

# Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2020

Stockholm-Gotland

Mars 2021

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige  
Akademiska sjukhuset  
SE-751 85 UPPSALA

# INNEHÅLL

<b>FÖRORD</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>RESULTATREDOVISNING</b> . . . . .	<b>10</b>
Täckningsgrad . . . . .	10
Kvalitetsindikatorer - urologi . . . . .	11
Kvalitetsindikatorer - onkologi . . . . .	21
Väntetider . . . . .	32

## FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020. . . .	10
2	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020. . . . .	11
3	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020. . . . .	12
4	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020. . . . .	13
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. . . . .	14
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. . . . .	15
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. . . . .	16
8	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparrande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2020. . . . .	17
9	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2020. . . . .	18
10	Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus, operationsår 2020. . . . .	19
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. . . . .	20
12	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020. . . . .	21
13	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020. . . . .	22
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. . . . .	23
15	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020. . . . .	24
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. . . . .	25

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. . . . .	26
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. . . . .	27
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. . . . .	28
20	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020. . . . .	29
21	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020. . . . .	30
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. . . . .	31
23	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2018-2020. . . . .	32
24	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med <b>högriskcancer</b> som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2018-2020. . . . .	33
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. . . . .	34
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. . . . .	35
27	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med <b>högriskcancer</b> som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2018-2020. . . . .	36

# 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 Stockholm-Gotlandregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2020.

## KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Detta gångna året präglas helt av Covid-19-pandemin. I Stockholm-Gotlandsregionen ställdes all diagnostik av prostatacancer in under mars-juli 2020 i enlighet med nationella riktlinjer. Dessutom beslöt vi att i första hand aktivt monitorera män med mellanrisk cancer samt skjuta på postoperativ strålbehandling, då riskerna att starta behandling under pandemin bedömdes större än nyttan att starta behandling direkt. Under hösten startade verksamheten upp igen, men flera kvalitetsparametrar blir svårvärderade i ljuset av detta.

**Täckningsgraden** som var 87 % 2019 för regionen har åter ökat till 92 %.

**Inrapporteringshastighet** av strålbehandling (inom 3 mån från start av strålbehandling) är hög, 90 % rapporteras inom stipulerad tid. Samtliga kliniker har förbättrat sin inrapporteringshastighet sedan förra året och variationen mellan klinikerna har minskat.

**Kontaktsjuksköterska** finns i riket hos 87 % av urologiska patienter och vår region hos 88 %. Aleris i Täby som har haft ett flertal personal som slutat under 2020 sticker ut med endast 51 %.

### Väntetider

För tid mellan remiss till första besöket urolog (max 21 dagar) har vi i regionen förbättrat resultat (66 %) jämfört med förra året, samt är också bättre jämfört riket (54 %). Bland de sämsta klinikerna finns NKS (26 %) och Capio S:t Görans (28 %) som dock är en klar förbättring jämfört förra året. 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.

Tid mellan biopsi och PAD besked (max 11 dagar) är regionen något bättre (17 %) jämfört med riket (12 %). Bäst i regionen är Access Urologi med 53 %, Capio S:t Görans prostatacancercenter med 46 % och SÖS med 40 %.

Angående tid från remiss till utförande av kurativ behandling är regionen klart sämre (10 %) jämfört med riket (18 %). Däremot har UroClinic (20 %) lyckats något bättre.

Väntetid för strålbehandling för intermediär-riskcancer från behandlingsbeslut hos onkolog till start av strålbehandling (inom 21 dagar) uppnåddes för 2 % patient i regionen, jämfört med 6 % i riket.

För män som erhållit postoperativ strålbehandling, där start skall ske inom 28 dagar, nåddes målet i regionen för 10 % av männen jämfört med 45 % i riket. Båda dessa ledtider påverkades av temporära behandlingsriktlinjer under pandemin, där beslutet var att skjuta behandlingen. Måluppfyllelsen är dock ungefär i samma nivå som förra året varför regionens totala strålkapacitet troligen är en starkt bidragande orsak till ledtiderna.

Andel män som startat neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling inom 57 dagar är dessvärre fortsatt låg, 12 % i regionen mot 24 % i riket. Orsaken till långa ledtider i den här gruppen beror sannolikt på många faktorer och väntetider i flera led. Ett förbättrat samarbete mellan vårdgivarna skulle vara av värde för att korta ledtiderna.

Total väntetid uppdelat på de ingående deltiderna för högriskcancer som fr.o.m. förra året var en ny redovisningsparameter som väl illustrerar flera viktiga aspekter. Det gula strecket som är tid för PAD besked som oftast inte kliniken kan påverka varierar både mycket mellan kliniker, men också i samma klinik mellan olika år t.ex har UroClinic i år längst tid för PAD (43 dagar), men trots detta kortast totaltid 108 dagar. Kanske skulle man här lägga in tid för rebiopsi, tid för preoperativ MR konferens samt naturligtvis tid för MDK.

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: Var klart mindre i år i regionen (65 %) jämfört riket (84 %), vilket är förvånande. Det beskrivs t.ex att NKS under 2020 skulle haft så få fall som 5 med M1, varav endast 2 diskuterats på MDK. Vi har diskuterat dessa ledtider med ordförande Stattin och kommit fram till att det beror på brutna vårdkedjorna och att arbete pågår för att förbättra detta. Detta arbete kommer bli mycket viktigt då som ett exempel NKS varje vecka diskuterar ca 20-30 patienter på MDK vilket på ett år blir minst 1000 patienter och att endast 2 promille av dessa skulle ha haft MI sjukdom förefaller osannolikt.

MDK för män <80 år med förväntad överlevnad >5 år och högrisk: Är i regionen ungefär på samma nivå som riket, 77 % respektive 79 %. Variationerna är stora, från 17 % för UroClinic till 100 % för Urologifocus.

## **Behandling**

Andel män under 80 år med högrisk prostatacancer som erhållit kurativt syftande strålbehandling eller inkluderats i studien SPCG-15 var 69 % i regionen med en variation mellan 57 % (Visby) och 82 % (S:t Göran), mot 60 % i riket.

Andel män med högriskcancer högst 75 år som planerats för adjuvant antiandrogenbehandling i minst 18 mån efter kurativ strålbehandling var lägre än tidigare år i regionen (76 %, spridning 73-81 %), jämfört riket 63 %. Det beror troligen på den nya diagnostiska metodiken med magnetkamera undersökning som används i regionen och som delvis sätter tidigare prognostiska kriterier ur spel.

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 (93 % respektive 86 %) som liksom förra året är högre jämfört med riket (79 % respektive 81 %).



**ePROM**

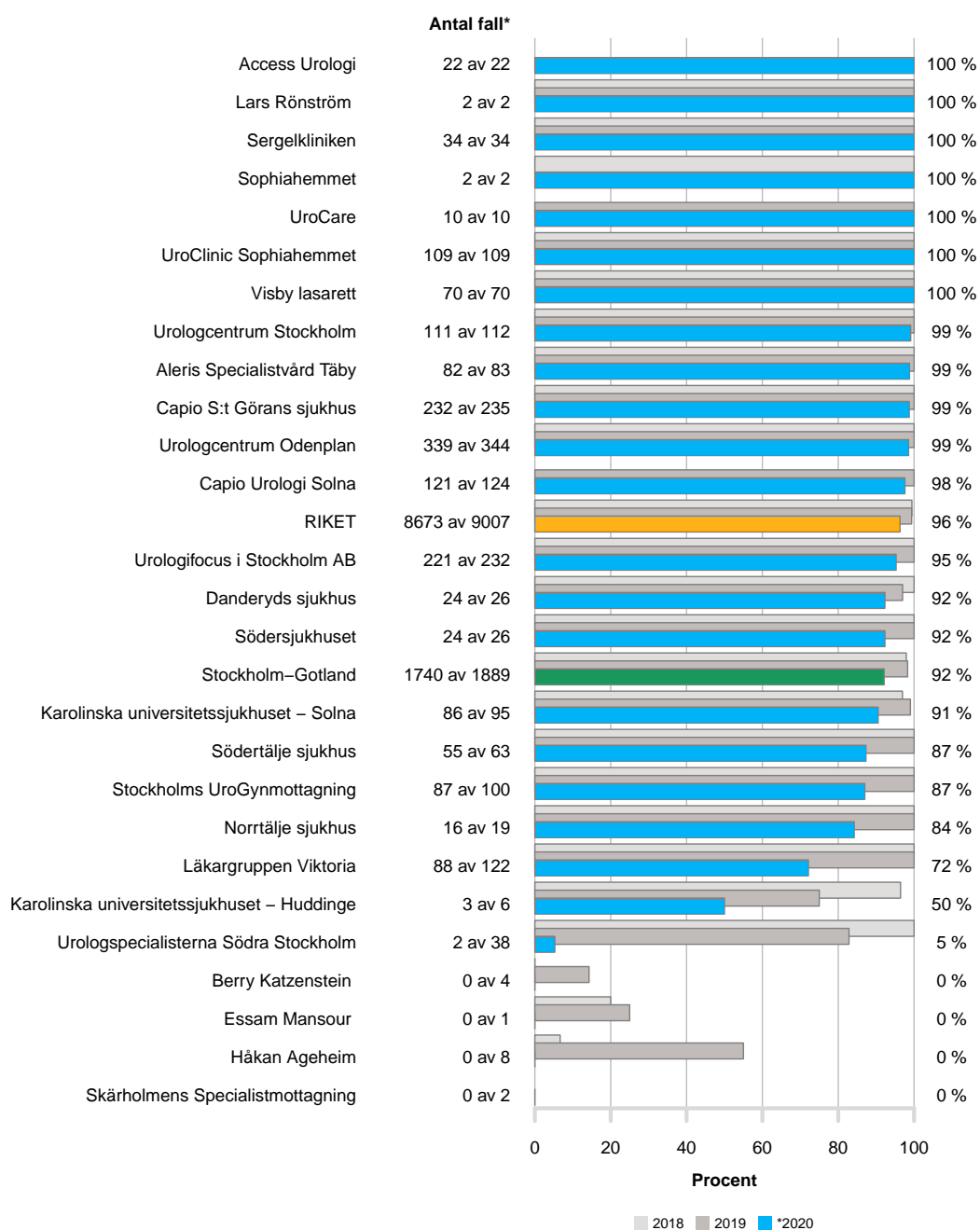
Andel män som besvarat ePROM-baslinjeenkät mäts sedan 2019. Regionen är visserligen obetydligt bättre (51 %) jämfört med riket (49 %), men här måste det till en skärpning, annars kan inte data användas till något meningsfullt. För strålbehandlade patienter har ingen förbättring skett när det gäller PROM-baslinjerapportering. Här har 30 % av männen lämnat ePROM inför strålbehandling jämfört med 29 % i riket. Under året kommer en ny struktur för hantering av ePROM att införas som underlättar för kliniken att samla data för att förbättra täckningsgraden. Ett förslag vore att koppla ePROM till den ekonomiska ersättningen för prostatacancerbehandling, då vi processledare i Stockholm tror att följsamheten inom mycket kort tid skulle bli 100 %.

**Stefan Carlsson, Marie Hjälms-Eriksson**

Regional processledare urologi, onkologi

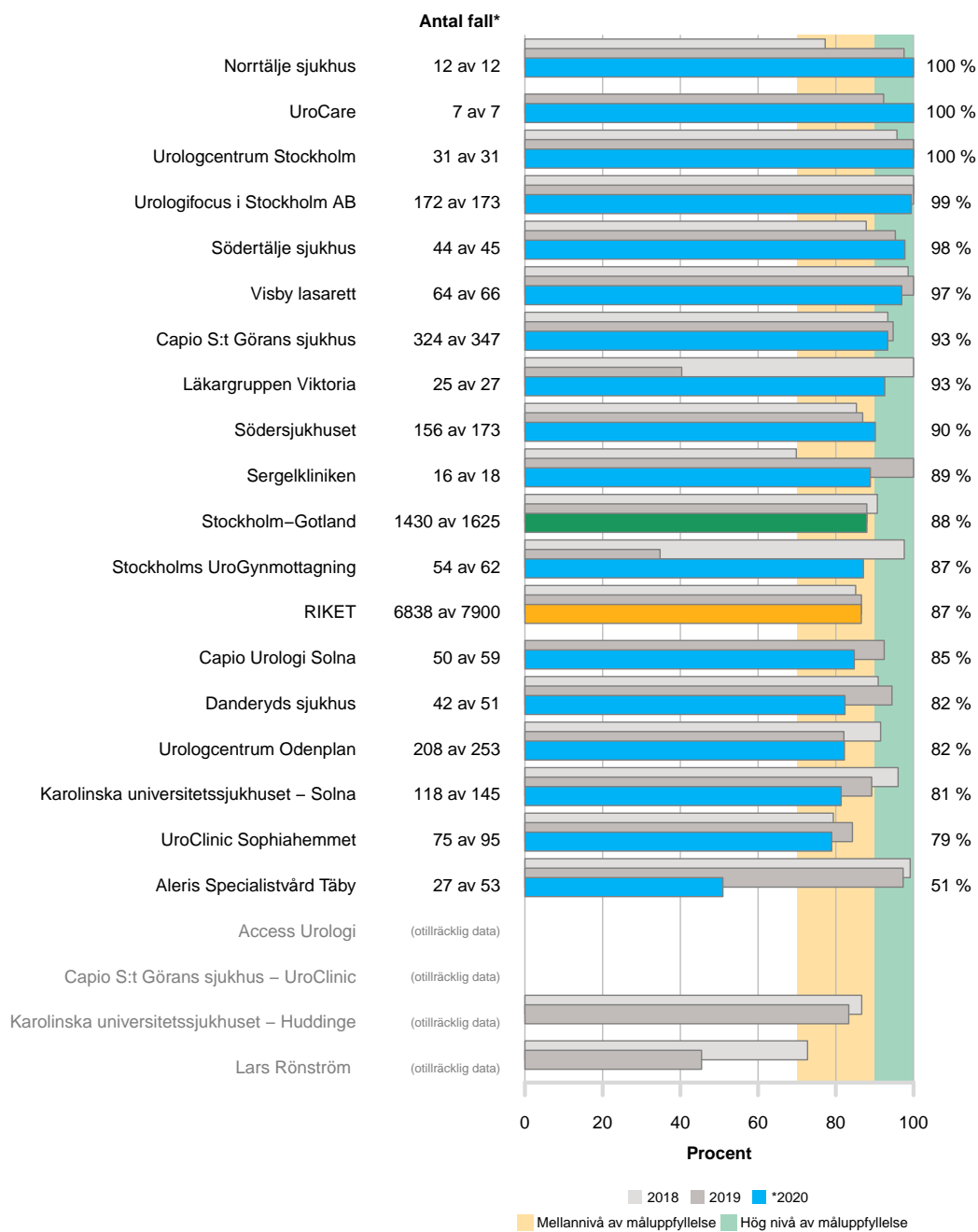
# RESULTATREDOVISNING

## Täckningsgrad

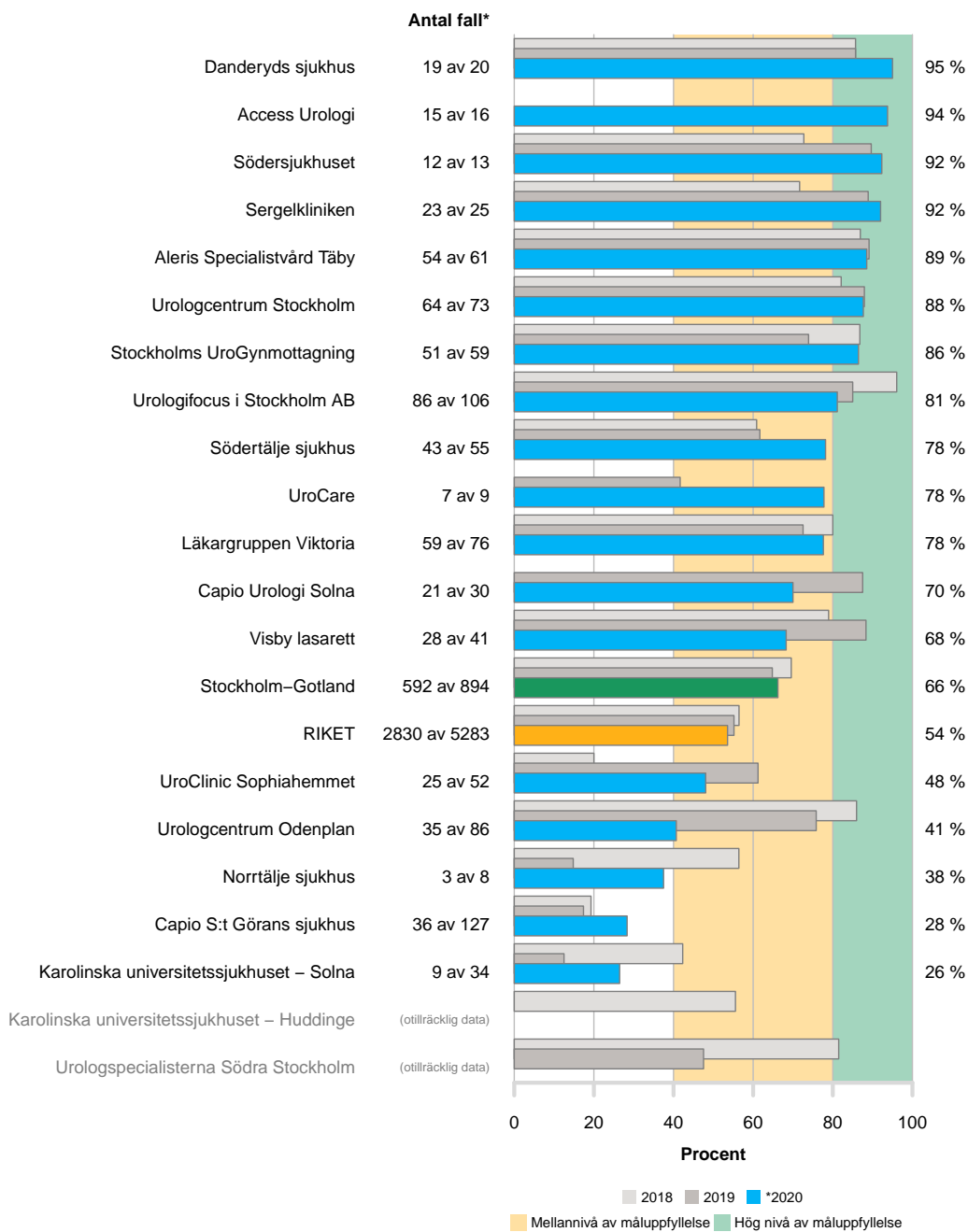


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.

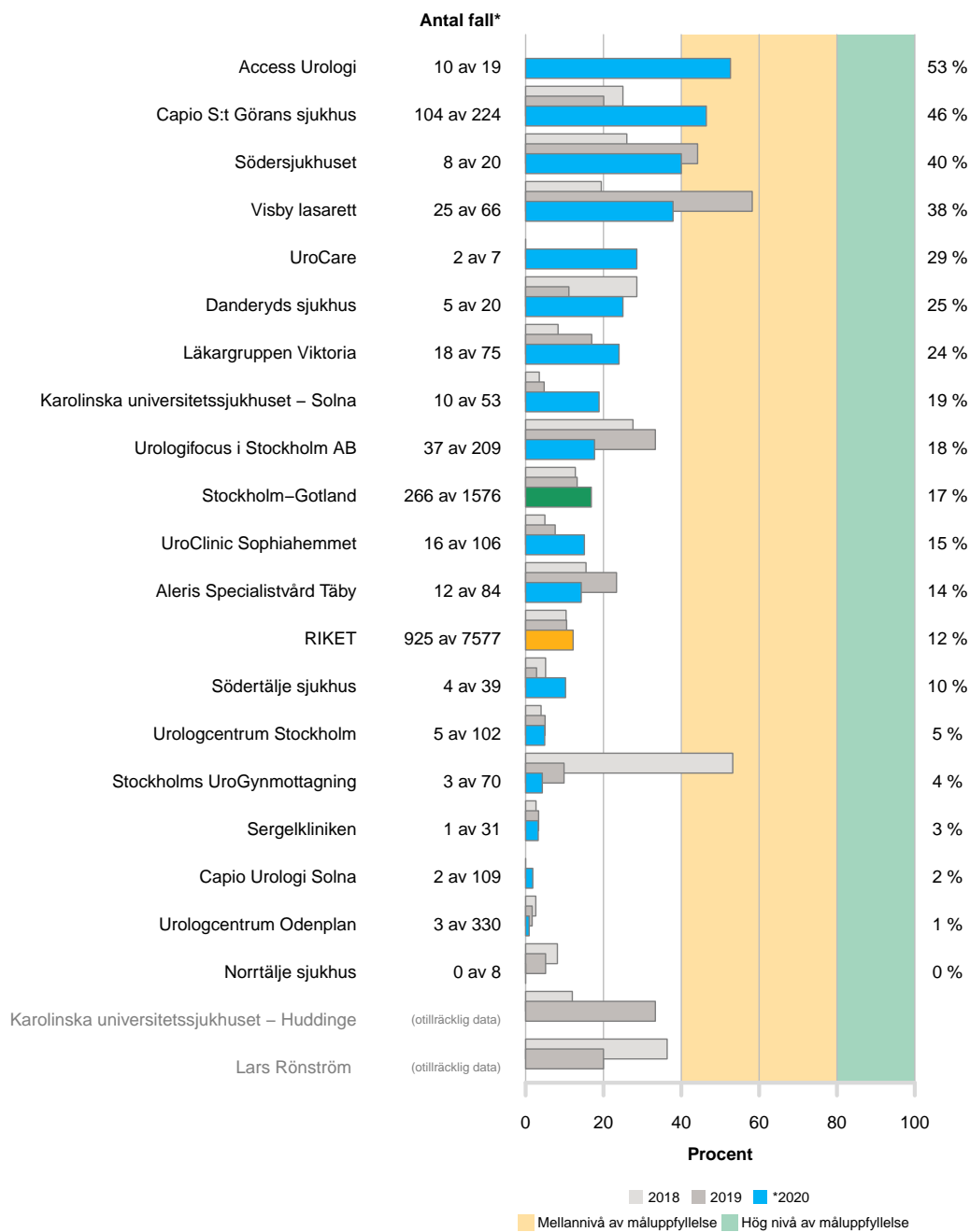
## Kvalitetsindikatorer - urologi



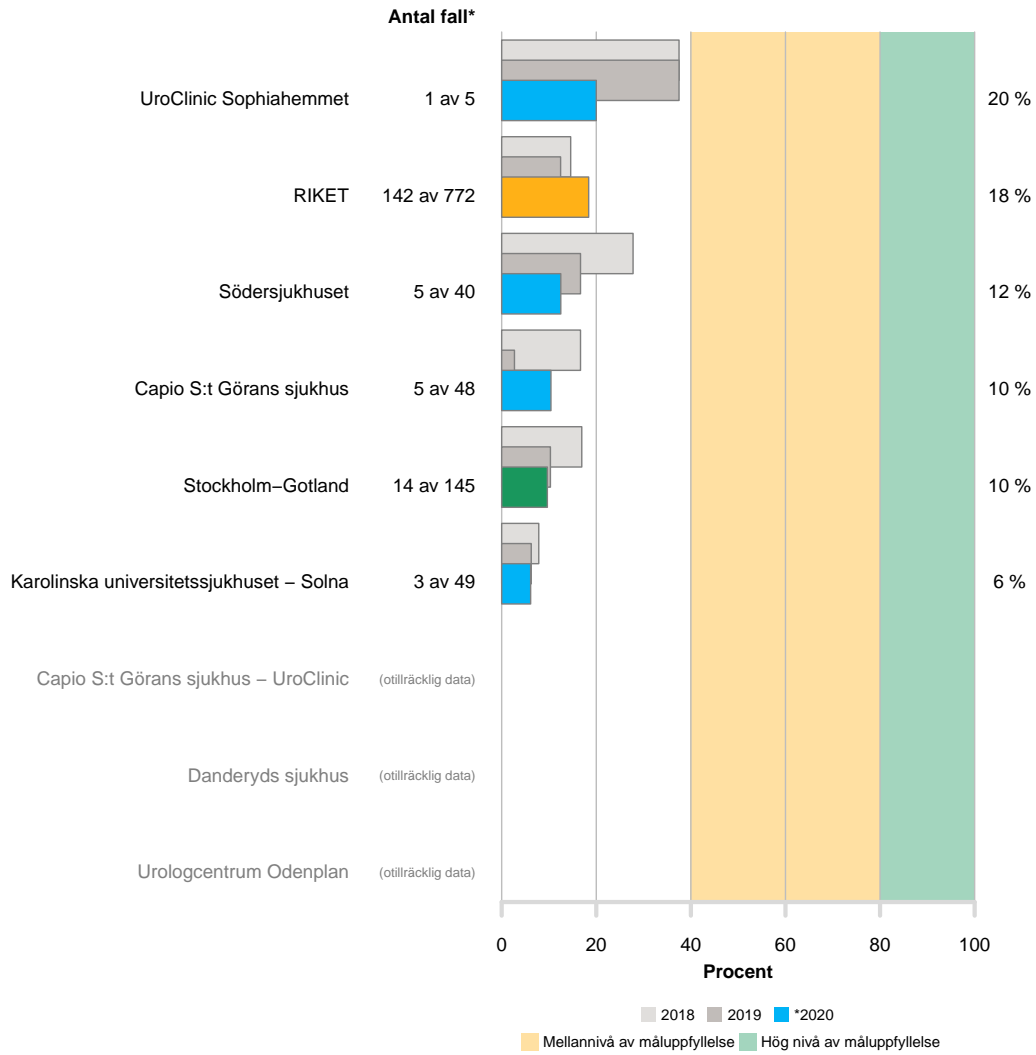
Figur 2. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.



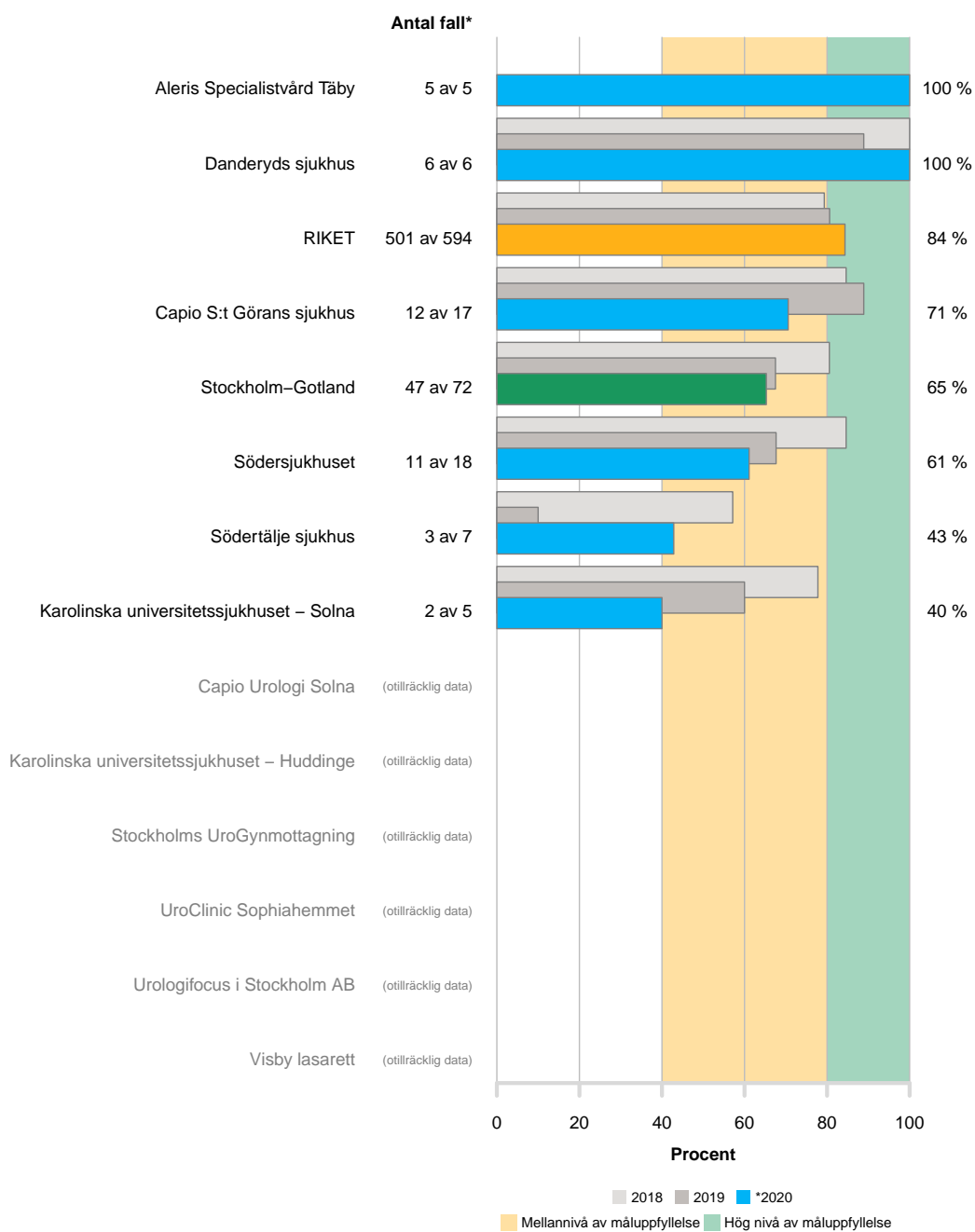
Figur 3. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.



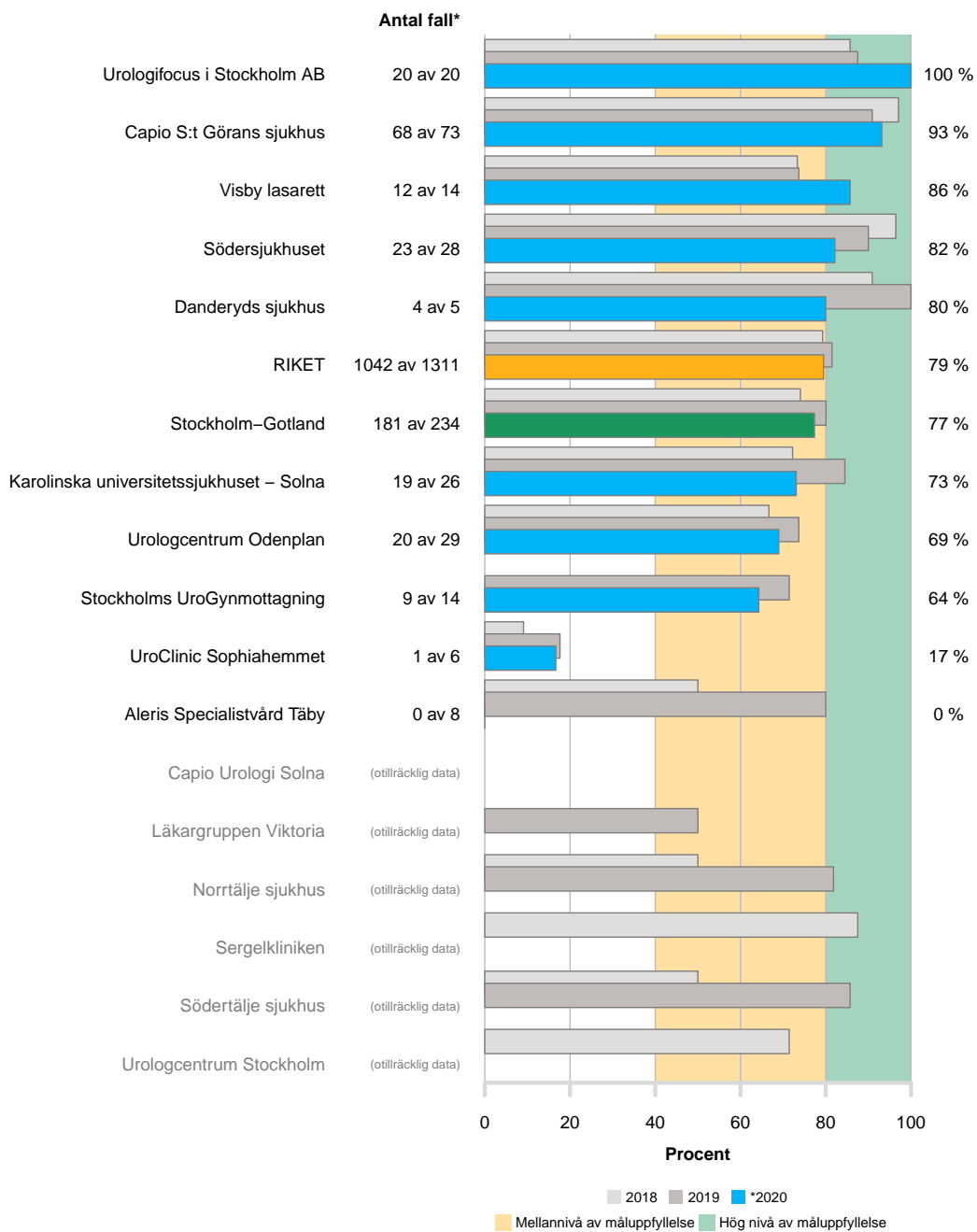
Figur 4. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2020.



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.

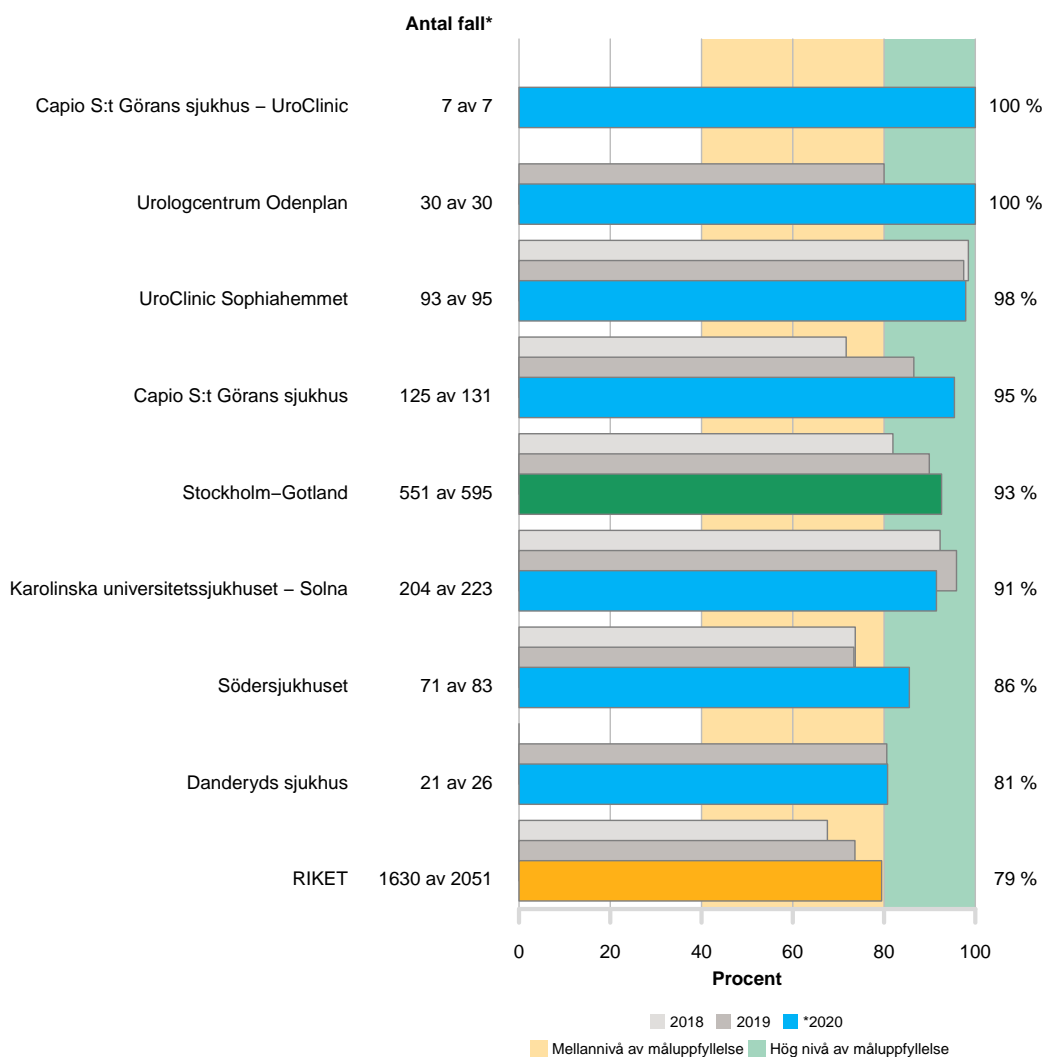


Figur 6. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.

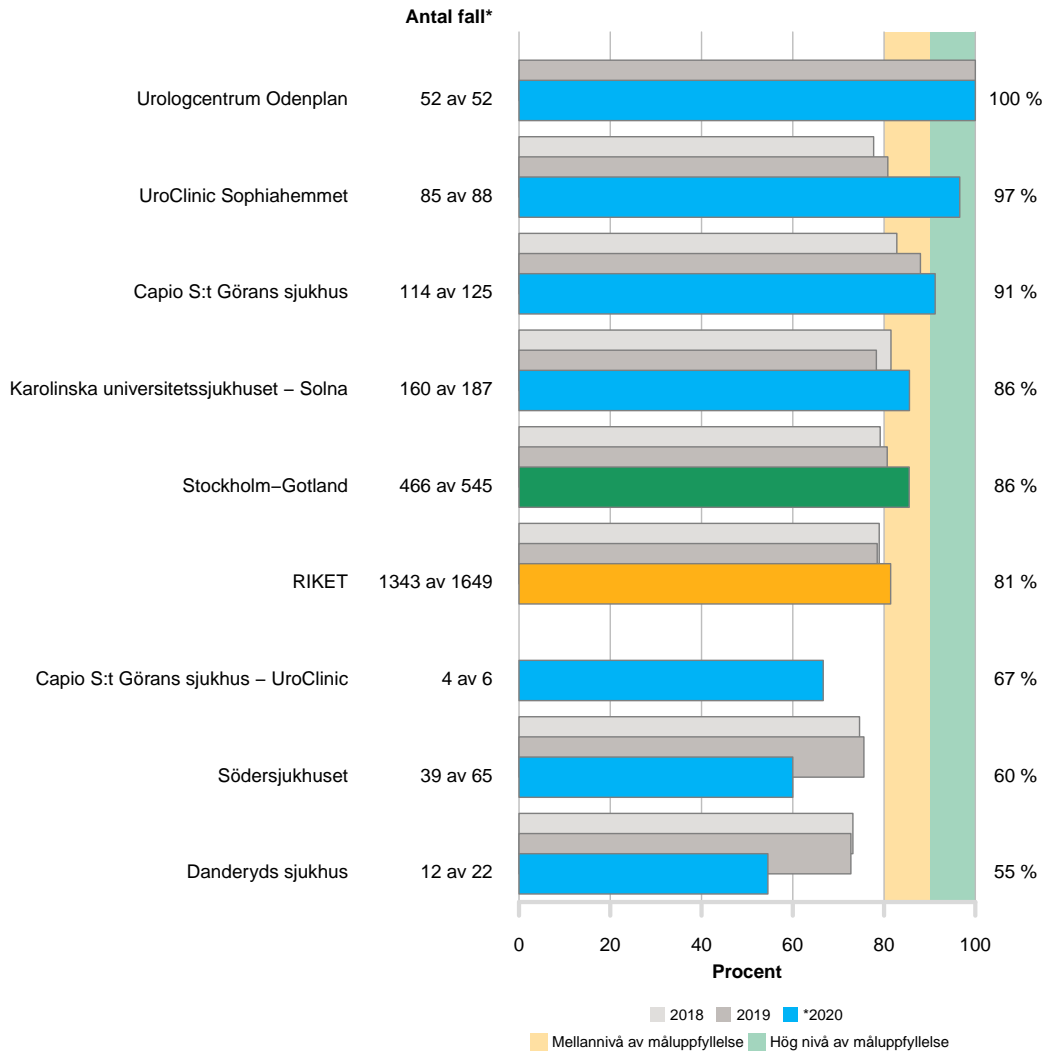


Figur 7. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.

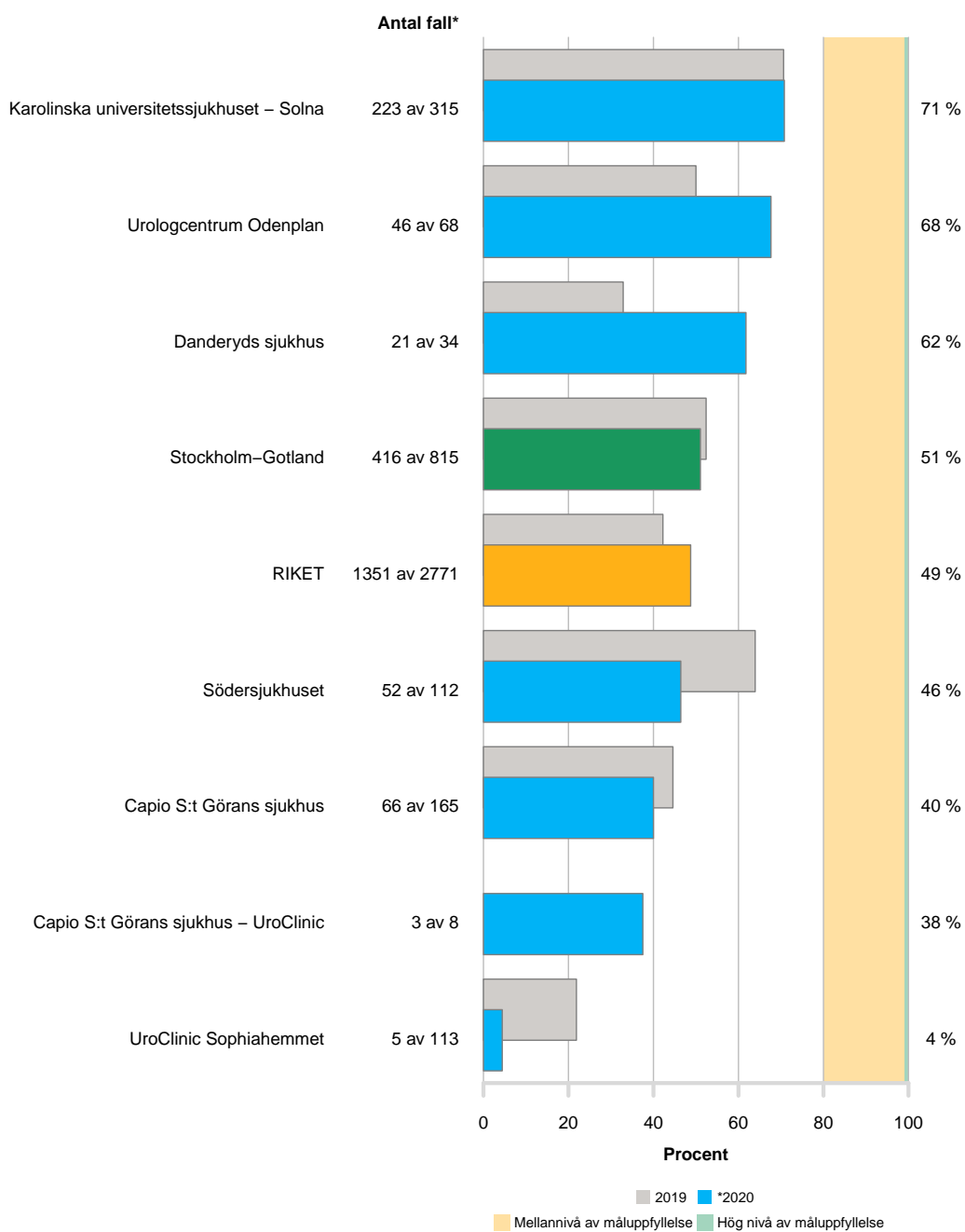




Figur 8. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2020.



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



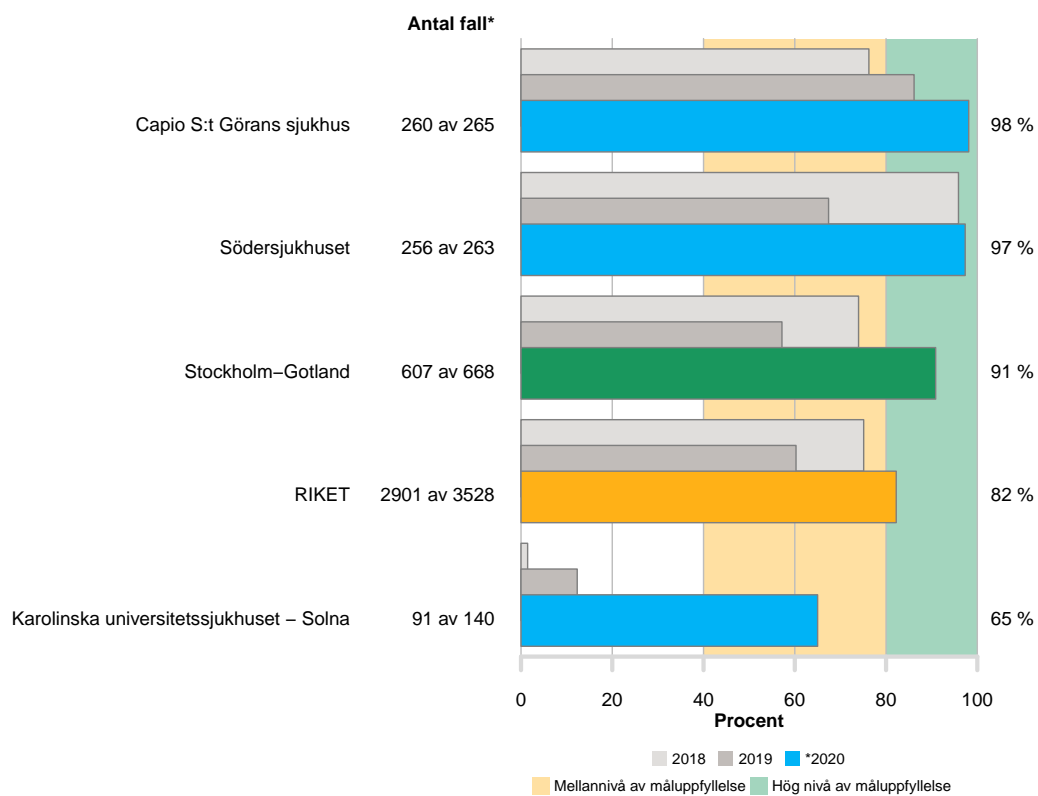
Figur 10. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus, operationsår 2020.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Capio S:t Görans sjukhus	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Capio S:t Görans sjukhus – UroClinic							●	●	●
Danderyds sjukhus	●	●	●		●	●	●	●	●
Karolinska universitetssjukhuset – Solna	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Norrtälje sjukhus	●	●	●						
Privat vårdgivare – Stockholm–Gotland	●	●	●		●	●			
Södersjukhuset	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Södertälje sjukhus	●	●	●		●				
UroClinic Sophiahemmet				●			●	●	●
Urologcentrum Odenplan							●	●	●
Visby lasarett	●	●	●			●			

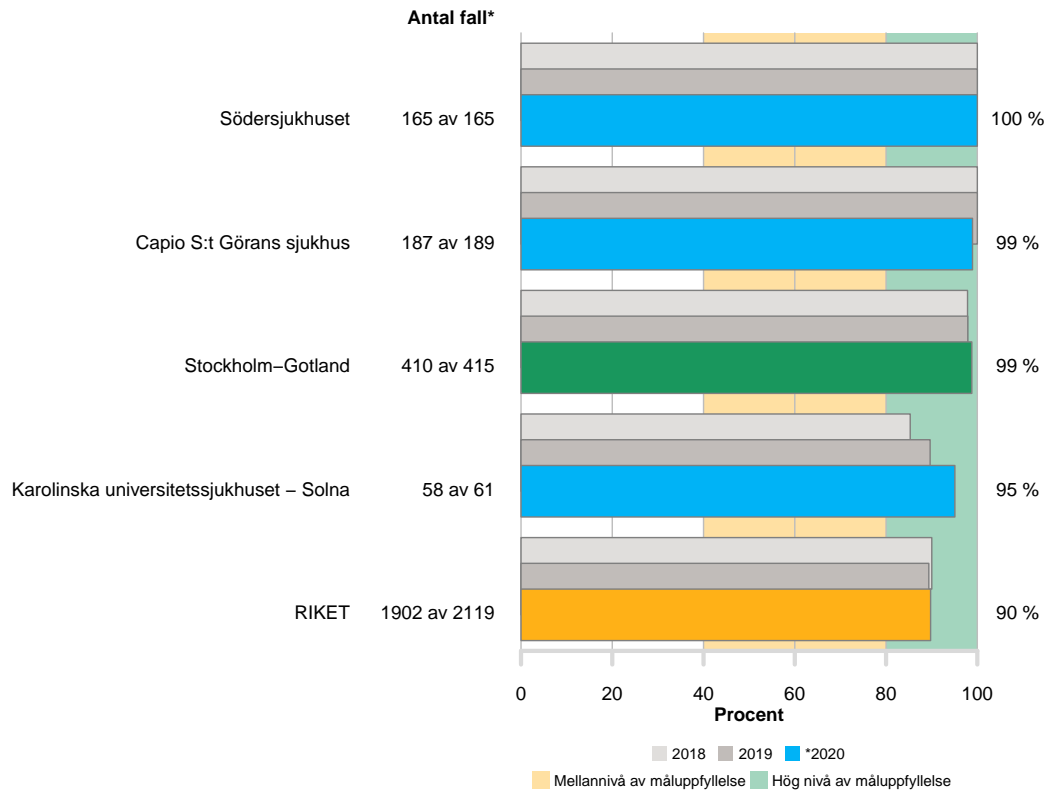
1. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsvärde 70 %, övre gränsvärde 90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 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 gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 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 gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 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 gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
7. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus. Nedre gränsvärde 80 %, övre gränsvärde 90 %.
9. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per opererande sjukhus. Nedre gränsvärde 80 %, övre gränsvärde 100 %.

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

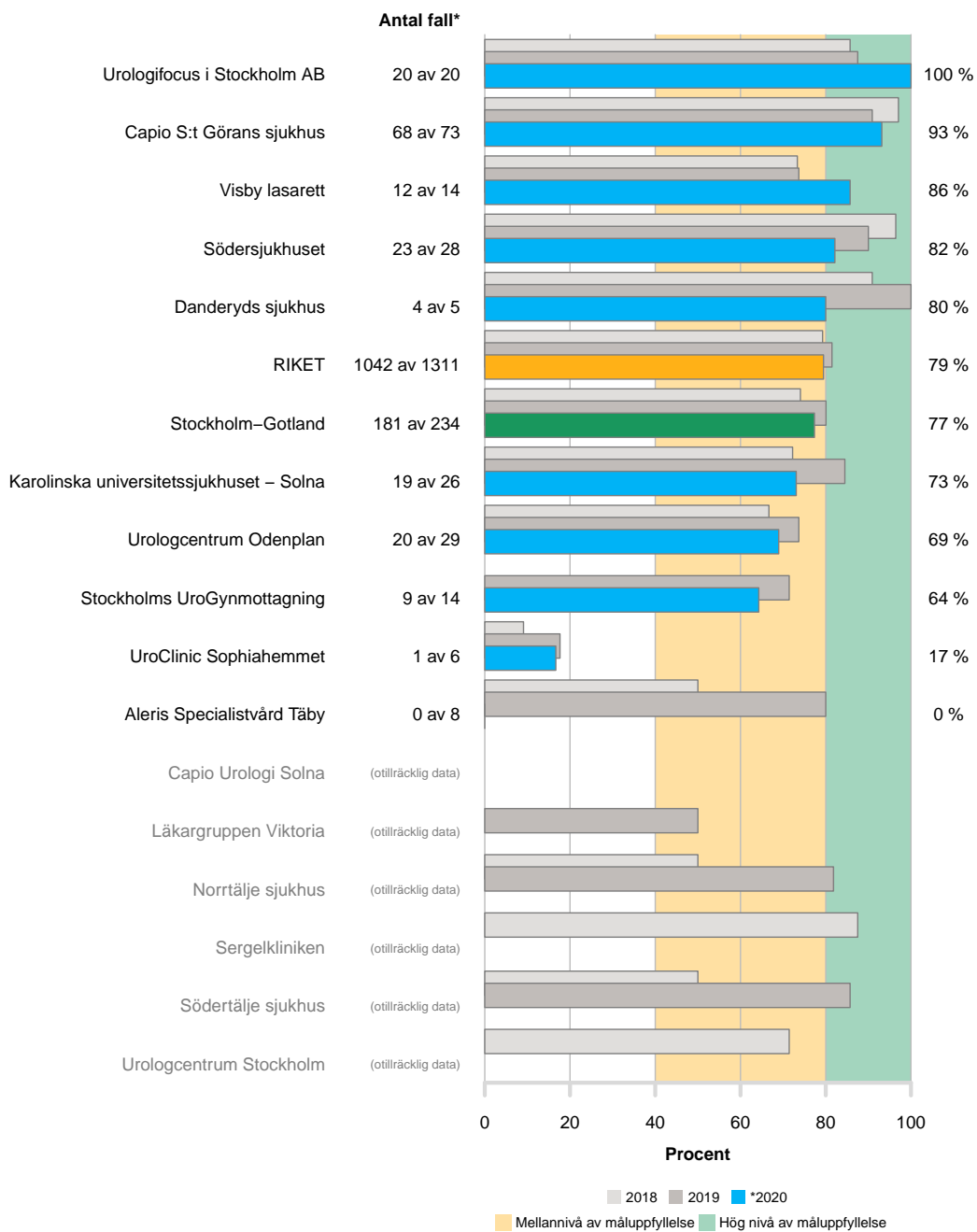
## Kvalitetsindikatorer - onkologi



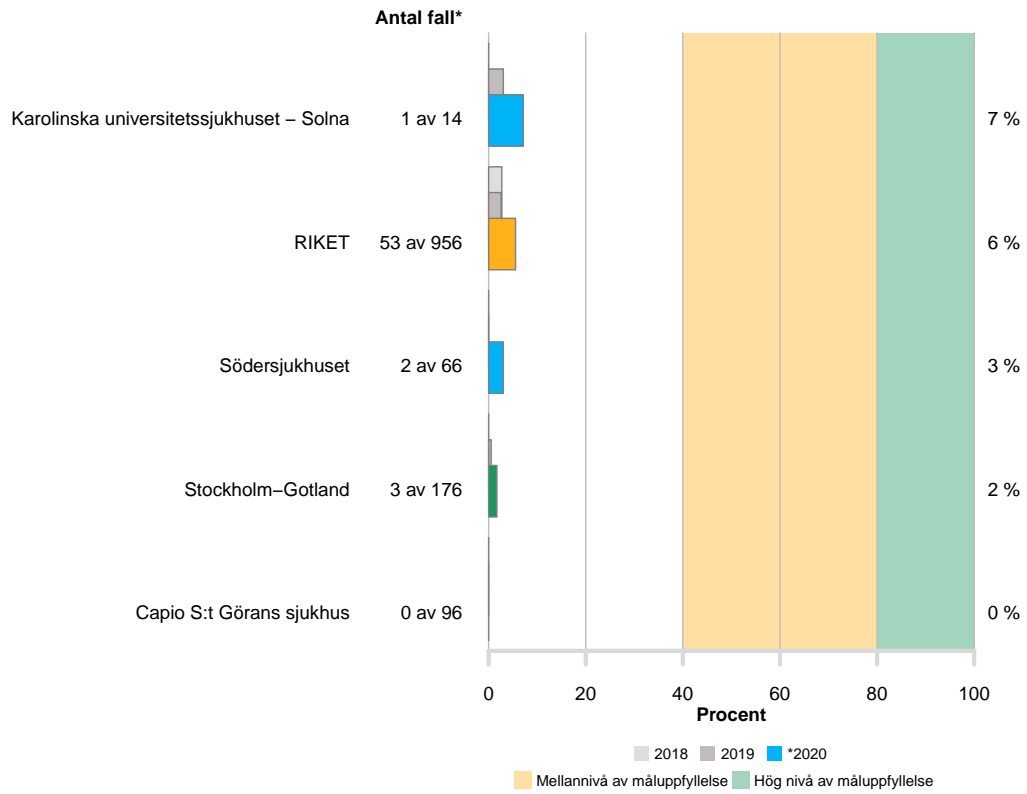
Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



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

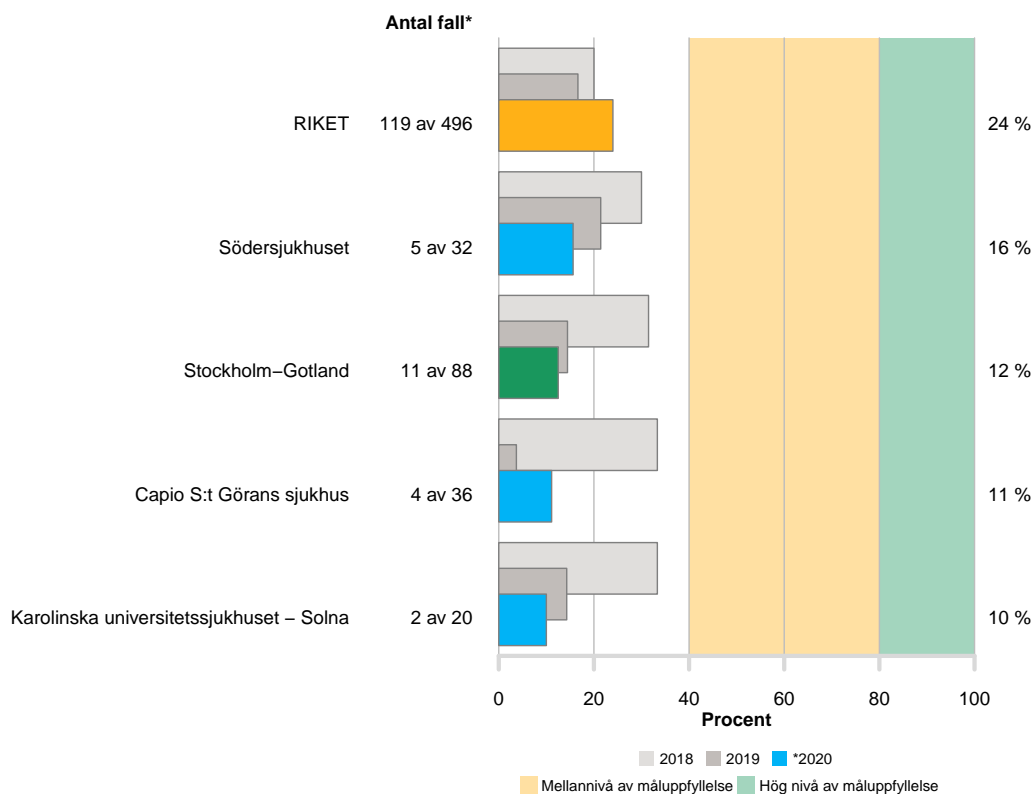


Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.

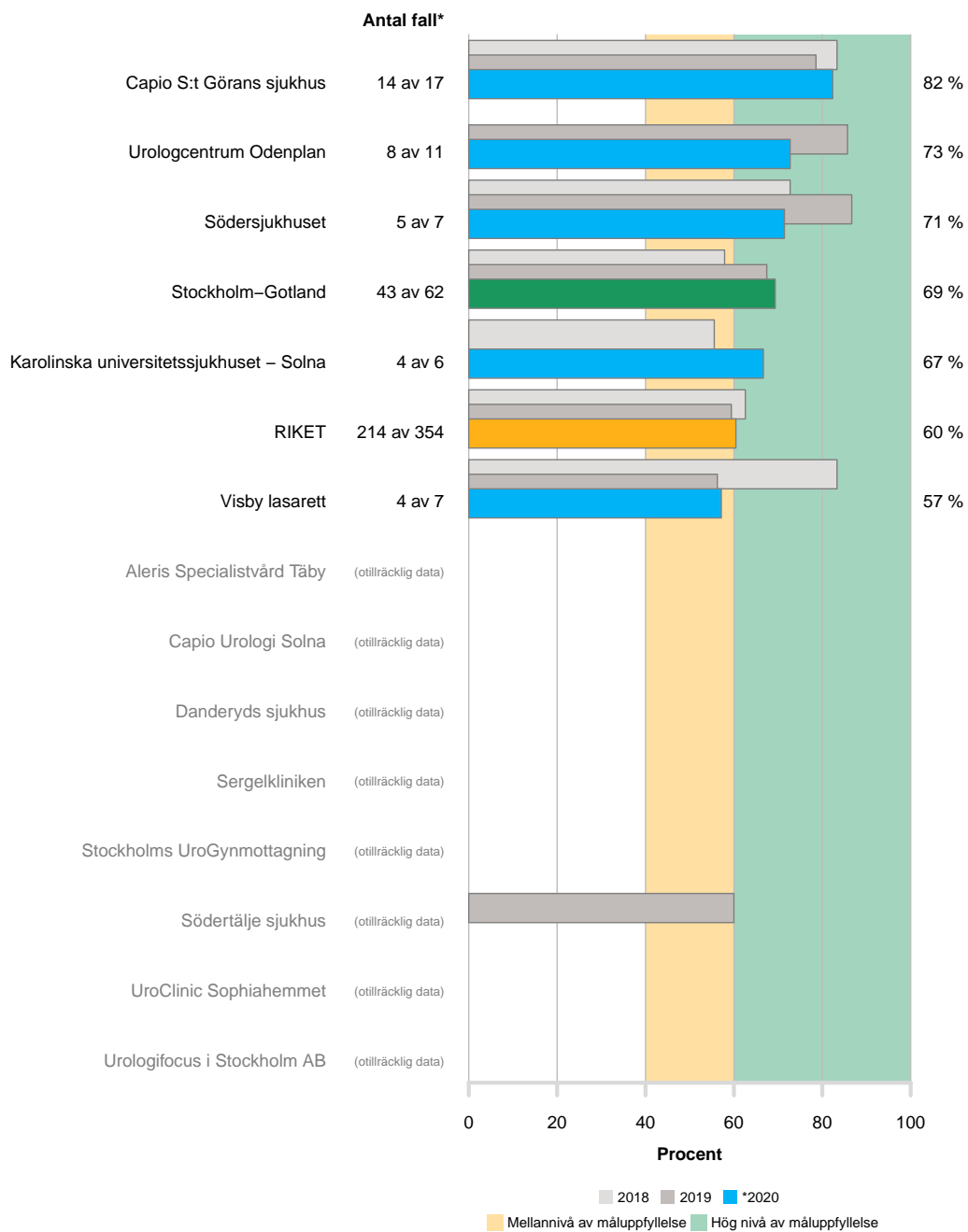


Figur 15. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.

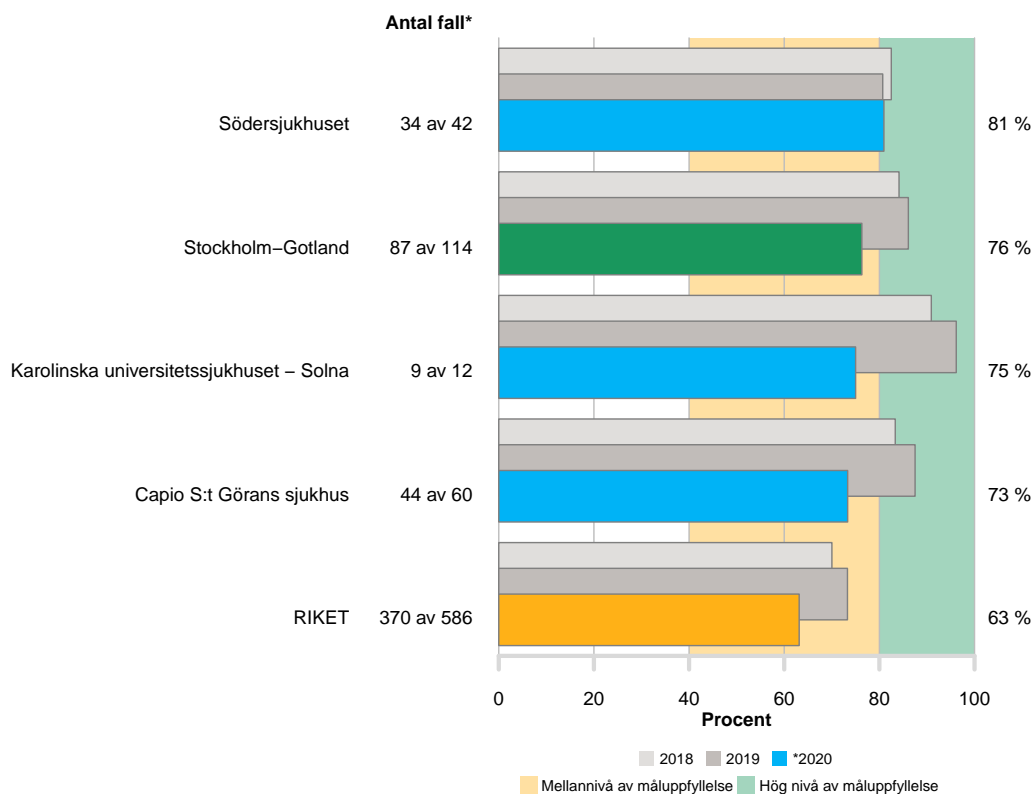




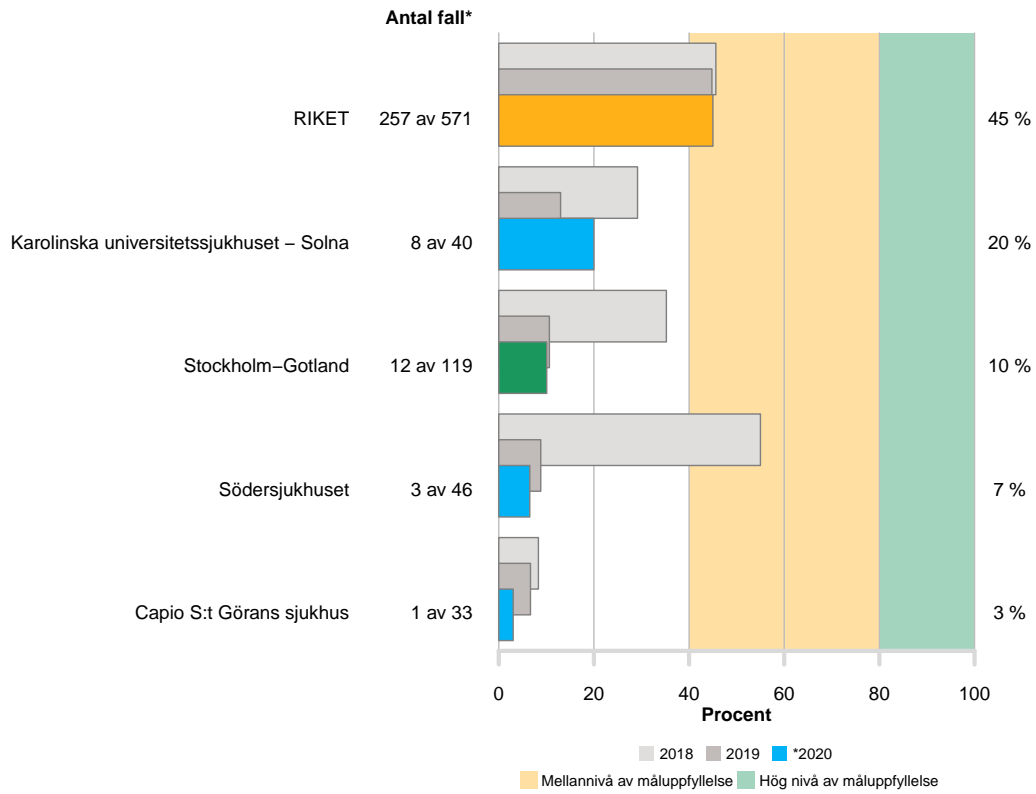
Figur 16. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriscancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2020.



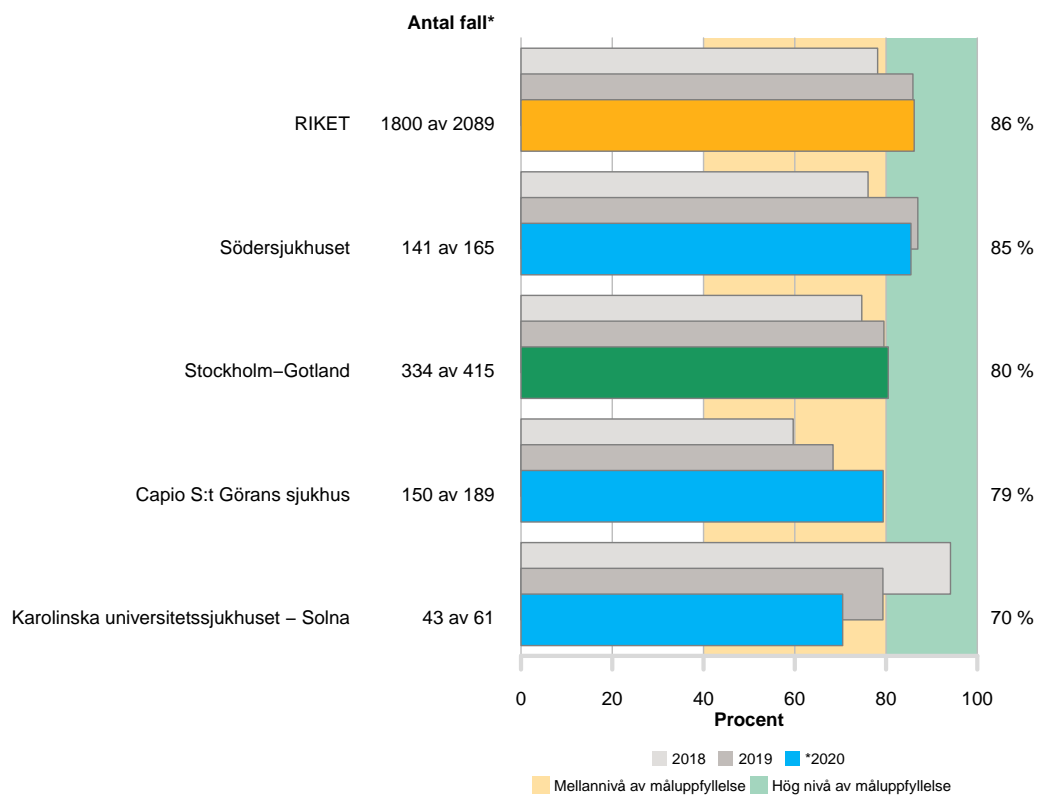
Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2020.



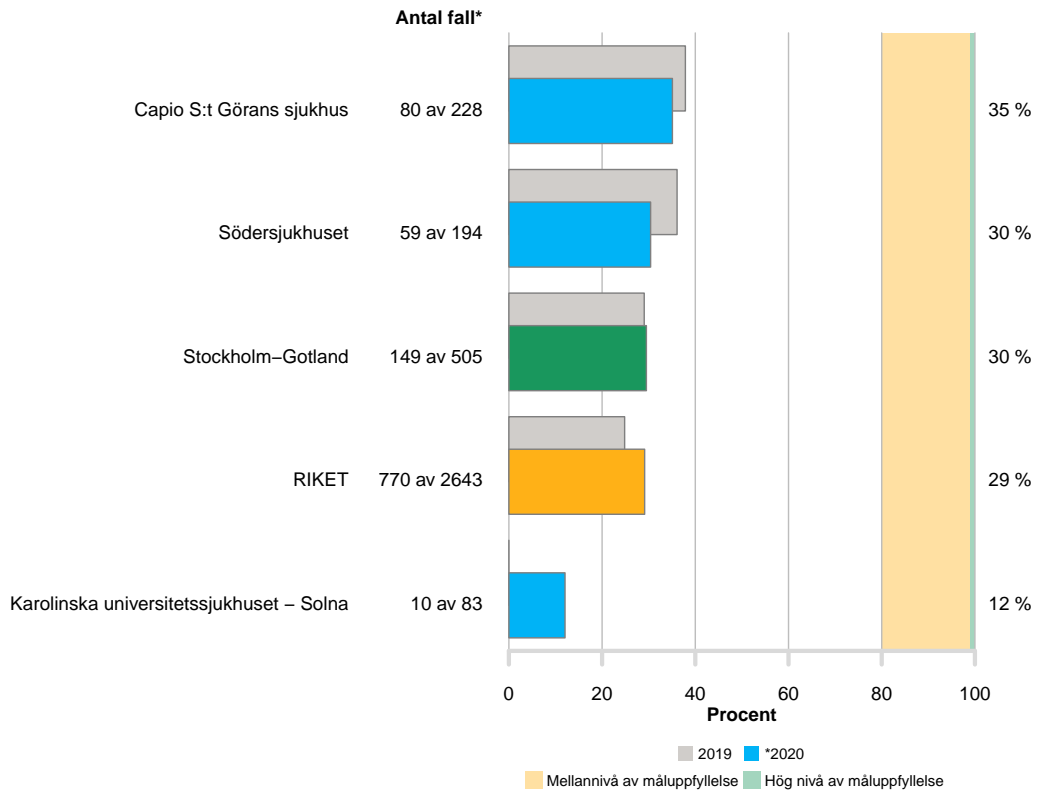
Figur 18. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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



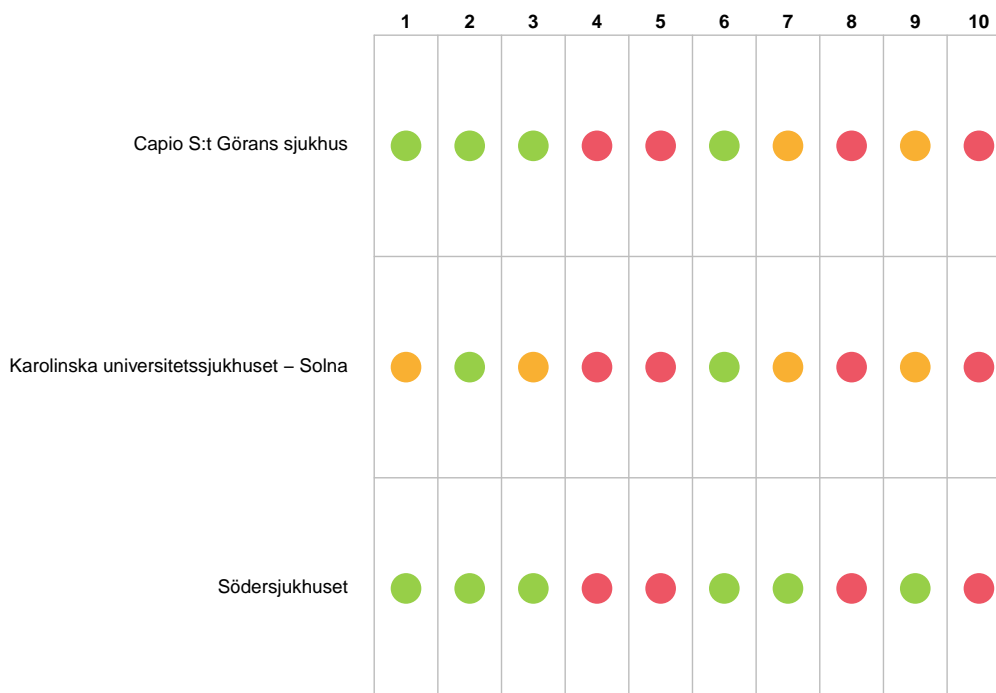
Figur 19. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2020.



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.



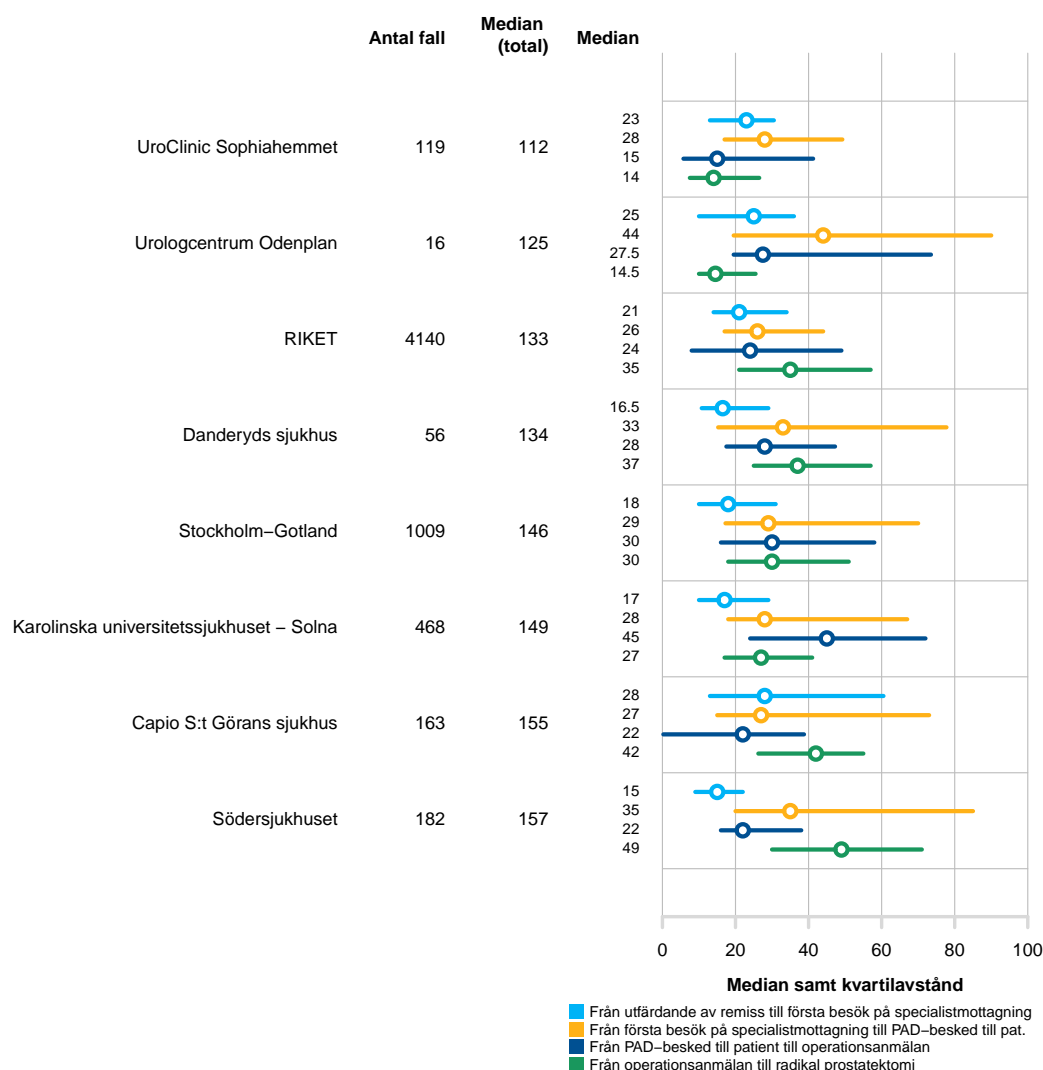
1. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
2. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, 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-baslinjekät, 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!

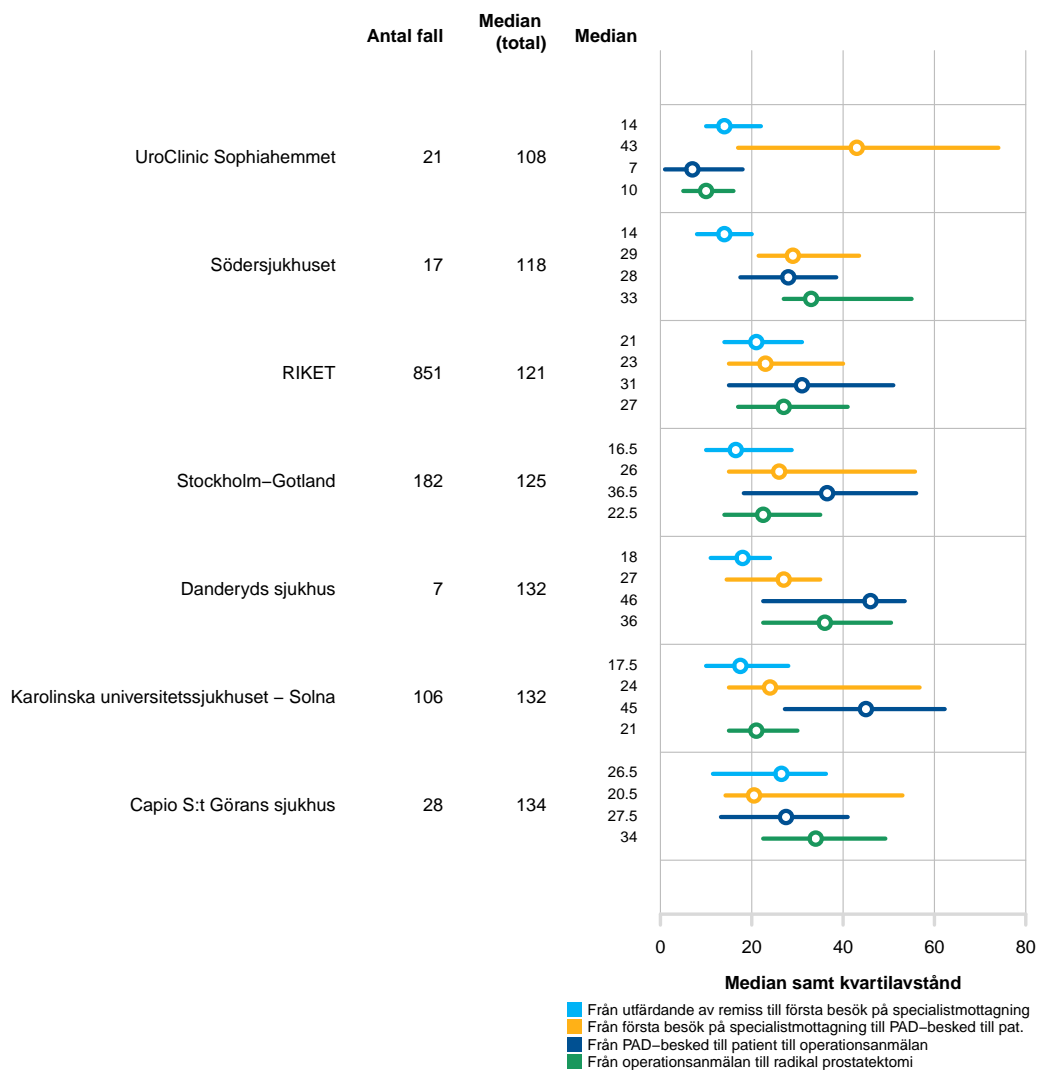
I NPCR saknar cirka 30 % av patienterna uppgift om väntetid från inremiss till första besök hos specialist. Styrgruppen för NPCR har valt att inte ta med dessa män i sammanställning av den totala väntetiden från inremiss till behandling. Orsaken till att denna uppgift saknas vet vi inte. Det finns flera 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.

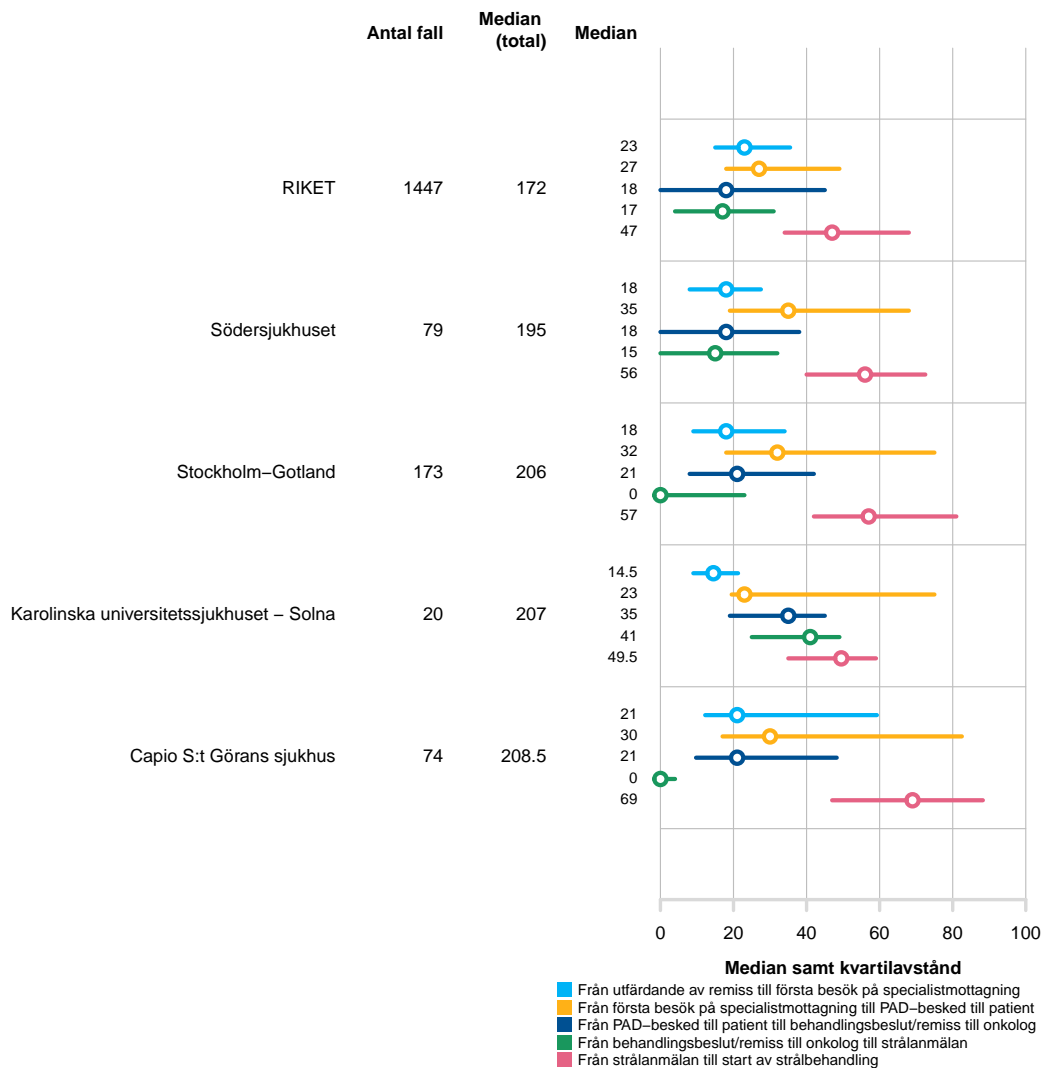
Sjukhus med färre än 5 fall redovisas ej separat. Medianen för hela processen är uträknad utifrån antal dagar från första till sista datum i kedjan, och behöver inte överensstämma med summan av de enskilda medianerna.





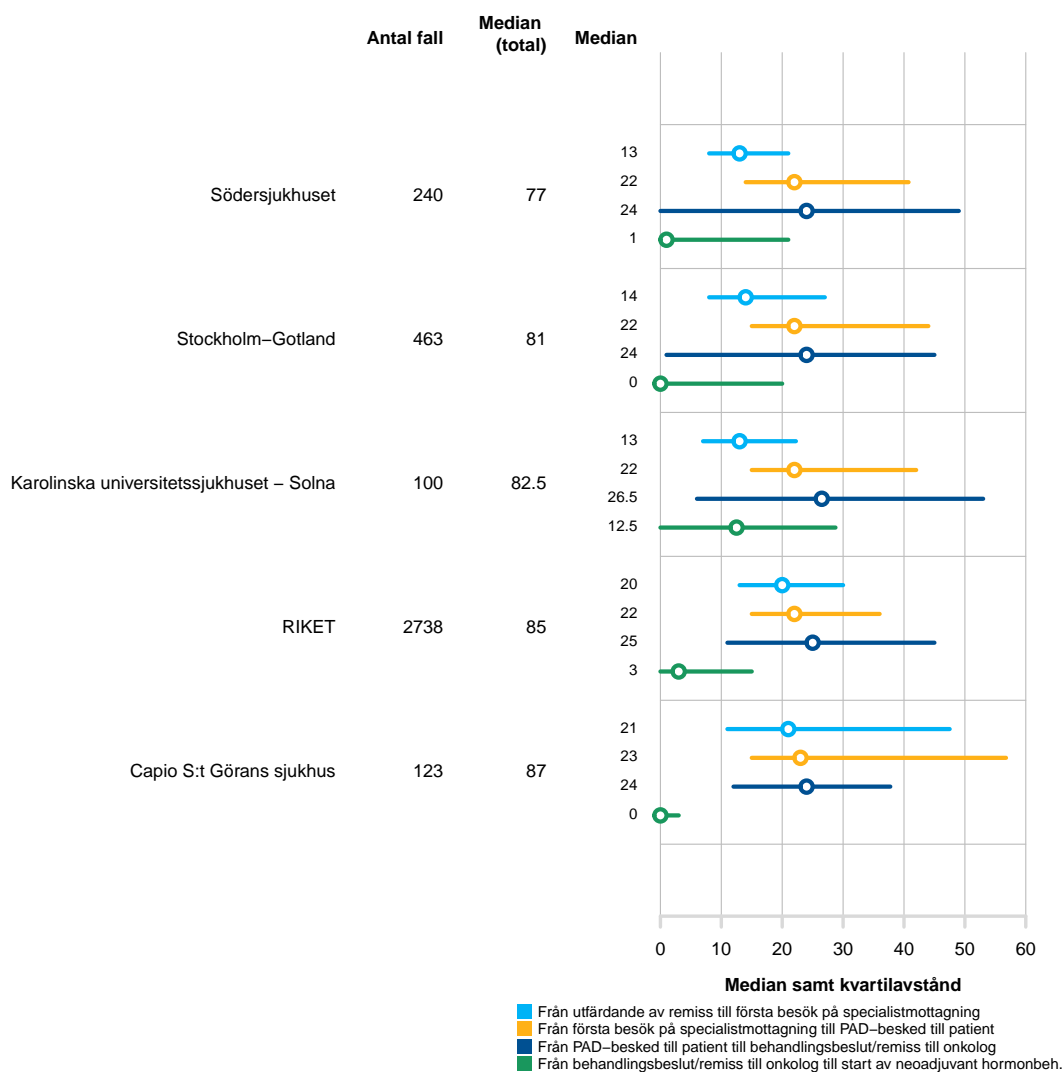
Figur 24. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.

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.



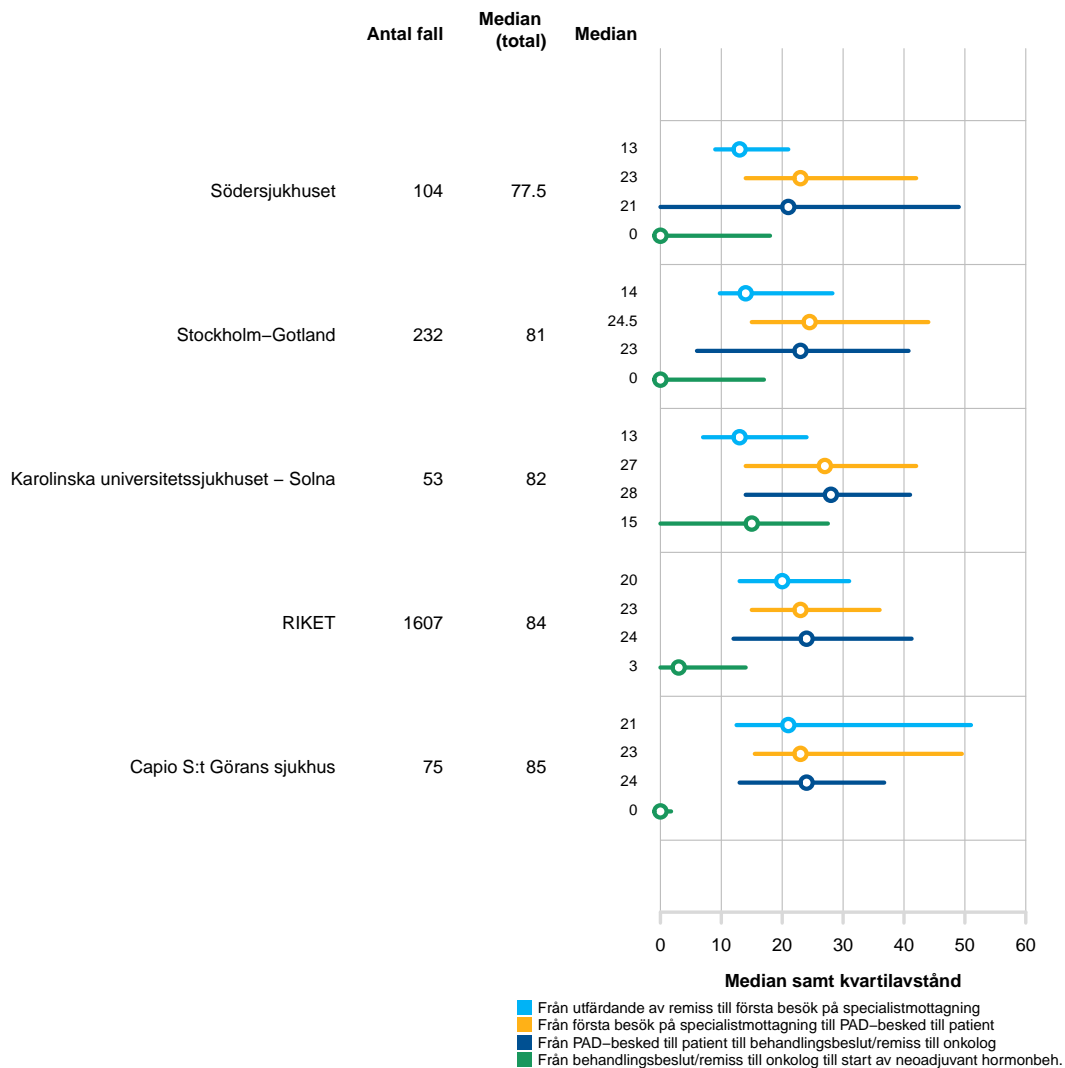
Figur 25. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2018-2020.

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.