

REGIONAL UTVECKLINGSPLAN FÖR ALL UROLOGISK CANCER UTOM PROSTATACANCER 2016-2018

BAKGRUND

Ledtidsdiskussionen i litteraturen och i olika sammanställningar för diagnosgrupperna urinblåsecancer och urotelial cancer i övre urinvägarna har i första hand fokuserat på följande punkter

- *Tid från primärvårdsremiss till första urologundersökning*
- *Tid från första urologundersökning till fastställd diagnos*
- *Tid från fastställd diagnos till operation*
- *Tid från operation till patologiutlåtande (PAD)*

Ovanstående ledtider är av vikt och det kan finnas anledning att förkorta beskrivna ledtider. Detta i första hand av psykologiska och allmänmänskliga skäl sett ur patientperspektiv. Dock är den biologiska signifikansen av någon extra vecka i väntan vid endera eller ett par av beskrivna ledtider, av mindre betydelse. Patienternas upplevelse av förlängda väntetider är dessutom av fundamental betydelse.

Den ledtid som dock sällan eller aldrig nämns är ledtiden: *Första symtom till tid för remiss från primärvården*. Till dags dato finns inga publicerade genomgångar av just den ledtiden.

Den finns god anledning att antaga att nämnda ledtid i en betydande andel fall av patienter med i första hand urinblåsecancer och urotelial cancer i övre urinvägarna...

- a)... är mycket längre än 16 - 32 veckor
- b)... förorsakas av underdiagnostik/försenad diagnostik, där symtomet ”makrohaturi” inte åtnjuter den diagnostiska uppmärksamhet som den bör i enlighet med Socialstyrelsens anvisningar tidigare anvisningar och de numera uppdaterade anvisningarna från SKL & RCC i samverkan inom den nationella processen Standardiserat Vårdförlopp (SVF)
- c)... förorsakas av upprepad symtomatisk behandling av mer lättidigerade diagnoser (till exempel konkomitant bakteriell cystit)
- d)... är den ledtid som i realiteten har störst och tyngst tumörbiologisk betydelse med efterföljande konsekvenser för långtidsöverlevnaden

BESKRIVNING AV AKTUELL PROCESS

Då den överväldigande andelen av patienter med malign makrohaturi har Urinblåsecancer, nöjer vi oss med att fokusera på just den gruppen.

Årlig incidens av Urinblåsecancer i norra regionen: Mellan 230-250 nydiagnosticerade patienter per år enligt tillgängliga registerdata

Prognosen är avhängig tumörstadium och körtelstadium (T respektive N)

Cirka 20 % av patienterna med Urinblåsecancer har muskelinvasivitet och klassificeras som T2-T4b. Positiv N-stadieindelning i form av mikrometastaser och/eller makrometastaser följer ökande T-stadium.

Mellangruppen, T1G3 motsvarar cirka 10 % av de nyupptäckta tumörerna. Denna grupp har en stor risk för progression till muskelinvasiva stadier samt påföljande successiv metastasering.

Tumörtillväxt och positivitet avseende N-stadium är en dynamisk process, där patienten successivt, från en botbar cancer, övergår till en situation där botbarhet inte längre föreligger – detta trots maximala vård- och sjukvårdsinsatser.

Spridning bortom den regionala körtelspridningen är en mycket snabb process, och när väl körtelspridning föreligger (N+) ökar risken markant för avlägsen spridning (M+)

PROGNOS

Prognosen är således klart avhängig TNM-stadieindelningen.

TNM-stadium är avhängig tidsdräkten fram till åtgärd. Sammantaget över samtliga muskelinvasiva stadier (T2a-T4b), så är överlevnaden – trots maximala sjukvårdsinsatser - cirka 50 %. En absolut riskreduktion med 8 % har de senaste åren åstadkommit med den alltmer använda neoadjuvanta kemoterapi (kemoterapi före operation). Dock avser siffrorna per definition, endast de patienter som preoperativt räknas som NOM0 (saknar detekterbar spridning). Trots detta avlider således en stor andel av patienterna inom 5 år. Detta till följd av mikroskopiska metastaser som visat sig vara icke-responderande till den kombinerade effekten av kemoterapi plus omfattande kirurgi.

Även små skillnader i T-stadium kan vara avgörande för överlevnaden. Med andra ord, om patienten har en T2a-tumör (omfattar mindre än hälften av djupet i blåsmuskeln) jämfört mot en T2b (> hälften), så är det beskedligare stadiet behäftat med en bättre överlevnad. Detta fenomen följer vid jämförelser mellan de olika T-stadierna hela vägen.

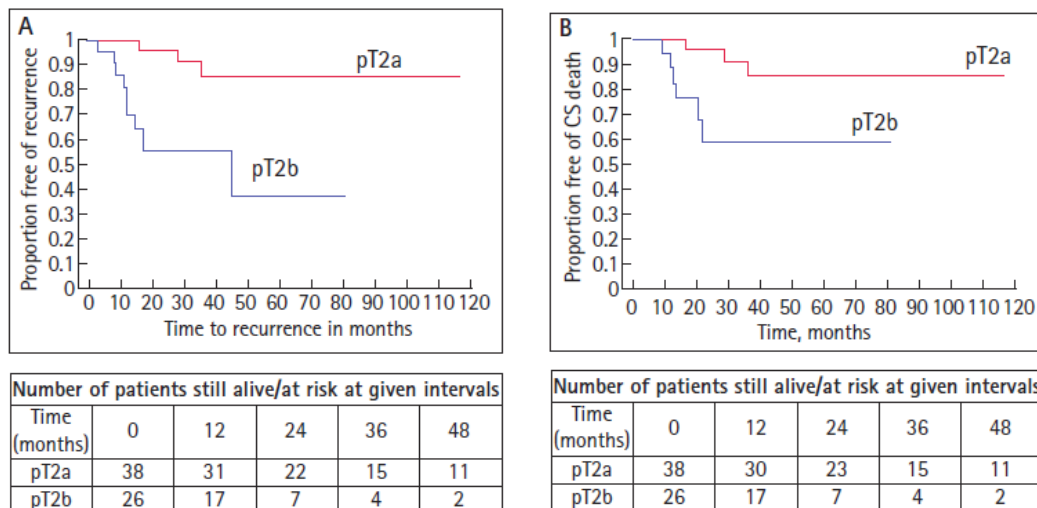


Fig 2: (A) visar recidiv-fri överlevnad och (B) visar cancerspecifik överlevnad vid T2a versus T2b urinblåsecancer (Från: *Gakis et al, BJU no 107, 919-923, 2010*)

AKTUELLA METODER SOM ANVÄNDS FÖR DIAGNOSTIK, BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING

Diagnostik

Steg 1 - Anamnes

En patient med makrohematuri – med andra ord synligt blod i urinen, skall ovillkorligen remitteras till urolog för utredning. Detta oavsett om det föreligger andra symtom tydande på mer primärvårdsmässigt åtgärdbar åkomma (till exempel samtidig urinblåsekattarr med misstänkta bakterier). Detta enligt socialstyrelsen anvisningar och enligt nationellt VP för urinblåsecancer. Utredningen skall vara utförd inom fyra (4) veckor från det att primär-diagnostikern har av patienten fått en berättelse/anamnes om makrohematuritillfälle.

Steg 2 - Konstrastförstärkt röntgenundersökning av övre urinvägar (företrädesvis kontrast-förstärkt datortomografi). Obligat undersökning vid makrohematuri.

Steg 3 - Uretrocystoskopi

Undersökning som utförs på urologmottagningen. Oftast i lokal gelbedövning

Behandling

I ett första steg, vid upptäckt av en blåscancer genomförs en transuretral resektion av blåstumören. En så kallad TUR-B. Detta är en slutenvårdsåtgärd i antingen fullnarkos eller spinalanestesi.

Hos cirka 70 % av patienterna är detta den enda behandling som utförs. Hos de 10 % av patienterna med T1G3-tumörer, så kan man behöva komplettera med lokalbehandling av Tuberkelbakterie-instillationer (BCG) enligt ett specifikt schema.

Hos resterande 20 % med muskelinvasiv cancer rekommenderas i första hand neoadjuvant kemoterapi med cystektomi. Cystektomi är ett omfattande ingrepp där urinblåsan och inre könsorgan bortopereras och en urinavledning (urostomi) skapas. Operationen tar oftast en operationstid av mellan 4-8 timmar och en slutenvårdstid om 12-18 dagar i okomplicerade fall.

Inte alla patienter kan erhålla neoadjuvant kemoterapi, då biologisk ålder, njurfunktion och allmäntillstånd begränsar. De patienterna kan då erbjudas endast cystektomi.

Endast cirka 50 % av patienter med muskelinvasiv cancer klarar av endera beskriven radikalt syftande kirurgisk åtgärd och kan då istället erbjudas fulldos strålbehandling där en god andel har både en objektiv respons och/eller med endera formen av radikalt syftande kirurgi-former (med eller utan neo) jämförbara överlevnadsdata. De patienter som erbjuds endast kemoterapi och som stadiindelats som NOM0 kan ävenledes uppvisa acceptabla responser och överlevnadssiffror. Däremot patienter med känd spridning som erbjuds palliativa åtgärder, isolerat eller i kombination (palliativ kirurgi/palliativ strålbehandling/palliativ kemoterapi) uppvisar sällan god långtidsöverlevnad – även om endera kombinationer av palliativa åtgärder initialt under en period erbjuder patienterna symtomlindring och förbättrad livskvalitet.

Behandlingsmöjligheterna vid synlig metastatisk sjuka kvalificerar oftast till endast palliation. Endast i undantagsfall hos mycket unga patienter kan man efter gemensam bedömning, tillsammans med onkologkollegorna, överväga behandlingskombinationer utanför gängse terapirekommendationer.

Uppföljning

70 % av patienterna – De med icke-muskelinvasiva stadier följs med regelbundna cystoskopikontroller upp till 10 år efter senaste recidivet/återfallet

10 % av patienterna – De med T1G3-cancer följs oftare, då det föreligger högre risk för återfall och progress

20 % av patienter – De med muskelinvasiv cancer, följs enligt olika scheman beroende på vad de har erhållit för definitiv terapi.

ORGANISATION OCH RESULTAT I REGIONEN

Det mest kritiska momentet för patienterna är att få en snabb remiss till urolog efter en enda händelse av makrohematuri.

Empiriskt vet vi att det största problemet för patienterna i norra regionen ligger på detta plan. Detta problem är inte isolerat till norra regionen, utan är dessutom ett nationellt problem.

När väl en makrohematuriutredning har initierats är ledtiderna som där följer, tumörbiologiskt försumbara.

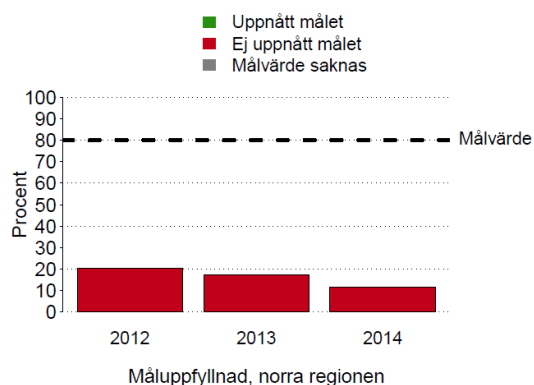
Följsamheten med VP i urinblåsecancer avseende ledtiden ***Första symtom till tid för remiss från primärvården*** är allt annat än optimal.

Följsamheten med VP i urinblåsecancer avseende ledtiderna

- ***Tid från primärvårdsremiss till första urologundersökning***
- ***Tid från första urologundersökning till fastställd diagnos***
- ***Tid från fastställd diagnos till operation***
- ***Tid från operation till patologiutlåtande (PAD)***

Är endast i enstaka undantagsfall suboptimala. Vårdkedjan fungerar tillfyllest när väl utredning har påbörjats ***men behäftas fortfarande av mycket långa ledtider.***

Väntetid från utfärdande av remiss till urolog till diagnos inom 12 dagar för 80% av patienterna.



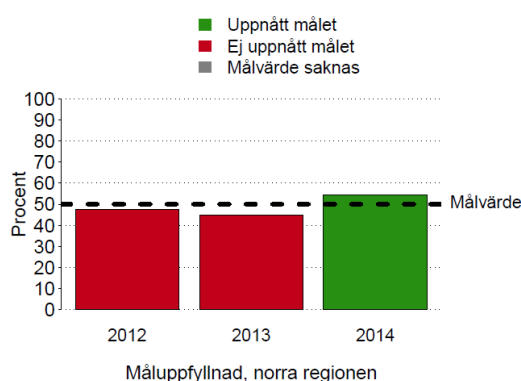
Denna beskrivning återfinns i ”Uppföljning av kvalitetsregister från norra regionen. Täckningsgrader och målindikatorer 2013-2014”. Umeå, april 2015, sid 130)

I ovanstående rapport framkommer det med all tydlighet att mer än 80 % av patienterna med nydiagnosticerad urinblåsecancer har en längre ledtid än 12 dagar för besök hos urolog efter remiss från PV eller motsvarande.

Neoadjuvant kemoterapi för patienter med urotelial urinblåsecancer

För de patienter som har muskelinvasiv urinblåsecancer och behöver neoadjuvant kemoterapi plus cystektomi, så är verksamheten helt acceptabel i norra regionen. Det finns mycket god beredskap onkologiskt för beskriven kemoterapi, och nationellt har norra regionen det procentuellt högsta nyttjandet av neoadjuvant kemoterapi. Beredskapen och kunskapen kring det operativa ingreppet är helt adekvat. Mycket talar för att norra regionen i detta avseende är riksledande.

Urinblåsecancer: andel patienter som får neoadjuvant cytostatikabehandling före radikal cystektomi pga muskelinvasiv sjukdom skall vara minst 50%.



Denna beskrivning återfinns i "Uppföljning av kvalitetsregister från norra regionen. Täckningsgrader och målindikatorer 2013-2014". Umeå, april 2015, sid 135.

Beskrivningen bygger dock på ett systemfel som är inbyggt i det nationella cystektomi-registret, där ingen hänsyn tas till om patienterna med muskelinvasiv urinblåsecancer passar medicinskt för den terapin eller ej.

Ingen hänsyn har tagits till om patienterna var kvalificerade för neoadjuvant kemoterapi eller ej (adekvat histopatologi, acceptabel njurfunktion, gott AT, passande biologisk ålder).

Baserat på det interna forskningsregistret för hela Norra Regionen (full täckningsgrad) blir dock andelen 100%, med detaljerade beräkningar utförda endast på patienter med muskelinvasiv urotelial cancer som är medicinskt passande för neoadjuvant kemoterapi plus cystektomi. Detta högst intressanta resultat avser både Umeå och Sundsvall, som är de enda två sjukhus inom Norra regionens cystektomiteam som utför ingreppet.

Det finns dock några punkter som är suboptimala både för patienter med icke-invasiv urinblåsecancer (< T1) & T1-cancer såväl som för patienter med muskelinvasiv cancer (T2-T4b)

- a) Avsaknad av formell kontaktsköterska för diagnosen urinblåsecancer i JLL, LVN och NLL
- b) Än så länge tekniska problem för JLL att medverka optimalt vid de veckovisa länkade MDKerna

KORTSIKTIGA MÅL OCH MÅLNIVÅER

[1a] Makrohematuri-analyser

En inventering i form av en retrospektiv studie av samtliga patienter med makrohematuri erhållit slutbehandling i regionen bör utföras. Studien bör beskriva situationen för vald patientgrupp de senaste fem åren, som minimum. Studien bör innefatta en beskrivning av följande ledtider:

Första symtom till tid för remiss från primärvården
Tid från primärvårdsremiss till första urologundersökning
Tid från första urologundersökning till fastställd diagnos
Tid från fastställd diagnos till operation
Tid från operation till patologiutlåtande (PAD)

Studien/inventeringen bör fokusera på i första hand maligna slutdiagnoser. Inventeringen pågår och har redan presenterats i två separata Termin 10-arbeten och ett tredje är godkänt för höstterminen 2015.

Fokus är på

- Den första ledtiden
- Samtliga övriga ledtider
- Geografiska aspekter
- Socioekonomiska aspekter
- Könsspecifika aspekter

Till detta tillkommer ett doktorandprojekt, där intagningsseminariet nu är godkänt och formell registrering kommer att ske före 150901. Doktorandprojektet kommer att bygga vidare och expandera samtliga ingående delstudier.

[1b] Standardiserat Vårdförlopp (SVF)

Reformen SVF för urotelial cancer är godkänd på centralt håll samt i samtliga fyra Norrlands-ting där länsspecifika handlingsplaner nu är godkända. Hos den urologiska professionen i norra regionen finns det en god beredskap och vilja att implementera SVF. I den aktuella handlingsplanen för de kommande åren är det av högsta prioritet att få igenom en fullständig implementering med samtliga kliniska aktörer fullt medverkande. Här intar PV en central roll och det är av stor vikt att disseminera SVF ut till PV, då det finns sedan tidigare en uttalad tendens att tona ned behovet av full uppmärksamhet kring alarmsymtomet makrohematuri.

Makrohematuri-symtomet är utgångspunkten för välgrundad misstanke och ingången till SVF vid urotelial cancer. Därvidlag bör det utvecklas en snabb och fungerande beredskap även inom den slutna vården; hos röntgenologer, vid den urologiska mottagningsverksamheten, på operationsavdelningarna, hos patologerna och onkologerna. Detta utöver en beredskap hos urologerna som till största del ska driva och styra upp processen. Målnivåerna för att patienterna ska uppnå ett SVF inom föreslagna tidsramar ska eskalera för varje år med önskan om minst 30% av patienterna med makrohematuri ska klara satta tidsgränser under 2016, minst 40 % under 2017 och minst 50% under 2018.

[2] Regionövergripande MDKer

Starten av regionövergripande MDKer har startas under Våren 2015. En MDK-grupp i Umeå som varit i kontakt med de övriga enheterna i regionen, har startat upp fullgoda rutiner med en rigorös checklista. MDKerna hålls över länk varje vecka och aktörerna utgörs av regionens ledande kontaktsjuksköterska (Umeå), urologer från samtliga fyra län, onkologer från både Umeå och Sundsvall, röntgenolog från Umeå och patolog likaså. Cytolog-enheten i Umeå kommer även att engageras vid tillämpliga patientärenden. Det föreligger en del tekniska problem för JLL i nuläget och en skyndsam uppgradering är önskad. Inledningsvis bör följsamheten till den rigorösa checklisten inför MDKerna betonas och åtföljas. Där förväntar vi oss en fortlöpande förbättring.

[3] Kontaktsjuksköterskor i samtliga fyra Norrlandslän

För diagnosen urinblåsecancer vid det regionala centret i Umeå, finns numera kontaktsjuksköterska. Formella kontaktsjuksköterskor för de övriga tre länen (RJH, LVN och NLL) saknas dock fortfarande. Det är imperativt att de nämnda länen, var och en, erhåller en kontaktsjuksköterska. Identifiering av lämpliga personer bör fortskrida och det är av största vikt att tjänsteutrymme tillskapas.

[4] Ett gemensamt Cystektomiteam på två geografiska lokalisationer

Endast två sjukhus utför detta ingrepp i norra regionen. Dessa två sjukhus tillhandahåller denna högspecialiserade verksamhet för en yta som motsvarar geografiskt 50 % av riket och cirka 10 % av landets befolkning. I god samverkan har en regional nivåstrukturering genomförts där reservoir-kirurgin (så kallade "Studer-blåsor") samt komplicerade cystektomier endast utförs i Umeå.

Under de senaste två åren har en process börjat där cystektomi-doktorerna i hela norra regionen vid dessa två sjukhus (Sundsvall och Umeå) har börjat växa samman till ett enda team eller enhet. Detta genom gemensam forskning, gemensamma projekt och genom gemensam kirurgisk verksamhet där regionens mest seniora kollega med regelbundenhet har aktivt medverkat vid cystektomier i Sundsvall. Målsättningen är att utvidga och förstärka detta samarbete för att även formellt kunna designera verksamheten som utgående från ett och samma team. Under de kommande åren kommer utbytet av cystektomidoktorer även innefatta regelbundenhet för team-medlemmar operativa verksamhet i Umeå. Fortsatt forskning i en eskalerande mängd gemensamma prospektiva translationella samt retrospektiva projekt fortskrider.

Då det i nuläget pågår en process kring nationell nivåstrukturering så har norra regionen visat vägen för att finna en balans för denna verksamhet. Teamledaren som dessutom är ordförande

i sakkunniggruppen nationellt har under våren, inför kommande processarbete, i detalj undersökt läget i övriga delar av landet. Det finns en genuin önskan från stora delar av Cystektomi-Sverige att genomföra en effektiv nationell nivåstrukturering till ett optimum och där samtidig kompetens bevaras även utanför universitetssjukhusen, men där universitetsledda team. Med andra ord informella och formella enheter tillskapas av flera kliniker i gott samarbetsklimat. Vi finner att norra regionens väg är den väg som ett antal andra viktiga regioner i landet önskar gå. I norra regionen är den sammantagna strävan från samtliga fyra läns urologiska profession, att bevara intakt verksamhet på två geografiska lokalisationer men inom en och samma teamorganisation.

Tabell 1. Sammanfattning av målnivåer för urinblåsecancer

Mål nr	Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för målfyllelse	Uppföljning
S 1	Inventering av makrohema-turiläget	Två rapporter är färdiga som innefattar delar av VLL samt en jämförande studie mellan Umeå och Lycksele: preliminärt visar den senare en ojämlig situation avseende tillgänglighet och processhastighet och dessutom försämrad överlevnad för Lyckseleborna	Utförlig kunskap om den viktigaste ledtiden (<i>Första symtom till tid för remiss från primärvården</i>) på ett retrospektiv material minst 5 år tillbaks i tiden men omfattande samtliga fyra län i Norra Regionen , med - Geografiska jämförelser - Socioekonomiska jämförelser - Genusspecifika jämförelser	Fortlöpan de under perioden. Rapporterna är vetenskapliga Termin 10-rapporter. Slutrapport 2018	Halvårsvisa rapporter med siffror på ledtider. Slutredovisning i samband med vetenskaplig rapport som håller måttet för en Peer Review.
S 2	Implementering av Standardiserade Vårdförlopp (SVF) för cancer i urinblåsa och urinvägar	Samtliga fyra Norrlandsting har accepterat medverkan och har utarbetat handlingsplaner.	- Att fler än 30 % av alla patienter år 2016 som har välgrundad misstanke handläggs enligt SVF - Att fler än 40 % av alla patienter år 2017 som har välgrundad misstanke handläggs enligt SVF - Att fler än 50 % av alla patienter år 2018 som har välgrundad misstanke handläggs enligt SVF	Se föregående ruta	Uppföljning årligen med hjälp av register-sammanställningar och inom ramen för uppföljningsfunktionerna centralt-nationellt.
S 3	Regionövergripande MDKer, i enlighet med kvalitets-	Regionövergripande länkade MDKer har införts veckovis Medverkan av patolog	- Bättre följsamhet från alla involverade till i detalj specificerad checklista.	2016	Fortlöpan de uppföljningar i regionövergripande MDK-grupp.

Bilaga 2 S Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

	<p>indikatorer i vårdprogram</p> <p>Slutmål: - Samtliga (100%) muskelinvasiva ($\geq T2$) urinblåsecancerpatienter. - Samtliga (100%) T1 urinblåsecancerpatienter</p>	<p>och radiolog, utöver urologer och onkologer. Kontaktsjuksköterskan i VLL intar en central position tillsammans med processansvarig.</p>	<p>- Förbättrade tekniska förutsättningar. RJH har i dagsläget (150604) fortfarande tekniska problem vid deltagandet. Valfungerande kommunikation med LVN och NLL.</p>		
S 3	<p>Införandet av en kontaktsjuksköterska med placering vid varje länsjukhus - Östersund - Sundsvall - Sunderbyn</p>	<p>- Avsaknad av specifik kontaktsjuksköterska i RJH, LVN och NLL</p>	<p>- Medel för inrättandet av en dylik tjänst. - Identifiering av potentiell kandidat. - Upprättandet av kompletterande utbildningsprogram anslutet till tjänsten.</p>	2016	Halvårsvis avstämning
S 4	<p>Utveckling av ett gemensamt Cystektomi-team i regionen med intakt verksamhet på två geografiska lokaliseringar inom en och samma teamorganisation. Med andra ord en enhet; Norra regionens Cystektomi-team</p>	<p>Gemensam planering av studie- och projektpatienter</p> <p>Gemensam forskning, både prospektiv och retrospektiv.</p> <p>Gemensamma operationer i Sundsvall med regelbundenhet</p> <p>Regional nivåstrukturer med mer avancerade ingrepp koncentrerade till enbart Umeå. Detta inkluderar även reservoar-kirurgi (så kallade "Studer-blåsor") men även tekniskt svårare patienter</p> <p>Med övriga regionen, regelbundna och veckovis förekommande fullvärdiga MDKer</p>	<p>Formellt ett och samma team</p> <p>Ökad medverkan av team-medlemmar från Umeå vid operationer i Sundsvall</p> <p>Regelbunden medverkan av team-medlemmar från Sundsvall vid operationer i Umeå</p> <p>Gemensamma PM och rutiner</p>	2016	<p>Uppföljning halvårsvis</p> <p>Parametrar: - Procent gemensamma operationer (i Sundsvall resp. i Umeå) - Antal dagar per termin som Sundsvalls-kollega tjänstgör i Umeå</p> <p>- Redovisning av gemensamt PM för pre- och postoperativ vård vid cystektomi och Brickerdeviation</p> <p>- Uppdaterade redovisningar av forskningsresultat från nu pågående och framtida gemensamma forskningsstudier, projekt och vetenskaplig produktionsverksamhet.</p>

Tabell 2. SWOT-analys för urinblåsecancer

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Inventering av makrohematuriläget	Tillgängliga data finns Hög angelägenhetsgrad Högprioriterat kunskapsläge även för vetenskaplig redogörelse	Resursbrist.	Goda möjligheter. Processen pågår redan och det finns basmedel från RCC-Norr att fortsätta	I framtiden avsaknad av medel och resurser för att driva den beskrivna studien i regionen.
Implementering av Standardiserat Vårdförlopp (SVF)	Centralt nationellt stöd samt landstingsstöd från samtliga fyra Norrlandsting. Kunskap och insikt hos regionens urologer.	Bristande insikt och information hos PV. Resursbrist hos radiologer, patologer och på operationsavdelningarna Försämrade kompetensförsörjning av urologer som ska driva SVF	Goda möjligheter när ökad insikt har nåtts på PV-nivå. Goda möjligheter när resurser hos Röntgenologer och Patologer har ökat Goda möjligheter när urologflykten från regionen har hävts och uppbyggnaden av en ny generation urologer samtidigt börjar komma på plus-sidan	Bristande insikt, vilja och motivation från PV. Fortsatt brist på Röntgen- och Patologavdelningar Ökad utarmning av urologkompetensen i regionen, både kvantitativt och kvalitativt.
Regionövergripande MDKer inom området avancerad urinblåsecancer	Hög medvetenhet på samtliga kliniker inom regionen avseende det angelägna behovet av detta	Resursbrist: Tekniska förutsättningar i RJH. Förbättringar kan göras i NLL och LVN, men det fungerar ändå i nuläget. Eventuellt kan man behöva ytterligare ett rum på röntgen på resp. ställe	Möjligheterna är goda och verksamheten pågår.	Resurser tillförs inte för materiella, tekniska och lokalmässiga behov
Införandet av en kontaktsjuksköterska med placering vid varje länsjukhus - Östersund - Sundsvall - Sunderbyn	Förbättrad handläggning och implementering av SVF. Förbättrad direktkontakt över hela regionen, dels mellan samtliga kontaktsjuksköterskor och dels mot den urologiska professionen. Optimering av MDKer Optimering av forskning och utveckling	Avsaknad av specifika löne-medel	Mycket goda möjligheter då det finns en tydlig intention och uttalad vilja från samtliga länsansvariga urologer att ett specifikt regionövergripande nätverk för kontaktsjuksköterskor bör upprättas	Resurser tillförs inte för löne-medel

Bilaga 2 S Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

<p>Utveckling av ett gemensamt Cystektomiteam i Norra regionen</p>	<p>- Skapar god sammanhållning i regionen - Viktigt för kompetensförsörjningen i LVN - Skapar ett strategiskt djup och en strategisk flexibilitet i motsats till sårbarheten och skörheten i att endast ha en cystektomiklinik i regionen - Mycket goda förutsättningar för fortsatt gemensam translationell forskning</p>	<p>Logistik</p>	<p>Goda möjligheter då arbetet redan är igång i praktiken sedan 1,5 år tillbaks</p> <p>De logistiska problemen är till största del lösta</p>	<p>Bristande kompetensförsörjning i Umeå, i första hand</p>
--	---	-----------------	--	---

Denna utvecklingsplan har i stora delar utarbetats tillsammans med den regionala processarbetsgruppen

Amir Sherif
 Processledare, all urologisk cancer utom prostatacancer
 RCC Norr
 Umeå 150604