

## Styrgrupp RCC Norr

### Minnesanteckningar

<b>Plats</b>	RCC Norr, Umeå
<b>Datum/tid</b>	2024-11-05 kl. 13.00-17.00 2024-11-06 kl. 08.00-12.00

#### Regionrepresentanter

Anne-Lie Fahlén (RVN)  
Elisabeth Liljekvist (RJH)  
Magnus Hedström (RV)  
Maria Liljeholm (RV)  
Mia Ajax (RJH)  
Roger Brännström (RN)

#### Ej närvarande

Kjell Wäglin (PNR)  
Mats Lundin (RN)

#### Patient- och närståenderådet (PNR)

Leif Carlson (PNR)

#### Umeå universitet

Mikael Johansson

#### Norra sjukvårdsregionförbundet

Nina Fällbäck Svensson

#### Övriga deltagare

Denise Ahlström (cancersamordnare, RN)  
Frans Nilsson (medicinsk chef på barnonkologen, Nus)  
Punkt 11, dag 2  
Kjell Ivarsson (nationell cancersamordnare, SKR)  
Lena Svensson (cancersamordnare, RV)  
Lotta Edvinsson (projektledare för CCC-ackreditering  
av Nus) Punkt 4, dag 1  
Ulrika Rönningås (cancersamordnare, RVN)

#### Representanter RCC Norr

Anna-Lena Sunesson  
Lena Hjerm (sekreterare)  
Ove Andréén  
Pernilla Pantze

**Sekreterare** \_\_\_\_\_  
*Lena Hjerm, justerat Anna-Lena Sunesson*

**Ordförande** \_\_\_\_\_  
*Nina Fällbäck Svensson*

## 1. Presentation av alla deltagare

Nina hälsar välkommen och förklarar mötet öppnat. Alla deltagare presenterar sig.

## 2. Föregående minnesanteckning

### Styrgruppen beslutade att:

godkänna minnesanteckningen från styrgruppsmötet 2024-10-29. Minnesanteckningarna publiceras på RCC Norrs webbplats, se länk nedan:

<https://cancercentrum.se/norr/om-oss/motesanteckningar/styrgruppen/>

## 3. Hur mår svensk cancervård idag och vad behöver vi förbereda oss på inför framtiden?

Kjell Ivarsson, nationell cancersamordnare vid SKR, ger sina perspektiv på jämlik cancervård i Sverige.

Han lyfter bl.a. att andelen personer med cancer ökar och att det påverkar vårdens kapacitet. Det finns flera orsaker till detta, bl.a. att vi lever längre och allt bättre möjligheter till tidig upptäckt av cancer. Fler insjuknar men dödligheten sjunker. Omställningar i vården behövs då allt fler överlever cancer och lever med cancer, inklusive fler äldre personer och personer med samsjuklighet.

Sammanfattning av diskussion i styrgruppen:

### CCC

- Sjukvårdsregional samverkan är viktig och strukturer för samverkan mellan Umeå CCC och RCC Norr måste arbetas fram. RCC är en viktig förutsättning för etableringen av CCC.
- Det är viktigt att man inte arbetar i ”stuprör” utan går ihop med den övriga kunskapsstyrningen.

### Prioriteringar

- Prioriteringar mellan olika diagnoser behövs.
- Prioriteringar och kloka kliniska val är viktiga och det förhållningssättet behöver arbetas in i vårdprogrammen.
- Förslag att onkologichefsrådet och RCC:s vårdprogramsordföranden i projektform arbetar gemensamt med prioriteringsfrågor.
- Det är svårt att göra hälsoekonomiska värderingar för vårdprogram då man på grund av avtalsstrukturen inte har tillgång till uppgifter om vad läkemedel kostar.
- När det gäller precisionsdiagnostik och precisionsmedicin behöver det tydligt framgå i vårdprogram vilka gener det är skallkrav på att analysera.

## SVF

- Målen för vissa ledtider är orealistiska och blir därmed inte relevanta. När vi inte har en verklig möjlighet att uppnå tiderna tappar vi i förtroende.
- En översyn av ledtiderna behövs, alternativt att ännu mer förtydliga att de är framtagna utifrån patientens upplevelse av väntetid. Dialog bör föras mer om innehåll i dagarna än om antalet dagar under väntetiden.
- Ett ekonomiskt incitament i form av krav på kortare ledtider för att få statliga medel löser inga problem och vore kontraproduktivt.
- Delledtiderna inom SVF är viktiga för förbättringsarbete. Man behöver undersöka varför det skiljer sig åt mellan diagnoser, regioner och kliniker. Där kan man hitta ledtrådar att arbeta konstruktivt med för att förbättra.

## Nära vård och primärvård

- I stora delar av Sverige behöver hälsocentraler ofta involveras för att vården ska vara nära patienten.
- Primärvård och specialiserad sjukhusvård behöver samverka som en samlad vård. Trots olika organisationer ska processen vara gemensam och överordnad organisationen.
- Organisationen av nära vård får konsekvenser för kompetensförsörjning. Förutom pengar behövs personella resurser. T.ex. onkologisjuksköterska placerad på hälsocentral eller annan kompetens som kan fungera som en dialogpartner för att skapa trygghet hos både patienter och personal.
- Glesbygdsmedicinskt centrum i Region Västerbotten kan vara en bra partner för hur man kan tänka kring fördelning av kompetenser.
- RCC har en viktig roll för att primärvården ska involveras mer i cancervården. Idag ”finns inte cancer i fikarummet” i primärvården.
- Vi måste arbeta tillsammans med patienterna och i högre grad främja egenvård.

## 4. CCC-ackreditering av Nus

Lotta Edvinsson, projektledare för CCC-ackrediteringsprocessen, presenterar pågående arbete och inverkan på cancervården i hela norra sjukvårdsregionen.

Region Västerbotten, Umeå universitet och RCC Norr ansöker om att Norrlands universitetssjukhus ska bli ackrediterat som ett Comprehensive Cancer Centre (CCC). Ackrediteringen görs av Organisation of European Cancer Institutes (OECI) och är en kvalitetsmarkör som visar att man uppfyller europeiska standarder för vård, forskning och utbildning. Det innefattar långsiktigt utvecklings- och kvalitetsarbete som är värdeskapande för verksamheten, medarbetare och patienter.

## Varför är ett CCC viktigt för Norra sjukvårdsregionen?

- Kvalitetssäkra cancervården för hela sjukvårdsregionen
- Ge fortsatta förutsättningar för att bedriva högspecialiserad vård

- Utnyttja hela regionens sjukvårdskapacitet och behålla patienter inom regionen
- Kompetensförsörjning genom både utbildning och rekrytering
- Ge ökade möjligheter till klinisk forskning i hela regionen
- Skapa bättre förutsättningar för patienter att få delta i kliniska prövningar i hemregionen

Akreditering av cancervården vid Norrlands universitetssjukhus understödjer hela norra sjukvårdsregionen och är en förutsättning för en jämlik, långsiktigt hållbar och modern cancervård i norra Sverige.

### Aktuellt status

- Styrgrupp, projektledare och projektteam tillsatta
- Förankring i verksamheterna
- Utbyte och samverkan med andra CCC
- Screening och projektplan inskickad
- Uppstart av arbetspaket ”self-assessment”

### 5. Nivåstrukturering inom urologin

Ove Andrén presenterar en ny nationell rapport om nivåstruktureringen inom urologin. Det är en genomlysning och nationell kartläggning av genomförd nivåstrukturering och ett underlag för översyn av om det finns fler diagnoser inom urologin där det skulle finnas fördelar med att genomföra nivåstrukturering. Rapporten avser både maligna och benigna diagnoser.

#### Övergripande slutsatser:

- De flesta upplever den genomförda nivåstruktureringen som positiv både för verksamheten och patienterna.
- Skillnaderna i urologisk vård i Sverige är fortfarande för stor. Ett fortsatt arbete behövs för att ge en mer jämlik vård för de urologiska patienterna.
- Det finns ingrepp och diagnoser där det skulle finnas vinster för framtiden om man formaliserade en nivåstrukturering sjukvårdsregionalt eller nationellt för att säkra kompetens, forskning och utvecklingsmöjligheter.

För att ta del av hela rapporten, se länk nedan:

<https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/vardprocesser/urologi/urologirapport-nivastrukturering-20241022.pdf>

### Sammanfattning av styrgruppens reflektioner

- Nus har tappat urologisk verksamhet och andel ingrepp. Troligen till andra delar av Sverige, inte till övriga regioner i Norra sjukvårdsregionen.
- Norra sjukvårdsregionen behöver återta vissa ingrepp och stärka urologisk verksamhet.

- Det finns i dagsläget problem med narkosresurser och vårdplatser, men en viss förstärkning är på gång. Det är viktigt att optimera verksamheten utifrån förutsättningarna, inte flytta den.
- Man behöver samarbeta med kompetenser inom andra områden som ligger i riskzon för att flyttas.
- Det finns för få robotar för benign kirurgi.
- Att samarbeta med NPO kirurgi gör att gränsen mellan cancer och benigna tillstånd inte blir till hinder vid nivåstruktureringsprocessen.
- Det är stor skillnad på arbetssätt hos olika operatörer i Sverige och det finns för många lokala behandlingssätt. Prostatacancervården är inte jämlik i Sverige.
- Njurcancer opereras på färre sjukhus idag än tidigare.
- Det finns behov att göra en sjukvårdsregional nivåstruktureringsprocess för vissa ingrepp som görs sällan och av få operatörer.

### Styrgruppen beslutade att:

Nina och Ove formulerar ett uppdrag till RAG urologi kring sjukvårdsregional nivåstruktureringsprocessen.

## 6. Avslutning dag 1

Nina avslutar mötet.

## 7. Reflektioner efter gårdagen

Dagen innehöll många intressanta och givande diskussioner som kan omsättas i konkreta handlingar. Det finns en positiv stämning i gruppen och en vilja att hjälpas åt – vi är varandras förutsättningar. Det är värdefullt att Kjell medverkar som nationell representant och med ett nationellt perspektiv på cancervården, så att vi arbetar mot en jämlik cancervård i hela Sverige.

## 8. Förbättringsarbeten inom patologi, bilddiagnostik, cancerrehabilitering och palliativ vård

Diskussion och reflektioner över arbetet under 2024 och vad som kan förbättras inför 2025, om motsvarande medel tilldelas i 2025 års canceröverenskommelse.

Att fördela medel till förbättringsarbeten var helt nytt under 2024 och mycket arbete krävdes för att skapa rutiner kring ansökningsförfaranden, beredning, beslut, överenskommelser, ekonomi och utvärderingar.

Styrgruppen tycker att den nuvarande processen där ansökningarna först behandlats i en beredningsgrupp och sedan presenteras i styrgruppen för beslut har fungerat mycket bra. Blir det aktuellt med liknande satsning och fördelning av medel under 2025 önskar man att processen ser ut på samma sätt. Det är också bra att processen för ansökningsförfarande etc. blir likadan som i år så att man känner igen processen ute i verksamheterna.

Styrgruppen poängterar att den här typen av satsningar med kortsiktiga medel inte är optimal utifrån verksamheternas förutsättningar. Långsiktighet förordas, men kräver att staten ger förutsättningar för det.

Styrgruppen önskar få en kort sammanfattning av uppföljningen av alla projekt, med fokus på de mest intressanta/framgångsrika.

Det är viktigt med kommunikation och spridning om de olika projekten som beviljats medel, inklusive resultaten. Projekt kan förslagsvis presenteras vid de sjukvårdsregionala cancerdagarna och kanske vid en postersession, särskild avsedd för dessa projekt under exempelvis onkologidagarna.

Ansvariga för projekten har inte alltid vana att skriva rapporter och presentera resultat. Behov finns av stöd för hur man kan presentera sina projekt, t.ex. en mall för poster och en presentation om hur man gör. Sådant stöd föreslås erbjudas via RCC Norr och verksamheternas egna vårdutvecklare, med finansiellt stöd via medel till RCC.

Mer samarbeten med primärvården behövs för förbättringsarbeten inom cancerrehabilitering. Diskussion om primärvårdsrepresentanter kan rekryteras till gemensamt arbete genom begränsade konkreta uppdrag. Kan en gemensam cancerrehab-primärvård-grupp skapas med uppdrag att själva formulera förslag på gemensamma förbättringsprojekt? I RJH har cancerrehabteamet påbörjat ett samarbete med primärvården. Det arbetssättet kanske kan utvidgas till att bli sjukvårdsregionalt?

Prioriteringar mellan att 2025 tilldela befintliga projekt från 2024 ytterligare medel för fortsatt utveckling kontra att tilldela medel för helt nya projekt ska ske utifrån projektens innehåll.

Medel tilldelas inte rena forskningsprojekt. Ofta finns dock inte en skarp gräns mellan forskning och utveckling och en forskningskoppling bör i sig inte vara ett hinder för att ett förbättringsarbete ska kunna tilldelas medel.

## 9. Styrgruppens sammansättning och arbetsformer

Styrgruppens regionrepresentanter är områdeschefer och verksamhetsrepresentanter från alla regioner i norra sjukvårdsregionen. Denna sammansättning fungerar bra men det är viktigt att nå hälso- och sjukvårdsledningen. Det är svårt att hitta en struktur för att nå ut till primärvården med systematik. Att Umeå universitet nu åter är representerat i styrgruppen är viktigt, liksom att företrädare från PNR ingår.

Det är en hög närvaro vid mötena och en bra struktur. Man har mycket goda möjligheter att komma väl förberedd till mötena, vilket ger bra förutsättningar för konstruktiva diskussioner som även fungerar bra vid digitala möten. Kontinuitet är viktigt för att kunna arbeta bra tillsammans.

En del av styrgruppens medlemmar är även representerade vid möten med RPO Cancer. Detta ses som positivt. En viss upprepning av innehåll vid respektive möte skapar en röd tråd. Informationen och frågorna tas upp och tas vidare på olika sätt i respektive konstellation.

## 10. Samverkan inom cancervården i norra sjukvårdsregionen

Diskussion kring hur vi gemensamt kan arbeta för att ytterligare stärka samarbete och samverkan inom cancervården i sjukvårdsregionen.

### Kirurgisk behandling

Kartläggning och genomlysning för regional nivåstrukturering är bra. Det arbete som nu ska göras för urologin bör göras inom fler områden.

### Röntgen

En PET-CT i Sundsvall är prioriterat. Införandebeslut väntas i närtid i Region Västernorrland. Framtida investeringar i egna PET-CT diskuteras även inom Region Jämtland Härjedalen och Region Norrbotten. Det är oklart om Umeå kommer att kunna leverera tracers till Sundsvall, vilket gör att frågan om att även investera i en cyklotron blivit aktuell i Region Västernorrland.

Inom många sjukdomar blir behandlingar alltmer komplicerade. Behov finns av sjukvårdsregiongemensamma MDK:er för komplexa stadium IV-patienter. Men radiologer är en bristvara och samtliga regioner behöver bidra med radiologikompetens till MDK:er.

### Cancerrehabilitering och palliativ vård

Det är viktigt att jobba tillsammans inom gemensamma utvecklingsområden. Många utbildningar kan göras sjukvårdsregiongemensamt.

### Precisionsmedicin

Det är bra att en nationell handlingsplan för införande av precisionsmedicin nu tas fram.

En ny MDK kring biverkningar av precisionsmedicinsk behandling har startat genom initiativ av onkologer vid Cancercentrum Nus. Behandlingarna blir mer komplicerade och behov av att lyfta mer komplicerade fall ökar. Sjukvårdsregionala MDK och gemensamma kommunikationsytor kring komplicerade behandlingar behövs.

### Kliniska studier

Det är mycket viktigt att på alla nivåer arbeta för att så många cancerpatienter som möjligt inkluderas i relevanta kliniska studier.

### Utbildningsfrågor

Fortsätta bygga nätverk inom olika områden.

### Övrigt

När det gäller digital Min vårdplan återstår mycket innan det är en god funktionalitet i den tekniska plattformen.

Individuell patientöversikt (IPÖ) används i liten utsträckning. Det kräver stora arbetsinsatser bara att komma igång med IPÖ.

## 11. Utveckling och förbättringsarbeten inom barncancersatsningen

Frans Nilsson, medicinsk chef på barnonkologen vid Nus och ordförande för den nationella arbetsgruppen för barncancer under RCC i samverkan, informerar.

Alla behandlingsprotokoll inom barncancervården är internationella i dag och det finns tre nationella vårdprogram som berör barncancer.

- Långtidsuppföljning efter barncancer
- Cancerrehabilitering för barn och ungdom
- Palliativ vård av barn

Det finns möjlighet att söka medel för förbättringsarbeten inom barncancerområdet i norra sjukvårdsregionen, se länken nedan för information och ansökningsformulär:

<https://cancercentrum.se/norr/vara-uppdrag/barn-och-unga/>

### Exempel på projekt från regeringssatsningen på barncancer i Norra sjukvårdsregionen:

- Pediatriskt palliativt kompetenscentrum som bl.a. erbjuder utbildningar och digitalt samtalsstöd. Målbilden är en organisation som kännetecknas av kunskap och kommunikation, där vi samverkar för jämlik palliativ vård av barn norra sjukvårdsregionen.
  - Lika god palliativ vård i norra som i södra Sverige
  - God palliativ vård både i glesbygd och i städer
  - Bidrar till varandras kompetens och utveckling
  - Bidrar och höjer andras kompetens
  - Möjliggör en sammanhållen vårdkedja
  - Bidrar till god tillgång till symptomlindring, både fysiskt, psykiskt, existentiellt och socialt
- Intermediärvårdssal på Nus
- En apotekare knuten till barnonkologen
- Utökad tid för kurator vid Nus, som ger stöd till familjer i hela sjukvårdsregionen
- Psykosocial basstandard
- Digitalt samtalsstöd
- Kontaktsjuksköterskor och barnonkologisk ansvarig läkare på alla sjukhus i norra sjukvårdsregionen där barn med cancer vårdas
- Nyckelmottagningar vid 13, 17 och 18 års ålder för samtliga barn i norra sjukvårdsregionen som har eller har haft cancer
- Pågående implementering av NVP cancerrehabilitering för barn och ungdom, genom en sjukvårdsregiongemensam arbetsgrupp
- Arbete för att underlätta och möjliggöra hemsjukvård för barn med cancer
- Planering för autolog stamcellstransplantation och högdosbehandling på Nus



## 12. Övriga frågor

### *Genetik*

Området cancertgenetik växer och behöver lyftas. Vi kommer hitta fler markörer för ärftlig cancer, en del ärftlighetsgener finns redan med i primärutredningar. Området finns med i handlingsplanen om precisionsmedicin.

En presentation från Cancergenetiska mottagningen önskas vid ett kommande styrgruppsmöte. Vissa patienter remitteras från regionerna för familjeutredningar avseende ärftlig cancer, men andra gör det inte. Det görs olika i regionerna och blir därmed en fråga om jämlikhet.

### *Verksamhetsplanen för RCC Norr*

Anna-Lena presenterar RCC Norrs verksamhetsplan för 2025. Den fastställs av NRFs förbundsledning vid deras möte i december.

### **Styrgruppen beslutade att:**

Godkänna att verksamhetsplanen skickas till förbundsledningen, med ett medskick om att systemutvecklarnas mål, *implementering av automatisk informationsöverföring i minst en datamängd i minst ett av kvalitetsregister som RCC Norr är ansvarig för*, prioriteras och flyttas upp som deras första mål.

### *Digitala kallelser*

Anna-Lena presenterar underlag avseende digitala kallelser och svar inom mammografi. RJH har sedan tidigare anmält intresse att införa detta. Finns det ett intresse i RN, RV och RVN att införa dessa digitala kallelser och svar? Meddela Anna-Lena senast den 9 november. Ju fler regioner som inför detta desto lägre blir engångskostnaden för införandet i respektive region. Den årliga kostnaden för tjänsten är 50 000 kronor per region och år.

## 13. Summering och avslut

Nina avslutar mötet och Kjell tackar för bra dagar.

## 14. Nästa möte

Digitalt möte via teams torsdag 9 januari 2025 kl. 15.00-17.00