

## ÅRSRAPPORT 2018 RMPG/RAG onkologi inom sydöstra sjukvårdsregionen

### Inledning

Antalet nya cancerfall i befolkningen (incidensen) fortsätter att öka, i genomsnitt med ca 2 % årligen i Sverige. År 2017 fick 61 000 individer en cancerdiagnos och till år 2040 beräknas det vara över 100 000. Ökningen förklaras av den högre medellivslängden, utökade screeningsprogram och förbättrade diagnostiska metoder. Parallellt med incidensökningen fortsätter överlevnaden i cancersjukdom (prevalensen) att förbättrats. Den ökande prevalensen beror främst på att behandlingarna har blivit bättre så att fler människor botas eller kan leva en längre tid med kronisk cancersjukdom. Under året har implementeringen av den nya kunskapsorganisationen av sjukvården påbörjats vilket inneburit att RMPG onkologi kommer få delvis en ny roll och bytt namn till Regional ArbetsGrupp (RAG) onkologi. Gruppen har i många år lagt ner mycket tid på årsrapporten och på presentationen för centrumrådet. Återkoppling på rapporten/presentationen har trots påpekande inte blivit bättre varför vi även detta år dragit ner på ambitionerna. Glädjande är att vårt mångåriga framförande av behovet ett regionalt likvärdigt ersättningsystem blivit verklighet från 2019, detta gör det möjligt att på ett bättre sätt utnyttja regionens onkologiska resurser.

Organisatoriskt har det gånga året i likhet med 2017 präglats av ett mycket högt tempo med remiss och implementeringsarbete av nya uppdaterade nationella vårdprogram och nya behandlingsmetoder. Med en ökning av produktionen (ca 10 %) är kompetensförsörjning en stor utmaning framöver för att vi skall fortsätta att lyckas att ge sjukvårdsregionens medborgare den bästa onkologiska cancer vården. Vi har i olika sammanhang framfört behovet av en nationell plan för kompetensförsörjning.

Nationellt jobbar vi för att få regelbunden återkoppling från våra kvalitetsregister för att kunna fortsätta utveckla vården, skall vara på plats under våren 2019.

Sammantaget behöver respektive huvudman öka resurserna till onkologin till tjänster, läkemedel, strålbehandling och lokaler. Det finns en del skillnader i förutsättningarna mellan de olika regionerna i sjukvårdsregionen och här behövs en samsyn för att vi skall få en likvärdig cancer vård i vår gemensamma region.

### Utvecklingstendenser, nya metoder och läkemedel de kommande 5 åren

#### 1) Cancerläkemedel

Under 2019 förväntas ett antal nya läkemedel bli godkända. Samtidigt tillkommer nya indikationer på redan godkända läkemedel.

Immunterapi mot cancer kommer fortsatt öka genom att nya indikationer tillkommer. Även kombinationer av immunterapi och andra nya såväl som äldre behandlingar kommer öka.

De nya läkemedlen och indikationerna ersätter i vissa fall äldre cytostatika och innebär även då en kostnadsökning. I vissa fall kommer nya preparat in på marknaden som ersätter nyligen introducerade och därmed dyra läkemedel. De blir därmed inte lika kostnadsdrivande.

Underlaget för de olika nya läkemedelsbehandlingar som väntas varierar mycket stort.

Exempel på orsaker till detta är, beroende på tumörgrupp och läkemedel, att patientantalet är litet, sjukdomens förlopp snabbt och svårt.

Vidare uppmuntrar de regulatoriska myndigheterna att läkemedel godkänns på begränsade data för att möjliggöra snabb tillgång till nya behandlingar för denna utsatta patientgrupp.

Patientnyttan är oftast måttlig till stor men varierar beroende på typ av cancer samt sjukdomsstadium.

Kostnadsutvecklingen för onkologiläkemedel är i nuläget mycket svårprognosticerad, vilket även Socialstyrelsen anser i sin prognos för läkemedelkostnadsutvecklingen (Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2018-2020). Detta då ett flertal nya behandlingar introduceras, men införandetakten är svår att bedöma. Det är oklart hur stor del som kan hämtas hem i samband med patentutgång beroende på när kopior kan lanseras, Patientutgång för Herceptin under 2018 bör ge en viss kostnadsbesparing under 2019 förutsatt lyckad upphandling och förändrade rutiner inom kliniken.

Socialstyrelsen förutspår i sin prognos för läkemedelsmarknaden att kostnaden för onkologiska förmånsläkemedel (recept) i Sverige ökar från 2,2 miljarder 2017 till 3,5 miljarder 2020 vilket i SÖ-regionen innebär en ökning med ca 50 miljoner/år. Vad gäller onkologiska läkemedel på rekvisition anger Socialstyrelsen ingen prognos mer än att det kommer fortsätta att öka. Ökningen för de 10 onkologiska läkemedel med mest försäljning inom rekvisition ökade med 16 % mellan 2016 och 2017.

## 2) Nationell nivåstrukturerings och regional arbetsfördelning

Utifrån RCC har arbete med nivåstrukturerings/arbetsfördelning både nationellt, regionalt och lokalt. Nationellt är nu den onkologiska behandlingen för analcancer förlagd till fyra ställen i landet, på RMPG onkologi initiativ har vi tillsammans med RMPG kirurgi inlett ett formaliserat samarbete med region Skåne för denna patient grupp även om patienter i Jönköping även åker till Göteborg. US är ett av fyra nationella centra för vulvacancer och man har haft platsbesök från RCC i samverkan som bekräftar att US har fått till en välfungerande verksamhet.

Vi har betonat i olika sammanhang nationellt/regionalt vikten av att man nu gör gedigna utvärderingar av nivåstrukturerings nationellt/regionalt och att det genomförs av oberoende part och inte som nu (nationellt) av de som varit drivande i genomförandet. Detta blev mer aktuellt när SVT i dokument inifrån visade att slutsatserna Måns Roséns ensamutredning vilade på fel uppgifter. Regionalt vet vi att utvärdering är på gång och framfört att det är viktigt att man i samband med det ser på hela patientens process inkl. onkologin och inte ”bara” påverkan på akutverksamheten som det skissats på. Detta med tanke på att den regionala arbetsfördelningen med ÖGI kir till US (från Kalmar) försämrat patienternas process bland annat pga långa svarstider för PAD vilket inneburit att patienter kommit i gång försent med sina onkologiska behandlingar. En process för arbetsfördelning inom patologi pågår och vi ser fram emot det resultatet.

Vi har också aktivt deltagit i framtagandet av en sjukvårdsregional MDK riktlinje som kommer vara klar våren 2019 samtidigt som vi är på väg att få tillstånd likvärdig teknisk utrustning för MDK inom regionen. Båda dessa saker kommer få en positiv effekt på patienternas process tror vi.

Nationellt är det tre nya diagnoser/tillstånd där expertgrupper tillsats och vi har tidigare i RAG onkologi lämnat in vår synpunkt att det idag inte finns något tillstånd/diagnos ytterligare inom onkologin som behöver nationellt nivåstruktureras.

## 3) Ekonomiska styrmedel

Patientflödena i sydöstra sjukvårdsregionen styrs till stor del av regionavtalen. Strömmarna går framförallt från Kalmar och Jönköping till Universitetssjukhuset i Linköping. Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) gör att man måste se på resursutnyttjande på ett helt annat sätt i framtiden. Tidsschemat i SVF gör att patienterna måste få tillgång till resurserna där de är mest tillgängliga vid varje enskild tidpunkt. Ett viktigt exempel är tillgång på strålbehandling inom de tidsramar som SVF tillåter. Det är orimligt att patienter får vänta på

strålbehandling vid ett sjukhus om snabbare tider kan erbjudas vid något annat sjukhus inom sjukvårdsregionen. I de fall man inte kan erbjuda patienten behandling inom rimlig tid måste mottagande landsting/region stå för den fasta delen mot det landsting/region som till slut ger behandling, detta måste tydligt framgå i remissförfarandet. I beslut från regionsjukvårdsnämnden (2017-10-26, 2017-12-08) står det att när det uppstår tillgänglighetsproblem på US ska Jönköping och Kalmar fortsätta remittera patienterna till US. US ansvarar sedan för fortsatt handläggning och eventuell vidareremittering inklusive information till patient och remittent.

#### **4) Standardiserade vårdförlopp – från projekt till förvaltning**

##### ***Jönköping***

Samtliga nationellt framtagna standardiserade vårdförlopp, 31 st, är införda.

Det innebär att övervägande volymer av cancergrupperna utreds via standardiserad utredning. Det kommer ställa stora krav på vården för att få dessa vårdförlopp/processer att fungera enligt de anvisningar och tidsangivelser som anges. Vårdens aktörer behöver kontinuerligt se över sina arbetssätt och organisation. Standardiserade vårdförlopp kommer att innebära en risk för undanträngningseffekter. Det är viktigt att sjukvården skapar system för att identifiera dessa. För att minimera den risken och samtidigt ta bort vissa ”flaskhalsar” i respektive cancerprocess behövs resurstillskott. Dels finns ökat utbildningsbehov och att rätt kompetens säkras men resurser kommer även behövas för att införskaffa kompletterande utrustning, exempelvis PET-CT på flera ställen i sjukvårdsregionen.

##### ***Kalmar***

Arbetet med SVF har under fortsatt och kommer nu gå över i förvaltning. Så länge SVF ”endast” berör utredning till start av behandling är det endast i enstaka patientgrupper där vi i onkologin är inblandade i och med första behandling. Vi är dock med på samtliga MDK och där kommer den nya regionala riktlinjen förhoppningsvis göra att MDK arbetet blir effektivare och mer välstrukturerat för alla inblandade. Fortfarande återstår en del arbete med att tolka data från inrapporteringen för att vi skall kunna jämföra oss med varandra ex. de onkologiska insatserna.

##### ***Östergötland***

Utifrån SVF arbetet har fokus från onkologiskt perspektiv legat på att effektivisera bröstprocessen med målet att optimera ledtider ytterligare. Vi har identifierat en viss undanträngningseffekt vilket lett till att vi dessutom fokuserat på de mindre diagnoserna som exempelvis hjärntumörer.

Den ny installerade MR utrusningen har blivit ett komplement till att på ett effektivt sätt kunna korta ledtiderna.

#### **5) IT-stöd**

I och med införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF), nya patientlagen, nationell nivåstrukturering, sjukvårdsregional arbetsfördelning och den gemensamma protonterapiheten i Uppsala (Skandionkliniken) blir frågan om gemensamma IT-system i sydöstra sjukvårdsregionen och nationellt allt viktigare. Standardiserade vårdförlopp innebär att patienternas vårdprocess ska gå snabbare. För flera diagnoser där SVF införs, kommer förloppet att innefatta att delar av utredning eller behandling inte sker i det egna landstinget/regionen på grund av den nationella nivåstruktureringen inom cancerområdet. Med anledningen av dessa ”nya flöden” är det viktigt att det finns bra IT-lösningar som

underlättar det praktiska för patienterna och för de vårdaktörer som bär ansvaret för patientens vårdförlopp. Nuvarande olika systemens oförmåga att direkt överföra information/kommunicera med varandra är viktig att lösa avseende patientsäkerhetsaspekten och registrering i kvalitetsregister. Avsaknaden av direktöverföring innebär dubbel och ibland trippelregistrering av viktiga patient- och behandlingsdata, vilket minskar patientsäkerheten och ibland också medför längre väntetider. Ett arbete regionalt projekt via eSPIR för strukturerad journalföring med direktöverföring till bröstcancerregistret har inletts där vi i RAG onkologi deltagit. Nationellt arbete pågår för att få regelbundna uttag från våra kvalitetsregister direkt till respektive verksamhetschef, klart våren 2019 förhoppningsvis. Det kommer fler (generiska) behandlingsöversikter på INCA, vilket idag kräver både registrering där och i journal (dubbelarbete). För att kunna införa behandlingsöversikter utan direktöverföring krävs idag resurser varför exempelvis man i Kalmar avvaktar beslut om införande. Sjukvården har stor utvecklingspotential vad det gäller att implementera olika lösningar inom området E-hälsa. Viljan från verksamheterna är stor, med det finns utmaningar när verksamheterna kring IT inte alltid kan leverera.

## 6) Radioterapi

Behovet att radioterapi kommer att öka i takt med incidensökningen. Antalet patienter i behov av palliativ (symptomlindrande) strålbehandling beräknas också öka. En utveckling sker mot MR-baserad radioterapi. RAG onkologi följer denna utveckling noggrant

### 6a) Linköping

I Linköping finns fyra moderna linjäracceleratorer i drift samt en CT-simulator. Under hösten har vi tagit en egen MR på strålbehandlingen i drift. Upphandling pågår för att ersätta acceleratorer som togs i drift 2007, och vi räknar med att samtidigt införa ytscanningssystem för positionering av patienter och andningsstyrd behandling. Båda upphandlingarna är klara för annons, vi räknar med leverans av en accelerator under 2019 och en under 2020.

### 6b) Jönköping

Under året har intrakraniell stereotaxi startats och volymerna för stereotaxi har vuxit dramatiskt. Under 2018 beräknas ca 30 patienter behandlas med denna behandlingsform. Allt fler grupper behandlas med VMAT-tekniken (+ 20 % jämfört med 2017). Under andra halvåret har trycket på strålbehandling ökat kraftigt och på helåret ser vi en ökning av patientantalet på ca 15 %. Detta kombinerat med att vi under perioder, p.g.a. ombyggnation, endast kunnat behandla med 2 acceleratorer har inneburit stora påfrestningar på verksamheten. Vi har redan nu flaggat för behovet av en 4:e accelerator inom de närmsta åren. Även behovet av en MR på strålbehandlingen har lyfts som framtida investering. Under 2019 startas en större ombyggnation på "gamla" stråldelen för att möjliggöra samma patientflöde (förberedelserum bl.a.) som på nya delen. Beräknas vara klart till sommaren 2019.

### 6c) Kalmar

Under året har vi haft en högre belastning jämfört med tidigare år. Under slutet av året har vi varit vi fått hjälp från US och Växjö för att patienterna skall få sina behandlingar inom rimliga tider. Vi har således tills slutet av året lyckats behandla våra patienter bland annat tack avre att flera patientgrupper behandlas med färre fraktioner med högre doser per fraktion.

Under året har vi infört gating för alla patienter som får strålbehandling efter operation av vänstersidig bröstcancer (för att skydda hjärtat). Vi har påbörjat kartläggning och riskanalys för införande av stereotaktiskbehandling. Vi har implementerat kurativ behandling av huvud- och halscancer vilket har varit en stor framgång speciellt för våra patienter som nu kan få sin behandlingsstart (90 %, riket 50 %) inom stipulerad tid i SVF.

Med den ökade belastningen ligger vi strax under vårt mål att > 90 % av alla patienter som behöver palliativstrålbehandling får det inom 14 dagar. Detta har vi de senaste åren inte haft problem att klara av.

Sammantaget har vi påtalat behovet av ytterligare bunker/bunkrar och en tredje accelerator för att klara av att behandla nuvarande patientgrupper och eventuell fler patientgrupper (ex. lungcancer kurativt) samtidigt som fler bunkrar är viktiga för att kunna klara av accelerator byte (start 2021-22).

#### 6d) Sammanfattning linjäracceleratorer

##### Kalmar

Med ökningen och komplexiteten i nya behandlingar ser vi att antalet acceleratorer behöver öka. Det finns idag nio moderna linjäracceleratorer och RAG onkologis bedömning är att åtminstone Kalmar behöver en tredje accelerator.

#### 6e) Nationell databas för radioterapidata

MIQA är en nationell databas för radioterapidata som finns på INCA sedan 2016. Det kan jämföras med övriga kvalitetsregister men innehåller mer detaljerad information om strålbehandlingen såsom t.ex. dos-volym-data för både target och riskorgan. Tanken är att denna information skall kopplas till andra kvalitetsregister för att bättre kunna studera t.ex. biverkningar.

En annan viktig aspekt är att alla data förs över i stort sett med automatik från de dosplanerings- och informationssystem som finns på landets strålkliniker vilket borgar för en hög deltagandegrad då nästan alla patienter enkelt kan föras över. Vi har ännu inte fått någon utdata men vi trycker på för att det skall bli verklighet 2019. Detta utifrån den lista v verksamhetschefer inom onkologi tog fram 2017-18 på fem till sex värden som vi kontinuerligt 2-4 gånger årligen skall följa via registret. Bli detta inte verklighet kan finansieringen på en årlig avgift på 70 000 kronor per klinik komma att ifrågasättas.

#### 6g) Skandionkliniken/protonbehandling

Skandionkliniken i Uppsala är i klinisk drift sedan 150831. Man behandlar f n ca 20-25 patienter dagligen, men hade ännu högre beläggning innan sommaren. Båda de inredda behandlingsrummen är nu i drift. Man ligger under budget vad gäller antal fraktioner, men beläggningsen har ökat under 2018.

Kliniken har just nu tre anställda läkare, Petra Witt Nyström och Anna Flejmer, som båda arbetar varannan vecka, och Johanna Färlin, som arbetar varje vecka. Bemanningsetinget är fortfarande så att de mindre klinikerna bemannar var tionde vecka och de större var femte vecka. Som verksamhetschef har under våren 2018 Kjell Bergfeldt tillträtt.

Sedan 1/11 har den tidigare förbundsdirektören avgått och ny tf förbundsdirektör är Anders Sylvan, tidigare landstingsdirektör i Västerbotten.

Under åren har det ackumulerats ett underskott, och abonnemangsavgiften som de 21 landstingen/regionerna betalar kommer därför att höjas för att täcka 70% av verksamhetens budget mot tidigare 50%.

Hittills har 48 patienter från vår region påbörjat sin behandling, varav ungefär 30 under 2018, och vi har ett kontinuerligt inflöde.

### **Gynekologisk onkologi**

Här råder fortsatt hög täckningsgrad i nationella kvalitetsregister (Swedish Quality Register for Gynecologic Cancer (SQRC/INCA)) och god följsamhet mot nationella vårdprogram. Framgångsrikt genomförande av reflexscreening för BRCA-mutation hos samtliga nyinsjuknade patienter med äggstocks-, äggledar-, eller primär bukhinne-cancer. Positiva effekter av fokus på att korta ledtider för kurativt syftande strålbehandling hos nyinsjuknade patienter med livmoderhalscancer och fortsatt utveckling av modern bildstyrd brakyterapi för denna patientgrupp.

Det finns ett starkt engagemang för att cervixcancer skall nivåstruktureras till Linköping.

### **7) Kompetensutveckling och personalförsörjning**

Tillgången till kompetent personal i framtiden är en av de absolut viktigaste och svåraste utmaningarna för vården och inte minst för onkologin som inte "bara" behöver ersätta medarbetare som slutar utan är i behov av att bli ännu fler för att klara av att möta den fortsatta utvecklingen (ökad incidens och prevalens, fler behandlingsmöjligheter och ökat antal multidisciplinära konferenser). Under 2017 presenterade Cancerfonden en nationell rapport rörande bemanningen av landets alla onkologikliniker och redan då påtalas det brister gällande utvalda personalkategorier mellan 15-40%. Alla tre kliniker i sjukvårdsregionen har under året brottats med rekryteringssvårigheter.

Kompetens- och personalförsörjning behöver vara en prioriterad fråga och eftersom sjukvårdsregionen och respektive landsting/region trots sitt tydliga ansvar inte exempelvis lyckas tilldelat tillräckligt med tjänster behövs en nationell planering för kompetensförsörjning. Detta har framförts på olika nivåer under året.

För läkare är det viktigt att man kontinuerligt tillsätter utbildningstjänster i första hand med tanke på det ökade behovet (incidens/prevalensökningen) men även med tanke på åldersstrukturen. Här måste respektive huvudman ta sitt ansvar att tillsätta flera tjänster vilket även framförts nationellt via onkologichefsrådet.

Viktigt att vi lyckas rekrytera/behålla våra sjuksköterskor. Här är möjligheten till specialistutbildning mycket betydelsefull.

Behovet av medicinska sekreterare/vårdadministratörer ökar dels med tanke på den beskrivna generella ökningen men även med tanke på att de kan utföra andra arbetsuppgifter, exempelvis som koordinatörer och kvalitetsregisterarbete för att nämna några.

Det nya curriculum för läkarutbildningen kommer innefatta en sammanhållen onkologikurs och onkologiplacering på två veckor och här har RAG onkologi varit drivande och sett till att regional grupp bildats och studiebesök i Sundsvall genomförts. Vi har betonat vikten av likvärdig VFU i sjukvårdsregionen. De första studenterna kommer för sin VFU placering höstterminen 2019. Det kan i framtiden bidra till en god läkarförsörjning inom onkologin.

## 8) Utbildningspott 2018

Utbildningspotten kompetensutveckling inom sydöstra onkologin har använts till A) Utbildning "Samtalskonst inom vården" via Liljeholmens folkhögskola. Alla län erbjöds utbildningsplatser för totalt 6 personer. Den sammanlagda kostnaden var 70 665 kr. B) Övriga utgifter har rekvirerats som från respektive klinik i syfte att en person per län skulle kunna delta vid cancerkongressen ASCO i USA.

## 9) Klinisk forskning

Ett framsteg är inrättandet av den nationella databasen för cancerstudier i Sverige. Databasen innehåller uppgifter om pågående kliniska studier och drivs i samarbete mellan RCC i samverkan och NASTRO (Nätverket för universitetssjukhusens prövningsenheter inom onkologi). Såväl multi- som singelcenterstudier, nationella och internationella, kan registreras. Sedan tidigare pågår ett flertal forskningsprojekt inom ramen för FORSS (Forskningsrådet i Sydöstra Sverige). cancerområden.

Det är av största vikt att alla landsting/regioner ser till att resurser finns för kliniska prövningar för att RCC patientlöfte nummer sex (patientnära forskning) ska kunna nås. Kalmar har fått resurser för KPE under 2018 och har startat med en sjuksköterska och 0,25 läkare. 2019 kommer man att få ytterligare en sköterska

I Jönköping har KPE utökats från två till tre sjuksköterskor för att kunna möjliggöra deltagandet i fler kliniska studier.

Det är angeläget att fortsätta utveckla det regionala samarbetet kring kliniska studier. I nuläget begränsas det samarbetet bland annat av att våra befintliga journalsystem inte kommunicerar med varandra.

För att stärka möjligheten till forskning i hela Sydöstra sjukvårdsregionen behöver en satsning på kliniknära forskning både innan och efter disputation göras. Det är av stor vikt att möjliggöra en hög akademisk nivå när likvärdig utbildning ska bedrivas.

## 10) Kunskapsstyrning - Nationella programråd, riktlinjer och vårdprogram

Kunskapsstyrning - Nationella programråd, riktlinjer och vårdprogram

Genom att tillämpa sjukvårdsregionala vårdprogram som anpassats utifrån nationella rekommendationer/riktlinjer kan sjukvårdsregionen minimera kostnadsdrivande behandlingar samt i största möjliga utsträckning eliminera behandlingar för vilka det saknas vetenskapligt stöd. RCC i samverkan och dess verksamhet är en del av det nationella samarbetet som genomförs inom ramen för Kunskapsstyrning/Nationella programråd och som leds av Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Följande nationella vårdprogram har fastställts och publicerats av Cancercentrum i samverkan under 2018.

1. Nationellt vårdprogram för bröstcancer, januari 2018
2. Nationellt vårdprogram för cancer utan känd primärtumör (CUP), februari 2018
3. Nationellt vårdprogram för icke-epitelial äggstockscancer, februari 2018
4. Nationellt vårdprogram för aggressiva B-Cell lymfom, februari 2018
5. Nationellt vårdprogram för mantelcellslymfom, februari 2018
6. Nationellt vårdprogram för Kronisk lymfatisk leukemi, februari 2018
7. Nationellt vårdprogram för myelom, februari 2018
8. Nationellt vårdprogram för hodgkins lymfom, mars 2018
9. Nationellt vårdprogram för hudmelanom, maj 2018
10. Nationellt vårdprogram för hjärntumörer, maj 2018
11. Nationellt vårdprogram för livmoderkroppscancer, juni 2018

12. Nationellt vårdprogram urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör, juli 2018

13. Nationellt vårdprogram för lungcancer, augusti 2018

RAG onkologi har likt föregående år aktivt deltagit i arbetet med att ta fram underlag när remissrundor för de nationella vårdprogrammen och de standardiserade vårdförloppen har handlagts. Både de nya vårdprogrammen och de nya riktlinjerna kommer likt tidigare antagna att påverka verksamheterna ekonomiskt och strukturellt. Implementeringen i sjukvårdsregionen är viktig och behöver få bättre struktur där processledare, välfungerande sjukvårdsregionala grupper liksom väl strukturerade MDK är betydande. Det är viktigt att sjukvårdsregionen är representerad i det nationella arbetet med riktlinjer och vårdprogram. RAG onkologi är enig om att målet med detta arbete är att skapa förutsättningar så att alla cancerpatienter i sjukvårdsregionen ska få lika vård oavsett bostadsort vilket också är i linje med motsvarande nationell målbild.

### **11) Förändringar och investeringar - RÖ**

Nationell nivåstrukturering, sjukvårdsregional arbetsfördelning och SVF kan komma att påverka avtalet. Det kommer också att ställa krav på ökad kapacitetsplanering av hela sjukvårdsregionens onkologiresurser som i sin tur kommer att kräva nya ekonomiska styrmedel i sjukvårdsregionen.

**12) Utvecklingstendenser.** Ta fram utvecklingstendenser, nya metoder, läkemedel och större förändringar av vårdbehovet de kommande 5 åren samt beskrivning av konsekvenser av nya riktlinjer och metoder.

Onkologin kommer fortsätta utvecklas i rask takt. Vi får succesivt allt fler behandlingsmöjligheter med nya läkemedel. Behandlingarna kommer bli allt mer individualiserade. För att göra det möjligt kommer bli mer och mer vanligt mer sofistikerade utredningar (exempelvis genanalyser) innan val av behandling. Dessa analyser kostar givetvis men samtidigt kommer svaren innebära att vi oftare har chans att "träffa" rätt med våra behandlingar och undvika onödiga behandlingar. Vi kommer de närmsta åren behöva arbeta än mer med cancerrehabilitering. Utvecklingen sker även på strålbehandlingsområdet se under punkt 6.

### **13) Upphandling**

RAG Onkologi har under året fortsatt haft bevakning på eventuella upphandlingar där vi via god samverkan kan sänka kostnaderna i hela sjukvårdsregionen. Under 2018 har dock inga upphandlingar varit av den art att samverkan varit nödvändig.

### **14 Medicinsk kvalitet, Nyckeltal och Tillgänglighet**

Medarbetare från sjukvårdsregionens onkologiska kliniker har under åren matat in mycket värdefull data i många register men inte lyckats använda dem optimalt. Därför har verksamhetscheferna genom onkologichefsrådet tagit initiativ till att be respektive kvalitetsregister inom cancerområdet att regelbundet (två gånger per år) detta hoppas vi blir verklighet våren 2019. I urvalet av Vården i siffrors (VIS) indikatorer finns det ingen som beskriver enbart onkologins roll. RAG onkologi väljer därav att visa förbättringen i fem-årsöverlevnad vid cancer samt andel multidisciplinära konferenser vid prostatacancer, högrisk utan fjärrmetastaser. Allt med källa Cancerregistret Socialstyrelsen.



### ***Multidisciplinärkonferens (MDK)***

MDK är central i patienternas cancerprocess där man beslutar om vilken/vilka behandlingar som skall erbjudas. Den är en viktig del i RCC patientlöfte nummer två, att "Alla cancerpatienter ska erbjudas diagnostik och behandling enligt Best practice" för att patienterna skall få en evidensbaserad behandling främst utifrån våra nationella vårdprogram. Det har under senare år blivit allt fler MDK på grund av den snabba kunskapsutvecklingen men tillkommit fler efter arbetet med nivåstrukturerings/arbetsfördelning nationellt och regionalt. Det blir succesivt fler patienter som behöver diskuteras på MDK och arbetet tar mycket tid. Behövs inte "bara" tid för MDK utan även för- och efterarbete. För att bibehålla kvaliteten och använda resurserna på bästa sätt har medarbetare från alla onkologkliniker i sjukvårdsregionen deltagit i framtagandet av en regional MDK riktlinje utifrån Region Kalmar läns riktlinje som funnits sedan 2015. Erfarenheterna från Kalmar är att resurserna utnyttjas bättre med riktlinjer för exempelvis radiologer, patologer och onkologer (alla dessa specialiteter är med på alla MDK). Den nya sjukvårdsregionala riktlinjen kommer börja implementeras 2019-03-01.

### ***Nyckeltal***

För övergripande nyckeltalanalys hänvisar RAG onkologi till RCC sydösts resultatrapporter från 2018. Länk till hemsidan

<https://www.cancercentrum.se/sydost/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/regionala-rapporter/>

Samt se bilagorna 1-2, "koll på läget" 1) Bröst och 2) Prostata fördelat respektive län.

Under våren 2019 har nyckeltal presenterats från våra kvalitetsregister. Dessa måste sammanställas och bearbetas ytterligare för att kunna redovisas i kommande rapporter. Syftet är att systematiskt kunna jämföra oss i sjukvårdsregionen och på så sätt bidra till förbättringar.

### **Tre mest utmärkande områden, 2018**

1. Kompetensförsörjning
  - a. Rekrytering
  - b. Forskning
  - c. Fortbildning
2. IT-stöd
  - a. Dubbeldokumentation direktöverföring över till kvalitetsregister
  - b. Vårdokumentation, bristen av insyn i varandras Cosmic
3. Läkemedel o medicinteknik
  - a. Ökat behov av kontroll på förskrivning/användning.
  - b. Behov av ökad överblick för att kunna arbeta med uppföljning.

### **Deltagare och möten 2018**

Magnus Lagerlund, ordf. Kalmar  
Tobias Fagergård Kalmar  
Leni Lagerqvist, sekr Kalmar  
Per Nodbrant Jönköping  
Eva Ulff Jönköping  
Karin Adolfsson Jönköping  
Christina Johansson Östergötland

Måns Agrup Östergötland

Gabriel Lindahl Östergötland (adjungerad i samband med specifika frågor kring gynekologisk cancer avhandlas)

Under 2018 genomfördes fem ordinarie möten fyra via och ett fysiskt.

Det fysiska heldagsmötet ägde rum i Nässjö. Detta möte var tvådelat där eftermiddagen var ett möte tillsammans med RAG urologi. Syftet med gemensamt möte var ett att effektivisera samverkan gällande cancervård vid urologiska diagnoser. I samband med decembermötet tog Christina Johansson över ordförandeskapet för 2019 och framåt.

Ordförande RAG onkologi

//Christina Johansson