

Minnesanteckningar från Skandionklinikens internat 10-11/11 2011

Välkomsthälsning

Bakgrund och historia

Thomas B-E och Björn Z redogjorde för protonprojektets bakgrund och historia från det att projektet inleddes 2001 och tog bl a upp:

- Fysik
- Patientunderlag
- Potentiella fördelar med protonbehandling
- Klinikens organisation och arbetssätt

Byggnaden

Håkan N presenterade byggnadens layout och det planerade arbetsflödet med t ex

- Trolleysystem och förberedelserum
- Dörrar till behandlingsrum
- Röntgenrör på gantryt
- Forskningsrum med fast stråle
- Neutronskydd vid energimodulator

Tidplanen innebär att

- Byggnaden är klar att ta emot utrustning maj 2013
- Första patient beräknas juni 2015

Viktiga arbetsuppgifter att vara genomförda innan start:

- Dosplanering, installation (höst 2011) och utbildning
- Kliniska protokoll, forskningsprogram
- Bemanning och arbetsflöden
- Utbildning på olika nivåer (läkare, dosplanerare, sjuksköterskor)

Vilken organisation behövs från 2012 och framåt?

Leif L gick igenom principerna:

- Gemensamt ansvar och ägande
- Vårdansvaret ligger hos hemmakliniken

Paneldebatt:

Jerker Swanstein, Göran Edbom, Thomas B-E, Leif L

- Hur ska kostnaderna fördelas mellan universitetssjukhusen?
- Taxesättning för själva strålbehandlingen

- Abonnemang 50% (högre initialt?)
- Rörligt pris per fraktion 50% (lägre initialt för att garantera beläggning?)
- Kostnader för hotell, resor och övrigt, t ex narkos, tillkommer
- Viktigt förankra protonbehandling i framtida vårdprogram från RCC
- Viktigt skicka patienter inom ramen för studier och vårdprogram
- All behandling går igenom vid gemensamma videokonferenser
- Diskussion om vad som händer om anläggningen ej är fullbelagd till en början – relativt högre abonnemangskostnad under uppstartningsfasen?
- Diskussion om kvalitetskrav på hemmakliniken: utbildning, bemanning m m
- Diskussion om vem som har mandat att fatta beslut om gemensamma rutiner, t ex format för personnummer eller fixationssystem
- Hur ska kostnader för sådana beslut som har ekonomiska konsekvenser för olika landsting fördelas? Vem har budgetansvar? Vem har mandat? Kan Medicinska rådet betraktas som ett beslutande organ? Vilken roll har Tjänstemannarådet? Tydligare uppdragsbeskrivning behövs.
- Viktigt förankra beslut som har ekonomiska konsekvenser på hemmakliniken, även sådana som har ”bagatellkaraktär”
- Kan förbundsdirektören sitta med i verksamhetschefgruppen?
- Hur ska vi säkra tillflödet av patienter?
- Lång diskussion om förhållandet mellan medicinska rådet och hemlandstinget/hemmakliniken
- Verksamhetschefgruppen får regelbundna rapporter från projektgruppen
- Vilka patienter kan vara lämpliga att börja med?
- RCC har ansvaret för att ta fram vårdplaner

Patientunderlag, vård- och forskningsprogram

Bengt Glimelius gick igenom tänkbara diagnosgrupper med tonvikt på gastrointestinala tumörsjukdomar

- How often is proton therapy sufficiently better? For what diagnoses?
- Vi räknade vid tidigare genomgång med att kliniken kommer att ha ett underlag på ca 2200 – 2500 pat/år
- De s k etablerade och klara indikationerna motsvarar ca 200 – 300 pat/år
- De s k möjliga indikationerna kommer att stå för återstående ca 2000 pat/år
- Idag kan det vara möjligt att vissa diagnoser får mer protonbehandling än vad vi då räknade med så att patientantalet kan tänkas överstiga 2500/år
- Möjliga indikationer:
 - Rectalcancer – mera intensiv kemoterapi + protoner?
 - Prostatacancer
 - Levertumörer, levermetastaser
 - Esofagus
 - Ventrikelcancer
 - Pancreascancer
 - Analcancer

Vilken roll skall RCC ha?

Gunilla Gunnarsson, som är SKL:s samordnare för cancerfrågor diskuterade vilken roll som framtida RCC skall ha för Skandionkliniken:

- Alla 6 RCC är igång med verksamhet
- Vårdprogram
- Administrativt stöd
- Kvalitetsregister, INCA
- RCC skall låta ta fram en processbeskrivning för protonterapi med hjälp av medicinska rådet
- Kan påverka vårdprogramgrupper för att få fram protokoll som inkluderar protonterapi
- Diskussion om möjligheter att få forskningsmedel

Extra resurser på hemmakliniken

Peter Larsson initierade en diskussion om vilka extra resurser som krävs på hemmaklinikerna för att starta och driva protonterapi:

- Nya arbetsuppgifter
- Delningseffekter (motsatsen till stordriftsfördelar)
- Utbildning

Peters enkät visade att flertalet ser ett behov av resursförstärkning, diskussioner pågår hos de flesta men få har fattat beslut.

Diskussion om att protonterapi ju faktiskt också innebär en ökad kapacitet för strålbehandling, men många ansåg att den ökade komplexiteten i behandlingarna sannolikt äter upp vinsten med den ökade kapaciteten.

Diskussion om hur läkarbemanningen på Skandionkliniken skulle organiseras – ren rotation? Långsammare rotation för somliga? Kontraktsanställningar?

Behovet av personalförstärkning på hemmakliniken: entydigt det egna landstingets ansvar.

Hur kommer vi vidare med kliniska studier?

- Vi behöver utse grupper att finna diagnoser att starta med:
 - Barn
 - Bäckentumörer hos vuxna:
 - Recti
 - Gyn
 - Avancerad prostatacancer
- Medicinska rådet utser och formerar grupper att utarbeta program/protokoll
- Diskussion om vårdprocess, omvårdnadsaspekter
- Vårdprocessdokument – algoritm som reglerar vad som skall göras hemma/på Skandion/hemma igen
- Uppföljningsdokument
- Beslut: Medicinska rådet har ansvar för att grupper ska skapas för
 - Protokoll för diagnoser
 - Vårdprocessprotokoll
- Checklista för varje dokumentgrupp:
 - Tänkbar förbättringspotential med protonbehandling
 - Högre dos med oförändrad toxicitet

- Samma dos med lägre toxicitet
- Intensivare kemoradioterapi
- Utkast/uppdrag till studier

Utbildningsfrågor, bildandet av utbildningsgrupp

Elisabeth Karlsson (RCC Umeå) visade en tänkbar utbildningsgång för sjuksköterskor – dels i allmän radioterapi, dels för protonbehandling, dels för protonosplanering.

Frågor som måste lösas:

- Kostnad per utbildningsplats
- Behov av antalet utbildade 2012, 2013 osv
- Vilka kvalitetskrav skall ställas på utbildningsnivån på hemmakliniken – obligatorisk eller frivillig vidareutbildning?
- Gemensam modell för ersättning under utbildningstiden + ev lönetillägg
- Skall Skandion anställa erfarna eller nya sjuksköterskor?
- Hur skall specialistsjuksköterskeutbildningen organiseras?

Vi diskuterar och kommer fram till att bemanningsfrågan för Skandionkliniken måste lösas inom ramen för det totala utbildnings- och personalbehovet för all strålbehandling i Sverige. Överenskommes att avdelningschefgruppen skall kartlägga behovet av nyutbildning och rekrytering för landets onkologkliniker och rapportera våren 2012.

Personal- och resursbehov på Skandion

Håkan N har gått igenom olika modeller för att skatta behovet av personal på Skandionkliniken:

- Fysiker – ca 5 pers med fysikeruppgifter som anställs successivt under 2013 – 2014
 - Diskussion om behovet av MTO-konsult
 - Diskussion om möjligheten att hjälpa till med inmätning i Trento
- Sjuksköterskor:
- Studie av patientflödet nödvändig
 - 12 – 16 sköterskor vid 2 gantry + 4 förberedelserum vid ett skift
 - Avdelningschef i början av 2014

Totalt skattar Håkan behovet till ca 27 tjänster, en konservativ bedömning i europeisk jämförelse.

Roterande personal, främst läkare

Vi hade en livlig diskussion om hur främst läkarbemanningen skulle organiseras. Alla är överens om att någon form av rotation är nödvändig men oenigheten består i hur stor grad Skandion skall bemannas av roterande läkare. Tre huvudalternativ utkristalliserade sig:

- Fast eller långtidsbemanning med läkare på Skandion, inroterande läkare på utbildningsplacering
- Ingen bemanning alls (utöver ev klinikchef/förbundsdirektör) med läkare på Skandion, enbart inroterande läkare från hemmaklinikerna
- Någon form av kompromiss – en av läkarna kan vara kontraktsanställd eller rotera långsamt?

Framtida möten

- Nästa möte i Göteborg 19 – 20/4 2012
- Organisationskommitté:
 - Zahra Taheri
 - Britt-Marie Hjort
 - Aris Tilikidis
- Observera också kommande kurs 25 – 29/3 2012 Radiotherapy with protons and ions, Uppsala

Vid pennan:

Måns Agrup