

Processplan för urotelial cancer (urinblåsecancer och cancer i övre urinvägarna) 2022–2024

Bakgrund

Urotelial cancer är en urologisk cancerform som förorsakar stort lidande och är resurskrävande trots relativt låga incidens-siffror. I sina allvarligaste stadier så är dödligheten hög och de patienter som har mindre allvarliga stadier behöver kontrolleras regelbundet och ofta, då recidivrisken samt även progressionsrisken är hög.

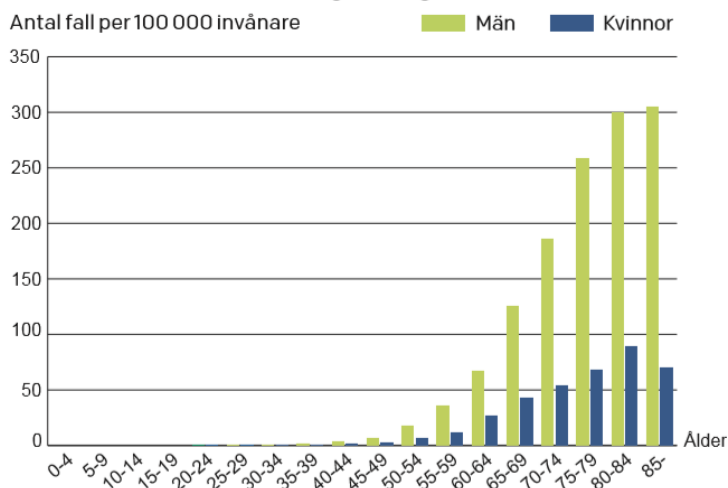
Urotelial cancer involverar hela urotelet och indelas i urotelial cancer i de *övre urinvägarna* (UTUC) innefattande cancer i urinledare (uretärer) och njurbäcken samt urotelial cancer i de *nedre urinvägarna* där urinblåsecancer utgör den största andelen. Urinblåsecancer är alltså till 95% urotelial men det förekommer även annan histopatologi i resterandefem procent.

Både urinblåsecancer och UTUC drabbar en åldrad befolkning med en medianålder vid insjuknande på cirka 73 år. Fördelningen män/kvinnor är cirka 3/1.

Insjuknande i 5-årsklasser

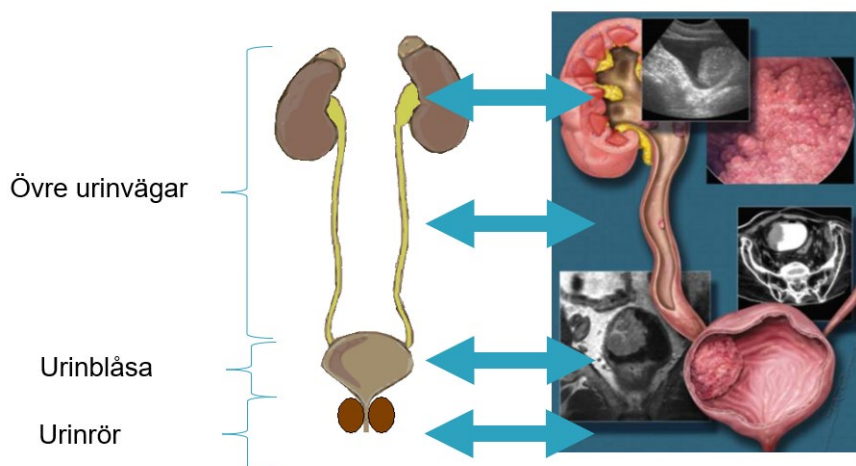
Urinblåsecancer och cancer i övriga urinvägar

Antal fall per 100 000 invånare

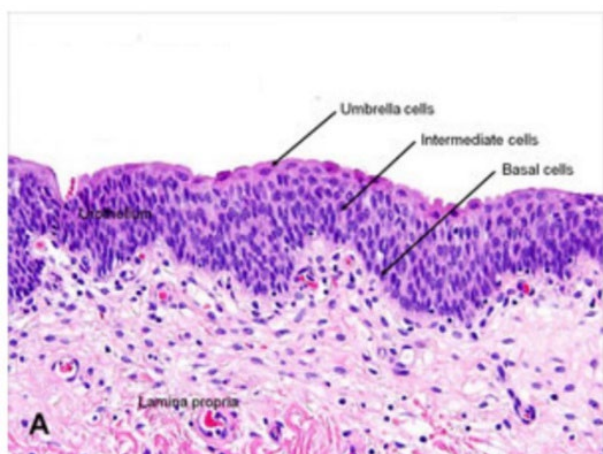


Figur 1: Incidensfördelning över åldersklasser och kön

Urinblåsecancer och urotelial cancer i övre urinvägarna (UTUC) är till största del samma andas barn, och utgår ifrån *urotelet* som bekläder de urinbärande delarna av hela systemet - från njurbäckenet, genom urinledarna, ned till urinblåsan och utmed hela urinrörets hela längd utom den sista fjärde delen av densamma (skivepitel i stället för urotel).



Figur 2: Urotelet sammanhängande den urinledande ytan uppifrån njurkalkarna och nästan hela vägen ned till utloppet i urinröret. Urotelial cancer kan uppstå på ett flertal ställen i urotelet hos en och samma patient. Fleråriga kontroller av resten av urotelet på en patient drabbad av cancer på ställe, är obligat.

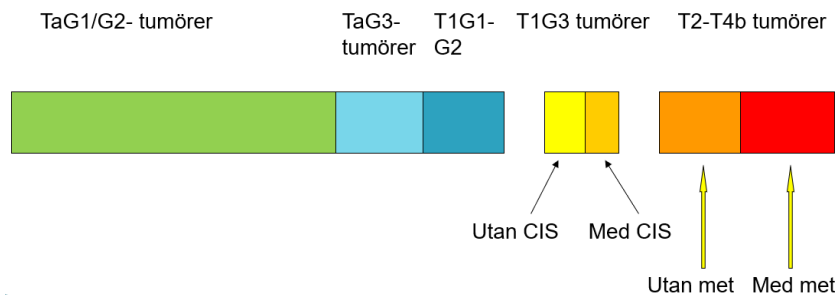


Figur 3: Histologisk bild över urinvägsepitelet som är ett övergångsepitel vilket går under benämningen urotel. Det är 5–10 cellradier djupt, beroende på den aktuella fyllnaden i till exempel urinblåsan.

En patient med urinblåsecancer kan inte bara drabbas av recidiv i sin urinblåsa, utan har dessutom *en procent*s risk att drabbas av UTUC (vilket är högt jämfört med normalpopulationen). Patienter som har diagnosticerats med UTUC har 30% risk att utveckla urotelial urinblåsecancer. Samtliga patienter som någon gång har insjuknat i urotelial cancer riskerar även utveckla så kallad *panurotelial cancer* med, över tiden, multipla lokaliseringar av urotelial cancer i kvarvarande urotel.

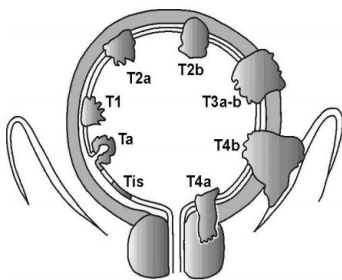
Aktuell process urinblåsecancer

Incidensen i sjukvårdsregionen är cirka 220 patienter per år. Prevalensen är cirka 2300 patienter som lever med sjukdomen i norra sjukvårdsregionen. Man kan grovt dela upp patienterna i tre grupper prognostiskt: Lågrisk, mellanrisk och högrisk. I varje grupp finns det undergrupper (till exempel låg mellanrisk och hög mellanrisk etcetera). Detta syftar på följande faktorer i de individuella naturlöslöppen: Recidivfrekvens, progressionsrisk och överlevnad.



Figur 4: En schematisk beskrivning av de uppdelningen av de olika T-stadierna, där allvarlighetsgraden ökar åt höger på skalan.

Indelningen grundar sig på TNM-systemet som beskriver T för tumörstadium (djup/omfattning av primärcancern), N för körtelstatus (spridning till regionala lymfknotor) och M för metastasstadium (spridning till avlägsna organ). Ju högre tumörstadium desto högre risk för spridning och desto sämre långtidsöverlevnad enkelt sammanfattat.



Figur 5: Schematisk beskrivning över de olika T-stadierna vid urinblåscancer

Prognosen för lågriskcancer är god, med en femårsöverlevnad på cirka 95%. Prognosen för patienter med mellanrisk-cancer är cirka 85% och för högrisk-patienterna endast 50%. Det senare trots maximala vårdinsatser.

Aktuell process UTUC

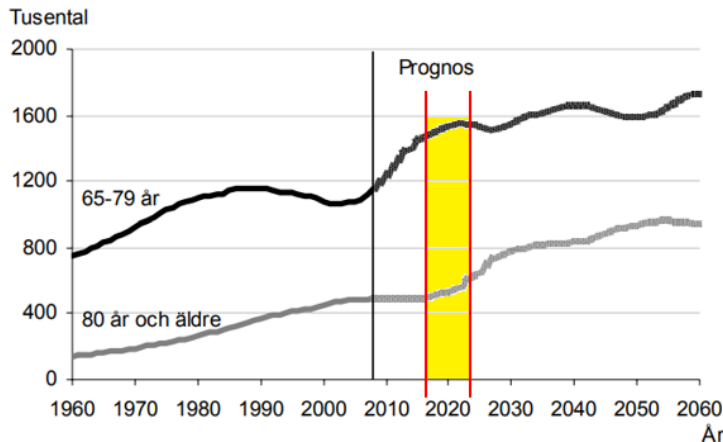
Incidensen i norra regionen är cirka 35 patienter per år. Prevalensen är cirka 350 patienter som lever med sjukdomen i norra sjukvårdsregionen. Man kan grovt dela upp patienterna i tre grupper prognostiskt: Lågrisk, mellanrisk och högrisk. UTUC är mer svårutredd, framför allt i sina tidiga former. Utredningarna som är semi-polikliniserade i flera avseenden tenderar att dra ut på tiden, med flera omtag tills det att en slutlig MDK har tillräckligt med tillgängliga underlag för val av terapi. Den största faran med UTUC i uretärerna är de anatomiska förutsättningarna, där tunna väggar på urinledarna inte utgör ett mekaniskt hinder för lokal progress eller spridning. Detta till skillnad från urinblåsans anatomiskt tjockare vägg eller som njurparenkymets relativa anatomiska skydd vid UTUC i njurbäckenet.

Incidens/prevalensutveckling ökande med tiden

Med bakgrund av att urotelial cancer är åldersrelaterad (både urinblåscancer såväl som UTUC), så kan man räkna med en stadig incidens- och prevalensökning i sjukvårdsregionen de närmaste 5 åren.

Antal i äldre i åldern 65–79 år och 80 år och äldre 1960–2008 samt prognos 2009–2060. Tusental

Number of elderly people in age-group 65–79 years and 80 years and older 1960–2008 and projection 2009–2060. Thousands



Figur 6: Ur aktuella SCB-prognoser så kommer landets äldre befolkning att öka i absoluta tal de närmast fem åren, just i de åldrar där vi återfinner höga incidenssiffror för urotelial cancer.

Kort översikt basal handläggning/utredning



Sjukdomsutveckling, vårdkedja och vårdprocess

Urinblåsecancer

Primärt för samtliga T-stadier

Kardinalsymtom (oftast - men **inte endast** synligt blod i urinen) → Utredning enligt SVF: CT-urografi av övre urinvägarna + Cystoskopi → Vid fynd → Transuretral resektion (TURb) → patologisk bedömning → MDK för T1-cancer samt muskelinvasiva tumörer (T2 och mer)

Sekundärt för TaG1-G3

→ regelbundna cystoskopier i minst 5 år. Vid nytt recidiv nollställer man räkneverket → recidiv → TURb → instillationsbehandling → cystoskopikontroller → Nya recidiv: samma x flera

Vid progress till T1 – se nedan. Vid progress till T2 eller mer – se nedan

Sekundärt för T1

Primär TURb visar T1 → MDK → ny TURb inom 2–6 veckor. Om inte T2 eller mer → instillationsbehandling → regelbundna cystoskopikontroller i minst 5 år → Nya recidiv och/eller

progress till T2 eller mer → ställningstagande till kurativt syftande behandling (oftast cystektomi, sällan strålbehandling)

Sekundärt för T2 eller mer [cirka 25% av samtliga urinblåsecancerpatienter är T2 eller mer]

Primär TURb visar T2 eller mer → MDK → (a) Majoriteten får neoadjuvant kemoterapi och efterföljande radikalt syftande kirurgi (cystektomi) → fortsatta regelbundna kontroller på

urologenheter i minst fem år (b) Enstaka patienter som inte klarar cystektomi → radikalt syftande strålbehandling (men fortsatta urologkontroller i minst fem år på urologenheter)

Palliation

Ett fåtal patienter som initialt har uttalad spridning eller inte klarar full dos strålbehandling kan erbjudas palliation i någon form eller i kombinationer (Urologiskt: avledande urostomi, Onkologiskt: lokal bromsande strålbehandling och/eller cytostatika). Detta gäller även en stor andel av de patienter som har erhållit kurativt syftande behandling, men som ändå recidiverar med åren.

Cancerrehabilitering

Avser i första hand för de patienter som cystektomerats:

(a) Sexualmedicinsk rehabilitering för båda könen och för männen erektions-sviktsbehandling. Sexualmedicinsk rehabilitering för båda könen är för närvarande i sin linda och behöver utvecklas.

(b) Stomiträning

Urotelial cancer i övre urinvägarna (UTUC)

Primärt för samtliga T-stadier

Kardinalsymtom är makrohematuri (oftast men **inte endast** synligt blod i urinen) → Utredning enligt SVF: CT-urografi av övre urinvägarna + Cystoskopi → Vid fynd i övre urinvägarna → utredning med ureteroskopi och cytologi alt. ureteroskopi + px → ofta 2–3 MDK-omgångar innan man kan besluta om lokal terapi eller radikalt syftande kirurgi (nefroureterektomi)

En del patienter debuterar med flanksmärta utan makrohematuri. Detta kan ibland misstolkas som stensmärta, vilket i sig kan försena utredningen. När en CT-urografi är utförd → vidare utredning enligt ovan

En fraktion av patienterna har en väldigt tydlig och voluminös UTUC-tumör (framför allt njurbäckencancer) → snabbare MDK-rekommendation för radikalt syftande kirurgi. En del av de voluminösa UTUC-tumörerna kan erbjudas neoadjuvant kemoterapi i paritet med avancerad muskelinvasiv urinblåsecancer.

Sammanfattningsvis: de flesta UTUC-tumörerna befinner sig i en gråzon vilket leder till upprepade utredningar och relativt långa ledtider och omtag i utredningsgången. Detta i kombination med det begränsade anatomiska skyddet (framför allt UTUC i uretärer) leder till hög risk för både mikro- och makrometastasering med effekter på långtidsöverlevnaden, även om patienterna genomgår radikalt syftande terapi (i första hand kirurgi).

Palliation

Ett fåtal patienter som initialt har uttalad spridning eller inte klarar radikalt syftande kirurgi kan erbjudas palliation i någon form eller i kombinationer (Urologiskt: avledande nefrostomi, Onkologiskt: lokal bromsande strålbehandling och/eller cytostatika).

Cancerrehabilitering

Inte förekommande, men sexualmedicinsk rehabilitering bör erbjudas med bakgrund av cancersjukdomens allmänna negativa påverkan. Någon specifik anatomisk nedsättning av sexualförmågan förekommer inte.

Organisation

Nödvändig kompetens för urinblåsecancer

- Kunskap och skicklighet måste finnas för att utföra och värdera cystoskopier i alla fyra regioner, både på universitetssjukhuset, på länssjukhusen och på länsdelssjukhusen. Verksamheten förutsätter personella resurser både i urologisk öppenvård såväl som slutenvård. Resurstillgång till mottagningsverksamhet, labresurser, patolog, cytolog och bild och funktion.
- Kunskap och skicklighet måste finnas för att utföra korrekta TURb-operationer i alla fyra norrlandslän, både på universitetssjukhuset, på länssjukhusen och på länsdelssjukhusen. I detta ingår en värderingsförmåga av fynd och klinisk totalbild – endast kirurgisk ”operationskunskap” utan *värderingsförmåga* ger en ofullständig och inadekvat verksamhet. Verksamheten förutsätter personella resurser både i urologisk öppenvård såväl som slutenvård. Resurstillgång till mottagningsverksamhet, operationsverksamhet, utrustning och vårdplatstillgång, labresurser, patolog, cytolog och bild och funktion.
- Ett cystektomi-team måste finnas i norra regionen för avancerad urinblåsecancer. Cystektomiteamet måste kunna värdera samtliga aspekter av urinblåsecancer samt kunna driva MDK-verksamhet, upprätthålla nationell verksamhet mot vårdprogramgruppen samt bedriva undervisning på flera nivåer samt forskning & utveckling. Verksamheten förutsätter personella resurser både i urologisk öppenvård såväl som slutenvård. Resurstillgång till mottagningsverksamhet, operationsverksamhet, utrustning och vårdplatstillgång, labresurser, patolog, cytolog, stomiterapeut och bild och funktion.
- Onkologisk kompetens måste finnas i norra regionen för att hantera patienter som ska få neoadjuvant kemoterapi, radikalt syftande strålbehandling, palliativ strålbehandling samt palliativ cytostatikabehandling. Detta förutsätter både onkologiska öppenvårds- och slutenvårdsresurser, utrustning och onkologiska mediciner. Den onkologiska bedömningsförmågan i regionen, för patienter med avancerad cancer måste vara på nationell nivå.

Nödvändig kompetens för UTUC

- Kunskap och skicklighet måste finnas för att utföra korrekta ureteroskopier i alla fyra norrlandslän, både på universitetssjukhuset och på länssjukhusen. I detta ingår en värderingsförmåga av fynd och klinisk totalbild – endast kirurgisk ”operationskunskap” utan *värderingsförmåga* ger en ofullständig och inadekvat verksamhet. Verksamheten förutsätter personella resurser både i urologisk öppenvård såväl som slutenvård. Resurstillgång till mottagningsverksamhet, operationsverksamhet, utrustning och vårdplatstillgång, labresurser, patolog, cytolog och bild och funktion.
- Två nefroureterektomiteam bör organiseras i norra sjukvårdsregionen för avancerad UTUC; förslagsvis ett för Region Jämtland Härjedalen+ Region Västernorrland och ett för Region Västerbotten + Region Norrbotten. Nefroureterektomiteamen måste kunna värdera samtliga aspekter av UTUC samt kunna driva MDK-verksamhet, upprätthålla nationell verksamhet mot VP-gruppen samt bedriva undervisning på flera nivåer samt forskning & utveckling. Verksamheten förutsätter personella resurser både i urologisk öppenvård såväl som

slutenvård. Resurstillgång till mottagningsverksamhet, operationsverksamhet, utrustning och vårdplatstillgång, labresurser, patolog, cytolog och bild och funktion.

- Onkologisk kompetens måste finnas i norra regionen för att hantera patienter som ska få adjuvant kemoterapi (ibland även neoadjuvant vid UTUC), palliativ strålbehandling samt palliativ cytotostatikabehandling. Detta förutsätter både onkologiska öppenvårds- och slutenvårdsresurser, utrustning och onkologiska mediciner. Den onkologiska bedömningsförmågan, i norra regionen, för patienter med avancerad UTUC måste vara på nationell nivå.

Preventiva åtgärder för både urinblåsecancer och för UTUC

Prevention; att få ned incidensen av tobaksrökning. Noteras dock att en hög andel (35–40%) av både urinblåsecancerpatienter och UTUC-patienter är *inte* och har *aldrig* varit rökare.

Primärvårdens roll för vägen in för både urinblåsecancer och för UTUC

Upprätthålla SVF på bästa, enklaste och snabbaste sätt. Snabbt genomförda SVF tjänar uteslutande befolkningen och patienterna. Vara medveten om att runt 30% av patienterna **inte** debuterar med makrohematuri (synligt blod i urinen), utan att det finns andra symtom som bör föranleda utredning.

Den nyaste versionen av SVF-urinblåsa från 2018, anger nu tydligt att patienten ska ha en utförd CT-urografi vid ankomst till urologen för cystoskopi.

Primärvårdens roll för vägen ut för både urinblåsecancer och för UTUC

Ingen roll.

Kompetensförsörjningsbrist nu och fem år framöver för urinblåsecancer och för UTUC

Norra regionen har den absolut lägsta andelen urologer/100 000 invånare nationellt, det lär inte bli bättre de närmaste fem åren då ett flertal pensionsavgångar är att vänta (främst i Region Norrbotten och i Region Västerbotten). Vi uppskattar att det i dagsläget saknas 20 urologer [samtliga kompetensnivåer] i hela regionen med en arbiträr fördelning på Region Västerbotten; (saknas 10), Region Norrbotten; (saknas 6), Region Västernorrland; (saknas 5) och Region Jämtland Härjedalen; (saknas 4). Till detta saknas det operationssjuksköterskor, anestesijsjuksköterskor och avdelningssjuksköterskor - kort sagt det saknas slutenvårdsplatser och operationsutrymme. Läget är mycket prekärt. Sammantaget: vi behöver fler personer i den ***direkt vårdnära verksamheten***.

Taskshifting och ökade investeringar i IT & ökad digitalisering kan på intet sätt förbättra situationen.

Finns det någon yrkeskategori eller något steg i vårdkedjan där kompetensförsörjningssituationen är särskilt kritisk

- Idag? **Svar:** Urologer och nämnda kategorier sjuksköterskor
- Inom 5 år, baserat på dagens åldersstruktur? **Svar:** Urologer och nämnda kategorier sjuksköterskor
- Patologer och BMA inom patologi

Åtgärder för att stärka vårdkedjorna för urinblåsecancer

Region Jämtland Härjedalen: Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökad operationsutrymme

Region Västernorrland: Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökad operationsutrymme. Utökad poliklinisk verksamhet i Örnsköldsvik

Region Västerbotten: Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökad operationsutrymme. Utökad verksamhet i Lycksele och Skellefteå

Region Norrbotten: Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökad operationsutrymme. Utökad verksamhet i Gällivare och Kalix

Det skenbart paradoxala är att även transuretral kirurgi för benigna åkommor i hela sjukvårdsregionen (framförallt TURp för benign prostata hyperplasi [BPH]) behöver stärkas och utökas, **emedan vana och hög volym av benign transuretral kirurgi utgör garantin och det faktiska underlaget** för att kunna utföra korrekt och fullvärdig transuretral cancerkirurgi.

Åtgärder för att stärka vårdkedjorna för UTUC

Region Jämtland Härjedalen: Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökad operationsutrymme för ureteroskopier

Region Västernorrland: Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökad operationsutrymme för ureteroskopier samt för nefroureterektomier

Region Västerbotten: Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökad operationsutrymme för ureteroskopier samt för nefroureterektomier

Region Norrbotten: Fler urologer, fler slutenvårdsplatser, utökad operationsutrymme för ureteroskopier samt för nefroureterektomier

Övrigt: Vi remitterar extremt sällan eller snarare aldrig utanför sjukvårdsregionen.

Cystektomierna är centraliserade till *Cystektomi-team Norr* (gemensam verksamhet i teamet NUS/Sundsvall). Nefroureterektomierna ingår i en pågående regional centraliseringsprocess med sikte på att endast utföras på tre sjukhus i hela regionen, i två team (Region Jämtland Härjedalen + Region Västernorrland samt region Västerbotten + region Norrbotten).

Resultat i sjukvårdsregionen

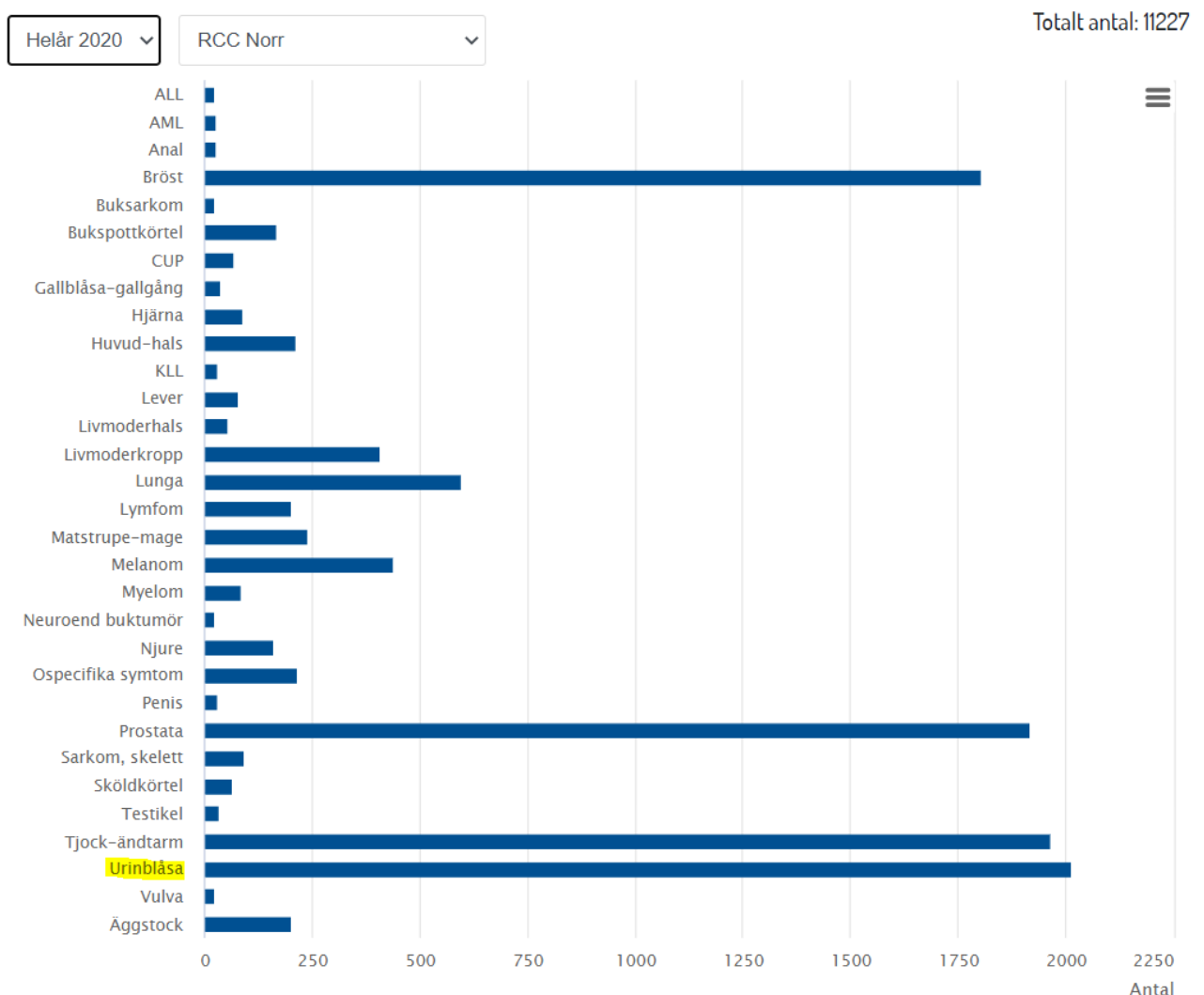
Vi inte bara följer VP, utan arbetar aktivt dessutom i den nationella VP-gruppen samt med SVF-urinblåsecancer nationellt och vår insats för arbetet är god. Resultaten och följsamheten till målnivåer är dock varierande och mycket återstår. Vi har mycket goda nationella siffror på second resection vid T1. Vi har mycket goda nationella siffror på BCG-behandling vid icke-muskelinvasiv cancer. Vi var den första sjukvårdsregionen som genomdrev regional MDK för både urinblåsecancer och UTUC (start 150101). Vi ligger i topp nationellt med givande av neoadjuvant kemoterapi, föregående cystektomi (cirka 80% av patienterna i norra, nationell målnivå är minst 60% enligt uppdaterat VP 2018).

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Det standardiserade vårdförloppet för makrohematuri (urinblåsecancer) består av två distinkta delar:

Datortomografi med kontrast av övre urinvägarna [DT-urografi] (radiologi) *plus* Cystoskopi av urinblåsan (urologi)

SVF-data för hela Riket och för norra sjukvårdsregionen visar att den absolut största patientgruppen som utreds enligt SVF är just patienter med makrohematuri (suspekt urinblåsecancer i första hand):



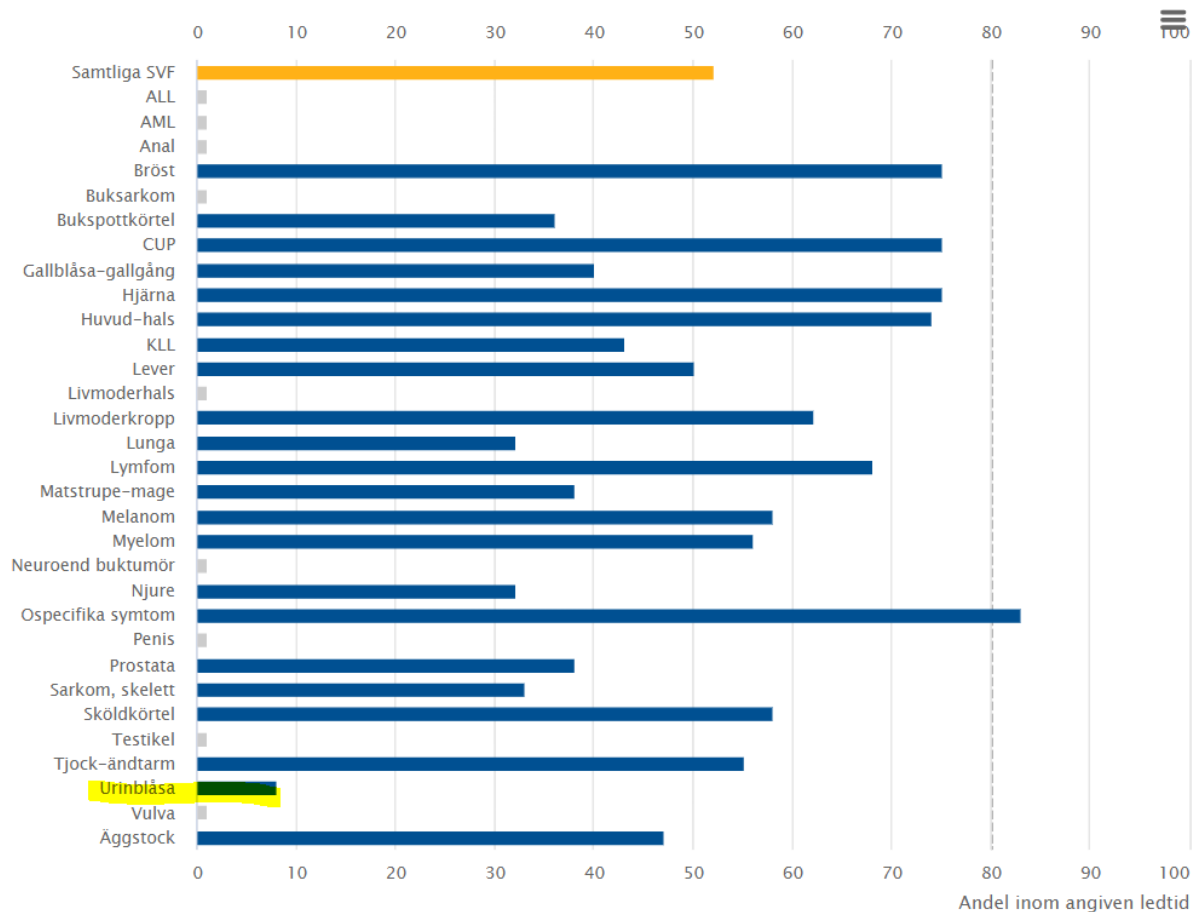
Urologin över lag (om man även räknar med prostatacancer), är **den största resursförbrukaren** med goda marginaler, för att hålla i gång SVF, nationellt och regionalt.

Dock ligger måluppfyllelsen för ledtiderna i norra sjukvårdsregionen *sämlre än riket*. I hela Sverige hinner man med SVF-makrohematuri inom önskad total ledtid för **13%** av patienterna, och i norra sjukvårdsregionen är motsvarande siffra endast **8%**:

Välj period, region och behandling

Helår 2021 ▼ RCC Norr ▼ Alla behandlingar ▼

Data döljs i vissa diagnoser p.g.a. färre än 5 patienter i urvalet



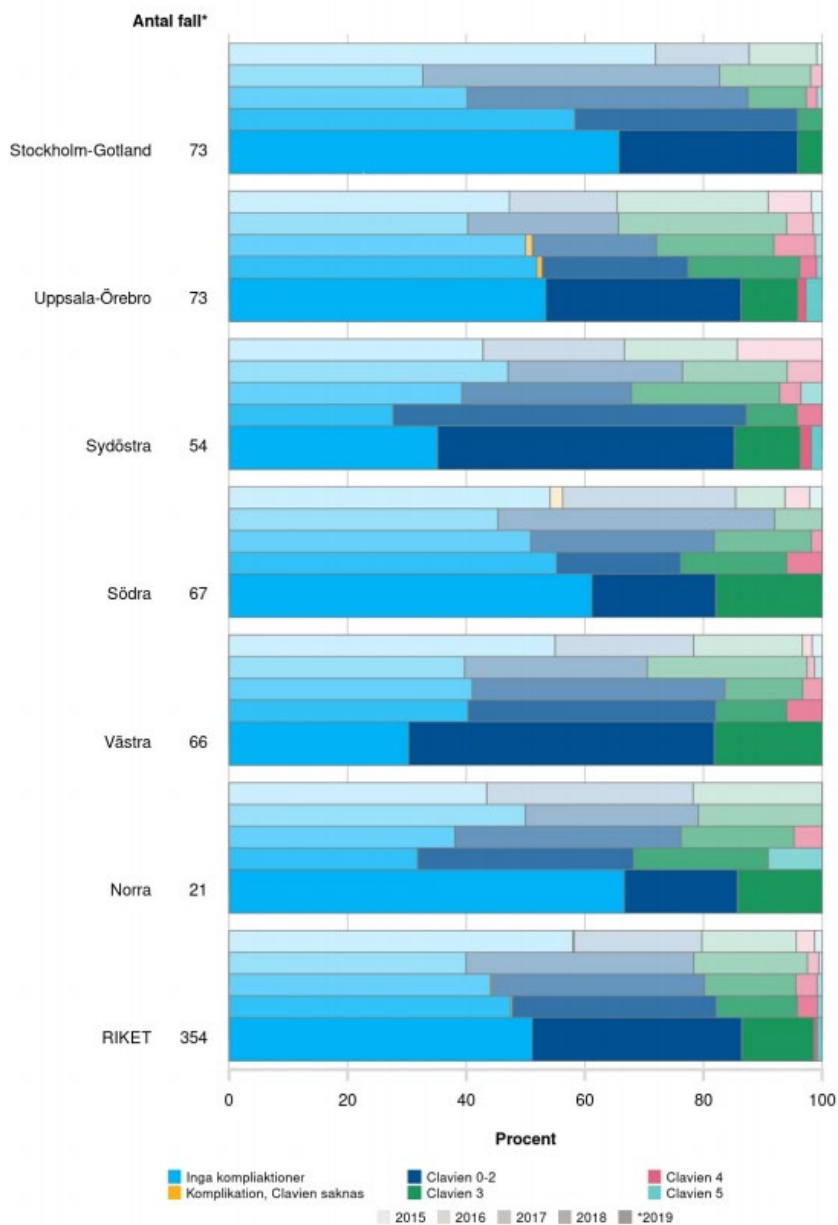
Inom norra sjukvårdsregionen är siffrorna följande (för år 2020):

- Region Norrbotten:17%
- Region Västerbotten:0%
- Region Västernorrland:25%
- Region Jämtland Härjedalen:0%

Förklaringen till skillnaden är inte komplicerad: I region Västerbotten och i Region Jämtland Härjedalen, så vägrar PV-kollegorna att remittera patienterna till steg 1: DT-urografi. Varje SVF-patient förlorar därmed 5–10 dagar i utredningsledet. DT-urografen är alltså inte klar när patienterna anländer till urologen för cystoskopi. I Region Västernorrland och i Region Norrbotten, som har samma resursbrist inom PV som övriga två norrlandsregioner, så har man dock andra rutiner där PV-kollegan skyndsamt tillser att patienten remitteras snabbt för undersökningen. Siffrorna ovan talar för sig själva. Noteras att Region Norrbotten och Region Västernorrland båda två, överträffar Rikets siffra om 13%.

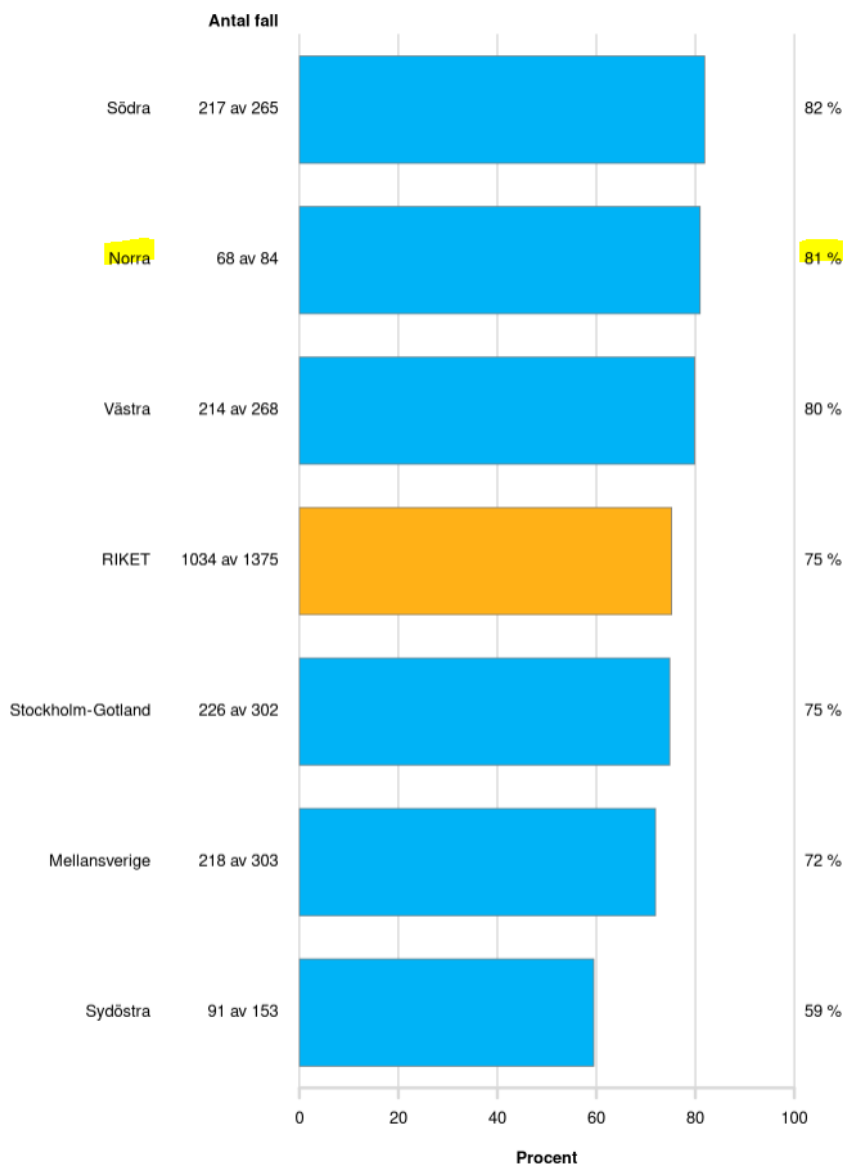
Komplikationer upp till 90 dagar efter cystektomi

Vårt komplikationspanorama vid cystektomier motsvarar det som återfinns i resten av landets fem sjukvårdsregioner. Detaljerna återfinns i det Nationella Cystektomi-registret (se också nedanstående samlingsbild): [urinblasa_arsrapport_2019_final.pdf \(cancercentrum.se\)](#)



MDK för T1-urinblåsecancer – en kvalitetsindikator

För året 2020 så har norra sjukvårdsregionen en hög andel patienter med T1-urinblåsecancer som diskuteras på MDK, 81% mot siffran för Riket (75%). Målnivån är dock 100%.



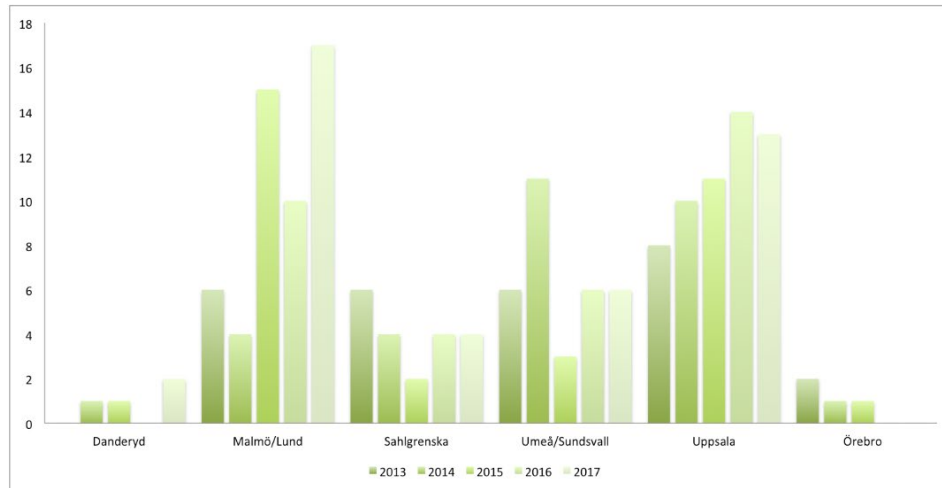
Källa: [SNRUBC \(incanet.se\)](https://incanet.se)

Vetenskap och forskning

Detaljerna för den jämförelsevis höga vetenskapliga produktionen kring urinblåsecancer-forskning, återfinns i Svensk Urologisk Förenings offentliga databas, vilken uppdateras årligen. Sjukvårdsregionens höga forskningsaktivitet kring urotelial cancer (och i första hand urinblåsecancer) beskrivs i totalsiffror och blir ännu tydligare relativt om man kalkylerar på det regionala totalantalet urologer: <https://www.uroforsk.se/publikationer/>

Urotelial cancer

Antal PubMed-indexerade artiklar publicerade 2013-2017



Konsekvenser av nivåstrukturering, nu och i framtiden

Vi har inte haft några negativa konsekvenser för patienterna till följd av nivåstruktureringarna nationellt, regionalt och lokalt. Den regionala självständigheten är bevarad gentemot nationen i övrigt, och det är den absoluta grundförutsättningen för att vi även i framtiden ska kunna behålla urologer i sjukvårdsregionen, förbättra kompetensförsörjningen och utveckla verksamheten.

En eventuell framtida nationell inskränkning av den högspecialiserade kirurgin vid urinblåsecancer och UTUC i sjukvårdsregionen (till följd av ytterligare nationell nivåstrukturering) kommer att leda till **ett totalt sammanbrott av hela den urologiska verksamheten i norra sjukvårdsregionen.**

Konsekvenserna kommer inte bara att drabba urologisk verksamhet kring urinblåsecancer och UTUC, utan den kompletta seniora urologiska kompetensen riskerar att försvinna helt, detta på mycket kort tid, och därmed kommer inte den juniora kompetensen att kunna byggas upp och utbildas. Urologisk kompetens är inget *läsämne*, utan förutsätter en stadigvarande närvaro av senior kompetens som kontinuerligt bedriver utbildning och instruktion.

Förslag till förändringar

Urinblåsecancer

- (a) Områden med tydlig förbättringspotential urinblåsecancer - Ökade resurser och ökad verksamhet för SVF och TURb på ovan listade centra. Förnyad TUR-utrustning på de ställen där detta behövs.
- (b) Kompetensförstärkande åtgärder urinblåsecancer - Fler urologer
- (c) Nivåstrukturering/arbetsfördelning urinblåsecancer - Inget

Urotelial cancer i övre urinvägarna - UTUC

- (a) Områden med tydlig förbättringspotential UTUC - Förnyad maskinpark för ureteroskopier på de ställen i norra regionen där detta behövs

- (b) Kompetensförstärkande åtgärder UTUC - Fler urologer
- (c) Nivåstrukturering/arbetsfördelning UTUC - centralisering av nefroureterektomier från fyra till tre sjukhus i regionen, men bibehållt två team för medarbetare från alla fyra länen
- (d) Inrättandet av ett helt nytt slutenvårdsspar för att pressa ledtiderna och avsluta utredningarna inom en vecka för slutrådgivande MDK

Allmänt

Både för urinblåsecancer och för UTUC är gränsen för task-shifting nu nådd. Vid NUS har vi två cystoskopoperande sjuksköterskor detta för kontrollcystoskopier av TaG1-cancer. Systemet är dock skört på grund av bristen på mottagningsköterskor. Det utomordentliga samarbetet med kontaktsjuksköterskorna har lett till en maximerad uppgiftsförskjutning, dock kan inte mycket mer task shiftas nu. Det behövs fler medarbetare på urolognivå, sjuksköterskor på avdelningarna och på operationsavdelningarna (både operationssjuksköterskor samt anestesijuksköterskor).

Det är den **direkta patientnära vården** som behöver sättas i främsta rummet i nuläget och i framtiden. Problemen utgår från resursbrist i kärnverksamheten och enbart där. Det finns inga IT-lösningar, ”smarta lösningar” eller task shifting som kan förbättra situationen – **utan endast fler verksamma personer i den direkt patientnära kärnverksamheten.**

Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Bedömer ni att det ur ett patientperspektiv vore en fördel med ytterligare koncentring på lokal, regional eller nationell nivå inom

- Utredning/diagnostik? Svar: Nej för cystektomier. Ja för nefroureterektomier med en regional nivåstrukturering till två team, motsvarande operationer på högst tre (3) sjukhus i norra (se ovan).
- Kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling? Svar: Nej
- Cancerrehabiliterande åtgärder? Svar: Ja: Sexualmedicinsk rehabilitering plus en sammanhållen regional bäckenbotten-rehabiliterings konferens.

Bedömer ni att det ur ett patientperspektiv vore en fördel med ökad decentralisering av någon del i vårdkedjan?

- Utredning/diagnostik? Svar: Ja, ökad decentralisering av cystoskopier och TURb till Örnsköldsvik, Lycksele, Skellefteå, Gällivare och Kalix
- Kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling? Svar: Ja, ökad decentralisering av TURb till Örnsköldsvik, Lycksele, Skellefteå, Gällivare och Kalix
- Cancerrehabiliterande åtgärder? Svar: Länslokala cancerrehabiliteringsprogram bör och ska kunna upprättas framgångsrikt i varje län

Motivering till samt konsekvensbeskrivning av föreslagna förändringar

Fler urologer och fler aktiva sjuksköterskor i slutenvården (inklusive på operationsavdelningarna) kommer att förbättra den urologiska tillgängligheten, få ned ledtiderna (inom SVF), öka möjligheterna att inkludera patienter i kliniska studier samt minska riskerna för progress i sjukdom. Ju fler urologer vi har, desto mer kraft och tid kommer vi att ha för att investera i cancer-rehabiliteringsprogrammen dessutom. Kontrolltiderna kommer att kunna hållas, där cystoskopikontrollerna utgör en central verksamhet, vilket har en effekt på recidivhantering och recidivfrekvens.

Vi kommer dessutom att kunna få bättre kontroll över registerverksamheten (Blåscancer-registret samt Cystektomiregistret). Totalt sett kan ökade investeringar i urologisk verksamhet kring urinblåsecancer och UTUC leda till ett bättre och snabbare omhändertagande samt påtagligt förbättra ledtiderna. En investering i kompetens på länsdelssjukhusen, med fokus på TURb är dessutom en nyckel för att öka den allmänna urologtillgängligheten. Ökad ambulans- och helikopter-verksamhet kommer *inte* att påverka vårdprocesserna för urinblåsecancer och UTUC, på något vis.

Kortsiktiga mål och målnivåer

Tabell X. Sammanfattning av målnivåer för diagnos/område

Mål	Nuläge*	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Samtliga T1-tumörer (urinblåsecancer) diskuteras på MDK	81%	100%	2022-01-01	Via registret och intern validering
Muskelinvasiva urinblåsecancerpatienter erhåller neoadjuvant kemoterapi	80%**	85%	2022-01-01	Via registret och intern validering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	8%	90%	2022-01-01	Via SVF-data
Att sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för cystektomerade patienter	0%	100%	2023-01-01	Intern utvärdering och rapportering
Centralisering av nefroureterektomierna till två team i regionen som opererar på tre sjukhus	4 opererande sjukhus med separata team	Två team samordnar sig på tre sjukhus	2023-01-01	Intern utvärdering och rapportering
En cystoskoperande sjuksköterska per länsjukhus i Norrbotten, RVN och RJH	0	3	2022-01-01	Intern uppdatering och rapportering

*Beskriv nuläget med så aktuella siffror/information som möjligt.

** Detta enligt intern validering 2017 men återfinns inte i "Uppföljning av kvalitetsregister från norra regionen"

Långsiktigt förbättringsarbete

SWOT-analys

Tabell Y. SWOT-analys för diagnos/område.

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Full följsamhet av SVF-urotelial, både inom Primärvården (PV) såväl som inom slutenvården	Vi är enade inom urologkretsen om vikten av att driva SVF samt att värna om sjukvårdsregionens urologiska verksamhet	Urologbrist. Brist på mottagningskapacitet. Vårdplatsbrist. Brist på OP-tider. Behov av att PV assisterar med CT-urografi-remisserna från första besök på hälso-centralen	Expansion av mottagningsverksamhet och TURb-tider till följd av (1) nyrekryteringar av seniorer (2) utbildning av ST-läkare som startar de första 3-4 åren vid länsdelssjukhusen och inte vid Universitetssjukhuset eller vid Länssjukhusen: SVF-verksamheten ska ses även i det ljuset (se exemplet VGR http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/05/Vastra-Gotalandsregionen-okar-styrningen-av-ST-tjanster/) (3) Riktade och fokuserade investeringar på sjuksköterskegruppen (vårdavdelningar, operation & anestesi) SVF-urotelial är helt beroende av TURb-kapaciteten. I korthet: SVF är helt beroende av kompetens och resurser på plats	(1) För nyrekryteringar av seniorer så måste det finnas verksamhet motsvarande kompetens-nivån. Om sjukvårdsregionen centraliseras sönder nationellt så kommer skadan aldrig kunna repareras (2) För ST-läkarutbildning så måste det finnas kompetenta seniorer på plats. Se i övrigt (1) ovan. (3) Det räcker inte med specialutbildningar och kurser, man behöver se över löneläget substantiellt för sjuk-sköterskorna
Korta utredningstider för UTUC	Samstämmighet inom hela sjukvårdsregionens urologkrets kring det uttalade problemet med mycket långa och närmast polikliniserade utredningar	Urologbrist. Brist på mottagningskapacitet. Vårdplatsbrist. Brist på OP-tider.	UTUC-patienter bör beredas 1 veckas utredningstid ineliggande. Med denna ambition kan alla utredningsmoment handläggas mycket snabbt inklusive MDK, för att följas av snar radikalt syftande åtgärd.	Nationell nivåstrukturering och en hotande brist på kompetenta seniorer som kan driva UTUC-utredningar och komma snabbt till definitiv terapi. Brist på samtliga tidigare nämnda resurser för att genomdriva ett snabbspår för slutenvårdsutredningar

