

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2019

Stockholm-Gotland

Mars 2020

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



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

INNEHÅLL

FÖRORD	6
KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER	7
RESULTATREDOVISNING	10
Täckningsgrad	10
Kvalitetsindikatorer - urologi	11
Kvalitetsindikatorer - onkologi	22
Väntetider	33

FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.	10
2	Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.	11
3	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.	12
4	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.	13
5	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.	14
6	Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (operation), 68 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2019.	15
7	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.	16
8	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.	17
9	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparrande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2019.	18
10	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2019.	19
11	Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus, operationsår 2019.	20
12	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2019. 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 2019.	22
14	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.	23
15	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.	24
16	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.	25

17	Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 50 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2019.	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 2019.	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 2019.	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 2019.	29
21	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolum (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.	30
22	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.	31
23	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2019. 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.	32
24	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.	33
25	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.	34
26	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.	35
27	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.	36
28	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.	37

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 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 Stockholm-Gotlandregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2019.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Detta års regionala rapport blir speciell då vi inom urologisk diagnostik genomgår ett paradigmskifte från ett sämre sätt att diagnosticera prostatacancer med systematiska biopsier, stickprover, till att använda en teknik med mer precision. Metoden innebär att biopsier riktas mot tumörmisstänkta områden som identifieras med magnetkameraundersökning. Det finns en enorm mängd vetenskaplig evidens för att detta paradigmskifte är väldigt bra för patienterna, med betydligt färre lågriskcancer som diagnostiseras och fortsatt hög detektionsfrekvens av signifikant prostatacancer. Dessutom kan antalet biopsier minskas utan att resultatet påverkas, vilket minskar belastningen på patologin över tid samt minskar risken att patienterna får sepsis. Initialt kommer det dessvärre påverka väntetider på ett starkt negativt sätt då nya kompetenser behöver byggas upp.

Resurserna avseende strålbehandling har fortsatt varit ansträngda under året. Det beror till del på att utbyte av utrustning fortsatt pågår med nedsättning av kapaciteten. Förbättring bör ske under kommande år, dock har regionen låg strålkapacitet per innevånare jämför andra regioner.

Täckningsgraden som visserligen i augusti förra året (2018) var 97 % har tyvärr minskat till 87 % i februari 2019 för regionen. Det är svårt att veta om detta är en försämring med tanke på olika mätpunkter. Vi vet dock att en ny privat vårdgivare ej har rapporterat något alls, men kommer göra det innan deadline 15 mars. Det finns dessvärre också privata vårdgivare som Dr Agerheim samt Dr Kaztenstein som ligger på 10 respektive 14 % i täckningsgrad.

Inrapporteringshastigheten (inom en månad från utförd biopsi) har vi i regionen ett sämre utfall (48 %) jämfört med riket på 51 %. Sämst ligger Norrtälje Sjukhus (3 %), Urologcentrum Odenplan (11 %), Visby (14 %), NKS (16 %), Urologspecialisterna Södra Sthlm (24 %), Läkargruppen Victoria (29 %) samt Aleris Sabbatsberg (30 %). Hög och förbättrad inrapporteringshastighet har Capio S:t Göran (92 %), Aleris Täby (86 %), SÖS (79 %) samt Urologcentrum Liljeholmen (74 %).

Speciellt intressant är att samma privata företag GHP:s mottagning vid Odenplan är bland de sämsta (11 %) medan mottagningen vid Liljeholmen är bland de bästa (74 %).

Inrapporteringshastighet av strålbehandling (inom 3 mån från start av strålbehandling) är relativt hög, 70 % rapporteras inom stipulerad tid. Även här är variationen mellan klinikerna stor, 21 % (NKS) och 87 % (Capio S:t Göran).

Kontaktsjuksköterska finns i riket hos 87 % och vår region hos 84 % vilket är sämre jämfört med året innan (ca 90 %). De i regionen som drar ner medelvärdet är t.ex. de privata aktörerna Dr Rönström (20 %), Sthlm Urogyn (23 %) och Läkargruppen Victoria (45 %).

Bland onkologiska patienter har 99 % av patienterna kontaktsjuksköterska (spridning 85-100 %).

Väntetider

Tid mellan remiss till första besöket urolog (max 14 dagar) har vi i regionen bättre resultat (48 %) jämfört med riket (33 %). Bland de sämsta klinikerna finns Norrtälje (5 %), NKS (7 %) och Capio S:t Göran (10 %). Anledningen till att både NKS och Capio S:t Görans prostatacancercenter har långa väntetider är sannolikt att båda dessa centra blir tvungna att komplettera utredningen för flertalet patienter med t.ex. skelettscint, MR, och ibland även riktade biopsier. Efter att dessa utredningar är

utförda diskuteras patienten på konferens innan han träffar läkare på mottagningen för att diskutera behandling. Således har ett flertal åtgärder som troligen bidrar till högre kvalitet ger samtidigt i registret en längre ledtid och ger en negativ bild av långa väntetider.

Tid mellan biopsi och PAD besked (max 11 dagar) är regionen något bättre (15 %) jämfört med riket (11 %). Bäst i regionen är Visby med hela 63 % och SÖS med 41 %, medan de sämre i regionen är Odenplan Urologmottagning (2 %), Södertälje (3 %), Urologcentrum Sthlm (6 %) och UroClinic (6 %). Detta kan delvis förklaras av att Unilab inte lyckades leverera provsvar i tid initialt i samband med senaste upphandlingen.

Angående tid från remiss till utförande av kurativ behandling är regionen ungefär lika dålig (7 %) som riket (8 %). Däremot har UroClinic och SÖS på respektive 29 % och 14 % lyckats klart bättre.

Väntetid för strålbehandling för intermediäriskcancer från behandlingsbeslut hos onkolog till start av strålbehandling (inom 21 dagar) uppnåddes inte för någon patient i regionen, jämfört med 3 % i riket.

För män som erhållit postoperativ strålbehandling, där start skall ske inom 28 dagar, nåddes målet i regionen för 13 % av männen jämfört med 47 % i riket. Båda dessa ledtider påverkades av att installation av nya maskiner på strålbehandlingsavdelningarna fortfarande pågår med kapacitetsbrist som följd trots intensivt samarbete mellan klinikerna i regionen.

Total väntetid uppdelat på de ingående deltiderna för högriskcancer som fr.o.m. i år är ny redovisning är mycket illustrativ av det gigantiska problem som vi nu står inför med denna rapport.

Frågan är vad som är bäst för patienterna? Snabbast möjliga operation eller strålbehandling? Eller högkvalitativ utredning inkluderat eventuell ny MR, eventuell kompletterande fusionsbiopsi, diskussion på MDK och eventuell second opinion? Dessa frågeställningar blir tydliga om vi jämför t.ex. privata UroClinic som är bäst (98 dagar) med NKS som är bland de sämre (132 dagar). Jämför man tiden från PAD till operations anmälan finner vi i princip hela skillnaden här (15.5 dagar för UroClinic mot 43 dagar för NKS). I denna tabell kan man dra slutsatsen att UroClinic är bäst eftersom de är snabbast, samtidigt som man är det på bekostnad av t.ex. MDK och second opinion. UroClinic har visserligen möjlighet till att snabbt hitta operationstid (10 dagar) jämfört med NKS (23 dagar) vilket också påverkar den totala tiden.

Förbättringspotential finns dock i alla ledtider för alla kliniker.

Av figuren som visar tid från remiss till start av hormonbehandling inför strålbehandling för högrisk prostatacancer, där endast 12 % startas i tid, framgår tydligt att vi behöver arbeta med alla ledtider i förloppet.

MDK

MDK för M1 är regionen sämre (63 %) på jämfört med riket (79 %) och dessvärre också klart sämre jämfört förra året (80 %). Orsaken till detta är oklar.

MDK för högrisk ligger vi i regionen stabilt på från förra året (72 %), dock något sämre jämfört med riket (78 %). Variationen är dock mycket stor med DS och Urologspecialisterna Södra på 100 % jämfört med UroClinic (17 %) och Läkargruppen Victoria (29 %).

Behandling

Andel män under 80 år med högrisk prostatacancer som erhållit kurativt syftande strålbehandling eller inkluderats i studien SPCG-15 var 70 % i regionen med en variation mellan 80 % (S:t Görans) och 100 %

Visby. Data saknas från onkologen NKS. Andel män med högriskcancer högst 75 år som planerats för adjuvant antiandrogenbehandling i minst 18 mån efter kurativ strålbehandling var som tidigare år hög i regionen (84 %, spridning 81-90 %), jämfört riket 72 %.

Angående kirurgisk behandlings två utfallsmått i form av andel av låg/mellanrisk prostatacancer som genomgår nervsparande dissektion samt andel negativa resektionsränder för pT2 har vi regionen mycket bra resultat (89 % respektive 81 %) som liksom förra året är högre jämfört med riket (73 % respektive 80 %).

ePROM är ett nytt utfallsmått, dvs. dessvärre inte resultatet av ePROM eftersom svarsfrekvensen sedan många år i riket är för låg för att kunna redovisa resultat, utan svarsfrekvensen i procent. Regionen är visserligen bättre (53 %) jämfört med riket (44 %) men siffrorna är bedrövliga. Detsamma gäller för onkologiska patienter där 34 % av männen lämnat ePROM inför strålbehandling jämfört med 24 % i riket.

Kanske man skall ta ett politiskt beslut att om man inte levererar ut och tar in ePROM får man inte operera eller stråla alls? Bäst i regionen är urologerna på NKS med 67 % täckning och sämst UroClinic (25 %) och DS (33 %). Motsvarande siffror för onkologiklinikerna är Capio S:t Görän (37

Sammanfattning

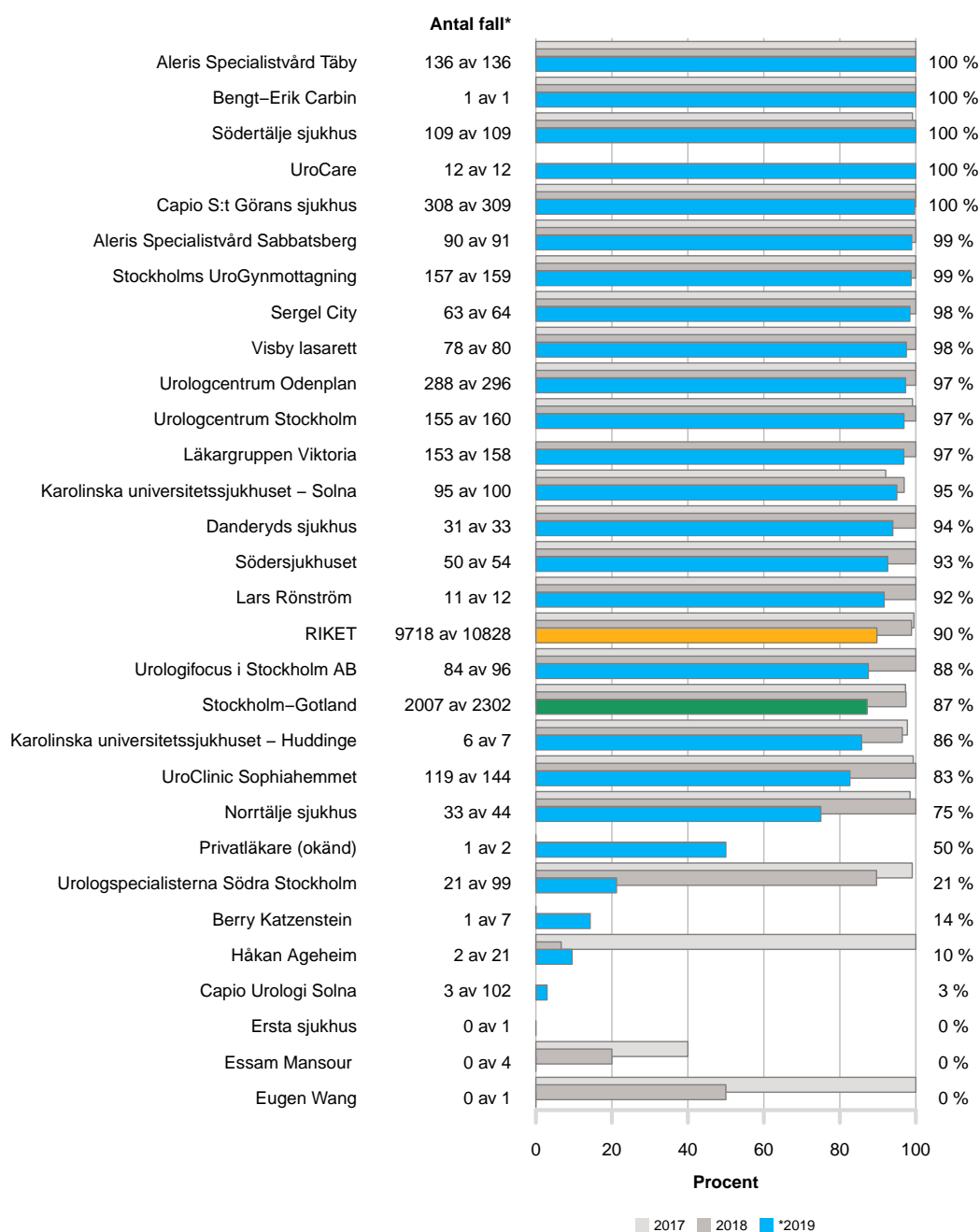
Ett flertal kliniker uppvisar bättre ledtider, men variationen är stor mellan vårdgivarna. Fortsatt finns stor förbättringspotential för stora delar av vårdkedjan. Det kommer dock bli svårt att snabbt förbättra ledtider för diagnostik pga. ovan beskrivna paradigmskiftet beträffande diagnosticering av prostatacancer.

Stefan Carlsson, Marie Hjälms-Eriksson

Regional processledare urologi, onkologi

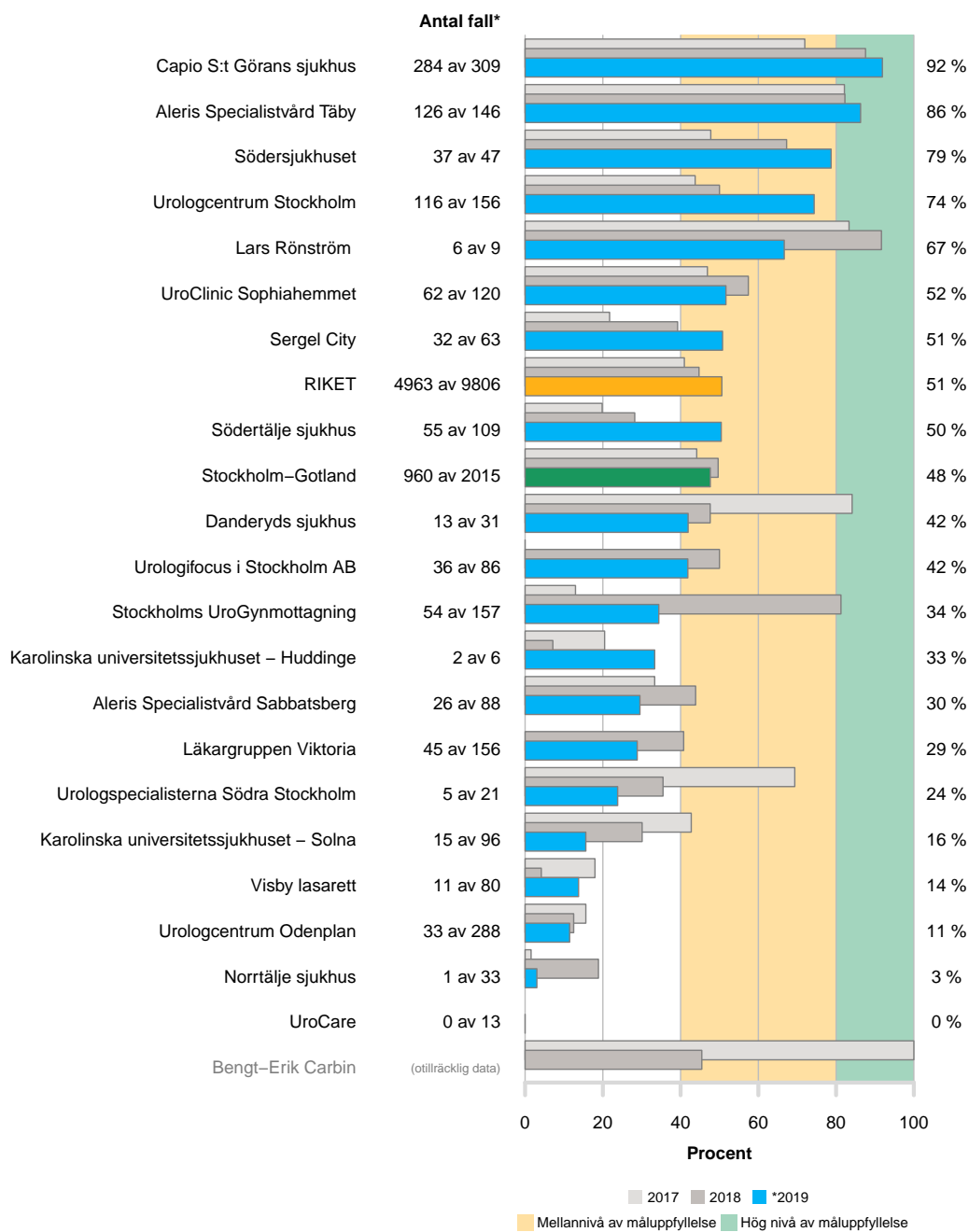
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

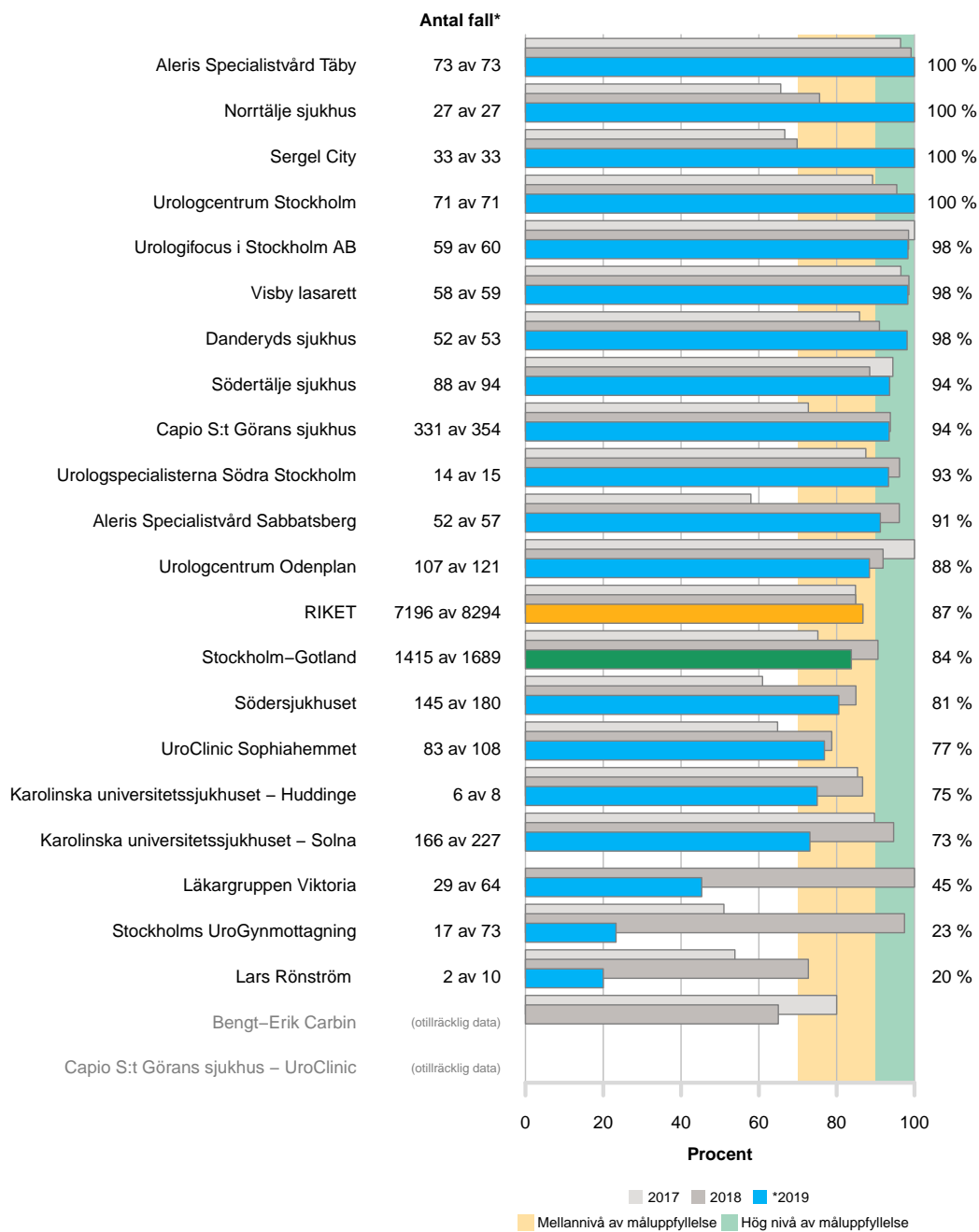


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.

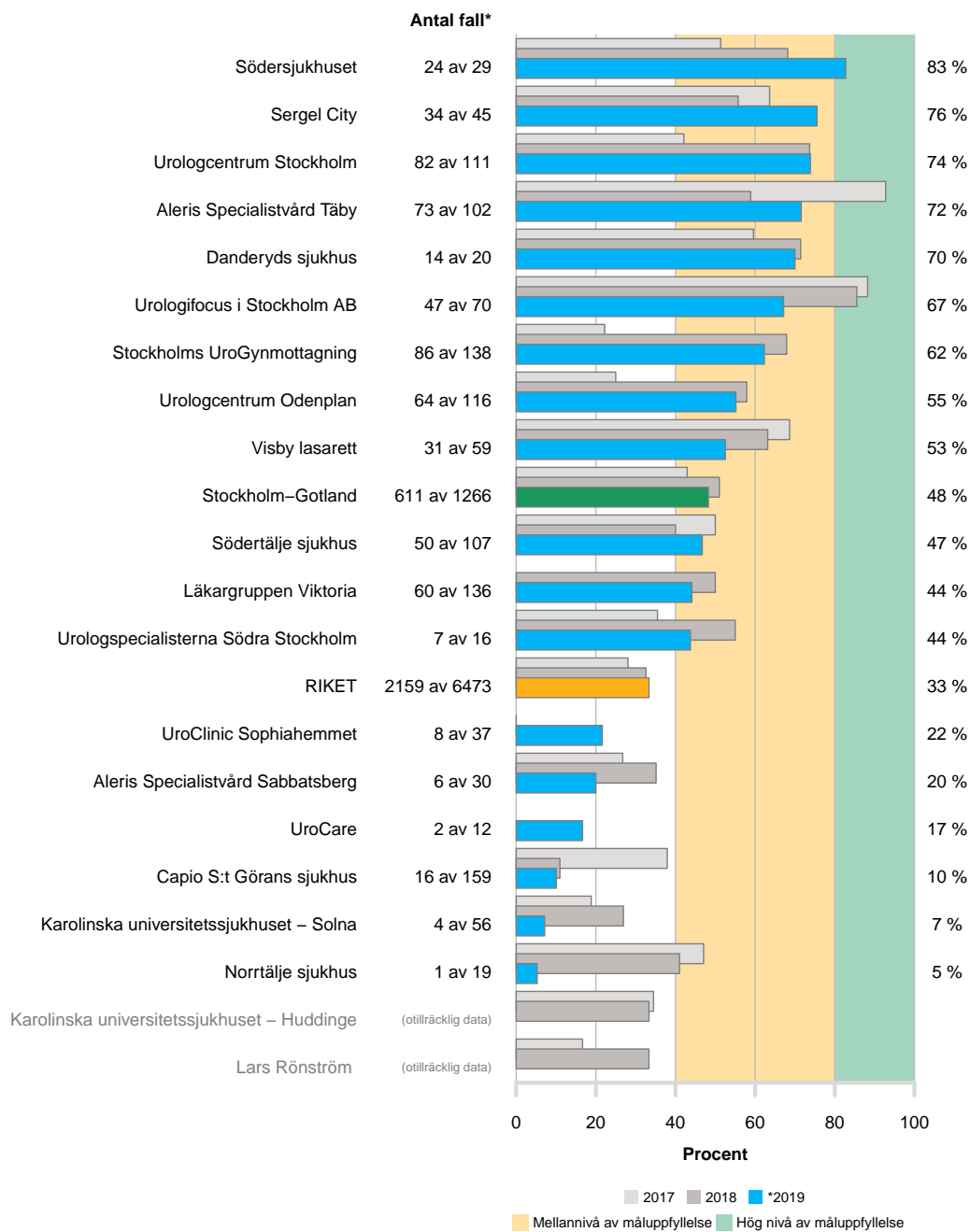
Kvalitetsindikatorer - urologi



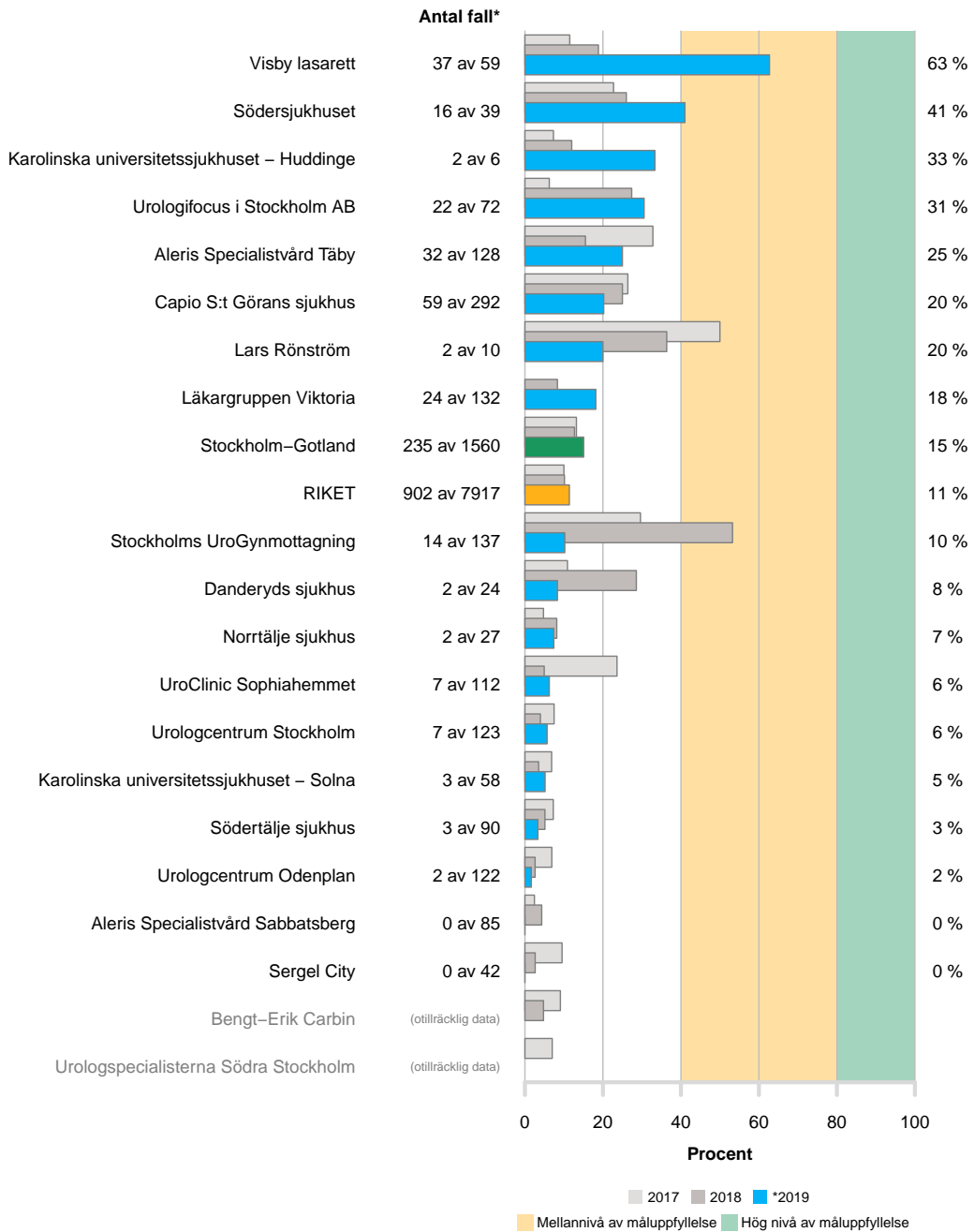
Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.



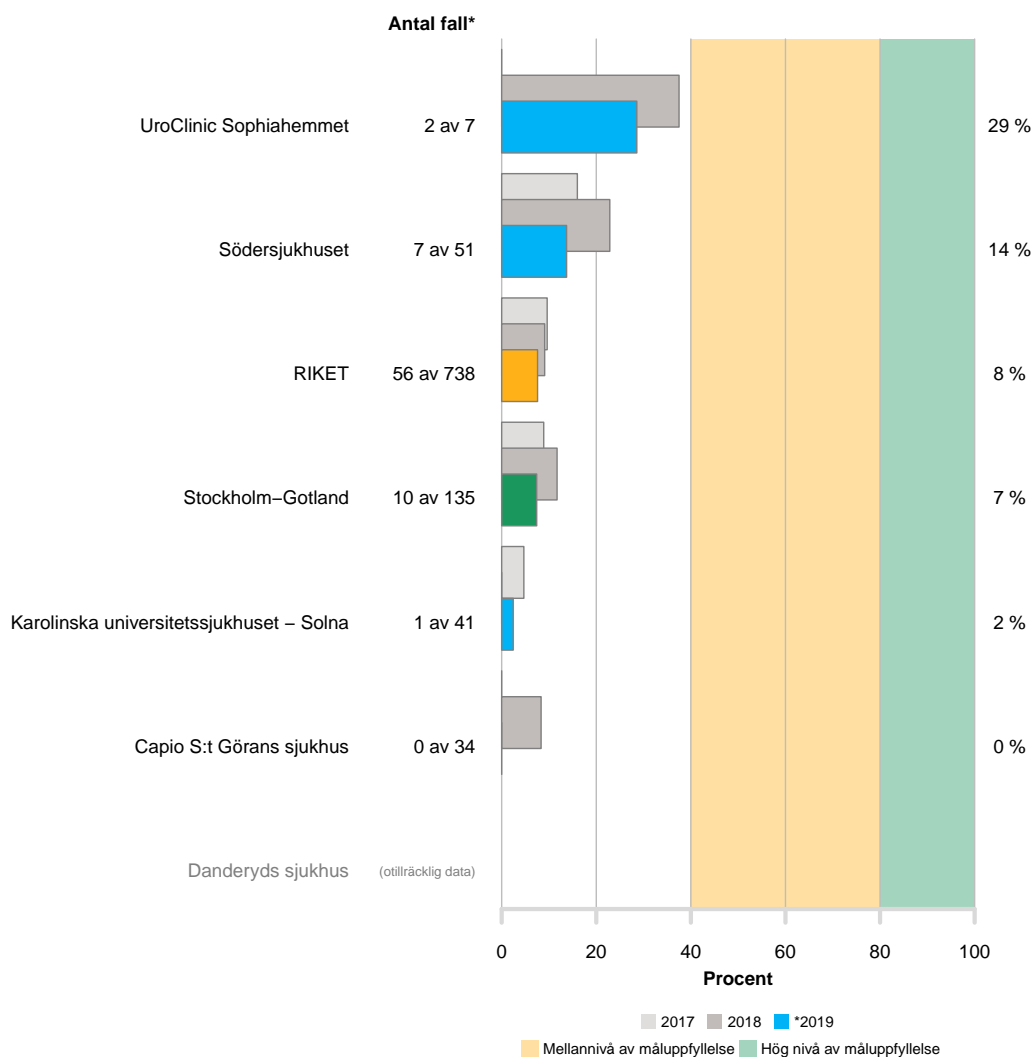
Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



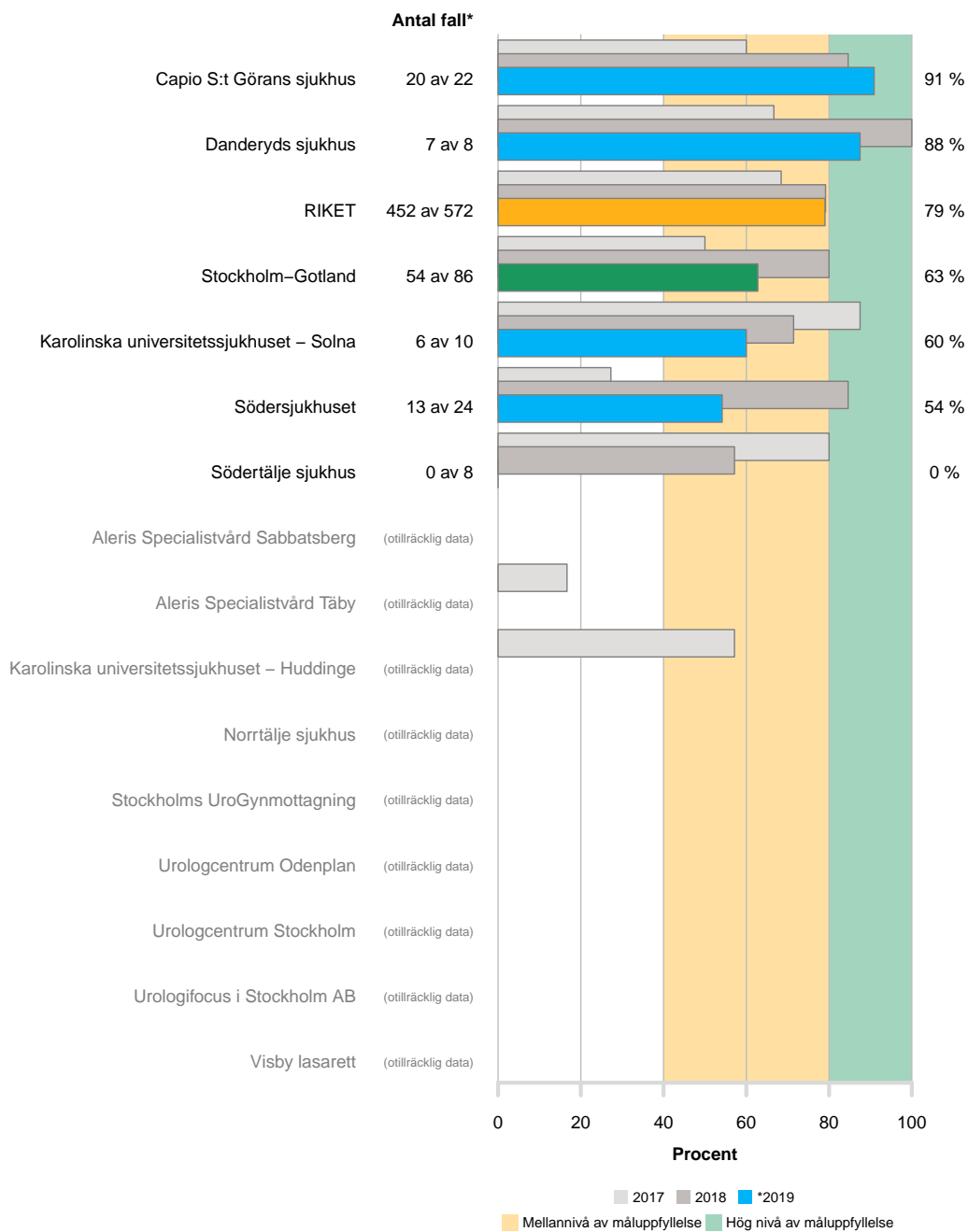
Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.



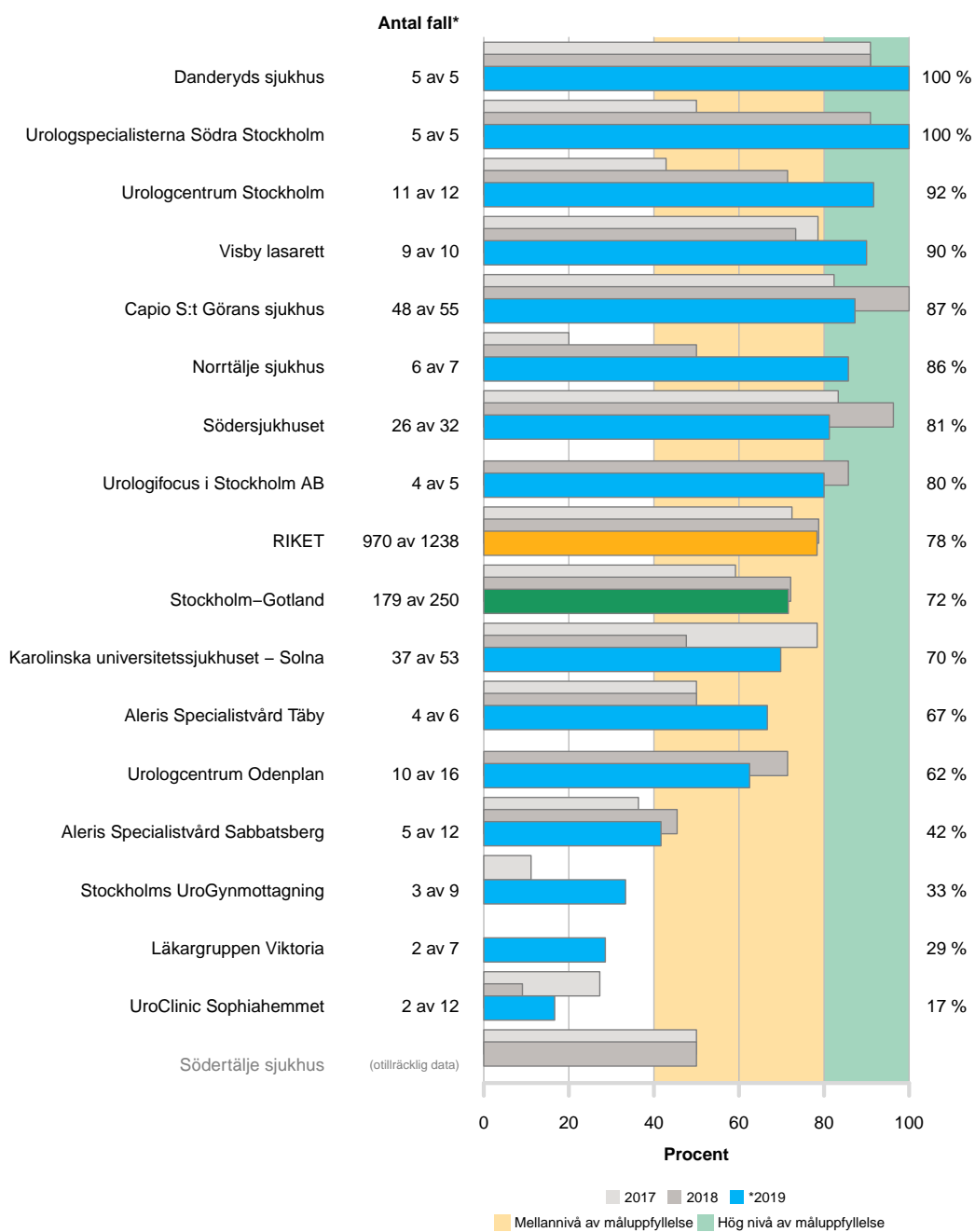
Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.



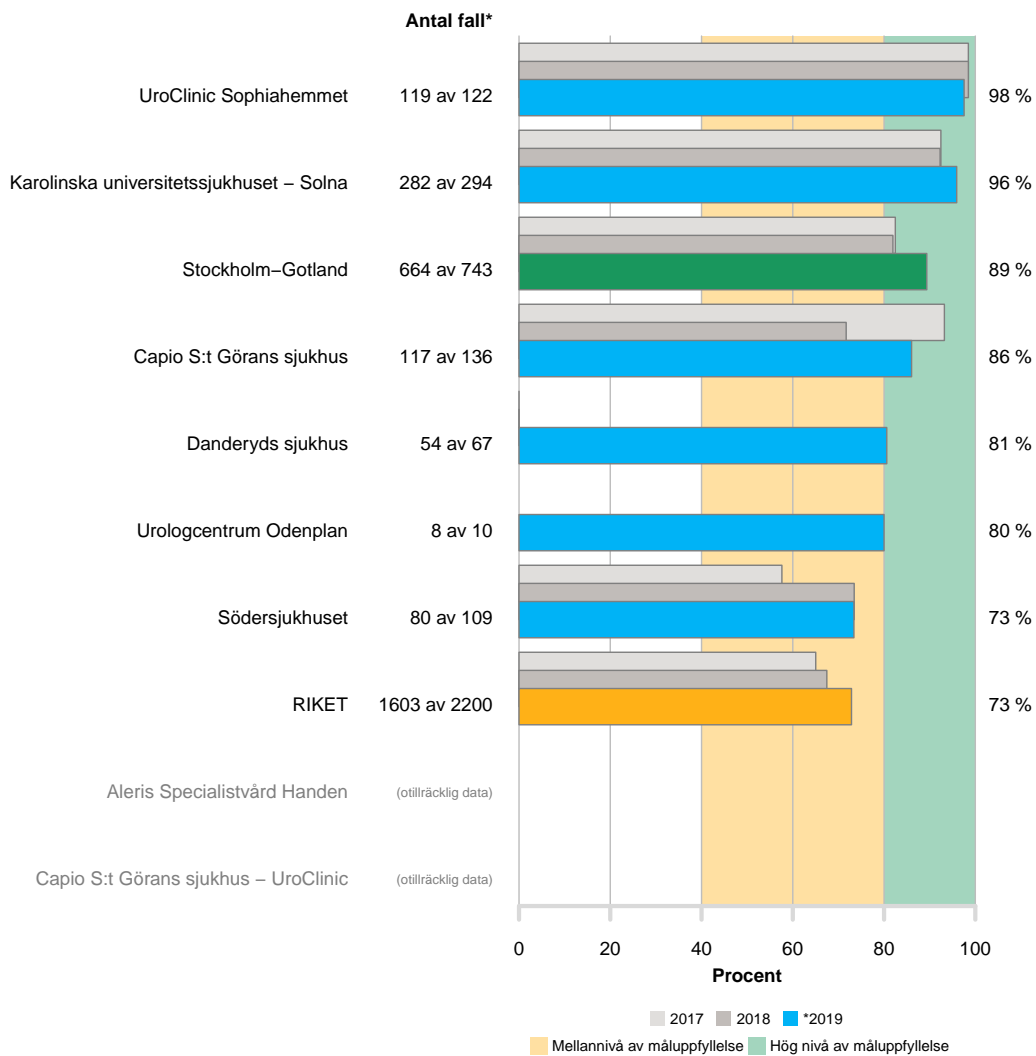
Figur 6. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (operation), 68 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



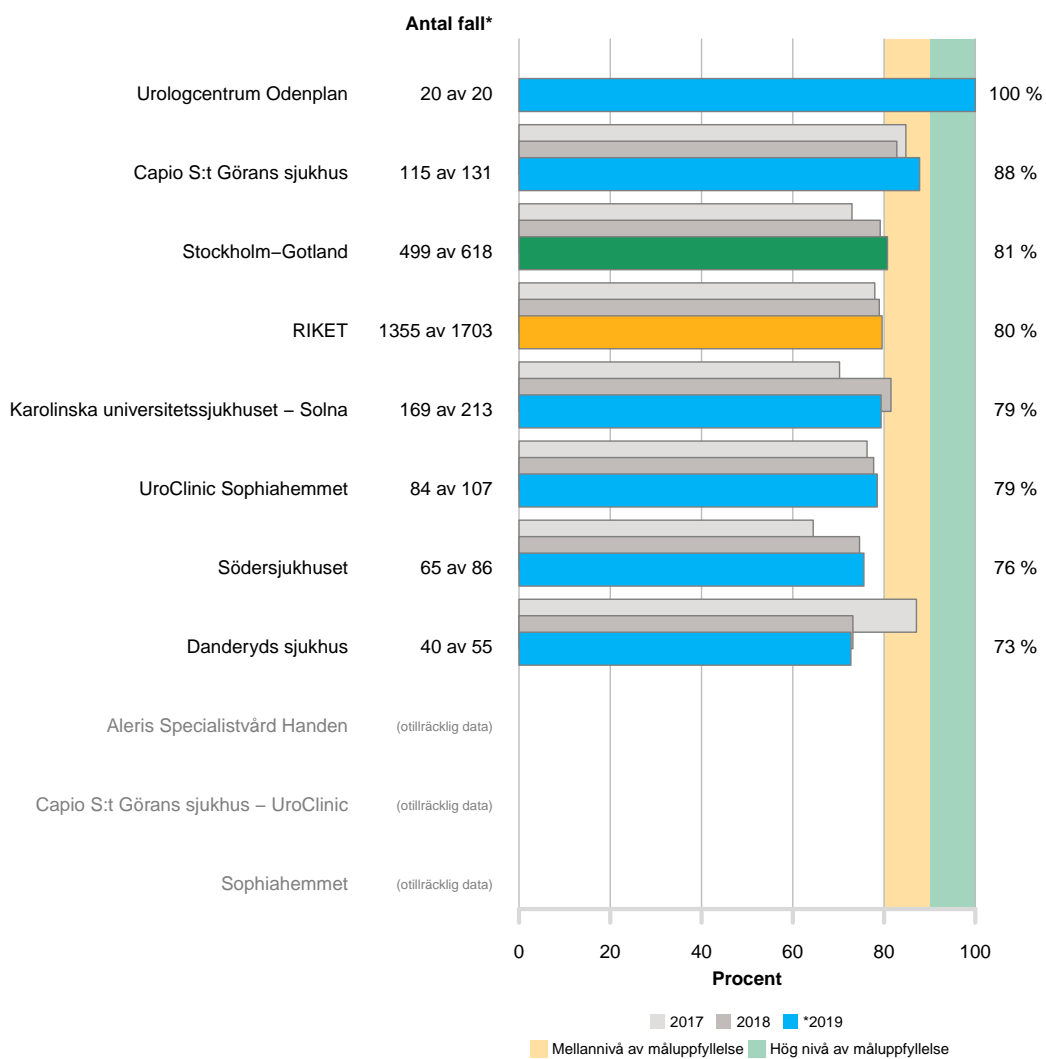
Figur 7. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



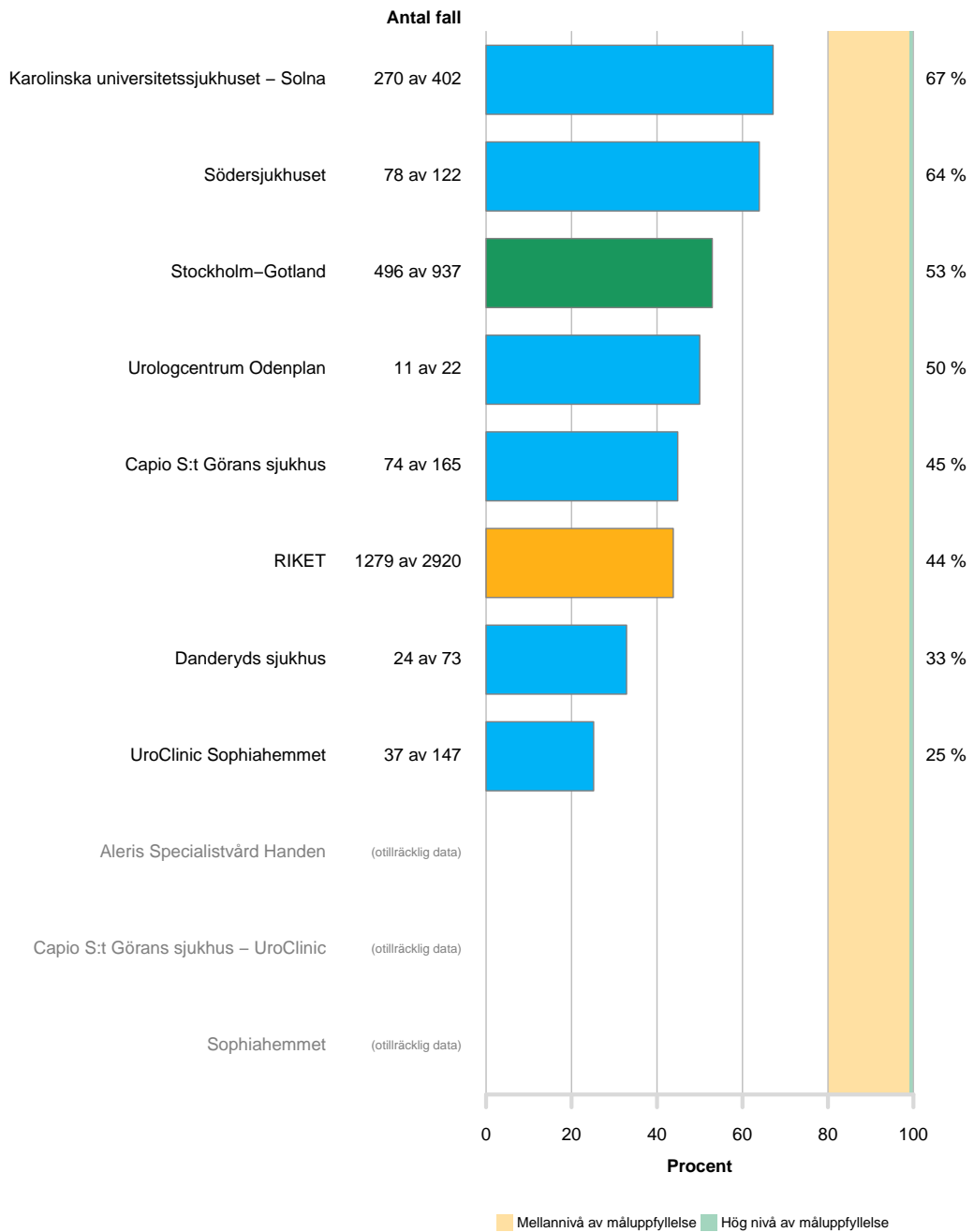
Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



Figur 9. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2019.



Figur 10. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2019.



Figur 11. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus, operationsår 2019.

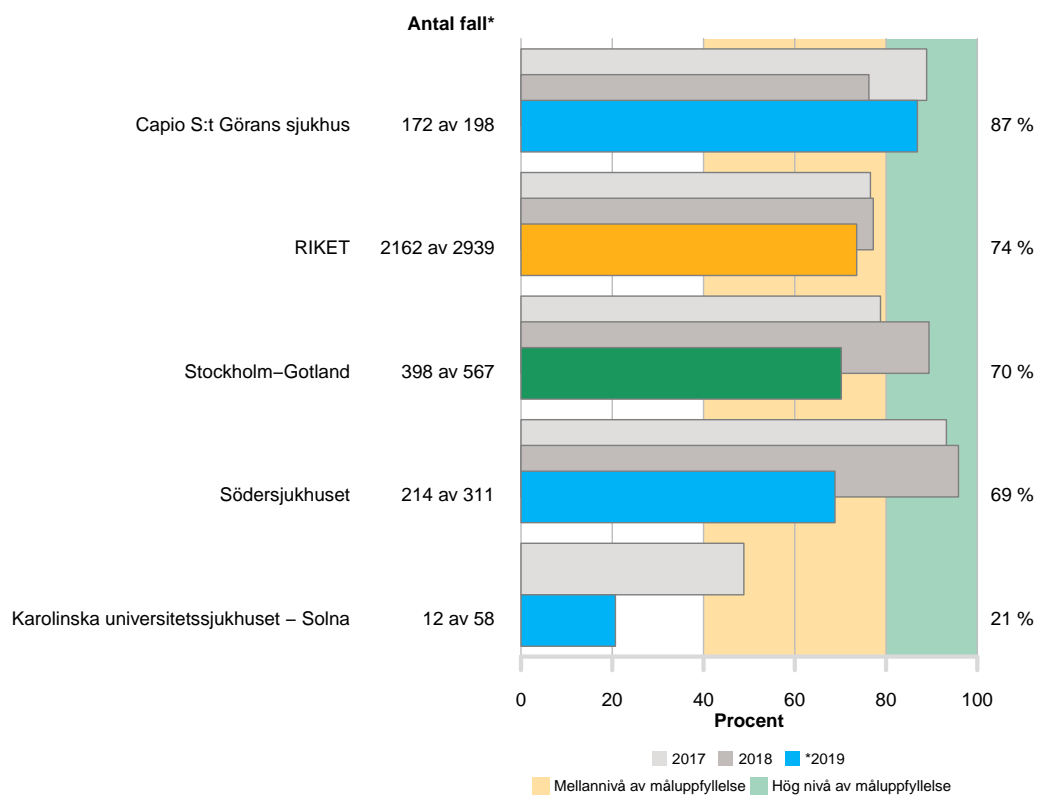
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aleris Specialistvård Sabbatsberg	●	●	●	●			●			
Aleris Specialistvård Täby	●	●	●	●			●			
Capio S:t Görans sjukhus	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Danderyds sjukhus	●	●	●	●		●	●	●	●	●
Karolinska universitetssjukhuset – Huddinge	●	●		●						
Karolinska universitetssjukhuset – Solna	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Lars Rönström	●	●		●						
Läkargruppen Viktoria	●	●	●	●			●			
Norrtälje sjukhus	●	●	●	●			●			
Sergel City	●	●	●	●						
Stockholms UroGynmottagning	●	●	●	●			●			
Södersjukhuset	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Södertälje sjukhus	●	●	●	●		●				
UroCare	●		●							
UroClinic Sophiahemmet	●	●	●	●	●		●	●	●	●
Urologcentrum Odenplan	●	●	●	●			●	●	●	●
Urologcentrum Stockholm	●	●	●	●			●			
Urologifocus i Stockholm AB	●	●	●	●			●			
Urologspecialisterna Södra Stockholm	●	●	●				●			
Visby lasarett	●	●	●	●			●			

1. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
2. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsvärde 70 %, övre gränsvärde 90 %.
3. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
4. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (operation), 68 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
6. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos <= 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
7. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning 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 %.
8. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
9. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus. Nedre gränsvärde 80 %, övre gränsvärde 90 %.
10. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus. Nedre gränsvärde 80 %, övre gränsvärde 100 %.

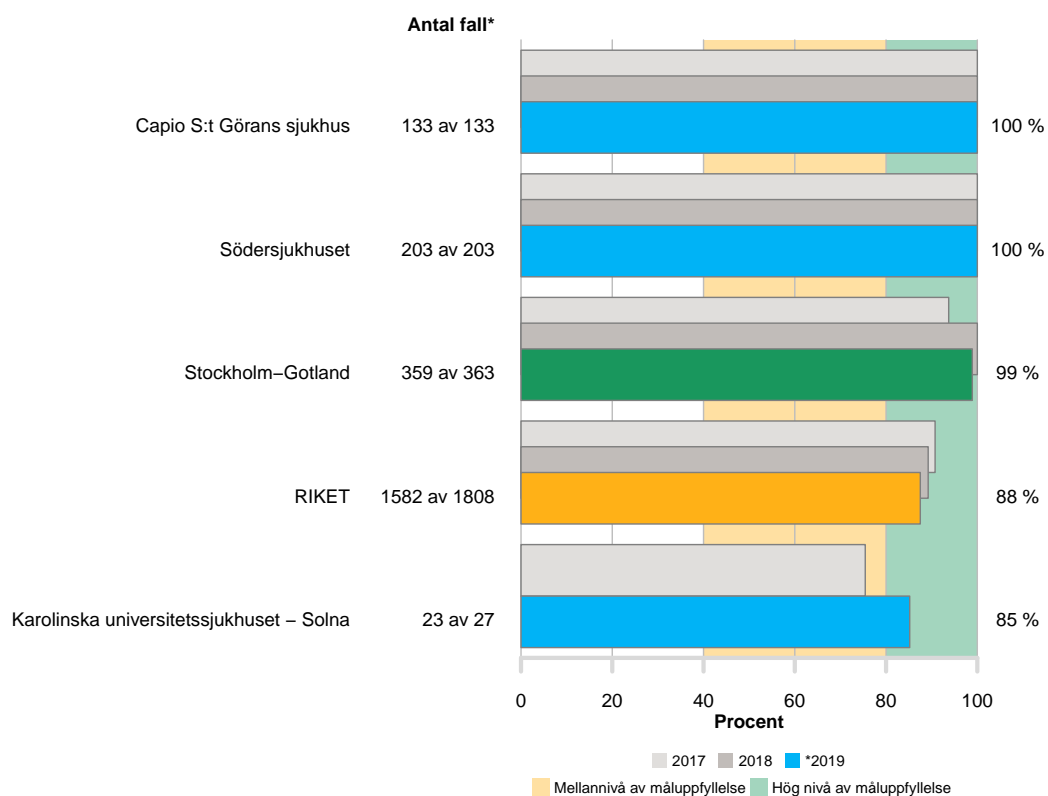
Figur 12. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2019. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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

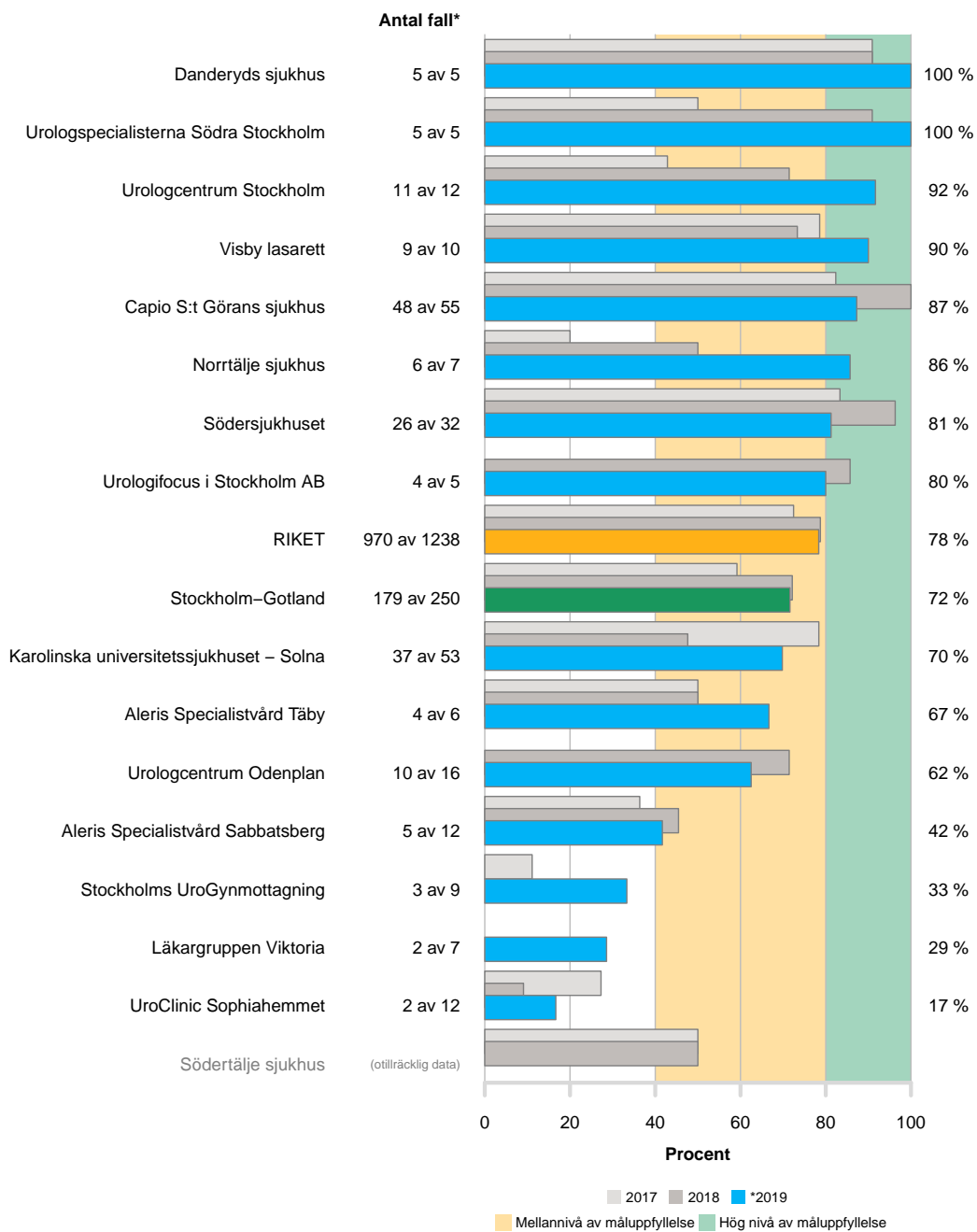
Kvalitetsindikatorer - onkologi



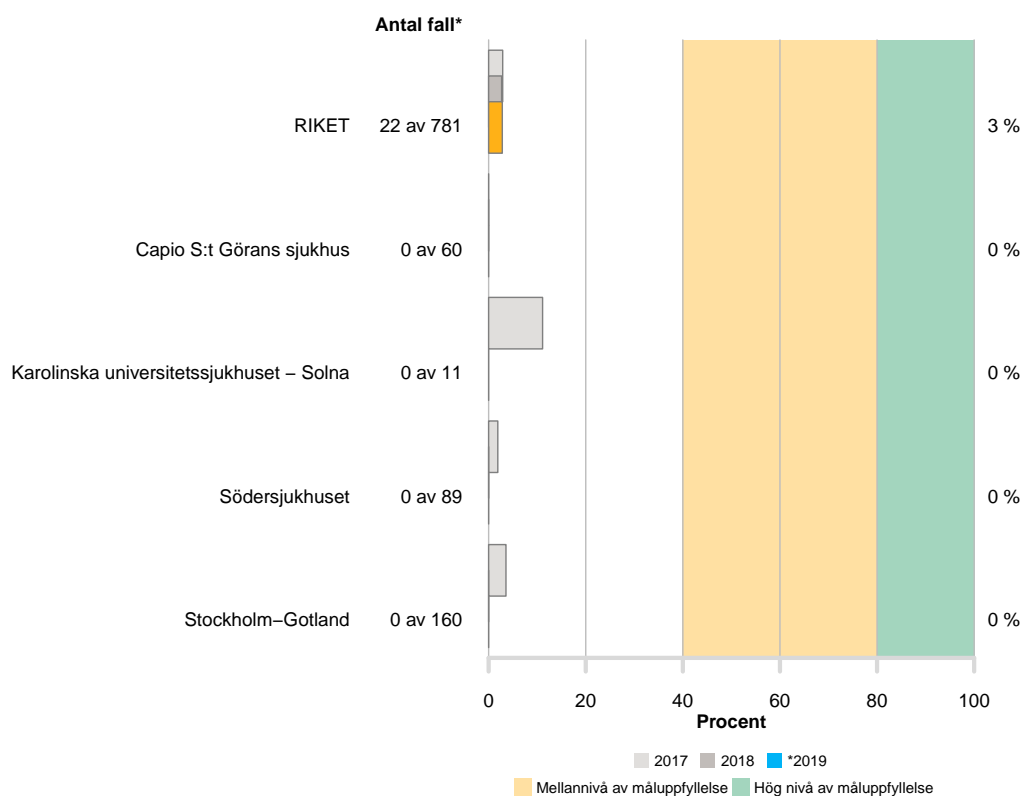
Figur 13. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



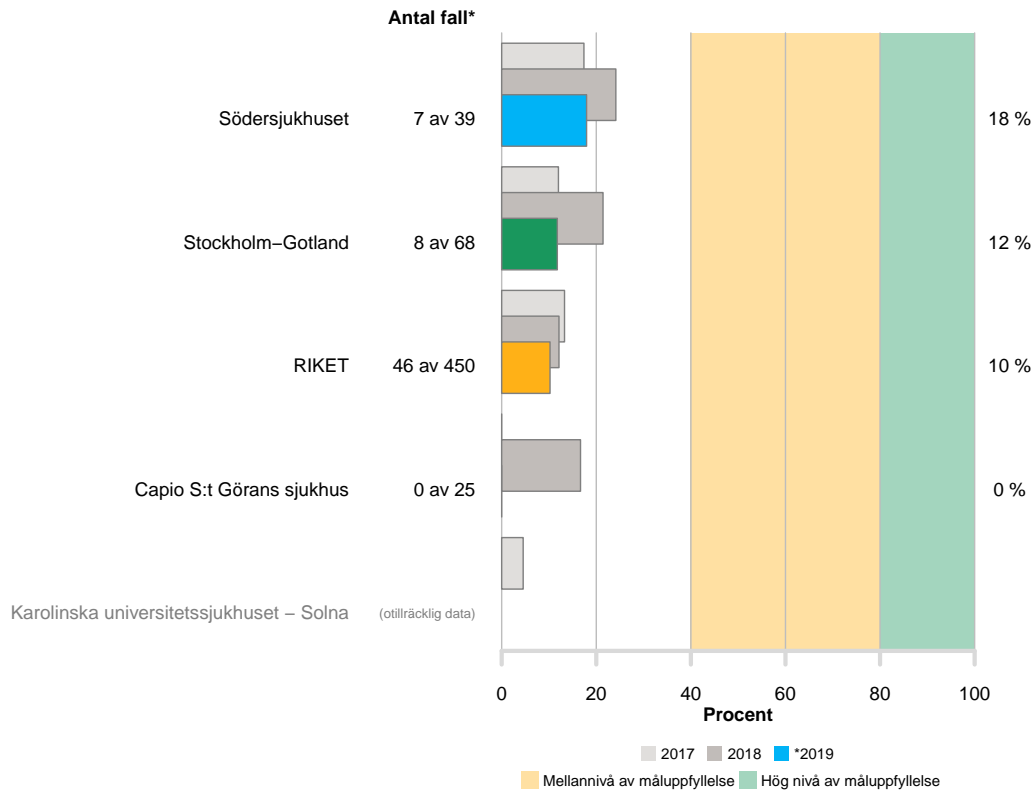
Figur 14. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



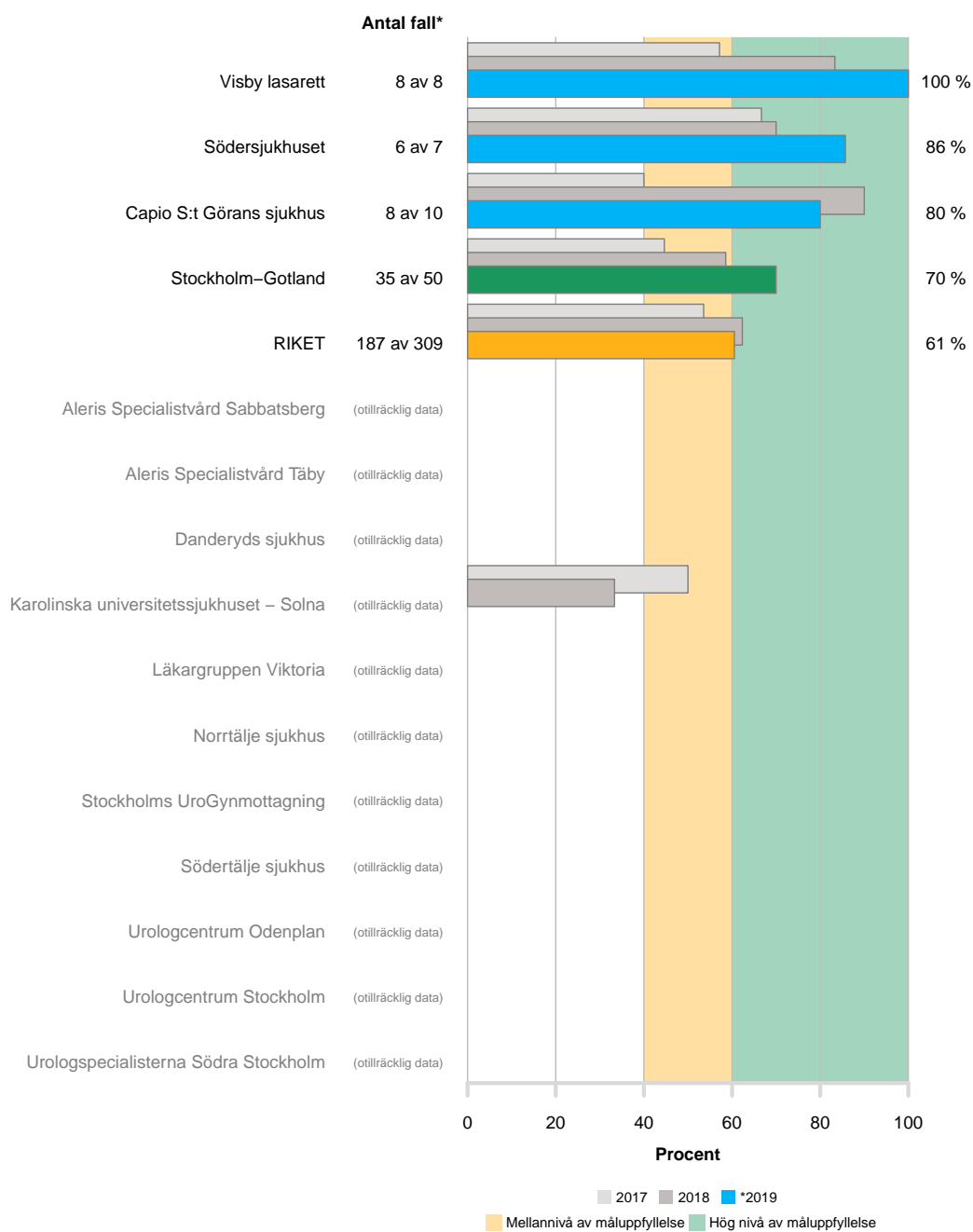
Figur 15. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



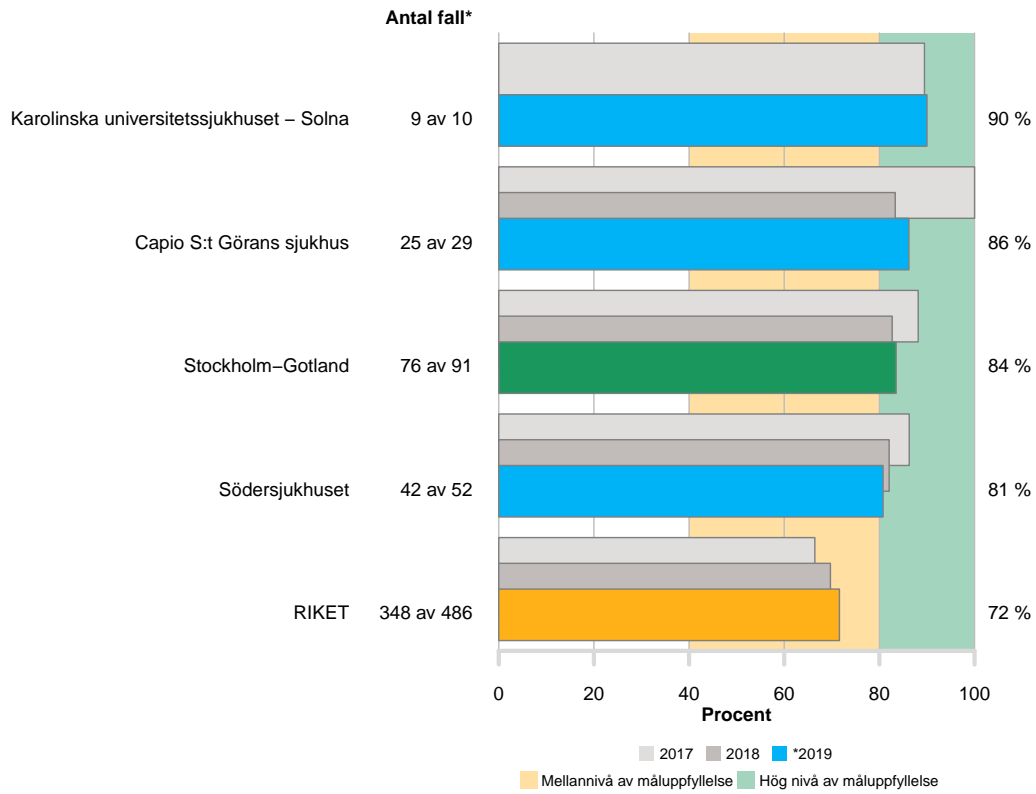
Figur 16. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



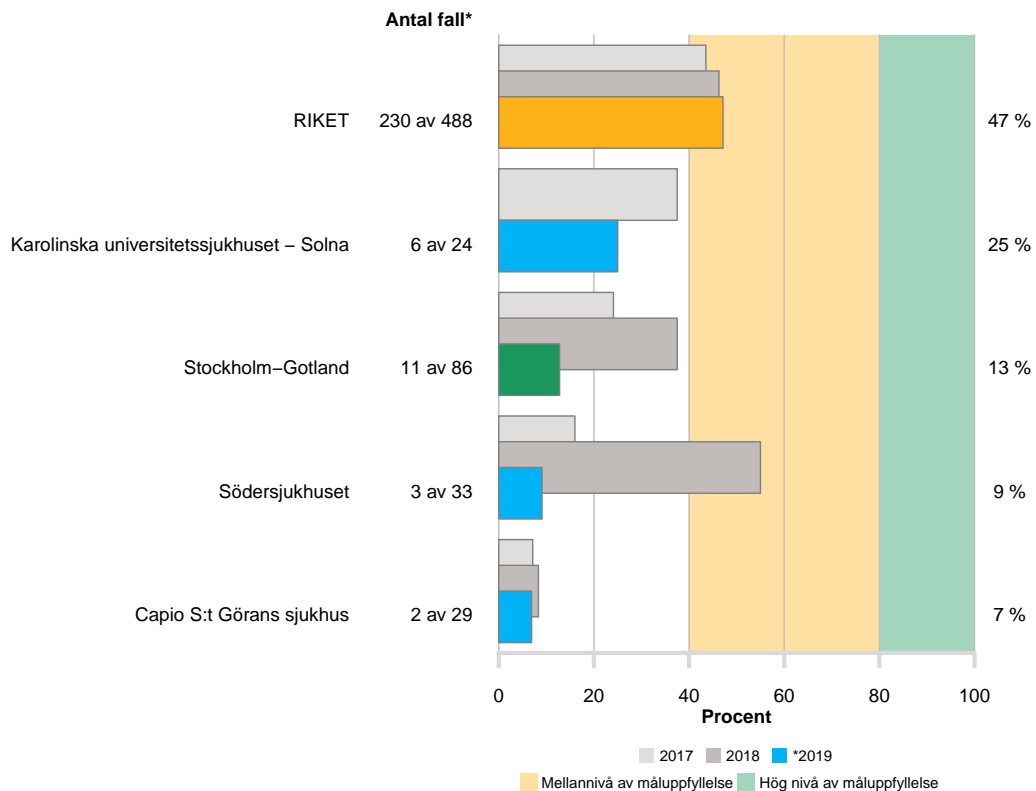
Figur 17. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 50 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2019.



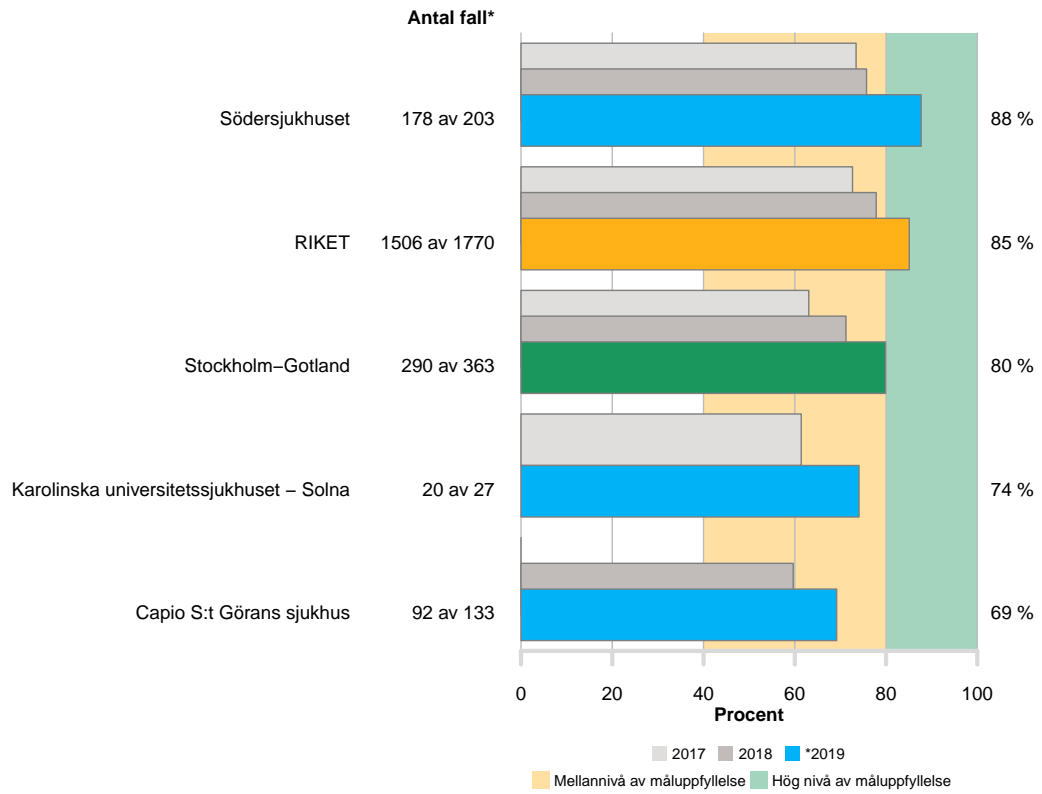
Figur 18. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



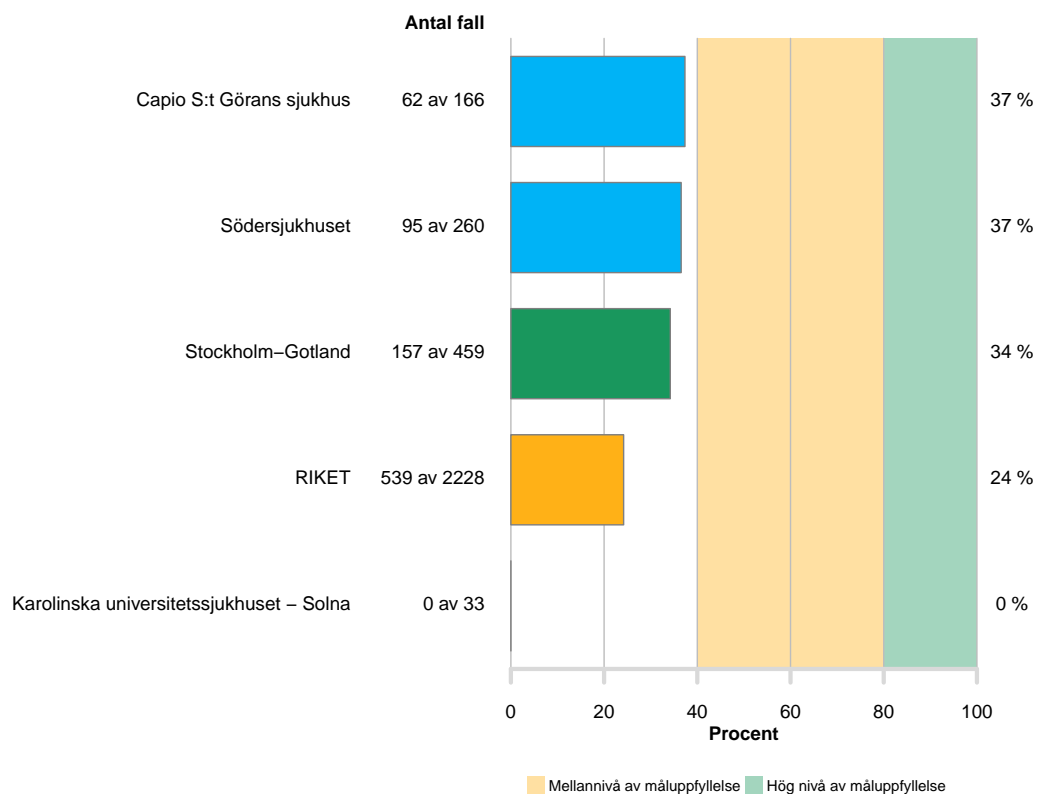
Figur 19. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



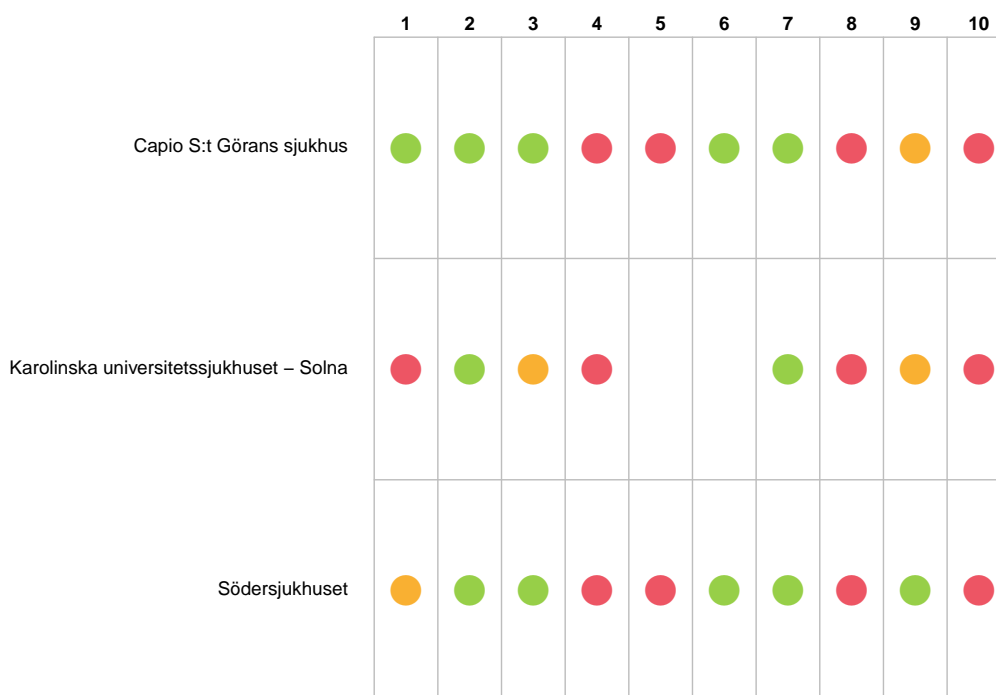
Figur 20. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



Figur 21. Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



Figur 22. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



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/mottagning 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 mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 50 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
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 strålanmälan, 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 %.
10. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.

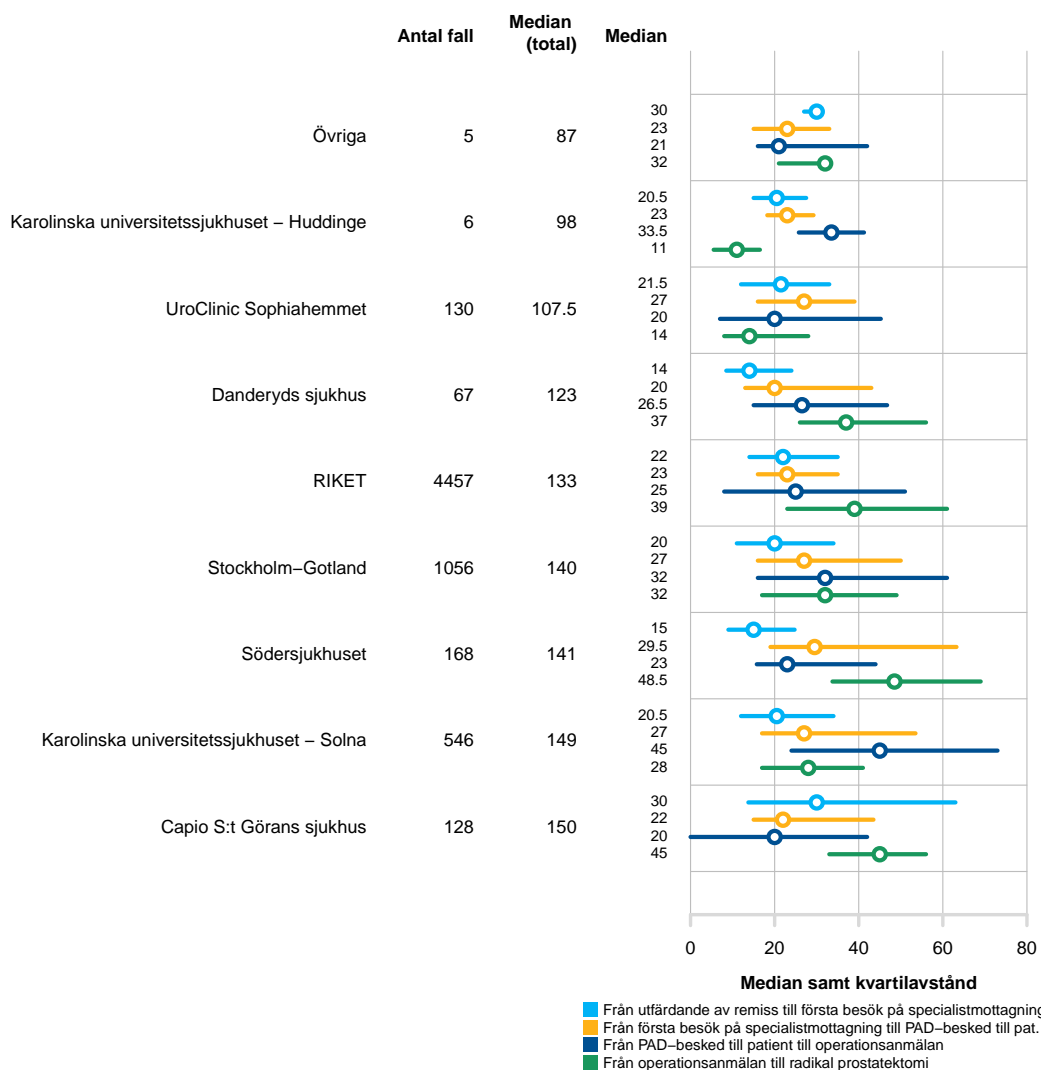
Figur 23. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2019. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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

Väntetider

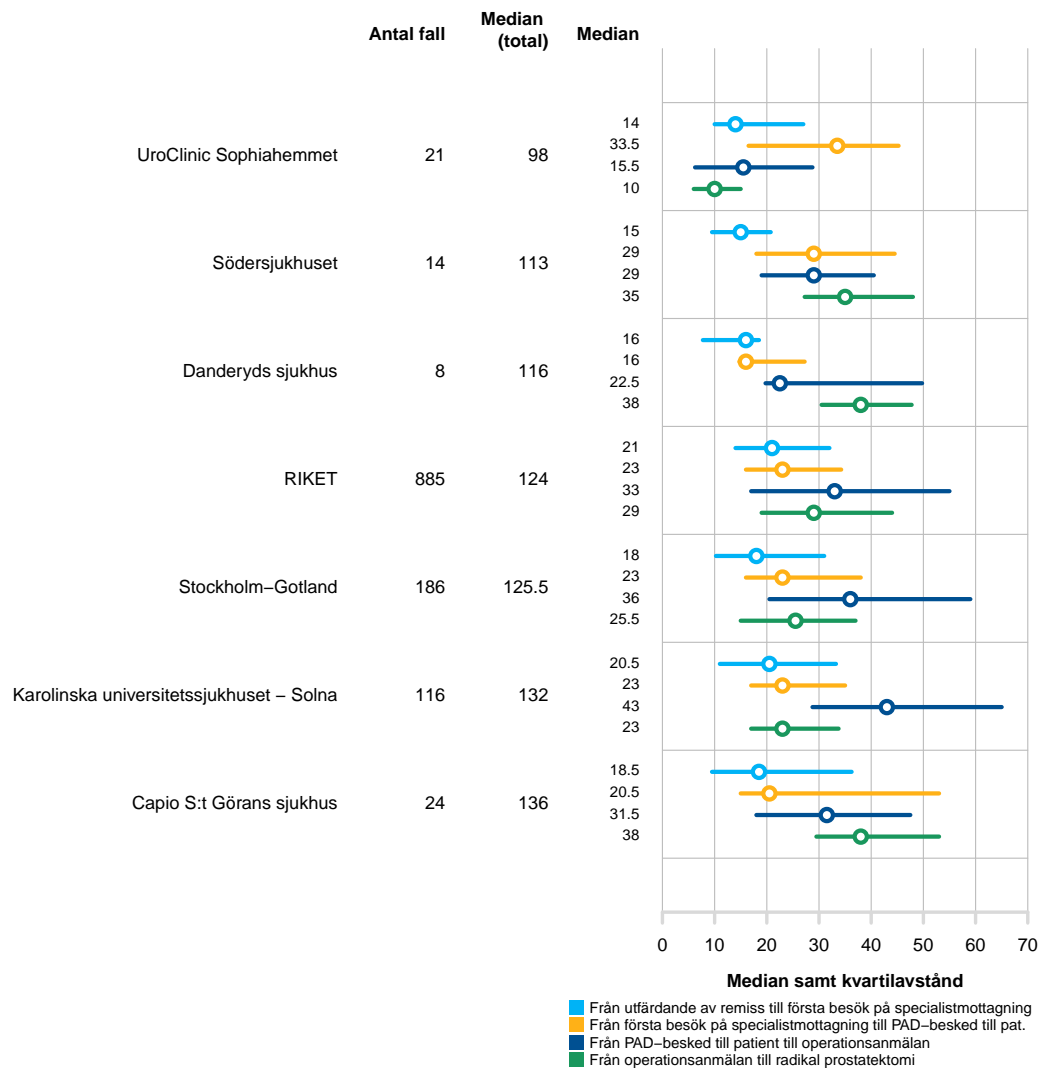
OBS!

I NPCR saknar cirka 30 % av patienterna uppgift om väntetid från inremiss till första besök hos specialist. Styrgruppen för NPCR har valt att inte ta med dessa män i sammanställning av den totala väntetiden från inremiss till behandling. Orsaken till att denna uppgift saknas vet vi inte. Det finns flera olika möjliga orsaker till detta. En orsak kan vara att patienten inremitterats under misstanke om prostatacancer och att initial utredning var negativ eller att misstanke på prostatacancer uppkommit på kliniken för patient som behandlats och kontrolleras för annan sjukdom. Det finns även andra möjliga orsaker till exempel akutremiss pga. urinstämna eller ryggsmärta, diagnos vid blåscanceroperation etc.



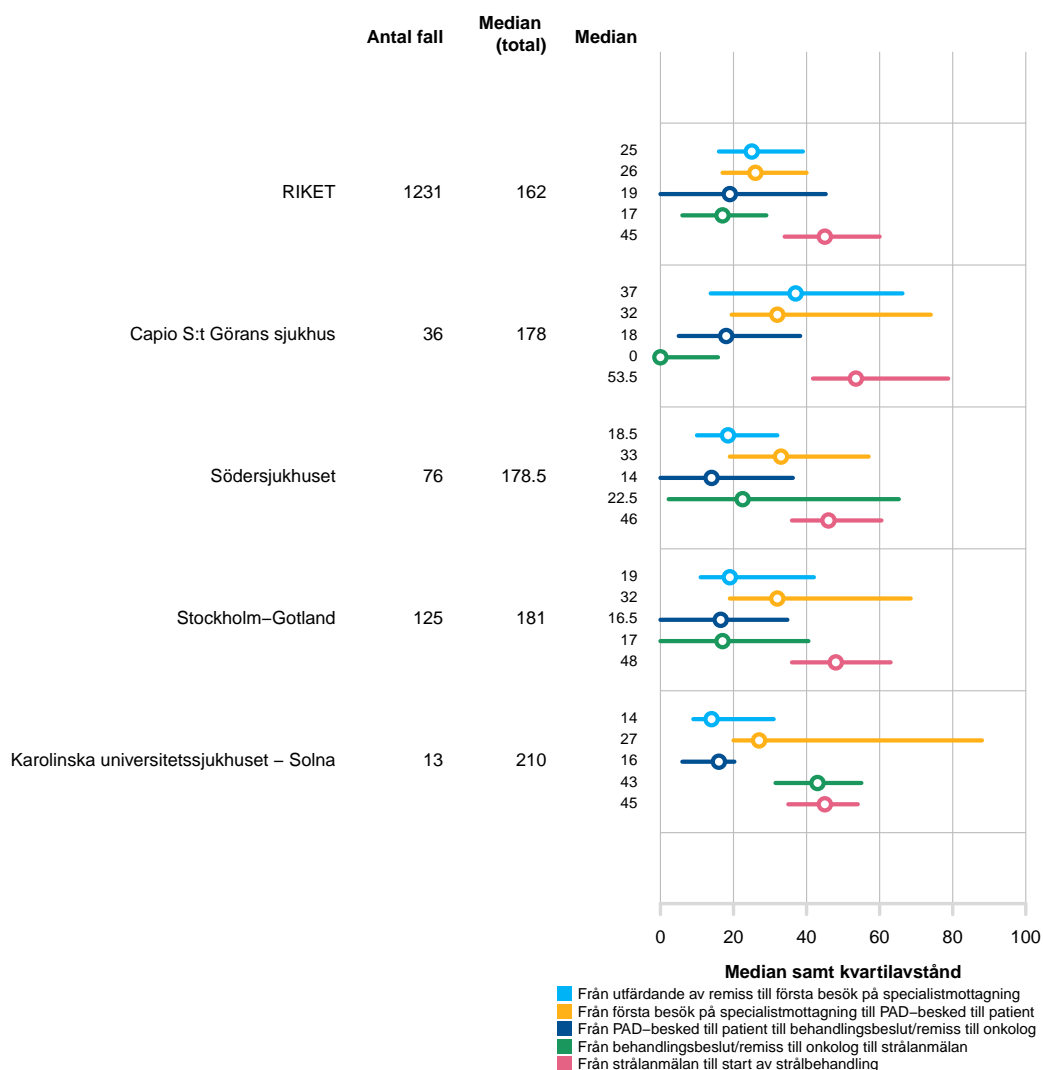
Figur 24. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.

Sjukhus med färre än 5 fall redovisas ej separat. Medianen för hela processen är uträknad utifrån antal dagar från första till sista datum i kedjan, och behöver inte överensstämma med summan av de enskilda medianerna.



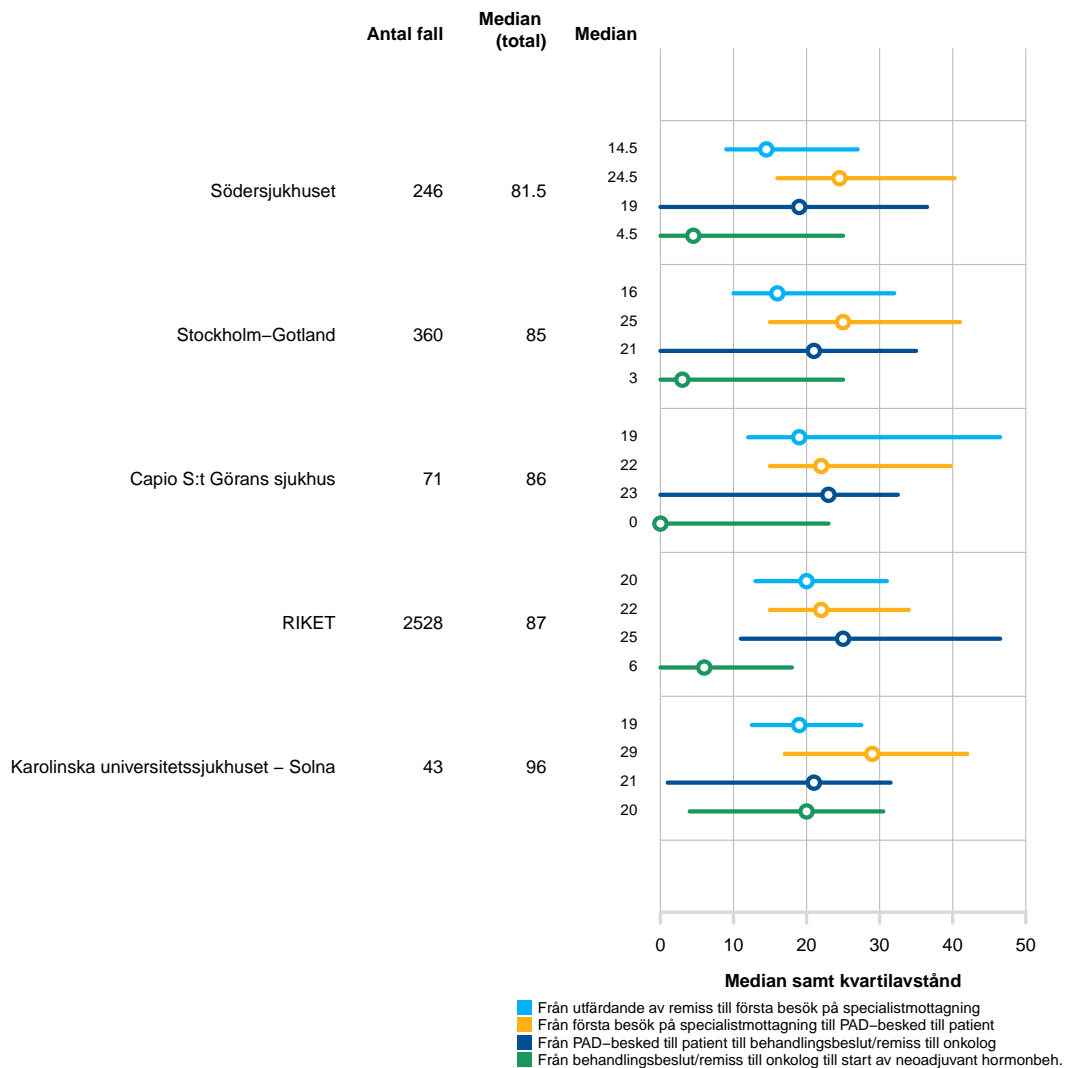
Figur 25. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.

Sjukhus med färre än 5 fall redovisas ej separat. Medianen för hela processen är uträknad utifrån antal dagar från första till sista datum i kedjan, och behöver inte överensstämma med summan av de enskilda medianerna.



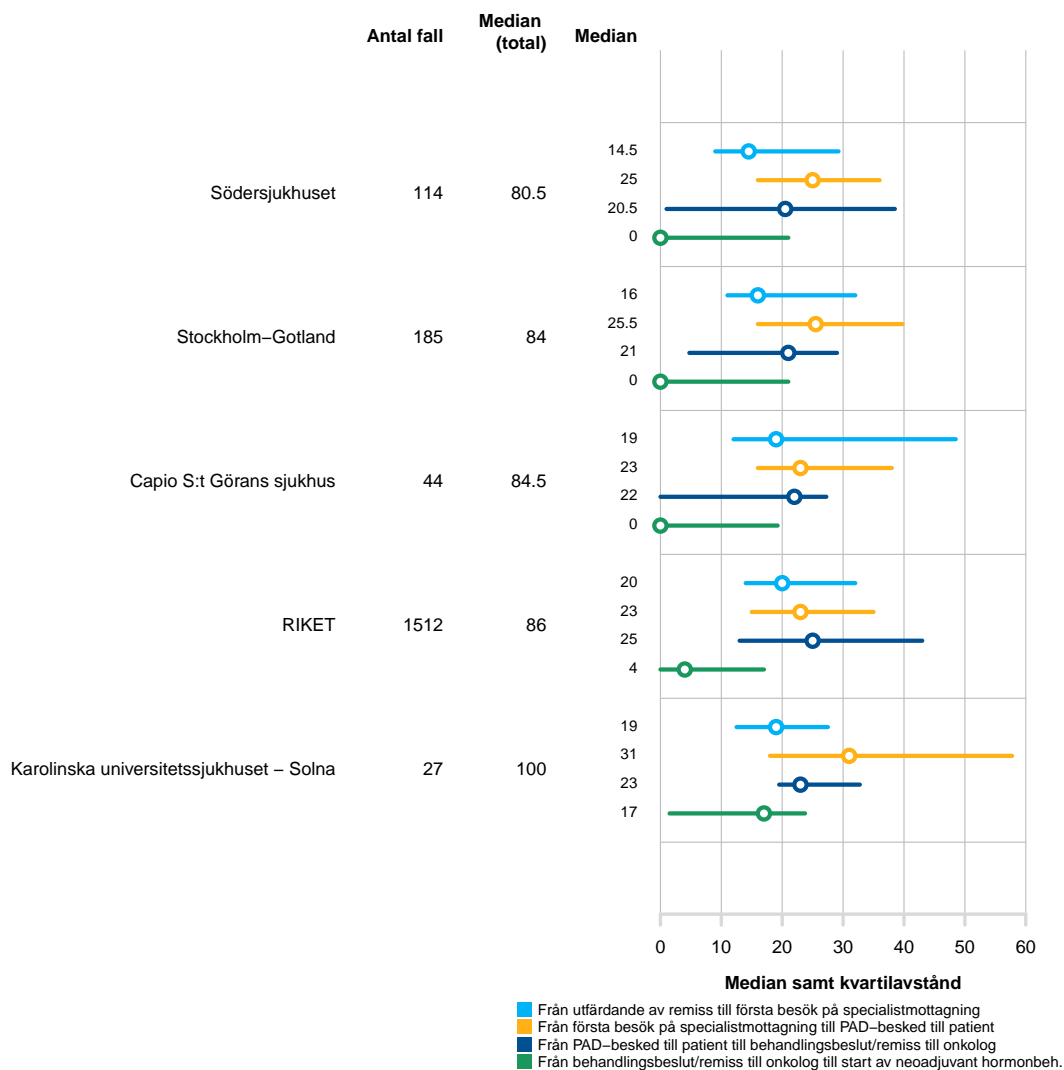
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.

Sjukhus med färre än 5 fall redovisas ej separat. Medianen för hela processen är uträknad utifrån antal dagar från första till sista datum i kedjan, och behöver inte överensstämma med summan av de enskilda medianerna.



Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.

Sjukhus med färre än 5 fall redovisas ej separat. Medianen för hela processen är uträknad utifrån antal dagar från första till sista datum i kedjan, och behöver inte överensstämma med summan av de enskilda medianerna.



Figur 28. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.

Sjukhus med färre än 5 fall redovisas ej separat. Medianen för hela processen är uträknad utifrån antal dagar från första till sista datum i kedjan, och behöver inte överensstämma med summan av de enskilda medianerna.