

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2020

Sydöstra regionen

Mars 2021

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

FÖRORD	6
KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER	7
RESULTATREDOVISNING	9
Täckningsgrad	9
Kvalitetsindikatorer - urologi	10
Kvalitetsindikatorer - onkologi	20
Väntetider	31

FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.	9
2	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.	10
3	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.	11
4	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.	12
5	Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020.	13
6	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 2020.	14
7	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 2020.	15
8	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparrande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2020.	16
9	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2020.	17
10	Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus, operationsår 2020.	18
11	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2020. 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.	19
12	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.	20
13	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.	21
14	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 2020.	22
15	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.	23
16	Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2020.	24

17	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 2020.	25
18	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 2020.	26
19	Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.	27
20	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.	28
21	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.	29
22	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2020. 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.	30
23	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.	31
24	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.	32
25	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 2018-2020.	33
26	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.	34
27	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.	35

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 Sydöstra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2020.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Täckningsgraden

Täckningsgraden i Sydöstra regionen av NPCR mot Cancerregistret för 2020 är mycket god (99 %). Strålbehandlingsenheten i Jönköping har en mycket god inrapporteringshastighet medan Kalmar och Linköping har en acceptabel inrapporteringshastighet.

Väntetider

Inget av sjukhusen i sydöstra region uppfyller kravet för nå "hög nivå" för ett nybesök på specialistmottagningen men det ses en viss förbättring för alla inrapporterande sjukhus förutom Östergötland där väntetiderna tydligt blir längre. Bäst är här Västervik där 66 % av männen får tid inom utsatt tid. Övriga enheter ligger klart sämre och ingen enhet är i närhet av att kalla 80 % av män med misstänkt prostatacancer inom 14 dagar.

Män som gjort ett vävnadsprov måste vänta extremt länge på sitt svar och ingen förbättring har skett. Om man inte gör något helt revolutionerade kommer de uppsatta tiderna aldrig att nås. Här måste man hitta nya arbetssätt och frågan bör lyftas upp till regionledningarna, då man på kliniknivå bevisligen inte kan förbättra detta.

De postoperativa strålbehandlingarna ges snabbt efter behandlingsbeslut i Jönköping och i Kalmar medan det dröjer längre i Linköping, men en klar förbättring har skett.

Best practice

Tillgången till kontaktsjuksköterska i urologin är mycket god i regionen, Värnamo och Ryhov kan dock förbättra sina resultat då 76 % resp. 75 % har tillgång till kontaktsjuksköterska. För onkologin är tillgången till kontaktsjuksköterska mycket god i hela sydöstra regionen.

Deltagande i multidisciplinär konferens (MDK) för bedömning av kurativ behandling är viktigt för att män med högriskcancer skall kunna erbjudas den bästa behandlingen. Andel män som anmäls till MDK är god till mycket god i Kalmar och Jönköping medan i Östergötland anmäls endast 55 % till MDK och här har det skett en påtaglig försämring.

Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och ålder vid diagnos ≤ 80 år, är god i hela regionen.

Andel av opererade män med låg- eller intermediärrisktumör som genomgick nervsparande resektion var 78 % i Jönköping, 67 % i Östergötland, 55 % i Kalmar och 0 % i Västervik, man behöver titta igenom detta i Västervik och avgöra om man har registrerat korrekt.

Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät är 82 % i Västervik, 66 % i Kalmar, 51 % i Östergötland och 50 % i Jönköping. Här har Västervik gjort ett bra arbete, då man 2019 endast hade 30 % som hade fyllt i ePROM-enkäten. Övriga opererade kliniken bör fråga hur Västervik gjorde för att på ett år förbättra sina siffror så mycket.

Ingen av onkologiklinikerna i regionen är ens nära att uppnå acceptabla nivåer för ePROM, en förbättring behövs.

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. Med detta beaktat ligger samtliga enheter kring 80 % negativa marginaler vilket är acceptabelt.

Följsamheten till rekommendationerna i det nationella vårdprogrammet att ge minst 18 månaders adjuvant bicalutamidbehandling efter strålbehandling av högriskprostatacancer är utmärkt i Jönköping och i Linköping men i Kalmar kan man nå bättre följsamhet.

En sammanfattning av dessa aktuella urologiska kvalitetsmått är att Sydöstra region inte skiljer sig särskilt mycket jämfört med landet i övrigt.

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

Framtiden

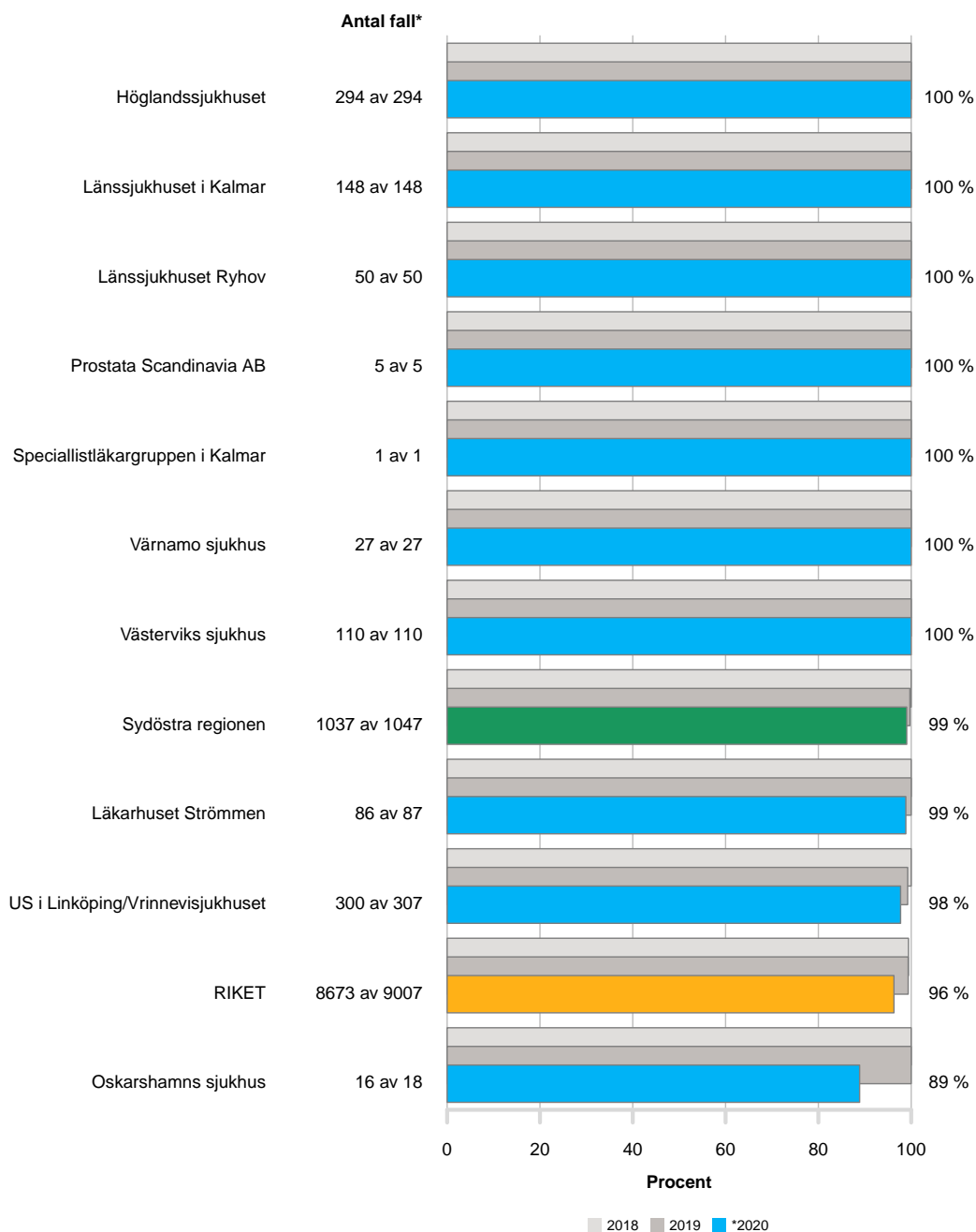
Diagnostiken av prostatacancer har ändrats genom att MRT före biopsi har gjort sitt intåg, dock har arbetet gällande detta nått väldigt olika i regionen och här finns det mycket att arbeta med om målsättningen att en jämlik vård för invånarna i regionen ska infrias.

David Robinson

Regional processledare urologi

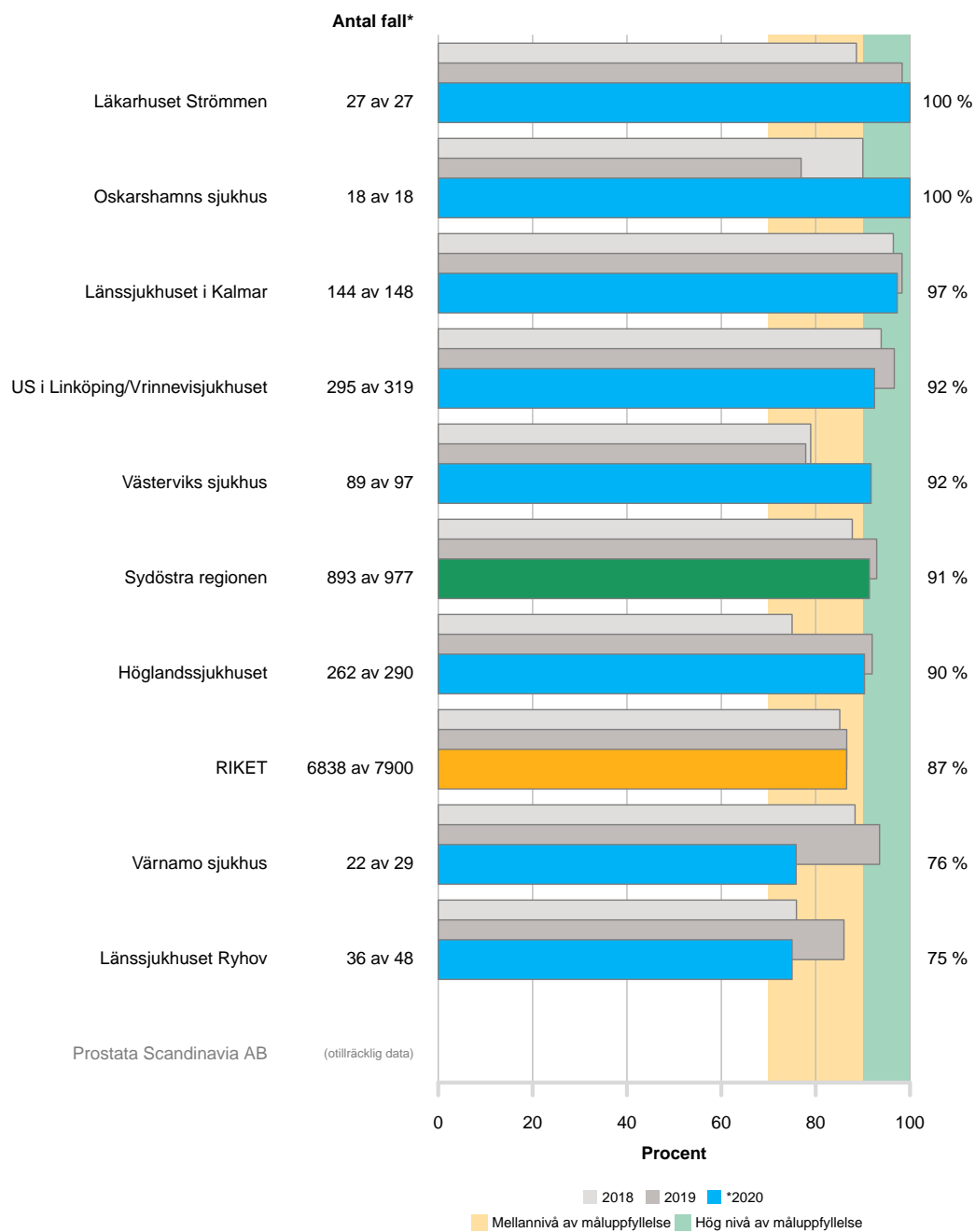
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

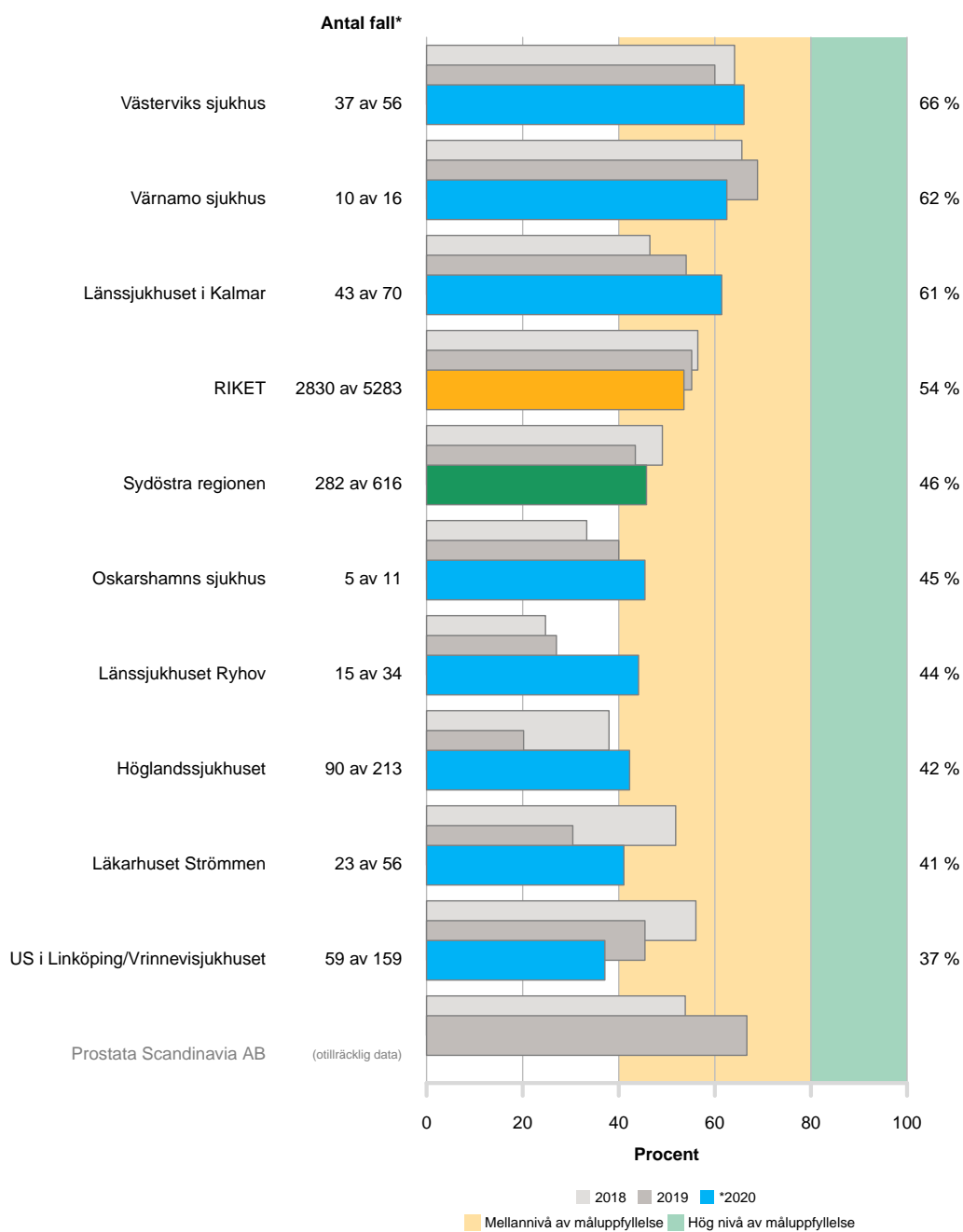


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.

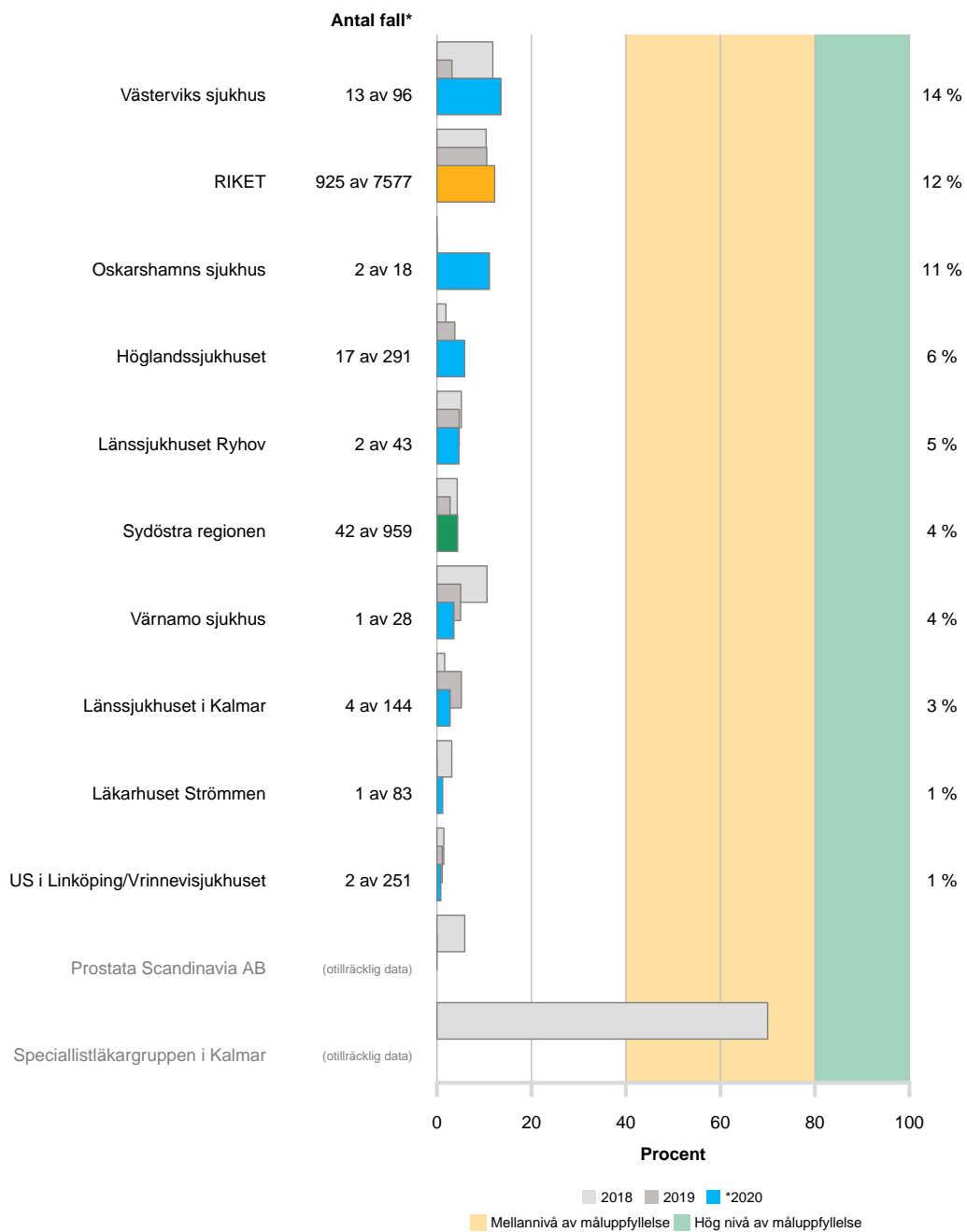
Kvalitetsindikatorer - urologi



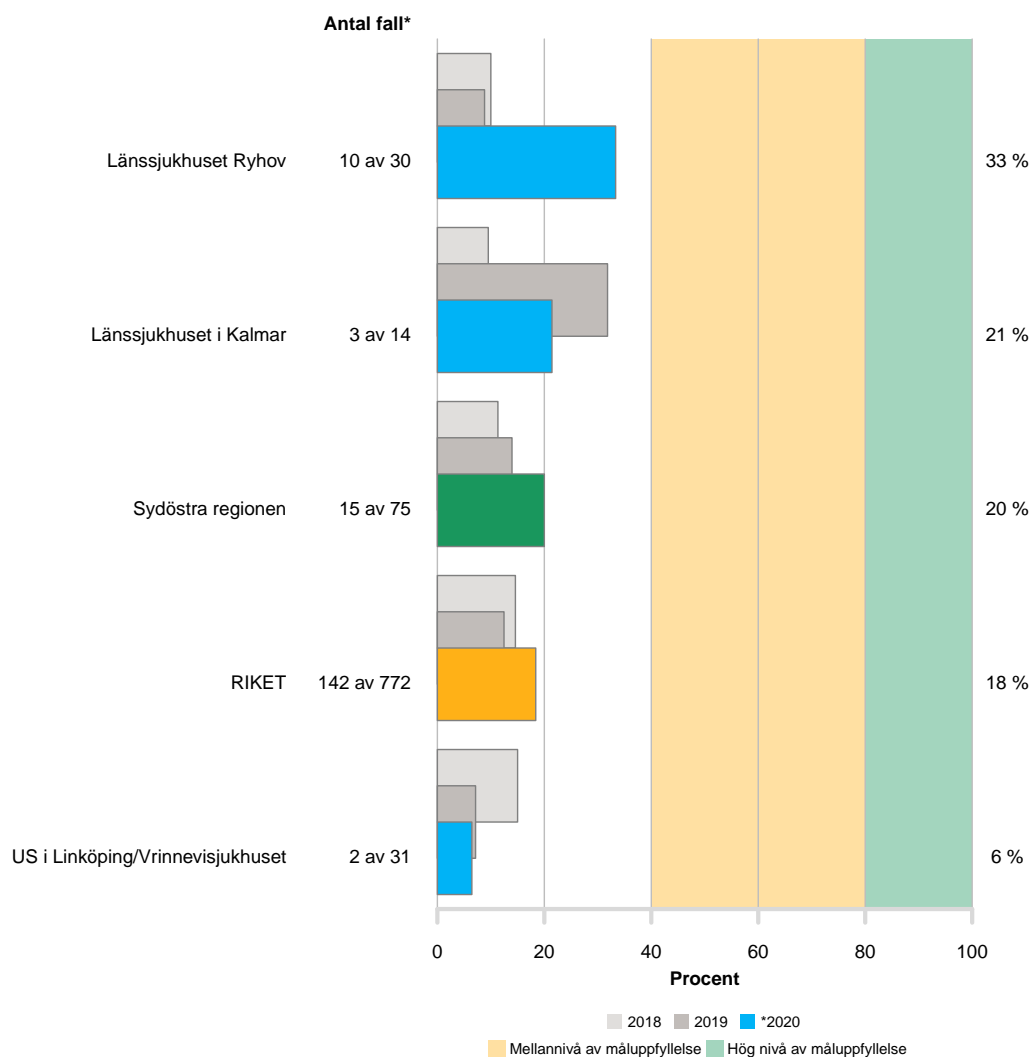
Figur 2. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.



Figur 3. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.



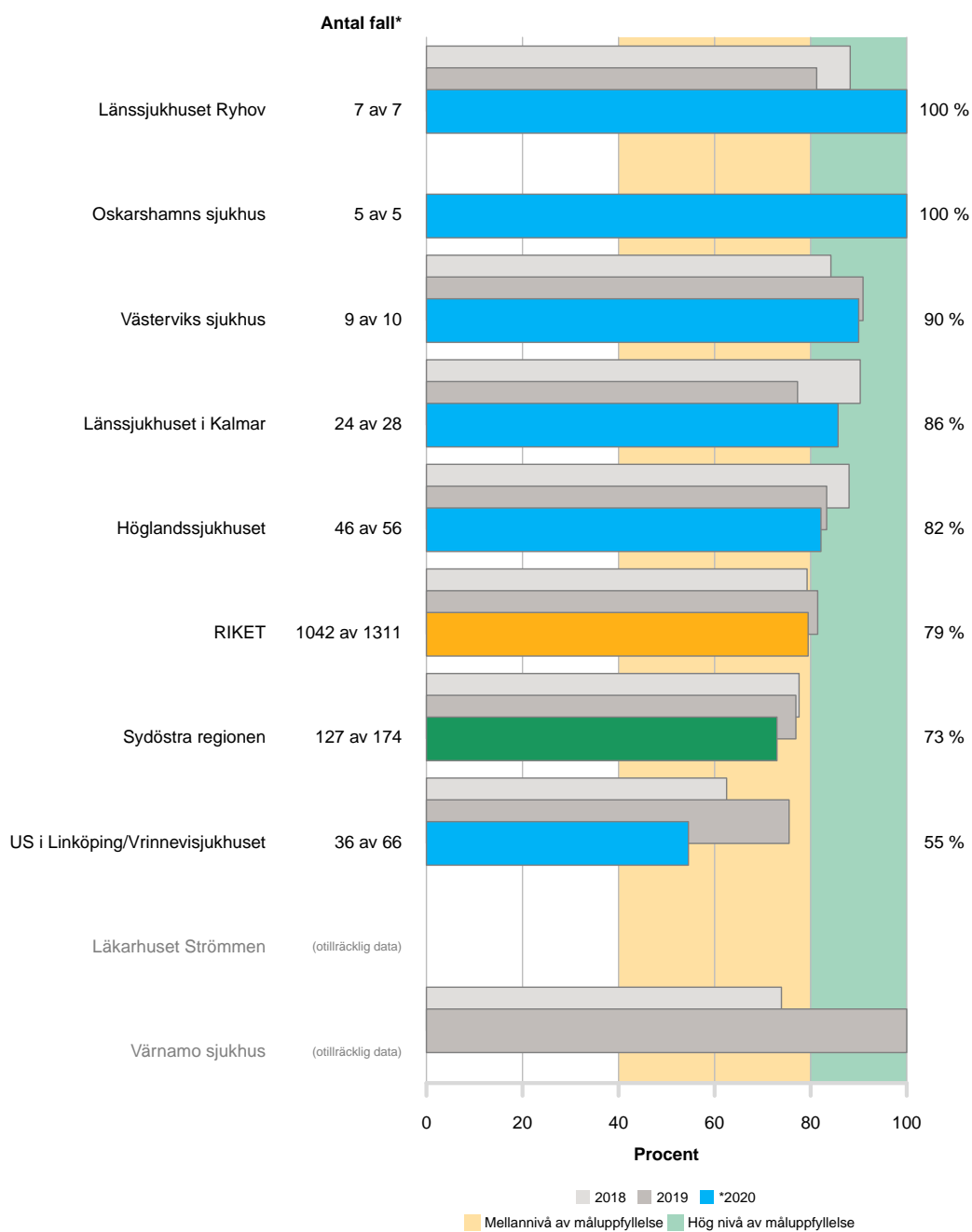
Figur 4. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.



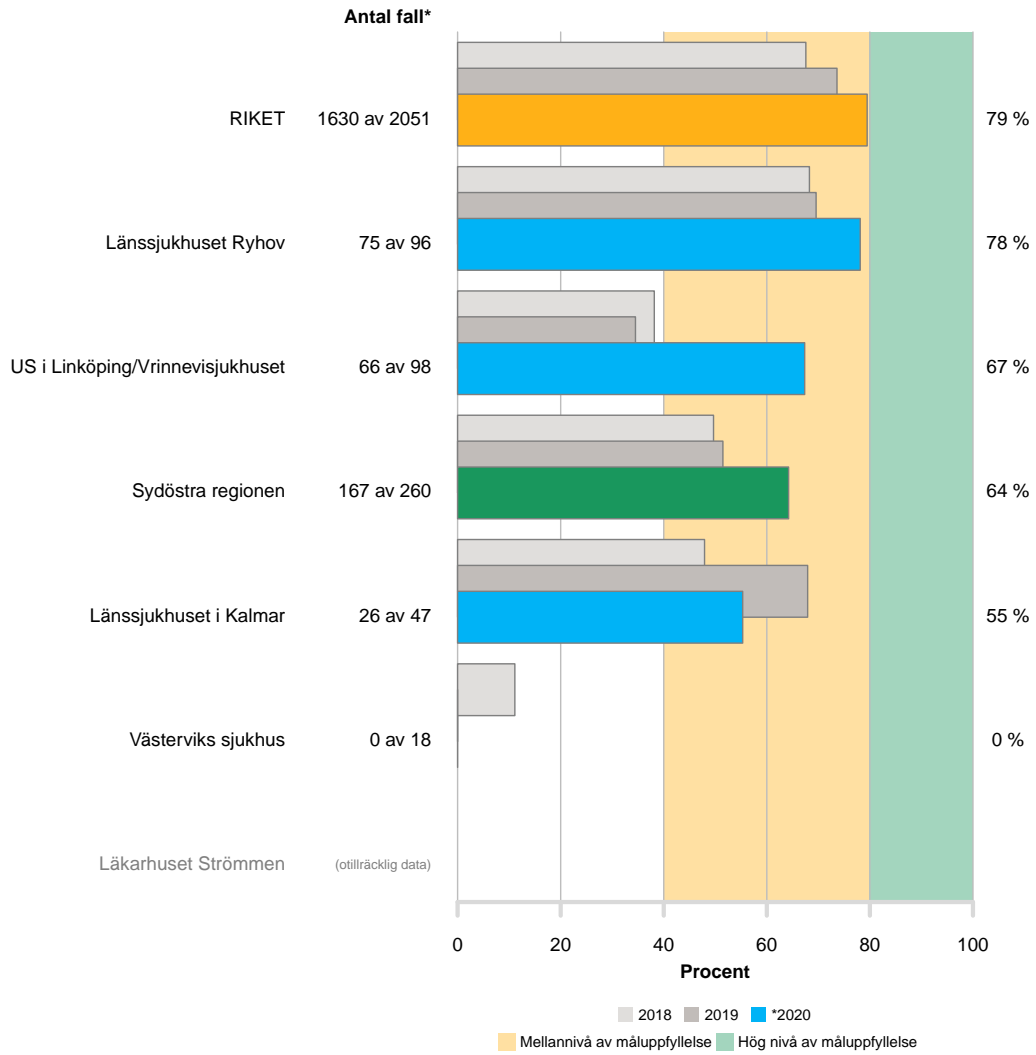
Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



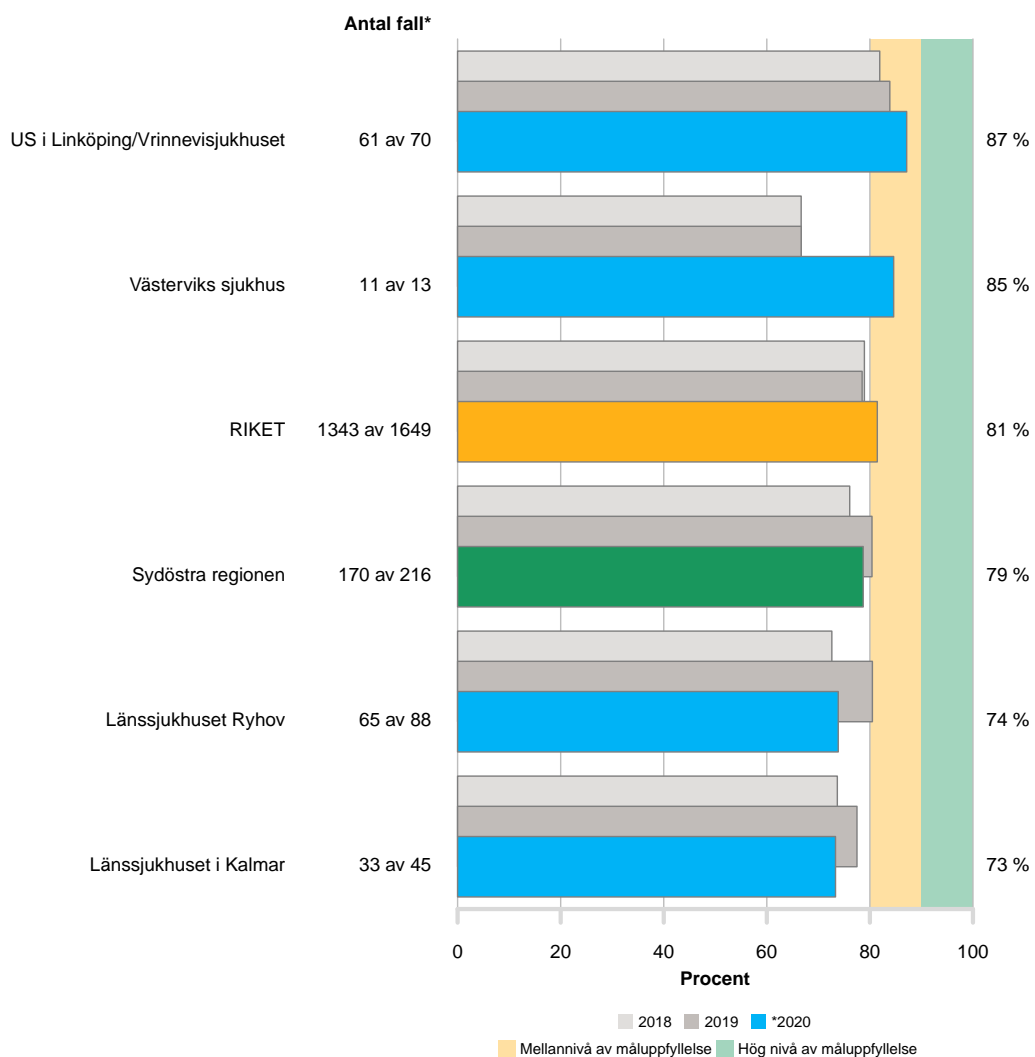
Figur 6. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.



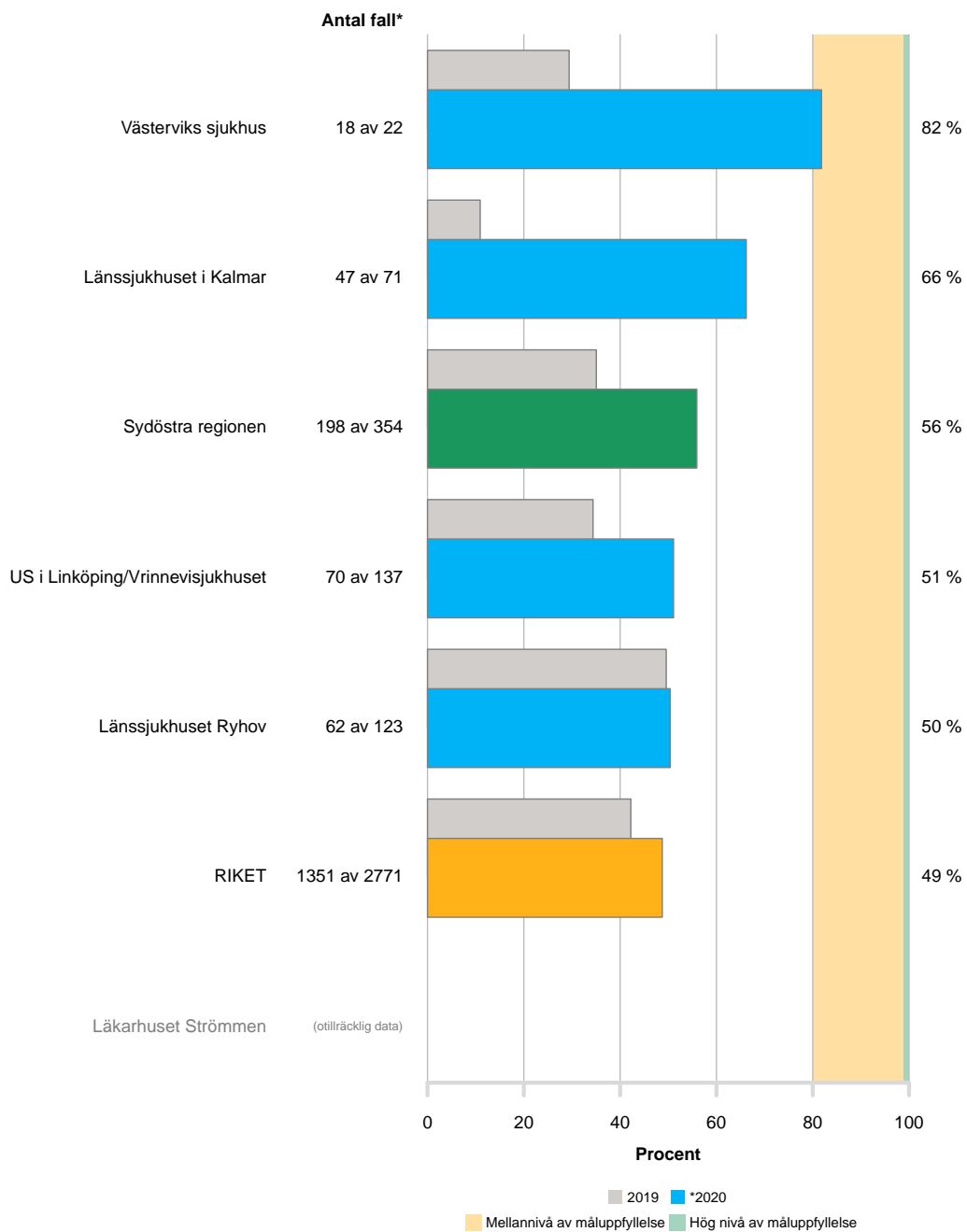
Figur 7. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.



Figur 8. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2020.



Figur 9. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2020.



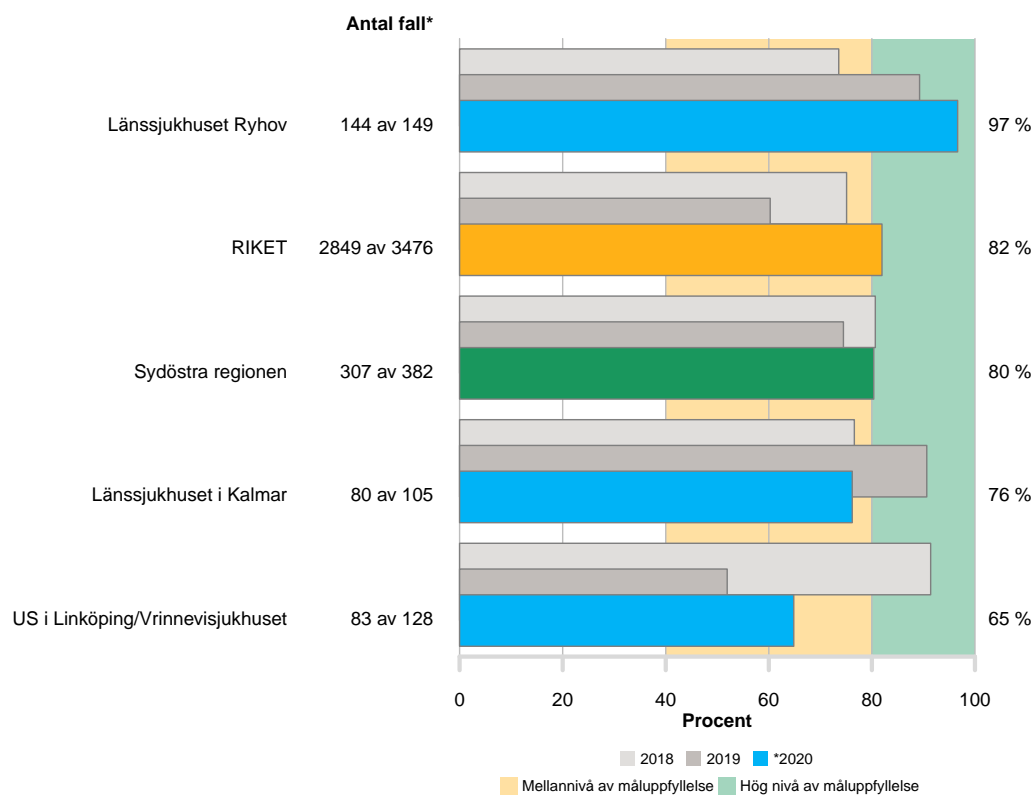
Figur 10. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus, operationsår 2020.



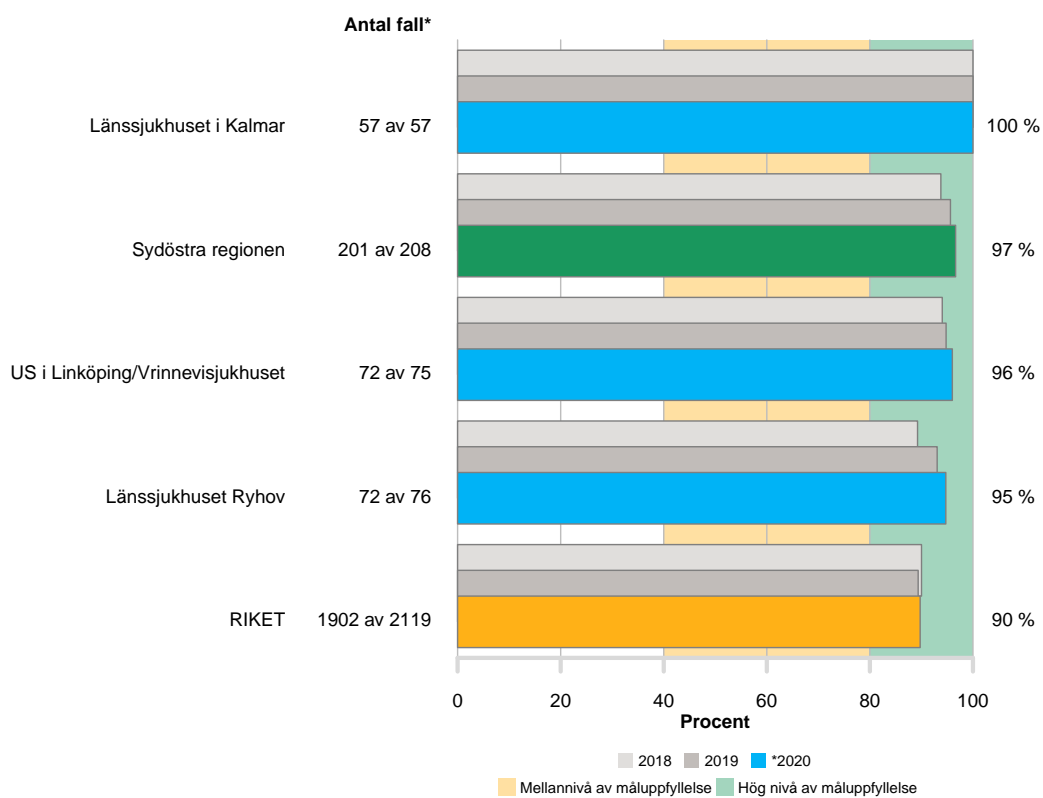
1. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsnivå 70 %, övre gränsnivå 90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
4. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
5. 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 %.
6. 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 %.
7. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus. Nedre gränsnivå 40 %, övre gränsnivå 80 %.
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus. Nedre gränsnivå 80 %, övre gränsnivå 90 %.
9. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus. Nedre gränsnivå 80 %, övre gränsnivå 100 %.

Figur 11. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2020. 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.

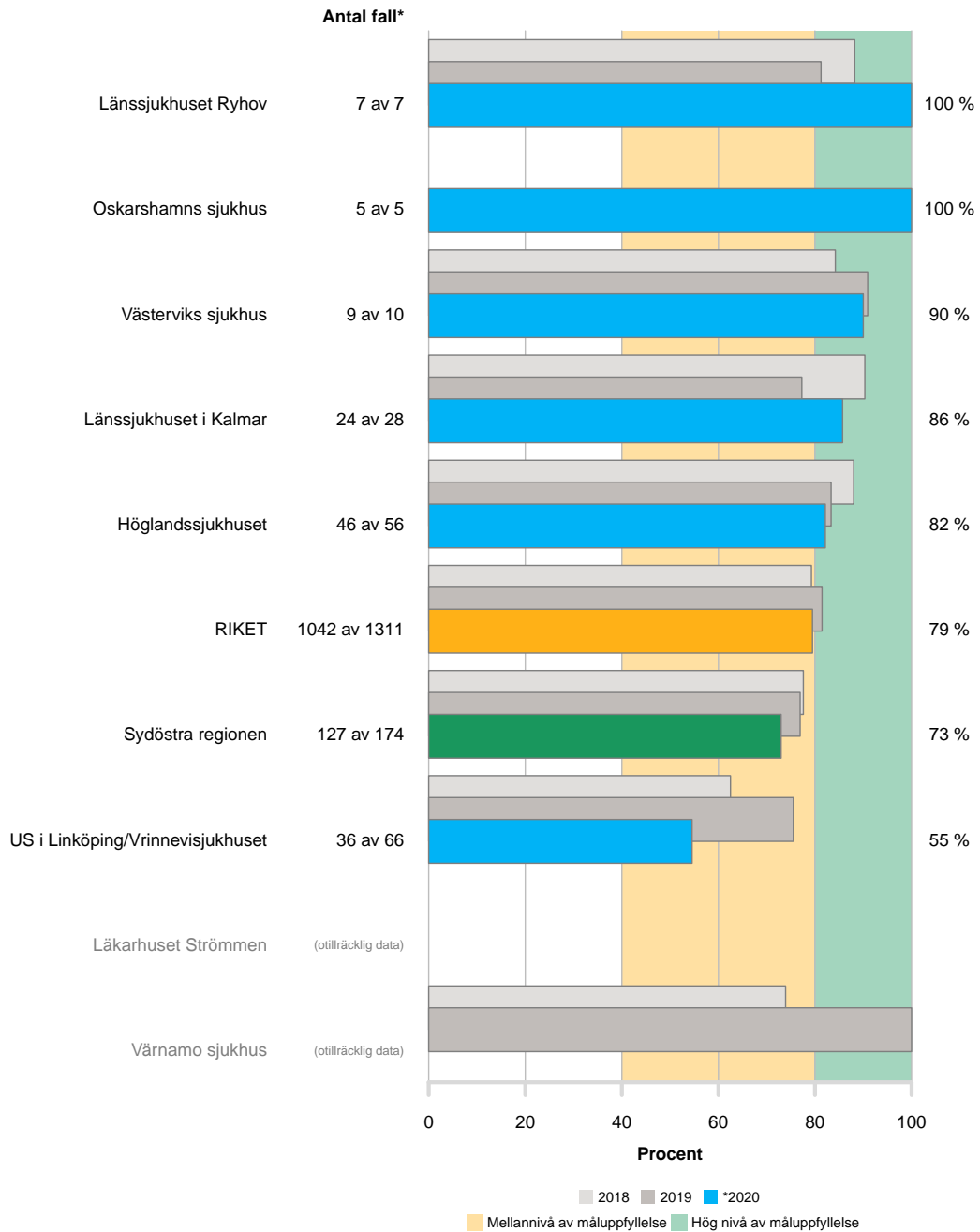
Kvalitetsindikatorer - onkologi



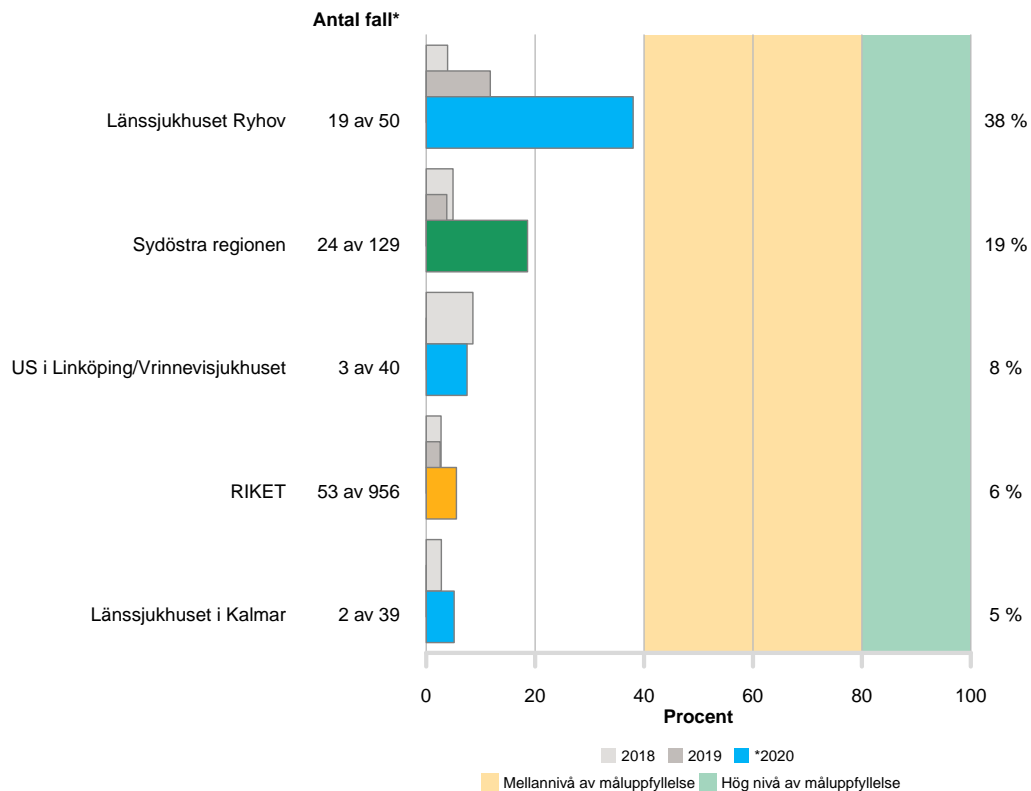
Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



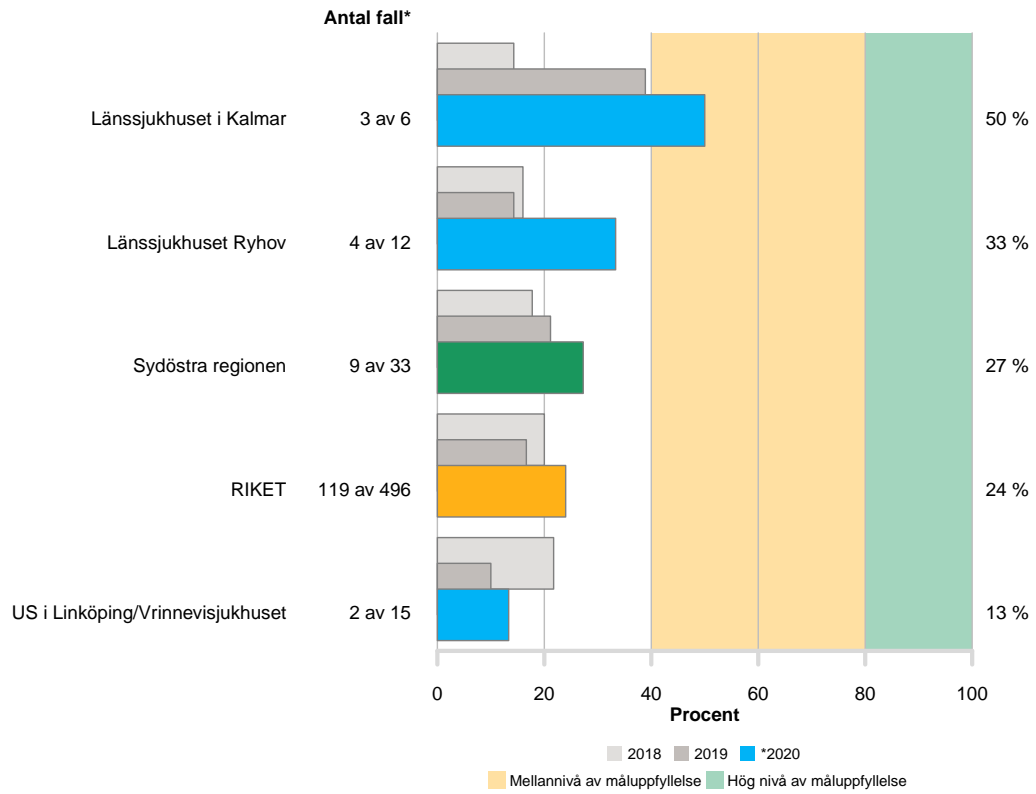
Figur 13. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



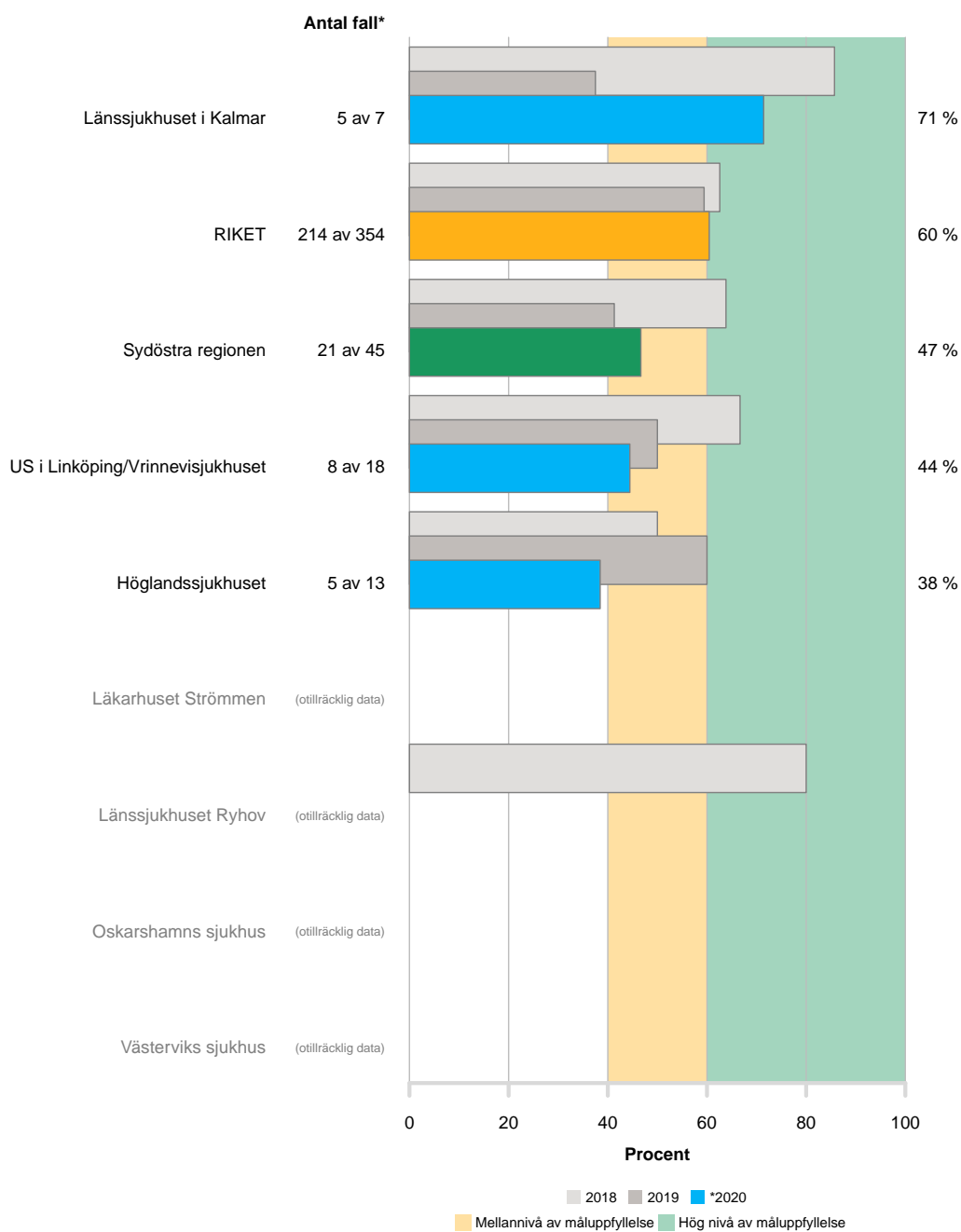
Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.



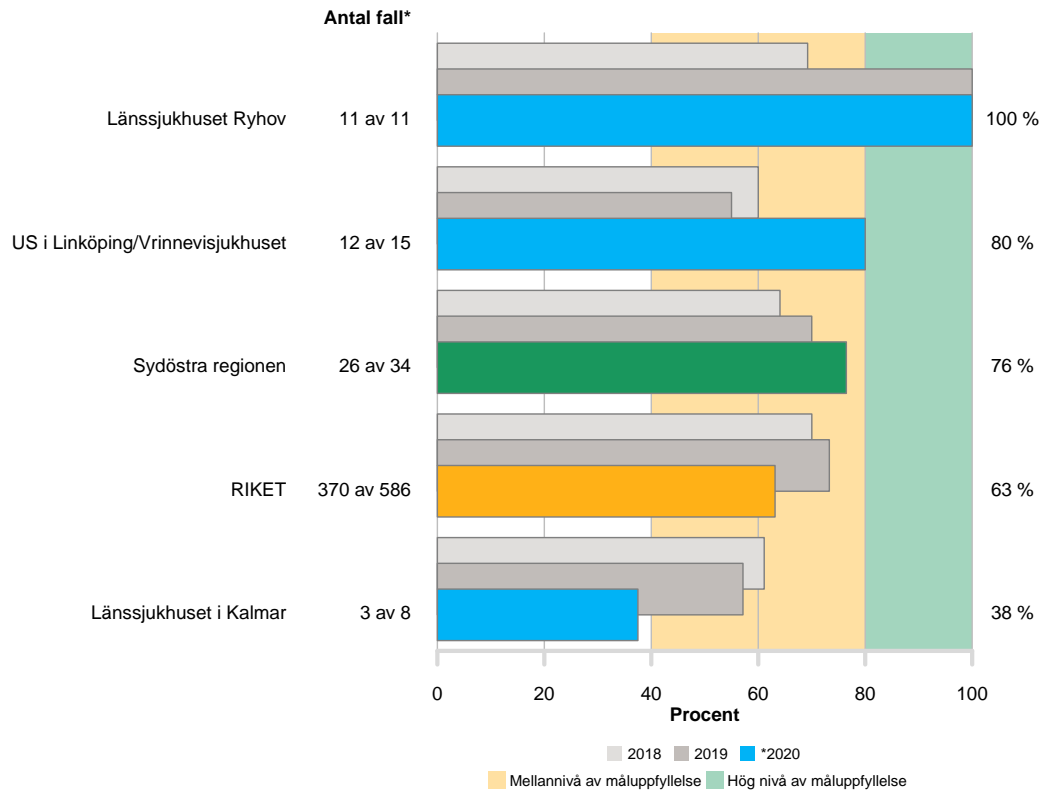
Figur 15. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



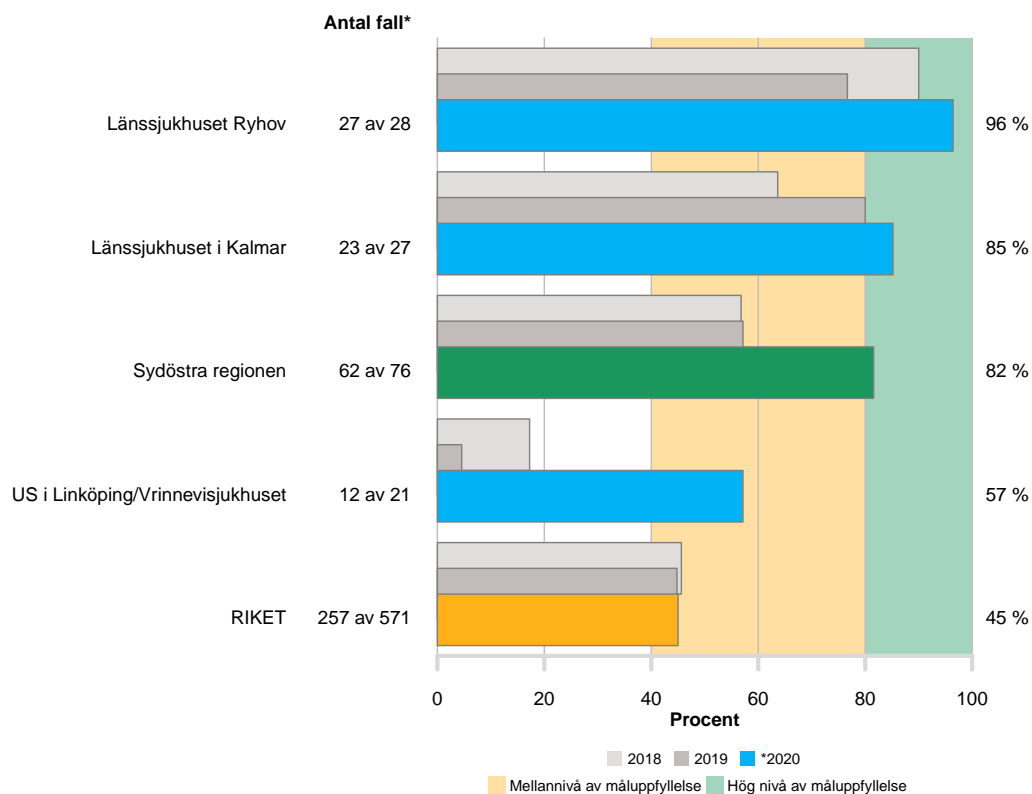
Figur 16. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriscancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbearhandlande sjukhus, diagnosår 2020.



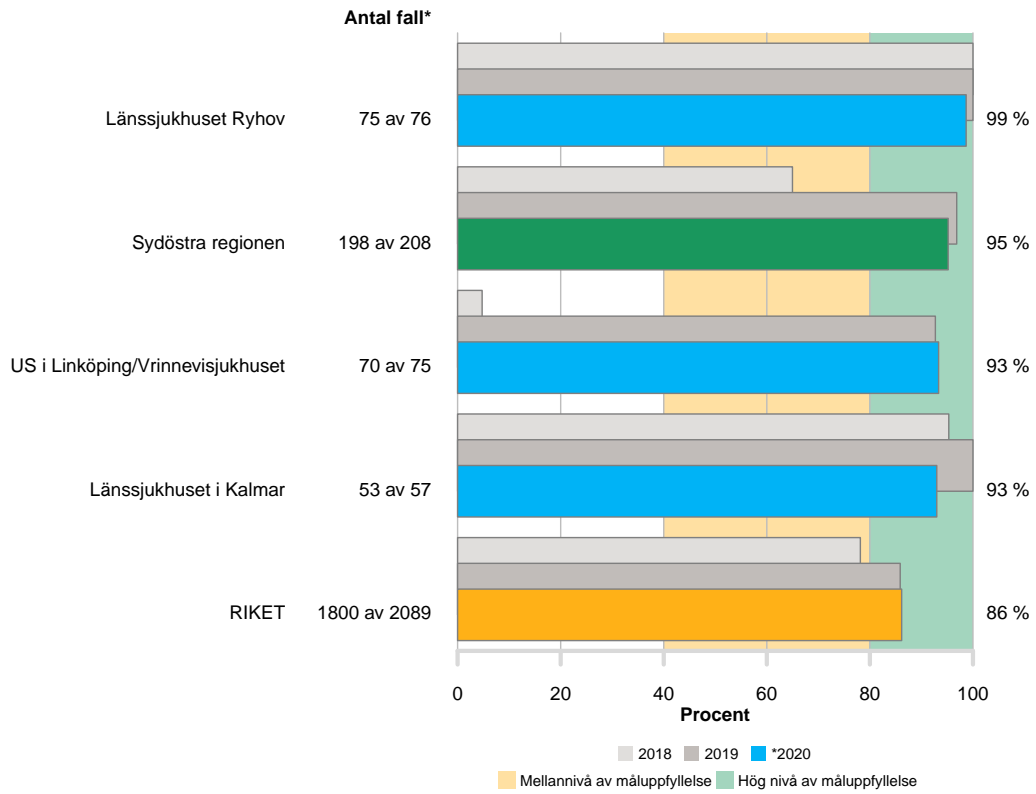
Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.



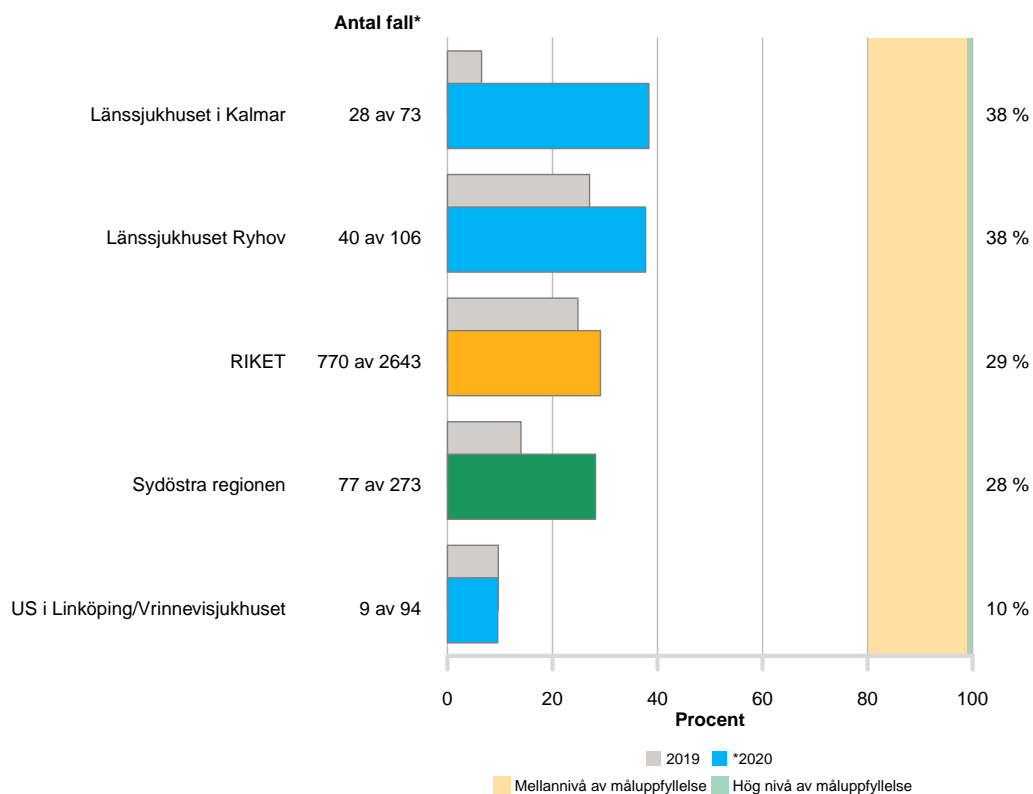
Figur 18. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



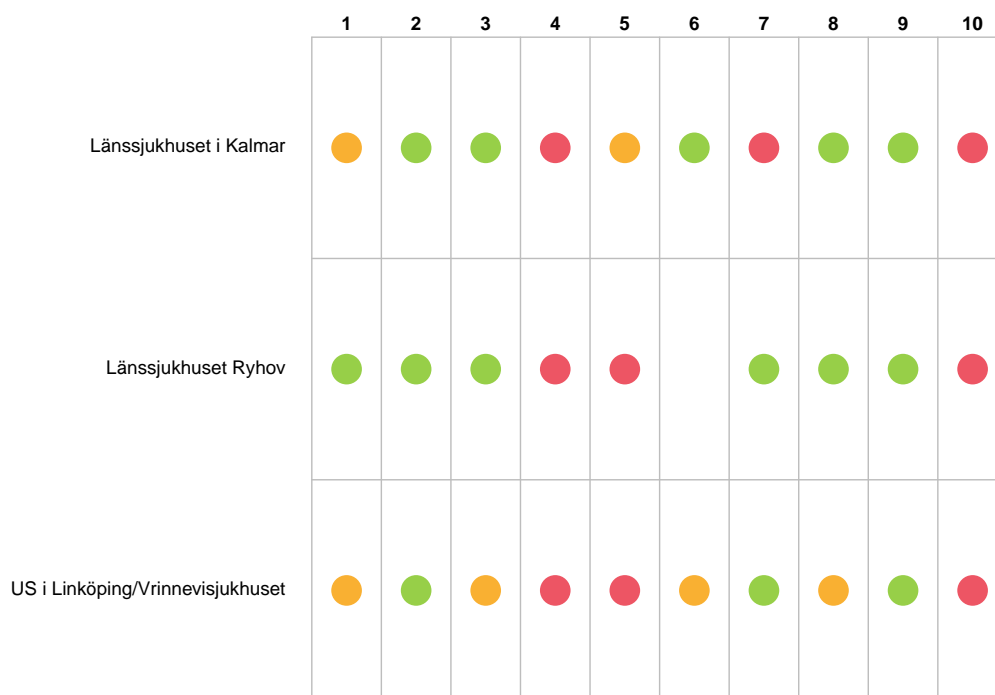
Figur 19. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



Figur 20. Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



Figur 21. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



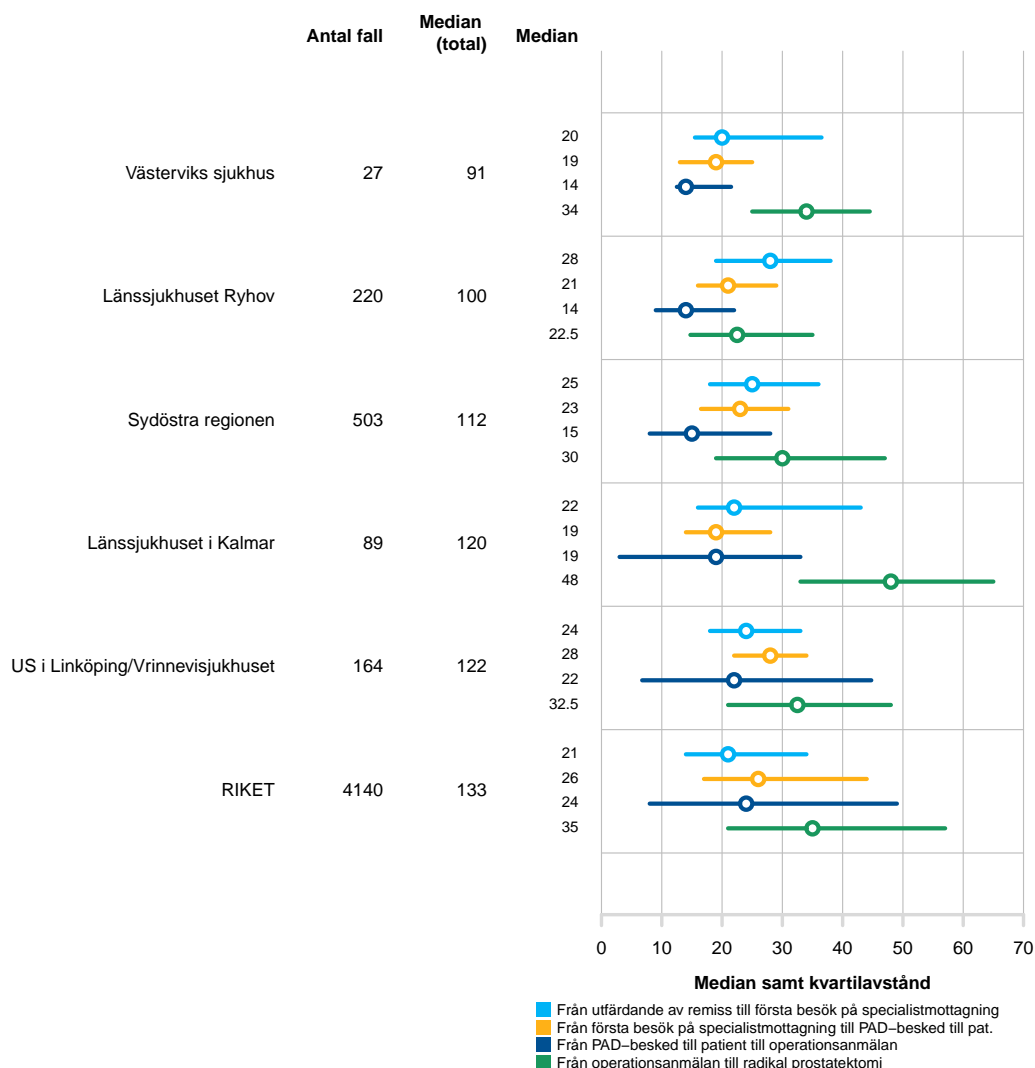
1. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
2. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, 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 57 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 eller extern + brachy 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 22. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2020. 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.

Väntetider

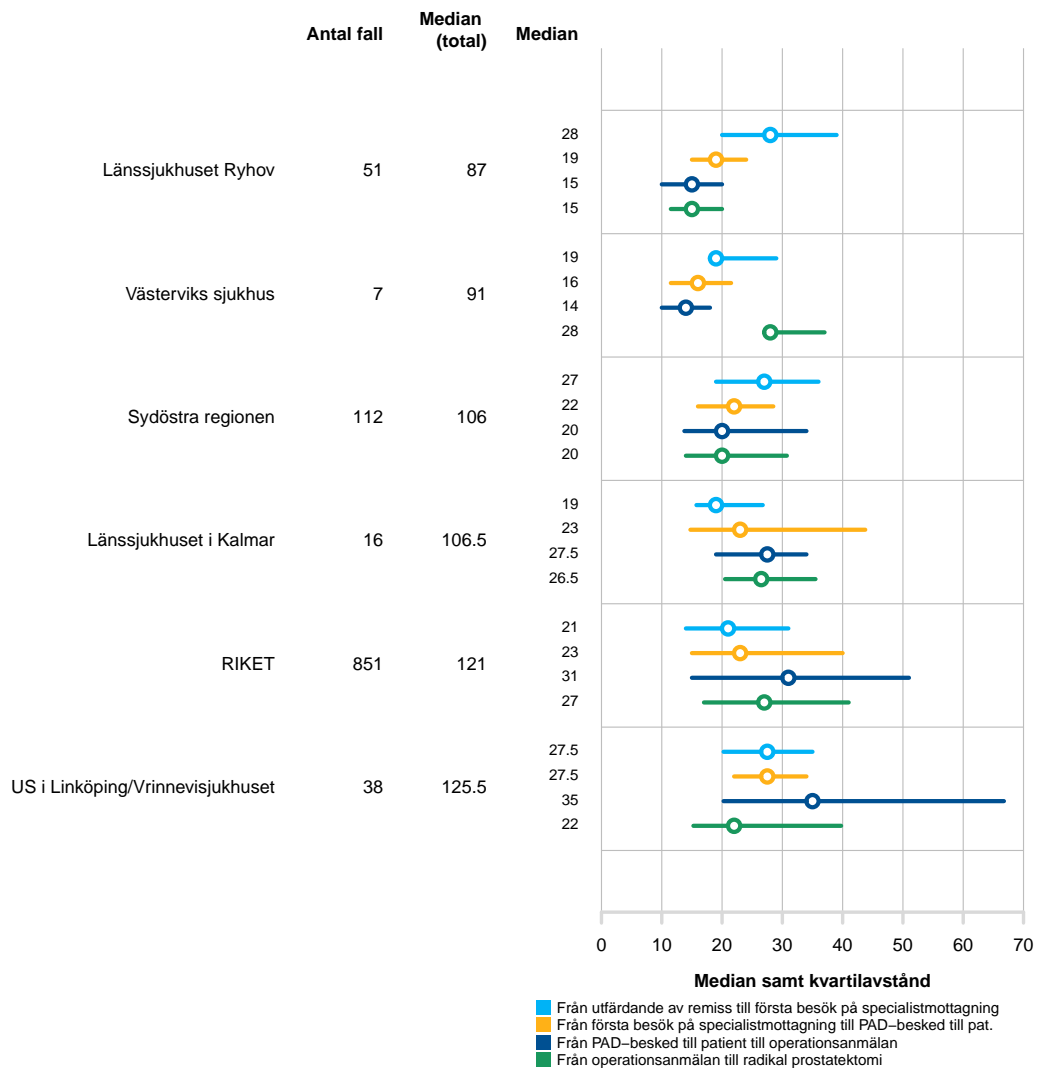
OBS!

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.



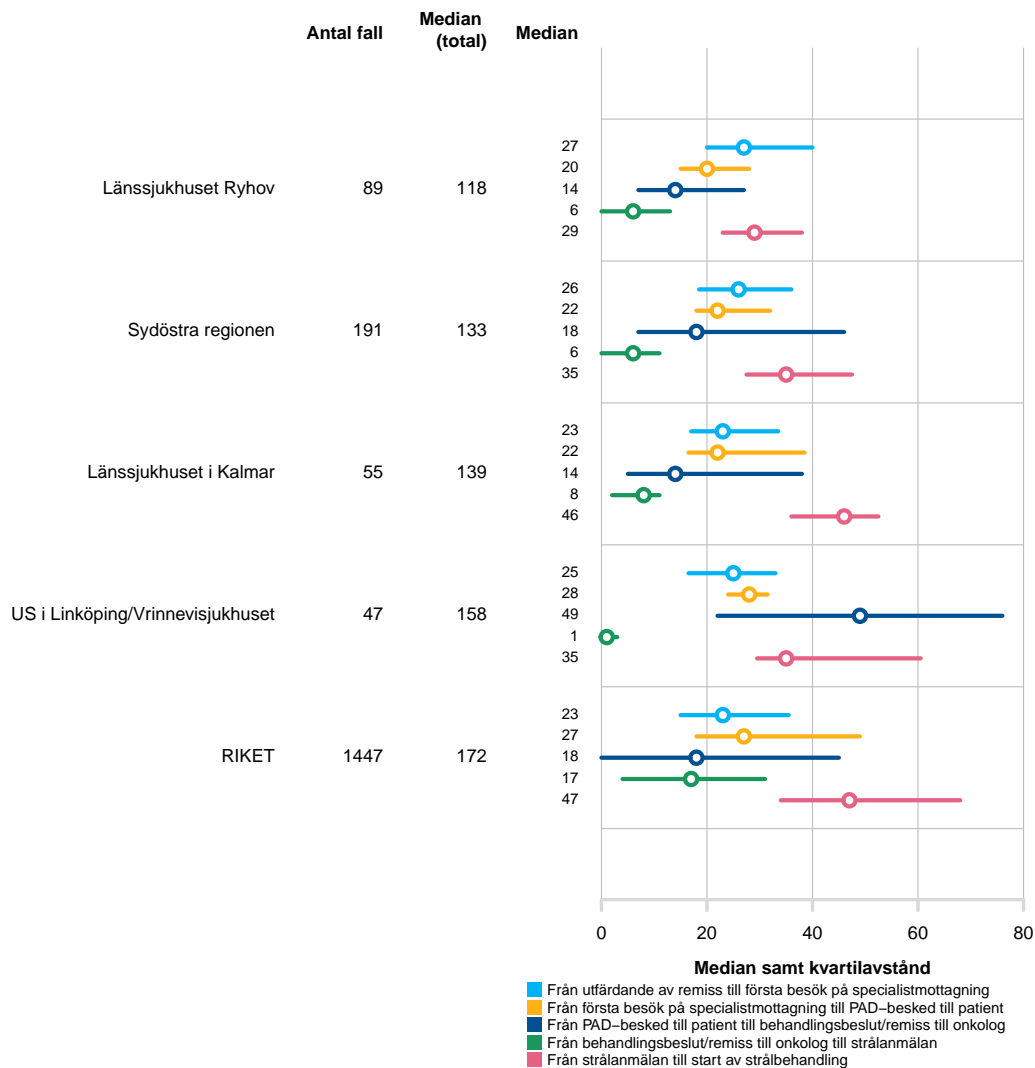
Figur 23. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.

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.



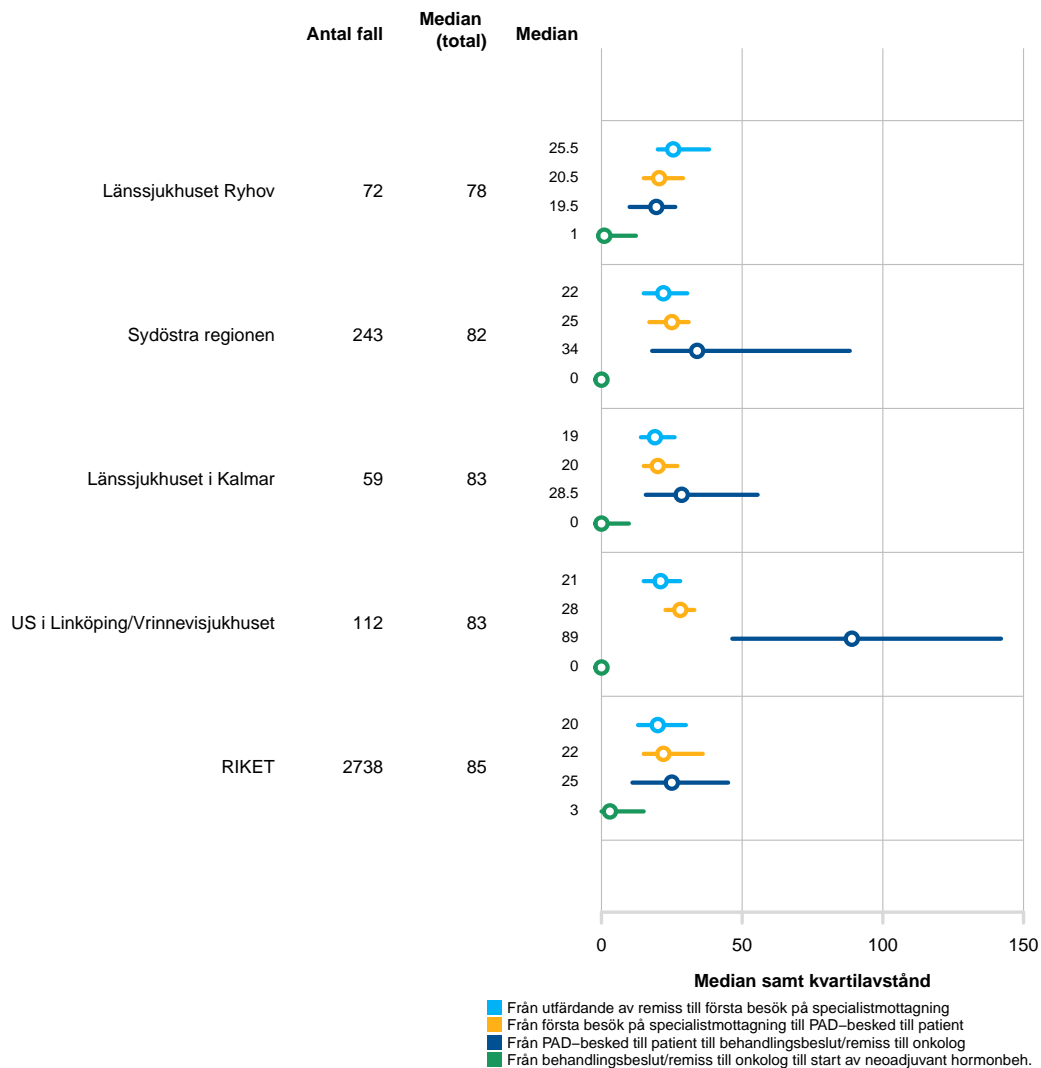
Figur 24. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.

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.



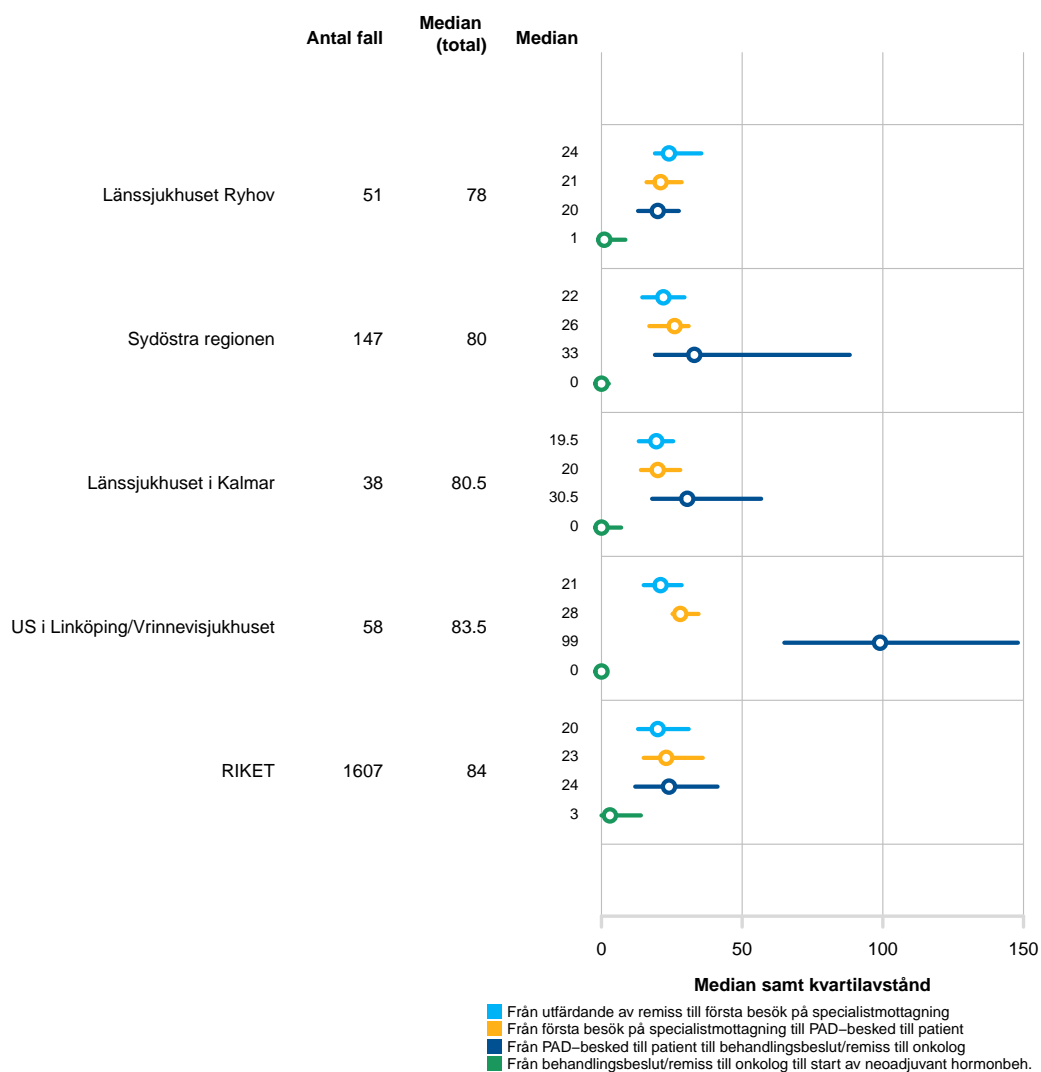
Figur 25. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.

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 neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.

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 med **högriskcancer** som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.

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.