

## Delprojekt 28 Urologisk kirurgi

2023-10-30

### Sammanfattning

Inom flera områden av benign urologi är väntetiderna långa och under pandemin har det setts en tydlig undanträngningseffekt till nackdel för benigna tillstånd. Inom Region Skåne har omfördelning av viss urologi genomförts under senare år och ytterligare utredning pågår i syfte att förbättra tillgängligheten. Från flera håll, däribland styrgruppen för Regionalt Cancercentrum Syd, har önskemål framkommit om att genomlysa urologin i Södra sjukvårdsregionen. Utöver aktuell kösituation inom såväl benign som malign kirurgi behöver Skånes universitetssjukhus avlastas för att skapa förutsättningar för att söka och erhålla uppdrag för nationell högspecialiserad vård inom såväl urologi som näraliggande områden. Den övergripande målsättningen för delprojektet är att genom omfördelning av benign och malign urologisk kirurgi förbättra tillgängligheten i hela sjukvårdsregionen.

Arbetsgruppen har dragit slutsatsen att en starkt begränsande faktor att ta hänsyn till är bristande tillgång till specialistkompetenta urologer. Bristen är generell i hela Södra sjukvårdsregionen men särskilt märkbar utanför universitetssjukhusen. Arbetsgruppen har därför inte sett möjligheter att föreslå omfördelning gällande cancerkirurgi utan har valt att arbeta fram ett förslag till omfördelning av benigna urologiska tillstånd.

Arbetsgruppen föreslår ett inriktningsbeslut med slutmålet att bilda fyra centra för utredning och behandling av gruppen LUTS (lower urinary tract symptoms). En stor grupp med symptom från nedre urinvägarna vilka kan orsakas av flera urologiska sjukdomstillstånd. Vanligast är benign prostatahyperplasi. Gruppen föreslår också omfördelningar för:

- Stenkirurgi i form av PCNL (percutan nefrolitektomi).<sup>1</sup>
- Utredning och behandling i form av pyeloplastik vid pelvouretärstenos.<sup>2</sup>
- Kirurgi med implantation av artificiell sfinkter vid urininkontinens hos män.<sup>3</sup>

Ett bildande av centra för utredning och behandling av LUTS skulle kunna gynna utvecklingen av den benigna urologin. Utsedda centra kan gemensamt arbeta fram en, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, samlad lämplig behandlingsarsenal, vilket delvis saknas idag. Därmed kommer det att finnas goda möjligheter att bedriva ett forskning- och utvecklingsarbete för denna patientgrupp, samt att erbjuda respektive patient den behandling som passar bäst utifrån patientens behov och sjukhistoria.

Det finns idag ingen av Södra sjukvårdsregionens urologiska enheter som har utnyttjad kapacitet. Denna strategiska inriktning behöver ske regionalt med god förankring inom förvaltningsorganisationen och politiken för att ge möjlighet till långsiktig uppbyggnad av

---

<sup>1</sup> En operation där kirurgen går in via huden och avlägsnar stora njurstenar.

<sup>2</sup> Operation av förträngning mellan njure och urinledare för att underlätta flödet av urin.

<sup>3</sup> En protes med små silikonkuddar runt urinröret som patienten kan reglera, förhindrar urinläckage.

verksamheten, även inkluderande ökad utbildning av ST-läkare inom urologi. Detta är en förutsättning för att gruppens förslag till omfördelning ska vara möjligt att genomföra.

Sammanfattningsvis föreslår arbetsgruppen att genom omfördelning,

- Bilda fyra centra för utredning och behandling av gruppen LUTS (lower urinary tract symptoms) i Karlshamn, Kristianstad Ystad och Kronoberg
- Stenkirurgi i form av PCNL (percutan nefrolitektomi) genomförs i Ängelholm och Sus.
- Utredning och behandling i form av pyeloplastik vid pelvouretärstenos genomförs i Kristianstad och Kronoberg. (Sedan tidigare är viss utredning och behandling av pyeloplastik omfördelad till Kronoberg)
- Kirurgi med implantation av artificiell sfinkter vid urininkontinens hos män genomförs i Kronoberg och Sus.
- Botox genom förs i Karlshamn, Kristianstad, Ystad och Kronoberg.

Arbetsgruppen konstaterar att en utvecklingsprocess måste starta för att man på sikt skall kunna genomföra förslaget. Detta gäller framför allt bildande av fyra centra för LUTS och den utvecklingsprocess som kommer att behövas inom området.

Chefsamrådet eller delar av chefsamrådet föreslås bilda styrgrupp för processarbetet. Projektgrupp bildas och processtöd tillsätts från Södra sjukvårdsregionen. Bland annat föreslås "remissdirekt" vara rutinen för om fördelningen.

Arbetsgruppen föreslår också att studierektorer inom urologin i projektform framarbetar ett förslag till ST-läkarutbildning inom Södra sjukvårdsregionen.



## Bakgrund

Under 2018 genomfördes ett delprojekt med uppdrag att kartlägga benign njurkirurgi i Södra sjukvårdsregionen och utifrån resultatet föreslå omfördelning av viss verksamhet. I slutrapporten föreslogs att njurbäckenplastik från nordvästra och nordöstra Skåne skulle hänvisas till Region Kronoberg. Vid uppföljning 2019 konstaterades att rapportens förslag var implementerade även om volymerna under 2020 och 2021, på grund av pandemin, varit förhållandevis små. Under pandemin har det setts en tydlig undanträngningseffekt till nackdel för benigna tillstånd. Detta kunde dock tydligt ses redan före pandemin efter införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF), där det inom det urologiska området föreligger SVF-förlopp för:

- Prostatacancer
- Cancer i urinblåsa och urinvägar

- Njurcancer
- Peniscancer (Nationellt högspecialiserat vårduppdrag, Sus och Örebro)
- Testikelcancer

Den övergripande målsättningen för aktuellt delprojekt är att genom omfördelning av såväl benign som malign urologisk kirurgi förbättra tillgängligheten inom hela sjukvårdsregionen.

### **Målsättning med delprojektet**

1. Beskriva nuläget avseende behov och kapacitet inom urologisk kirurgi i Södra sjukvårdsregionen.
2. Föreslå omfördelning av verksamhet inom sjukvårdsregionen utifrån befintliga och framtida resurser och kompetenser. Med omfördelning avses större volymer för att härigenom uppnå långsiktiga effekter.
3. Föreslå andra former av samverkan för att öka kvalitet och effektivitet inom såväl benign som malign urologisk verksamhet.
4. Belysa framtida kompetensförsörjning och ta fram förslag till samordnad kompetensutveckling.

I Region Skåne har nyligen ett omfattande arbete kring profilering av urologisk kirurgi genomförts. Det är väsentligt att i så hög grad som möjligt utgå från detta arbete vid genomförandet av aktuellt delprojekt.

### **Gruppmedlemmar**

Arbetsgruppen har bestått av representanter från Region Blekinge, Region Kronoberg och Region Skåne och varit multiprofessionellt sammansatt. Patientrepresentant har ingått. Region Halland deltar inte i delprojekt 28.

- Jenny Hellfalk, Sus ordförande
- Anne Sörenby, Sus
- Thomas Jiborn, Sus och Regional patientprocessledare (RPPL) för prostatacancer
- Henrik Björkman, Växjö sjukhus
- Amer Mousa Kadhem, Blekingesjukhuset
- Göran Dellgren, Blekingesjukhuset
- Magnus Wagenius, Helsingborgs lasarett
- Johan Rundgren, Centralsjukhuset i Kristianstad
- Rebecca Stenhoff, Centralsjukhuset i Kristianstad
- Ioannis Arvanitis, Ystads lasarett
- Maria Nygren, Ystads lasarett
- Margareta Albinsson, Södra sjukvårdsregionens kansli
- Malin Kilemark, Sus
- Erik Johansson, Sus stöd till projektet

- Jonas Rönquist, Sus stöd till projektet
- Edna Alsterlund, patientrepresentant

## Förutsättningar för uppdraget

Förslaget har utgått från patientprocessen samt beaktat såväl kvalitet och patientsäkerhet som resurser, kompetensförsörjning samt forskning och utveckling inom området. I uppdraget har även ingått att beskriva eventuella effekter för närliggande områden.



## Nuläge

Avseende maligna sjukdomar är den kirurgiska behandlingen av muskelinvasiv urinblåscancer medelst cystektomi (borttagande av urinblåsan) i Södra sjukvårdsregionen koncentrerad till Skånes universitetssjukhus (Sus) och Helsingborg. Njuncancerkirurgi genomförs för närvarande i Helsingborg, Karlskrona, Växjö och på Sus. Kirurgi vid avancerad njuncancersjukdom med tumörtromb är koncentrerad till Sus.

Radikal prostatektomi med robotassisterad teknik utförs på sjukhusen i Kristianstad, Helsingborg, Karlskrona, Växjö samt Sus Malmö. På Sus utförs även cryobehandling (frysbehandling) av prostatacancer vid recidiv efter strålterapi. Här tar Sus emot remisser från hela landet, men någon officiell nivåstrukturering nationellt föreligger inte. Verksamheten för prostatektomi på Centralsjukhuset Kristianstad (CSK) är under uppstart efter att en ny operationsrobot placerades på CSK 2022.

Tillgängligheten till blåscancerkirurgi är sedan länge låg. Vid [uppföljning av SVF](#) för 2022 framkommer att mindre än fem procent av patienterna startar behandling inom angiven ledtid. Orsakerna till detta är flera, bland annat brist på operationsresurser men också i vissa fall undanträngning på grund av annan prioriterad verksamhet. I 2022 års [överenskommelse](#) (sid 16–18) mellan staten och SKR om jämlik och effektiv cancervård betonas att "särskilda förstärkningar måste göras inom urologin och att regionerna ska redovisa genomförda insatser".

Generellt kan sägas att det för patienter med avancerad cancersjukdom oavsett SVF-förlopp ingår flera diagnostiska steg i patientens utredning. Detta inkluderar diskussion på multidisciplinär tumörkonferens (MDK) liksom radiologiska undersökningar såsom exempelvis MR-prostata, och PET-CT för bedömning av tumörspridning. Då det föreligger en betydande brist på tillgänglighet både till radiologiska undersökningar och MDK fördröjs ofta patientens behandling i flera steg med adderade väntetider som leder till låg måluppfyllelse, och lång handläggningstid fram till beslut om behandling. En utmaning med SVF är att ju fler utredningssteg förloppen innefattar desto svårare blir det att uppnå de uppsatta ledtiderna. Se även diskussion i rapporten [Nationell genomlysning av urologin](#).

Även inom flera områden av benign urologi är väntetiderna mycket långa. Inom Region Skåne har omfördelning av viss urologi genomförts under senare år och ytterligare utredning pågår i syfte att förbättra tillgängligheten. Från flera håll, däribland styrgruppen för Regionalt Cancercentrum Syd, har önskemål om att genomlysa urologin i Södra sjukvårdsregionen framkommit. Utöver aktuell kösituation inom såväl benign som malign kirurgi behöver Sus avlastas för att skapa förutsättningar för att söka och erhålla uppdrag för nationell högspecialiserad vård inom såväl urologi som näraliggande områden.

## Patientprocessen

Det finns inte generellt utvecklade patient- och arbetsprocesser inom urologi, förutom för de urologiska cancerdiagnoserna som är definierade enligt SVF-flöden. För benign urologi saknas kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister.

Inom kunskapsstyrningsorganisationen finns för urologin följande relevanta nationella programområden (NPO):

- NPO njur- och urinvägssjukdomar
- NPO cancersjukdomar/RCC i samverkan
- Nationella primärvårdsrådet

I tabell 1 nedan sammanställs relevanta vårdprogram, SVF och kvalitetsregister för såväl benign som malign urologi.

**Tabell 1. Vårdprogram, SVF och kvalitetsregister urologi**

	<b>Benign urologi</b>	<b>Malign urologi</b>
<b>Vårdprogram</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stensjukdom i övre urinvägarna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostatacancer</li> <li>• Urinblåse- och urinvägscancer</li> <li>• Njurcancer</li> <li>• Peniscancer</li> <li>• Testikelcancer, enligt Swedish and Norwegian testicular cancer group (SWENOTECA)</li> </ul>
<b>Standardiserat vårdförlopp</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostatacancer</li> <li>• Urinblåse- och urinvägscancer</li> <li>• Njurcancer</li> <li>• Peniscancer</li> <li>• Testikelcancer</li> </ul>
<b>Kvalitetsregister</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkontinensimplantatregistret (IIR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostatacancer, Nationella prostatacancerregistret (NPCR)</li> <li>• Urinblåse- och urinvägscancer, Nationellt register för urinblåsecancer (SNRUBC)</li> <li>• Njurcancer (Nationella njurcancerregistret)</li> <li>• Peniscancer, Nationella peniscancerregistret (NPECR)</li> <li>• Testikelcancer (SWENOTECA)</li> </ul>

Inom utvecklingen av benign urologi har ett nytt vårdprogram gällande sten i urinvägarna utvecklas via kunskapsstyrningsorganisationen 2022. Beslut kring implementering har ännu inte tagits i Region Skåne. En lokal arbetsgrupp (LAG) har bildats för att föreslå lämplig implementering. På samma sätt kommer kunskapsstyrningsorganisationen att arbeta fram ett nationellt vårdprogram för benign prostatahyperplasi (BPH). En representant från Södra sjukvårdsregionen har utsetts som deltagare i detta arbete.

I Skåne finns riktlinjer för utredning och behandling inom primärvården för flera urologiska sjukdomstillstånd, [AKO-riktlinjer](#).

## Volymer och andra data

I kommande delkapitel följer nulägesbild baserat på datauttag. På grund av pandemin har vi valt att använda 2019 som utgångspunkt. Detta är sedan kompletterat med vissa utdrag från 2022, för att få en jämförelse med mer aktuella data.

Gällande väntetider finns stora skillnader i registrering av remisser/problemkoder. Även när det gäller väntetider till operationer har det varit svårt att få fram detaljerade uppgifter ner på diagnos/åtgärds-kods nivå. Det har inte varit genomförbart att få en fullständig bild av väntetiden ner på den detaljnivå som hade varit önskvärd. Arbetsgruppen har därför valt att inte redovisa väntetider för respektive enhet.

## Remissinflöde

Remissinflödet har från 2019 till 2022 ökat med cirka tio procent. Se tabell 2. Detta leder till ökande behov av såväl utredning i öppenvård som kirurgisk intervention i motsvarande grad.

**Tabell 2. Remissinflöde inom urologi per region/sjukhus**

	Remissinflöde 2019	Remissinflöde 2022
<b>Sus (Malmö/Lund)</b>	11 689	12 472
<b>Ystad</b>	1983	2048
<b>Trelleborg</b>	1845	1536
<b>Landskrona</b>	1040	1250
<b>Helsingborg</b>	3275	4366
<b>Ängelholm</b>	2212	2319
<b>Kristianstad</b>	2478	3361
<b>Kronoberg</b>	3068	3134
<b>Blekinge</b>	1603	1676

Då incidensen av flertalet sjukdomar inom det urologiska panoramat ökar med ålder är det sannolikt att ökningen kommer att fortsätta i takt med den demografiska utvecklingen med en allt större andel äldre. Se tabell 3. I tabell 4 ses antalet besök på specialistmottagningar under 2019 samt antal väntande 2022. Med ökat inflöde, är antagandet att även antal besök kommer öka. Samtidigt ser vi att den förväntade kapaciteten för besök är lägre än behovet 2019.

Två aktiviteter som, åtminstone de närmaste åren, kan komma att öka patientinflödet ytterligare och påverka kompetensförsörjningen är:

- Nationellt vårdprogram för stensjukdom i övre urinvägarna (njursten).
  - En utmaning i vårdprogrammet är att stenar mellan 4–6 mm skall behandlas i specialistvården. I Region Skåne har dessa patienter tidigare handlagts via primärvården.
- Inklusion av ytterligare ålderskategorier i [organiserad prostatacancer-testning](#) (OPT).

**Tabell 3. Prognos över befolkningsutveckling**

<b>Befolkningsutveckling 2021 och 2030 (SCB-prognos)</b>								
	Skåne 2021	Skåne 2030	Blekinge 2021	Blekinge 2030	Kronoberg 2021	Kronoberg 2030	Halland 2021	Halland 2030
0-4 år	81 284	79 200 -	7 959	7400 -	11 857	11 100 -	18 961	18 420 -
5-14 år	172 674	167 330 -	18 323	16 620 -	25 051	24 620 -	42 338	42 000 -
15-24 år	158 781	184 758 +	17 693	18 500 +	24 257	26 100 +	37 473	42 000 +
25-34 år	193 490	176 385 -	18 896	15 900 -	26 454	23 000 -	40 403	35 700 -
35-44 år	181 450	206 400 +	17 819	19 700 +	24 356	27 500 +	39 965	48 520 +
45-54 år	177 925	182 190 +	20 085	17 900 -	24 830	24 100 -	43 942	42 350 -
55-64 år	160 650	175 970 +	19 682	20 000 +	22 991	24 200 +	41 627	45 000 +
65-74 år	139 625	148 080 +	18 617	18 000 -	21 778	21 000 -	37 695	40 200 +
75-84 år	101 029	114 270 +	14 675	15 300 +	15 656	18 000 +	27 894	32 250 +
85-94 år	32 349	48 220 +	4 774	6900 +	5 574	7800 +	9 053	14 300 +
95+ år	3 168	3420 +	414	500 +	536	670 +	892	1200 +
<b>Totalt</b>	<b>1 402 425</b>	<b>1 486 223 +</b>	<b>158 937</b>	<b>156 720 -</b>	<b>203 340</b>	<b>208 090 +</b>	<b>340 243</b>	<b>361 940 +</b>

**Tabell 4. Besök på specialistmottagning urologi, oberoende yrkesroll.**

	Antal besök 2019		Samordnat 2019*	Antal väntande maj 2022		Förväntad kapacitet för besök (årsbasis) 2022
	Nybesök	Återbesök		Nybesök	Återbesök	
<b>Sus</b>	4265	16 681	3163	1448	2971	17 700
<b>Ystad</b>	1407	2968	30	235	672	2770
<b>Trelleborg</b>	1198	1961	-	194	528	2700
<b>Landskrona</b>	536	1690	-	100	39	2400
<b>Helsingborg</b>	1949	7983	26	184	435	8000
<b>Ängelholm</b>	1198	3469	-	130	325	3500
<b>Kristianstad</b>	958	3351		292	1129	7000
<b>Kronoberg</b>	1673	5227		342	4156	
<b>Blekinge</b>	1188	3450	1500	395	265	2401

\*Vård och behandling utförd av andra vårdgivare

## Operationer

Gällande operationer räcker förväntad kapacitet fortsatt inte till alla flöden, vilket riskerar leda till fortsatt undanträngning av benigna flöden. I tabell 5 ses antal operationer och förväntad tillgång till operationssalar. För mer detaljerade uppgifter kring operationer och diagnoser samt samordnade per sjukhus se bilaga 1 och 2.

**Tabell 5. Antal operationer, antal samordnade och antal väntande.**

	Antal operationer 2019	Samordnat 2019	Antal väntande operation maj 2022	Förväntad tillgång till operationssalar	Förväntad kapacitet operationer (årsbasis)
<b>Sus</b>	3119	76 totalt	514	18 salar resp. 15 salar, varannan vecka**	
<b>Ystad</b>	832	2	97	2–3 op.-salar/vecka	Cirka 700 operationer
<b>Trelleborg</b>	-	-	24	-	-
<b>Landskrona</b>	960*		91+104 Sus		
<b>Helsingborg</b>	675	1	148	3,5 salar/vecka	1300–1400 op. för NV
<b>Ängelholm</b>	515	-	149	3,5 salar/vecka	1300–1400 op. för NV
<b>Kristianstad</b>	616	36	174	2,3 per vecka	500–600 operationer
<b>Kronoberg</b>	1472	Benigt Carlanderska mm	386	9–10 per vecka	
<b>Blekinge</b>	956	Lite Halmstad	127	normalt 4 (Karlsk.) + 2 (Khamn) / vecka**	

\*Operationerna i Landskrona utförs huvudsakligen av läkare från Sus och från Helsingborg, och hamnar då i även statistiken för dessa sjukhus.

\*\* Salar ej alltid öppna

## Kompetensförsörjning- och resurssituationen

### Läkare

Tillgången till läkare med specialistkompetens inom urologi bedöms som en begränsande faktor inom kompetensförsörjning. Se tabell 6. Det finns specialister men inte tillräckligt många. Enligt rapporten [Nationell genomlysning av urologin](#) varierar antalet specialister inom urologi i landet mellan cirka 3 och 6 per 100 000 invånare. För att möta den ökande andelen äldre och därmed ökat antal urologiska patienter behöver specialister utbildas i ökande omfattning. Inom Södra sjukvårdsregionen varierar tillgången på urologer, med lägst andel i Blekinge och högst i Skåne.

Vi rekommenderar att en separat utredning om kompetensförsörjning och ST utbildning i Södra sjukvårdsregionen startas, se kapitlet: Andra former av samverkan.

**Tabell 6. Översikt läarkompetens inom Urologi, per region/sjukhus**

Sjukhus	Antal urologer/ 100 000 inv.*	Antal specialist-läkare	Ålders-spridning	Median-ålder	Antal ST-läkare	Timanställda + åldersspridning
Sus**	5.1	30	38–65		12	
Ystad		5	40 - 68	50	1	1
Helsingborg***		15	34 - 61	41	2	
Kristianstad		6			4	
Kronoberg	4.0	9	43 - 57	52	3	0
Blekinge	3.1	4	36 - 49	43,5	3	1 timanställd pensionär

\*Antal urologer per 100 000 invånare och region 2020 enligt rapporten Nationell genomlysning av urologin

\*\*Inklusive Trelleborg och Landskrona

\*\*\* Inklusive Ängelholm

Som nämnts tidigare kommer Nationellt vårdprogram för stensjukdom i övre urinvägarna (njursten) och Rekommendationer om organiserad prostatacancer-testning OPT, också påverka kompetensbehovet.

### Yrkeskategorier utöver läkare

Det finns ingen specialistsjuksköterskeutbildning inom urologi, som motsvarar den formella utvecklingsvägen i jämförelse med andra specialiteter (exempelvis specialistsjuksköterskeutbildning inom kirurgi, anesthesiologi eller liknande) Detta innebär en risk att kompetenta sjuksköterskor lämnar urologin för utveckling inom närliggande specialiteter med sådan utbildning. Behovet av specialistsjuksköterskeutbildning belyses i rapporten [Nationell genomlysning av urologin](#).

Core curriculum som genomförs inom Region Skåne skapar förutsättningar för utvecklingsvägar även inom urologi. Detta genom att inom strukturen för Core curriculum definiera exempelvis specialistnivåer utifrån formell kompetens. Utbildning inom avancerad urologisk omvårdnad liksom sjuksköterskeutförd cystoskopi finns, liksom möjligheten till akademisk meritering för sjuksköterskor. Core curriculum är kopplat till lönesättning och tjänstestruktur. Motsvarande kommer på sikt även att skapas för undersköterskor och fysioterapeuter. Strukturen för Core curriculum skulle kunna spridas inom Södra sjukvårdsregionen.

Även inom övriga kompetenser finns det begränsningar. Fyra nyckelkompetenser som kommer behövas är:

- Cystoskoperande sjuksköterskor
- Uroterapeuter
- Sexologer
- Sjuksköterskor för både slutna och öppna vård

Se bilaga 3 för detaljerade uppgifter kring yrkeskategorier utöver läkare inom urologi.

## **Kapacitet**

Förutom utmaningarna inom kompetensförsörjning, har brist på operationskapacitet, röntgenkapacitet, multidisciplinär tumörkonferens (MDK) och vårdplatser stor påverkan på kapaciteten och måluppfyllelsen för urologin. Urologins måluppfyllelse är således starkt beroende av att tillräckliga resurser finns inom radiologi, onkologi, anesthesiologi och operationskapacitet. Omflyttningar av urologi kan ge konsekvenser för dessa områden. Det är därför av vikt att omfördelningsförslagen följs av motsvarande vårdplats-, mottagnings- och operationskapacitet.

Med den kapacitet som finns idag har fokus varit på maligna flöden enligt SVF-förloppen. Detta har fått som följd att benigna flöden har blivit undanträngda, med långa väntetider som följd. Därutöver påverkas även möjligheterna till utbildning, kompetensförsörjning och forskning.

## **Forskning och Utveckling**

### **Medicinsk forskning**

Det bedrivs ett omfattande forskningsarbete inom den maligna urologin men däremot är forskningen inom den benigna urologin begränsad. Se bilaga 4 för pågående forskningsstudier.

### **Omvårdnadsforskning**

I Malmö bedrivs omvårdnadsforskning inom livskvalitet vid blåscancer, kvinnlig sexualitet vid cystektomi samt introduktionsprogram för nyanställda sjuksköterskor. Pågående finns en randomiserad studie för att utvärdera patienters upplevelse och nöjdhet vid cystoskopi av sjuksköterskor. Det pågår även på Karolinska institutet omvårdnadsforskning om instillationsbehandling vid blåscancer och i Örebro om konservativ behandling av njursten samt stress under utredning för prostatacancer. I Sundsvall finns en sjuksköterska som i maj 2023 ska disputerar om forskningssjuksköterskans roll.

Det finns ett stort behov av forskning inom både den maligna och benigna urologin. Tyvärr är det svårt på grund av att det saknas struktur för att både kunna arbeta kliniskt och samtidigt bedriva omvårdnadsforskning. Förutom detta finns heller ingen klar struktur för finansiering då det som redan finns är riktade till läkare alternativt de som kommit längre i sin forskarkarriär. Det saknas koppling till universiteten och därför är det problematiskt att hitta handledare, i Malmö saknas en klinisk lektor i vårdvetenskap som är knuten till kliniken.

### **Rätt vårdnivå**

Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen med ett förväntat större behov av urologisk omvårdnad är det viktigt att våra urologiska patienter tas om hand på bästa sätt på den vårdnivå som är lämplig för respektive patient och diagnos. För att resurserna ska utnyttjas effektivt behöver vården ges på den vårdnivå som är mest ändamålsenlig. Inte minst utifrån frågeställningen kring vilka patienter som är i behov av universitetssjukhuset

resurser eller kan ges en likvärdig vård på länssjukhusen. Här har även både primärvården och privata vårdgivare viktiga roller.

Att tillsammans med **primärvården** arbeta vidare för tydliga riktlinjer gällande basal utredning och behandling av urologiska diagnoser är en viktig uppgift. Det finns i nuläget inte gemensamma riktlinjer för hela Södra sjukvårdsregionen gällande utredning i primärvård av benign urologi. I Skåne finns riktlinjer för utredning och behandling inom primärvården för flera urologiska sjukdomstillstånd, [AKO-riktlinjer](#). Ett gott omhändertagande av patienten i alla led med fullständig och korrekt remiss är en förutsättning för att våra urologiska patienter ska kunna beredas vård inom den specialiserade urologiska verksamheten, såväl offentlig som privat.

I nuläget samordnas flera diagnoser till **privata vårdgivare** i enlighet med befintliga upphandlingsavtal. Det är viktigt att beakta att ökad samordning/upphandling riskerar att leda till kompetensförlust av samtliga yrkeskategorier inom den urologiska verksamheten från den offentliga till den privata verksamheten, och därmed risk för ytterligare kompetensbrist inom den offentliga sjukvården. Vid nya upphandlingsuppdrag måste utbildningsuppdrag ingå och när det är relevant även bidragande till forskning och utveckling.



## Analys

Gruppen har gemensamt efter analys av kompetensinventeringen dragit slutsatsen att en starkt begränsande faktor att ta hänsyn till är bristande tillgång till specialistkompetenta urologer. Bristen är generell i hela södra sjukvårdsregionen men särskilt märkbar utanför universitetssjukhusen och mest uttalad i Region Blekinge samt Kronoberg.

Arbetsgruppen har därför inte sett möjligheter att föreslå omfördelning av större volymer gällande cancerkirurgi. Vi ser att de till volym största SVF-förloppen urotelial cancer och prostatacancer fortsatt behöver kunna startas vid alla urologiska enheter i Södra sjukvårdsregionen, emedan den nivåstrukturerad för mer avancerat sjuka patienter som inledningsvis nämns för cystektomi och större njurcancerkirurgi bör finnas kvar.

## Kompetens och kvalitetskriterier

Arbetsgruppen har därför valt att arbeta fram ett förslag till omfördelning av benigna urologiska tillstånd. Vi har valt att utgå från ett antal kvalitetskriterier vid framtagande av nedanstående förslag till omfördelning.

- Minimum två centra för att minska sårbarheten i Södra sjukvårdsregionen.
- Minst två operatörer per enhet.
- Fortlöpande kompetensutveckling och utbildning av nya operatörer.
- Tillräcklig operationsvolym per operatör.

- Det ska finnas beredskap på behandlande sjukhus för att handlägga postoperativ blödning (anestesi och kirurg/urologberedskap med tillräckligt kort inställetid för att hantera akut blödning).
- Samordning och samarbete mellan enheter med liten volym.
- Deltagande och följsamhet till kvalitetsregister i förekommande fall.
- Forskning och utbildning ska säkras i Södra sjukvårdsregionen.

### **Volym och undanträngningseffekter**

Vid analys av inkommande vårdbegäran (remisser) ses att den tredje största gruppen efter SVF urotelial- respektive SVF prostatacancer är LUTS (lower urinary tract symptoms). LUTS är en samlingsdiagnos som rymmer symptom från nedre urinvägarna så som svårigheter att tömma urinblåsan, urinträngningar och liknande. LUTS drabbar både män och kvinnor. En stor del av patienterna är dock män som drabbats av godartad prostataförstoring (BPH).

Utredning och behandling av denna patientgrupp har stått tillbaka med ökande väntetider redan före pandemins start då de urologiska cancerförloppen prioriterats. Under pandemin har denna trend ytterligare förstärkts, med långa väntetider till både utredning och behandling. Arbetsgruppens förslag innebär således att det är väntande benigna patientgrupper som kommer bli omhändertagna om en omfördelning genomförs. Det innebär inte att det frigör resurser på de sjukhus som patientgrupperna flyttar från då de idag inte kommer till.

Kunskap och kompetens kring ovanstående utredning och behandling är en viktig grund för att erhålla specialistkompetens i urologi, och här finns därför förutsättningar för ändrade vårdflöden inom Södra sjukvårdsregionen rent kompetensmässigt.

### **Kapacitet**

Det finns idag ingen av Södra sjukvårdsregionens urologiska enheter som har utnyttjad kapacitet. För att långsiktigt kunna förbättra tillgängligheten krävs därför inriktningsbeslut kring utökad verksamhet inkluderande både öppen och sluten vård samt operationssalsutrymme och kapaciteten inom radiologi. Denna strategiska inriktning behöver ske regionalt med god förankring inom förvaltningsorganisationen och politiken för att ge möjlighet till långsiktig uppbyggnad av verksamheten, även inkluderande ökad utbildning av ST-läkare inom urologi. Detta är en förutsättning för att gruppens förslag till omfördelning ska vara möjligt att genomföra.



## Förslag

Arbetsgruppen föreslår ett inriktningsbeslut med målet att bilda fyra centra för utredning och behandling av gruppen LUTS (lower urinary tract symptoms). Detta omfattar en stor patientgrupp med symptom från nedre urinvägarna vilka kan orsakas av flera urologiska sjukdomstillstånd. Vanligast är BPH (benign prostatahyperplasi). Andra exempel är trängningsinkontinens relaterat till en överaktiv blåsmuskel, oförmåga att tömma urinblåsan på grund av nedsatt funktion av blåsmuskeln och blåssten som ofta är en följd av nedsatt blåstömningförmåga. Här ingår utredning och behandling av trängningsinkontinens. Detta kan ske med hjälp av blåsträning, perorala läkemedel samt i svårare fall med botoxinjektion i blåsmuskeln. Därför ingår även poliklinisk botoxbehandling vid överaktiv blåsa i förslaget för omfördelning.

Sus bäckenbottencentrum kommer även fortsatt att handha komplexa patienter (myelomeningocele, bakomliggande neurologiska sjukdomar, patienter inför njurtransplantation) inom denna grupp och kan vara rådgivande vid inställning av behandlingsdos. All underhållsbehandling sker i enlighet med förslaget via respektive centra.

Gruppen föreslår också omfördelningar för mindre patientgrupper:

- Stenkirurgi i form av PCNL (percutan nefrolitektomi)
- Utredning och behandling i form av pyeloplastik vid pelvoureterstenos.
- Kirurgi med implantation av artificiell sfinkter vid urininkontinens hos män.

I tabell 7 nedan framgår den totala volymen för behandling som genomförts inom Södra sjukvårdsregionen 2022, inklusive volym samordnad till privata vårdgivare. Behovet är dock större än antalet genomförda ingrepp, då antalet väntande patienter är stort. Därmed behöver även antalet väntande beaktas vid omfördelning av volymer. En detaljerad förteckning över benigna diagnosgrupper och åtgärds-koder finns i bilaga 5.

I tabell 8 ses en sammanställning av antalet remisser för aktuella patientgrupper. Totalt rör det sig om knappt 8800 remisser under året. Se även bilaga 6 för totalt inkomna remisser inom urologin i Region Skåne per problemkod. Sammanställningen ger en bild över antalet remisser/volymer i förhållande mellan benigna och maligna problemkoder.

Tabell 7. Förslag till omfördelning

Diagnosgrupp	Mottagande sjukhus	Operationer 2022	Totalt behov kirurgi 2022
LUTS/BPH	Karlshamn Kristianstad Ystad Kronoberg	602 + 202 samordnade (varav 426 cystometri)	804
Botox	Karlshamn Kristianstad Ystad Kronoberg	210 + 2 samordnade	212
Sten (PCNL)	Ängelholm SUS	95 + 3 samordnade	98
Pyeloplastik	Kristianstad Kronoberg	30 + 12 samordnade	42
Artificiell sfinkter	Sus Kronoberg	21 + 1 samordnad	22

Tabell 8. Remissinflöde 2022 för aktuella patientgrupper

PROBLEMKOD	PATIENTGRUPP	Skåne Faktiskt*	Kronoberg Uppskattat*	Blekinge Uppskattat*
BBC	Bäckenbottenrelaterade symtom - inkluderar Botox, cystometri och uroterapi	522	60	21
BLÅSTEN	Konstaterad sten i urinblåsa	63	7	4
BPH	Konstaterad förstörd prostata utan förhöjt PSA	156	18	10
INKOKIR	Inkontinenskirurgi	29	3	-
LUTS	LUTS-Lowe Urinary Tract Symtoms	2515	288	153
OBSTRUV	Obstruktion av urinvägar/avflödes hinder - kan leda till pyeloplastik	189	22	12
STEN	PCNL	50**	-	-
<b>TOTALT</b>		<b>5106</b>	<b>398</b>	<b>200</b>
<b>BENÖVR**</b>	Benigt övrigt	431	50	26
<b>PROSTÖV**</b>	Prostata övrigt	990	113	61
<b>PSA**</b>	Förhöjt PSA	967	111	59
<b>TOTALT</b>		<b>2388</b>	<b>274</b>	<b>146</b>

\* Data på detaljnivå för patientgrupper saknas för Blekinge och Kronoberg. Remissinflödet för Skåne är faktiska siffrorna, Kronoberg och Blekinge är beräknat utifrån samma procentuella andel av de totala antalet urologremisser som Skåne.

\*\* Motsvarar genomförda ingrepp PCNI.

\*\*\* Remisser som registreras med problemkod PSA, PROSTÖV och BENÖVR kan också innehålla patienter som skulle kunna tillhöra någon av de benigna patientgrupperna. Oklart dock hur många av dessa.

Sammanfattningsvis föreslår arbetsgruppen att genom omfördelning,

- Bilda fyra centra för utredning och behandling av gruppen LUTS (lower urinary tract symptoms) i Karlshamn, Kristianstad Ystad och Kronoberg
- Stenkirurgi i form av PCNL (percutan nefrolitektomi) genomförs i Ängelholm och Sus.
- Utredning och behandling i form av pyeloplastik vid pelvouretärstenos genomförs i Kristianstad och Kronoberg. (Sedan tidigare är viss utredning och behandling av pyeloplastik omfördelad till Kronoberg)
- Kirurgi med implantation av artificiell sfinkter vid urininkontinens hos män genomförs i Kronoberg och Sus.
- Botox genomförs i Karlshamn, Kristianstad, Ystad och Kronoberg.

Arbetsgruppen konstaterar att en utvecklingsprocess måste starta för att man på sikt skall kunna genomföra förslaget. Detta gäller framför allt bildande av fyra centra för LUTS och den utvecklingsprocess som kommer att behövas inom området.

Chefsamrådet eller delar av chefsamrådet föreslås bilda styrgrupp för processarbetet. Projektgrupp bildas och processtöd tillsätts från Södra sjukvårdsregionen. Bland annat föreslås ”remissdirekt” vara rutinen för om fördelningen.

Arbetsgruppen föreslår också att studierektorer inom urologin i projektform framarbetar ett förslag till ST-läkarutbildning inom Södra sjukvårdsregionen.

Arbetsgruppen ser att bildandet av centra för utredning och behandling av LUTS skulle kunna gynna utvecklingen av den benigna urologin. Våra centra kan då gemensamt arbeta fram en utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet lämplig behandlingsarsenal som finns samlad, vilket delvis saknas idag. Därmed kommer det att finnas goda möjligheter att bedriva ett forskning- och utvecklingsarbete för denna patientgrupp, samt att erbjuda respektive patient den behandling som passar bäst utifrån patientens behov och bakomliggande sjukhistoria. Detta inkluderar möjlig utveckling av dagvårdsverksamhet och polikliniska behandlingar inom LUTS. Behandlande enheter ansvarar även för eventuell uppföljning efter ingreppen fram till dess att patienten avslutas/återremitteras till primärvård, eller remitteras till en högre vårdnivå.

I tabell 9 ses volymer gällande remissinflöde och operationer som arbetsgruppen identifierat för de fyra centra. Data för Kronoberg är preliminära fram till dess att definitivt beslut fattats.

**Tabell 9. Förslag till fördelning mellan centra och volymer LUTS**

	Förslag	Kommentar
<b>Antal operationer</b> <b>Totalt cirka 800 operationer per år att omfördela</b>	Två huvudcentra Kristianstad och Kronoberg Antal operationer per sjukhus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kristianstad – 300</li> <li>• Kronoberg - 200</li> <li>• Ystad - 150</li> </ul>	Två huvudcentra bedöms göra upplägget mindre sårbart. Volymerna beräknas utifrån genomförda operationer 2022. En större andel av patienterna kommer från Skåne varför ett antal planerade operationer i Kristianstad är högre.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Karlshamn – 150</li> </ul>	Det behöver dock utvärderas löpande efter inflöde och kösituation.
<b>Antal remisser Totalt cirka 4000–6000 remisser per år att omfördela</b>	<p>Två huvudcentra Kristianstad och Kronoberg</p> <p>Antal remisser per sjukhus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kristianstad – 1500 - 2200</li> <li>• Kronoberg – 1000 - 1500</li> <li>• Ystad – 750 - 1150</li> <li>• Karlshamn – 750 – 1150</li> </ul>	<p>Volymer beräknade utifrån samma procentuella fördelning som antalet operationer per sjukhus.</p> <p>Remissinflödet är en uppskattning beräknad på antal inkomna remisser per problemkod 2022 för Region Skåne och uppskattat antal remisser för Blekinge och Kronoberg.</p>
<p><b>Vidare diskussioner mellan centra behövs för ställningstagande kring samordnande uppdrag gällande utbildning/forskning och samordning av remisser samt eventuell gemensam koordinatorfunktion för remisser.</b></p>		

### Volymer övriga diagnosgrupper

I tabell 10 och i bilaga 1 och 2 ses antalet operationer per diagnosgrupp för 2022 för övriga utöver BPH/LUTS som arbetsgruppen föreslår bör omfördelas.

**Tabell 10. Volymer operationer inklusive samordnade övriga diagnosgrupper.**

Diagnosgrupp	Skåne	Blekinge	Kronoberg
Botox	16	25	44
Sten	46	1	5
Pyeloplastik	31	-	15
Artificiell sfinkter	20	-	-

### Remiss direkt

Med utgångspunkt i personcentrerade vårdförlopp ser vi att kontinuitet från och med utredning till och med behandling är till fördel för patienten. Vi har därför utgått från konceptet remiss direkt. Detta innebär att utredning och behandling sker vid samma enhet vilket är trygghetsskapande för patienten samt ett sätt att minska administrativ väntetid mellan olika enheter. Den primära remissen skickas till närmsta sjukhus precis som idag. Detta sjukhus skickar remissen vidare enligt överenskommelse. Att i dag lägga ansvaret på primärvård och privata vårdgivare att hålla reda på var olika remisser skall gå, bedöms inte som realistiskt.

Vid omfördelningen inom konceptet remiss direkt i Region Skåne avslutas remissen på avsändande sjukhus med notering att remissen skickats vidare samt orsakskod. Vid omfördelning mellan regionerna i Södra sjukvårdsregionen bör en särskild rutin tas fram.

### **Gemensamma riktlinjer för remisser**

En annan viktig princip är att patienten ska utredas och behandlas på rätt vårdnivå. Med detta avses att kompetensen ska vara tillräckligt god, men att lägsta möjliga kompetens som tillgodoser patientens behov av tillgänglig vård med god kvalitet ska användas.

Vid granskning och bedömning av inkommande remisser är det väsentligt att samtliga centra bedömer remisserna i enlighet med gemensamma riktlinjer. Informationen i inkommande remisser behöver vara av tillräckligt god kvalitet och omfattning för vidare utredning hos specialistkompetent urolog. Om så inte är fallet återsänds remissen för komplettering av remittent. Här behöver fortsatt arbete ske gemensamt via utsedda centra för att tillse att gemensamma riktlinjer för gruppen LUTS föreligger inom Södra sjukvårdsregionen. I Region Skåne finns [AKO-riktlinjer](#), men sådana föreligger inte i Kronoberg och Blekinge.

### **Privata vårdgivare/samordning**

I lämpliga fall kan samordning till privata vårdgivare ske, då stora delar av gruppen LUTS kan utredas i öppenvård såväl i den offentliga som privata sektorn. Om patienten är lämplig att samordnas beslutas vid remissbedömning via centra.

Vid eventuell upphandling av nya uppdrag är det viktigt att beakta utbildning för ST-läkare, och tillse att utbildning kan ske även hos privata vårdgivare om större volymer ska utredas och behandlas via privata aktörer. Detta måste beaktas vid avtalstecknande. Om så inte sker riskerar urologin som specialitet att inte kunna utbilda ST-läkare.

### **Gemensam väntelista**

Ett möjligt förslag är att inrätta en gemensam väntelista för våra LUTS-center och att därmed ha möjlighet att styra vårdflöden utifrån patientens personliga önskemål och även möjliggöra kortast möjliga väntetid för patienten. Via en sådan gemensam koordinatorfunktion skulle utnyttjandet av upphandlad kapacitet för samordning till privata vårdgivare kunna ske likvärdigt för regionens patienter och därmed tillgodose jämlik vård. En utmaning här är att upphandlade avtal kan skilja mellan regionerna och här behövs gemensamma strategier inom södra sjukvårdsregionen på koncernledningsnivå.

### **Forskning framåt**

Det är av vikt att följa kunskapsarbetet, och framöver allt, för de som blir noder/centra, att följa upp kvalitet. Det är också av vikt och en förutsättning att universitetssjukhusen bistår med stöd gällande bland annat indikatorer och metoder.

### **Andra former av samverkan och kompetensförsörjning**

Den föreslagna omfördelningen förutsätter ett långsiktigt strategiskt arbete och övergripande politiska beslut. För uppbyggnad av centra för LUTS krävs tillkommande operationsutrymme liksom utökad mottagningsverksamhet på respektive centra.

Utarbetande av gemensamma riktlinjer för bedömning och hantering av remisser behöver ske. En gemensam koordinatorfunktion kan vara en möjlighet, men det faktum att vi inom

Södra sjukvårdsregionen inte har samma journalsystem kan vara en möjlig begränsande faktor för effektiv gemensam remiss och journalhantering över regiongränserna. Detta utvecklingsarbete bör göras gemensamt av våra föreslagna centra.

För cystometri är det idag långa väntetider i Region Skåne. Det finns behov av ytterligare översyn av behov, väntetider och fortsatt utvecklingsarbete inom cystometri.

För att Kristianstad och Kronoberg ska kunna hantera tillkommande uppdrag i form av pyeloplastik respektive artificiell sfinkter krävs kompetensutveckling. Detta gäller både för urologer och sjuksköterskor såväl inom öppen- sluten- samt operationsavdelningar.

För att möta de kvalitetskriterier gruppen ställt upp som en förutsättning för omfördelning av urologiska vårdflöden behöver även jourbemanningen ses över för mottagande enheter. Se avsnitt kompetens och kvalitetskriterier ovan. En viktig förutsättning för omfördelning är att mottagande enhet har kompetens att hantera komplikationer.

Det är även av vikt att en utförlig riskanalys genomförs inför omfördelningen på respektive mottagande enhet, för att visa vad som behöver göras för att öka patientsäkerheten och förebygga vårdskador. I denna del behöver även risker för äldre multisjuka patienter samt risker kopplade till transporter och eftervård beaktas.

### **ST-utbildning**

Utredning och behandling av LUTS är en mycket viktig del inom ST-utbildningen i urologi. I [Socialstyrelsens utbildningshandbok](#) föreligger kunskapskrav både gällande utredning och behandling hos denna för urologen vanliga patientgrupp. Vid omfördelning av patientflöden behöver således ett separat arbete ske för att säkra tillgången av utbildning för våra ST-läkare.

Vi föreslår att studierektorer inom urologin i projektform framarbetar ett förslag till ST-läkarutbildning inom Södra sjukvårdsregionen. Man kan förvänta sig att ST-läkarna kommer att behöva genomgå en del av sin specialistutbildning på något av våra fyra LUTS-centra. Man förväntar sig ett bilateralt utbyte under utbildningstiden mellan universitets-, och övriga sjukhus med urologiska enheter.

### **Tidsaspekter**

Vi ser att införande av förslagen i föreliggande rapport kräver ett tidsspänn om två till fem år för införande. Detta då förslagen kräver strategiska satsningar och uppbyggnad på regional nivå, samt ett kommande arbete enligt ovan. Arbetet med omfördelning bör starta omgående. Inte minst när det gäller att se över vilka områden på respektive sjukhus som har behov av att kompletteras. Exempelvis inom operationsavdelningarnas kapacitet.

### **Kommande arbete**

Arbetsgruppen föreslår att chefssamrådet eller delar av chefssamrådet bildar en styrgrupp och därunder bildas en projektorganisation för den fortsatta planeringen med

att implementera delprojektets förslag i Södra sjukvårdsregionen. Region Blekinge, Region Kronoberg och Region Skåne deltar i detta arbete. Inte minst ses behov av fortsatt samordning gällande arbetet med rutiner för de fyra blivande LUTS centra. Inom denna projektorganisation bedöms det även finnas ett stort behov av projektstöd under införandetiden.

### **Patientrepresentation**

Vi har haft förmånen att arbeta tillsammans med en patientrepresentant som kompletterat med såväl specifika som övergripande synpunkter på rapportens innehåll och förslag. Synpunkterna har inhämtats vid gemensamma samtal och efter genomläsning av delprojektrapporten. Nedan följer en sammanställning av de synpunkter som framförts.

### **Informationsöverföring**

Ett konkret problem är att Skåne, Blekinge och Kronoberg inte har samma journalsystem. Detta leder till praktiska svårigheter exempelvis då blodprover ska tas via hemorten inför besök inom exempelvis universitetssjukvården. Att olika sjukvårdshuvudmän inte kan läsa varandras journaler utan använder fax för att överföra information uppfattas som krångligt och otidsenligt. Vid omfördelning av vårdflöden behöver gemensamma överenskommelser kring rutiner för informationsöverföring och förberedelser inför besök finnas.

### **Närhet - Transporter**

Generellt är det bra om det finns närhet till vård. För patienten som väntar på vård är det dock viktigast att vården sker inom rimlig tid. Oro och ovisshet kring bland annat praktiska frågor kan annars ta över patientens vardag. Därför anser vår representant att resor inom Södra sjukvårdsregionen för att ge möjlighet till utredning och behandling är rimligt. Andra faktorer som spelar in är var anhöriga finns och vilka transportmöjligheter som är tillgängliga. Det poängteras även att kompetens och tillgänglighet går före närhet.

Framför allt gäller detta utredning och behandling gällande enstaka besök/ingrepp. Vid kroniska tillstånd som kräver tät vårdkontakt bör vården ske så nära patienten som möjligt. Transporter skall när de behövs vara smidiga och väl upplagda. Det ska vara lätt för patienten att boka sin transport. En viktig faktor är att patienten får en valmöjlighet kring var operationen ska genomföras. Valet (möjligheten till operation) och transparens är viktig för att uppnå en delaktighet.

### **Transparens**

Tydlig lättillgänglig information minskar oro hos patienten och hans anhöriga. Det är därför viktigt att det finns enhetlig och transparent information kring:

- Förväntad väntetid.
- Eventuella valmöjligheter kring var planerad vård kan ske.
- Förberedelser inför besöket.
- Enkel tillgång till information som behövs.
- Möjligheten att åberopa vårdgarantin.

## Kompetens

Genom att rikta forskning med mera till en enhet/sjukhus kan man höja statusen för patientgrupper. Vi behöver bygga status för alla sjukhus inom Södra sjukvårdsregionen.

Allra viktigast är att patienten känner att hen är väl omhändertagen.

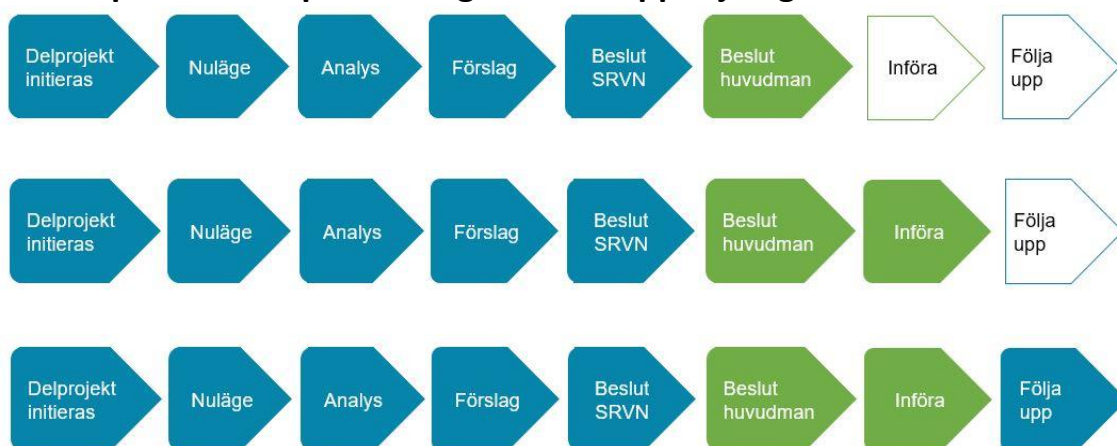


## Beslut i Södra regionvårdsnämnden

Efter Södra regionvårdsnämndens ställningstagande tar respektive region beslut om hur föreslagna åtgärder ska införas.

Uppföljning av beslutet görs efter ett år av Södra regionvårdsnämnden.

### Beslutsprocess i respektive region samt uppföljning





## Bilaga 2. Antal samordnade och väntande operation 2022

DIAGNOSGRUPP	OP-KORT	Op. samordnade 2022 per Åtgärdskod			Op. väntande dec 2022 per Åtgärdskod		
		Skåne	Blekinge	Kronoberg	Skåne	Blekinge	Kronoberg
<b>BPH/LUTS</b> N409	TUR-P	161	24	17	123		178
	TUR-P >75 gr				27		
	TUR-P liten				42		
	TUR-P och cystolitotripsi				10		
	TUEP				7		
	TUIP blåshalsincision				19		
	Adenomenukleation robotassisterad				10		
	TUMT				17		
	Grön laser						
	Resum						
	Cystometri				112		
	Cystolitotripsi				72		
<b>BOTOX</b> N319	Intravesical Botox-behandling			2	9		0
	<i>Botox - Annan endoluminal operation på urinblåsa</i>				65		
<b>STEN</b> N210, N200, N201, N202	Stenextraktion mini-perkutan			3	6		16
	Stenextraktion perkutan				1		
	Stenextraktion med laser perkutan				1		
<b>PYELOPLASTIK</b> N130	Pyeloplastik laparoskopisk	11		1			2
	Pyeloplastik robotassisterad				6		
<b>ARTIFICIELL SFINKTER</b> N393	Implantation av artificiell sfinkter			1	20		0
	Revision av artificiell sfinkter				1		

# Södra sjukvårdsregionen

## Bilaga 3. Översikt för övrig kompetens inom Urologi, per region/sjukhus

	SUS Malmö/Lund			Ystad		
	Antal	Åldersspridning	Timanställda m åldersspr.	Antal	Åldersspridning	Timanställda m åldersspr.
Kontaktsköterska	9		N/A	2	55–60	N/A
Uroterapeuter	2		N/A	-	-	N/A
Sjuksköterskor	29	32–61		2	30–64	
Undersköterskor	10	23–62		6	30–60	
Fysioterapeuter	3	27–57		-	-	
Kurator	2	38–61	N/A	1	55	N/A
Sexolog			N/A	-	-	N/A
Cystoskoperande ssk	3		N/A	-	-	N/A

	Helsingborg			Kristianstad		
	Antal	Åldersspridning	Timanställda m åldersspr.	Antal	Åldersspridning	Timanställda m åldersspr.
Kontaktsköterska	9	1968–1977	N/A	6		N/A
Uroterapeuter	1	1960	N/A	1		N/A
Sjuksköterskor	12	1965–1989		se kontaktsk		
Undersköterskor	5	1960–1970		5		
Fysioterapeuter	0			0		
Kurator	0		N/A	2 delade		N/A
Sexolog	0		N/A	0		N/A
Cystoskoperande ssk	2	1973–1974	N/A	1	snart i pension	N/A

	Landskrona*			Trelleborg*		
	Antal	Ålders- spridning	Timanställda m åldersspr.	Antal	Ålders- spridning	Timanställda m åldersspr.
Kontaktsköterska			N/A			N/A
Uroterapeuter			N/A			N/A
Sjuksköterskor	4 (delas med kir?)	4 (delas med kir?)		1	62	
Undersköterskor	1 (delas med kir?)	1 (delas med kir?)		1	53	
Fysioterapeuter						
Kurator			N/A			N/A
Sexolog			N/A			N/A
Cystoskoperande ssk			N/A			N/A

	Blekinge			Kronoberg		
	Antal	Ålders- spridning	Timanställda m åldersspr.	Antal	Ålders- spridning	Timanställda m åldersspr.
Kontaktsköterska	5 (ej heltid)		N/A	2,35	32–64	N/A
Uroterapeuter	2 (ej heltid)		N/A	2,3	32–64	N/A
Sjuksköterskor	9 (ej heltid)		1 pensionär	1,2	35-	
Undersköterskor	1,5			2	48–64	
Fysioterapeuter	0					
Kurator	1		N/A			N/A
Sexolog	0		N/A	1 (50%)	63	N/A
Cystoskoperande ssk	0		N/A	1(60%)	47	N/A

#### **Bilaga 4. Pågående forskningsstudier**

##### Prostatacancer - Anders Bjartell

- IRONMAN (global studie)
- PIONEER, OPTIMA, PRAISE-U (EU-projekt)
- PRIAS (Europa)
- GAP-3 (Global)
- OPT (Region Skåne)
- PROQUR (SUS)
- PSMA PET-CT (multicenter)
- SPCG-15 (Skandinavisk)
- Ca 10 Kliniska prövningar (extern finansierade)

##### Urotelialcancer - Fredrik Liedberg

- SAGA-studien (RS)
- SIGYN-studien (Nationell)
- Urodrill-studien (RS)
- SECOND-studien (Nationell)
- UROSCANSEQ (Nationell)
- ROC-studien (Nationell)
- FACTG/FACTVCI (Nationell)
- LURP-studien (Skandinavisk)

**Bilaga 5. Benigna diagnosgrupper**

DIAGNOSGRUPP	OP-KORT	ÅTGÄRDSKOD	KOMMENTAR
<b>BPH N409</b>	TUR-P	KED22	
	TUR-P >75 gr	KED22	
	TUR-P liten	KED22	
	TUR-P och cystolitotripsi	KED22+KCE02	
	TUEP	KED22+ZXC10	ZXC10 - Användande av laser
	TUIP blåshalsincision	KCH42	
	Adenomenukleation öppen/robotassisterad	KED96	
	TUMT	KED72	utförs på mottagning sus
	Grön laser	KED42	Ystad
	Resum		Helsingborg
	Cystometri	XKC03	utförs på mottagning sus
	Cystolitotripsi	KCE02	
<b>BOTOX N319</b>	Intravesical Botox-behandling	KCW98	
	<i>Botox: Annan endoluminal op på urinblåsa</i>	KCW98	utförs på mottagning sus
<b>ARTIFICIELL SFINKTER N393</b>	Implantation av artificiell sfinkter	KDK00	
	Revision av artificiell sfinkter	KDK30	
<b>STEN N210, N200, N201, N202</b>	Stenextraktion mini-perkutan	KAE11, TKA11	
	Stenextraktion perkutan	KAE11, TKA11	
	Stenextraktion med laser perkutan	KAE11, TKA11	
<b>PYELOPLASTIK N130</b>	Pyeloplastik laparoskopisk	KAH41	
	Pyeloplastik robotassisterad	KAH41	

# Södra sjukvårdsregionen

## Bilaga 6. Antalet remisser per problemkod inom urologi 2022 i Region Skåne

Uttag på urologi enhetsbeskrivning (samtliga sjukhus Skåne), datauttag den 2 januari 2023.

