

Prostatacancer

Nationell kvalitetsrapport för 2021

September 2022

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

INTRODUKTION TILL DEN NYA ÅRSRAPPORTEN	4
FÖRORD	5
RESULTATREDOVISNING	6
Koll på läget - Urologi	7
Koll på läget - Onkologi	12
Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för urologi	17
Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för onkologi	18
Generell kommentar till resultatutvecklingen över tid	19
Övriga resultat som ej redovisas i Koll på läget	20
<i>Urologi</i>	20
<i>Onkologi</i>	26
BAKGRUND TILL RESULTATEN - ORGANISATION AV NPCR OCH DATAKVALITET	29
Organisation och styrgrupp	29
Cancerregistret jämfört med NPCR	29
Datakvalitet	29
Hemsida	29
PÅGÅENDE UTVECKLINGSARBETEN	30
Patienttrapperade utfallsmått (PROM)	30
Urinläckage efter prostatektomi	30
MÅLSÄTTNINGAR OCH SLUTSATSER	31
REFERENSER	32

INTRODUKTION TILL DEN NYA ÅRSRAPPORTEN

Syftet med rapporten är att ge en överskådlig bild av kvalitén på prostatacancersjukvården i Sverige. Alla resultat finns tillgängliga online på www.npcr.se/RATTEN. Denna årsrapport fokuserar på resultaten av nio utvalda kvalitetsindikatorer för vård på urologiska/kirurgiska kliniker och tio indikatorer för vård på onkologiska kliniker. Vi redovisar också resultat för några utvalda faktorer som kan bli kvalitetsindikatorer i framtiden. Målgruppen för årsrapporten är i första hand kliniskt verksam personal som arbetar med prostatacancervård och verksamhetsföreträdare men rapporten är tillgänglig på www.npcr.se/rapporter för patienter, journalister, beslutsfattare och allmänhet.

För sjukvårdspersonal som har tillgång till inloggning på INCA finns uppdaterad information om vården på sjukhusnivå i "Koll på läget". Där finns resultat inom 24 timmar efter inrapportering dels i en "styrpanel" som sammanfattar resultaten på den egna kliniken dels i interaktiva rapporter där den egna vården kan jämföras med andra vårdgivares. En motsvarande publik interaktiv rapport; RATTEN kan nås via www.npcr.se/RATTEN som uppdateras två gånger per år.

Dessutom publiceras sex separata regionala årsrapporter, en för varje sjukvårdsregion, i mars året efter diagnosåret på www.npcr.se. I de rapporterna kommenterar de regionala processledarna för urologi och onkologi de egna resultaten.

FÖRORD

År 2021 inrapporterades data för 10 100 nya fall av prostatacancer till Nationella prostatacancerregistret (NPCR) från samtliga enheter som behandlar prostatacancer i Sverige. Täckningsgraden är 98 % jämfört med den lagstadgade registreringen i Cancerregistret. Datakvalitet i NPCR har i flera undersökningar varit god och säkerställs kontinuerligt genom granskning av lokala, regionala och nationella rapporter och i vetenskapliga projekt baserade på NPCR.

Antalet män som diagnosticerats med prostatacancer har varit stabilt sedan 2014 men under 2020 sågs en tydlig nedgång i antalet fall som sannolikt beror av covidpandemin och introduktionen av magnetresonanstomografi (MRT) i diagnostiken av prostatacancer. Under 2021 steg antalet fall av prostatacancer jämfört med den kraftiga nedgång som sågs 2020, men antalet fall för 2021 ligger fortfarande något under antalet fall som diagnosticerades för pandemin, orsaken till detta är oklar.

Redovisningen i denna nationella årsrapport baseras på data för män diagnostiserade/behandlade 1998–2021 som rapporterats till NPCR t.o.m. 30 augusti 2022.

David Robinson, Ingela Franck Lissbrant och Pär Stattin, för styrgruppen för Nationella prostatacancerregistret.

Fredrik Sandin, RCC Mellansverige gjorde sammanställning och statistisk bearbetning av data.

RESULTATREDOVISNING

Kvalitetsindikatorer delas in i strukturella, processinriktade och resultatindikatorer.

Strukturella indikatorer mäter förutsättningar för vården till exempel lokaler, personal, rutiner, utrustning och kompetens.

Processindikatorer mäter aktiviteter som utförs till exempel utredning och behandling.

Resultatindikatorer mäter effekter av utredning och behandling, till exempel andel män med urinläckage efter kirurgi, urinträngningar efter strålbehandling, återfall efter botande behandling, patientrapporterade mått av symtom och livskvalitet, eller dödlighet i prostatacancer efter behandling.

NPCR rapporterar framför allt processindikatorer eftersom det varit svårt att identifiera relevanta resultatindikatorer för prostatacancervård som kan studeras kort tid efter primärbehandling. Målsättningen är att öka rapporteringen av resultatindikatorer.

Koll på läget - Urologi

De mått som rapporteras för urologi är

1. **Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).** I SoS NR motsvaras indikatorn av indikator 1.10, som är en allmän indikator för många cancerformer. SoS målnivå är 100 % (sida 34 i Målnivåer). Eftersom patienten ibland byter vårdgivare under vårdprocessen finns möjlighet att rapportera på samtliga formulär. Det räcker att en vårdgivare har angivit kontaktsjuksköterska för att indikatorn ska anses vara uppfylld. För ytterligare information om kontaktsköterskans uppgifter se referens www.cancercentrum.se/sv/projekt/kontaktsjukskoterska/.
2. **Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Motsvarar ledtiden från datum från remissankomst till besök på specialistmottagning som enligt standardiserat vårdförlopp för Pca (SVF) ska vara 21 dagar eller mindre (SVF 6.2 ingående ledtider) vid välgrundad misstanke på Pca. Dessutom anger SVF att tiden för remissbeslut till remissankomst ska vara högst en kalenderdag. NPCR registrerar om remissen var enligt SVF (Ja/Nej), datum för utfärdande av remiss, ankomst för remiss och första besök på specialistmottagning, samt om förlängd väntetid till första besök berodde på patientens val. Dessutom anges om utredningsbesök föregick först läkarbesök vid förlängd tid till första besök.
3. **Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I SVF anges att möte ska ske med patienten högst elva dagar efter biopsitagning. I NPCR registreras om denna väntetid var förlängd pga. patientens val. NPCR registrerar också om information gavs vid mottagningsbesök, via telefon, eller brev.
4. **Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från utfärdande av remiss (remissbeslut) för utredning av prostatacancer till start av kurativ primärbehandling, d.v.s. strålbehandling, neoadjuvant hormonbehandling före strålbehandling eller radikal prostatektomi. Enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer ska väntetiden från utfärdande av remiss till radikal prostatektomi vara högst 68 dagar, från utfärdande av remiss till påbörjad neoadjuvant hormonbehandling högst 57 dagar och från utfärdande av remiss till strålbehandling högst 75 dagar. Målet är att 80 % av dessa män skall ha en väntetid enligt ovan.
5. **Multidisciplinär konferens/mottagning (M1). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar den andel män 80 år eller yngre med primärt metastaserad prostatacancer (verifierad med bildundersökning) vars behandling diskuterats på multidisciplinär konferens (MDK).
6. **Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I SoS NR motsvaras detta av indikatorn 1.4, som används för många cancerformer och avser beslut om den primära behandlingen. Vi har valt avgränsningen yngre än 80 år istället för SoS förväntad kvarstående livstid mer än 5 år eftersom den senare inte kan avgöras i NPCR. Rekommendationen gäller inför behandlingsbeslut och har för prostatacancer avgränsats till män med högriskcancer och förväntad kvarstående livstid på

minst fem år (SoS 2014 NR: prioritering 3). Målnivån 100 % har satts utifrån den höga prioritering som åtgärden har fått i riktlinjerna (SoS 2014 NR: prioritering 3, sidan 33 Appendix målnivåer). Enligt SoS och NVP bör dessa deltagare ingå i MDK: Kontaktsjuksköterska, urolog, onkolog med inriktning på urologisk cancer, patolog (om histopatologisk bedömning är av betydelse), och radiolog (om bilddiagnostik är av betydelse). NPCR har i startskedet valt att ha ett mindre strängt mindre krav på antalet representerade specialiteter på MDK eftersom aktiviteten är ny och kommer att byggas ut successivt. NVP rekommenderar att MDK genomförs före behandlingsbeslut för män med högriskcancer utan känd fjärrmetastasering och mer än fem års förväntad kvarvarande livstid över 5 år utan cancer.

7. Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).

8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt). Motsvarar SoS NR indikator 3.6 'positiva marginaler' dvs. ofria resektionsränder vid pT2-tumör, dvs tumör finns enbart innanför prostatakapseln vid histopatologisk undersökning. Denna indikator saknar målnivå i SoS NR. Enligt NVP är resektionsranden negativ ('negativ marginal' liktydigt med 'radikalt') när det inte finns cancerceller i den tuschmarkerade resektionsytan vid histopatologisk undersökning. Resektionsranden är negativ även om det finns cancerceller mycket nära randen (NVP Bilaga 1, sidan 130).

9. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 99 %; högsta nivå (grönt). Indikatorn visar den andel män som besvarat baslinjeenkäten för PROM online (ePROM; elektroniskt patientrapporterade utfallsmått) före utförd prostatektomi.

På sida 9 visas styrpanelen Koll på läget urologi så som den ser ut på INCA för en enskild klinik.

Utförlig förklaring till respektive kvalitetsindikator för urologi och onkologi finns på npcr.se/online-rapport.

 Nationella prostatacancerregistret (NPCR) Koll på läget, urologi (2019-01-01 - 2019-12-31) © Sjukhus	240 diagnostiserade inrapporterade	100 radikala prostatektomier	108 ePROM-baslinjeenkäter inrapporterade	
	Uppgifter hämtades från INCA: 2020-08-11 kl:10:44			

Måluppfyllelse för kvalitetsindex

Indikator	Antal	Mitt sjukhus Min sjukvårdsregion Riket	Måluppfyllelse 2015-2018
2 1. Kontaktsjuksköterska	222 av 242 2071 av 2342 9140 av 10539	92 % 88 % 87 %	
1 2. Väntetid till första besök	74 av 122 640 av 1653 2325 av 6993	61 % 39 % 33 %	
0 3. Väntetid till cancerbesked	74 av 211 258 av 2252 1075 av 10173	35 % 11 % 11 %	
0 4. Väntetid till behandling	1 av 23 18 av 205 67 av 880	4 % 9 % 8 %	
1 5. Multidisciplinär konferens/mott. vid M1	18 av 29 151 av 192 608 av 750	62 % 79 % 81 %	
1 6. Multidisciplinär konferens/mott. vid högriscancer	39 av 49 353 av 402 1300 av 1611	80 % 88 % 81 %	
2 7. Intra-/interfasciellt nervsparande resektion	54 av 63 267 av 373 1828 av 2485	86 % 72 % 74 %	
0 8. Negativa resektionsränder	43 av 55 207 av 277 1566 av 1979	78 % 75 % 79 %	
0 9. ePROM-baslinjeenkät	60 av 100 208 av 495 1345 av 3181	60 % 42 % 42 %	
0 10. Ej allvarig urininkontinens efter RP	38 av 78 226 av 325 1637 av 2269	49 % 70 % 72 %	
7 Summa (värde)			

Definition av indikatorer

- Andel män med nydiagnostiserad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska. Variabeln presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus/landsting/region, vilket här avser det sjukhus som rapporterat i utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.
- Andel män som fått nybesök på specialistklinik p.g.a. misstänkt prostatacancer inom 14 dagar efter utfärdande av remiss. Variabeln presenteras per diagnostiserande sjukhus/landsting/region, för diagnoser under aktuell period.
- Andel män som fått PAD-besked om cancerdiagnos inom 11 dagar efter utförd prostatabiopsi. Variabeln presenteras per diagnostiserande sjukhus/landsting/region, för diagnoser under aktuell period.
- Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (RP), 68 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriscancer. Variabeln presenteras per behandlande sjukhus/landsting/region, för behandlingar under aktuell period.
- Andel män högst 80 år med primärt metastaserad sjukdom (M1), som diskuterats på MDK. Definitionen av multidisciplinärkonferens i NPCR är att urolog och onkolog deltar. Variabeln presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus/landsting/region, vilket här avser det sjukhus som rapporterat i utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.
- Andel män högst 80 år med högriscancer utan fjärrmetastaser, som diskuterats på MDK. Högriscancer indelas i lokaliserad högriscancer eller lokalt avancerad cancer. Definitionen av multidisciplinärkonferens i NPCR är att urolog och onkolog deltar. Variabeln presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus/landsting/region, vilket här avser det sjukhus som rapporterat i utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.
- Andel av opererade män med låg- eller mellanrisktumör som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Variabeln presenteras per opererande sjukhus/landsting/region, för operationer under aktuell period.
- Andel prostatektomipreparat med negativa resektionsränder vid pT2. Variabeln presenteras per opererande sjukhus/landsting/region, för operationer under aktuell period.
- Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Variabeln presenteras per opererande sjukhus/landsting/region, för operationer under aktuell period.
- Ej allvarig urininkontinens 12 månader efter utförd radikal prostatektomi. Variabeln presenteras per opererande sjukhus/landsting/region, för enkäter rapporterade under aktuell period.

Teckenförklaring

Kvalitetsindikatorer och tre nivåer av uppfyllelse

Måluppfyllelse på kliniken i relation till gränsvärde

- 2** Hög nivå: över övre gränsvärde
- 1** Mellannivå: mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde
- 0** Låg nivå: nedan nedre gränsvärde

Antal patienter

Antal patienter för vilka kvalitetsnivån uppnått, av totalt antal patienter som hittills rapporterats.

Mitt sjukhus/Min sjukvårdsregion/Riket

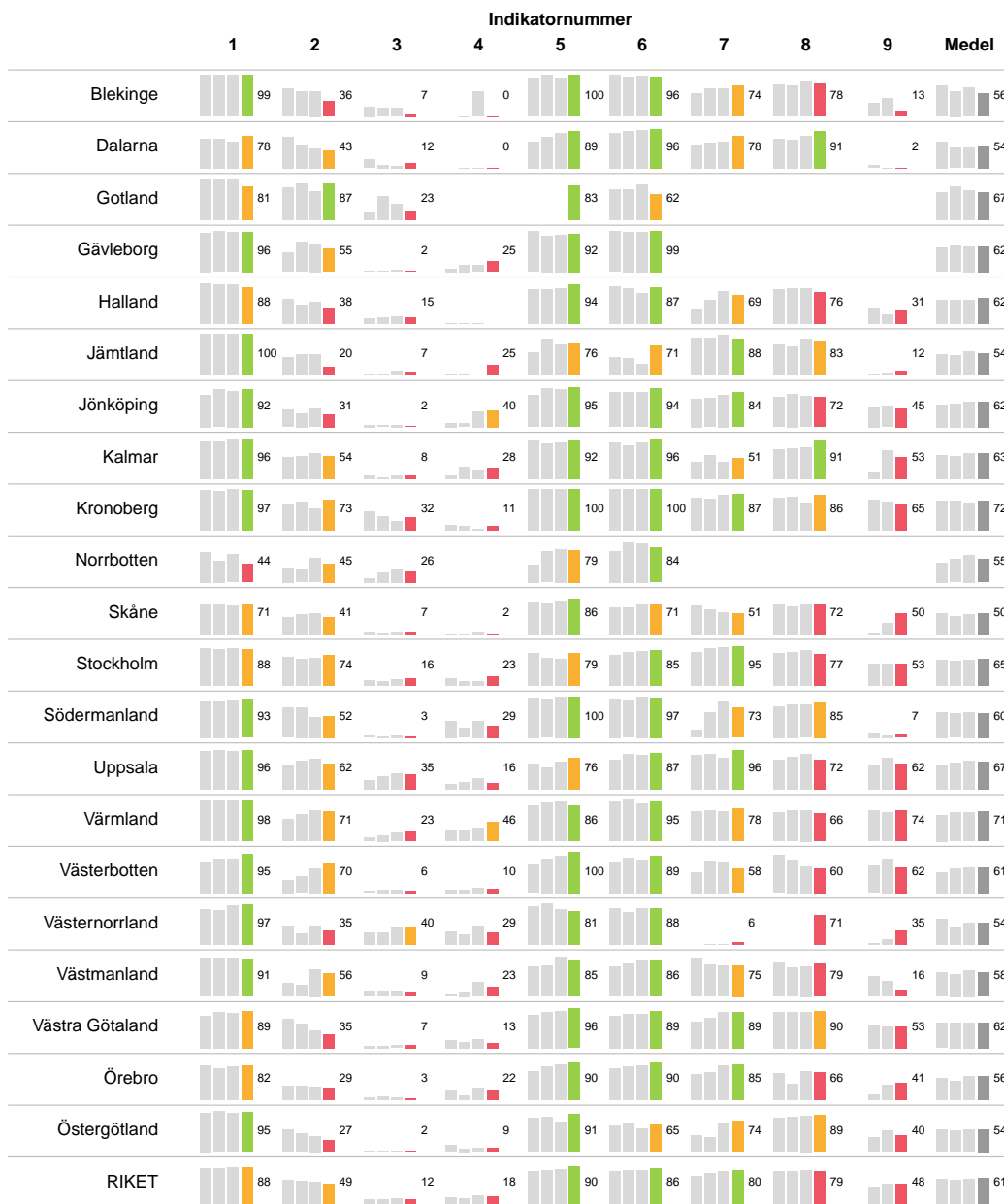
Andel patienter för vilka kvalitetsnivån uppnått. Vertikala strecken visar nedre och övre gränsvärde.

Vill du veta mer? Gå till <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/kvalitetsregisterstatistik/> där individbaserad statistik redovisas.

	Indikatornummer									Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Blekinge	99	36	7	0	100	96	74	78	13	56
Dalarna	78	43	12	0	89	96	78	91	2	54
Gotland	81	87	23		83	62				67
Gävleborg	96	55	2	25	92	99				62
Halland	88	38	15		94	87	69	76	31	62
Jämtland	100	20	7	25	76	71	88	83	12	54
Jönköping	92	31	2	40	95	94	84	72	45	62
Kalmar	96	54	8	28	92	96	51	91	53	63
Kronoberg	97	73	32	11	100	100	87	86	65	72
Norrboten	44	45	26		79	84				55
Skåne	71	41	7	2	86	71	51	72	50	50
Stockholm	88	74	16	23	79	85	95	77	53	65
Södermanland	93	52	3	29	100	97	73	85	7	60
Uppsala	96	62	35	16	76	87	96	72	62	67
Värmland	98	71	23	46	86	95	78	66	74	71
Västerbotten	95	70	6	10	100	89	58	60	62	61
Västernorrland	97	35	40	29	81	88	6	71	35	54
Västmanland	91	56	9	23	85	86	75	79	16	58
Västra Götaland	89	35	7	13	96	89	89	90	53	62
Örebro	82	29	3	22	90	90	85	66	41	56
Östergötland	95	27	2	9	91	65	74	89	40	54
RIKET	88	49	12	18	90	86	80	79	48	61

Figur 1. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2021. 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.

1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
4. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
5. Multidisciplinär konferens/mottagning (M1). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
7. Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
9. Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-baslinjenkät. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 99 %; högsta nivå (grönt).



Figur 2. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2018-2021. 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.

1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
4. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
5. Multidisciplinär konferens/mottagning (M1). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
7. Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
9. Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-baslinjenkät. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 99 %; högsta nivå (grönt).

Koll på läget - Onkologi

De kvalitetsindikatorer som rapporteras för onkologi är

- 1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Tid till inrapportering av strålbehandling är inte en kvalitetsindikator i SoS NR, men inrapportering av information om strålbehandling är en förutsättning för att övriga indikatorer ska kunna bedömas, och det finns anledning att tro att en snabb inrapportering ökar kvaliteten på data.
- 2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I SoS NR motsvaras indikator 1.10 som är en allmän indikator för många cancerformer. SoS målnivå är 100 % (sid 34 i målnivåer). Primärt strålbehandlade patienter byter vårdgivare under processen och det finns därför möjlighet att rapportera på samtliga formulär. Det räcker att en vårdgivare har angivit kontaktsjuksköterska för att indikatorn skall anses vara uppfylld.
- 3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I SoS NR motsvaras detta av indikatorn 1.4, som används för många cancerformer och avser beslut om den primära behandlingen. Vi har valt avgränsningen yngre än 80 år istället för SoS förväntad kvarstående livstid mer än 5 år eftersom den senare inte kan avgöras i NPCR. Rekommendationen gäller inför behandlingsbeslut och har för prostatacancer avgränsats till män med högriskcancer och förväntad kvarstående livstid på minst fem år (SoS 2014 NR: prioritering 3). Målnivån 100 % har satts utifrån den höga prioritering som åtgärden har fått i riktlinjerna (SoS 2014 NR: prioritering 3, sidan 33 Appendix målnivåer). Enligt SoS och NVP bör dessa deltagare ingå i MDK: Kontaktsjuksköterska, urolog, onkolog med inriktning på urologisk cancer, patolog (om histopatologisk bedömning är av betydelse), och radiolog (om bilddiagnostik är av betydelse). NPCR har i startskedet valt att ha ett mindre strängt mindre krav på antalet representerade specialiteter på MDK eftersom aktiviteten är ny och kommer att byggas ut successivt. NVP rekommenderar att MDK genomförs före behandlingsbeslut för män med högriskcancer utan känd fjärrmetastasering och mer än fem års förväntad kvarvarande livstid över 5 år utan cancer.
- 4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).**
- 5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från utfärdande av remiss (remissbeslut) för utredning av prostatacancer till start av neoadjuvant hormonbehandling före strålbehandling. Enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer ska denna väntetid vara högst 57 dagar. Målet är att 80 % av dessa män skall ha en väntetid enligt ovan.
- 6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 60 %; högsta nivå (grönt).** I SoS NR motsvaras detta av indikatorn 3.4. Indikatorn visar andelen män med lokalt avancerad prostatacancer som behandlats med kurativt syftande strålbehandling kombinerat med hormonbehandling (SoS NR 2014, Prio 3). SoS målnivå är mer än 60 % inom tre år (sid 39-40 appendix målnivåer). Strålbehandling i kombination med hormonbehandling är den terapi som enligt SoS NR samt NVP har starkast

evidens vid behandling av lokalt avancerad prostatacancer. Under 2015 startade en skandinavisk randomiserad studie (SPCG-15, strålbehandling vs kirurgi) för män med lokalt avancerad prostatacancer för att undersöka huruvida kirurgi är likvärdigt med strålbehandling i kombination med hormonbehandling och vi har därför valt att inkludera även dessa män i indikatorn.

7. Minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter RT.

Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt). Enligt NVP (10.3.4) sid 67 rekommenderas adjuvant GnRH-analog eller bicalutamid under 2–3 år efter en primär strålbehandling av patienter med lokaliserad högriskcancer och lokalt avancerad cancer. Vidare rekommenderas i första hand bicalutamid då det ger mindre biverkningar än GnRH-analoger. I strålblanketten anges adjuvant hormonbehandling = 18 månader vilket i praktiken motsvarar minst två års hormonbehandling då majoriteten patienter erhåller hormonbehandling såväl före som under strålbehandling (3-6 månader). I indikatorn har vi valt enbart antiandrogen då vi helst ser att användningen av GnRH-analoger minskar i den adjuvanta situationen pga ökad risk för biverkningar.

8. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan.

Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt). Väntetid till start av postoperativ strålbehandling är inte en kvalitetsindikator i SoS NR men då postoperativ strålbehandling efter kirurgi har en botande behandlingsintention är det angeläget att strålbehandling startar snarast efter behandlingsbeslutet är fattat.

9. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av

målvoly. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).

Undersökning med MR i tillägg till obligatorisk skiktröntgen (CT) som planeringsunderlag inför strålbehandling förbättrar bildunderlaget väsentligt och underlättar således definition av målvoly (prostata) på ett avgörande sätt.

10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät.

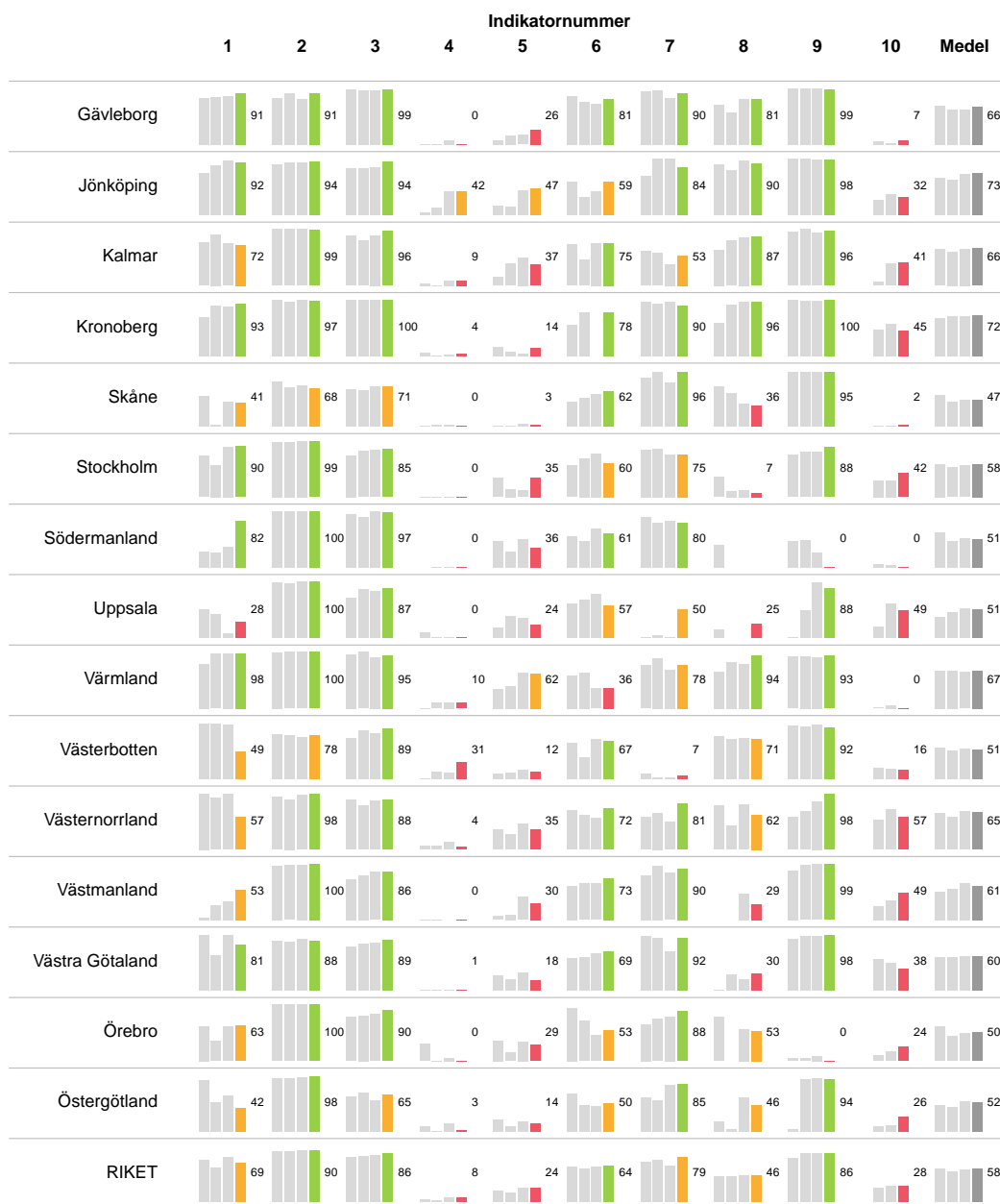
Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 99 %; högsta nivå (grönt). Indikatorn visar den andel män som besvarat baslinjeenkäten för PROM online (ePROM; elektroniskt patientrapporterade utfallsmått) före utförd strålbehandling.

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gävleborg	91	91	99	0	26	81	90	81	99	7	66
Jönköping	92	94	94	42	47	59	84	90	98	32	73
Kalmar	72	99	96	9	37	75	53	87	96	41	66
Kronoberg	93	97	100	4	14	78	90	96	100	45	72
Skåne	41	68	71	0	3	62	96	36	95	2	47
Stockholm	90	99	85	0	35	60	75	7	88	42	58
Södermanland	82	100	97	0	36	61	80		0	0	51
Uppsala	28	100	87	0	24	57	50	25	88	49	51
Värmland	98	100	95	10	62	36	78	94	93	0	67
Västerbotten	49	78	89	31	12	67	7	71	92	16	51
Västernorrland	57	98	88	4	35	72	81	62	98	57	65
Västmanland	53	100	86	0	30	73	90	29	99	49	61
Västra Götaland	81	88	89	1	18	69	92	30	98	38	60
Örebro	63	100	90	0	29	53	88	53	0	24	50
Östergötland	42	98	65	3	14	50	85	46	94	26	52
RIKET	69	90	86	8	24	64	79	46	86	28	58

Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2021. 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.

1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 60 %; högsta nivå (grönt).
7. Minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
8. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).

9. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolymer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 99 %; högsta nivå (grönt).



Figur 4. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2018-2021. 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.

1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).

6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 60 %; högsta nivå (grönt).
7. Minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
8. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
9. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolym. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 99 %; högsta nivå (grönt).

Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för urologi

Vid granskning av indikatorerna finns det tydliga nationella gemensamma styrkor och svagheter. Tillgången till kontaktsjuksköterska är över lag god i landet. Likaså diskuteras behandlingen för män med högriskcancer och män med primärt spridd prostatacancer vid multidisciplinär konferens/mottagning i mycket hög utsträckning. Däremot har alla regioner svårt att nå målen för tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten och tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling för män med högriskcancer.

För att veta hur det går för männen som gjort en prostatektomi vill man veta hur mycket besvär dessa män hade innan operation och därför önskar NPCR att männen besvarar en baslinjeenkät före operation. Svaren i den enkäten kan sedan jämföras med enkäten som besvaras efter operation. Knappt 50 % av män som genomgått prostatektomi i landet hade besvarat en baslinjeenkät 2021 och det fanns stora skillnader mellan landets regioner i hur många enkäter som delats ut och besvarats före behandling. I några regioner hade få baslinjeenkäter utdelats medan i Region Värmland hade 74 % fått en enkät och i Uppsala och Västerbotten hade drygt 60 % av männen som genomgick prostatektomi fått och besvarat enkäten. Enkäter efter operation distribueras från RCC Mellansverige och initieras av att det finns ett datum för operation i NPCR.

Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi indikerar en väl utförd operation men det måste kombineras med hur mycket besvär som patienten rapporterar i enkäten efter operation. Resultaten ligger ganska lika i alla regioner, vilket indikator 8 i figur 1 visar.

I figur 2 ses en sammanfattning av Koll på läget, urologi, från de senaste 4 åren, 2018-2021. Målsättningen med figuren är att visa i vilken riktning regionerna utvecklar sina resultat. Det syns inga tydliga genomgående förbättringar över tid. De regioner som haft goda resultat tidigare år fortsätter på samma sätt under 2021 och i de regioner som legat lågt tidigare fortsätter att ligga lågt. Dessa resultat bör granskas av respektive regionala processledare för att se om man kan göra förbättringar.

Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för onkologi

Antalet strålbehandlingar av prostata har stadigt ökat de senaste åren och det är numera fler män som genomgår lokal strålbehandling än radikal prostatektomi. Glädjande är att fler män med högrisk och lokalt avancerad prostatacancer erhåller kurativt syftande behandling. Det finns tydliga regionala skillnader i den onkologiska prostatacancervården i landet.

Inrapporteringshastigheten av strålbehandling till NPCR varierar. Andelen primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska är hög och behandlingen för män med högriskcancer diskuteras numera på multidisciplinär konferens/mottagning i stor utsträckning i alla regioner.

Väntetiderna till start av strålbehandling är långa och ingen region är i närheten av uppsatt mål avseende andelen män med mellanriskcancer som startat strålbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Andelen män som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan är något bättre men med stora regionala skillnader. För män med högriskcancer som ska påbörja neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling finns stor förbättringspotential.

Följsamheten till minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter lokal strålbehandling är generellt sett god med undantag av tre regioner. Glädjande är att de flesta strålbehandlingskliniker nu använder magnetresonanstomografi (MRT) av prostata som del i strålplaneringen.

Strålbehandling kan vara förenat med livskvalitetspåverkande biverkningar som urinträngningar och tarmbesvär som initialt kan vara besvärande men som mildras med tiden. En viktig del av kvalitetssäkringen av strålbehandling är därför patientens egenrapporterade mått av symtom och biverkningar (ePROM) före och efter behandling. Andelen strålbehandlade män som rapporterar ePROM innan start av behandling är i nuläget låg eller medelmåttigt.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det fortfarande finns oförsvarligt stora regionala skillnader där Region Skåne och Örebro har längst kvar till måluppfyllelse och Region Jönköping och Kronoberg har god måluppfyllelse. Tyvärr kan man konstatera att utvecklingen har stått relativt still och till och med ibland försämrats under de senaste fyra åren (Figur 4). Förändrade arbetssätt med ökad samverkan mellan olika vårdgivare och professioner, andra prioriteringar och resurstilldelning är sannolikt exempel på komponenter som bör ingå i de lösningar som krävs för varaktig förbättring och förändring.

Generell kommentar till resultatutvecklingen över tid

NPCR tillhandahåller data, men resultatförbättringar kan endast ske genom ett idogt lokalt processarbete som kräver god kunskap om hur vårdprocessen är utformad i regionen. Det krävs ett stort engagemang och ett ökat multidisciplinärt samarbete för att åstadkomma varaktig förbättring i omhändertagande av män med prostatacancer. Generellt ses att indikatorer som rör väntetider är längre från måluppfyllelse, trots införande av SVF och miljardsatsningar, jämfört med indikatorer som avser följsamhet till medicinska riktlinjer.

Övriga resultat som ej redovisas i Koll på läget

Urologi

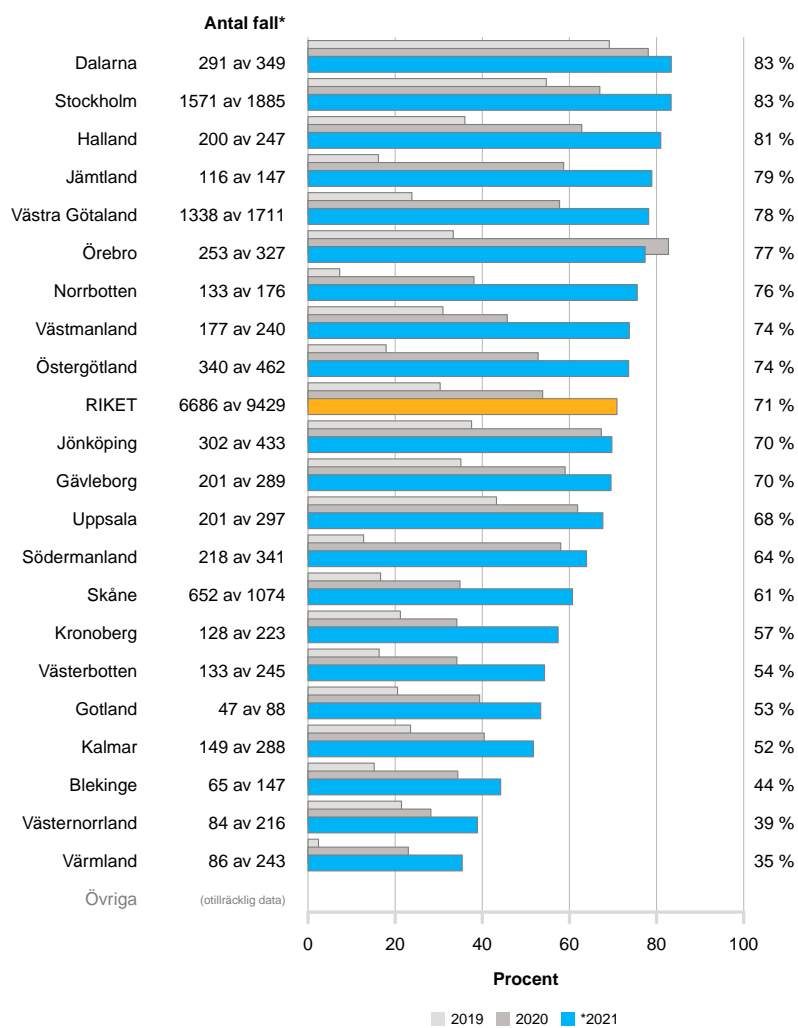
Idag rekommenderas att män med misstänkt prostatacancer ska genomgå magnetresonanstomografi (MRT) innan man tar vävnadsprov (biopsi) vilket har fått snabbt genomslag i kliniken (Figur 5). År 2019 gjordes MRT på 32 % av patienterna före biopsi jämfört med 71 % år 2021. Det finns stora regionala skillnader där region Dalarna gjorde MRT på 83 % av alla män innan diagnos medan motsvarande siffra i region Värmland var 35 %.

MRT före biopsi syftar till att diagnosticera färre män med lågriskcancer vars prognos även utan behandling är mycket god dvs att minska överdiagnostiken. Dessutom behöver färre män genomgå vävnadsprov med efterföljande risk för allvarliga infektioner. Andelen män med lågriskcancer har minskat. Den minskade incidensen av prostatacancer i samband med covidpandemin under 2020-2021 kan ha bidragit till nedgången men det finns en tydlig underliggande trend som pekar på att lågriskcancerarna minskar (Figur 6).

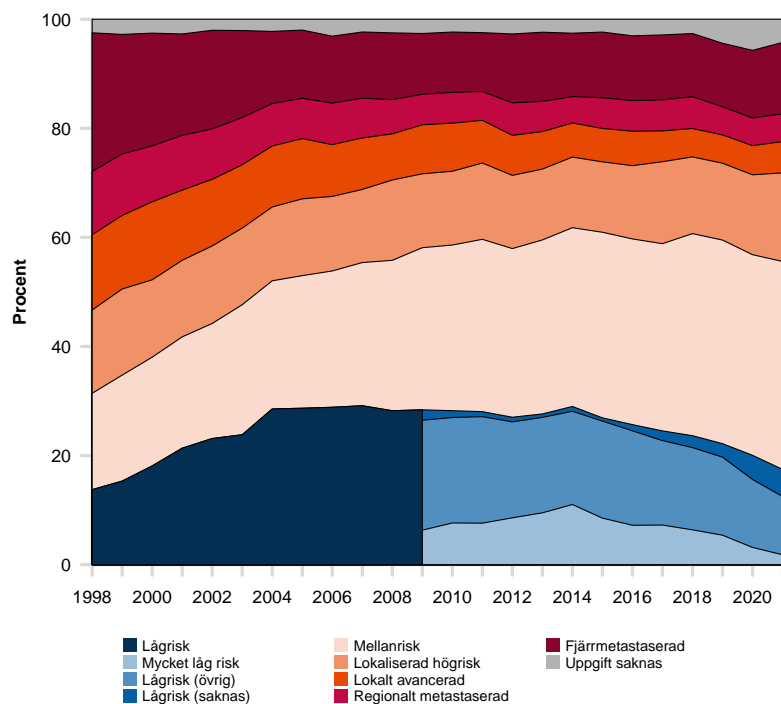
Fördelning av riskkategori per diagnostiserande region återfinns i figur 7. Regioner med hög användning av MRT i diagnostiken bör ha låg andel lågriskcancer och regioner med låg användning av MRT innan biopsi kan förväntas ha högre andel lågrisk cancer, dock är inte sambandet så tydligt som man förväntat sig. Regioner som har hög användning av MRT samtidigt som de diagnosticerar hög andel lågriskcancer behöver utvärdera sina diagnostiska rutiner, allt för att få maximalt ut av användandet av MRT i diagnostiken.

Det nationella vårdprogrammet för prostatacancer rekommenderar sedan många år tillbaka att det ska finnas minst två erfarna operatörer vid de enheter där radikal prostatektomi utförs, och att alla operatörer ska utföra fler än 25 ingrepp årligen. Trots tydliga rekommendationer finns det flera mindre enheter som utför få ingrepp samtidigt som finns det större centra där många operatörer genomför relativt få ingrepp (Figur 8). Hur man skall uppnå vårdprogrammets mål är alltjämt ett stort diskussionsämne i Sverige.

Urinläckage är en livskvalitetpåverkande biverkan efter radikal prostatektomi som är vanligt förekommande. I figur 9 ses resultaten från ePROM-enkäten om urininkontinens till männen innan operationen och efter ett år. De är inga tydliga regionala skillnader i frekvensen av män med urinläckage efter prostatektomi.



Figur 5. Andel män som genomgått MR före diagnostisk biopsi, per diagnostiserande region, 2021.



Figur 6. Fördelning av riskkategori per diagnosår, 1998-2021.

Definitioner av riskkategorier, baserat på klinisk bedömning, dvs. palpation av prostata, tumördifferentiering enligt Gleason i biopsier, samt PSA-nivå vid diagnos.

Lågrisk

T1-2, Gleasonsumma 6 eller lägre och PSA < 10 $\mu\text{g/L}$.

Lågrisk (övrig)

Lågrisk som ej kategoriseras till Mycket låg risk.

Mellanrisk

T1-2, Gleasonsumma 7 och/eller $10 \leq \text{PSA} < 20 \mu\text{g/L}$.

Lokalt avancerad

T3 och PSA < 50 $\mu\text{g/L}$.

Fjärrmetastaserad

M1, skelettundersökning visar tecken till metastaser, och/eller PSA $\geq 100 \mu\text{g/L}$.

Mycket låg risk

T1c, PSA < 10 $\mu\text{g/L}$, Gleasonsumma 6 eller lägre, ej mer än 4 biopsier med cancer, total cancerlängd i biopsier < 8 mm, totalt minst 8 biopsiekolvar tagna, PSA-densitet < 0.15 $\mu\text{g/L/ml}$.

Lågrisk (saknas)

Uppgifter saknas för kategorisering av lågrisk.

Lokaliserad högrisk

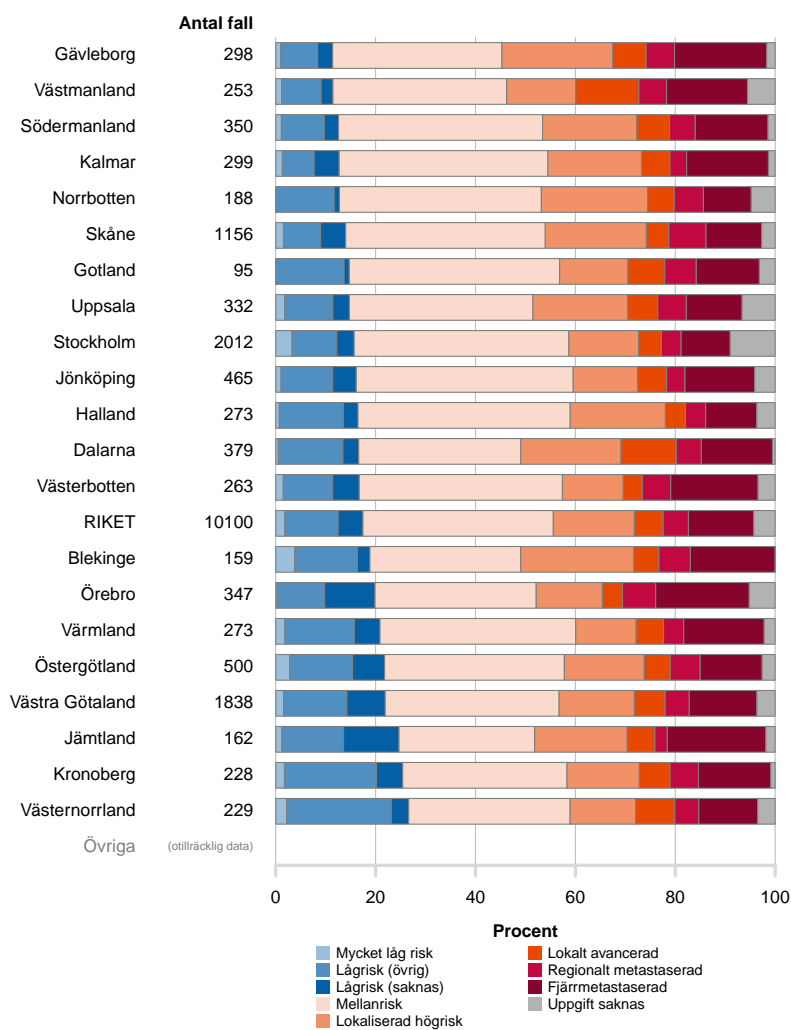
T1-2, Gleasonsumma 8-10 och/eller $20 \leq \text{PSA} < 50 \mu\text{g/L}$.

Regionalt metastaserad

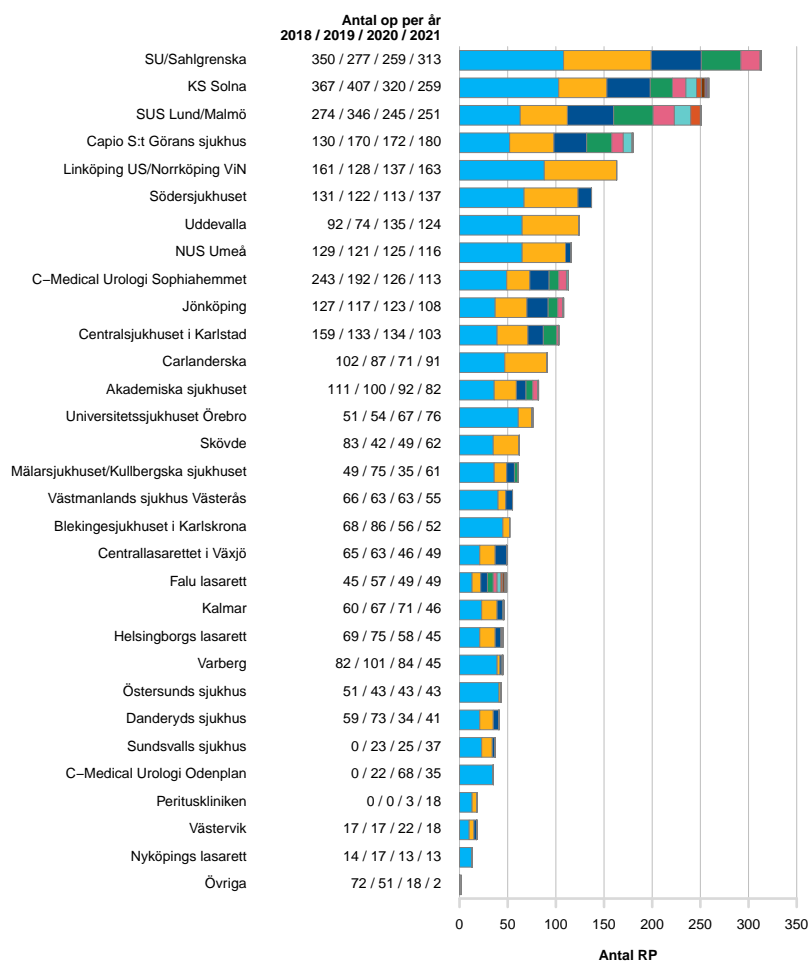
T4 och/eller N1 och/eller $50 \leq \text{PSA} < 100 \mu\text{g/L}$, avsaknad av fjärrmetastaser (M0 eller MX).

Uppgift saknas

Saknar uppgifter för kategorisering enligt ovan.

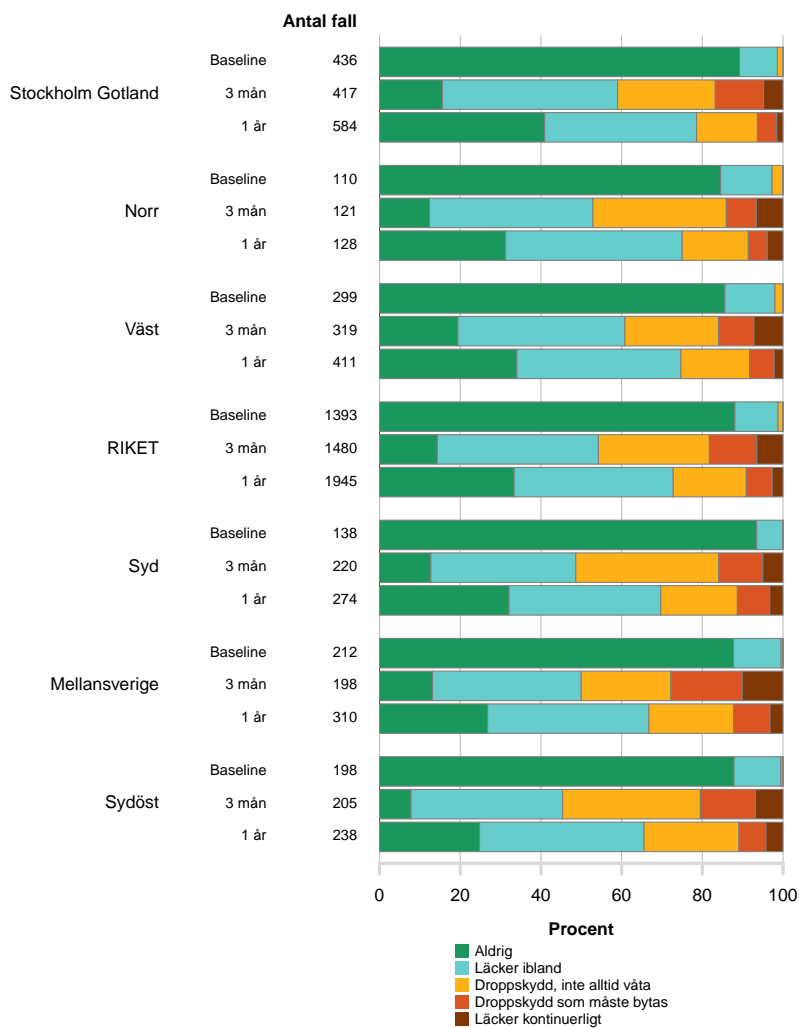


Figur 7. Fördelning av riskkategori per diagnostiserande region, 2021.



Figur 8. Antal radikala prostatektomier, per behandlande sjukhus, operationsår 2021. Varje färg i sjukhusets stapel motsvarar en operatör.

Totalt genomfördes 2787 operationer under 2021, varav 823 (29.5 %) på de tre sjukhusen med störst volym.



Figur 9. Information från ePROM om urininkontinens ("Har du urinläckage?") före och efter radikal prostatektomi, per behandlande sjukvårdsregion, behandlingsår 2020.

Onkologi

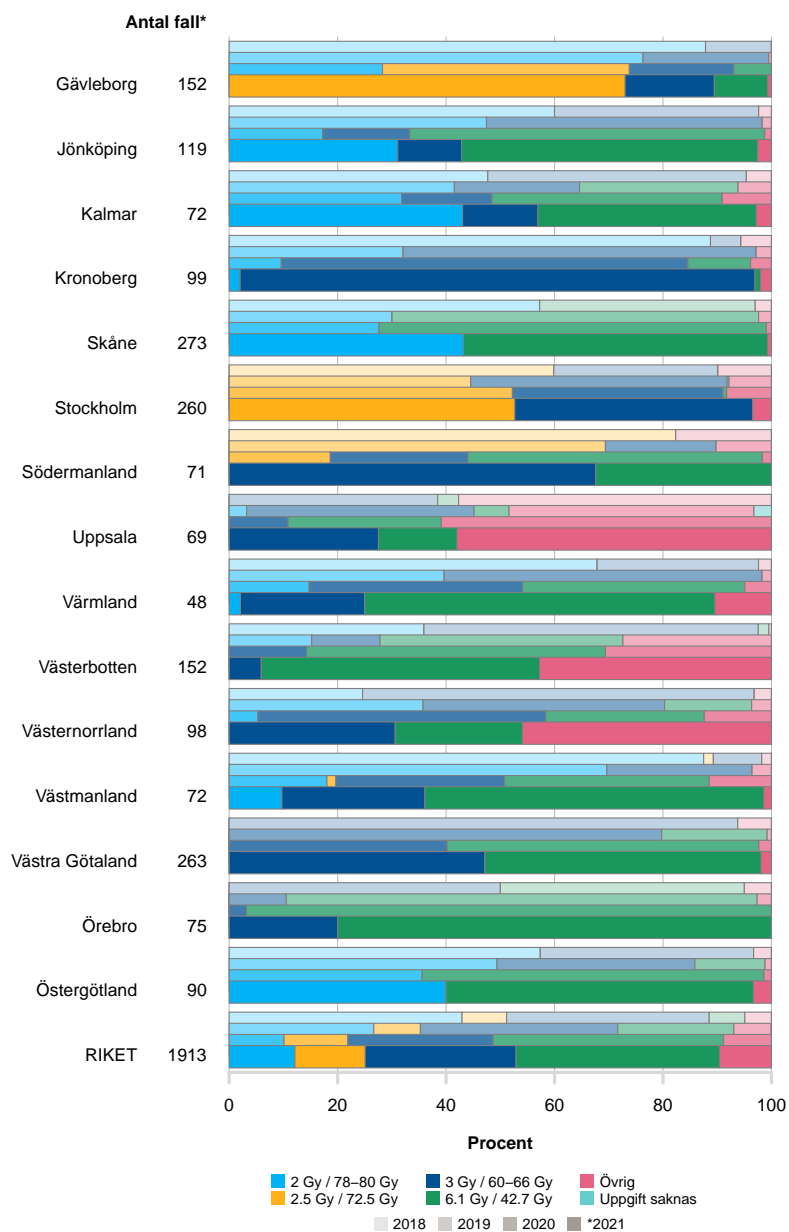
Lokal strålbehandling av män med prostatacancer med begränsad skelettmetastasering har fått snabbt genomslag och under 2021 behandlades 378 män (Tabell 1).

Förändrade behandlingsupplägg med högre fraktionsdoser per stråltillfälle, s.k. hypofraktionering, vilket ger kortare behandlingstider, har påskyndats av covid-19 pandemin. Andelen män, företrädesvis med mellanriskcancer, som erhåller så kallad ultrahypofraktionerad strålbehandling har ökat kraftigt (Figur 10).

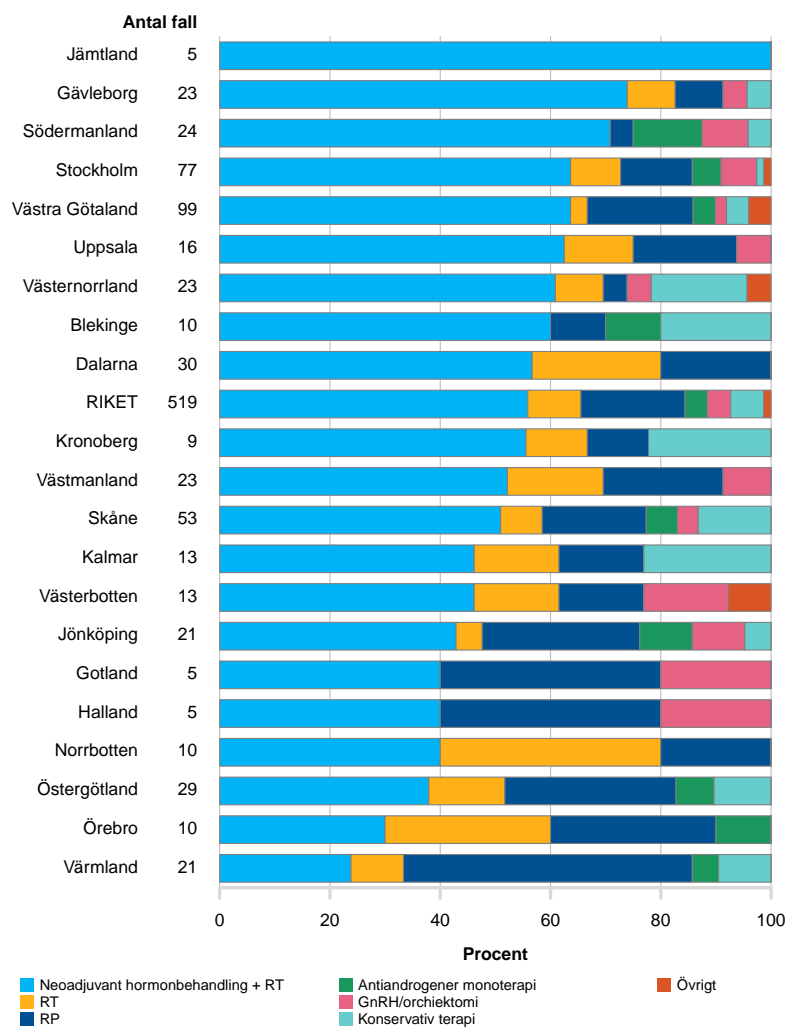
Tabell 1. Antal registrerade genomförda strålbehandlingar, per behandlingsår, 2009-2021.

	Primär- behandling	Efter aktiv monitore- ring	Post- operativ	Icke-kurativ	Totalt
Behandlingsår					
2009	1532 (72)	122 (6)	479 (22)		2133
2010	1764 (73)	161 (7)	500 (21)		2425
2011	1701 (69)	224 (9)	531 (22)		2456
2012	1556 (70)	206 (9)	476 (21)		2238
2013	1484 (68)	218 (10)	486 (22)		2188
2014	1622 (68)	263 (11)	507 (21)		2392
2015	1716 (64)	321 (12)	648 (24)		2685
2016	1835 (60)	513 (17)	706 (23)		3054
2017	1838 (61)	482 (16)	659 (22)	10 (0)	2989
2018	2033 (62)	379 (12)	657 (20)	201 (6)	3270
2019	2256 (60)	519 (14)	669 (18)	309 (8)	3753
2020	2209 (60)	538 (15)	606 (17)	315 (9)	3668
2021	2340 (60)	599 (15)	580 (15)	378 (10)	3897

Observera att möjligheten att registrera icke-kurativ strålbehandling infördes i registret ca 2018.



Figur 10. Fraktionsdos/total dos vid extern strålbehandling av män med mellanrisk- eller högriskcancer, per behandlande region, behandlingsår 2018-2021.



Figur 11. Behandling av män 75 år eller yngre vid diagnos med lokalt avancerad prostatacancer, per behandlingsbeslutande region, 2020-2021.

BAKGRUND TILL RESULTATEN - ORGANISATION AV NPCR OCH DATAKVALITET

Organisation och styrgrupp

Arbetet i NPCR leds av en styrgrupp där de regionala processledarna för prostatacancer är ordinarie ledamöter. Dessutom ingår två patientrepresentanter, registersköterska, koordinator, statistiker, stödteamsrepresentanter och adjungerade personer med specialkunskap. Förteckning över styrgruppsmedlemmar finns på npcr.se/medarbetare. Det nationella stödteamet för NPCR finns på RCC Mellansverige och centralt personuppgiftsansvarig myndighet (CPUA) är Region Uppsala.

Cancerregistret jämfört med NPCR

Vårdgivaren (diagnosticerande klinik samt patologenhet) är skyldig att göra en anmälan till Cancerregistret. Dessa anmälningar ligger till grund för en sammanställning av cancerincidensen i Sverige varje år. NPCR registrerar mellan cirka 50 – 100 variabler för varje man som diagnostieras med prostatacancer vilket innebär att det innehåller betydligt fler uppgifter än Cancerregistret. NPCR använder fyra separata formulär för att samla in data om diagnostik, utredning- och behandling, radikal prostatektomi och strålbehandling. Noggrann information om bland annat tumörstadium, differentiering, PSA-nivå, bilddiagnostik, primärbehandling och väntetider samlas in. Variablerna är utvalda av specialister i urologi och onkologi och uppgifterna ligger till grund för att utvärdera utredning och behandling, jämföra olika sjukhus och/eller regioner för att utvärdera följsamheten till vårdprogram för prostatacancer.

Datakvalitet

Varje år arrangeras nationella möten för inrapportörer på landets urolog- och strålbehandlingsenheter för att informera om revideringar i inrapporteringsformulär och för att inhämta synpunkter, skapa möjlighet till diskussion om inrapporteringen till NPCR och för att bygga nätverk. I samband med dessa möten sker en genomgång av årets resultat och en presentation av vetenskapliga studier som baserats på data i NPCR. Datakvalitet i NPCR har validerats genom samkörningar med bland annat Patientregistret och Läkemedelsregistret samt reextraktion av data från slumpvis utvalda fall. Datakvaliteten i NPCR är över lag god [1]. Under 2023 planeras en ny validering med hjälp av reextraktion av data för utvalda variabler av oberoende observatörer.

Hemsida

På npcr.se återfinns alla regionala och nationella årsrapporter, nyheter inom NPCR, länk till den öppna onlinerapporten RATTEN, länkar till registreringsformulär och manualer, kontaktuppgifter till ansvariga, information om Individuell patientöversikt prostatacancer (IPÖ), populärvetenskapliga sammanfattningar av vetenskapliga artiklar som utgått från NPCR och förteckning över styrgruppsmedlemmar.

PÅGÅENDE UTVECKLINGSARBETEN

Patientrapporterade utfallsmått (PROM)

Patientrapporterade utfallsmått (PROM) insamlade via online enkäter före och efter operation och strålbehandling samt vid spridd prostatacancer är en viktig källa till utvärdering av vårdkvalitet avseende symtom och biverkningar av sjukdom och behandling. Utdelning av online enkäter inför och efter behandling sker sedan 2021 via 1177 och resultatet är tillgängligt för läkare och patienter i samband med läkarbesök.

Urinläckage efter prostatektomi

Tre procent av män som genomgått prostatektomi opererades senare för alvarlig urininkontinens enligt en studie från NPCR [2]. Det innebär att mellan 50–100 män per år får en konstgjord sfinkter. För att kunna följa upp dessa ingrepp har ett registreringsformulär skapats av NPCR. Hittills har emellertid enbart ett fåtal sådana operationer skett under 2020 och 2021 pga. pandemin. Nu görs en retrospektiv registrering på alla enheter i landet som bedriver denna kirurgi. Vi räknar med prospektiv registrering av operationer med inkontinensimplantat fr.o.m. januari 2022.

MÅLSÄTTNINGAR OCH SLUTSATSER

NPCR arbetar för att samla in relevant information om svensk prostatacancervård och för att presentera den på ett användarvänligt sätt som bas för:

1. Lokalt, regionalt och nationellt förbättringsarbete och kvalitetsutvärdering
2. Kunskapsstyrning
3. Styrning och ledning av klinikerarbetet
4. Forskning i samverkan med akademien och Life science
5. Utveckling av e-hälsa och vårdinformationssystem.

1. Rapportering av klinikens resultat för kvalitetsindikatorerna i onlinerapporten Koll på läget är en viktig bas för förbättringsarbete på kliniken. Kvartalsrapporter för Koll på läget skickas med e-post till verksamhetscheferna i syfte att få fler processansvariga och verksamhetschefer att använda Koll på läget i verksamhetsstyrning och förbättringsarbete. Detta rapportsystem har kopierats till flertalet kvalitetsregister för cancer.

RATTEN, den öppna onlinerapporten, ger alla möjlighet att undersöka prostatacancervården ner på enhetsnivå. RATTEN har medfört en helt ny öppenhet med resultatredovisning. Detta rapportsystem har också kopierats av flertalet kvalitetsregister för cancer.

2. Vården ska vara kunskapsstyrd och där spelar det nationella vårdprogrammet för prostatacancer en avgörande roll. Det finns ett nära samarbete mellan NPCR och det nationella vårdprogrammet (NVP) där NPCR bidrar med information om följsamheten till NVPs rekommendationer.

3. För att verksamheterna skall kunna styras effektivt måste beslutsfattarna ha tillgång till aktuella data. NPCR är den enda källa som möjliggör nationella, regionala och lokala jämförelser av de mål som profession och patienter gemensamt formulerat i NVP.

4. År 2021 publicerades 19 vetenskapliga artiklar baserade på NPCR och Prostate Cancer data Base Sweden; PCBaSe vilket är en databas där NPCR länkats med andra sjukvårdsregister och demografiska databaser. En förteckning av dessa publikationer finns på npcr.se/publikationer och en kort populärvetenskaplig sammanfattning publiceras på npcr.se/nyheter.

5. Det har gjorts en pilot och nu även fullskaliga test på automatisk informationsöverföring av cirka 80 variabler mellan journalsystemet Cosmic till NPCRs formulär. Deltagare är Akademiska och Region Norr och Västmanland planeras start under hösten.

REFERENSER

- [1] Tomic K, Sandin F, Wigertz A, Robinson D, Lambe M, Stattin P. Evaluation of data quality in the National Prostate Cancer Register of Sweden. *Eur J Cancer*. 2015 Jan;51(1):101-11. doi: 10.1016/j.ejca.2014.10.025. Epub 2014 Nov 20. PMID: 25465187.
- [2] Ventimiglia E, Folkvaljon Y, Carlsson S, Bratt O, Montorsi F, Volz D, Akre O, Johansson E, Stattin P. Nationwide, population-based study of post radical prostatectomy urinary incontinence correction surgery. *J Surg Oncol*. 2018 Feb;117(2):321-327. doi: 10.1002/jso.24816. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28876467; PMCID: PMC5873254.