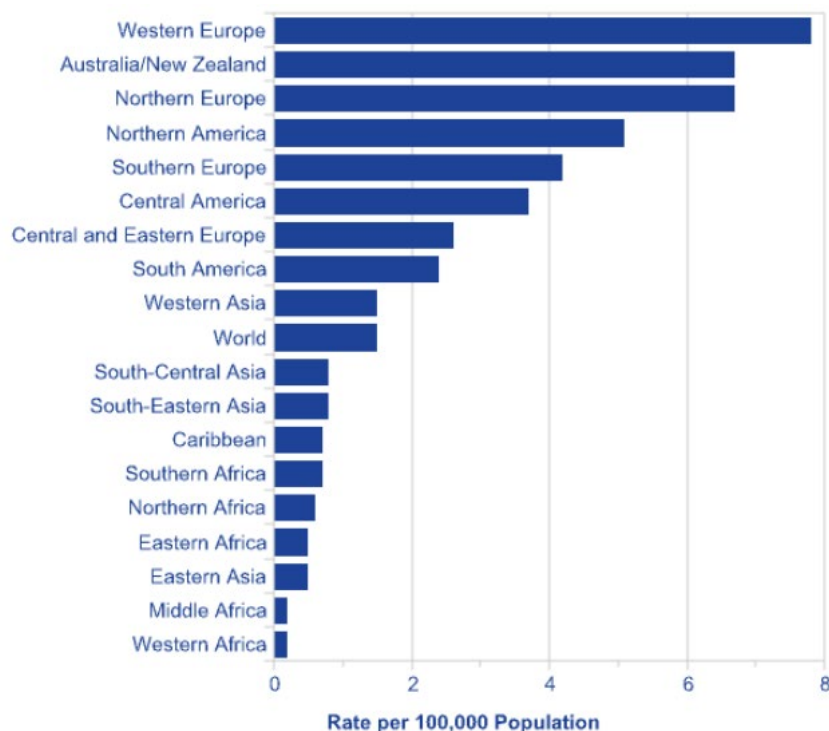


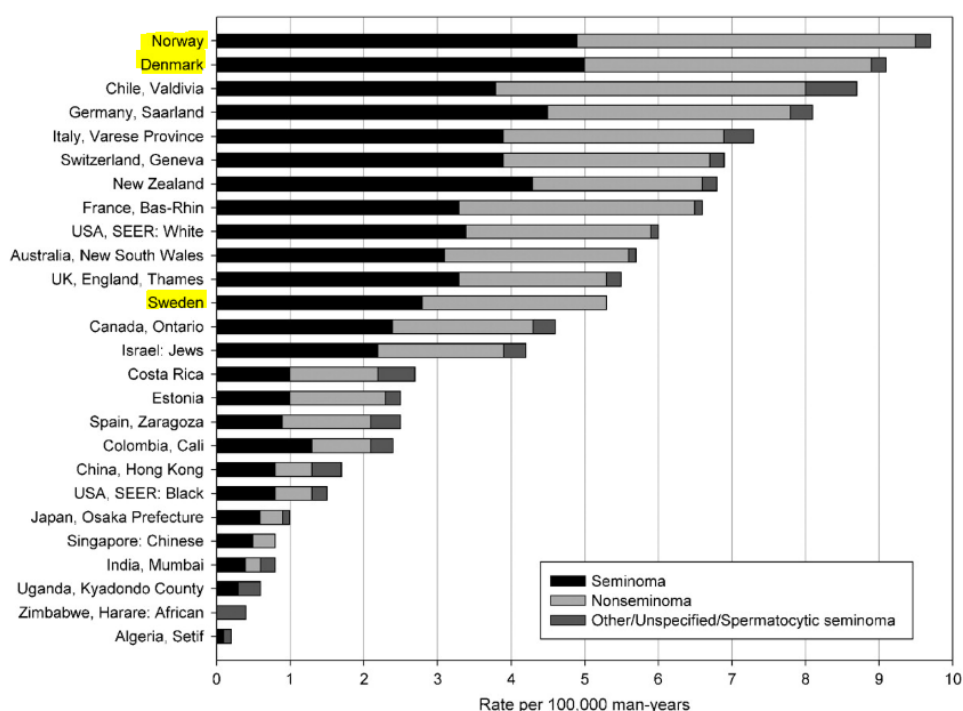
Processplan för testikelcancer 2022–2024

Bakgrund

Cirka 0,9% av all cancer är testikelcancer (TC). Det är den vanligaste typen av cancer bland män mellan 15 och 35 år och det finns 4–8 nya fall rapporterade per 100 000 män/år i Västereuropa/Nordamerika/Australien/NZ. Sedan 40 år tillbaka har incidensen ökat, med de högsta incidenssiffrorna för närvarande i norra Europa och i Västereuropa. Incidensen i Sverige är lite drygt 300 patienter/år, varav cirka 30 patienter kommer från norra sjukvårdsregionen. Jämfört med andra länder i Nordeuropa är incidensen högre i Norge och Danmark (nästan dubbelt så hög som i Sverige) men lägre i Finland, av ännu okända skäl.



Källa: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/testicular-cancer/incidence>



Källa: <http://cebp.aacrjournals.org/content/19/5/1151.figures-only>

Testikulär germinalcellscancer (TGCT) står för 90–95% av alla TC-fall. Av dessa är ca 60% Seminom och 40% Non-seminom, vilka förekommer oftast i åldrarna 30–45 år respektive 25–40 år. Vid tidpunkten för diagnos av TC i ena testikel, har cirka 15% av patienterna förstadiet *cancer in situ* (CIS) i den kontralaterala testikeln.

Cirka 15% av seminom och 40% icke-seminom har metastaserat vid diagnos. En mer intensiv behandling krävs därför oftare för icke-seminom. Enligt European Association of Urology (EAU finns för närvarande inga fördelar med ett screening-program). Stadium och prognos är direkt relaterad till tidig diagnos.

TGCT är främst orsakad av ärftlig genetisk predisposition, mutationer och miljöfaktorer. Dessa faktorer inducerar och påverkar cancerutveckling. Mest sannolikt resulterar en kombination av genetiska och miljömässiga faktorer i en klinisk cancertumör. TC-nedärvning är icke-mendelisk, med undantag för i enstaka familjer/slakter där en autosomal recessiv mekanism kan vara möjlig. Dessutom kan en mosaik av genetiska mutationer med låg penetration leda till en cancerutveckling. Kända riskfaktorer utgörs av kryptorchidism, minskad spermatogenes (sub- eller infertilitet), hypospadi, kontralateral TC, familjehistoria med TC bland förstagsradssläktingar och genetiska faktorer.

Dödligheten för TC är låg, över 97% av alla patienter blir botade, vilket beror främst på introduktionen av cisplatinbaserade kemoterapier. Idag består TC-behandling av orchiektomi (uni- eller bilateral) i kombination med kemoterapi, strålbehandling och/eller aktiv expektans med kontrollverksamhet.

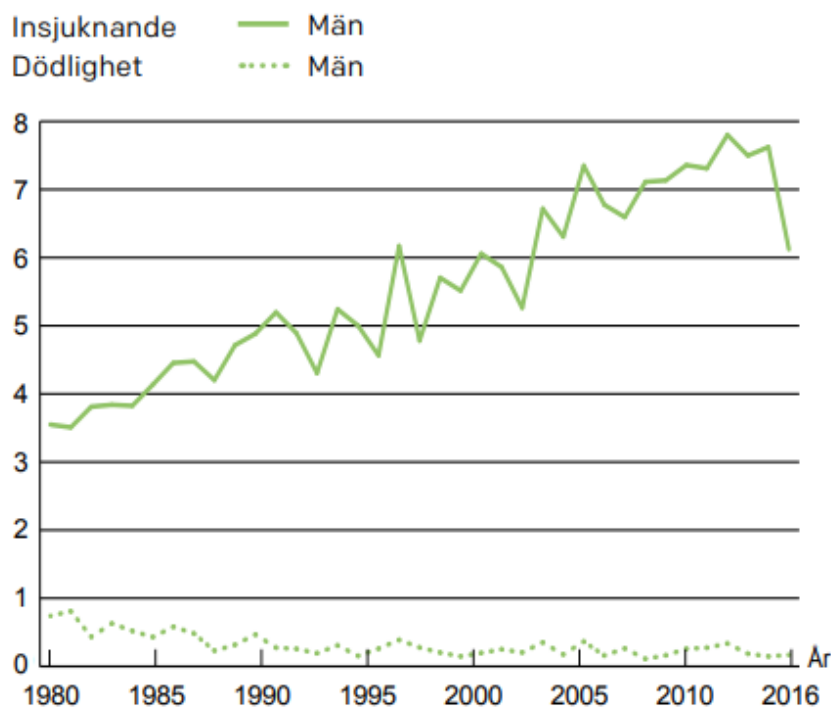
De flesta fall behandlas effektivt med hjälp av kemo- och strålbehandling, men det finns bieffekter av dessa behandlingsmodaliteter såsom infertilitet, kardiovaskulär toxicitet och leukemi. Därför är det viktigt med en tidig diagnos och behandling då man med insatser tidigare i förloppet, kan undvika adjuvant onkologisk terapi.

Insjuknande och dödlighet

Testikelcancer, 1980-2016

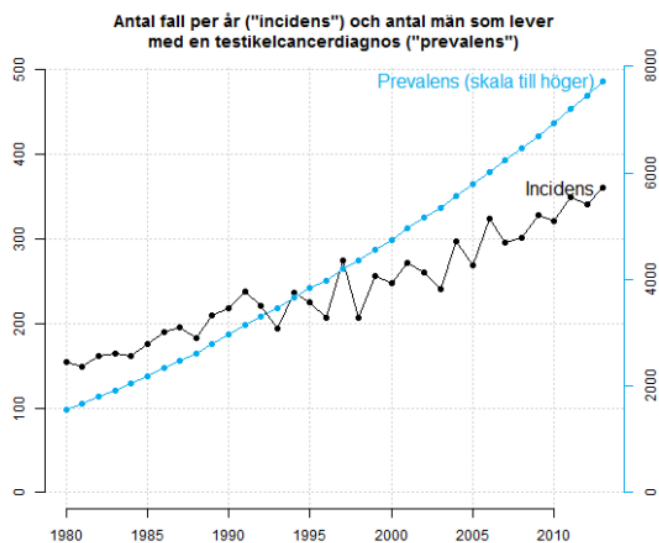
Antal fall respektive dödsfall per 100 000 invånare

Åldersstandardisering enligt Sveriges befolkning 2016



Källa: Socialstyrelsens statistik; *Cancer i siffror 2018*: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-10>

Ökningen av incidensen är inte till följd av befolkningstillväxten i Sverige: antalet patienter per hundra tusen växer också, även om man justerar för förändringar i åldersstrukturen genom att åldersstandardisera. Orsaken till ökningen är inte känd.

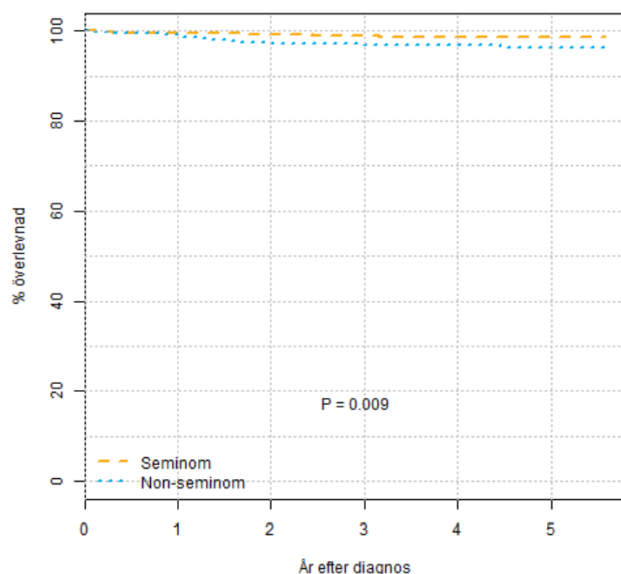


Nationella siffror från 1980; incidens & prevalens. Källa: Svenska testikelcancerregistret: SWENOTECA: https://docs.wixstatic.com/ugd/cd60dc_cb3b2f78c61141c2bedfd1c537f623b3.pdf

Överlevnad

Enskilt viktigaste utfall är överlevnad. För Seminom är 5-årsöverlevnaden 98 % och för Nonseminom 97 % [nationella siffror] - vilket placerar de svenska överlevnadssiffrorna i topp i Europa.

Totalöverlevnaden för nonseminom och seminom 5 år efter diagnos var >97 %.
 Detta är överlevnadssiffror i absolut toppklass i världen.



Figur 39. Totalöverlevnad per tumörtyper under perioden 2009-2013. Kaplan-Meier estimat.

Källa: Svenska testikelcancerregistret: SWENOTECA:

<https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/testikelcancer-seminom/arsrapport-2013-138-str-svenskatestikelcancerregistret-swenoteca.pdf>

Överlevnaden är sämre för patienter med spridning men fortfarande i internationell toppklass

Femårsöverlevnaden bland patienter med diagnos 2005–2014 var 97,5%. Detta är överlevnadssiffror i absolut toppklass i världen. För seminom och nonseminom kliniskt stadium I med diagnos 2005–2014 var 5-årsöverlevnaden 98,9% respektive 99,6%. För seminom och nonseminom med spridd sjukdom med diagnos 2005–2014 var 5-årsöverlevnaden 91,9% respektive 93,8%.

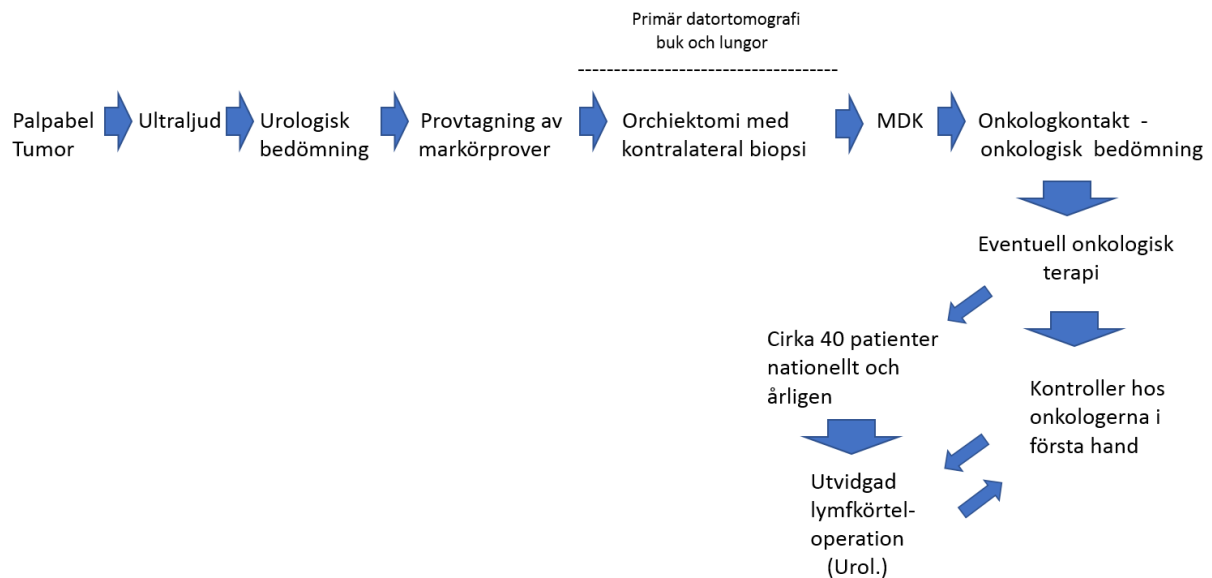
Aktuell process testikelcancer norra sjukvårdsregionen

Incidensen i sjukvårdsregionen är cirka 30 patienter per år. Prevalensen är cirka 850 personer som lever med sjukdomen i sjukvårdsregionen. Den primära operationen (orchiektomi), utförs numera på endast fyra länscentra i sjukvårdsregionen, detta till följd av en behövlig, överenskommen och efterfrågad regional nivåstrukturer (se nedan under rubriken Konsekvenser av nivåstrukturer, nu och i framtiden).

Incidens/prevalensutveckling ökande med tiden

Ökningen av incidens och prevalens, har i sjukvårdsregionen följt den nationella utvecklingen.

Kort översikt basal handläggning/utredning



Sjukdomsutveckling, vårdkedja och vårdprocess

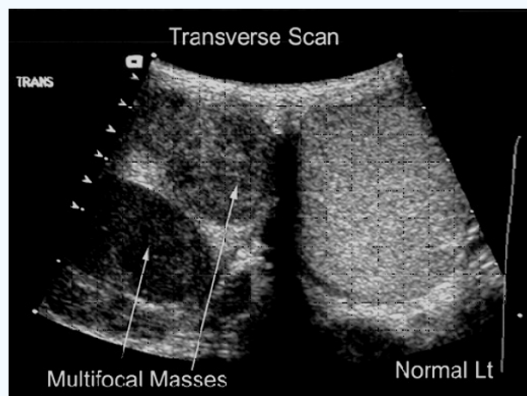
Det vanligaste symtomet är palpabel resistens i skrotum, ibland förenat med tyngdkänsla, ömhet, värk, diffus obehagskänsla. Gynekomasti (svullna bröstkörtlar) kan vara ett tidigsymtom. Snabbt uppkomna hydrocele (vattenbräck) hos unga patienter kan vara sekundära till TC: → Symtom föranleder Ultraljud och urologisk bedömning enligt SVF. Ultraljud av skrotum (bilateral) har mycket hög sensitivitet, är non-invasiv och ekonomiskt fördelaktigt. Ultraljud leder i nästan samtliga fall till behandlingsbeslut (i övrigt, se nedan): →

Operation: Orchiektomi föregånget av markörprover (baseline-prover, vars svar inte ska försinka operationstillfälle) [beta-hCG, s-AFP, LD, s-PIAP samt även rutinprover och s-Testosteron, LH, FSH och s-HBG). **Observera:** före det att operationen utförs så ska patienten erbjudas spermieinfrysning samt möjlighet till testikelprotesinläggning i samband med ingreppet).

Datortomografi av buk, lilla bäckenet samt thorax ska utföras i nära anslutning till operationen (strax före eller strax efter) → När PAD anländer dryftas hela patientärendet på MDK (Umeå och Sundsvall) alternativt remiss och kommunikation med Onkologkliniken → vidare adjuvant onkologisk terapi på Onkologkliniken plus uppföljningar (med vissa undantag, sker uppföljning på Urologen) →

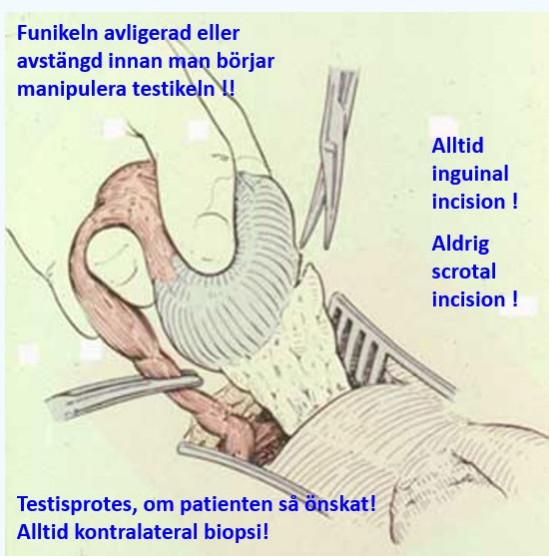
Patienterna följs efter avslutad behandling i 5–10 år (beroende på stadium och tumörtyp) med täta kontroller (blodprover, radiologi och läkarbesök), de första åren var tredje till sjätte månad, därefter glesare. Majoriteten av återfallen, ca 85 %, inträffar inom de 2 första åren, men senare recidiv förekommer. Det vanligaste är att patienterna följs på Onkologen, men undantag finns i hela norra regionen, där även urologer följer patienterna - i nära kontakt med närmaste onkologkliniken (Onkologkliniken Sundsvall-Härnösand eller Cancercentrum-NUS/Umeå). →

Cirka 40 patienter årligen med i huvudsak Non-seminom genomgår retroperitoneal lymfkörtelutrymning ifall deras retroperitoneala lymfkörtelmetastaser ej har försvunnit efter cytostatikabehandling. Om histologin från utrymda lymfkörtlar visar förekomst av kvarvarande viabel cancer, behandlas patienterna ofta med ytterligare två cytostatikakurer. Retroperitoneal lymfkörtelutrymning är nivåstrukturerat till två nationella centra.



- Bekräftar förekomsten av **solid tumor** versus vätskefylld cista, sensitivitet cirka 100 %
- Differentierar mellan extra- eller intratestikulär expansivitet
- Viktigt för att bekräfta eller utesluta andra **differentialdiagnoser**
- **Låg kostnad**, framförallt i jämförelse med alternativet MRT
- OBS ! **Bilateral undersökning** skall alltid utföras

Fördelarna med ultraljud skrotum vid diagnostik av TC



Några principer för det primärkirurgiska ingreppet; orchiectomi

Palliation

De onkologiska enheterna erbjuder i förekommande fall palliativ terapi. Det finns i nuläget inget utarbetat program specifikt vid palliation för patienter med TC. Detta till viss del med bakgrunden av en så pass hög andel av de behandlade patienterna som blir botade.

Cancerrehabilitering

Vid NUS/Umeå (Kirurgcentrum, urologsektionen) finns sjukvårdsregionens enda sexolog. Remisser kan tillställas sexologen från hela regionen vid behov. Det finns i nuläget inget utarbetat specifikt program avseende sexologisk utvärdering, terapi och rehabilitering för patienter med TC.



Organisation

Nödvändig kompetens för testikelcancer

- Kunskap och skicklighet måste finnas för att korrekt värdera suspekta testikeltumörer i alla fyra norrlandslän. Verksamheten förutsätter personella resurser både i primärvården (PV), urologisk öppenvård såväl som urologisk slutenvård. Resurstillgång till mottagningsverksamhet, labresurser, patolog, cytolog och bild&funktion är nödvändig.
- Kunskap och skicklighet måste finnas för att utföra korrekt orchiektomi, inklusive kunskap om logistisk och klinisk checklista innefattande preoperativ provtagning, erbjudande om spermiefrysning, erbjudande om testikelprotes samt tagande av intraoperativa biopsier från den kontralaterala testikeln.
- Onkologisk kompetens måste finnas och finns i nuläget i norra regionen för att kunna hantera patienterna med adjuvant onkologisk terapi (cytostatika samt strålbehandling samt även resurser för kontroller och registerarbete (det senare även för några urologiska enheter i regionen). Detta förutsätter förekomst av både onkologiska öppenvårds- och slutenvårdsresurser, utrustning och onkologiska mediciner. Den onkologiska bedömningsförmågan i norra sjukvårdsregionen, för patienter med avancerad TC, är på nationell nivå.

Preventiva åtgärder för testikelcancer

Det finns ingen beskriven prevention för TC, ej heller finns det några aktuella screeningprogram.

Primärvårdens roll för vägen in för testikelcancer

Primärvården spelar stor roll i initialskedet då de flesta patienter söker initialt via sina husläkare. Det ska finnas en liberal inställning till ultraljud skrotum med simultan remiss till urologisk enhet.

Primärvårdens roll för vägen ut testikelcancer

Ingen roll.

Urologisk kompetensförsörjningsbrist nu och fem år framöver för testikelcancer

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, anestesisjuksköterskor och avdelningssjuksköterskor - kort sagt det saknas slutenvårdsplatser och operationsutrymme (kirurgi för testikelcancer bör inte ske i urologisk öppenvårdsverksamhet, utan patienterna behöver minst ett vårddygn inom slutenvården). Läget avseende den urologiska kompetensförsörjningen i sjukvårdsregionen är mycket prekär.

Sammantaget: vi behöver fler personer i den **direkt vårdnära verksamheten**.

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
- Idag och inom 5 år baserat på dagens åldersstruktur? Svar: Onkologer finns i dagsläget och på lång sikt
- Idag och inom 5 år baserat på dagens åldersstruktur? Svar: Ultraljudsutbildade radiologer
- Idag och inom 5 år baserat på dagens åldersstruktur? Svar: Patologer och BMA inom patologi

Åtgärder för att stärka vårdkedjorna för testikelcancer

Region Jämtland Härjedalen: Fler urologer och utökat operationsutrymme

Region Västernorrland: Fler urologer och utökat operationsutrymme. Utökad poliklinisk verksamhet i Örnsköldsvik för att kunna göra korrekta bedömningar

Region Västerbotten: Fler urologer och utökat operationsutrymme. Utökad poliklinisk verksamhet i Lycksele och Skellefteå för att kunna göra korrekta bedömningar

Region Norrbotten: Fler urologer och utökat operationsutrymme. Utökad urologisk verksamhet i Gällivare och Kalix för att kunna göra korrekta bedömningar

Avseende Onkologin: Bibehållen nivå av Onkologer

Avseende Radiologin: Fler Radiologer

Avseende Patologin: Fler Patologer och BMA inom patologi

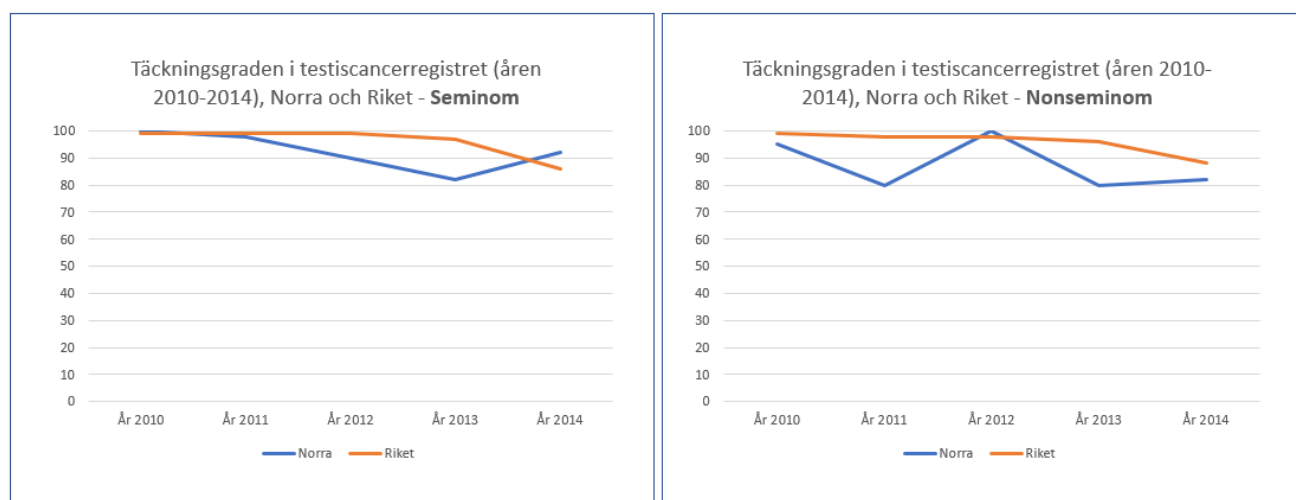
Resultat i regionen

Följande indikatorer används för uppföljningen av vårdkvaliteten enligt nationellt vårdprogram:

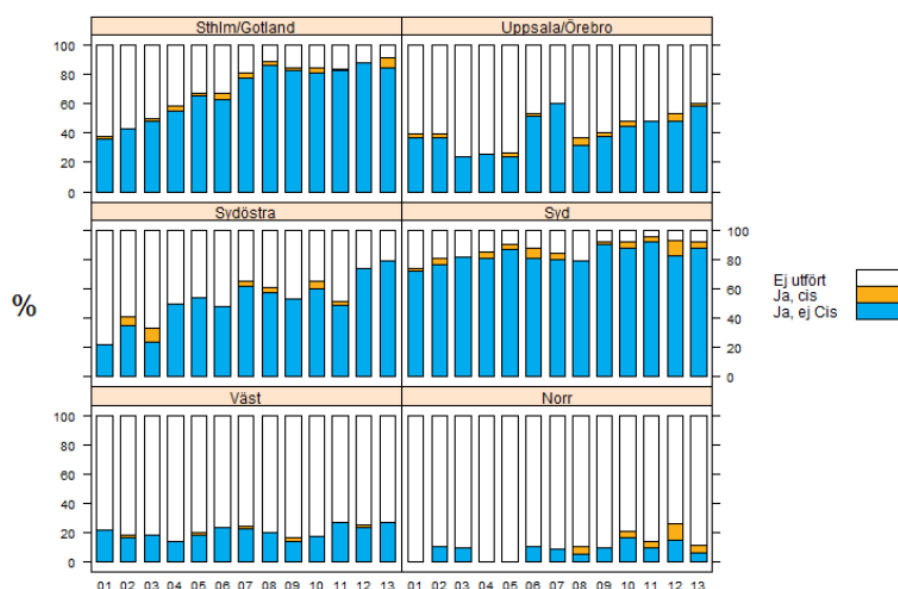
Indikator	Målvärde
Täckningsgrad för primärregistrering	> 95 %
Andel av spermiedfrysningar som skett före orkidektomi	> 60 %
Andel av intermediär och dålig prognosgrupp som behandlas på regionsjukhus	> 90 %
Behandlingsstart inom 10 dagar för intermediär och dålig prognosgrupp som behandlas på regionsjukhus (de svårast sjuka)	> 75 %
Femårsöverlevnad	> 97 %

Norra sjukvårdsregionen har en (1) urolog (från NUS), utöver processansvarig/RCC, som arbetar med TC på nationell nivå inom VP och SVF-processen.

Täckningsgraden i det nationella registret är *nationellt* 87% (år 2014, Seminom och non-seminom sammanslagna). Dock finns fortfarande regionala skillnader, där norra sjukvårdsregionen periodvis **har haft de lägsta täckningsgraderna** jämfört mot övriga sjukvårdsregioner i Sverige. Detta är otillfredsställande.



Följsamheten för rekommendationen kontralateral biopsi i samband med orchiektomi är lägst i norra sjukvårdsregionen av landets sex sjukvårdsregioner. Åren 2002–2009 var andelen 7% i norra sjukvårdsregionen och 48,6% i Riket, samt åren 2010–2014; 20,7% i norra sjukvårdsregionen mot 60,8% i Riket. Detta är otillfredsställande.



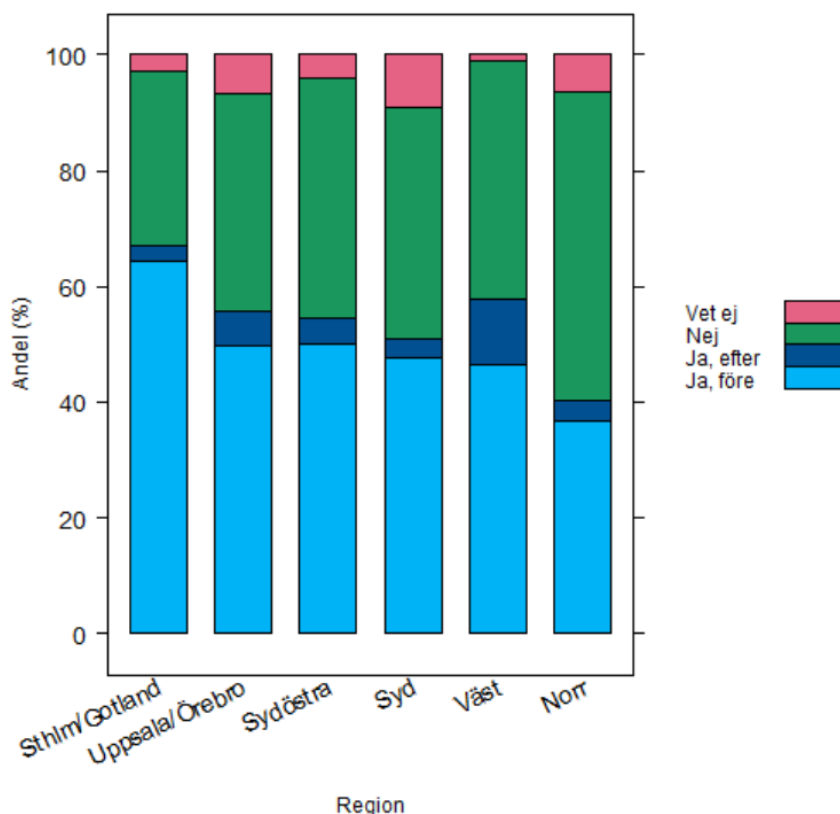
Figur 13. Andel patienter som genomgått kontralateral testisbiopsi per sjukvårdsregion per år 2001-2013 och andelen där cancer insitu, CIS, diagnosticerats

Källa: Svenska testikelcancerregistret: SWENOTECA
<https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/testikelcancer-seminom/arsrapport-2013-138-stcr-svenskatestikelcancerregistret-swenoteca.pdf>

Andelen spermienedfrysningar före orchiektomi (kvalitetsmål >60%)

Åren 2012–2014 så uppvisar det nationella testikelcancerregistret att norra har lägst siffror avseende andelen spermienedfrysningar före orchiektomi med cirka 25%. Den svensk-norska samarbetsgruppen SWENOTECA skriver följande: "SWENOTECA anser att sjukhus som utför borttagande av testikel också bör ha rutiner och möjligheter att skyndsamt ordna spermieinfrysning eftersom spermieinfrysning bör ske innan den tumörbärande testikeln tas bort" (se https://docs.wixstatic.com/ugd/cd60dc_cb3b2f78c61141c2bedfd1c537f623b3.pdf)

De låga siffrorna för sjukvårdsregionen är otillfredsställande.



Figur 12: Infrysning av spermier 2014 - 2018 i relation till sjukvårdsregion.

Källa: https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/testikelcancer-seminom/rapporter/1-testis_arsrapport_2018_final.pdf

Överlevnad i norra sjukvårdsregionen jämfört mot övriga sjukvårdsregioner

Det synes inte finnas några redovisade överlevnadsskillnader mellan de svenska sjukvårdsregionerna. Data finns inte beskrivet avseende denna parameter i det nationella testikelcancer-registret, utan informationen är genom personlig kommunikation med SWENOTECA - där det framkommer att man alltså inte ser några skillnader mellan regionerna.

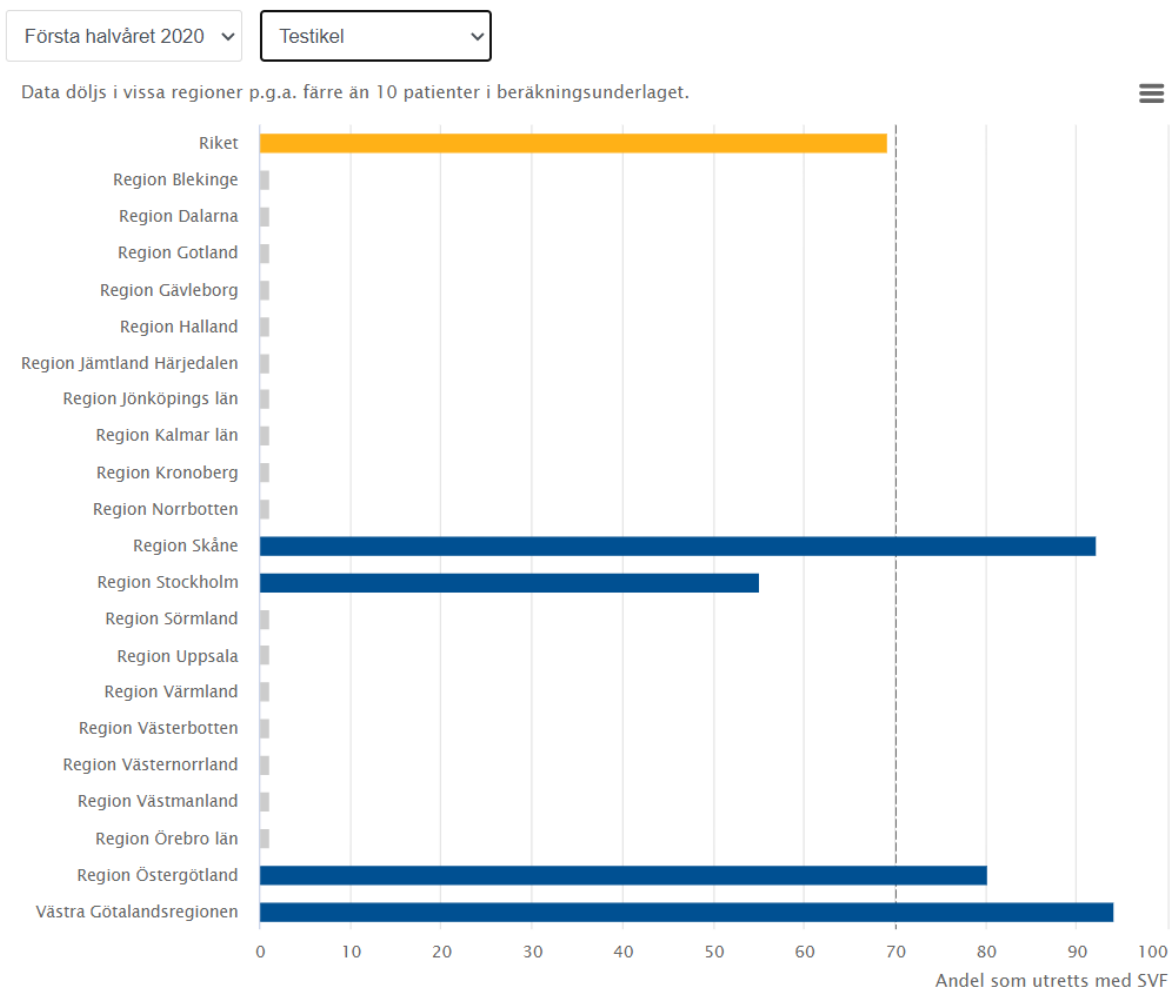
SVF - Standardiserade vårdförlopp

Testikelcancer har, inom svensk urologisk och uroonkologisk tradition alltid haft sikte på mycket korta ledtider - detta motsvarande ambitionerna inom aktuellt SVF. Det aktuella SVF-upplägget återfinns i denna länk: <https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/testikelcancer-seminom/vardforlopp/svf-testikelcancer161221.pdf>

Aktuella utvärderingar innefattande siffror för norra sjukvårdsregionen återfinns inte ännu:

<https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/testikel/vardforlopp/redovisning-vantetid/>

Nationellt återfinns denna uppdatering för 2020, avseende andelen patienter med Testikelcancer som utreds inom SVF



Källa: <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/svf-statistik/antal-patienter-i-svf/>

Vetenskap och forskning

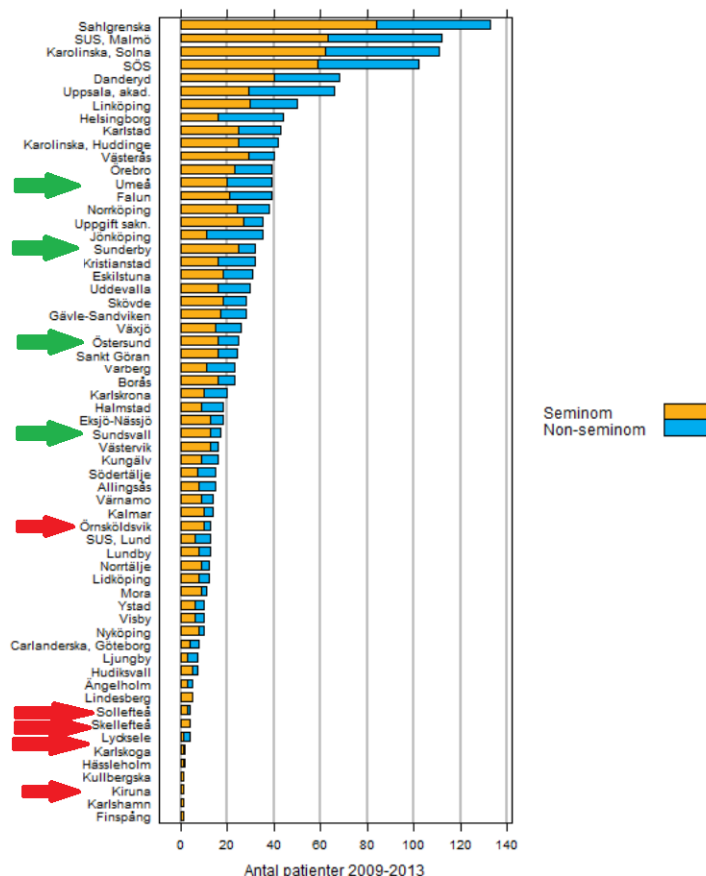
I sjukvårdsregionen bedrivs, i nära samarbete med Umeå universitet, aktiv forskning kring TC vilket hittills har utmynnat i två termin 10-arbeten (30 poäng, Läkarprogrammet/Umu). Forskargruppen har som mål att expandera forskningsprojektet samt addera retrospektiv translationell forskning och även prospektiv translationell forskning.

I planen ingår även en framtida registrering av åtminstone en (1) doktorand till projektet. Projektet beskrivs i korthet på hemsidan för DURONORR-gruppen (Decentraliserad Urologisk forskning i Norr): <http://duroren.se/> och <http://duroren.se/durogen/testikelcancer/synopsis/>.

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 norra regionen, förbättra kompetensförsörjningen och utveckla verksamheten.

Den högspecialiserade kirurgin för extensiva lymfkörtelutrymningar av cirka 40 patienter årligen nationellt är nivåstrukturerad till två nationella centra. Detta är rimligt och vi stödjer den nivåstruktureringen.



Figur 23. Antal patienter som opereras med bortagande av testikel per sjukhus 2009-2013.

Den tidigare situationen där primäroperationen (orchiektomi) utfördes på ett flertal ställen i norra sjukvårdsregionen (se beskrivningen ovan för åren 2009–2013), har i samförstånd inom den norrländska urologin sedan ett par år tillbaka, begränsats till ett länscentrum per norrlandslän/regioner – totalt fyra centra (Östersund, Sundsvall, Umeå och Sunderbyn).

Förslag till förändringar

Testikelcancer

- (a) Kompetensförstärkande åtgärder testikelcancer - Fler urologer, radiologer och patologer/BMA
- (b) Regional kontaktsjuksköterska som kan ha ett regionalt ansvar för registrering, information samt en sammanlänkande funktion i hela norra regionen. Denna kan även utgöra en kontaktyta mot allmänheten, där vikten av tidigdiagnostik bör disseminera tydligare → ju lägre cancerstadium desto mindre behov av adjuvant onkologisk terapi med dess kort- och långtidsbiverkningar (se ovan)
- (c) Nivåstrukturering/arbetsfördelning testikelcancer – Inget

- (d) Ökade möjligheter för nedfrysning av spermier preoperativt i Östersund och i Norrbotten. RVN-patienterna reser problemfritt till Umeå. Det finns i nuläget varken logistik eller känd utrustning/maskinpark för nedfrysning i Östersund eller i Sunderbyn.
- (e) En årlig, landstingssponsrad/RCC-sponsrad utbildningsdag i samarbete med enheten för urologi och andrologi, UmU, kring TC bör ordnas. Detta för dissemination av information kring SWENOTECA, riktlinjer, kvalitetsparametrar, registerresultat samt forskning och utveckling

Nivåstrukturering/arbetsfördelning

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

- Utredning/diagnostik? Svar: Nej.
- Kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling? Svar: Nej
- Cancerrehabiliterande åtgärder? Svar: Cancerrehabiliteringen måste stärkas framför allt på sexologisk/sexualmedicinsk nivå

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

- Utredning/diagnostik? Svar: Ja, ökad investering i urologkompetens i Örnsköldsvik, Lycksele, Skellefteå, Gällivare och Kalix.
- Kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling? Svar: Bibehållen god nivå av onkologin i Umeå och Sundsvall.
- Cancerrehabiliterande åtgärder? Svar: Länslokala cancerrehabiliteringsprogram bör kunna upprättas framgångsrikt i varje län med fokus på sexologi och sexualmedicin.

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 och sen upptäckt i sjukdom.

Ju fler urologer vi har, desto mer kraft och tid kommer vi att ha för att investera i cancerrehabiliteringsprogrammen dessutom. Vi kommer att kunna få bättre kontroll över registerverksamheten samt över målvärden och riktlinjer från vårdprogramgruppen och SWENOTECA. Totalt sett kan ökade investeringar i urologisk verksamhet kring TC leda till ett bättre och mer ändamålsenlig och snabbare omhändertagande. En investering i kompetens på länsdelssjukhusen.

Ökad ambulans- och helikopterverksamhet kommer *inte* att påverka vårdprocesserna för TC, på något vis. Inte heller investeringar i e-hälsa, appar med mera. ABC gäller även för problemområdet Testikelcancer: Klinisk kunskap, teoretisk förkovran, vana, arbetsplatsnärvaro, rutiner och kliniska metoder.

Kortsiktiga mål och målnivåer

Tabell 1. Sammanfattning av målnivåer för diagnos/område

Mål	Nuläge*	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Täckningsgrad för primär-registrering	96,8% (år 2018)	> 95%	2022-07-01	Via registret och intern validering
Andel spermiened-frysningar som har skett före orchiectomi	38% (totalt åren 2014–2018)	>60%	2023-12-31	Via registret och intern validering
Andel av intermediär och dålig prognosgrupp behandlas onkologiskt på regionsjukhus [NUS] (eller för Norrlands del även motsvarande: Sundsvall/Härnösand)	Okänt	>90%	2022-01-01	Via registret och intern validering
Att sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för nya testikelcancerpatienter	0%	>90%	2022-12-31	Intern utvärdering och rapportering
Andel patienter som genomgår kontralateral biopsring i samband med orchiectomi	63% (år 2018)	>90%	2022-12-31	Via registret och intern validering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt	90%	2022-12-31	Via SVF-data

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

Långsiktigt förbättringsarbete

SWOT-analys

Tabell 2. SWOT-analys för diagnos/område.

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Full följsamhet till målnivåerna i det nationella vårdprogrammet.	Urologkretsen i norra sjukvårdsregionen är enig om vikten av att stärka verksamheten kring testikelcancer i norra sjukvårdsregionen – detta i gott samarbete med onkologerna i sjukvårdsregionen.	Urologbrist och onkologbrist Brist på mottagningskapacitet. Vårdplatsbrist. Brist på OP-tider.	Möjligheterna kommer att expandera när man på länsnivå samt på regional nivå kommer till insikt att urologin dels redan nu står för 30% av all kirurgisk verksamhet (oräknat naturligtvis neurokirurgi, thoraxkirurgi, ÖNH, ögon, KK-Gyn), dels att urologin nu går in i en mycket expansiv fas i hela riket. All pågående urologisk verksamhet och alla nyinvesteringar i urologin för framtiden kommer även att ha positiva effekter för Testikelcancerpatienterna.	(1) För nyrekryteringar av seniorer måste det finnas verksamhet motsvarande kompetensnivån. Om norra sjukvårdsregionen centraliseras sönder nationellt kommer skadan att aldrig kunna repareras (2) För ST-läkarutbildning 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 sjuksköterskorna Det största hotet är den bristande insikten kring hur stort behovet är i nyinvesteringar inom all urologisk verksamhet. Ett faktiskt beting på cirka 30% kan inte hanteras med resurser motsvarande en uppfattning om att endast 15% behövs.
Regionövergripande kontaktsjuksköterska.	Samstämmighet avseende behovet, inom hela norra sjukvårdsregionen finns.	Finns det medel/budget för detta? Finns det en ambition för ett dylikt arrangemang?	En regionövergripande kontaktsjuksköterska för testikelcancer skulle även kunna omfattas av andra urologiska sällan-diagnoser (peniscancer samt urotelial cancer i de övre urinvägarna UTUC).	Det största hotet är den bristande insikten kring hur stort behovet är i nyinvesteringar inom all urologisk verksamhet. Ett faktiskt beting på cirka 30% kan inte hanteras med resurser motsvarande uppfattning om att endast 15% behövs.

