

## Minnesanteckningar RCC samverkan 2015-05-27

### Videomöte

Närvarande: Mef Nilbert, Anna-Lena Sunesson, Mona Ridderheim, Srinivas Uppugunduri (sekr.), Lars Holmberg, Nils Conradi, Lena Sharp (punkt 2), Helena Brändström (punkt 3,4 och 5), Johan Richter (punkt 3), Stefan Rydén (punkt 6), Fredrik Enlund och Maria Planck (punkt 8), Gunilla Gunnarsson (ordf).

Till sekreterare utses Srinivas Uppugunduri.

Yttrande från nationella arbetsgruppen gällande Patientlagen och mammografiscreening läggs till dagordningen.

### 2. Nationell kompetensförsörjning

Lena Sharp presenterar rapport från den arbetsgrupp som tagit fram ett nationellt dokument om kompetensförsörjning (delats före mötet) - bil 1. Lite punkter från presentation:

- Förändrade arbetssätt, IT, behov av utbildning. God spridning av kompetenser bland arbetsgruppens representanter och även en god geografisk spridning. Dock har enbart fyra RCC deltagit i arbetet.
- Fortsatt kompetensutveckling viktigt likaså spridning av kunskap när man har varit på kompetensutveckling. Får ej ses enbart som belöning för väl utfört arbete.
- Kliniska utbildningsavdelningar bör utnyttjas mycket mer.
- Bra med övergripande riktlinjer för lön för olika specialistfunktioner.
- Forskningsfrågor måste diskuteras mer. Forskning har enorm dragningskraft och kan hjälpa till i rekryteringsfrågor men har inte utnyttjats.
- Överföring av kompetens till yngre kollegor måste systematiseras.
- Kontaktsköterska är till stor nytta för patienten och rollen som kontaktsköterska bör utvecklas.

**Beslut:** Samverkansgruppen beslutar att skicka ut rapporten till alla RCC för remissbehandling. Vid samverkansmötet förtydligas att regionala årliga kartläggningar inte handlar om att kartlägga hur många personer som arbetar inom olika områden, åldersfördelning och liknande utan mer en bedömning av kompetensförsörjningsproblem på övergripande nivå. Här behöver texten utformas annorlunda vilket RCC gärna får hjälpa till med. Dessutom måste skrivningarna om forskningsansvar och forskningstid ses över. Nils skriver också om förutsättningar för kontinuerligt lärande. Rapporten skickas ut på remiss med svar senast 20 augusti (*utfört-bil 2*).

Samverkansgruppen tackar arbetsgruppen för ett väl utfört arbete på den korta tid som stått till buds.

### 3. Rapport från nationella arbetsgruppen vårdprogram KML

Johan Richter presenterar viktiga punkter i vårdprogrammet - bil 3.

Enligt Johan så ligger rekommendationerna i vårdprogrammet inom internationell praxis. Johan informerar om svårigheter med vårdprogramsarbete där två regioner inte deltagit aktivt. KML gruppen har även använt en så kallad ”användarkommission” av 3 stycken erfarna hematologer. Samverkansgruppen anser att det är klokt och konceptet bör spridas till andra grupper. Johan anser att

- det är ett problem att uppdraget inte är förenat med tid/resurser att fullgöra det.
- uppdragshandling måste revideras och användas och göras om till ett tre-partsavtal mellan RCC, uppdragstagare och dennes arbetsgivare.
- tid att fullgöra uppdraget måste ges, ram för detta bör anges i uppdragshandlingen.

Samverkansgruppen påtalar att en sådan handling redan finns men att det inte används i alla RCC. Idag skriver både uppdragstagaren och verksamhetschef men kanske inte stipulerar hur mycket resurser som finns till förfogande. Helena tillser att handlingen tas fram och ses över. Fastställande av vårdprogrammet KML, efter färdiga remissrundor, planeras i RCC i samverkan i oktober.

#### 4. Fasta tider för patologi och bilddiagnostik

Samverkansgruppen diskuterade vid förra mötet frågan om fasta tider för PAD, bilddiagnostik och radioterapi i SVF. Helena kommer att ta upp frågan med regionala projektledare. Gruppen kommer att gå genom befintliga 5 SVF och se om man kan enas om bestämda tider som kan föreläggas RCC i samverkan.

#### 5. Vårdprogram njurcancer

Frågan har framförts att vårdprogrammet för njurcancer måste uppdateras.

**Beslut:** Nuvarande ordförande ombeds fortsätta under uppdatering av vårdprogrammet för njurcancer.

#### 6. Nivåstrukturering sarkom

Stefan Rydén presenterar arbetsgruppens förslag angående sarkom efter att kompletterande svar inkommit från de två sakkunniggrupperna (delats före mötet).

Baserat på sakkunniggruppens ursprungliga förslag kompletterat med gruppens inkomna svar på ställda frågor föreslår arbetsgruppen följande angående nationell nivåstrukturering av *muskulo-skelettala sarkom*:

- De fem regionala centrum för diagnostik och behandling av sarkom som idag finns behålls med tydliga riktlinjer för regional samverkan och ansvarsfördelning inom regionen. Vid ett komplett regionalt sarkomcentrum finns tillgång till definierade kompetenser i enlighet med sakkunniggruppernas förslag.\* Dessa enheter har ansvar för all diagnostik och behandling som utförs inom den egna regionen och ansvarar för regional MDK.
- Den regionala enheten i Stockholm ansvarar även för patienter från Uppsala-Örebroregionen. Denna samverkan ska vara baserad på tydliga överenskommelser om ansvar och rutiner för samverkan.
- För samverkan inom Uppsala-Örebroregionen upprättas en sammanhållen regional organisation som handlägger de onkologiska behandlingar som sker inom regionen.



- Högst tre av de fem regionala enheterna föreslås för ett nationellt uppdrag utöver det regionala uppdraget.
- Ett nationellt uppdrag innebär att vårdenheten erbjuder avancerad diagnostik och behandling där det med hänsyn till volym och/eller komplexitet finns behov av koncentration till färre enheter än fem, i enlighet med sakkunniggruppens exempel.
- Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.
- De nationella vårdenheterna bör, med hänsyn till den låga förekomsten av vissa diagnoser och behandlingar, vara profilerade inom olika områden.
- En nationell MDK införs vid definierade situationer, ansvaret för nationell MDK har de nationella vårdenheterna.

Baserat på sakkunniggruppens ursprungliga förslag kompletterat med gruppens inkomna svar på ställda frågor föreslår arbetsgruppen följande angående nationell nivåstrukturering av **buksarkom**:

- De fem regionala centrum för diagnostik och behandling av sarkom som idag finns behålls med tydliga riktlinjer för regional samverkan och ansvarsfördelning inom regionen. Vid ett komplett regionalt sarkomcentrum finns tillgång till definierade kompetenser i enlighet med sakkunniggruppernas förslag.\* Dessa enheter har ansvar för all diagnostik och behandling som utförs inom den egna regionen och ansvarar för regional MDK.
- Det regionala sarkomcentrum i Stockholm ansvarar även för delar av den kirurgiska behandlingen för patienter från Uppsala- Örebroregionen. Denna samverkan ska vara baserad på tydliga överenskommelser om ansvar och rutiner för samverkan.
- För samverkan inom Uppsala-Örebroregionen upprättas en sammanhållen regional organisation för de kirurgiska och/eller onkologiska behandlingar som sker inom regionen.
- Högst tre av de fem regionala enheterna föreslås för ett nationellt uppdrag utöver det regionala uppdraget.
- Ett nationellt uppdrag avseende buksarkom innebär att vårdenheten erbjuder avancerad diagnostik och behandling där det med hänsyn till volym och/eller komplexitet finns behov av koncentration till färre enheter än fem, i enlighet med sakkunniggruppens exempel.
- Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.
- De nationella vårdenheterna bör, med hänsyn till den låga förekomsten av vissa diagnoser och behandlingar, vara profilerade inom olika områden.
- En nationell MDK införs vid definierade situationer, ansvaret för nationell MDK har de nationella vårdenheterna.

\* Vid ett komplett regionalt sarkomcentrum bör följande verksamhetsinnehåll och kompetenser finnas: ortopedisk tumörkirurgi, sarkomonkologisk kompetens omfattande radioterapi, cytostatika och annan medicinsk behandling – såväl för vuxna patienter som för barn, diagnostisk kompetens i form av sarkompatologisk kompetens inkluderande tillgång till klinisk genetik, röntgendiagnostisk kompetens avseende skelett- och mjukdelstumörer, buktumörer, thoraxstumörer och huvud/halstumörer, tillgång till CT, MR och PET-kamera, bukkirurgisk kompetens avseende den typ av tumörer som kan bli aktuella att operera vid det

aktuella centret, thoraxkirurgisk kompetens. Om någon av dessa kompetenser saknas vid det stationära sarkomcentret bör det finnas lätt tillgängligt på rimligt avstånd.

**Beslut:** Samverkansgruppen beslutar enligt förslag men poängterar att det bör ges exempel på vilka diagnoser som hanteras var. Det är också viktigt med förtydligande om sammanhållen organisation i Uppsala Örebro regionen.

## 7. AKI och SVF

Mona väcker frågan om AKI ska ta höjd för att kunna få in data från SVF.

Enligt Mona så behövs inte någon större förändring i INCA databasen för att kunna få in data för SVF då vi har olika punkter definierade i KVÅ koder.

**Beslut:** Samtliga kvalitetsregister bör ha med om patienten utretts enligt SVF eller ej samt tidpunkten för välgrundad misstanke. Tid för start av behandling finns redan idag. AKI tar hem frågan och presenterar förslag på hur det kan lösas (*utfört*).

## 8. Rapport om lungcancerportalen

Maria Planck och Fredrik Enlund presenterar tilläggsrapporten nationell lungcancerportal(delad före mötet)- bil 4. Arbetet ger många framtida möjligheter:

- Molekylärpatologisk och klinisk rapportering för **samtliga lungcancerfall** (även EGFR m fl).
- Molekylärpatologisk och klinisk rapportering för **andra tumörformer** (melanom, kolon etc).
- En unik möjlighet att nationellt samla NGS resultat och dess korrelation till klinisk respons vilket även bereder möjlighet till deltagande i internationella studier tillsammans med läkemedelsindustrin.

Men det finns också utmaningar:

- Merarbete för molekylärpatologiska laboratorerna
- För lung- och onkologklinikerna mer detaljerad och mer frekvent registrering i lungcancerregistret
- Hur sker datauttag?
- Finansiering?
- Vem sprider information som fastställer dessa nya arbetssätt?

Samverkansgruppen har inte svaret på utmaningarna. Lars H har haft möte med LIF om fortsatt finansiering för portalen. LIF anser att det är en unik möjlighet men enligt Lars så kommer LIF enbart finansiera enskilda projekt. Även forskningsfinansierare vill finansiera enskilda projekt och inte infrastruktur. RCC kan stödja viss infrastruktur.

Frågan väcktes om ägande av data. Vem äger data och rådande uppfattning var att kvalitetsregistrets styrgrupp äger data. Data kan vara mycket intressanta för läkemedelsindustrin som vill ha samarbete med intresserade forskargrupper. Fortsatt diskussion i frågorna planeras till implementeringsmötet med processledare mfl 10 juni.

## 9. Patientlagen och screening

Gunilla informerar om att yttrande har inkommit från arbetsgruppen cervixcancerprevention samt arbetsgruppen mammografi om hur frågan kring kvinnors rätt att screenas i annat landsting ska hanteras. De två yttrandena (som delats före mötet) har olika innehåll och därför måste ytterligare beredning göras innan något kan presenteras för nätverket hälso- och sjukvårdsdirektörer.