

Referat Faggruppeseminar 24.-25. oktober 2019

Park Inn Gardermoen

Tilstede (torsdag): Styret DNP (unntatt Marie), Svetlana Tafjord, Gitta Turowski, Justina Iversen, Sonja Steigen, Jannicke Berland, Jarle Arnes, Bodil Bjerkehagen, Cecile Alfsen, Jens Pahnke, Sissel Wahl, Veronika Vesterfjell, Håkon Hov, Sabine Leh.

Fredag også Vidar Isaksen, Marianne Brekke, Mari Jebens, Lisbet Sviland, Hilde Bjørnestøl Hansen, Pål Suhrke, Ying Chen, Bettina Casati, Ståle Sund, Tonje Bøyum Riste, Susanne Buhr Wildhagen, Jon Anders Bæverfjord

Torsdag 24. oktober

1.1 Faggrupper; sammensetning og endringer (Ulla og Ok Målfrid)

-Gjennomgang av de ulike faggruppene og deres sammensetning, oppdatering legges ut på nettsiden

- Informasjon om ny faggruppe i ØNH og thyreoidea og dermed endringer av lunge- og mammafaggruppen

- sammenslåing av melanocytisk patologi og hud til én faggruppe for hud

-diskusjon omkring faggruppe mol.pat og cyt i forhold til underforeningene for de to, skal diskuteres på neste styremøte

1.2 Div. Info (Ulla Randen)

1.2.1 Rettspatologi og rettsmedisin

-Det er fra HDir satt ned en gruppe med mandat til å se på rettspatologi og klinisk rettsmedisin i Norge (7 patologer, samt barneleger, gynekologer, ortoped, rettsmedisin, politi, jurister).

-Lykke-Ellingsen (repr. Fra Helse Vest) og Skjulsvik (repr fra DNP i referansegruppen) skal der legge frem en rapport vedr. scenarioene

1. egen spesialitet for rettsmedisin,
2. patologspesialist i bunnen (forslag fra DNP),
3. spesialist med kompetanseområde innen rettsmedisin.

1.3 Kurs (Ingvild Lobmaier)

Innledning; bakgrunn for LM (læringsmål), stiller krav til både kandidater og utdanningsinstitusjonene, bredere kompetanse enn tidligere (inkl. nå felles KM (kompetansemål) vedr. etikk, kommunikasjon, forskning osv.)

1.3.1 Kurskatalogen i Kompetanseportalen

-RegUt Nord har i utgangspunktet tatt over, tar inn kursavgiften, men kurskomiteen må fortsatt organisere alt av booking i tillegg til det faglige uten avsatt tid eller lønn til planlegging og utførelse

-Vanskelig oversikt i kursportalen

-E-læringskurs; det finnes en løsning, men noen utfordringer mht gjennomføring

-Diskuteres nærmere i morgen med RegUt

1.3.2 Oversikt over Kompetanseportalen OUS

-LIS registrerer hver 500 biopsi opptil 5000, sluttregistrering som eget punkt etter 5000, tilsvarende for makrobekjæring – skal være endret også nasjonalt

- OUS har 4 lab.kurs som inkl. teori, omvisning og noe praktisk (eks. innen immunhistokjemi og flow)
- Faggruppetester, halvdagsseminar, litteraturstudier, snittseminar, organspesifikke kurs og tjenestetid (hva forventes under tjenestetiden definert) lagt inn som LM for hver faggruppe – utformes av den utdanningsansvarlige overlege (per 10 LIS gis 10% stilling)
- Oppfordring til LIS å gi tilbakemeldinger om de får anledning/klarer å gjennomføre innen tiden avsatt (eks. tid med overlege osv.)
- Ingvild deler med utdanningsansvarlig overlege ved de andre helseforetakene/sykehus
- Stiller krav til at forskning skal være del av utdanningen (eks. kurs 'forskning i patologi')
- Obligatorisk prosjektoppgave "Kvalitet og forbedring"
- Veilederkurs - alle overleger som skal ha veiledning må gå på kurs, tilsvarende av supervisjon

1.4 Årsrapport CRC-registeret (Sonja Steigen)

- Tre punkt til diskusjon – samlet: mer presise rapporter.

1: Standardisert rapportering – høyere komplettethet

Mål: 90% skal være strukturerte – vi har 91% totalt i Norge, men enkelte sykehus skiller seg ut med lav måloppnåelse; diskusjon mht. hvordan løse dette? – Enighet om at de aktuelle helseforetak/avdelingsledere må ta ansvar, men også viktig å finne ut om alle parametere likevel er med i besvarelsen.

2: Isolerte tumorknuter (N1c)

Ønske: større bevissthet, da dette er likestilt med lk-metastaser (ref.AJCC) mht. stadium.

3: EMVI ekstramural vene infiltrasjon – ikke bruk karinfiltrasjon! Diskusjon vedr. ev innføring av nasjonale maler. Minne på å oppdatere Veileder i besvarelse av maligne svulster.

- Bruke faggruppene ved hver avdeling til å gjennomgå hvorledes dette affiserer sin avdeling.
- Nasjonale faggrupper skal lage en kort oppsummering og oppdatering og legger dette på nettsidene

1.5 Lungekreftdiagnostikk (Sissel Wahl)

- Revidert Handlingsprogram mars i år vedr. NGS, fra 1.januar innføring av ROS1.

-Plateepitelkarsinom: PD-L1

-Adenokarsinom

- 'must test': EGFR, ROS1 og ALK – screening med IHC, verifisering med FISH eller RNA-basert NGS

- 'should test': BRAF, RET, ERBB2 (HER2), KRAS, MET... (NTRK)

-ROS1 – flere ulike fusjonspartnere – lokalisasjonen av fusjonsproteinet får konsekvens for påvisning ved FISH. D4D6 (Cell Signalling) først ut, godt utprøvd i store kliniske studier. Alternativ er nye SP384 fra Roche.

-NGS – anbefalt fremfor enkeltgen-studier. Ønske om tumor-agnostisk medisin. Ønske om lik diagnostikk og lik behandling. Finne gen-endringer som kan gi prognostisk informasjon (enkelte kombinasjoner av mutasjoner gir ulik prognose).

-Fallgruver: EGFR ekson 19 delesjon (bør avleses manuelt); MET ekson 14 skip (avdekkes ved RNA-basert NGS for å dekke området inn mot intron); resistens mot EGFR (eks. C797S dekkes ikke inn av f.eks Enterogen kit).

-NGS nå innført i Bergen, Trondheim, Tønsberg, Tromsø, Stavanger, Oslo og fra neste år også Bodø. Noe varierende hvilke typer svulster som analyseres, samt ulike plattformer. Kristiansand har Idylla.

1.6 Faggruppens deltagelse i Handlingsprogrammene- avklaring av status (Ulla Randen) (se også sak fredag 25., med repr. fra HDir)

-De har møte i dag, en repr. fra HDir, ev. Hege Russnes, refererer fredag.

1.7 Fagnettverk i Digital patologi-prosjektet (Sabine Leh)

-Organisering: Styringsgruppe (ledere fra de større patologiavdelinger, IKT osv), en sentral prosjektleder, samt en kjernegruppe. Videre 4 ulike delprosjekt; SAM (samhandling), HEL (helhetlig virksomhet), LAG (lagring) og KRS (kodeverk, rekvisisjoner, og svarrapporter). I tillegg et delprosjekt mht. undervisning og forskning (ikke igangsatt ennå).

-Faggrupper er en samling av patologer med spesialkompetanse vs. Fagnettverk ved at patologer her tilhører nettverket på bakgrunn av hvilket fagområde de jobber innen

-Fagnettverkets oppgaver: 1) standardisere prøvehåndtering, 2) teste nasjonal bildedeling for kollegial rådføring, 3) standardisere rekvisisjoner, 4) standardisere/strukturere svarrapporter.

-Så langt etablert innen Ikke-neoplastisk nyrepatologi, Ben- og bløtvevspatologi, Solide barnesvulster, samt Nasjonalt laboratorienettverk for patologi.

-Diskusjon vedr. fagnettverk versus faggrupper versus samhandlingsløsning (som i siste instans oppfattes som det mest viktige av de tilstedeværende). Avhenger av minst to HF som har en digital patologi-løsning.

-Vist eksempel på synoptisk rapport; detaljert fremstilling av hva, hvorfor og hvordan de ulike dataelementene i en strukturert mal er med, inkluderer definisjoner (kunnskapsstøtte). Mange ulike oppfatninger om verdien av disse Excel-arkene.

-Nasjonalt prosjekt må levere noe som blir synlig for kollegaene

-Det er ikke avsatt tid til dette for patologer som skal bidra til fagnettverkene mht svarrapportene

-Sabine tar dette med til neste møte i kjernegruppen og delprosjekt KRS

Fredag 25. oktober

1.8 Referat fra torsdagens møte (Ok Målfrid Mangrud)

-Sammenslåing av hudfaggruppene, samt at det er opprettet en egen gruppe for hode-hals inkludert thyreoidea.

-Ingvild deler sitt oppsett i Kompetanseportalen etter ønske. Dette kan også bidra til en mer helhetlig utdanning i Norge. Noe diskusjon rundt dette. Enighet om utfordringer vedr. at hvert helseforetak nå er ansvarlig for LM, men at en må unngå at det oppstår forskjeller.

-Kort orientering vedr. klinisk rettsmedisin og rettspatologi (Cecilie), rapportering til Krefregisteret (Sonja) og at dette refereres kort på DNP nettsidene, lungekreft (Sissel), fagnettverkene (Sabine) og den diskusjonen det medførte mht. bl.a at arbeidet med både dette og kursavvikling gjøres ofte utenom arbeidstid og som en type dugnad. Enighet om at dugnad for vår egen forening er ok, men at dugnad for HDir ikke er ok. Kan DNP lage en nasjonal strategi for å imøtekomme dette?

-Vidar Isaksen opplyste om at kodeteksten til bl.a molekylærkodene kan endres i de lokale LVMS-systemene (i dette tilfellet Sympathy). Styret kontakter eHelse om dette.

1.9 Nasjonalt kompetansenettverk innen persontilpasset medisin (Hege Russnes)

-Tidligere svært stor og uoversiktlig gruppe, nå redusert. Gruppen består nå av: Hege, Harald, Sonja, Asbjørg Stray-Pedersen (genetiker) og Randi Hovland (molekylærbiolog). I tillegg Sissi Leyell Espetvedt (HDir)... samt ? som er tett tilknyttet nasjonale prosjekt innen persontilpasset medisin.

- Hva har hvert handlingsprogram som minstekrav innen molekylærpatologi? – krever således at patologene må involveres i alle Handlingsprogram. Ønskelig at gruppen utvides med en patolog som daglig jobber med mol.pat.
- Informasjon om bakgrunnen til prosjektet (basert på HDir sine strategi-anbefalinger fra 2017). Arbeidsgruppen (der Hege var eneste patolog) utformet en rapport som inneholdt bl.a. punkter vedr. standardisering og harmonisering, samt at dette er forankret som etter fagrådsmodellen.
- Nettverket: Fire regionale nettverk der leder er fra den opprinnelige gruppen. Disse fire inngår i det nasjonale nettverket som også har to representanter fra HOD samt fra e-helse. De rapporterer til en styringsgruppe. Øverste myndighet er AD'ene i de fire HF.
- Regionale fagnettverk; helseregionene etablerer selv sine nettverk som knytter sammen fagområder, avdelinger og helseforetak, sikrer bred deltakelse, tar hensyn til regionens behov. Informasjonsutveksling er sentralt, via web-baserte løsninger – Genetikportalen.no.
- Tanken er at fagmiljøene og sykehusene får en linje opp til fagnettverksleder, hvilket kan avhjelpe kommunikasjon og medvirkning mellom fagmiljøene i de ulike regionene og mellom regioner.
- Nettverk bidrar til øk samhandling – vil kunne styrke lik tilgang til informasjon og medvirkning, men: må implementere persontilpasset medisin (forskning - kliniske studier - rutine).
- Må etableres nye finansieringsordninger for å få disse nye analysene inn i offentlige institusjoner – hindre at pasienter sender prøvene sine ut av landet for eks. innlemming i kliniske studier.
- Helse-Vest og Helse Sør-Øst holder begge på å finne løsninger (Senter for kreftgenomikk) for bedre samhandling mellom molekylærpatologi, genetik og de kliniske miljøene – forsøke å samkjøre dette arbeidet.
- Denne presentasjonen legges ut på DNP nettsiden.

1.10 RegUt Nord (Elin Skog)

- RegUts mandat; øverst står kursvirksomhet, samt fagkontakt for de ulike spesialiteter.
- Økonomi rundt kurs; noe endrede satser i forhold til tidligere, inkluderer honorar til for- og etterarbeid for kursledere og kurs-forelesere/undervisere – ikke nødvendigvis dekkende for patologi mht. at det brukes svært myt tid til forberedelser.
- Problematisering omkring den nye ordningen mht. arbeidet som ligger bak, og at pengene nå går til RegUt, ikke til DNP.
- Kursavgift faktureres av arbeidsgiver (deltaker må legge inn faktura-adresse).
- Kursledere og undervisere honoreres for sitt for- og etterarbeid. Arbeidsgiver skal gi fri med lønn for selve gjennomføringen.
- RegUt oppnevner kursleder og kurskomitémedlemmer – etter innspill fra spesialitetskomite og fagmedisinsk forening – disse har fagmedisinsk ansvar for kursene
- Det er RegUt for den region der kurset holdes som tar ansvaret for påmelding, annonsering, finne rom (men er et problem med distinksjon sykehus/universitet, og hvor mye det enkelte RegUt hjelper til).
- Diskusjon omkring antall kurs LIS må vs kan gå på., minner om at LIS har 10 timer avsatt til kurs per år i henhold til avtaleverket.
- Kan godkjenne utenlandske kurs (må søkes på forhånd)
- E-læringskurs; finnes ingen eksisterende løsning, men RegUt skal være pådriver for at dette skal kunne utvikles videre (forsøksprosjekt med grunnkurs hud).
- Fremover:
 - faste kursuker for alle kurs
 - læringsbeskrivelse i god tid, annonsering 6 mnd før, påmelding 3 mnd før
 - søk etter medlemmer i nasjonale kurskomitéer
- På nettsiden for spesialistutdanningen ligger bl.a håndbok for kursledere

1.11 Legeforeningen informerer (Merete Dahl og Kari Eikvar)

-Viktig å skille mellom ny og gammel ordning.

1.11.1 Fond– refusjoner

-Fond III er under evaluering – dekker fortsatt refusjon for kurs som er godkjent av spesialitetskomiteen

-Fond III dekker fortsatt etterutdanning

1.11.2 Godkjenning av kurs (ref. Årsmøtet), involvering av industrien

-LIS i gammel ordning søker Legeforeningens spesialitetskomite

-Ny ordning: finnes ingen offisiell godkjenningsordning, da kursene inngår i de anbefalte LM, og det har til nå ikke gitt refusjon for årsmøtekurset for de som nå går i ny ordning – med mindre kurset er forhåndssøkt godkjent av spesialitetskomiteen.

-Læringsaktivitetene er ikke forskriftsfestet (i motsetning til læringsmålene), dvs. de kan endres underveis og dette medfører at kurs og refusjoner også kan endres.

-Mht. industrien er kurs der industrien er invitert (delaktige i økonomisk gjennomføring eller som foredragsholdere; de kan stå utenfor selve undervisningslokalet) ikke godkjent mht. refusjon, gjelder også utenlandske kurs. Tidligere godkjent et slikt kurs per år – skal sjekkes opp.

1.11.3 Etterutdanning av spesialister

-Def: Utdanning en tilegner seg etter å ha gjennomgått grunn- og spesialitetsutdanning (CME-continuing medical education).

-Arbeidet med dette startet for flere tiår siden (startet med allmennlegene), etter hvert innstramming for reiser/kurs i regi av industrien, arbeidsgruppe nedsatt 2013:

<https://beta.legeforeningen.no/utdanning/etterutdanning/#22520>

-Landsstyrevedtak 2016 om obligatorisk etterutdanning for leger med spesialitetsgodkjenning (men uten resertifisering).

<https://beta.legeforeningen.no/contentassets/3ec6c3f2be724b55b92784fc7d7931f0/sak-13-etterutdanning-for-leger-med-spesialistgodkjenning-rapport.pdf>

-Delt i obligatorisk og valgfri del med hver 150 poeng (tilsvarende CME-poeng).

-Ønskelig at dette dokumenteres i kompetanseportalen

-Så langt i etableringsfasen, etter hvert avtaler med RHF og myndigheter (HDir), planlagt satt i drift vinter 2020-2021.

1.12 Tarmkreftscreeningen og innmeldt behov for patologer (Sonja Steigen)

-Alle 55 åringer skal ha tilbudet, (om lag 1,3 % av befolkningen), ca 60% oppmøte forventes, biopsier fra om lag 70%, pluss 10% sekundære biopsier etter iFOBT

-Startet i 2021, og starter med okkult blod i feces (sendes til AHus)

-Rask beregning tas det da ca. 1800 biopsier per 300.000 personer i et område (coloskopi av 2500). Et årsverk for en patolog om lag 1870 biopsier. Samt beregnet en ingeniør per patolog. I beregningene skal det også tas med utgifter til mikroskop, skanner, kontor, fremføring, farging, varekostnader, lagring osv. Ev. også egne takster for dette.

-Alle deltakende patologer får e-læringskurs, samt at det kommer en manual vedr. standardisering mht. antall blokker, nivå, farger osv.

1.13 Status for Nasjonal digital patologi (Lisbet Sviland)

Det ble presisert at prosjektet omfatter digitalisering av hele prosessen fra rekvisisjon til avgitt svar, ikke bare digital fremstilling av snitt. Prosjektet er delt inn i flere delprosjekter; 1. Samhandling; 2.

Helhetlig virksomhet; 3. Blokker, glass og digitale snitt; 4. Kodeverk, rekvisisjoner og svarrapporter; 5. Undervisning og forskning.

Interregional digital bildedeling er første steg videre, deretter å få på plass nasjonal prøvehistorikk og deretter konsultasjon mellom forskjellige helseforetak. Dette krever nasjonale standarder i alle ledd av prøvebehandlingen.

Pr. i dag er det store forskjeller mellom helseregionene mtp. hvor langt i digitaliseringsprosessen man har kommet. Helse Midt skanner alle snitt, men diagnostikken foregår fortsatt med mikroskop. Helse Vest startet digitalt snart. I Helse Nord starter det et regionalt prosjekt i disse dager. Helse Sør-Øst venter på LVMS.

For bildedeling har man gått inn for Cytomine som er en fri programvare, og man har fått et innledende tilbud fra Norsk Helsenett for drifting av systemet.

Man håper at digitaliseringen kan bidra til økt synlighet, rekruttering og styrking av fagmiljøene.

1.14 Laboratorienettverket i regi av Nasjonal digital patologi (Hilde B. Hansen)

Det er store forskjeller fra avdeling til avdeling med tanke på teknisk utstyr, skannere og snittene som produseres.

I laboratorienettverket er det opprettet en kjernegruppe som arbeider med standardisering. Man vil også ha et nettverk av kontaktpersoner innen histologi, immunhistokjemi og molekylærpatologi.

1.15 Oppbevaring av glass og blokker (Vidar Isaksen)

Det er laget nasjonale retningslinjer for lagring av blokker, glass og snitt og for digitale snitt.

Blokker lagres ved 18 – 23°C og relativ fuktighet 20 – 30% og må brannsikres. Vevsblokker bør oppbevares. Kan lagres i nærlager i 20 år, deretter i (eventuelt nasjonalt) fjernlager.

Glass lagres ved 18 – 23°C og relativ fuktighet 30 – 50% i lokaler som tåler nyttelast på minimum 15 kN/m². Glassene lagres mørkt. Når diagnosen er basert på glassnitt som vurderes i mikroskop bør glassene oppbevares i 20 år. Hvis det ikke er igjen vev i blokken bør glassene oppbevares som om de var blokker. Hvis avdelingen systematisk skanner digitale snitt fra alle glass og digitale snitt brukes i diagnostikken, kan glassene destrueres etter at et vellykket digitalt snitt er fremstilt.

Digitale snitt lagres i en bildedatabase. Denne må være søkbar på metadata fra bildet. All aktivitet i databasen må logges. Digitale snitt bør ha en oppløsning på minst 0,5 µm/pixel (20x), spesielt krevende preparater bør ha en oppløsning på minst 0,25 µm/pixel (40x). Digitale snitt bør lagres i minst 20 år.

Cytologiske utstryk bør lagres i 20 år.