

Nationell multidisciplinär konferens

Ett ramverk

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| 1. Sammanfattning | 3 |
| 2. Bakgrund | 4 |
| 3. Uppdraget..... | 4 |
| 4. Allmänna synpunkter..... | 5 |
| 4.1 Arbetsformer..... | 5 |
| 4.2 Deltagande | 6 |
| 5. Processen MDK | 6 |
| 5.1 Sekretess | 7 |
| 5.2 Innan nationell MDK införs | 8 |
| 5.3 Varianter av nationell MDK..... | 9 |
| 5.4 Remitteringsförfarande..... | 9 |
| 5.5 Arbetsbesparande åtgärder | 10 |
| 5.6 Dokumentation..... | 11 |
| 5.7 Arbetsgång | 12 |
| 5.8 Kompetens..... | 13 |
| 5.9 Patientinformation och delaktighet..... | 13 |
| 6. Rapportering till kvalitetsregister | 14 |
| 7. Teknik | 14 |
| 8. Finansiering | 16 |
| 9. Informationskällor..... | 16 |
| 9.1 Följande personer har lämnat värdefulla bidrag till ovanstående underlag | 16 |
| 9.2 Deltagande har skett i följande ronder..... | 17 |
| 9.3 Referenser | 17 |

1. SAMMANFATTNING

Deltagandet i multidisciplinära konferenser eller ronder (MDK) har visat sig förbättra vårdens kvalitet ur flera synvinklar och används i allt större utsträckning både lokalt och regionalt. I överenskommelsen mellan regeringen och SKL för 2014 ingår att ta fram en modell även för nationella multidisciplinära konferenser, att användas vid genomförd nationell nivåstrukturerad av vissa cancersjukdomar. Samtliga nyupptäckta och recidiverande patienter, aktuella för nationell vårdenhet, bör värderas vid en nationell MDK. Detta ställer stora krav på effektivt tidsutnyttjande av rondan, dels mot bakgrund av en stor patientvolym och dels på grund av att fallen ofta är påtagligt komplicerade. En nationell MDK har, förutom tidsåtgång, flera andra problem gemensamma med övriga MDK, som tekniska begränsningar och oklarheter kring ersättning, men utmaningarna är i vissa fall mer uttalade för en nationell rond. Kravet att samtliga patienter bör delta i aktuella kliniska studier tillkommer också vid en nationell MDK. En del förslag för nationell MDK kan givetvis också tillämpas vid andra ronder som engagerar flera regioner eller vårdnivåer.

Sekretessfrågorna för en nationell rond är desamma som gäller inom hälso- och sjukvård generellt; tystnadsplikt, inga oidentifierade deltagare och ansvar för den egna uppkopplingen om den skett från dator utanför rondrummet. Fler aktörer deltar dock i en nationell rond och samarbetet sker över landstings- och regiongränser, vilket ställer ökade krav. Det måste finnas en möjlighet att koppla ned oidentifierade deltagare och utbildningsfall ska sparas avidentifierade.

För en nationell MDK förslås cirkulerande ordförandeskap, samordning av remisser till rondan, patientinformation och uppföljning, kontinuerlig översyn av kompetensförsörjningen och framtagna lösningar av ersättningsfrågor.

Ett nationellt gemensamt IT-verktyg, som ger en samlad bild av patientfallet, tillåter digitaliserat arbetssätt och kanske också erbjuder ersättningslösningar, skulle vara en fördel, både tidsmässigt och ur patientsynpunkt.

Remittering kan ske från hemortssjukhuset direkt till nationell vårdenhet eller via aktuellt regionsjukhus. Förutsättningar är webbaserad och strukturerad remiss, att deadline för anmälan till rondan respekteras och att det finns en funktion för att säkra att alla data är tillgängliga vid rondan.

Det måste vara klart vem som ansvarar för dokumentation, att snabb information lämnas till patient och inremitterande läkare och för rapportering till kvalitetsregister. Ronddisciplin måste råda med en rondhållare utsedd och det måste finnas tillräcklig och beslutsam kompetens hos deltagare från de nationella vårdenheterna. Samtliga bör vara väl förberedda.

Tekniken är under snabb utveckling, men idag finns begränsningar i antalet enheter som kan vara uppkopplade samtidigt vid en MDK. Möjlighet att koppla samman landstingens arbetssystem är en stor fördel, liksom att en tekniker är närvarande under rondan.

Finansieringsfrågan är komplex och kan behöva lyftas till nu pågående utredning av den högspecialiserade vården, som ska vara klar hösten 2015.

2. BAKGRUND

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting slöt 2011 en överenskommelse syftande till att landstingen skulle påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta, särskilt resurskrävande och svårbehandlade cancersjukdomar. Den nationella samordningen ska vara värdeskapande för patienten och utformas så att en koncentration av vårdåtgärderna leder till ökad vårdkvalitet, förbättrade vårdresultat, effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser och stärker förutsättningarna för klinisk forskning.

SKL publicerade i september 2013 en delrapport som belyser hur denna samordning mellan sjukvårdshuvudmännen bör utvecklas i frågor som rör vem som gör vad var i cancervården på nationell nivå (Nivåstrukturerad cancervård – för patienternas bästa, SKL 2013). Rapporten föreslår handläggningssång vid nationell nivåstrukturering och presenterar förslag för tre pilotdiagnoser. Den föreslår även inrättande av nationella multidisciplinära konferenser och en nationell cancerguide för patienter.

Regionala cancercentrum i samverkan fortsatte under 2013-2014 nivåstruktureringsarbetet för kurativt syftande peniscancerkirurgi i enlighet med den föreslagna handläggningssången. Detta ledde till att Sveriges regioner och landsting under hösten 2014 beslutade om nationell nivåstrukturering där kurativt syftande kirurgi koncentreras till två nationella vårdenheter.

I överenskommelse mellan regeringen och SKL om kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2014 har ingått en satsning på stärkt cancervård, som bland annat innebär att SKL ska fortsätta arbetet med en nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården i enlighet med föreslagen arbetsprocess och beslutsordning. SKL ska vidare verka för att öka kvaliteten på specifika vårdinsatser och för att stärka sambandet i vårdprocessen för berörda cancerpatienter genom att ta fram en modell för nationell multidisciplinär rond.

3. UPPDRAGET

Uppdrag lämnades i september 2014 till Ewa Lundgren att som projektledare, med administrativt stöd av Anna-Lena Sunesson, Regionalt cancercentrum(RCC) norr, beskriva hur en nationell webbaserad kvalitetssäkrad multidisciplinär rond initieras, beslutas, planeras, genomförs på ett effektivt sätt och följs upp. I uppdraget ingick vidare att beskriva förhållandet till regional och lokal MDK. Målen är att öka vårdkvalitet och hålla ihop vårdprocessen. Regionala cancercentrum i samverkan har utgjort styrgrupp och skriftlig slutrapport lämnades 31 dec 2014. Under våren 2015 har slutrapporten remissbehandlats. Efter inarbetade remissynpunkter har RCC i samverkan i juni 2015 fastställt denna rapport.

Projektledaren har intervjuat personer med olika erfarenheter av att organisera och leda MDK på lokal, regional och nationell nivå och har deltagit i regionala ronder i olika delar av landet, samt i den nationella peniscancerronden.

Lagstiftning som berör området har tagits i beaktande och diskuterats med jurist vid SKL. Specialistföreningarna har givits möjlighet till synpunkter via remiss.

4. ALLMÄNNA SYNPUNKTER

Multidisciplinära konferenser (MDK) har ökat i antal under de senaste åren och deltagandet i MDK ingår numera som kvalitetsindikator i allt fler nationella vårdprogram, kvalitetsregister och Socialstyrelsens och SKL:s redovisning av cancervården i ”Öppna Jämförelser” (ÖJ). MDK ingår också i de standardiserade vårdförlopp som nu successivt arbetas fram för olika cancerdiagnoser.

Handläggningen av bröstcancer har varit en förebild, med sedan många år en konferens som redovisar samtliga patienter både före och efter primär behandling. Den primära behandlingen är ofta ett kirurgiskt ingrepp och vid en andra MDK finns då en patologisk anatomisk diagnos (PAD), som kan användas för att skraddarsy fortsatt behandling. Andra skäl att åter aktualisera en patient vid en MDK kan vara att kompletterande utredningar genomförts, att sjukdomsbilden ändrats till följd av till exempel neo-adjuvant behandling, önskan om second opinion eller förstås recidiv.

MDK innebär att patienten bedöms samlat ur flera specialiteters synvinkel, vilket har visat sig ha effekter på förbättrad följsamhet till vårdprogram och riktlinjer, samt positiva effekter på mortalitet (Wright et al: Multidisciplinary conferences: A systematic review and development of practice standards). Ronderna har vidare uppfattats ha stärkt och likriktat samarbetet lokalt och inom varje region, medfört mindre risk för missförstånd när en patient förflyttas mellan vårdnivåer och slutligen sannolikt förbättrat deltagande i kliniska studier. Den sammantagna bilden är alltså att MDK har utvecklat handläggningen av patienterna till en förbättrad medicinsk kvalitet.

4.1 Arbetsformer

MDK förekommer som lokal, regional och nationell rond. De länssjukhus, som har egen onkologisk verksamhet, har *lokala MDK* och kopplar upp sig mot region-sjukhusets rond vid behov. Formerna för de *regionala MDK* varierar. Det kan vara

1. en sluten rond, där patienter som remitterats från regionen endast diskuteras mellan representanter från regionsjukhusets specialiteter,
2. en öppen videorond, där läkare från aktuell specialitet i regionen redovisar som enda externa deltagare från aktuellt sjukhus, eller
3. en öppen videorond, där varje sjukhus redovisar sin utredning för aktuell patient (se nedan under teknik) i tur och ordning, eller med samtliga deltagare uppkopplade under hela rondens gång.

Att rondens deltagare är geografiskt spridda och att rondens genomförs med en videolösning är den vanligaste formen för regionala MDK. Att ha patienter med under MDK är inte tidseffektivt, utan en gemensam bedömning av patienter får i så fall ske vid en efterföljande arbetsrond, som till exempel för patienter med

matstrupscancer vid Akademiska sjukhuset, där onkolog och kirurg diskuterar handläggningen tillsammans med patienten. De lokala och regionala MDK är väl etablerade idag, men det sker en kontinuerlig utveckling av dem, både vad gäller form och innehåll.

Även de *nationella MDK* som finns etablerade idag har olika upplägg, delvis beroende på syfte. MDK för till exempel HIPEC (lokal behandling med varm cellgiftsvätska i buken efter kirurgi, hypertermisk intraperitoneal cytostatika) omfattar de fyra regionsjukhus som utför ingreppet och dessutom deltagare från Holland och är ett diskussionsforum för de ofta komplicerade ingående fallen. Andra ronder anges som nationella, men omfattar inte alla regioner eller tar endast upp särskilt komplicerade fall inom sjukdomsgruppen. Peniscancerronderna, som sedan ett år är en etablerad nationell rond, omfattar dock samtliga sex regioner och med ett deltagande av samtliga under hela ronden. De befintliga nationella ronderna har initierats av professionen, som har sett ett behov och värde av en nationell MDK. Även om denna rapport i första hand fokuserar på MDK för nationellt nivåstrukturerade diagnoser är resonemangen i hög grad tillämpbara även på nationella ronder för diagnoser som inte är nivåstrukturerade över regionnivån.

Det är av vikt att ronderna äger rum regelbundet och tillräckligt ofta. Veckovisa ronder, som också i de flesta fall genomförs, är att föredra när det gäller cancer-sjukdomar.

4.2 Deltagande

Deltagare vid MDK är inte klart definierat i till exempel ÖJ, men brukar förutom onkolog, representant för aktuell cancerforms kliniska specialitet (exempelvis urolog, gynekolog, lungmedicinare, hematolog eller subspecialiserad kirurg) och kontaktsjuksköterska, vanligen vara radiolog och patolog. Sammansättningen varierar beroende på sjukdom. Bemanningssituationen lokalt inom en specialitet inverkar också på möjligheten att delta. Slutligen är ronderna uppbyggda olika beroende på att skilda IT-lösningar valts i de olika regionerna. Andra medicinska specialiteter än de ovan nämnda kan således vara aktuella vid en MDK, beroende på cancerform. Rehabiliterings- och palliativ kompetens är idag sällan representerade vid MDK, men bör sannolikt vid behov också inkluderas tidigt i vårdförloppet.

Inför införandet av nationell MDK bör det vara fastställt vilka specialiteter och professioner som ska delta för att ronden ska vara fullständig – förslagsvis alltid onkolog, representant för den kliniska (sub-)specialiteten som cancerformen handläggs av, kontaktsjuksköterska och åtminstone en representant för den diagnostiska utredningen.

5. PROCESSEN MDK

När nationella vårdenheter nu successivt identifieras som led i den pågående nivåstruktureringen för mer ovanliga och resurskrävande cancerformer, är en förutsättning för en fullgod nationell samverkan att nationella MDK (nMDK)

införs. Optimalt bör samtliga nyupptäckta och recidiverande patienter med aktuell cancerform redovisas på gemensam rond. Ett gemensamt förhållningssätt är avgörande för likvärdig vård och att *samtliga* patienter redovisas på en nMDK är därför avgörande. På en nMDK ska alltså optimalt även patienter som endast är aktuella för palliativ behandling redovisas, liksom de som initialt ska skötas konservativt.

Ansvar som en nationell vårdenhet har omfattar vanligen den primära kurativt syftande behandlingen, samt rådgivning vid diagnostik, uppföljning och palliation. En nationell MDK har fler syften än en lokal eller regional MDK. Förutom den för alla MDK gemensamma primära uppgiften att bestämma bästa behandling för patienten, ingår alltså att optimalt redovisa samtliga patienter, sannolikt ett större behov av att gemensamt diskutera handläggning av flera komplicerade fall, att bevaka att samtliga möjliga patienter deltar i aktuella studier och slutligen att bevaka ledtider och vid behov använda en annan nationell vårdenhet för att korta en väntetid. Att en nationell MDK startas är en fråga för de nationella vårdenheter som utses att sköta den aktuella diagnosgruppen i samverkan med varandra.

Kända och gemensamma problem för alla MDK är tekniska problem, bemanningsbrist inom vissa specialiteter, ofta onkologi och radiologi, frågor om eventuell ersättning samt tidsbrist för samtliga specialiteter. Dessa faktorer gäller givetvis också för en nationell MDK, men en del problem blir ännu mer uttalade för de nationella ronderna.

5.1 Sekretess

Ju fler parter som deltar i en gemensam MDK, desto lättare är det att sekretessriskerna uppstår. Nationella MDK innebär faktautbyte om patienter över huvudmannagränser (vid internationellt samarbete gäller dessutom olika juridiska förutsättningar i de olika länderna) och patientsekretessen måste säkras genom ett tydligt regelverk. Det är arbetsgivarens ansvar att förutsättningar för patientsekretess finns. Samtliga som deltar i en rond och kan tänkas bidra med sin professionella kompetens har rätt att ta del av patientfallen och detta kan även hävdas vara fallet med till exempel läkare under utbildning. Externa gäster, som administrativ personal eller landstingspolitiker som önskar delta i klinisk verksamhet, bör däremot välja annat forum för sitt studiebesök. Vid en MDK redovisas många fall och patienterna har ingen möjlighet att påverka vilka som ser röntgenbilder och lyssnar på diskussionen. Rimligen kan tekniken på sikt anpassas så att remitterande enhet och regionsjukhus ser patientens fulla identitet, medan övriga ser exempelvis endast kön och ålder.

Tystnadsplikt för samtliga i rummet närvarande personer är självklar och vem som är ansvarig för att ingen obehörig deltar på plats måste vara klart. Möjligheten att en deltagare kan koppla upp sig från sin egen dator eller läsplatta innebär ytterligare risker.

Minimikrav är att för rondens ansvariga enhet har möjlighet att se vilka som deltar och också har möjlighet att stänga ned icke-identifierade deltagare. Vidare att alla som kopplar upp sig från egen dator utanför rondrummet är helt klara över det egna ansvaret att inte lämna datorn påslagen, om han eller hon exempelvis måste

lämna ronden i förtid. Möjlighet att ”Skypa” och på så sätt delta i rondens finns teoretiskt, men borde hindras av sjukhusens brandväggar.

En för sekretessen betryggande lösning är att varje deltagande enhet rings upp i tur och ordning och för den enheten aktuella patienter avhandlas. Tekniken krånglar då dessutom mindre ofta. Radiolog på hemorten deltar inte, vilket kan vara positivt ur tidssynpunkt och lösningen är på flera sätt tidseffektiv men möjligheter till diskussion och gemensamma beslut förloras. Arbets sättet torde definitivt fungera sämre för en nationell MDK.

Ett annat riskmoment är det vällovliga önskemålet att spara bilder och data från ett patientfall i utbildningssyfte. Då är det viktigt att fallet presenteras avidentifierat och aldrig som en skärmdump.

Sammanfattande synpunkter på sekretess vid MDK:

- Självklar tystnadsplikt för samtliga deltagare
- Inga oidentifierade deltagare vare sig i rondrummen eller inkopplade på nätet
- För rondens ansvariga enhet ska kunna koppla ned deltagare vid behov
- Uppkopplad dator ska alltid stängas av om deltagare via video måste lämna rondens i förtid
- Undervisningsfall måste sparas avidentifierade

5.2 Innan nationell MDK införs

Ansvar för att införa en nationell rond har de nationella vårdenheterna, som har blivit utsedda att sköta specificerade åtgärder inom respektive cancerform. Samtliga nationella vårdenheter förutsätts delta i nMDK och sannolikt är det lämpligt att ordförandeskapet cirkulerar mellan dem.

Ett grundligt förarbete är nödvändigt innan en nMDK införs. Samordning av remisser, patientinformation och uppföljningsrutiner förutsätts. Samråd måste ske med alla i rondens ingående specialiteter innan en ny MDK startas, med tanke på den ökade arbetsbördan och tidsåtgången. Eventuellt borttagande eller rationalisering av andra ronder, ekonomiskt tillskott med möjlighet till kompetensförstärkning och framtagande av regler för uppföljning måste diskuteras på varje nationell vårdenhet.

Sammanfattande synpunkter på införande av nationell MDK:

- Cirkulerande ordförandeskap
- Samordning av remisser, patientinformation och uppföljningsrutiner
- Kontinuerlig översyn av kompetensförsörjning
- Utredda behov av budgetförstärkning
- Diskussion om ersättning (se avsnitt om finansiering)

5.3 Varianter av nationell MDK

Konferensens huvudsyfte måste först klargöras; är det en beslutsrund inför primär behandling, en redovisning av samtliga aktuella fall eller en rond för uppföljning? Varje cancerform kräver en specifik handläggning, där bland annat utredningens omfattning och patientvolymen påverkar hur rondens bör läggas upp. Lösningarna måste självklart arbetas fram av och vara förankrade i aktuell verksamhet. Vidare måste den nationella rondens ha ett mervärde. Om det redan finns fungerande system och remissvägar behövs kanske endast en mindre justering för att rondens ska kunna utvecklas vidare som nationell MDK. Nedan listas några exempel på hur en nationell rond skulle kunna utformas.

1. Samtliga patienter redovisas före och eventuellt efter primär behandling på en beslutsrund och den nationella vårdenheten sköter den planerade kurativa behandlingen (till exempel den nationella peniscancerronden).
2. Samtliga patienter redovisas innan och efter primär behandling, men var behandlingen sedan sker kan vara olika lösningar beroende på exempelvis omfattning. Det kan till exempel vara så att initial behandling är onkologisk, medan recidiv opereras på olika nivåer beroende på hur komplicerat ingreppet är.
3. Samtliga patienter redovisas, men ett urval av de mer komplicerade patienterna presenteras utförligt på nMDK, medan mer rutinartade fall redovisas översiktligt. Exempel kan hämtas från matstrupscancerområdet. De komplicerade fall som måste diskuteras pre-operativt skulle kunna vara cervikala tumörer, unga patienter med överväxt på andningsvägarna eller behov av komplicerade endoskopiska ingrepp, men uppdelningen ska avgöras av specialiteten. Ett sådant förfaringsätt kräver ett relativt stort förarbete.
4. De patienter som planeras för kurativt ingrepp presenteras utförligt på nationell rond, de klart palliativa patienterna på regional eller lokal rond. Sådant förfarande innebär att det finns ett antal gränsfall i en ”gråzon” som också måste diskuteras gemensamt på den nationella rondens och ett omfattande förarbete förutsätts.

Oavsett vilken variant som väljs är det nödvändigt att rondens regelbundet utvärderas och rondrutinerna revideras, dels för att rondens ska utvecklas tids- och effektivitetsmässigt, dels med tanke på den kliniska utvecklingen. Rutinen för en nationell rond ska vara ”ett levande dokument”.

5.4 Remitteringsförfarande

Samtliga nyupptäckta fall och recidiv av tidigare fall som hör till de cancerformer som sköts av nationella vårdenheter bör vara föremål för diskussion på en gemensam nationell MDK, alternativt redovisning i flera steg enligt ovan. Optimalt skulle givetvis vara att remitterande läkare deltar, men det är sannolikt svårt att genomföra, främst av tidsskäl och kanske även på grund av tekniska

begränsningar. Hemortens patientansvariga läkare har dock ofrånkomligt ansvar att snarast efter diagnos anmäla patienten till nationell rond.

Om rutinen innan införande av nationella vårdenheter har varit en direktkontakt med specifikt regionsjukhus, som nu har blivit nationell vårdenhet, kan samma remitteringsväg användas, även om inremitterande av ovan nämnda skäl sällan personligen deltar i den nationella rondan. Den nationella vårdenheten presenterar sedan patientfakta på nMDK. Om patienter med aktuell cancerform tidigare har remitterats till regionens universitetssjukhus, men detta inte blivit en nationell vårdenhet, kan den rutinen behållas och regionsjukhuset presenterar patienten på nMDK. Vilken lösning som väljs måste vara ett gemensamt regionalt beslut, men det är viktigt att regionens universitetssjukhus fortlöpande förblir informerat om samtliga aktuella cancerfall i regionen, eftersom det sjukhuset har ett regionansvar för specialiteten och för att efterbehandling och uppföljning oftast är ett lokalt eller regionalt ansvar. Regionsjukhuset informeras om remitterade patienter från regionen via kopia av remissen, vid deltagande i den nationella rondan och i avidentifierad form via kvalitetsregister.

Även om ett regionsjukhus inte längre sköter den primära behandlingen måste ett tillräckligt engagemang således finnas kvar för att prioritera deltagande i en nationell rond, även i en tidspressad vardag. Att regionsjukhuset har ett eget upptagningsområde med patienter som ska remitteras till den nationella rondan och presentationsansvar för en del av regionens patienter, samt att den palliativa vården ibland kräver regionalt stöd, är starka skäl för ett deltagande i den nationella rondan. Huvudaktörerna i de nationella MDK kommer alltså att i första hand vara regionsjukhusen.

5.5 Arbetsbesparande åtgärder

Ett exempel på arbetsbesparande verktyg har arbetats fram i ett samverkansprojekt, ”Exchange of Diagnostic Images in Network (ExDIN)”, mellan Stockholms läns landsting och Tekniska Högskolan i Blekinge, med stöd av Vinnova. ExDIN är ett projekt som utvecklat en process med tillhörande informationsstöd som innebär ett nytt arbetssätt vid multidisciplinära rondan. ExDIN använder en webbaserad plattform, som samlar kliniska data och bildinformation som sedan på ett säkert sätt kan tillgängliggöras för experter. I projektet möjliggörs detta av en teknisk lösning från företaget RXeye. ExDIN omfattar olika delar av rondan, som datainsamling före rondan, genomförande av rondan och efterarbete. Verktöget innebär att informationen om patienten struktureras och samlas översiktligt. Behandlingsförslag dokumenteras och godkänns, ofta i direkt anslutning till rondan. Gediget underlag med flödesanalyser, risk- och nyttoanalys visar positiva effekter och en prototyp kommer att prövas i mars 2015 för en regional MDK för tjocktarmscancer vid Karolinska sjukhuset, Solna.

Begränsade personella resurser, subspecialisering även inom diagnostiken och ett ökat antal MDK med allt fler komplicerade utredningar innebär behov av arbetsbesparande verktyg och kanske behov av att utnyttja rätt kompetens på distans. Ett välfungerande webbaserat verktyg kan uppfylla en del av de behoven. En ökad

digitalisering innebär möjlighet till ett ökat samarbete över landstings- och regiongränser och därmed behov av tydliga ersättningssystem, vilket också har byggts in i ExDIN.

Den samlade bedömningen som en MDK mynnar ut i för varje patient kommer att finnas som ett dokument som sparas i journalen, men som också kan användas för remisser, dokumentation i kvalitetsregister, kontakt med inremitterande (som också i sin tur kan kommentera i verktyget), som anmälan till forskningssköterska och i kompletterad och översatt form i patientens vårdplan. Hela paketet av information kan användas vid förberedelse av MDK för att i förväg skilja ut de fall som kan handläggas enligt rutin, från de fall som kräver mer ingående diskussioner (se punkt 3 under olika tänkbara nMDK-varianter). Informationen kan också användas vid snabb konsultation av andra specialister och i avidentifierad form som en bank av fall för utbildning.

Det vore givetvis en stor fördel om samma verktyg används i samtliga regioner. Att hela processen kan följas innebär också att ledtider och andra kvalitetsindikatorer kan monitoreras kontinuerligt och att uppföljning är möjlig, exempelvis efter varje år. En digital lösning, som den som ovan beskrivits, måste givetvis prövas ingående inom olika verksamheter och datamiljöer innan den införs, så att den verkligen erbjuder stöd och tidsvinst.

Minimiförutsättningar för likvärdig och kvalitetsmässigt betryggande handläggning av patienterna på en nMDK är en standardiserad webbaserad remiss till MDK och ett strukturerat svar vid återremittering. Vidare behövs för alla MDK en tydlig deadline för när patient kan anmälas till rondan för att alla deltagare ska kunna vara väl förberedda. Remissen ställs med fördel till mottagande enhets kontaktsjuksköterska eller identifierad sekreterare, som har ansvar för anmälan till rondan.

Sammanfattande synpunkter på rutiner för remittering till nMDK:

- Ansvarig läkare på hemorten remitterar direkt till nMDK i strukturerad remiss och med kopia till aktuellt regionsjukhus
- Alternativt remitterar ansvarig läkare på hemorten till det egna regionsjukhuset, som redovisar patienten på nMDK
- Deadline för anmälan till rondan
- Funktion som kontrollerar att samtliga data finns till rondan
- Webbaserat verktyg används om sådant finns, för att översiktligt samla information om patienten

5.6 Dokumentation

Vid en MDK måste det vara helt klart vem eller vilka som har ansvar för dokumentation och vem som har ansvar för att meddela beslut till patient och inremitterande. I väntan på behandling söker patienten vid komplikation sitt hemortssjukhus, varför en snabb överföring av information från nMDK till ansvarig läkare på hemorten är viktig. Detta gäller vare sig remitteringen till nationell vårdenhet har skett via det egna regionsjukhuset och representant från

regionkliniken har deltagit på nMDK, eller remissen har gått direkt från hemorts-sjukhuset till en nationell vårdenhet. Det måste klart framgå vem som ansvarar för den kontakten. Lokalt ansvarig läkares namn och kontaktuppgifter ska framgå av remissen.

Ofta dokumenterar flera specialiteter samtidigt; till exempel både kirurg och onkolog och i de fall radiolog eftergranskat bilder från annat sjukhus skrivs ett separat radiologiskt utlåtande. Det är av vikt att det för varje MDK finns ett tydligt regelverk för dokumentation och också för kontakt med inremitterande.

Sammanfattande synpunkter på rutiner för dokumentation vid nMDK:

- Klart definierat vem som dokumenterar rondens olika delar
- Klart definierat vem som kontaktar patienten
- Klart definierat vem som kontaktar inremitterande
- Om möjligt användande av webbaserat verktyg som underlättar rondarbetet

5.7 Arbetsgång

Att en MDK måste äga rum med regelbundenhet och tillräckligt ofta har redan belysts och de flesta ronder för cancersjukdomar äger rum vid samma tid varje vecka. Det är vidare viktigt att respektera att detta är beslutsronder, som kräver förberedelsetid för samtliga väl förberedda deltagare med en bestämd deadline för patientanmälan och aldrig tillkomst av extra fall. Det måste understrykas hur viktigt det är att disciplin råder i rondrummet. Ljudåtergivning vid en videorond höjer volymen för de röster, sökare och mobiltelefoner som hörs närmast mikrofonerna och det är svårt att höra om flera personer pratar samtidigt. Vidare måste det finnas en utsedd rondhållare, som leder diskussionen och sammanfattar vad som beslutas. Rondhållarens ledarskap är, oavsett profession och specialitet, sannolikt i hög grad avgörande för rondens kvalitet och utveckling. (Lamb et al: Quality of Care Management Decisions by Multidisciplinary Cancer Teams: A Systematic Review.) Ronderna är utmärka undervisningstillfällen, men alltför omfattande undervisning, liksom principdiskussioner bör undvikas under rondtid för att ronderna ska förbli tidseffektiva.

En annan aspekt på tidsåtgång gäller förberedelsetid, särskilt för radiolog och patolog. För radiologen innebär till exempel varje rektalcancerfall som ska tas upp på MDK, ett förberedelsearbete på nästan en timme och till detta kommer dikterande av utlåtande efter rondan. Även för den kliniskt verksamma läkaren och för kontaktsjuksköterskan krävs ett ibland omfattande förarbete och efter rondan tillkommer dokumentation och patientinformation.

Det är också lämpligt att den nationella enhet som är ansvarig för rondan, stötts av en annan nationell enhet som "bisittare". Vid tekniska problem eller manfall på grund av sjukdom kan rondan då ändå genomföras.

Sammanfattande synpunkter på arbetsrutiner vid nMDK:

- Rond samma dag och tid varje vecka
- Respektera behovet av förberedelsetid

- Respektera deadline
- Väl förberedda deltagare – tid måste avsättas för förberedelsearbete
- Disciplin i rondrummet
- Ansvarig rondhållare utsedd
- Annan nationell enhet är bisittare

5.8 Kompetens

Varje specialitet och profession måste vara representerad av en tillräckligt senior deltagare på den nationella vårdenheten. Bristande kompetens avslöjas direkt och obarmhärtigt och är direkt kontraproduktivt för verksamheten. Samtidigt måste till exempel radiologens utsatta position respekteras. Den som är radiologisk rondansvarig ska, förutom tillräcklig radiologisk kompetens, ha medicinsk kunskap om aktuell cancerform och om nationella och regionala vårdprogram – och slutligen inte minst förmå lösa plötsligt uppstående tekniska problem.

Två lösningar vilka används inom norra regionen kan underlätta för radiologen. Den första lösningen är att en kort för-rond hålls mellan ansvariga röntgenläkare, kanske dagen innan. Vid MDK:n är således samtliga röntgenläkare överens om exempelvis klassificering av tumörerna och bilderna har granskats av flera radiologkollegor. Detta har uppfattats som mycket positivt och inneburit en klar kompetensförhöjning, förutom att oväntade fynd inte plötsligt tas upp under pågående MDK. För-rond har också prövats inom klinisk verksamhet, men detta visade sig inte vara lika tidseffektivt – detta diskuterades ingående vid två ronder som besökts under denna utredning. Den andra lösningen är att tekniker finns på plats under rondan. Det är ett behov som sannolikt minskar med tiden, men arbetssättet underlättar när en MDK (eller rondhållare) är relativt ny och föreslås definitivt för nyetablerade ronder.

Synpunkter på kompetens vid nMDK:

- Seniora och beslutskompetenta läkare som företrädare för specialiteterna
- Eventuellt kort för-rond
- Tekniker på plats under rondan

5.9 Patientinformation och delaktighet

Remitterande läkare eller kontaktsjuksköterska har ansvar för att patienten informeras om den planerade rondan, vad den innebär och när den äger rum. Patienten måste lämna sitt samtycke. Information om resultat av rondan bör lämnas till patienten snarast efter rondan, antingen av remitterande läkare eller av hemsjukhusets kontaktsjuksköterska, om omhändertagandet av patienten ska ske i hemlandstinget. Om patienten remitteras till nationell vårdenhet för behandling är det en fördel om det är kontaktsjuksköterska eller läkare på den nationella vårdenheten som kontaktar patienten efter rondan, så att kontakt etableras och praktiska frågor kan besvaras direkt och korrekt. Att byta informationsansvarig vid remitteringen till nationell vårdenhet innebär inte att patienten helt oförberedd får ny information av en okänd person, eftersom remitterande läkare efter

diagnosbesked sannolikt har skisserat olika behandlingsalternativ för patienten. Om remitterande läkare själv deltar i den nationella rondan kan det förstås vara lämpligt att han eller hon fullföljer informationen, i så fall följt av kontakt från nationell vårdenhet efter någon dag

En individuell vårdplan ska upprättas tillsammans med patienten och ansvar för att vårdplanen uppdateras (om sådan redan finns) eller att en ny skrivs vilar på den nationella vårdenheten som patienten remitteras till. Det är en fördel om samma vårdplan kan användas när patienten återremitteras för uppföljning, rehabilitering eller palliation på hemorten. Användande av den nationella grundmallen för ”Min vårdplan”, med modifieringar för den aktuella cancerformen, är en fördel. Om mallen sedan kan läggas in i patientens elektroniska journal, som ett dokument som fortsatt går att använda, är det ytterligare en fördel.

Sammanfattande synpunkter på patientinformationen vid nMDK:

- Snabb återkoppling till patienten av nationell vårdenhets kontaktsjuksköterska eller hemortens läkare/kontaktsjuksköterska
- Samma vårdplan används under hela vårdförloppet och kompletteras direkt efter nMDK

6. RAPPORTERING TILL KVALITETSREGISTER

Fram till dess att en patient remitteras till en nationell vårdenhet har hemsjukhuset ansvar för att uppgifter införs i kvalitetsregistret. När patienten remitteras, det vill säga när beslut fattas om kurativ behandling vid nMDK, övertar den nationella vårdenheten den rollen och har ansvaret till dess att patienten återremitteras. Det finns då en risk att mindre komplikationer, för vilka patienten söker på hemsjukhuset under den tid den nationella vårdenheten har ansvaret, inte dokumenteras. Detta kan till exempel mötas med att den nationella vårdenhetens kontaktsjuksköterska har regelbunden uppföljning via sin kollega, exempelvis tre månader efter genomförd behandling eller innan återremittering.

Sammanfattande synpunkter på rapportering till kvalitetsregister:

- Fram till remittering ligger ansvar för rapportering på hemortens patientansvarige läkare
- Under vårdförloppet vid nationell vårdenhet övertas rapporteringsansvaret av vårdenheten
- Eventuella mindre komplikationer efter primär behandling efterforskas aktivt

7. TEKNIK

Den tekniska utvecklingen inom radiologin har varit mycket framgångsrik, med allt mer avancerad teknik även inom rutinverksamheten, bättre bildframställning och enklare överföring av diagnostisk information mellan sjukhusen via Sjunet. Sjukhusen inom en region kan också ha delar av sina arbetssystem för diagnostik kopplade med MEI (Master Examination Index), som innebär att ett sjukhus lätt kan ta del av en annan enhets undersökningar av en specifik patient. Det sker

således en ständig och snabb fortsatt utveckling inom imaging-teknik och överföring, medan användandet av digitalisering och IT-stöd har gått långsammare inom den kliniska verksamheten i anslutning till rondan.

Samtliga landsting är anslutna till Sjunet, som är ett nätverk för extern, krypterad information. Även sjukhus i andra länder, som till exempel Rikshospitalet i Köpenhamn, har anslutits. Via nätverket Sjunet kan de anslutna sjukhusen se varandras röntgenbilder online, men inte samtliga bilder i en undersökning. Hela undersökningen med samtliga bilder kan länkas över Sjunet, men det kräver en etablerad förbindelse, som är godkänd från båda parter. Många länssjukhus har sådana överenskommelser med sitt eget och ofta övriga regionsjukhus, men det skulle innebära ett stort och knappast meningsfullt arbete att öppna en sådan förbindelse mellan landets samtliga sjukhus. Om hela undersökningen ska skickas till ett sjukhus som inte har en sådan etablerad förbindelse, måste andra lösningar användas, till exempel att skicka den diagnostiska informationen på en CD eller USB-minne.

Situationen blir en annan om det finns ett system, som kopplar samman de aktuella landstingens arbetssystem. Ett sådant sammankopplande system, MEI, finns i flera regioner och innebär således att en vårdgivare har tillgänglighet till vissa av de andra landstingens system. I exempelvis norra regionen är röntgenavdelningarnas administrativa system och bildhantering båda kopplade, så att en inloggad radiolog på ett sjukhus för en aktuell patient kan se samtliga andra röntgenundersökningar som har utförts på den patienten inom regionen. Utlåtandet kan läsas direkt på servern och om behov eller intresse finns kan undersökningen sedan lätt laddas ned på några minuter till det egna bildhanteringssystemet. Det har inneburit att dubbelundersökningar kunnat undvikas och beställning av undersökningar vid remittering reducerats. Dessutom har det medfört en kvalitets- och kompetensförhöjning, när exempelvis ett länssjukhus önskar jämföra en egen MR-undersökning med en PET-CT utförd på regionsjukhuset. Uppföljningen av de egna undersökningarna förbättras också när man lätt kan se efterföljande bedömningar utan att begära kopior av utlåtanden.

Utbytet mellan landstingen vid MDK underlättas i norra regionen också av att en så kallad containerlösning införts. Den innebär att samtliga deltagare i en MDK är uppkopplade från egen röntgenavdelning, med möjlighet att direkt visa samtliga delar av utredningen, inklusive tidigare undersökningar och patologpreparat. Deltagare i MDK är då flera personer från varje enhet, dels en representant för aktuell cancerforms kliniska specialitet och radiolog, dessutom ofta kontaktsjuksköterska, samt personal under utbildning. Eftersom varje enhet använder flera videokanaler vid uppkopplingarna finns en begränsning i belastningen av bryggorna. Med dagens teknik kan sannolikt inte fler än fyra till fem enheter delta samtidigt, vilket är otillräckligt för en nationell MDK där minst sex enheter deltar.

Alternativet är att arbeta via videolänk från röntgenavdelningen eller annan plats på respektive sjukhus, med möjlighet att se ett urval av diagnostiken. Radiologisk rondhållare på regionsjukhuset har i det senare fallet fått utredningens bilder överlänkade i förväg, bedömt bilderna och är alltså den enda deltagande radiologen i MDK. Varje enhet utanför regionsjukhuset representeras av ansvarig kliniker.

Det finns idag en fysisk begränsning av antal samtidigt anslutna enheter per videolänk (6 – 8 enheter) och också via en videobrygga (4 - 5 enheter). Det är dock inte alltid de tekniska möjligheterna utnyttjas fullt ut, utan vissa MDK är videokonferenser, med exempelvis bilder visade från i förväg skickade USB-minnen.

8. FINANSIERING

Finansieringsfrågan måste diskuteras och lösningar samordnas. Det går att argumentera att det ingår i de nationella vårdenheternas ansvar att bedöma samtliga patienter på en nationell rond – alltså även de som sedan inte remitteras till enheten för åtgärd. Men för vissa ronder kan sannolikt sådan genomgång av patientfall som inte remitteras bli ganska omfattande och ersättningsfrågan måste under alla förhållanden diskuteras övergripande.

För de regionala ronderna erhåller ofta regionsjukhusen ersättning i generellt bidrag från de i regionen ingående landstingen i förhållande till invånarantal. Samma lösning är svår att tänka sig vid de nationella ronderna, likaså att ersättningen för de patienter som endast tas upp på rondan men sedan inte remitteras, skulle läggas in i kostnaderna för de patienter som remitteras till respektive nationell enhet. Det gör prisjämförelser svåra och är sannolikt komplicerat att ansluta till DRG-ersättning. En möjlig lösning är ersättning för varje fall som tas upp på nMDK. Oklart är vidare hur de regionsjukhus som inte är nationella vårdenheter ersätts, men det skulle kunna ingå i avtal om gemensamt regionuppdrag. Frågan om ersättning är komplicerad och bör lyftas för diskussion i den utredning om högspecialiserad vård som pågår och ska vara klar hösten 2015.

9. INFORMATIONSKÄLLOR

9.1 Följande personer har lämnat värdefulla bidrag till ovanstående underlag

Tomas Bjerner, överläkare och teknisk chef vid BFC, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Joakim Folkesson, överläkare, sektionen för nedre G-I, Akademiska sjukhuset, Uppsala, ansvarig för analcancer

Jakob Hedberg, överläkare, sektionen för övre G-I kirurgi, område kirurgi, Akademiska sjukhuset

Ulf Håkansson, överläkare urologi, Skånes universitetssjukhus, Malmö, ansvarig för nationella peniscancerronden

Urban Karlbom, överläkare, sektionschef nedre G-I, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Sivert Karlsson, civilingenjör, Diagnostiskt Centrum, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Christina Kling Hassler, överläkare, verksamhetsutvecklare Diagnostik och medicinsk IT, Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, RCC Stockholm Gotland

Flemming Mörk-Petersen, överläkare och medicinskt ledningsansvarig, röntgenavdelningen, Östersunds sjukhus

Inga-Lena Nilsson, överläkare endokrin- och sarkomkirurgiska sektionen vid bröst- och endokrinkirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Solna

Erik Nordenström, överläkare endokrinkirurgi, Skånes universitetssjukhus, Malmö, ansvarig för regionala endokrina tumöronden i södra regionen

Magnus Sundbom, överläkare, sektionschef för övre G-I kirurgi, område kirurgi, Akademiska sjukhuset, ansvarig för regionala matstrupscancerronden (för Dalarna, Gävleborg)

Patrik Sundström, jurist vid SKL

Göran Zetterström, projektledare Öppna Jämförelser Cancer, Socialstyrelsen

9.2 Deltagande har skett i följande ronder

I klinisk verksamhet Regional bröstcancerrond Uppsalaregionen

Nationell peniscancerrond i Malmö

Regional matstrupscancerrond i Uppsala

Regional kolorektal cancerrond i norra regionen

Regional sarkomrond, Karolinska sjukhuset, Solna

Regional- och delvis nationell leverrond, Karolinska sjukhuset, Huddinge

9.3 Referenser

Lamb B.W., Brown K.F., Nagpal K., Vincent C., Green J.S.A., Sevdalis N. Quality of Care Management Decisions by Multidisciplinary Cancer Teams: A Systematic Review. *Ann Surg Oncol* (2011) 18:2116–2125

Wright F.C., De Vitob C., Langerc B., A. Hunter A. Multidisciplinary cancer conferences: A systematic review and development of practice standards. *Eur J Cancer* (2007) 1002-1010



Rapporten är fastställd och utgiven av Regionala cancercentrum i samverkan
2015-06-25.