



Processplan för prostatacancer 2022–2024

Bakgrund

Prostatacancer är den numerärt största cancerdiagnosen, i riket såväl som i sjukvårdsregionen, där det i regionen diagnostiserats ca 1000 män årligen. En minskning med ca 20% av antalet nydiagnostiserade fall under pandemi-året 2020 gör att man kan befara ett uppdämt behov av utredning och behandling kommande år. En klar risk finns förstås för att det kommer att leda till att fler fall upptäcks i ett mer avancerat stadium med behov av mer omfattande behandling.

Prostatacancer delas in i riskgrupper. Cirka 25% av fallen utgörs av lågrisktumörer, 35% av mellanrisk-, 20% av högrisktumörer och i 20% av fallen föreligger metastasering redan vid diagnos (regional- eller fjärrmetastasering), siffrorna gäller såväl riket som sjukvårdsregionen. Vid lågriskcancer är mortaliteten knappt 5% inom tio år, motsvarande siffror för mellanrisk- och högriskcancer är 13 respektive 29%.

Vid fjärrmetastaserad prostatacancer har medianöverlevnaden ökat kraftigt under senare år och ligger sannolikt kring fem år. Detta kan förklaras av modern onkologisk behandling som också har medfört att mortaliteten förskjutits uppåt i åldrarna. Det syns en tydligt minskad dödlighet i prostatacancer i alla åldersgrupper förutom män över 85 år under de senaste fem åren.

Under de kommande fem åren beräknas antalet nydiagnostiserade fall av prostatacancer att öka, i Norrbotten har organiserad prostatacancertestning, OPT, införts som del i hälsoundersökningar för 50 och 60-åringar och övriga regioner väntas komma i gång de kommande åren med ett upplägg som liknar Skåne och Västra Götaland. I korthet skickas brev till män från 50 års ålder med erbjudande om att lämna PSA-prov efter att ha tagit del av balanserad information. Låga PSA-värden leder till nytt test inom 2–6 år och höga värden medför remiss till urolog för vidare utredning. Utifrån erfarenheter i de regioner i Sverige som startat tidigare med organiserad testning kan det uppstå en puckeleffekt med betydligt fler patienter. Det kan medföra att medianåldern för första PSA-test samt åldern för diagnos sjunker.

Patientflödet

I korthet diagnosticeras de flesta patienter efter att ett PSA-prov tagits i primärvården efter patientens eget önskemål eller som del i utredning av vattenkastningssymptom eller symptom på generell cancersjukdom. Efter att patienten remitterats till urolog (ofta via SVF-remiss) avgör sedan urologen om en magnetkameraundersökning (MR) ska göras först eller om biopsier av prostatan ska tas direkt utan föregående MR. I de fall där prostatacancer hittas avgör riskgruppsindelning i låg-, mellan- eller högriskcancer hur vidare behandling eller uppföljning kommer att se ut.

I anslutning till diagnos kopplas också kontaktsköterska eller uroterapeut in och bedömer vilka preventiva insatser som kan göras för att optimera patienternas vattenkastning och sexuella funktion inför eventuell behandling. Övervakning utan behandling är förstahandsalternativ för patienter med lågriskcancer. I dessa fall beställs först en MR av prostatan om detta inte är gjort före biopseringen för att bedöma om några tumörer kan ha missats. Vi eventuella fynd av

tumörsuspekta partier i prostatan tas kompletterande biopsier för att säkerställa att mellan- eller högriskcancer inte föreligger. Operation eller strålbehandling utgör botande behandlingsalternativ vid mellan- eller högriskcancer utan spridning. Vid eventuell metastasering sker bromsande behandling i samarbete mellan urolog och onkolog. Alla patienter med högrisktumörer eller vid metastaserad sjukdom genomgår radiologisk undersökning av skelett och buk/bäcken och diskuteras i multidisciplinär konferens (MDK). Vid metastaserad sjukdom finns numera ett flertal behandlingslinjer förutom den traditionella hormonbehandling som fortsatt utgör grundplåten i behandlingen.

Efter operation eller avslutad strålbehandling följs patienterna med upprepad PSA-mätning via urolog eller kontaktsjuksköterska. Vattenkastning och sexuellt rehabiliteringsbehov bedöms fortlöpande. Strukturerad bedömning av övriga rehabiliteringsbehov har saknats och införs nu successivt i regionerna. Det kommer in som ett mål för kommande period, att vid särskild tidpunkt efter kurativ behandling göra en systematisk skattning.

Vid behov kan andra yrkesgrupper som kurator, dietist eller sjukgymnast kopplas in för att bedöma specifika problem. Tillgången till kurator har förbättrats och rutiner för sådan kontakt finns nu för alla enheter som sköter prostatacancer, om än inte kurator på varje klinik. De patienter som lever med metastaserad sjukdom följs med PSA och klinisk bedömning av antingen urolog, urologisk kontaktsjuksköterska, onkolog eller onkologisk kontaktsjuksköterska med gemensam avstämning via MDK vid behov.

Rehabilitering

När det gäller cancerrehabilitering så finns hög kompetens avseende vattenkastningsbesvär, urinläckage och sexuell rehabilitering på de urologiska enheterna i regionen. Ca 40% (400st) av prostatacancerpatienterna genomgår operation eller strålbehandling varje år. Inför behandling bedöms patienterna av uroterapeut eller vidareutbildad kontaktsköterska.

En strukturerad bedömning av vattenkastning och sexuell förmåga genomförs inför operation och förebyggande åtgärder initieras ofta bäckenbottenträning. Även inför strålbehandling bedöms vattenkastning och tarmfunktion och ibland kan kirurgisk åtgärd av trög stråle/prostataförstoring behövas eftersom besvären kan förvärras efter behandlingen.

Rökning identifieras också inför både strålbehandling och operation och patienterna uppmanas att sluta röka och erbjuds hjälp med rökavvänjning enligt strukturerade metoder.

Urologisk kompetens för rehabilitering av andra typer av cancer finns vid de urologiska enheterna som kan bistå med bedömning och åtgärdsplaner avseende urinläckage och sexuell rehabilitering, framförallt hos män. Vid strålbiverkningar innefattande uretrastrikturer och strålinducerad cystit behöver urinvägarna bedömas avseende avflödes hinder och njurfunktion. Radiologi och cystoskopi är vanliga bedömningsmetoder. Sedan några år finns en diagnosövergripande MDK för bäckenrehabilitering med möjlighet att kalla många olika kompetenser utöver de som vanligen möter patienten i det dagliga rehabiliteringsarbetet. Den har möjligen varit underutnyttjad.

Palliativ vård

Palliativ vård för prostatacancerpatienter ges vid samtliga enheter i regionen och är av mycket stor betydelse för patienterna. Cirka 250 personer dör av prostatacancer i norra regionen varje år och de flesta har behov av smärtlindring, nutritionsråd, läkemedelsgenomgång, bedömning av mobilitet, hemhjälp osv. Dessa behov kan i de flesta fall tillfredsställas genom kontakt med urologisk eller onkologisk enhet, ibland med hjälp av kommunen eller team för avancerad

sjukvård i hemmet. Inneliggande vård i livets slutskede erbjuds i de flesta fall på närmaste länsdelssjukhus eller i förekommande fall på hospice.

Prevention

Västerländsk livsföring ökar risken för prostatacancer. Studier indikerar att övervikt, högt intag av animaliska produkter samt kronisk inflammation ökar risken medan högt intag av

sojabönor, tomater, kål och lök etcetera. skulle kunna verka skyddande, det finns också studier som inte visat någon sådan effekt. Inga generella rekommendationer för prevention ges i det nationella vårdprogrammet för prostatacancer men allmänna hälsofrämjande åtgärder som exempelvis viktminskning borde kunna ge en positiv effekt på insjuknandefrekvensen på befolkningsnivå liksom ökad mängd motion och träning i befolkningen.

Preventivt arbete har i nuläget inte någon framskjuten plats i den urologiska och onkologiska verksamheten för prostatacancerpatienter. Livsstilsråd efterfrågas emellertid ofta av patienter som redan diagnosticerats med prostatacancer. På 1177.se finns användbar information om mat vid cancer.

Organisation

Prostatacancer är den i numerär största cancerdiagnosen och handläggs multidisciplinärt, många aktörer är inblandade i vårdkedjan från diagnos till behandling. Införande av standardiserade vårdförlopp (SVF) har tydliggjort de olika ingående delarna och med mätbara mål och målnivåer så blir arbetet med tillgänglighet och kvalitet lättare att jobba med.

Vårdkedjan

Prostatacancer diagnosticeras vid i princip samtliga sjukhus i sjukvårdsregionen. Ingången dit är för majoriteten av patienterna en remiss från hälsocentralen. Patienten söker dit för vattenkastningsbesvär, önskan om PSA-provtagning eller ibland med symptom som tyder på spridd sjukdom. På hälsocentralen kontrolleras PSA, palpation av prostata, hälsoanamnes inklusive eventuell ärftlighet och en remiss enligt SVF kan sedan skickas om kriterier är uppfyllda.

Alla män har rätt att få sitt PSA kontrollerat, efter att ha tagit del av information om för och nackdelar. Det blir ständigt bättre men fortfarande berättar en del män att de fått tjata sig till PSA-provtagning.

Den diagnosticerande processen är under en stor omvandling sedan det nationella vårdprogrammet i versionen som godkändes 2020, stipulerade att MR av prostata ska göras på de allra flesta patienterna innan biopsering. PSA-densiteten, dvs den kvot som finns mellan PSA-värdet och volymen på prostatakörteln påverkar indikationen för att utföra MR då risken för att en behandlingskrävande cancer föreligger ökar med en densitet över 0,15.

Implementeringen av MR före biopsi har tagit längre tid än väntat pga. pandemin. Då MR-resursen är begränsad har försök att skapa en sällningsfunktion, storleksbedömning av prostatan före beslut om MR, gjorts på lite olika sätt. I Sundsvall pågår utbildning av sköterska i tekniken för transrektalt ultraljud för att kunna överföra den arbetsuppgiften, i Umeå har den uppgiften lags på en kortare läkarbedömning som enbart syftar till att avgöra om MR ska göras före biopsi. Dessa projekt är under utvärdering. När patienten väl är diagnosticerad så finns systemet med kontaktsköterskor väl utbyggt och de allra flesta patienter får en namngiven sköterska att kontakta.

I händelse av att sjukdomen klassificeras som högrisk vidtar ytterligare utredning med olika radiologiska metoder för att avgöra om sjukdomen har spridit sig vidare i kroppen, dessa patienter diskuteras även vid MDK. Patienter i lågriskgruppen är i första hand aktuella för aktiv monitorering och eventuellt senare botande behandling i form av operation eller strålbehandling. Cirka 40% av de med lågrisk-cancer går vidare till annan botande terapi. Övriga patienter som inte är metastaserade genomgår operation eller strålbehandling beroende på tumörkaraktistika, övrig sjuklighet samt deras egna preferenser.

Operation utförs i nuläget i Sundsvall, Umeå och Östersund. I Sundsvall opereras patienterna med öppen teknik medan Umeå och Östersund har var sin operationsrobot. I Umeå har roboten använts som rutin sedan 2014 och Östersund sedan våren 2018. Cirka 20–30 patienter opereras i Sundsvall, cirka 100–120 i Umeå och kring 40–50 i Östersund varje år. Sunderbyn slutade operera för ett par år sedan efter att deras volymer sjunkit ner till ca 15 operationer per år, patienterna remitteras i stället till Umeå. En andel av Sundsvalls patienter remitteras om de inte anses lämpliga för öppen kirurgi. Ytterligare nivåstruktureringsavstämningar av prostatacanceroperationer är inte aktuella i nuläget enligt konsensusbedömning mellan professioner och patientorganisationer i sjukvårdsregionen.

Strålbehandling utförs i Sundsvall och Umeå. Sundsvall behandlar Västernorrlands och Jämtland-Härjedalens patienter medan Umeå servar Norr- och Västerbotten. Såväl primär strålbehandling som salvagestrålning utförs på båda orter. Brachyterapi med temporära inlägg i form av Iridium (högdosrat) i prostatan utförs inte i sjukvårdsregionen och endast i enstaka fall skickas remiss till andra regioner för denna typ av behandling. Några nivåstruktureringsåtgärder avseende strålbehandling föreslås inte i nuläget.

Patienter med metastaser vid diagnos diskuteras vid MDK för att besluta om eventuella tillägsbehandlingar som finns tillgängliga utöver kastrationsbehandlingen som fortsatt utgör basbehandling. I de fall cytostatikabehandling blir aktuellt administreras den vid onkologisk klinik för patienter i Västernorrland och Västerbotten medan behandlingarna i region Jämtland-Härjedalen och Norrbotten hanteras på respektive sjukhus egen urologklinik och cytostatikabehandlingsenhet.

Uppföljning av patienter görs huvudsakligen vid urologklinikerna gemensamt av sköterska och läkare, rehabiliteringsbehov inventeras fortlöpande. Ett mer strukturerat sätt att bedöma rehabiliteringsbehov i form av systematisk hälsokattning vid standardiserade tidpunkter är under införande. Endast enstaka patienter remitteras i senare delen av uppföljningen till primärvården, framför allt handlar det i dessa fåtal fall om patienter med annan svår sjuklighet där mer specifik behandling utöver god omvårdnad inte är aktuell.

Av de ca 180 patienter som opereras varje år i regionen får cirka 80% svår erektil dysfunktion, cirka 5% får uttalade kvarstående läckagebesvär och 1–2% får uretrastriktur. Av de ca 250 strålbehandlade patienterna får cirka 5% uttalade irritativa vattenkastningsbesvär och cirka 1–3% svårare komplikationer som svår proktit, fistlar, uretrastrikurer etcetera. De vanligt förekommande komplikationerna kan oftast hanteras inom ramen för ordinarie verksamhet på de urologiska enheterna. Här spelar kontaktsköterskorna en avgörande roll för att fånga upp och möta patienternas rehabiliteringsbehov.

Vid strukturerad rehabiliteringsbedömning kan andra områden av vikt för patienterna framkomma som också tarvar bedömning av andra kompetenser. Det är därför viktigt att det finns väl inarbetade kontakt- eller remitteringsvägar till uroterapeut, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, sexologisk kompetens, kurator och smärtspecialist.

Arbetet med att upprätta definierade rehabiliteringskedjor med kontaktvägar till definierade yrkeskategorier utanför urolog-/onkologklinikernas egen kompetens påbörjades under

föregående planeringsperiod och har gått i mål. Tydliga remissvägar och kartläggning av kompetenser finns. Svårare fall av urinläckage, strikturer, strålcystit, strålproktit och/eller kronisk smärta kan vara fall för gemensam bedömning och/eller behandling. I regionen finns möjlighet till detta i bäckenrehabiliterings-MDK som startade under 2017. Speciellt när det gäller kronisk smärta finns ett behov av extern konsultation.

Kirurgisk åtgärd av uretärstrikturer, uretrastrikturer, och andra typer av avflödes hinder utförs på länssjukhusen i sjukvårdsregionen. Sfinkterprotes- och större uretrastrikturkirurgi är centraliserat till Umeå. I ovanliga fall kan svåra fall av strålcystit behandlas med permanent urinavledning med urostomi. Denna typ av kirurgi är centraliserad till Sundsvall och Umeå.

En annan behandlingsmöjlighet för cystit eller proktit på basen av strålbehandling är hyperbar syrgasbehandling, enstaka patienter kan vara aktuella, den utförs i så fall vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Det finns ett strukturerat formulär tillgängligt som kan användas för att se om en patient skulle kunna vara aktuell.

I uppdraget att utreda, behandla och följa upp patienter med prostatacancer ingår även att rapportera utrednings- och behandlingsformulären i Nationella prostatacancerregistret (NPCR). Detta arbete kräver utbildning och vana och kan med fördel koncentreras till en eller ett par enheter per region för samtliga patienter.

Det är önskvärt att registreringen utförs av specialutbildade sekreterare eller koordinators så att kontaktsköterskornas administreringstid minskar. Registreringen är viktig för att kunna följa kvalitetsparametrar i vården.

Tabell 1. Översikt över vilka kompetenser som verkar på respektive nivå och vilka övriga resurser som behövs för diagnostik och behandling.

	Tidig upptäckt	Diagnostik	Operation	Strålbehandling	Icke-kurativ beh.	Rehabilitering	Palliation
Kompetenser	Allmänläkare, OPT-kansli,	Allmänläkare, Urolog, Kssk, Uroterapeut, Koordinator, Radiolog, Röntgen-sjuksköterska, Patolog, Patologisköterska	Urolog, Op-koordinator, Narkosläkare, Narkosköterska, Operations-sköterska, Under-sköterska på operation, Avdelningssköterska och under-sköterska	Onkolog, Onkologsköterska, Strålfysiker, Dosplanerare, Ingenjör, Kssk	Urolog, Onkolog, Kssk, Koordinator	Kssk, Uroterapeut, Sexolog, Urolog, Onkolog, Kurator, Dietist, Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Kirurg, Smärt-specialist, Psykolog, Koordinator	Onkolog, Urolog, Kssk, Uroterapeut, Kurator, Dietist, Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Biståndshandläggare, Smärt-specialist, Palliativmedicinare
Teknisk utrustning, övrig resurs	Kemlab, kallelse-system för OPT	Transrektalt ultraljud/ biopsier, Patologlab, MR-kamera, CT, PET, Scint	Operations-avdelning, Vård-avdelning	Linjär-accelerator, MR-kamera, CT, Mjukvara för dos-planering	Radiologi, CT, Scint, MR	-	Vård-avdelning, Hospice
Patient-medverkan	PSA-prov efterfrågas	Sjukhistoria och ärlighet. Skattnings-	Sluta röka, motionera,	Rökstopp, Optimera kost för god	Rökstopp, kost och motion för	Åtgärder i dialog mellan patient och	Möjlighet att systema-

		skalor för miktation och sexualitet	minimera alkoholintag	tarmfunktion	att minska komplikationsrisken	behandlare. God följsamhet.	tiskt skatta sina behov avseende smärta, illamående osv.
Primärvård	Alla hälso-centraler	Basal utredning, PSA, palpation	Eventuellt Rökstopp	Eventuellt Rökstopp	I vissa fall uppföljning i stabil sjukdomsfas	I vissa fall dietist, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut	Varierande beroende på om palliativt team finns
Länsdels-sjukhus	-	Komplett utredning, Alla utom Sollefteå	-	-	Alla utom Sollefteå	Basal nivå hos alla utom Sollefteå	Alla utom Sollefteå
Länssjukhus	-	Komplett utredning, Sundsvall, Sunderbyn, Östersund,	Sundsvall (öppen teknik), Östersund (robot), (ej salvage)	Sundsvall (ej brachyterapi)	Sundsvall, Sunderbyn, Östersund	Avancerad utredning och behandling. Sundsvall, Sunderbyn, Östersund	Sundsvall, Sunderbyn, Östersund
Universitets-sjukhus	-	Komplett utredning + PET NUS	NUS (robot) (ej salvage)	NUS (ej brachyterapi)	NUS	NUS (Sfinkterprotes och uretra-kirurgi)	NUS

Kompetensöversikt

I tabell 1 är samtliga kompetenser som ingår i vårdkedjan beskrivna och i tabell 2 ses en översikt över de mer specifikt prostatacancerinriktade kompetenserna. Tillgången på urologer och onkologer är av största vikt för att kunna bedriva välfungerande utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering av patienter med prostatacancer.

I sjukvårdsregionen finns i dagsläget 25–26 urologspecialister och tolv uroonkologer i tjänst varav sex arbetar deltid med chefsuppdrag, lärar- och forskartjänster. Om riksgenomsnittet för urolog per capita skulle uppfyllas behövs ca 45 urologer 14–15 i Västerbotten, tolv i Norrbotten respektive Västernorrland samt sju till åtta i Jämtland-Härjedalen. Minst åtta uroonkologer krävs på heltid för att upprätthålla en stabil bemanning, helst fler så att även Norrbotten och Jämtland får fast anställda uroonkologer.

Urologi är traditionellt en utpräglad kirurgisk specialitet, modern urologisk verksamhet kräver dock att en ökad andel urologer ägnar större delen av sin tid åt mottagningsarbete samt mindre kirurgi medan en minskande andel kan arbeta med stor cancerkirurgi med höga volymer.

Det kirurgiska utbudet har efterhand minskat, framför allt på länsdelsjukhus men även på länssjukhus vilket har lett till rekryteringssvårigheter. Den urologiska specialiteten behöver därför förbättra sin kapacitet att locka till sig och utbilda urologer som inte inriktar sig på stor kirurgi.

Samtidigt är det av yttersta vikt att bakjournskompetenta urologer med vana att operera öppet finns kvar på länssjukhusen för att övrig kirurgi/gynekologi och eftervård ska kunna bedrivas på ett säkert sätt. En utbyggd kontaktsköterskeverksamhet och en välfungerande sekreterarverksamhet kan avlasta urologerna från arbetsuppgifter av administrativ karaktär samt delar av utredning och uppföljning.

När det gäller uroonkologin så har det under de senare åren kommit flera framsteg inom medicinsk behandling, fler behandlingsmetoder och fler indikationer på redan registrerade läkemedel. Dessutom utvecklas strålbehandlingen och ger möjlighet till mer precisionsinriktad

radioterapi. Det gör att det är viktigt att kompetensen upprätthålls och ett tillräckligt antal onkologer med den här inriktningen finns för att ta hand om patienterna.

I nuläget ser det någorlunda bra ut i Västernorrland och i Västerbotten men kompetensen saknas i de andra två regionerna. Det pågår arbete för att bygga upp generell onkologisk kompetens i både region Jämtland-Härjedalen och i Norrbotten så på sikt kommer även uroonkologisk kompetens att finnas.

Magnetrontgenradiologer och röntgensjuksköterskor är en annan speciellt kritisk personalkategori. I nuläget råder viss brist på dessa kompetenser i samtliga län. Detta märks särskilt mycket nu när MR kommit som ett obligat led i utredningen av prostatacancer. Den maskinella kapaciteten bedöms finnas men det saknas radiologer och radiologisjuksköterskor för att kunna utnyttja den maskinella kapaciteten fullt ut.

Kontaktsköterskor finns i varierande utsträckning på de flesta sjukhus och det har blivit bättre under den senaste perioden. Dessa individer har ofta en kombinerad tjänst där de utöver kontaktsköterskearbetet handhar andra sköterskeuppgifter, dispensärpatienter och även stora delar av rehabiliteringsåtgärderna för patientgruppen. För att frigöra ytterligare tid till patientmöten för kontaktsköterskorna skulle en ökad andel administrativa uppgifter kunna förskjutas till koordinater.

När det gäller sexologer så finns en sådan placerad i Umeå. Därutöver finns en sköterska med lång vidareutbildning inom sexologi i Sundsvall. För att kunna bedriva fullvärdig cancerrehabilitering är det önskvärt att sexologisk kompetens även knyts till Sunderbyn och Östersund.

Tabell 2, Bemanning; miniminivå, nuläge och framtidsprognos inom professioner kopplade till prostatacancervården i sjukvårdsregionen.

Östersund	Miniminivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urologspecialist	7 tjänster	5 personer på heltid	5 personer på heltid
Kontaktsjuksköterska	2 tjänster	2 personer på deltid	samma
Uroterapeut	2 tjänster	3 personer på deltid	samma
Sexolog	0,5 tjänst	0	0
Koordinator	1 tjänst	En person på deltid	samma
Sunderbyn	Miniminivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urologspecialist	8–10 tjänster (förutsatt att övriga sjukhus är bemannade)	4 personer+2 på tillsammans 40%	8 personer + 1 deltid
Kontaktsjuksköterska	2 tjänster	1 person	
Uroterapeut	1 tjänst	1 person på deltid	samma
Sexolog	0,5 tjänst	0	
Koordinator	1 tjänst	0	
Gällivare			
Urolog	1 tjänst	1 person på deltid	2 på deltid
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	1 person på deltid	

Uroterapeut	0,5 tjänst	0	
Kalix			
Urolog	1 tjänst	1 person på deltid	samma
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	0	
Uroterapeut	0,5 tjänst	0	
Kiruna	Miniminivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urolog	1 tjänst	1 person på deltid	2 på deltid
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	1 person på deltid	
Piteå	Miniminivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urolog	1 tjänst	0	0
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänster	0	
Uroterapeut	0,5 tjänster	0	
Umeå	Miniminivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urologspecialist	10–12 tjänster	7 personer varav några på deltid	8–9 personer varav några på deltid
Onkologspecialist med urologisk inriktning	5 tjänster	6 personer på deltid	6 personer på deltid
Kontaktsjuksköterska urologi	2 tjänster	2 personer på deltid	samma
Kontaktsjuksköterska onkologi	1 tjänst	2 personer på deltid	samma
Uroterapeut	2 tjänster	1 personer på deltid	samma
Sexolog	1 tjänst	1 person på heltid	vakans
Koordinator	1 tjänst	0,75 tjänst fördelad på sköterskor i länet	samma
Skellefteå			
Urolog	2 tjänster	2 personer på deltid	samma
Kontaktsjuksköterska	1 tjänst	2 person på deltid	samma
Uroterapeut	0,5 tjänst	1 person deltid	samma
Lycksele			
Urolog	1 tjänst	0	1 person på deltid
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	1 person på deltid	samma
Uroterapeut	0,5 tjänst	0	0

Sundsvall	Miniminivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urologspecialist	11 tjänster (förutsatt att Ö-vik har bemanning)	7 personer varav enstaka på deltid	9 personer varav några med deltid
Onkologspecialist med urologisk inriktning	4 tjänster	4 personer som helt/delvis arbetar med uroonkologi	4 personer som helt/delvis arbetar med uroonkologi
Kontaktsjuksköterska urologi	2 tjänster	1 personer på heltid	2 personer på deltid
Kontaktsjuksköterska onkologi	1 tjänst	1 personer på 50%	1 heltid på 2 personer
Uroterapeut	1 tjänster	1 person på deltid	samma
Sexolog	0,5 tjänst	1 person på deltid	samma
Koordinator	1 tjänst	1 person som delvis arbetar med prostatacancer	samma
Örnsköldsvik			
Urolog	1	1 (stafettkedja)	0
Kontaktsjuksköterska	1 tjänst	1 person på deltid	samma
Uroterapeut	0,5 tjänst	0	0
Sollefteå			
Urolog	0	0	0
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	1 person på deltid	samma
Uroterapeut	0	0	0

Resultat i sjukvårdsregionen

För prostatacancer som för de flesta andra cancerdiagnoser finns ett nationellt vårdprogram liksom ett nationellt kvalitetsregister. Register och vårdprogramgrupp har kommit överens om kvalitetsindikatorer. Många handlar om väntetider med det finns även mål kopplade till diagnostik, behandling och patientrapporterade mått. Vissa av de här kvalitetsmåten är sådana som vi också inkommerat i cancerplanerna för sjukvårdsregionen genom åren och vi har också lagt till egna mål. Generellt har sjukvårdsregionen en god följsamhet till vårdprogram och likartade svårigheter som i övriga landet att leva upp till ledtider som finns uppsatta inom SVF.

Vi har en mycket god täckning på inrapportering till kvalitetsregister men det släpar ibland efter något med inrapporteringshastigheten inom diagnostik och kirurgi. Totalt brukar en täckning på 99,5% uppnås i NPCR gentemot cancerregistret. Tillgången till kontaktsköterska registreras och för att få registrera detta måste ett samtal mellan kontaktsköterska och patient vara journalfört. För sjukvårdsregionen tilldelades 87% av patienterna vid en urologklinik en kontaktsköterska och motsvarande siffra för onkologklinikerna var 71%, riksnittet låg på 87%.

Lokalt avancerad prostatacancer hos män yngre än 80 år får kurativt syftande strålbehandling eller inkluderas i studien SPCG-15 i 61% av fallen, helt i nivå med rikets 60%. Det totala antalet i norra regionen av denna patientkategori var 36 fall så en viss olikhet mellan de ingående

regionerna kan bero på slumpen men behöver följas upp. Vid operation av låg och mellanriskcancer används ofta nervsparande teknik, under 2020 gjordes detta i 72% av fallen i norra regionen, lägre än rikets 79%. Dock hade Västernorrland en sen eller otillräcklig registrering varför siffran är lite osäker.

ePROM infördes för några år sedan och nu börjar det finnas en god täckningsgrad på många ställen, strålbehandlingsenheten i Sundsvall, 71% och urologkliniken i Umeå, 83% är goda exempel på enheter där de lyckats att få in baslinjeenkäter, själva förutsättning för att senare också få in uppföljningsenkäterna vilket är det som egentligen räknas. Regionens snitt ligger på 58% (7%–83%) för opererade patienter, riket 49% och för strålbehandling på 35% (18%–71%) i regionen, riket 29%.

Vissa väntetider har blivit klart bättre men än finns mycket kvar att göra, andelen patienter som klarar SVF-maxtider från remiss till behandling, oavsett riskkategori, är i regionen 20%, att jämföra med rikets 18%. Vissa del-ledtider är bättre än andra, tex ser tiden från biopsi till PAD-svar särskilt bra ut i Västernorrland där 50% av patienterna får besked inom 11 dagar. Det beror till del på att patologbristen är något mindre där samt ett arbetssätt med flexibla PAD-svarstider. För strålbehandling finns en diskrepans inom primär och postoperativ, sekundär strålbehandling.

Målet på 21 dagar för start av primär strålbehandling nås för endast 10% av patienterna, riket 6%. Mediantiden är i regionen 39 dagar, riket 47 dagar. För sekundär strålbehandling där ledtiden är satt till 30 dagar från beslut om strålbehandling till start får 75 % av fallen starta inom den tiden, rikets siffra är 45%.

Nedan visas några ingående deltider, samt den SVF-tid som är uppsatt om den är specificerad för just det delmomentet.

Ledtider, median

- Tid från remiss till första besök: 21 dagar (21 i riket). *SVF-ledtid 21 dagar, inkluderande MR.*
- Tid från första besök till PAD-besked: 19.5 dagar (19 i riket). *SVF-ledtid 11 dagar*
- Tid från op-anmälan till operation: 62 dagar (28 i riket), enbart Umeås data tillgängligt. Noterbart är att väntetiden är kortare för högriskpatienter: 39 dagar (21 i riket).
- Tid från remiss från urolog till strålanmälan: 22 dagar (20 i riket).
- Tid från remiss från urolog till start av neoadjuvant behandling: 13 dagar (0 dagar i riket)
- Tid från strålanmälan till start av primär strålbehandling: 39 dagar (49 i riket). *SVF-ledtid 21 dagar*
- Tid från provtagning till behandlingsbeslut för icke kurativ behandling: 13.5 dagar (19 i riket)

Ett nytt område som inkommit sedan det nationella vårdprogrammet uppdaterades 2020 är MR före biopsi av prostata. Detta är registrerat i NPCR sedan några år tillbaka redan innan det infördes som rekommendation för majoriteten av patienterna i vårdprogrammet. Man kan se i data från registret att en redan uppåtgående trend i användandet 2019 gjorde en ytterligare ökning år 2020. Norra sjukvårdsregionen ligger lite efter, 39% av patienterna har genomgått MR före biopsi jämfört med rikets 57%. Ökningen är dock stor från ca 18% året innan. Spridningen inom de ingående regionerna är stor, Jämtland ligger klart främst.

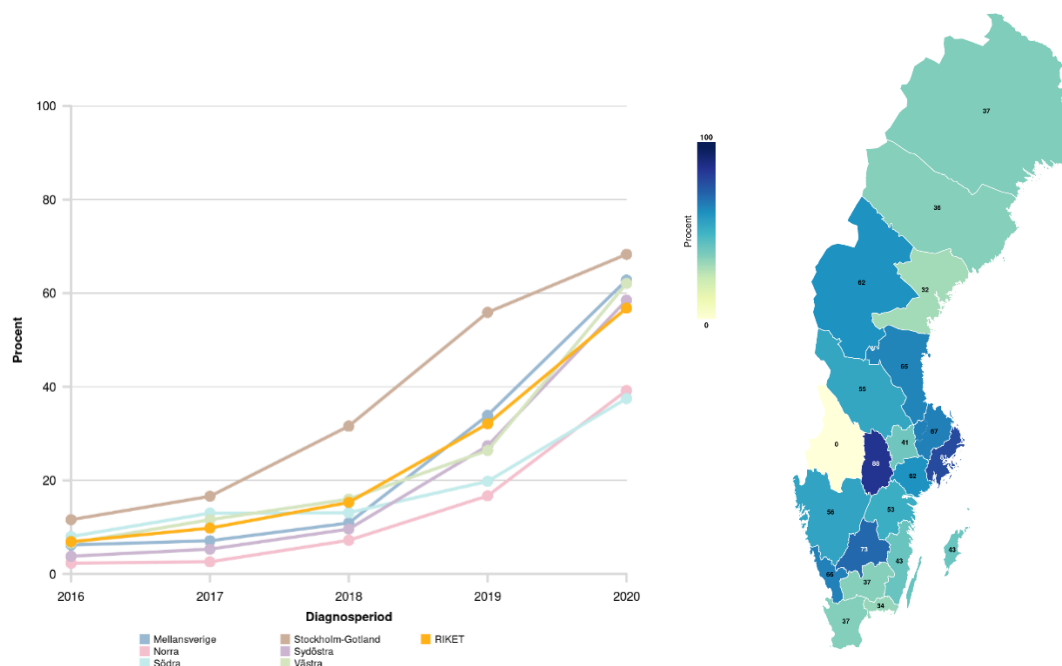


Bild 1 MR före biopsi, utveckling över tid. Bild 2. Andel MR före biopsi i olika regioner 2020

Vi ser i figur 1 utveckling över tid av MR före biopsi. Norra sjukvårdsregionen ligger lite efter, 39% av patienterna har genomgått MR före biopsi jämfört med rikets 57%. Ökningen är dock stor från ca 18% året innan

Vi ser i figur 2 andel MR före biopsi i olika regioner 2020. Spridningen inom de ingående regionerna är stor, Jämtland Härjedalen ligger klart främst.

Det här är en fråga som processgruppen jobbat en hel del med i samarbete med MR-radiologerna i sjukvårdsregionen. På olika enheter provas lite olika varianter för att få till flödet på ett bra sätt utifrån hur det ser ut i de olika regionerna. Det är stor brist på urologer och MR-radiologer så bristen på båda kompetenserna bromsar införandet. Det har jobbats på kartläggning av brister, och hur flöden skulle kunna förbättras.

Möjlighet till andra sållningsundersökningar provas då PSA-densitet (PSA/prostatavolym) spelar stor roll för risken att hitta en behandlingskrävande cancer. Vidare har ett utbildningsseminarium för MR-prostata hållits våren 2021 med god uppslutning. Det är inte minst viktigt att kvaliteten på undersökningar och bedömning blir god och likvärdig i sjukvårdsregionen.

Förslag till förändringar

Områden med tydlig förbättringspotential

Förslag 1

Fortsatt arbete med ledtider, målen är långt ifrån uppnådda. Särskilt fokus kommer att läggas på tid till PAD-svar där en av de viktigaste åtgärderna är att jobba aktivt med bristen på patologer. Det är också fortsatt viktigt att utifrån medicinska prioriteringar se till att tid från beslut om operation till att den blir av verkligen prioriteras för patienter med högriskprostatacancer nära kopplat till PAD-svar som kan skifta patienten in i högriskkategorin.

Förslag 2

Nästa fokus är att korta tiden mellan strålanmälan, som i praktiken är beslut om strålbehandling, till start av densamma. Eftersom det går att klara målet med start av behandling vid sekundär strålbehandling efter operation bör det gå att trimma ned även tiden vid primär strålbehandling även om det är ytterligare ett moment som ska till i form av markörinläggning. Här blir det viktigt att bevaka patientens totaltid i kedjan från första besök på HC till start av behandling så att tiden inte förflyttas mellan olika ingående deltider utan totalt sett minskar.

Kompetensförstärkande åtgärder**Förslag 3**

Fortsatt satsning på att utbilda urologer för att säkra kompetensförsörjningen på sikt, inte mycket positivt har hänt sedan föregående 3-årsplan vad gäller antalet specialister i regionen. Antalet nyutbildade täcker inte upp den brist som redan fanns och väntade pensionsavgångar.

Nyrekrytering av färdiga specialister har hittills visat sig mycket svårt, antingen jobbar de som stafettläkare eller så finns de på deltid i olika varianter med mindre ansvar för utveckling och uppföljning som utfall. MR-radiologer och röntgensköterskor med MR-kompetens är en annan stor brist där fortsatt satsning på utbildning samt utveckling av olika sekvenser att köra på kameran och därmed hinna med fler per tidsperiod görs, dock måste bildmaterialet bedömas av radiolog. Samma bristsituation finns fortsatt inom patologi, en nyckelresurs även det för att ledtider ska kunna påverkas i positiv riktning. *Task-shifting*

Förslag 4

En uppgift vi ser som skulle kunna överföras till sköterska är att medelst ultraljud transrektalt volyms-bestämma prostata inför beslut om MR. Den åtgärden skulle kunna avlasta radiologin en del och i förlängningen kanske också leda till att sköterskor även kan biopsa. Ett försök med detta görs i Sundsvall och initiala erfarenheter visar att det är relativt tidskrävande att lära sig.

Förslag 5

Fortsatt utveckling av PAD-besked via kontaktsköterska är en annan tänkbar åtgärd vilken har prövats med framgång i Östersund. Metoden kräver dock relativt mycket skötersketid och med den knappa resurs som är avsatt för detta på många kliniker är det med dagens bemanning svårt att genomföra förändringen.

Nivåstrukturering/arbetsfördelning**Förslag 6**

Vi anser att diagnostik och rehabilitering behöver kunna ske nära patientens bostadsort för att dennes vardag ska fungera så bra som möjligt. Vi planerar att kommande period erbjuda patienterna systematisk hälsoskattning för att kunna fånga uppeventuella problem patienterna har som är möjliga att rehabilitera. Det bör kontaktsköterskor på respektive ort kunna ha huvudansvar för.

Förslag 7

Införandet av ePROM kommer också att möjliggöra att patient och vårdgivare inför ett möte kan förbereda sig, patienten svarar på frågorna och sköterska eller läkare tar del av svaren och kan fokusera på de områden patienten upplever som problematiska. Det kommer att kunna motivera patienten ännu mer att svara på frågor om biverkningar efter behandling om man kan få direkt egen nytta av det, något många patienter också frågar efter idag.



Förslag 8

Kurativa åtgärder är redan nivåstrukturerade till tre sjukhus i regionen för kirurgi och två för strålbehandling. Vi anser inte att den bedömning som gjordes inför föregående plan om att hålla kvar kirurgi vid tre sjukhus bör ändras men självklart ska kvalitén vara god ur både bot och biverkningsperspektiven vilket följs upp.

Motivering till och konsekvensbeskrivning av föreslagna förändringar

Förslag 1, 2 och 3, kortare ledtider och bättre bemanning.

Satsningen på ledtider förutsätter kompetens. Kompetensförsörjning inom urologin och dess omgivande resurser, patologi och radiologi, i viss mån även uroonkologi har under hela den tid som RCC har funnits varit ett extremt bristområde. Tyvärr har inte mycket hänt som gör situationen bättre med undantag för att några kontaktskötersketjänster till kommit. För att kunna leva upp till SVF:s ledtider, implementera MR före biopsi, OPT och nya behandlingar och utredningar som vi ser komma vid horisonten behövs en reell förstärkning.

Att flytta arbetsuppgifter till andra personalkategorier har gjorts under åren och det planeras för mer av den varan men det räcker inte. Att ständigt ha en brist leder till allvarliga köbildningseffekter på elektiva benigna åtgärder som också ger svårt patientlidande, det påverkar negativt möjligheter att bedriva kliniska studier vilket berövar patienterna möjligheten att tidigt få vara med i medicinsk utveckling.

För att sjukvårdsregionen ska kunna vara med och införa OPT krävs även här kompetens, radiolog för MR, urolog för biopsier och sjuksköterska för att driva ett kallelsekontor och svara på de frågor som kan komma från män som erbjudits testning.

För- och nackdelar med en satsning på kortare ledtider och bättre bemanning:

a) Patient och närståendeperspektiv: Det finns vissa fördelar för patienterna med kortare ledtider, framför allt ut ett psykologiskt perspektiv. Den medicinska risken med att ha lite längre väntetider är sannolikt försumbar i de flesta fall när det gäller prostatacancer. Ur ett befolkningsperspektiv är korta ledtider mycket viktigt för den allmänna uppfattningen om god vård. Det finns inga nackdelar för patienterna om snabbare ledtider uppnås förutsatt att det inte sker på bekostnad av ökade köer inom andra områden.

b) Organisatoriskt perspektiv: Det har visat sig svårt att, utan att skapa köer inom andra områden av urologin, radiologin och patologin, korta ledtiderna inom prostatacancer. En reell satsning på fler urologer, patologer, radiologer och radiologisjuksköterskor kommer att kosta pengar. För att klara allt detta behövs insatser för att göra arbetet som urolog, patolog och radiolog attraktivt i norra sjukvårdsregionen – dels genom att utbilda tillräckligt många nya, dels genom att se till att färdiga specialister stannar kvar inom sina yrken och stannar i sjukvårdsregionen.

När det gäller urologer så skulle en satsning på fler tjänster ge effekt på alla fem urologiska cancerformer. En ökad tillgång till patologer, radiologer och radiologisjuksköterskor skulle innebära en effekt på samtliga cancerformer. För att med bevarad kvalitet sköta ett större uppdrag krävs ökade satsningar på automatöverföring av data till kvalitetsregister och ökad användning av AI inom bildtolkning.

Erfarenheter från patologen i Sundsvall visar att en satsning på personal utöver patologer också kan ha en avgörande effekt för snabba ledtider. Fördelar med en bättre bemanning och snabbare ledtider är ökad trivsel och möjlighet till skapande av ”gröna öar”. Nackdelar innefattar ökade lönekostnader.

Förslag 4 och 5, task-skifting.

En satsning på task-skifting motiveras av att ledtiderna i SVF behöver följas enligt resonemanget ovan. Kan vi utnyttja varje kompetens rätt så kan fler patienter handläggas i tid. Att just satsa på kontaktsjuksköterskor vid PAD-svar samt transrektalt ultraljud avlastar urologerna som i dagsläget utgör den svagaste länken i kedjan inom urologin. Den kommande ökningen av MR innan första biopsi kommer också att ställa krav på god kapacitet till volymsbestämning och övrig bedömning inför MR-remiss vilket lämpar sig väl för standardiserat snabbspår via läkare eller sjuksköterska.

För- och nackdelar med task-skifting:

a) Patient och närståendeperspektiv: Det finns fördelar som visats i en studie i Östersund där patientnöjdheten ökade när kontaktsjuksköterskan gav PAD-besked. Upplevelsen av sjuksköterskebaserad TRUL är ännu inte utvärderad. Det finns inte några negativa effekter för patienter och närstående förutsatt att kontaktsjuksköterskorna har gott stöd från läkare så att vården sker enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det är viktigt att läkare även fortsättningsvis engageras inför behandlingsbeslut och har tillräcklig tid med patienten för att göra bra och individuellt anpassade bedömningar. Att kontaktsjuksköterskor ger PAD-besked eller utför TRUL bedöms inte kunna påverka negativt i detta hänseende.

b) Organisatoriskt perspektiv: En satsning på task-skifting så att kontaktsjuksköterskor tar över vissa av urologens arbetsuppgifter och koordinatören tar över vissa av kontaktsjuksköterskans uppgifter bedöms kunna spara pengar i organisationen och öka möjligheten för urologen att även hinna utreda och behandla benigna tillstånd.

Pengar sparas alltså inte enbart genom att en sjuksköterska kan genomföra en uppgift till en lägre kostnad men även genom att fler patienter kan behandlas i tid för exempelvis stensjukdom och prostataförstoring som vi vet kostar stora summor på grund av undvikbara komplikationer till följd av uppskjuten behandling. Det kan finnas nackdelar med task-skifting i nuläget i och med att kontaktsjuksköterskorna är för få vilket leder till att andra sjuksköterskor och/eller koordinatörer kommer att behöva avlasta kontaktsjuksköterskorna.

Förslag 6 och 7, rehabilitering och e-PROM

Rehabilitering har en stor betydelse för patienterna efter deras behandling, att kunna leva med och hantera sviterna av behandling är avgörande för att få en så god livskvalitet som möjligt. Att då kunna screenas med ett skattningsinstrument som frågar om olika områden kan ge möjlighet att ta upp frågor som kanske inte alltid uppfattas som självklara att våga fråga om. Här krävs en insats framför allt med utbildning av kontaktsköterskor men även med prioritering och ordentligt avsatt tid för uppgiften.

När vårdens resurser inte räcker till allt måste alltid prioriteringar göras, helt naturligt. Då görs främst livräddande insatser, botande behandlingar av allvarliga sjukdomar. Rehabilitering, prevention och behandling av åkommor som inte är livshotande om än besvärliga, kommer i andra hand.



Det leder till ett stort patientlidande som inte alltid kan mätas med de instrument vi har idag. Att införandet av ePROM kan underlätta uppföljning och rehabilitering ter sig helt klart, ett digitalt tillgängligt instrument som kan underlätta i patientmötet framöver, insatsen från vården innebär att uppmuntra patienterna att fylla i formuläret och sedan också ta tillvara den information som det ger i uppföljningen.

För- och nackdelar med rehabilitering och e-PROM:

a) Patient och närståendeperspektiv: Det finns stora fördelar med en ökad satsning på rehabiliteringskompetens, inte bara för patienterna med cancerdiagnoser. Med tanke på den ekonomiska verklighet som råder behöver en sådan satsning vara strukturerad och genomtänkt. Att kombinera e-PROM som underlag för strukturerad hälsokattning med en definierad rehabiliteringskedja behöver inte så stora resurser tas i anspråk men det kan ge mycket positiva effekter för patienterna.

Det kan finnas vissa patienter som inte önskar medverka i enkätverksamhet och dessa bör kunna tas om hand på ett bra sätt enligt gammal modell där kontaktsjuksköterskorna med hjälp av sin erfarenhet kan identifiera problemområden för patienten.

b) Organisatoriskt perspektiv: Med tanke på att rehabilitering ur ett krasst perspektiv är mindre prioriterat än utredning och behandling så behöver rehabilitering kunna ske på ett smart och strukturerat sätt enligt ovan. Det är viktigt att en ökad satsning på rehabilitering inte går ut över utrednings- och behandlingsverksamheten.

En viss ökad kostnad i tid för patientkontakt och kostnader exempelvis remiss till kurator kan komma att hämtas igen via nöjdare och mindre vårdsökande patienter i ett större perspektiv. Den prehabilitering som pågår innan operation och strålbehandling leder i dagsläget sannolikt till bättre utbildade och tryggare patienter som går till behandling.

Förslag 8, ingen ytterligare nivåstrukturering

Det finns ingen instans som driver frågan om ytterligare nivåstrukturering av prostatacancervården avseende operation och strålbehandling i norra sjukvårdsregionen i nuläget. Vår bedömning är att dagens situation är välfungerande ur ett helhetsperspektiv. En ännu bättre registrering och uppföljning av e-PROM är viktigt för att följa behandlingsutfall på funktionell nivå.

Tabell 3. Förslag på målområden att jobba med 2022–2024, förklaring varför vissa mål utgår

Mål (målnivå)	Läge 2018–2020	Kommentar
Nytt mål (Cancerrehabilitering) Systematisk hälsoskattning i efterförloppet till kurativt syftande behandling används som rutin vid definierade tidpunkter.	Under införande, inga siffror finns ännu	Ett viktigt mål för patienterna, vissa områden är självklara att diskutera såsom vattenkastning, avföring och potens efter en kurativ behandling men andra områden kan missas om det inte blir en mer strukturerad genomgång Mäts genom diskussion med utförande enheter.
Nytt mål Strålbehandling, ledtid för intermediärriskcancer	Av patienter med intermediärriskcancer som strålbehandlas startar ca 10% av patienterna sin behandling inom 21 dagar från strålanmälan/beslut om behandling.	Nytt mål; Patienter inom denna riskkategori har inte medicinskt bråttom att komma i gång med behandling men ska likväl ha en snabb kedja när väl beslutet tagits. Vi föreslår att 4 veckor är mer rimligt och i samklang med målet för postoperativ strålbehandling (30d). Ett successivt mål där vi siktar på 50–60–70% uppfyllelse under perioden. Idag är mediantiden 39 dagar. Mäts i NPCR
Mål som kvarstår 80% av högriskpatienter opereras inom 28 dagar efter operationsanmälan.	2020 (t.o.m. nov): 21% RV: Median 42 dagar för 19 patienter. Övriga ej räknade pga. för få fall. 2019: 45% 2018: Norra: 38,9%	Norra regionen ligger långt under målnivån. Detta är en högt prioriterad variabel och fler mått har tagits för att förbättra tiderna inför 2019 års slutgiltiga resultat. RV har infört extra operationsdagar. MDK-processen för RN:s patienter som op i RV har snabbats upp. RVN och RJH har haft problem med resurser för registrering av operationsformulär men problemen har uppmärksammats 2019. Mäts i NPCR
Mål som ändras till fokus på 1-års-PROM 70% av alla patienter registreras komplett i e-PROM 2021.	2020 (tom okt): Baslinjeenkät: 90% har fått baslinjeenkät. 65% har besvarat den. 3-månadersenkät: 95% har fått 3-månadersenkäten. 65% har besvarat den. (När det gäller op och strål är siffrorna likartade: op antal 3-mån-enkäter RVN 10; RJH: 23; RV: 74) 2019 Norra: 63% besvarat 3-månadersenkät. 3% ej fått enkäten. RVN: 68% för strålade, ej delat ut enkäten för opererade	Detta är första året parameterns mäts och siffrorna ser bra ut för de patienter som fått enkäten utdelad. Det saknas utdelning av enkät för de som opereras i RJH och RVN har inte fyllt i operationsformuläret i tid vilket innebär att patienterna ej fått enkäten. För automatisk enkätutdelning efter 3 mån krävs att operationsformuläret har registrerats. Ett förbättringsområde för 2020 och åren framöver. Mäts i NPCR

	efter 3 månader på grund av bristande registrering; RJH ej delat ut enkäten för opererade, strålade ingår i RVN. RV: 62%; RN: ingår i RV.	
Mål som utgår Fastställda kontaktvägar för rehabiliteringskompetens finns på alla sjukhus som följer upp prostatacancerpatienter 2021.	RVN, RJH, RN och RV har fastställda kontaktvägar för rehabiliteringskompetens enligt muntlig rapport från lokala processledare.	Bra läge nu. Viktigt att kontaktsjuksköterskorna får möjlighet att fortsätta arbeta med förbättrad struktur för rehabilitering med bland annat kända kompetenser inom tex smärtbehandling och sjukgymnastik.
Mål som utgår 50% av diagnostikformulären inrapporteras till NPCR inom 30 dagar efter prostatabiopsi 2021.	2020: Data ej tillgängliga 2019: 42% 2018 Norra: 29,8%; RVN: 41,6%; RJH: 25,4%; RV: 37,8%; RN: 8,2%	En oförändrad nivå ses sedan 2017. Nivån är starkt kopplad till PAD-svarstid och tillgång på inrapportörer. Dialog förs med patologin om kortade svarstider, men det är svårt utan visst resurstillskott.
Mål som kvarstår 30% av PAD-beskedet ges inom 11 dagar efter prostatabiopsi 2021.	2020 (t.o.m. juni): 21% RVN: 41%; RJH: 10%; RN: 9%; RV: 5%. 2019: 17 % 2018 Norra: 10,8%; RVN: 27,9%; RJH: 2,4%; RV: 2,7%; RN: 11,1%.	Ur ett medicinskt perspektiv är detta endast av vikt för högriskpatienter men vi har tyvärr ingen differentierad statistik. RVN:s lovande siffror beror på mycket korta PAD-svarstider (ca 5 dagar) samt ett system där kontaktsjuksköterskorna bevakar alla PAD-svar för att undvika doctors-delay. Att bygga vidare på då det inte alltid går att veta vem som ingår i högriskkategorin innan PAD-svar finns tillgängligt. Mäts i NPCR
Mål som utgår 95% av alla patienter tilldelas en kontaktsjuksköterska 2021.	2020 (tom juni): 90%: RVN: 92%; RJH: 98%; RV: 99%; RN: 32% 2019: 81% 2018 Norra: 82%; RVN: 84,1%; RJH: 99%; RV: 84,7%; RN: 75,2%.	Fortsatt ses siffror på drygt 80%. Det finns på vissa enheter inga kontaktsjukskötersketjänster utan arbetsuppgifterna görs inom ramen för ordinarie mottagningsarbete vilket försvårar möjligheten att hinna med kontakt med alla patienter vid diagnos.
Mål som kvarstår 80% av patienter med högriskprostatacancer diskuteras på MDK 2021.	2020 (t.o.m. juni): 67% RVN: 87%; RJH 0%; RN: 100%; RV: 72%. 2019: 79% 2018 Norra: 71,3%; RVN: 91,7%; RJH: 41,7%; RV: 71,9%; RN: 74,2%.	Siffrorna har kontinuerligt förbättrats de senaste åren. Vissa länsdelssjukhus och länssjukhus släpar efter pga. skiftande lokala traditioner. Med ökade behandlingsmöjligheter är det viktigt att dessa patienter tas upp för diskussion. Mäts i NPCR

Långsiktigt förbättringsarbete

Fullt ut genomförande av Organiserad prostatacancertestning (OPT) kommer att ta tid och det kommer inte att vara färdigt under kommande 3-årsperiod. Många pusselbitar måste falla på plats först.

Något vi ser komma inom något till några år är mer PET-CT i primärutredningen av först högriskpatienter för att se regional och fjärrmetastasering. Kapaciteten inom PET räcker inte till som den ser ut idag. I Umeå planeras för en till kamera och Sundsvall planerar också för en egen. Det kan räcka en bit men för region JH och Norrbotten blir det mycket resande för många patienter om inte egen utrustning kommer på plats.

Fortsatt intensivt arbete med ledtider bedöms vara prioriterat. Vi ser en långsam förbättring över tid och detta bör både vara ett långsiktigt och kortsiktigt mål.

Nationellt och internationellt finns verksamhet med studier inom organbevarande fokal behandling av prostatacancer. Detta är ett intressant framtidsområde och vi ser gärna ett utökat samarbete med aktuella centra eller uppbyggnad av egen kapacitet så att våra patienter kan ingå i studier av fokal behandling (rekommenderas inte som standardbehandling i nuläget).

En successivt ökad användning av transperineala biopsier bedöms vara viktigt ur ett patientperspektiv för att minska risken för post-biopsisepsis och möjliggöra användning av så kallad spacer som minskar risken för strålskada på tarm. En sjukvårdsregional utbildningsdag ordnas hösten 2021 och upphandling av utrustning pågår på flera orter.

Det kommer också att bädda för möjligheten att använda så kallad spacer i samband med strålbehandling. Det är en metod där en sorts gel injiceras i området mellan prostata och ändtarm för att öka avståndet där emellan och på så sätt minska stråldosen som kommer till ändtarmen. Den produkt som idag är tillgänglig på marknaden förutsätter en perineal injektionsteknik.



Tabell 4. SWOT-analys för Prostatacancer.

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Systematisk hälsoskattning i efterförloppet till kurativt syftande behandling används som rutin vid definierade tidpunkter.	Kontaktsjuk-sköterskor (kssk) finns på de flesta klinikerna i regionen	Tiden för kssk att göra sina arbets-uppgifter är knapp	En förbättrad överblick över patienternas rehabiliterings-behov kan leda till ökad patient-nöjdhet och att rätt hjälp når dem. Patientdriv i frågan.	Att inte alla enheter har kssk och därför inte har en upp-arbetad rutin för vem som gör jobbet.
Strålbehandling, ledtid för intermediär-riskcancer	En bättre beman-nings-situation inom onkolog-klinikerna öppnar för möjligheter att snabbare träffa patienterna	Målet ligger klart över de tider som finns nu, kan upp-levas som ouppnåeligt och orealis-tiskt med den organi-sation som finns	Flera urolog-kliniker kan assistera med att placera in guld-markörer inför strålbehandlingen kortar den tiden.	Införande av perineala biopsier är en process som bara påbörjats, den metoden bör också användas framöver för guldmarkörerna
70% av alla patienter registreras komplett i e-PROM 2021.	Enheter i flera regioner visar goda siffror på enkät före första behandling organisationen går att få till med dagens resurser	Några enheter har inte börjat dela ut enkäter, kan vara svårt att ändra arbetssätt	PROM och dess användande är ett nationellt prioriterat mål, draghjälp av att det diskuteras även nationellt.	Motstånd mot enkäter hos del av professionen och hos en del patienter
30% av PAD-beskedet ges inom 11 dagar efter prostatabiopsi 2021	Högt prioriterat mål. Goda exempel, tex i Västernorrland att ta efter.	Mycket långt ifrån måluuppfyllelse, brist på patologer	Att jobba med lite ändrade arbets-sätt för att ständigt kapa onödiga tider	Patologbrist i hela Sverige, svårt att rekrytera utifrån
80 % av patienter med högrisk-prostatacancer diskuteras på MDK 2021	Målet är uppnått eller nära på uppnått i de flesta regionerna.	Enstaka sjukhus/regioner anser det inte viktigt	Goda erfarenheter hos de flesta av arbetssättet.	Attityder till vikten av att belysa olika behandlingsaspekter.

