

RCC Styrgrupp
The Steam Hotel Västerås
2025-11-21

Protokoll från RCC Styrgruppsinternat 21 nov

Närvarande:

RCC: Charlotte Z Möller och Gustaf Hedström (tf VC)
Region Dalarna: Bitte Kanns (särskilt kallad som representant för Dalarna)
Region Gävleborg: Johanna Ågren och Linda Knutsson Fröjd
Region Uppsala: Henrik Olivero-Reinius och Ingrid Glimelius (På länk)
Uppsala universitet: Jakob Hedberg
Region Värmland: Charlotta Gestblom
Region Västmanland: Alexander Ahlberg och Helena Granstam-Björneklett
Region Örebro: Gustav Ekbäck och Kajsa Bergentz
Örebro universitet: Gabriella Lillsunde-Larsson
Patient- och närstående råd: Ulla Allard

Särskilt närvarande: Dennis Fenton (RCC) och Emelie Condén Mellgren (reg. Västmanland)

På länk: Erika Sarvik (RCC), Nils-Erik Svedberg (RCC) och Viktoria Henell (RCC).

Frånvarande: Johan Ahlgren (RCC), Caroline Herlin (reg. Dalarna), Thomas Persson (reg. Dalarna), Britt-Louise Frykman (reg. Värmland), Björn Persson (reg. Sörmland) och Madeleine Almqvist (reg. Sörmland)

Ordförande: Gustav Ekbäck (reg. Örebro)

Anteckningar: Maria Fernkvist (RCC)

Projektrapport från särskilda utvecklingsmedel

Föredragande: Erika Sarvik

Fram till vecka 50 kommer några framgångsrika projekt presenteras på RCC:s hemsida och LinkedIn. Det handlar då främst om projekt från 2024.

Lunchwebinarium kommer att hållas under v.6 nästa år. RCC önskar att styrgruppen skickar in goda exempel under v.48 så att dessa kan läggas till rapporteringen till Socialstyrelsen.

Diskussion

- Vad behöver vi förbättra inom våra processer?
- Finns det något vi behöver förbättra inom respektive område?

Synpunkter från styrgruppen: Det framförs önskemål om ett mer genomtänkt förhållningssätt till användningen av AI, särskilt inom patologin. Även om färdigvaliderade lösningar köps in krävs lokal validering innan system kan tas i bruk. Om medel inte ska kunna sökas för AI-projekt bör detta tydliggöras innan ansökningsperioden. Många AI-projekt bedöms ha stor patientnytta, bland annat genom möjligheten att förkorta ledtider, vilket ger direkta fördelar för patienterna.

Utbildning och kunskapsspridning lyfts som centrala insatser, till exempel genom spridning av goda exempel och genomförande av workshops. Lyckade projekt kan bidra till ökad motivation.

Det framhålls att det kan vara mindre ändamålsenligt att regioner söker individuellt. Flera projektidéer skulle kunna genomföras gemensamt mellan regioner, men den korta ansökningstiden försvårar dock samordning. Styrgruppen lyfter önskan om insyn i andra regioners ansökningar före beslut, för att möjliggöra samordning och gemensamma initiativ. Frågan lyfts därför om öppna ansökningar kan införas. Styrgruppen föreslår även att kriterierna bör utvecklas, inklusive en tydligare kravlista med uppskattad kostnadsnivå.

RCC:s sammanfattande kommentarer:

Flera av de aktuella AI-projekten har avsett inköp av produkter som kräver omfattande validering innan de kan testas i klinisk miljö. I ett fall krävdes kontroll mot tre olika system innan implementering kunde genomföras. Ett annat projekt avsåg användning av AI i studier. Det framfördes en önskan om att leverantörer skulle kunna ta ansvar för delar av valideringskostnaden. Ansökningar som helt avser AI i forskningsstudier har inte beviljats, då forskningsprojekt inte omfattas av dessa medel. RCC ser över de tekniska förutsättningarna för att möjliggöra gemensamma ansökningar.

Nyheter inom Kvalitetsregisterområdet

Föredragande: Gustaf Hedström

I syfte att främja ett mer enhetligt stöd från CPUA till kvalitetsregister går man från tolv till sex CPUA-enheter, med en CPUA per samverkansregion. De enheter som inte kommer att kvarstå flyttas. Värmland, Örebro och Uppsala har tidigare varit CPUA där nu Uppsala utsetts till kvarvarande CPUA i Mellansverige. Värmland behåller tills vidare ett register på grund av att databasen är starkt integrerad i regionens IT-system, vilket försvårar flytt, men avsikten är att även detta register ska överföras till annan CPUA.

Strukturer och ansvarsfördelning

Runt om i landet finns RCO-enheter med ett RCO i varje samverkansregion. RCO Mellansverige utgörs av delar av RCC respektive UCR. Samverkansnämnden ger uppdrag till RCO Mellansverige. Göran Angergård, regiondirektör i Gävleborg, representerar sjukvårdsregion Mellansverige i styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS). Åsa Dederling, Hälso- och sjukvårdsdirektör Dalarna, representerar Mellansverige i Nationell Samverkansgrupp Hälsodata (NSG HD). En beredningsgrupp för NSG HD bildades under sommaren. Under NSG HD finns olika nationella arbetsgrupper varav en arbetar specifikt med frågor gällande kvalitetsregister.

Ändrad finansieringsmodell

Från 2026 kommer SKR att ge en gemensam summa till CPUA som myndighet, och staten förväntas göra detsamma, men den exakta utformningen är ännu inte beslutad. Förhoppningen är att modellen ska innebära förbättringar.

Utveckling av registerstruktur

Ett omfattande arbete genomförs inom den nationella plattformen på RCC (INCA) för att förändra registerstrukturen och förbättra informationshanteringen. Man har identifierat övergripande områden där registren efterfrågar liknande data och arbetar för att standardisera uppgiftsinsamlingen.

För att möjliggöra automatisk dataöverföring krävs ett omfattande informatiskt arbete. Här märks en avsaknad av informatiska resurser i regionerna. Därutöver behöver data i journalerna struktureras då mycket av journalföringen inom cancerområdet är ostrukturerad och det försvårar direktöverföring.

Automatiserad överföring

RCC är tekniskt förberett för att ta emot automatiskt överförda data. Den huvudsakliga utmaningen är att regionerna ska ha förmåga att extrahera och leverera korrekta data. Inom patologi används dessutom olika kodningssystem mellan regionerna, vilket medför ytterligare komplexitet. Det har uttryckts farhågor om att en betydande del av arbetet går åt till att omstrukturera registren, och att möjligheterna att använda AI och språkmodeller för att effektivisera processerna bör utredas vidare. Det har genomförts tester där patologisvar har samlats in och analyserats med hjälp av

AI, men resultaten har hittills inte uppnått en kvalitet som möjliggör praktisk användning.

Förstudie Cancergenetik

Föredragande: Charlotte Z Möller och Viktoria Henell

Just nu pågår olika aktiviteter inom förstudien. Bland annat remissgranskning, enkätutskick, omvärldsbevakning och dialogmöten.

En enkät skickades ut under våren 2025 med frågor rörande omhändertagande, nuvarande rutiner, uppföljning och samverkan. Resultatet av enkäten framgår av bifogad presentation. För närvarande pågår ett analysarbete av de inkomna svaren.

Förstudien riktar sig till samtliga aktörer som kommer i kontakt med personer som behöver utredning samt med dem som ansvarar för samordningen av dessa utredningar. SVN ska fatta beslut om det fortsatta arbetets inriktning och en slutrapport ska därför skickas in innan sommaren 2026. Målet är att rapporten ska antas och fungera som riktlinjer för hur arbetet kan bedrivas i regionerna.

Diskussionspunkter

- Är förstudiens aktiviteter tillräckliga?
- Vilka aspekter är viktiga att belysa ur styrgruppens perspektiv?
- Kan ni stötta med dialogmöten?
- Annat att tänka på?

Synpunkter från styrgruppen: Primärvårdens perspektiv behöver säkerställas, och representation i NAG är nödvändig. Klinisk samverkan och dialog med verksamheterna är av stor vikt och det senaste dialogmötet i Västerås upplevdes som mycket konstruktivt. Kunskapsnivån varierar mellan regionerna, vilket medför en risk att vissa patientgrupper faller mellan ansvarsnivåer. Det är därför centralt att förstudien fortsätter.

Ett nationellt vårdprogram kommer att lanseras och implementeras under året. Vid möte med Mef Nilbert framkom att den nya cancerstrategin kommer att inkludera uppföljning och kontroll av personer med risk för ärftlig cancer. Det är därför viktigt att RCC säkerställer nära samverkan med kliniskt verksam personal.

Information från PNR

Föredragande: Ulla Allard

Uppdrag och arbetssätt

Patient- och närståenderådet (PNR) vid RCC Mellansverige har som uppdrag att bidra till en jämlik och högkvalitativ cancervård genom att bland annat vara rådgivande organ till RCC i övergripande frågor, samverka med berörda aktörer på lokal, regional och nationell nivå och bevaka och identifiera utvecklingsområden utifrån erfarenheter från patient- och närståendeföreträdare.

Rådet leds av ordförande och vice ordförande med stöd av en koordinator från RCC. PNR sammanträder cirka två gånger per termin, både fysiskt och digitalt, och kan arbeta i mindre grupper mellan möten. Under 2024 genomfördes fyra möten med fokus på tre prioriterade områden: PROM/PREM (Min vårdplan och IPÖ), palliativ vård och närstående perspektivet.

Rådet har även deltagit i arbete kring utvecklingsmedel där PNR haft representation i relevanta arbetsgrupper. Detta har fungerat väl men förbättringspotential finns i kommande ansökningsprocesser. PNR har dessutom fortsatt involvering i RCC:s styrgrupp och i nationella patient- och närståenderåd.

Hur kan man samordna PNR inom RCC och CCC

Anledningen till att ett separat PNR kopplat till CCC krävdes var att detta var ett villkor för att erhålla ackreditering. Det finns även ett nationellt nätverk för PNR inom CCC. Mellansverige är inte ensamt om att ha parallella PNR-strukturer. CCC upplever inte dubbla PNR-strukturer som ett problem, medan RCC:s PNR motsätter sig detta. Gemensamma aktiviteter och seminarier är avsedda att leda till resultat som kan användas av både CCC och RCC, men man har ännu inte kommit dit. Nationellt finns en samsyn kring att ett gemensamt PNR bör finnas. Man avvaktar den nationella processen, då utfallet kan påverkas av den kommande cancerstrategin och vilken inriktning regeringen väljer.

Uppdatering IPÖ

Föredragande: Per-Henrik Edqvist

Syftet med IPÖ 2.0 är att utvidga konceptet till att omfatta samtliga cancerdiagnoser, med primärt fokus på onkologisk specialistvård. Version 2.0 utvecklas som ett generiskt och gemensamt ramverk som gäller oavsett diagnosområde, vilket innebär att samma gränssnitt används för alla diagnoser.

Till skillnad från tidigare version baseras IPÖ 2.0 inte på specifika diagnoskoder, utan på ett patientcentrerat perspektiv, vilket gör det möjligt att hantera flera diagnoser i samma vy. Arbetet utgår från nationell informationsstruktur och variabler för att på sikt möjliggöra automatisk dataöverföring, men manuell inmatning kommer tills vidare att vara huvudmetoden. Ramverket kommer att kunna kompletteras med diagnosspecifikt innehåll där detta behövs.

Ny central produktägare på RCC är Lisen Edbom.

Initiala användartester planeras genomföras våren 2026. Någon fastställd tidpunkt för lansering finns ännu inte, då detta är beroende av externa faktorer.

INCA utvecklar tekniska lösningar som möjliggör mottagande av data från olika system, vilket innebär att information som lagras i INCA även kan användas i IPÖ. Under 2025 inrättades en klinisk referensgrupp med uppdrag att stödja prioriteringar och strategiska vägval.

I nuläget befinner sig arbetet i en utvecklingsfas. IPÖ är inte ett journalsystem men omfattas av krav rörande kvalitetsledning och registrering, bland annat hos Läkemedelsverket. På grund av regelverket kring individnära vård får systemet inte automatiskt hämta data från kvalitetsregister. IPÖ 2.0 kräver därför en ny NMI-märkning, och ett nytt kvalitetsledningssystem kommer att tas fram av Västra Götalandsregionen under 2026.

En översyn av lösningar för dataöverföring och integration pågår, inklusive tydliggörande av hur data från olika källor ska hanteras inom INCA. Data kan hämtas från regionala datalager och föras in i IPÖ, men juridiska begränsningar kan uppstå om regioner enbart tillåter sådan användning för kvalitetsuppföljning. I Kalmar testas ett pilotprojekt där en robot extraherar journaldata och registrerar dessa i IPÖ.

Tillgången till IPÖ i primärvården är beroende av att ansvarig läkare har åtkomst till INCA.

OPT

Föredragande: Nils-Erik Svedberg

Nästa etapp avser screening av män i åldrarna 50–70 år. Ett presentationsmaterial visar läget i sjukvårdsregionen samt pågående automatisering av utredningskedjan. Implementeringen är ännu inte redo för remisshantering till patologin på grund av bristande dataöverföring.

Projektet fortsätter att skalas upp, men tidpunkt och omfattning beror på respektive regions resurser. Gävleborg påbörjar utökningen efter årsskiftet. Nya patologiska digitala lösningar kan på sikt påverka arbetsflödet. SBU:s rapport förväntas under 2026 med eventuella nationella beslut tidigast 2028.

Synpunkter från styrgruppen: Västmanland avvaktar SBU:s rapport och fortsätter endast med redan inkluderade patienter, och efterfrågar en rekommendation från styrgruppen. Skillnader i tekniska system försvårar genomförandet; exempelvis kan Västmanlands lösning via 1177 behöva ersättas.

Sammanfattning: En paus i OPT-arbetet riskerar att leda till kompetensförlust. Det framhålls att det är mer ändamålsenligt att fortsätta i mindre skala för att bevara kunskap och kunna accelerera vid nationellt beslut. Styrgruppen avser inte att lämna någon rekommendation i nuläget men uttrycker intresse för hälsoekonomiska data specifikt för Mellansverige.

Övriga frågor och summering av dagen

Nästa möte 11 februari 2026.