

Nationell genomlysning av urologin

Nuläge och åtgärder för förbättrad tillgänglighet
och kvalitet

2023-02-13

Förord

Urologiska sjukdomar påverkar breda patientgrupper – både unga och gamla, både män och kvinnor. Sjukdomarna påverkar på olika sätt – från sjukdomar som kan vara akut livshotande, till sjukdomar som kan medföra långvarig negativ påverkan på livskvaliteten. Att drabbas av en urologisk sjukdom är något som många patienter tycker är svårt att prata om vilket gör att patientgruppen sällan uppmärksammas i det offentliga samtalet.

Den urologiska vården har utvecklats snabbt under senare år – fler patienter kan behandlas och de som behandlas lever längre. Samtidigt finns i dagsläget brister i tillgänglighet och kvalitet – många patienter får vänta för länge på vård, den vård som ges uppfyller inte alltid kvalitetskraven och det finns omotiverade skillnader mellan olika regioner.

De brister som finns i nuläget härrör ur komplexa orsaker och kan inte lösas av någon enskild aktör. Ambitionen är att denna genomlysning ska kunna fungera som en utgångspunkt för ett fortsatt gemensamt arbete, för att förbättra den urologiska vården. Detta arbete behöver bedrivas långsiktigt och på nationell nivå, baserat på samsyn kring vad som behöver lösas och exempel på vägar framåt. Särskilt viktigt i genomlysningen har varit att skapa grund till förbättring inom hela urologin, både vad gäller benigna och maligna tillstånd. Därför har arbetet genomförts i bred samverkan där företrädare för patienter, professionen, specialistföreningar, verksamheter, regioner, myndigheter och politik varit involverade. Stort tack till alla som bidragit i arbetet.

För att komma vidare behöver vi fortsätta att arbeta tillsammans för att gemensamt hitta vägar framåt för förbättrad tillgänglighet och kvalitet för kvinnor och män med behov av urologisk vård.

Genomlysningen har finansierats med medel från överenskommelsen *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022*, enligt att särskild vikt skulle läggas på att stödja regionerna i arbetet med att förbättra tillgängligheten inom urologin.

Stockholm, februari 2023

Arbetsgruppen för genomlysningen

Ove Andrén

RCC Norr, medicinskt sakkunnig/rådgivare, sjukvårdsregional SVF-samordnare

Helena Brändström

RCC i samverkan, Samordnare nationella vårdprogram & standardiserade vårdförlopp

Gun Danielsson

Riksföreningen för sjuksköterskor inom urologi, vice ordförande

Karolinska Universitetssjukhuset, omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Henrik Kjölhede

Nationellt programområde njur- och urinvägssjukdomar, ledamot

Lotta Renström Koskela

Svensk urologisk förening, ordförande

Karolinska universitetssjukhuset, överläkare i urologi



Carl-Henric Sundin

Patientföreningen Urinblåsecancer Sverige, Ordförande

Sahlgrenska universitetssjukhuset, överläkare i urologi

Jesper Swärd

*NU-sjukvården (Norra Älvsborgs Länsjukhus i Trollhättan och Uddevalla sjukhus), chefläkare och urolog,
tidigare sektionschef*

Sammanfattning

För både män och kvinnor finns en stor risk att någon gång i livet drabbas av en urologisk sjukdom. Det kan röra sig om maligna tillstånd, som prostata-, njur- eller urinblåsecancer, eller benigna tillstånd, som sten i urinvägarna, urinvägsinfektion och vattenkastningsbesvär. Medicinska landvinningar har förbättrat möjligheterna till diagnostik, behandling och uppföljning inom urologin, vilket medför att fler sjukdomar upptäcks, att överlevnaden är högre och patienters livskvalitet förbättras. Fler patienter än tidigare kan också behandlas. I kombination med en växande befolkning har den medicinska utvecklingen skapat ett ökat behov av urologisk vård.

I nuläget finns begränsningar i fråga om tillgänglighet och kvalitet i den urologiska vården. Beroende på tillstånd är det 23 till 56 procent av patienter med benigna tillstånd som inte får vård inom vårdgarantin och 58 till 86 procent av patienterna med maligna tillstånd får inte behandling inom tidsgränsen för de standardiserade vårdförloppen. Inom malign urologi uppfylls inte 20 till 79 procent vårdprogrammets kvalitetsindikatorer. Inom den benigna urologin finns regionala skillnader i fråga om bland annat behandlingsmönster, men möjligheterna att följa upp dessa skillnader är begränsad, eftersom definierade kvalitetsindikatorer och målvärden saknas. Brister i tillgänglighet och kvalitet medför negativa konsekvenser för patienten, exempelvis i form av nedsatt livskvalitet, oro och sjukskrivning. Patientens försämrade livssituation riskerar även att påverka närstående. Brister i tillgänglighet och kvalitet medför också ökad belastning och ökade kostnader för sjukvården, exempelvis i form av åtgärder och hjälpmedel som behövs i väntan på operation, eller komplikationer som uppstår i väntan på behandling.

I överenskommelsen *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022* framgår att särskild vikt ska läggas på att stödja regionerna i arbetet med att förbättra tillgängligheten inom urologin. I denna rapport presenteras därför en genomlysning av urologin som syftar till att skapa förutsättningar för ett långsiktigt, nationellt utvecklingsarbete. Nedan presenteras resultatet från genomlysningen i form fem huvudsakliga områden. För varje område presenteras exempel på möjliga åtgärder för att förbättra tillgänglighet och kvalitet – samtliga möjliga åtgärder presenteras i kapitel 4.

Förutsättningar – större befolkning, fler äldre och medicinska landvinningar har ökat behovet av urologisk vård. Det är därför angeläget att säkerställa att resurser används effektivt. Exempel på åtgärder:

- Utvärdera inklusionskriterierna för standardiserade vårdförlopp för att undvika överutredning.
- Tydliggör när PSA-test ska tas och inte tas.

Kompetensförsörjning – förutsättningar för att utbilda och behålla rätt kompetenser behöver säkerställas i hela landet. Exempel på åtgärder:

- Inför specialistutbildning för urologisjuksköterskor.
- Utbilda urologer motsvarande behovet.
- Fördela utbildningsuppdraget ändamålsenligt.

Nivåstrukturering och uppdrag – urologisk vård behöver i högre utsträckning ske sammanhållet och på lägsta effektiva omhändertagningsnivå. Resursfördelning och prioritering behöver ske på ett

tydligare sätt, både inom urologin och i relation till andra specialiteter. Nivåstrukturering behöver utvecklas för att bli mer ändamålsenlig och undvika kapacitetsproblem. Exempel på åtgärder:

- Tydliggör det urologiska uppdraget för primärvård, specialiserad öppenvårdsurologi och specialiserad sjukhusurologi.
- Genomlys och utveckla nivåstruktureringen.
- Synliggör dolda prioriteringar.

Organisation och arbetssätt – den urologiska vårdens organisering kan i flera avseenden behöva anpassas för att tillvarata nya möjligheter och säkerställa att patienters och närståendes behov möts i hela vårdkedjan. Vidare kan arbetssätt behöva anpassa för att uppnå målsättningar och använda vårdpersonalens kompetens rätt. Förslag på åtgärder:

- Utöka den urologiska öppenvården.
- Sprid arbetssätt anpassat till standardiserade vårdförlopp.
- Automatisera uppgifter som inte kräver vårdpersonalens kompetens och beslutsfattande.

Kunskapsstyrning – för benigna tillstånd saknas i stor utsträckning nationella kunskapsstöd och förutsättningar för att följa upp vården. För maligna tillstånd finns en välutvecklad kunskapsstyrning men bristande konsensus kring dess utformning, framför allt för standardiserade vårdförlopp. Inrapporterade data för malign urologi är svår att nyttja, i synnerhet vid uppföljning av den enskilda verksamheten. Förslag på åtgärder:

- Utveckla vårdprogram och vårdförlopp för benign urologi.
- Förankra de standardiserade vårdförloppen för att säkerställa samsyn inom professionen.
- Tillgängliggör inrapporterade kvalitetsdata för malign urologi.

Andra specialiteter – Bristande resurser inom andra specialiteter, så som radiologi och patologi, påverkar urologin negativt, exempelvis genom att förlänga ledtider. Urologin har i viss mån överlappande uppdrag med andra specialiteter inom andrologi och ansvaret för området är otydligt. Förslag på åtgärder:

- Möjliggör arbete med samplanering och resursöverföring mellan närliggande specialiteter.
- Tydliggör ansvaret för andrologin.

För att möjliggöra en förbättrad tillgänglighet och kvalitet krävs gemensamt arbete från kunskapsstyrningsorganisationen, regioner, urologiska verksamheter, patient- och professionsföreningar samt myndigheter.



Innehållsförteckning

1 GENOMLYSNING FÖR STÄRKT TILLGÄNGLIGHET OCH KVALITET	10
1.1 Genomlysningen syftar till att ge stöd för att förbättra den urologiska vården i Sverige. 10	10
1.1.1 Tillgänglighet och kvalitet i urologisk vård uppmärksammas av patienter, profession och politiker	10
1.1.2 Genomlysningens syftar till ett långsiktigt, nationellt utvecklingsarbete	10
1.1.3 Genomlysningen beskriver nuläge och möjliga åtgärder.....	11
1.2 I genomlysningen undersöks förutsättningar, utförande, genomflöde och utfall	11
1.3 Genomlysningen bygger på vårddata, enkäter, intervjuer och workshops.....	12
1.3.1 Tillgängliga vårddata avseende väntetider och kvalitet har använts	12
1.3.2 Enkät till verksamhetschefer, urologer och sjuksköterskor.....	13
1.3.3 Drygt 20 intervjuer med patientföreningar och representanter för urologin	13
1.3.4 Workshops för att validera och vidareutveckla resultat	14
1.3.5 Avgränsning till den regionala hälso- och sjukvården	14
2 DEN UROLOGISKA SPECIALITETEN	16
2.1 Urologiska tillstånd och patienter	16
2.1.1 Urologisk vård omfattar benigna och maligna tillstånd	16
2.1.2 Urologiska tillstånd har stor påverkan på livet och drabbar de flesta någon gång i livet	16
2.2 Vårdformer och vårdnivåer inom urologin	16
2.2.1 Urologi omfattar primärvård, akutsjukvård och specialiserad öppen- och slutenvård	16
3 TILLGÄNGLIGHET OCH KVALITET INOM UROLOGIN	18
3.1 Tillgänglighet och kvalitet för benign urologi	18
3.1.1 23 till 56 procent av patienterna får inte behandling inom vårdgarantin	18
3.1.2 Medelväntetiden är upp till sex månader, men många får vänta längre	19
3.1.3 Tillgängligheten till vissa behandlingar har försämrats över tid	20
3.1.4 Tillgänglighet för ovanliga ingrepp har försämrats under pandemin.....	21
3.1.5 Regionala skillnader i kvalitet baserat på antal och typ av behandling	22
3.2 Tillgänglighet och kvalitet för malign urologi	24
3.2.1 58 till 86 procent av patienterna får inte behandling inom tidsgränsen för SVF	25
3.2.2 Bristande tillgänglighet till rehabilitering och uppföljning	27
3.2.3 Upplevelsen av delaktighet och involvering samt emotionellt stöd är sämre än för andra dimensioner	28
3.2.4 20 till 79 procent av kvalitetsindikatorer uppfylls inte	29
3.3 Konsekvenser av bristande tillgänglighet och kvalitet	31
4 UTMANINGAR OCH ÅTGÄRDER FÖR ATT STÄRKA TILLGÄNGLIGHET OCH KVALITET	34
4.1 Förutsättningar	34
4.1.1 Växande patientvolym och ökande efterfrågan på urologisk vård.....	34
4.2 Kompetensförsörjning.....	36
4.2.1 Det finns för få urologer och de som finns är ojämnt fördelade över landet	37
4.2.2 Det är svårt att rekrytera och behålla sjuksköterskor inom urologin	39
4.2.3 Kompetensen hos uroterapeuter nyttjas inte fullt ut	42

4.2.4	Det saknas tillräcklig sexologisk kompetens	42
4.3	Nivåstrukturering och uppdrag	43
4.3.1	Vården är inte sammanhållen och utförs inte på rätt nivå	43
4.3.2	Tydlighet i och följsamhet till sjukvårdsregional nivåstrukturering varierar	45
4.3.3	Brister i den sjukvårdsregionala nivåstruktureringen har fördröjt implementering	46
4.3.4	Risk för kompetensbrist för vissa sällaningrepp	46
4.3.5	Prioriteringar sker dolt och utan helhetsperspektiv	47
4.4	Organisation och arbetssätt	50
4.4.1	Risk för nedprioritering när urologin organiseras under andra kliniker	51
4.4.2	Det saknas tillgång till öppenvårdsurologi	52
4.4.3	Brister i styrning av privata vårdgivare	52
4.4.4	Arbetssätt och resurser inte anpassade till SVF	53
4.4.5	Vårdpersonal handlägger rutinärenden som inte kräver beslutsfattande	54
4.4.6	På vissa enheter opererar inte urologer tillräckligt stora volymer, vilket påverkar vårdens kvalitet	55
4.4.7	Vården är inte organiserad för att möjliggöra rehabilitering.....	55
4.5	Kunskapsstyrning	56
4.5.1	Begränsningar i kunskapsstyrning och uppföljning av benigna tillstånd.....	57
4.5.2	Bristande konsensus kring SVF och hur målstyrning kan uppnås	58
4.5.3	Begränsade möjligheter för kliniker att nyttja uppföljningsresultat.....	59
4.6	Beroende av andra specialiteter	60
4.6.1	Bristande resurser inom andra specialiteter påverkar urologin negativt.....	60
4.6.2	Otydligt ansvar för det andrologiska uppdraget.....	61
	LITTERATURFÖRTECKNING.....	62
	BILAGA – INTERVJUDE	66



Förkortningar och begrepp

RSU	Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi. En ideell yrkesförening och fristående sektion i Svensk sjuksköterskeförening. Arbetar med att utveckla urologisjuksköterskans yrkesfunktion genom att sprida kunskap om urologisk vård och omvårdnad samt vara ett forum för erfarenhetsutbyte.
SSF	Svensk sjuksköterskeförening. En ideell förening för sjuksköterskor. Arbetar för att leda, utveckla och nyttiggöra professionen kunskaps- och vetenskapliga område omvårdnad. Har närmare 50 sektioner, däribland RSU.
SUF	Svensk Urologisk Förening. En specialitetsförening inom Sveriges läkarförbund och en medlemsförening i Svenska Läkaresällskapet. Föreningen arbetar bland annat med att befordra urologins utveckling i Sverige, exempelvis genom att anordna sammankomster. Medlemmarna i föreningen är i huvudsak läkare verksamma inom urologin. Inom SUF finns ett nätverk för chefer inom urologin. Arbetar bland annat med kunskapsöverföring mellan olika verksamheter.
SVF	Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos. Utöver det anges vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till att första behandling påbörjas.
Maligna tillstånd	Avser tillstånd med elakartad tumör, det vill säga cancer.
Benigna tillstånd	Avser tillstånd som inte är maligna, det vill säga tillstånd som inte är cancer.
LUTS	Nedre urinvägssymptom. Ett samlingsnamn för olika symtom i de nedre urinvägarna. Det kan exempelvis innebära svårigheter att hålla tätt eller att helt tömma blåsan. Symtomen kan orsakas av olika tillstånd och sjukdomar, exempelvis prostataförstoring.



Jag är förstås tacksam att ha överlevt cancer, men det är tufft nu också. Jag klarar inte att hålla tätt och måste byta blöja flera gånger varje dag. Jag har slutat i padel-laget och sex är inte att tänka på.

Anders Strömberg, 51 år

Bakgrund:	Lever med fästmannen Jonas, sonen Alfred och hunden Sally
Sjukdom:	Prostatacancer
Insjuknanden/år:	Prostatacancer drabbar cirka 10 000 män årligen ¹ varav cirka 3 000 opereras ²

Notera att patientfallet är fiktivt. Patientfallet baseras på insikter från intervjuer och workshops.
Källa: ¹ RCC i samverkan, 2022b; ² Nationella prostatacancerregistret, 2022

1 Genomlysning för stärkt tillgänglighet och kvalitet

I detta kapitel beskrivs genomlysningens syfte och frågeställningar. Vidare redogörs för arbetets metod samt vilka begränsningar som finns med denna.

1.1 Genomlysningen syftar till att ge stöd för att förbättra den urologiska vården i Sverige

1.1.1 Tillgänglighet och kvalitet i urologisk vård uppmärksammas av patienter, profession och politiker

Behovet av att stärka tillgänglighet och kvalitet inom den urologiska vården har under en längre period framförts av professionen och patienter. Samtidigt saknas en samlad bild av urologin, vilket försvårar fortsatt arbete. I överenskommelsen för år 2022 mellan regeringen och SKR framkommer att särskild vikt ska läggas på att stödja regionerna i arbetet med att förbättra tillgängligheten inom urologin (Socialdepartementet, SKR, 2021).

1.1.2 Genomlysningens syftar till ett långsiktigt, nationellt utvecklingsarbete

Syftet med genomlysningen är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt, nationellt utvecklingsarbete. Detta kräver samsyn och gemensam förståelse tvärs de aktörer som påverkar förutsättningarna för urologin, såsom statliga myndigheter, regioner, kunskapsstyrningsorganisationen, SKR, professionsföreningar och patientföreningar.

Genomlysningen har genomförts på uppdrag av RCC i samverkan. Arbetets arbetsgrupp har samlat flera perspektiv genom representanter från verksamheter och kunskapsstyrningssystemet samt patient- och professionsföreträdare (se Tabell 1)

Tabell 1. Arbetsgruppens medlemmar.

Carl-Henrik Sundin	Ordförande, patientföreningen Blåscancerförbundet
Gun Danielsson	Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, Karolinska Universitetssjukhuset Vice ordförande, Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi
Helena Brändström	Samordnare nationella vårdprogram & standardiserade vårdförlopp, RCC i samverkan
Henrik Kjölhede	Överläkare urologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Ledamot nationellt programområde njur- och urinvägssjukdomar
Jesper Swärd	Urolog och chefläkare NU-sjukvården (Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus), tidigare sektionschef

Lotta Renström Koskela	Överläkare urologi, Karolinska universitetssjukhuset Ordförande Svensk Urologisk Förening
Ove Andrén	Urolog Medicinsk sakkunnig/rådgivare och sjukvårdsregional SVF-samordnare, RCC Norr, urolog

1.1.3 Genomlysningen beskriver nuläge och möjliga åtgärder

Utgångspunkten för genomlysningen är dels att beskriva nuläget inom den urologiska vården, dels att identifiera möjliga åtgärder för att förbättra kvalitet och tillgänglighet.

Frågeställningar för nulägesbeskrivning:

- Hur ser förutsättningarna för den urologiska vården ut?
- Hur ser genomflödet av patienter ut?
- Vilka utfall, i form av tillgänglighet och kvalitet, ger den urologiska vården?
- Inom vilka områden finns utmaningar i fråga om tillgänglighet/kvalitet?

Frågeställningar för möjliga åtgärder:

- Vilka åtgärder skulle kunna vidtas för att möta utmaningarna?
- Vilka aktörer skulle kunna medverka vid genomförandet av dessa åtgärder?

I fråga om åtgärder har utredningen haft en bred ansats, både i fråga om vilka aktörer åtgärderna riktar sig mot och hur många åtgärder som inkluderats. Detta innebär att åtgärderna bör läsas som förslag på vad olika aktörer skulle kunna bidra med. I utredningen har ingen analys gjorts av olika aktörers förutsättningar i form av resurser och andra uppdrag, vilket medför att aktörer som omnämns kopplat till flera förslag på åtgärder kan behöva prioritera bland åtgärderna, åtminstone på kort sikt.

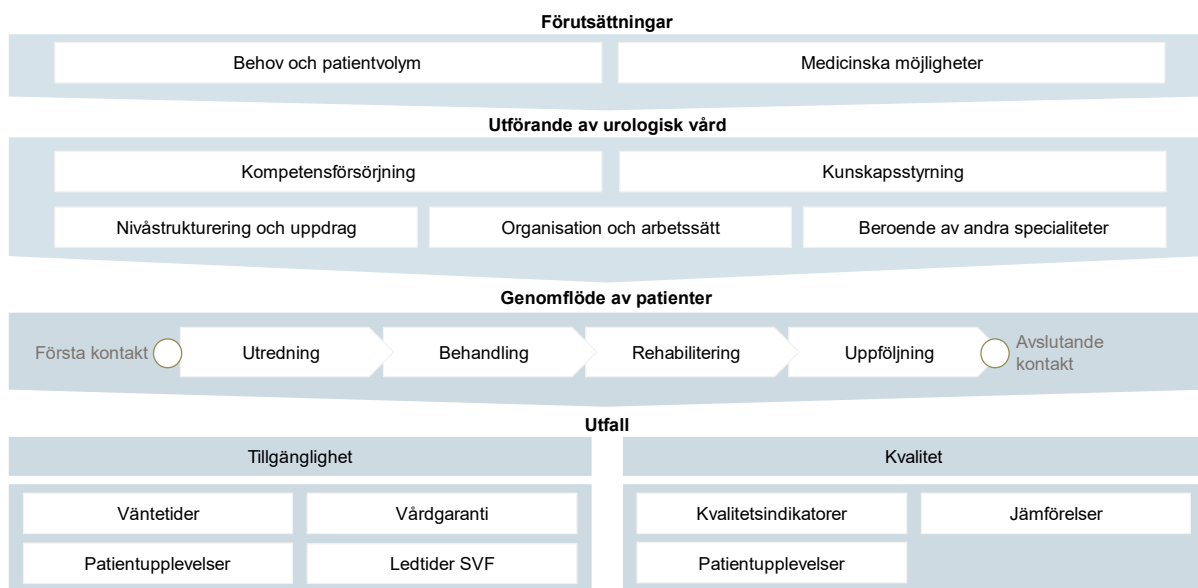
1.2 I genomlysningen undersöks förutsättningar, utförande, genomflöde och utfall

För att vägleda genomlysningen har en analysstruktur tagits fram och vidareutvecklats under arbetets gång (se Figur 1). Analysstrukturen beskriver vilka förutsättningar den urologiska vården utgår ifrån, faktorer som påverkar genomförandet, genomflödet av patienter, samt vilka utfall som undersökts.

Rapporten utgår från analysstrukturens indelning – se exempelvis kapitel 4 kapitel 4 Utmaningar och åtgärder för att stärka tillgänglighet och kvalitet

I arbetet med genomlysningen har utmaningar inom den urologiska vården identifierats. Vidare har åtgärder för att hantera utmaningarna och för att stärka tillgänglighet och kvalitet framkommit. Nedan presenteras utmaningarna med tillhörande åtgärder. Utmaningarna har sorterats till sex områden: Förutsättningar, Kompetensförsörjning, Nivåstrukturering och uppdrag, Organisation och arbetssätt, Kunskapsstyrning samt beroende av andra specialiteter. Ytterligare analyser presenteras i separat appendix till genomlysningen.

För att stärka tillgänglighet och kvalitet inom urologin är ett gemensamt arbete tvärs flera aktörer



Figur 1. Analysstruktur för genomlysningen.

nödvändigt. I det förändrings- och utvecklingsarbete som föreslås bör nytta dras av den kunskap som finns inom professionen och yrkes-/specialistföreningarna inom urologin.

1.3 Genomlysningen bygger på vårddata, enkäter, intervjuer och workshops

1.3.1 Tillgängliga vårddata avseende väntetider och kvalitet har använts

Tillgänglighet och kvalitet har analyserats kvantitativt, men tillgången till data varierar. Sammantaget har möjligheten att i genomlysningen kvantitativt beskriva tillgänglighet och kvalitet varit bättre för malign urologi än för benign urologi, eftersom flera datakällor endast täcker den maligna urologin. Utöver de källor som beskrivs nedan har även mer generell statistik använts, såsom SCB:s befolkningsstatistik.

För att analysera tillgänglighet till vård för benigna patienter har den nationella väntetidsdatabasen huvudsakligen använts. Regionerna är enligt hälso- och sjukvårdslagen (9 kap. § 3) och hälso- och sjukvårdsförordningen (6 kap. § 3) skyldiga att rapportera in till databasen för att möjliggöra uppföljning av vårdgarantin. Väntetidsdatabasen tillhandahålls av SKR. (Väntetidsdatabasen SKR, 2022a)

För att analysera kvalitet inom den benigna urologin har Socialstyrelsens Statistikdatabas för operationer i slutenvård och specialiserad öppenvård använts. Databasen innehåller information om vilka operationer och kirurgiska åtgärder som utförts per år, enligt Socialstyrelsens koder för klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ-koder) (Socialstyrelsen, 2022d, 2022b). Databasen är baserad på Patientregistret (PAR), dit sjukvårdshuvudmännen rapporterar uppgifter om patienter som behandlats i slutenvården och den specialiserade öppenvården (Socialstyrelsen, 2022a). En

begräsning med användandet av statistikdatabasen är att kodningen av vårdåtgärder i vissa fall varierar mellan olika kliniker.

För att följa tillgänglighet i den maligna urologin har RCC i samverkans statistik för uppföljning av SVF använts. Denna statistik baseras på uppgifter som rapporterats in till Väntetidsdatabasen, som analyserats för att kunna följa målsättningar i de standardiserade vårdförloppen.

Nationella kvalitetsregister har använts för att följa upp kvalitetsindikatorer för den maligna urologin. Följande register har använts: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer, Nationellt kvalitetsregister för njurcancer, Nationella prostatacancerregistret Nationella peniscancerregistret, samt svenska testikelcancerregistret (SWENOTECA). Kvalitetsregistren bygger på uppgifter från vårdgivare. För maligna sjukdomar finns också patientrapporterade upplevelsemått (*patient reported experience measures*, PREM) tillgängliga som ett kompletterade kvalitetsmått. Denna data bygger på en enkät som skickas ut till patienter som genomgått SVF. Svarsfrekvensen för enkäterna är mellan 56 och 59 procent för samtliga SVF. Samtliga regioner har dock inte deltagit i mätningen. År 2020 till 2021 var det 13 regioner som deltog.

1.3.2 Enkät till verksamhetschefer, urologer och sjuksköterskor

En enkät har skickats ut till 1) medlemmar i Svensk Urologisk Förenings chefsnätverk, 2) medlemmar i Svensk Urologisk Förening samt 3) Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologis medlemmar. Enkäten har syftat till att samla in synpunkter från respondenterna avseende:

- Åtgärder för att stärka tillgänglighet och kvalitet
- Kompetenser och resurser som är av störst vikt för att stärka tillgänglighet och kvalitet
- Hur kompetensförsörjning kan stärkas
- Vilka uppgifter som kan växlas, mellan grupper av vårdmedarbetare eller till medarbetare med annan kompetens.
- Inom vilka områden de största utmaningarna i fråga om tillgänglighet och kvalitet finns

Enkäten besvarades av totalt 108 personer:

- 14 verksamhetschefer eller medicinskt ansvariga urologer
- 51 sjuksköterskor
- 28 urologer (ej verksamhetschefer)
- 14 personer med andra roller (exempelvis undersköterskor, uroterapeuter och ST-läkare)

1.3.3 Drygt 20 intervjuer med patientföreningar och representanter för urologin

I genomlysningen har ett antal intervjuer genomförts för att samla in perspektiv från aktörer som på olika sätt har insyn i den urologiska vården. Intervjuerna har genomförts i semistrukturerad form, med utgångspunkt i teman och frågeställningar som identifierats i analysstrukturen. Intervjupersonerna inkluderar företrädare för ett antal olika organisationer och verksamheter:



- Patientföreningar, bland annat prostatacancerförbundet och IICO (tarm- uro och stomiförbundet).
- Urologiska verksamheter, av olika storlek och från olika delar av landet. Företrädare för både privata verksamheter och verksamheter i offentlig regi har intervjuats.
- Företrädare för kunskapsstyrningssystemet, bland att ledamöter i vårdprogramgrupper och i nationella programområden.
- Företrädare för ett antal professionsföreningar, bland annat Svensk Urologisk Förening, Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi, Svensk förening för allmänmedicin, och Svensk privaturologisk förening.

1.3.4 Workshops för att validera och vidareutveckla resultat

Två workshops genomfördes. Till det första workshoptillfället, som syftade till att identifiera utmaningar, bjöds patientföreningar, verksamhetsföreträdare och företrädare för kunskapsstyrningssystemet in. Vid det andra tillfället, som syftade till att identifiera och utveckla åtgärder för att möta utmaningarna, bjöds även beslutsfattare i regionerna, både tjänstemän och politiker in.

1.3.5 Avgränsning till den regionala hälso- och sjukvården

Genomlysningen avgränsas till den vård som utförs av regionerna. Patienter med urologiska tillstånd kan även förekomma i kommunal vård. Genomlysningen är inriktad mot att belysa den urologiska vården. I vissa fall har frågeställningar inom närliggande områden, såsom närliggande specialiteter eller andra vårdnivåer, aktualiserats. Detta medför att dessa har behövt belysas översiktligt för att ge en heltäckande bild av den urologiska vården.

“ Eftersom det är stopp i urinledaren måste jag ha en kateter rakt in i njuren (nefrostomi). Slangarna gör att jag inte kan jobba, så nu är jag sjukskriven. Katetern gör det också svårare att leka med mina barn. Jag hoppas att detta är över snart.

Mikael Bergkvist, 35 år

Bakgrund:	Ensamstående snickare, med två barn som är sju och elva år
Sjukdom:	Njursten med infektion och stopp i urinledaren
Insjuknanden/år:	Njur- eller uretärsten drabbar cirka 25 000 personer per år ¹

Notera att patientfallet är fiktivt. Patientfallet baseras på insikter från intervjuer och workshops.
Källa: ¹ Socialstyrelsen, 2023



2 Den urologiska specialiteten

I detta kapitel ges en introduktion till den urologiska specialiteten. Urologin beskrivs utifrån vilka tillstånd, patienter och delar av vården som berörs.

2.1 Urologiska tillstånd och patienter

2.1.1 Urologisk vård omfattar benigna och maligna tillstånd

Urologin innefattar tillstånd i urinvägarna hos män och kvinnor, samt tillstånd i könsorgan för män. Benign urologi omfattar diagnoser som inte är cancer, exempelvis sten i urinvägarna, och prostataförstoring. Malign urologi omfattar cancer: prostatacancer, njurcancer, cancer i urinblåsan och urinvägarna, testikelcancer och peniscancer. Den urologiska vården vårdar i högre grad män än kvinnor. Inkontinens och vissa blåsbesvär som drabbar kvinnor handläggs i Sverige inom den gynekologiska vården.

2.1.2 Urologiska tillstånd har stor påverkan på livet och drabbar de flesta någon gång i livet

De flesta män drabbas någon gång i livet av urologiska sjukdomar, men även kvinnor kan drabbas. Benigna tillstånd kan påverka livskvalitet och innebära begränsningar i det vardagliga livet. Exempelvis möjligheten att lämna hemmet och möjlighet till samliv. Fördröjd behandling kan i vissa fall innebära att patienten behöver kateter eller annan insats under väntan och riskerar att ge bestående organskador. Det begränsar livet ytterligare och innebär en risk för allvarliga infektioner som kan vara livshotande.

Maligna tillstånd kan vara livshotande. Likt benigna tillstånd kan tillstånden innebära begränsningar i det vardagliga livet. Beroende på hur väl behandlingen utförs kan patienten få livslånga biverkningar, exempelvis vad gäller sexuell funktion och förmåga att hålla tätt.

2.2 Vårdformer och vårdnivåer inom urologin

2.2.1 Urologi omfattar primärvård, akutsjukvård och specialiserad öppen- och slutenvård

Urologisk vård genomförs inom primärvården, specialiserad sluten- och öppenvård och akutsjukvård. Hur vården organiseras varierar mellan regioner. Generellt genomför primärvården första utredning och ger behandling på primärvårdsnivå. Vid behov remitteras patienten vidare till specialiserad vård. I öppenvården utförs den vård som inte kräver slutenvårdens resurser. Akutsjukvården handhar patienter med akuta sjukdomstillstånd. Urologin samarbetar nära med och är beroende av andra specialiteter, så som kirurgi, radiologi, patologi, onkologi och gynekologi.

“ *Det var en lång väntan på operationen. Att veta att cancer fortsatte att växa inuti mig var hemskt. Nu ska den vara borta men de fick operera bort hela urinblåsan så nu har jag en påse på magen för att samla kisset. Jag är alltid orolig att påsen ska gå sönder eller att jag inte ska klara att byta den.* ”

Anita Pavlović, 72 år

- Bakgrund:** Lever med mannen Antonio och har tre barn och två barnbarn
- Sjukdom:** Urinblåsecancer
- Insjuknanden/år:** År 2021 diagnosticerades cirka 3 000 personer av urinblåsecancer¹

Notera att patientfallet är fiktivt. Patientfallet baseras på insikter från intervjuer och workshops.
Källa: ¹ Svenska nationella kvalitetsregistret för Urinblåse- och urinvägscancer, 2022

3 Tillgänglighet och kvalitet inom urologin

I detta kapitel beskrivs tillgänglighet och kvalitet inom urologin med hjälp av data och insikter från intervjuade. Insikter presenteras nedan uppdelat för benign och malign urologi. Inledningsvis i varje avsnitt presenteras vilka datakällor som använts samt begränsningar med dessa. Ytterligare analyser presenteras i separat appendix till genomlysningen.

3.1 Tillgänglighet och kvalitet för benign urologi

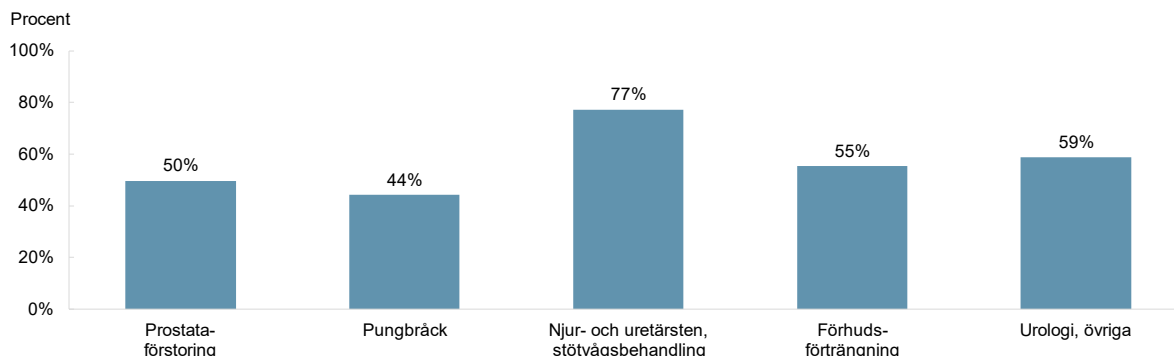
Genomlysningen har analyserat tillgänglighet för benign urologi genom väntetidsstatistik över uppfyllnad av vårdgaranti, väntetid och antal som väntar på vård. Det har dock inte varit möjligt att analysera tillgänglighet för all typ av vård och för alla delar av vårdkedjan. De benigna tillstånd som omfattas av data är prostataförstoring, pungbräck, njur- och uretärsten (stövågsbehandling) och förhudsförträning. För dessa tillstånd finns endast väntetidsstatistik för behandling att tillgå. Väntetidsstatistik till första kontakt och undersökning finns inte tillgängligt.

På grund av att modellen för uppföljning av väntetidsdata ändrades år 2021 är det svårt att analysera väntetidsdata över tid. För att möjliggöra ett tidsperspektiv har genomlysningen därför analyserat antalet patienter som behandlats för olika tillstånd över tid.

För benign urologi saknas kvalitetsindikatorer och data över kvalitet, vilket begränsar möjligheterna beskriva kvaliteten kvantitativt. Genomlysningen har därför analyserat kvalitet genom att beskriva skillnader i vård, exempelvis avseende i vilken utsträckning patienter behandlas och vilken typ av behandling som erbjuds.

3.1.1 23 till 56 procent av patienterna får inte behandling inom vårdgarantin

I hälso- och sjukvårdvårdlagen (9 kap) och hälso- och sjukvårdförordningen (6 kap.) framgår att patienter har rätt att få vård inom en viss tid – vårdgarantin. Detta innebär att patienter ska behandlas inom 90 dagar från det att beslut om behandling tagits av läkare och patient. För behandling av benigna tillstånd uppfylls vårdgarantin i 44 (pungbräck) till 77 procent (njur- och uretärsten) av fallen (se Figur 2) (Väntetidsdatabasen SKR, 2022b). Det innebär att mellan 56 och 32 procent inte får behandling inom vårdgarantin, beroende på tillstånd. I vissa fall kan patienter själva välja att vänta längre än 90 dagar på vård, exempelvis på grund av att de önskar få vård från en särskild vårdgivare. Dessa patienter inkluderas inte i statistiken.



Figur 2. Andel som får behandling inom 90 dagar juli 2021-juni 2022, öppen- och slutenvård.

Not: Behandling anges på väntetider.se som operation/åtgärd och inkluderar både operation och behandling; Data anger ett oviktat medelvärde för perioden; Data avser kontaktstatus väntande, det vill säga patienter som väntar på en åtgärd; Data avser alla kontaktformer (besök, besök distans, hembesök, telefon/-brevkontakt); Prostataförstoring avser KVÅ-kod: KED, KEC – notera att data även inkluderar patientgrupper med maligna tillstånd; Pungbräck avser KVÅ-kod: KFD20; Njur- och uretärsten, stötvägsbehandling avser KVÅ-kod: KAT00, KBT00; Förhudsförträngning avser KVÅ-kod: KGV00, KGV10, KGV13, KGV20; Urologi, övriga avser åtgärder inom MVO 361 Urologisk vård som inte ingår i prostataförstoring, testikel ej nedstigen (KFH00, KFH10), pungbräck, förhudsförträngning och Njur- och uretärsten, stötvägsbehandling. Därav inkluderas maligna tillstånd i denna grupp.

Källa: Väntetidsdatabasen SKR, 2022b.

Som framgår i Figur 2 presenteras i Väntetidsdatabasen ett antal grupperade kategorier. Detta medför att det inte är möjligt att urskilja väntetid för enskilda behandlingar och i vissa fall inte vad som avser maligna respektive benigna tillstånd, eftersom kategorin prostataförstoring innehåller operationer för bådadera. Detsamma gäller även för urologi övriga.

3.1.2 Medelväntetiden är upp till sex månader, men många får vänta längre

Medelväntetid anger genomsnittlig tid som patienter fått vänta på en viss typ av vård. För benigna tillstånd återspeglas de variationer som finns i uppfyllanden av vårdgarantin i medelväntetiden. Tillstånden med lägst andel som får behandling inom vårdgarantins gräns har längst medelväntetid och vice versa. Medelväntetiden till behandling är mellan 65 och 193 dagar (drygt sex månader) beroende på tillstånd (se Figur 3).

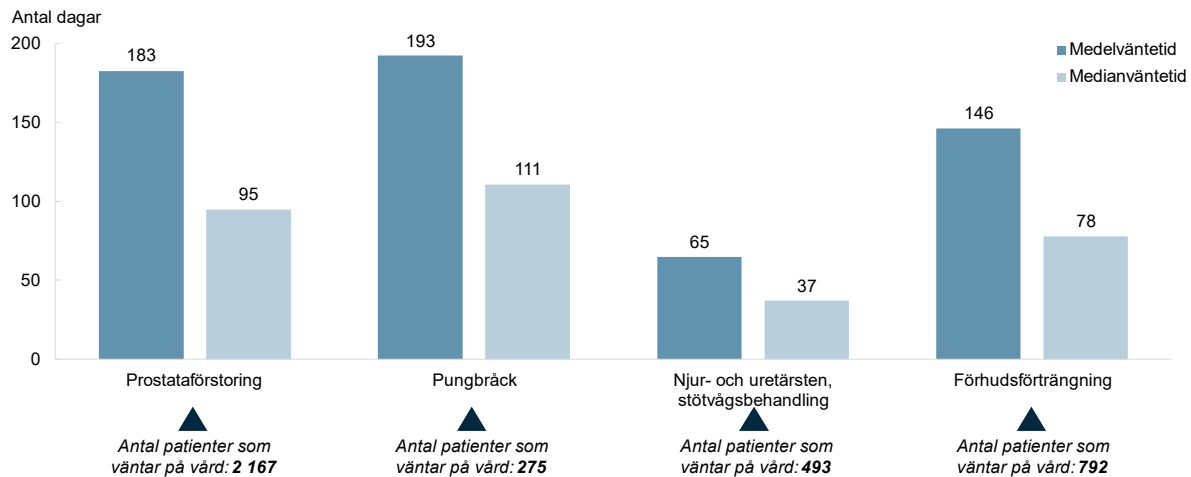
Konsekvensen av de långa väntetiderna blir särskilt stor om det är många som väntar på vård. För prostataförstoring, som är ett vanligt tillstånd, är kön till behandling längst. Cirka 2 200 personer väntar på behandling, vilket är fler personer än för samtliga andra tillstånd tillsammans. Samtidigt är prostataförstoring ett av de tillstånd där medelväntetiden är längst – 183 dagar. (Väntetidsdatabasen SKR, 2022b)

I Stockholm kan det gå snabbare att få vård för enklare benigna tillstånd jämfört med svårare tillstånd. De som inte är så sjuka kan få vård från öppenvården. De som har stora och förvärrade besvär eller är multisjuka får vänta och vänta i köerna.

- Verksamhetschef urologiverksamhet

Genom att jämföra medelväntetid med medianväntetid kan spridningen av patienternas väntetider analyseras. Medianväntetiden anger det mittersta värdet av patienternas väntetider sorterande i stigande ordning. Det gör att medianväntetiden inte påverkas av sneda fördelningar, exempelvis om det finns mindre grupper av patienter med extremt höga eller låga väntetider. För samtliga

tillstånd är medianväntetiden kortare än medelväntetiden. Det kan indikera att det finns mindre grupper av patienter som får vänta betydligt längre på vård jämfört med andra patienter. Detta bekräftas i intervjuer där verksamhetsföreträdare beskriver att det finns patientgrupper med benigna tillstånd vars behandling kontinuerligt skjuts upp. Vilka patientgrupper som drabbas varierar mellan olika verksamheter och regioner.



Figur 3. Medelväntetid och medianväntetid till behandling samt genomsnittligt antal patienter som väntar på behandling per månad, juli 2021-juni 2022, öppen- och slutenvård

Not: Behandling anges på väntetider.se som operation/åtgärd och inkluderar både operation och behandling; Medelväntetid och medianväntetid anger ett ovikat medelvärde för perioden; Data avser kontaktstatus väntande, det vill säga patienter som väntar på en åtgärd; Data avser alla kontaktformer (besök, besök distans, hembesök, telefon/-brevkontakt); Prostataförstoring avser KVÅ-kod: KED, KEC – notera att data även inkluderar patientgrupper med maligna tillstånd; Pungbräck avser KVÅ-kod: KFD20; Njur- och uretärsten, stötvägsbehandling avser KVÅ-kod: KAT00, KBT00; Förhudsförträngning avser KVÅ-kod: KGV00, KGV10, KGV13, KGV20.

Källa: Väntetidsdatabasen SKR, 2022b.

Väntetider för första besök till specialiserad vård kan inte följas i data, men företrädare för urologin beskriver långa väntetider. I enkätundersökningen som genomförts inom ramen för arbetet beskriver urologer, sjuksköterskor och verksamhetschefer att exempelvis väntetiden till LUTS-utredning är lång.

De som behöver utredas för att det är svårt att kissa eller för att de kissar på sig får vänta länge.

- Sjuksköterska

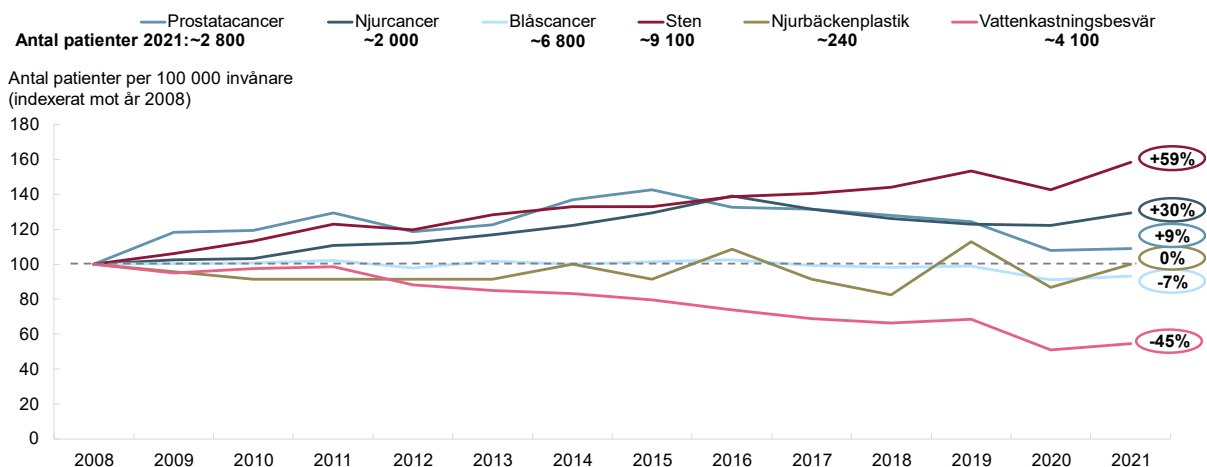
3.1.3 Tillgängligheten till vissa behandlingar har försämrats över tid

Flera intervjupersoner lyfter att tillgänglighet till behandling för benigna tillstånd är undermålig och har försämrats över tid. Det upplevs bero på att benigna tillstånd prioriteras mot maligna tillstånd – som ofta är mer akuta – inom en specialitet med begränsade resurser. Som en konsekvens prioriteras då patienter med benigna tillstånd ned. Detta har ytterligare förstärkts sedan införandet av SVF vilket inneburit tydliga ledtider för maligna tillstånd, på ett sätt som inte finns för de benigna tillstånden. Här framhåller flera intervjupersoner att många av de benigna tillstånden kan ha omfattande negativ påverkan på patienternas funktioner och livskvalitet även om de inte är direkt dödliga.

Det är genomgående att benigna åkommor prioriteras ned, oavsett om det gäller nybesök, behandling eller återbesök. Det som inte är cancer blir inte prioriterat.

- Verksamhetschef/ sektionschef urologiverksamhet

Möjligheterna att undersöka hur den benigna urologin har påverkats av förändringar inom den maligna urologin är begränsade, inte minst på grund av begränsade tillgänglighetsdata för den benigna urologin. Socialstyrelsens uppföljning av SVF indikerar dock att väntetider har ökat för patienter som är i behov av de resurser som används inom SVF, vilket inkluderar exempelvis patienter med benigna sjukdomar (Socialstyrelsen, 2019). För att analysera utvecklingen ytterligare har antalet patienter som över tid behandlats för olika tillstånd analyserats. Figur 4 visar relativ förändring av patienter som behandlats för olika tillstånd sedan 2008. Antalet patienter som fått behandling för vattenkastningsbesvär har minskat med 45 procent. Minskningen utgörs i huvudsak av en nedgång av patienter som fått ingreppet TUR-P (Socialstyrelsen, 2022f). Intervjuade verksamhetsföreträdare och experter uppger att det inte är sannolikt att minskningen beror på att färre personer är i behov av vård än tidigare. Detta ger stöd för att tillgängligheten för patienter med vissa benigna sjukdomar minskat över tid.



Figur 4. Antal patienter per 100 000 invånare inom slutna vård och specialiserad öppen vård år 2008–2021 som genomgått ingrepp/operation, per tillstånd, indexerat värde. 100 = antal patienter per 100 000 invånare år 2008

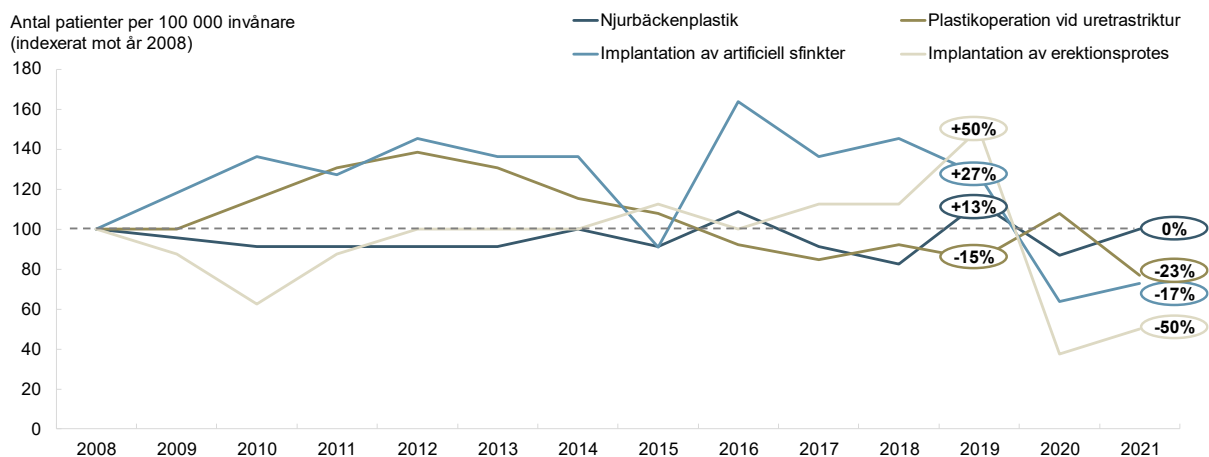
Not: Inrapporteringsgraden och kvalitén på data för specialiserad öppenvård har förbättrats under åren vilket påverkar statistiken; Vid beräkning av antal patienter har varje unikt personnummer räknats endast en gång per år, operation och geografiskt område; Har en patient fått samma ingrepp i både den slutna vården och den specialiserade öppna vården räknas den ändå bara en gång per år och operationskod; Prostatacancer avser operation KEC00, KEC01. Data avser män; Njuncancer avser operation KAC, KAD00, KAD01, KAD10, KAD56, KAD60. Data avser kvinnor och män; Blåscancer avser operation KBJ10, KBJ20, KCC, KCD02. Data avser kvinnor och män; Sten avser operation KBE01, KBE97, KAE12, KAE11, KAE97, KAE98, KAT00, KBE12, KBE98, KBT00, KCT00. Data avser kvinnor och män; Njurbäckenplastik avser operation KAH30, KAH31, KAH40, KAH41. Data avser kvinnor och män; Vattenkastningsbesvär avser operation KED00, KED22, KED32, KED52, KED72. Data avser män.

Källa: Socialstyrelsen, 2022f.

3.1.4 Tillgänglighet för ovanliga ingrepp har försämrats under pandemin

Inom benign urologi finns ovanliga ingrepp som utförs sällan och av få urologer. Intervjuade har framhållit en oro att ingreppen över tid minskat samt att de urologer som utför ingreppen blivit färre. Utvecklingen beskrivs kunna resultera i att patienter som är i behov av ingreppen inte får vård samt att det framöver kommer bli svårare att upprätthålla nödvändig kompetens för att utföra ingreppen.

Statistik över antalet patienter som genomgått ett ingrepp eller operation indikerar att ovanliga ingrepp, som plastikoperation vid uretrastriktur samt implantat av artificiell sfinkter och erektionsprotes, har minskat sedan 2008 (17 till 50 procent beroende på ingrepp). Minskningen har i huvudsak skett under år 2020 till 2021, det vill säga under covid-19-pandemin (se Figur 5) (Socialstyrelsen, 2022f). Det är därför möjligt att antalet patienter som får operation kommer öka när pandemins effekter på vården minskar.



Figur 5. Antal patienter per 100 000 invånare inom slutna vård och specialiserad öppen vård år 2008–2021 som genomgått ingrepp/operation, ovanliga ingrepp, indexerat värde. 100 = antal patienter per 100 000 invånare år 2008

Not: Inrapporteringsgraden och kvalitén på data för specialiserad öppenvård har förbättrats under åren vilket påverkar statistiken; Vid beräkning av antal patienter har varje unikt personnummer räknats endast en gång per år, operation och geografiskt område; Har en patient fått samma ingrepp i både den slutna vården och den specialiserade öppna vården räknas den ändå bara en gång per år och operationskod; Njurbäckenplastik avser KVÅ-kod: KAH40, KAH41, KAH30, KAH31. Data avser män och kvinnor; Plastikoperation vid uretrastriktur avser KVÅ-kod: KDH70. Data avser män och kvinnor; Implantation av artificiell sfinkter avser KVÅ-kod: KDK00. Data avser män och kvinnor; Implantation av erektionsprotes avser KVÅ-kod: KGV30. Data avser män.

Källa: Socialstyrelsen, 2022f.

3.1.5 Regionala skillnader i kvalitet baserat på antal och typ av behandling

Jämförelser mellan regioner visar att det finns skillnader både i vilken utsträckning patienter behandlas och vilken typ av behandling som erbjuds. Dessa skillnader är betydande och bedöms inte ensamt kunna förklaras med regionala variationer i behov och efterfrågan av vård.

Jämförelserna mellan regioner har gjorts med hjälp av statistik över antalet patienter som genomgått ett ingrepp eller en operation. Statistiken visar att det exempelvis finns skillnader i omfattning av behandling av sten-sjukdomar (se Figur 6)

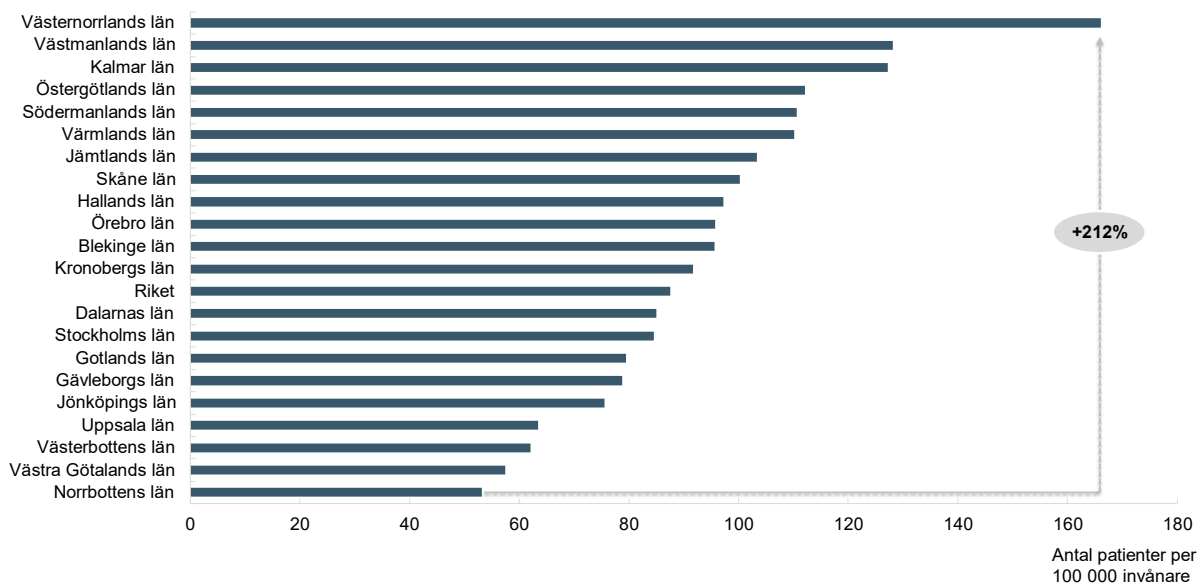
Figur 6. Antal patienter per 100 000 invånare inom slutna vård och specialiserad öppen vård år 2021 som genomgått ingrepp/operation, per region, sten

(Socialstyrelsen, 2022f). Skillnaden mellan regionen där högst respektive lägst antal patienter får sten-ingrepp är 212 procent. Vidare finns variationer i behandling för vattenkastningsbesvär, gällande vilken typ av behandling som erbjuds (se Figur 7) (Socialstyrelsen, 2022f). Skillnaden mellan regionen som utför högst respektive lägst antal transuretrala mikrovågsterapier är 56

procentenheter. Intervjuade urologer bedömer det som osannolikt att skillnaderna skulle spegla faktiska skillnader i behov.

Patienter med stensjukdomar får väldigt olika behandlingar. Det finns ingen "best of care" utan blir mer tycke och smak.

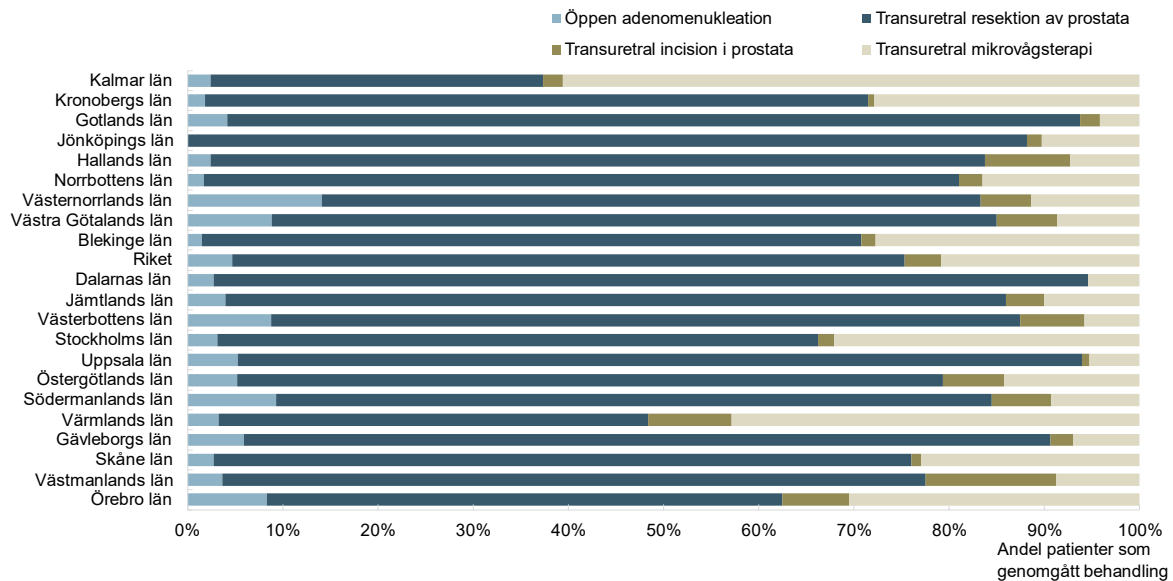
- Företrädare kunskapsstyrningssystemet



Figur 6. Antal patienter per 100 000 invånare inom slutna vård och specialiserad öppen vård år 2021 som genomgått ingrepp/operation, per region, sten

Not: Inrapporteringsgraden och kvalitén på data för specialiserad öppenvård har förbättrats under åren vilket påverkar statistiken; Vid beräkning av antal patienter har varje unikt personnummer räknats endast en gång per år, operation och geografiskt område. Har en patient fått samma ingrepp i både den slutna vården och den specialiserade öppna vården räknas den ändå bara en gång per år och operationskod. För vissa typer av behandlingar kan en behandlingsserie vara nödvändig (det vill säga att flera planerade behandlingar behöver genomföras), exempelvis vid ESVL. Det gör att antalet patienter som behandlas troligtvis är lägre än antalet behandlingstillfällen; Region avser patientens hemortslän, d.v.s. folkbokföringsort; Data avser män och kvinnor; Data avser KBE01 Perkutan endoskopisk ureterolitektomi, KBE97 Annan perkutan endoskopisk operation för uretärsten, KAE12 Endolumina nefropyelolitektomi, KAE11 Perkutan endoskopisk nefropyelolitektomi, KAE97 Annan perkutan endoskopisk extraktion av njursten, KAE98 Annan endoluminal extraktion av njursten, KAT00 Extrakorporeal stötvågslitotripsi av njursten, ESVL, KBE12 Endoluminal ureterolitektomi, KBE98 Annan endoluminal operation för uretärsten, KBT00 Extrakorporeal stötvågslitotripsi av uretärsten (ESVL), KCT00 Extrakorporeal stötvågslitotripsi av blåssten (ESVL).

Källa: Socialstyrelsen, 2022f.



Figur 7. Andel patienter inom slutna vård och specialiserad öppen vård år 2021 som genomgått specifikt ingrepp/operation, per region, vattenkastningsbesvär

Not: Inrapporteringsgraden och kvalitén på data för specialiserad öppenvård har förbättrats under åren vilket påverkar statistiken; Vid beräkning av antal patienter har varje unikt personnummer räknats endast en gång per år, operation och geografiskt område; Har en patient fått samma ingrepp i både den slutna vården och den specialiserade öppna vården räknas den ändå bara en gång per år och operationskod; Region avser patientens hemortslän, d.v.s. folkbokföringsort; Data avser män; Data avser operation KED00 Öppen adenomenukleation, KED22 Transuretral resektion av prostata, KED32 Transuretral incision i prostata, KED52 Laserresektion av prostata, KED72 Transuretral mikrovågsterapi; År 2021 är inga operationer inom KED52 Laserresektion av prostata registrerade.

Källa: Socialstyrelsen, 2022f.

3.2 Tillgänglighet och kvalitet för malign urologi

För maligna tillstånd finns bättre dataunderlag för att analysera tillgänglighet och kvalitet jämfört med för benigna tillstånd. I de standardiserade vårdförloppen för maligna tillstånd tydliggörs vilka steg en patient med ett visst tillstånd ska genomgå från välgrundad misstanke av sjukdom till första behandling. Vidare anges en tidsgräns för när första behandling ska ha genomförts. Tillgängligheten för malign urologi analyseras genom att undersöka hur stor andel av patienter som fått behandling inom angiven tidsgräns.

Kvalitet av vården har analyserats genom kvalitetsindikatorer och statistik från kvalitetsregister. Indikatorerna anger ett mått på kvalitet vilka regelbundet ska registreras och redovisas öppet. Syftet med indikatorerna är att initiera och följa förbättringsarbete. För indikatorerna finns kopplade målnivåer att arbeta mot (RCC i samverkan, 2022c). Kvalitetsindikatorer finns i både vårdprogram och SVF för urologisk cancer. Kvalitetsindikatorerna i SVF togs fram med vårdprogrammets indikatorer som grund. Det gör att kvalitetsindikatorerna för vårdprogrammen och SVF på övergripande nivå stämmer överens, med vissa mindre skillnader. I genomlysningen har kvalitetsindikatorerna för vårdprogrammen analyserats. Undantaget är testikelcancer som saknar vårdprogram – där har istället kvalitetsindikatorer för SVF analyserats. För att ta fram data för indikatorerna har kvalitetsregisterdata använts, vilken i huvudsak hämtats från plattformen INCA. I ett fåtal fall har det funnits större skillnader mellan beskrivningen av indikatorn i INCA och vårdprogrammets indikator. Det har framför allt varit skillnader gällande tidgränser inom vilken

viss vård ska genomföras. Tidgränserna har varit mer generösa för indikatorerna i INCA. I samtliga fall har målnivån inte uppnåtts trots en mer generös tidsgräns – utifrån detta har slutsatser om att målnivån för de mer snäva tidsgränserna i vårdprogrammen inte heller uppnås.

Inom SVF utförs så kallade PREM-enkäter (*Patient Reported Experience Measures*) vilka analyserats för att både belysa både tillgänglighet och kvalitet i vården. Patienter som utreds enligt SVF får sex till 10 veckor efter avslutad utredning besvara en enkät om sin upplevelse. PREM mäter patienternas upplevelse av den vård de mottagit och således inte vad patienterna anser om utfallet av vården.

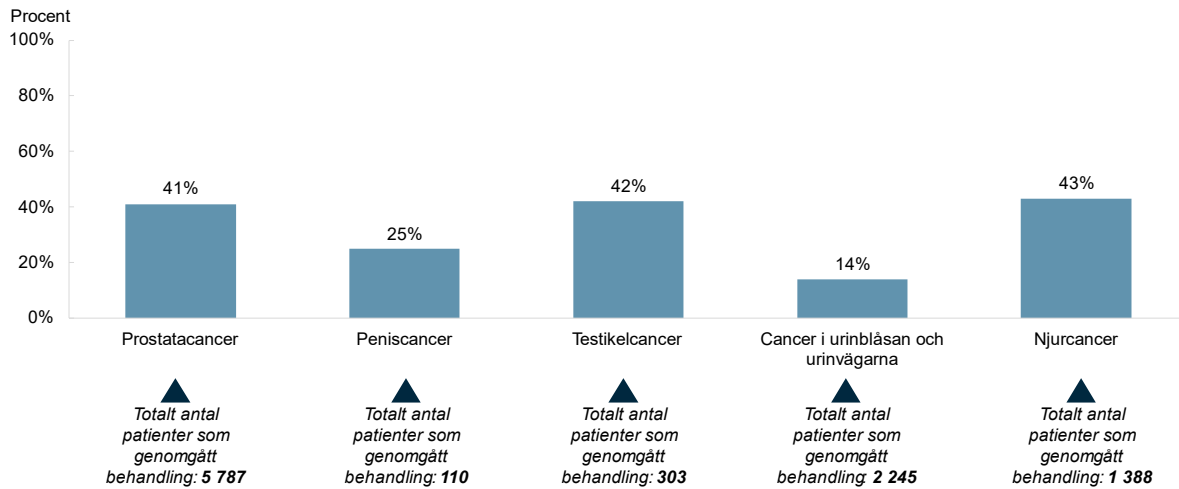
3.2.1 58 till 86 procent av patienterna får inte behandling inom tidsgränsen för SVF

Tidsgränserna som ska eftersträvas från välgrundad misstanke av sjukdom till första behandling för SVF varierar mellan olika tillstånd och typ av behandling. För samtliga maligna tillstånd är andelen patienter som genomgått behandling inom den angivna ledtiden under 50 procent (se Figur 8) (RCC i samverkan, 2022e). Mellan 58 och 86 procent av patienterna får inte behandling inom angiven ledtid.

Tillgängligheten är särskilt låg för cancer i urinblåsan och urinvägarna där andelen patienter som genomgår behandling inom angiven ledtid är 14 procent. Andelen som genomgått behandling inom angiven ledtid har minskat sedan 2018 då värdet var 52 procent. Variationer ses även regionalt i ledtiderna, där Stockholm/Gotland generellt har fler patienter som genomgår behandling inom angiven tidsgräns jämfört med de andra områdena. Ledtiden till behandling påverkar många patienter – år 2021 genomgick 2 245 patienter behandling för cancer i urinblåsan och urinvägarna, vilket innebär att nära 2 000 patienters inte behandlades inom ledtiden. Intervjuade påtalar vikten av att dessa patienter får behandling i tid eftersom sjukdomsförloppet kan utvecklas snabbt.

Vi har haft patienter med blåscancer som dött för att de fått vänta för länge. Jag har fått operera akut när blåsan spruckit för att patienten inte fått vård i tid.

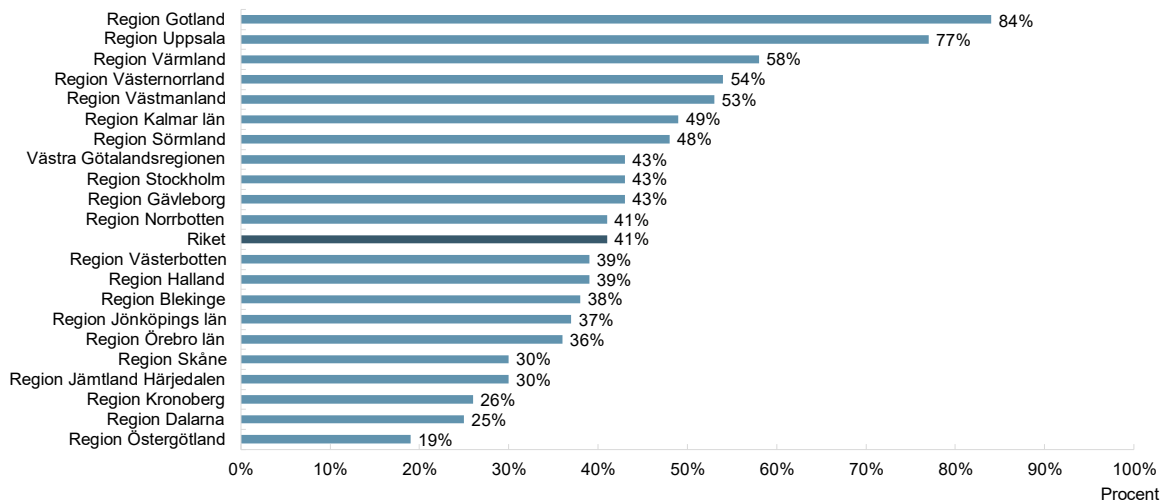
– Företrädare för kunskapsstyrningsystemet och verksamhetschef



Figur 8. Andel patienter som genomgått behandling inom den angivna ledtiden samt totalt antal patienter som genomgått behandling (både inom och efter angiven ledtid) för det standardiserade vårdförloppet år 2021, per diagnos

Källa: RCC i samverkan, 2022e.

Tiden till behandling varierar både utifrån vilken region patienten är från och vilken typ av behandling patienten får. För samtliga tillstånd finns regionala variationer i tid till första behandling. Exempelvis är det nationellt 41 procent av patienter med prostatacancer som får första behandling i tid vilket kan jämföras med 19 procent i regionen med lägst ledtidsuppfyllnad (se Figur 9) (RCC i samverkan, 2022e). Vidare finns variationer i tid till första behandling beroende på behandlingsmetod. Exempelvis genomgår 16 procent av patienter med prostatacancer kirurgisk behandling inom angiven ledtid, vilket kan jämföras med 58 procent av patienterna som får läkemedel (RCC i samverkan, 2022e). På en övergripande nivå är det inte möjligt att se några tydliga trender gällande vilka typer av behandlingar som har hög eller låg ledtidsuppfyllnad.



Figur 9. Andel patienter som genomgått behandling inom den angivna ledtiden för SVF för prostatacancer år 2021, per region

Not: Data redovisas för patientens hemregion.

Källa: RCC i samverkan, 2022e.

3.2.2 Bristande tillgänglighet till rehabilitering och uppföljning

Flera intervjuade lyfter att tillgängligheten till rehabilitering och uppföljning brister trots att patienternas behov är stort. Exempelvis kan patienter som fått testa en ny läkemedelsbehandling behöva följas upp för att säkerställa att allt fungerar som avsett. Vidare är det vanligt att patienter som genomgått större kirurgiska ingrepp kan behöva rehabilitering och stöd. Ingreppen kan i vissa fall innebära stor påverkan på hälsan, så som erektionssvårigheter, svårigheter att hålla tätt eller att patienten behöver leva med urostomi (påse på magen som samlar upp urin vilket exempelvis kan behövas om urinblåsan opereras bort). Intervjuade framhåller att dessa patienter kan behöva stöd från exempelvis kurator eller vårdpersonal med särskild kompetens inom sexologi. Det saknas idag statistik gällande uppföljning och rehabilitering.

När patienten får ny behandling sätter vi ofta upp att vi ska höras igen om några månader för att stämma av. Med det blir inte av, vi binner inte ringa. I de fall patienten får någon återkoppling så är det för att de själva har ringt upp och frågat.

- Verksamhetschef urologiverksamhet

Det finns fantastiska cancerrehabiliteringsprogram och rehabilitering är en del av vårdprogrammen. Men trots det så funkar det inte i praktiken. Männan möts inte på ett sätt som öppnar för rehabilitering.

- Patientföreträdare

Rehabilitering fungerar ej alls, varken för malign eller benign urologi. Det är inte uppbyggt som de borde vara och är inte en del av processerna. Vid prostataoperationerna kan nerver skadas som gör att potensen påverkas.

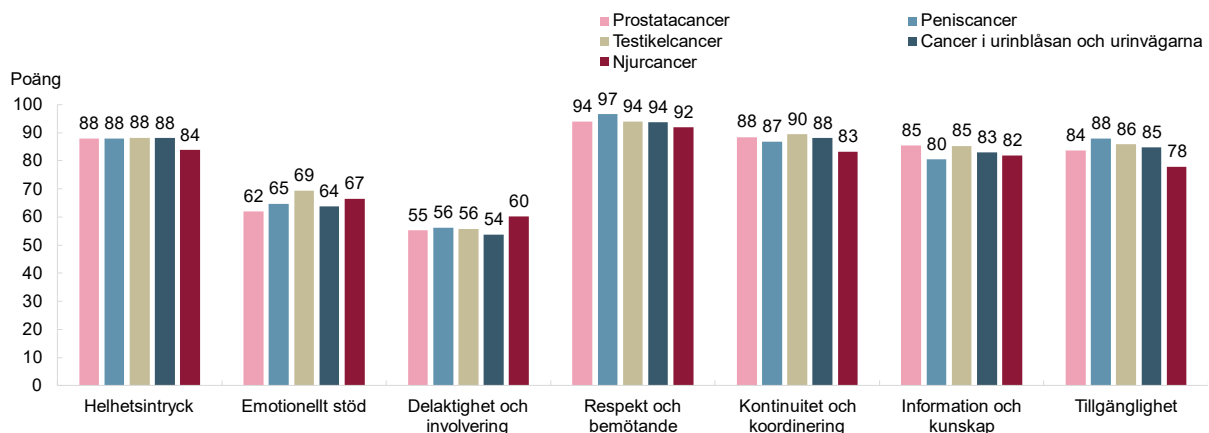
Patienter som fått denna typ av operation kan behöva stöd.

- Verksamhetschef urologiverksamhet

3.2.3 Upplevelsen av delaktighet och involvering samt emotionellt stöd är sämre än för andra dimensioner

Inom SVF utförs PREM-enkäter där patienterna får besvara frågor om sin upplevelse av att utredas inom SVF. PREM-enkäten består av 33 frågor varav 19 av dessa är indelade i sju dimensioner. Patienterna besvarar vanligtvis frågorna genom att ange ett svar på en skala från ett till fem. För varje dimension redovisas medelpoängen för frågorna (läs mer om PREM-enkäten i avsnitt 3.2 Tillgänglighet och kvalitet för malign urologi).

PREM-enkäterna visar att patienternas upplevelse att utredas inom SVF är likartade för samtliga SVF för urologiska tillstånd (se Figur 10) (Sveriges Regioner i Samverkan, 2022a). Generellt är resultaten lägre för dimensionerna emotionellt stöd samt delaktighet och involvering jämfört med de andra dimensionerna. Detta är ett resultat som ses i samtliga delar av landet. De låga resultaten beror i synnerhet på få positiva svar på frågor som berör anhöriga. För emotionellt stöd har frågan *Gavs din familj eller närstående möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från vårdpersonalen?* fått få positiva svar (47 procent). Frågan som omvänt ställdes om den svarande (det vill säga den som utretts) fick möjlighet att få känslomässigt stöd fick högre andel positiva svar (65 procent). Det låga resultat för delaktighet och involvering beror framför allt på få positiva svar på frågan *När du skulle få besked om utredningens resultat, hade du då blivit uppmanad att ta med dig någon närstående eller ha någon hos dig?* (Sveriges Regioner i Samverkan, 2022a).

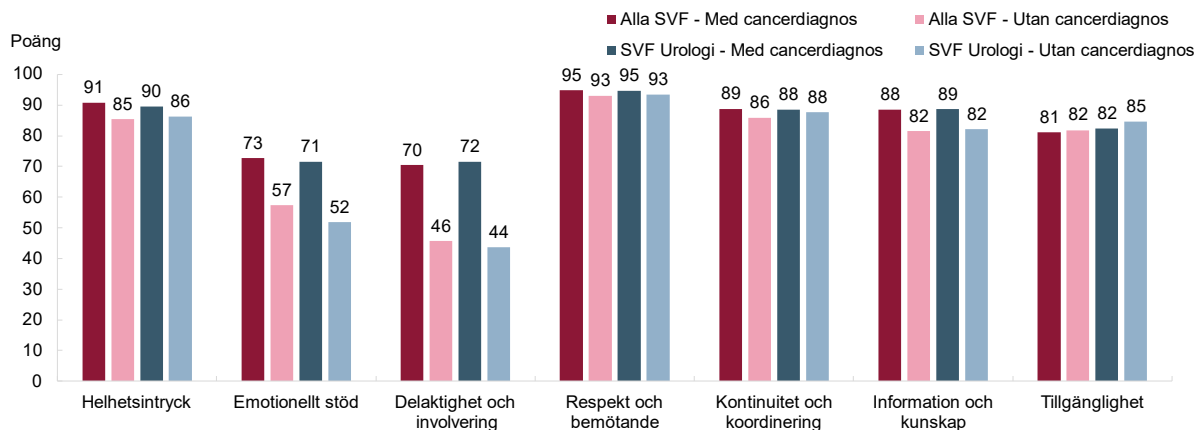


Figur 10. Patienternas upplevelse av att utredas inom SVF utifrån patientrapporterade erfarenhetsmått år 2021, för SVF för urologiska tillstånd, poängintervall: 0–100

Not: Patienternas upplevelse inkluderar både personer med och utan cancerdiagnos; Data baseras på svar från PREM-enkäterna vilken patienten får sex till tio veckor efter avslutad utredning; Notera att antalet patienter som svarar är lägre för de diagnoser med lägre antal som utreds, exempelvis testikelcancer och peniscancer; När patientunderlaget är litet finns det högre risk för variationer över år.

Källa: Sveriges Regioner i Samverkan, 2022a.

Resultaten för urologiska tillstånd motsvarar de resultat som gäller för samtliga SVF (det vill säga inklusive de som inte avser urologiska tillstånd). I likhet med resultat för samtliga SVF, visar PREM-enkäterna att patienter som utretts inom SVF för urologiska tillstånd och som inte fått en cancerdiagnos generellt har en sämre upplevelse jämfört med de som fått en cancerdiagnos (se Figur 11). Skillnaden är särskilt stor för de dimensioner som uppvisar sämre resultat, det vill säga emotionellt stöd samt delaktighet och involvering (Sveriges Regioner i Samverkan, 2022a).



Figur 11. Patienternas upplevelse av att utredas inom SVF utifrån patientrapporterade erfarenhetsmått år 2021, för SVF för urologiska diagnoser och för samtliga SVF, poängintervall: 0–100

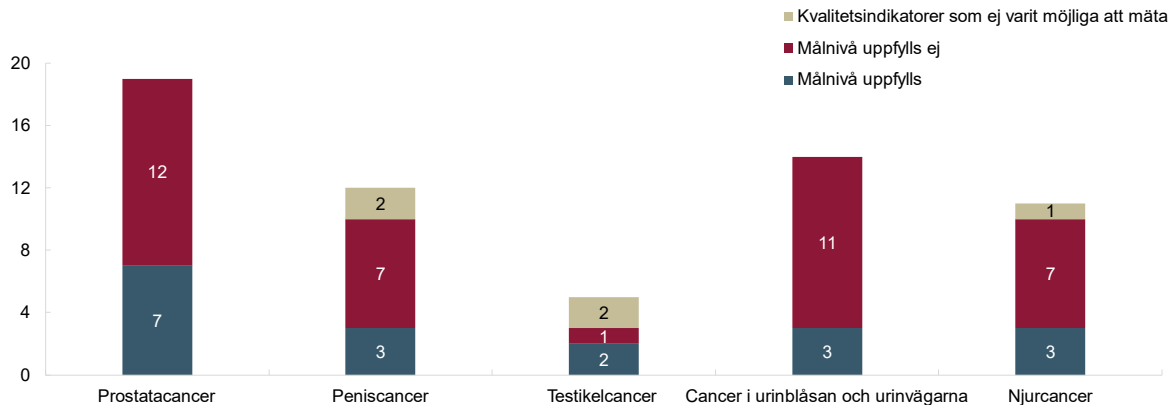
Not: SVF för urologisk cancer inkluderar njurcancer, peniscancer, prostatacancer, testikelcancer och cancer i urinblåsan och urinvägarna; Patienter med cancerdiagnos omfattar de patienter som under utredningen har diagnostiserats med cancer. För majoriteten av patienterna som utreds enligt standardiserat vårdförlopp leder utredningen till att misstanken om cancer kan avskrivas. Dessa patienter redovisas som Patienter utan cancerdiagnos; Data baseras på svar från PREM-enkäterna vilken patienten får sex till tio veckor efter avslutad utredning.

Källa: Sveriges Regioner i Samverkan, 2022a.

3.2.4 20 till 79 procent av kvalitetsindikatorer uppfylls inte

I genomlysningen har vårdens kvalitet för malign urologi inriktats på de kvalitetsindikatorer som definierats inom det nationella systemet för kunskapsstyrning och som anges i vårdprogrammen. Det bör dock nämnas att kvalitet inte endast kan beaktas genom dessa. Indikatorerna ger ingen information om den enskilda patientens upplevelse av kvalitet. Patienter kan uppleva kvalitet olika och ha olika uppfattning av vad en god vård är. Det är därför centralt att varje patient möts individbaserat utifrån dennes uppfattning.

Beroende på diagnos var det år 2021 mellan 20 och 79 procent av kvalitetsindikatorer i vårdprogrammen som inte uppfylldes (se Figur 12) (Nationella kvalitetsregistret för njurcancer, 2022; Nationella peniscancerregistret, 2022; Nationella prostatacancerregistret, 2022; Svenska nationella kvalitetsregistret för testikelcancer, 2022a, 2022b; Svenska nationella kvalitetsregistret för Urinblåse- och urinvägscancer, 2022). Exempelvis är det 12 av 19 kvalitetsindikatorer för prostatacancer och 11 av 14 kvalitetsindikatorer för cancer i urinblåsan och urinvägarna som inte uppfylls. Det behövs ett fortsatt utvecklingsarbete för att möjliggöra uppföljning av de 61 nationellt överenskomna indikatorerna. Fem indikatorer har inte kunna följas upp i genomlysningen, på grund av att indikatorn inte följs upp, inte tillgängliggörs eller att målnivå saknas.



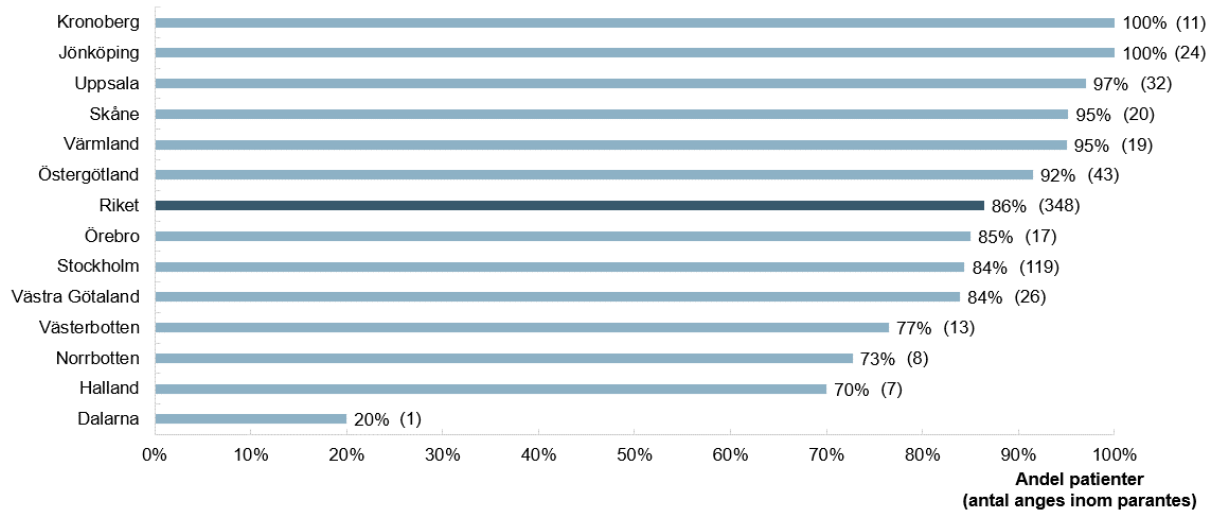
Figur 12. Uppfyllelse av målnivåer för kvalitetsindikatorer i vårdprogrammen år 2021, för respektive diagnos

Not: Analys utgår från kvalitetsindikatorer i vårdprogram. Vårdprogrammet för prostatacancer hänvisar till kvalitetsindikatorer och tillhörande målvärden i "Koll på läget – urologi" och "Koll på läget – onkologi" vilka därför används; För testikelcancer har kvalitetsindikatorer i SVF använts eftersom vårdprogram saknas; För vissa indikatorer anges flera nivåer av måluppfyllelse, i dessa fall har den höga måluppfyllelsen använts; Antal kvalitetsindikatorer som ej varit möjliga att mäta avser indikatorer som saknar uppföljning, som saknar målnivåer eller indikatorer där data inte kunnat tillgängliggöras.

Källa: Nationella kvalitetsregistret för njurcancer, 2022; Nationella peniscancerregistret, 2022; Nationella prostatacancerregistret, 2022; Svenska nationella kvalitetsregistret för testikelcancer, 2022a, 2022b; Svenska nationella kvalitetsregistret för Urinblåse- och urinvägscancer, 2022.

Kvalitetsindikatorer varierar för de olika vårdprogrammen. Generellt innehåller de flesta vårdprogram indikatorer som anger inom vilken tidsgräns en behandling ska genomföras, exempelvis "*Andel män som fått nybesök på specialistklinik p.g.a. misstänkt prostatacancer inom 14 dagar efter utfärdande av remiss*", samt indikatorer som anger hur en behandling ska genomföras, exempelvis "*Patienter med små njurtumörer (≤ 4 cm) opereras med nefronsparande teknik i mer än 80 % av fallen*". För vissa vårdprogram finns även indikatorer som mäter resultatet av en behandling exempelvis genom återfall av sjukdom eller femårsöverlevnad. Flera av vårdprogrammen inkluderar även indikatorer för process och arbetsätt, exempelvis rörande andel patienter som har en namngiven kontaktsjuksköterska och andel patienter som diskuteras under multidisciplinär konferens (MDK). För de flesta vårdprogrammen är det mellan 80 och 90 procent av patienter som har en namngiven kontaktsjuksköterska. Ett likartat resultat ses för MDK, där cirka 80 till 90 procent av patienter diskuteras under MDK. Målvärdet för båda indikatorerna varierar mellan 80 och 100 procent beroende på vårdprogram.

Flera intervjuade har uttryckt oro över att vårdens kvalitet varierar i olika delar av landet. I genomlysningen framkommer att det finns regionala skillnader avseende kvalitetsindikatorerna i vårdprogrammen. Exempelvis ses skillnader i behandling som påverkar i vilken grad patienten kan återgå till full funktionsförmåga efter ett ingrepp. Det gäller bland annat i vilken utsträckning nervsparande kirurgi genomförs vid prostatacancer. Att genomföra nervsparande kirurgi gör att det finns chans att bibehålla erektionsförmågan efter ingreppet. I Stockholm genomgick 95 procent av patienterna nervsparande operation vilket kan jämföras med 51 procent i Skåne (Nationella prostatacancerregistret, 2022). Verksamhetsföreträdare framhåller här att det vore ännu mer relevant att kunna mäta faktiska utfall, det vill säga i vilken utsträckning funktion bibehålls efter operation. Skillnader kan även ses gällande i vilken grad njursparande behandling genomförs, där det skiljer 11 procentenheter mellan Västra Götalandsregionen och Skåne (se Figur 13) (Nationella kvalitetsregistret för njurcancer, 2022).



Figur 13. Resultat år 2021 för kvalitetsindikatorn: *Patienter med små njurtumörer (≤ 4 cm) opereras med nefronsparande teknik i mer än 80 % av fallen.* Grafen anger andelen patienter som kvalitetsindikatorn uppfyllts för. Antal patienter anges inom parentes.

Not: Flera fall av njurcancer per patient kan rapporteras till registret. Det innebär att samma patient kan finnas med i statistiken flera gånger; Regioner som ej redovisas saknar tillräckligt dataunderlag, resultat om färre än 5 redovisas ej; Målnivå avser hög målnivå.

Källa: Nationella kvalitetsregistret för njurcancer, 2022

Intervjuade lyfter att det utöver vårdprogrammets kvalitetsindikatorer finns ytterligare kvalitetsaspekter som är centrala att följa, så som antalet operationer av en viss typ som en urolog genomför årligen. I en svensk studie, som genomfördes på Skånes Universitetssjukhus, framkom att en minskning av antalet opererande urologer som genomförde primär behandling vid blåscancer resulterade i en minskad återfallsrisk (Sörenby *et al.*, 2019). Intervjuade framhåller antalet operationer per operatör kan ha en avtagande effekt efter en viss kvantitet. Det handlar alltså snarare om att uppnå en viss lägsta kvantitet än att eftersträva så många operationer som möjligt. Vidare förtydligas att det inte endast handlar om erfarenhet och antalet behandlingar som urologer genomfört, utan att det också finns stora skillnader i resultat av operationer som erfarna operatörer genomför.

Resultaten från kirurgi vid prostatacancer varierar mycket. Hur bra operationen är kan påverka risken för att få återfall, läckage och försämrad sexuell hälsa. Det är för många urologer som utför operationerna idag, det gör att de inte tränas tillräckligt.

- Patientföreträdare

3.3 Konsekvenser av bristande tillgänglighet och kvalitet

När tillgänglighet och kvalitet brister påverkas både patienter och hälso- och sjukvården negativt. Bristande tillgänglighet medför att patienter kommer att få vänta längre på utredning, diagnos, behandling och uppföljning. För benigna tillstånd inom urologin påverkas och begränsas ofta livet under väntetiden genom att det kan vara svårt att tömma blåsan och hålla tätt, vilket ofta kräver kateter eller uppsamlingskydd av olika slag. Vid långvarig användning av kateter kan blåsan få försämrad funktion, vilket även kan påverka livet efter behandling. Under väntetiden finns det



också risk för komplikationer – allt från enkla urinvägsinfektioner i nedre urinvägarna till allvarliga infektioner i övre urinvägarna som kräver sjukhusvård. Infektionerna kan leda till livshotande konsekvenser. Väntetiden kan också bidra att tillstånden förvärras och blir svårare att behandla, exempelvis att stenar blir större. För maligna tillstånd kan bristande tillgänglighet innebära risk för att cancern växer eller sprids i kroppen. Det kan göra att cancern blir svårare att bota och/eller att det krävs större ingrepp som innebär en ökad risk för efterföljande komplikationer och vårdbehov. Även för maligna tillstånd kan väntan på vård medföra att den psykiska hälsan påverkas, livskvaliteten försämras och behov av sjukskrivning uppstår. För både patienter med maligna och benigna tillstånd innebär väntan på vård – förutom en negativ påverkan på hälsan och livskvaliteten – att de behöver söka hälso- och sjukvård, med eventuell frånvaro från arbetet, samt inköp av läkemedel och hjälpmedel. För hälso- och sjukvården innebär det att de behöver använda resurser för att underlätta väntetiden i stället för att åtgärda grundorsaken. Köer innebär i sig också ett merarbete för att administrera kön och svara på patienternas frågor. Vidare kan köerna innebära att vårdmoment behöver göras om, exempelvis när utredningsresultat blivit inaktuella inför behandling.

Bristande kvalitet av vården kan liksom bristande tillgänglighet leda till nedsatt livskvalitet och behov av sjukskrivning för patienter med både benigna och maligna tillstånd. För vården innebär bristande kvalitet ofta att ytterligare insatser behöver genomföras för att hantera eventuella komplikationer, som exempelvis uppstått efter en operation.

Sammantaget medför bristande tillgänglighet och kvalitet ett ineffektivt omhändertagande där resurser från både urologin och andra enheter nyttjas till insatser som inte hade varit nödvändiga om en god vård hade utförts i rätt tid.

“ Sedan jag fick min diagnos har jag stora problem med trängningar och urinläckage, jag kan inte hålla tätt. Jag undviker att ta mig ut och att träffa andra, något som jag särskilt skulle behöva när jag är inne i ett skov och allt är extra tufft.

Sofia Fallkvist, 45 år

Bakgrund:	Lever med katten Mira och arbetar som arkitekt
Sjukdom:	MS som resulterat i problem med urinläckage
Insjuknanden:	Cirka 80 procent av personer med MS får besvär från blåsan (Svenska MS-sällskapet, 2022)

Notera att patientfallet är fiktivt. Patientfallet baseras på insikter från intervjuer och workshops.
Källa: ¹ Svenska MS-sällskapet, 2022



4 Utmaningar och åtgärder för att stärka tillgänglighet och kvalitet

I arbetet med genomlysningen har utmaningar inom den urologiska vården identifierats. Vidare har åtgärder för att hantera utmaningarna och för att stärka tillgänglighet och kvalitet framkommit. Nedan presenteras utmaningarna med tillhörande åtgärder. Utmaningarna har sorterats till sex områden: Förutsättningar, Kompetensförsörjning, Nivåstrukturering och uppdrag, Organisation och arbetssätt, Kunskapsstyrning samt beroende av andra specialiteter. Ytterligare analyser presenteras i separat appendix till genomlysningen.

För att stärka tillgänglighet och kvalitet inom urologin är ett gemensamt arbete tvärs flera aktörer nödvändigt. I det förändrings- och utvecklingsarbete som föreslås bör nytta dras av den kunskap som finns inom professionen och yrkes-/specialistföreningarna inom urologin.

4.1 Förutsättningar

Olika förutsättningar påverkar möjligheten att bedriva en urologisk vård med god tillgänglighet och kvalitet. I arbetet med genomlysningen har framför allt två typer av förutsättningar framkommit:

- Behov och patientvolym – avser antalet individer som behöver vård samt vilken typ av vård de är i behov av. Beror ofta på demografisk utveckling vilket gör att det är svårt att påverka.
- Medicinska möjligheter – avser vilken vård som är möjlig att ge utifrån den medicinska utvecklingen.

Under de senaste åren har förutsättningarna för att bedriva urologisk vård förändrats markant.

4.1.1 Växande patientvolym och ökande efterfrågan på urologisk vård

Behovet av urologisk vård har ökat under de senaste åren, bland annat på grund av en växande befolkning, att fler sjuka identifieras och medicinska landvinningar som gör att fler kan behandlas. Utöver det har resursbehovet har ökat till följd av nya, mer resurskrävande behandlingsriktlinjer.

Fler och äldre invånare som lever längre med sin sjukdom

Sveriges befolkning har de senaste 20 åren ökat med cirka 17 procent (SCB, 2022a). Eftersom urologiska tillstånd blir vanligare vid stigande ålder är det särskilt relevant att antalet äldre ökat i en snabbare takt än befolkningen. Sedan 2001 har antalet personer över 65 år ökat med 37 procent. Som en konsekvens har gruppen som är i behov av urologisk vård växt.

Sjukdomar upptäcks också i allt högre utsträckning. Ett tydligt exempel på detta är prostatacancer: 1980 var femårs-prevalensen 257,1 fall per 100 000 män, medan den år 2019 var 933,5 fall per 100 000 män (NORDCAN, 2022). Dessutom lever patienter längre med sina sjukdomar, vilket i sin tur ökar behovet både behandling och uppföljning. 2006 var antalet dödsfall i prostatacancer 66,7 per 100 000 män. År 2020 var motsvarande siffra 52,6 dödsfall per 100 000 män (Folkhälsomyndigheten, 2022).

Nu har vi en äldre befolkning som är friskare längre upp i åldrarna. Det gör att det är möjligt att behandla äldre patienter nu jämfört med tidigare. Dessutom har behandlingsalternativen för prostatacancer blivit fler – även det gör att fler kan behandlas.

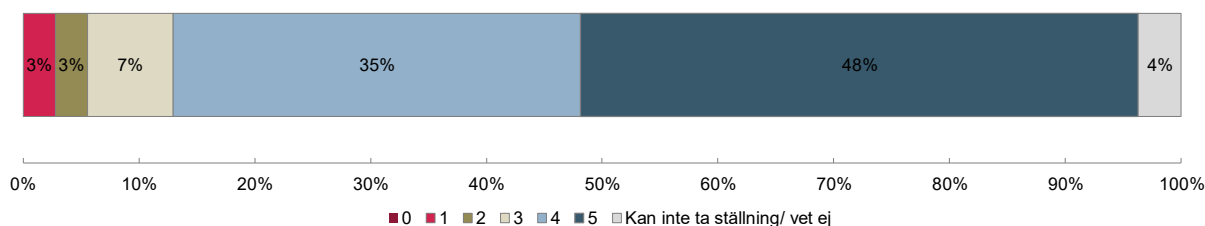
- Företrädare kunskapsstyrningssystemet

Medicinsk utveckling medför ökade resursbehov

Införande av SVF och utveckling av vårdprogram innebär i flera fall en kvalitetshöjning som gör att det krävs mer resurser. Vårdprogrammen och SVF innebär i vissa fall att nya och mer resurskrävande behandlings- och utredningsmetoder införs. Exempelvis har MR (magnetrontgen) och riktade vävnadsprover införts i vårdprogrammet för prostatacancer, vilket medför en ökad resursåtgång. Nya behandlingsmetoder kan även innebära ett ökat behov av vård från närliggande specialiteter, så som radiologi och onkologi. Exempel som lyfts fram i intervjuer är nya behandlingar för avancerad prostatacancer som bidrar till ökat behov av kompetens från onkologi och radiologi.

I andra fall innebär vårdprogram och SVF att fler behöver utredas. Till exempel har inklusionskriterier till SVF i vissa fall inneburit att fler utreds för cancer sett till hur många av de utredda som sedan behandlas. 2021 inleddes exempelvis 20 213 utredningar för blåscancer på grund av hematuri, varav 11% (2 266 patienter) påbörjade behandling (RCC i samverkan, 2022a). Frågan om inklusionskriterier uppfattas också som viktig av professionen. I den enkät som skickats till verksamhetschefer, urologer och sjuksköterskor uppfattar 83 % att det är viktigt (avser svar 4 och 5) att se över inklusionskriterier för SVF för att undvika överutredning (se Figur 14).

*Hur viktig är åtgärden **Se över inklusionskriterier för SVF (Standardiserade vårdförlopp i cancer vården)** för att undvika "överutredning" för att kunna förbättra tillgänglighet och kvalitet inom urologin? Från 0 (inte viktig) till 5 (mycket viktig).*



Figur 14. I enkätundersökningen som utfördes inom ramen för genomlysningen ställdes frågan: *Hur viktig är åtgärden för att kunna förbättra tillgänglighet och kvalitet inom urologin? Från 0 (inte viktig) till 5 (mycket viktig)*. Grafen illustrerar andelen svarande som angivit respektive svar.

Not: Svarande som inte svarat inkluderas i gruppen "Kan inte ta ställning/ vet ej"; Antal svarande: 108.

Källa: Enkät utskickad inom ramen för genomlysningen av urologin.

Den medicinska utvecklingen har också medfört att delar av den vård som utförs i urologisk slutenvård kan utföras i öppenvården. Det beror bland annat på att enklare och mindre invasiva

metoder har ersatt tidigare behandlingsformer. Som en konsekvens har behovet av urologisk öppenvård ökat.

Efterfrågan på vård motsvarar inte alltid ett kliniskt behov

PSA-testning av män äldre än 75 år utan klinisk misstanke på prostatacancer är vanligt, trots att evidens saknas. Data från sex regioner visar att 20–40% av män 80–89 år utan känd prostatacancer, under 2015 tog minst ett PSA-prov. År 2018 gav Socialdepartementet SKR i uppdrag att standardisera och effektivisera PSA-testningen. Samma år tog RCC i samverkan fram rekommendationer om Organiserad prostatacancer-testning (OPT). Av rekommendationerna framgår OPT kan medföra att resursåtgången initialt kan öka för diagnostik och prostatacancerbehandling; för aktiv monitorering, urologisk kirurgi och strålbehandling. Däremot framkommer att Region Skåne gjort beräkningar som indikerat att kostnaderna för diagnostik på lång sikt (3–7 år) kan minska, beroende på i vilken takt PSA-testningen utanför OPT minskar (RCC i samverkan, 2022d). I rapporten lyfts inte möjligheten till tidigare upptäckt och relaterade vinster fram. Intervjupersoner framhåller dock att en potentiell långsiktig vinst med OPT är ett minskat behov av behandling när cancer upptäcks tidigare.

Förslag på åtgärder:

- **Utvärdera inklusionskriterier för SVF för att undvika överutredning.** Detta är särskilt relevant för SVF för cancer i urinblåsan och urinvägarna. RCC i samverkan bör vid utvärderingen göra en avvägning rörande upptäckt av sjukdom och risk för överutredning. Om möjligt kan data som genererats genom vårdförloppen nyttjas i arbetet med utvärderingen. Resultatet från utvärderingen bör förankras hos professionen för att säkerställa samsyn och att SVF uppfattas som ändamålsenligt. Detta gäller oavsett om inklusionskriterierna ändras eller inte. Eventuella förändringar i inklusionskriterier bör förankras med berörda patientföreningar och övriga delar av kunskapsstyrningsorganisationen.
- **Tydliggör när PSA-test ska tas och inte tas.** Symptomfria män bör endast genomföra PSA inom OPT. Vid klinisk misstanke eller vid uppföljning kan PSA genomföras utanför OPT. RCC i samverkan kan här tydliggöra när PSA-test ska tas, samt bidra till att förankra denna information inom profession och kunskapsstyrningen i övrigt. I tydliggörandet bör även hänsyn tas till andra markörer som kan komma att bli relevanta för utredning.

4.2 Kompetensförsörjning

Inom den urologiska vården finns fem huvudsakliga personalkategorier:

- Urolog, det vill säga legitimerade läkare med specialistbevis som genomgått ST i urologi, enligt Socialstyrelsens krav.
- Sjuksköterska, som genomgått sjuksköterskeutbildning och legitimerats. I dagsläget är det inte möjligt att få specialistexamen som urologisjuksköterska, men vissa vidareutbildningar ges på universitet och högskolor. Exempelvis finns cystoskopiutbildning som uppdragsutbildning för sjuksköterskor vid Lunds universitet.
- Uroterapeut, som efter avlagd yrkesexamen inom omvårdnad, fysioterapi eller medicin genomgått utbildning i uroterapi. Titeln uroterapeut är inte skyddad, men definieras av Uroterapeutisk förening som någon som genomfört uroterapeutisk utbildning i linje med

föreningens krav för medlemskap. För närvarande ges uroterapiutbildning endast vid Göteborgs universitet, som en uppdragsutbildning.

- Sexolog, vilket exempelvis ges som en masterutbildning efter grundutbildning till sjuksköterska, läkare, barnmorska, psykolog, folkhälsovetare eller socionom. Inte heller sexolog är en skyddad titel.
- Kurator, eller annan yrkesroll som ger psykosocialt stöd. Har normalt en socionomutbildning med vidareutbildning i socialt arbete eller socialt behandlingsarbete. Hälso- och sjukvårdskurator är sedan 2019 ett legitimationsyrke. Personer som arbetat som kurator inom hälso-och sjukvården kan ansöka om legitimation enligt vissa bestämmelser.

4.2.1 Det finns för få urologer och de som finns är ojämnt fördelade över landet

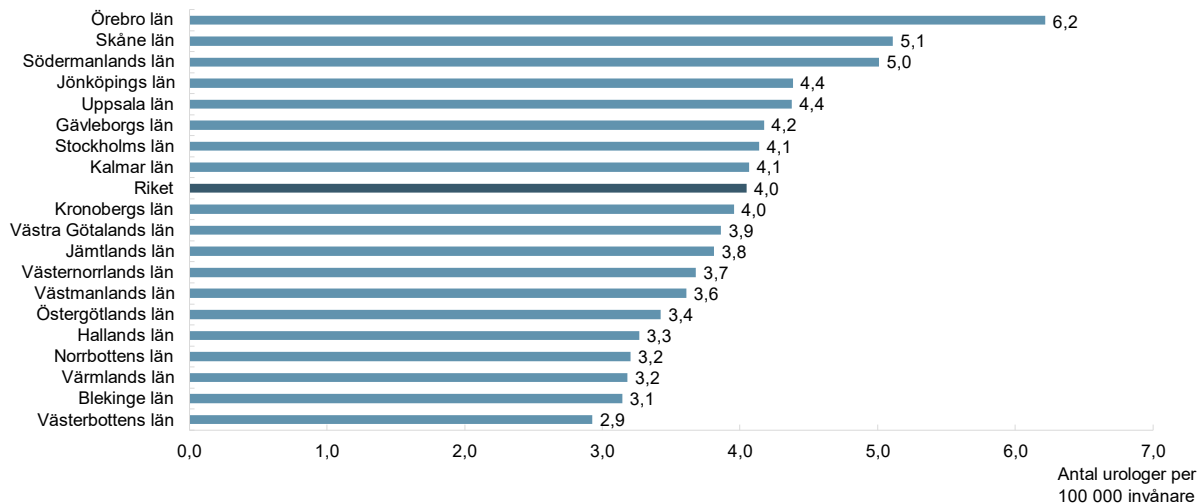
Antalet urologer har över tid minskat i förhållande till stora patientgrupper som till exempel prostatacancer och makrohematuri. Från 1995 till 2019 minskade antalet i urologer i sjukvården per nytt prostatacancerfall med 15 procent, trots att antalet urologer ökade i absoluta tal (Socialstyrelsen, 2022e). Socialstyrelsen anger i en bilaga till Nationella planeringsstödet 2021 att det råder brist på urologer och bedömer att en åldrande befolkning kan vara en delorsak (Socialstyrelsen, 2021a).

Hur många urologer som utbildas styrs av regionerna, genom antalet platser för ST inom urologi. För att tillräckligt många urologer ska kunna utbildas krävs att antalet platser motsvarar behovet. Detta kräver, som Socialstyrelsen påpekar, att hänsyn tas till exempelvis demografiska förändringar, möjlighet att behandla fler tillstånd, samt till medicinsk och teknologisk utveckling. Detta förefaller sällan vara hur dimensionering av ST-platser sker i praktiken – i intervjuer framkommer att prognostisering av behovet av ST-läkare snarare utgår från tidigare års personalantal än behov och efterfrågan. Frågor som rör samordning av ST-platser ingår i nuläget inte i Nationella vårdkompetensområdet, men lyfts fram som ett område där samordning på sikt kan komma att behövas (Socialstyrelsen, UKÄ, 2019).

Flera intervjuade lyfter också fram att det har blivit svårare att bedriva ST-utbildning endast inom en verksamhet, eftersom nivåstrukturer, koncentrerad vård, och förflyttning av vård till privata vårdgivare gjort att enskilda sjukhus sällan bedriver all vård som krävs för att uppnå utbildningsmålen.

Tillgången till urologer är inte heller jämn över landet (Socialstyrelsen, 2022e) (SCB, 2022b), se Figur 15, vilket påverkar tillgängligheten – det finns exempelvis ett positivt samband mellan antalet urologer och att mål för ledtider uppfylls (Reform Society, 2022).

Verksamhetsföreträdare lyfter också att bristande tillgänglighet och kvalitet i verksamheterna bidrar till försämrade arbetsmiljö för såväl urologer som andra professioner. Att möta besvikna patienter och inte ha förutsättningar för att utföra vård med god tillgänglighet och kvalitet bidrar till stress som i förlängningen exempelvis kan resultera i sjukskrivningar.



Figur 15. Antal urologer per 100 000 invånare år 2020, per region

Not: Gotland och Dalarna har exkluderats till följd av att data saknas; Analys avser specialitälkare i urologi som är sysselsatta inom hälso- och sjukvård och som arbetar inom offentlig eller privat regi; I data framgår inte vilket verksamhetsområde som urologerna arbetar inom. Det är därför möjligt att urologer som arbetar inom annan verksamhet än urologin, exempelvis kirurgin, ingår i statistiken; Samtliga urologer som beräknas ha utfört ett lönearbete i minst fyra timmar betraktas som sysselsatta. Det gör att urologer som har låg sysselsättningsgrad också inkluderas; Vissa verksamhetsföreträdare har framfört att antalet urologer är överskattat, exempelvis i Örebro. Det kan bero på tidigare nämnda begränsningar i data.

Källa: Socialstyrelsen, 2022e; SCB, 2022b.

I intervjuer och workshops lyfter många verksamhetsföreträdare fram den ojämna fördelningen av antalet urologer som en utmaning för mindre sjukhus utanför storstadsområden. Dessa sjukhus har svårt att i tillräcklig utsträckning kunna anställa urologer, bland annat för att den vård som erbjuds uppfattas som mindre intressant och attraktiv. I värsta fall medför detta en utveckling där ett sjukhus inte längre har tillräcklig kompetens för att kunna erbjuda ST-tjänstgöring, vilket i sin tur påverkar kompetensförsörjningen negativt. Omvänt kan vissa sjukhus ha utbildningskapacitet som överstiger det egna behovet, men där platser inte erbjuds, eftersom ingen anställning kan erbjudas efter genomförd ST.

Flera intervjuade framhåller att kompetensförsörjningsutmaningar sannolikt kommer att påverka urologin inom överskådlig framtid, både sett till efterfrågan på vård och att det blir relativt färre personer i den arbetsföra befolkningen. Alternativa tillvägagångssätt, såsom till exempel uppgiftsväxling, uppfattas därför som nödvändiga för att nyttja den kompetens som finns effektivt.

Förslag på åtgärder:

- **Utbilda urologer motsvarande behovet.** Vid prognostisering av behovet av urologer krävs att hänsyn tas utvecklingen av uppdraget, både i fråga om patientgruppens storlek och tillgängliga behandlingsmetoder. Vidare behövs strategier för att kompetensförsörja hela landet utvecklas, exempelvis genom att sjukhus med bättre utbildningsförutsättningar stöttar sjukhus med sämre förutsättningar. För att i högre grad kunna möta behovet skulle regionerna kunna utveckla prognosarbetet och arbeta för att anpassa antalet ST-platser. RCC i samverkan skulle kunna bidra genom att sammanställa prognosunderlag, baserat på regionernas kompetensförsörjningsplaner och förankra dessa med övriga delar av kunskapsstyrningsorganisationen, Socialstyrelsen och den urologiska professionen.

- **Gör mindre sjukhus mer attraktiva.** För att stärka kompetensförsörjningen kan regionerna se över åtgärder för att göra mindre sjukhus till attraktiva arbetsplatser. En del är att skapa ett attraktivt arbetsinnehåll och relevanta utbildningsmöjligheter genom styrning av patientflöden för basurologi och samarbeten med andra kliniker. En annan del är att skapa förutsättningar för att arbeta vid det mindre sjukhuset utan att bo i närområdet, genom att skapa förutsättningar för pendling.
- **Växla uppgifter från läkare till sjuksköterskor.** Urologiska verksamheter kan se över breddinförande uppgiftsväxling från läkare till sjuksköterska i fråga om exempelvis cystoskopier, stötvågsbehandling av njursten (ESVL), ultraljud av prostatakörteln (TRUL) och LUTS-mottagning. Detta skulle bidra både till att sjuksköterskor får utvecklas i yrkesrollen och att frigöra urologer till andra uppgifter. Det bör dock beaktas att det finns en brist på sjuksköterskor inom urologin. En lösning av denna karaktär skulle därför kräva att sjuksköterskor kan lämna ifrån sig vissa ordinarie arbetsuppgifter, exempelvis genom uppgiftsväxling från sjuksköterska till undersköterska. Svensk Urologisk Förening (SUF) och Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi (RSU) bör bidra med att sprida kunskap och exempel inom området genom professionella nätverk. Beslut om vilka uppgifter som ska växlas och i vilken utsträckning behöver dock ske enligt lokala förutsättningar i regionerna, med hänsyn till exempelvis tillgång till sjuksköterskekompetens. Utöver det behöver beslut om vilka uppgifter som ska växlas tas i samråd med professionerna det berör. Vidare behöver utbildning för att möjliggöra uppgiftsväxling genomföras av regionerna och verksamheterna.
- **Fördela utbildningsuppdraget ändamålsenligt.** För att säkerställa goda utbildningsförutsättningar måste ansvar för att bedriva en viss typ av vård åtföljas av ansvar för att utbilda ST-tjänstgörande läkare inom denna vård. Detta innebär att utbildningsuppdraget måste beaktas vid nivåstrukturerings, koncentration av vård, utbyggnad av öppenvård och överföring av uppdrag till privata vårdgivare. Eftersom förutsättningarna för utbildnings skiljer sig åt i olika delar av landet, behöver fördelning ske utifrån vad som är ändamålsenligt i varje region. RCC i samverkan kan dock ha en roll genom att beakta utbildningsuppdraget i arbetet med nivåstrukturerings. Vidare kan SUF:s studierektorsnätverk bidra med ett övergripande perspektiv på frågorna.

4.2.2 Det är svårt att rekrytera och behålla sjuksköterskor inom urologin

Många verksamheter beskriver brist på sjuksköterskor i både mottagnings- och avdelningsarbete som en begränsade faktor. I nuläget råder nationellt brist på sjuksköterskor i hälso- och sjukvården i stort; 18 av 21 regioner uppgav 2021 att de hade brist på sjuksköterskor och samtliga regioner uppgav 2021 att de hade brist på specialistsjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2022c).

När vi har sjuksköterskebrist kan vi inte hålla vårdplatser öppna för att ta hand om akuta patienter. Det kan också göra att vi behöver skriva ut patienter tidigt.

– Verksamhetschef/ sektionsschef urologiverksamhet

Det är svårt att skapa en helhetsbild av tillgången till sjuksköterskor inom urologi. I Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) finns statistik över de yrkesgrupper som omfattas av bestämmelser om legitimation och specialistbevis, vilket gör att det är möjligt att analysera exempelvis antalet urologer eller antalet operationssjuksköterskor. Eftersom det inte finns någon

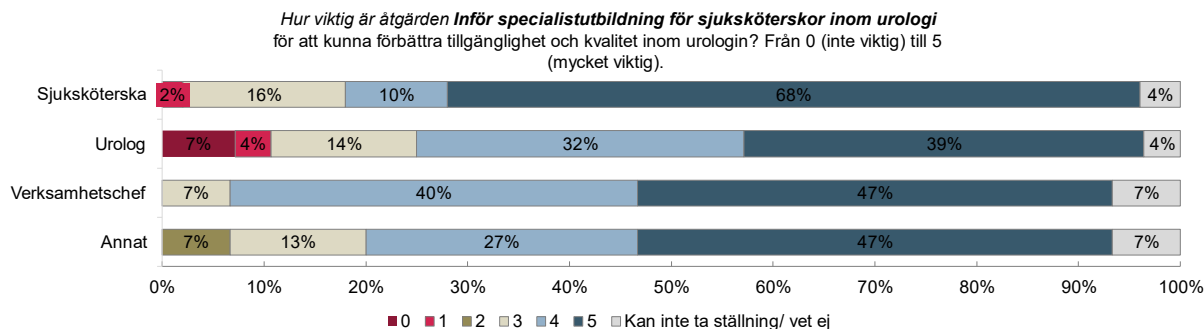


specialistssjuksköterskeutbildning med inriktning mot urologi är det inte möjligt att urskilja de sjuksköterskor som arbetar inom urologiska verksamheter.

I intervjuer och enkätsvar lyfter många verksamhetsföreträdare fram brist på sjuksköterskor som en utmaning för att förbättra kvalitet och tillgänglighet. Utöver den generella bristen på sjuksköterskor uppfattas en viktig orsak till bristen vara att kännedomen om urologi hos nyexaminerade sjuksköterskor är begränsad, vilket kan medföra att rekryteringen försvåras. Det finns en upplevelse av att inslagen om urologi i grundutbildningen är få vilket gör att många sjuksköterskor saknar kännedom om specialiteten. Vidare beskrivs inslagen inte spegla fördelarna med att arbeta inom urologi, exempelvis i fråga om variation och självständighet.

Andra faktorer som lyfts fram som viktiga för att rekrytera behålla och sjuksköterskor är också möjligheten till karriärutveckling, exempelvis genom specialisering. Att kunna specialisera sig mot exempelvis cystoskopi, nedre urinvägssymtom (LUTS), extrakorporal stötvågsbehandling av njursten (ESVL) eller som kontaktsjuksköterska uppfattas ur karriärutvecklingsperspektiv kunna göra urologin mer attraktiv. Även en ren specialistutbildning för sjuksköterskor inom urologin beskrivs kunna öka attraktiviteten på yrket. I enkätundersökningen ställer sig majoriteten av de svarande inom respektive profession sig positiva till införandet av en specialistutbildning (se Figur 16). Specialisering uppfattas också vara viktigt ur perspektivet att få möjlighet att enbart arbeta med urologiska patienter, jämfört med att också arbeta med patienter tillhörande andra specialiteter. Vissa intervjuade kopplar också samman frågan om specialisering med möjligheter till löneutveckling, där det uppfattas vara viktigt att kunna ha en god löneutveckling utan att behöva byta arbetsplats. Frågan om löneutveckling betonas av vissa intervjuade frikopplat från frågan om specialisering, det vill säga som en viktig faktor för att kunna behålla och rekrytera sjuksköterskor i allmänhet. Ytterligare faktorer som beskrivs kunna öka attraktiviteten för rollen är kombinerade tjänster för klinisk och akademisk tjänstgöring och mandat att leda omvårdnaden i teamet.

Vissa arbetssätt uppfattas också kunna göra urologin mer attraktiv. Exempel som lyfts fram är sjuksköterskeledda öppenvårdsmottagningar, med fokus på uppföljning och utbildning i egenvård. Det uppfattas också vara viktigt att få arbeta mot en specifik inriktning, det vill säga att som sjuksköterska inom urologi arbeta med urologiska patienter, snarare än flera olika patientgrupper. Uppgifter som uppfattas som mindre attraktiva är dokumentation och uppgifter som inte kräver vårdkompetens – flera intervjuade lyfter här fram vikten av patientkontakt för att göra urologin attraktiv.



Figur 16. I enkätundersökningen som utfördes inom ramen för genomlysningen ställdes frågan: Hur viktig är åtgärden för att kunna förbättra tillgänglighet och kvalitet inom urologin? Från 0 (inte viktig) till 5 (mycket viktig). Grafen illustrerar andelen svarande som angivit respektive svar.

Not: Svarande som inte svarat inkluderas i gruppen "Kan inte ta ställning/ vet ej"; Verksamhetschef inkluderar även medicinskt ansvarig på urologienhet; Antal svarande: 108.

Källa: Enkät utskickad inom ramen för genomlysningen av urologin.

Förslag på åtgärder:

- **Se över möjligheten att införa mer undervisning i urologi i grundutbildningen för sjuksköterskor.** Genom att ge blivande sjuksköterskor en bild av hur det är att arbeta inom urologin kan sannolikheten att dessa efter avlagd examen söker sig till urologiska verksamheter öka. Detta kan exempelvis innefatta att RSU i dialog med lärosätena ger förslag på lämpliga urologiska inslag i sjuksköterskeutbildningen. De urologiska verksamheterna skulle också i högre grad kunna erbjuda VFU-platser för sjuksköterskestudenter för att öka exponeringen för urologi under grundutbildningen. För att VFU-platser ska vara värdefulla bör vissa förutsättningar säkerställas. Exempelvis att det finns sjuksköterskor i verksamheterna som är kvalificerade handledare och kunniga inom handlednings- och bedömningsprocesser.
- **Inför specialistutbildning för urologisjuksköterskor.** Detta skulle ge sjuksköterskor en möjlighet till specialisering och att göra karriär inom den urologiska specialiteten. De så kallade fasta inriktningarna i specialistsjuksköterskeexamen anges i högskoleförordningens examensbeskrivning. Att skapa en urologisjuksköterskeinriktning skulle kräva att förordningen ändras, alternativt att ett lärosäte väljer att erbjuda utbildning inom urologi inom ramen för det som kallas "specialistsjuksköterskeexamen med en viss annan inriktning". För att möjliggöra detta krävs arbete från flera aktörer. NPO njur- och urinvägssjukdomar och RCC i samverkan kan i dialog med Nationella vårdkompetensrådet driva arbetet. Professionsföreningar kan genom sin kunskap stötta i arbetet. Vid en eventuell utveckling av specialistutbildning inom urologi bör hänsyn tas till den redan befintliga specialistutbildningen inom kirurgi för sjuksköterskor. Vidare bör hänsyn tas till behovet av kompetens inom alla delar av urologin, det vill säga såväl sluten- som öppenvård.
- **Växla uppgifter som inte kräver vårdkompetens till andra yrkesgrupper.** Detta inkluderar till exempel administrativa uppgifter, städning och bäddning, måltidshantering, materialhantering och patienttransporter. Dessa uppgifter kan övertas av yrkesgrupper utan vårdkompetens, såsom administratörer och servicemedarbetare. Förutsättningarna för uppgiftsväxling beror på lokala förutsättningar, exempelvis i fråga om tillgång till både vårdkompetens och andra yrkesgrupper som kan överta uppgifter – arbete behöver därför

drivas av varje verksamhet enligt lokala förhållanden. Beslut om uppgiftsväxling bör även ske i samråd med berörda professioner.

4.2.3 Kompetensen hos uroterapeuter nyttjas inte fullt ut

Intervjuade företrädare för urologin beskriver att uroterapeutisk kompetens i högre utsträckning skulle kunna användas både i den specialiserade urologin och i primärvården. Ca 31 % av enkätrespondenterna lyfter fram uroterapeuter som den viktigaste eller näst viktigaste kompetensen för att stärka tillgänglighet och kvalitet.

Antalet uroterapeuter och utbildningsplatser uppfattas idag vara lågt – liksom i fråga om sjuksköterskor saknas dock samlad statistik. Utbildningen i Sverige bedrivs i dagsläget endast vid ett lärosäte, Göteborgs universitet. Utbildningen är en så kallad uppdragsutbildning, vilket innebär att utbildningen inte bedrivs på uppdrag av eller finansieras av staten. I stället finansieras utbildningen typiskt av den studerandes arbetsgivare. I nuläget bedrivs utbildningen med kursstart vid en termin vartannat år.

Fler intervjuade uppfattar att den uroterapeutiska kompetensen inte används på rätt sätt i nuläget. Inom specialiserad urologi upplevs uroterapeuternas roll vara otydlig, både i patientflödet och i organisationen, vilket hindrar att kompetensen nyttjas fullt ut. I primärvården uppfattas uroterapeuter användas vara ovanligt, vilket påverkar i vilken utsträckning som exempelvis LUTS-utredningar kan utföras i primärvården

Förslag på åtgärder:

- **Skapa tydligare roller i organisationen** – uroterapeuters roll inom urologin och sjukvården behöver i stort förtydligas, för att säkerställa att kompetensen används rätt och för en mer jämlik lönesättning. De enskilda verksamheterna kan arbeta med att tydliggöra uroterapeuters roll i verksamheten och arbeta för att inkludera uroterapeutisk kompetens i vårdkedjan. Professionsföreningar som, Uroterapeutisk förening, SUF och dess chefsnätverk samt RSU kan tillsammans samla goda exempel för att underlätta verksamheternas arbete. För att skapa bättre förutsättningar för att förtydliga uroterapeuters roll kan även en befattningskod införas, vilket inte i nuläget finns i alla regioner.
- **Utbilda uroterapeuter motsvarande behovet.** För att kunna erbjuda ett ändamålsenligt antal utbildningsplatser för uroterapeuter skulle regionerna behöva tydliggöra de urologiska verksamheternas och primärvårdens behov av kompetensen. Sannolikt skulle dock fler utbildningsplatser eller mer frekventa utbildningar krävas. Vidare bör möjligheten att låta utbildningen gå från en uppdragsutbildning till en utbildning som bedrivs på uppdrag av eller finansieras av staten ses över. På så sätt finns en möjlighet att fler kan genomgå utbildningen.

4.2.4 Det saknas tillräcklig sexologisk kompetens

Det är vanligt att den sexuella hälsan påverkas av urologiska tillstånd eller dess behandlingar. För många patienter kan det därför vara viktigt att få stöd från någon med sexologisk kompetens. Intervjuade beskriver dock att det är vanligt att det saknas sexologisk kompetens i de urologiska verksamheterna. En orsak beskrivs vara att verksamheterna prioriterar att anställa annan personal i stället för sexologer. Vidare finns en uppfattning om att det finns en brist på sexologisk kompetens vilket försvårar anställning.

Förslag på åtgärder:

- **Utred och förmedla behovet av sexologisk kompetens.** Det behövs en samlad bild av behovet av sexologisk kompetens, för att kunna tydliggöra eventuella gap i efterfrågan och tillgång. SUF:s chefsnätverk skulle tillsammans med Svensk Andrologisk Förening kunna bidra med kunskap om verksamheternas behov.
- **Stärk sjuksköterskors sexologiska kompetens.** Sjuksköterskors omvårdnadsansvar angränsar i många fall till sexologiska frågeställningar. I flera verksamheter beskrivs de ansvara för samtal rörande sexuell hälsa. För att förtydliga sjuksköterskors roll och stärka kompetensen bör sjuksköterskor enkelt kunna ta del av vidareutbildning inom sexologi. Redan idag finns fristående kurser som sjuksköterskor är behöriga till. Verksamheter har därför en viktig roll att möjliggöra för denna typ av kompetensutveckling.

4.3 Nivåstrukturering och uppdrag

Med nivåstrukturering avses ”en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter” (SOU 2009:11) (Statens offentliga utredningar, 2009). Detta kan avse exempelvis arbetsfördelning mellan olika vårdnivåer, såsom slutenvård, primärvård, och hemsjukvård, alternativt arbetsfördelning mellan olika sjukhus, exempelvis länsdelssjukhus, länsjukhus och universitetssjukhus

Baserat på förslag i SOU 2009:11 *En nationell cancerstrategi för framtiden* etablerades sex regionala cancercenter (RCC), med syfte att bland annat utveckla nivåstruktureringen i cancervården (Statens offentliga utredningar, 2009). RCC i samverkan har från 2013 till 2016 gett ut ett antal rekommendationer avseende regional nivåstrukturering, som beslutats av sjukvårdsregionerna. Rekommendationerna från RCC i samverkan omfattar endast diagnoser inom malign urologi – några motsvarande rekommendationer för benigna diagnoser finns inte i nuläget.

Socialstyrelsen driver i enlighet med förslag från *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa*, SOU 2015:98 (Statens offentliga utredningar, 2015) arbetet med nationell högspecialiserad vård. Malign urologisk högspecialiserad vård inkluderar viss vård av peniscancer och testikelcancer. Inom den benigna urologin finns i nuläget ingen vård som är högspecialiserad.

4.3.1 Vården är inte sammanhållen och utförs inte på rätt nivå

Delar av den urologiska vården sker i nuläget inte på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Viss vård som utförs vid sjukhusen skulle kunna utföras i öppenvård utan tillgång till sjukhuset resurser – exempelvis utredning, enklare ingrepp som sterilisering och förhudsingrepp, samt uppföljning. Viss vård som utförs för vanligt förekommande tillstånd inom urologin skulle i sin tur kunna utföras i primärvården, förutsatt att det finns kapacitet och kompetens. Omvänt finns idag sannolikt vård som utförs i primärvården som i stället borde ske inom urologin, men där patienter inte remitteras på grund av långa väntetider.

Vårdövergångar och informationsöverföring mellan vårdnivåer fungerar inte alltid ändamålsenligt och försvårar i vissa fall uppföljning. Representanter för primärvården lyfter som exempel fram att patienter kan återföras till primärvården från urologin utan medföljande information om vilken utredning eller behandling som genomförts, eller vilken uppföljning som krävs.

Vidare är samverkan mellan verksamheter på samma vårdnivå inte heller alltid tillräcklig. I den specialiserade slutenvården är patienter, med exempelvis prostatacancer, ofta i behov av vård från både den urologiska och onkologiska verksamheten. Tidigt i sjukdomsförloppet sker inte alltid överlämning mellan urologin och onkologin i tid. Onkologin integreras inte heller tillräckligt när utredning och behandlingsval genomförs i den urologiska verksamheten. Senare i sjukdomsförloppet behövs ett närmare samarbete mellan verksamheterna. Exempelvis när behandlingar som onkologin genomför resulterar i behandlingsrelaterade besvär av urologisk karaktär.

Slutenvårdens instruktioner är otroligt otydliga. De tar inte ställning till när de tycker att vi ska följa upp patienter och vad som behöver göras. En patient kan ha varit inlagd och när vi ska ta över skriver slutenvården bara "Tacksam för uppföljning".

- Företrädare primärvårdsverksamhet

Förslag på åtgärder:

- **Tydliggör det urologiska uppdraget för primärvård, specialiserad öppenvårdsurologi och specialiserad sjukhusurologi.** Detta bör inkludera ansvaret för utbildning. Utöver det bör samverkan mellan urologi och onkologi ingå i tydliggörandet, både för ett initialt och senare skede av sjukdomsförloppet. Tydliggörandet skulle kunna ske som en del i regionernas nära vård-arbete. Kunskapsstyrningsorganisationen, i första hand RCC i samverkan, NPO njur- och urinvägssjukdomar och primärvårdsrådet, skulle gemensamt kunna bidra med kunskapsunderlag avseende hur uppdraget kan utformas på ett ändamålsenligt sätt. Dessa kunskapsunderlag behöver ta hänsyn till att förutsättningarna för att skapa en sammanhållen vård som sker på lägsta omhändertagandenivå varierar regionalt, till exempel för glesbygd jämfört med tätort. Underlagen bör även ta hänsyn till utvecklingen av urologisk vård, där mer vård idag kan utföras i öppenvård jämfört med tidigare.
- **Utveckla informationsöverföringen mellan vårdnivåer.** Utifrån lokala förutsättningar i fråga om vårdinformationssystem skulle regionerna kunna vidareutveckla den information som följer patienten vid vårdövergångar. Detta skulle kunna bidra till att säkerställa att primärvården har kännedom om vilken vård som har utförts och vilken uppföljning som behövs för en patient efter att behandling har avslutats i den specialiserade urologiska vården. Det skulle vidare kunna bidra till att säkerställa att rätt åtgärder vidtagits i primärvården innan remittering till den urologiska vården. För att säkerställa kontinuitet i hela vårdkedjan bör även privata vårdgivare inkluderas i arbetet.
- **Utveckla konsultationsmöjligheter för primärvården.** Primärvården bör få möjlighet att konsultera urologer eller sjuksköterskor på urologiska enheter, både för att undvika onödiga remisser och för att stärka kompetensen inom urologi. Ett sätt att uppnå detta är genom samkonsultation där primärvården och patienten tillsammans ansluter till videomöte med urolog eller sjuksköterska på en urologiavdelning. Ett första steg i arbetet skulle kunna vara att kunskapsstyrningssystemet sammanställer lärande exempel som kan spridas. Utöver det kan modeller för stärkt utbyte mellan primärvård och specialiserad vård tas fram, där syftet exempelvis kan vara att utveckla och stärka gemensamma vårdprocesser.
- **Sprid kliniska kunskapsstöd till primärvården.** Det finns flera nationella kliniska kunskapsstöd särskilt utformade för primärvården avseende urologiska diagnoser, som skulle kunna stärka primärvårdens förutsättningar i att ge vård till urologiska patienter (Sveriges

regioner, 2022). Kunskapsstöden är publicerade på nationellt kliniskt kunskapsstöd. . Arbetet med att sprida kunskapsstöden avseende urologiska och andra diagnoser till primärvårdens skulle kunna stärkas. Arbetet bör drivas av kunskapsstyrningsorganisationen.

- **Utred möjligheter för skifte till egenvård.** För att minska belastning på vården och möjliggöra en närmre vård för patienten bör möjligheten till egenvård stärkas. Sådana möjligheter skulle kunna undersökas genom att kunskapsstyrningen utvecklar delar i vårdprogram som rör egenvård och tar fram utbildningar om egenvård. Skifte till egenvård kommer inte att vara möjligt för alla patienter, eftersom alla inte har rätt förutsättningar. För de patienter där det kan komma i fråga kan det dock spara resurser för vården, ge patienterna större frihet och minska behovet av resor. Inom andra specialiteter har egenvård införts exempelvis i form av självprovtagning vid screening för livmoderhalscancer (Socialstyrelsen, 2021c) och hemlån av blodtrycksmanschetter för att följa blodtrycket inom barn- och ungdomspsykiatri (Region Stockholm, 2022a).

4.3.2 Tydlighet i och följsamhet till sjukvårdsregional nivåstrukturering varierar

Den beslutade sjukvårdsregionala nivåstruktureringen har inte fått fullt genomslag. Ingen sjukvårdsregion hade exempelvis vid RCC i samverkans uppföljning infört nivåstrukturering av njurcancerkirurgi enligt beslut (RCC i samverkan, 2019). En orsak till att den sjukvårdsregionala nivåstruktureringen inte genomförts är att regioner inte velat lämna ifrån sig verksamhet på grund av att det kan göra det svårare att rekrytera personal. En annan begränsande faktor är hur ersättningssystem är utformade, där verksamheter som skickar patienter vidare enligt beslut om nivåstrukturering belastas ekonomiskt. Resursförstärkningar och omfördelning av vård från de verksamheter som fått ett utökat uppdrag till följd av nivåstrukturering har endast skett i begränsad omfattning, vilket medfört kapacitetsutmaningar, brist på operationssalar och risk för att benign kirurgi prioriteras ner.

I vissa fall har sjukvårdsregionerna angett att två sjukhus ska dela på ett uppdrag, och betraktas som en enhet, där operatörerna ibland opererar tillsammans och ibland inte gör det. RCC bedömer i sin rapport dock att koncentration inte bara handlar om operatörerna, utan också om kompetens hos övrig personal på operation och avdelning, samt på IVA. Ett skäl är ex. att det är viktigt att kunna känna igen och hantera komplikationer på jourtid.

Den nivåstrukturering som genomförts är inte stabil över tid – exempelvis har ingrepp under sommartid behövt flyttas till verksamheter som normalt inte utför dessa. Utbildning, kommunikation och ledtider vid enheter som mottagit vård som del av nivåstruktureringen lyfts också fram som utmaningar

Förslag på åtgärder:

- **Resursplanera efter nivåstrukturering.** Säkerställ att verksamheternas utformning och resursplanering anpassas utifrån uppdragen, till exempel om nivåstrukturering innebär ökat inflöde av ny patientgrupp. Denna resursplanering behöver åtfölja de beslut om nivåstrukturering som tas i sjukvårdsregionernas samverkansnämnder. För att möjliggöra en förbättrad resursplanering kan regionerna behöva se över system för budgetar och ersättningar.
- **Balansera uppdrag mellan sjukhuskliniker.** Säkerställ att det operativa uppdraget för sjukhuskliniker är anpassat till den bemanning som krävs för att upprätthålla nödvändig

urologisk verksamhet. Det kan innebära att kliniker som blivit av med uppdrag på grund av nivåstrukturering får annan vård centraliserad till sin verksamhet, för att möjliggöra upprätthållande av kompetens. Det kan innebära förändring av uppdrag avseende vård som inte är föremål för nivåstrukturering, såsom volymingrepp inom det maligna området, eller benign urologi. Även dessa avvägningar bör göras i de regionala samverkansnämnderna vid beslut om nivåstrukturering.

4.3.3 Brister i den sjukvårdsregionala nivåstruktureringen har fördröjt implementering

I arbetet med genomlysningen har kritik framförts mot det de beslut som hittills tagits rörande sjukvårdsregional nivåstrukturering. Intervjuade framför att det nuvarande beslutet inte speglar tillgänglig evidens avseende kvalitet, i fråga om de krav som ställs i fråga om antalet ingrepp. Vidare uppfattas besluten inte i tillräcklig utsträckning ta hänsyn till regionala skillnader i fråga om förutsättningar, exempelvis glesbygd jämfört med tätort. Slutligen uppfattas nivåstruktureringen medföra en risk för kapacitetsbrist vid mottagande enheter och problem att kompetensförsörja remitterande enheter.

Det är känsligt med nivåstrukturering eftersom det kan leda till att man tar bort kompetenser. Vi har försökt arbeta med det, men inte lyckats.

- Verksamhetschef urologiverksamhet

I arbetet med genomlysningen har dessa frågor inte analyserats i detalj, eftersom en sådan analys skulle vara omfattande, både sett till medicinskt innehåll och i analys av regionala förutsättningar. Med utgångspunkt i att beslutet om sjukvårdsregional nivåstrukturering inte fått fullt genomslag, samtidigt som kritik har framförts från flera håll, är bristen på konsensus i sig en utmaning som behöver omhändertas – om nivåstruktureringen inte uppfattas som ändamålsenlig av de som berörs av den kommer den sannolikt inte att få önskvärda effekter.

Förslag på åtgärder:

- **Genomlys och utveckla nivåstruktureringen.** Den av RCC i samverkan rekommenderade sjukvårdsregionala nivåstruktureringen bör ses över, utifrån bland annat nulägesbeskrivning av vad som genomförts och konsekvensanalys, tillgänglig evidens för koncentration och regionala förutsättningar. Vid utvecklingen kan det vara nödvändigt att tydliggöra principer och avvägningar för nivåstruktureringen, exempelvis gällande balansering av uppdrag mellan sjukhuskliniker (se åtgärd under □)
- Tydlighet i och följsamhet till sjukvårdsregional nivåstrukturering varierar) och hur hänsyn tas till andra uppdrag.

4.3.4 Risk för kompetensbrist för vissa sällaningrepp

Vård för vissa ovanliga ingrepp, exempelvis uretrastrikturer och implantat, utförs på få platser i landet och av få individer, utan ett tydligt uppdrag eller förutsättningar för att säkerställa hållbar kompetensförsörjning och jämlik vård

Förslag på åtgärder:

- **Identifiera relevanta ingrepp.** RCC i samverkan och NPO njur- och urinvägssjukdomar kan utreda vilka ingrepp som utförs på få platser och av få individer och där det saknas en modell för kompetensförsörjning. SUF:s chefsnätverk kan behöva bistå med information i arbetet. Resultatet av arbetet bör förankras med Socialstyrelsen och den urologiska professionen.
- **Ta fram långsiktig strategi för att tillvarata kompetens inom relevanta ingrepp.** RCC i samverkan och NPO njur- och urinvägssjukdomar kan för identifierade ingrepp utforma långsiktiga strategier för att säkra kompetens. Förslagen bör förankras med Socialstyrelsen och den urologiska professionen.

4.3.5 Prioriteringar sker dolt och utan helhetsperspektiv

Urologin är i många fall beroende av tillgång till andra specialiteter (radiologi, patologi, etcetera) och till gemensamma resurser (exempelvis operationsresurser). Detta ger upphov till horisontella prioriteringar, det vill säga prioriteringar mellan verksamhetsområden, kliniker eller sjukdomsgrupper (i motsats till vertikala prioriteringar, som sker inom en klinik, eller mellan behandlingar för en enskild patient). Dessa prioriteringar sker ofta dolt, i den bemärkelse att de inte nödvändigtvis sker systematiskt, med tydligt redovisade skäl baserade på överenskomna etiska riktlinjer (Linköpings universitet, 2022).

En närliggande problematik är de fall när urologisk verksamhet organiseras tillsammans med andra specialiteter, exempelvis som del av en kirurgisk klinik. I en sådan gemensam organisation kommer kontinuerliga prioriteringar ske mellan de ingående specialiteterna, exempelvis i fråga om resursfördelning, utbildning och vid rekrytering. Dessa beslut kommer inte alltid att uppfattas som horisontella prioriteringar, men kommer i praktiken att vara det, eftersom det i praktiken innebär att endera specialitetens patienter ges prioritet över den andra.

Inte heller vertikala prioriteringar sker på ett öppet sätt – maligna patienter prioriteras över benigna patienter, men denna prioritering sker på verksamhetsnivå inom hälso- och sjukvården, snarare än genom öppna, övergripande beslut.

Förslag på åtgärder:

- **Synliggör dolda prioriteringar.** Detta innefattar att kartlägga vilka prioriteringar som idag görs dolt utifrån bristen på resurser och utreda möjligheter till förslag på öppna prioriteringar. För att möjliggöra detta krävs att det finns statistik över utförd vård (se mer under 4.5 Kunskapsstyrning). Detta kan i fråga om horisontell prioritering innefatta prioritering mellan specialiteter, såsom tillgång till operation, bild- och funktionsdiagnostik och patologi. I fråga om vertikal prioritering skulle frågeställningar kunna innefatta prioritering mellan malign och benign urologi, exempelvis om resurser skulle kunna omfördelas från patienter med prostatacancer med låg risk till patienter med benigna tillstånd, exempelvis prostataförstoring. På övergripande nivå kan kunskapsstyrningsorganisationen bidra med stöd i fråga om prioriteringar. Eventuellt kan det pågående arbetet i Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar bidra i arbetet. Frågan om att kartlägga prioriteringarna på verksamhetsnivå behöver omhändertas av de urologiska verksamheterna.
- **Tydliggör prioriteringar och rekommenderade behandlingar i vårdprogram och vårdförlopp.** För att bidra till prioriteringsarbetet på verksamhetsnivå kan RCC i samverkan



och övriga delar av kunskapsstyrningsorganisationen i vårdprogram och vårdförlopp tydliggöra prioriteringar, exempelvis i fråga om vilka behandlingar som bör erbjudas och inte. Det kan exempelvis röra sig om att undvika otydliga formuleringar som medger tolkning och i högre grad förtydliga vilka patienter som inte bedöms ha nytta av en viss behandling. Det kan också röra sig om att på ett tydligt sätt beskriva hur vårdprogram och vårdförlopp avslutas, för att säkerställa att patienter inte befinner sig i den specialiserade vården längre än nödvändigt.

“ Jag har väntat på operation i sex månader nu. Under tiden behöver jag kateter, det är jobbigt. Jag drar mig för att gå ut eftersom jag är rädd att det ska lukta. Min fru hjälper mig, men det är pinsamt när det läcker kiss i sängen och vi saknar att kunna ha sex.

Knut Andersson, 73 år

- Bakgrund:** Lever med hustrun Kerstin och har två barn och fyra barnbarn
- Sjukdom:** Godartad prostataförstoring (BPH)
- Insjuknanden/år:** Drabbar 50 procent av män över 60 år¹

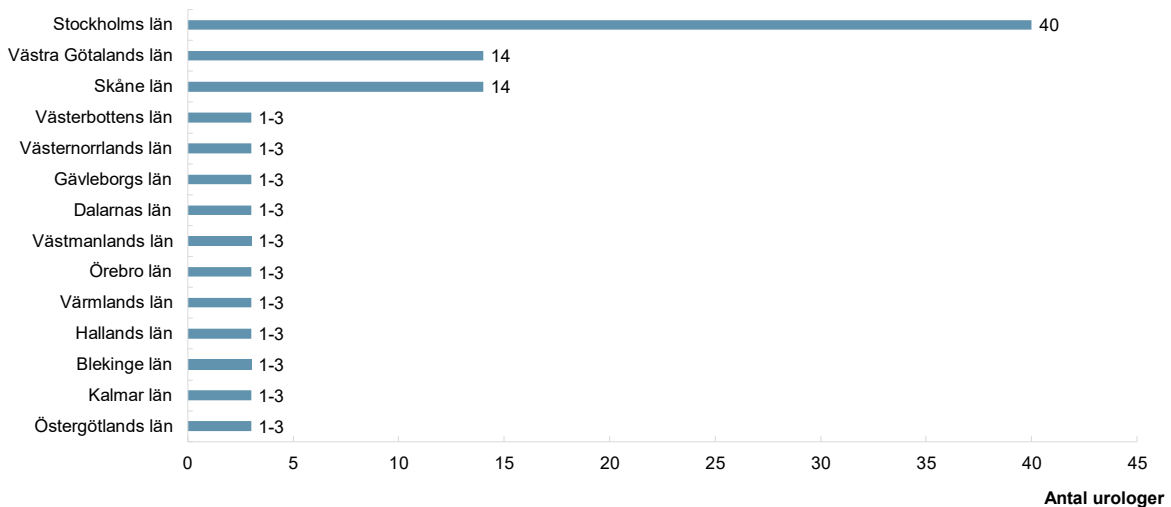
Notera att patientfallet är fiktivt. Patientfallet baseras på insikter från intervjuer och workshops.
Källa: ¹ SBU, 2011



4.4 Organisation och arbetssätt

Den urologiska vården utförs i primärvård, specialiserad öppen- och slutenvård samt i akutsjukvården. Organisationen för den specialiserade urologiska vården kan variera. I vissa fall är urologin organiserad som en egen klinik, i andra fall inordnad som del av en större klinik, exempelvis tillsammans med allmänkirurgin.

Specialiserad urologisk vård kan även utföras både i privat och offentlig regi. Intervjuade beskriver en utveckling där privata utförare av urologisk vård ökat. År 2020 arbetade cirka 20 procent av urologer som är verksamma inom hälso- och sjukvården inom privat verksamhet (Socialstyrelsen, 2022e). Utförarna av privat verksamhet inkluderar både större vårdbolag, så som Aleris och Capiro (Aleris, 2022; Capiro, 2022), och mindre enskilda utförare där en eller fler urologer driver en mottagning. I huvudsak utför privata vårdgivare specialiserad öppenvård men det finns även ett fåtal slutenvårdskliniker vilka i huvudsak verkar i Stockholm, Göteborg och Malmö. I intervjuer framkommer att även privata öppenvårdsmottagningar i huvudsak är verksamma i större städer, framför allt i Stockholm. Det beror på att Region Stockholm inrättat vårdval för urologi (Region Stockholm, 2022b). Det innebär att urologimottagningar kan etablera sig fritt (såvida de uppfyller regionens krav), att patienter kan välja utförare och att detta val i sin tur styr ersättningen till utföraren. (Region Stockholm, 2022b). Det är inte möjligt att ge en komplett bild av fördelningen av privata vårdgivare inom urologi eftersom det saknas en sådan sammanställning. Däremot finns statistik avseende antal urologer som arbetar inom privat verksamhet i respektive region (se Figur 17) (Socialstyrelsen, 2022e). Denna data visar att nästan hälften av urologer som arbetar inom privat verksamhet gör det i Stockholm.



Figur 17. Antal specialistläkare i urologi som arbetar i privat regi, år 2020

Not: Avser endast läkare som är sysselsatta inom hälso- och sjukvård; Regioner med värde 1–3 är märkta med sekretess, exakt värde har därför inte kunnat skrivas ut. Det är möjligt att värdet är större än 1–3 eftersom större värden kan markeras med sekretess för att förhindra bakvägsidentifiering; Totalt antal urologer inom privat regi i riket är 84; Regioner har exkluderats om data saknas.

Källa: Socialstyrelsen, 2022e

4.4.1 Risk för nedprioritering när urologin organiseras under andra kliniker

I de fall där urologin inte är organiserad som egen klinik uppfattas det vara svårare att säkerställa resurser, förutsättningar för investeringar i verksamheten och utbildning för medarbetare. Prioriteringar uppfattas också vara mer utmanande, med risk för att urologiska patienter konstant prioriteras ned, eftersom patienter inom exempelvis allmänkirurgin normalt har ett mer akut behov. Detta blir särskilt utmanande om urologin organiseras tillsammans med patienter främst har behov av akut, snarare än elektiv, vård.

Det har blivit sämre för urologin de senaste åren. När det inte finns tillräckligt operationsutrymme negligeras urologiska patienter. Verksamhetscheferna är ofta kirurger och har inte tillräcklig kunskap om urologi.

- Företrädare kunskapsstyrningsystemet

Förslag på åtgärder:

- **Säkerställ att det operativa flödet inom urologin möter behoven och inte prioriteras ned.** Detta kan innefatta att i regionala beslut om organisering av urologiska verksamheter och annan närliggande vård separera akuta och elektiva flöden, för minska risken för att urologiska patienter konstant prioriteras ned. Det kan också innefatta att säkerställa att urologin har tillräckliga resurser, eller tillräckligt inflytande över gemensamma resurser, såsom planering av operationspersonal och tillgång till operationssalar. För operationspersonal bör möjligheter att specialistutbilda utvald operationspersonal inom urologiska ingrepp för att stärka kompetensen ses över. Det gäller särskilt när operationspersonal delas mellan flera enheter. Genomförandet av åtgärden kan behöva anpassas lokalt, beroende på hur urologin är organiserad och andra lokala förutsättningar.



4.4.2 Det saknas tillgång till öppenvårdsurologi

De förändrade förutsättningarna för urologin har medfört både ett behov och en möjlighet att erbjuda mer vård inom öppenvårdsurologin. Med öppenvårdsurologi avses här vård som ges till patienter som inte är inläggande på sjukhus ("outpatients"), i enlighet definitionen från *European Association of Urology*. Detta innebär att öppenvårdsurologi, som det här avses, kan bedrivas såväl på som utanför sjukhus (Haas, 2020).

Utvecklingen av nya, icke-invasiva behandlingar ger större möjligheter att erbjuda behandling inom öppenvården. Samtidigt ökar antalet patienter som är i behov av utredning och uppföljning som inte kräver sjukhusets resurser, vilket skapar ett behov att avlasta sjukhusvården.

Förslag på åtgärder:

- **Utöka den urologiska öppenvården.** Regionerna kan tillvarata möjligheterna och möta de förändrade förutsättningarna genom att arbeta för att den urologiska öppenvården blir en självklar del av vårdutbudet, på samma sätt som inom till exempel gynekologin. Detta kan utformas i egen eller privat regi genom upphandling eller vårdval.
- **Tydliggör karriärvägar inom öppenvården.** För att möta det förändrade behovet behöver det finnas urologer med inriktning på urologiska operationer som kräver sjukhusets resurser och urologer med inriktning på öppenvårdsurologi. För att möjliggöra detta behöver de urologiska verksamheterna tydliggöra vad dessa inriktningar innebär för de läkare som står inför att välja ST-utbildning. ST-utbildningens målbeskrivning uppfattas idag kunna rymma en utbildningsinriktning mot öppenvårdsurologi, men detta behöver analyseras närmare – om det inte skulle vara möjligt kan en uppdelning i två ST-inriktningar vara nödvändig. På motsvarande sätt behöver karriärvägar inom öppenvården vara tydliga för urologer som idag inte arbetar i öppenvården. Även karriärvägar för sjuksköterskor inom öppenvården kan behöva tydliggöras. Det kan exempelvis gälla att driva sjuksköterskeledda mottagningar eller att vara cystoskopoperande sjuksköterska på en öppenvårdsmottagning.
- **Gör öppenvården till en attraktiv arbetsplats.** Detta kan exempelvis innefatta en utformning av uppdraget som ger möjlighet att variera mellan mottagningsbesök och ingrepp som är lämpliga att utföra i öppenvård, såsom sterilisering, förhudskirurgi och cystoskopi. Även flexibilitet i schema och möjlighet till distansarbete skulle kunna vara faktorer som gör öppenvårdsurologin mer attraktiv. Regionerna och de urologiska verksamheterna behöver driva arbetet. SUF:s chefsnätverk kan bidra med kunskap.

4.4.3 Brister i styrning av privata vårdgivare

Uppdraget till den privata öppenvårdsurologin uppfattas av intervjupersoner inte vara ändamålsenligt utformat för att säkerställa att patienters behov möts. Exempelvis finns det utredningar och behandlingar – där behovet av vård är stort – som inte alltid inkluderas i avtalen. Vidare är ersättningen inte alltid proportionerlig mot insatsen vilket gör att incitamenten till att utföra viss vård påverkas. Som en konsekvens utförs inte viss vård, trots att den inkluderas i avtalet. Uppdraget styr inte heller alltid mot effektivitet – det kan exempelvis ibland finnas incitament att utföra ingrepp eller behålla patienter i den specialiserade vården som inte är ändamålsenligt eller nödvändigt.

Vissa åtgärder kan vi erbjuda men på grund av att ersättningen är så låg så kan vi inte utföra dem. För andra åtgärder är priserna för höga. Det känns som att man bara bittat på priserna. Viss vård finns inte heller med i avtalet, trots att vi kan utföra den och att många patienter är i behov av den.

- Företrädare privat urologiverksamhet

I fråga om ST-läkares utbildningsbehov finns också utmaningar, eftersom de ingrepp som utförs av privata vårdgivare är en viktig del av ST-utbildningen. I vissa fall saknas ett utbildningsuppdrag för de privata vårdgivarna, i andra fall fungerar utbildningen inte ändamålsenligt trots att det ett uppdrag är del av avtalet.

Avtal med de privata vårdgivarna är inte heller alltid ändamålsenligt utformade i förhållande till hur SVF fungerar. Utformningen av uppdraget medför att urologin på sjukhus vissa fall måste utföra kompletterande utredning på inremitterade patienter, vilket gör det svårt att möta ledtiderna.

Förslag på åtgärder:

- **Gör ekonomiska incitament ändamålsenliga.** Regionerna kan här se över nuvarande ersättningsmodeller till privata vårdgivare för att undvika att finansiell styrning mot över- och underbehandling, samt för att främja att vårdkedjan fungerar ändamålsenligt. Ersättningsmodellerna bör utgå från vilka gap som finns mellan kapacitet i offentlig vård och den efterfrågan som finns på vård. Det innebär att ersättningsmodeller särskilt ska inkludera ingrepp eller vård där gapen är stora. Vid översynen bör kunskap och synpunkter inhämtas från de urologiska verksamheterna – både i privat och offentlig regi.
- **Tydliggör uppdraget till privata vårdgivare.** Detta kan innefatta att för den vård en region upphandlar ta fram standardavtal eller en vägledning för hur uppdraget till privata vårdgivare inom urologi bör utformas för att säkerställa uppfyllnad av ledtider, utbildningsuppdrag och en fungerande vårdkedja. I uppdraget bör det även klargöras vilka kvantiteter av vård som de privata vårdgivarna ska ansvara för. Varje region behöver se över och utveckla sina avtal. Det bör finnas goda förutsättningar att dela erfarenheter, exempelvis genom SKR och *Ledningsnätverket för regionernas upphandling*. Ändringar i uppdrag och avtal bör förankras med privata vårdgivare. Vidare behöver privata vårdgivare ansvara för att skapa förutsättningar för en fungerande vårdkedja och att kraven i uppdragsbeskrivningen uppnås, exempelvis gällande ledtidsuppfyllnad och möjlighet till ST-utbildning.

4.4.4 Arbetssätt och resurser inte anpassade till SVF

Införandet av SVF har medfört förändringar i vårdprocessen, men endast i begränsad utsträckning medfört att arbetssätt och resurser anpassats för att klara ledtiderna. Ledtiderna för SVF är utformade utifrån vad som är mest ändamålsenligt ur ett patientperspektiv, med avseende på patientupplevelsen. Detta medför ett behov av att ändra arbetssätt för att uppfylla ledtiderna. Exempelvis behöver det finnas lediga tider för operation för patienter förhållandevis kort tid efter utredning.

Det finns olika uppfattningar i professionen om ledtidernas ändamålsenlighet och status – exempelvis om huruvida ledtiderna är att betrakta som krav eller målsättning, samt huruvida det är ändamålsenligt att utgå från patientupplevelse snarare än medicinskt behov. Ytterligare en komplicerande faktor är att urologiska patienter har mindre akuta behov än många andra typer av cancer, vilket gör att medicinska behov inte på samma sätt drar mot kortare ledtider.

Grundidén med SVF bygger på att man ändrar arbetssätt. Alla patienter har ett förutsägbart förlopp vilket gör att det blir möjligt att planera framåt. Många verksamheter planerar idag inte framåt utan allt bokas in i efterhand – trots att man vetat att vissa moment skulle genomföras redan från början.

- Företrädare kunskapsstyrningssystemet

Införande av SVF (och de underliggande vårdprogrammen) har inte skett med utgångspunkt i vilka resurser som finns tillgängliga i nuläget. Samtidigt har SVF i vissa fall inneburit höjningar av ambitionsnivån i den vård som erbjuds, vilket medfört risk för flaskhalsar där resurserna inte varit tillräckliga för att möta behovet.

Sammantaget är det i nuläget svårt att utvärdera i vilken utsträckning den bristande ledtidsuppfyllnaden beror på brist på resurser inom urologin, prioriteringar och/eller brist på resurser inom andra specialiteter eller brist på anpassning av arbetssätt.

Förslag på åtgärder:

- **Sprid arbetssätt anpassat till SVF.** RCC i samverkan kan komplettera SVF med underlag och goda exempel på hur arbetssätt behöver anpassas för att uppfylla ledtider, exempelvis i fråga om planering av operationer.
- **Tydliggör de resursbehov SVF medför.** RCC i samverkan kan också komplettera SVF med underlag för resursbehovsplaner för att möjliggöra produktions- och kapacitetsplanering. Dessa behöver kunna användas tillsammans med anpassade arbetssätt och användas för att avgöra resursbehovet för att möta SVF-ledtider för en viss patientpopulation.

4.4.5 Vårdpersonal handlägger rutinärenden som inte kräver beslutsfattande

Intervjuade lyfter att vårdpersonal i för hög utsträckning utför rutinmässig uppföljning, som ofta skulle kunna automatiseras. Som ett resultat nyttjas inte vårdpersonals kompetens effektivt. Rutinmässig uppföljning av urologiska patienter kan exempelvis inkludera radiologisk uppföljning och uppföljning av PSA-värden vid aktiv monitorering. I vissa fall utförs uppföljningen av prostatacancerpatienter trots normala PSA-värden – inget beslutsfattande krävs då av vårdpersonalen utan uppgiften blir endast administrativ.

Förslag på åtgärder:

- **Automatisera uppgifter.** Uppgifter som inte kräver beslutsfattande bör i möjligaste mån automatiseras. Det kan exempelvis innefatta automatisk handläggning av aktiv monitorering för prostatacancer där patienterna har normala PSA-värden, vilket är en växande grupp. Det kan vidare omfatta exempelvis rutinmässig radiologisk uppföljning, som kan handläggas automatiskt i de fall inget avvikande upptäcks. RCC i samverkan och NPO njur- och urinvägssjukdomar kan ta fram sprida exempel på hur denna typ av uppgifter kan automatiseras. Vidare bör de i vårdprogram ge stöd och skapa förutsättningar för automatiserade uppgifter. Det kan till exempel handla om att tydliggöra vem som bär ansvaret vid automatiserad handläggning av aktiv monitorering, för att säkerställa att tekniken inte drabbar vårdmedarbetare negativt.

4.4.6 På vissa enheter opererar inte urologer tillräckligt stora volymer, vilket påverkar vårdens kvalitet

Studier indikerar att ett högre antal ingrepp per operatör och sjukhus kan resultera i ett förbättrat utfall av operationen (Sörenby *et al.*, 2019; Godtman *et al.*, 2021) och flera intervjuade påtalar vikten av att operatörer utför fler operationer. Det saknas dock evidens på vilka de lägsta nivåer är för de flesta ingrepp och för att vara relevanta måste jämförelserna göras mellan homogena patientgrupper. Exempel på sämre utfall inom urologin är högre återfall i cancer och försämrad sexuell funktion. En orsak till att urologer inte opererar tillräckligt stora volymer beskrivs vara att urologin är en bred specialitet där operationer utgör en begränsad del som för många delar på.

Förslag på åtgärder:

- **Inför kvalitetsindikatorer i vårdprogram gällande operationsvolym.** För relevanta ingrepp bör möjligheten att införa indikatorer gällande operationsvolym, både för enheter och enskilda urologer, i vårdprogrammen undersökas. Målnivåer som anger en lägsta kvantitet som varje operatör/enhet ska genomföra bör tas fram. Indikatorerna bör om möjligt ta hänsyn till hur avancerade ingreppen som genomförs är, särskilt när ingrepp av samma typ kan variera i svårighetsgrad. Om indikatorer redan finns i kvalitetsregistret bör framtagandet av vårdprogrammets indikatorer utgå från dessa. Det gäller exempelvis indikatorer i kvalitetsregistret för njurcancer och prostatacancer. RCC i samverkan och NPO njur- och urinvägssjukdomar bör ansvara för att driva arbetet.
- **Gör öppenvården till en attraktiv arbetsplats.** I enlighet med rekommendation i utmaning
- Det saknas tillgång till öppenvårdsurologi. Genom att skapa en jämnare fördelning mellan urologer som vill arbeta med öppenvårdsurologi respektive slutenvårdsurologi blir inte bibehållandet och rekrytering av urologer avhängigt möjligheten att operera.

4.4.7 Vården är inte organiserad för att möjliggöra rehabilitering

Trots att rehabilitering och uppföljning är en del av vårdförloppen för urologisk cancer och att det finns vårdprogram för cancerrehabilitering så genomförs rehabilitering inte i tillräcklig utsträckning. Det gäller både rehabilitering som avser den fysiska och psykiska hälsan, exempelvis stöd från en uroterapeut för blåstråning, från en sexolog vid sexuell problematik eller stöd från kurator för att hantera rädsla för återfall av cancer. Flera intervjuade beskriver att det saknas organisatoriska förutsättningar för att möjliggöra en god tillgänglighet till rehabilitering. Problematiken uppkommer både i direkt anslutning till behandling och för patienter som har upplever problematik en längre tid efter behandling.

För patienter som nyligen givits behandling så inkluderas rehabilitering sällan i vårdförloppet. Patienter beskrivs ofta ”lämnas” när de har fått sin behandling. Intervjuade framhåller att tidsbrist bidrar till att rehabilitering prioriteras ner.

För patienter som upplever problematik en längre tid efter behandling saknas en tydlighet kring vart de ska vända sig. Ansvaret för rehabilitering och uppföljning beskrivs vara otydligt. I vissa fall ligger ansvaret på en vårdnivå som inte har kompetens att vårda patienten och i andra fall saknas helt en ansvarsfördelning.



De som har problem efter radikal behandling hänvisas att gå till primärvården som inte vet vad de ska göra. Då går många patienter i stället till akutmottagningen. Det borde finnas öppenvårdsmottagningar som ansvarar för rehabilitering.

- Patientföreträdare

Förslag på åtgärder:

- **Utöka öppenvårdens uppdrag gällande rehabilitering.** Genom att utöka den urologiska öppenvården (i enlighet med åtgärd under □
- Det saknas tillgång till öppenvårdsurologi) kan öppenvården ta ett större ansvar för rehabilitering. De enskilda regionerna bör ansvara för att tydliggöra rehabilitering i öppenvårdens uppdrag samt för att skapa förutsättningar för att öppenvården ska kunna bedriva ett utökat uppdrag.

4.5 Kunskapsstyrning

Målet med kunskapsstyrning är en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet (Sveriges Regioner i Samverkan, 2022b). Nationella programområden leder kunskapsstyrningen inom sitt specifika område (Sveriges Regioner i Samverkan, 2022c). För urologin finns tre särskilt relevanta programområden: NPO njur- och urinvägssjukdomar, NPO cancersjukdomar/RCC och det nationella primärvårdsrådet.

För att möjliggöra en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård finns kunskapsstöd, exempelvis vårdprogram och vårdförlopp. Vidare finns kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister som används för att följa upp vården. I Tabell 2 sammanställs vårdprogram, standardiserade vårdförlopp och kvalitetsregister för benign respektive malign urologi. Kunskapsstyrningen är mer utvecklad för malign urologi än för benign urologi. Kunskapsstyrningen för den maligna urologin har utvecklats i snabb takt de senaste åren, som ett resultat av att resurser tillförts – i den benigna urologin har inte samma satsning skett

Tabell 2. Vårdprogram, vårdförlopp och kvalitetsregister för benign och malign urologi

	Benign urologi	Malign urologi
Vårdprogram	Stensjukdom i övre urinvägarna	<ul style="list-style-type: none"> • Prostatacancer • Urinblåse- och urinvägscancer • Njurcancer • Peniscancer • Testikelcancer
Standardiserat vårdförlopp		<ul style="list-style-type: none"> • Prostatacancer • Urinblåse- och urinvägscancer • Njurcancer • Peniscancer • Testikelcancer
Kvalitetsregister		<ul style="list-style-type: none"> • Prostatacancer (NPCR) • Urinblåse- och urinvägscancer (SNRUBC) • Njurcancer (Nationella njurcancerregistret) • Peniscancer (NPECR) • Testikelcancer (SWENOTECA)

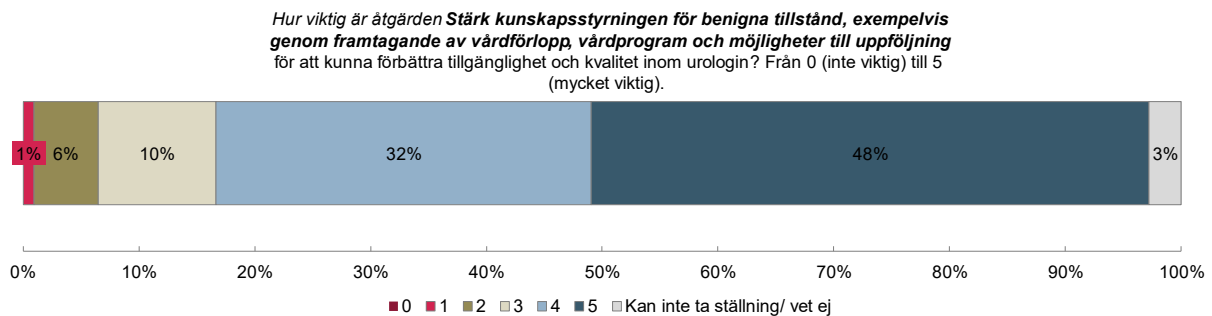
Not: För testikelcancer saknas ett vårdprogram i Sverige. Däremot finns ett nordiskt samarbete (SWENOTECA) där behandlingsriktlinjer tagits fram; I *Primärvårds kvalitet*, som är ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården finns också vissa kvalitetsindikatorer relevanta för urologin, exempelvis rörande urininkontinens.

4.5.1 Begränsningar i kunskapsstyrning och uppföljning av benigna tillstånd

För benign urologi saknas viktiga förutsättningar för styrning mot kvalitet. I nuläget saknas vårdförlopp och det finns endast ett vårdprogram för benign urologi. Otillräcklig evidens uppfattas vara ett hinder i utvecklingen av vårdprogram.

Vidare saknas möjligheter till uppföljning – för malign urologi finns kvalitetsregister, men ingen motsvarighet finns för den benigna urologin. Genom väntetidsdatabasen kan vissa operationer och åtgärder inom benign urologi följas, men det är inte alltid möjligt att särskilja från den maligna urologin. Vidare saknas möjlighet att följa exempelvis utredning och uppföljning.

I genomlysningens enkätundersökning framkommer att verksamhetschefer, sjuksköterskor och urologer anser att det är viktigt att hantera avsaknaden av kunskapsstyrning inom benign urologi. Nästan hälften av alla svarande ansåg att det var mycket viktigt att stärka kunskapsstyrningen för benigna tillstånd (se Figur 18).



Figur 18. I enkätundersökningen som utfördes inom ramen för genomlysningen ställdes frågan: *Hur viktig är åtgärden för att kunna förbättra tillgänglighet och kvalitet inom urologin? Från 0 (inte viktig) till 5 (mycket viktig).* Grafen illustrerar andelen svarande som angivit respektive svar.

Not: Svarande som inte svarat inkluderas i gruppen "Kan inte ta ställning/ vet ej"; Antal svarande: 108.

Källa: Enkät utskickad inom ramen för genomlysningen av urologin.

Förslag på åtgärder:

- **Utveckla vårdprogram och vårdförlopp.** För att nå en mer jämlik vård och för att möjliggöra uppföljning kan NPO njur- och urinvägssjukdomar fortsätta arbetet med att utveckla vårdprogram och vårdförlopp för den benigna urologin. För att uppnå detta kan det finnas ett behov av mer forskning för att stärka evidensunderlag inom det benigna området.
- **Utveckla metoder för uppföljning.** För att på ett närmare sätt kunna följa kvalitet och tillgänglighet inom benign urologi kan NPO njur- och urinvägssjukdomar också arbeta för att uppmuntra utveckling av uppföljningsmetoder. Uppföljningen bör utformas så att verksamheter enkelt kan ta del av data för verksamhetsutveckling. Vidare bör uppföljningen inte belasta verksamheterna med mer dokumentation, vilket nuvarande kvalitetsregister gör. Det innebär att nuvarande arbetssätt rörande inrapportering till kvalitetsregister behöver förenklas, alternativt behöver andra metoder för uppföljning tas fram.

4.5.2 Bristande konsensus kring SVF och hur målstyrning kan uppnås

Det finns en pågående diskussion inom specialiteten rörande utformning av vårdförloppen för cancer. Diskussionen berör flera områden, som i delar påverkar varandra: För det första, i fråga om ledtider, där nuvarande ledtider ifrågasätts eftersom de inte bygger på ett medicinskt grundat behov. För det andra, i fråga om inklusionskriterier, i synnerhet för blåscancer, där kritiken går ut på att dessa gör att för många patienter omfattas av vårdförloppet i förhållande till hur många som behandlas. För det tredje påtalas brist på uppföljning av hälsoekonomiska effekter av de enskilda vårdförloppen inom urologin.

Det pågår en stor diskussion om utredningskriterier för blåscancer. Diskussionen handlar om vi utreder för många eller inte. Alarmsymptomen finns för många som har urinvägsinfektion vilket gör att många utreds.

- Företrädare kunskapsstyrningssystemet

Socialstyrelsen publicerade år 2019 en rapport om effekter på standardiserade vårdförlopp i cancervården, som bland annat fokuserade på hälsoekonomiska effekter (Socialstyrelsen, 2019). Rapporten avsåg dock samtliga SVF. Därutöver utreddes hälsoekonomiska effekter huvudsakligen

i utredningsfasen och i rapporten tydliggjordes behovet av att göra större hälsoekonomiska analyser och utvärdering som kopplar samman olika delar i vårdkedjan.

Det finns också skilda uppfattningar om hur ledtiderna för SVF ska betraktas, som generella målsättningar som är eftersträvansvärda i ett idealtillstånd, eller som hårda krav som ska uppnås. Beroende på ståndpunkt i denna fråga kommer bristande måluppfyllnad att tolkas på olika sätt, vilket försvårar styrning mot målet.

Förslag på åtgärder:

- **Förankra SVF.** För att inom den urologiska professionen skapa en gemensam förståelse av principerna som ligger till grund för utformning av SVF, kan RCC i samverkan arbeta med att förankra dessa. Detta inkluderar exempelvis vilka faktorer som tas hänsyn till när målsättningar för ledtider tas fram, hur avvikande fall ska hanteras och att olika allvarlighetsgrad för ett tillstånd kan påverka optimal ledtid. En sådan dialog kan också ge möjlighet att samla in bred återkoppling kring hur SVF kan utvecklas.
- **Synliggör hälsoekonomiska konsekvenser.** RCC i samverkan kan bidra till att i högre grad synliggöra hälsoekonomiska konsekvenser av vårdförlopp och vårdprogram. Detta skulle i sin tur kunna bidra både till en utvecklad horisontell prioritering och till att förbättra produktions- och kapacitetsplanering vid införande av nya eller förändrade vårdprogram och vårdförlopp. Hälsoekonomiska analyser skulle också kunna användas som faktaunderlag i arbete med SVF, exempelvis i fråga om effekterna av förändrade inklusionskriterier.

4.5.3 Begränsade möjligheter för kliniker att nyttja uppföljningsresultat

Inom den maligna urologin sker omfattande uppföljning, dels genom rapportering till kvalitetsregister, dels genom inrapportering direkt kopplat till vårdförloppen. I vårdprogram och vårdförlopp för de maligna sjukdomarna anges kvalitetsmått och målnivåer, som till största del överensstämmer med de kvalitetsmått som presenteras i kvalitetsregistren. I vissa fall finns dock variationer, såtillvida att mått och indikatorer inte helt överensstämmer, vilket försvårar sammanställning av data.

Inmatningen av uppföljningsdata innebär ofta tidskrävande manuellt arbete, där samma information behöver dokumenteras flera gånger. Följsamhet till rapportering varierar mellan regionerna, vilket skapar osäkerhet i data.

Det är svårt att följa upp kvaliteten i den egna verksamheten. Jag fick ta fram egen kod för att kunna ta fram data för den vård som just vi utför. Om vi kan följa upp kvaliteten ordentligt kan de hjälpa verksamheten och enskilda operatörer jättemycket, men alla har ju inte möjlighet att skriva kod.

- Verksamhetschef urologiverksamhet

För att använda data från kvalitetsregister i uppföljning av en verksamhet krävs ofta manuellt arbete för att kombinera data från flera register, eller för att presentera data från ett register på ett användbart sätt. Det försvårar arbetet med att förbättra den enskilda verksamhetens resultat samt de enskilda urologernas resultat. Som en konsekvens blir det svårare att identifiera skillnader mellan verksamheter och enskilda urologer vilket begränsar möjligheten att arbeta mot en mer jämlik vård.

Även möjligheten att nyttja data för vårdförloppen är begränsad. Data rapporteras in, men i de flesta fall är det i nuläget inte möjligt att analysera de ingående ledtiderna, utan bara den totala tiden. Detta begränsar användbarheten för verksamhetsuppföljning. I synnerhet försvåras analys av de



vårdförlopp som inkluderar flera vårdnivåer eller specialiteter, då det är svårt att avgöra i vilken del av vårdkedjan som flaskhalsar uppstår.

Förslag på åtgärder:

- **Förbättra kvalitet på indata.** Verksamheterna bör arbeta för att förbättra kvaliteten på den indata som rapporteras in. Det handlar både om att säkerställa att data som kvalitetsregistren ska ta del av finns tillgänglig och att den är av god kvalitet. Arbetet kan behöva genomföras i samarbete med journalsystemsägare. I arbetet bör verksamheter ta del av redan pågående arbete. Exempelvis har vissa regioner påbörjat arbete med att införa standardiserade svarsmallar för diagnostik vid prostatacancer (Dagens medicin, 2022; Sectra, 2022). Genom svarsmallarna förbättras inrapporteringen av data.
- **Standardisera kvalitetsmått.** RCC i samverkan och NPO njur- och urinvägssjukdomar kan se över möjligheter att standardisera kvalitetsmått mellan olika diagnoser för att öka jämförbarhet.
- **Tillgängliggör kvalitetsdata.** RCC i samverkan och NPO njur- och urinvägssjukdomar kan tillsammans med företrädare för kvalitetsregistren se över förutsättningar för att på ett samlat sätt presentera kvalitetsdata om urologin som kan anpassas efter olika målgruppers behov och förkunskaper. En sådan målgrupp kan exempelvis vara verksamhetschefer och operatörer.
- **Tydliggör vilka krav som måste mötas.** RCC i samverkan och NPO njur- och urinvägssjukdomar kan arbeta med att klargöra vilka krav som behöver uppfyllas för att förenkla dokumentation och för att kunna bidra till utveckling av vårdinformationssystem.
- **Undersök möjligheter till automatiseringslösningar.** I väntan på mer omfattande systemförändringar bör möjligheterna till mindre komplexa automatiseringslösningar för att undvika dubbeldokumentation undersökas.
- **Möjliggör detaljerad uppföljning av ledtider.** RCC i samverkan kan i högre grad skapa förutsättningar att följa upp delar av ledtider, exempelvis genom att på ett tydligare sätt definiera start och avslut för de delledtiderna i SVF. Fortsatt implementering i regionerna kan ske genom utveckling av regionernas egna system eller införande av SVF-INCA i regioner där det ännu inte är infört.

4.6 Beroende av andra specialiteter

Urologin är beroende av och samverkar med flera andra specialiteter, exempelvis radiologi, patologi och onkologi. Det är till exempel vanligt att dessa specialiteter har en roll i vårdförlopp inom urologi. Andra specialiteter har därför en viktig roll för att möjliggöra att patienter får vård i rätt tid. Urologin har också i viss mån överlappande uppdrag med andra specialiteter, framför allt inom områden som berör andrologi.

4.6.1 Bristande resurser inom andra specialiteter påverkar urologin negativt

Kapacitetsbrist för andra specialiteter, som är en del av urologiska vårdförlopp, kan förlänga ledtider inom urologin. Kapacitetsbrist kan också medföra att urologin behöver utföra extra arbete som inte ligger inom specialitetens uppdrag. Ett exempel som framkommit i intervjuer är att den

urologiska vården behövt vårda obotligt sjuka cancerpatienter när den palliativa enheten har haft kapacitetsbrist.

För vårdförloppet för prostatacancer är det väldigt många andra specialiteter som är involverade. Det gör att det blir mer känsligt att lyckas hålla ledtider. Om det inte funkar på någon av de andra specialiteterna påverkar det oss.

- Verksamhetschef urologiverksamhet

Förslag på åtgärder:

- **Möjliggör arbete med samplanering och resursöverföring mellan närliggande specialiteter.** På sjukhusövergripande nivå behövs kontinuerlig dialog mellan verksamheter för att anpassa kapacitet, exempelvis utefter uppdateringar i vårdprogram och vårdförlopp som medför ökat behov av insatser från närliggande specialiteter. Vidare behöver möjligheten till resursöverföring mellan specialiteter ses över vid förändringar i behov. Det kan gälla att säkerställa att skiften av patientflöden åtföljs av ett skifte i resurser mellan enheter. För att möjliggöra samplanering och resursöverföring är det viktigt att tydliggöra ansvarsfördelning mellan enheter.

4.6.2 Otydligt ansvar för det andrologiska uppdraget

Intervjuade framhåller särskilt att det saknas en specialitet för mäns sexuella hälsa – andrologi. Andrologin är i nuläget inte en specialitet inom svensk sjukvård. På europeisk nivå finns möjlighet till certifiering genom European Academy of Andrology (EAA), vilket kräver 18 månaders tjänstgöring på ett ackrediterat centra samt en examination (European Academy of Andrology (EAA) and Society of Andrological Urology (ESAU), 2008). Ingen enskild specialitet har heller en tydlig andrologisk inriktning – i ST-målen för endokrinologi, urologi och gynekologi finns dock målsättningar som på olika sätt kan vara andrologi-relevanta, såsom infertilitet, sexuell funktion, sjukdomar förknippade med manlig sexualitet och reproduktions och endokrinologiska tillstånd (Socialstyrelsen, 2021b). Svensk andrologisk förening bedömer att andrologi skulle kunna vara en grenspecialitet för ”urologer, endokrinologer, gynekologer och reproduktionsmedicinare” (Svensk Andrologisk Förening, 2022).

Organisatoriskt finns i vissa regioner vårdenheter med ansvar för andrologi, såsom ANOVA vid Karolinska universitetssjukhuset (Karolinska Universitetssjukhuset, 2022) och Reproduktionsmottagning Malmö vid Skånes universitetssjukhus (Skånes universitetssjukhus, 2022). På nationell nivå saknas dock ett tydligt uppdrag för andrologin, vilket medför risk för ojämlikhet i vården och svårigheter att skapa en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Förslag på åtgärder:

- **Tydliggör ansvaret för andrologin.** Socialstyrelsen kan, tillsammans med företrädare för regionerna tydliggöra inom vilken specialitet det andrologiska uppdraget ska omhändertas, samt vilken del av hälso- och sjukvården som ska tillhandahålla andrologisk vård. Särskilt bör ansvaret för mäns sexuella hälsa tydliggöras. Vidare bör behovet av andrologisk vård hos patientgruppen tydliggöras, samt hur detta inte möts inom nuvarande uppdrag.



Litteraturförteckning

Aleris (2022) *Urologi & Uroterapi*, aleris.se. Tillgänglig på:

<https://www.aleris.se/specialistvard/urologi-uroterapi/> (Hämtad: 13 december 2022).

Capio (2022) *Urologi - hitta din närmaste mottagning här* | Capio. Tillgänglig på:

<https://capio.se/hitta-mottagning/specialistvard/urologi/> (Hämtad: 13 december 2022).

Dagens medicin (2022) *Svarsmall ger fördelar för urologer och radiologer*. Tillgänglig på:

<https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/cancer/svarsmall-ger-fordelar-for-urologer-och-radiologer/> (Hämtad: 14 december 2022).

European Academy of Andrology (EAA) and Society of Andrological Urology (ESAU) (2008) 'Joint Educational Curriculum for Clinical Andrology Training in Europe'. Tillgänglig på:

https://www.andrologyacademy.net/pdf/EAA_Curriculum.pdf.

Folkhälsomyndigheten (2022) *Prostatacancer, död*. Tillgänglig på:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/prostatacancer-dodlighet/> (Hämtad: 7 december 2022).

Godtman, R.A. *et al.* (2021) 'Association of surgeon and hospital volume with short-term outcomes after robot-assisted radical prostatectomy: Nationwide, population-based study', *PLOS ONE*, 16(6), p. e0253081. Tillgänglig på: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253081>.

Haas, H. (2020) *Results of ESUO section surveys spark discussion of what should be considered office urology - Uroweb, Uroweb - European Association of Urology*. Tillgänglig på: <https://uroweb.org/news/results-of-esuo-section-surveys-spark-discussion-of-what-should-be-considered-office-urology> (Hämtad: 23 januari 2023).

Karolinska Universitetssjukhuset (2022) *ANOVA - Andrologi, Sexualmedicin, Transmedicin*.

Tillgänglig på: <http://anova.se/index.html> (Hämtad: 7 december 2022).

Linköpings universitet (2022) *Prioriteringsbegreppen*. Tillgänglig på: <https://liu.se/artikel/vad-betyder-prioriteringsbegreppen-> (Hämtad: 7 december 2022).

Nationella kvalitetsregistret för njurcancer (2022) *NKNC*. Tillgänglig på:

<https://statistik.incanet.se/njurcancer/> (Hämtad: 8 december 2022).

Nationella peniscancerregistret (2022) *Peniscancer*. Tillgänglig på:

<https://statistik.incanet.se/peniscancer/> (Hämtad: 8 december 2022).

Nationella prostatacancerregistret (2022) *NPCR*. Tillgänglig på: <https://statistik.incanet.se/npcr/> (Hämtad: 8 december 2022).

NORDCAN (2022) *5-years prevalence*. Tillgänglig på:

https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/prevalence?populations=752&types=0&mode=cancer&multiple_populations=0&multiple_cancers=1&years_available=1943_2020&years=1943_2020&show_map_view_per_prop=0&cancers=980_240 (Hämtad: 7 december 2022).

RCC i samverkan (2019) *Uppföljning av RCC:s rekommendationer gällande regional nivåstrukturering*.

Tillgänglig på: <https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/rapport-regional-nivastrukturering-faststalld-av-rcc-i-samverkan-190625-final.pdf>.

RCC i samverkan (2022a) *Antal patienter i standardiserade vårdförlopp (SVF)*. Tillgänglig på:

<https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/antal-patienter-i-svf/> (Hämtad: 7 december 2022).

RCC i samverkan (2022b) *Bakgrund och orsaker - RCC Kunskapsbanken*. Tillgänglig på:

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/prostatacancer/vardprogram/bakgrund-och-orsaker/> (Hämtad: 8 december 2022).

RCC i samverkan (2022c) *Kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister - RCC Kunskapsbanken*. Tillgänglig på:

RCC i Samverkan (Hämtad: 2 december 2022).

RCC i samverkan (2022d) 'Rekommendationer om organiserad prostatacancer-testning (OPT)'.

RCC i samverkan (2022e) *Väntetider i standardiserade vårdförlopp (SVF)*. Tillgänglig på:

<https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/vantetider-i-svf/> (Hämtad: 7 december 2022).

Reform Society (2022) 'Så kan vården vid urinblåsecancer bli bättre'.

Region Stockholm (2022a) *Om läkemedelsbehandling av adhd*. Tillgänglig på:

<https://www.bup.se/hitta-mottagning/bup-neuropsykiatri/dokument/om-lakemedelsbehandling-av-adhd/> (Hämtad: 7 december 2022).

Region Stockholm (2022b) *Urologi, specialiserad - Vårdval Stockholm | Vårdgivarguiden*. Tillgänglig på:

<https://vardgivarguiden.se/avtal/avtalsomrade/lov-varldval-stockholm/urologi/> (Hämtad: 13 december 2022).

SBU (2011) *Godartad prostataförstoring med avflödesbinder*.

SCB (2022a) *Befolkningsstatistik 2019-2022 (månad) och 1998-2021 (år), Statistiska Centralbyrån*.

Tillgänglig på: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/folkmangd-och-befolkningsforandringar---manad-kvartal-och-halvar/befolkningsstatistik-2019-2022-manad-och-1998-2021-ar/> (Hämtad: 7 december 2022).

SCB (2022b) *Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 - 2021, Statistikdatabasen*.

Tillgänglig på:

http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/ (Hämtad: 7 december 2022).

Sectra (2022) *Strukturerad rapportering i praktiken – ett samarbetsprojekt mellan Sectra och Regionala cancercentrum i samverkan (RCC), Sectra Medical*. Tillgänglig på: <https://medical.sectra.com/about-sectra/sectra-around-the-world/sectra-sverige/strukturerad-rapportering-i-praktiken-ett-samarbetsprojekt-mellan-sectra-och-regionala-cancercentrum-i-samverkan-rcc/> (Hämtad: 14 december 2022).

Skånes universitetssjukhus (2022) *Andrologisk utredning - Skånes universitetssjukhus Sus*. Tillgänglig på: <https://vard.skane.se/skanes-universitetssjukhus-sus/undersokningar-och-behandlingar/andrologisk-utredning/> (Hämtad: 7 december 2022).

Socialdepartementet, SKR (2021) 'Jämlig och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022'.

Socialstyrelsen (2019) *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter*.

Socialstyrelsen (2021a) 'Bilaga 2. Tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom samtliga specialiteter – Nationella planeringsstödet 2021'.

Socialstyrelsen (2021b) 'Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar 2021'.

Socialstyrelsen (2021c) *Självprovtagning för livmoderhalscancer permanentas, Socialstyrelsen*. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/sjalvprovtagning-for-livmoderhalscancer-permanentas/> (Hämtad: 7 december 2022).

Socialstyrelsen (2022a) *Framställning och kvalitet – patientregistret, Socialstyrelsen*. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/framstallning-och-kvalitet/> (Hämtad: 13 december 2022).

Socialstyrelsen (2022b) *Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), Socialstyrelsen*. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/> (Hämtad: 13 december 2022).

Socialstyrelsen (2022c) 'Nationella planeringsstödet 2022'.

Socialstyrelsen (2022d) *Statistik om operationer och behandlingar i specialistvård, Socialstyrelsen*. Tillgänglig på: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/operationer-och-behandlingar/> (Hämtad: 13 december 2022).

Socialstyrelsen (2022e) *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*. Tillgänglig på: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx (Hämtad: 7 december 2022).

Socialstyrelsen (2022f) *Statistikdatabas för operationer*. Tillgänglig på: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ope/val.aspx (Hämtad: 7 december 2022).

Socialstyrelsen (2023) *Statistikdatabaser - Diagnoser - Resultat*. Tillgänglig på: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/resultat.aspx (Hämtad: 23 januari 2023).

Socialstyrelsen, UKÄ (2019) 'Framtidens vårdkompetens - stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov', p. 104.

Sörenby, A. *et al.* (2019) 'Reducing recurrence in non-muscle-invasive bladder cancer by systematically implementing guideline-based recommendations: effect of a prospective intervention in primary bladder cancer patients', *Scandinavian Journal of Urology*, 53(2–3). Tillgänglig på: <https://doi.org/10.1080/21681805.2019.1604568>.

Statens offentliga utredningar (2009) 'En nationell cancerstrategi för framtiden'.

Statens offentliga utredningar (2015) 'Träning ger färdighet: koncentrera vården för patientens bästa: betänkande'.

Svensk Andrologisk Förening (2022) *Hur blir man androlog?* Tillgänglig på: <https://svenskandrologi.se/sjukvardspersonal/hur-blir-man-androlog/> (Hämtad: 7 december 2022).

Svenska MS-sällskapet (2022) *Blåsrubbningsar*.

Svenska nationella kvalitetsregistret för testikelcancer (2022a) *Årsrapport nationellt kvalitetsregister testikelcancer*.

Svenska nationella kvalitetsregistret för testikelcancer (2022b) *Datauttag*.

Svenska nationella kvalitetsregistret för Urinblåse- och urinvägscancer (2022) *SNRUBC*. Tillgänglig på: <https://statistik.incanet.se/Urinblasecancer/> (Hämtad: 8 december 2022).

Sveriges regioner (2022) *Nationellt kliniskt kunskapsstöd*. Tillgänglig på: <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/amnesomraden/Njurar%20och%20urogenitala%20organ/0> (Hämtad: 7 december 2022).

Sveriges Regioner i Samverkan (2022a) *Nationell Patientenkät - Standardiserade vårdförlopp inom cancervård*. Tillgänglig på: <https://resultat.patientenkät.se/Standardiserade%20v%C3%A5rdf%C3%B6rlopp%20inom%20ancerv%C3%A5rd/2022> (Hämtad: 7 december 2022).

Sveriges Regioner i Samverkan (2022b) *Om kunskapsstyrning*. Tillgänglig på: <https://skr.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning.44726.html> (Hämtad: 13 december 2022).

Sveriges Regioner i Samverkan (2022c) *Programområden och samverkansgrupper | Kunskapsstyrning vård | SKR*. Tillgänglig på: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper.44275.html> (Hämtad: 13 december 2022).

Väntetidsdatabasen SKR (2022a) *Om väntetidsdatabasen*. Tillgänglig på: <https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/omvantetidsdatabasen.58999.html> (Hämtad: 13 december 2022).

Väntetidsdatabasen SKR (2022b) *Utökad uppföljning av specialiserad vård*. Tillgänglig på: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikspecialiseradvard/utokaduppfoljningavspecialiseradvard.43536.html> (Hämtad: 13 december 2022).



Bilaga – intervjuade

I bilagan anges den roll som är mest relevant för syftet för intervjun. Flera intervjuade har dock fler roller än den som anges. Exempelvis har de flest intervjuade från kunskapsstyrningssystemet roller inom urologiska enheter, så som verksamhetschef.

Intervju	Roll
Björn Wullt	Ordförande, Svensk Privaturoidologisk Förening
Börje Ljungberg	Ordförande, Vårdprogramgrupp njurcancer
Calle Waller	Vårdpolitisk talesperson, Prostatacancerförbundet
Camilla Berggren och Mark Albeek	Ledamöter, Svensk Förening för Allmänmedicin Stockholm
Carl-Henrik Sundin	Ordförande, Blåscancerförbundet
Caroline Elmér	Specialistläkare urologi och gynekologi, Stockholms Urogynmottagning
Charlotte Bygdemo Toytziaridis	Förbundsordförande, ILCO
Fredrik Liedberg	Ordförande, Vårdprogramgrupp för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör
Gunilla Malm	Primärvårdsrepresentant och ledamot NPO njur- och urinvägssjukdomar – insatsområde stensjukdom i övre urinvägarna
Helena Brändström	Samordnare nationella vårdprogram & standardiserade vårdförlopp, RCC i samverkan
Henrik Kjölhede	Överläkare urologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och ledamot nationellt programområde njur- och urinvägssjukdomar
Ingrid Erlandsson	Verksamhetschef, Urologkliniken Jönköping
Jesper Swärd	Chefläkare NU-sjukvården
Kristina Jennische	Sektionsansvarig urologi, Region dalarna
Lotta Renström Koskela	Ordförande för Svensk Urologisk Förening och överläkare urologi på Karolinska universitetssjukhuset
Magnus Isacson	Ordförande, Svensk Förening för Allmänmedicin
Malin Nyberg Isacson	Studierektor Södersjukhuset och sammankallande för Studierektorsnätverket

Ola Bratt	Ordförande, Vårdprogramgrupp prostatacancer
Ove Andrén	Medicinsk sakkunnig/rådgivare och sjukvårdsregional SVF-samordnare, RCC Norr
Peter Kirrander	Ordförande, Vårdprogramgrupp peniscancer
Ulrika Westlund	Verksamhetschef, Södersjukhuset
Åsa Dahm	VD, Perituskliniken
Susanne Aspehall Malm	Verksamhetschef, Perituskliniken



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se