

ÅRSRAPPORT 2018 RMPG urologi inom Sydöstra sjukvårdsregionen

Sammansättning av RMPG

Tre ledamöter från varje region samt eventuell akademisk företrädare från medicinska fakulteten vid Linköping Universitet utgör RAG urologi. Detta finns ett arbetsutskott bestående av en ledamot (verksamhetschef) från Jönköping, Östergötland och Kalmar. Det finns även utsedda processledare för SÖSR kopplat till huvudprocesserna, dessa processledare ingår även i RAG urologi.

Tillgänglighet

Medelväntetid	RJL	Kalmar (LSK)	Kalmar (Västervik & Oskarshamn)	RÖ
Blåscancer	13,4	50,1	16,75	17,1
Prostatacancer	32,5	52,6	32	35,6
Njurcancer	31	39,3	-	32,9 (38,0 inkl RF-beh)
Behandling övrigt (ej njursten)	46,3	68,2	50	57,5
ESVL njursten	28	<30	<30	34,8
Stenbehandling med laser	30 (inkl+ exkl.laser)		27	30
TUR-P	87	179	55	57,8
Nybesök				
Totalt	2301(+1650)	2046	1360	3212
Andel inom 60 dgr	90% (90%)	66%	67%	78%
Behandling				
Totalt	1016 (515)	449	330	2149
Andel inom 60 dgr	83% (90%)	61%	74%	75%

Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Jönköping: Radikala cystektomier nivåstrukturerades/centraliserades till Linköping vid årsskiftet 2017/2018. Vi utarbetade och implementerade rutiner kring flödet för muskelinvasiva uroteliala tumörer, i form av strukturerad preoperativ utredning som efterföljs av diskussion på regional blåscancer MDK. Vetenskapligt arbete har påbörjats av ST-läkare för uppföljning av ledtider och resultat. Det regionala samarbetet utvecklades och vi fortsatte verka för förbättrad kommunikation kring denna patientgrupp. I prostatacancerprocessen har detta år fokuserat på att bygga ett prostatacancercenter. Diagnostiskt prostatacancercenter var del 1. Denna mottagning är placerad på Höglandssjukhuset där man bygger en diagnostisk enhet för fusionbiopsier. Projektet sker i samarbete med radiologen. En gemensam fortbildning och utveckling skede under sommar och tidig höst. Uppdraget prostatacancercenter andra del består av att starta upp en uro-onkologisk mottagning och

projektet kommer fortsätta att ta form under 2019.

Njurstensprocessen har arbetat med att korta ledtiderna. Sjuksköterskor tar större ansvar i processen (rätt använd kompetens). Upphandlingen av ny ESWL-apparat och Laser blev klar under året.

Kalmar: nivåstruktureringen gällande cystektomier startade 1 november 2017 och under 2018 har rutinen i form av att de remitteras till US Linköping blivit en naturlig del i verksamheten. Arbetsfördelningen inom Kalmar län med behandling av njurstenssjukdomen i Västervik och njurkirurgi i Kalmar blev under 2018 standard. I Västervik finns för denna arbetsfördelade verksamhet en ny ESWL-apparat och i Kalmar en robot, vilket gör att alla patienter i länet kan erbjudas likvärdig vård.

Östergötland: Jag kan inte se att vi gjort någon mer förändring från förra året, all cystektomi utför på US, Peniscancer är US nod för att sedan skicka vidare till Malmö eller Örebro. NPO har i sin roll uppgiften att ta fram förslag för framtida nivåstrukturering. Efter detta får vi diskutera vidare framtida regionala arbetsfördelningar. Samarbete inom diagnosgrupperna pågår.

Investeringar

Jönköping: löpande investeringar av endoskopi och ultraljudsutrustning samt flödesmättningsutrustning och bladderscan. Utbyte av ESWL 5,9 mkr och Laser 1,7 mkr). Inköp av ny ultraljud anpassad för Fusion 1,5 miljoner. (Total investering för 2018 12,7 mkr)

Kalmar: har ingen struktur för löpande investeringar. Urologsektionen har äskat för ultraljud med fusionsteknik, men fått avslag. ESWL-apparat har kom under året på plats i Västervik och är i full drift.

Östergötland: Löpande investeringar i form av endoskopi och ultraljudsutrustning. (1,2 mkr) Investeringar i inventarier pga ombyggnad och flytt av mottagning US (3,6 mkr). Årets planerade investering i Laserutrustning har flyttats fram till 2019 pga att man inte haft möjlighet från upphandlingsavdelningen att hinna med detta. ESWL utrustning byttes under 2018 (6,3 mkr)

Sjukvårdsgemensam upphandling

Vi har inte kommit igång med gemensamma upphandlingar ännu. Upphandlingsenheterna har ett uppdrag att se över detta.

Utvecklingstendenser

Jönköping: En uroterapeut blev färdig utbildad i juni och i januari startar utbildningen för vår andra uroterapeut. De kliniska processerna arbetar ständigt med förbättringar som t.ex. RAK. Detta börjar synas i klinikens resultat där annan vårdgivare än läkare står för 30% av klinikens mottagningsbesök och behandlingar. Ytterligare en robotoperatör har utbildats i njurprocessen och det har implementerat ny operationsmetod i roboten (RASP). David Robinson antogs som Docent i maj 2018.

Kalmar: under året blev urologsektionens första cystoskopist (sjuksköterska) klar och kom i full drift under året. Vi har även fått tillskott av en sjukskötersketjänst på urologmottagningen, även det som en del i task-shifting (yrkesrollsutveckling). Två sjuksköterskor har utbildat sig till uroterapeuter och är planerade för att ta över verksamheten efter pensionsavgång under 2019. En total översyn av den urologiska verksamheten pågår, både när det gäller mottagnings- och operationsverksamhet.

Östergötland: Fokus på tillgänglighet för att uppnå våra nationella mål. Pågående arbete med rehabiliteringsprocessen både vid kliniken men även RÖ övergripande. Fortsatt arbete i diagnosteam med utvecklingsfrågor. Utveckling av vår uro-onkologiska mottagning där patienten nu får möjlighet att träffa urolog och onkolog inför behandlingsbeslut. Operationsflödet planeras RÖ övergripande för att effektivisera och använda våra resurser på ett klokt sätt.

Då läkarutbildningen nu utökas kommer behovet av handledning och antal VFU platser öka. Vi arbetar med att utveckla dagkirurgin så att vi kan använda våra slutenvårdsplatser till den större kirurgin och våra akutpatienter där behovet ser ut att öka i och med att våra patientgrupper blir äldre och i samband med detta mer multisjuka.

Prostatacancer

Kvalitetsindikatorer för prostatacancer– för 2018 tagna från koll på läget med uttagsdatum 7 feb 2019

Koll på läget består av 10 olika parametrar som skall sammanfatta prostatacancer sjukvården.

Dessa 10 parametrar är:

1. Rapporterad till NPCR
2. Kontaktsjuksköterska
3. Väntetid till första besök
4. Väntetid till cancerbesked
5. Skelettundersökning
6. Aktiv monitorering
7. Multidisciplinär konferens vid högriskcancer.
8. Kurativ behandling vid lokaliserad högriskcancer
9. Nervsparande resektion
10. Negativa resektionsränder

Då dessa variabler granskas ser man att det finns uppenbara gemensamma problem i regionen och det är väntetiderna som inte är i närheten av den som skall hållas enligt SVF kriterierna. Dessa är alltför långa och dessvärre se inte heller radikal förbättring över tid.

Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar

Diagnosår: 2018

Begränsa till region
Sydöstra

Jämförelsenivå
Länsting

Sjukhus av intresse

Diagnosår
2018



Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar

Diagnosår: 2018.

Begränsa till region
Sydöstra

Jämförelsenivå
Sjukhus

Sjukhus av intresse

Diagnosår
2018

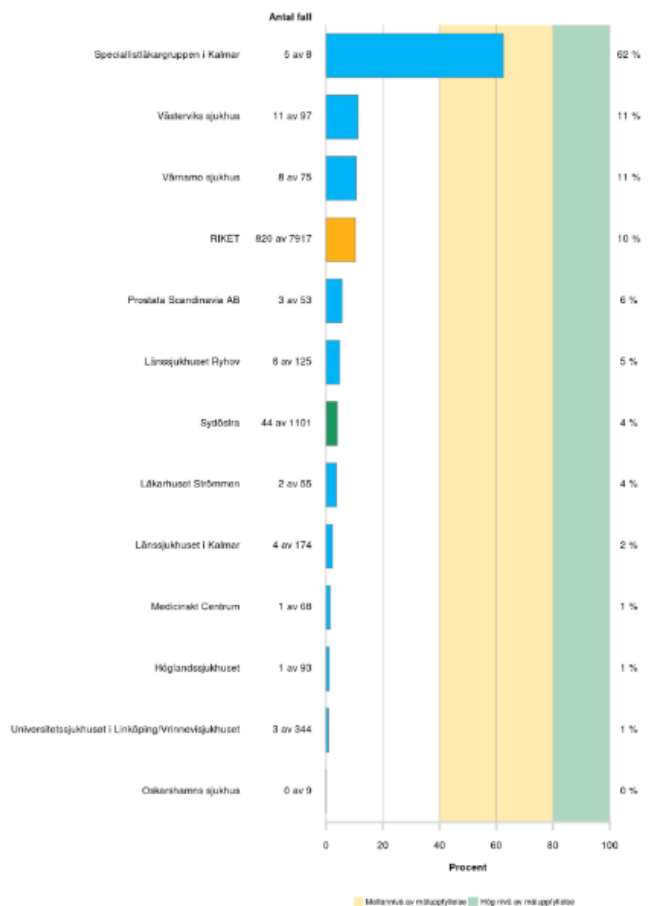
Jämförelse

Tabell

Karta

Trend

Beskrivning



Om man skall ändra denna trend behöver man omorganisera omhändertagande av män med förhöjt PSA. Då MRT prostata kommer att bli ingången till att ta vävnadsprov så behöver dessa resurser förstärkas kraftigt. Här finns det en stor underkapacitet på MRT-undersökningar.

De övriga variablerna ligger acceptabelt eller bra men det varierar vilket sjukhus eller region som har de bästa resultaten. Ingen entydig bild kan utläsas.

De viktigaste nya riktlinjerna

Primär strålbehandling: Den tekniska utvecklingen har medfört att extern strålbehandling med fotoner numera kan ges med högre precision. Därmed kan man ge högre doser med bättre effekt och mindre risk för biverkningar. Moderat hypofraktionerad behandling 60 Gy/20 fraktioner har likvärdig effekt med 78 Gy/39 fraktioner vid mellanrisk prostatacancer utan ökad risk för sena biverkningar. Detta är resursbesparande.

Rekommendation om utredning och behandling av osteoporos. Värdering av frakturrisik med FRAX rekommenderas vid start av kastrationsbehandling då många män kommer att drabbas av frakturer i onödan då sjukvården skulle kunna behandla dessa mäns osteoporos i tid och förhindra onödigt lidande för dessa män. Dock finns en kraftig brist på undersöknings kapacitet till bentäthetsmätning.

PROM-enkät: De patienter som får en kurativt syftande behandling ska få besvara på en PROM-enkät för registrering av biverkningar. Detta görs före behandling och 3 mån, 1, 3 och 5 år efter behandling. Under 2019 kommer ePROM att införas och patienten ska då ges möjlighet att besvara enkäten elektroniskt på mottagningen eller i hemmet. Detta kommer att ge mycket goda möjligheter till följa upp de biverkningar som männen som får behandlingar som syftar till bot drabbas av. Om dessa ifylles korrekt kommer man kunna mäta vilken kvalitet som behandlande centra håller, vilket till dags dato har varit omöjligt.

Läkemedel

Primär behandling av fjärrmetastaser. Tillägg av abirateron vid start av kastrationsbehandling kan erbjudas patienter med nydiagnosticerad högrisk fjärrmetastaserad prostatacancer när docetaxel inte är lämpligt. Detta är kostnadsdrivande.

Det kommer att komma ett flertal nya läkemedel i år och nästa år som alla förlänger överlevnaden för män med icke botbar prostatacancer men till ett högt pris.

Utvecklingstendenser

Långa väntetider för att de är så många

För de flesta män kommer MRT att bli den undersökning som skall utföras innan man tar vävnadsprov. Med den kapacitetsbristen som råder gör att dessa män får vänta länge innan de är utredda. Dessa män får vänta alltför länge redan nu, detta beroende på att det är många till antalet. Var 5:e man i Sverige idag kommer att få en prostatacancerdiagnos.

Organiserad prostatacancerdiagnostik

RCC har i uppdrag att stödja regionerna i att organisera prostatacancerdiagnostik av symptomfria män. Bakgrunden är att Socialstyrelsen avråder från screening för prostatacancer men ändå anser att dagens PSA-testning behöver göras mer strukturerad och jämlik.

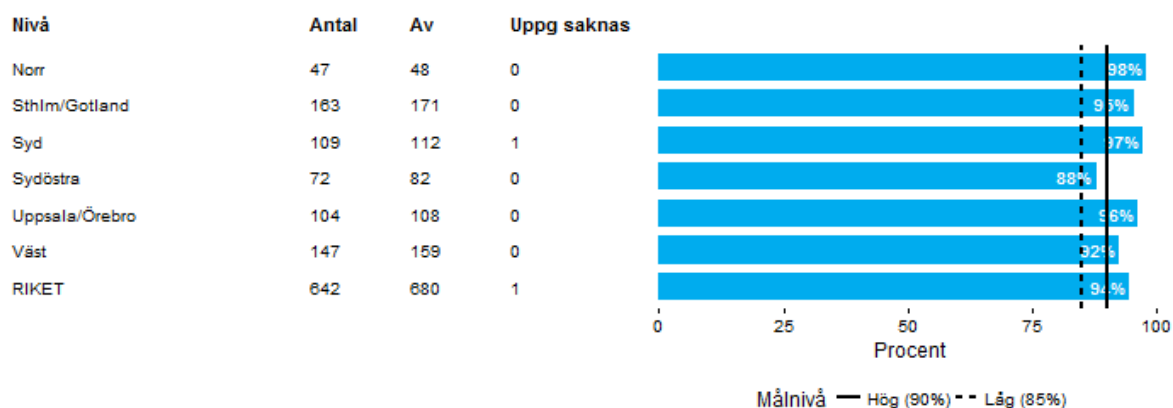
Den regionala sjukvårdsledningen i sydöstra sjukvårdsregionen har tagit ett inriktningsbeslut att alla tre regioner ska samarbeta kring att långsiktigt ta fram en plan för framtida organisering av prostatacancerdiagnostiken. Hur det ska se ut och i vilken takt det ska införas är dock inte klarlagt utan förstudien kommer behöva bevaka hur andra regioner gör samt ännu mer kartlägga och analysera vilka personmässiga, tekniska och ekonomiska förutsättningar som finns i sydöstra sjukvårdsregionen. Detta arbete måste fortsätta skyndsamt för att inte invånarna i sydöstra regionen skall hamna efter i den utveckling och förbättring som organiserad prostatacancerdiagnostik innebär.

Njurcancer

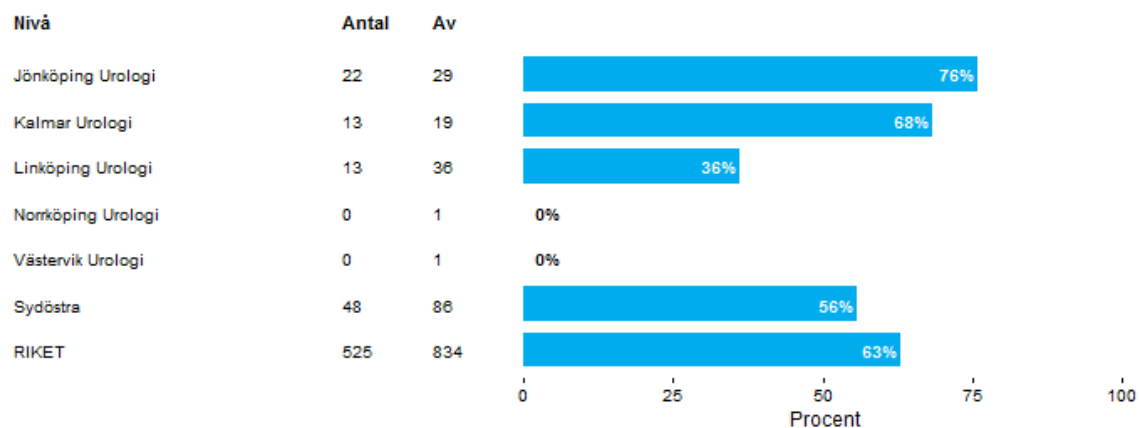
Kvalitetsindikatorer

Data utdrag 2019-02-28. Observera att år 2018 skall vara färdigregistrerad 2019-05-03 och en del patienter är sannolikt inte registrerade än.

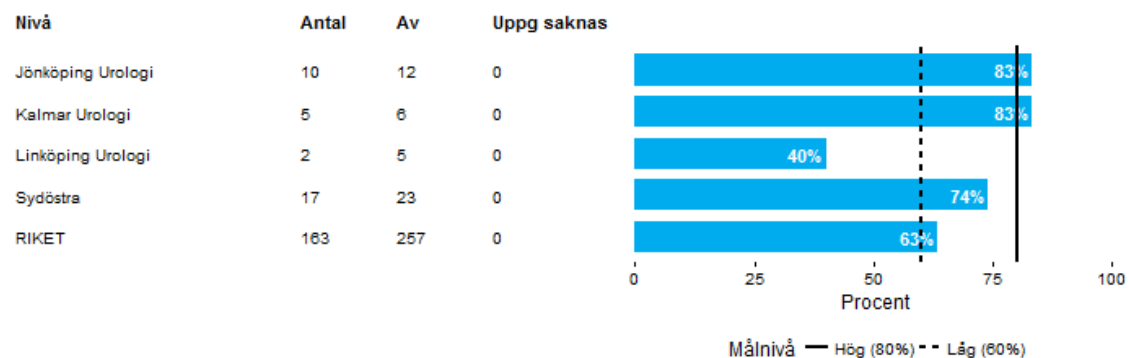
Andel patienter med CT thorax i primärutredning, diagnosdatum jan-dec 2018



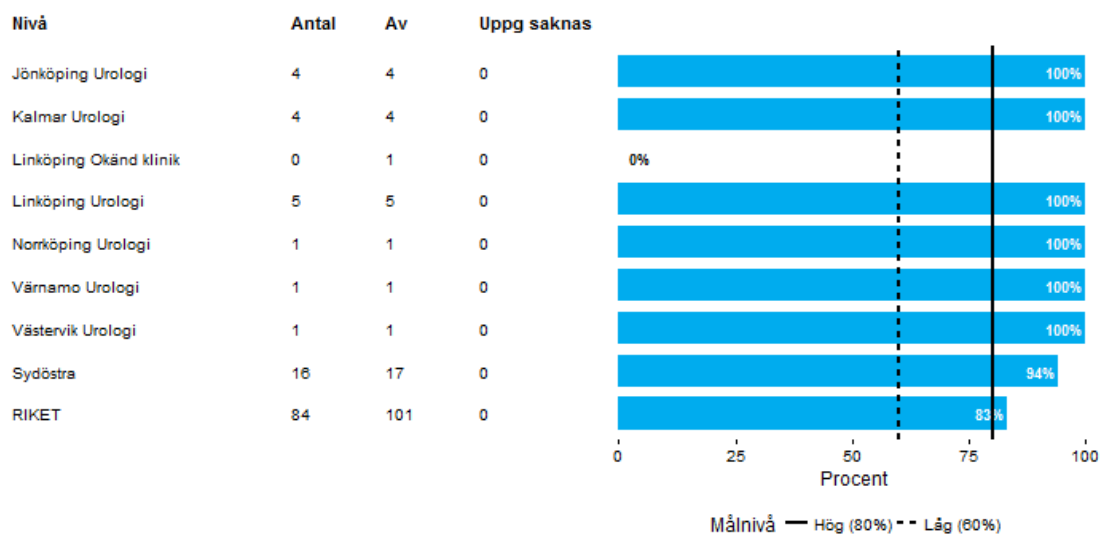
Täckningsgrad kirurgiblankett, operationsdatum jan-dec 2018



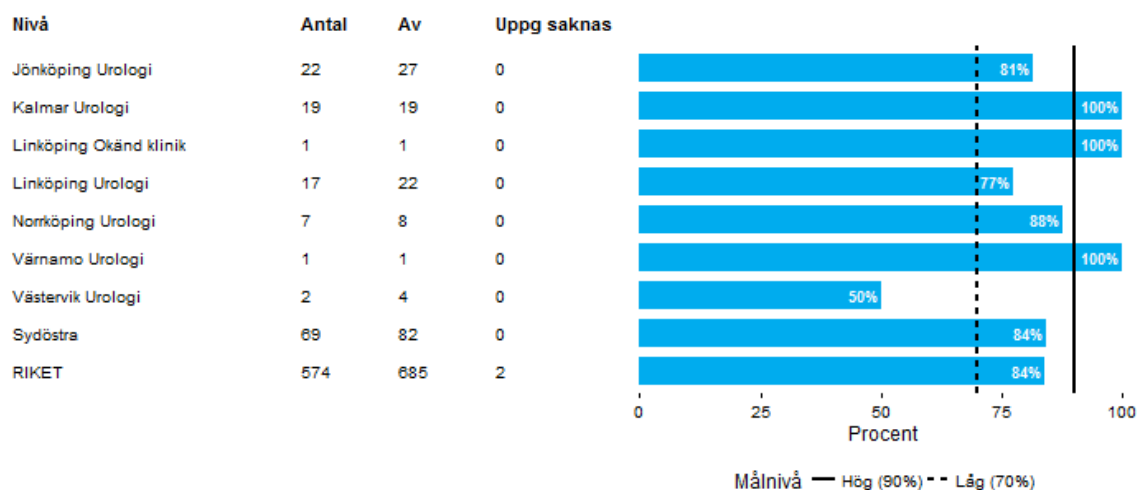
Andel patienter med njurresektion vid operation av T1a tumörer bland patienter med T1a-tumörer med kurativ nefrektomi, njurresektion eller ablativ behandling, operationsdatum jan-dec 2018



Andel patienter som har diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK) bland patienter med metastaserad sjukdom (M1) vid primärdiagnos, diagnosdatum jan-dec 2018

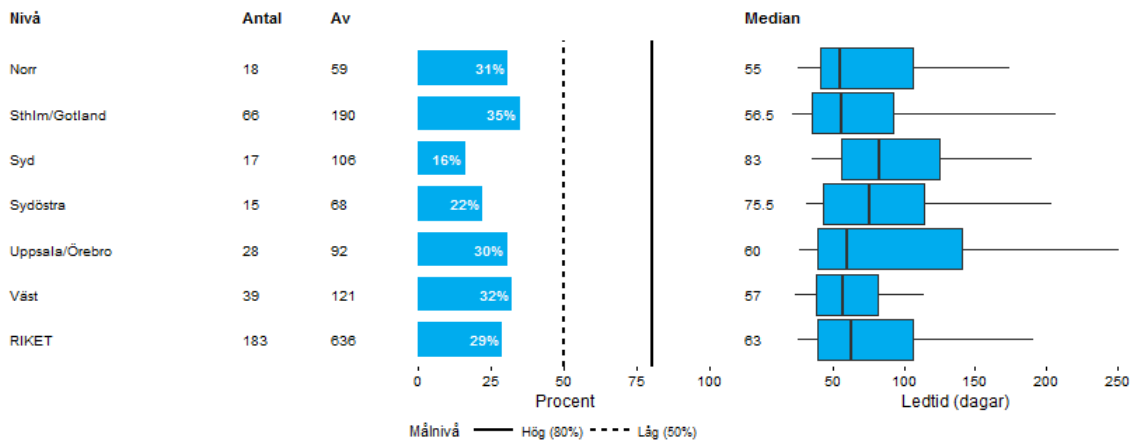


Andel patienter med namngiven kontaktsjuksköterska, diagnosdatum jan-dec 2018



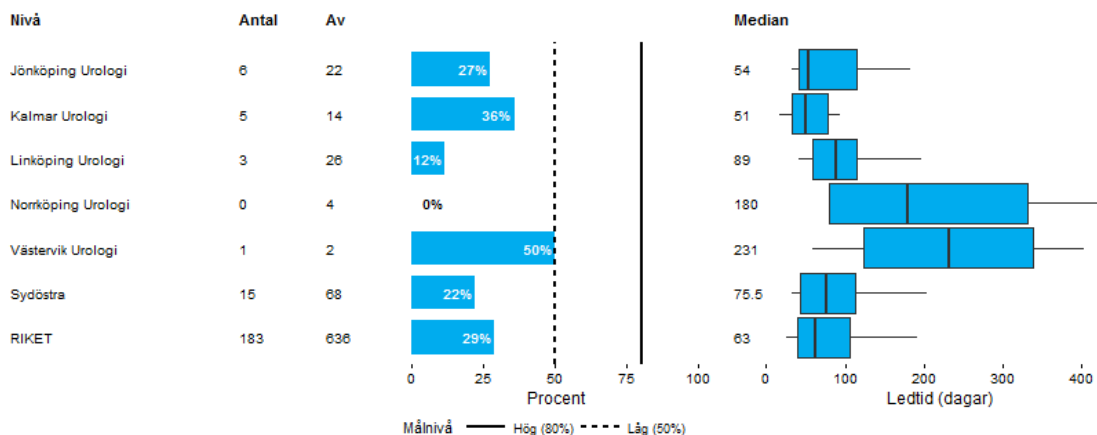
REMISS till operation.

Andel patienter med tid från remissutfärdande till operation inom 6 veckor bland opererade, samt percentiler (10%, 25%, 50%, 75% och 90%), operationsdatum jan-dec 2018



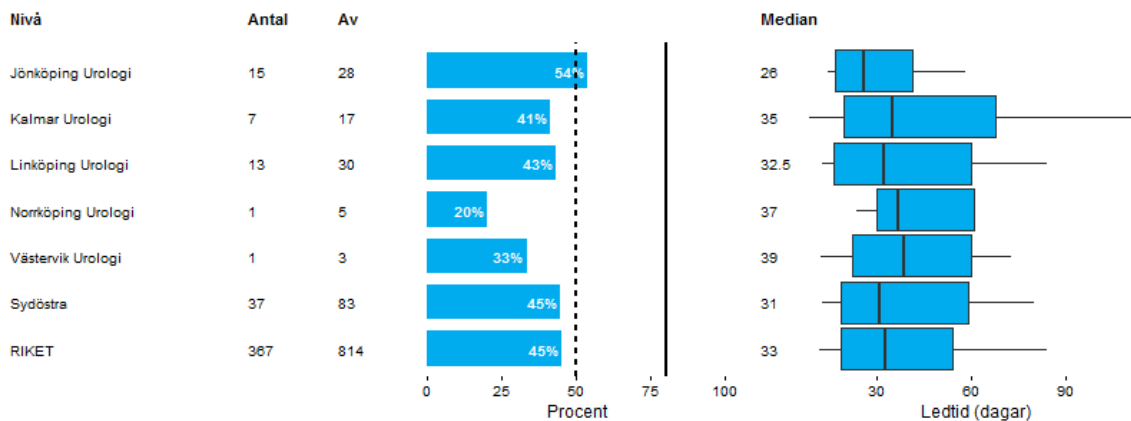
REMISS till operation

Andel patienter med tid från remissutfärdande till operation inom 6 veckor bland opererade, samt percentiler (10%, 25%, 50%, 75% och 90%), operationsdatum jan-dec 2018



BEHANDLINGSBESLUT till operation

Andel patienter med tid från behandlingsbeslut till operation inom 4 veckor bland opererade, samt percentiler (10%, 25%, 50%, 75% och 90%), operationsdatum jan-dec 2018



Riktlinjer - vårdprogram

Arbetet med ett uppdaterat vårdprogram pågår. Ny version kommer att publiceras under 2019.

Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Kirurgisk behandling av njurcancer är sedan tidigare koncentrerat till 3 länssjukhus i regionen. Patienter med tumörtromb i vena cava opereras på Urologkliniken US Linköping. En del patienter med dorsala tumörer remisternas till Urologkliniken RJL för robot-assisterad retroperitoneal njurtumörresektion. Onkologisk behandling ges på Onkologkliniker i Linköping, Jönköping och Kalmar.

Investeringar

I Jönköping startades stereotaktisk strålbehandling vid oligometastatisk sjukdom samt hos patienter med hjärnmetastaser. I Kalmar började man använda daVinci robotsystem vid operationer för njurcancer.

Läkemedel

Under 2018 publicerades några randomiserade studier som har stor påverkan på behandling av patienter med metastaserad njurcancer. CARMENA och SURTIME studier om behandling med sunitinib i relation till cytoreduktiv nefrektomi hos patienter med metastaserad njurcancer visar att patienter med poor risk och/eller dålig performance status inte bör genomgå nefrektomi. Operation kan övervägas i senare skede hos intermediär risk patienter med liten metastasbörda som får långvarig respons av systemisk antitumör behandling. Detta resulterar i minskat antal nefrektomier som behöver göras hos patienter med metastaserad sjukdom.

Under 2018 infördes peroral multikinashämmare cabozantinib som alternativ till nivolumab vid andra/tredje linjens behandling av metastaserad njurcancer.

Immunoterapi med checkpoints hämmare som infördes 2017 har en etablerad plats som behandling av metastaserad njurcancer. CheckMate 214 studie som publicerades 2018 visar dessutom att kombinationsbehandling med ipilimumab/nivolumab bör rekommenderas för patienter med intermediär och poor risk. Denna kombination har dock inte införts i Sverige än. Flera studier om olika varianter av kombinationsbehandlingar är på gång och kommer sannolikt bli ytterligare behandlingsalternativ.

Utvecklingstendenser

Det finns tydlig tendens att använda mindre invasiva operationsmetoder (robot-assisterad laparoskopi/retroperitoneoskopi) för kirurgisk behandling av små njurtumörer. Mindre invasiva metoder, särskild när man använder ett robotsystem är mer kostsamma men vårdtid blir kortare såsom återhämtning och sjukskrivning.

I vilken utsträckning används ablativa behandlingsmetoder är oklart pga brister i registrering av dessa ingrepp. Arbetet pågår att strukturera och tydliggöra registreringsprocessen för att få tillförlitliga data.

Jämfört med tidigare finns det tydlig ökning i andel patienter som fått kontaktsköterska och diskuteras på MDK vid metastaserad sjukdom.

Senaste studier visar begränsad roll av cytoreduktiv nefrektomi vid metastaserad sjukdom utan de flesta patienter får initialt systemisk behandling. Patienter med metastaser och största tumörbördan i njuren som hittills opererades primärt kommer framöver att behandlas först med målriktade läkemedel via onkologen och endast utvalda diskuteras avseende nefrektomi

vid god respons. Eftersom nya läkemedel för systemisk behandling av njurcancer är under utredning och kommer sannolikt att registreras inom kort kommer behandlingskostnaderna öka.

Sammanfattning

Typ av kirurgisk behandling som används registreras från och med 2018 inte längre i anmälan till njurcancerregistret utan enbart i kirurgiblanketten. Täckningsgrad för det sistnämnda har tidigare varierat i Regionen från 0 till drygt 90% vilket försvårar bedömning av aktuell situation och processarbete. Efter en del diskussion inom processen beslutades att patienterna som opererades i Kalmar efter 2018-01-01 skall retroaktivt registreras i kirurgiregistret. En annan registreringsansvarig utsattes vilket resulterat i ökad täckningsgrad i hela regionen. Inom njurcancerprocessen pågår ett arbete för att få en klar bild av hur patienter med njurcancer behandlas i SÖ regionen. Det har sedan tidigare funnits en känsla att data i kvalitetsregistret inte stämmer med Socialstyrelsens databas, Diver och ERAS registret (gäller RJL). Under 2018 fick processen hjälp av en statistiker och utvecklingsledare från Qulturum för att identifiera felkällor och skapa trovärdig databas som utgångspunkt till vidare arbete. Kontakten mellan Qulturum och RCC etablerades och behörighet till RCCs data skapades för Qulturums statistiker för att kunna utföra fördjupad analys av registrerade data. Preliminär analys ger misstanke att det inte finns klara instruktioner hur man registrerar visa parametrar, bl.a. typ av behandling. Dessvärre blir data ofullständiga pga. ovannämnda brister i inrapportering. Processledare har varit i kontakt med ansvariga för inrapportering från alla sjukhus där operationer för njurcancer utförs och betonad vikten av rätt rapportering. Detta ledde till ett fysiskt möte med deltagare från Urologkliniker i ÖG och RJL samt Qulturum, där man diskuterade olika aspekter och svårigheter vid registreringen. Då kom det ett förslag att konstruera en enkel krysslapp som man skulle kunna fylla i direkt efter operation och skicka till inrapportörer, vilket skulle underlätta ifyllandet av kirurgiblanketten. Mallen kommer att utvärderas under våren.

Blåscancer

Inrapportering

Inrapportering till nationella blåscancerregistret, cystektomiregistret av patienter fungerar väl i sydöstra regionen. Det är viktigt för att man ska kunna göra analys och dra slutsats på ett bra sätt. Vi behöver arbeta mer med behandlingsblanketter särskilt från Kalmar län då inrapportering ligger på 71 %.

Trots SVF, så ligger antalet nydiagnostiserade blåscancerfall stabilt i sydöstraregionen på cirka 330 patienter. Det är inte stor skillnad vad gäller kön och ålder per diagnosgrupp heller. Vi har fortfarande 20 % av patienterna med avancerad sjukdom vid diagnosen som mest drabbar äldre patienter (medianålder 78 år). Vis ökning på andel patienter som utredas enligt SVF (cirka 67 %) med undantag Kalmar län som ligger på cirka 41 %.

Väntetider

Medianväntetiderna för ett nybesök på specialistmottagningen har varit långa enligt SVF och dessa har blivit ännu längre generellt i sydöstra regionen (median 14 dagar) med viss bra siffra i Jönköping (8 dagar). Väntetiderna från remiss till TURB har blivit ännu längre överlag

i sydöstra regionen (median 26 dagar) med viss försämring i Kalmar län (49 dagar) som påverkar medianväntetiden i hela sydöstra regionen. Klar försämring i medianväntetiderna från remiss till intravesikal behandling i sydöstra regionen (median 117 dagar) vilket kan bero på försenat PAD-svar från patologen eller behov av re-operation (re-resektion) som krav i vårdprogrammet vid T1 tumörer.

Däremot medianväntetider för patienter med T2-T4 tumörer utan metastaser som fått kurativt syftande behandling (cystektomi eller kurativ strålbehandling) har blivit bättre (från 114 till 108 dagar) utifrån 19 registrerade patienter. Tid till cystektomi påverkas av olika faktorer såsom neoadjuvant cellgiftsbehandling som kan ta 90 dagar. Det är önskvärt att man till kommande resultatredovisning tar fram resultat för de som fick neoadjuvantbehandling. Siffrorna reflekterar inte antal cystektomier i sydöstra regionen då en del patienter opererade med cystektomi har icke-muskel invasiv sjukdom (till exempel BCG resistans cancer).

Best practice

Andel patienter som fått TURB inom 12 dagar från utfarande av remiss ligger ännu sämre på 14% i sydöstra region (målnivå minst 80 %). Detta kan bero på försening i olika moment i vårdförloppet från registrering av remissen, beställning och svar på röntgenundersökning, bokning av mottagningsbesök, operationsanmälan och om patienten behöver ytterligare medicinskt undersökning innan operationen. Detta kommer att analyseras ytterligare.

Andel patienter med T1 tumörer som fått intravesikal behandling ligger på cirka 61 % (målnivå 75 %). Svårt att dra slutsats på grund av att täckningsgraden på behandlingsblanketterna är ganska låg. Detta kommer att analyseras ytterligare.

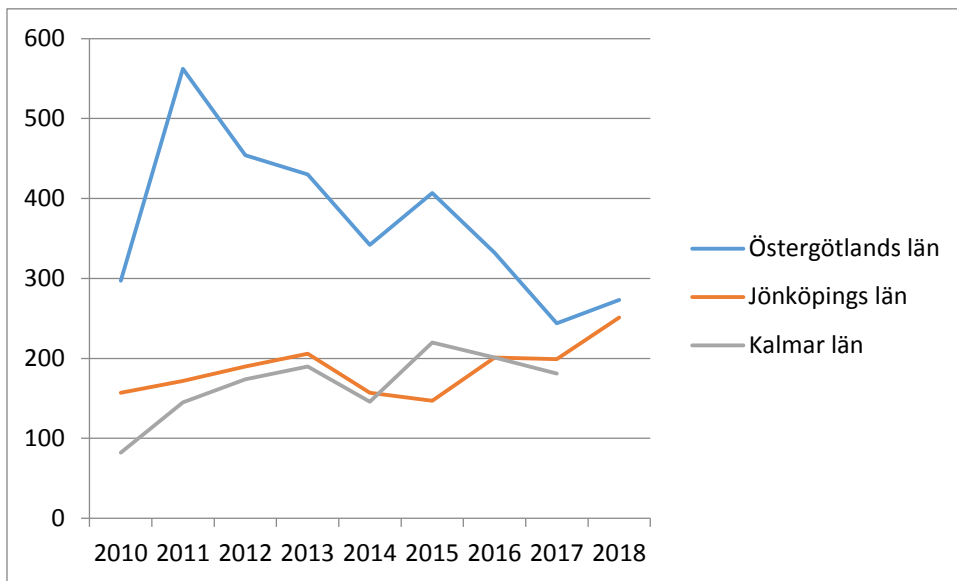
Andel patienter med T2-T4 tumörer utan metastaser som fått kurativ behandling (cystektomi eller strålbehandling) ligger på godkända nivåer (72 %) men Kalmar län ligger på 18 % (målnivå 45 %) i sydöstra regionen. Detta kommer att analyseras ytterligare.

I princip alla patienterna bör diskuteras på MDK och beslut om neoadjuvant behandling brukar vara i samråd med onkologerna. Det kan vara tumörbiologin eller njurpåverkan som hindrar till neoadjuvant behandling. Andel patienter med T1-T4 tumörer som diskuterats i multidisciplinär konferens ligger på underkända nivåer (50 %) (målnivå 100 %) i sydöstra regionen. Detta kommer att analyseras ytterligare.

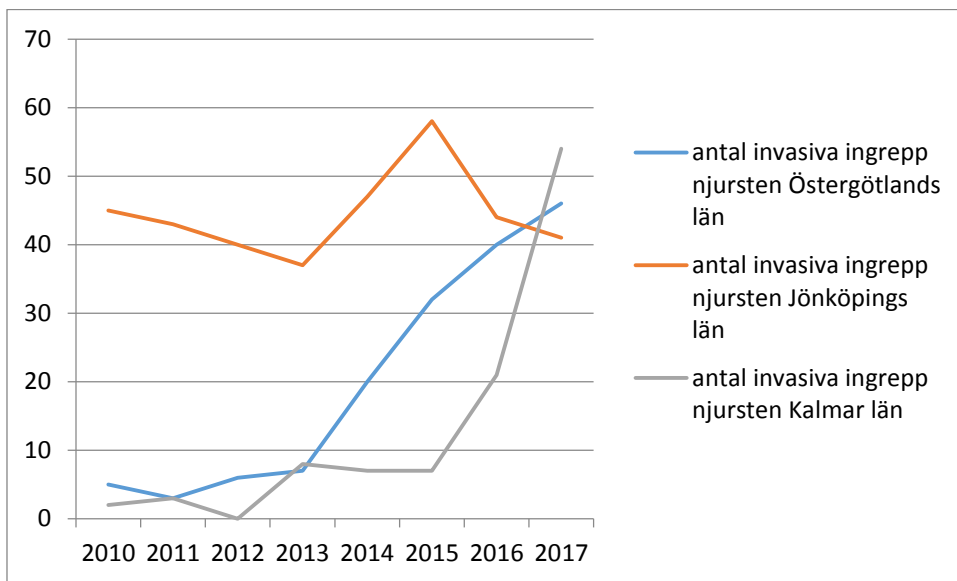
Stenverksamhet

Sedan 2015 har där funnits ett gemensamt vårdprogram i Sydöstra regionen för handläggning av urinvägskonkrement i syfte att välja rätt behandling till patienten från början. Detta för att undvika onödiga ESVL behandlingar som inte ger resultat men också för att välja ESVL behandling när det inte behövs göra invasiva ingrepp som ofta kräver narkos och således till en större kostnad. Följsamheten kunna vara bättre både inom regionen men även inom våra 3 sten enheter kollegor emellan.

Eftersom Jönköping säkert inte har registrerat helt rätt enligt den statistik jag har fått från SKL har jag nu fått en total summa från Heimo Lucht av ESVL behandlingar i Jönköpings län. Således går det inte att se antalet ESVL behandlingar av njursten och uretärsten separat.

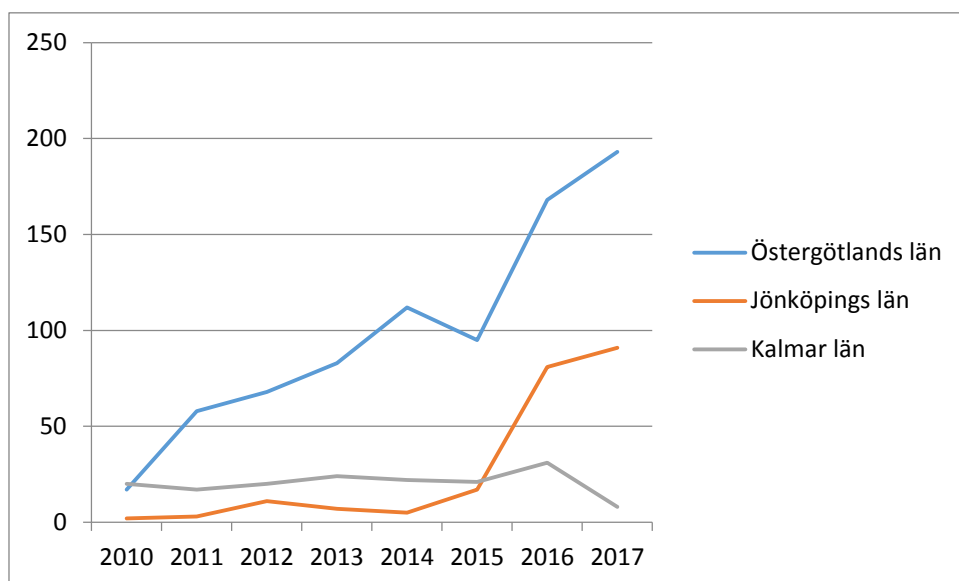


Som man ser är där numera ingen större skillnad i det totala antal ESVL mellan Östergötland och Jönköping. Jag inte fått någon återkoppling från Kalmar angående verksamhet för 2018.

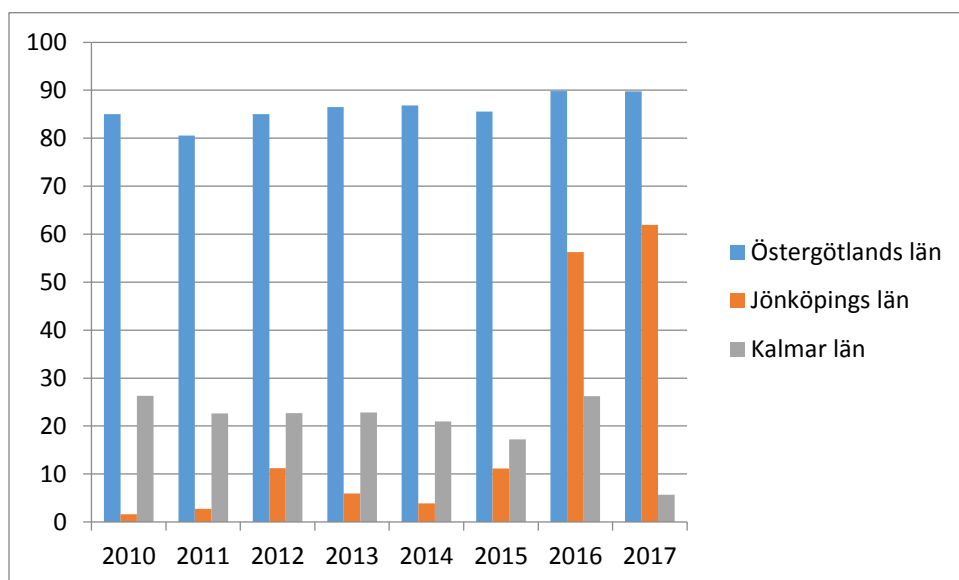


Ovanstående figur visar de totala antal invasiva ingrepp vid njursten. Det är endoskopisk laserlithotripsi som står för ökningen. Tar man hänsyn till befolkningsunderlaget med 458150 invånare i Östergötland, 358102 invånare i Jönköpings län samt 243718 invånare i Kalmar län ser man att där är betydande skillnader inom Sydöstra regionen. Så det är alltså inte enbart på grund av flera hårda konkrement med tanke på ökat invandring samt ökande BMI i landet med därav ökat ssd (skin to stone distance). Således spiller doktors preferens också in för vilket ingrepp man väljer till patienten. Man skall vara uppmärksam på att invasiva ingrepp är till en betydande större kostnad och speciellt om det också sker i inneliggande vårdform än ESVL behandling.

Antalet percutane lithotripsier är under 10 stycken för både Jönköping och Kalmar län de sista åren (2016 samt 2017). I Östergötland utförs de flesta endoskopiska laserlithotripsier i dagkirurgisk form. Man ser en ökande antal i Jönköping de sista åren men stort sett alla ingrepp är i inneliggande vårdform i Kalmar län.



Ovanstående figur visar antalet endoskopiska laserlithotripsier av uretärsten i dagkirurgisk regi.



Ovanstående figur visar procent del av alla endoskopiska laserlithotripsier på uretärsten i dagkirurgisk verksamhet. Således ser man att nästan alla i Östergötland görs i dagkirurgisk regi samt Jönköpings län ökar andelen de sista år medan nästan alla i Kalmar län utförs som inläggande vård.

Som det framgår behöver vi sannolikt strama indikationer för behandlingsval vid njur- och uretärsten. Således stora skillnader och därmed också kostnader för stenbehandling i Sydöstra regionen. Detta trots flera möten och tidigare överenskommelse om att vårdprogrammet var bra. Vi har nästa möte inplanerat till 3/6 2019 i Västervik.

LUTS/BPH

Jönköping: implementerat ny operationsteknik på adenomenukliation (öppen benign prostataoperation). Numera görs operationen i roboten (RASP). Detta har medfört stora

vinster för patienten med mindre blödning, mindre komplikationer, tidigare hemgång och kortare KAD tid.

Sjuksköterskebaserad utredning av BPH

Kalmar: När det gäller aktiv behandling erbjuds patienter med symtomgivande godartad prostataförstoring operation eller mikrovågsbehandling (CoreTherm). Då samtliga operativa ingrepp kräver anestesilogiska resurser, operationssal samt vårdplatser betraktar vi CoreTherm som förstahandsval då det utförs på mottagningen, i lokalbedövning under ca 10 minuter.

Östergötland: Utökad arbete i diagnosteam. Utbildning påbörjad för att uroterapeuter ska göra LUTS utredning. Förbättringsarbete urodynamik, Ssk/Uroterapeut gör bedömning efter utförd undersökning och ger remissvar. Överflytt av Scotts protes op till VIN. Genomfört SK kurs LUTS under v 43, fick bra respons på denna.

Svar från metodrådet att starta upp operation av benign prostata med Green Light, planerad start v 14 2019, tanken är att dessa sedan görs dagkirurgiskt vilket kommer att vara bra med tanke på vårdplatser.

Nästa steg är att utse en sjukvårdsregional processledare för LUTS för att likrikta processer och följa data.

Peniscancer

Primär Utredning vid ny upptäckt cancer inför MDK:

1. Interna patienter: Kommer oftast på remiss, om inte SVF så ska den ändras till SVF. Utredning innefattar, klinisk bedömning, px eller circumcision, rtg (DT buk o thorax vid misstanke om invasiv tumör) och foto dokumentering. När allt är klart så planeras patienten till MDK.
2. Externa patienter: Oftast så är utredningen klar, fattas nåt, så kompletteras den oftast i hemmaorten, om inte det något special, så gör vi den i Linköping. När allt är klar, planeras pat till MDK.

Efter MDK: Informeras all patienter om beslutet, undertecknad ringer och Informerar (alt planera mott besök), kontaktsjuksköterska ringer efter några dagar.

Utfallen:

1. Inget behövs göras.
2. Konferensen kan rekommendera special undersökningar, typ PET/CT, ny klinisk bedömning, nya px, etc. vilka oftast görs i RÖ för att snabba processen.
3. Kirurgi och i så fall skickas specialist remiss oftast till Örebro.
4. Topical behandling, i så fall remiss till dermatologen i hemorten.
5. Palliation och i så fall remiss till onkolog kliniken i hemorten.

Uppföljning:

1. Interna patienter går hos oss, klinisk kontroll var tredje eller 6:e månad i 2 år sedan årligen därefter, totalt 5-6 år, + rtg undersökningar i vissa fall.

2. Externa: individuell bedömning, oftast bokas till läkare i RÖ när dem släppt från Örebro, och beroende på hur risken för återfall lotsas patienterna till hemorten för fortsatt uppföljning.

OBS:

Antal fallen är ca 1-2 i genomsnitt/MDK/vecka, ca 80-100 fall om året, detta inkluderar (misstänkta förändringar, ny diagnostiserade cancer och recidiv). Fallen vi följer på mott är mycket mer förstås för att den ackumuleras.

Testikelcancer

Handläggs enligt SVF och nationella riktlinjer. Efter sedvanlig handläggning med radiologisk utredning, tumörmarkörer och spermiefrysning (US Linköping) utförs vanligen operation inom en vecka. Härefter får patienten svar på den histopatologiska bedömningen via ett mottagningsbesök och remitteras sedan till antingen onkologkliniken US Linköping (RÖ och RK) eller onkologen i Jönköping (RJJ) för fortsatt hantering. Valfungerande process.

Kunskapscenter för robotassisterad urologi i SÖSR – avseende njursjukdomar

April 2017 fick RAG urologi uppdrag av RSL att skapa ett kunskapscenter för urologiskt robotkirurgi främst njurar. Processledare tillsammans med metodstödjare från Qulturum startade med att planlägga njurcancer behandling SÖRS. Detta har visat sig vara svårt det fanns signifikanta skillnader mellan data från Kvalitetsregistret, Diver och Socialstyrelsens databas. Inte heller kände professionen att befintliga data speglar verkligheten. Felkällorna misstänktes ligga i bristande, felaktig och icke standardiserad registrering av data, framför allt avseende njurcancerbehandling. Efter drygt ett år arbete kunde en del av felkällor identifieras och trovärdiga data för perioden 2015-2017 sammanställas. Data, som presenterades på njurcancermöte 190329, visar en del skillnader i behandling av patienter med njurcancer som analyserats. Processgruppen var dessvärre inte enig om hur de lokala skillnaderna skall jämnas ut. Man planerar att skapa en SÖ regional diskussionsforum i form av videokonferens och diskutera vissa patientgrupper.

Parallellt har processen etablerat kommunikationsvägar och kontakt mellan de olika yrkeskategorierna inblandade i utredning, behandling och registrering av njurcancer. Vägledning av registrering av operationer som utförs på misstanke om njurcancer sammanställs för att kunna få trovärdiga data för kvalitetsuppföljning. Standardiserad registrering av behandlingar utförda under 2018 planeras vara klar den 3:e maj varefter data skall sammanställas och analyseras. Resultaten kan ge en vägledning till varför ett kunskapscenter för behandling av njurcancer behövs.

Sammanfattning

Årsrapporten för RAG urologi har utvecklats under åren i takt med att arbetet i RAG urologi blivit mera aktivt. Årsrapporten innehåller mindre och mindre delar som är regionspecifika och i större omfattningar delar som är sjukvård regional. Arbetet är också påbörjar med att

utveckla samarbete i sjukvårdsregionen. Detta arbete påbörjas i respektive processgrupp med att se över gemensamma riktlinjer t.ex. för operation indikationer.

Ordförande RAG Urologi
//Ingrid Erlandsson