

RCC samverkansmöte 20-22 maj 2015 | Internat hos Nils

Närvarande: Nils Conradi, Srinivas Uppugunduri, Beatrice Melin, Mef Nilbert, Lars Holmberg (20-21 maj), Roger Henriksson, Gunilla Gunnarsson (ordförande), Bo Alm (sekreterare).

19 maj, kl. 18.30 – 21.00

Utbyte med danska representanter kring erfarenheter av pakkeförlopb. Ole Andersen som varit ansvarig på Sundhedsstyrelsen, Hans von der Maase, verksamhetschef på Rikshospitalet i Köpenhamn och Lena Specht ansvarig läkare för radioterapi berättar om sina erfarenheter av införandet av pakkeförlopb – se bilaga 1, 2, 3.

Några erfarenheter från Danmark:

Lagstadgad maximal väntetid överensstämmer inte med pakkeförlopb- ger problem.

Buffertkapacitet måste finnas.

Några maximala tider är ouppnåeliga; huvud-hals med tandextraktion.

Borde finnas pausknapp i paketet om t.ex. patienten vill göra något speciellt.

Tider bör vara identiska i pakkena för PAD respektive bilddiagnostik.

I förlängt pakke ingår endast uppföljningsprogram.

88 % av alla nydiagnostiserade cancerpatienter ingick 2014 i pakkeförlopb.

121 763 pakken genomfördes 2014, 30 524 fick cancerdiagnos, 77 % inom max-tiden.

Sätt målet till 75 % – högre orimligt!

Mycket stora regionala skillnader i hur många fall som ingår i paketet för diffusa, allvarliga symtom.

PREM- endast en barometerundersökning av Kreftens Bekämpelse 2011.

20 maj kl. 11.00 -18.30

1. Cancerstrategin och RCC

Varje RCC presenterar sina pågående regionala arbeten och får utrymme för spontan feedback från övriga. Genomförs i form av en pecha kucha-presentation, 6 bilder med 2 min per bild.

Presentationernas utgångspunkt var:

- Det här har jag stora svårigheter med!
- Det här har vi lyckats riktigt bra med!
- Så jobbar vi med linjeorganisationen
- Vår roll i regionens kunskapsorganisation/kunskapsstöd!
- Processarbetet – handen på hjärtat...
- Vad är vår roll när det är flera aktörer på banan?

Några generella saker som framkom:

RCCs styrgrupper fungerar inte optimalt.

Universiteten bör ha ordinarie ledamot i styrgruppen.

Ett cancerråd per sjukhus kan vara ett bra koncept.

Tveksamheter kring delat Halland.

2. Bäckencancerrehabcentrum

Mef informerar om en planerad workshop med anledning av förslag om nyinrättandet av bäckencancerrehabcentrum, dels i Stockholm, dels pågående tankar i Syd och Väst. I Stockholm planeras bäckencentrum integreras i ett generellt rehabiliteringscentrum. Denna rehabiliteringsresurs är av stort värde för många patienter inom flera diagnosområden. Frågan är om diskussionen enbart ska vara en regional angelägenhet eller om vi ska skapa en nationell grupp för nationell samverkan och styrning. I detta läge vill RCC i samverkan inte lyfta ut just denna del ur rehabiliteringsområdet och skapa en separat nationell arbetsgrupp. Övriga RCC deltar gärna med ett par representanter i den planerade workshopen.

Frågan väcks om rehabilitering kanske borde vara ett av de områden RCC i samverkan fokuserar på framöver.

Självklart att rehabilitering ska ingå i allt vårdprocessarbete, idag ser det väldigt olika ut vad gäller rehab-resurser för patienter i olika diagnoser.

Beslut 1: RCC i samverkar inrättar en nationell arbetsgrupp för rehabilitering med två representanter per RCC, genom att vidareutveckla och utvidga det nuvarande rehab-nätverket. Eventuellt slås den nya arbetsgruppen ihop med arbetsgruppen för vårdprogrammet för rehabilitering.

Beslut 2: Till RCC-mötet den 16 juni har alla RCC skickat in förslag till regionala representanter.

Beslut 3: Arbetsgruppen får i uppdrag att:

- Fortsätta driva på rehabiliteringsarbetet i vårdprocesserna.
- Utredda och föreslå hur RCC kan bidra till att en jämlik tillgång till fysisk aktivitet ingår i rehabiliteringen.
- Utredda och föreslå hur en jämlik tillgång till förebyggande och omhändertagande insatser för patienter med sen-effekter av cancerbehandling ska kunna säkras.

Förslagen ska vara evidensbaserade och ta hänsyn till förekommande effektanalyser.

3. De nationella processerna

Bea introducerar frågan om hur de nationella processerna gällande NT-rådet, TLV mm hålls samman och hakar in i de regionala processerna i våra olika regioner. I vilka faser av införandet av nya mediciner har våra vårdprogramgrupper möjlighet att ha synpunkter och hur gör vi i så fall med eventuella jävsfrågor.

Enligt SKLs struktur är det i första hand tänkt att NAC-gruppen är den naturliga kontakten för VP-grupperna. Om VP-grupperna vill påverka redan vid fylänsgruppens arbete med horizon scanning kan de naturligtvis alltid lämna synpunkter men har ingen rätt att delta eller representeras i arbetet.

Beslut: Kommande läkemedelssida på vår webb bör ha en bild som visar flödet för samordnat införande av cancerläkemedel. Gunilla samråder med SKLs läkemedelsgrupp för att få fram en sådan. (Gunilla: Här finns all information:

<http://www.janusinfo.se/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/> Det här är den enda möjliga bilden men den kräver kompletterande text

<http://www.janusinfo.se/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/Sa-fungerar-ordnat-inforande/>)

Mef sitter i Läkemedelsverkets vetenskapliga råd. Vill övriga RCC ha LMV:s Införande och uppföljningsprotokoll efter mötena?

Beslut: Ja, direktutskick eller för kännedom till samverkansmötena.

4. Cancerdag hösten 2015

Samverkansgruppen diskuterar behovet av en dag kring RCCs framtid snarare än en dag liknande DM-dagen som i år ska handla om nordiska erfarenheter i cancervården. Såväl tjänstemannaledningar som mellanchefer och departementet kan vara deltagare liksom RCC i samverkan med ersättare och en patientrepresentant per råd. Tänkbara inledare diskuterades samt vilken roll RCC-cheferna ska ha vid mötet.

Beslut: RCC önskar arrangera en workshop ihop med HSD- nätverket under hösten sannolikt en torsdag kl 13-17 när HSD ändå har kvällsmöte. Huvudfrågor: Hur ska vi utveckla RCC för framtiden? Vilka erfarenheter kan användas av andra områden? Samverkansgruppen uppdrar till Gunilla att i första hand kontakta HSD-nätverket, sedan tänkbar moderator varefter diskuterar vi upplägget igen. (*HSD tackat ja, det blir 20 november fredag em.*)

5. Initiativ från kvalitetsregisterkansliet

RCC har ombetts bedöma det nionde förslaget till nytt register som eventuellt kan få nationellt bidrag; sarkomregistret. Bör vara två RCC som delar på bedömningsansvaret. RCC bör stämma av med RC för att göra bedömningarna på likartat sätt.

Beslut: RCC syd och norr får RCCs uppdrag att göra bedömningen. Denna behöver inte passera RCC i samverkan för fastställande(*klart – se bilaga 4*).

21 maj kl. 9-15 + eget arbete

6. RCCs framtid – strategidiskussioner

- a. Vad vill vi ska hända efter 2015? Efter 2018?
- b. Ska nya kriterier eller annat underlag för RCCs framtid tas fram under 2016? Tillsammans med staten? Tillsammans med landstingen?
- c. Samverkan eller konkurrens mellan RCC?
- d. Cancer Comprehensive Center (CCC) – färre RCC??
- e. RCC i linjeorganisationen eller som nu?
- f. Alternativ till Socialstyrelsens utvärdering av RCC?
- g. Vad betyder kommande regionöversyn, högspektredningen och kvalitetsregistersatsningens vara eller inte vara?

Här kommer några sammanfattande kommentarer efter en lång diskussion:

- Mer samverkan än idag förespråkas – inte mindre.
- Vi bör koncentrera och kondensera till 3-4 områden som är lättare att kommunicera och fokusera på och omfatta perioden 2016-2020.

- Viktigt med ett strategiskt förhållnings- och arbetssätt, inte bara planer.
- Viktigt att få till strategiska OCH operativa RCC-styrgrupper i regionerna.
- Att staten känner ett fortsatt ansvar för frågorna måste kombineras med ett större engagemang från landstings- och regionledningar, liksom från ledningarna för linjeorganisationerna.

Sammanfattande gemensam uppfattning om CCC;

Samverkansgruppen tror idag inte på ett ”expertcancersjukhus” á la CCC.

Vi ser gärna ett starkare RCC, med större mandat/påverkansmöjligheter och med utvecklad nationell och regional samverkan, men det förutsätter även tydligare och starkare politiska regionledningar.

RCC vill se etablerade regionala och nationella nätverk med tydliga krav på samverkan inom utpekade områden, med tydliga mål för verksamheten och väl sammanhållna patientprocesser, där ansvaret för forskning och utveckling är integrerat.

RCC tar gärna större ansvar och mandat att driva på utvecklingen av cancervårdens utförande.

7. Högspecialiserad vård

Gunilla redogör för läget i utredningen om koncentration av högspecialiserad vård.

Utredningen avser att lämna förslag som omfattar både regional och nationell koncentration av högspecialiserad vård. Motiven bygger på resonemang om samband mellan volym och kvalitet. 100 åtgärder/år och klinik och 30 åtgärder/år och läkare är de gränser utredningen bygger sina förslag på.

Utredningens definition av högspecialiserad vård i ord dock så bred att i princip stora delar av länssjukvården kan komma att omfattas.

Självaste arbetssättet bygger på erfarenheter från nivåstruktureringen på cancerområdet.

En hel rad sakkunniggrupper ska utses för respektive område som ska bedömas, men de som skissas på ligger på för hög nivå för att ha tillräcklig detaljkunskap för åtgärder som berörs. En myndighet ska utses att hantera stegen och fatta beslut; Socialstyrelsen.

De kontakter utredningen haft med landsting och regioner har i princip gett utredningen grönt ljus för förslagen. Förslaget kan innebära den största förändring av svensk hälso- och sjukvård som genomförts på mycket länge. Inga underlag för den totala volym vård som kan omfattas av regional nivåstrukturering har presenterats, ej heller några konsekvenser av förslagen trots att akutsjukvården med stor sannolikhet kommer att behöva förändras.

Idag är frågan upp i SKLs sjukvårdsdelegation.

Rikssjukvårdsnämndens tjänstemannamöte påpekade att förslagen i princip innebär att man inrättar specialiteten akutmedicin.

Slutsatsen för RCC är att vi måste fortsätta och öka farten och kraften i det nivåstruktureringsarbete vi redan bedriver, och med det visa att landstingen faktiskt klarar att fatta den här typen av beslut.

Önskvärt är att skärpa definitionen av högspecialiserad vård i utredningen.

Exempelvis: Högriskverksamheter med stora risker för livshotande biverkningar.

Områden under kraftig utveckling som kräver aktiv forskning.

Vi måste avkräva utredningen konkreta exempel, så det går att förstå definitionerna.

RCC är i grunden positiva till utredningen och koncentration av vården men bedömer att detta är en så stor förändring att det ska drivas som ett utvecklingsprojekt som ska omfatta ett begränsat antal områden, ej cancer eftersom det redan pågår viktigt arbete där.

Möjliga områden att börja med:

- Benign kirurgi, exempelvis obesitas.
- Molekylärgenetisk diagnostik
- Funktionell PET-diagnostik
- Något område inom psykiatri och internmedicin

Beslut: Gunilla kommer framföra till expertgruppen nedanstående synpunkter:

Vi står fast vid att RCC är positiva till utredningen men den måste landa på ett sådant sätt att det verkligen kan bli något av den.

Om man föreslår stora förändringar – börja då i test eller pilotprojekt med utvärdering. Försök ska gärna omfatta områden som idag inte har jobbat med koncentration- se punktlista ovan.

Sakkunniggrupper kan peka ut områden för nationell och regional centralisering.

Myndighet kan fatta beslut om nationell koncentration och lämna rekommendationer om sådant som kan centraliseras regionalt.

Organisatorisk struktur med mandat krävs för den regionala koncentrationen.

Konsekvensbeskrivningar måste till (*utfört 26-27 maj*).

8. The RCC story

Ska vi själva berätta The RCC story? Hur, vem och vilka delar?

Populärvetenskapligt hållen skrift med målgrupp: beslutsfattare, linjeorganisationens ledare, cancervårdens medarbetare, patientföreträdare.

Huvudtema:

Så har vi utvecklat den svenska cancervården – ur ett lednings-/styrningsperspektiv.

Exceptionell och kanske lite kontroversiell styrform i relation till vår ordinarie styrform för sjukvården.

Deadline och publicering; hösten 2015 eller våren 2016.

Omfattning: ca 50 sidor med hjälp av journalist.

Definiera ett antal kapitel (4-7) som utgör grundstenarna i vår kunskapsstyrning.

Det här skulle kunna vara med:

Hur lokala självstyret möter en ny nationell parallell styrform

Det finaste vi gjort; Min vårdplan, KSSK, palliation,

Patientperspektivet

Nivåstrukturering och Nationella vårdprogram och hur vi involverar professionen

Vi har bidragit till en mer jämlik cancervård

Erfarenheter av att bygga strukturer nationellt

Mål: en mer jämlik cancervård

Medel: involvera professionen, involvera patienterna

Beslut: Boa får i uppdrag att vara projektledare för arbetet och som första steg kolla med journalister om intresse att ta uppdraget.

22 maj kl. 9-15 + eget arbete

9. SKLs enkät – hur kan samverkansarbetet bli bättre?

Gunilla redogör kort för bakgrunden till enkäten och innehållet i de svar som kommit in. Sammanfattning av synpunkterna:

För mycket detaljfrågor på mötena, fler möten bör hållas per video och vara kortare.

Ett årshjul för samverkansgruppens arbete vore värdefullt att ta fram. Det skulle göra oss mindre reaktiva och få utrymme för att bli mer proaktiva.

Större strategiska frågor kan beredas i förväg av en eller ett par RCC-chefer.

Beslut om representation i olika arbets- och VP-grupper bygger på att respektive RCC-chef tar ansvar för att nominera personer i tid. Den administrativa beredningen inför mötena kan hanteras dels av SKLs administratör, dels av berörd samordnare, så att gruppernas sammansättningar endast behöver tas upp för beslut vid samverkansmötena.

Möten på andra orter än i Stockholm. Max 1 sådant möte per halvår.

Frågan om standardiserade vårdförlopp är för lite känd i verksamheterna.

I nästa fas behöver vi även utveckla planer för kommunikationsinsatser riktade till patienter och allmänhet.

10. INCA och AKI-arbetet

RCC konstaterar att samverkansgruppen behöver bättre inblick i och koll på AKIs förvaltnings- och utvecklingsarbete. Och att statistikernas arbete i för stor utsträckning verkar gå åt till rutinåtgärder för registrens räkning, och i för liten utsträckning räcker för utveckling av modeller för on line-rapportering och annan utdata.

RCC behöver bli bättre beställare av den typen av utdata och rapporter som bättre svarar mot de behov vi har idag.

Beslut 1: Gunilla ber Mona och AKI att disponera 2 timmar av RCC-mötet i augusti för en övergripande rapport och diskussion om långsiktig strategi och planering för arbetet med INCA. Den långsiktiga planen bör även omfatta beräkningar av framtida kostnader (*utfört*).

Beslut 2: Nils får i uppdrag att inför samverkansmötet 16 juni ta fram förslag till ett antal strategiska frågeställningar, som ska bilda utgångspunkt för diskussionerna under mötet.

Diskussionerna under augustimötet bör utmynna i en gemensam viljeyttring, där samverkansgruppen beskriver vad den vill få ut från INCA och AKI. Viljeyttringen bör t.ex. kunna omfatta sådant som interaktiv resultatredovisning och ensade arbetsformer och instruktioner för statistiker.

11. Radioterapiplattform

Roger rapporterar från styrelsen för testbädden strålterapi. Vinnovas finansiering av nationella radioterapiplattformen och testbädden är på väg att ta slut. Såväl finansiär som huvudman behövs.

En långsiktig målsättning borde kunna vara att kommunförbundet för Skandionkliniken tar över, men under tiden behöver en annan lösning fram eftersom de tackat nej för närvarande. Risken är annars att den enbart blir ett Karolinska projekt eller att testbädden läggs ner.

Beslut: Roger bjuder in Björn Zackrisson till ett extra samverkansmöte den 12 juni kl 9-10 (video) för att redogöra för nationella testbäddens läge, vilka resultat och erfarenheter de gjort fram till idag och vilket framtida stöd de anser sig behöva för att ta tillvara den investering som hittills gjorts.