser. Minska manuella moment	2019–2021 2019–2021	Egen uppföljning Chefssamrådet
Multidisciplinär konferens (MDK)	Resurskrävande, konkurrens med övrig radiologisk verksamhet	Fortsätta optimera MDK i dialog med remittenterna	2019–2021	Respektive LCC

Bild- och funktionsmedicin, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Verksamhetschef Bild- och funktionsmedicin i Västerbotten, BFM

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Bibehålla/förbättra ledtider för SVF	Varierar för olika cancergrupper, för flertalet redan 100% medan andra har förbättringspotential	Tid till undersökning SVF-patienter	Rekrytering av röntgensjuksköterskor och radiologer. Fortsatt arbete med att utnyttja resurserna optimalt.	2019-2021		

Handläggning i MDK ska leda fram till behandlingsbeslut	Alla fall är inte färdigutredda. Berörda är inte alltid förberedda inför ronden.	Följa andel fall som har beslut efter handläggning i ronden.	Kontinuerlig dialog och samarbete med inblandade aktörer i MDK.	2019-2021		
BFM representerade i arbetet med vårdprogram och SVF	Representation finns inom många men inte alla områden.	Ökad representation utifrån nuläget	Kontinuerligt synliggörande av den egna verksamheten.	2019-2021		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Blodcancer, bilaga 2 C				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Hålla ledtider enl. SVF	Ledtiderna hålls inte, trots stor förbättring de senaste två åren	80 % av patienterna ska klara ledtiderna enligt SVF	December 2019	Egen uppföljning Kvalitetsregister
Bedriva utredning enl. vårdprogram	Varierande, myelom: ISS stadietindelning 93,3 %, mål 100 %, FISH 60,6 %, mål 80 %	Enligt vårdprogrammets kvalitetsindikatorer	Juni 2019	Enligt vårdprogrammets kvalitetsindikatorer
Täckningsgraden för Blodcancerregistret ska förbättras	Vi uppfyller inte registrering inom målnivåerna	>70% inom 3 mån. >95% inom 1 år	Juni 2019	Kvalitetsregister

Individuell skriftlig vårdplan till patienterna	Nationell mall finns. På fyra av sjukhusen får nydiagnostiserade patienter skriftlig vårdplan	80 % har en skriftlig vårdplan	Juni 2019	Egen uppföljning
Deltagande i klinisk studie	Studier bedrivs på tre av sjukhusen. Ex. studier 3,7 % av lymfomen, 6 % av KML, 1,9 % myelom. Studiesjuksköterskor saknas	10 % av patienterna	December 2020	Kvalitetsregister
Telemedicinsk mottagning	Erbjuds på två sjukhus i regionen	Erbjudas till lämpliga patienter på alla sjukhus. Patienter kan koppla upp sig från flertalet HC/ länsdelssjukhus	Juni 2019	Egen statistik
Kontakt-/ teamsjuksköterska förstärks med koordinators	Kontaktsjuksköterska finns på alla sjukhusen, men med behov av administrativt stöd	Finns på alla hematologiska enheter och ansvarar för patientens ledtider, kontaktbehov och individuella skriftliga vårdplan	Juni 2019	Egen uppföljning
Cancerrehabiliteringsteam på alla sjukhus	Varierande resurser i regionen	100 %. Alla patienter erbjuds psykosocialt stöd och rehabilitering	Juni 2019	Egen uppföljning
Distresstermometer	Används i mycket liten grad	70 % av myelompatienterna i samband med diagnos	Juni 2019	Kontaktsjuksköterska registrerar
Erbjuda besök yngre anhöriga (<18 år)	Sker helt ostrukturerat och slumpvis	100 %. Alla yngre anhöriga ska erbjudas besök, noteras i journalen	Mars 2019	Kontaktsjuksköterska
Seneffektsmottagning	Startat på Nus. I dagsläget kallas Västerbottens patienter	100 % av personer i regionen behandlade för cancer <18 år ska informeras om uppföljningsmottagning/ kallas till den	När resurser finns på uppföljningsmottagningen	Uppföljningsmottagningen?
Kapacitetsväxling	Läkare/ sjuksköterskor/ undersköterskor/ andra kompetenser	En strukturerad genomgång av alla arbetsuppgifter på alla enheter för maximalt utnyttjande av allas kompetens	Startas omgående	Redovisas på regionmötet våren 2019 av regionansvariga/enhetschefer

Blodcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Cancercentrum, medicinklinikerna Skellefteå och Lycksele lasarett

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare hematologi

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Seneffektsmottagning	Startat på Nus. I dagsläget kallas Västerbottens patienter	100 % av personer i regionen behandlade för cancer <18 år ska informeras om uppföljningsmottagning/kallas till den	Tillföra resurser från Cancercentrum och Barn o Ungdomskliniken	2020		
Individuell skriftlig vårdplan till patienterna	Nationell mall finns.	80 % har en skriftlig vårdplan	Arbeta enligt rutin och med datoriserad mall	Juni 2019		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Myelom 90 % AML 71 % Lymf-KLL 30 % Myelom 61 % AML 100 % Lymf-KLL 24%		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Riktade åtgärder			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Bröstcancer, bilaga 2 D				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Operation <3 veckor från diagnos	Regionen 65 % <3 veckor (83 % <4 veckor). Väntetiden har ökat, utom i Skellefteå. Sunderbyn 69,7 % (89,9), Östersund 72,5 % (82,5), Sundsvall 71,6 % (91), Skellefteå 94,7 % (97,4), Nus 32,3 (54)	90 % av kvinnor med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
PAD klart <3 veckor från operation	Regionen 67 %. Sunderbyn 81 % Östersund 86 % Sundsvall 59 % Skellefteå 15 % Nus 58 %	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
Kortare väntetid till systemisk onkologisk behandling för aktuella patienter och enligt SVF	Regionen 89 %. Tiden har kortats och målnivån är nästan uppnådd inom alla län. Längre tid när onkolog endast finns på konsultbas	90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
Förbättrad 5-årsöverlevnad	Regionen 82 % RN 81 % RJH 81 % RVN 88 % VLL 83 % (69 %)	5-årsöverlevnad ska vara >90 % i hela regionen	2024	Kvalitetsregister, årlig uppföljning

Höja andelen patienter som genomgår direkt bröstrekonstruktion med implantat	Riket 12 % RN 11 % RJH 0 % RVN 4 % VLL 12 %	Höja andelen patienter som genomgår direkt rekonstruktion med implantat till rikets nivå (12 %). Den nationella nivån kan komma att ändras	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning
70 % av nya bröstcancerfall ska utredas enligt SVF			2020	SVF statistik
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden			2020	SVF statistik
Patientens rehabiliteringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär	Olika rutiner idag i regionens landsting/regioner	Strukturerat formulär, t.ex. distress-termometern, används	2020	Uppföljning kommer att ske via vårdprocessen för rehabilitering
Kompetensöverföring genomförs mellan såväl personalkategorier som mellan specialiteter	Olika rutiner idag i regionens landsting/regioner Idag ser flödet olika ut i regionen.	Vissa återbesök överförs från läkare till kontaktsjuksköterska för både kirurgi och onkologi. Mammografiläkare informerar kliniska patienter som efter utredning visar sig vara friska. Patient som behöver bedömas av kirurg remitteras	2020	Egen uppföljning Egen uppföljning

Bröstcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare bröstcancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
-----	--------	----------------	--------------------------------	----------	-------------	-------------

Operation inom 3 veckor från diagnos	Skellefteå 94,7% NUS 32,3%	90%	Ökad operationsresurs NUS	2021		
Förbättrad 5-årsöverlevnad	83%	>90%	Snabbare handläggningstid	2024		
PAD klar < 3 veckor efter operation	Skellefteå 15% NUS 58%	95%	Förbättringsarbete Patologen-kirurgen. Preparatröntgen på samtliga operationspreparat för att spara tid för Patologen.	2021		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	99 % 40 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Riktade åtgärder	Löpande		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Cancerrehabilitering, bilaga 2 E				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Att alla fyra landsting har tagit fram övergripande rutiner för kontakt med kompetens för sexuell hälsa för de patienter och närstående som är i behov av detta	I dagsläget saknas rutiner	100 %, rutin ska finnas i varje landsting	2021	Uppföljningsenkät på landstingsnivå, finns skriftliga rutiner ska de bifogas
Ökad andel verk-samheter som erbjuder patienten <i>Min vårdplan</i> (utifrån den generiska modellen)	Enl. PREM – SVF (2017) svarade 57 % att skriftlig individuell vårdplan för fortsatt vård upprättats	Delmål 60 % Mål 75 %	Delmål 2020 Mål 2021	KVÅ-koder och PREM- SVF Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå
Ökad andel patienter som erbjuds namngiven kontaktsjuksköterska (enl. nationell definition)	Se tabell 2	90 %	2021	Uppföljning kvalitetsregister
Ökad andel verk-samheter som rutinmässigt erbjuder skriftlig information om cancerrehabilitering	Saknas information idag	100 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, skriftlig rutin ska bifogas
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt och strukturerat erbjuder gruppinformation av rehabiliteringsprofession	Gruppinformation ges vid ett par kliniker idag	75 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, information om upplägget ska bifogas
Ökad andel verksamheter som strukturerat bedömer behov av rehabilitering (med validerat bedömningsinstrument)	Saknas information idag	75 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, skriftliga rutiner hur strukturerade behovsbedömningar genomförs ska bifogas
Skriftliga överenskommelser mellan sjukhus/primärvård om rehab. för cancerpatienter	Saknas information idag	Alla landsting ska ha startat samverkan	2021	Uppföljning på landstingsnivå vilka överenskommelser som tagits fram lokalt

Öka andelen verksamheter som erbjuder mer än grundläggande stöd till patienter om fysisk aktivitet av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut)	Saknas information i dag. Ett antal verksamheter har utformat ett arbetssätt för att stödja patienter till fysisk aktivitet i grupp	75 %	2021	Uppföljningsenkät på verksamhetsnivå, information av upplägget bifogas med enkätsvar
---	---	------	------	--

Cancerrehabilitering, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig: Verksamhetschef Cancercentrum

Ansvarig för rapportering: Processledare cancerrehabilitering

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Lokal processledare utsedd och med adekvata resurser för uppdraget	Utsedd processledare men med otillräckliga förutsättningar för uppdraget	Processledare med rimliga förutsättningar för uppdraget	Dialog med ledningen om förutsättningar för uppdraget	1: a kvartalet 2019		
Lokal länsövergripande processarbetsgrupp tillsatt och med uppdrag	saknas	Arbetsgrupp tillsatt	I dialog med tillsatt processledare inbjuds företrädare från hela vårdkedjan till arbetet. Samverkar med andra rehab-nätverk	2: a kvartalet 2019		

Ökad andel verksamheter som erbjuder patienter med cancerdiagnos <i>Min vårdplan</i> (Följer patienter som inlett behandling)	Enl. PREM – SVF (t o m Q 4 2018) svarade 80,8 % att skriftlig individuell vårdplan för fortsatt vård upprättats	Delmål 85 % Mål 90 % Mål 100 %	Dialog med verksamheter om arbetsmetoder och förutsättningar i arbetet, rutiner. Stöd vid införande av MVP Deltagande i pilot av digital MVP	Delmål 2019 Mål 2020 Mål 2021		
---	---	--------------------------------------	--	-------------------------------------	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Krävs en konsekvensanalys av undanträngningseffekter alternativt behov av ökade resurser om primärvården skall ta ett ökat ansvar inom cancerrehabilitering. Måste då även ingå i justerad beställning inom Hälsoval Västerbotten.

CUP, bilaga 2 F				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Kontaktsjuksköterska <i>efter</i> diagnos och start av behandling eller beslut att avstå behandling	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Palliativt stöd för patienter med det behovet	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Min vårdplan	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Mailforum för knepiga fall	0	Infört forum	2020	Infört eller inte infört
Specialintresserad onkolog för regionens enheter som metastasutredare	0	Införd särskild jourlinje	2019	Infört eller inte infört

Specialintresserad patolog kopplas in tidigt i SVF-CUP förloppet	0	Infört möjlighet till namngiven kontaktperson	2019	Infört eller inte infört
Öka upplärningen av CUP till organ-specifik diagnos	Status inte känt i de olika regionerna (enl. litteraturen 3 – 5 %)	Kvarvarande okänt primärt ursprung 2 %	2021	Egen uppföljning
Nationell MDK kommer att införas under 2019				

CUP, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig: Verksamhetschef, Medicin- rehab Lycksele samt Cancercentrum

Ansvarig för rapportering: processledare CUP

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Delta i nationell MDK	Finns inte ännu		Delta när den införs	2019		
Kontaktsjuksköterska <i>efter</i> diagnos och start av behandling eller beslut att avstå behandling	Roller som kssk finns etablerade på DC och Cancercentrum	60 % 80 % 90 %		2019 2020 2021		
Kontaktsjuksköterska <i>före</i> diagnos.	Finns. Oklart i vilken utsträckning	90 %		2019		
Specialintresserad onkolog för regionens enheter	Finns i viss utsträckning		Införd särskild jourlinje	2019		

som metastasutredning						
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Underlag saknas per 2018	70% 80%	Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet	2020		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

Gynekologisk cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Centrum för obstetrik- och gynekologi i Vb, CFOG

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare gynekologisk cancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Koordinatorfunktion inom CFOG på alla sjukhus i länet, som komplement till kontaktsjuksköterskor	Finns i Lycksele och Skellefteå, på Nus finns funktionen med operationsplanerare och medicinsk sekreterare	Funktionerna finns och fungerar inom CFOG i länet	Följa upp arbetsflödet i länet löpande på processmöten	kontinuerligt		
Öka antal remisser till MDK för bäckenrehabilitering	Uppgift om nuläget		Volymen och aktiviteten diskuteras regelbundet i teamet	Löpande		
Alla patienter med cancer ska ha min vårdplan	Utfall enligt kvalitetsregister: Utfall äggstockscancer i PREM per Q4 2018: 51,1 %	Mål 2019: 65 % Mål 2020: 85 % Mål 2021: 100 %	Kvartalsvis PREM, årsvis i kvalitetsregister Data redovisas på och diskuteras på processmöten. Analys av kontaktsjuksköterskornas arbetsförhållanden, chef-medarbetardialog	Löpande		

SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	*Cervix 58 % Corpus 95 % Ovarial 107 % Cervix 14 % Corpus 41 % Ovarial 49 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Riktade åtgärder			
--	--	--	---	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

*Cervixcancer=livmoderhals, Corpuscancer=Livmoderkroppscancer, Ovarialcancer= Äggstockscancer

Hjärntumörer, bilaga 2 H					
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	
Säkra kompetensförsörjning i norra regionen inom neuropatologi för att nå målsättningarna för NVP och SVF	Begränsade resurser som innebär fördröjningar av PAD-svar/ begränsar möjligheten till fryssnitt	70 % enl. SVF och 80 % inom ledtider, enl. NVP/ kvalitetsregister	2021	SVF statistik, kvalitetsregister	
Utveckling av MDK, så att alla läns-sjukhus deltar vid MDK enligt överenskomna rutiner	RN deltar inte i dagsläget vid MDK Följsamheten till överenskomna rutiner brister	100 % följsamhet överenskomna rutiner	2020	Egen uppföljning	
God inrapportering i kvalitetsregister	2016 – 97,9 % 2017 - Jan - jun 100 %; jul - dec 82,5 %	95 %	2019	Kvalitetsregister	
Kontaktsjuksköterskor vid samtliga läns-sjukhus och för Nus på NKK och Cancercentrum	Kontaktsjuksköterskor saknas på NKK och Sunderbyns sjukhus.	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter	2019	Kvalitetsregister	

Rehabiliteringsbehov ska identifieras systematiskt och rehabilitering erbjudas. Det ska finnas en utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region med utarbetade rutiner för överlämningar	Välfungerande i RJH, under utveckling i andra delar av sjukvårdsregionen. I VLL finns ett samarbete med Strokenheten och Neurorehab. I RVN samarbete med Geriatrik Rehab och Strokenheten, Medicinkliniken.	Utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region och utarbetade rutiner på ledningsnivå för överlämningar	2020	Egen uppföljning
Utrednings enl. SVF i enlighet med nationella mål.	2017: 17 % hade kodats som SVF-patienter, och av dessa klarade 27 % SVF-ledtiden till första behandling	70 % av nya cancerfall inom aktuell diagnos utreds enl. SVF och 80 % av dessa patienter går igenom respektive SVF inom ledtider	2020	SVF statistik
MR ger säkrare objektiv radikalitetsbedömning vid op. av hjärntumörer än klinisk bedömning. MR perioperativt ökar patient-säkerheten	Finns inte i dag	I första hand att kartlägga behov och förutsättningar för införande av per-operativ MR. Genomförd utredning.	2021	Egen uppföljning

Hjärntumörer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Neuro, huvud - och halscentrum, NHHHC

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare hjärntumörer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
-----	--------	----------------	--------------------------------	----------	-------------	-------------

Säkra kompetensförsörjning i norra regionen inom neuropatologi för att nå målsättningarna för NVP och SVF	Begränsade resurser som innebär fördröjningar av PAD-svar/ begränsar möjligheten till fryssnitt	70 % enl. SVF och 80 % inom ledtider, enl. NVP/ kvalitetsregister	Rekrytering: Förändrade processer, ny utrustning. RAK	2021		
Kontaktsjuksköterskor skall finnas vid NKK och Cancercentrum	Från jan 2019 tillsatt även på NKK.	Kontaktsjuksköterska vid samtliga enheter	Rekrytering	2019		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	33 % 50 %		Rekrytering: Förändrade processer, ny utrustning. RAK Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Riktade åtgärder	2020		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

I övrigt gäller samma målnivåer och aktiviteter som den regionala planen för hjärntumörer

Hudmelanom, bilaga 2 I (MM = maligna melanom)				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning

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

Hudmelanom, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Hud- och STD kliniken

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare Melanom

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
-----	--------	----------------	--------------------------------	----------	-------------	-------------

Öka andelen patienter med MM >1mm som erbjudits kontaktsköterska	86%	95%	-Ta kontakt med verksamhetschefer på de kliniker som saknar kssk. (Hänvisning till cancerstrategin)	Maj 2019 Uppföljningsmöte okt 2019		
Öka andelen patienter som väntat <4 v från första läkarbesök till diagnosbesked	38%	80%	-Info till verksamhetschefer på berörda kliniker ang. vårdförlopp (besked inom 2v. efter op) -Info om rätt märkning på PAD remisser	Maj 2019 Uppföljningsmöte okt 2019		
Öka andelen patienter som opereras <1 v från första läkarbesök	46%	80%	-Info till verksamhetschefer på berörda kliniker ang. vårdförlopp -Vid remittering till andra kliniker info i remiss: op inom 1v enl SVF samt telefonnummer vid frågor.	Maj 2019 Uppföljningsmöte okt 2019		
SVF mål 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad tid	163 % 63 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Riktade åtgärder			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Huvud- och halscancer, bilaga 2 J				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Ledtid inremiss till behandlingsbeslut <25 d	Median 28 d, 80 % percentil 71 d (2016)	Median 26 d	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Ledtid behandlings-beslut till operation <12 d	Median 15 d 80 % percentil 20 d (2016)	Median 12 d 80 % percentil 18 d (2016)	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Ledtid behandlings-beslut till strålningsstart <20 d	Median 21 d 80 % percentil 27 d (2016)	Median 20 d 80 % percentil 25 d (2016)	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Optimering av SVF utredning	Beskrivs genom kartläggning	Ökat fokus vid remissbedömning på ”stark” misstanke om tumör	Hösten 2020	Antal av SVF utförda för positiva fall
Rätt använd kompetens (RAK) i tumörteamet	Beskrivs genom kartläggning	Minskad administration för medicinsk personal	Hösten 2020	Egen uppföljning, status för signeringskö
Utveckling av kirurgisk kompetens	4,5 fast anställda	Säkerställa fast och tillräcklig läkarbemanning	Hösten 2020	Egen uppföljning
Utökad dietisttjänst. Kuratorstjänst tillsätts	Beskrivs genom kartläggning	Tidig kontakt med dietist (pre-op.) och vid uppföljning	Hösten 2020	Patientenkät, QoL
Uppföljning av behandlade patienter	Beskrivs genom kartläggning	Indelning med onkologer	Hösten 2020	Uttag per termin från Diver

Huvud- och halscancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef NHHC

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare Huvud- och halscancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Ledtid inremiss till behandlingsbeslut <25 d	Median 28 d, 80 % percentil 71 d (2016)	Median 26 d	Analys av data på del-ledtider, riktade åtgärder	Årlig uppföljning i kvalitetsregister Hösten 2020		
Ledtid behandlingsbeslut till operation <12 d	Median 15 d 80 % percentil 20 d (2016)	Median 12 d 80 % percentil 18 d (2016)	Analys av data på del-ledtider, riktade åtgärder	Årlig uppföljning i kvalitetsregister Hösten 2020		
Ledtid behandlingsbeslut till strålningsstart <20 d	Median 21 d 80 % percentil 27 d (2016)	Median 20 d 80 % percentil 25 d (2016)	Analys av data på del-ledtider, riktade åtgärder	Årlig uppföljning i kvalitetsregister Hösten 2020		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	50 % 64 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Riktade åtgärder			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

Kolorektal cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare kolorektal cancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för målluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Se regionala mål ovan	Se kommentarer					
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Kolon 96 % Anal 75 % Kolon 47 % Anal 100 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Upphandling av koloskopier hos privat vårdgivare Ökade kapaciteter inom koloskopi, kirurgi samt ökat antal vårdplatser Införande av kapacitetsplanering i verksamheten	Löpande från 2019 Från 2020		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Aktiviteter se tabellen ovan. Tidigare problem framför allt med långa svarstider på PAD bedöms vara till stor del lösta i Västerbotten men registerdata avvaktas för en säker bedömning. Deltagandet i kliniska studier har ökat kraftigt de senaste åren och vi räknar med att målet redan har nåtts för både kolon- och rectalcancer.

Västerbotten har tidigare klarat målen för start av adjuvant behandling, vi har inte sett registerdata för 2018 än men tror att vi fortsatt klarar målen.

Målen för minimalinvasiv kirurgi klaras i Västerbotten sedan flera år.

SVF-målen nås inte ännu. Andelen utredda inom SVF ligger dock nära målet. Andelen som får starta behandling i tid ligger dock långt från målen och kan inte

heller förväntas öka utan förbättrade resurser både beträffande vårdplatser och operationsresurser för cancerkirurgi ffa på NUS. Uppföljning och utvärdering sker via den separata SVF-registreringen.

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

Livmoderhalscancerprevention, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef CFOG

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare gynekologisk cancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Regionen ansluten till processregistret (Cytburken)	Beslut finns i Region Vb	Regionen ansluten, fortlöpande leverans fullständiga data		2019		
Organisation för cervixcancerprevention; definierade uppdrag/mandat förankrade i lands-tings/regionledningen	Finns i RN. Övriga regioner varierande tydlighet för uppdrag och mandat	Infört	Tydlig organisation i hela regionen; dokumenterad fördelning av ansvar för uppdrag processledare, styrgrupp och kallelsekansli	2019		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Lungcancer, bilaga 2 M

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

Lungcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Medicincentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare lungcancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Svar molekylär patologi <7 d från provtagning (SVF)	Ca 21d	80 %	Utbyggd molekylärpatologi	2021		

			Rekrytera relevanta kompetenser			
Väntetid från MDK till op. <14 dagar	Ca 21 dagar	80 %		2021		
Etablerande av rehabiliteringsteam/strukturerade planer	Icke-existerande i regionen	-	Uppbyggnad av bemanning och test av rehabplaner	2021		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	91 % 20 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Utbyggd molekylärpatologi Rekrytera relevanta kompetenser inom alla delar i SVF-förloppet	2020		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

Mammografiscreening, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef BFM

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Att upprätthålla screeningintervallet 18-24 månader för kvinnor mellan 40-74 år.			Säkra kompetensförsörjning. Utbilda och rekrytera läkare och röntgensjuksköterskor.			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

Neuroendokrina tumörer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Alla pat ska ha namngiven kontaktsköterska	85%		Fortsatt prioritering och rekrytering	2021		

80% av alla behandlingsbeslut fattas på MDK	Ej känt	80%	Rutiner för MDK och tillgänglig kompetens	2021		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Underlag saknas per 2018		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Njurcancer, bilaga 2 P					
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	
Samtliga lokaliserade njurtumörer diskuteras på MDK	Ca 50 %	95 %	2020-01-01	Via registret och intern validering	
Lokalt avancerade/ metastaserade njurcancer på MDK	Ca 85 %	98 %	2020-01-01	Via registret och intern validering	
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	40 %	90 %	2020-01-01	Via SVF-data	
Rehabiliteringsprojekt i hela regionen	0 %	Alla landsting/ regioner har utarbetat struktur för rehabiliteringsprojekt för njurcancerpatienterna	2020-01-01	Intern uppdatering och rapportering	
Skriftlig vårdplan för njurcancer	15 %	40 %	2020-01-01	Via register, intern utvärdering och rapportering	

Roterande kompetenshöjande samarbete i regionen för läkare (schemalagda rotationer till Nus)	0 %	Alla specialister/ nästan färdiga specialister har möjlighet att delta i rotationen	2021-01-01	Intern uppdatering och rapportering
--	-----	---	------------	-------------------------------------

Njurcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare urologisk cancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Samtliga lokaliserade njurtumörer diskuteras på MDK	Nuvarande MDK bedrivs utan närvarande patolog, onkolog och utan regional uppkoppling. Diskuteras endast lokala patienter samt patienter som har kommit på remiss från resten av norra regionen.	95% av samtliga regionala patienter	Start av en regional och fullvärdig MDK måste påbörjas under 2019	2019		
Lokalt avancerade/metastaserade njurcancer på MDK	MDK bedrivs utan närvarande patolog, onkolog och utan regional	95% av samtliga regionala patienter	Start av en regional och fullvärdig MDK måste påbörjas under 2019	2019		

	uppkoppling. Diskuteras endast lokala patienter samt patienter som har kommit på remiss från resten av norra regionen.					
Rehabiliteringsprojekt i hela regionen	0%	Utarbetandet av en struktur för rehabiliteringsprojekt för njurcancerpatienterna	Arbete inom RCC-Norr och genom nationellt samarbete som kan utgöra en god inspirationskälla	2020-01-01		
Skriftlig vårdplan för njurcancer	Omfattar maximalt 15% av patienterna	40%	Kontaktsjuksköterskan en central position i denna aktivitet: Organiserat samarbete mellan processledare och regional kontaktsjuksköterska	2020-01-01		
Roterande kompetenshöjande samarbete i regionen för läkare (schemalagda rotationer till Nus)	0%	Saknas mätinstrument utöver tjänstgöringsredovisning	Två centrala punkter: 1. Att det bildas ett Njurcancerteam i hela norra sjukvårdsregionen – därmed kan	2020-01-01 En person från norra sjukvårdsregionen har roterat på NUS 2021-01-01		

			rotationsscheman utformas 2. Att det finns en organiserad regional (norra) MDK för njurcancerteamets totala avstämning och som del av teamets samarbete	Totalt två personer från norra sjukvårdsregionen har roterat på NUS 2022-01-01 Totalt tre personer från norra sjukvårdsregionen har roterat på NUS		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	200 % 37 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Säkerställa adekvat bemanning av urologläkare samt andra riktade åtgärder	2019: 60% 2020: 75% 2021: 80%		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Grundförutsättningen för all aktivitet är den urologiska grundbemanningen inom region Västerbotten.

Palliativ vård, se bilaga 2 Q,				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Totala antalet avlidna palliativa pat. registreras i Sv. palliativregistret	RJH 73 % VLL 75 %	Samtliga landsting/ regioner 80 %	2021	Sv. palliativ- registret

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

Palliativ vård, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Cancercentrum

Medicinskt ansvarig: Henrik Ångström

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
-----	--------	----------------	--------------------------------	----------	-------------	-------------

Brytpunktsamtal för cancerpatienter som kan medverka	VLL 79 %	90%	Utbildning; sökord i journal	2021	Sv palliativregistret	
Anv validerat smärtskattningsinstrument till cancerpatienter	okänt	70%	Fastställa vilket instrument som ska nyttjas	2021	Data från journal, parameter i kvalitetsregister?	
Att starta palliativ vård för barn med obotlig cancer vid Axlagården och vid hospice i Sundsvall	Saknas		Överenskommelser, utbildning	2021	Egen uppföljning	

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Patologi, se bilaga 2 R					
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning	
Följsamhet till ledtider 100 % med god kvalitet. Rätt svar i rätt tid	Dålig balans mellan behov - kapacitet, variationer i svarstider Samsyn om standard och kvalitet för produktionen saknas delvis. Pågående införandeprojekt som hunnit olika långt i regionen. Finns frågetecken om lagring, kommunikering, IT, tekniska lösningar och scannerkapacitet	20 % av patologerna är validerade för diagnostik av digitala bilder. 20 % av all diagnostik sker digitalt. 100 % av patologerna är validerade för diagnostik av digitala bilder. Regionalt/ nationellt digitalt samarbete i kompetensnätverk, INERA Leverera ledtider till SKL	Q4 2019 Q4 2020 Q4 2021 Q2 2019 Q2 2019	Fortlöpande avstämning i regional arbetsgrupp, samt egen uppföljning inom verksamheten	

Kompetensförsörjning som möjliggör målet att hålla ledtiderna.	Bemanningsmål behöver ses över på samtliga orter för alla yrkeskategorier och för både cytologi- och histopatologi med tanke på åldersstruktur och förändrade indikationer i diagnostiken. Regional ST-studierektor tillsatt.	Leverera rätt ledtider 100 %, erbjuda VFU/ utbildnings- och fortbildningsplatser RAK, Rätt Använd Kompetens	Q4 2021 Fortlöpande Fortlöpande	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/ medicinsk ansvarig
Standardiserade processer	Ökande behov av molekylärpatologiska analyser. Primärscreening för HPV inte infört, utmaningar för integrationer och organisation finns. Skillnader i metoder och arbetssätt i regionen	Tydlig nivåstrukturering Implementera primär screening för HPV Standardisera metoder och arbetssätt för samverkan	Fortlöpande Q4 2019 Q4 2021	Se ovan
Etablerad regional samverkan	Produktions- och kapacitetsplanering ser olika ut på lokal och regional nivå Den goda regionsamverkan som påbörjats bör säkerställas. Regionala möten har startats	Utforma en produktions- och kapacitetsplanering norra regionen vs. lokalt Utveckla QlikView Utveckla metoder för gränsöverskridande arbete. Mötesplatser för varje yrkeskategori	Q4 2019 Fortlöpande Fortlöpande Q4 2020	Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/medicinsk ansvarig

Patologi, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Laboratoriemedicin

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Medicinsk chef Patologi

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för målluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
-----	--------	----------------	---------------------------------	----------	-------------	-------------

Följsamhet till ledtider 100% med god kvalitet Implementering av digital patologi	Överensstämmer med RCC plan	Deltar aktivt i nationellt nätverk för digital diagnostik, Inera	Fortsatt implementering av digital patologi	2019-2021		
Kompetensförsörjning Som möjliggör mål att hålla ledtider	Sviktande kompetensförsörjning	Stabila svarstider och att de motsvarar kraven enligt SVF	PKS införs och etableras	2020-2021		
Kompetensförsörjning Som möjliggör mål att hålla ledtider	Sviktande kompetensförsörjning	Stabila svarstider och att de motsvarar kraven enligt SVF	Förstudie inför implementering av ny teknik/automation	2020-2021		
Standardiserade processer Införande av molekylärpatologi	Otillräcklig molekylärpatologi	Etablera GMC	Delta i etablering av GMC plattform i Umeå	2019-2020		
Standardiserade processer Införande av NVP för cervixcancerscreening	Traditionell GCK screening	Införa primärscreening HPV	Delta i etablering av nya NVP för cervixcancerscreening	2019-2021		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Peniscancer, se bilaga 2 S

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

Peniscancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare urologisk cancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Täckningsgrad för primärregistrering	50%	95%	Kontaktsjuksköterska behövs Översyn av nationell nivåstrukturering	2019		
Regional kontaktsjuksköterska, Kirurgcentrum, Nus	0%	100%	Utredas behov och eventuellt tillsätta befattningen	2019		
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel		70%	Samordning mellan peniscancerintresserad urolog, processledaren och RCC-Norr	2019		

inom max leddtid)						
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt i hela regionen för tidigare/ nya patienter	0%	> 90%	Samordning mellan peniscancerintresserad urolog, framtida kontaktsjuksköterska och sexolog vid NUS/Umeå	2019		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad leddtid	125 % Utfall saknas		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Samordning av insatser inom processen	2020		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Prevention, tidig upptäckt och vägen in, se bilaga 2 T				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Allmän screening för tjock- och ändtarmscancer påbörjas i hela regionen nästa år i linje med SoS rekommendationer	Resurstillgång behöver förbättras för att nå den kapacitet som krävs för allmän screening, regionerna har kommit olika långt	Att införa tarmcancerscreening i hela regionen. På sikt ska alla kvinnor och män i åldern 60 – 74 år inbjudas	Påbörjad screening 2019 (minst de som under året fyller 60 år). Så snart som möjligt för hela ålders-intervallet	2020, därefter årlig uppföljning kvalitetsregister

Att landstingen ska arbeta för att införa teledermatoskopi i primärvården i hela norra sjukvårdsregionen	VLL har goda erfarenheter. I landet (prioriterat område) finns flera exempel: bättre bedömningar, färre onödiga excisioner och fler <i>insitu</i> melanom upptäckta. Teledermatoskopi diskuterat i workshops nationellt med samlad expertis. Rapport över behov och krav för teledermatoskopi i PV kommer snart	Att införa teledermatoskopi på alla vårdcentraler i alla regioner enligt nationellt föreslagen metod	Att under 2019 arbeta med förberedelser för att införa i form av utbildning på vårdcentralerna och inköp av material. Kan medföra investeringsbehov i vissa regioner	2020
Sjuksköterskor med specifik cancerkompetens (sjukdom, komplikationer, rehabilitering, prevention) i primärvården, för att möta det växande behovet av stöd	Saknas generellt i primärvården. Fristående kurs på distans finns vid Umeå universitet, som kan nyttjas för att öka kompetensen hos sjuksköterskor i PV	Några distriktssjuksköterskor utbildas för att kunna möta framtida behov. Samtliga landsting/ regioner arbetar för att inrätta denna funktion	2021	Egen uppföljning
Att 70 % av nya fall med cancerdiagnos ska utredas via SVF	Primärvården är ofta ingången till utredning (för ca 70 %)	Se mål	2020	SVF statistik
80 % av de som utreds via SVF går igenom dessa inom de bestämda tiderna	Nuläge osäkert, ett beräkningsunderlag är under framtagande nationellt	Se mål	2020	SVF statistik
Att bland patienter som genomgår SVF öka andelen som får info om att de utreds för misstänkt cancer	I nuläget är det enligt SVF-PREM-enkäten 80 % som får information	95 % ska få information om utredningen	2020	Årligen via SVF-PREM-enkät

Att större andel av personalen frågar patienter om rökning	Pilotprojekt vid cancercentrum Nus i samarbete med Folk-hälsoenheten och RCC med särskild fokus på rökning. Saknas exakta siffror på hur många patienter, som tillfrågas om rökning. Personal frågar inte alltid beroende på brist på kunskap, klara riktlinjer och stöd	Att minst 80 % av personalen på enheten för strålbehandling, cancercentrum Nus ställer frågan om rökning och hjälper patienten att få stöd för ett rökstopp i samband med behandlingen	Årligen	Enkät innan start och 1-års uppföljning, samt via andel remisser till tobaksavvänjare (TPM på NUS)
Att öka andelen daglig-rökare som besökt primärvården som erhåller tobaks-preventiv åtgärd	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 30 % (1331) RN: 30 % (1725) RVN: 70 %, (5891) RJH: Data saknas	Att minst 80 % av de identifierade dagligrökande patienterna i primärvården ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor
Att öka andelen personer med riskbruk som besökt primärvården och erhåller åtgärd för att minska eller sluta med alkoholkonsumtion	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 51 % (311); RN: Okänd andel p.g.a. att färre rapporterats än som fått åtgärd (718) RVN: 85 % (611) RJH: data saknas	Att minst 80 % av identifierade personer med riskbruk av alkohol ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor
Att öka andel personer med otillräcklig fysisk aktivitet som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder för att öka fysisk aktivitet	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: VLL: 67 % (3824) RN: 41 % (6375) RVN: 49 % (9 845) RJH: Data saknas	Att minst 80 % av identifierade personer med otillräcklig fysisk aktivitet ska erhålla åtgärd	2021	Socialstyrelsens årliga uppföljning av åtgärder för levnadsvanor

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

Prevention, tidig upptäckt och vägen in, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Sjuksköterskor med specifik cancerkompetens (sjukdom, komplikationer, rehabilitering, prevention) i primärvården,	Saknas generellt i primärvården.	Löpande notera antal	Resurssättning? Roller och överenskommelser om insatser. Kommer att kräva justering av beställarens uppdrag om sådan kompetens krävs.	2021		

	Fristående kurs på distans finns vid Umeå universitet, som kan nyttjas för att öka kompetensen hos sjuksköterskor i PV					
En fullt bemannad organisation av allmänläkarkonsulter (AKO) (Alla uppdrag bemannade)	12 av 26 AKO-uppdrag är vakanta. Samordnarrollen är enbart tillfällig rollbesatt	14 AKO-uppdrag och samordnarfunktionen behöver rollbesättas	Ny samordnare av AKO-gruppen behöver utses och rekrytering till de vakanta AKO-uppdragen behöver göras.	2019		
Genom förbättrad kvalitet på indata, kunna identifiera patienter som man välgrundat misstänker ha en cancersjukdom, samt kunna följa hur standardiserade vårdflöden fungerar i praktiken.	Utökad primärvårdsuppföljning håller på att införas. Utbildning av personal samt utveckla arbetet med att sätta koder för diagnos och åtgärder i ökad omfattning	Löpande mätning av kodade och SVF-uppstartade fall i primärvården	Utarbetande av koncept för utbildning av personal Genomförande av utbildning av personal Anslutning till SKL:s tillgänglighetsdatabas Arbetet sker in om ramen för projektet "Utökad primärvårdsuppföljning". Projektägare är Beställare Hälsoval	2019 Införs 2021 Etablerat		
Process för cervixcancerprevention samt Cytburken ska införas	Projektstart feb 2019		Parallellt med införandeprojektet ska processledare utses av HSD	2019		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Allmänläkarkonsulter, AKO skapar förutsättningar för gott samarbete inom vårdkedjan samt bidrar till kliniska beslutsstöd som ökar patientvärde, kostnadseffektivitet och understödjer likvärdig vård i hela länet. AKO-organisationen finns i Umeå, men arbetar på uppdrag av hela länets primärvård. Den är alltså inte uppdelad per sjukhusområde.

I takt med att screeningverksamhet ökas krävs det analys av resurser och eventuella undanträngningseffekter inom exempelvis radiologi, endoskopiverksamheter och patologi/cytologi.

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

Större andel av högrisk-pat. diskuteras på MDK	66 % i norra regionen. VLL 68 %, RN 64 %, RJH 51 %, RVN 76 %	80 % av pat. med högrisk diskuteras på MDK	2021	Uppföljning kvalitetsregister
--	--	--	------	-------------------------------

Prostatacancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum, Cancercentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Precessledare urologisk cancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Registrering i e-PROM	Rutin finns	70%	Information, tillhandahålla teknik på sjukhusen	2021		
Större andel av högriskpatienter disk på MDK	76%	80%		2021		
Snabbare besked om PAD till patienterna	9%	30 % av PAD besked < 11 d efter prostata-biopsi	Nya rutiner, rekrytering	2021		

SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	45 % 24 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Riktade åtgärder			
--	------------------	--	---	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

Förbättrad bemanning	Överläkare 1,5 ST läkare 0	Tumörortopedi: två överläkare och en ST läkare	2019	Egen uppföljning
Följa SVF	10 % följer SVF	70 % av pat. med sarkom följer SVF och för 80 % hålls ledtiderna	2020	Uppföljning kvalitetsregister

Sarkom muskuloskeletala sarkom inom extremiteter, buk- och thoraxvägg; lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Rörelseorganens centrum, Kirurgcentrum och Cancercentrum,
Medicinskt ansvarig: Se tumöransvarig ortoped och sarkomansvarig onkolog.

Ansvarig för rapportering: Processledare Skelettsarkom och buksarkom

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Täckningsgrad kvalitetsregister 90 %	80%	Täckningsgrad	Avsätta tid för registrering och utbildning	2019		
Tumörortopedi: Säkerställa adekvat specialistläkarbemanning	1,75 överläkare (en läkare är pensionerad)	Antal besatta tjänster	Rekrytering enligt behov	2019		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF	Underlag saknas för 2018		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet			

80% inom stipulerad ledtid			Utveckling av arbetssätt och rutiner inom sarkomflödet			
----------------------------	--	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

Sköldkörtelcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum Cancercentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare Sköldkörtelcancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Se ovan, bibehålla höga nivåer	Målnivåer uppnådda 2016		Fortsätta samarbetet och använda registerdatat till förbättringar	2019-2021		
Tillgång till ytterligare ett strålskyddat vådrum	Ett rum finns, hårt utnyttjat och täcker inte behovet		Komplettera med bly i en vägg i ett vådrum	2020		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	82 % 19 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Testikelcancer, se bilaga 2 X				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Täckningsgrad för primär registrering	88 %	95 %	2019-07-01	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering

Andel spermiedfrysningar som skett före orchiektomi	25 %	>60 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Andel intermediär/ dålig prognosgrupp behandlas onkologiskt på onkologklinik	Okänt	>90 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för nya patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2019-12-31	Intern utvärdering och rapportering
Ökad andel som genomgår kontralateral biopsring i samband med orchiektomi	20,7 %	>90 %	2019-12-31	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-12-31	SVF statistik

Testikelcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare urologisk cancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Täckningsgrad för primär registrering	88%	95%	Tillsättning av regional kontaktsjuksköterska på urologen/NUS	2019		
Andel spermiedfrysningar som skett före orchiektomi	25%	> 60%	Se ovan	2019		

Andel intermediär/ dålig prognosgrupp behandlas onkologiskt på onkologiklinik	Okänt (troligen >90%)	> 90%	Se ovan	2019		
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för nya patienter	0%	Uppstartat och pågående	Se ovan samt direktkontakt & remiss till regionens sexolog (NUS)	2019		
Ökad andel som genomgår kontralateral biopsring i samband med orchiectomi	20,7% i hela Norra regionen, MEN : i region Västerbotten: 100%	100%	Standard i region Västerbotten	Pågående		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	33 % Utfall saknas	Enligt nationell uppgift	Standard i region Västerbotten	Pågående		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Urotelial cancer, se bilaga 2				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	54 %	95 %	2020-01-01	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Pat. med muskel-invasiv urinblåse-cancer erhåller neoadjuvant kemoterapi	80 %	85 %	2020-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	64 %	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-01-01	SVF statistik
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2021-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Centralisering av nefroureterektomierna i regionen till två team som opererar på tre sjukhus	4 opererande sjukhus med separata team	Två team samordnar sig på tre sjukhus	2021-01-01	Intern utvärdering och rapportering
En cystoskoperande sjuksköterska per läns-sjukhus i RN, RVN och RJH	F.n. 5 i regionen	Tre ytterligare cystoskoperande sjuksköterskor	2020-01-01	Intern utvärdering och rapportering

Urotelial cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Processledare urologisk cancer

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	Samtliga (100%) från region Västerbotten diskuteras på MDK	100%	Pågående aktivitet	Pågående		

Pat. med muskelinvasiv urinblåsecancer erhåller neoadjuvant kemoterapi	100% av de som passar (enligt <i>samtliga</i> kliniska parametrar) för neoadjuvant kemoterapi från region Västerbotten, erhåller denna terapi	100%	Pågående aktivitet följd av regional MDK och de positiva effekterna av densamma	Pågående		
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0%	95%	Samordning med RCC, Sexolog samt med forskningsprojekt som behöver initieras och startas upp	2020		
Centralisering av nefroureterektomierna i regionen till två team som opererar på tre sjukhus	Nefroureterektomierna utförs i norra sjukvårdsregionen på fyra enheter av fyra team och i region Västerbotten på ett sjukhus av ett team	Två team på tre sjukhus	All nefroureterektomiverksamhet och all handläggning av cancer i övre urinvägarna (UTUC) bör <i>förflyttas</i> organisatoriskt <i>från</i> Njurcancerteamet <i>till</i> Urotelialcancer-teamet vid NUS/Umeå	2019		
Utökat antal cystoskoperande sjuksköterskor i hela länet	Finns idag på Nus men ca 50% av länets behov	100%	Utbildning och rekrytering	Senast 2020		

SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	40 % 10 %		Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet Riktade åtgärder, rekrytering och utveckling av arbetssätt			
--	------------------	--	---	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Övre mag-tarmkanalens cancer, se bilaga 2 Z				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Kontaktsjuksköterska med tydlig och rimlig arbetsbeskrivning (cancerrehabilitering)	Förstärkning behövs vid kir och onk, Nus, kir i S-vall, Sunderbyn, Ö-sund.	Kontaktsjuksköterskefunktion vid samtliga centra som handlägger dessa pat.	2019	Uppföljning i den regionala arbetsgruppen
Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som inte är läkare/ sjuksköterska (task-shifting)	RVN sekreterare, under införande i RN, i övriga läkare/ sjuksköterskor	Ingen inrapportering till kvalitetsregister ska skötas av vårdpersonal	2019	Uppföljning i den regionala arbetsgruppen
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	För 2017: 79,2% - 93,7%,	>95% täckningsgrad senaste året	2020	Uppföljning kvalitetsregister
Remissbeslut vid välgrundad misstanke - start av behandling	För 2017: Kirurgi 23 % Läkemedel 22 % Strålning 63 % Palliativ 30 %	70 % av pat. utreds inom SVF och 80 % inom ledtider	2020	SVF statistik
MDK - start av behandling	Resultat nationella kvalitetsregister presenteras i underlagets text	70 % av pat. utreds inom SVF och 80 % inom ledtider	2020	SVF statistik

PAD-svar på operationspreparaten	För 2017: 32 dagar	Median 21 dagar	2021	Uppföljning kvalitetsregister
----------------------------------	--------------------	-----------------	------	-------------------------------

Övre mag-tarmkanalens cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef Kirurgcentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: processledare

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som inte är läkare/ sjuksköterska (task-shifting)	Läkare/ sjuksköterskor sköter inrapportering	Ingen inrapportering till kvalitetsregister ska skötas av vårdpersonal	Tillsätt sekreterare/ annan personal som utbildas i denna arbetsuppgift	2019		
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	För 2017: 79,2% - 93,7%,	>95% täckningsgrad senaste året	Tillsätt sekreterare/ annan personal som utbildas i denna arbetsuppgift	2020		
Remissbeslut vid välgrundad misstanke - start av behandling	För 2018: Mellan 22-32% inom leddid.	70 % av pat. utreds inom SVF och 80 % inom leddider	Fler vårdplaster vid kirurgen, NUS, och mer operationsutrymme. Ökade resurser till Onkologen, NUS.	2020		
PAD-svar på operationspreparaten	För 2017: 32 dagar	Median 21 dagar	Stärk patologin	2021		

<p>SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF</p> <p>80% inom stipulerad ledtid</p>	<p>Matstrupe- magsäck 55 % Lever 100% Galla pankreas 61 %</p> <p>Matstrupe- magsäck 48 % Lever 27 % Galla pankreas 39 %</p>		<p>Nationella data på 70 % målet, Analys av utfall på delledtider 80 % målet</p> <p>Riktade åtgärder</p>			
--	---	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan: