

# Lokal handlingsplan för cancervården 2019–2021

## Region:Norrbottn

### Innehållsförteckning

BAKGRUND .....	4
ÖVERGRIPANDE PRIORITERADE OMRÅDEN .....	5
2. Cancerprevention och tidig upptäckt .....	7
3. Förstärkt diagnostik .....	7
Lokal handlingsplan för förstärkt diagnostik inom övriga områden (ej BFM och patologi) .....	7
4. Förstärkning av kompetens och resurser för cancervården i hela regionen .....	9
5. Kunskapsstyrning .....	11
6. Digitalisering och distansöverbyggande teknik .....	13
7. Förstärkt palliativ vård .....	15
8. Cancerrehabilitering .....	15
DIAGNOS- OCH OMRÅDESSPECIFIKA MÅL OCH MÅLNIVÅER .....	15
Barnonkologi, bilaga 2A .....	16
Barnonkologi, lokal handlingsplan .....	18
Bild- och funktionsmedicin (BFM), bilaga 2 B .....	20
Bild- och funktionsmedicin, lokal handlingsplan .....	21
Blodcancer, bilaga 2 C .....	22
Blodcancer, lokal handlingsplan .....	23

Bröstcancer, bilaga 2 D .....	25
Bröstcancer, lokal handlingsplan .....	26
Cancerrehabilitering, bilaga 2 E .....	28
Cancerrehabilitering, lokal handlingsplan .....	29
CUP, bilaga 2 F .....	32
CUP, lokal handlingsplan .....	32
Gynekologisk cancer, bilaga 2G .....	34
Gynekologisk cancer, lokal handlingsplan .....	34
Hjärttumörer, bilaga 2 H .....	37
Hjärttumörer, lokal handlingsplan .....	38
Hudmelanom, bilaga 2 I (MM = maligna melanom) .....	40
Hudmelanom, lokal handlingsplan .....	40
Huvud- och halscancer, bilaga 2 J .....	42
Huvud- och halscancer, lokal handlingsplan .....	44
Kolorektal cancer, bilaga 2 K .....	46
Kolorektal cancer, lokal handlingsplan .....	46
Livmoderhalscancerprevention, bilaga 2 L .....	48
Livmoderhalscancerprevention, lokal handlingsplan .....	49
Lungcancer, bilaga 2 M .....	52
Lungcancer, lokal handlingsplan .....	52
Mammografiscreening, bilaga 2 N .....	54
Mammografiscreening, lokal handlingsplan .....	54

Neuroendokrina tumörer, bilaga 2 O .....	56
Neuroendokrina tumörer, lokal handlingsplan .....	56
Njurcancer, bilaga 2 P .....	58
Njurcancer, lokal handlingsplan .....	58
Palliativ vård, se bilaga 2 Q .....	60
Palliativ vård, lokal handlingsplan .....	61
Patologi, se bilaga 2 R .....	62
Patologi, lokal handlingsplan .....	63
Peniscancer, se bilaga 2 S .....	64
Peniscancer, lokal handlingsplan .....	64
Prevention, tidig upptäckt och vägen in, se bilaga 2 T .....	66
Prevention, tidig upptäckt och vägen in, lokal handlingsplan .....	68
Prostatacancer, se bilaga 2 U .....	70
Prostatacancer, lokal handlingsplan .....	71
Sarkom, se bilaga 2 V .....	73
Sarkom, lokal handlingsplan .....	73
Sköldkörtelcancer, se bilaga 2 W .....	75
Sköldkörtelcancer, lokal handlingsplan .....	75
Testikelcancer, se bilaga 2 X .....	77
Testikelcancer, lokal handlingsplan .....	77
Urotelial cancer, se bilaga 2 .....	79
Urotelial cancer, lokal handlingsplan .....	79

Övre mag-tarmkanalens cancer, se bilaga 2 Z .....	81
Övre mag-tarmkanalens cancer, lokal handlingsplan.....	81

## Bakgrund

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

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

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

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

# Övergripande prioriterade områden

## 1. Kontaktsjuksköterska för samtliga cancerpatienter i norra sjukvårdsregionen

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

### Lokal handlingsplan för kontaktsjuksköterskor

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Samtliga kontaktsjuksköterskor ska ha ett tydligt definierat uppdrag	Någon enstaka kontaktsjuksköterska har tydligt definierat skriftligt uppdrag	Målet är att 100 % har det	Kontaktsjuksköterske uppdraget definieras och dokumenteras	Januari 2020	Egen uppföljning	Mars 2020
Samtliga nyinsjuknade cancerpatienter erbjuds skriftlig individuell vårdplan, ska vara dokumenterat i journal	Oklart hur det ser ut i de olika diagnosgrupperna	80 % av alla patienter ska ha 2020	1. Uppmana till användning av sökordet för att få koll på läget 2. Förändra arbetssätt/rutiner för att alla ska få vårdplan	1.1 nov 2019  nov 2020	Egen uppföljning	Fortlöpande
Hematologisk cancer						

Förstärkning av kontaktsjuksköterske-uppdraget med ytterligare en sköterska	En kontaktsjuksköterska för alla diagnoser. Har inte hunnit träffa alla polikliniska patienter vid diagnos och de inneliggande har ingen kontaktsjuksköterska	Alla nydiagnostiserade ska träffa en kontaktsjuksköterska både i slutet och öppenvård.	Just nu resursbrist. En kontaktsjuksköterska på föräldradedighet.	Januari 2020	Egen uppföljning	Mars 2020
Skriftligt definierat uppdrag	Ett lokalt anpassat är under framtagande.		Arbetet pågår	1 maj 2019	Egen uppföljning	Fortlöpande
Individuell skriftlig vårdplan	80% av patienter som är nydiagnostiserade och ska behandlas både i slutet och öppenvård ska ha en individuell skriftlig vårdplan	Ska stå i journalen	Pågår	Juni 2019	Egen uppföljning	Fortlöpande
Strukturerade samtal, distresstermometer 70 % av myelom patienter	Används inte just nu	Ska stå i journalen	Beslutat	November 2019	Varannan månad	Januari 2020

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Kontaktsjuksköterska finns för samtliga diagnosgrupper, för vissa grupper kan en förstärkning av kontaktsjuksköterkefunktionen vara nödvändig. Även om kssk i vissa fall är hårt belastade erbjuds de allra flesta patienterna en namngiven kssk och skriftlig vårdplan. För diagnosgruppen kolorektalcancer har elektronisk min vårdplan införts.

Alla patienter blodcancerpatienter får sedan ett par år en skriftlig vårdplan vid första besöket. Fylls i eftersom på de olika besöken.

Kontaktsjuksköterska finns för patientgruppen bröstcancer.

## 2. Cancerprevention och tidig upptäckt

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

## 3. Förstärkt diagnostik

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

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

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

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Utredning sker enligt stipulerade ledtider för SVF	Stora variationer mellan diagnosgrupperna	Ledtider enl SVF för resp diagnosgrupp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt arbete med flödeseffektivisering</li> <li>• Förbättra registrering av SVF</li> </ul>			
Återkommande bedömning av rehabiliteringsbehov	Stora variationer mellan diagnosgrupperna	Alla nyinsjuknade patienter ska få information om cancerrehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Införa sökord i journal</li> <li>• Starta Registrering i journal</li> </ul>	Nov 2020	Dec 2019	
Hematologisk cancer						
Att få kirurgiska biopsier inom SVF kortare tid än i dag	Väntan på biopsi kan vara ett par veckor.	Enligt SVF	Fortlöpande diskussioner med kirurgkliniken. Önskvärt med fasta op tider.	Borde börja fungera omgående	SVF ledtider	
Cancerrehabilitering						
Återkommande bedömning av rehabiliteringsbehov för att rätt åtgärder sätts in i rätt tid, i enlighet med det Nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering.	Rutiner finns men skulle kunna följas i större utsträckning. Verkar finnas osäkerhet bland den medicinska personalen kring		Inom varje verksamhetsområde bör det finnas rutiner för vem som ansvarar för behovsbedömning respektive cancerrehabiliteringsplan och dokumentering.			



	när rehabprofession ska kopplas in.		Ansvar delat i första hand mellan läkaren och kontaktsjuksköterskan. Rehabiliteringsprofessioner ansvarar därutöver för delar av diagnostiken i enlighet med dessa rutiner.			
--	-------------------------------------	--	---	--	--	--

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

AOS

1. Övergripande målet är att utreda patienter inom SVF AOS enligt ledtider som finns men inte alltid lyckas pga flaskhalsar och tidigare dålig läkarbemanning. Skopi undersökningar (gastro- och koloskopi brukar vara den som fördröjer mest). Nu är vi 3 aktiva doktorer i SDC (undertecknad har även fått avsatt tid i schemat för att kunna jobba i SDC – de övriga 2 gör allt på sin "ledig tid"). Den nuvarande bemanningen har gett mycket bättre resultat och mycket bättre följdning av ledtiderna. Undertecknad går dock på föräldraledighet, försök pågår för att rekrytera mera läkare i SDCLäkare i hela länet, ffa vårdcentralerna fortsätter koda fel. Individer som inte fyller kriterier för AOS, får koden VP810 ändå. Har nyligen gått genom en lista med 65 patienter (ur datalager) med patienter som var felkodade, kom aldrig till SDC så hade vi ingen aning om dem. Därför var statistiken mycket dålig. Inte någon specifik arbetsgrupp som gör felet.
2. Bild- och funktionsmedicin har varit mycket snabba med att erbjuda tider för diagnostik.
3. Vi har etablerat kontakt med infektionsklinik, lungmedicin och reumatologklinik för att få hjälp med inkommande remisser. Även ortopedläkare har varit lätt tillgängliga och behjälpliga

#### 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 länssjukhus.

## Lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för målluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
3 fast anställda onkologer i regionen	1 St onkologi, 1 onkolog på distans samt inhyrd onkolog	3 anställda onkologer	Fortsatta rekryteringsinsatser Inrättande av onkologisk enhet	2020	Följs årligen	
Inrättande av onkologisk enhet	Samla onkologin på ett ställe på Sunderby sjukhus för att möjliggöra samarbete och samnyttjande av resurser		Byggprojekt pågår	2022	Följs på styrgruppsmöten en gång per månad	

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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
All cancervård ska utgå från nationella vårdprogram	Stora variationer mellan diagnosgrupperna	Olika för olika diagnoser. Följs via registrering INCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta ut det egna länets resultat för jämförelse.</li> <li>• Bättre registrerings grad i INCA krävs</li> </ul>	Okt 2020	Kontinuerligt	Kontinuerligt
Registrering i INCA inom uppsatta mål	Stora variationer mellan diagnosgrupperna	Mål 70% ska vara anmälda inom tre månader och 95% inom ett år	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrativ personal lärs upp och tar över registrering i INCA</li> </ul>	Under 2019	1 mars 2020	Kontinuerlig

Hematologisk cancer						
Vården ska ske utifrån nationella vårdprogram	Enligt rapporter utifrån kvalitetsregister ligger norra regionen relativt väl till i kvalitetsparametrar.	Olika för olika diagnoser.	Ta ut det egna länets resultat för jämförelse. Bättre registrerings grad i INCA	Under 2019	Kontinuerligt	Kontinuerligt
Registrering i INCA inom uppsatta mål	Mycket dålig registreringsgrad både vad gäller anmälnings- och uppföljningsblanketter	Mål 70% ska vara anmälda inom tre månader och 95% inom ett år	I dagsläget ligger registreringen på läkarna där vi är underbemannade. Annan kategori ska läras upp.	Under 2019	1 dec 2019	Kontinuerlig
REhab						
Att erbjuda alla patienter likvärdig vård i enlighet med de vårdprogram som finns.	Saknas lokala rutiner på många områden.		Kontinuerligt uppdatera och utveckla rutiner i enlighet med nationella vårdprogrammet.  Informationsutbyte och samverkan mellan landstingen i Norra sjukvårdsregionen.			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

AOS: Läkare i hela länet, ffa vårdcentralerna fortsätter koda fel. Individer som inte fyller kriterier för AOS, får koden VP810 ändå. Har nyligen gått genom en lista med 65 patienter (ur datalager) med patienter som var felkodade, kom aldrig till SDC så hade vi ingen aning om dem. Därför var statistiken mycket dålig. Inte någon specifik arbetsgrupp som gör felet.

Bröstcancer: Samtliga rutiner är uppdaterade baserat på det senaste nationella vårdprogrammet.

Malignt melanom: I Norrbotten implementeras vårdprogram för MM. Samtliga pat utreds och behandlas enl SVF men Dg reg fungerar inte som i de övriga regioner.

## 6. Digitalisering och distansöverbyggande teknik

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

### Lokal handlingsplan för digitalisering och distansöverbyggande teknik

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Erbjuda vård på distans	1177 Vårdguiden på telefon. Norrbotten ska ansluta sig till den nationella telefonlösningen för 1177.  Allt fler verksamheter erbjuder patienter	Ökning av genomförda distansbesök registreras i journal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbjuda patienter alternativ i vårdkontaktarna.</li> <li>Möjliggöra att kontakt i större utsträckning kan ske via telefon eller videosamtal.</li> </ul>	Pågår	Var tredje månad, uttag ur journalerna/datalager. Egen uppföljning	Dec 2019

	att ha kontakt via telefon eller Skype.					
Hematologisk cancer						
Vården ska ske utifrån nationella vårdprogram	Enligt rapporter utifrån kvalitetsregister ligger norra regionen relativt väl till i kvalitetsparametrar.	Olika för olika diagnoser.	Ta ut det egna länets resultat för jämförelse. Bättre registrerings grad i INCA	Under 2019	Kontinuerligt	Kontinuerligt
Registrering i INCA inom uppsatta mål	Mycket dålig registreringsgrad både vad gäller anmälnings- och uppföljningsblanketter	Mål 70% ska vara anmälda inom tre månader och 95% inom ett år	I dagsläget ligger registreringen på läkarna där vi är underbemannade. Annan kategori ska läras upp.	Under 2019	1 dec 2019	Kontinuerlig
REhab						
Att erbjuda alla patienter likvärdig vård i enlighet med de vårdprogram som finns.	Saknas lokala rutiner på många områden.		Kontinuerligt uppdatera och utveckla rutiner i enlighet med nationella vårdprogrammet.  Informationsutbyte och samverkan mellan landstingen i Norra sjukvårdsregionen.			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

AOS: Inga planer för att vidare digitalisera vårt jobb, VAS är en bra resurs

Arbete med införande av distansöverbyggande tekniker pågår sedan ett antal år

## 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.

## 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.

## 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 Regionala	Nuläge Regionalt	Målnivåer Regionalt	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-/vuxenonkolog för överlevare barncancer (för VLL sedan 2017). Övriga regioner har godkänt mottagningsbesök	2019: 25 % av kallade pat. från övriga regionen 2020: 33 % 2021: 50 %	Årlig uppföljning	Mottagningsbesöken registreras på onkologmottagningen och kan enkelt följas
Etablering av regionala/nationellt kompetens- och konsultcentrum för senefekter 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 cancersjukdom hos barn/unga	Pågående arbete i samarbete med bland andra arbetsgruppen för palliativ vård i norra regionen	Att starta palliativ vård för barn med obotlig cancer vid Axlagården och vid hospice i Sundsvall	2021	Egen uppföljning
Förbättra möjligheterna till forskning inom barnonkologin i norra regionen	Förutsättningar för forskning vid Nus behöver förbättras, finns "vilande anslag" för doktorandtjänst som inte kunnat utnyttjas p.g.a. dålig bemanning	1 – 2 heltidstjänster för barnonkologisk forskning i norra regionen	2021	Egen uppföljning.



Säkra att varje länssjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare, samt fortlöpande öka kompetensen i barnonkologisk omvårdnad	Regional och nationell utbildning finns. Målet uppfyllt 2018, men generationsväxling gör årlig uppföljning viktig. Konsultsjuksköterska har månatliga videokonferenser med regionen och lokala möten/ föreläsningar	Kontinuerligt se till att rätt kompetens finns på varje sjukhus. Det sker just nu en generationsväxling på vissa sjukhus	Årlig uppföljning	Medicinskt ansvarig barnonkologi Nus tillsammans med lokalt ansvarig verksamhetschef.  Kommunikationen med regionen följs upp årligen på regionmöten
Förbättra information till familjer till cancersjuka barn med minskad belastning på hemsjukhus/ Nus. Uppstart av Barncancerappen	Stommen till Barncancerappen finns idag. Ansökan om uppstart skickad till enheten för E-hälsa. Finansiering av driften (låg kostnad) är diskuterad mellan barnklinikerna i sjukvårdsregionen	Start under HT 2018/ VT 2019. Mätning av användandet kan göras under 2019–2020. Punkt i inskrivningsanteckning kan tillfälligt mäta om appen använts	2020	Barnonkologsjuk-sköterska ansvarig för Barncancer-appen tillsammans med medicinsk chef barnonkologi
Ökat deltagande i studier avseende målstyrd behandling vid återfall av barncancer och där det inte finns etablerad ”best practice” för bot	Vid återfall ska specifika mål (targets) i patientens tumör om möjligt identifieras inför behandling, men krävande att sätta upp organisation för detta. Diskussion med bl.a. Barncancerfonden om centralisering - vissa centrum ”vårdar” 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: Yonas Tewolde Berhan

Medicinskt ansvarig: Hilda Hassler

Ansvarig för rapportering: Yonas Tewolde Berhan

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Gemensam regional plan för överföring till vuxenmedicinsk specialitet och långtidsuppföljning efter cancer hos barn och unga	Hittills har avslut vid Barnonkologi NUS gjorts vid 18 års ålder men man vet att många frågor dyker upp först senare. Ingen detaljerad planering av fortsatt uppföljning har funnit fram till september 2017	Seneffektmottagningen vid NUS kommer att veta hur många från Region Norrbotten som fått besök. Målsättningen är att det från Norrbotten kommer att ske ca. 7 besök per år. Dvs att alla som överlever barncancer kommer att följas upp.	Alla överlevare efter barncancer kommer att erbjudas ett besök vid seneffektmottagningen vid NUS.	Är startat och är pågående	Rapport från NUS om vilka patienter som önskat seneffektsuppföljning	Sker via NUS
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 projekt				Nationellt projekt.

Vidareutveckla hemsjukvård, inklusive palliation, vid cancersjukdom hos barn/unga	Barn saknar möjlighet till hemsjukvård Norrbotten.	Tillgång till åtminstone palliativ hemsjukvård för barn och ungdomar.	Jobba för en samverkan mellan barnsjukvården, vårdgrannar i Region Norrbotten och den kommunala hemsjukvården. Utarbeta en rutin för trygga insatser från PRT och tjänsteköp från den kommunala hemsjukvården.	Är påbörjat, sikar på att vara klart våren 2019.	Accepterat samverkansdokument och följa faktiska genomföra tjänsteköp från kommunala hemsjukvården.	Löpande via patienter och brukare samt vårdgrannar.
Säkra att varje läns sjukhus har minst en barnonkologiskt ansvarig sjuksköterska och barnläkare, samt fortlöpande öka kompetensen i barnonkologisk omvårdnad	Visst har ni en ssk och en ansvarig läkare, bägge med vidareutbildning inom barnonkologi.	Det vi har uppfyller målen, men vi har börjat utbilda ytterligare en ST-läkare med inriktning mot barnonkologi.	Se tidigare svar.	ST-läkare under utbildning i ytterligare 4 år.		

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  1. inbjudan till regionens BFM att ingå i NVP-grupperna  2. delaktighet från regionens BFM i remissrunda 1 för NVP  3. BFM-avsnitt i regional konsekvensbeskrivning vid införande av nytt/ reviderat NVP	2019–2021	Egen uppföljning
Kompetensförsörjning	Underskott på radiologer/röntgensjuksköterskor. Stort intresse för radiologi, ökat antal ST	Oberoende av inhyrd personal	2019–2021	Uppföljning chefssamråd kvartalsvis
IT - utveckling av radiologiska system	Elektroniska remisser saknas mellan huvudmän i norra regionen. Gemensam plattform för journalsystemen avvaktas (2023).  Många manuella moment i dag	Temporär lösning för elektroniska remisser.  Minska manuella moment	2019–2021  2019–2021	Egen uppföljning  Chefssamrådet

Multidisciplinär konferens (MDK)	Resurskrävande, konkurrens med övrig radiologisk verksamhet	Fortsätta optimera MDK i dialog med remittenterna	2019–2021	Respektive LCC
----------------------------------	---	---	-----------	----------------

### Bild- och funktionsmedicin, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Radiologisk undersökning ska ske inom stipulerade ledtider för SVF	Ledtiderna följs inte	80 % ska undersökas inom stipulerad ledtid för SVF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrera åtgärd i journal</li> <li>• Följa ledtider</li> </ul>	Maj 2020	Uppföljning via datalagret	Kontinuerligt

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Regionala mål överensstämmer med lokala mål och RN kommer att bidra till uppfyllelse av dessa

<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 stadielindelning 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-/ teamsjuk-sköterska 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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	Myelom 70% Lymfom och KLL40% ALL 25% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Vi vill ju följa den regionala handlingsplanen, dvs för norra regionen. Vi ser dock att vi i vår dåliga sköterske bemanning och i vårt läge där mycket ligger oregistrerat i INCA får lägga tiden för måluppfyllelse längre fram. Detta gäller även kontaktsköterske uppdraget!



<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 %	Höja andelen patienter som genomgår direkt rekonstruktion med implantat till rikets nivå (12 %). Den nationella nivån kan komma att ändras	2021	Kvalitetsregister, årlig uppföljning

	VLL 12 %			
70 % av nya bröstcancerfall ska utredas enligt SVF	96 % 2018		2020	SVF statistik
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden	92 % 2018		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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	96% (2018)	70%	•Förbättra registrering av SVF internt	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

			<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>			
80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Processen går ej att utvärdera då staben trots flera års arbete och påtryckningar inte lyckats få ordning på mallarna för uttag av ovan presenterade mål. SVF målen följs.

Fortsätta följa ledtider och kvalitetsmått där det regionala målet är uppnått. Där det inte är uppnått ska vi fortsätta verka för måluppfyllelse

<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 Verksamhetschef paramedicin och processledare för cancerrehabilitering Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Ines Nilsson

Sexuell hälsa	Sunderby sjukhus har en sexualrådgivare som tar emot cancerpatienter på remiss. Finns ingen rutin att erbjuda kontakt till alla cancerpatienter som har behov av detta.		?	Sexuell hälsa		
Skriftlig information om cancerrehabilitering	Varje profession inom paramedicin har tagit fram informationsfoldrar som respektive klinik ska dela ut till patienterna. Det finns även lokala	100 %	I samband med bedömningssamtal ska informationsmaterial om relevant rehabiliteringsinsats ges till patienten.	Skriftlig information om cancerrehabilitering		

	informationsfoldrar utarbetade på vissa kliniker.					
Erbjuda strukturerad gruppinformation av rehabprofession	Saknas i dagsläget, men diskussion har pågått sedan 2018 att eventuellt starta upp en cancerrehab-skola.		Ett första steg är att fortsätta diskutera frågan och ta fram förslag.	Erbjuda strukturerad gruppinformation av rehabprofession		
Användning av bedömningsinstrument	Distresstermometern, eller liknande, används i viss utsträckning.	100 %	I kontakt med kontaktsköterskorna ska patientens behov regelbundet följas upp för att rätt rehabiliteringsprofessioner ska kopplas in.	Användning av bedömningsinstrument		
Skriftliga överenskommelser mellan sjukhus/primärvård om rehab. för cancerpatienter	Saknas skriftliga rutiner i dagsläget. Vissa rehabprofessioner har självklarare överlämningar till hälsocentral och kommun än andra.		?	Skriftliga överenskommelser mellan sjukhus/primärvård om rehab. för cancerpatienter		
Erbjuda mer än grundläggande stöd till patienter gällande fysisk aktivitet	Fysisk aktivitet i grupp är en fråga som man diskuterat under en tid, och målet är att till 2021 kunna erbjuda		Ett första steg är att fortsätta diskutera frågan och ta fram förslag.	Erbjuda mer än grundläggande stöd till patienter gällande fysisk aktivitet		

	patienter gruppträning.					

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Frågan gällande sexuell hälsa och den kompetens som finns inom cancerrehabiliteringen nu ligger inte under den paramedicinska professionen, vilket är värt att nämnas då verksamhetschefen för paramedicin och processledare för cancerrehabilitering inte kan ta ansvar för genomförande i denna fråga i dagsläget. Personen som inom landstinget är utbildad till sexualrådgivare är utbildad via obstetrik/gynekologi och på deras bekostnad

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

## CUP, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:



Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	? (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	? (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioneer</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Regionala överensstämmer med RN´s mål. RN kommer att eftersträva måluppfyllelse för samtliga regionala mål med angiven tidsplan

## Gynekologisk cancer, bilaga 2G

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

## Gynekologisk cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig: Anna Pohjanen

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering

Koordinator med uppdrag att samordna SVF och avlasta kontaktsjuksköterska administrativt	Finns ingen koordinator inom ObGyn RN; uppgiften är integrerad i de 3 kontaktsjuksköterskornas uppdrag. Finns ingen budget för koordinator.	En koordinator som är ansvarig för länets cancerpatienter, placerad på något av länets sjukhus.	Diskussion om möjliga medel inför budget 2020.	Svårt tidssätta i nuvarande ekonomisk situation.	Inför budget 2020.	
Öka antal remisser till MDK för bäckenrehabilitering	Ej känt.	Ej känt på länsnivå.	Ökad kunskap om MDK bäckenrehabilitering behövs på kliniken. Remiss ska skrivas när länets sjukvård inte kan hjälpa patienterna.		Rimligt mäta på sjukvårdsregional nivå.	
Tid från operation till PAD-bedömning	Vet ej; behöver få tag på det (verkar inte kunna få ut ur GynOp själv)	15 dagar	Översyn av arbetssätt GynOp (eftersom detta är enda sättet att mäta). Om sant lång tid, lämpliga åtgärder mot rotorsaker.	Förbättring till årsskiftet 19/20.	Årsskiftet 19/20	
SVF ovarial välgrundad misstanke (VGM) - start av behandling	Mäts bättre på regionnivå. Vi startar ofta inte behandlingen hos oss, svårt påverka hela kedjan.	80 % för hela regionen.	Analys av orsaker till fördröjning som kan ligga hos oss.	SVF statistik	SVF ovarial välgrundad misstanke (VGM) - start av behandling	
SVF corpus VGM-start av behandling	35-92 %. Se ovan.	80 % för hela regionen	Analys av orsaker till fördröjning som kan ligga hos oss.	SVF statistik	SVF corpus VGM-start av behandling	

SVF cervix VGM-start av behandling	23 %. Se ovan.	80 % för hela regionen	Analys av orsaker till fördröjning som kan ligga hos oss.	SVF statistik	SVF cervix VGM-start av behandling	
SVF-målen 2020: 70% av patienter utredda enligt SVF 80% inom stipulerad ledtid	Se ovan.		Analys av orsaker till fördröjning som kan ligga hos oss.			

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Regionala mål överensstämmer med RN's mål. RN kommer att eftersträva målfyllelse för samtliga regionala mål med angiven tidsplan

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

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

## Hjärntumörer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för målluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	0% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	0% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial


Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Regionala mål överensstämmer med RN's mål. RN kommer att eftersträva måluppfyllelse för samtliga regionala mål med angiven tidsplan

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

## Hudmelanom, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:



Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	67% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	78% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Regionala mål överensstämmer med RN´s mål. RN kommer att eftersträva måluppfyllelse för samtliga regionala mål med angiven tidsplan

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

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70%	81% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80%	24% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:



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

## Kolorektal cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	29 % (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

Regionala mål överensstämmer med RN's mål. RN kommer att eftersträva måluppfyllelse för samtliga regionala mål med angiven tidsplan

Livmoderhalscancerprevention, bilaga 2 L				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Organisation för cervixcancerprevention; definierade uppdrag/mandat förankrade i landstings/regionledningen	Finns i RN. Övriga regioner varierande tydlighet för uppdrag och mandat	Tydlig organisation i hela regionen; dokumenterad fördelning av ansvar för uppdrag processledare, styrgrupp och kallelsekansli	2019	Egen uppföljning
Implementering av Nationella Vårdprogrammet (NVP) för Cervixcancerprevention	NVP inte infört. Planering och förberedelser påbörjad i alla landsting	Hela regionen: Primär HPV-screening $\geq 30$ 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 cellförändringar	Inte infört	Telefonlinje införd i regionen; hänvisning (tel. nr) i brevet med provsvar	2020	Egen uppföljning
Uppringning samt erbjudande av självtest HPV efter lång tids uteblivelse	Inte infört, men pilotprojekt uppringning kvinnor 50-64 år pågår i RVN	Organisation för uppringning och självtest HPV (ett screeningintervall + 3 resp. 4 år) införd i alla landsting	2020	Egen uppföljning
Ökad andel kvinnor med biopsi <3 månader efter höggradiga cellförändringar	RHJ 24 %, VLL 42 %, RVN 50 %, RN 70 %	$\geq 90$ %	2021	NKCx
Nationellt sammanhållen journalföring	RN deltar i nationellt samverkansprojekt	Alla landsting deltar i nationell samverkan via tjänsteplattform, åtkomst personuppgifter, provresultat, kontrollfilstillhörighet oberoende av hemort	2021	Egen uppföljning



## Livmoderhalscancerprevention, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
Organisation för cervix-cancerprevention; definierade uppdrag/mandat förankrade i landstings/regionledningen	Finns i RN.					
Implementering av Nationella Vårdprogrammet (NVP) för Cervix-cancerprevention	NVP inte infört i screening (däremot för utredning och uppföljning). Planering och förberedelser påbörjade; vi avvaktar bara avtal med Unilabs om finansiering av Rock-it.		Driva arbetet med avtal vidare.	Införande senast våren 2020.		

Regionen ansluten till processregistret (Cytburken)	RN är anslutet.					
Telefonlinje för kvinnor med positivt HPV test utan cellförändringar	Inte infört (planering för tillfälligt lokalt stöd från gynnott finns, dock inte lösning på längre sikt). Resurser saknas i nuläget.	Telefonlinje införd i regionen; hänvisning (tel. nr) i brevet med provsvar	Fortsatta diskussioner på sjukvårds-regional nivå. Lokal diskussion om finansiering i RN behövs.	I samråd med övriga regionen.		
Uppringning samt erbjudande av självtest HPV efter lång tids uteblivelse	Inte infört. Resurser saknas i nuläget.	Organisation för uppringning och självtest HPV (ett screening-intervall + 3 resp. 4 år) införd i alla landsting	Lokal diskussion om finansiering i RN behövs.	2020.		
Ökad andel kvinnor med biopsi <3 månader efter hög-gradiga cellförändringar	RN 70%	≥ 90%.	Arbete med tillgänglighet på gynnott. Kökortningsinsatser.	2020	Data ur Cytburken.	

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

<b>Lungcancer, bilaga 2 M</b>				
<b>Mål</b>	<b>Nuläge</b>	<b>Målnivåer</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Uppföljning</b>
SVF-team med koordinatörer, kssk och lungläkare på alla utredande enheter	Finns på NUS, Sunderbyn och Ösund, 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, Ösund, 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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	47% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid		80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
:						

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

## Mammografiscreening, bilaga 2 N

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

## Mammografiscreening, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering


Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

## Neuroendokrina tumörer, bilaga 2 O

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

## Neuroendokrina tumörer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	?(2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial



80% inom stipulerad ledtid	? (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

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 lokalise-rade 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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	31% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

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

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

Etablerad regional samverkan	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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

## Peniscancer, se bilaga 2 S

Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Täckningsgrad för primärregistrering	50 %	95 %	2019-07-01	Via registret och intern validering
Regional kontaktsjuksköterska, Kirurgcentrum, Nus	0 %	100 %	2020-01-01	Intern utvärdering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max leddtid)	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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	20% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial



80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

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

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

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

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

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


Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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



Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:



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

## Sarkom, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	? (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	? (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

## Sköldkörtelcancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering

70% av patienter utredda enligt SVF	8% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

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:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

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

70% av patienter utredda enligt SVF	0% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:

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

## Urotelial cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	Urinblåsa och urinvägar 35% Njurcancer 31% (2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioner</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan:



Övre mag-tarmkanalens cancer, se bilaga 2 Z				
Mål	Nuläge	Målnivåer	Måluppfyllelse	Uppföljning
Kontaktsjuksköterska med tydlig och rimlig arbetsbeskrivning (cancerrehabilitering)	Förstärkning behövs vid kir och onk, Nus, kir i S-vall, Sunderbyn, Ö-sund.	Kontaktsjuksköterskefunktion vid samtliga centra som handlägger dessa pat.	2019	Uppföljning i den regionala arbetsgruppen
Utsedd inrapportör i kvalitetsregister som inte är läkare/ sjuksköterska (task-shifting)	RVN sekreterare, under införande i RN, i övriga läkare/ sjuksköterskor	Ingen inrapportering till kvalitetsregister ska skötas av vårdpersonal	2019	Uppföljning i den regionala arbetsgruppen
Ökad täckningsgrad i kvalitetsregister	För 2017: 79,2% - 93,7%,	>95% täckningsgrad senaste året	2020	Uppföljning kvalitetsregister
Remissbeslut vid välgrundad misstanke - start av behandling	För 2017: Kirurgi 23 % Läkemedel 22 % Strålning 63 % Palliativ 30 %	70 % av pat. utreds inom SVF och 80 % inom ledtider	2020	SVF statistik
MDK - start av behandling	Resultat nationella kvalitetsregister presenteras i underlagets text	70 % av pat. utreds inom SVF och 80 % inom ledtider	2020	SVF statistik
PAD-svar på operationspreparaten	För 2017: 32 dagar	Median 21 dagar	2021	Uppföljning kvalitetsregister

## Övre mag-tarmkanalens cancer, lokal handlingsplan

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

Mål	Nuläge	Mätbar målnivå	Aktiviteter för måluppfyllelse	Tidsplan	Uppföljning	Utvärdering
70% av patienter utredda enligt SVF	Bukspottkörtel och gallvägar 36% levercancer 50% Matstrupe och magsäck 59%(2018)	70%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial
80% inom stipulerad ledtid	71% (2018)	80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Förbättra registrering av SVF internt</li> <li>•Förbättra registrering av SVF i de fall patient överförs till annat landsting</li> <li>•Arbeta med flödeseffektivisering internt och i samverkan med andra landsting /regioneer</li> </ul>	Okt 2020	Internt via data hämtat från datalager och Signe	Utvärderas per tertial

Kortfattad kommentar till ovanstående tabell kan lämnas nedan: