

## Lokal handlingsplan för cancervården 2019–2021

### Region: Västernorrland

#### 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 nivåstrukturer, som tidigare redovisats i separata planer.

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

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

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

Den lokala sammanställningen är gjord av Lars Beckman, tf länsverksamhetschef Onkologi och projektledare SVF Åsa Cantzler. Planen är kvalitetsgranskad av Lena Carlsson, tf förvaltningschef Specialistvården.

## 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: Förvaltningschef inom specialistvården

Medicinskt ansvarig: Respektive länsverksamhetschef

Ansvarig för rapportering: Respektive länsverksamhetschef inom Specialistvården

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Utse en kontaktperson i RVN för kssk.	I dagsläget SVF-projektledare.		Frågan läggs på förvaltningsnivå.	2019		
Bibehålla nuvarande organisation för kontaktsjuksköterskor vid respektive klinik.	Det finns namngivna kssk vid aktuella kliniker.					

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

### 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.

### **Livmoderhalscancerprevention**

Den förebyggande verksamheten vad gäller livmoderhalscancer är en framgångssaga som inte har någon motsvarighet i landet. Sedan screeningen införts för drygt 50 år sedan har antalet fall av cervixcancer minskat med nästan 70% i landet. Dock har man sedan 2014 sett en vändande tendens där antalet fall ökat med 20% per år. Orsaken till denna ökning ses som en försämring av säkerheten av vanligt cellprov. För att förbättra säkerheten i screeningen har ett nationellt vårdprogram tagits fram där man från 30 års ålder har så kallad primär HPV-screening. Detta innebär att virustest görs först på alla prover och detta är känsligare och mindre subjektivt än undersökning av cellernas utseende i cellprovet. Det nationella vårdprogrammet gäller sedan 2017 men införandet i de olika regionerna går trögt. RVN har ännu inte kunnat införa primär HPV-screening trots att vårdprogrammet är godkänt av både RVN samt i Norra Regionen. I dagsläget är det finansieringen av IT-stödet som inte säkerställts. Ambitionen måste vara att det nationella vårdprogrammet implementeras fullt ut snarast och helst innan 2019 års utgång. Detta för att inte riskera kvinnors gynhälsa i RVN. Vårdprogrammet har även ytterligare innehåll med uppföljning av uteblivare från GCK (gynekologiska cellprovskontrollen) samt möjlighet till självtest hos dessa. En tydlig organisation för GCK är väsentlig och är under godkännande.

### **Levnadsvanor**

Att systematiskt utnyttja de löpande patientkontaktarna för att ge strukturerad rådgivning för bättre levnadsvanor utifrån Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för prevention och behandling är en viktig del i arbetet för att påverka människors hälsa och välbefinnande. Det görs många goda insatser i specialist- och primärvård med att hjälpa människor att bli fria från tobaksbruk, riskbruk av alkohol, bli mer fysiskt aktiva och förbättra sina matvanor. Varje år sedan 2010 tillfrågas drygt 50 000 patienter i primärvården om sina levnadsvanor, många får stöd för att förbättra dem. Utbildningar för personalen inom RVN om matvanor, fysisk aktivitet, riskbruk och tobak genomförs regelbundet.

Rökning är ett av de största folkhälsoproblem som går att förebygga och behandla. En rökare förlorar i genomsnitt 10 år av sin förväntade livslängd. Region Västernorrland i samarbete med kommunerna uppmuntrar barn och ungdomar att vara och förbli tobaksfria genom metoden Tobaksfri duo. Eleverna i åk 6<sup>1</sup> får utbildning (ca en lektionstimme) av en tandsköterska/tandhygienist om tobak i kombination med övningar som stärker

---

<sup>1</sup> Gäller även elever åk 7 som inte varit med i Tobaksfri Duo fr åk 6.

självförtroendet. Föräldrar och andra vuxna nära eleverna får också information via t.ex. ett föräldramöte eller via ett informationsblad. Därefter erbjuds ungdomen att tillsammans med en vuxen bilda en duo och skriva en överenskommelse (kontrakt) att avstå att använda tobak till avslutningen i klass 9 (minst). Andel tecknade kontrakt år 2018/2019 uppgick i Västernorrland till 69 procent. RVN samarbetar med friskvårdsanläggningar och föreningar för att uppmuntra befolkningen och patienterna till fysisk aktivitet inom ramen för metoden Fysisk aktivitet på recept, FaR.

### **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)

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Se BFM och patologi

### **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: Respektive Länsverksamhetschef

Medicinskt ansvarig: Respektive Länsverksamhetschef

Ansvarig för rapportering: Lars Beckman

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
Onkologisk specialistkompetens	Säkerställa tillgång till specialistkompetens, för att möjliggöra en likvärdig och säker onkologisk behandling av regionens cancerpatienter.	Fortsatt förstärkning av befintlig kompetens.	Fortsatt prioritering av rekrytering/utbildning av ST-läkare och sjuksköterskor. Vidare tillvaratagande av kontaktsjuksköterske- resp. koordinatorsfunktionen.	2021	Beslut om inrättande av ytterligare ST-tjänster/kontaktsjuksköterskor/koordinatorer	Fortlöpande.

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*.	Utbildning av röntgenssk, rekrytering av ST-läkare i bl.a. Bild- och funktionsmedicin. Palliativ medicin resp. patologi sker. Därtill införande av ”Taskshifting”.		Uthålligt rekryteringsarbete.	2021		
Incitament för utbildning till specialistsjuksköterska: bättre löne- och anställningsvillkor efter genomförd utbildning för att stimulera utbildning till specialist-ssk*	Fastlagt regionalt investeringsmål kvarstår.	AST-tjänster inrättade.		2021		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

## 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: Monika Johansson, samordningsdirektör

Medicinskt ansvarig: Respektive Länsverksamhetschef

Ansvarig för rapportering: Monika Johansson, samordningsdirektör

### **Kunskapsstyrning inom Region Västernorrland (RVN)**

Inom Region Västernorrland pågår en vidareutveckling av nuvarande kunskapsstyrning som en del i arbetet med etablering av det nationellt beslutade systemet för kunskapsstyrning. I det lokala arbetet har en kartläggning skett av nuvarande kunskapsstyrning och GAP-analys genomförts mellan nuläge och det nationella systemet för kunskapsstyrning. Utifrån identifierade gap har utvecklingsarbeten initierat inom några områden för att möta behoven i det lokala systembygget t ex process för ordnat införande av nya kunskapsunderlag, arbete utifrån kvalitetsregister/resultat och införande av Primärvårdskvalitet. Med resultaten från dessa arbeten har nu utveckling ett sammanhållet system för kunskapsstyrning påbörjats (implementering av nya kunskapsunderlag, uppföljning, analys och utveckling av vården). En gemensam struktur och arbetsprocess för ledning och styrning av kvalitetsarbete.

RVN deltar även i arbetet nationellt och sjukvårdregionalt med att etablera ett nationellt sammanhållet system för kunskapsstyrning.

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.

I regionen utarbetas en övergripande digitaliseringsplan under 2019. Cancerområdet kommer att involveras i detta arbete. Exempel på projekt inom området är webbtidbok, patientmöten via distans och teledermatoskopi.

Lokal handlingsplan för digitalisering och distansöverbyggande teknik

Ansvarig för genomförande: Förvaltningschefer i regionen

Medicinskt ansvarig: Respektive länsverksamhetschef

Ansvarig för rapportering: Förvaltningschefer i regionen

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.

Planer finns att två ssk-tjänster skall konverteras och få ett allt större fokus på utveckling av den palliativa vården. Två ST-tjänster är utlysta inom palliativ medicin vilket kommer att förstärka den palliativa vården på sikt.

### **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.



I vårdprogrammet för cancerrehabilitering står att den som ansvarar för cancervården även har ett ansvar för cancerrehabilitering. Rehabiliteringsansvaret kan delas med andra verksamheter, men då måste det tydligt framgå vem som är ansvarig för vad. För att skapa en god och säker rehabilitering inom cancervården behöver cancerrehabiliteringens olika delar ses som en helhet och som en sammanhållen vårdprocess. Det i sin tur förutsätter en fungerande samverkan mellan verksamheter och landstingsledning. Beslut och prioriteringar inom området behöver tas i linjeorganisationen och rutiner behöver utarbetas i samverkan med verksamheter som vårdar och behandlar patienten genom vårdprocessen. På ledningsnivå behöver man utarbeta riktlinjer om hur och när patienter ska remitteras till rehabiliteringsprofession och vilka kompetenser som ska användas över klinikgränserna.

Det finns identifierade riskgrupper med ett ökat behov av prehabilitering. Att erbjudas psykosocialt stöd av kurator är av stor betydelse då cancersjukdomen innebär en psykologisk belastning för många. Det är exempelvis patienter med multisjuklighet, kognitiv svikt, äldre, ensamstående och familjer med minderåriga barn.

Förutom kontaktsjuksköterska/sjuksköterska, läkare, kurator, dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut behöver teamets sammansättning utgå från de kompetenser som patientgruppen är betjänt av och rekommendationer i tumörspecifika vårdprogram. En mindre andel av patienterna har avancerade eller mycket avancerade behov som kräver insatser från ett specialistteam av olika rehabiliteringskompetenser. Ett specialiserat cancerteam inom RVN för patienter med avancerade eller mycket avancerade behov som har till uppgift att lotsa patienten rätt i organisationen kan uppfylla målet. Det mindre multiprofessionella teamet inrättat vid alla tre sjukhus har till uppgift att möta patientens särskilda behov ex gruppträning, information om kost, fatigue och sexuell hälsa, oro och ångest.

Att ta del av hur rehabiliteringsprocesser och rehabiliteringvård är uppbyggda inom andra komplexa sjukdomar är ett sätt att inhämta kunskap om en fungerande cancerrehabilitering. Lokalprocessledare för cancerrehabilitering (på 20%) är Maria Roos. Samverkan med kontaktperson för kontaktsjuksköterskor inom cancervården är viktig för bästa möjliga process.

### **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 mål-uppfyllelse	Uppföljning
<b>Barnonkologi, bilaga 2A</b>				
Gemensam regional plan för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancer hos barn och unga	Ökning av gemensam mottagning barn-/vuxen-onkolog för överlevare barncancer (för VLL sedan 2017). Övriga regioner har godkänt mottagningsbesök	2019: 25 % av kallade pat. från övriga regionen 2020: 33 % 2021: 50 %	Årlig uppföljning	Mottagningsbesöken registreras på onkologmottagningen och kan enkelt följas
Etablering av regionala/nationellt kompetens- och konsultcentrum för seneffekter efter behandling av cancer hos barn och ungdomar	Cirka 1/3 av överlevare av barncancer har stora problem/komplex bild med många organsystem involverade. Vuxenrehabilitering/habilitering passar inte	Nationellt centrum som kan vara remissinstans för överlevare barncancer med komplex problematik	2021	Detta måste vara ett nationellt projekt. Arbete pågår inom svenska gruppen för långtidsuppföljning efter barncancer
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 barn-onkologin i norra regionen	Förutsättningar för forskning vid Nus behöver förbättras, finns ”vilande anslag” för doktorandtjänst som inte kunnat utnyttjas p.g.a. dålig bemanning	1 – 2 heltidstjänster för barnonkologisk forskning i norra regionen	2021	Egen uppföljning.

Säkra att varje länssjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare, samt fortlöpande öka kompetensen i barnonkologisk omvårdnad	Regional och nationell utbildning finns. Målet uppfyllt 2018, men generationsväxling gör årlig uppföljning viktig. Konsultsjuksköterska har månatliga videokonferenser med regionen och lokala möten/föreläsningar	Kontinuerligt se till att rätt kompetens finns på varje sjukhus. Det sker just nu en generationsväxling på vissa sjukhus	Årlig uppföljning	Medicinskt ansvarig barnonkologi Nus tillsammans med lokalt ansvarig verksamhetschef.  Kommunikationen med regionen följs upp årligen på regionmöten
Förbättra information till familjer till cancersjuka barn med minskad belastning på hemsjukhus/ Nus. Uppstart av Barncancerappen	Stommen till Barncancerappen finns idag. Ansökan om uppstart skickad till enheten för E-hälsa. Finansiering av driften (låg kostnad) är diskuterad mellan barnklinikerna i sjukvårdsregionen	Start under HT 2018/ VT 2019. Mätning av användandet kan göras under 2019–2020. Punkt i inskrivningsanteckning kan tillfälligt mäta om appen använts	2020	Barnonkologsjuk-sköterska ansvarig för Barncancerappen 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: Länsverksamhetschef barnkliniken Anne Thelander

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Owe Ljungdahl

Ansvarig för rapportering: Länsverksamhetschef barnkliniken Anne Thelander

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Vidareutveckla hemsjukvård	Svårt att få till palliativ vård i hemmet för barn och unga då hemsjukvårdsavtalet är otydligt skrivet.	Överenskommelser om samverkan med fler kommuner än nuvarande en.	Samarbetsavtal finns med Öviks kommun. Likande avtal är önskvärda i övriga kommuner. VC på BUM har informerat beredningsgruppen för Social-REKO om problemen och de har nu frågan hos sig för att diskutera lösningar.	Presentation gjord i april 2019. Önskvärt med tydliga lösningar fr o m hösten 2019.		
Ansvarig ssk och läkare på varje sjukhus	I Sundsvall finns två ansvariga ssk och två läkare. I Övik finns en ssk och en läkare. I Sollefteå är det så få personal så att alla	Behålla bemanning som nu.	Inskolning av nya personer vid behov.	Fortlöpande.		

	är insatta i patienterna.					
--	---------------------------	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

<b>Bild- och funktionsmedicin (BFM), bilaga 2 B</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Rätt diagnostik eller behandling på rätt patient i rätt tidpunkt	Diskrepans mellan mål i nationella vårdprogram och radiologisk kapacitet	Välfungerande rutiner för att säkerställa medverkan från norra sjukvårdsregionens BFM i arbetet med nationella vårdprogram (NVP) genom <ol style="list-style-type: none"> <li>1. inbjudan till regionens BFM att ingå i NVP-grupperna</li> <li>2. delaktighet från regionens BFM i remissrunda 1 för NVP</li> <li>3. BFM-avsnitt i regional konsekvensbeskrivning vid införande av nytt/ reviderat NVP</li> </ol>	2019–2021	Egen uppföljning
Kompetensförsörjning	Underskott på radiologer/röntgensjuksköterskor. Stort intresse för radiologi, ökat antal ST	Oberoende av inhyrd personal	2019–2021	Uppföljning chefssamråd kvartalsvis
IT - utveckling av radiologiska system	Elektroniska remisser saknas mellan huvudmän i norra regionen. Gemensam plattform för journal-systemen avvaktas (2023).	Temporär lösning för elektroniska remisser.	2019–2021	Egen uppföljning

	Många manuella moment i dag	Minska manuella moment	2019–2021	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: Länsverksamhetschef samt enhetschef Röntgenmottagningen Västernorrland

Medicinskt ansvarig: Eva Fehrman

Ansvarig för rapportering: Eva Fehrman

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Rätt diagnostik eller behandling på rätt patient i rätt tidpunkt	Ledtider för SVF hålls. I övrigt kapacitetsbrist vad gäller CT, MR och ultraljud.	Väntetider ska motsvara prioritering.	Länsgemensamt samarbete i form av länsgemensamma köer och granskningslistor. Rekrytering av röntgensköterskor och röntgenläkare. Kompetensväxling. Extern granskning.	Länsgemensam kö och granskning MR 2020. Övriga modaliteter där genomförbart 2021. Rekrytering, kompetensväxling löpande.		

Kompetensförsörjning	Brist på röntgenläkare och röntgensjuksköterskor.	Oberoende av inhyrd personal.	Aktiv rekrytering av personal. Kompetensväxling. Utbildningssatsning för ST-läkare. Länsgemensamma granskningslistor.	Långsiktigt mål. Arbete pågår och kommer pågå 2019-2021.		
IT utveckling av radiologiska system	Journalssystemet för Röntgen RVN är omodernt. Upphandling pågår och nytt system kan tidigast finnas på plats 2021.	Införande av nytt journalssystem Röntgen RVN.	upphandling	Infört system 2021		
MDK	Resurskrävande, konkurrens med övrig radiologisk verksamhet	Fortsätta optimera MDK i dialog med remitterter.	Genomföra enkätstudie på Röntgen avseende tidsåtgång MDK. Optimera schemaläggning av MDK. Dialog med remitterter kring förbättringsområden.	2019-2021		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

<b>Blodcancer, bilaga 2 C</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Hålla ledtider enl. SVF	Ledtiderna hålls inte, trots stor förbättring de senaste två åren	80 % av patienterna ska klara ledtiderna enligt SVF	December 2019	Egen uppföljning Kvalitetsregister
Bedriva utredning enl. vårdprogram	Varierande, myelom: ISS stadie-indelning 93,3 %, mål 100 %, FISH 60,6 %, mål 80 %	Enligt vårdprogrammets kvalitetsindikatorer	Juni 2019	Enligt vårdprogrammets kvalitetsindikatorer
Täckningsgraden för Blodcancerregistret ska förbättras	Vi uppfyller inte registrering inom målnivåerna	>70% inom 3 mån. >95% inom 1 år	Juni 2019	Kvalitetsregister
Individuell skriftlig vårdplan till patienterna	Nationell mall finns. På fyra av sjukhusen får nydiagnostiserade patienter skriftlig vårdplan	80 % har en skriftlig vårdplan	Juni 2019	Egen uppföljning
Deltagande i klinisk studie	Studier bedrivs på tre av sjukhusen. Ex. studier 3,7 % av lymfomen, 6 % av KML, 1,9 % myelom. Studiesjuk-sköterskor saknas	10 % av patienterna	December 2020	Kvalitetsregister
Telemedicinsk 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 koordinator	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: Länsverksamhetschef Medicin

Medicinskt ansvarig: Maria Strandberg

Ansvarig för rapportering: Maria Strandberg

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Ledtider enl SVF	Flaskhals svar hematopatologi NUS, diagnossvårigheter på inlämnat material- viktigt efterfölja att vid remiss mellannål ta mellannål & ej cytologi,	80% inom angiven tid	Kontinuerlig kommunikation med hematopatologerna, röntgen lokalt	Kontinuerligt		
Utredning enl nationella VP och deras kvalitetsindikatorer	Sker i Sundsvall Övik- till viss grad	>95%	Regelbunden uppföljning av lokal statistik, diskutera det på länsträffarna 2ggr/år Utbilda fasta hematologer i Övik samt utb personal att följa länsgemensamma utrednings-PM	Under hela tidsperioden		
Täckningsgrad INCA	Stort delay pga även ssk-brist- de sköter rapporteringen	Kvalitetsregister följa RVN:s siffror	Regelbundet diskuteras på sektionsträffar lokalt samt på länsträffarna	2021		

Individuell V-plan	Alla patienter med diagnos inom SVF erbjuds individuell vårdplan Svall. Övik försöker i allt större utsträckning ge detta erbjudande	Föra lokal statistik	Regelbundna diskussioner APT, sektionsträffar, länsträffar, följa länsgemensamma utrednings-PM där detta ingår.	Under hela tidsperioden		
Kliniska studier	Ytterst begränsat pga brist på läkare och ssk på båda orterna	Kvalitetsregister i INCA	Utbilda fasta läkare på orterna, bibehålla ssk samt finna kompetenta kvalitetssjuksköterskor	Under hela tidsperioden		
Telemedicinsk mottagning	Föga utbyggt	KVÅ-kodning	Telemedicinsk utrustning införskaffad Övik, planeras på sikt även i Sollefteå.	Under hela tidsperioden		
Kontakt-ssk förstärks med koordinator	Sker i Svall, ej i övik	Utifrån arbetsbemämning	Kompetensväxla till usk i Övik?	2020		
Distresstermometer	Används begränsat i Svall, ej i övik.	Lokal statistik	Förbättrat och stabilt rehab team runt patientgruppen	Under hela tidsperioden		

SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Andra verksamheter resp primärvården blir allt mera kunniga om att SVF finns. Viktigt följa kriterierna	Pg i RCC	Ständig kommunikation om vad som blev bra/mindre bra vid SVF-patienter	Under hela tidsperioden		
--	---	----------	--	-------------------------	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Besök för yngre anhöriga pågår att försöka utveckla i Sundsvall. Ssk ska gå utbildning för detta. Vidareföra erfarenheter och kompetens till övik. Seneffektmottagning- RVN:s hematologpatienter erbjuds detta redan.

Kompetensväxling/ kompetensplan: Intensivt arbete pågår för att förbättra arbetsmiljön och öka intresset för hematologiverksamhet. Kompetensväxling på läkarsidan genom att flera av RVN:s ST-läkare inom hematologi nu är erfarna och kan jobba relativt självständigt med stöd av senior hematologspecialist. Fortsatt rekrytering av ST-läkare och ssk pg på båda orterna (Övik och Svall)

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

PAD klart <3 veckor från operation	Regionen 67 %. Sunderbyn 81 % Östersund 86 % Sundsvall 59 % Skellefteå 15 % 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

Task-shifting genomförs mellan såväl personalkategorier som mellan specialiteter	Olika rutiner idag i regionens landsting/ regioner  Idag ser flödet olika ut i regionen.	Vissa återbesök överförs från läkare till kontaktsjuksköterska för både kirurgi och onkologi.  Mammografiläkare informerar kliniska patienter som efter utredning visar sig vara friska. Patient som behöver bedömas av kirurg remitteras	2020	Egen uppföljning  Egen uppföljning
--	--	---	------	--

### Bröstcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Länsverksamhetschef kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lotta Wadsten

Ansvarig för rapportering: Lotta Wadsten

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för målluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Operation <3 veckor från diagnos	Sundsvall 71,6 %	90 % av kvinnor med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och	Fortsatt utvecklingsarbete, men så länge vi inte får mer operationsresurser kommer ledtiderna inte att förbättras		Ledtider följs i INCA*	

		98 % inom 4 veckor				
PAD klart <3 veckor från operation	Sundsvall 59 %	95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation	**			
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	Översyn av remissrutiner pågår på onkologkliniken			
Förbättrad 5-årsöverlevnad	RVN 88 %	5-årsöverlevnad ska vara >90 % i hela regionen				

Höja andelen patienter som genomgår direkt bröstrekonstruktion med implantat	RVN 4 %	12%	Samtliga patienter som planeras för mastektomi ska diskuteras på MDK avseende möjlighet att erbjuda direktrekonstruktion ***			
70 % av nya bröstcancerfall ska utredas enligt SVF				SVF statistik		
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden			Kontinuerligt utvecklingsarbete pågår för att minimera ej värdeskapande väntetider	SVF statistik		
Patientens rehabiliteringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär	Min vårdplan används	>95% ska få en skriftlig individuell vårdplan	Mål uppfyllt		Registreras i INCA	
Task-shifting genomförs mellan såväl personalkategorier som mellan specialiteter			Se regional målen			



SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Enligt data från RCC för 2018:  Mål uppnått  53%		Kontinuerligt utvecklingsarbete pågår för att minimera ej värdeskapande väntetider			
--	--	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

\* Observera dock att målet för SVF är 28d från SVF start till start av behandling, dvs inte samma sak som diagnosdatum

\*\* Osäker på vad som mäts (59%) – patologens ut svar eller PAD besked till patienten? Om PAD svar finns *nästan* alltid inom 3 v kan vi ändå inte boka in patienternas återbesök på 3 v. I praktiken 4 v för att PAD säkert ska vara klart.

\*\*\* Siffran från INCA är ej korrekt, några RVN patienter registrerade som NUS, denna rutin kommer att ändras fr o m 2019.

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

Medicinskt ansvarig: Karin Dunberg Smeds

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare, Maria Roos

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktivitet er för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering

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	Kompetens finns men i dagsläget saknas samordning och rutiner.	100 %, rutin ska finnas i varje landsting	Lokal processledare har påvisat nuläget och påbörjat en process med aktuella länsverks anställda.	2021		
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt erbjuder skriftlig information om cancerrehabilitering	Skriftlig information är framtagen under 2018. Implementering pågår.	100 %		2021		
Ökad andel verksamheter som rutinmässigt och strukturerat erbjuder gruppinformation av rehabiliteringsprofession	Onkologkliniken har sedan flera år tillbaka arbetat med grupputbildning. Även hematologen har påbörjat detta arbete. Rehabkliniken initierat arbetet att utforma en länsgemensam cancerskola.			2019		

Ökad andel verksamheter som strukturerat bedömer behov av rehabilitering (med validerat bedömningsinstrument)	Det finns inte rutiner för detta. Den övergripande satsningen på cancerrehabilitering i länet kommer att utveckla dessa rutiner.			2021		
Skriftliga överenskommelser mellan sjukhus/primärvård om rehab. för cancerpatienter	Saknas information idag. Arbetet formas primärt från specialistvården i det första skedet. Med tiden kommer primärvården att involveras.	Alla landsting ska ha startat samverkan		2021		
Öka andelen verksamheter som erbjuder mer än grundläggande stöd till patienter om fysisk aktivitet av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut)	Arbetet är påbörjat i Sundsvall. Implementering i Sollefteå och Ö-vik pågår.			2020		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Se inledande del av rapporten.

<b>CUP, bilaga 2 F</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Målupp- fyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Kontaktsjuksköterska <i>efter</i> diagnos och start av behandling eller beslut att avstå behandling	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Palliativt stöd för patienter med det behovet	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Min vårdplan	Status okänt i regionerna	60 % 80 % 90 %	2019 2020 2021	Egen uppföljning
Mailforum för knepiga fall	0	Infört forum	2020	Infört eller inte infört
Specialintresserad onkolog för regionens enheter som metastasutredare	0	Införd särskild jourlinje	2019	Infört eller inte infört
Specialintresserad patolog kopplas in tidigt i SVF-CUP förloppet	0	Infört möjlighet till namngiven kontaktperson	2019	Infört eller inte infört
Öka uppkläringen av CUP till organspecifik 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: Länsverksamhetschef Onkologi

Medicinskt ansvarig: Lars Beckman

Ansvarig för rapportering: Lars Beckman

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
Kontaktsjuksköterska <i>efter</i> diagnos och start av behandling eller beslut att avstå behandling	0	60 % 80 % 90 %		2019 2020 2021		
Min vårdplan	0	60 % 80 % 90 %		2019 2020 2021		
Specialintresserad patolog kopplas in tidigt i SVF-CUP förloppet	0		Infört möjlighet till namngiven kontaktperson	Maj 2019		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

### **Gynekologisk cancer, lokal handlingsplan**

Ansvarig för genomförande: Länsverksamhetschef

Medicinskt ansvarig: Lotta Andreén

Ansvarig för rapportering: Lotta Andreén

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
------------	---------------	-----------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------	--------------------



Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontakt-sjuksköterska administrativt	Länsgemensam koordinator för gyn cancer finns i RVN. Arbetar heltid					Finns redan
Öka antal remisser till MDK för bäckenrehabilitering	En remiss från RVN 2018	Antal remisser	Medvetenhet om behov av bäckenrehab. har fått genomslag. Remisserna förväntas öka.		Antal remisser/år	Via NUS där bäckenrehab team samordnas
Tid från operation till PAD-bedömning	Vi har korta tider för PAD svar (SVF) från Patologavd Sundsvalls sjukhus, ca 7 dagar.	Antal dagar	Inget problem i RVN fn			

SVF ovarial välgrundad misstanke (VGM) - start av behandling	54% startar behandling i tid i RVN 2018	Andel som startar behandling inom angiven ledtid när behandling ges i RVN	Koordinator följer & kontrollerar samtliga patienters ledder från VGM-start sedan 1 jan 2019.		Kvartal & År	Årligen
SVF corpus VGM-start av behandling	63% startar behandling i tid i RVN 2018	Andel som startar behandling inom angiven ledtid när behandling ges i RVN	Koordinator följer & kontrollerar samtliga patienters ledder från VGM-start sedan 1 jan 2019		Kvartal & År	Årligen
SVF cervix VGM-start av behandling	Ej aktuellt, behandling startar nästan alltid vid NUS					

SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Vi jobbar för fullt mot detta mål genom att följa patienten från VGM- start och redan då identifiera slutdatum för stipulerad ledtid.	Andel inom stipulerad ledtid	Dokument med definierat slutdatum för start av behandling som används på samtliga patienter när SVF VGM startas	Arbetet pågår sedan 1 jan 2019	Kvartalsvis + Årligen	Årligen
--	---	------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------	---------

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Målen är satta från RCC norr och därmed inte fullt ut tillämpbara på den vård som ges inom ramen för Gyn cancer RVN. Vi som jobbar men Gyn cancer inom RVN satsar ffa på målet att förbättra ledtiderna för de cancerbehandlingar som startar i RVN. Tiden för svar från patologavd i Umeå är ett problem för de av våra patienter som opereras vid NUS men väntetiden för PAD svar från vår egen patologavd i Sundsvall är extremt kort.

Utöver handlingsplanen har vi också sedan 2018 lagt fokus på förbättrad/utökad multiprofessionell cancerrehabilitering samt att se och utöka omhändertagande av minderåriga barn till våra cancerpatienter.

<b>Hjärntumörer, bilaga 2 H</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>

Säkra kompetensförsörjning i norra regionen inom neuropatologi för att nå målsättningarna för NVP och SVF	Begränsade resurser som innebär fördröjningar av PAD-svar/ begränsar möjligheten till fryssnitt	70 % enl. SVF och 80 % inom ledtider, enl. NVP/ kvalitetsregister	2021	SVF statistik, kvalitetsregister
Utveckling av MDK, så att alla läns-sjukhus deltar vid MDK enligt överenskomna rutiner	RN deltar inte i dagsläget vid MDK Följsamheten till överenskomna rutiner brister	100 % följsamhet överenskomna rutiner	2020	Egen uppföljning
God inrapportering i kvalitetsregister	2016 – 97,9 % 2017 - Jan - jun 100 %; jul - dec 82,5 %	95 %	2019	Kvalitetsregister
Kontaktsjuksköterskor vid samtliga länsjukhus 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: Länsverksamhetschef Onkologi

Medicinskt ansvarig: Petra Flygare

Ansvarig för rapportering: Petra Flygare

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
			Regionalt mål Umeå patologi			
Utveckling av MDK, så att alla länssjukhus deltar vid MDK enligt överenskomna rutiner	RVN deltar i MDK, representanter från Onk, neur/stroke, läk och kontaktssk från båda klinikerna		Informera med klin läk + ssk ; Sollefteå + Ö-vik	2019		
God inrapportering i kvalitetsregister	Onkolog ansvarig för inrapportering i kvalitetsregister	95%	Pågående aktivitet	pågående		

Kontaktsjuksköterskor vid samtliga läns-sjukhus och för Nus på NKK och Cancercentrum	Kontaktssk finns vid Onkologen Sundsvall, strokeenh Sundsvall		Initiera kontakt med ssk vid med klin Sollefteå och Ö-vik som kan bevaka för hjärntumörpatienter därifrån	2019		
Rehabiliteringsbehov ska identifieras systematiskt och rehabilitering erbjudas. Det ska finnas en utsedd enhet med rehabiliteringsansvar i varje region med utarbetade rutiner för överlämningar	Gott samarbete, initial bedömn Stroke/Ger Rehab Sundsvall, rehabronder		Bättre länsöversyn gällande resurser	2019		
Utrednings enl. SVF i enlighet med nationella mål.	Låga SVF-reg och ledtider		SVF-samordning RVN-Umeå, gäller hela norra regionen	pågående		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

### Hudmelanom, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Länsverksamhetschef kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Helene Lindfors

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Helene Lindfors

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Öka täckningsgraden i kvalitetsregister	Ej uppnått		Förbättringsarbete pågår - identifiera flaskhalsar. Delvis är det nog dålig siffra pga eftersläpning i register och vi ligger nog bättre till egentligen.	2019	2020	
Öka andelen patienter med MM > 1mm som erbjudits kontakt-sjuksköterska	Troligen upp nått eller förbättrat, har inte aktuella data.		Tillse att gällande riktlinjer följs vid handläggning av dessa pat, information till medarbetare.	2019		
Öka andelen patienter med MM > 1 mm diskuterade på MDK	Går ej att uppfylla mål pga ändrade riktlinjer i vårdprogram		Enl nytt vårdprogram 2018 skall endast stadium III-IV (dvs metastaserade) patienter dras på MDK. Således			



			skall inte alla MM > 1 mm dras.			
Öka andelen patienter som väntat < 4 veckor från första läkarbesök till diagnosbesked	Uppnås ej		Införande av SVF genomfört i hela regionen. 50% av pat handläggs initialt i primärvård och fördröjning sker. Samarbete med primärvård finns redan och skall förbättras.	2020		
Öka andelen patienter som opereras < en vecka från första läkarbesök	Uppnås ej		Avseende primärvården : se ovan. Kirurgkliniken har idagsläget inte operationsresurser att handlägga pat snabbare än idag.			
Öka andelen patienter med MM > 1mm som genomgår utvidgad kirurgi < 3 veckor efter svarsdatum PAD	Uppnås troligen inte, men förkortning av väntetid förväntas		Pat kommer prioriteras utifrån SVF start datum istället för op-anmälningdatum. Detta kan kapa några dagar. Det saknas operationsresurser och tillgång till preoperativt scint/SPECT CT			

			(opdagens morgon) för att uppnå målet.			
Inrätta adm. stöd-funktion (koordinator) till kontakt-sjuksköterska/läkare	Delvis uppnått		Några koordinatörer är anställda men finns inte tid att stödja kontaktssk/läkare Oklart om det finns någon lösning			
Förbättra psykosocialt stöd till patient närstående under vårdprocessen	Uppnått.					

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

<b>Huvud- och halscancer, bilaga 2 J</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Ledtid inremiss till behandlingsbeslut <25 d	Median 28 d, 80 % percentil 71 d (2016)	Median 26 d	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister
Ledtid behandlings-beslut till operation <12 d	Median 15 d 80 % percentil	Median 12 d 80 % percentil	Hösten 2020	Årlig uppföljning i kvalitetsregister

	20 d (2016)	18 d (2016)		
Ledtid behandlings-beslut till strålnings-start <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 remiss-bedömning på ”stark” misstanke om tumör	Hösten 2020	Antal av SFV utförda för positiva fall
Rätt använd kompetens (RAK) i tumörteamet	Beskrivs genom kartläggning	Minskad administration för medicinsk personal	Hösten 2020	Egen uppföljning, status för signeringskö
Utveckling av kirurgisk kompetens	4,5 fast anställda	6 fast anställda tumörläkare	Hösten 2020	Egen uppföljning
Utökad dietisttjänst. Kuratorstjänst tillsätts	Beskrivs genom kartläggning	Tidig kontakt med dietist (pre-op.) och vid uppföljning	Hösten 2020	Patientenkät, QoL
Uppföljning av behandlade patienter	Beskrivs genom kartläggning	Indelning med onkologer	Hösten 2020	Uttag per termin från Diver

### Huvud- och halscancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Länsverksamhetschef kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Christian Arns

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Christian Arns

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
Ledtid från inremiss till 1:a besök =<5d	Vi har hållit målet (2017)	Kvarhålla		Fr.o.m. nu		
Ledtid inremiss till MDK =<25d	26d (2017)	=<25d	Ytterligare förbättra flödet något. Men behövs även en bättre tillgång till PET/CT.	2019		
Ledtid MDK till operation =<12d	17d (2017)		Redovisas av ÖNH, NUS.			
Ledtid MDK till strålbehandling =<20d	20d (2017)	<20d	Redovisas av Onkologen, NUS. Vi har dock diskuterat detta på regionalt tumörmöte mars -19 och tagit fram en plan.			
Prevention	HPV-vaccination enbart för flickor	HPV-vaccination för alla barn	Behöver lyftas till högre nivå för beslut och behöver inte vara ett regionalt eller nationellt beslut vilket framkommit i region i södra Sverige.	Utifrån när sådant beslut kommer från högre nivå.		

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

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Maria Walldén

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Maria Walldén

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Förbättra ledtid remiss - diagnos	Fördröjning av tid mellan remissens utfärdande och ankomst till kirurgmottagningen. Begränsade koloskopiresurser	>95 % av patienterna får diagnos <4 veckor efter remiss	Samarbete, information till primärvården, Utbildning av koloskopister	2021	Uppföljning i kvalitetsregister	
Förbättrad patologi,	Mål uppnått	≥95 % med >12 och ≥90 % >12 lymfkörtlar i preparat vid op. för kolon- resp.				

		rektal-cancer				
Förbättrad patologi, forts.	Mål uppnått	>90 % PAD svar klara <3 veckor från op.				
>90 % PAD svar klara <3 veckor från op.	Mål uppnått	>30 % av med kolon-rektum-cancer pat. inkluderas i studie				
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.	Fortsatt samarbete mellan onkolog och kirurg för att minska ledtid mellan postop MDK och onkologbesök.	2020	Uppföljning i kvalitetsregister	
Minimalinvasiv kirurgi	Kolonkirurgi görs idag rutinmässigt till viss del minimalinvasivt. Arbete men införande av minimalinvasiv	30 % andel minimalinvasiv kirurgi för både	Utbildningsinsats pågår för att utöka andelen laparoskopisk kolonkirurgi samt för att införa	2020 för kolonkirurgin. Då arbetet just påbörjats för rektalcancerkirurgi	Uppföljning i kvalitetsregister.	

	rektalcancerkirugi har precis påbörjats.	kolon- och rektal-cancer patienterna	laparoskopisk rektalcancerkirugi.	är detta mer svårvärderat men möjligen 2021		
Kontaktsköterskor	Alla patienter får namngiven kontaktsköterska. Otillräckligt tjänsteutrymme för att nå mål med information, uppföljning och rehabilitering.		Fler tjänster/ utökat tjänsteutrymme för kontaktsköterskor.		Egen uppföljning	
Cancerrehabilitering	Kunskap och nätverk finns via våra kontaktsköterskor. Valideringsinstrument, informationsmaterial finns. Tid, tjänsteutrymme saknas för att kunna genomdriva förändringar	75-100% beroende på delmål. Se sid 19	Fler tjänster/ utökat tjänsteutrymme för kontaktsköterskor.		Egen uppföljning	
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF	Enligt data från RCC, för 2018 är 70%-målet uppnått.					



80% inom stipulerad ledtid	42%					
----------------------------	-----	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

<b>Livmoderhalscancerprevention, bilaga 2 L</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Organisation för cervixcancerprevention; definierade uppdrag/mandat förankrade i landstings/regionledningen	Finns i RN. Övriga regioner varierande tydlighet för uppdrag och mandat	Tydlig organisation i hela regionen; dokumenterad fördelning av ansvar för uppdrag processledare, styrgrupp och kallelsekansli	2019	Egen uppföljning
Implementering av Nationella Vårdprogrammet (NVP) för Cervixcancerprevention	NVP inte infört. Planering och förberedelser påbörjad i alla landsting	Hela regionen: Primär HPV-screening $\geq 30$ år, dubbelanalys 41 år, intervall 7 år > 50 år efter neg HPV, övre åldersgräns 64-70 år, kontrollfil-HPV. 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 cell-förändringar	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 upp-ringning 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, kontrollföretaglighet oberoende av hemort	2021	Egen uppföljning

### Livmoderhalscancerprevention, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: ????

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Anna Enander

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare

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

Organisation: Definierade uppdrag/mandat Förankrade i regionledning	Styrdokument finns, processägare (= hälsö- sjukvårdsdir RVN) Processledare finns, styrgrupp finns men finns ej i styrdokumentet, ej heller GCK- kansliet		Att styrdokumentet tydliggör <b>hela</b> organisationen med processledare, styrgrupp samt kansli	2019		
Implementering av Nationella VP	Behandlingsdelen införd men inte screeningdelen, Pågår. Höjning av kallelseålder till 63 år klart.		IT-stödet som krävs för att införa hela VP behöver finansiering. Varit uppe i regionledningen, beslut ej meddelat än.	2019		
Anslutning t Cytburken	klart					
Telefonlinje för kvinnor med pos HPVtest	Inte påbörjat.		Ska inbegripas i kansliet för CGK (gynekologisk cellprovskontroll) uppdrag.	2020		
Uppringning av uteblivare	Projekt pg och är i avslutande		Ska inbegripas i kansliets uppdrag.	2020		

Ökad andel kvinnor med höggradig cellförändring som fått utredning inom 3 månader	Senaste kvartalet jan-mars 2019 69% i Sundsvall. Övik ej mätt		Manuell räkning av ledtider för utredning påbörjat i sept 2018. Ger underlag för planering av mottagningstider. Mål: > 90%	2020		
Nationellt sammanhållen journalföring	INERAS projekt för nationell IT-plattform		RVN har ännu inte sagt ja, men kommer att behöva vara med.	2019		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Organisationen av tjm i RVN har förlångsammat processen för införandet av det nationella vårdprogrammet, som gällt i hela landet sedan januari 2017. Detta innebär en ökad risk för kvinnor i RVN att drabbas av cervixcancer. Vi hoppas att finansieringen av IT-stödet, som är avgörande för införande av NVP, kommer att ordnas. Om detta kan ordnas kommer NVP att kunna införas snarast.

<b>Lungcancer, bilaga 2 M</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
SVF-team med koordinators, 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: Länsverksamhetschef Lungkliniken

Medicinskt ansvarig: Länsverksamhetschef Lungkliniken

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Annette Bourne

MÅL	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Ledtid från inremiss till behandlingsstart ska vara max 44 dgr för 80% 2021 av patienterna.	Idag ligger vi på 50% under en period av 8 månader	75% ska vara max 44 dagar	Diskussion pågår med röntgen samt nuklearmedicin i Umeå. Tid för SVF flödet ses över och uppstart av behandling. Ser över samverkan med andra kliniker. Rekrytering av läkare pågår fortlöpande.	2020		
MDK vid diagnos 95% 2019	Antal patienter som dragits på MDK är idag 36%	70% önskat läge	Pågående arbete med rutiner inom kliniken.	2020		
Etablerande av rehabiliteringsteam/strukturerade planer 2021	Inget funktionellt team idag.		Anställning pågår av funktioner. Planering pågår	2021		

SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Målet uppnått idag ligger vi på 80% och som håller stipulerad ledtid under det senaste halvåret .					
--	--	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Ovanstående ledtider är beroende av bemanningen av läkare då detta ej är tillfredsställande idag.

<b>Mammografiscreening, bilaga 2 N</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Nationella undersökningskoder införda	Införda i RVN och RJH	Införda i hela regionen	2019-06	Information från enheterna
Regionen ansluten till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening	Pågående pilotprojekt avvaktas. Förberedelsearbetet bör dock starta	Samtliga landsting anslutna, data levereras kontinuerligt och prospektivt från RIS till INCA	2019-12	Kontroll att data kommit in till INCA
Fullständig rapportering av alla variabler i kvalitetsregistret	Omfattning av registrering i RIS systemen varierar mellan landsting	Samtliga landsting registrerar alla efterfrågade variabler i RIS och Sectra har anpassat överföringen	2020-12	Avstämning mot variabelinnehåll i nationellt kvalitetsregister och kontroll av data
Indikatorer som rapporteras på INCA används i kvalitetsarbetet	Skär 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: Länsverksamhetschef Onkologi

Medicinskt ansvarig: Lars Beckman

Ansvarig för rapportering: Lars Beckman



<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
Systematisk eftergranskning av egna cancerfall	Görs i samtliga fall.	Genomfört				
Nationella undersökningskoder införda	Infört	Infört				
Regionen ansluten till nationellt kvalitetsregister för mamografiscreening	Pågående pilotprojekt avvaktas. Förberedelsearbetet bör dock starta	Samtliga landsting anslutna, data levereras kontinuerligt och prospektivt från RIS till INCA	Bevaka pilotprojekt Örebro			
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	Bevaka pilotprojekt Örebro			

Indikatorer som rapporteras på INCA används i kvalitetsarbetet	Skjer inte	Alla regionens screeningenheter följer upp sina data via on-line rapportering på INCA	Bevaka pilotprojekt Örebro			
--	------------	---	----------------------------	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

<b>Neuroendokrina tumörer, bilaga 2 O</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
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: Länsverksamhetschef Onkologi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Maria Hansén

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Maria Hansén

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
------------	---------------	-----------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------	--------------------

Kontaktsjuksköterska på varje enhet	Finns på onkologkliniken, inte på kirurgkliniken	80 % av alla patienter ska ha namngiven kontaktsjuksköterska	Dokumentation i journal ang kontaktssk. Tillsättande av tjänst/del av tjänst kirurgkliniken?	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret.	
MDK-NET genomförd samtliga regioner	Mycket hög andel patienter diskuteras på MDK	80 % av alla behandlingsbeslut på MDK	Fortsatt deltagande och aktivitet vid MDK. Förenklat anmälningförfarande till MDK analogt med övriga regionala MDK via koordinator.	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret.	
God täckning i kvalitetsregistret (KR)	Arbetet med registrering under uppstart.	80 % av alla patienter ska registreras i kvalitetsregister	Sucessiv registrering/efterregistrering. Ev tillsättande av registreransvarig ej läkare. Stor nackdel att patienterna inte automatiskt kommer in i registret via cancerregistret utan måste registreras manuellt.	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret.	

Alla enheter med patienter kopplar upp sig till MDK via videolänk	Redan igång. Svårigheter dock med kontinuitet/NET-ansvarig på plats p g a ändrad tid för MDK.	Kontaktssk, onkolog, kirurg och koordinator på plats.	Fortsatt arbete, annan schemaläggning, möjligt att ändra MDK-tid till eftermiddag?	2021	Uppföljning via kvalitetsregistret.	
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid						

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

<b>Njurcancer, bilaga 2 P</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
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: Länsverksamhetschef Kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Markus Johansson

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Markus Johansson

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
Samtliga lokaliserade njurtumörer diskuteras på MDK	0%	95%	Ingen MDK för lokaliserad njurcancer har funnits. Första möte med VLL har utförts och vi planerar starta regional MDK med VLL våren 2019	Införs 2019		
Lokalt avancerade/metastaserade njurcancer på MDK	0%	98%	Ingen MDK för avancerad/metastaserad njurcancer har funnits. Första möte med VLL har utförts och vi planerar starta regional MDK med VLL våren 2019	Införs 2019		
Rehabiliteringsprojekt i hela regionen	0%	100%	RVN kommer att ta aktiv del i regionala projekt avseende detta mål.	Väletablerad verksamhet på plats 2021.		
Skriftlig vårdplan för njurcancer	Ca 70%	40%	Målet är sannolikt uppnått, dock saknas pålitlig registrering.	Uppfyllt		Ökad konsekvent registrering genom internt arbete.

<p>SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid</p>	<p>100% av patienter utredda enligt SVF i RVN 2018 50 pat. utreddes inom SVF i RVN 2018. 38% av utredningarna ledde till kirurgi varav 42% inom max stipulerad vårdtid vilket är bäst i Sverige 2018. 44% ledde till expektans varav 68% inom max stipulerad ledtid</p>	<p>Antal fall, liksom andel cancer i SVF-förlopp kan mätas via RCCs SVF-statistik.  Andel som opererats och strålbehandlats tid mäts via RCCs SVF-statistik årligen.</p>	<p>Halvårsvis avstämning på urologkliniken, med beslut om åtgärder av medicinskt ansvarig läkare, kommer att ske under perioden 2019-21.  Måluppfyllelsen är i dagsläget relativt god jämfört med riket</p>	<p>Målsättning att samtliga patienter som kräver kirurgi ska opereras inom stipulerad vårdtid 2021</p>		
---	---	--	---	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:



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

### Palliativ vård, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Länsverksamhetschef Onkologi/enhetschef Margareta Eurenus

Medicinskt ansvarig: Lars Beckman

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Margareta Eurenus

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Totala antalet avlidna palliativa pat. registreras i Sv. palliativregistret	RVN 50 %	Samtliga landsting/ regioner  60 % 70 % 80 %	Fortsätta arbetet med utbildningsinsatser inom specialistvården och samverkan med kommunrepresentanter i länet.	2019 2020 2021		
Brytpunktsamtal för cancerpatienter som kan medverka	RVN 85 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %		2019-21		
Anv. validerat smärtskattningsinstrument till cancer pat.	RVN 54 %	Samtliga landsting/ regioner 70 %		2019-21		
Dokumenterad ordination för v.b. i.v. ångestmedicinering	RVN 98 %	Mål uppnått		2019-21		

Bedömd munhälsa	RVN 75 %	Samtliga landsting/ regioner 90 %		2019-21		
Ordination av stark opioid i injektionsform	RVN 97 %	Mål uppnått		2019-21		
Minska andel "vet ej" ang. senast uttalade önskemål om dödsplats	Frågan har modifierats och andel går inte att bedöma	Samtliga landsting/ regioner <15 %		2019-21		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Planer finns att två ssk-tjänster skall konverteras och få ett allt större fokus på utveckling av den palliativa vården. Två ST-tjänster är utlysta inom palliativ medicin vilket kommer att förstärka den palliativa vården på sikt.

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

	Skillnader i metoder och arbetssätt i regionen	Standardisera metoder och arbetssätt för samverkan	Q4 2021	
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: Länsverksamhetschef Onkologi/enhetschef

Medicinskt ansvarig: Rui Zeng

Ansvarig för rapportering: Lars Beckman/Ingela Pirtilä

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Följsamhet till ledtider 100 % med god kvalitet. Rätt svar i rätt tid Digital patologi	Nationellt förslag om ackreditering av diagnostiken presenterat av Swedac.	Regionalt underlag för ackreditering framtaget.	Bilda arbetsgrupp för att ta fram underlag till ackrediteringen	Q3 2019		

	<p>Lagringsfrågan ej utredd, Scannerkapacitet klarar inte full drift.</p> <p>Hur digital diagnostik kommer att nyttjas i vardagsarbetet oklart</p> <p>Hur nyttjande av dig pat ska ske i utbildnings- och konsultationssyfte oklart</p> <p>Oklart vem som representerar RVN i INERA</p>	<p>Regional åsikt om hur länge bilder ska lagras framme.</p> <p>Styrdokument för digital diagnostik framtaget.</p> <p>Digital samverkan i form av ST-utbildning/undervisning i schema.</p> <p>Representanter från alla regioner i INERA.</p>	<p>Gruppen kan titta på lagringsfrågan</p> <p>Planering av vilka områden man kan granska gemensamt i utbildningssyfte</p> <p>Utse representant till INERA.</p>	<p>Q3 2019</p> <p>Juni 2019</p>		
Kompetensförsörjning	<p>Kompetensförsörjningsplan finns för olika yrkeskategorier i RVN:s kompetensplan. Planen kan komma att ses över då effekten av införandet av nya VP slår igenom fullt ut.</p> <p>ST-studierektor ska tillsättas.</p>	<p>Bemanna budgeterade tjänster</p> <p>Samverka med MIUN för att rekrytera studenter till BMA-programmet</p> <p>Samverka med KI för att locka BMA att läsa Cytodiagnostikerutb.</p>	<p>Rekrytering enligt plan av:</p> <p>ST-läkare</p> <p>BMA</p> <p>Cytodiagnostiker</p> <p>RAK då det är tillämpligt.</p>	<p>Q3 2021</p> <p>Kontinuerligt</p> <p>Inom 2 år</p> <p>Kontinuerligt</p>		

Standardiserade processer	<p>Skillnader i metoder och arbetssätt i regionen</p> <p>Verktyg för uppföljning under utformning (ClikView)</p>	<p>I de moment vi kan samarbeta bör metoder och riktlinjer vara lika.</p> <p>ClikView visar status och resultat på likartat sätt.</p>	<p>Genomföra studiebesök mellan labben för att titta på prepareringsprocessen.</p> <p>Slutföra projektet med ClikView.</p>	<p>Q4 -2019</p> <p>Q2-3 2019</p>		
Etablerad regional samverkan	<p>Ökande behov av molekylärpatologiska analyser.</p> <p>Primärscreening för HPV ska införas.</p>	<p>Dialog med beställare om behov av molpat,</p> <p>Införande av vårdprogram genomfört 2019</p>	<p>Skapa rutiner för när preparat ska gå för NGS. Se över de avtal som kan finnas.</p>	<p>Kontinuerlig avstämning med respektive verksamhetschef/medicinsk ansvarig</p>		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Under Q4 2019: HPV - Införa BOS, upphandla ANP mellan labmed och pat, informera primärvården, starta validering, driftsättning

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

### **Peniscancer, lokal handlingsplan**

Ansvarig för genomförande: Länsverksamhetschef Kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Markus Johansson

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Markus Johansson

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>



Täckningsgrad för primärregistrering	100 %	95 %	Målet är uppfyllt. Med viss eftersläpning registreras alla fall i peniscancerregistret.	2019-07-01		
Regional kontaktsjuksköterska, Kirurgcentrum, Nus	0 %	100 %	RVN kan inte påverka detta mål.	2020-01-01		
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt i hela regionen för tidigare/ nya patienter	0 %	>90 %	RVN kommer att ta aktiv del i regionala projekt avseende detta mål.	Väletablerad verksamhet på plats 2021.		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	283 pat. utreddes inom SVF 2018. Ca 30 % av utredningarna ledde till diagnos.	Väntetidssiffror på regional nivå får via peniscancerregistret årligen. För få fall för pålitliga data från Signe.  Viktigt att följa ledtidsdata via egen registrering som komplement till data i peniscancerregistret.	Under tidsperioden 2019-21 krävs en egen analys av ledtidsdata eftersom tillgängliga nationella siffror inte ger någon vägledning av var flaskhalsarna finns.  I RVN är tider till PAD-svar korta varför detta inte kan utgöra ett problem.	2021		

	31 % behandlades med kirurgi inom stipulerad ledtid i riket 2018. I norra regionen var mediantiden från misstanke till kirurgi 56 dagar 2018 vilket är långt över målet.					
--	--	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Aktuella nivåer av måluppfyllelse för de urologiska cancerformerna kommer att inhämtas och analyseras halvårsvis under perioden 2019-2021. Processen kommer att inkludera dialog med läkare och kontaktsjuksköterskor samt vid behov patologi, onkologi och BFM. Egen analys kommer att krävas om pålitliga ledtidsdata ska tas fram. Detta kan vara föremål för regional

<b>Prevention, tidig upptäckt och vägen in, se bilaga 2 T</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Allmän screening för tjock- och ändtarmscancer påbörjas i hela regionen nästa år i linje med SoS rekommendationer	Resurstillgång behöver förbättras för att nå den kapacitet som krävs för allmän screening, regionerna har kommit olika långt	Att införa tarmcancerscreening i hela regionen. På sikt ska alla kvinnor och män i åldern 60 – 74 år inbjudas	Påbörjad screening 2019 (minst de som under året fyller 60 år). Så snart som möjligt för hela åldersintervallet	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 föreslagna metod	Att under 2019 arbeta med förberedelser för att införa i form av utbildning på vårdcentralerna och inköp av material	2020
Sjuksköterskor med specifik cancerkompetens (sjukdom, komplikationer, rehabilitering, prevention) i primärvården, för att möta det växande behovet av stöd	Saknas generellt i primärvården. Fristående kurs på distans finns vid Umeå universitet, som kan nyttjas för att öka kompetensen hos sjuksköterskor i PV	Några distriktssjuksköterskor utbildas för att kunna möta framtida behov. Samtliga landsting/ regioner arbetar för att inrätta denna funktion	2021	Egen uppföljning

Att 70 % av nya fall med cancerdiagnos ska utredas via SVF	Primärvården är ofta ingången till utredning (för ca 70 %)	Se mål	2020	SVF statistik
80 % av de som utreds via SVF går igenom dessa inom de bestämda tiderna	Nuläge osäkert, ett beräkningsunderlag är under framtagande nationellt	Se mål	2020	SVF statistik
Att bland patienter som genomgår SVF öka andelen som får info om att de utreds för misstänkt cancer	I nuläget är det enligt SVF-PREM-enkäten 80 % som får information	95 % ska få information om utredningen	2020	Årligen via SVF-PREM-enkät
Att större andel av personalen frågar patienter om rökning	Pilotprojekt vid cancercentrum Nus i samarbete med Folk-hälsoenheten och RCC med särskild fokus på rökning. Saknas exakta siffror på hur många patienter, som tillfrågas om rökning. Personal frågar inte alltid beroende på brist på kunskap, klara riktlinjer och stöd	Att minst 80 % av personalen på enheten för strålbehandling, cancercentrum Nus ställer frågan om rökning och hjälper patienten att få stöd för ett rökstopp i samband med behandlingen	Årligen	Enkät innan start och 1-års uppföljning, samt via andel remisser till tobaksavvänjare (TPM på NUS)
Att öka andelen dagligrökare som besökt primärvården som erhåller tobakspreventiv 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 småbarns-föräldrar 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: Förvaltningschefer

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Folkhälsoplanerare Iwona Jacobsson

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Att öka andelen daglig-rökare som besökt primärvården som erhåller tobakspreventiv åtgärd	Antal som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: 5891 2018: 5 327	Ökat antal åtgärder	Levnadsvaneanteckning (dokumentation). Utbildning till personalen.	Fortlöpande	Genom Levnadsvaneanteckning	
Att öka andelen personer med riskbruk som besökt primärvården och erhåller åtgärd för att minska eller	Antal som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under	Ökat antal åtgärder	Levnadsvaneanteckning (dokumentation). Utbildning till personalen.	Fortlöpande	Genom Levnadsvaneanteckning	

sluta med alkoholkonsumtion	2017: 611 2018: 632					
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) 2017: 9 845 2018: 10 046	Ökat antal åtgärder	Levnadsvaneanteckning (dokumentation). Utbildning till personalen.	Fortlöpande	Genom Levnadsvaneanteckning	
Att öka andelen personer med ohälsosamma matvanor som besökt primärvården och erhåller preventiva åtgärder	Andel som erhållit åtgärd (antal genomförda åtgärder) under 2017: 8323 2018: 7 632	Ökat antal åtgärder	Levnadsvaneanteckning (dokumentation). Utbildning till personalen.	Fortlöpande	Genom Levnadsvaneanteckning	
Att implementera Teledermatoskopiremisser från primärvården till slutenvården med syfte att verka för vård på lika villkor, korta handläggningstiderna, nyttja digitala lösningar samt ge patientsäkervård kostnads och miljöeffektivt.	Idag nyttjas teledermatoskopi i huvudsak inom slutenvården.	Breddinföränd 2020	Ett pilotprojekt pågår i samarbete med Diggaprojektet av införandet i samarbete med 4 hälsocentraler (privat och landstingsstyrda) som kommer att pågå under 2019.			

Allmän screening för tjock- och ändtarmscancer påbörjas 2020 i linje med SoS rekommendationer	Resurstillgång behöver förbättras för att nå den kapacitet som krävs för allmän screening.	Att införa tarmcancerscreening i Västernorrland. På sikt ska alla kvinnor och män i åldern 60 – 74 år inbjudas	Påbörjad screening 2020 (minst de som under året fyller 60 år). Så snart som möjligt för hela åldersintervallet	2020, därefter årlig uppföljning kvalitetsregister	Allmän screening för tjock- och ändtarmscancer påbörjas 2020 i linje med SoS rekommendationer	Resurstillgång behöver förbättras för att nå den kapacitet som krävs för allmän screening.
Sjuksköterskor med specifik cancerkompetens (sjukdom, komplikationer, rehabilitering, prevention) i primärvården, för att möta det växande behovet av stöd	Saknas generellt i primärvården. Pilotprojekt med onkologisjuksköterska vid HC är genomfört. Projektet fortlöper.	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	Mål uppnått.		2019			
80 % av de som utreds via SVF går igenom dessa inom de bestämda tiderna	För totalen ligger Region Västernorrland över rikssnittet och högst i norra sjukvårdsregionen 55%. I	Se mål	2020	2020		



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	Att bland patienter som genomgår SVF öka andelen som får info om att de utreds för misstänkt cancer		
--	--	--	------	---	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Levnadsvanor, Region Västernorrland (RVN)

Att systematiskt utnyttja de löpande patientkontaktarna för att ge strukturerad rådgivning för bättre levnadsvanor utifrån Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för prevention och behandling är en viktig del i arbetet för att påverka människors hälsa och välbefinnande. Det görs många goda insatser i specialist- och primärvård med att hjälpa människor att bli fria från tobaksbruk, riskbruk av alkohol, bli mer fysiskt aktiva och förbättra sina matvanor. Varje år sedan 2010 tillfrågas drygt 50 000 patienter i primärvården om sina levnadsvanor, många får stöd för att förbättra dem. Utbildningar för personalen inom RVN om matvanor, fysisk aktivitet, riskbruk och tobak genomförs regelbundet.

Rökning är ett av de största folkhälsoproblem som går att förebygga och behandla. En rökare förlorar i genomsnitt 10 år av sin förväntade livslängd. Region Västernorrland i samarbete med kommunerna uppmuntrar barn och ungdomar att vara och förbli tobaksfria genom metoden Tobaksfri duo. Eleverna i åk 6<sup>2</sup> får utbildning (ca en lektionstimme) av en tandsköterska/tandhygienist om tobak i kombination med övningar som stärker självförtroendet. Föräldrar och andra vuxna nära eleverna får också information via t.ex. ett föräldramöte eller via ett informationsblad. Därefter erbjuds ungdomen att tillsammans med en vuxen bilda en duo och skriva en överenskommelse (kontrakt) att avstå att använda tobak till avslutningen

---

<sup>2</sup> Gäller även elever åk 7 som inte varit med i Tobaksfri Duo fr åk 6.

i klass 9 (minst). Andel tecknade kontrakt år 2018/2019 uppgick i Västernorrland till 69 procent.

RVN samarbetar med friskvårdsanläggningar och föreningar för att uppmuntra befolkningen och patienterna till fysisk aktivitet inom ramen för metoden Fysisk aktivitet på recept, FaR.

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

Större andel av 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: Länsverksamhetschef

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Johan Styrke

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Johan Styrke

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Högriskpatienter op. <28 dagar från op. anmälan	RVN för få fall	Mäts via NPCR/RATTEN, årlig uppdatering.	Fokus på denna grupp vid handläggning och operationsplanering. Halvårsvis avstämning på urologkliniken, med beslut om åtgärder av medicinskt ansvarig läkare, kommer att ske under perioden 2019-21.	Mål är för de flesta patienter uppnådda enligt egen statistik.		
Registrering i e-PROM	E-PROM sjösätts 2018	Att ett införande har skett.	2019 lanseras E-PROM via linjeorganisationen. Antal registrerade kommer att följas per helår via NPCR.	Målet uppnås 2019.		
Förbättrad rehabilitering	Rutiner finns på enstaka sjukhus	Att lokala rehabiliteringsplaner upprättas.	Tillse att aktuella planer finns på de tre sjukhusen.	Målet uppnås 2019.		

Förbättrad rapportering till NPCR	RVN 50 % rapporterades inom 1 mån efter biopsi 2018.	Andel inrapporterade i NPCR, årlig uppdatering.	Målet i den regionala planen är uppfyllt. Huruvida målnivån upprätthålls speglar tillgång på inrapportörer och organisationsform för dessa. Pågående dialog med klinikledningen om resurstilldelning.	Målet är uppnått.		
Snabbare besked om PAD till patienterna	RVN 6 % 2017, 31 % 2018.	Andel i tid enligt NPCR/RATTEN, årlig uppdatering.	Fortsatt fokus på fasta återbesökstider nu när PAD-svarstiderna är korta och förutsägbara. Halvårsvis avstämning på urologkliniken, med beslut om åtgärder av medicinskt ansvarig läkare, kommer att ske under perioden 2019-21.	Målet är uppnått.		
Kontaktsjuksköterska till flera patienter	RVN 83 % 2017, 88 % 2018.	Andel med kontaktsjuksköterska enligt NPCR/RATTEN, årlig uppdatering.	Fokus på korrekt registrering i journal. Halvårsvis avstämning på urologkliniken, med beslut om åtgärder av medicinskt ansvarig läkare, kommer att ske under perioden 2019-21.	Mål uppnås 2021.		

Större andel av högrisk-pat. diskuteras på MDK	RVN 76 % 2017, 90 % 2018.	Andel högrisk på MDK enligt NPCR/RATTEN, årlig uppdatering.	Målet i den regionala planen är uppnått. Remissrutiner till MDK är välfungerande.	Målet är uppnått.		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	288 fall i cancerreg 2018. 566 SVF-förlopp varav i snitt 50 % per månad ledde till start av behandling. Dvs klart över 70 % utredda enligt SVF. Andel pat. som op. inom 60 dagar var 36 % 2016 och 18 % 2017. För strål. var siffrorna 19 % resp. 18 %.	Antal fall i cancerreg. mäts årligen i NPCR/Ratten. Antal fall, liksom andel cancer i SVF-förlopp kan mätas via RCCs SVF-statistik. Andel som opererats och strålbehandlats tid mäts via RCCs SVF-statistik årligen. Årlig statistik för alla åtgärdstyper fås via RCC norr.	I den regionala cancerplanen fokuseras på behandling i tid för högriskpatienter. Fokus är satt på tid från behandlingsanmälan till behandling. Halvårsvis avstämning på urologkliniken, med beslut om åtgärder av medicinskt ansvarig läkare, kommer att ske under perioden 2019-21.	Mål avseende utredning enligt SVF är redan uppnått. Mål avseende andel i SVF följs upp halvårsvis och vid utgången av 2021 bör alla åtgärdstyper ligga omkring målet på 80 % inom stipulerad ledtid.		

	Räkas alla tänkbara behandlingar in så var måluppfyllelsen 67 % i RVN 2018.		För hela patientgruppen som strålas eller opereras behöver en fördjupad analys ske för att reda ut vad väntetiderna består av för delar. Andel inom 30 dagar från åtgärdsanmälan till åtgärd var 54 % för op och 6 % för strålbehandling 2018. När analysen skett så kommer halvårsvis avstämning på urolog och onkologkliniken, med beslut om åtgärder av medicinskt ansvarig läkare, att ske under perioden 2019-21.			
--	---	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Aktuella nivåer av måluppfyllelse för de urologiska cancerformerna kommer att inhämtas och analyseras halvårsvis under perioden 2019-2021. Processen kommer att inkludera dialog med läkare och kontaktsjuksköterskor samt vid behov patologi, onkologi och BFM. Läget ser överlag bra ut när det gäller prostatacancer förutom väntetidsparametrarna. Fokus kommer att ligga på kortare ledtider utan att för den skull öka ledtider inom annan urologisk sjukvård. Goda exempel inhämtas från andra svenska kliniker. Av största vikt för en effektiv organisation kring prostatacancer är det välfungerande samarbetet med patologen.

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



## Sarkom, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande: Länsverksamhetschef Ortopedi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Johan Nilsson

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Johan Nilsson

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Tillgång kontakt-sjuksköterska	Finns i RVN	Mål uppnått	Mål uppnått.	2019		
Förbättrad rehabilitering	95 % av patienterna i slutenvården (SV) erbjuds sjukgymnast och arbetsterapeutkontakt	En strukturell, dokumenterad cancerrehabiliteringsplan upp rättas för 95 % av SV patienter	Se RVNs plan för cancerrehabilitering.	2020		
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF  80% inom stipulerad ledtid	Få patienter men ambitionsnivån ligger i linje med målen 2020.	Mätbart enligt målen 2020.	Fortsätta arbetet enligt plan.	2020		

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

<b>Sköldkörtelcancer, se bilaga 2 W</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
”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 nivå	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
60 % av icke follikulär sköldkörtelcancer >10 mm (>=T1b) ska ha preoperativ cytologisk diagnos	Uppnått 2016; 65 %	Bibehålla nivå	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
90 % behandlingsbeslut för sköldkörtelcancer ska tas på MDK	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivå	2019–2021	Uppföljning kvalitetsregister
90 % av pat. (>=T1b) ska ha namngiven kontakt-sköterska på enheten	Uppnått 2016; 93 %	Bibehålla nivå	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: Länsverksamhetschef kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Lotta Wadsten

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Lotta Wadsten

<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Mätbar målnivå</b>	<b>Aktiviteter för måluppfyllelse</b>	<b>Tidsplan</b>	<b>Uppföljning</b>	<b>Utvärdering</b>
------------	---------------	-----------------------	---------------------------------------	-----------------	--------------------	--------------------

”Knölar” i sköldkörteln utreds primärt vid radiologisk enhet	Ej genomfört		Två möten genomförts med röntgen. Men röntgen behöver mer resurser för att ta över detta	2020		
90 % patienter med känd sköldkörtelcancer ska inleda behandling (i regel operation) <4 v från behandlingsbeslut	Osäkert om vi uppnår detta, saknar data		Behövs mer operationsresurser			
60 % av icke follikulär sköldkörtelcancer >10 mm (>=T1b) ska ha preoperativ cytologisk diagnos	Uppnått					
90 % behandlingsbeslut för sköldkörtelcancer ska tas på MDK	Uppnått					
90 % av pat. (>=T1b) ska ha namngiven kontaktsköterska på enheten	Uppnått					

Alla enheter som op. sköldkörtelcancer i regionen skall kunna erbjuda logoped-resp. kuratorskontakt	Uppnått					
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Få patienter men ambitionsnivån ligger i linje med målen 2020.					

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

### **Testikelcancer, lokal handlingsplan**

Ansvarig för genomförande: Länsverksamhetschef kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Täckningsgrad för primär registrering	88 %	95 %	Måluppfyllelsen speglar tillgång på inrapportörer och organisationsform för dessa. Pågående dialog med klinikledningen om resurstilldelning.	2019-07-01		
Andel spermienedfrysningar som skett före orchiektomi.	25 %	>60 %	Kliniken har välfungerande rutiner som tillser att alla som är aktuella för orchidektomi erbjuds spermienedfrysning. Förbättrad registrering av detta kommer att eftersträvas.	Alla erbjuds detta som rutin i nuläget. Oklart varför siffran är så låg. Innan 2021 ska eventuellt problem med felaktig registrering vara åtgärdat.		

Andel intermediär/ dålig prognosgrupp behandlas onkologiskt på onkolog-klinik	Okänt	>90 %	Urologkliniken har välfungerande rutiner som tillser att alla patienter med testikelcancer remitteras till onkolog för bedömning. Bedömning sker i överensstämmelse med nationellt vårprogram.	Målet betraktas som uppnått.		
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för nya patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	RVN kommer att ta aktiv del i regionala projekt avseende detta mål.	Väletablerad verksamhet på plats 2021.		
Ökad andel som genomgår kontralateral biopsier i samband med orchiectomi	20,7 %	>90 %	Vid ytterligare riskfaktorer för kontralateral cancer; liten testikel eller mikroförkalkningar tas biopsier. Detta i enlighet med europeiska riktlinjer.	Det regionala målet (>90%) kommer således inte att uppnås men alla män bedöms avseende behov av kontralateral biopsi.		

SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	För få patienter registreras i SVF-förloppet för att målnivåer avseende tid till behandling ska kunna studeras.	Ingen mätbar målnivå föreligger för RVN. På regional nivå registreras 32 % av testikelcancer som SVF.	Klinikens mål blir att alla patienter med testikelcancer ska registreras som SVF, senast vid diagnos. Tid till behandling med läkemedel inom 31 dagar kommer sannolikt att kunna följas på regional nivå om registreringen förbättras.	Mätbara data 2021.		
--	---	---	--	--------------------	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Aktuella nivåer av måluppfyllelse för de urologiska cancerformerna kommer att inhämtas och analyseras halvårsvis under perioden 2019-2021. Processen kommer att inkludera dialog med läkare och kontaktsjuksköterskor samt vid behov patologi, onkologi och BFM. Läget ser överlag bra ut när det gäller testikelcancer men registrering i SVF behöver förbättras för att ledtider ska kunna följas. Eventuella sexualmedicinska- och rehabiliteringsmedicinska projekt via RCC norr kommer att följas.

<b>Urotelial cancer, se bilaga 2</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	54 %	95 %	2020-01-01	Uppföljning kvalitetsregister och intern utvärdering
Pat. med muskel-invasiv urinblåse-cancer erhåller neoadjuvant kemoterapi	80 %	85 %	2020-01-01	Intern utvärdering och rapportering



Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	64 %	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2020-01-01	SVF statistik
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	2021-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Centralisering av nefroureterektomierna i regionen till två team som opererar på tre sjukhus	4 opererande sjukhus med separata team	Två team samordnar sig på tre sjukhus	2021-01-01	Intern utvärdering och rapportering
En cystoskopoperande sjuksköterska per länsjukhus 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: Länsverksamhetschef kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Markus Johansson

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Markus Johansson

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	78 % av T1-T4-tumörer diskuterades på MDK 2018	95 %	Fortsatt fokus på att följa MDK-rutiner, viktigt att lyfta frågan på alla sjukhus. Halvårsvis avstämning på urologkliniken,	Mål uppnås 2020		

			med beslut om åtgärder av medicinskt ansvarig läkare, kommer att ske under perioden 2019-21.			
Pat. med muskelinvasiv urinblåscancer erhåller neoadjuvant kemoterapi	80 % i regionen.	85 %	Alla patienter med muskelinvasiv blåscancer bedöms i nuläget av onkolog för ev. neoadjuvant kemoterapi.	Målet är uppnått.		
Sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0 %	Uppstartat och pågående senast angivet datum	RVN kommer att ta aktiv del i regionala projekt avseende detta mål.	Väletablerad verksamhet på plats 2021.		
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	RVN ställer sig positiva till detta mål och fortsatta regionala diskussioner på verksamhetsnivå för att organisera förslaget kommer att ta vid.	Planering av hur målet ska uppnås bör vara klar 2021.		

En cystoskoperande sjuksköterska per länssjukhus i RN, RVN och RJH	F.n. 5 i regionen	Tre ytterligare cystoskoperande sjuksköterskor	I nuläget finns inga personella resurser för detta på kontaktsköterskesidan. Inom ett antal år kan en sköterska eventuellt utbildas i cystoscopering. Avlastning av läkarmottagningen är en förväntad effekt av detta.	Planering av hur målet ska uppnås bör vara klar 2021.		
--	-------------------	--	--	---	--	--

<p>SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid</p>	<p>Kring 8 % av SVF-förloppen leder till cancer i RCC norr. I RVN utreddes 79 % av fallen inom SVF under sept 2017-aug 2018. I RVN utreddes 24 % inom maximal ledtid 2018 enligt Signedatabastens statistik. Enligt RCC norrs statistik opererades 86 % inom den stipulerade tiden sept 2017-aug 2018 medan 21% fick läkemedel (tid från välgrundad misstanke till systemisk kemoterapi) i tid.</p>	<p>Antal fall, liksom andel cancer i SVF-förlopp kan mätas via RCCs SVF-statistik. Andel som opererats och strålbehandlats tid mäts via RCCs SVF-statistik årligen. Årlig statistik för alla åtgärdsstyper fås via RCC norr.</p>	<p>Halvårsvis avstämning på urologkliniken, med beslut om åtgärder av medicinskt ansvarig läkare, kommer att ske under perioden 2019-21. En närmare analys av ledtiderna för de som ska få neoadjuvant kemoterapi kommer att genomföras för att utröna vari den låga måluppfyllelsen bottnar. Dialog kommer att initieras med onkologkliniken för att se hur ledtiden till neoadjuvant kemoterapi kan förkortas efter att analysen är genomförd.</p>	<p>Ledtidsanalys och åtgärdsplan för läkemedelsbehandlingsmålet kommer att upprättas innan 2021. Avseende tid till kirurgi är målet redan uppfyllt. En fortsatt god organisation med fasta mottagnings- och operationstider som bygger på snabba PAD-svarstider kommer att befästas ytterligare under perioden.</p>		
---	---	--	--	---	--	--

			En analys av varför endast 24 % utreds inom stipulerad ledtid i Signedatabasen trots de fina siffrorna för kirurgi kommer att genomföras, uppdrag till RCCs statistiker i samband med nästa rapport hösten 2019.			
--	--	--	--	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Aktuella nivåer av måluppfyllelse för de urologiska cancerformerna kommer att inhämtas och analyseras halvårsvis under perioden 2019-2021. Processen kommer att inkludera dialog med läkare och kontaktsjuksköterskor samt vid behov patologi, onkologi och BFM. Läget ser överlag bra ut när det gäller urotelial cancer inklusive väntetidsparametrar till kirurgi. Oklart varför den övergripande väntetidssiffran i Signedatabasen inte korrelerar till tid till kirurgi, detta kommer att utredas. Fokus kommer också att ligga på strukturerad och effektiv rehabiliteringsbedömning inom ramen för regionala projekt för detta samt regional utredning av organisation för övre urinvägstumörer. Av största vikt för en effektiv organisation kring urinblåsecancer är det välfungerande samarbetet med BMF och patologen.

<b>Övre mag-tarmkanalens cancer, se bilaga 2 Z</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
Kontaktsjuksköterska med tydlig och rimlig arbetsbeskrivning (cancer-rehabilitering)	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: Länsverksamhetschef kirurgi

Medicinskt ansvarig: Lokal processledare Arthur Jänes

Ansvarig för rapportering: Lokal processledare Arthur Jänes

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Kontaktsjuksköterska med rimlig och	Förstärkning behövs	Antal tjänster och kontaktsjuksköterska	Önskan om fler tjänster	2020		

tydlig arbetsbeskrivning		i Sundsvall och Ö- vik				
Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som inte är läkare/ sjuksköterska (task-shifting)	Läkare och sköterskor	Antal tjänster och sekreteraresurs i Sundsvall	Önskan om fler sekreterare	2020		
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	>95%	>95%	Målet uppnått			
Remissbeslut vid välgrundad misstanke - start av behandling	>80%	>90 % av patienterna utreds inom SVF och 80% inom ledtider	RVN klarar ledtider målet uppnått. Förbättring potential finns i Umeå	2020		
MDK - start av behandling	Frågan ägs av Umeå och start av palliativ behandling sker av onkologkliniken Sundsvall Resultat nationella kvalitetsregister presenteras i underlagets text	70 % av pat. utreds inom SVF och 80 % inom ledtider	Målet uppnått inom RVN och de patienter vi handlägger från början till start	Målet uppnått		

PAD-svar på operationspreparaten	För 2017: 32 dagar	Median 21 dagar	Umeå äger denna fråga	2021		
----------------------------------	--------------------	-----------------	-----------------------	------	--	--