

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

## **HANDLINGSPLAN FÖR UTVECKLING AV CANCERVÅRDEN I Jämtlands läns landsting**

**2013 – 2015**

Version 0.1 2012-11-21 Inför lokal RCCgrupp

Version 0.2 2012-11-26 Bearbetn inför Ledningsgrupp

Version 0.3 2012-12-10 Bearbetn inför Ledningsgrupp

Version 0.4 2012-12-16 Bearbetning inför lokal RCCgrupp – alla underlag inne

Version 0.5-0.6 2013-01-02 Bearbetning inför Ledningsgrupp 20130109

Version 0.7 2013-01-10 Bearbetning till slutlig handling till Landstingsstyrelsen

Läsanvisning:

Svart text = Hämtat ur regionala planen dvs mallen som är lika för alla 4 norrlandsdting

Brun text = Jämtlands läns landstings uppgifter

Datum: 2013-01-23

Fastställd av: Jämtlands läns landstingsstyrelsen § xx/2013

## Bakgrund

Utredningen *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11) förutspår en fördubbling av antalet cancerfall inom 20 år, vilket ställer stora krav på hälso- och sjukvården. Enligt utredningen behövs bättre förutsättningar än idag för utvecklandet av ny kunskap för prevention, diagnostik och behandling. Det behövs även ett mer multidisciplinärt angreppssätt i både vård och forskning. Baserat på utredningens har regionala cancercentra (RCC) inrättats. Norrlandstingen fattade 2011 det politiska beslutet att inrätta RCC Norr, vars struktur och arbetsätt framgår av PM 2011-05-25 från Norrlandstingens Regionförbund.

Tio kriterier ska utmärka ett RCC. Dessa omfattar patientcentrerade kriterier, kriterier gällande utbildning, kunskapsstyrning och forskning samt RCC:s organisation.

För RCC Norr har en första regional utvecklingsplan utarbetats som 26 september 2012 behandlas av förbundsdirektionen för godkännande att sändas till landstingen i regionen. Planen utgår från de kriterier som gäller för regionala cancercentra och grundar sig på de specifika utmaningar som finns i regionen. Regionala arbetsgrupper har utarbetat målnivåer baserade bland annat på de resultat för regionen som kan utläsas ur kvalitetsregister och där regionala öppna jämförelser (RÖJ-rapporter) tagits fram som underlag.

Norra regionens vision är *”Likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd.”* Norra regionens befolkningsstruktur, med många gles befolkade delar, ställer särskilda krav för att åstadkomma en likvärdig prevention, tidig upptäckt, utredning, vård och behandling. *Cancervård i glesbygd* är därför ett särskilt profilområde för RCC Norr.

Enligt beslut i förbundsdirektionen ska varje landsting göra en handlingsplan för hur man ska nå den regionala utvecklingsplanens mål, utifrån sina egna utgångslägen inom planens målområden. Handlingsplanen anger vilka beslut och aktiviteter som krävs, vilka ansvarsområden och funktioner som engageras, vilken funktion som är ansvarig för genomförande respektive rapportering och en tidplan. Handlingsplanerna ska vara förbundsdirektionen tillhanda senast 2013-01-31, inför direktionens beslutsmöte i februari 2013. Landstingen ska redovisa en avstämning gentemot sina handlingsplaner två gånger per år till förbundsdirektionen, senast 2013-06-01 respektive 2013-12-01.

I den regionala utvecklingsplanen har följande områden identifierats som särskilt angelägna:

- *Patologin* behöver förstärkas och befintliga resurser optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostik.
- Bedömning och planering på *multidisciplinära konferenser* (MDK) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter.
- Alla patienter ska erbjudas tillgång till en *kontaktsjuksköterska*, med definierat uppdrag.
- *God inrapportering i kvalitetsregister*, för att få nödvändigt underlag för förbättringsarbete.
- Den *palliativa vården* i regionen behöver förstärkas, bland annat genom breddutbildning av personal inom både landsting och kommuner
- *Onkologisk specialistkompetens* behöver finnas inom alla regionens fyra landsting och åtgärder för att åstadkomma detta vidtas.
- Öka förutsättningarna för *tidig upptäckt*, genom att utveckla och optimera screeningverksamheten och genom att förbättra förmågan hos akut- och primärvården i regionen att utan fördröjning diagnostisera cancersjukdomar.

## Bakgrund för Jämtlands läns landsting

I Landstingsplan 2013-2015 finns följande beslut om inprioriterade medel för cancerområdet:  
 Till Centrum opererande specialiteter    Screening Colorectal cancer    575 tkr och  
 Till Landstingsdirektörens stab            RCC organisation                            1 500 tkr

Vid Norrlandstingens Regionförbunds mötet i december 2012 beslutades

### § 66            Verksamhetsplan och budget för RCC Norr 2013 (Dnr 108/12)

Verksamhetsplan och budget är upprättad för RCC Norr för 2013, (bilaga 66 a, b). Stygruppen behandlade dessa vid sitt sammanträde 2012-10-25. Information från Socialstyrelsen ger vid handen att statsbidrag kan påräknas även för 2013.

I uppbyggnaden av RCC Norr tillsattes inledningsvis processledare endast för ett antal större cancerdiagnoser. I redovisningen av flerårsplanen 2012-2013 framhölls nödvändigheten av att samtliga cancerdiagnoser kan tilldelas processledare på ca 20 % vardera för att målet med jämlik vård på så sätt ska kunna tillgodoses. Stygruppen har därför förordat att under 2013 från landstingen tillsammans tillskjuta 3,5 mkr, med fördelningen Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland 1 mkr vardera och Jämtland 0,5 mkr.

Förbundsdirektionen beslutar

att godkänna verksamhetsplan och budget för RCC Norr för 2013;

att uppdra till förbundsdirektören att återkomma med information om patientrådets arbete; samt

att rekommendera regionlandstingen att förstärka finansieringen av RCC Norr med 3,5 mkr, med ovan angiven fördelning.

Jämtlands läns landstings 500 tkr tas av de avsatta 1 500 tkr. Därefter kvarstår 1 575 tkr att fördela för colorectal cancer-screening och andra åtgärder och aktiviteter i denna handlingsplan.

I handlingsplanen nedan har verksamhetsföreträdare beskrivit nuläge, mål, tidplan aktiviteter liksom vilka beslut som krävs. Detta för respektive cancerdiagnos och andra prioriterade områden i den regionala cancerplanen.

Under rubriken beslut som krävs har landstingsdirektörens ledningsgrupp föreslagit vilka åtgärder som ska prioriteras 2013 resp vad som måste hanteras i 2014 eller kommande års budget/inprioriterings-diskussioner. Landstingsdirektörens ledningsgrupp har också föreslagit andra åtgärder t ex uppdrag om mer utredningar inom Jämtlands läns landsting eller inom RCCNorr.

Sammanfattningsvis innebär förslagen i handlingsplanen att de inprioriterade medlen nyttjas så här:

RCCNorr-organisation	500 tkr till centrum för lednings och verksamhetsstöd
Kolorectal cancer-screening	200 tkr till centrum för opererande specialiteter
Kontaktsjuvsköterskor	375 tkr till centrum för medicinska specialiteter
Kontaktsjuvsköterskor	375 tkr till centrum för opererande specialiteter:
Kontaktsjuvsköterskor	125 tkr till centrum för barn, kvinna, psykiatri
Palliation	500 tkr till centrum för opererande specialiteter

## Handlingsplan för 2013-15

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

Handlingsplanen ska vara förbundsdirektionen tillhanda senast 2013-01-31.

### Övergripande och prioriterade områden

**1. Patologin behöver förstärkas och befintliga resurser optimeras för att minska ledtider och öka kvaliteten i diagnostik.** Ökad regional planering av ST-utbildningarna i patologi, med fler regiongemensamma ST-block, ökade handledarinsatser, bättre forskningsmöjligheter för patologer och utlandsrekrytering är några möjligheter till förstärkning.

#### **Landstingets nuläge:**

Jämtlands läns landsting har inte patologi som egen verksamhet, utan det är Västerbottens läns landsting som via avtal med Jämtlands läns landsting sköter uppgifter inom patologi-specialiteten. Samarbetet innebär att VLL ansvarar för driften av laboratorietjänsterna kliniskt patologiskt laboratorium, kliniskt cytologiskt laboratorium, obduktions- och bårhus-verksamhet samt administration av gynekologisk cellprovskontroll enligt särskilt vårdprogram. Avtalet tecknades första gången 2006 och omförhandlades under 2012.

Den distansövergripande tekniken bör utvecklas inom regionen eftersom den är utmärkt att använda både för att minska tillfälligt ökade väntetider inom den basala patologin och för gemensam bedömning av mer svårbedömda fall som kräver subspecialiserad patolog – men den tekniken kan aldrig ersätta patolog på plats för fryssnittsundersökningar, möjlighet till kollegiala diskussioner vid olika svåra fall, möjlighet till ronder i utbildningssyfte, goda möjligheter till obduktioner mm. För närvarande har Östersunds sjukhus ett utmärkt samarbete med patologen med påtagligt korta svarstider (vilket avspeglar sig i kvalitetsregister och ÖJ), men kommande pensionsavgångar kräver snara lösningar på patologsidan för att försäkra Östersunds sjukhus en fungerande patologiverksamhet – vilket är helt avgörande för kvaliteten på vården för alla opererande specialiteter - under kommande år.

**Landstingets mål:** Fast patolog på plats den övervägande andelen av årets veckor och stafettpatolog övrig tid. Utbyggd distansöverbryggande teknik som möjliggör undervisning, avlastning och bedömning av subspecialiserad patolog.

**Tidsplan:** 2013 – 2015

**Aktiviteter:** Rekrytering av patolog som bor i Östersund föreslås snarast slutföras. Deltagande i utbildning av ST-läkare vid NUS.

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

Den regionala cancerplanen föreslår 4 gemensamma ST-block i patologi, med någon form av samfinansiering inom regionen. VLL har meddelat att de har flera intresserade (avsätter i

VLL 2 ST block/årligen själva) och har lätt att hitta lämpliga personer. VLL föreslår att AC, BD och Y avsätter ca 200 000/år och Z 100 000 att starta upp ett ST-block i patologi.

**LDs ledningsgrupp anser** att eftersom VLL sköter patologin via ett avtal med JLL ingår det i VLLs åtagande att också säkra framtida kompetens. Därför behöver inga särskilda beslut fattas i denna fråga av JLL.

Ansvarig för genomförande: Centrumchef M-DOT

Medicinskt ansvarig: Område patologi vid NUS

Ansvarig för rapportering: Centrumchef M-DOT

**2. Bedömning och planering på multidisciplinära konferenser (MDK, även kallade multidisciplinära terapikonferenser, MDT, eller multidisciplinära ronder, MDR) ska göras för samtliga eller definierade grupper av patienter.** MDK medför att rätt undersökningar utförs på patienten och att den behandling patienten får blir optimal utifrån rådande kunskap. För att möjliggöra MDK i önskad omfattning måste bland annat radiologi och nuklearmedicin (bild- och funktionsmedicin) förstärkas och befintliga resurser optimeras.

**Landstingets nuläge:** Teknisk utrustning för genomförande av MDR är inköpt och på plats.

Utrustningen är inrymd i befintliga rondrum och med användning av befintlig radiologisk arbetsstation. Etablerade MDK är ÖGI, NGI (endast för ändtarmscancer ännu), LOT, mammo- och carcinoidrond. Allt eftersom ännu fler ronder kommer att etableras behöver den befintliga arbetsstationen ersättas och en översyn av använt lokalutrymme genomförs.

Personalsituationen däremot är mer bekymmersam. När det gäller patologiresurser är vi avhängiga av inhandlade tjänster från NUS. När det gäller onkologspecialister är vi helt avhängiga av resurser från NUS. När det gäller radiologspecialister finns en bristsituation inom överskådlig framtid. Resurser för att kunna genomföra undersökningar (särskilt magnetkamera- och datortomografiundersökningar) i tid kan behövas.

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

### Tidsplan:

**Aktiviteter:** Se ovan.

Fortsatt utbildnings- (ST) och rekryteringsinsatser

Översyn av magnetkamera- och datortomografiresurser

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** För lokalfrågan pågår redan nu en översyn av lokalbehov vid röntgenavdelningen, där de olika frågorna aktualiseras. Beslut angående ombyggnation kommer dock att behövas.

Ersättning av befintlig arbetsstation.

Sannolik förstärkning av magnetkamera- och datortomografiresurser.

**LDs ledningsgrupp** gav Jonas Törngren uppdrag att utreda investeringsbehoven till mars 2013 för hantering i anslutning till budget/ inprioriteringsdiskussionerna 2014 -2016. Utbildnings- och rekryteringsinsatserna ska resp. verksamhet hantera inom befintliga ramar.

Ansvarig för genomförande: Samarbete mellan olika specialiteter som deltar i MDK, men röntgenavdelningen /Centrum M-DOT ansvariga för rekrytering av röntgenpersonal.

Medicinskt ansvarig: Läkare med MLU inom de olika specialiteterna.

Ansvarig för rapportering: MLU röntgenavdelningen/ Centrumchef M-DOT

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

Kontaktsjuksköterskan ska, enligt SKL:s gemensamma definition och med viss modifiering, kunna bistå med en rad funktioner. I teambaserad vård med stöd av läkarsekreterare och läkare kan man sammanfatta kontaktsköterskans funktioner enligt nedan:

#### *För patienten är kontaktsjuksköterskan*

- tydligt namngiven och har tydliga kontaktvägar
- tillgänglig – d.v.s. har en specificerad tillgänglighet och ger i övrigt hänvisning till annan kontakt

#### *För patienten kan kontaktsjuksköterskan*

- ge information om kommande steg i diagnostik och behandling
- ge stöd till honom/henne och närstående vid en normal krisreaktion
- förmedla kontakt med andra yrkesgrupper, som kan bistå i att möta patientens behov, t.ex. vägleda till ytterligare psykosocial hjälp vid behov
- säkerställa patientens eget inflytande i sin vård
- aktivt bevaka ledtider så att onödig väntan minimeras

#### *En kontaktsjuksköterska har dessutom*

- ett tydligt skriftligt uppdrag
- kunskap om individens diagnos, behandlingar och det specifika cancerområdet där hon/han verkar inom uppdraget
- ansvar för att det finns en individuell vårdplan (även om den kan upprättas av andra)
- ansvar för en aktiv överlämning till en ny kontaktsjuksköterska
- uppgift att delta och förbereda multidisciplinära ronder/möten
- ansvar för viss rapportering i kvalitetsregister efter diagnos och behandlingsbeslut.

#### **Landstingets nuläge:**

Samtliga enhetschefer inom område kirurgi-öron-ögon, centrum medicinska specialiteter, område barn och ungdomsmedicin samt område kvinna och alla sjuksköterskor som deltagit i träffar för kontaktsjuksköterskor har fått möjligheten att uttala sig. Det finns både regionalt planer på gemensam arbetsbeskrivning för kontaktsjuksköterskor och också distansutbildning. Båda dessa aktiviteter kan medföra behov av resurser utöver nedanstående.

#### **Barn/ungdom**

Har meddelat att de inte tillhör RCC och har därför inte besvarat frågorna

#### **Kvinnosjukvården**

Ingen utnämnd kontaktsjuksköterska med skriftligt uppdrag, men planen i nuläget är att alla patienter ska ha en patientansvarig barnmorska. Se under synpunkter under ovarialcancer. Ett utökat tjänsteutrymme med 25 % barnmorsketjänst (125 000kr) beräknas behövas.

#### **Centrum medicinska specialiteter**

Lungenheten har sedan 1/11-12 kontaktsjuksköterska med skriftligt uppdrag enligt SKL's definition.

Hematologin har i dagsläget ingen kontaktsjuksköterska med skriftligt uppdrag. Fem sköterskor roterar på dagvården och alla patienter i aktiv behandling är knutna till denna. För hjärntumörerna finns ingen kontaktsjuksköterska

## Huvud-halscancer

Öronmottagningen har två kontaktsjuksköterskor. Alla patienter med cancerdiagnos som kräver behandling har tillgång till dem. De har inget skriftligt uppdrag i nuläget, men begäran om sådant har lämnats till läkare med MLU.

## Kirurgi

Det finns kontaktsjuksköterskor inom bröstcancer, prostatacancer och colorektalcancer. Det finns i nuläget skriftliga uppdrag för kontaktsjuksköterskorna inom colorektalcancer och prostatacancer och för övriga områden hoppas man ha detta klart 1/1-13. Det saknas kontaktsjuksköterskor för övre GI cancer (alla cancerformer), för malignt melanom och ytterligare kontaktsjukskötersketid för urologisk cancer utöver prostatacancer eftersom den onkologiska behandlingen utanför onkologmottagningen nu ökar snabbt.

**Sammanfattning:** Det saknas idag kontaktsjuksköterskor inom kvinnosjukvården, hematologin, hjärntumörer, för malignt melanom, all övre GI cancer och viss urologi. Det finns skriftliga uppdrag inom lungcancer, colorektalcancer och prostatacancer. För områden inom kirurgin där det idag inte finns skriftliga uppdrag kommer det troligtvis att finnas från 1/1-13. För huvud-halscancer är det oklart när det kommer att vara klart.

**Landstingets mål:** Att alla cancerpatienter ska kunna erbjudas tillgång till en kontaktsjuksköterska 1/1-14.

Kontaktsjuksköterskan uppdrag bör uppfylla kraven enligt SKL´s definition på en kontaktsjuksköterska och vidare ha en individuell arbetsbeskrivning/kravspecifikation utformad från en gemensam regional sådan.

**Tidsplan:** Se ovan.

### Aktiviteter:

#### Resurser/aktiviteter

Hematologin behöver utökning med 50 % sjukskötersketjänst, eventuellt mer beroende på vad som kommer att ingå i uppdraget. Hjärntumörer behöver utökning med 30% sjukskötersketjänst.

Kirurgi kommer behöva en 75 % tjänst för samtlig ÖGI- cancer, försöker ordna för maligna melanom genom omorganisation, men behöver ytterligare 40% inom urologin.

Kvinnosjukvården kommer att behöva utökning med 25 % barnmorsketjänst

Resurser i form av utbildning inom psykosocial omvårdnad, rehabilitering samt inom den egna verksamheten kommer att behövas. Resursbehoven kommer att bero på vilken utbildning som planeras i Norra regionen – och när den i så fall kan starta. Utbildning för kontaktsjuksköterskor är mycket olika i landet. I södra regionen kommer kontaktsjuksköterskorna att gå en 30 poängs kurs, som halvtids studier. I Stockholms län finns en uppdragsutbildning för kontaktsjuksköterskorna på en termin. Det kan vara rimligt att planera för resursåtgång på liknande nivå. Arbetsuppgifter, utbildning se RCC syd .

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

**LDs ledningsgrupp rekommenderar** att 875 tkr av 2013 års avsatta medel för cancerområdet nyttjas för kontaktsjuksköterskor med följande centrumfördelning:  
 centrum för medicinska specialiteter: 375 tkr  
 centrum för opererande specialiteter: 375 tkr  
 centrum för barn, kvinna, psykiatri: 125 tkr

**LDs ledningsgrupp markerar vikten av denna satsning** genom att lyfta in följande mål till LDs verksamhetsplan: ”Kontaktsjuksköterskor med skriftligt uppdrag ska finnas för 11 diagnosgrupper 2013-12-31” Ingångsvärde 20130101 är 4 av 11 dvs 36%. De 11 diagnosgrupperna är: Lungcancer, Gynekologiska cancrar, Kolorektalcancer, Bröstcancer, Prostatacancer, Hematologiska cancrar, Hjärntumörer, Öron-cancrar, Malignt Melanom, Övre GI-cancrar och Urologiska cancrar utanför prostata.

**LDs ledningsgrupp anser** att RCC Norr bör ta fram en regiongemensam rekommendation angående utbildning och andra krav på kontaktsjuksköterskorna.

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschefer för respektive områden

Medicinskt ansvarig: Läkare med MLU inom resp. (sub)specialitet.

Ansvarig för rapportering: Respektive verksamhetschef/ Centrumchef

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

**Landstingets nuläge:** Nyligen genomförd kartläggning bör användas som underlag. Område kir/ö/ö har 12 register inom cancervården, varav ett startar 2013, och totalt torde det inom JLL finnas knappt 20 register aktuella.

**Landstingets mål:** Deltagande i samtliga aktuella register med minst 80 % täckningsgrad.

**Tidsplan:** 2013-2014.

**Aktiviteter:** Ansvarig läkare namnges för varje register, återkoppling sker till aktuell arbetsgrupp minst årligen, kartläggning av stöd för inläggande av data (resurser avsätts) och efterfrågan i delårsbokslut (täckning – se nästa stycke), årsbokslut (täckning och återkoppling) Kontinuerlig återkoppling från RCC Norr ang. täckning, samt RÖJ rapporter för så många sjukdomsgrupper som möjligt.

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

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef

Medicinskt ansvarig: Läkare ansvarig för registret

Ansvarig för rapportering: Respektive Centrumchef

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

Landstingets nuläge I Jämtlands län har under den senaste 12-månadersperioden 75 % av alla som dött enligt befolkningsregistret registrerats i Svenska palliativregistret. Jämför man antalet som dött av cancer enligt Svenska palliativregistret med dödsorsaksregistrets uppgifter om antalet döda i cancer (2010), så är 328 fall av 354 (93%) registrerade.

Storsjögläntan tillhandahåller specialiserad palliativ kompetens över hela länet till stöd för anslutna patienter som vårdas i det egna hemmet. En palliativ konsultverksamhet har testats under 1,5 år riktad mot hälften av sjukhusets vårdavdelningar och hälften av länets kommuner (främst korttidsplatser i kommunen regi). I dagsläget finns finansiering endast för att driva



konsultteamet terminstid. Utifrån resultaten i Svenska palliativregistret pågår förbättringsarbeten inom flera enheter såväl på sjukhuset som inom kommunerna.

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

Att tillse att en länsövergripande palliativ konsultverksamhet etableras på helårsbasis.

Att all vårdpersonal med patientansvar får genomgå en web-baserad utbildning i allmän palliativ vård (omfattning 8-10 timmar).

**Tidsplan:** Web-baserad utbildning i allmän palliativ vård genomförs under 2013-14 för all vårdpersonal (inklusive läkare) på sjukhusets vårdavdelningar, samt för primärvårdens distriktsläkare.

Försök med länsövergripande palliativ konsultverksamhet planeras under 2013.

Att senast 2014 tillskapa tjänst för psykosocial kompetens knuten till länets palliativa konsultteam.

Verksamheterna kontrollerar sina resultat i Svenska palliativregistret mot uppsatta mål fortlöpande, samt vidtar förbättringsåtgärder vid behov med start 2013.

**Aktiviteter:** Framtagning av webbaserad utbildningsmaterial gemensamt för hela norra regionen via palliativ samrådsgrupp och den palliativa processledaren inom RCC.

Genomförande av webbaserad utbildning för all vårdpersonal under 2013-14.

Test av länsövergripande palliativt konsultteam under terminstid.

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** För att web-baserad utbildning i palliativ vård ska kunna genomföras måste upphandlingsenheten i Västerbottens län hantera ärendet för att upphandling ska kunna ske och utbildningsmaterialet tas fram.

Budgetutrymme behövs för:

- att det palliativa konsultteamet ska kunna verka 52 veckor om året över hela länet.
- att tjänst för psykosocial kompetens knyts till den specialiserade palliativa verksamheten (100% kurator)

**LDs ledningsgrupp rekommenderar** att 500 tkr av 2013 års avsatta medel för cancerområdet nyttjas för förstärkt palliativ verksamhet i Jämtlands läns landsting.

**LDs ledningsgrupp anser** att RCC Norr bör finansiera den webbaserade utbildningen enligt tidigare styrgruppsbeslut och därmed också ta ansvar för att påskynda upphandlingsprocessen.

Ansvarig för genomförande: Respektive verksamhetschef vad gäller webbaserad utbildning och avstämning av resultat i Svenska palliativregistret.

Storsjögläntan vad gäller genomförande och uppföljning av länsövergripande palliativt konsultteam.

Medicinskt ansvarig: Ewa Lundgren, område kirurgi i samarbete med Bertil Axelsson, MLU för Storsjögläntan

Ansvarig för rapportering: Centrumchef

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

**Landstingets nuläge:** Konsult från Norrlands universitetssjukhus (NUS) en dag/vecka under terminerna och en st-läkare i onkologi från länet, som just har påbörjat sin utbildning vid

NUS. Läkarestöd (ej onkolog) ordnat i samarbete med Storsjögläntans läkare på deltid sedan ett år.

**Landstingets mål:** Egna onkologer för basal onkologisk verksamhet, utökad konsultstöd till flera dagar per vecka och tillgång till subspecialiserade konsulter via distansteknik.

**Tidsplan:** Tre till fem år.

**Aktiviteter:** Fortsatt rekrytering av st-läkare, just startad utredning av onkologin i norra Sverige (klar mars 2013), tyvärr försenad av personliga skäl.

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** Ekonomisk satsning på fortsatt utbildning av st-läkare i onkologi, stöd för utnyttjande av både Sundsvall och Umeå som bas för konsultverksamhet från båda moderklinikerna.

**LDs ledningsgrupp rekommenderar** att JLL avvaktar just startad utredning av onkologin i norra Sverige (klar mars 2013)

Ansvarig för genomförande: Voc kir/ö/ö och medicin (i samarbete med RCC och Cancercentrum, NUS).

Medicinskt ansvarig: Verksamhetschef

Ansvarig för rapportering: Centrumchef

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

**Landstingets nuläge:** *Mammografiscreening* digitaliserad, åldergränserna utökade till nationell nivå och täckningen mycket god

*Screening för colorectal cancer* i förberedelsefas med bl.a. utbildning av coloscooperande sköterskor, följer nationell utveckling

*PSA-screening*, ej införd, avvaktar nationella beslut

**Landstingets mål:** Fortsatt välfungerande mammografiscreening, start av screening för colorectal cancer 2014 och avvaktande hållning t.v. för PSA-screening.

**Tidsplan:** Tre år

**Aktiviteter:** Fortsatt utbildning av coloscooperande sköterskor, viss omstrukturering av endoscopiverksamheten

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** ekonomiskt stöd för screening colorectal cancer enl. plan – se LDs ledningsgrupps rekommendation sid 15

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschef kir/ö/ö för slutna vård

Medicinskt ansvarig: Resp. läkare med MLU

Ansvarig för rapportering: Centrumchef

## Primärvården och cancer

### Tidig upptäckt

Primärvården har som en av de viktigaste uppgifterna att tidigt hitta allvarliga sjukdomar, såsom cancer. Många cancersjukdomar har i början lindriga och svårtolkade symtom som

med tiden tilltar och blir tydligare. Det kan vara en svår uppgift att relativt tidigt i sjukdomens förlopp misstänka malignitet, ta rätt prover, ombesörja rätt röntgen och skicka remiss till specialistklinik.

För att primärvården ska klara detta på ett bra sätt krävs kompetent personal som är stabil och som har god kompetens. Vidare krävs det att tillgängligheten till sjukvården är tillräckligt god men att det sker någon form av sortering så att de med mycket lindriga besvär inte tränger undan de med allvarligare symtom

### **Landstingets nuläge:**

#### **Problem i nuläget:**

1. brist på ordinarie distriktsläkare, vilket till viss del kompenseras med stafettkläkare. Det innebär sämre kontinuitet i utredningar och att man inte känner till rutinerna för utredning. Utbildningsinsatser når inte heller dessa grupper.

Lösning: Ett systematiskt rekryteringsarbete av distriktsläkare vilket ännu inte startats.

2. i nuläget saknas vårdprogram/riktlinjer för samarbetet mellan primärvård och sjukhusklinikerna för många sjukdomar.

Lösning: Just nu pågår uppstart av Primärvårdskonsulter.

### **Tidig upptäckt - del 2**

Vid återfall av cancersjukdom – vilket kan dröja ett flertal år – är det ofta inte självklart att koppla ihop besvären med cancer. Ont i ryggen t ex är ett vanligt symtom. Även de som haft cancer kan få ryggsmärtor, utan att det behöver vara någon dottertumör. Även här är det viktigt med kompetent personal som göra en bra medicinsk bedömning.

Fast bemanning med distriktsläkare med god kompetens är grunden för att detta ska fungera.

### **Aktiviteter:**

#### **Primärvårdskonsult**

Detta innebär att en distriktsläkare på 10 % av sin arbetstid arbetar tillsammans med en klinik för att utveckla samarbetet. Detta konkretiseras i korta vårdprogram som beskriver vem som gör vad, när det ska remitteras, vad remissen ska innehålla och kontaktvägar.

12 12 01 startar den första primärvårdskonsulten inom området kirurgi med första fokus på prostatacancer.

I början av 2013 planeras Primärvårdskonsult med start inom området hudsjukdomar och som första sjukdom hudtumörer, (i samarbete med öronklinikerna och kirurgen).

Primärvårdskonsulterna ska sedan arbeta igenom område för område, både för cancer och annat.

### **Förebyggande**

Primärvården arbetar på olika sätt, mest i den direkta patientkontakten med

1. minskad rökning 2. alkohol under kontroll 3. ökad fysisk aktivitet

Ansvarig rapportör primärvård:medicinsk samordnare för beställd primärvård

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

### 1. Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer

#### a) Förebyggande insatser

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Införa ”Tobaksfri duo”	2014
Tobaksavvänjare finns i alla kommuner	2014
Kunskapsnätverk för tobaksprevention	2012
Kunskapsnätverk för alkoholprevention	2013
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR)	2014

**Landstingets nuläge:** Tobaksfri Duo – JLL startade sitt arbete med implementering av metoden juni 2012 och i nuläget har två skolor beslutat att arbeta enligt metoden fr o m 2013. Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – Idag finns det tobaksavvänjare i alla kommuner  
Kunskapsnätverk för tobaksprevention – nätverk etablerat  
Kunskapsnätverk för alkoholprevention – JLL har i dagsläget ingen representant i nätverket  
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – JLL förskriver 2012 ca: 950 FaR dock är uppföljningen av skiftande kvalitet.

**Landstingets mål:** ”Tobaksfri duo” - Målet 2014 är två skolor per kommun = 16 skolor.  
Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – bibehålla antalet avvänjare samt att de har god kompetens samt ges förutsättningar att arbeta med avvänjning  
Kunskapsnätverk för tobaksprevention – minskat tobaksbruk i grupper med låg SES  
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – målet 2014 är 2000 förskrivna FaR, varav minst hälften erhållit uppföljning efter 6 mån. Därutöver ska vi ha ökad kunskap om verksamma metoder som bidrar till långsiktig fysisk aktivitet med stöd av FaR

#### Tidsplan:

”Tobaksfri duo” – Länets skolor kommer att löpande erbjudas möjlighet att ansluta sig.  
Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – löpande  
Kunskapsnätverk för tobaksprevention – metodutveckling påbörjad  
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – löpande

#### Aktiviteter:

”Tobaksfri duo” – Inspiration av skolpersonal samt konkret stöd för genomförande  
Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – kontinuerliga utbildningsinsatser  
Kunskapsnätverk för tobaksprevention – samverkan med fackliga organisationer som organiserar aktuella grupper  
Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR) – interventionstudie genomförs liksom ytterligare några utvecklingsarbeten i samverkan med lokala aktörer fr o m våren 2013. Därutöver genomförs utbildningsinsatser för FaR-förskrivare

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

”Tobaksfri duo” – FHC har externa medel från Länsstyrelsen t o m aug. 2013 sannolikt krävs fortsatt ekonomiskt stöd för att arbetet kan genomföras enligt plan.

Tobaksavvänjare finns i alla kommuner – nej

Kunskapsnätverk för tobaksprevention – ja externa medel krävs

Ökad förskrivning av och följsamhet till ”Fysisk aktivitet på recept” (FAR) – nej

**LDs ledningsgrupp ger uppdrag** till Nina Fällbäck-Svensson att via Folkhälsocentrum agera för att landstinget bevakar möjligheterna till extern finansiering.

Ansvarig för genomförande: Chef Folkhälsocentrum

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Chef Folkhälsocentrum

**b) Tidig upptäckt av cancer**

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Cytburken (regional databas för registrering av cervixcancerscreening) ska tas i bruk	2013
Data över mammografiscreening enligt nationell mall ska kunna levereras till nationellt kvalitetsregister via RCC Norr.	2013
Deltagande i nationell screening för coloncancer*	*
Minst ett samarbetsprojekt per landsting startar där primärvården och den specialiserade vården samarbetar kring cancerpatientens väg in i vården	2014

\* Beslut om deltagande från regionen och exakt tidsplan har inte fattats

**b-1) ”Cytburken”**

**Landstingets nuläge:** se under kap 1 (patologi), JLL köper tjänsten av VLL.

LD beslutade i aug 2011 om införande och att driftskostnaden skulle finansieras av ”inprio” för RCC aktiviteter. RCC har satt av pengar för införande och drift det första året. Oklart i nuläget och om kostnadskalkylen för införande i alla 4 länen som fastställdes för mer än ett år sedan fortfarande är aktuell. Håkan Jonsson processledare TUPP –RCC Norr har i uppdrag att driva frågan.

P.g.a. av att cytologi/patologi verksamheten för JLL bedrivs av VLL som även har alla JLLs data i sin databas har JLL inte haft möjlighet att påverka processen som ”kört fast” inom VLL.

**Landstingets mål:** att JLL skall komma in i registret under 2012

**Tidsplan:** VLLs planer avgör

**Aktiviteter:** VLL ansvariga

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** JLLs beslut måste utföras av VLL- rimligen utifrån det avtal som finns

**LDs ledningsgrupp gav uppdrag** till Jonas Törngren att utreda läget ang finansiering via RCC Norr och aktivitetsläget via VLL.

Ansvarig för genomförande: Troligen VC för laboratoriemedicin VLL Jens Boman

Medicinskt ansvarig: Troligen VC för laboratoriemedicin VLL Jens Boman

Ansvarig för rapportering: MHV-öl JLL, ledare för processen förbygga livmoderhalscancer inom JLL, som försöker bevakna och driva JLLs intressen i denna fråga.

genom Pia Collberg

## **Data över mammografiscreening enligt nationell mall ska kunna levereras till nationellt kvalitetsregister via RCC Norr.**

### **Landstingets nuläge:**

Fram till 2006 överförde vi screeningdatafiler från dåvarande mammoRIS "Amma" till OC NUS (data från inbjudan till dess att patienten remitteras vidare till kirurg). Numera har vi SECTRA RIS. Det har lång tid pågått regionalt samarbete med diskussioner mellan screeningcentra och OC NUS (Håkan Jonsson) inom NORMA (Norrländska Mammografiscreeninggruppen) för att åstadkomma ett enhetligt regionalt mammografiscreeningregister. En förstudie tillsammans med SECTRA, "Mammografistatistik i Norra regionen", är nyligen gjord. (En föreslagen SECTRA lösning innebär lokala merkostnader eftersom alla enheter inte har SECTRA RIS enl. pers kommentar Håkan Jonsson). Vi fortsätter leverera datafiler till OC NUS intermittent.

### **Landstingets mål:**

Att lösa huvudproblemen som finns idag och hitta fram till enhetlig effektiv och transparent lösning.

Huvudproblem: Svårt jämföra data från olika enheter. Svårt vara säker på kvaliteten. Mycket manuellt arbete. Data inte aktuell eller regelbunden. Svårt idag följa kvinnor som opereras, men som inte har cancer. Målet är att all data alltid finns aktuellt uppdaterad. Att all data finns tillgängligt alltid och enkelt. Att dataöverföring /lagring sker automatiskt. Att innehåll/variabler går att lita på (har en tydlig betydelse). Att lagkrav är uppfyllda t.ex. Patientdatalagen.

**Tidsplan:** Mammografiscreeningen JLL vill verkställa en finansierad lösning enligt de tidsmål som RCC Norr ställer upp.

### **Aktiviteter:**

H Laaksonen, överläkare vid röntgenavd är representant för mammografiscreeningen vid JLL i RCC arbetsgruppen TUPP (tidig upptäckt).

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

Krävs budgetbeslut när skarpt förslag finns.

**LDs ledningsgrupp gav uppdrag** till Jonas Törngren att bevaka att beskrivna problem åtgärdas

Ansvarig för genomförande: Får utses när plan finns.

Medicinskt ansvarig: MLU mammografi

Ansvarig för rapportering: MLU mammografi, Centrumchef

### **Ang koloskopiscreeningstudie\***

#### **Landstingets nuläge:**

Enligt mail fr Karin Strandberg Nöjd 19 okt : På LD-mötet beslöts att alla tar hem detta underlag för lokal/regional diskussion o ev. nytt ställningstagande. Vad vi måste fundera på är vad vi anser vara vårt målsnöre att tillräckligt många andra landsting ansluter sig.

Enl mail fr Beatrice Melin 24 okt : På senaste landstingsdirektörmötet 18 oktober skickades detta reviderade förslag ut med minskade kostnader för forskningsdelen och FIT testning ut

till landstingsdirektörerna. Landstingsdirektörerna uttryckte sig mycket positiva till det reviderade förslaget och det skulle nu gå tillbaka till politikerna för ett nytt ställningstagande i vardera landsting, med svar till SKL till mitten av december

**Landstingets mål:** Mail Karin Strandberg Nöjd 19 okt: vårt positiva inriktningsbeslut kvarstår.

**Tidsplan:**

**Aktiviteter:**

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

**LDs ledningsgrupp rekommenderar** att 200 tkr av 2013 års avsatt medel (575 tkr) för colorectalcancerscreeningen avsätts för detta, resterande medel nyttjas för andra satsningar inom denna handlingsplan.

Ansvarig för genomförande: Ej beslutat  
 Medicinskt ansvarig: Ej beslutat  
 Ansvarig för rapportering: Centrumchef

**Samarbetsprojekt Primärvård och specialiserad vård:**

**Aktiviteter:**

**Primärvårdskonsult**

Detta innebär att en distriktsläkare på 10 % av sin arbetstid arbetar tillsammans med en klinik för att utveckla samarbetet. Detta konkretiseras i korta vårdprogram som beskriver vem som gör vad, när det ska remitteras, vad remissen ska innehålla och kontaktvägar.

12 12 01 startar den första primärvårdskonsulten inom området kirurgi och med första fokus på prostatacancer.

I början av 2013 planeras Primärvårdskonsult med start inom området hudsjukdomar och som första sjukdom hudtumörer, (i samarbete med öronkliniken och kirurgen).

Primärvårdskonsulterna ska sedan arbeta igenom område för område, både för cancer och annat.

**Förebyggande**

Primärvården arbetar på olika sätt, mest i den direkta patientkontakten med

1. minskad rökning 2. alkohol under kontroll 3. ökad fysisk aktivitet

Ansvarig för rapportering: Olof Englund, distriktsläkare och medicinsk samordnare för hela primärvården

## 2. Vårdprocesser

### a) Lungcancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge: Nuvarande nivå
FDG-PET-DT ska ingå i utredningen för 90 % av patienterna i stadium Ib-III	2015	100 % (2010)
Alla patienter ska ha tillgång till kontakt-sjuksköterska	2015	100 % (okt 2012).
Ledtid från remiss till behandlingsbeslut < 28 dagar för 80 % av patienterna	2015	median 29 dagar. ca 50 % (2010) se nedan

Operation inom 20 dagar från behandlingsbeslut för 80 % av patienterna	2015	33 % (2008-2011)
Andel av patienter i stadium IIIA som erhåller kurativt syftande radiokemoterapi ska stå i paritet med nuläget i övriga landet, vilket är 30 %	2015	45 % (IIIA+B 2010)
95 % inrapportering i det nationella kvalitetsregistret - både anmälning och uppföljning - med första inrapportering inom 3 månader	2013	98 % (2010) dock ej inom 3 mdr

Enligt ovan har alla målnivåer utom ledtid från remiss till behandlingsbeslut samt operation inom 20 dagar från behandlingsbeslut uppfyllts i nuläget. När det gäller ledtid från remiss till behandlingsbeslut finns det stora variationer i utredningstider mellan olika stadier. Utredningstiden för stadium 1A-IIIB har medianvärde 52 dagar, medan medianvärdet för alla grupper är 29 dagar. Problemet ligger alltså främst i grupper med mer avancerat utredning där transthorakal biopsi och/eller där regionsjukhusets resurser behövs.

### Problemområden

- Långa väntetider på transthorakala biopsier (senaste månaderna mellan 15-32 dagar)
- Väntetid för undersökningar vid regionssjukhuset i Umeå?
- Läkarförsörjning - brist på lungspecialister
- Bemanning med stafettläkare medför bristande kontinuitet under utredning, samt risker vid överlämnande av ärenden. Vid korta anställningsförhållanden även bristande kunskap om rutiner

### Landstingets mål:

- Införande av alla kontaktsjuksköterskans funktioner verkställd till slutet 2013
- Korta ledtid från remiss till behandlingsbeslut enligt målnivå
- Korta ledtid från behandlingsbeslut till operation enligt målnivå
- Bibehålla övriga målvärden

### Tidsplan:

- Uppföljning av kartläggning av problemområden, samt ledtid från remiss till behandlingsbeslut efter 6 och 12 månader. Nya ställningstagande till åtgärder vid behov
- Lokala ronder och checklista start november 2012.
- Kontakt röntgenenheten december 2012 för diskussion om tider transthorakala punktioner
- Rekrytering av lungspecialister?

### Aktiviteter:

- *Följa tider från remiss till ( för att följa/kartlägga problemområden):*

PET- undersökning och svar

Transthorakal biopsi

EBUS- undersökning och svar

Tid till operation från behandlingsbeslut

- Remiss från LOT- rond kommer från nov-12 gälla som remiss till thoraxkirurgen. Överlämnas direkt vid rond, vilket borde förkorta tiden till operation från behandlingsbeslut.

- Införande av checklista vid cancerutredning



- Lokala tumörkonferenser för att minska risken vid överlämnande av utredning samt få till en mer sammanhållen utredning ( remisser iväg i tid, till rätt ställe osv)

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

- Behov av utökade resurser på röntgen för transthorakala biopsier
- Rekrytering av lungspecialister.

**LDs ledningsgrupp** gav Lisbet Gibson i uppdrag att utreda frågeställningen ang. transthorakala biopsier

**LDs ledningsgrupp anser** att rekrytering av lungspecialister ska verksamheten hantera inom befintliga ramar.

Ansvarig för genomförande:

- Lokala ronder, användande av checklista samt uppföljning/kartläggning av problemområden: processansvarig Östersund samt kontaktsjuksköterska
- Läkarerekrytering: ansvarig verksamhetschef
- kontakt röntgenavdelningen: processansvarig Östersund

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Verksamhetschef

**b) Ovarialcancer**

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge
Organisera utbildning för och utse kontaktsjuksköterskor på alla sjukhus	2013	
Organisera en fungerande MDK på Nus	2013	
Alla patienter ska ha tillgång till kontaktsjuksköterska	2015	
Organisera regional videounderstödd MDK	2015	
95 % av patienterna med misstänkt avancerad ovarialcancer samt patienter med sitt första recidiv blir föremål för MDK och får en optimal preoperativ bedömning	2015	
Öka andelen optimalt opererade patienter till 40 % och därmed öka överlevnaden	2015	

**Landstingets nuläge:** Kvinnosjukvården följer ”Regionalt vårdprogram för ovarialcancer” med förtydligande i lokalt PM. Kliniken har team med läkare/PAS barnmorska/kurator till varje patient och har än så länge möjlighet att snabbt nå gynekolog i Umeå per telefon för snabb rådgivning. Inrapportering till kvalitetsregister Gynop-INCA sker, men behöver optimeras. Kliniken har PAD-ronder och gynonkronder och kontakt med det palliativa konsultteamet vid Östersunds sjukhus.

**Landstingets mål:** Följa ”Nationellt vårdprogram för ovarialcancer” med de regionala och lokala anpassningar som behöver göras och mål enligt ovan. Om kliniken helt arbetar efter detta, vilket förespråkas i det nationella programmet, kommer det att bli ökade omkostnader. Ett realistiskt antal patienter som kommer att opereras i Umeå är fyra patienter/år för 105 912 kr (DRG357, enligt avtal 2012) vilket innebär en sammanlagd merkostnad för området med 424 tkr per år.

Antalet patienter som skall remitteras för utredning av ärftlig ovarialcancer kommer att öka.

Optimera inrapportering till kvalitetsregistren. Utvärdering av de regionala målen enligt ovan sker via Gynop-INCA, som dock ännu ej kommunicerar med varandra fullt ut

**Tidsplan:** Målet bör vara att ovanstående kan implementeras under 2013 – 2015

**Aktiviteter:** Optimering av vårdkedjan, utbildningsdagar och närmare kontakt med primärvården och i andra änden fortsatt kontakt med det palliativa konsultteamet på Östersunds sjukhus. Förtydligande av vikten med PAD-ronder och dokumentation av dessa. Onkologronder finns, men kan möjligen ersättas av MDK när de kommer igång. Diskussioner pågår med Gynonkologerna i Umeå. Förtydligande att omhändertagandet av cancerpatienter sker i team där läkarsekreterare är av stor betydelse så att det administrativa flödet kring cancerpatienterna (och i och med detta också LED-tider) fungerar på bästa sätt. För att säkerställa kvalitén i inrapportering till kvalitetsregister behöver ansvariga doktorer och läkarsekreterare resurser för att delta i regionala och nationella möten.

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** För att få kommande generation läkare och barnmorskor att engagera sig optimalt behövs extra resurser i form av avsatt tid och tid och pengar till fortbildning. För läkare fortbildning på Gynonkologen i Umeå och också möjlighet att delta i avancerade canceroperationer i Umeå för att behålla kompetensen här i Jämtland (viktigt då det ej alltid är canceroperationerna som är de mest avancerade). För att komplettera vårdkedjan med kontaktsjuksköterska bedöms ett utökat tjänsteutrymme med 25 % barnmorsketjänst (125 000kr).

Uppbyggnad av MDK innebär ca 24 ronder per år med ca 48 timmars överläkararbete utöver idag. Resurser för deltagande i regionala och nationella möten angående kvalitetsregistren behövs. Pengar till VIDEO-utrustning inom kvinnosjukvården (avtalet går ut januari 2013) och vi har ökat antal VIDEO-konferenser med norra regionen. Budget för MDK. Budget enl. ovan för ökat antal patienter som ska opereras i Umeå. Budget för omkostnader för utredningar av ärftlig ovarialcancer. Budget för ev. behandling med Avastin.

**LDs ledningsgrupp anser** att fortbildningsinsatser och multidisciplinära ronder ska hanteras av verksamheten inom befintliga ramar. Ang kontaktsjuksköterska se kap 3 sid 6

**LDs ledningsgrupp** gav Håkan Gadd uppdrag att utreda beskrivna konsekvenser angående ökat antal operationer i Umeå, genetiska utredningar och läkemedel till mars 2013 för hantering i anslutning till budget/ inprioriteringsdiskussionerna 2014 -2016.

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

Medicinskt ansvarig: MLA kvinnosjukvården

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

### c) Kolorektalcancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge
MDK ska genomföras före och efter operation. Patienter med rektalcancer: >90 % preop och >90 % postop. Patienter med	2013	Detta är siffror för 2011, och vi började med MDT konferenser i april det året. Rektalcancer: preop : 88%, post op: 43 %. Dessa siffror kommer ligga mycket

koloncancer, >75 % preop och >90 % postop		nära 100 % 2012! Colon hittills 0 %, Umeå började med MDT för coloncancer sent 2012, men inga andra norrlands-sjukhus har fått ansluta ännu. Enligt planerna ska vi dock göra det under 2013
Förbättrad patologiundersökning: För >95 % av patienterna ska $\geq 12$ lymfkörtlar i operationspreparat undersökas efter op för koloncancer. För >90 % av patienterna ska $\geq 12$ lymfkörtlar undersökas i operationspreparat efter op för rektalcancer.	2013	86 % både för colon- och rektal-cancer 2011
Minska ledtider för cytostatika-behandlingsstart genom kortare svarstider för första PAD-svar: >90 % av PAD-svar på operationspreparat klara inom 3 veckor från operationsdatum	2013	Hittar inga siffror, men är helt övertygad om att detta över huvud taget inte är ett problem hos oss.
>30 % av patienterna (både kolon- och rektalcancer) inkluderade i klinisk studie	2015	Inte så länge vi inte har egna onkologer på plats i Östersund
<10 % reoperationer efter elektiv + akut operation för koloncancer	2013	2011 opererade vi ovanligt få rektalcancer, 14 st. Av dessa reopererades tre, vilket ger reop-frekvens på 21%, men alltså få patienter! 2008-2010 reopfrekvens: 13%. Vad gäller coloncancer så hittas endast siffror för postoperativa komplikationer, där vi har 19 % (snitt 26 % i landet)
95 % av patienter som ges adjuvant cytostatikabehandling påbörjar denna inom 8 veckor (både kolon- och rektalcancer)	2013	Hittar inga siffror

**Landstingets nuläge:** se ovan. Det är svårt att jämföra siffrorna för kolorektalcancer, dels ser inte rapporterna likadana ut för kolon respektive rektum (finns på cancercentrum.se), dels så har vi börjat med en hel del nya rutiner de senaste två åren, bl.a. MDK och även införandet av ERAS.

**Landstingets mål:** Uppfylla de mål vi själva kan styra inom en tre års period; deltagande i MDK beroende av NUS´ s möjligheter att ordna dessa och deltagande i kliniska (onkologiska) studier, men då måste Östersund godkännas som ”prövnings-site”, sannolikt beroende av onkolog på plats.

**Tidsplan:** 2013-2015

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):****Aktiviteter:** Fortsatt kvalitetsarbete inom subsektionen

Ansvarig för genomförande: Överläkare Tomas Koczkas (med MLU)

Medicinskt ansvarig: Överläkare Tomas Koczkas (med MLU)

Ansvarig för rapportering: Centrumchef opererande specialiteter

**d) Bröstcancer**

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge
98 % av patienterna ska genomgå pre- och postoperativ MDK, registrering ska ske i INCA.	2013	100 %
90 % av kvinnorna med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	2013	Medeltid från vårdplan till op är 17 dgr, i median 15 dgr,
Antalet reoperationer p.g.a. misstänkt eller manifest bristande radikalitet ska vara < 10 %.	2013	< 10 %.
95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor	2013	uppfyller målet även om exakta siffror ej är tillgängliga.
90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor	2013	kan inte få ut siffrorna ang start onkologisk behandling, men målsättning är att start skall ske inom 4-6 v postop o detta uppfylles oftast.
Av kvinnor med servicescreeningupptäckt bröstcancer ska maximalt 20 % ha körtelmetastaser	2013	uppgift begärd - ska kompletteras
5-årsöverlevnaden ska vara >90 %	2013 + 5 år = 2018	ÖJ 2011 är 90,2%

**Landstingets nuläge:** Bröstcancervården har ju mkt homogent o bra resultat för hela landet mkt beroende på mkt väl implementerat nationellt vårdprogram med hög följsamhet, o vi har ett utförligt regionalt dito som är av stor hjälp för kirurgerna i Östersund, då onkolog saknas. Norra regionen har mkt bra resultat när resultaten redovisas på regionnivå o Jämtlands län står sig mkt väl vid jämförelse inom regionen.

Vi fyller redan nu i princip de uppsatta målen utifrån de siffror som redovisats gn Regionala Öppna Jämförelser för BC-vården, där senaste årsredovisningen gäller 2011.

Vi ha 100% av BC-pat med i såväl preop- som postop multidisciplinära konferenserna.

Bekymret har snarast varit att onkologerna i Umeå inte alltid närvarat vid dessa. Vår täckningsgrad till registret är 100 % vad gäller nyanmälningar (den siffra man vanligen anger. än så länge).

Medeltid från vårdplan till op är 17 dgr, i median 15 dgr. 70% av pat får op inom 3 v och 86 % inom 4 v från diagnos enl registersiffror. Vi försöker (vilket också oftast är patienternas val) ha läkarkontinuitet d.v.s. den som opererar är också den läkare som tidigare handlagt pat,

detta kan innebära ngt förlängd tid till operation, men pat som insisterar på tidigare op får det oftast.

Andelen reoperationer pga bristande radikalitet är redan nu under 10 % (5,7%).

Vi har korta tider för PAD-svar o jag bedömer att vi även här uppfyller målet, även om exakta siffror ej möjliga att ta fram annat än med manuell räkning. Det som kan ta tid är när kompletterande färgningar skickas till Umeå, men detta till trots bedömer jag att målet uppfylles.

Vi har ännu inte riktigt kommit igång med fortsättningsblanketterna, som tillkommit i registret o kan därför inte få ut siffrorna ang start onkologisk behandling, men vår målsättning är att start skall ske inom 4-6 v postop o detta uppfylles oftast. Om pat skall träffa onkolog (vilket naturligtvis alla med cytostatikabeh åtminstone borde få göra), finns risk att tiden kan fördröjas då tillgängliga onkologtider är alldeles för få för den verksamhet vi bedriver.

Av kvinnor med screeningsupptäckt bröstcancer har 19,7% körtelmetastaser, vilket ju är precis under den angivna maxiamala andelen (20%)

5-årsöverlevnaden ligger på ca 90% inom norra regionn, publicerade siffror finns inte splittrade på länsnivå då materialen är så små.

Nuläget: Således mkt gott.

**Landstingets mål:** Att bibehålla o om möjligt förbättra dessa fina resultat, men många orosmoln finns för framtiden. Mål att också via registerhållaren i Umeå regelbundet få ut de parametrar för Jämtlands län vi överenskommer skall följas

**Tidsplan:** ?

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

Inom i princip samtliga steg i vårdprocessen, såväl mammografi, patologi (mest överhängande) som kirurgi förväntas pensionsavgångar på läkarsidan inom närmaste två åren (o även övrig personal) o det finns ingen riktigt plan för "påfyllning".

På kirurgsidan är subspecialiteten svårrekryterad, mkt beroende att kirurgerna, utöver kirurgen, sköter den i volym o komplexitet snabbt (snarast explosionsartat) tillväxande onkologin, för vilket de inte har ngn utbildning o det inte heller finns tillräckligt med tid avsatt. Det måste till klinikchefsbeslut att styra över kirurgspecialister till BC-verksamheten. Det måste vara landstingsbeslut att aktivare driva så att det skapas en onkologverksamhet som leds o sköts av onkologspecialister. Den satsning som nu görs via kirurgkliniken, att subventionera en inom JLL anställd läkares vidareutbildning till onkolog i Umeå, kommer inte att vara tillräcklig o ligger flera år fram i tiden. Inte heller kommer den planerade utökningen av onkologkonsult via Sundsvallkliniken att räcka. Sjukhusets behov borde ligga på minst 3-4 specialister på plats hela veckan. Onkologkonsultverksamheten startade 1992 då med 5-600 cytbehandlingar per år, med 1 onkologkonsultbesök per vecka (ej under sommaren) , med ca 10 pat tider/gång o det har vi fortfarande trots att antalet beh är kring 3000 o behandlingarna blivit mkt mer komplicerade o för pat mer biverkningstyngda. Pga BC-sjukdomens natur använder man bortåt 5 linjers behandling vid metastaserande sjukdom, o då beh ofta har gott resultat lever BC-pat länge med sin sjukdom, vilket gör att den rent onkologiska patientvolymen blir mkt stor (o kräver mkt resurser). Inte heller det planerade stödet från Storsjögläntans läkare till onkologmottagningen är på ngt sätt tillräckligt.

Omorganisation behövs också för att styra över mer kontroller att skötas helt o hållet via mammografiavdelningen eftersom kirurgkliniken idag inte klara av att hålla stipulerade tider (o evidensen talar för att denna kontrollnivå inte eg behövs). Dessutom skulle mer av den properativa utredningen helt skötas av mammografiavdelningen, vilket är vanligt i flera andra

landsting. För detta behövs ytterligare medel till den avdelningen o för en onkologspecialist-verksamhet behöver också extramedel tilldelas.

Likaså behöver den plastikkirurgiska kompetensen förstärkas på kliniken såväl personellt som utbildningsmässigt. Det är också ett tveksamt beslut att kvinnorna i Jämtland inte skall få bröstrekonstruktion med autolog vävnad när övriga regionens kvinnor får det, oavsett att dessa op är mkt dyra. Fr a gäller det i de fall ablatio utförts o strålbehandling mot thoraxväggen givits, där man inte längre rekommenderar (och t o m avråder från) rekonstruktion med expanderprotes, vilket det är det enda vi har att erbjuda länets kvinnor. Den i vårdprocessen starkt engagerade sjukgymnasten är sjukskriven o går troligen snart i pension o det är ett handikapp att sjukgymnasten genom att inte ha samma kliniktilhörighet (tillhör ortoped) o därmed inte är lika starkt knuten till processen som övriga. Även om SN-biopsitekniken (portvaktskörtelsbiopsi) inneburit betydligt mindre problem m lymfödem i armen behövs dock en lymfdränageverksamhet ständigt tillgänglig för dessa pat o även där behövs nyrekrytering.

I framtiden ligger dessutom möjligheten att av intraoperativ strålbehandling kan bli aktuell dvs att strålbeh skulle kunna ges här lokalt i smb m op på cop, o det är viktigt att utvecklingen inom detta område följs för det skulle kunna bli mkt aktuellt för våra patienter som nu måste vistas 3-5 v i Umeå el Sundsvall för nuvarande strålbehandling. Den ev större investering som skulle krävas för detta kommer rel tidigt tjänas in (stråbehandlingskostnad, resekostnad, hotellkostnad, SS-kostnad.).

**LDs ledningsgrupp anser** att personalrekrytering pga pensionsavgångar och plastikkirurgisk kompetens ska hanteras av resp verksamhet inom befintliga ramar och måste prioriteras.

Ang onkologbehov se kap 6 sid 10.

**LDs ledningsgrupp kommenterar** att skillnaden mellan JLLs och övriga regionen när det gäller bröstrekonstruktioner är ett resultat av utbudsbegränsning 2009.

**LDs ledningsgrupp kommenterar** de framtida möjligheterna med intraoperativ strålbehandling – att det krävs regional utredning kring denna fråga och inprioriteringsdiskussion när underlag finns.

**Aktiviteter:** Förutom ovanstående bör registreringen till kvalitetsregistret överföras till annan yrkeskategori än läkarna, lämpligen bröstsköterskorna. Mer kan göras avseende rehabiliteringen av pat för snabbare återgång till arbete där JLL ligger sämre till än många andra landsting. Man bör också inom ramen för RCC ombesörja att JLL:s pat kan erbjudas medverka i studier i samma omfattning som tex i Umeå men detta genom given beh på plats i Östersund o för detta krävs såväl tillgång till forskningssk som onkologspecialist på plats.

Ansvarig för genomförande: MLA BC-kirurgi men som ovan beskrivits ligger många beslut på klinik- resp landstingsnivå att driva

Medicinskt ansvarig: MLA BCkir

Ansvarig för rapportering: MLA BC.kir. Centrumchef

#### e) Prostatacancer

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Nuläge
Tid mellan biopsitagning och cancerbesked: svar inom 14 dagar	70 % 2013 80 % 2014	Median 20 dagar (av 169 patienter). Se dock kommentar nedan!

Användning av skelettscintigrafi på rätt indikation: För lågriskpatienter ska max 5 % utredas med skelettscint/MR av skelettet, för högriskgruppen 90 %	2013	Lågrisk = 1,7 %, för högrisk går ej att redovisa nationellt 2011 nationellt (registreringsändring)
Kurativ behandling av män med lokalt avancerad/högrisk prostatacancer <75 år, målnivå 80 %	2013	2011 = 72,7 %
Införande av MDK och klara kriterier för vilka patienter som ska tas diskuteras vid dessa. Kriterier utarbetas under 2012. Målnivå: andel av de patienter som omfattas av kriterierna som diskuteras på MDK.	80 % 2013 90 % 2015	Siffror för 2012 ej kända, ronderna under utveckling
Införa tydlig individuell vårdplan för alla patienter	60 % 2013, 95 % 2015	100%
Kartlägga komplikationen kompression av ryggmärgen, som underlag för kunskaps-spridning för att minimera detta.	2013	Bör ske i samarbete med ortopedspecialist – kontakt tagen
Gemensam PAD-remiss med standardiserad form på utlåtanden.	2015	Förslag framtaget

**Landstingets nuläge:** Överlag en mycket välfungerande vårdkedja från diagnos till behandling och uppföljning. Vad gäller palliativ/bromsande behandling ligger vi sannolikt mycket dåligt till då bristen på onkologisk kompetens med kontinuitet är graverande. Onkologisk översyn avseende onkolog mottagningen saknas vilket också är alarmerande. Tillgänglighetsproblem med framför allt långa väntetider till första specialistbesök. I jämförelse med andra landsting ligger vi dock mycket bra till vad gäller tid till PAD besked (2011).

Kommentar till Regional målnivå vad gäller tid till PAD besked: Målet att 70-80 % skall få PAD besked inom 14 dagar är möjligt enbart för patienter med benigt PAD. Patologavdelningen i Östersund jobbar oerhört snabbt och majoriteten av PAD besked kommer efter 5-6 arbetsdagar. Vid misstänkt eller verifierad prostatacancer brukar dock majoriteten av preparaten genomgå kompletterande immunfärgningar, vilket fördröjer svaret ytterligare 3-5 dagar. Redan här har det gått nästan 2 veckor efter biopsiering. Nästa logistiska problem är att hitta en tid för återbesök till den läkare som träffat och biopsierat patienten. En mera adekvat målsättning är att patienter med benigt PAD skall få besked inom 14 dagar och de med malignt 28 dagar.

Kommentar till Regional målnivå vad gäller individuell vårdplan: Alla patienter med diagnosticerad prostatacancer har redan idag en vårdplan för behandling och uppföljning som är baserad på evidensbaserade riktlinjer från EAU (European Association of Urology).

#### Landstingets mål:

- 1 – Ligga bland de fem bästa landstingen vad gäller tillgänglighet (tid till specialistbesök, PAD besked mm).
- 2 – Onkologmottagning med daglig tillgång till onkologisk specialistkompetens
- 3 – Operativa onkologiska resultat i nivå med de stora universitetssjukhusen

#### Tidsplan:

- 1 – Om nedan rekrytering genomförs framgångsrikt bör ovan mål vara nåbart 2014
- 2 – Var god se punkt 6 på Övergripande mål och prioriteringar
- 3 – 2013

**Aktiviteter:**

- 1 – Pågående rekrytering av ST-läkare för att möta aktuella och framför allt framtida tillgänglighetsbehov.
- 2 – Etablerande av hemsida med information avseende PSA provtagning och prostatacancer riktad till primärvård och patienter.
- 3 – Ökad och förbättrad MR diagnostik vid prostatacancer

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

Ansvarig för genomförande: Andreas Lundgren  
 Medicinskt ansvarig: Andreas Lundgren  
 Ansvarig för rapportering: MLU och Centrumchef

**f) Diagnosövergripande**

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
It-stöd för integrerad regional cytostatikabehandling (Cytodos?)	Rapport 2013

**Landstingets nuläge:** JLL deltar ej. Upphandling klar i Norrbotten, som startar pilot i januari 2013, övriga två landsting anslutna till Cytodos, som både innebär förenklad och säkrare dosering och tillgång till ett ”dosbibliotek”

**Landstingets mål:** Anslutning till Cytodos

**Tidsplan:** 2013-2014

**Aktiviteter:** Se ovan

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** Samma upphandling som Norrbotten? Kostnad för Norrbotten ca fyra mnkr, dock viss relation till antalet invånare, nyckel ej känd.

**LDs ledningsgrupp** gav Ingalill Persson uppdrag att utreda investeringsbehovet till mars 2013 för hantering i anslutning till budget/ inprioriteringsdiskussionerna 2014 -2016.

Ansvarig för genomförande: Upphandlings- och it-enheten i samarbete med voc kir  
 Medicinskt ansvarig: Cancercentrum, NUS  
 Ansvarig för rapportering: Centrumchef



### 3. Psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård

#### 3.1. Psykosocialt stöd och rehabilitering

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Inrättande av ett regionalt nätverk och arbetsgrupp för psykosocialt stöd och rehabilitering, med representant från varje landsting med mandat att driva området vidare. Inrättande av lokala arbetsgrupper per landsting för implementering av regionalt fattade beslut inom området rehabilitering och psykosocialt stöd.	Nätverk och arbetsgrupper etablerade och målnivåer identifierade 2013.

**Landstingets nuläge:** I nuläget finns ingen given struktur angående hur JLL ska arbeta med psykosocialt stöd och rehabilitering hos cancerpatienter. Resurserna inom paramedicinsk specialitet bedöms vara för få för att klara av de rekommendationer som föreslås i kommande vårdprogram för psykosocialt stöd och rehabilitering. I dagsläget finns heller inget avtal eller överenskommelse gällande sjukgymnast/arbetsterapeut för de cancerpatienter som behandlas polikliniskt. Brist även på kontaktsjuksköterskor vilka delvis är de som bedömer behov och initierar kontakt med paramedicinsk specialitet. Det finns inom JLL ej heller tillgång till psykologhjälp för cancerdrabbade. Regionalt nätverk har bildats. JLL's representant i det regionala nätverket är Lena Broddesson.

**Landstingets mål:** Att uppfylla regionala målnivåer enligt ovan.

**Tidsplan:** Pågående arbete. Måluppfyllelse under 2013.

**Aktiviteter:**

- Regelbundna möten med det regionala nätverket/arbetsgruppen för psykosocialt stöd och cancerrehabilitering.
- Inrättande av en lokal multiprofessionell arbetsgrupp för regelbundna möten, kompetensutveckling och fortlöpande arbete utifrån regionalt fattade beslut inom området psykosocialt stöd och cancerrehabilitering.

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

- Tydligt mandat i linjeorganisationen för den lokala representanten att fullfölja uppdraget
- Samverkan i linjeorganisationen för att möjliggöra det beskrivna arbetet
- Utökade tjänster avseende paramedicinsk kompetens (Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Kurator, Psykolog). En grundlig översyn av aktuella resurser kontra kommande behov behövs
- Möjlighet att ta del av särskild budget avseende RCC-arbete

**LDs ledningsgrupp** gav centrumcheferna för medicinska och opererande specialiteter och Barn-Kvinna-Psykiati uppdrag att genomföra en översyn av aktuella resurser kontra kommande behov inför diskussion om inprioriteringar 2014-2016.

Ansvarig för genomförande: Lena Broddesson

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Lena Broddesson

## 3.2. Palliativ vård

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Bred lansering i hela vårdkedjan av ett strukturerat palliativt vårdinnehåll i livets slutskede.  Uppföljning via Svenska Palliativregistret:	Fr.o.m. 2012 och framåt
Brytpunktsamtal för patienter som kan medverka: 70 %	2015
Användning av validerat smärtskattningsinstrument: 80 %	2015
Ordination av stark opioid i injektionsform (bra nuläge, endast uppföljning): 95 %	2015
Bedömd munhälsa: 90 %	2015
Valfrihet av dödsplats: minska andelen ”vet ej” för patienter som kan medverka: <15 %	2015
Registrering i Svenska Palliativregistret.	95 % 2015
Web-baserat regiongemensamt utbildningsmaterial i allmän palliativ vård.  <i>Upphandling regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Upphandling 2013, breddutbildning efter produktion
Inrättande av ett regionalt palliativt kompetenscentrum för att samordna resurser för forskning, undervisning och palliativ verksamhetsutveckling i regionen.  <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Påbörjas 2013

**Landstingets nuläge:** 3:e kvartalet 2012 för väntade dödsfall i cancer

Brytpunktsamtal vid övergång till vård i livets slutskede = 63% ↔ Mål 70%

Användning av validerat smärtskattningsinstrument = 27% ↔ Mål 80%

Ordination av stark opioid i injektionsform = 93,6% ↔ Mål 95%

Bedömd munhälsa = 65% ↔ Mål 90%

Valfrihet av dödsplats: minska andelen ”vet ej” = 44% ↔ Mål &lt;15%

Registrering i Svenska palliativregistret = 93% ↔ Mål 95%

**Landstingets mål:** Att minska avståndet till målnivåerna med hälften under 2013.

Att bidra till inrättandet av ett regionalt palliativt kompetenscentrum.

**Tidsplan:** : -

**Aktiviteter:** Varje verksamhet utser 1-2 medarbetare med ansvar för framtagande av enhetens egna resultatssiffror för respektive målparameter. Dessa representanter erbjuds tillsammans med företrädare för verksamhetsledningen några timmars utbildning/diskussion om hur man kan gå vidare med det interna förbättringsarbetet.

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** Att ovanstående parametrar avkrävs respektive enhetschef och verksamhetschef i deras kvartals- och årsrapporter för öka deras medvetenhet om nuläget och målsättningen = en förutsättning för att ändamålsenligt förbättringsarbete initieras.

Att medel motsvarande länets andel i regionalt palliativt kompetenscentrum avsätts.

**LDs ledningsgrupp anser** att RCC Norr måste förtydliga uppdraget för ett regional palliativt kompetenscentrum inkl bemanning och organisation innan beslut om finansiering kan diskuteras.

Ansvarig för genomförande: Verksamhetschefer i samarbete med de i länet tillsatta utvecklingsledarna inom projektet "Bättre liv för sjuka äldre" som är finansierade av SKL. Kompetensresurs utgörs av det palliativa konsultteamets personal.

Medicinskt ansvarig: Respektive verksamhetschef

Ansvarig för rapportering: För den egna enheten = verksamhetschef och för länet Bertil Axelsson.

#### 4. Patientens ställning i cancervården

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
<p>Patientrådet sammanställer en samlad rapport över arbetet 2012 och viktiga frågor ur patientens fokus.</p> <p><i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i></p>	<p>Rapport klar och mål för rådets verksamhet fastställda vid ingången av 2013.</p>
<p>Utbildningar för patientorganisationer</p> <p><i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i></p>	<p>Identifiera behov 2012, organisera gemensamma utbildningsinsatser 2013.</p>
<p>Patientnämndernas registrering av cancerrelaterade ärenden sammanställs och utvärderas.</p> <p><i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i></p>	<p>Utvärdering och ställningstagande till fortsättning hösten 2013.</p>
<p>Utveckling och införande av patientrapporterade resultatuppgifter (PROM) i kvalitetsregister</p> <p><i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i></p>	<p>Avrapportering, utvärdering och definiering av PROM i fler register under 2013.</p>
<p>Utarbeta och implementera tydliga rutiner för hur patienter ska informeras om rätten till second opinion och hur second opinion praktiskt ska organiseras för regionens cancerpatienter</p> <p><i>Utarbetande av rutiner regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i></p>	<p>2013</p>

**Landstingets nuläge:** detta kapitel besvaras ej – regionala uppgifter

**Landstingets mål:**

**Tidsplan:**

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

**Aktiviteter:**

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

## 5. Utbildning och kompetensförsörjning

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Utarbeta en kompetensförsörjningsplan för regionens cancervård. Planen ska omfatta tillgång till onkologisk specialistkompetens i alla landsting. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Plan utarbetad och beslutad 2013
Genomföra cancerseminarieserie <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Utvärdering och ställnings-tagande till fortsättning hösten 2013
Tillsätta 4 gemensamma ST-block i patologi, med någon form av samfinansiering inom regionen	2014
Alla regionens specialister i patologi har gått handledarutbildning eller motsvarande	2014

**Landstingets nuläge:** De två första punkterna i detta kapitel besvaras ej – regionala uppgifter.

Angående patologi se under kap 1 först i detta dokument

**Landstingets mål:**

**Tidsplan:**

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

**Aktiviteter:**

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

## 6. Kunskapsstyrning

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Nationella vårdprogram utarbetade för samtliga cancerdiagnosområden. RCC Norr delaktigt i arbetet med samtliga vårdprogram.	2015

**Landstingets nuläge:** detta kapitel besvaras ej – regionala uppgifter

**Landstingets mål:**

**Tidsplan:**

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

**Aktiviteter:**

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

## 7. Klinisk forskning och innovation

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Uppbyggnad av en registerforskningsstödjande enhet vid RCC Norr	Första ansök-

<i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	ningsomgång våren 2013, utvärdering 2014
Befolkningen i hela regionen ska ha likvärdiga möjligheter att delta i kliniska studier och prövningar.	Kartläggning av nuläge under 2012
Söka forskningssamarbete inom Barentsområdet, för att stärka aspekter och utveckling av klinisk cancerforskning i ett glesbygdsperspektiv.  <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Kontakter etableras 2012 ev. medelsansökan under 2013.
En RCC-forskningens dag genomförs, där biotech-företag i anslutning till Umeå universitet bjuds in.  <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Våren 2013
Förstudie rörande möjligheter till utveckling av den regionala e-patologin. <i>Regiongemensamt arbete, koordineras av RCC Norr</i>	Rapport hösten 2012

**Landstingets nuläge:** Viss cancerforskning som använder kvalitetsregister finns redan inom JLL. JLL har för också avsikt att initiera vävnads- och blodprovinsamling från patienter som diagnostiserats för kolorektalcancer inom ramen för UCAN-insamlingen. I dagsläget finns inga forskningssamarbeten inom Barentsområdet utanför Sverige där huvudman för forskningen är verksam vid JLL. Palliativ omvårdnadsforskning bedrivs för närvarande av en doktorand inskriven vid Umeå Universitet anställd med förenad anställning vid JLL.

#### **Landstingets mål:**

- Stödja uppbyggnad och expansion av registerforskningsverksamhet och annan patientnära cancerforskning och utveckling av hög kvalitet.
- Skapa kontakter och initiera internationella, såväl som nationella samarbetsprojekt inom Barentsområdet.
- Vidare utveckla och bygga ut vävnads- och blodprovinsamling från patienter diagnostiserade med cancer.
- Cancerforskningen ska bedrivas av redan disputerade forskare samt deras doktorander. Efter den initiala expansionen och uppbyggnaden av cancerforskningen inom JLL är landstingets mål att det finns inskrivna doktorander inom samtliga centrumområden inom den specialiserade vården vid Östersunds sjukhus, dvs vid Centrum för opererande specialiteter, Centrum för medicinska specialiteter, Centrum för barn, kvinna och psykiatri, samt Centrum för medicinsk diagnostik och teknik, samt att minst en doktorand med cancerforskning årligen disputerar.
- Fortsatt palliativ forskning och verksamhetsutveckling
- JLL ska ha ett aktivt deltagande i RCC-forskningens dag våren 2013.
- KFC-Z ska bidra med statistikhjälp och annan stödjande infrastruktur för cancerforskningen vid JLL.

**Tidsplan:** Vävnads- och blodprovinsamling startar våren 2013. Statistikhjälp startar våren 2013. KFC-Z med stödjande infrastruktur med start hösten 2014.

**Aktiviteter:** En statistikertjänst vid KFC-Z är för närvarande utlyst. Statistikhjälp inom cancerforskningen bör rymmas inom ramen för denna tjänst.

**Ev. beslut som krävs (t.ex. omorganisation, särskild budget etc.):** En person som koordinerar forskningssjuksköterskor som stödjer cancerforskningen inom KFC-Z. Denna person bör helst vara disputerad sjuksköterska med en tjänstgöringsgrad om ca 50 % för denna uppgift.

**LDs ledningsgrupp anser** inte att detta bör prioriteras nu, återkom när JLL har fler aktiva forskningssjuksköterskor.

**LDs ledningsgrupp uppdrar** till Forskningschefen att verka för att få JLLs verksamheter godkända som forsknings-site

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering: Chef för KFC-Z

## 8. Nivåstrukturering

Regional målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse
Plan för nivåstrukturering fastställd	2013
Åtgärder för nivåstrukturering genomförda enligt plan	2014

**Landstingets nuläge:** detta kapitel besvaras ej nu eftersom arbetet ej klart på regional nivå

**Landstingets mål:**

**Tidsplan:**

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

**Aktiviteter:**

Ansvarig för genomförande:

Medicinskt ansvarig:

Ansvarig för rapportering:

## 9. Övrigt

**LD ledningsgrupp noterar** att i den regionala cancerplanen står inget om läkemedel. Eftersom läkemedlen inom cancerområdet redan nu är en viktig del i vården med ekonomiska prioriteringsproblem önskar JLL att RCC Norr beskriver samordning av läkemedel inom Cancerområdet - idag finns flera olika grupper på nationell, regional och lokal nivå, och tydliggöra gruppernas rollerna inkl kopplingen mot RCC Norr och resp. landstings beslutsmyndighet.

## Lägesavstämning

Mall för redovisning till förbundsdirektionen av status för landstingets aktiviteter för att nå de uppsatta målen. Rapport ska vara förbundsdirektionen tillhanda senast 2013-06-01 respektive 2013-12-01.

Landsting:

Datum:

RCC-kriterium	Område	Landstingets målnivåer	Aktiviteter	Tidsplan	Aktivitetsstatus	Kommentar
Övergripande och prioriterade områden	Förstärka patologin					
	MDK för samtliga/definierade patientgrupper					
	Alla patienter erbjuds kontakt-sjuk-sköterska					
	God inrapportering i kvalitetsregister					

	Förstärka den palliativa vården					
	Onkologisk specialistkompetens i alla landsting					
	Öka förutsättningar för tidig upptäckt					
<b>Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer</b>	Förebyggande insatser					
	Tidig upptäckt av cancer					
<b>Vårdprocesser</b>	Lungcancer					
	Ovarialcancer					
	Kolorektalcancer					
	Bröstcancer					
	Prostatacancer					



	Diagnos- över- gripande					
Psykosocialt stöd, rehabi- litering och palliativ vård	Psyko- socialt stöd och rehabili- tering					
	Palliativ vård					
Patien- tens ställning i cancer- vården						
Utbild- ning och kompe- tensför- sörjning						
Kuns- kaps- styrning						
Klinisk forsk- ning och innova- tion						
Nivå- strukturer- ing						