

UNDERLAG TILL REGIONAL CANCERPLAN FÖR PENISCANCER I NORRA SJUKVÅRDSREGIONEN FÖR ÅREN 2019-2021

BAKGRUND

I västvärlden utgör peniscancer en knapp halv procent av manlig cancer med en incidens varierande mellan 0,1 och 2,3 per 100 000 män och år. Inom enstaka geografiska områden kan peniscancer utgöra upp till 20 % av manlig cancer (Puerto Rico) eller nå incidenser upp till 4,6 per 100 000 män och år (Natal, Sydafrika). Även om sjukdomen är mest frekvent i högre åldrar (60-70 år) förekommer den även hos yngre män.

Dålig hygien, multipla sexualpartners och fimosis (förhudsförträngning) är de mest kända predisponerade faktorerna. Tidig omskärelse anses vara av största betydelse för att reducera risken. Humant papilloma virus (HPV) typ 16 och 18 i tumörceller har med olika tekniker kunnat påvisas vid peniscancer i upp till 80 % i vissa material, varför ett samband med HPV-infektion förmodas, men detta har ännu, definitivt ej kunnat leda i bevis.

Helt dominerande tumörform är skivepitelcancer (99 %), oftast av högre differentieringsgrad (50-60 %). Andra tumörformer (1 %) såsom basalcellscancer, maligna melanom, mjukdelssarkom och maligna lymfom förekommer - men är ovanliga.

Årligt antal nya diagnostiserade peniscancerpatienter i Sverige är i medeltal 160 patienter/år, varav norra regionen, i medeltal var 13 patienter/år (åren 2011-2016). Cirka 110-120 patienter årligen har invasiv cancer och resten så kallad cancer in situ (CIS), vilken är en non-invasiv form.

Tabell 1. Nationellt peniscancerregister. Antal peniscancerfall per mantalsskrivningslän och diagnosår, 2011-2016.

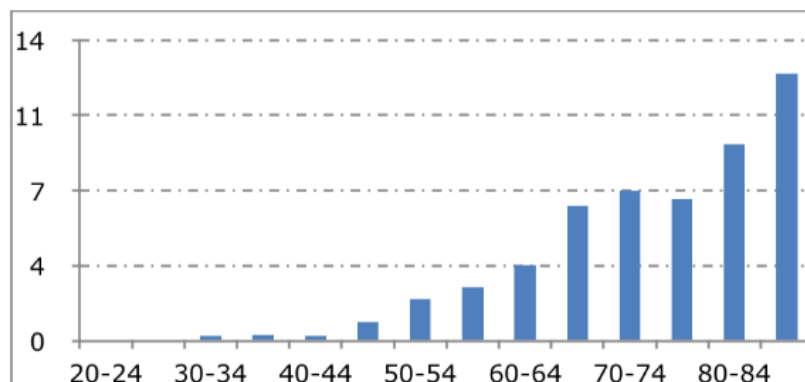
	Diagnosår						Totalt
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Mantalsskrivningslän							
Blekinge län	3	4	2	3	4	5	21
Dalarnas län	1	2	5	3	0	2	13
Gotlands län	1	1	3	0	3	1	9
Gävleborgs län	4	6	4	3	5	5	27
Hallands län	4	3	0	6	2	3	18
Jämtlands län	2	1	3	1	3	3	13
Jönköpings län	10	6	5	7	4	6	38
Kalmar län	4	4	6	4	5	3	26
Kronobergs län	8	1	5	1	3	8	26
Norrbottnens län	4	4	3	3	4	5	23
Skåne län	20	13	21	23	29	28	134
Stockholms län	46	37	32	33	35	36	219
Södermanlands län	2	5	3	2	2	8	22
Uppsala län	4	2	2	5	3	4	20
Värmlands län	5	4	4	7	5	6	31
Västerbottens län	2	2	3	1	6	4	18
Västernorrlands län	7	3	5	0	3	4	22
Västmanlands län	5	6	7	2	7	7	34
Västra Götalands län	35	22	19	26	39	38	179
Örebro län	3	3	4	3	6	5	24
Östergötlands län	6	9	15	7	6	5	48
Totalt	176	138	151	140	174	186	965

Peniscancerincidens i norra sjukvårdsregionen åren 2011-2016: 13 patienter/år

Källa: omarbetat ur:

https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/peniscancer/kvalitetsregister/arsrapport_nat_kvalitetsreg_penisca_2017-10-06.pdf

Åldersfördelning



Peniscancer är vanligast i högre åldrar, med en kraftigt stigande incidens efter 60 år. Medelåldern vid diagnos ligger på 66 år. Peniscancer även hos yngre män och drygt 7 procent av patienterna i Sverige är yngre än 40 år vid diagnos, med även enstaka män i 20-årsåldern.

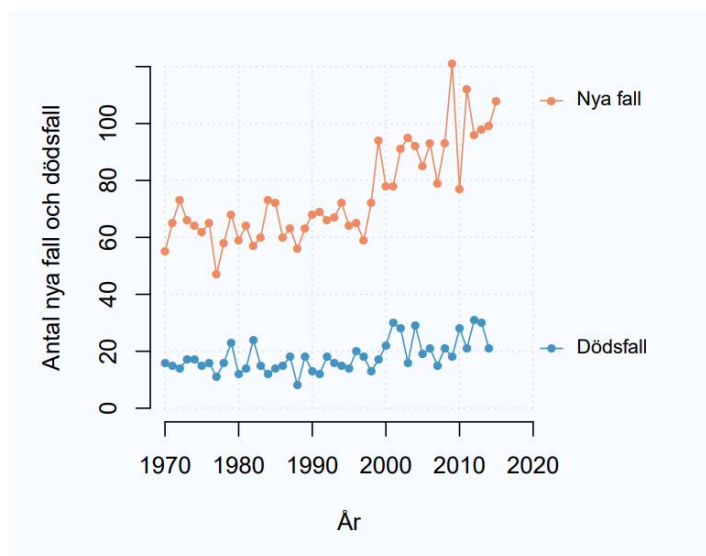
Källa: <https://www.cancercentrum.se/syd/cancerdiagnoser/penis/vardprogram/gallande-vardprogram/3.-bakgrund-och-orsaker/>

Överlevnad

I den svenska dödsorsaksstatistiken angavs peniscancer som underliggande dödsorsak för i genomsnitt 21 män per år under åren 2000–2013. För norra sjukvårdsregionens del så skulle detta kunna approximeras till cirka **2 män per år** med peniscancer som dödsorsak.

Den relativa 5-årsöverlevnaden för patienter diagnostiserade med invasiv tumör under åren 2000–2012, var 73 procent.

Källa: <https://www.cancercentrum.se/syd/cancerdiagnoser/penis/vardprogram/gallande-vardprogram/3.-bakgrund-och-orsaker/>



Figur 3. Nationellt peniscancerregister. Antal nya fall av invasiv peniscancer (exklusive Tis) 1970-2015 samt dödsfall av peniscancer 1970-2014 i Sverige, .

Källa: Socialstyrelsen (nya fall), www.socialstyrelsen.se, respektive NORDCAN (dödsfall), www.anccr.nu

Källa: https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/peniscancer/kvalitetsregister/arsrapport_nat_kvalitetsreg_penisca_2017-10-06.pdf

Aktuell process Peniscancer norra sjukvårdsregionen

Incidensen i norra regionen är cirka 13 patienter per år. Det finns inga beskrivna prevalenssiffror i nationell statistik, men man kan approximera att cirka 120-150 patienter lever med peniscancer i norra sjukvårdsregionen. Den aktuella processen, i stora drag, är att patienterna i norra regionen remitteras/konsulteras för bedömning till NUS/Umeå för att där sekundärbedömas. Därefter diskuteras nyupptäckta fall på den nationella MDKn (varje vecka). Vid behov av radikalt syftande kirurgisk behandling så remitteras patienterna vidare för åtgärd vid ett av två nationella centra efter MDK-beslut. Onkologisk preoperativ terapi, för enstaka patienter, erbjuds på något av norra regionens båda onkologkliniker (RVN/Sundsvall-Härnösand eller Cancercentrum/NUS/Umeå). Vid behov av palliativ onkologisk terapi, likaså.

Konsekvenser av nivåstrukturering, nu och i framtiden.

I den nationella styrgruppen och vårdprogramgruppen för Peniscancer hade landets ledande peniscancerurologer arbetat många år för en nivåstrukturering av peniscancerkirurgin till 6 nationella centra och det var det faktiska utgångsläget när SKL och RCC i samverkan inledde arbetet för ytterligare nationell nivåstrukturering.

Vid den tidpunkten var alltså inte utgångsläget 36 nationella centra, vilket lite förvånande har framförts initialt i informationen till både allmänhet och till beslutsfattare. I samband med att diskussionerna påbörjades stod det klart att 4/6 nationella centra önskade uttryckligen behålla just den, av den behandlande professionen, strävsamt framarbetade uppdelningen och likaså centraliseringen till 6 nationella centra.

I nuläget har vi dock 2 (två) opererande centra nationellt. Konsekvenserna för fyra av landets sex regionala centra har blivit mindre bra eller snarare inte alls bra. Det finns numera inget eller ett försvinnande intresse för diagnosgruppen och den professionella entusiasmen är i det närmaste helt borta i norra sjukvårdsregionen. Upprepad direktkommunikation mellan processansvarig i Norra med processansvarig i Stockholm/Gotland, visar att så även är fallet på landets största center.

Rikets två största storstadsområden med sammanlagt närmare 4 miljoner invånare kommer inom en överskådlig framtid inte ha någon urologisk kompetens med specialinriktning på området.

Umeå universitet/Södersjukhuset/KIs spjutspetsforskning har kraftigt bromsats ned, och kommer att nödgas ta omvägar för att överhuvudtaget kunna bedrivas (se separat rubrik).

I samråd med företrädare från två (2) av de övriga nationella regionerna/centra, utöver Norra/NUS/Umeå, önskar vi att man från centralt håll omvärderar situationen och öppnar upp för **fyra (4) opererande nationella centra**. Ett samarbete mellan Umeå och Stockholm skulle då kunna utformas, där norra regionen tillsammans med Stockholm/Gotland skulle kunna ha ett sammantaget ansvarsområde och där den högspecialiserade kirurgin skulle kunna utföras i Stockholm.

Därvidlag så skulle man kunna bygga upp en kader av yngre kollegor ifrån norra regionen, vilka fattar intresse för diagnos/processområdet och med regelbundenhet skulle kunna beredas plats vid Södersjukhuset för nödvändig medverkan vid kirurgin - detta ytterst för att kunna bli förkovrade i hela ämnet samt driva peniscancerverksamhet med god styrka och etablerad kunskap i norra sjukvårdsregionen. En regelbunden medverkan vid en sådan nygammal enhet vid Södersjukhuset skulle därmed på sikt också borge för en bevarad gedigen kirurgisk kunskap i handläggning av komplikationer efter radikalt syftande kirurgi. Komplikationer kan uppstå långt efter direkt postoperativ vård följande primär radikalt syftande kirurgi - detta när patienterna långt senare befinner sig på hemmaplan i något av de fyra norrlandslänen, och bör kunna hanteras professionellt och

adekvat inom norra sjukvårdsregionen (läs NUS/Umeå), utan att patienterna ånyo ska flygas till Närke eller Skåne upprepade gånger.

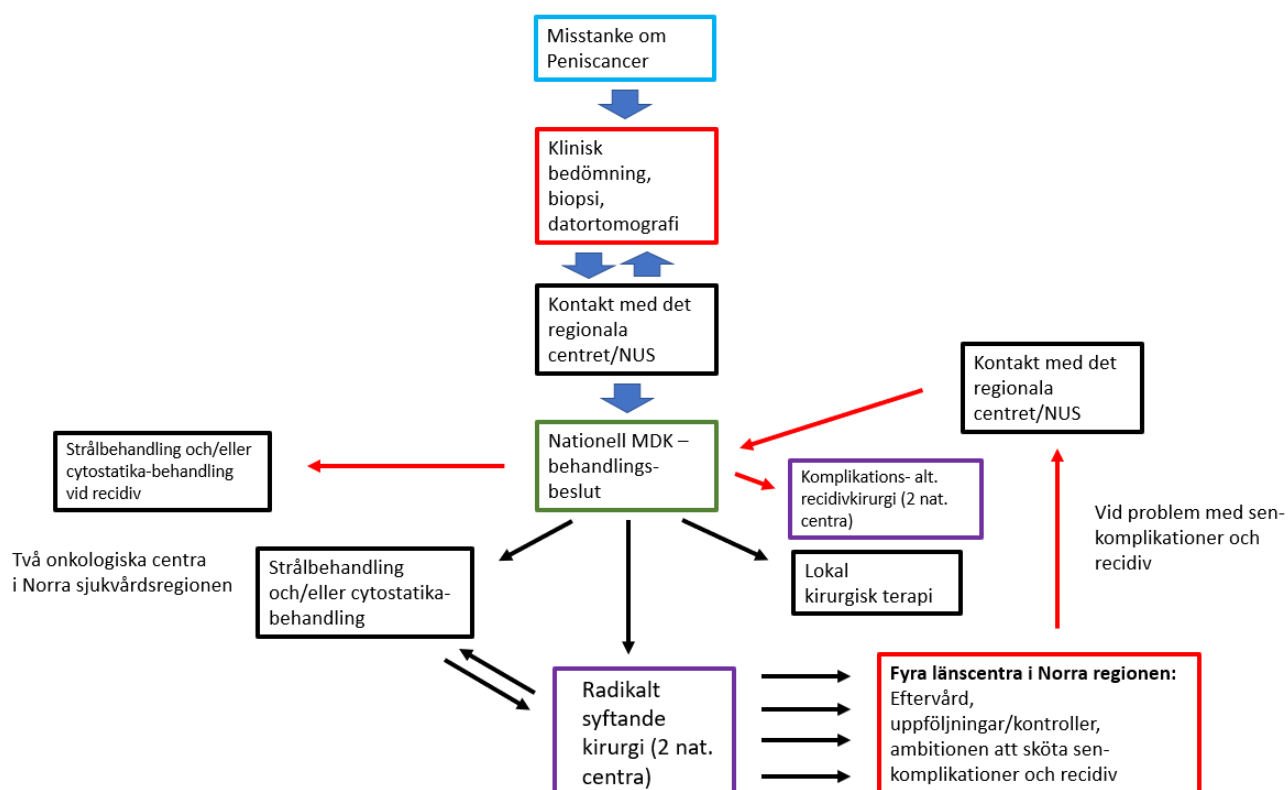
En önskad utveckling med ytterligare två nationella centra skulle inte stå i motsats till nationell MDK eller övrig nationell samordning i de nuvarande formerna, då Stockholms/Norra-regionen centret skulle vara en av fyra nationella centra.

Aktuella SVF-data (se nedan under rubriken *SVF - Standardiserade vårdförlopp*) visar inte att nivåstruktureringen till två nationella centra har inneburit några kortare ledtider - tvärtom: Endast 1/3 av patienterna håller maximal ledtid vid det ena centret och endast 1/5 vid det andra centret - detta kan uppfattas som inte helt optimalt. Det finns goda förutsättningar för att förbättra ledtidsproblematiken och SVF-siffrorna om man expanderar till fyra (4) opererande nationella centra enligt ovan.

Ett föreslaget nationellt Norra/Stockholm-center skulle uppskattningsvis kunna handlägga ett fyrtiotal (40) patienter årligen med invasiv peniscancer, inklusive de flesta vilka tarvar radikalkirurgi med sentinel node-detektion. Detta är en mycket *god volym* både nationellt och internationellt.

Möjligheterna för Umeå universitet/Södersjukhuset/KI att vidmakthålla/expandera de translationella forskningsstudierna vid en sådan föreslagen utveckling kan inte undervärderas.

Kort översikt över handläggning/utredning/process



Sjukdomsutveckling, vårdkedja och vårdprocess

Patienten söker med blödning och/eller infektion lokalt. Remitteras till urolog från PV eller akutmottagning. Urolog på länscentrum bedömer tar en biopsi (och oftast) utför en omskärelse/circumcisio. Kontakt/kommunikation med regionalt center samt fotodokumentation. Vid misstanke om invasiv cancer kompletteras med kontrastförstärkt datortomografi av buk och thorax. Patienten diskuteras på nationell MDK där man beslutar om eventuella kompletteringar (för vissa patienter PET-CT) samt beslutar om endast lokal terapi (icke-invasiv cancer) eller remiss till ett av två nationella center för radikalt syftande kirurgi. Beslut tas även om patienten skulle vara betjänt av preoperativ cytostatika-behandling (vilken kan erbjudas regionalt i Sundsvall/Härnösand eller vid Cancercentrum/NUS/Umeå). Enstaka patienter passar bättre för strålterapi. Efter radikalt syftande kirurgi återgår patienterna till resp. länscentra för uppföljning och kontroller. Kommunikation upprätthålls med regionalt ansvarig urolog vid NUS/Umeå. Sena komplikationer och/eller recidiv handläggs primärt i samråd med regionalt ansvarig urolog vid NUS/Umeå för att sedan dryftas på nationell MDK. Vid behov av palliation finns enligt ovan regional onkologisk kompetens. Vid behov av recidiv-kirurgi så ska den, efter MDK-värdering vid ett av två nationella centra.

Palliation

Palliativ onkologisk terapi bereds vid de båda onkologiska enheterna i norra sjukvårdsregionen; Sundsvall/Härnösand (RVN) och Cancercentrum/NUS/Umeå (VLL).

Cancerrehabilitering

Vid NUS/Umeå (Kirurgcentrum, urologsektionen) finns regionens 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 peniscancer.

ORGANISATION

Nödvändig kompetens för Peniscancer

- Kunskap och skicklighet måste finnas för att korrekt värdera suspekt peniscancer i alla fyra norrlandslän. Verksamheten förutsätter personella resurser både i primärvården (PV) och urologisk öppenvård. Resurstillgång till mottagningsverksamhet, labresurser, patolog, cytolog och bild&funktion är nödvändig.
- Kirurgisk kunskap och skicklighet måste finnas för att utföra circumcisio och primär px.
- Onkologisk kompetens måste finnas i norra regionen för att kunna handlägga patienterna med neoadjuvant kemoterapi samt även adjuvant/palliativ onkologisk terapi (cytostatika samt strålbehandling). Det senare även för några urologiska enheter i regionen. Detta förutsätter både onkologiska öppenvårds- och slutenvårdsresurser, utrustning och onkologiska mediciner. Den onkologiska bedömningsförmågan i norra regionen, för patienter med avancerad cancer måste vara på nationell nivå.

Preventiva åtgärder för Peniscancer

Det finns en klassisk prevention: circumcisio (manlig omskärelse) i tidig ålder. Det är inte något som praktiseras i Sverige och är därför endast en hypotetisk uppställning. Man kan förvänta sig att omskurna Judar och Muslimer bosatta i norra regionen, kommer att ha en incidens av nästan 0 (noll) för peniscancer - även i framtiden. Näst bäst är lokal hygien i den genitila sfären - oklart om sjukvården kan påverka detta annat än genom information utgående primärt från primärvården och skolhälsovården.

Primärvårdens roll för vägen in för Peniscancer

PV spelar stor roll i initialskedet då de flesta patienter söker initialt via sina husläkare. Det bör finnas en liberal inställning för remiss till urologisk enhet. Informationsverksamheten kring god hygien är också av vikt.

Primärvårdens roll för vägen ut Peniscancer

Ingen roll.

Urologisk kompetensförsörjningsbrist nu och fem år framöver för Peniscancer

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 NLL och i VLL). Vi uppskattar att det i dagsläget saknas 20 urologer [samtliga kompetensnivåer] i hela regionen med en arbiträr fördelning på VLL; (saknas 10), NLL; (saknas 6), RVN; (saknas 5) och RJH; (saknas 4). Till detta saknas det onkologer (oklar siffra), mottagningsjuksköterskor - kort sagt det saknas urologisk öppenvårdskapacitet. Läget avseende den urologiska kompetensförsörjningen i norra 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
- idag och inom 5 år baserat på dagens åldersstruktur? **Svar:** Patologer och BMA inom patologi

Åtgärder för att stärka vårdkedjorna för Peniscancer

RJH: Fler urologer och utökad poliklinisk mottagningsverksamhet

RVN: Fler urologer och utökad poliklinisk mottagningsverksamhet. Utökad verksamhet i Sollefteå och Örnsköldsvik för att kunna göra korrekta bedömningar

VLL: Fler urologer och utökad poliklinisk mottagningsverksamhet. Utökad verksamhet i Sollefteå och Skellefteå för att kunna göra korrekta bedömningar

NLL: Fler urologer och utökad poliklinisk mottagningsverksamhet. Utökad verksamhet i Gällivare och Kalix för att kunna göra korrekta bedömningar

Avseende Onkologin: Fler Onkologer

Avseende Patologin: Fler Patologer och BMA inom patologi

RESULTAT I REGIONEN

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

Dessa områden bör regelbundet redovisas enligt nationellt vårdprogram (2016) [övergripande kvalitetsindikatorer från Socialstyrelsen]:

- 5 års överlevnad vid cancersjukdom
- Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister
- Deltagande (inkluderad) i strukturerad behandlingsstudie
- Bedömning vid multidisciplinära konferenser
- Fullständigt, strukturerat PAD-svar efter operation
- Strukturerad bedömning av illamående vid cytostatikabehandling
- Strukturerad bedömning av hälsorelaterad livskvalitet
- Strukturerad skattning av smärta vid insättande och förändring av behandling
- Uppföljning av symtom inom sex månader efter cancerdiagnos av sjuksköterska
- Tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska

Källa: <https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/peniscancer/vardprogram/nvp-peniscancer-2016-04-05.pdf>

- **5-årsöverlevnaden *norra regionen versus Riket*:** Data saknas
- **Täckningsgraden:** Var god se nedan

Tabell 3. Nationellt peniscancerregister. Täckningsgrad (%) för primärbehandlingsblankett relativt anmälningsblankett, diagnosår 2011-2016.

	Diagnosår						Totalt
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Sjukvårdsregion							
Stockholm/Gotland	100	100	100	100	90	66	93
Uppsala/Örebro	96	100	100	100	93	74	92
Sydöstra	100	100	100	100	100	79	97
Södra	100	100	100	96	97	93	97
Västra	100	100	100	94	95	77	93
Norra	100	100	100	100	75	50	84
Totalt	99	100	100	98	93	76	94

Källa: https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/peniscancer/kvalitetsregister/arsrapport_nat_kvalitetsreg_penisca_2017-10-06.pdf

Täckningsgraden nationellt i det nationella peniscancer-registret är 94 % (totalt för år 2016). För norra regionens del sjunker täckningsgraden drastiskt från tidigare 100 % (åren 2011-2014) till 75 % (år 2015) och till 50 % (år 2016). Samma trend ser vi hos landets två största centra; Stockholm/Gotland & VGR - vilka sammantaget har primära upptagningsområden om cirka 4 miljoner invånare.

- **Deltagande (inkluderad) i strukturerad behandlingsstudie:** Någon sådan studie finns inte nationellt. Umu/Södersjukhuset/KI-gruppen planerar, som en extension av den pågående tumörimmunologiska studien att flytta en kommande tumörimmunologisk behandlingsstudie helt utanför landets gränser i samarbete med internationella aktörer. Förutsättningar att fortsätta nationellt finns inte i nuläget.
- **Bedömning vid multidisciplinära konferenser:** Norra regionen medverkar vid samtliga veckovisa nationella MDK-tillfällen
- **Fullständigt, strukturerat PAD-svar efter operation:** Information/data om detta saknas ännu
- **Strukturerad bedömning av illamående vid cytostatikabehandling:** Information/data om detta saknas ännu

- **Strukturerad bedömning av hälsorelaterad livskvalitet:** Information/data om detta saknas ännu
- **Strukturerad skattning av smärta vid insättande och förändring av behandling:** Information/data om detta saknas ännu
- **Uppföljning av symtom inom sex månader efter cancerdiagnos av sjuksköterska:** Information/data om detta saknas ännu
- **Tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska:** Norra sjukvårdsregionen saknar namngiven kontaktsjuksköterska för peniscancer

Överlevnad i norra regionen jämfört mot övriga sjukvårdsregioner

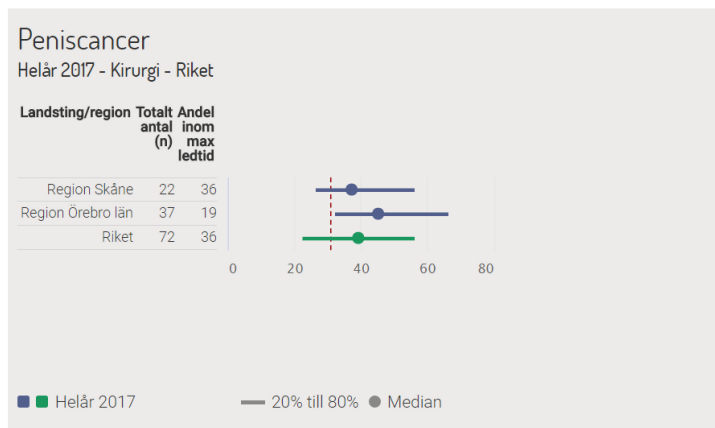
Se ovan - data saknas regionvis.

Följsamhet till registerarbete

Den mycket entusiastiska kollega som tidigare handlade större delar av registerarbetet på *obetald fritid* har nu dragit ned på ambitionsnivån, vilket tydligt märks i ovanstående rapport. Vederbörande kommer att dessutom gå i pension om några år. Den skriande bristen på urologer i norra sjukvårdsregionen, inte minst inom VLL samt NUS/Umeå, gör inte saken enklare - något utrymme att finna ersättare känner undertecknad inte till. Se även tabellen på sid 6 ovan.

SVF - Standardiserade vårdförlopp

Den maximala ledtiden enligt SVF är 31 dagar för kirurgi, 27 dagar för läkemedel och 17 dagar för palliativ symtomlindrande behandling. Det redovisas inga SVF-data för norra sjukvårdsregionen. De data som redovisas är för de två opererande nationella centra (Skåne resp. Örebro).



För år 2017 redovisas att 36 % hann med radikal kirurgi inom maximal leddid (31 dagar) vid Region Skåne och 19% vid Region Örebro län. Siffror för läkemedel samt för palliativ symtomlindrande behandling återfinns inte.

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

Att endast 1/3 av patienterna håller maximal leddid vid det ena centret och att endast 1/5 vid det andra centret, kan uppfattas som inte helt optimalt.

Vetenskap och forskning

Den för tillfället blockerade forskningen, som utgår från Umeå universitet/Södersjukhuset/KI, har i ett presenterat arbete (*Immune responses against autologous tumor and human papilloma virus in lymph*

nodes from patients with penile cancers) vilket ligger i pipeline för publikation, påvisat en klar anti-tumoral immuninduktion i regionala lymfknutor, vilken kan upprätthållas och förstärkas dosberoende med hjälp av Gardasil® i autologa T cellsodlingar. Detta utgör en möjlig utveckling för autolog T cellsterapi samt etablerar dessutom ett samband mellan HPV-infektioner och peniscancer. Arbetet har legat som bilaga till förfrågan från Socialstyrelsen i ett remiss-svar från Svensk Urologisk Förening (SUF) avseende ett vaccinationsprogram även för småpojkar (Ref: *HPV-vaccination av pojkar i det nationella vaccinationsprogrammet*. Diarienummer: **S2017/05380/FS**).

I en annan publikation som också ligger i pipeline (i det närmaste accepterad), så redovisar gruppen för en helt ny metod för diagnostik av mikrometastaser vid peniscancer. Metoden är mer träffsäker än gängse rutinpatologi och kan bana väg för en betydligt skarpare och mer sannfärdig körteldiagnostik i framtiden (*Detection of micro-metastases by flow cytometry in Lymph Nodes from patients with penile cancer*).

Forskargruppen Umeå/Södersjukhuset/KI har tagit beslut om att, under rådande omständigheter, fortsätta forskningen **utanför landets gränser**. Tre centra utomlands befinner sig i olika faser av påbörjat samarbete. Det saknas för närvarande helt och hållet praktiska och samarbetsmässiga förutsättningar för att kunna bedriva denna spjutspetsforskning nationellt.

FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR

Peniscancer

- (a) Kompetensförstärkande åtgärder Peniscancer - Fler urologer, onkologer, 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 stympande kirurgi samt neoadjuvant alt. adjuvant onkologisk terapi med dess kort- och långtidsbiverkningar.
- (c) Nivåstrukturering/arbetsfördelning peniscancer: inget regionalt, däremot införande nationellt med fyra (4) nationella centra som utför radikalt syftande kirurgi.
- (e) En årlig, landstingssponsrad/RCC-sponsrad utbildningsdag i norra sjukvårdsregionen, i samarbete med enheten för urologi och andrologi, Umu, kring peniscancer bör ordnas. Detta för dissemination av information kring 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

- i) utredning/diagnostik? **Svar:** Nej.
- ii) kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling? **Svar:** Nej, tvärtom nationellt avseende den radikalt syftande kirurgin - se ovan
- iii) cancerrehabiliterande åtgärder? **Svar:** Cancerrehabiliteringen måste stärkas framförallt på sexologisk/sexualmedicinsk nivå

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

- i) utredning/diagnostik? **Svar:** Ja, ökad investering i urologkompetens i Sollefteå, Örnsköldsvik, Lycksele, Skellefteå och Gällivare (i viss mån även Kalix)
- ii) kirurgisk, medicinsk eller onkologisk behandling? **Svar:** Ja, ökad förstärkning av onkologin i Umeå och Sundsvall
- iii) 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 den urologiska öppenvården kommer att förbättra den urologiska tillgängligheten, få ned ledtiderna (inom SVF) 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 cancer-rehabiliteringsprogrammen dessutom. Vi kommer att kunna få bättre kontroll över registerverksamheten samt över målvärden och riktlinjer från vårdprogramgruppen. Totalt sett kan ökade investeringar i urologisk verksamhet kring peniscancer leda till ett bättre och mer ändamålsenlig och snabbare omhändertagande. En investering i kompetens på länsdelssjukhusen är också viktig.

Ökad ambulans- och helikopterverksamhet kommer *inte* att påverka vårdprocesserna för peniscancer, på något vis. Inte heller investeringar i e-hälsa, appar med mera. ABC gäller även för problemområdet peniscancer: Klinisk kunskap, teoretisk förkovran, vana, närvaro, 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	50 %	> 95 %	2019-07-01	Via registret och intern validering
Tillgång till en regional kontaktsjuksköterska knuten till Kirurgcentrum/NUS	0 %	100 %	2020-01-01	Intern utvärdering
Måluppfyllelse av SVF-ledtider (andel inom max ledtid)	Okänt avseende norra regionens patienter	70 % utredda enl. SVF och 80 % inom tidsintervallen	2019-12-31	Via SVF-data
Att sexualmedicinska rehabiliteringsprojekt organiseras i hela regionen för tidigare och nya peniscancerpatienter	0 %	>90 %	2019-12-31	Intern utvärdering och rapportering

LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

SWOT-ANALYS

Beskriv kort för respektive målnivå:

Vad finns det för **styrkor** och **svagheter inom våra egna organisationer** på landstings- och sjukvårdsregional nivå som påverkar möjligheten att lyckas med de förändringar ni föreslår? Vilka **yttre faktorer** finns det som kan gynna (**möjligheter**) eller försvåra (**hot**) att genomföra era förslag?

Vad ser ni för **möjligheter att spara resurser genom ändring** och vilka **eventuella fördyringar ser ni**? Det är viktigt att det vi föreslår inte bara är kostnadsdrivande utan strävar efter att på sikt vara kostnadsneutralt eller resursbesparande.

Tabell 2. SWOT-analys för diagnos/område.

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Full följsamhet till målnivåerna i det nationella vårdprogrammet	Vi är enade inom urologkretsen i norra om vikten av att stärka verksamheten kring peniscancer i norra regionen – detta i gott samarbete med onkologerna i regionen	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) och 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 peniscancerpatienterna.	(1) För nyrekryteringar av seniorer så måste det finnas verksamhet motsvarande kompetensnivån. Om norra regionen centraliseras sönder nationellt så kommer skadan att 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 sjuksköterskorna Det största hotet är den bristande insikten kring hur pass stort behovet är i nyinvesteringar inom all urologisk verksamhet. Ett faktiskt beting på cirka 30 % kan inte hanteras med

				resurser motsvarande en oriktig och missvisande uppfattning om att endast 15 % behövs.
Fyra (4) nationella centra som utför radikalt syftande kirurgi	Samstämmighet avseende behovet, inom hela norra regionen finns redan sedan 3 år tillbaka (samt med två andra regioner i landet)	Att engagera nya urologer i verksamheten, vilka ska vara beredda att resa med viss regelbundenhet till ett nytt center i Södersjukhuset	Detta skulle kunna utgöra ett fantastiskt uppsving för peniscancerpatienterna i norra region - samt om det går igenom - även för patienterna inom SLL och VGR	Hotet är redan genomfört. Önskemålet passar inte in med andra, aktörers (icke-klinikers) ambitioner