

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2019

Uppsala-Örebro

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 nervsparrresektion, 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 Uppsala-Örebroregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2019.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Region Uppsala-Örebro har under året haft regelbundna möten i vårdprocessgruppen med representanter från var och en av de sju regionerna (f.d. landsting), inklusive patientrepresentanter. Under sommaren avgick Ove Andrén som processledare för urologi och Hampus Nugin tillträdde 30/9. Arbetet har utgått från kvalitetsdata med tonvikt på "Koll på läget". Vid mötena har även pågående och kommande akademiska studier (SPCG-15 och SPCG-17) diskuterats och presenterats (ProBio, strålstudier).

Täckningsgrad/inrapportering

Täckningsgraden ligger på samma nivå som riket, 90 %. Några få större och mindre sjukhus släpar efter ordentligt och arbete pågår för att försöka förbättra, vi borde kunna hamna nära 100 % här. Andel män som inrapporteras inom en månad efter biopsi ligger också liksom riket (51 %). Rapportering av strålbehandlingsformulär inom tre månader ligger nu något bättre än genomsnittet (77 % i regionen vs. 74 % i riket) vilket är en markant förbättring från föregående år.

Kontaktsjuksköterska

Nivån ligger strax över riket både gällande urologi (90 %) samt onkologi (93 %) vilket är mycket goda siffror med tanke på den sköterskebrist som präglar regionen.

Väntetider

Väntetid till första besök har glädjande nog minskat. Under 2019 uppfyller 39 % nu målet (första besök inom 14 dagar från remiss) jämfört med 32 % för 2018 och bättre än rikets 33 %. Gällande tid till PAD besked har väntetiderna kortats en aning, måluppfyllelsen ligger strax över genomsnittet (13 % i regionen vs. 11 % i riket) men är fortfarande låg.

Väntetider till strålstart/neoadjuvant hormonbehandling fortsätter att vara långa men ligger nära riksgenomsnittet. Detsamma gäller tid från remiss till behandlingsstart.

Multidisciplinär konferens/mottagning

Liksom tidigare ligger Uppsala-Örebro över genomsnittet gällande MDK vid högriskcancer (87 % i regionen vs. 78 % i riket). Vi ligger dock något under riksgenomsnittet när det gäller andel patienter med M1 sjukdom som tas upp på MDK (74 % i regionen vs. 79 % för riket). Att notera är att de två universitetsklinikerna klarar detta sämre.

Kirurgisk behandling

Andel män som genomgick nervsparande kirurgi låg strax under genomsnittet (70 % i regionen vs. 73 % för riket). Andel negativa resektionsränder ligger strax under genomsnittet för riket (76 % i regionen vs. 80 % för riket). Spridningen är här relativt stor. Radikal prostatektomi utförs på sju sjukhus varav ett länsdelssjukhus. Tre sjukhus utför färre än 50 operationer per år.

Det är angeläget att få upp andel som fyller i ePROM från nuvarande nivå på 45 %. Detta har diskuterats vid våra möten och är en prioriterad åtgärd inför nästa år.

Kvalitetsindikatorer onkologi

I årets rapport har resultaten kommenterats separat för varje enskild onkologiklinik i regionen. Klinikerna är rangordnade efter grad av måluppfyllnad av parametrar i Koll på läget, onkologi. Onkologimottagningen i Falun är ej med i sammanställningen då Region Dalarna ej har någon egen strålbehandlingsenhet. Utslagen i de nationellt beslutade kvalitetsindikatorerna ger givetvis ingen fullständig bild av prostatacancerverksamheten på en onkologiklinik. Rapporten bör dock vara med i underlaget vid planering och prioritering av den egna klinikens resurser. Det noteras att de flesta länsjukhus har en bättre måluppfyllnad än regionens universitetskliniker.

Generellt uppfylls målen väl i regionen vad gäller tillgång till kontaktsjuksköterska vid strålbehandling och deltagande i multidisciplinära konferenser för högriskpatienter. Så gott som samtliga länsjukhus tillämpar *state of the art* radioterapi med dosplanering baserad på MR vid kurativ behandling. Andelen patienter där MR har använts har ökat till 71 % i regionen men ligger fortfarande under riksgenomsnittet på 85 %.

Det går sämre med uppsatta mål för väntetider till strålbehandling. Dessa uppfylls inte i riket och inte heller vid någon klinik i Uppsala-Örebroregionen. Den nya ePROM-baslinjeenkäten kommer inte in i någon större utsträckning från strålbehandlade patienter i regionen. Endast Västerås når upp till riksgenomsnittet på 24 %. Att öka andelen inrapporterade ePROM är en förhållandevis enkel åtgärd och kommer att vara i fokus under 2020.

1. Centralsjukhuset i Karlstad

Onkologikliniken är bäst i regionen med sju av tio väl uppfyllda kvalitetsmål. För flera av indikatorerna, som t.ex. namngiven kontaktsjuksköterska, når man upp till 100 %. De återstående tre målen (väntetider till strålbehandling och ePROM) uppfylls inte av någon annan klinik i regionen heller varför detta inte är något specifikt problem för Karlstad.

2. Sjukhuset i Gävle

God måluppfyllnad för sex av tio indikatorer. Man har nu det högsta antalet kurativt strålbehandlade patienter i regionen, över 230 män, i nivå med storsjukhus som SÖS och SUS (Södersjukhuset och Malmö/Lund). Man lyckas ändå uppnå att 100 % av de primärt strålbehandlade ges *state of the art* extern teknik med MR för dosplanering och markörer. Data saknas 2019 för andelen män med lokalt avancerad cancer som erbjudits kurativ behandling, där man tidigare år haft en hög måluppfyllnad.

3. Västmanlands sjukhus, Västerås

Kliniken uppfyller fyra av tio mål mycket väl. Kurativ strålbehandling ges med extern teknik, markörvägled och baserad på MR. Deltagande i MDK ligger mycket nära högsta målnivån. Andel inrapporterade strålbehandlingsformulär inom 3 mån uppfyller ännu inte målet men 2019 ses en klar förbättring till 34 %. Man har kommit igång med inrapportering av ePROM. En andel på 24 % uppfyller inte målen men är bättre än för alla övriga strålkliniker i regionen.

4. Akademiska sjukhuset, Uppsala

Antalet män som får kurativ strålbehandling i Uppsala har gått ner markant från föregående år. Från över hundra 2018 till endast drygt trettio patienter inrapporterade för 2019, vilket är lägst i regionen. För dessa uppfylls målen med inrapportering av strålformulär och kontaktsjuksköterska mycket väl och man uppfyller tre av tio indikatorer. Trots ett lågt totalt antal patienter ger man - som enda klinik i

landet - inte MR-baserad dosplanering till någon patient vid extern kurativ behandling. Data för postoperativ strålbehandling saknas för 2019. Endast två strålbehandlade patienter har inrapporterad ePROM (7 %) medan urologkliniken på Akademiska klarar 62 %.

5. Örebro

Uppfyller två av målen mycket väl och tre mål på mellannivå. Man har totalt färre antal behandlade patienter 2019 jämfört med föregående år. En sjunkande andel av strålformulären inrapporteras inom tre månader, 49 %. Endast ett fåtal patienter får MR-baserad dosplanering. Data för postoperativ strålbehandling saknas för 2019.

6. Eskilstuna

Uppfyller tre av målen mycket väl; namngiven kontaktsjuksköterska, deltagande i MDK och adjuvant antiandrogenbehandling. Andel inrapporterade strålbehandlingsformulär inom 3 mån ligger på 37 %. Trots ett förhållandevis lågt totalt antal behandlade patienter fick endast fyra patienter MR-baserad dosplanering.

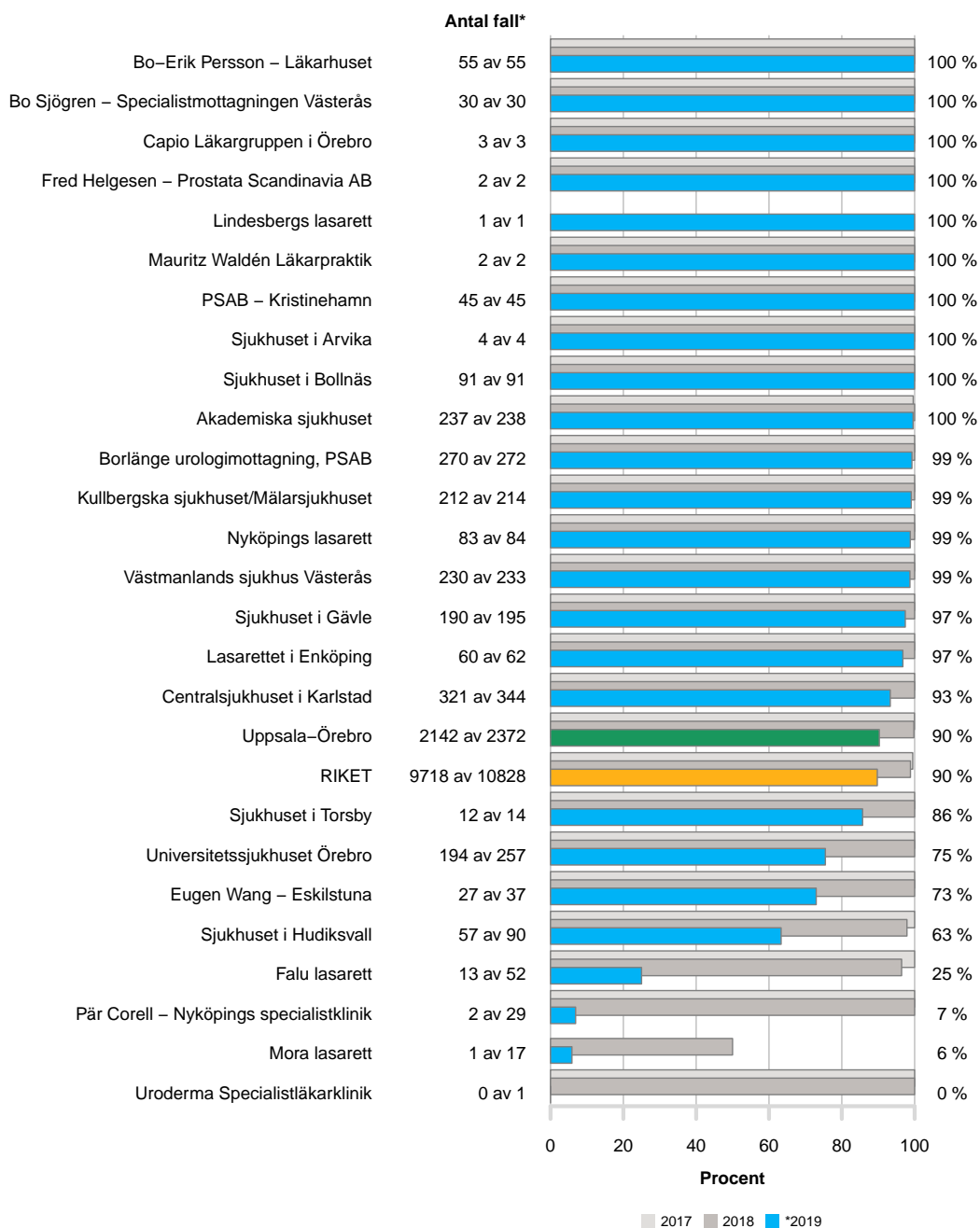
Sammanfattningsvis ser vi fram emot ett nytt år med fokus på implementering av MR och e-PROM samt att höja studiedeltagandet i vår region.

Hampus Nugin, Lennart Åström

Regional processledare urologi, onkologi

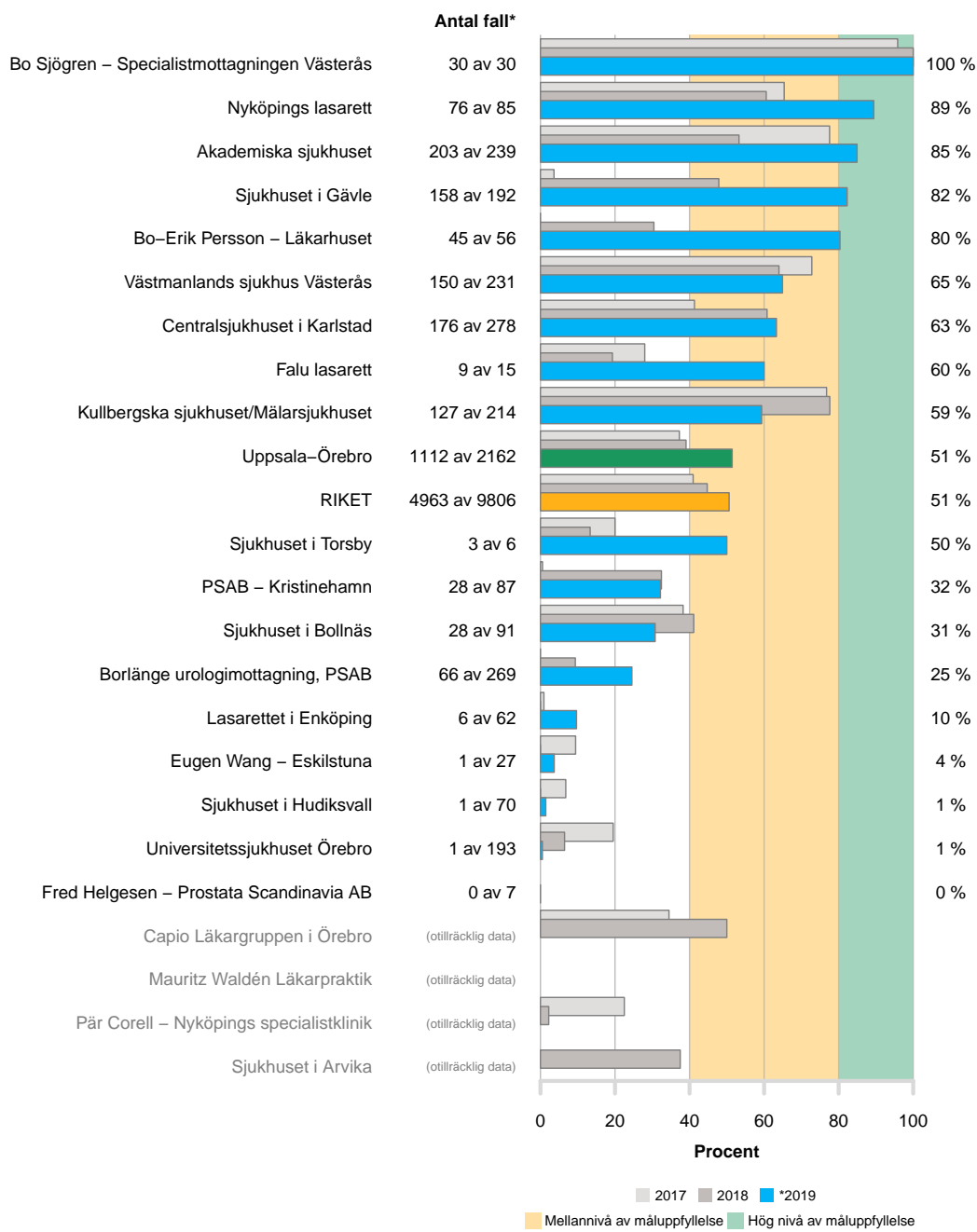
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

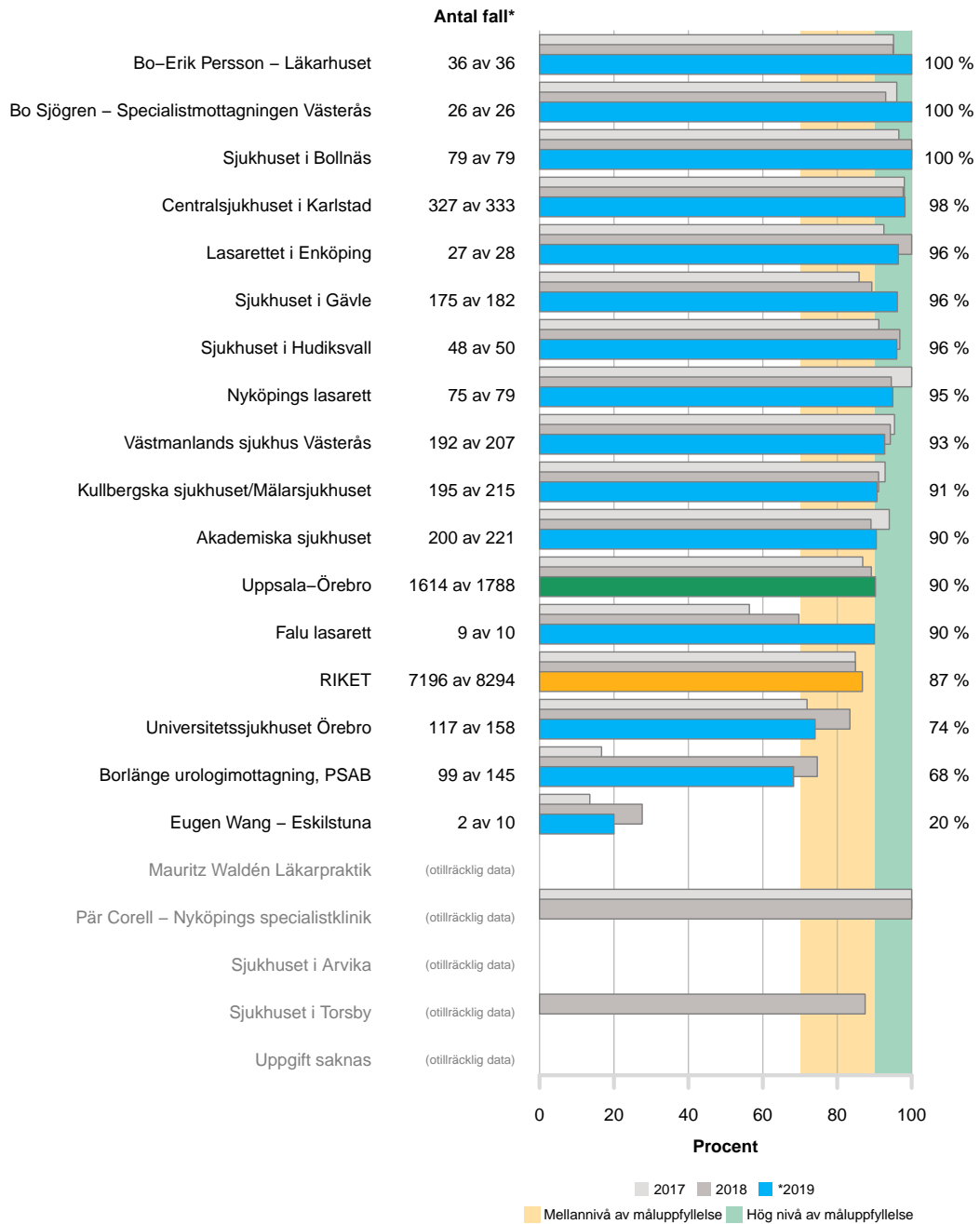


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.

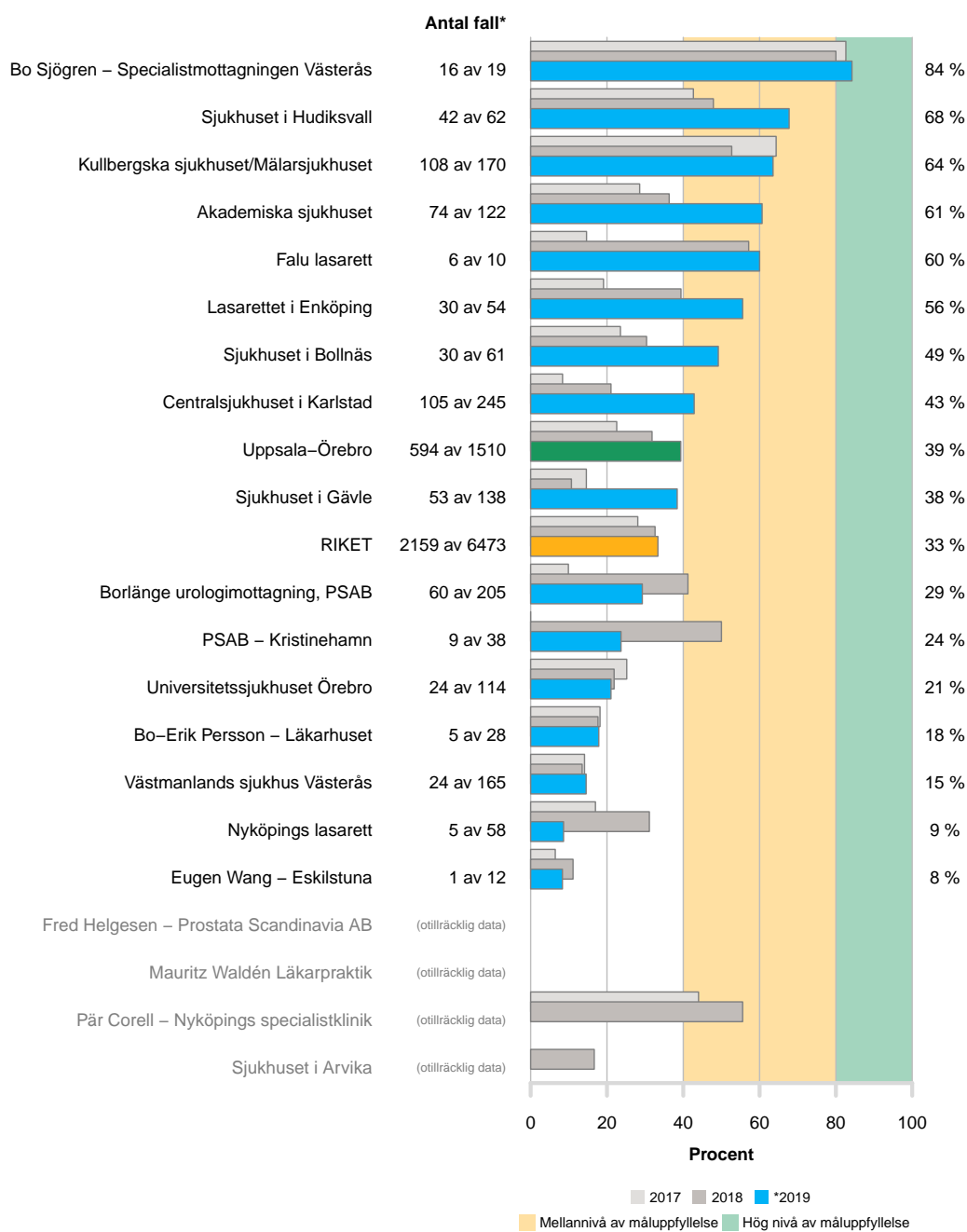
Kvalitetsindikatorer - urologi



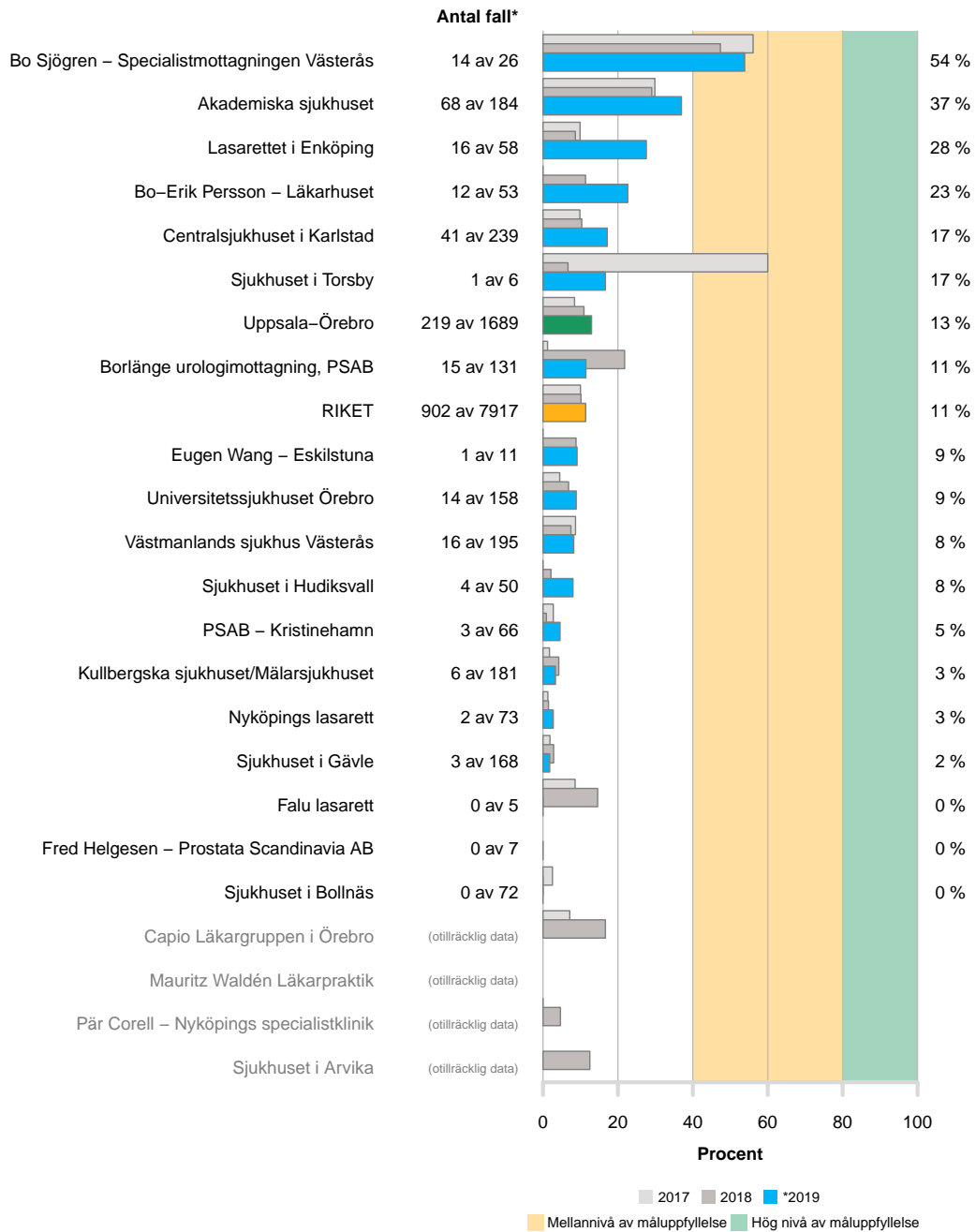
Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.



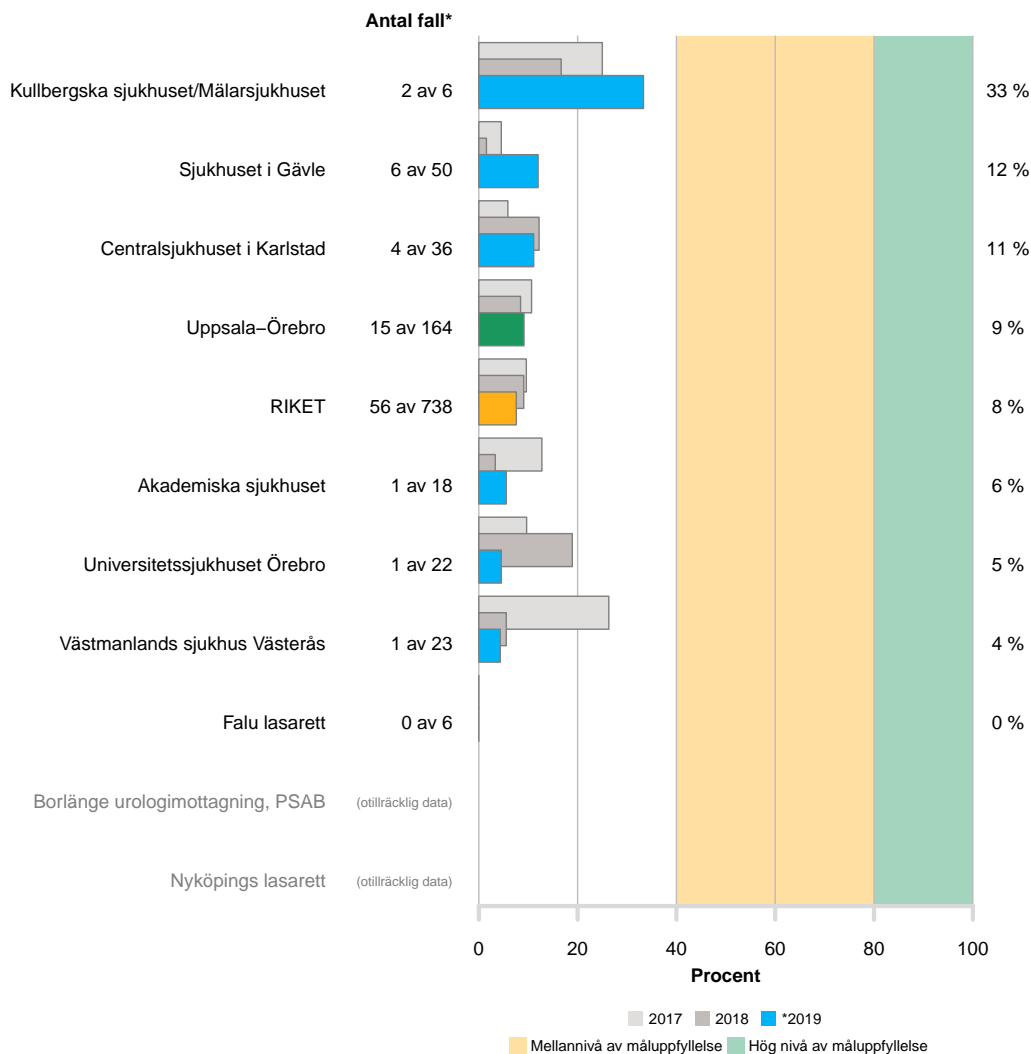
Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



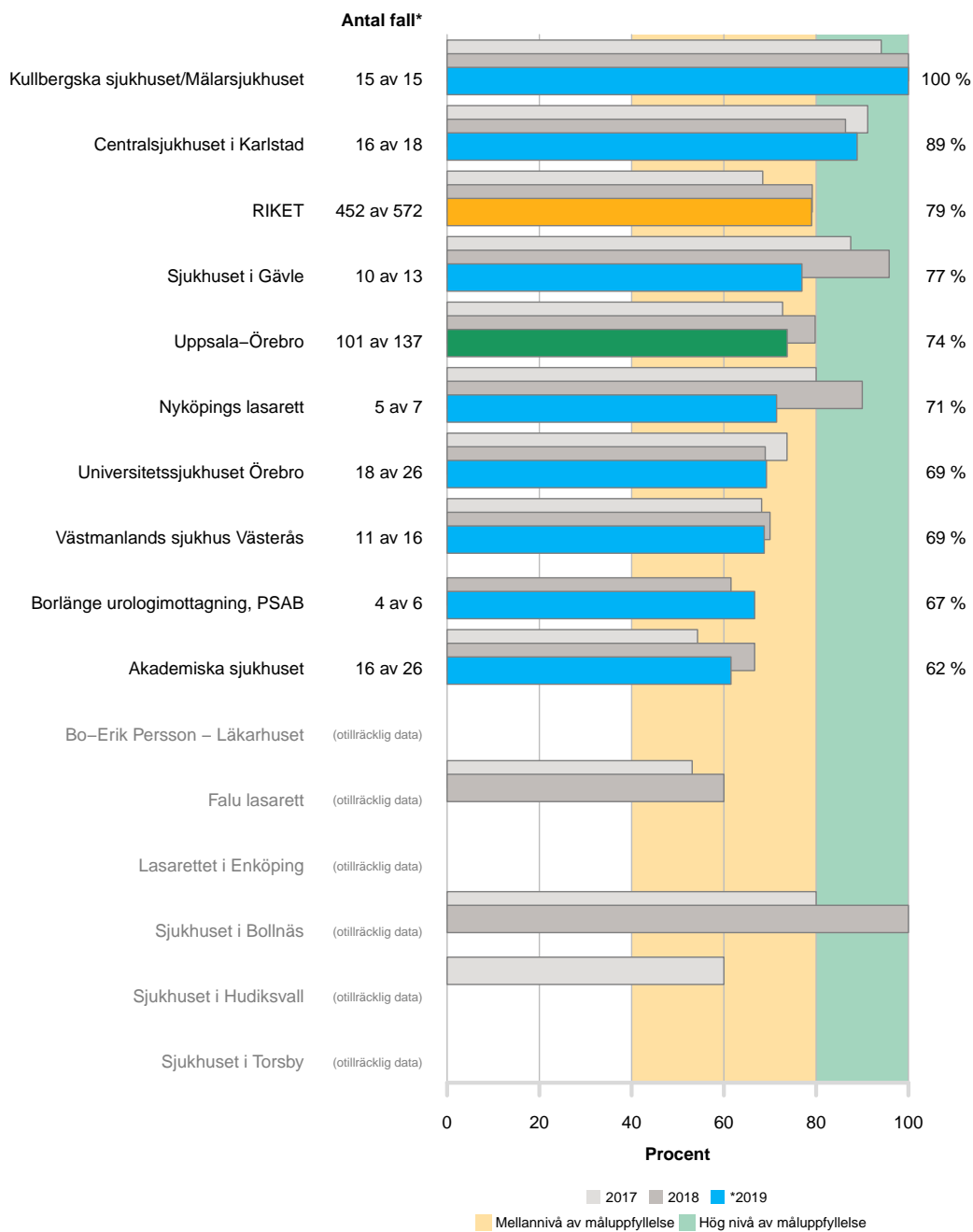
Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.



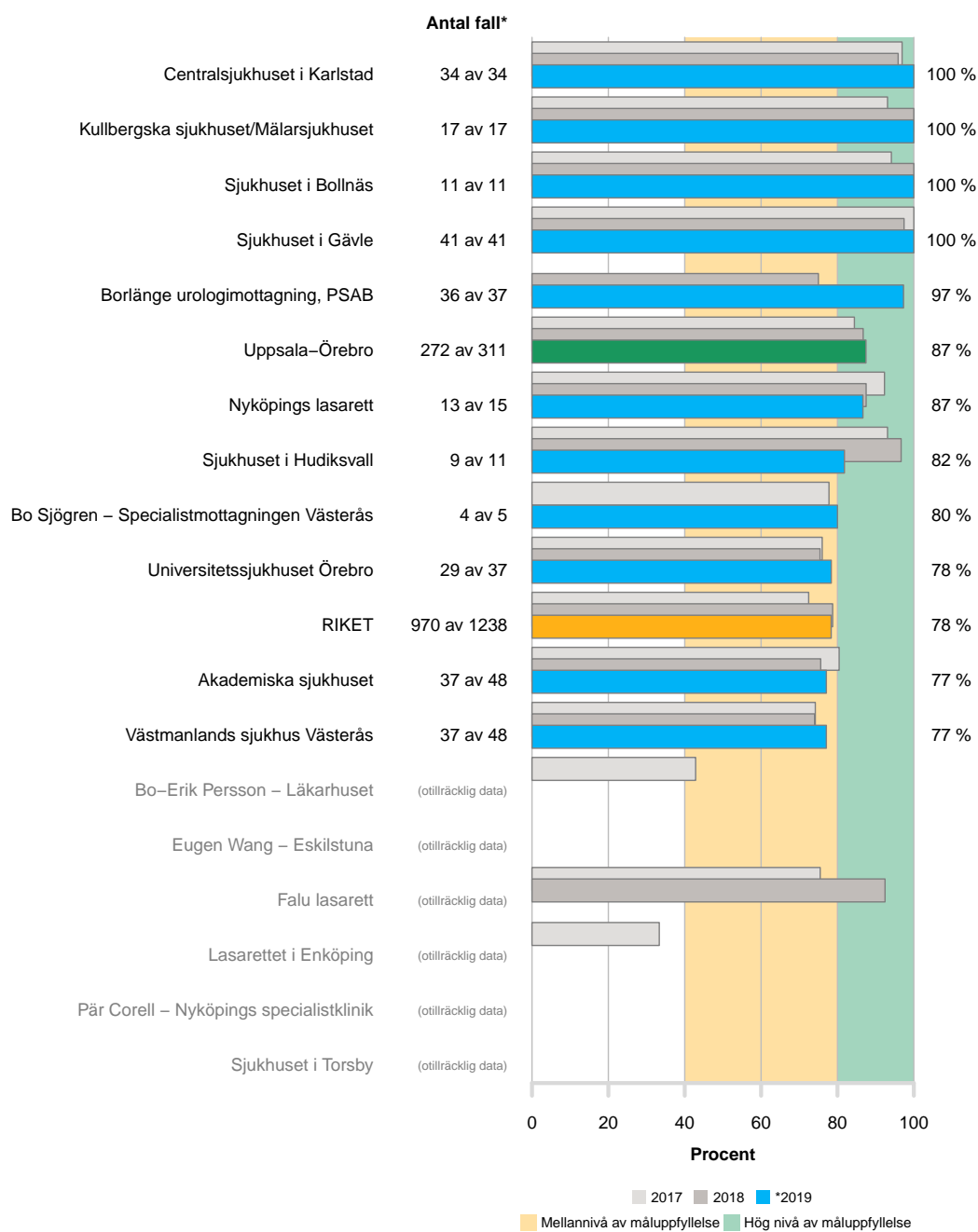
Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2019.



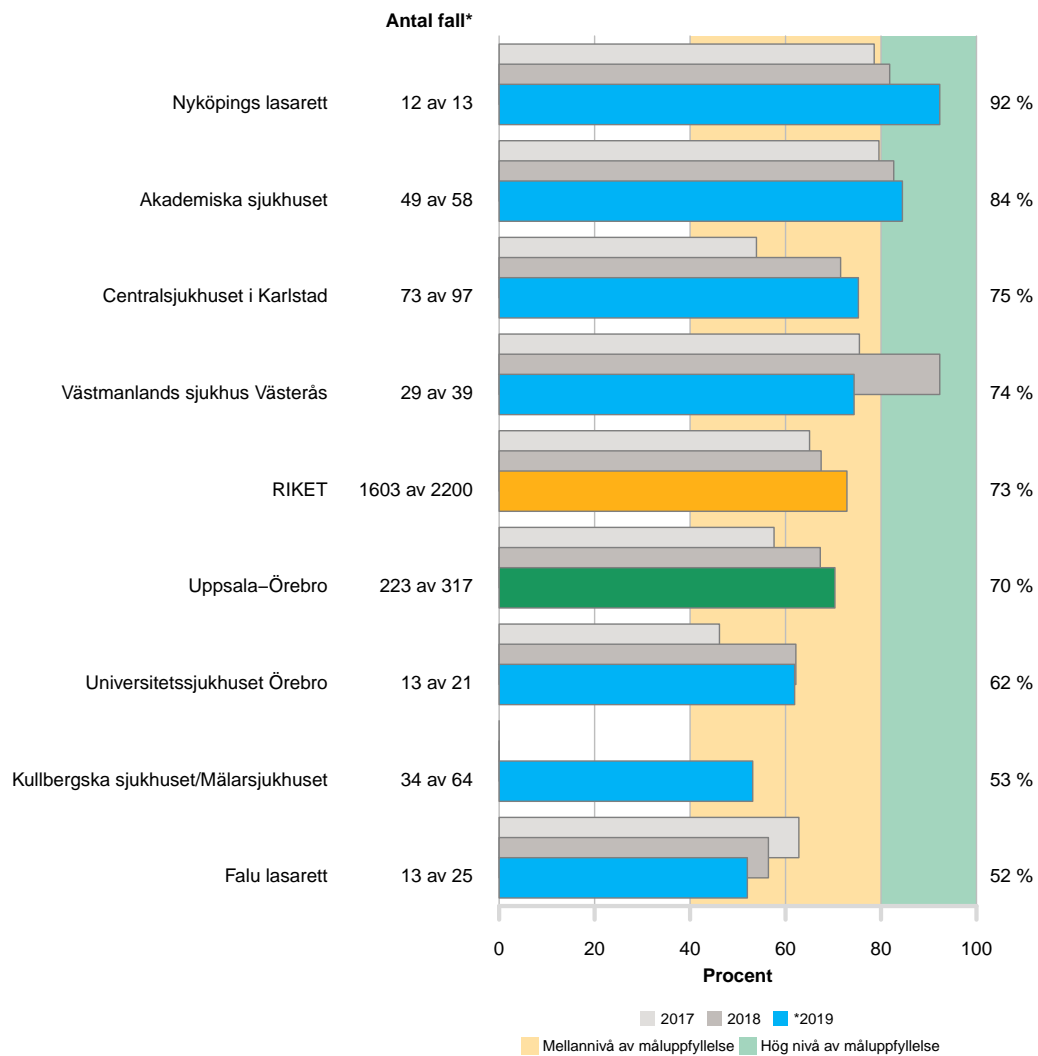
Figur 6. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (operation), 68 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer,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



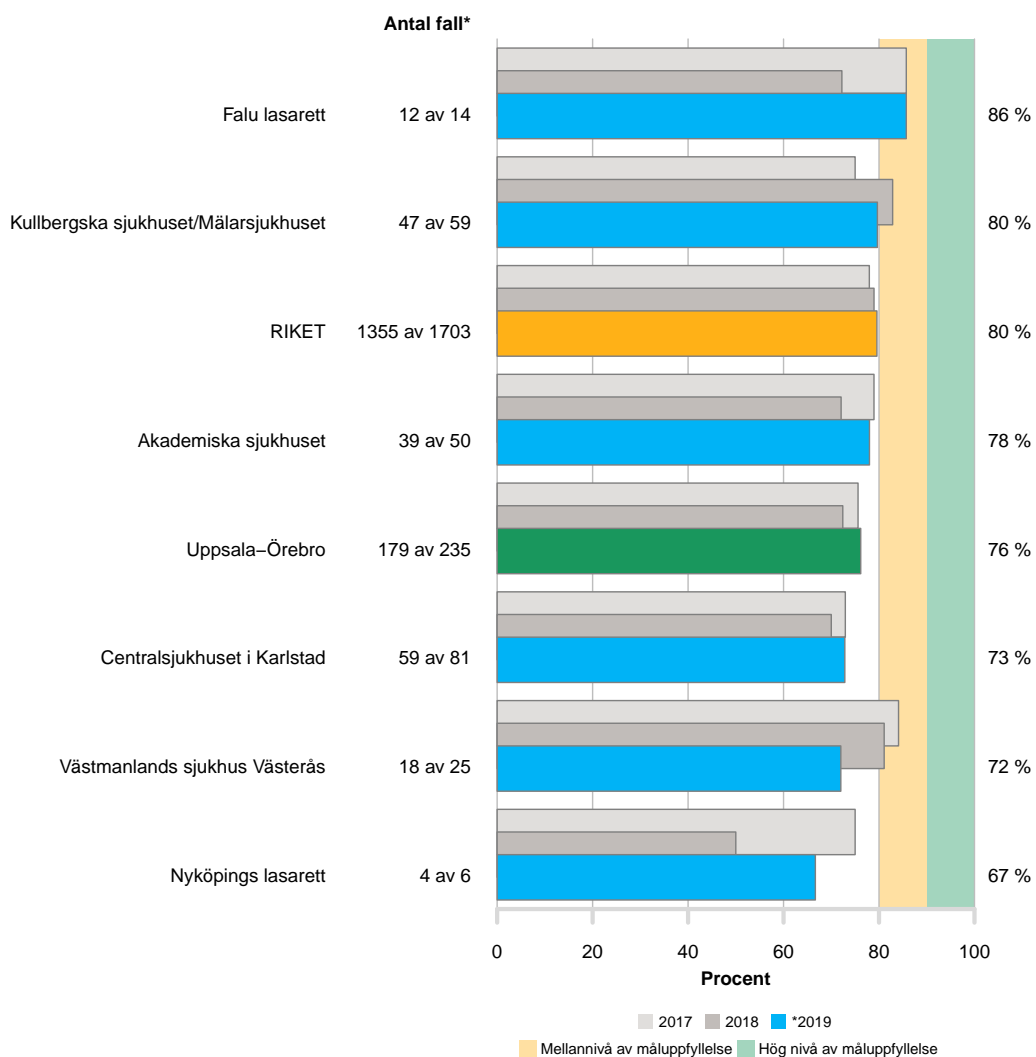
Figur 7. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



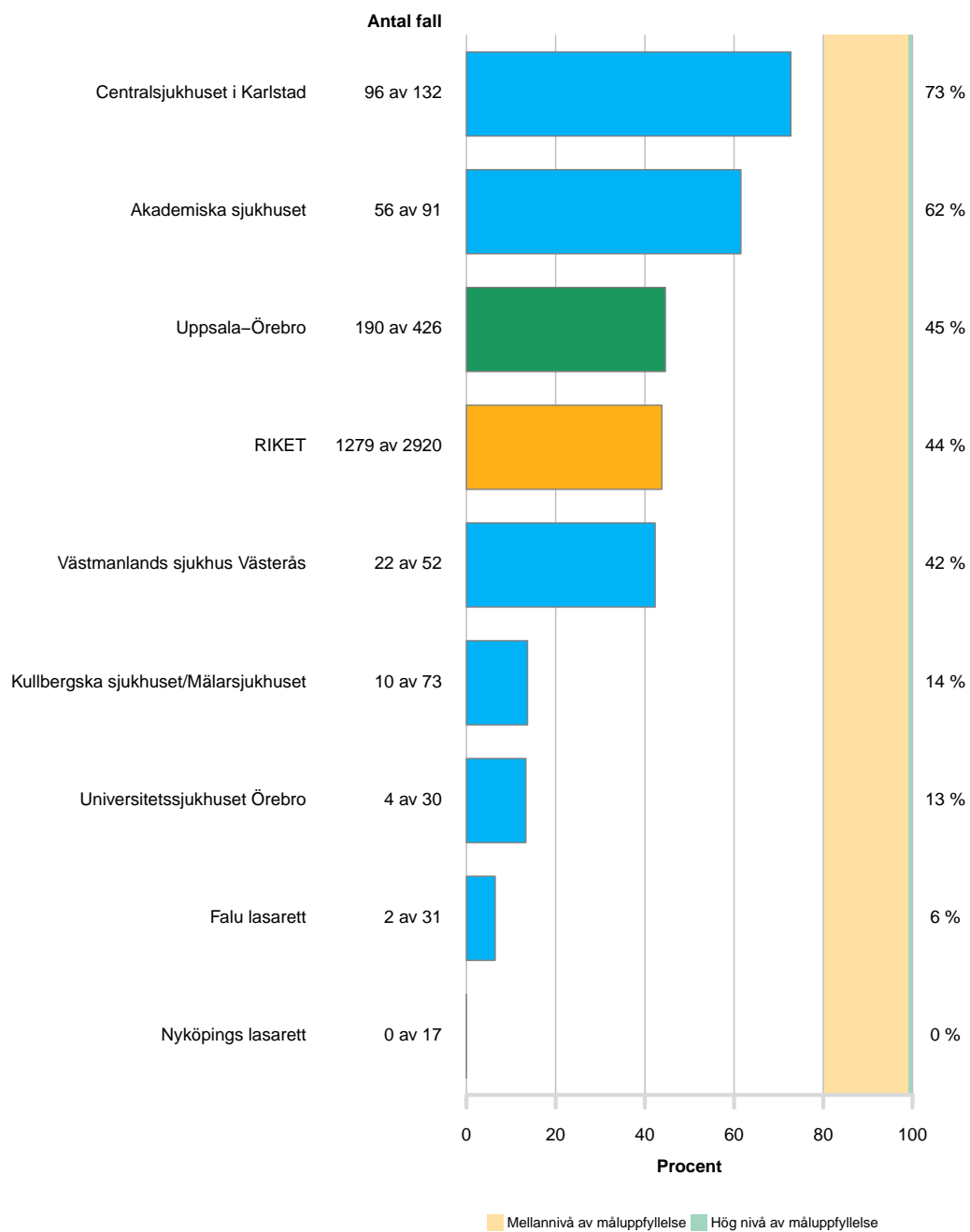
Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



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.

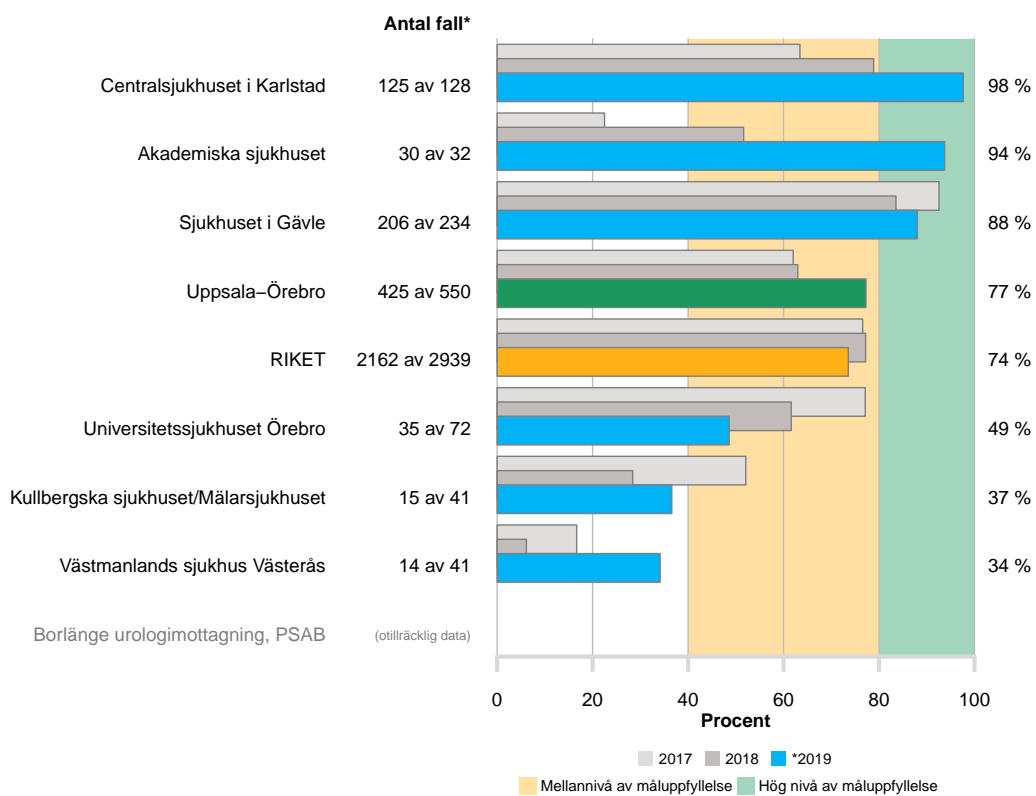


1. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
2. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsnivå 70 %, övre gränsnivå 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. 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 gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 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 gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 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 gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
8. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
9. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus. Nedre gränsnivå 80 %, övre gränsnivå 90 %.
10. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus. Nedre gränsnivå 80 %, övre gränsnivå 100 %.

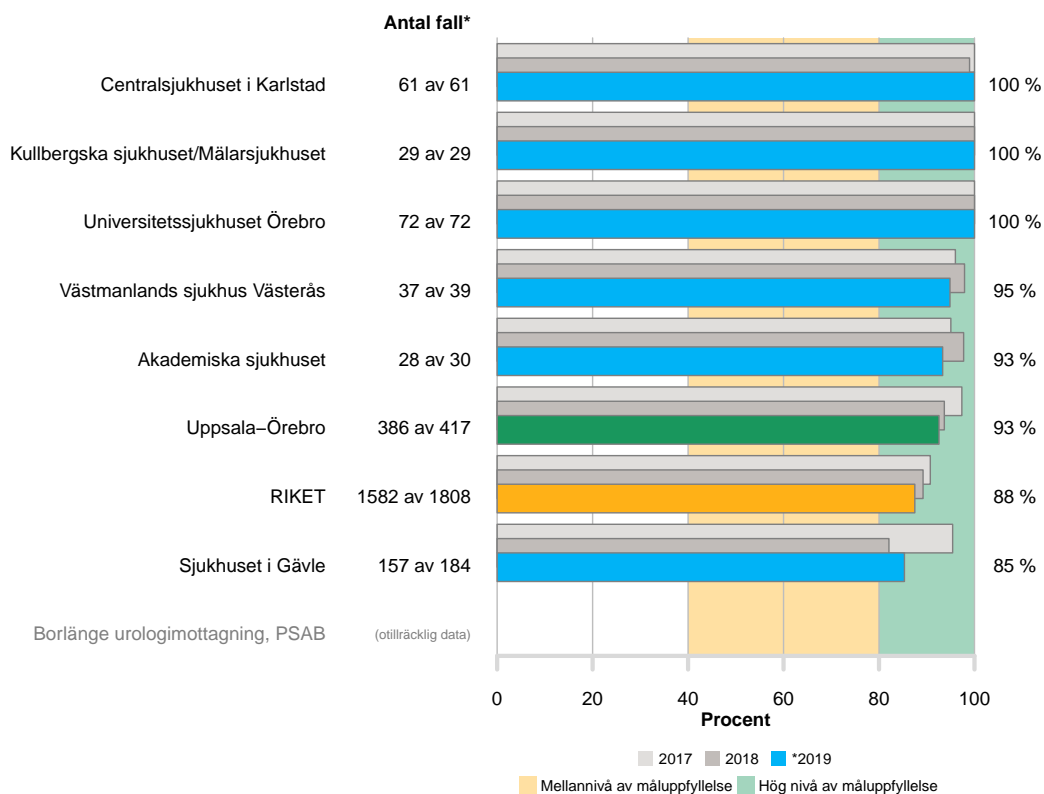
Figur 12. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2019. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå.

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

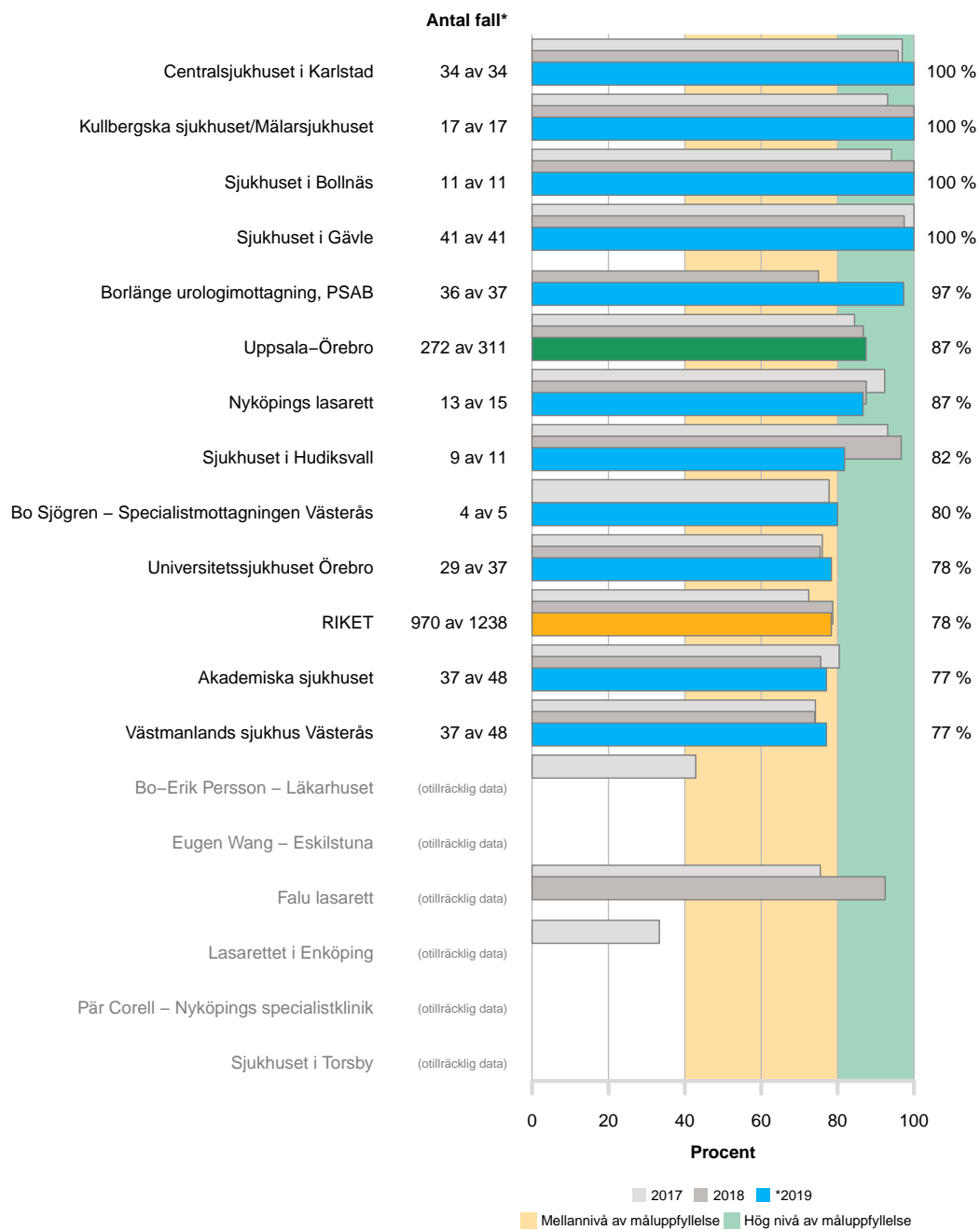
Kvalitetsindikatorer - onkologi



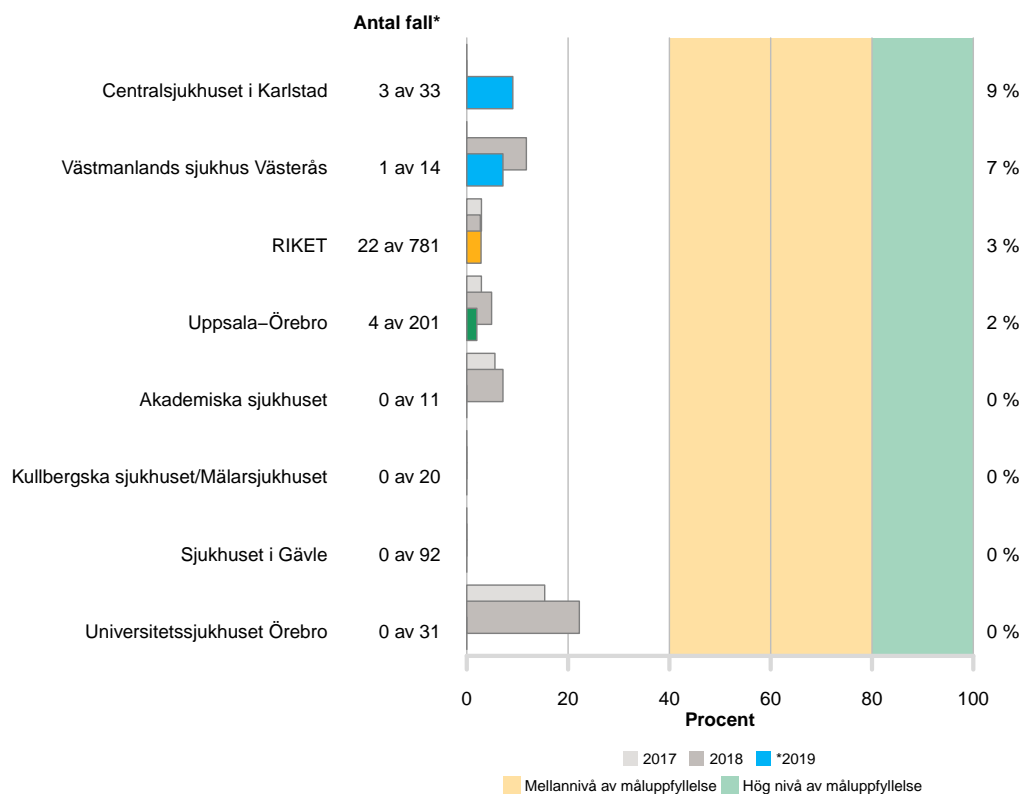
Figur 13. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



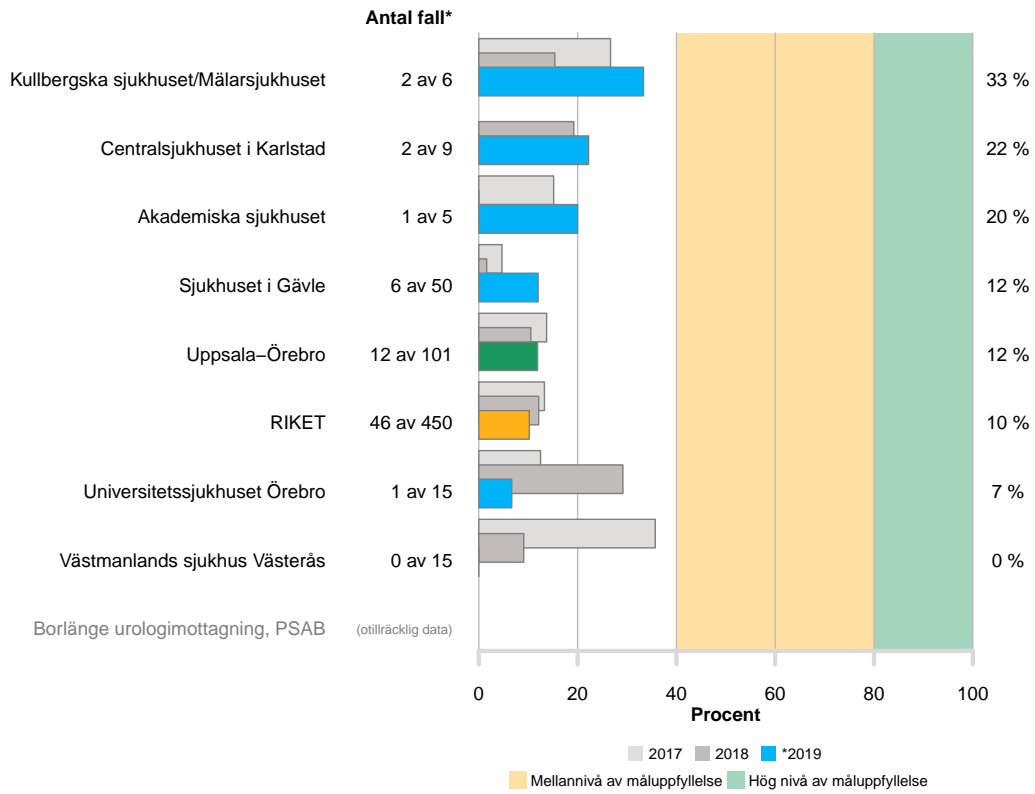
Figur 14. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



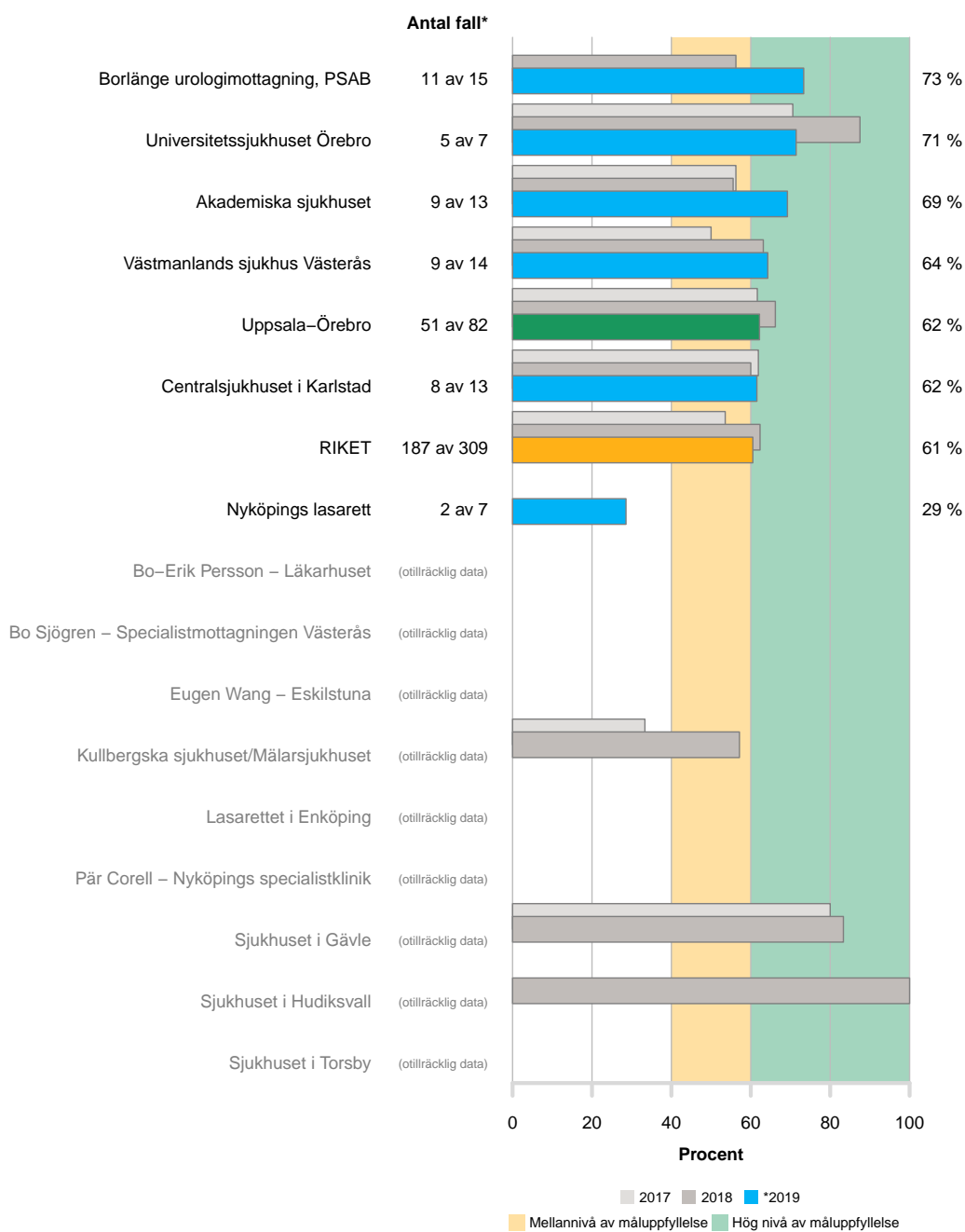
Figur 15. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



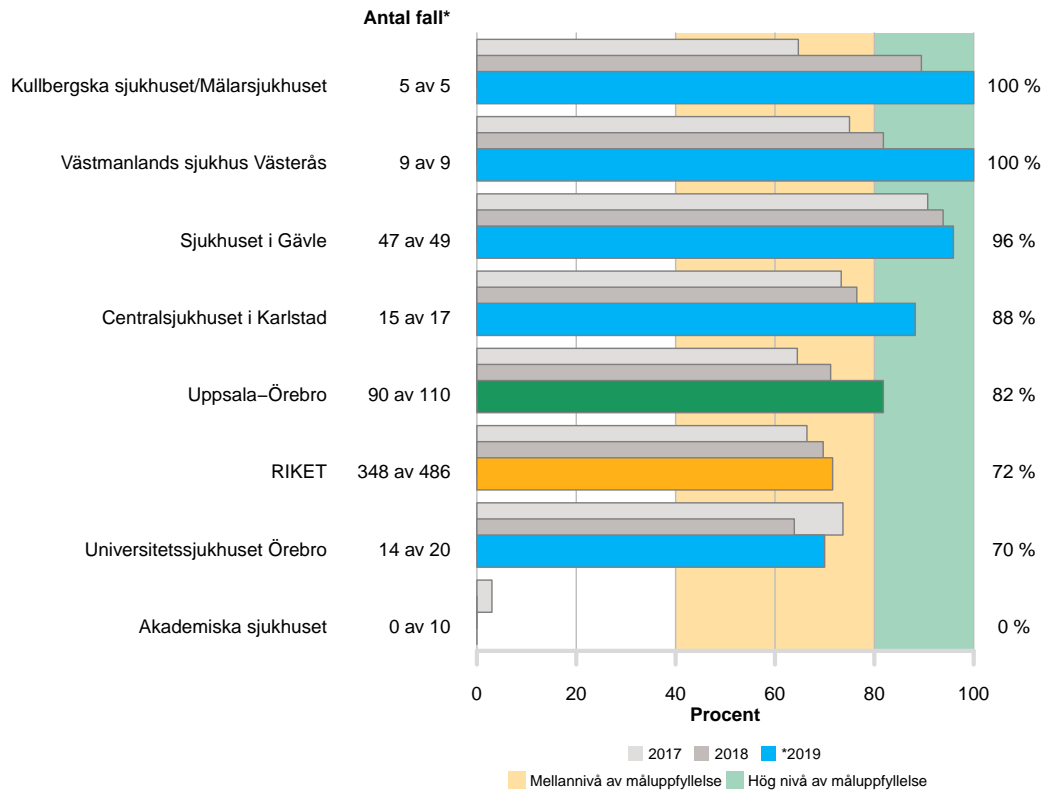
Figur 16. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



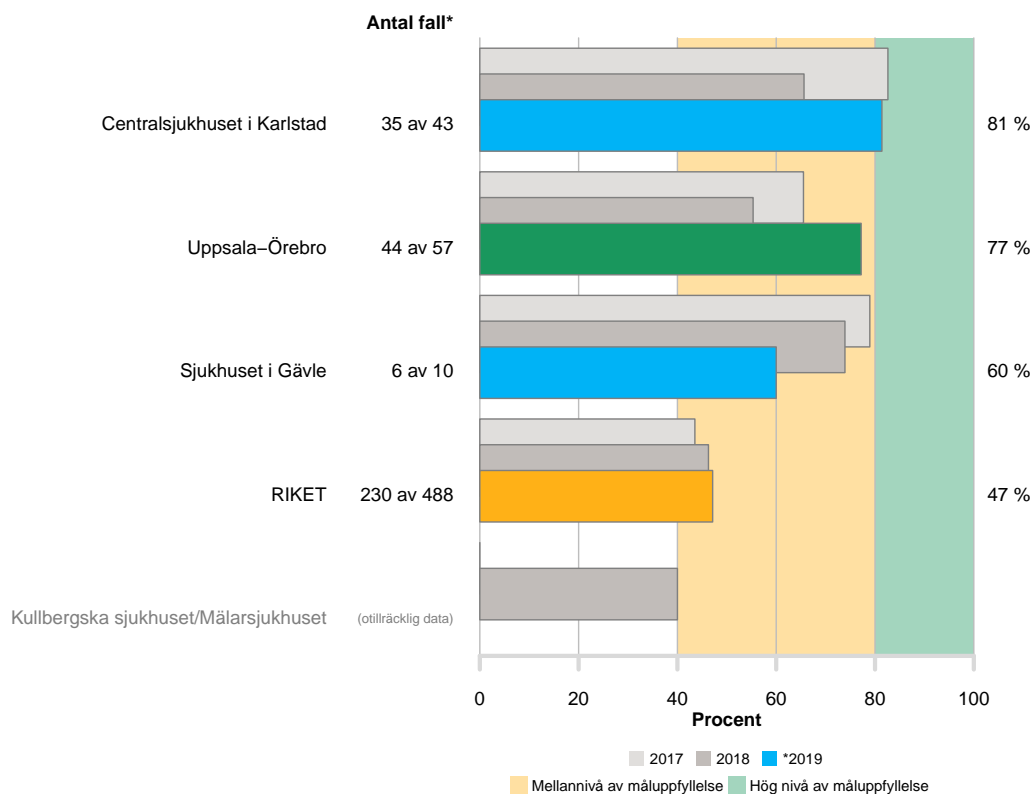
Figur 17. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 50 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2019.



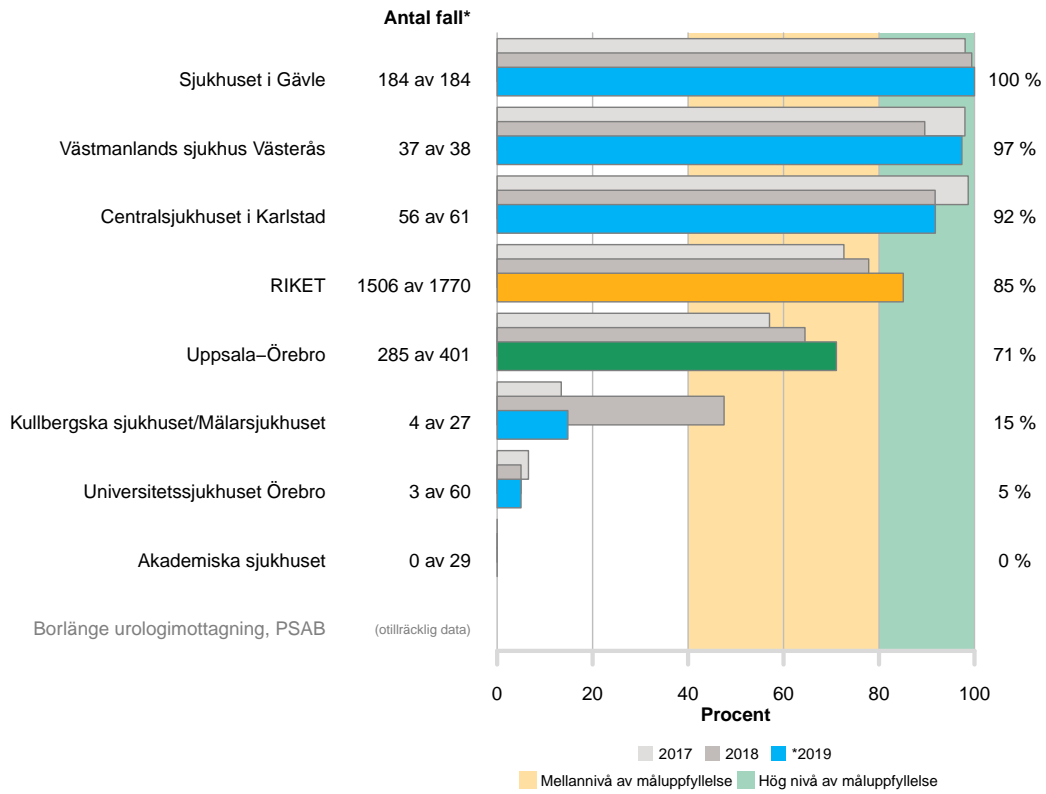
Figur 18. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2019.



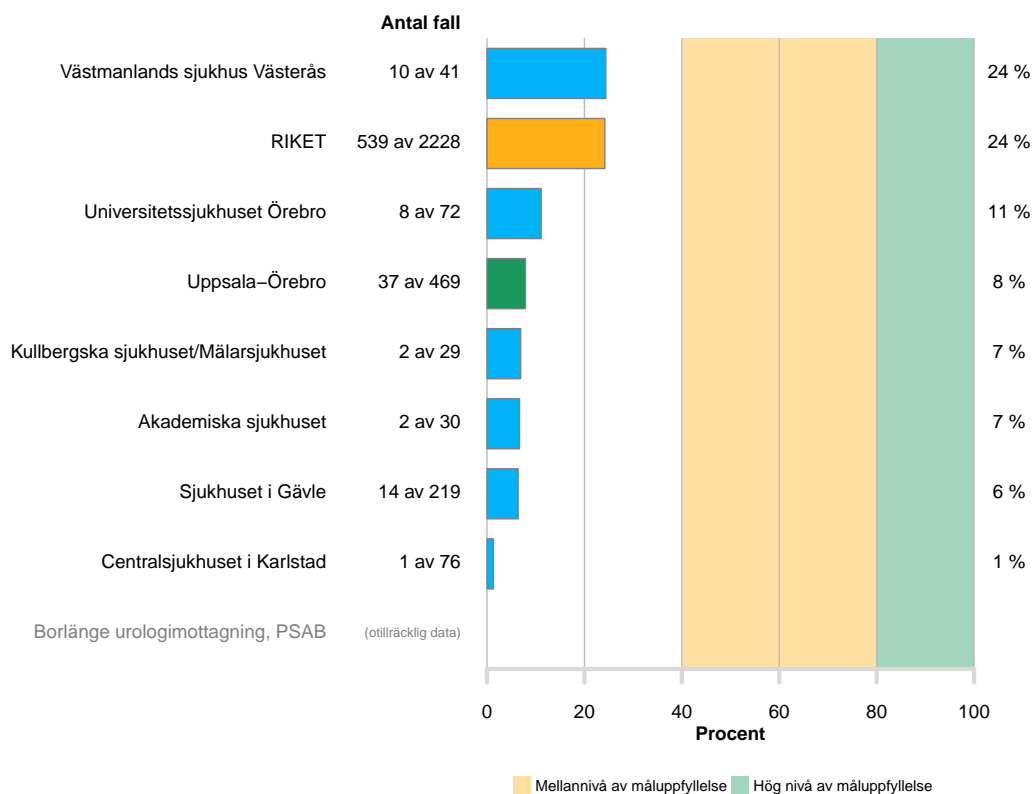
Figur 19. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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



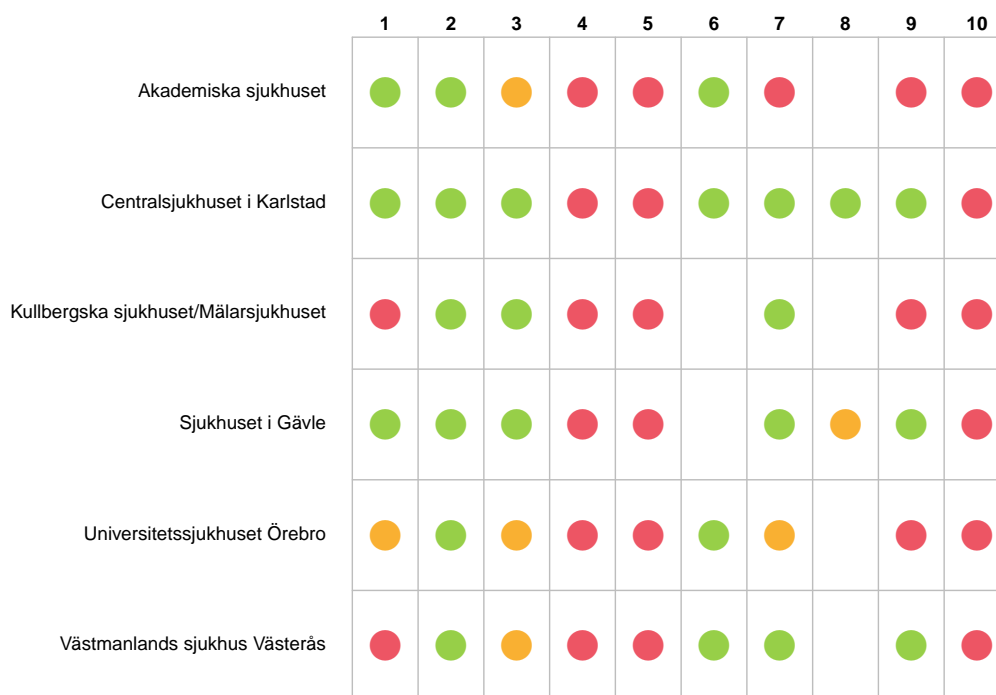
Figur 20. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2019.



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 \leq 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 målvolym (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 %.

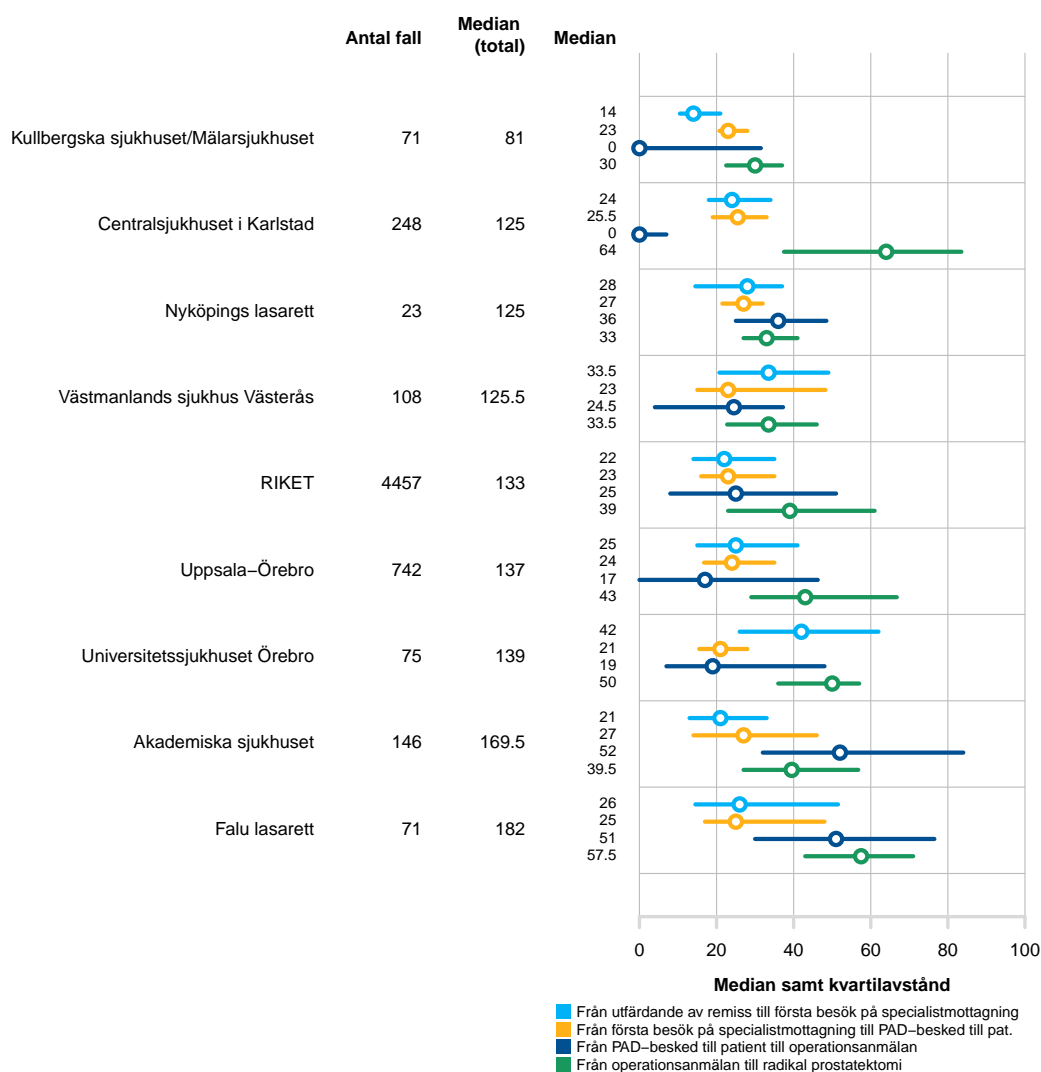
Figur 23. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2019. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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

Väntetider

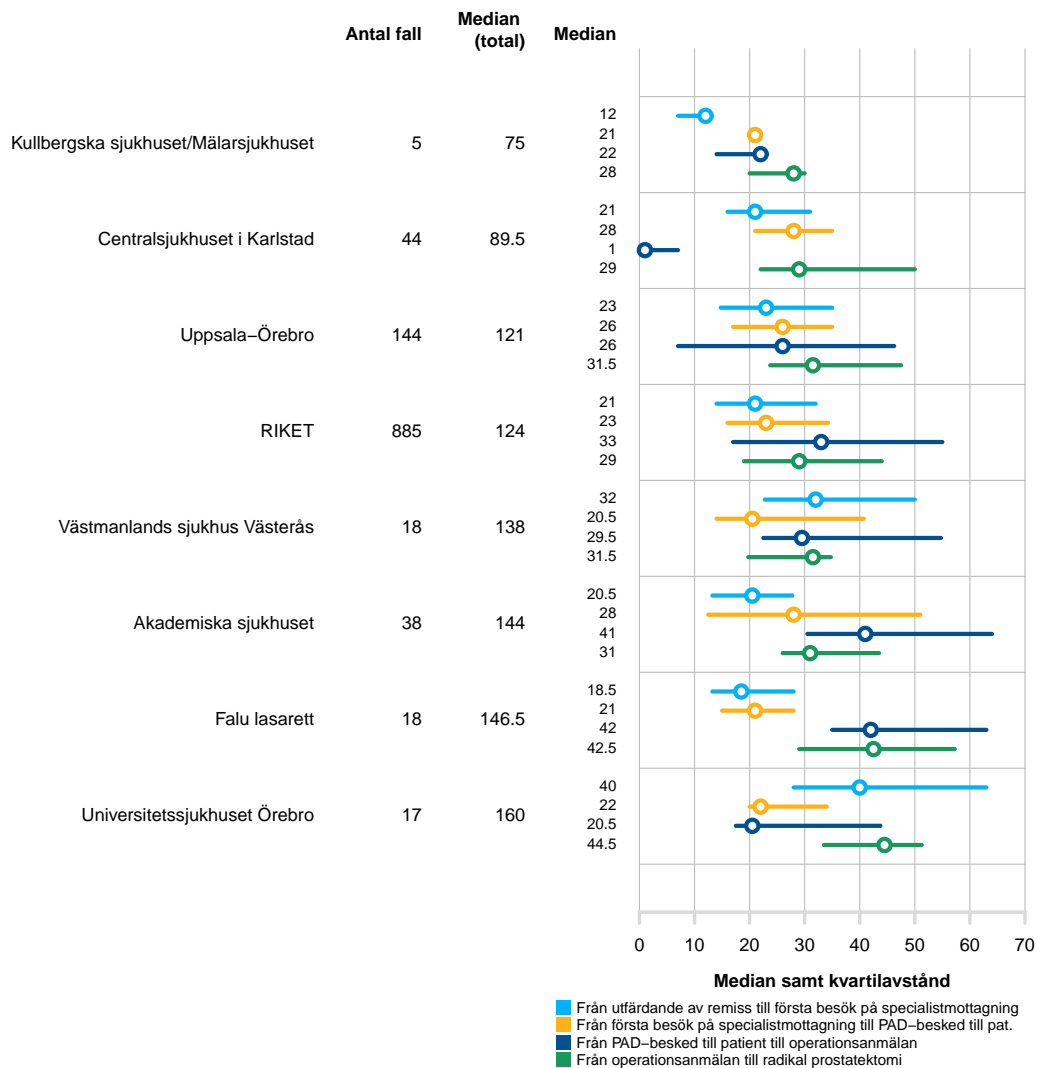
OBS!

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.



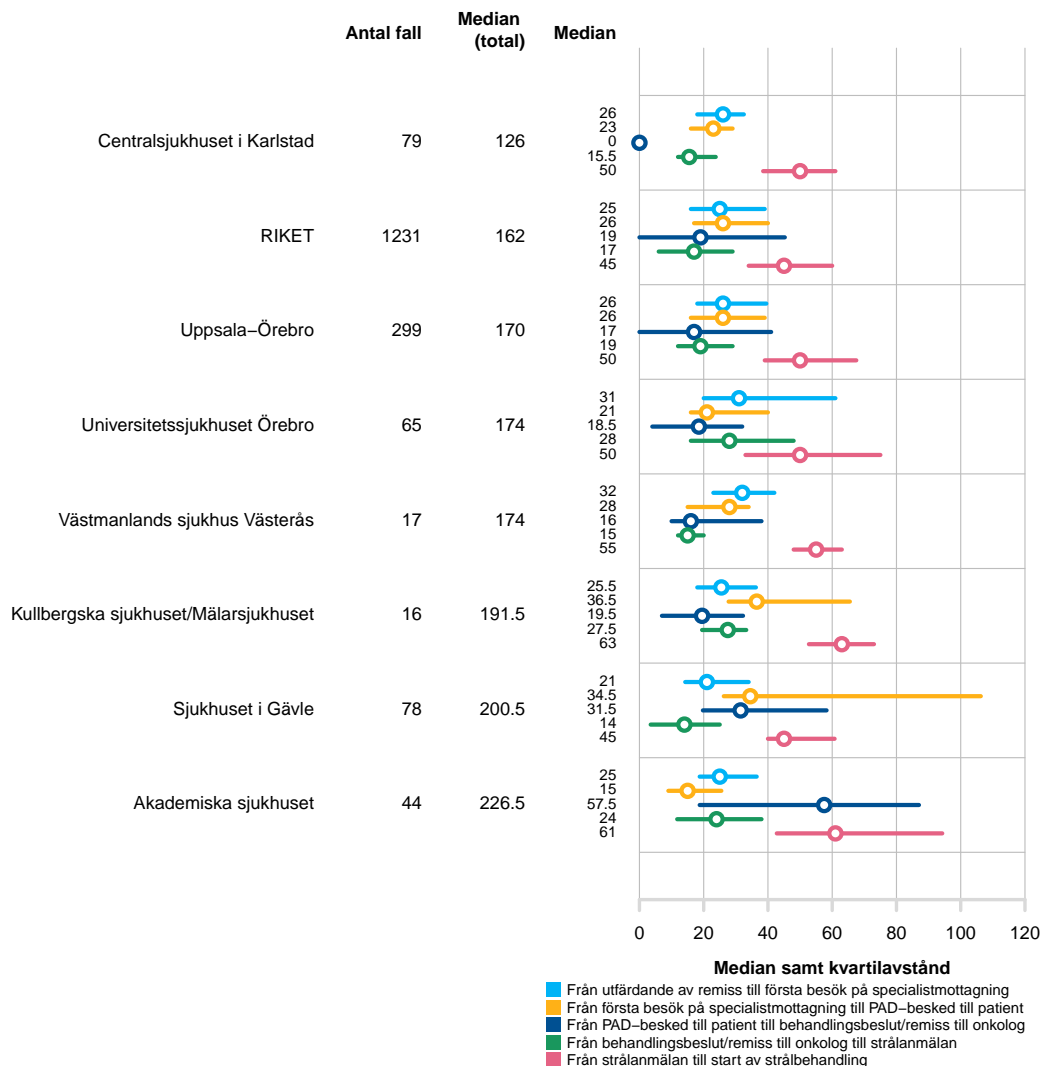
Figur 24. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.

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.



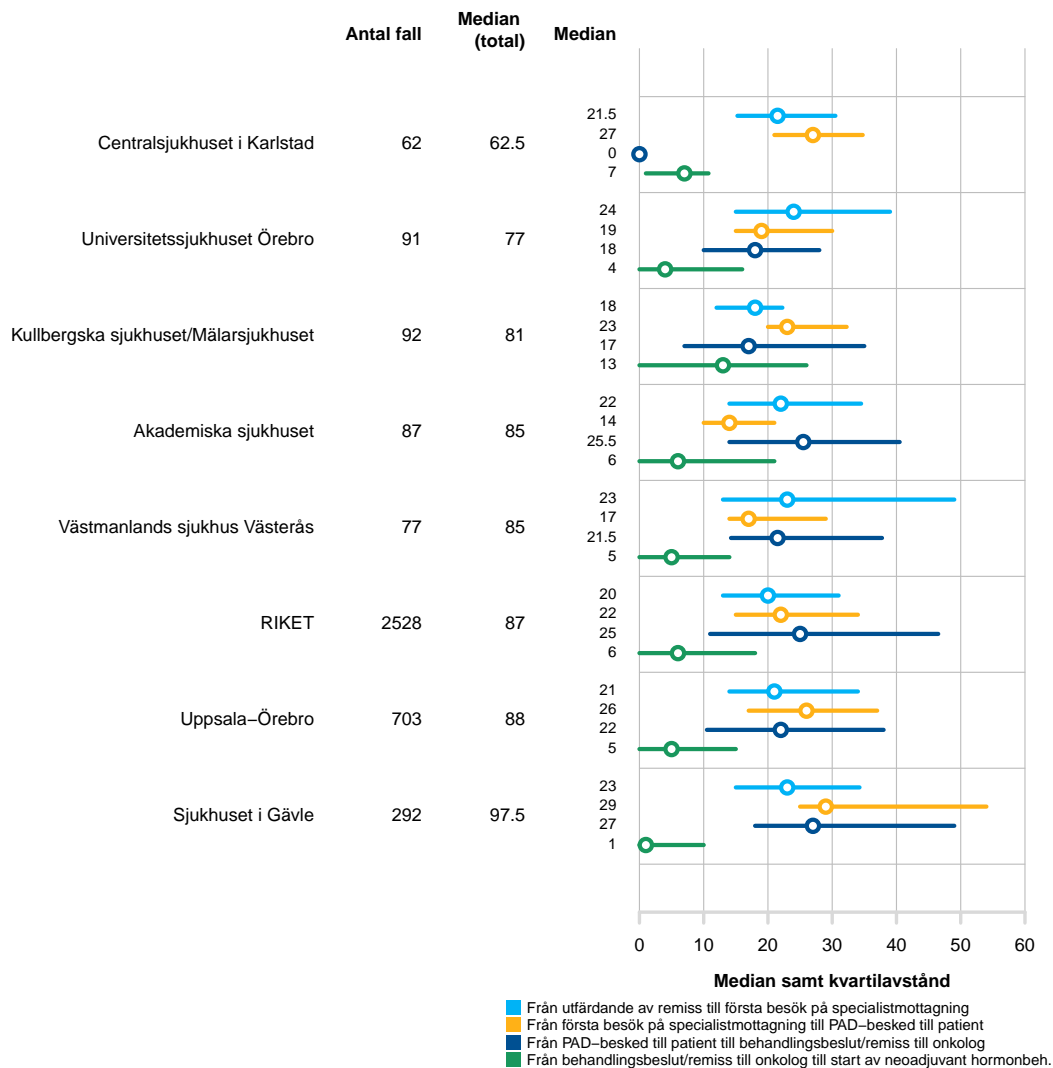
Figur 25. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.

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.



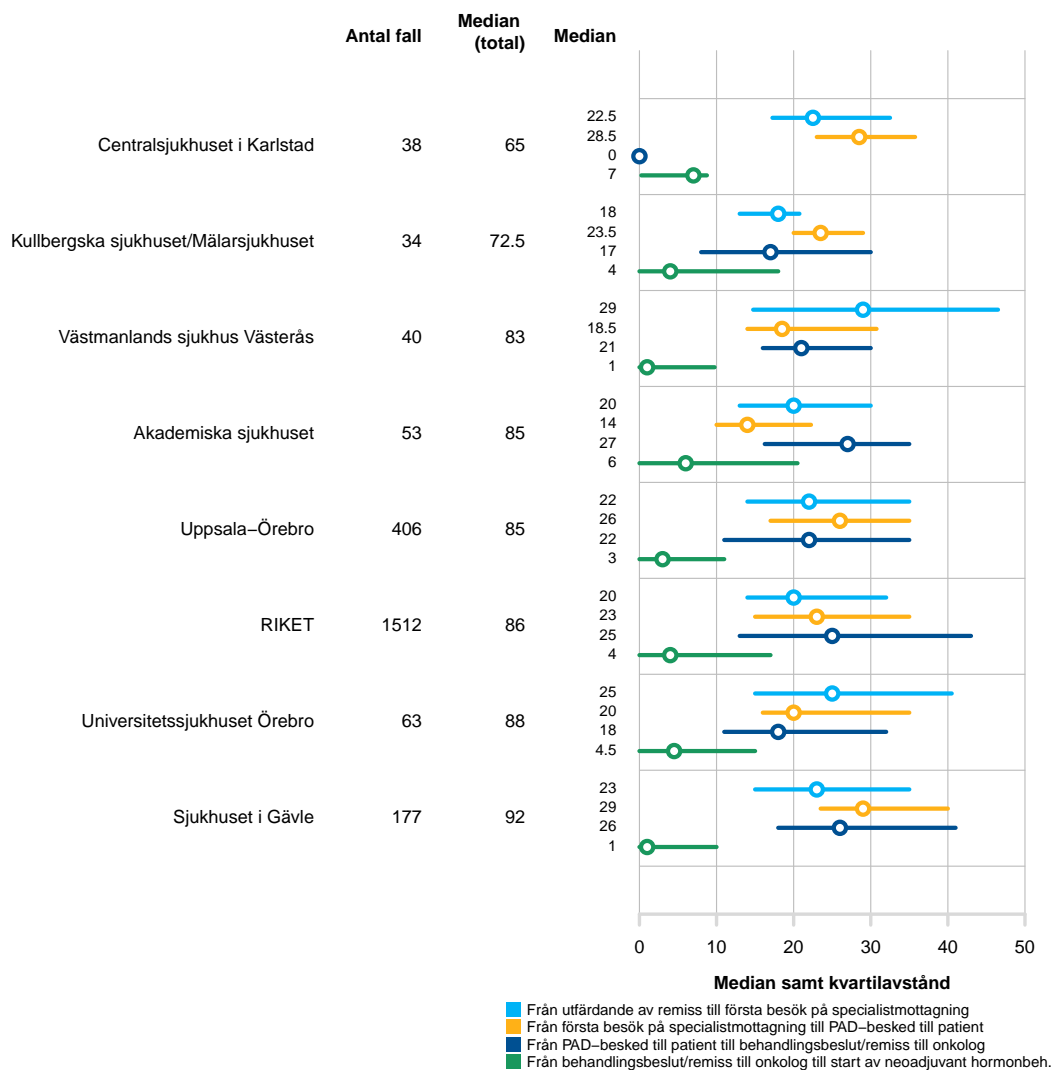
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2017-2019.

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.