

# Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2017

Sydöstra regionen

April 2018

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Uppsala Örebro  
Akademiska sjukhuset  
SE-751 85 UPPSALA

# INNEHÅLL

|  |           |
|--|-----------|
| <b>FÖRORD</b> . . . . .                                | <b>7</b>  |
| <b>KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER</b> . . . . . | <b>8</b>  |
| <b>RESULTATREDOVISNING</b> . . . . .                   | <b>10</b> |
| Täckningsgrad . . . . .                                | 10        |
| Kvalitetsindikatorer - urologi . . . . .               | 11        |
| Kvalitetsindikatorer - onkologi . . . . .              | 22        |

# TABELLER

## FIGURER

|    |  |    |
|----|--|----|
| 1  | Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .   | 10 |
| 2  | Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .  | 11 |
| 3  | Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .   | 12 |
| 4  | Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .   | 13 |
| 5  | Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .  | 14 |
| 6  | Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos $\leq$ 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . . | 15 |
| 7  | Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .   | 16 |
| 8  | Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos $\leq$ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .  | 17 |
| 9  | Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos $\leq$ 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .   | 18 |
| 10 | Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2017. . . . .   | 19 |
| 11 | Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2017. . . . .   | 20 |
| 12 | Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2017. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå. . . . .   | 21 |
| 13 | Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .  | 22 |
| 14 | Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .  | 23 |
| 15 | Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos $\leq$ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .  | 24 |
| 16 | Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .  | 25 |

|    |  |    |
|----|--|----|
| 17 | Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos $\leq$ 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .   | 26 |
| 18 | Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .   | 27 |
| 19 | Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . . | 28 |
| 20 | Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .  | 29 |
| 21 | Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolymer (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .  | 30 |
| 22 | Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2017. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå. . . . .  | 31 |

## FÖRORD

Sedan 2016 publiceras sex separata regionala rapporter i PDF-format som kommenterar resultaten i den egna regionen för kvalitetsindikatorer i Koll på läget. I Koll på läget jämförs resultaten för tio utvalda kvalitetsindikatorer på den egna enheten dels mot målnivåer som satts upp av styrgruppen för NPCR, dels mot andra vårdgivare i regionen. Koll på läget är tillgänglig online på INCA-plattformen för personal på respektive vårdenhet och uppdateras där varje dygn. Det finns en Koll på läget för prostatacancervård som bedrivs på urologkliniker, kirurgkliniker och privata urologmottagningar och en Koll på läget för vård på onkologkliniker.

I tillägg till Koll på läget som enbart är tillgänglig för vårdpersonal på respektive enhet finns RATTEN tillgänglig för allmänheten på [www.npcr.se/RATTEN](http://www.npcr.se/RATTEN) sedan december 2016. RATTEN är en interaktiv onlinerapport som innehåller data för män diagnostiserade med prostatacancer fram till sista december föregående år. I RATTEN kan resultaten i riket, i varje region, i varje landsting och för varje enskild vårdgivare studeras och man kan jämföra resultaten mellan olika enheter och man kan också undersöka tidstrender. I RATTEN finns förutom data i Koll på läget också data för många andra variabler i NPCR.

De gul- och grönskuggade områdena i figurerna i denna rapport representerar de lägre respektive övre målnivåerna från Koll på läget.

I denna rapport kommenteras Sydöstra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2017.

# KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

SVF har nu funnits i drygt två år men de initiala förbättringarna som såg på väntetiderna verkar ha bromsat in. Prostatacancerprocessen är en mycket komplicerad kedja som skall byggas samman för att uppnå de uppsatta väntetiderna och erbjuda regionens invånare ett optimalt medicinskt omhändertagande. Under hösten 2017 och våren 2018 har vi besökt samtliga enheter för att jobba vidare med denna process.

Täckningsgraden i Sydöstra regionen av NPCR mot Cancerregistret är hos de offentliga vårdgivarna 99–100 %. Inrapporteringshastigheten till NPCR är väldigt olika där Oskarshamn, Höglandssjukhuset Eksjö och Västervik ligger i topp, ca 70 % har rapporterats in inom en månad efter prostatabiopsi. Störst möjlighet till förbättringar finns i Kalmar och Värnamo.

## Urologi

Tillgången till kontaktsjuksköterska inom urologin varierar från utmärkt i region Östergötland och Kalmar till acceptabel i region Jönköping.

Då det gäller väntetiderna till nybesök på specialistklinik är dessa fortsatt alltför långa. Då det har tagits ett vävnadsprov så är väntetiden på svaret inte i närheten av de 11 dagarna som anges i SVF i någon region.

Benägenheten att utreda män  $\leq 80$  år med lokaliserad högrisk eller lokalt avancerad prostatacancer med skelettscintigrafi är god i regionen. Här finns dock en förbättringsmöjlighet för Ryhov. Sannolikheten att dessa sedan får en botande behandling är utmärkt i hela regionen.

Män med prostatacancer av mycket låg risk-typ genomgår aktiv monitorering i mycket hög utsträckning så de nationella rekommendationerna följs mycket väl.

Deltagande i multidisciplinär konferens (MDK) för bedömning av kurativ behandling är viktigt för att män med högriskcancer skall kunna erbjudas den bästa behandling. Här finns det en stor spridning i regionen. Västervik, Värnamo och Höglandssjukhuset ligger utmärkt och det är acceptabelt i Linköping/Norrköping, Kalmar och Ryhov.

Andel av opererade män med låg- eller intermediärrisktumör som genomgick nervsparande resektion var utmärkt i Jönköping och Kalmar, och lågt i Östergötland. Bedömning av positiva marginaler är svårt och dessa data skall tolkas med stor varsamhet då bedömningen av vad som är positiva marginaler är subjektiv. Dessa resultat skall även värderas mot funktionella data, vilket det tyvärr inte görs i tillräckligt stor utsträckning idag.

Under 2018 skall vi implementera den nationella e-PROM enkäten, vilket om det lyckas kommer att leda till att vi kan svara på frågan: var erbjuds den bästa kurativa behandlingen?

## Onkologi

Vad gäller inrapportering har det glädjande nog skett en förbättring på alla tre strålbehandlingsenheter. I Kalmar och Jönköping rapporteras 90 respektive 80 % inom 3 månader från strålbehandlingsstart medan det fortfarande finns klar förbättringspotential i Linköping. Dock sker rapporteringen snabbare i år även där. 94 % av patienterna som får kurativ strålbehandling i regionen har en namngiven kontaktsköterska. Således mycket god täckning regionalt, något bättre än riket.

Som nämnts finns spridning vad gäller deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling av högriskpatienter. Man ser även här en förbättring sammantaget i regionen från 59 % av patienterna förra året till 74 % i år. Särskilt i Linköping/Norrköping har en förbättring skett.



Precis som förra året ligger sydöstra regionen markant bättre än rikets genomsnitt vad gäller snabbt behandlingsbeslut hos onkolog hos de patienter som får strålbehandling för sin högriskcancer. Läns-sjukhuset i Ryhov har mest förbättrat sitt resultat. Kalmar ligger något bättre till men dock marginellt sämre än förra året. Linköping presenterar bäst statistik här men detta får tyvärr tolkas med en nypa salt då man där registrerar beslut på MDK/remissbedömning och inte när patienten faktiskt bedömts av en strål-/uroonkolog och definitivt beslut är fattat. Därför är deras resultat mer svårvärderat.

Kurativ behandling vid lokaliserad högriskcancer hos patienter under 75 år bedöms ligga bra i regionen.

Vad gäller de patienter med mer avancerade cancrar är det färre som får kurativ behandling. Precis som i riket är det ca hälften av patienterna som behandlas kurativt. Detta är en liten grupp så resultatet får tolkas med försiktighet. Till exempel presenteras inga data från Kalmar då det var för få patienter. Dock tycks det potentiellt underbehandling av dessa patienter både regionalt och i landet.

Precis som i riket föreligger en måttlig följsamhet till rekommendationerna i det nationella VP att ge minst 18 månaders adjuvant bicalutamidbehandling efter strålbehandling av högrisk prostatacancer. Dock även på denna mätpunkt högre följsamhet än förra året. I Jönköping görs det mest konsekvent. Det kan finnas flera skäl till dålig följsamhet; Viss oenighet finns om rekommendationen överhuvudtaget. Ibland ges längre neoadjuvant behandling än rekommenderat för patienter som utreds för andra åkommor i väntan på strålbehandling eller för att vattenkastningen ska förbättras/åtgärdas innan strålstart. Detta leder ibland till att den adjuvanta behandlingen kortas. Det kan också röra sig om att man ännu inte känner till riktlinjerna och att det finns ett utbildningsbehov.

Vad gäller start av strålbehandling för postoperativa patienter inom 30 dagar från behandlingsbeslut ligger Kalmar acceptabelt, Jönköping bra och Linköping oacceptabelt, det sistnämna sannolikt p.g.a. väntetider på strålbehandlingen vilket leder till att andra cancerdiagnoser som bedöms mer akuta prioriteras.

Slutligen används MR som stöd för targetdefinition precis som föregående år i Jönköping och Kalmar för alla patienter som inte har kontraindikationer för MR men inte i Linköping. Under 2018 kommer man med största sannolikhet få den möjligheten även i Linköping.

En samfattning av 2017 års urologiska kvalitetsmått för Sydöstra region skiljer sig inte från landet i övrigt fränsett andel som genomgår nervsparande kirurgi är lågt i Sydöstraregionen.

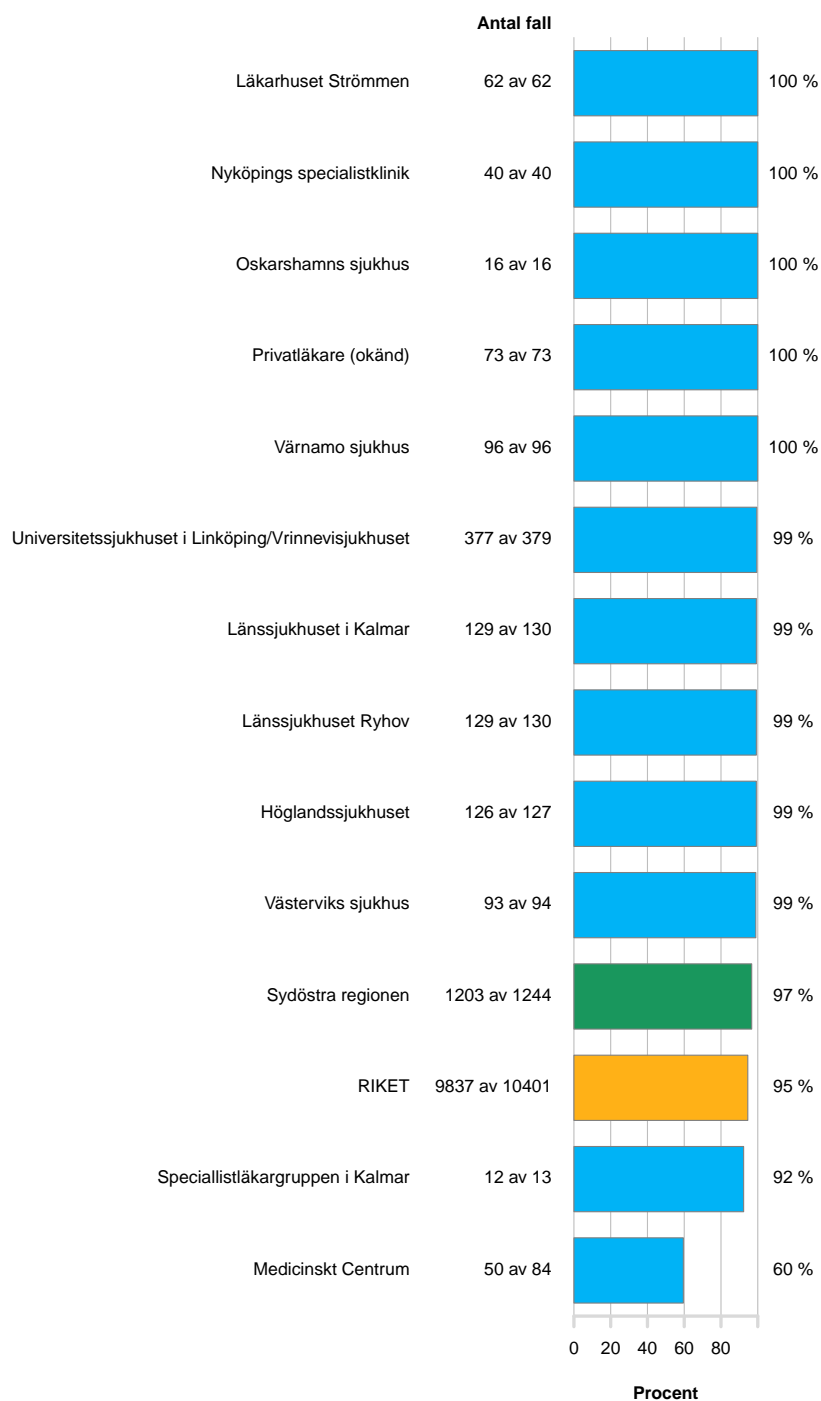
Många av de onkologiska kvalitetsmåten ligger på samma nivå i regionen som övriga Sverige, men det finns även några områden där Jönköping och Kalmar utmärker sig positivt.

### **David Robinson, Mats Andén**

Regional processledare urologi, onkologi

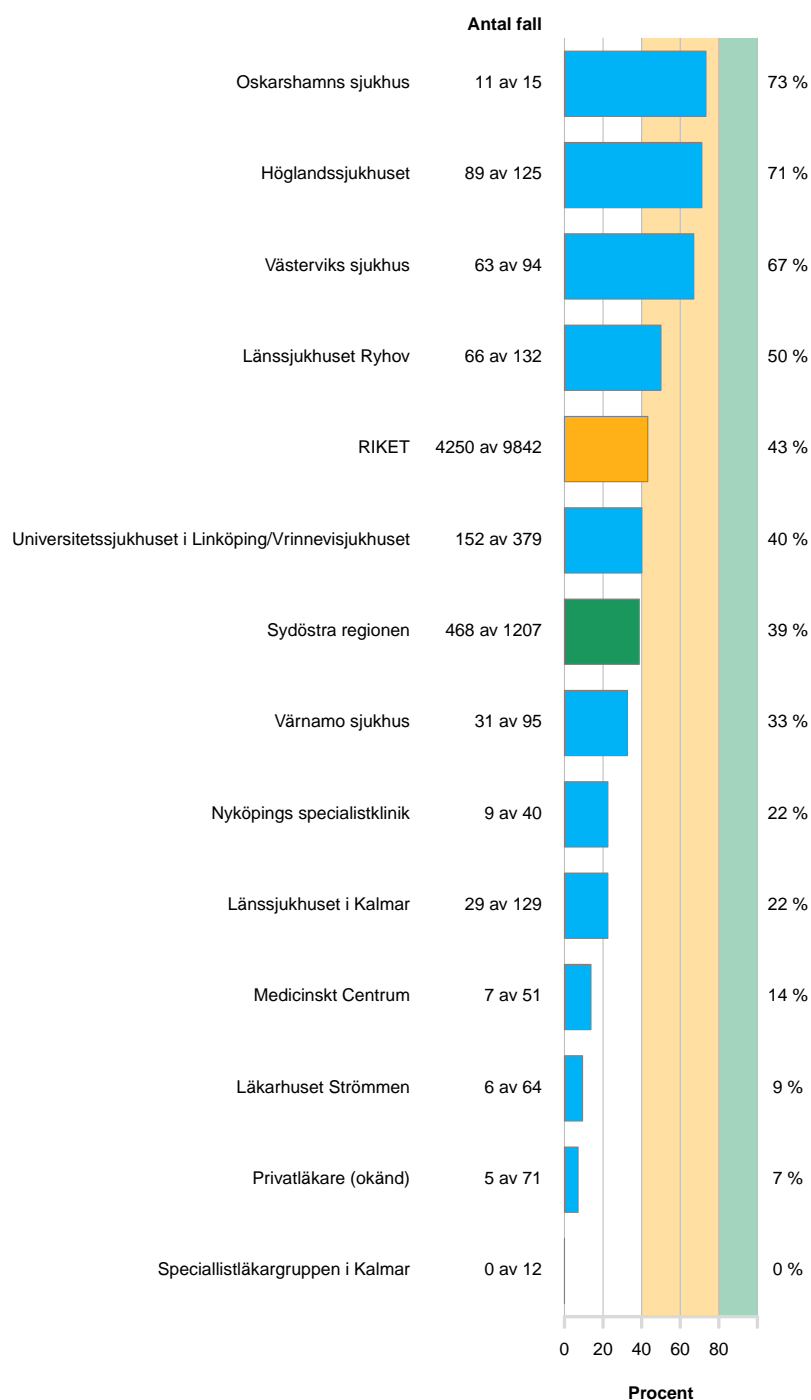
# RESULTATREDOVISNING

## Täckningsgrad

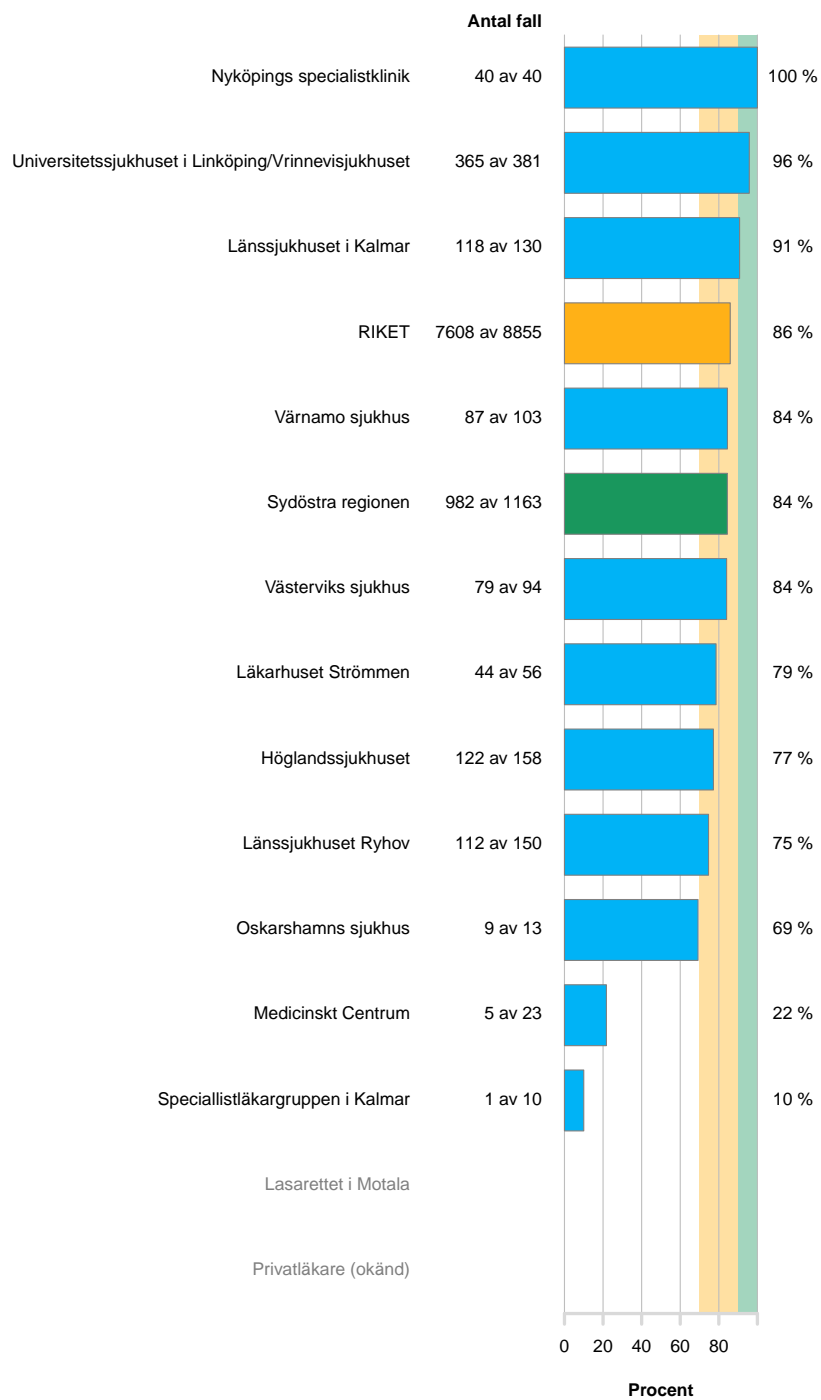


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.

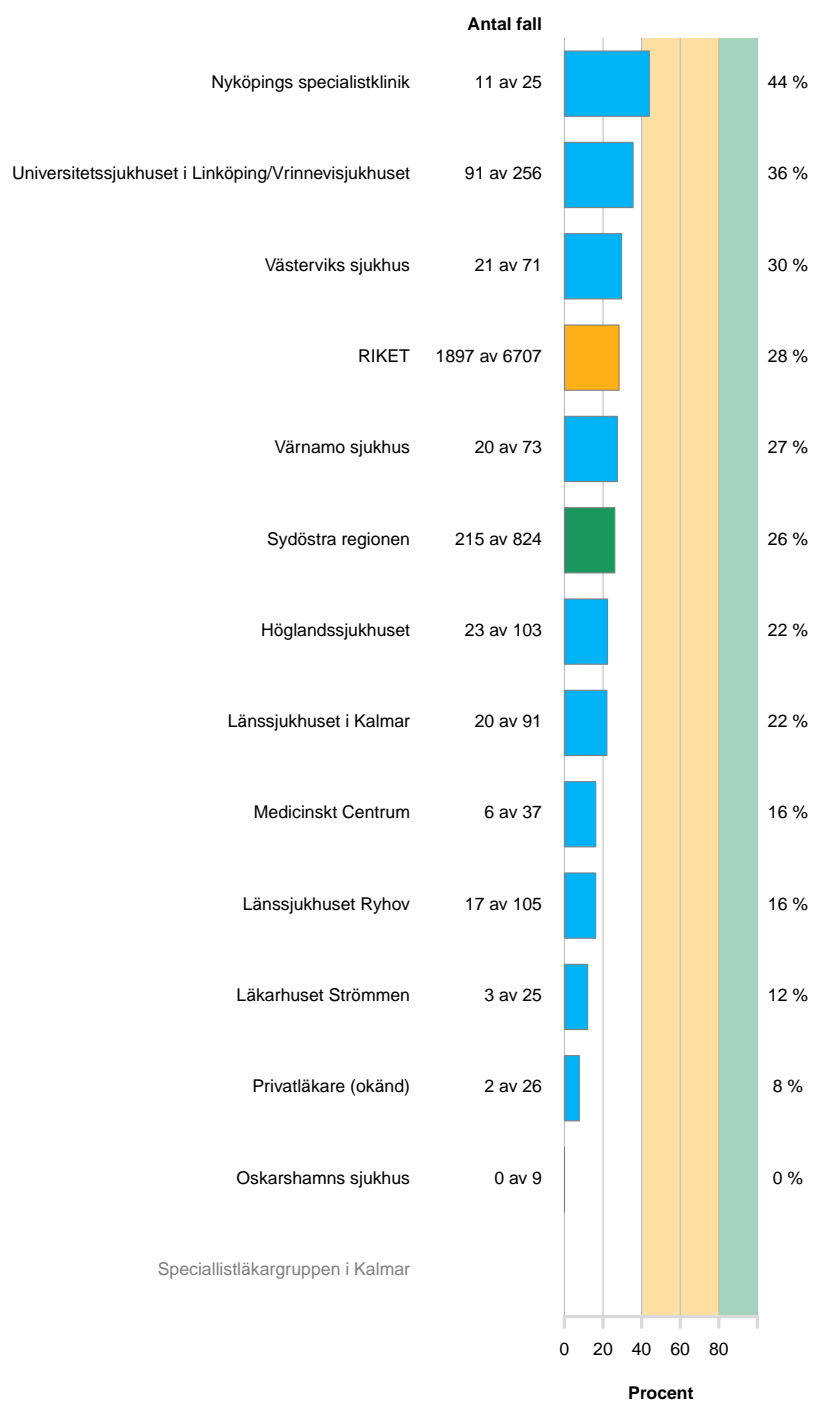
## Kvalitetsindikatorer - urologi



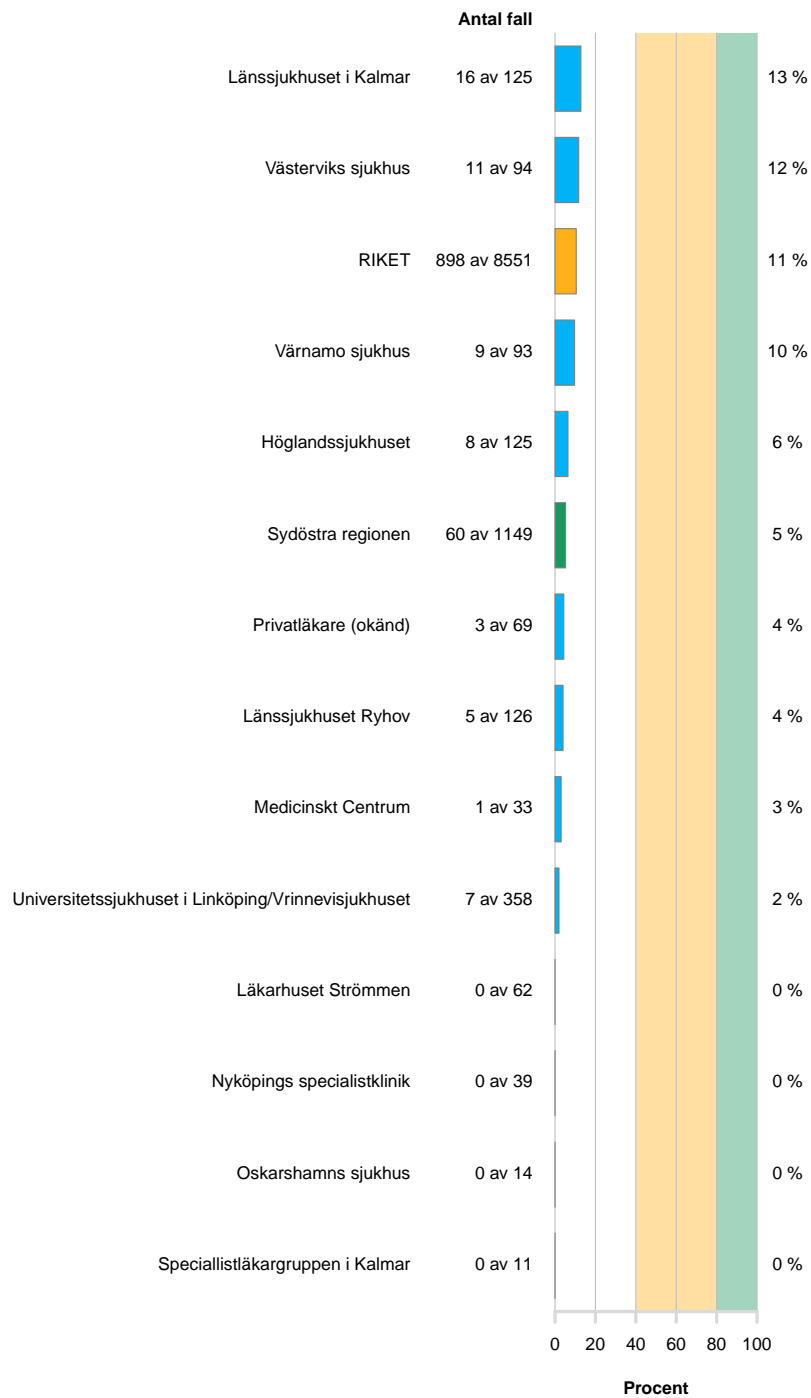
Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.



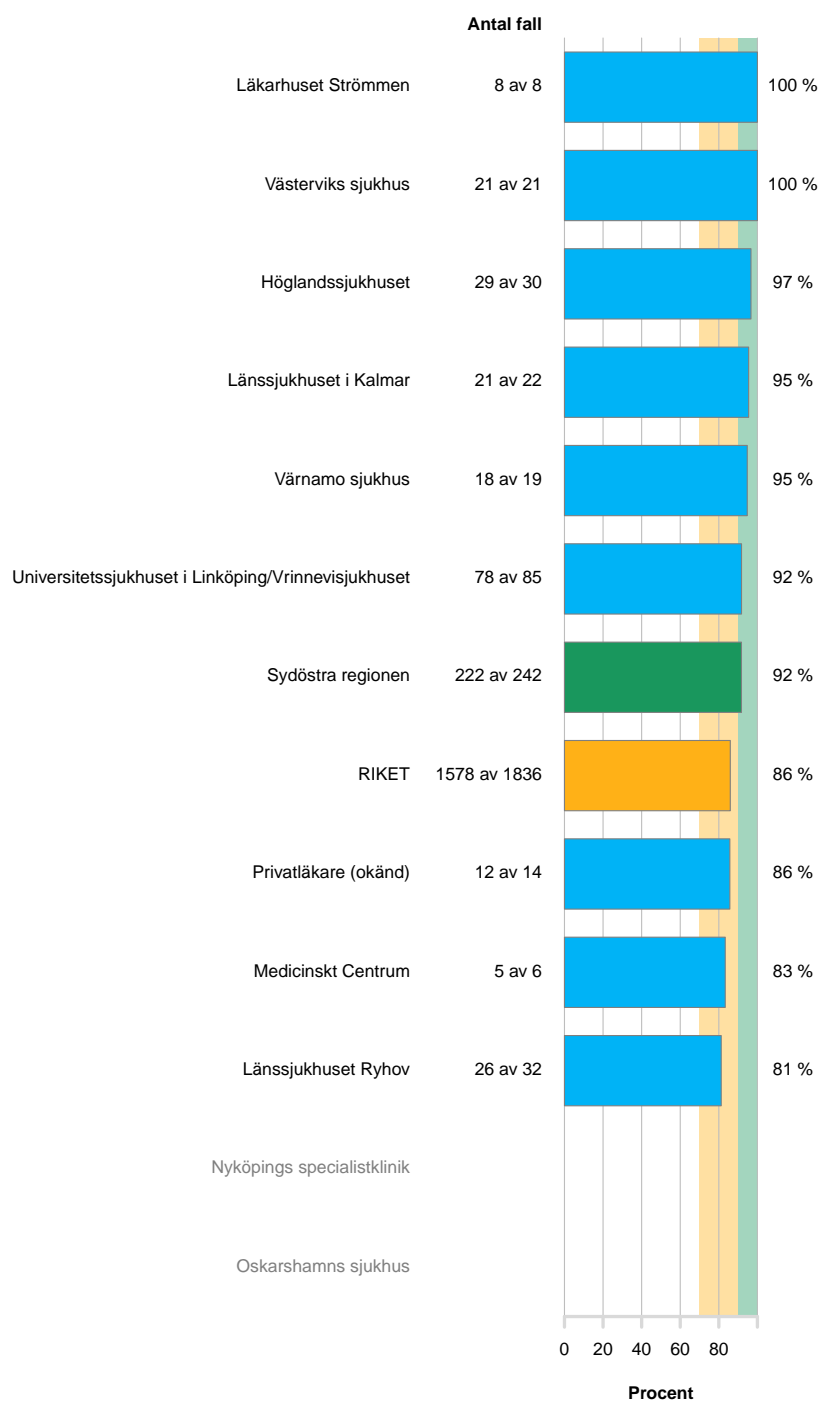
Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



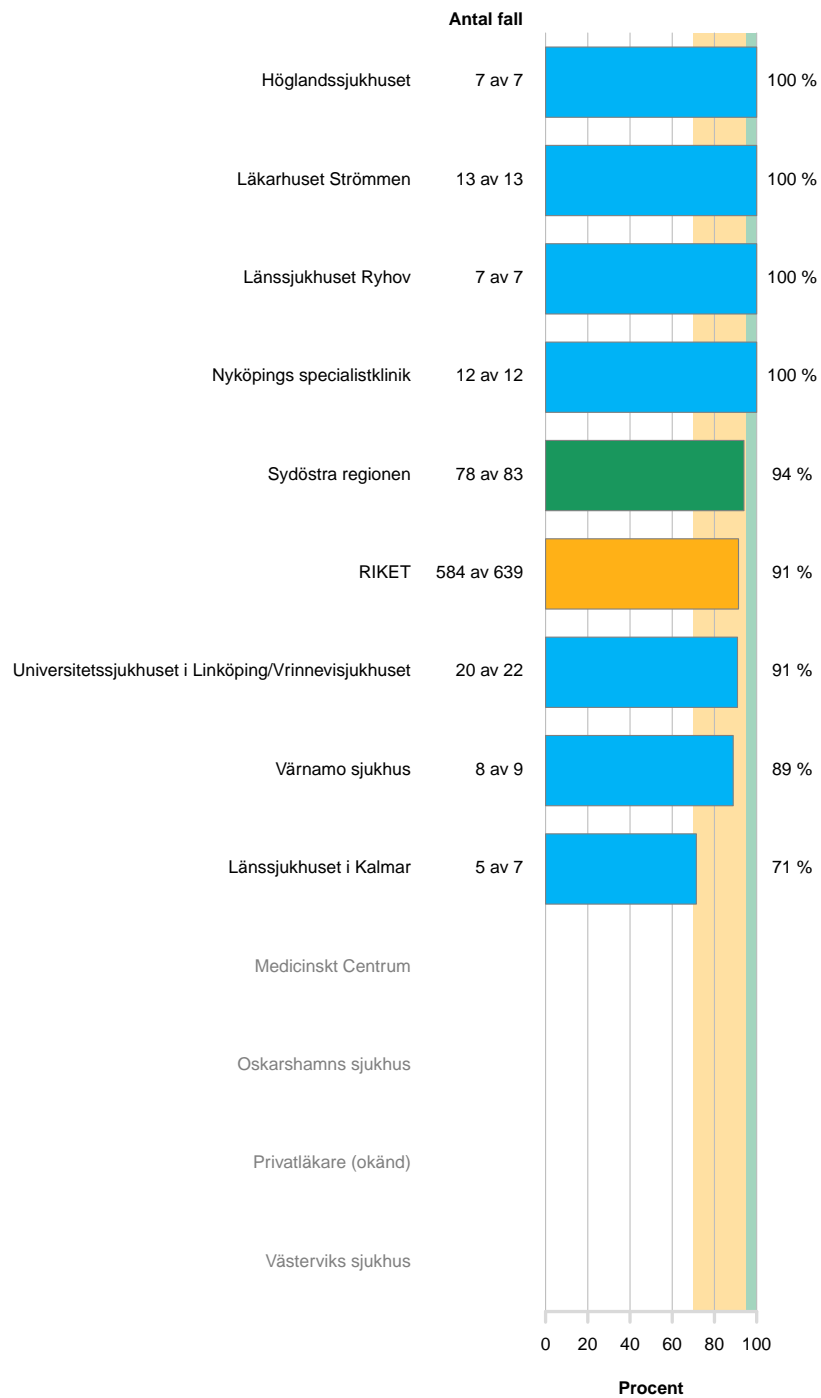
Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.



Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.

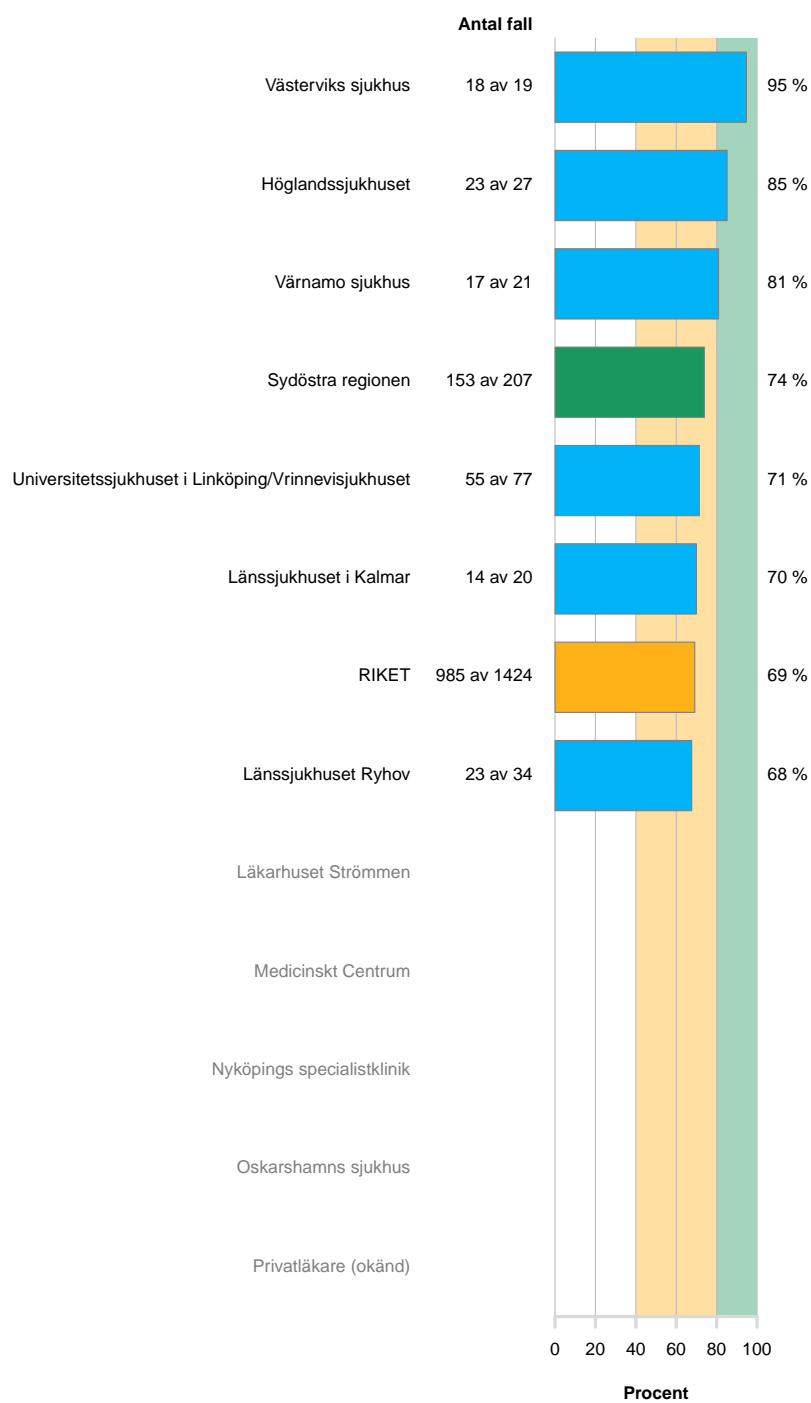


Figur 6. Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.

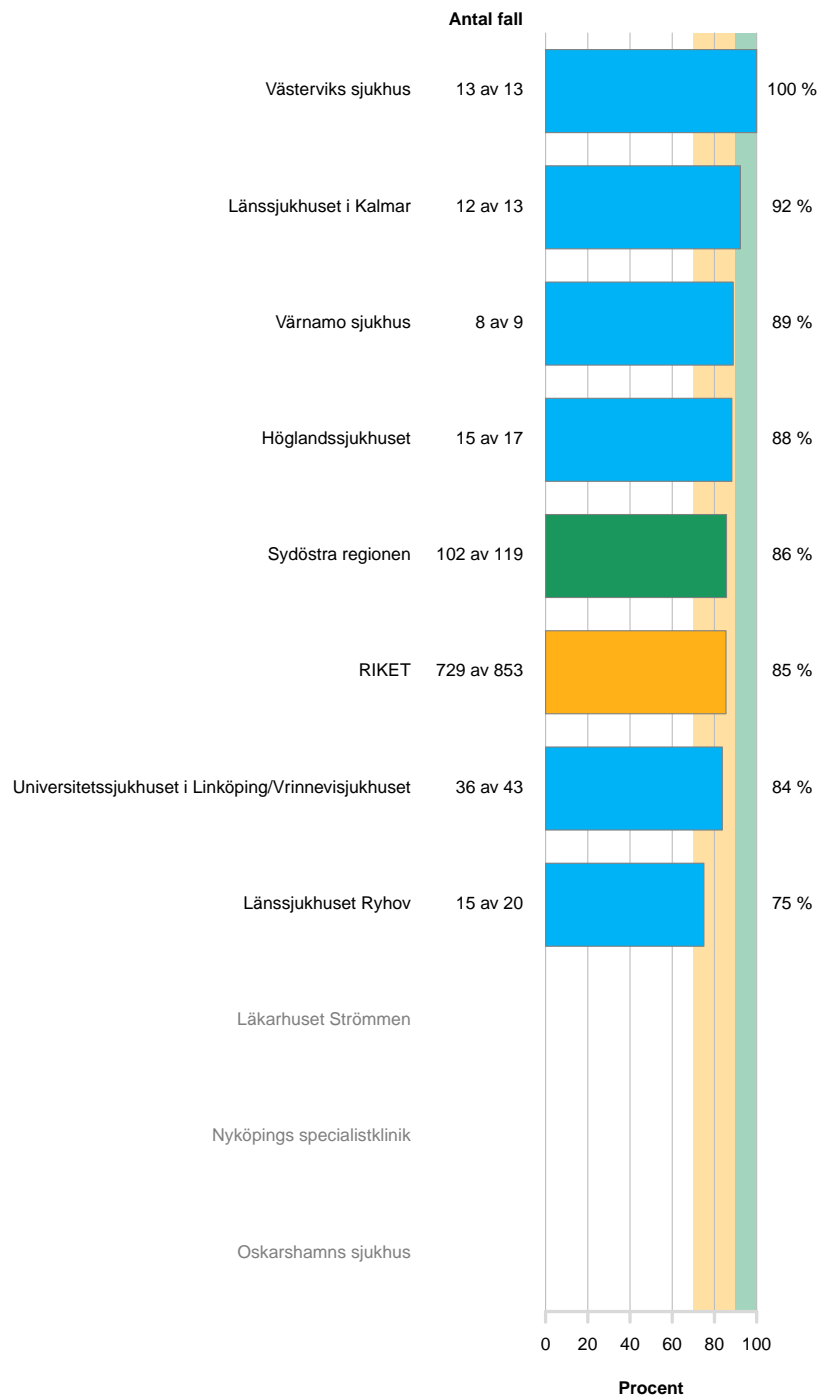


Figur 7. Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.

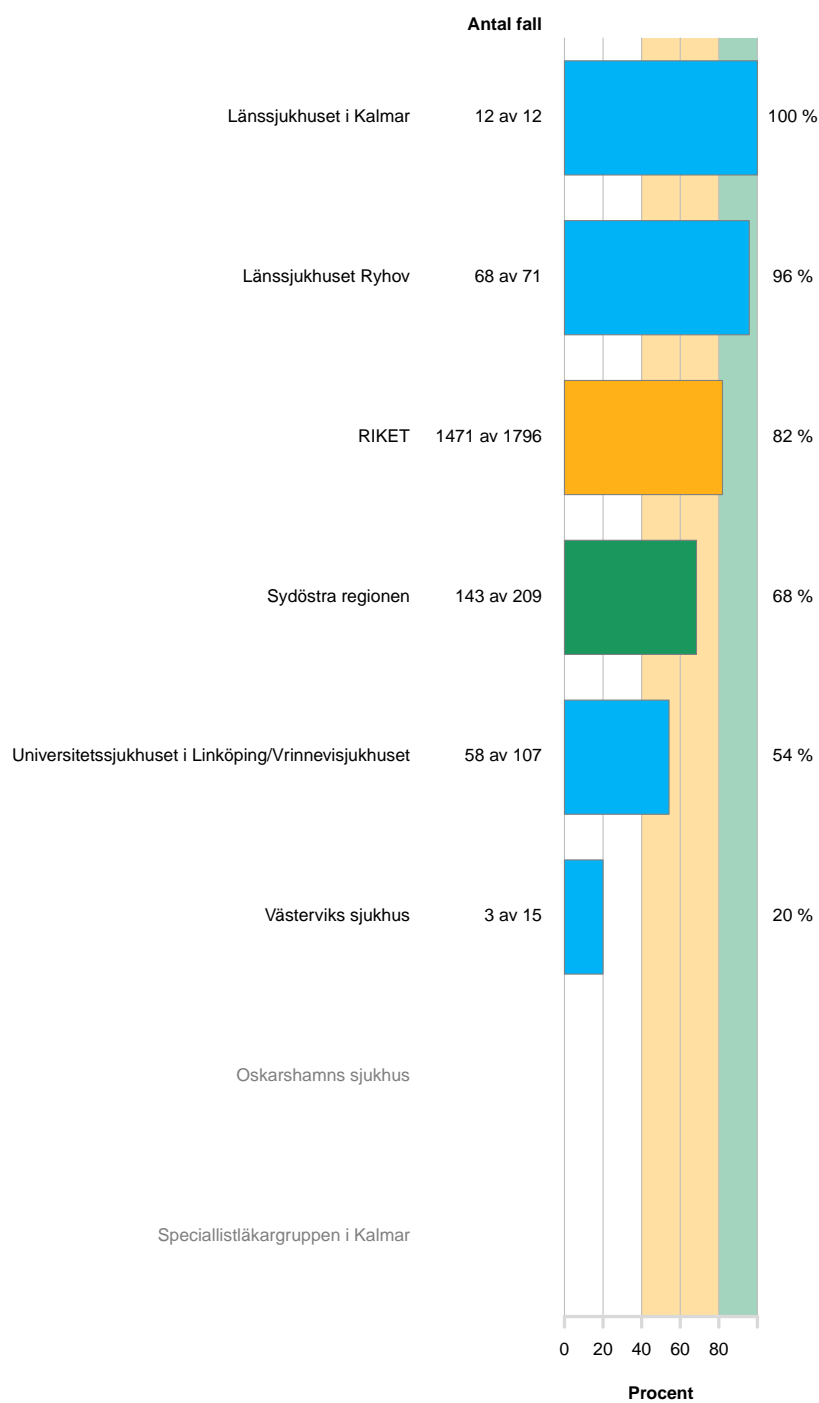




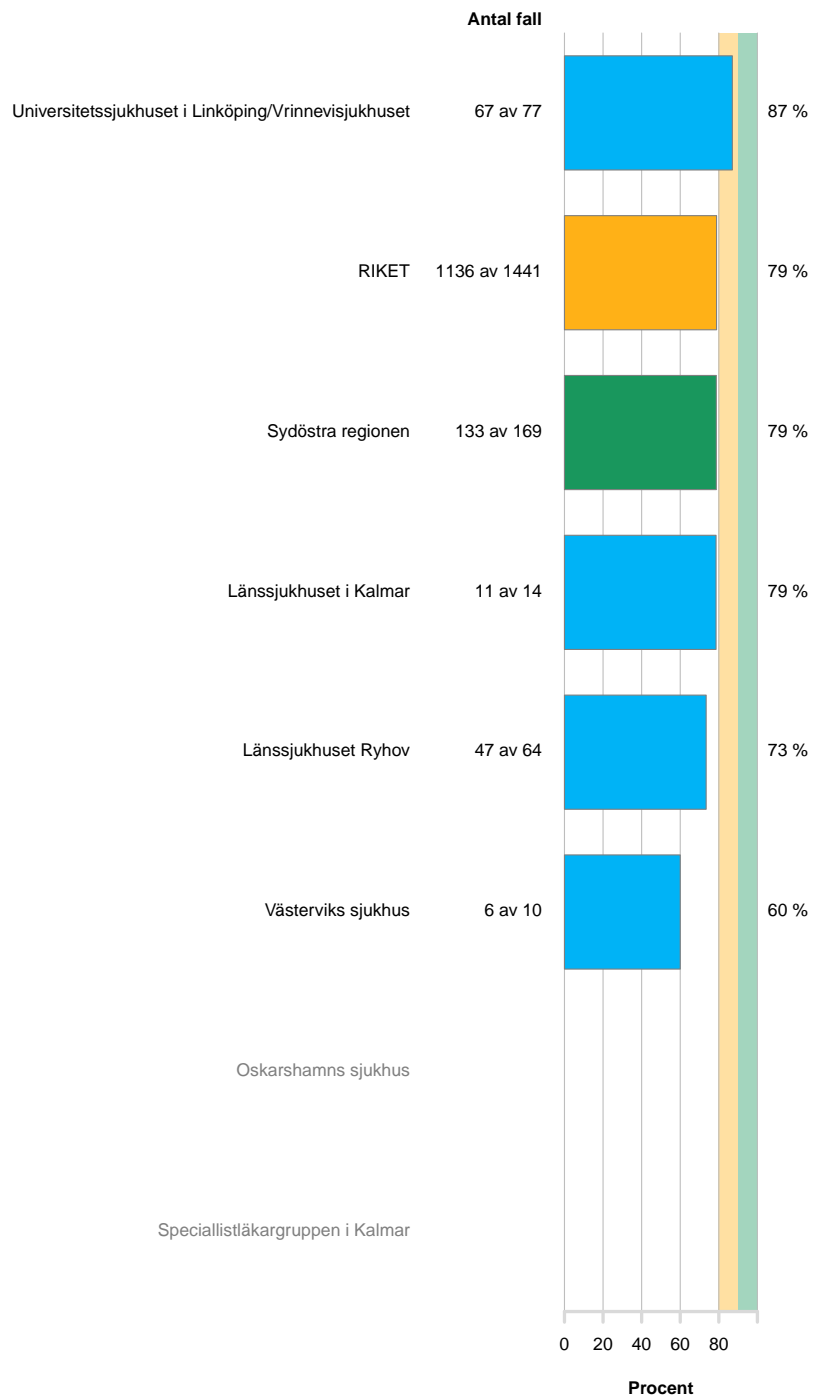
Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



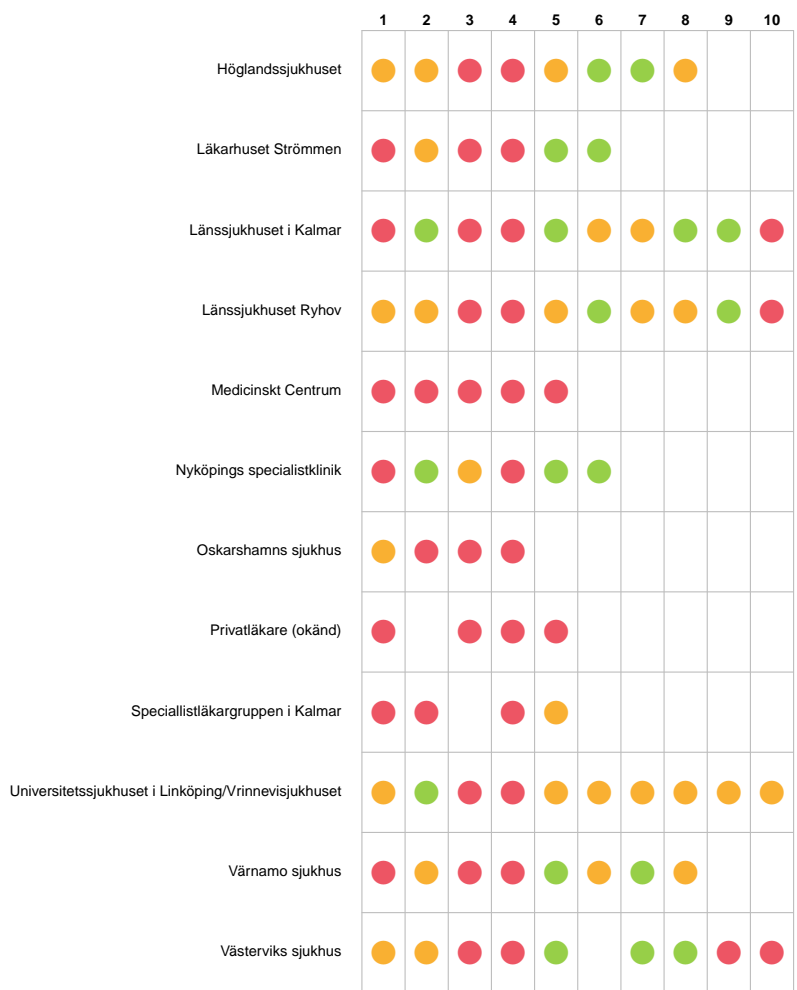
Figur 9. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos  $\leq$  75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



Figur 10. Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2017.



Figur 11. Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2017.

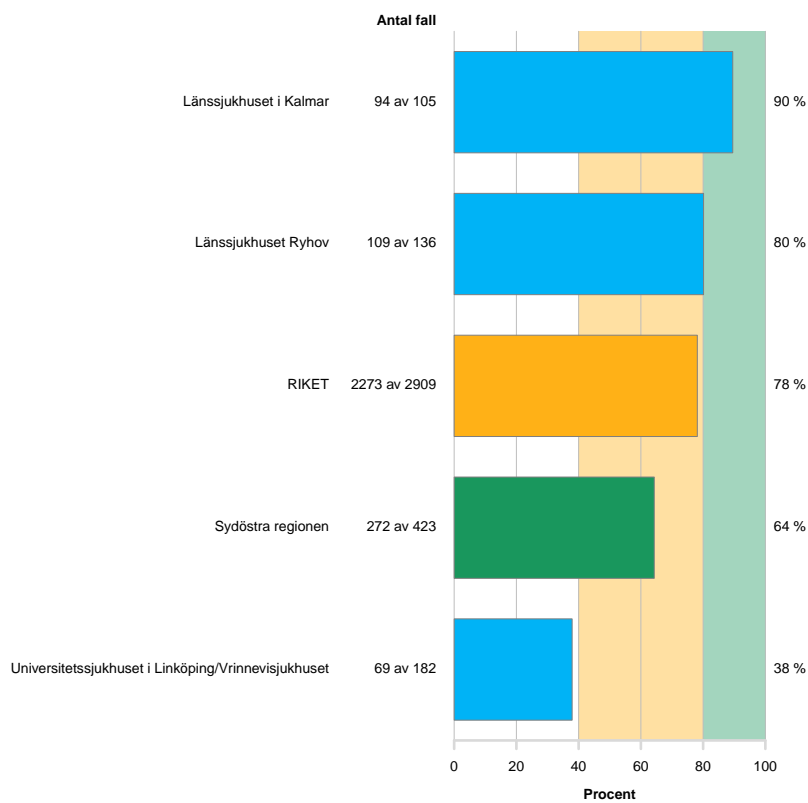


1. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
2. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsnivå 70 %, övre gränsnivå 90 %.
3. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
4. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
5. Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos <= 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsnivå 70 %, övre gränsnivå 90 %.
6. Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsnivå 80 %, övre gränsnivå 95 %.
7. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos <= 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
8. Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos <= 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsnivå 70 %, övre gränsnivå 90 %.
9. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
10. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus. Nedre gränsnivå 80 %, övre gränsnivå 90 %.

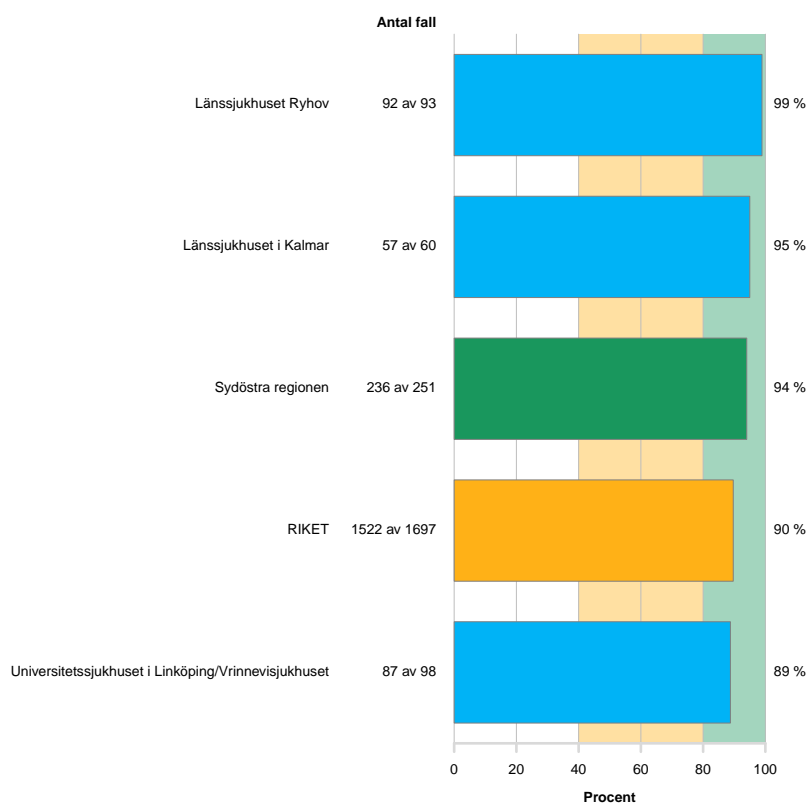
Figur 12. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2017. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

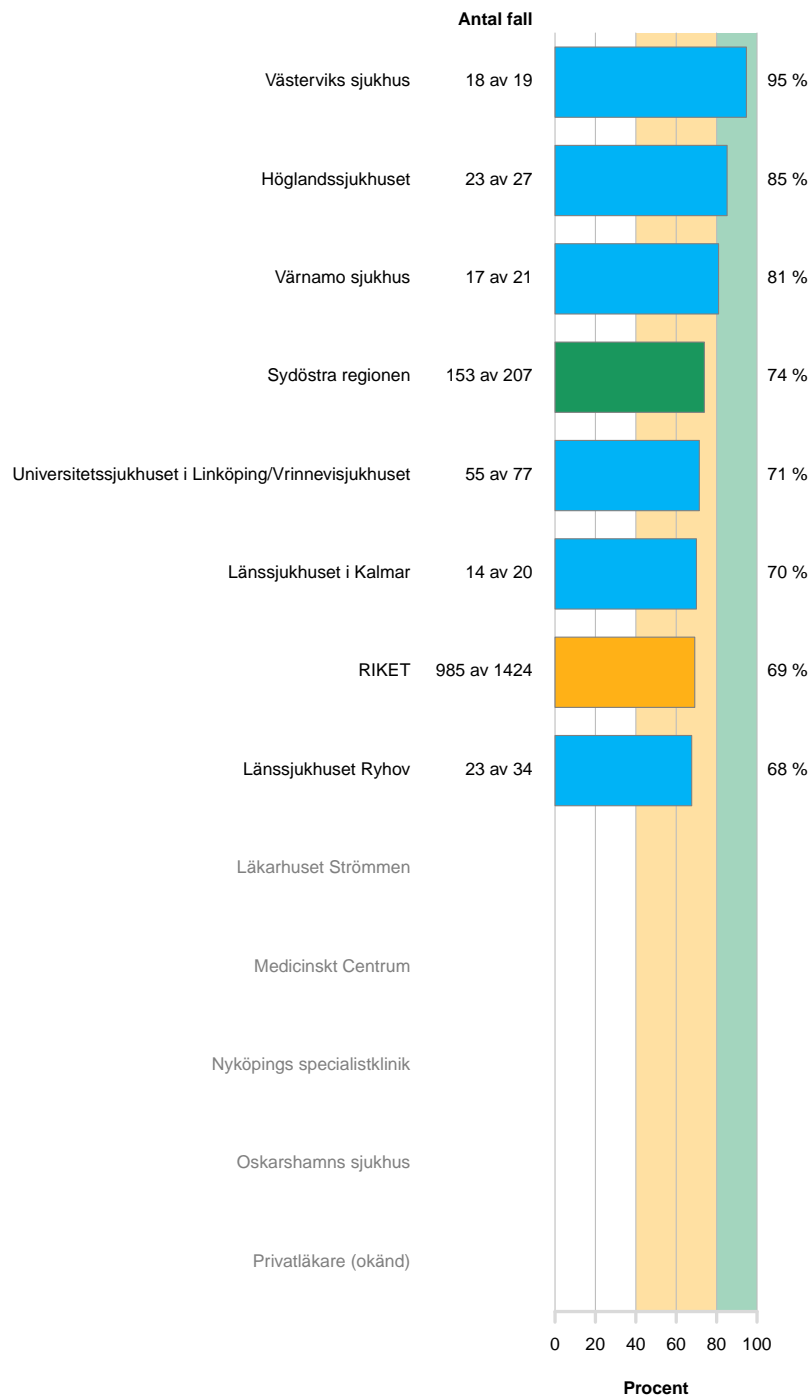
## Kvalitetsindikatorer - onkologi



Figur 13. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.

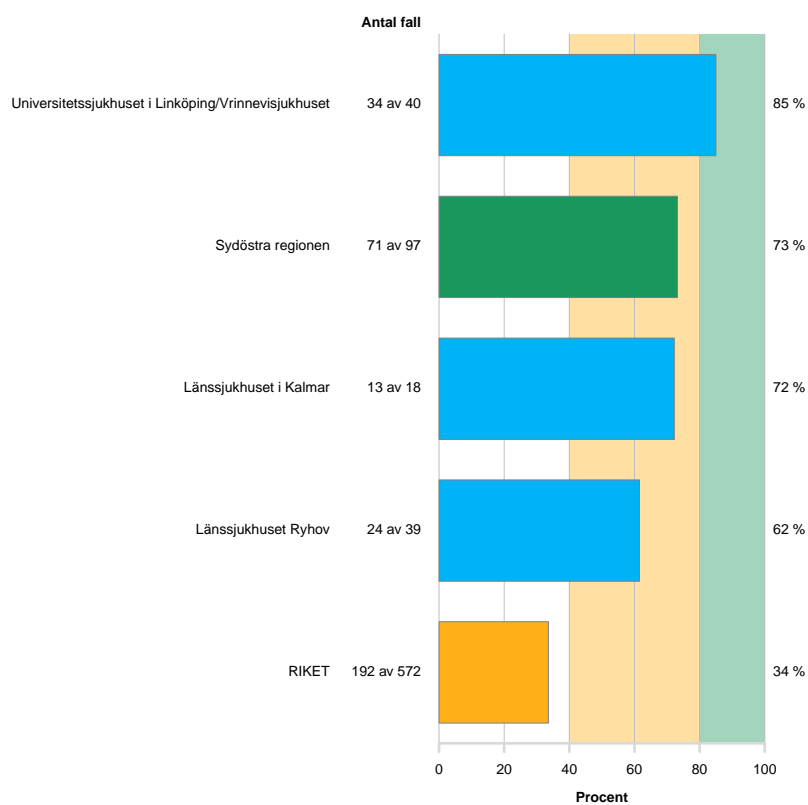


Figur 14. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.

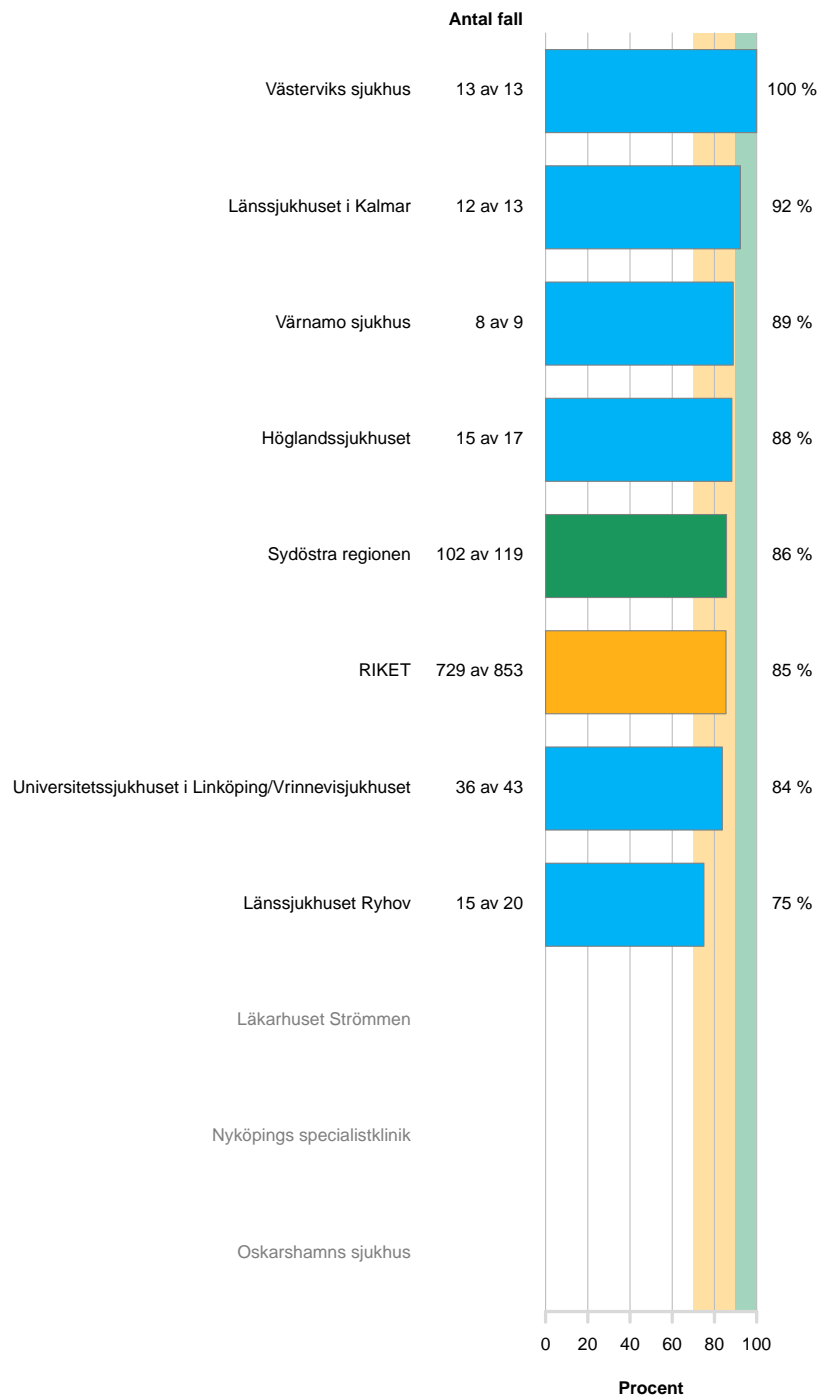


Figur 15. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.

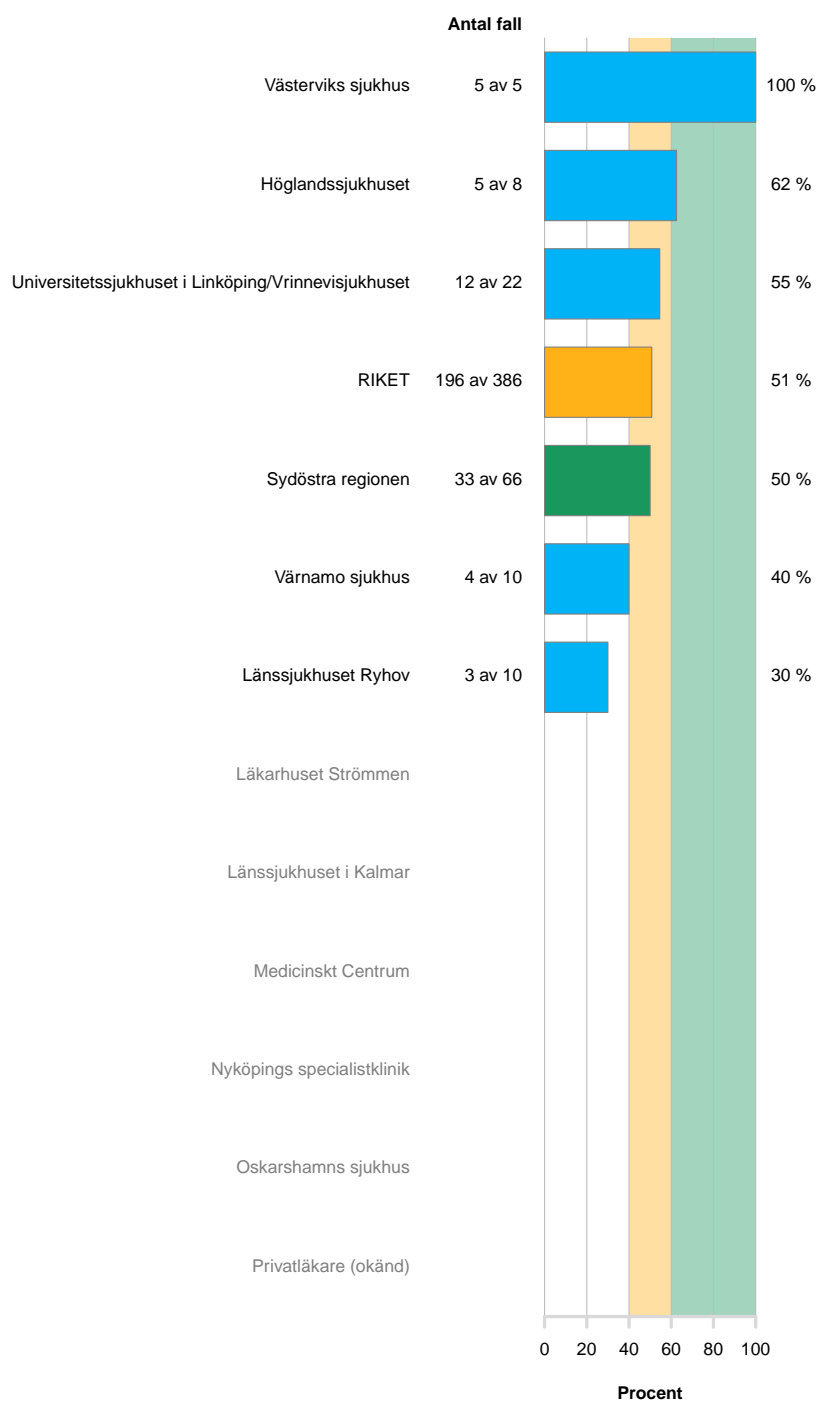




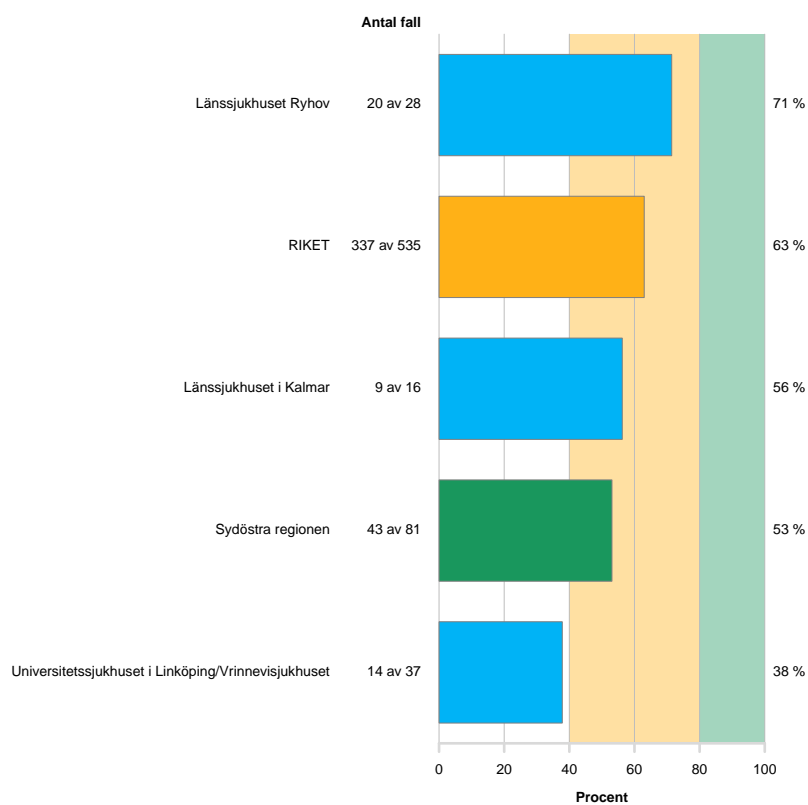
Figur 16. Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.



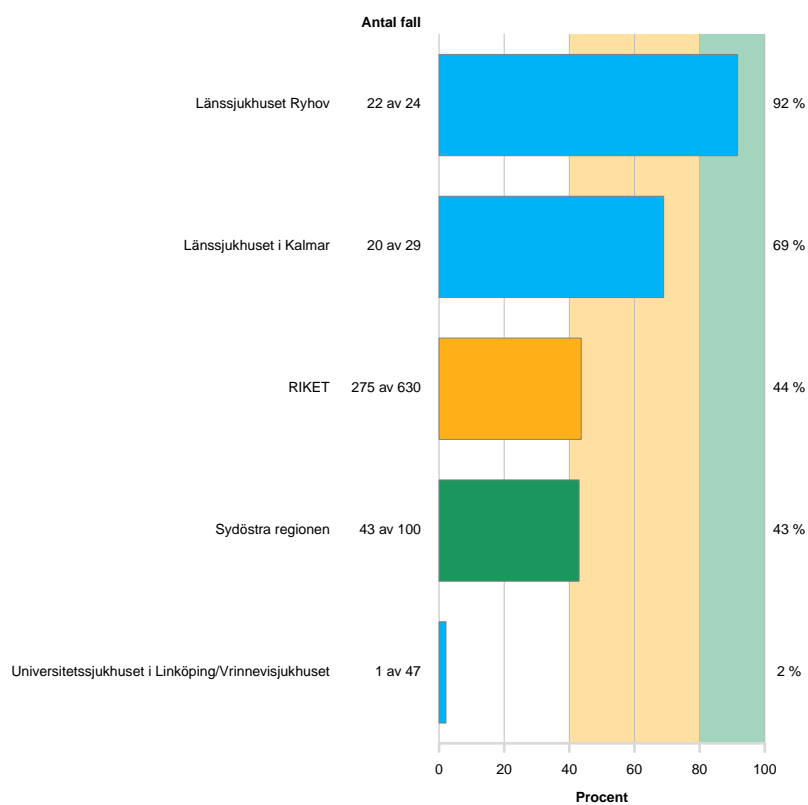
Figur 17. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos  $\leq$  75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



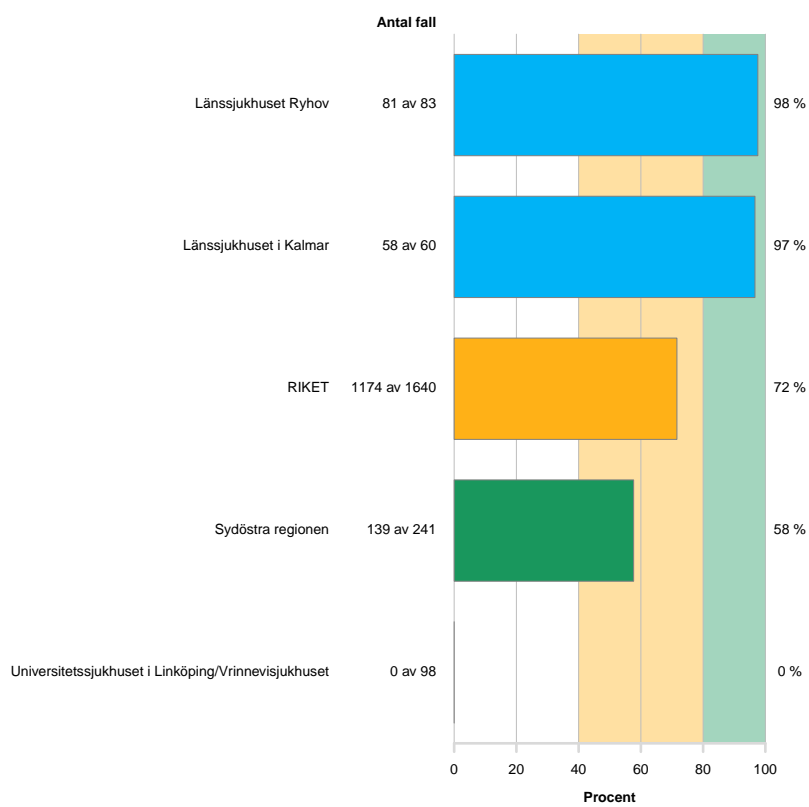
Figur 18. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



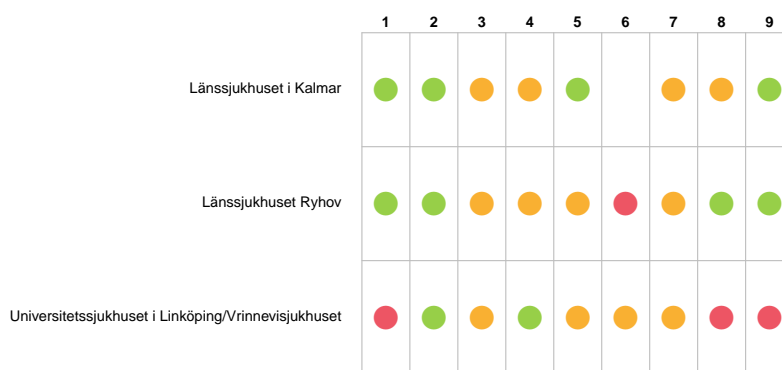
Figur 19. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.



Figur 20. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.



Figur 21. Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.



1. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
2. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
3. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos <= 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
4. Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
5. Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos <= 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsvärde 70 %, övre gränsvärde 90 %.
6. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 60 %.
7. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i komb. med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 mån. adj. hormonbeh. med antiandrogener, per strålbeh. sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
8. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålnmålan, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
9. Andel män som genomgått primär extern strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolymer (prostata), per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.

Figur 22. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2017. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.