

## UNDERLAG TILL REGIONAL CANCERPLAN FÖR PROSTATACANCER I NORRA SJUKVÅRDSREGIONEN

### BAKGRUND

#### *Prostatacancer – en del av urologin och onkologin som helhet*

Kraven på utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering av prostatacancerpatienter har ökat under de senaste åren. Införandet av lokala och regionala processledare, standardiserade vårdförlopp (SVF) samt nationella prostatacancerregistrets (NPCR) öppna redovisning av målnivåer bidrar till att sätta fokus på vårdens kvalitet och tillgänglighet. Införandet av kontaktssjukköterska, min vårdplan, ökat deltagande i multidisciplinär konferens (MDK), utökade inrapporteringsformulär till NPCR, införandet av magnetkameraundersökning (MR) vid aktiv monitorering etc. syftar till ökad kvalitet och ökad jämlikhet i verksamheten kring prostatacancer i norra regionen. Det aktuella införande av e-PROM kommer att bidra med data som ökar möjligheten att bedöma *behandlingskvalitet* istället för *behandlingskvantitet*. Tyvärr har samtidigt den administrativa bördan på de urologiska och onkologiska enheterna ökat. När det gäller väntetider till utredning upprätthålls en acceptabel nivå för patienter med misstänkt urologisk cancer, det finns dock utrymme för förbättring, speciellt om stipulerade ledtider inom SVF ska hållas i högre utsträckning. Däremot har köerna för att komma till en urolog ökat för patienter med godartade sjukdomar och ligger i många fall långt över vårdgarantins tremånadersgräns. Dessutom har väntetiden till operation för benigna åkommor ökat under den senaste femårsperioden, inte minst pga. vårdplatsbrist. Sammanfattningsvis har urologisk mottagningskapacitet, operationskapacitet och administrativ kapacitet förskjutits till fördel för cancerpatienterna. Det övergripande målet för den urologiska sjukvården i regionen måste därför vara att bibehålla och utveckla kvaliteten i cancersjukvården i samarbete med onkologerna samtidigt som kapacitet återställs för att ta hand om basal urologi. Det bästa sättet att åstadkomma detta är att utveckla mottagningsverksamheten, utbilda fler urologer, anställa fler mottagningsköterskor som kan avlasta urologerna, anställa fler sekreterare och koordinatörer som både kan avlasta mottagningsköterskorna och urologerna, satsa på forskning och utveckling för att skapa en dynamisk miljö som kan attrahera nya medarbetare och inte minst, värna om avdelningspersonalens arbetsmiljö så att en tillräcklig avdelningskapacitet kan återställas så att planerade operationer kan genomföras.

Inom den onkologiska vården utgör prostatacancer en stor andel av patienterna. För kurativ behandling har det under de senaste två åren kommit data som visar att hypofraktionerad strålbehandling, färre men lite större stråldoser, kan ge samma effekt som den konventionellt fraktionerade behandlingen. Det har öppnat upp utrymme på strålbehandlingsavdelningarna då patienterna inte behöver vara där lika många veckor och är dessutom positivt ur ett väntetidsperspektiv. Ytterligare hypofraktionering väntas komma inom snar framtid.

#### *Incidens och prognos*

I norra regionen diagnosticeras ca 1000 fall av prostatacancer varje år vilket motsvarar ca 15 % av det totala antalet cancerfall i vår region. Antalet har ökat från ca 800 per år för 20 år sedan. Ökningen beror i första hand på två faktorer. För det första har antalet män i diagnostisk ålder ( $\geq 50$  år) ökat med 16 % i regionen under perioden och för det andra har användningen av prostataspecifikt antigen (PSA-test) ökat. PSA infördes i Sverige i början av 90-talet och nationella data talar för att minst hälften av män i övre medelåldern har tagit sitt

PSA-värde trots att screening för närvarande inte rekommenderas av Socialstyrelsen. Det är oklart hur stor andel av män i norra regionen som testat sitt PSA.

Under de kommande fem åren beräknas antalet fall av prostatacancer att kvarstanna på en oförändrad nivå i regionen. Antalet män över 50 år kommer inte att fortsätta att öka, möjligen kan systematisk PSA-testning bidra till en pukeleffekt vid ett eventuellt införande eftersom medianåldern för första PSA-test då skulle sjunka drastiskt.

Prostatacancer delas in i riskgrupper. Ca 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 regionen. 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.

### *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 biopsier av prostatan ska tas och 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 för att bedöma om några tumörer kan ha missats vid biopsieringen. Vi eventuella fynd av tumorsuspekta 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 och 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 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 regionen. Vid behov kan andra yrkesgrupper som kurator, dietist eller sjukgymnast kopplas in för att bedöma specifika problem. 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.

### *Prevention, cancerrehabilitering och palliativ vård*

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

sojaböner, tomater, kålväxter och lök etc. skulle kunna verka skyddande. 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. 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.

När det gäller cancerrehabilitering så finns hög kompetens avseende vattenkastningsbesvär, urinläckage och sexuell rehabilitering på de urologiska enheterna i regionen. Ca 40 % av prostatacancerpatienterna genomgår operation eller strålbehandling. 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. 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.

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.

Palliativ vård för prostatacancerpatienter ges vid samtliga enheter i regionen och är av mycket stor betydelse för patienterna. Ca 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 länsdelsjukhus eller i förekommande fall på hospice. Efter centralisering av kirurgisk akutsjukvård från Sollefteå till Sundvall har tyvärr möjligheten att erbjuda inneliggande vård i livets slutskede för prostatacancerpatienter i Sollefteå minskat. Förhoppningsvis kan kapacitet för detta ändamål återställas under 2019–2021.

## **ORGANISATION**

### *Primärvårdens roll*

Primärvården har i nuläget stor betydelse för tidig upptäckt av prostatacancer och basal diagnostik innefattande PSA, per rektumundersökning, sjukhistoria inklusive hereditet samt bedömning om SVF-remiss ska användas. För övriga primärvårdsuppgifter, se Tabell 1. Enligt socialstyrelsen har alla män rätt att testa sitt PSA efter att ha tagit del av information om för och nackdelar. Fortfarande förekommer dock att patienter av oklar anledning nekats att ta PSA-prov vid sina hälsocentraler. Den urologiska specialiteten måste fortsätta att kommunicera gällande riktlinjer mot primärvården så att problemet elimineras. De flesta som diagnosticeras via PSA-prov har en botbar sjukdom. Ibland diagnosticeras patienter som söker

## Bilaga 2 U Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

primärvård pga. skelettmärtor eller allmänna cancersymptom, då är sjukdomen i regel inte botbar.

Socialstyrelsens screeningutredning är för närvarande på remiss. Ett eventuellt införande av screening kommer att förändra primärvårdens roll och drastiskt minska antalet män som spontant söker för att ta PSA-prov.

Patienter med metastaserad sjukdom i stabilt skede eller patienter som behandlas med hormoner för lokaliserad prostatacancer utan kurativ intention kan skötas på välfungerande primärvårdsenheter förutsatt att tydliga riktlinjer kommunicerats från urolog eller onkolog om när återremiss till specialistvården ska ske. Det är olämpligt att överlåta till patienterna att själva hålla rätt på sina kontrollintervall och det är olämpligt att sköta uppföljning på enheter där kontinuitet i personaltillgången saknas.

*Tabell 1, Nödvändiga resurser i olika delar av vårdprocessen samt vilka uppgifter som ligger på patient-, primärvårds- och sjukhusnivå.*

	Tidig upptäckt	Diagnostik	Operation	Strålbehandling	Icke kurativ behandling	Rehabilitering	Palliation
<b>Kompetenser</b>	Allmänläkare	Allmänläkare, Urolog, Kontakt-sköterska, Uroterapeut, Koordinator, Radiolog, Röntgensjuk-sköterska, Patolog, Patologisköterska	Urolog, Op-koordinator, Narkosläkare, Narkosköterska, Operations-sköterska, Undersköterska på operation, Avdelnings-sköterska och -undersköterska	Onkolog, Onkolog-sköterska, Strålfysiker, Dosplanerare, Ingenjör, Kontakt-sköterska	Urolog, Onkolog, Kontakt-sköterska, Koordinator	Kontakt-sköterska, Uroterapeut, Sexolog, Urolog, Kurator, Dietist, Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Kirurg, Smärtspecialist, Psykolog, Koordinator	Onkolog, Urolog, Kontaktsköterska, Uroterapeut, Kurator, Dietist, Sjukgymnast, Arbetsterapeut, Biståndshandläggare, Smärtspecialist
<b>Teknisk utrustning, Övrig resurs</b>	Kemlab,	Transrektalt ultraljud/biopsier, Patologlab, MR-kamera, CT, PET, Scint	Operationsavdelning, Vårdavdelning	Linjäraccelerator, MR-kamera, CT, Mjukvara för dosplanering	Radiologi	-	Vårdavdelning
<b>Patientmedverkan</b>	PSA-prov efterfrågas	Sjukhistoria och ärftlighet. Skattningskalor för miktion och sexualitet	Rökstopp, minimera alkoholintag	Optimera kost för god tarmfunktion	Rökstopp, kost och motion för att minska komplikationsrisken	Åtgärder i dialog mellan patient och behandlare. God följsamhet.	Möjlighet att systematiskt skatta sina behov avseende smärta, illamående osv.
<b>Primärvård</b>	Alla hälsocentraler	Basal utredning	Ev. rökstopp	-	I vissa fall uppföljning i stabil sjukdomsfas	I vissa fall dietist, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut	Varierande
<b>Länsdels-sjukhus</b>	-	Komplett utredning Alla utom Sollefteå	-	-	Alla utom Sollefteå	Basal nivå hos alla utom Sollefteå	Alla utom Sollefteå
<b>Länssjukhus</b>	-	Komplett utredning Sundsvall, Sunderbyn, Östersund,	Sundsvall (öppen teknik) Östersund (robot) (ej salvage)	Sundsvall (ej brackyterapi)	Sundsvall, Sunderbyn, Östersund	Avancerad utredning och behandling. Sundsvall, Sunderbyn, Östersund	Sundsvall, Sunderbyn, Östersund
<b>Universitets-sjukhus</b>	-	Komplett utredning + PET NUS	NUS (robot) (ej salvage)	NUS (ej brackyterapi)	NUS	NUS (Sfinkerprotes - och uretrakirurgi)	NUS

### Nivåstrukturering

Tabell 1 sammanfattar vilka delar av prostatacancersjukvården som sköts i primärvård, på länsdellssjukhus, länssjukhus och vid Norrlands universitetssjukhus. Hur många patienter som

utreds är oklart. Enligt data från SIGNE-databasen, där alla patienter som utreds enligt SVF registreras, leder ca 35–40 % av SVF-utredningarna till en prostatacancerdiagnos. Detta skulle innebära att ca 3000 utredningar genomförs i norra regionen varje år. Med tanke på det stora antalet fall är det rimligt att diagnostik motsvarande SVF-block A-F utförs på de flesta länsdelssjukhus. I utredningen ingår då förutom förnyat PSA-prov även värdering av erektion, miktion och tarmfunktion, transrektalt ultraljud med biopsi, PAD-svar samt eventuell kompletterande bilddiagnostik. För högriskpatienterna kan länsdelssjukhusen utfärda remiss för bedömning i MDK. Behandlingsbeslut kan fattas av urolog på länsdelssjukhus i samråd med patienten men slutgiltigt ställningstagande till operation eller strålbehandling måste tas på respektive utförande enhet. Efter avslutad behandling kan de flesta patienter följas av sköterska eller läkare på närmaste sjukhus.

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. Ca 30 patienter opereras i Sundsvall, ca 75–100 i Umeå och kring 40 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 istället till Umeå. Denna nivåstrukturerings har medfört att Sunderbyns patienter nu opereras på ett sjukhus med högre volym till priset av längre väntetid till operation. Patienter från Västernorrland som bedöms vara mest lämpade för robotassisterad kirurgi remitteras i nuläget till Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Volymmässigt rör det sig om ca tio patienter per år. Anledningen till att patienterna inte remitteras till Umeå är den långa väntetiden till operation som för närvarande föreligger. Så snart väntetiden når rimliga nivåer kommer remittering till Umeå att återinföras. Det är också möjligt att patienterna kan remitteras till Östersund när robotmetoden har etablerats och full kapacitet har uppnåtts där. Eventuell ytterligare centralisering av prostatacancerkirurgin i norra regionen har diskuterats både i processgruppen och i regionförbundets chefsråd under 2017. Slutsatsen är att ytterligare centralisering inte är lämplig i nuläget eftersom den totala effekten av en sådan centralisering, när operationsresultat, väntetider, utbildning och bakjournberedskap vägs samman, sannolikt blir negativ för regionens patienter. Salvageprostatektomi utförs inte i regionen. Om det skulle uppstå ett behov för någon patient så remitteras denne till något av de större universitetssjukhusen för denna ovanliga åtgärd.

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. Brackyterapi med antingen inplantation av radioaktiva korn (lågdos-rat) eller temporära inlägg i form av Iridium (högdos-rat) i prostatan utförs inte i regionen och endast i undantagsfall skickas remiss till andra regionen för denna typ av behandling. Några nivåstruktureringsåtgärder avseende strålbehandling föreslås inte i nuläget.

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 län för länets samtliga patienter. Det är önskvärt att registreringen utförs av specialutbildade sekreterare eller koordinatörer så att kontaktsköterskornas administreringstid minskar.

### *Rehabilitering*

Av de ca 150 patienter som opereras varje år i regionen får ca 80 % svår erektil dysfunktion, ca 5 % får uttalade kvarstående läckagebesvär och 1–2 % får uretrastriktur. Av de ca 250 strålbehandlade patienterna får ca 5 % uttalade irriterande vattenkastningsbesvär och ca 1–3 % svårare komplikationer som svår proktit, fistlar, uretrastrikturer etc. 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. Det pågår ett arbete i regionen med att upprätta definierade rehabiliteringskedjor med kontaktvägar till definierade yrkeskategorier utanför urolog-/onkologklinikernas egen kompetens, ett arbete som bör vara färdigt innan 2021. Svårare fall av urinläckage, strikturer, strålcystit, strålproktit och/eller kronisk smärta kan vara fall för gemensam bedömning och/eller behandling i regionen och möjlighet till detta ges i den nya bäckenrehabiliterings-MDK som startat under 2017. Speciellt när det gäller kronisk smärta finns ett behov av extern kompetens. Ett mål för 2019–2021 är att komma igång med remittering till MDK för dessa patienter. Kirurgisk åtgärd av uretärstrikturer, uretrastrikturer, och andra typer av avflödes hinder utförs på länsjukhusen i regionen. Sfinkterprotes- och större uterastrikturkirurgi 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.

### *Kompetensförsörjning*

I Tabell 1 är samtliga aktuella kompetenser beskrivna. Tabell 2–5 sammanfattar tillgången till vissa nyckelkompetenser i nuläget. Tillgången på urologer och onkologer är av största vikt för att kunna bedriva välfungerande utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering av patienter med prostatacancer. I norra regionen finns i dagsläget 26–27 urologspecialister och fem uro-onkologer i tjänst varav några arbetar deltid med chefsupdrag, 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 uro-onkologer krävs 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, framförallt på länsdelssjukhus men även på länsjukhus 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 länsjukhusen 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 är det viktigt att undvika ytterligare underbemanning som i förlängningen kan leda till att läkare söker sig till andra tjänster.

Magnetrontgenradiologer och röntgensjuksköterskor är en annan speciellt kritisk personalkategori. I nuläget råder viss brist på dessa kompetenser i samtliga län. Inom ett antal

## Bilaga 2 U Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

år (sannolikt innan 2021) kan MR-undersökningar förväntas bli ett krav i nationella vårdprogram för flertalet av de patienter som utreds för misstänkt prostatacancer. Kapacitet att hantera ett par tusen undersökningar av prostata, jämfört med i storleksordningen 500 per år i nuläget, kommer att kräva en utbyggd MR-verksamhet i regionen.

Kontaktsköterskor finns i varierande utsträckning på de flesta sjukhus. Ofta rör det sig om individer som samtidigt tar hand om 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 koordinators.

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, Kompetensförsörjning i Jämtland-Härjedalen*

Östersund	Minimnivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urologspecialist	7 tjänster	3 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

*Tabell 3, Kompetensförsörjning i Norrbotten*

Sunderbyn	Minimnivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urologspecialist	8–10 tjänster (förutsatt att övriga sjukhus är bemannade)	6 personer på heltid	samma
Kontaktsjuksköterska	2 tjänster		
Uroterapeut	1 tjänst	1 person på heltid	samma
Sexolog	0,5 tjänst		
Koordinator	1 tjänst		
<b>Gällivare</b>			
Urolog	1 tjänst	1 person på deltid	samma
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst		
Uroterapeut	0,5 tjänst		
<b>Kalix</b>			
Urolog	1 tjänst	1 person på heltid	samma
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst		
Uroterapeut	0,5 tjänst		
<b>Kiruna</b>			
Urolog	1 tjänst	1 person på deltid	samma
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst		-
Uroterapeut	0,5 tjänst		
<b>Piteå</b>			
Urolog	1 tjänst	1 person på deltid	0
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst		
Uroterapeut	0,5 tjänst		

*Tabell 4, Kompetensförsörjning i Västerbotten*

Umeå	Minimnivå	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	3 personer på deltid	5 personer på deltid
Kontaktsjuksköterska urologi	2 tjänster	2 personer på deltid	samma
Kontaktsjuksköterska onkologi	1 tjänst	2 personer på deltid	samma
Uroterapeut	1,5 tjänster	2 personer på deltid	samma
Sexolog	1 tjänst	1 person på heltid	samma

## Bilaga 2 U Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

Koordinator	1 tjänst	0,75 tjänst fördelad på sköterskor i länet	samma
<b>Skellefteå</b>			
Urolog	1–2 tjänster	1 person på halvtid	samma
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	1 person på deltid	samma
Uroterapeut	0,5 tjänst	0	1 person på deltid
<b>Lycksele</b>			
Urolog	1 tjänst	0	0
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	1 person på deltid	samma
Uroterapeut	0,5 tjänst	0	0

Tabell 5, Kompetensförsörjning i Västernorrland

Sundsvall	Minimnivå	Nuläge	Beräknat läge om 5 år
Urologspecialist	10 tjänster (förutsatt att övriga sjukhus är bemannade)	7 personer varav enstaka på deltid	8 personer varav enstaka på deltid
Onkologspecialist med urologisk inriktning	3 tjänster	2 personer som delvis arbetar med uroonkologi	3 personer som delvis arbetar med uroonkologi
Kontaktsjuksköterska urologi	2 tjänster	2 personer på deltid	samma
Kontaktsjuksköterska onkologi	1 tjänst	2 personer på deltid	samma
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
<b>Örnsköldsvik</b>			
Urolog	1	0 (stafettkedja)	0
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	1 person på deltid	samma
Uroterapeut	0,5 tjänst	0	0
<b>Sollefteå</b>			
Urolog	1	0	0
Kontaktsjuksköterska	0,5 tjänst	1 person på deltid	samma
Uroterapeut	0,5 tjänst	0	0

## RESULTAT I REGIONEN

I väntan på att data från kommande e-PROM får tillräcklig svarsfrekvens för meningsfull analys av patientupplevd vårdkvalitet så får vi analysera befintliga målnivåer. Dessa anses generellt vara sammankopplade med hög vårdkvalitet. De målnivåer som har använts i tidigare cancerplan har i de flesta fall varit i samstämmighet med kvalitetsindikatorer i NPCR vilket är bra eftersom data är lätta att extrahera och publika vilket innebär att även patientorganisationerna på ett enkelt sätt kan studera de resultat som föreligger i regionen. I Tabell 6 sammanfattas resultat för befintliga målnivåer på lokal-, regional- och riksnivå. Här visas även utvecklingen under de senaste åren. En utveckling som går åt rätt håll även om en högre hastighet i förbättringsarbetet vore önskvärt. De nya målnivåer som kommer att användas under 2019–2021 finns också i tabellen tillsammans med en nulägesbeskrivning.

Ett av målen är ett rehabiliteringsmål, under perioden förväntas de urologiska och onkologiska enheterna utarbeta och fastställa rutiner för rehabilitering efter behandling samt etablera kontaktvägar till extern kompetens som exempelvis sjukgymnast, dietist och kurator. Målet kan inte följas upp individuellt per patient utan endast på verksamhetsnivå. Förhoppningsvis kan bedömning och genomförande av cancerrehabilitering mätas på ett bättre sätt inför 2022-års uppdatering av cancerplanen. Ett annat mål är både direkt och indirekt kopplat till så kallad task-skiftning. Beroende på hur urolog- och onkologmottagningarna är organiserade i olika län är det svårt att ange generella områden där task-skiftning lämpar sig. Ett lämpligt mål borde emellertid kunna vara den för patienterna



## Bilaga 2 U Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

jobbiga väntetiden från biopsi till PAD-besked som kan kortas ned och närma sig SVF:s stipulerade elva dagar om läkarresurser frigörs, se avsnitt om task-skiftning nedan.

Tabell 6, Målnivåer för uppföljning i norra regionen

Mål	Resultat/läge 2017-12-31	Utveckling
<b>Tillkommande mål 2019-2021</b>		
80 % av högriskpatienter opereras inom 28 dagar efter operationsanmälan 2021.	Enligt NPCR opererades 30 % av högriskpatienterna i VLL inom 28 dagar från operationsanmälan 2017. RVN hade för få fall för att extrahera data och RJH hade inte rapporterat prostatektomi formuläret för 2017. NLL opererar inte. Riksnittet var 47 %.	
70 % av alla patienter registreras komplett i e-PROM 2021.	e-PROM sjösätts 2018.	
Fastställda kontaktvägar för rehabiliteringskompetens finns på alla sjukhus som följer upp prostatacancerpatienter 2021.	Fastställda och välkända rutiner finns på enstaka sjukhus i regionen. Uppföljning sker på organisationsnivå.	
<b>Mål 2016-2018 som kvarstår 2019-2021</b>		
50 % av diagnostikformulären inrapporteras till NPCR inom 30 dagar efter prostatabiopsi 2021.	Enligt NPCR registrerades 33 % av patienterna i norra regionen inom 30 dagar efter prostatabiopsi 2017: NLL 13 %; RJH 26 %; RVN 46 %; VLL 39 %. Riksnittet var 43 %.	2016 var siffran 35 %, 2015 var siffran 19 %; 2014 var siffran 25 %. Inrapporteringshastigheten korrelerar till tid till PAD-svar samt möjligheten för inrapportören att rapportera när PAD-svar väl har anlänt. Med stora datamängder och många patienter blir det en resurskrävande uppgift.
30 % av PAD-beskedet ges inom 11 dagar efter prostatabiopsi 2021.	Enligt NPCR fick 9 % av patienterna PAD-besked inom 11 dagar från biopsi i norra regionen 2017: NLL 14 %; RJH 8 %; RVN 6 %; VLL 9 %. Riksnittet var 11 %.	2016 var siffran 8 %; 2015 var siffran 5 %; 2014 var siffran 3 %. Det ses en mycket långsam förbättring. Förutom snabbare PAD-svar behövs en vältrimmad rutin för bevakning av PAD-svar och tilldelning av i förväg avsatta tider för att nå målen. Detta kräver ökade resurser eller minskade övriga arbetsuppgifter för befintliga resurser (kontaktsjuksköterskor och läkare).
95 % av alla patienter tilldelas en kontaktsjuksköterska 2021	Enligt NPCR fick 86 % av patienterna i norra regionen en kontaktsköterska 2017: NLL 75 %; RJH 93 %; RVN 83 %; VLL 90 %. Riksnittet var 86 %.	2016 var motsvarande siffra 72 % i norra regionen; 2015 var siffran 59 %. Kontaktsköterskor finns nu på de flesta kliniker men bristande journalföring gör en hel del patienter som har kontaktsköterska registreras som att de inte har det. Fortsatt arbete med resurstilldelning och korrekt registrering behövs.
80 % av patienter med högrisk prostatacancer diskuteras på MDK 2021.	Enligt NPCR diskuterades 66 % av högriskpatienterna i norra regionen på MDK 2017: NLL 64 %; RJH 51 %; RVN 76 %; VLL 68 %. Riksnittet var 69 %.	2016 var motsvarande siffra 57 %; 2015 var siffran 51 %; 2014 var siffran 40 %. Det sker en successiv förbättring och frågan lyfts regelbundet i processgruppen. En riktad satsning mot länsleds sjukhusen i denna fråga bör göras eftersom dessa släpar efter.
<b>Mål 2016-2018 som utgår 2019-2021</b>		
80 % av alla patienter utreds med SVF-tider 28-60 dagar.	Enligt SoS statistik fick 45 % av patienterna som registrerats enligt SVF i norra regionen (200 av 442) start av behandling inom stipulerad tid under 2017. Riksnittet var 42 % (1870 av 4470).	Data för 2016 är inte bedömbara. När det gäller registreringen av SVF finns ett stort förbättringsutrymme. Den mycket låga frekvensen av patienter som registrerats enligt SVF måste öka om siffrorna ska kunna bli användbara. Ledtidsdata från NPCR rekommenderas tills vidare och målet stryks från cancerplan 2019 - 2021 pga icke tillförlitliga data.
90 % av högriskpatienter utreds med skelettdiagnostik.	Enligt NPCR blev 88 % av högriskpatienterna i norra regionen utredda med någon form av skelettdiagnostik under 2017: NLL 88 %; RJH 96 %; RVN 78 %; VLL 89 %. Riksnittet var 86 %.	2016 var motsvarande siffra 83 %; 2015 var siffran 82 %; 2014 var siffran 81 %. Den kliniska rutinen med skelettundersökning är väl inarbetad och målet stryks från 2019-2021 års cancerplan.
90 % av patienter med metastaserad prostatacancer diskuteras på MDK.	Data ej tillgängliga via NPCR.	Målet stryks från 2019-2021 års cancerplan eftersom det inte låter sig mätas och dessutom överlappar det föregående målet.

## FÖRSLAG TILL FÖRÄNDRINGAR

### a) Områden med tydlig förbättringspotential

Ledtiden från remiss till behandling är ett fokusområde under 2019-2021. Ett mål i cancerplanen är relaterad till ledtiden - att patienter med högriskcancer ska vara opererade inom 28 dagar efter operationsanmälan. Processgruppens uppfattning är att om en vältrimmad organisation kan leda till snabbare flöden för högriskpatienterna så kommer det att tjäna som förebild och gagna även låg- och mellanriskpatienterna. I ledtiden från remiss till behandling ingår ett antal kritiska punkter: 1, Tid till första bedömning. 2, Tid från biopsi till PAD-besked. 3, Tid från PAD-svar till dess att röntgen är genomfört för högriskpatienter. 4, Tid från röntgensvar till MDK. 5, Tid från MDK till operationsanmälan eller strålanmälan. 6, Tid från operations- eller strålanmälan till behandlingsstart. För alla dessa punkter finns möjlighet att arbeta snabbare. En organisation som premierar snabba flöden är önskvärt och många åtgärder borde kunna ske per automatisk beroende på vilka parametrar som patienten uppvisar.

MR-kapaciteten måste öka, se avsnittet om kompetensförsörjning ovan.

Det är önskvärt att en hög andel patienter svarar på den kommande nationella e-PROM-enkäten eftersom det är mycket viktigt för patienterna att kunna värdera kvaliteten på kirurgi och strålbehandling via biverkningsdata. När det gäller operation är det eftersträvarvärt att en hög andel patienter opereras med nervsparande teknik, att en hög andel patienter har fria resektionsränder och att en låg andel patienter har besvärande urinläckage och erektionssvikt efter operation.

Under 2019-2021 förväntas flera enheter i regionen börja använda PPC – patientöversikt prostatacancer – som är ett INCA-baserat beslutsstöd som även medger bra registrering av onkologiska cancerläkemedel och deras indikation och användning. PPC-tidig kommer också att lanseras under perioden som ett verktyg för förbättrad överblick över genomförd behandling och dess resultat för alla patienter med prostatacancer. Innan PPC tidig breddinförs i norra regionen bör ett eller flera län genomföra pilotprojekt för att studera hur nyttan av systemet ska maximeras och eventuell extra administrering minimeras.

Ett första steg har tagits mot införande av PSMA-PET som rutin vid utredning av prostatacancerfall med misstänkt metastasering, speciellt inför salvageterapi. Metoden kommer initialt att prövas på vissa patienter med stigande PSA efter operation. Utvärderingar får visa på om metoden är bra och om den även bör införas vid den planerade PET-kameran i Sundsvall framöver. Fördelen med PSMA-PET är att metoden banar väg för kommande kliniska prövningar av Lutetium-behandling av skelettmetastaserad prostatacancer – en behandling som i nuläget inte erbjuds i Sverige.

## **b) Kompetensförstärkande åtgärder**

För de briststyrken som identifierats under rubriken kompetensförsörjning ovan finns ett antal vägar att nå ökad tillgång och ökad kompetens.

### *1. Urologer och onkologer*

Den enklaste och bästa möjligheten att säkerställa tillgången på urologer och onkologer är att utbilda nya ST-läkare i regionen. Eftersom målet är att öka antalet urologer från 26 till 45 och antalet uroonkologer från fem till åtta så kommer det att krävas viss överutbildning på de orter som har välbemannade kliniker. Förhoppningsvis kan en del de urologiska ST-läkarna rekryteras från orter med länsdelssjukhus och genomföra delar av sin ST-utbildning på länsdelssjukhuset. För onkologer är det bra om länsjukhusen i Jämtland och Norrbotten engageras i ST-utbildningen. Nu är den förste specialisten som samutbildats mellan Cancercentrum, NUS och kirurgkliniken i RJH färdig. Ytterligare en i samarbete NUS-RJH är på gång liksom en person med ett liknande upplägg NUS och NLLär i utbildning

För att underlätta rekryteringen av urologer som i huvudsak intresserar sig för mottagnings- och utredningsverksamhet samt mindre kirurgi kan det krävas minimering av antal år som primärjour i kirurgi. Mångårig primärjoursverksamhet är inte nödvändigt enligt ST-målbeskrivningen och kan ibland avskräcka potentiella kollegor. En god teoretisk utbildning med målet att kunna klara den europeiska specialistexamen samt avsatt studie- och eventuellt forskningstid kan också underlätta rekryteringen av ST-läkare.

2. *MR-radiologer och röntgensköterskor.*

När det gäller MR-radiologer är det önskvärt att tolkning av bilder sköts på ett fåtal händer per län. Med utbygd teknik för bedömning på distans borde närmare samarbete och erfarenhetsutbyte mellan urologisk intresserade radiologer kunna byggas i regionen.

3. *Kontaktsjuksköterskor.*

Ett ökat antal mottagningssköterskor som driver den basala urologin kan frigöra tid åt erfarna sköterskor att ägna sig åt kontaktsköterskeverksamhet. Kontaktsköterskor bör i första hand inte ägna sig åt registrering i kvalitetsregister.

4. *Sexologer.*

Det bästa sättet att i nuläget bygga sexologisk kompetens i regionen med minst en sexolog per län bedöms vara att fortsatt stötta den regionala sexologiska utbildning som drivs sedan ett par år

**c) Nivåstrukturering/arbetsfördelning**

*Task-skiftning*

Det finns flera möjliga områden där task-skiftning skulle kunna frigöra tid för läkare och sköterskor att ägna sig mer åt patientarbete. Sekreterare kan exempelvis sköta mer av det dataarbete som läkarna i dagsläget ägnar sig åt – exempelvis borde röntgenremisser och operationsanmälningar kunna dikteras. Mottagningssköterskorna kan ha egen mottagning för remisspatienter med symptom från nedre urinvägar (LUTS) och se till att all utredning är färdig innan urolog eventuellt kopplas in för behandlingsbeslut. Hur PAD-besked lämnas är också öppet för förändring, i Östersund finns dokumenterad god erfarenhet av att kontaktsköterskorna lämnar PAD-besked till högriskpatienter via ett nyligen genomfört projekt. Det upplevdes bättre för patienterna att få information av sköterskor än av läkare och chansen för läkare och patient att komma till ett behandlingsbeslut vid efterföljande läkarbesök ökade när patienterna redan var informerade om sin diagnos och dessutom komplett radiologiskt utredda innan läkarbesöket. Således borde task-skiftning med syfte att frigöra läkarresurs kunna bidra till bättre måluppfyllelse för målet att 30 % av patienterna ska ha fått PAD-besked inom 11 dagar efter prostatabiopsi 2021. Detta förutsätter givetvis att god tillgång till kontaktsköterskeresurs finns.

*Nivåstrukturering*

De regionala processgruppen bedömer att det i nuläget inte finns behov av varken decentralisering eller centralisering av utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering av prostatacancerpatienter.

**MOTIVERING TILL SAMT KONSEKVENSBESKRIVNING AV FÖRESLAGNA FÖRÄNDRINGAR**

De förändringar som föreslås i cancerplanen är realistiska och nödvändiga för att bibehålla och utveckla en god prostatacancersjukvård i norra regionen. Den föreslagna förändring som

kommer att kräva mest investering i infrastruktur och utbildning är utbyggd kapacitet för MR av prostata, se Tabell 7.

Tabell 7, Konsekvensbeskrivning av föreslagna förändringar i norra regionen

Förändring	Motiv	Fördel	Nackdel	Konsekvens för patienterna	Konsekvens för organisationen
<b>Minskad ledtid från remiss till behandling.</b>	Förbättra patientupplevelsen, minska risken för metastasering. Ökad följsamhet till vårdprogram och SVF.	God struktur, känsla av effektivitet som kan lyfta organisationen. Kondenserade utredningar minskar antal parallella patientärenden.	Kräver ett omställningsarbete och i viss mån ökade resurser.	Högre nöjdhet med utredningen.	Ökat ansvar för kontaktsköterskor eller koordinatörer att hålla koll på patientens väg genom utredningen. Ingen nivåstrukturering krävs.
<b>Ökad MR-kapacitet.</b>	Möjliggöra MR på de patienter som anges i vårdprogrammet. Sannolikt behöver ett par tusen undersökningar utföras årligen kring 2020.	En utbyggd MR-organisation ger en god tillgänglighet för regionens patienter. Möjliggör eventuell framtida PSA + MR-baserad screening.	Det kommer att kosta pengar att öka utbildning av MR-radiologer och att eventuellt införskaffa ytterligare maskiner.	Säkrare handläggning och mindre risk för felaktig riskgruppsskicering.	Se nackdel. Granskning bör centraliseras till ett par radiologer per län.
<b>Satsning på hög svarsfrekvens på e-PROM.</b>	För att studera behandlingskvalitet. Krav i vårdprogrammet.	Det är avgörande för all kurativ behandling i norra regionen att en god kvalitet kan uppvisas.	Det återstår att se hur patienterna i praktiken ska fylla i e-PROM.	Känsla av intresse för uppföljning från organisationen. Det kommer att gå att öppet ta del av resultaten.	Det behövs en person (k-ssk) som ser till att patienterna fyller i första e-PROM på urologmottagningen.
<b>Ökad användning av PPC.</b>	För att underlätta uppföljning av patienter med metastaserad sjukdom. Bör användas enligt vårdprogrammet.	Det INCA-baserade verktyget ger en tidsvinst för den behandlande läkaren vid komplicerade patientfall. Ökade forskningsmöjligheter.	Trots att PPC överför data från NPCR så krävs manuell inmatning av ex lab-svar.	Visuell överblick av behandlingssituationen tillsammans med onkologen.	Det behöver definieras vem som ska fylla i vad och vid vilken tidpunkt. Kan leda till ökad administration.
<b>Införande av PSMA-PET</b>	Förbättrad diagnostik. Möjlighet att introducera Lutetiumbehandling i framtiden.	Ger ökad information om metastaser vid låga PSA-värden. Bättre än befintlig PET-teknik.	Ny typ av bilder kräver inlärningsperiod för bildtolkning.	Mer välgrundat ställningstagande till åtgärd i en salvagesituation.	Oklart vad konsekvensen blir vid ett eventuellt breddinförande.
<b>Ökad ST-utbildning av urologer</b>	Säkra tillgången till urologer i norra regionen. Tillräckliga resurser för att upprätthålla urologisk kompetens och kapacitet.	Fler urologer ger högre kapacitet	Under utbildningsperioden påverkas produktiviteten negativt för befintliga specialister.	Fler urologer kan ge minskade väntetider för benigna åkommor.	Initialt krävs mer resurser till utbildning. På sikt en nödvändig investering och avlastning för en ansträngd och skör verksamhet.
<b>Ökad utbildning av sexologer</b>	Säkra tillgången på sexologer i norra regionen. Möjliggöra bäckenrehabilitering för olika cancerformer enligt nytt vårdprogram.	Fler sexologer innebär avlastning för kontaktsköterskorna samt ökad kapacitet för bäckenrehabilitering av olika cancerdiagnoser.	Kostnaden.	Förbättrad tillgång till sexologisk kompetens.	Ökad kostnad. Avlastning av kontaktsköterskor.

## LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Generellt är den viktigaste uppgiften för processgruppen att fortsätta verka för jämlik prostatacancersjukvård i norra regionen. Ett mönster som syns är att införande av ny teknik och nya metoder, exempelvis min vårdplan, tar längre tid att genomföra på länsdelssjukhusen än på länssjukhusen. Vidare får patienter från länsdelssjukhusen en längre väntetid till

behandling om behandlingsindikationen ska re-evalueras av läkare på länssjukhus eller universitetssjukhus. Ett intensifierat arbete med dialogmöten på de mindre sjukhusen förväntas kartlägga behoven ytterligare inom de närmaste två åren. För att komma till rätta med ojämlika operationsköer införs nu en remissmall för de patienter från Norrbotten som ska opereras i Umeå. Förhoppningen är att patienten ska kunna anmälas till operation redan vid remissankomsten eller i samband med MDK och inte behöva vänta på ett läkarbesök.

Om processgruppen i samverkan med urolog- och onkologklinikerna i norra regionen skulle kunna uppnå hög måluppfyllelse för de mål som har definierats i denna cancerplan samt från NPCR och SVF så skulle kvaliteten i vår sjukvård öka och bli mer jämlik. För att uppnå det krävs noggrant och uthålligt arbete med enkla frågor som tillgänglighet på urologmottagningarna, PAD-svarstider, kvalitet i MR-svar, kvalitet i MDK-remisser, strukturerad rehabiliteringsbedömning och förbättrade processrutiner. Om vi kan uppnå en stabil hög nivå i dessa kvalitetsparametrar och även god tillgänglighet och kvalitet för andra typer av urologpatienter så ökar möjligheten att frigöra tid till forskning och utveckling – något som både förbättrar vården, arbetsmiljön och rekryteringsmöjligheterna.

## SWOT-ANALYS

Tabell 8, SWOT-analys för prostatacancer

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
<b>80 % av högriskpatienter opereras inom 28 dagar efter operationsanmälan 2021.</b>	Kapacitet att klara detta mål finns redan och det finns hög acceptans för att dessa patienter är prioriterade.	Mycket lång väntetid för övriga riskgrupper i Umeå riskerar att spilla över på högriskpatienterna.	Tidig behandling av högriskgruppen kan för vissa patienter ge bättre behandlingsresultat och därmed en besparing på sikt.	Ytterligare försämrad tillgång till vårdplatser kan begränsa operationsmöjligheterna.
<b>70 % av alla patienter registreras komplett i e-PROM 2021.</b>	Den befintliga kontaktsköterskeorganisationen möjliggör hög svarsfrekvens på baseline-enkäten.	Hur villiga är patienterna att besvara uppföljande enkäter?	NPCR ska sköta utskick av uppföljande enkäter automatiskt. Ingen kostnad för klinikerna.	En låg svarsfrekvens pga. tekniska svårigheter med enkätutskick eller ovana att hantera e-enkäter från patienternas sida.
<b>Fastställda kontaktvägar för rehabiliteringskompetens finns på alla sjukhus som följer upp prostatacancerpatienter 2021.</b>	Den befintliga kontaktsköterskeorganisationen utgör grundbulten i rehabiliteringen och går att bygga vidare ifrån med fler externa rehabiliteringskompetenser.	Finns det tillräckliga resurser att även satsa på utökad rehabilitering när tiden inte räcker till exempelvis rapportering till NPCR.	En stark rehabiliteringsorganisation på universitets- och RCC-nivå kan underlätta för införandet av lokala rutiner. Åtgärden är inte kostnadsdrivande.	Kapaciteten är okänd hos externa aktörer som sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och lymfterapeuter.
<b>50 % av diagnostikformulären inrapporteras till NPCR inom 30 dagar efter prostatabiopsi 2021.</b>	Görs redan idag till ett välkänt och respekterat register, dock inte tillräckligt snabbt.	Trots många års arbete har inte inrapporteringshastigheten ökat så väldigt mycket. Inget går att överföra automatiskt från journalerna.	Vidareutveckling med automatiska tjänster kopplade till registret. Om mer data kan rapporteras automatiskt till NPCR kan resurser frigöras till andra arbetsuppgifter.	Det är många uppgifter som ska fyllas i och uppgiften kan prioriteras ned i vardagen.
<b>30 % av PAD-beskederna</b>	Om PAD-svar från	Acceptansen för	Ökad tillgång till	Tillgången till

Bilaga 2 U Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

<b>ges inom 11 dagar efter prostatabiopsi 2021.</b>	patologen kommer inom elva dagar finns goda utsikter att med bättre planering kunna nå målet.	svar inom elva dagar är måttlig inom urolog-professionen.	kontaktsköterskor kan medge att PAD-svar i högre utsträckning ges av sköterskorna. En sådan task-skiftning är kostnadsbesparande.	patologer är en kritisk punkt som varierar i regionen.
<b>95 % av alla patienter tilldelas en kontaktsjuksköterska 2021</b>	Vikten av en kontaktsköterskefunktion är allmänt accepterad.	Generell brist på sjuksköterskor.	Ett vidareutvecklingsområde för sköterskorna, möjlighet till ansvar och kompetensutveckling.	Hur villiga är arbetsgivarna att ge ekonomiska medel för utökad arbete för kontaktsköterskorna? En kostnadsdrivande åtgärd.
<b>80 % av patienter med högriskprostatacancer diskuteras på MDK 2021.</b>	Ett mål som är mycket betydelsefullt för jämlik vård i regionen.	Kapacitetsbrist inom radiologi och patologi.	Trots hög måluppfyllelse bör resurser läggas på ytterligare förbättring. Acceptansen för MDK är hög.	Ytterligare förändringar i vårdprogrammet, t.ex. kan krav på MR bli svårt att uppfylla i närtid.