

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2022

Stockholm-Gotland

April 2023

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

FÖRORD	7
KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER	8
RESULTATREDOVISNING	10
Täckningsgrad	10
Koll på läget - Urologi	11
Koll på läget - Onkologi	23
Väntetider	33

FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . .	10
2	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2022. 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.	13
3	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2019-2022. 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.	14
4	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.	15
5	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.	16
6	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.	17
7	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 2022.	18
8	MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.	19
9	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 2022.	20
10	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparende resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2022.	21
11	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2022.	21
12	Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-enkät 1 år efter operation, per opererande sjukhus. Period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under 2022 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).	22
13	Andel ej allvarlig urininkontinens 12 månader efter utförd radikal prostatektomi, per opererande sjukhus. Period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under 2022 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).	22
14	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2022. 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.	25

15	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2019-2022. 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.	26
16	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.	27
17	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.	27
18	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 2022.	28
19	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.	29
20	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 2022.	29
21	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 2022.	30
22	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 2022.	31
23	Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.	31
24	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolum (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.	32
25	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.	32
26	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.	33
27	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.	34
28	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 2020-2022.	35
29	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.	36

30	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.	37
----	---	----

FÖRORD

Sedan 2016 publiceras sex separata regionala rapporter i PDF-format som kommenterar resultaten i den egna regionen för kvalitetsindikatorer i Koll på läget. I Koll på läget jämförs resultaten för tio utvalda kvalitetsindikatorer på den egna enheten dels mot målnivåer som satts upp av styrgruppen för NPCR, dels mot andra vårdgivare i regionen. Koll på läget är tillgänglig online på INCA-plattformen för personal på respektive vårdenhet och uppdateras där varje dygn. Det finns en Koll på läget för prostatacancervård som bedrivs på urologkliniker, kirurgkliniker och privata urologmottagningar och en Koll på läget för vård på onkologkliniker.

I tillägg till Koll på läget som enbart är tillgänglig för vårdpersonal på respektive enhet finns RATTEN tillgänglig för allmänheten på www.npcr.se/RATTEN sedan december 2016. RATTEN är en interaktiv onlinerapport som innehåller data för män diagnostiserade med prostatacancer fram till sista december föregående år. I RATTEN kan resultaten i riket, i varje region, i varje landsting och för varje enskild vårdgivare studeras och man kan jämföra resultaten mellan olika enheter och man kan också undersöka tidstrender. I RATTEN finns förutom data i Koll på läget också data för många andra variabler i NPCR.

De gul- och grönskuggade områdena i figurerna i denna rapport representerar de lägre respektive övre målnivåerna från Koll på läget.

I denna rapport kommenteras Stockholm-Gotlandsregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2022.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Täckningsgraden som var mycket låg 2021, 83 %, har 2022 ökat till 88 %, läkargruppen Victoria som tappat en läkare har endast 51 % samt urologspecialisterna Södra Stockholm endast 40 % vilket inte är acceptabelt.

Angående koll på läget urologi

Eftersom prostatacancervården är helt annorlunda organiserad i Stockholm jämfört med resten av Sverige, blir denna rapport i många hänseende inte riktigt trovärdig. Orsaken är att öppenvårdsurologerna diagnosticerar majoriteten av alla patienter och sjukhusen behandlar dessa. Att mäta diagnostik på sjukhusen som på de flesta sker till begränsad del, men många gånger är speciella fall blir ungefär lika tokigt som att mäta behandling hos öppenvårdsurologerna (som i princip endast diagnosticerar).

Kontaktsjuksköterska finns i riket hos 86 % och i regionen Stockholm-Gotland hos 93 %.

För tid mellan remiss till första besöket urolog (max 21 dagar) har vi i regionen resultat 70 % klart bättre jämfört riket endast 42 %. Ungefär hälften av öppenvårdsurologerna når hög måluppfyllelse vilket är mycket bra.

Tid mellan biopsi och PAD besked (max 11 dagar) är regionen något bättre (17 %) jämfört med riket (11 %). Bäst i regionen är Capio S:t Görans prostatacancercenter med hela 57 % och Läkargruppen Victoria med 34 %. Här finns klara möjligheter till förbättring hos många och möjlighet att ta efter Capio S:t Görans initiativ.

Angående tid från remiss till utförande av kurativ behandling är regionen klart sämre i år, 12 % jämfört med förra året 24 %, dock bättre jämfört med rikets 9 %. Detta är självklart ett stort problem för både operation men i synnerhet för strålbehandling där tiderna är på tok för långa. SöS har bäst tider (19 %). De flesta sjukhus kan ej själva helt påverka denna tid eftersom när patienten anländer är all tid redan förbrukat. Det råder också en viss osäkerhet i om vissa sjukhus till exempel SöS märker patienten med tid 0 då denna anländer till sjukhuset?

MR utförd före diagnostisk biopsi: Denna nya parameter uppnår Stockholms region hög nivå av måluppfyllelse (93 %) att jämföra med riket (87 %).

Deltagande i MDK högrisk: Här finns en hög måluppfyllelse i regionen med 88 %.

Män med låg-/mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion: Även här finns en mycket hög måluppfyllelse i regionen med 92 % att jämföra med 81 % i riket.

Negativa resektionsränder (pT2): Här ligger regionen högre (81 %) jämfört med riket (80 %) vilket är mycket bra med tanke på hur mycket mer nervsparande på låg-/mellanrisk som genomförs i regionen. Negativa resektionsränder är ett surrogatmått på onkologiskt utfall, där olika bedömningar av patologer föreligger. Är ett körtelrör som är i kontakt med färgen en positiv marginal?

Andel män med rapporterad e-PROM: Här ligger vi visserligen högre jämfört med riket, 67 % jämfört med 66 %, men siffrorna är ej acceptabla och något vi processledare kommer arbeta med under året.

Ej allvarlig urininkontinens: Denna mät punkt är ny och mycket viktig. Regionen är något bättre jämfört med riket (95 % jämfört med 91 %).

Angående koll på läget onkologi

Eftersom prostatacancervården är helt annorlunda organiserad i Stockholm jämfört med resten av Sverige, blir denna rapport i många hänseende inte riktigt trovärdig. Orsaken är att öppenvårdsurologerna diagnosticerar majoriteten av alla patienter och sjukhusen behandlar dessa. Att mäta ledtider på sjukhusen blir då i många fall missvisande då en stor del av ledtiderna sker inom öppenvårdsurologin.

Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT är låg på Karolinska Solna, vilket vi processledare noterat och initierat arbete med att förbättra under året.

Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska är mycket god inom region Stockholm-Gotland på 99 %.

Andelen högriskpatienter diskuterade på multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk) är god.

Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog är mycket låg i regionen, 2 %, jämfört med 9 % i riket, vilket är uselt. Vidare är andelen som startar postoperativ strålbehandling inom 30 dagar enbart 7 %, jämfört med 45 % i riket. Region Stockholm-Gotland har ett generellt problem med för låg strålbehandlingskapacitet och översyn pågår på regional nivå för att säkerställa bättre tillgänglighet för strålbehandling framöver i regionen.

Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer uppfylls endast i 19 % och är en försämring från föregående år (då 38 %). Detta förklaras till stor del av väntetider inom öppenvårdsurologin.

Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15 för män med lokalt avancerad prostatacancer är tillfredsställande.

Andelen patienter med minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter RT är lägre (61 %) jämfört med 2021 (76 %) för region Stockholm-Gotland, där SöS enbart rapporterar 38 %. Detta förklaras troligen till stor del av förändrade riktlinjer för adjuvant hormonbehandling i 2022:s version av Nationella Vårdprogrammet för Prostatacancer (NVP), där alla högriskpatienter inte längre rekommenderas adjuvant hormonbehandling (utan endast 6 mån TAB i samband med strålbehandlingen). Ytterligare förändringar angående hormonbehandling i samband med strålbehandling kommer ske i årets version av NVP, varför denna kvalitetsindikator bör ses över.

Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolym uppfylls med råge då det är en väl inarbetad rutin i regionen.

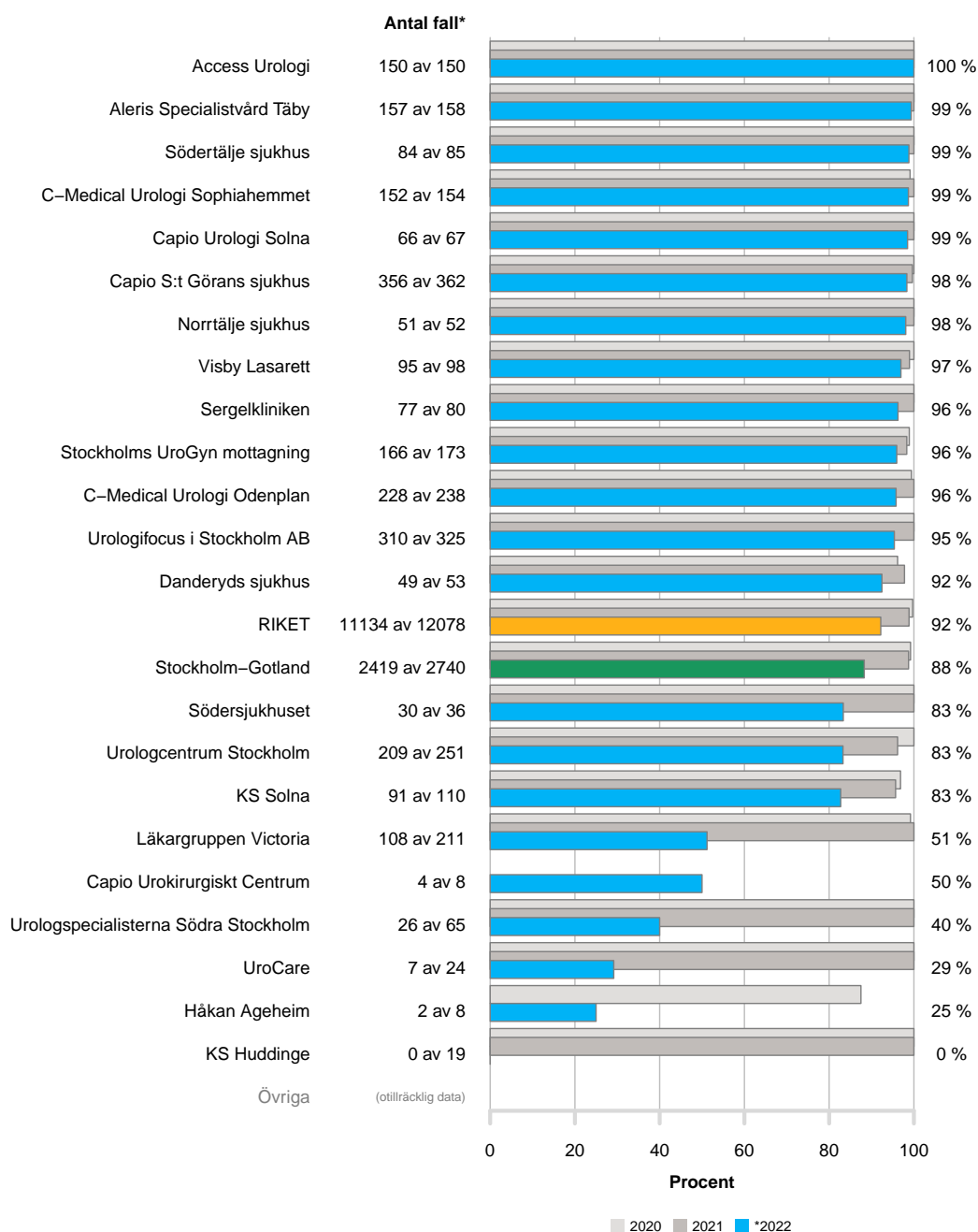
Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät är låg med 45 % från regionen, dock med stora variationer mellan de tre aktuella sjukhusen. Endast i 10 % har baseline-PROM rapporterats från Karolinska Solna. Stödande arbete pågår generellt från RCC mot samtliga inblandade i prostatacancervården i regionen för att förbättra PROM-rapporteringen.

Stefan Carlsson och Karin Holmsten

Regional processledare urologi, onkologi

RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad



Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.

Koll på läget - Urologi

De mått som rapporteras för urologi är

1. **Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.** 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: 40/80 %.** 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: 40/80 %.** 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: 40/80 %.** 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. **MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: 80/90 %.**
6. **Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.** 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.

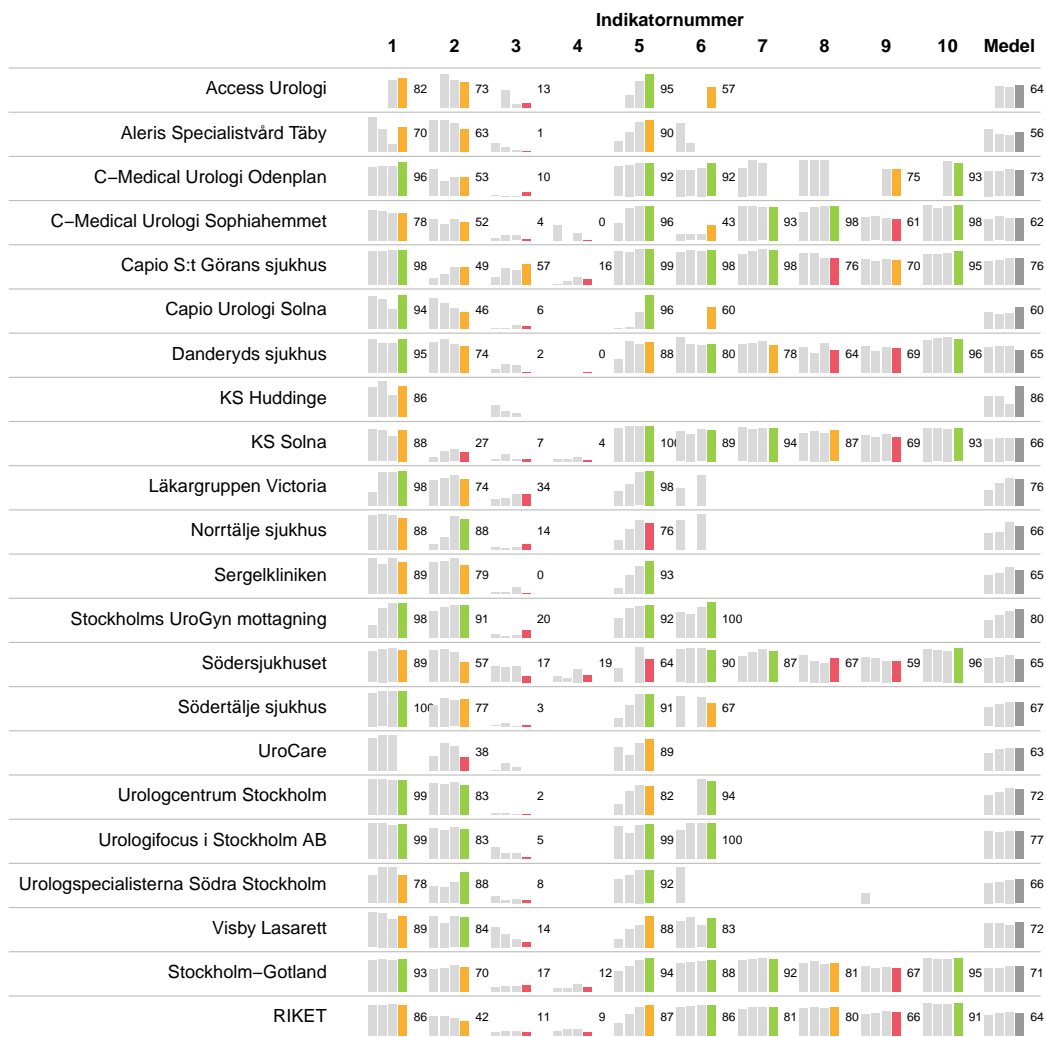
7. **Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.**
8. **Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: 80/90 %.** Motsvarar SoS NR indikator 3.6 'positiva marginaler' dvs. ofria resektionsränder vid pT2-tumör, dvs tumör finns 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 rapporterad ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: 70/80 %.**
10. **Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: 70/80 %.**

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

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Access Urologi	82	73	13		95	57					64
Aleris Specialistvård Täby	70	63	1		90						56
C–Medical Urologi Odenplan	96	53	10		92	92			75	93	73
C–Medical Urologi Sophiahemmet	78	52	4	0	96	43	93	98	61	98	62
Capio S:t Görans sjukhus	98	49	57	16	99	98	98	76	70	95	76
Capio Urologi Solna	94	46	6		96	60					60
Danderyds sjukhus	95	74	2	0	88	80	78	64	69	96	65
KS Huddinge	86										86
KS Solna	88	27	7	4	100	89	94	87	69	93	66
Läkargruppen Victoria	98	74	34		98						76
Norrtälje sjukhus	88	88	14		76						66
Sergelkliniken	89	79	0		93						65
Stockholms UroGyn mottagning	98	91	20		92	100					80
Södersjukhuset	89	57	17	19	64	90	87	67	59	96	65
Södertälje sjukhus	100	77	3		91	67					67
UroCare		38			89						63
Urologcentrum Stockholm	99	83	2		82	94					72
Urologifocus i Stockholm AB	99	83	5		99	100					77
Urologspecialisterna Södra Stockholm	78	88	8		92						66
Visby Lasarett	89	84	14		88	83					72
Stockholm–Gotland	93	70	17	12	94	88	92	81	67	95	71
RIKET	86	42	11	9	87	86	81	80	66	91	64

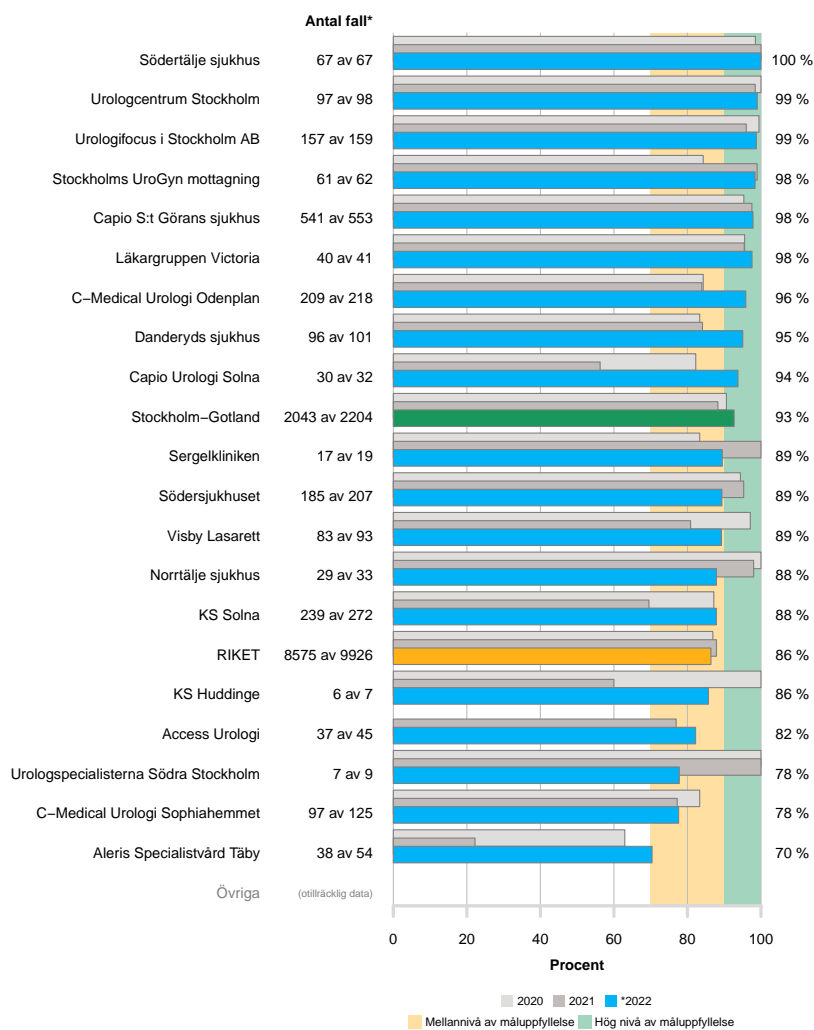
Figur 2. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
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: 40/80 %.
5. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: 80/90 %.
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
7. Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: 80/90 %.
9. Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: 70/80 %.
10. Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: 70/80 %.

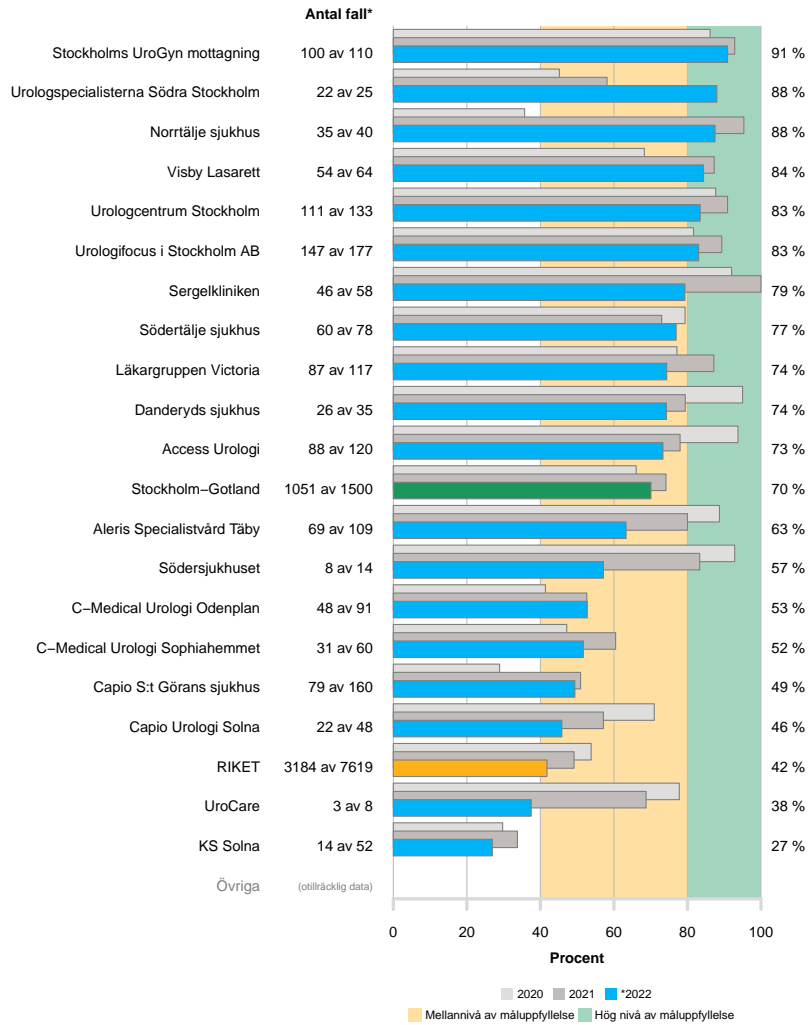


Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2019-2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

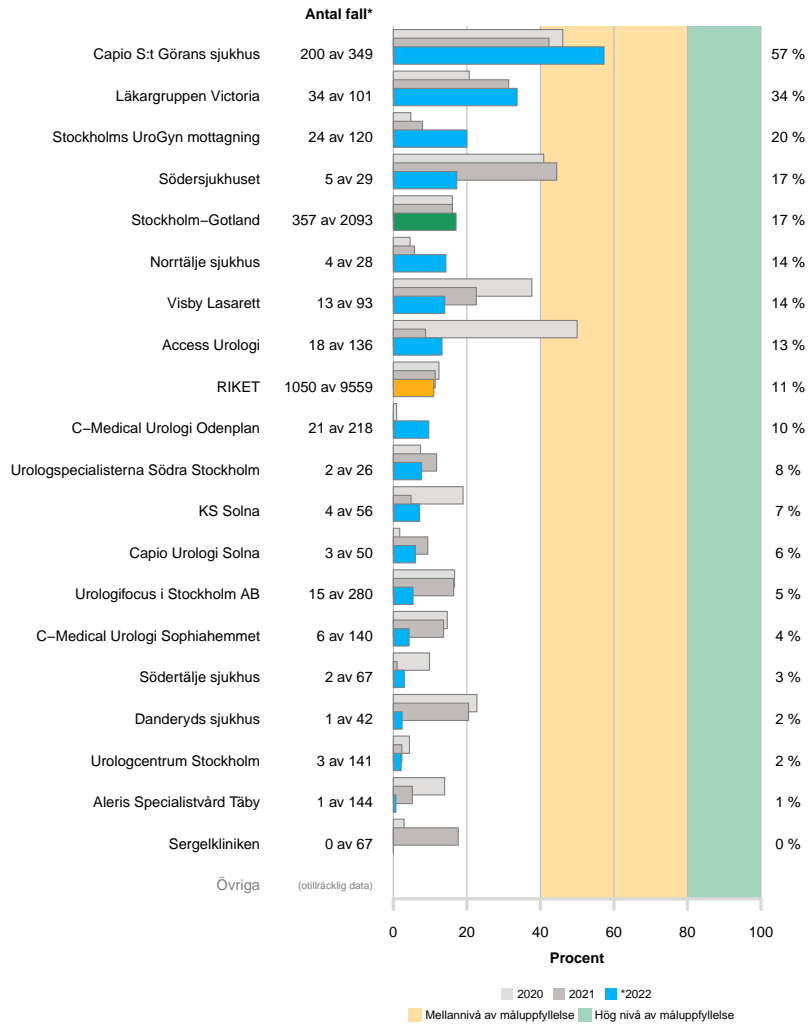
1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
4. Tid mellan utfärdande av remiss och 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: 40/80 %.
5. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: 80/90 %.
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
7. Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: 80/90 %.
9. Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: 70/80 %.
10. Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: 70/80 %.



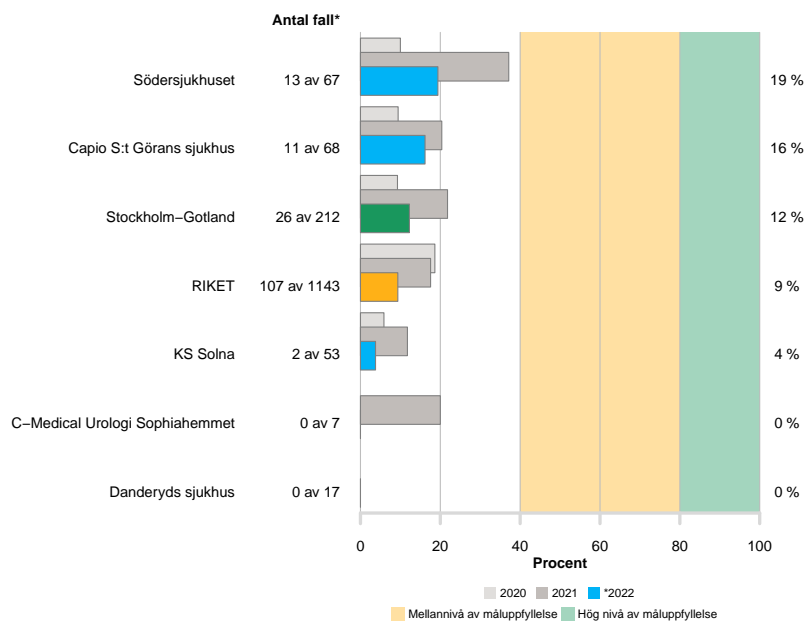
Figur 4. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



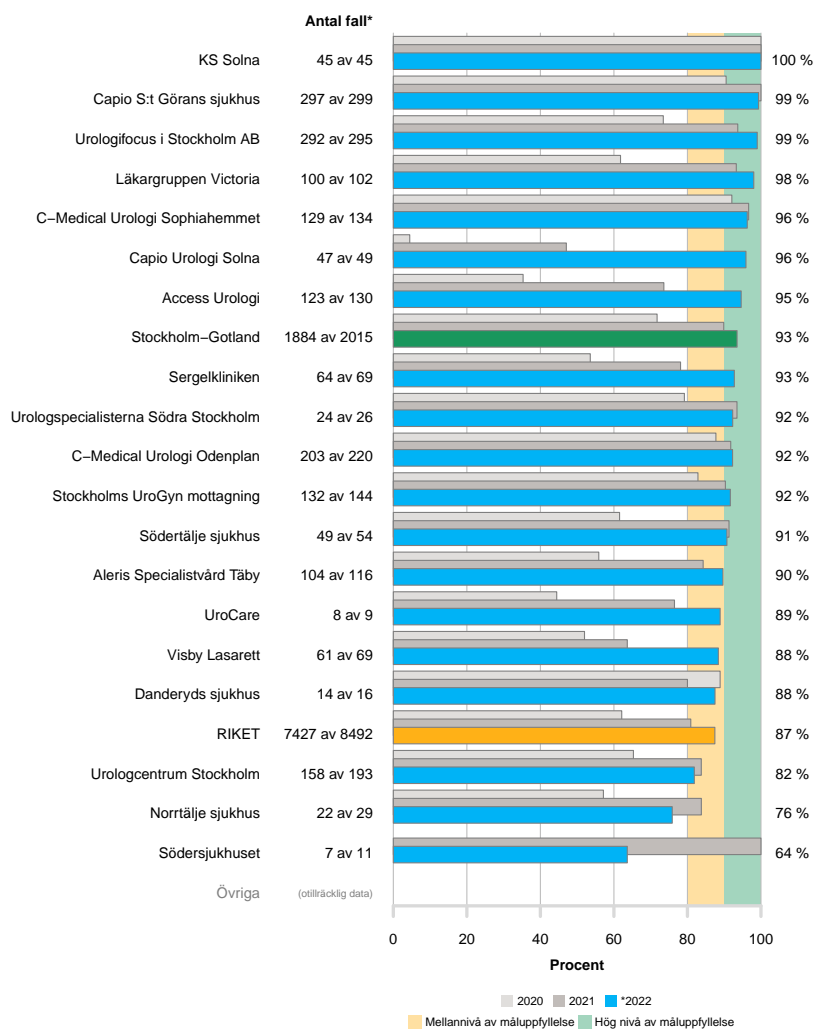
Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



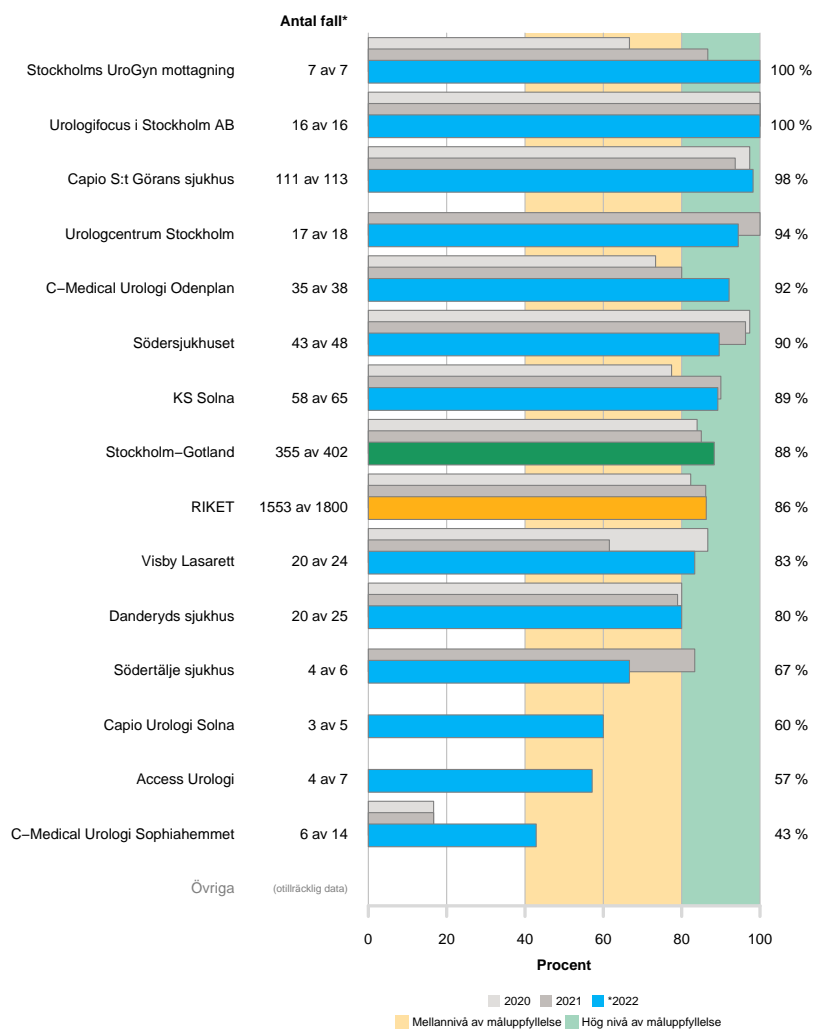
Figur 6. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



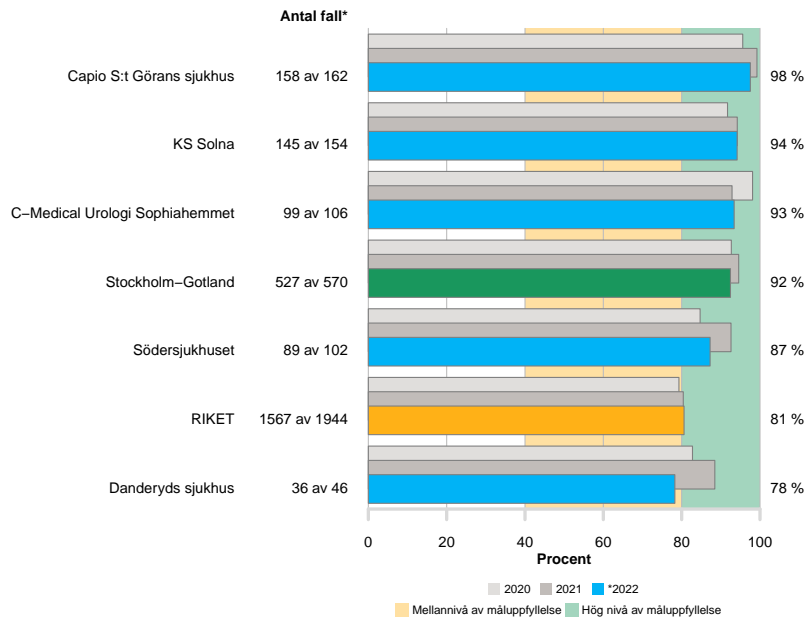
Figur 7. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



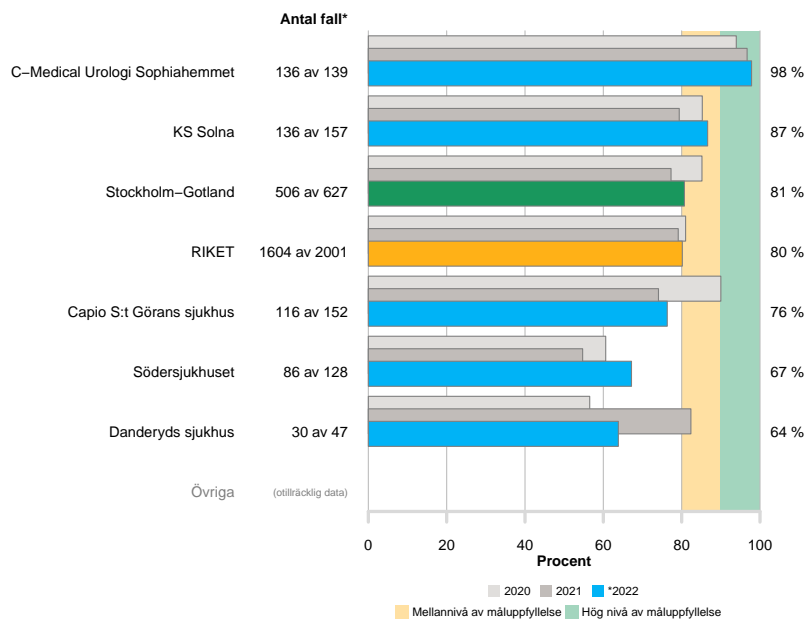
Figur 8. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



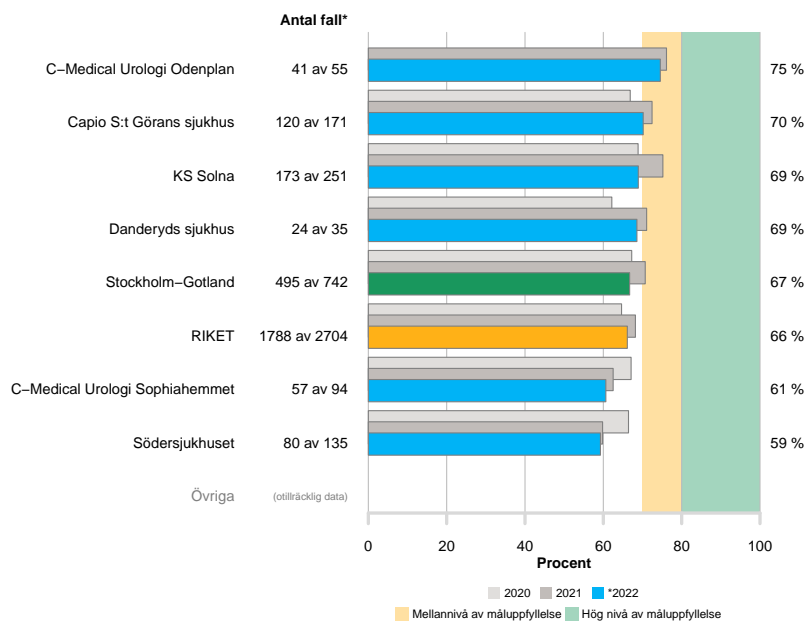
Figur 9. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



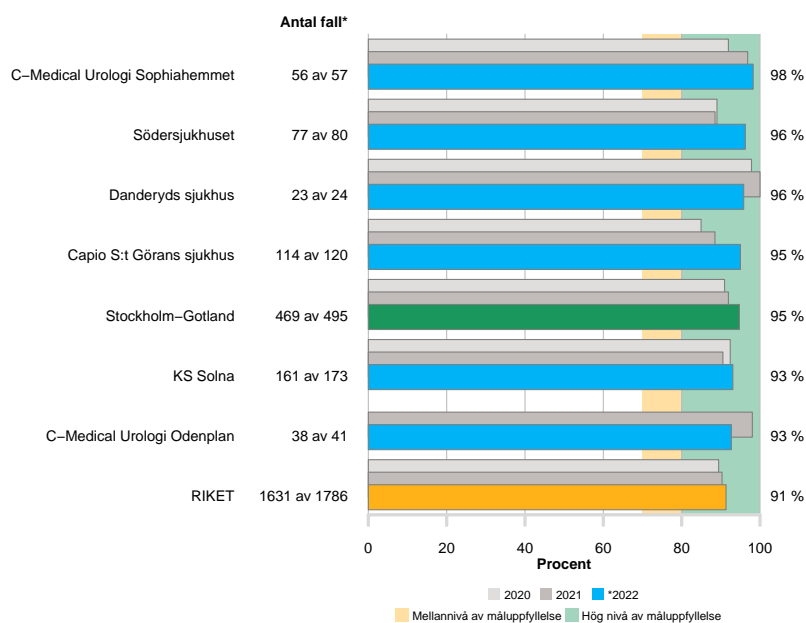
Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2022.



Figur 11. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2022.



Figur 12. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-enkät 1 år efter operation, per opererande sjukhus. Period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under 2022 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).



Figur 13. Andel ej allvarlig urininkontinens 12 månader efter utförd radikal prostatektomi, per opererande sjukhus. Period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under 2022 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).

Koll på läget - Onkologi

De kvalitetsindikatorer som rapporteras för onkologi är

1. **Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.** 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: 40/80 %.** 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: 40/80 %.** 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: 40/80 %.**
5. **Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer. Målnivåer: 40/80 %.** 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: 40/60 %.** 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: 40/80 %. 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 antiandrogener 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: 40/80 %. 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 målvolym. Målnivåer: 40/80 %. Undersökning med MR i tillägg till obligatorisk skiktröntgen (CT) som planeringsunderlag inför strålbehandling förbättrar bildunderlaget väsentligt och underlättar således definition av målvolym (prostata) på ett avgörande sätt.

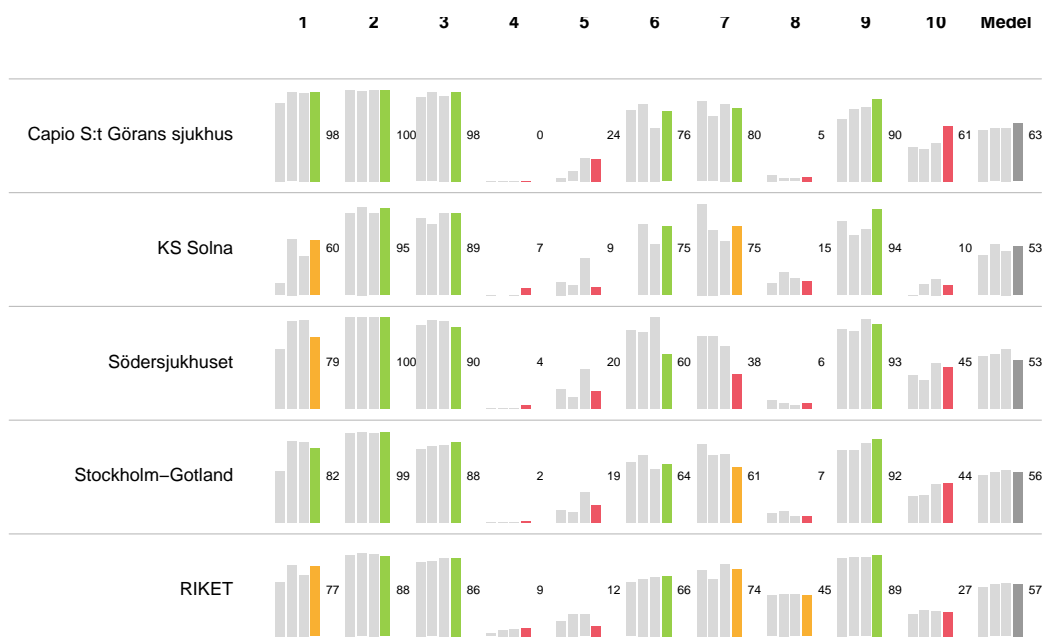
10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät.

Målnivåer: 80/99 %. Indikatorn visar den andel män som besvarat baslinjeenkäten för PROM online (ePROM; elektroniskt patientrapporterade utfallsmått) före utförd strålbehandling.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Medel
Capio S:t Görans sjukhus	98	100	98	0	24	76	80	5	90	61	63
KS Solna	60	95	89	7	9	75	75	15	94	10	53
Södersjukhuset	79	100	90	4	20	60	38	6	93	45	53
Stockholm–Gotland	82	99	88	2	19	64	61	7	92	44	56
RIKET	77	88	86	9	12	66	74	45	89	27	57

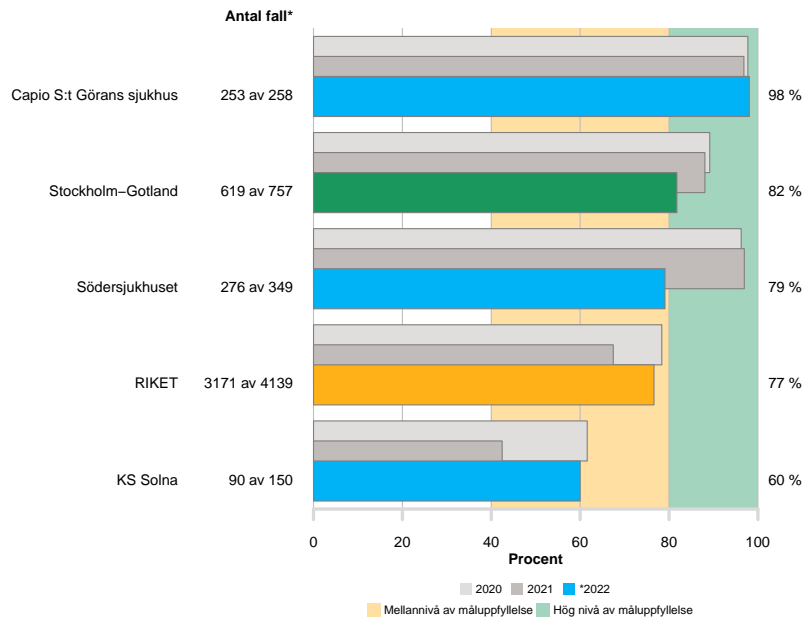
Figur 14. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 40/80 %.
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer. Målnivåer: 40/80 %.
6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15. Målnivåer: 40/60 %.
7. Minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter RT. Målnivåer: 40/80 %.
8. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: 40/80 %.
9. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolymer. Målnivåer: 40/80 %.
10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: 80/99 %.

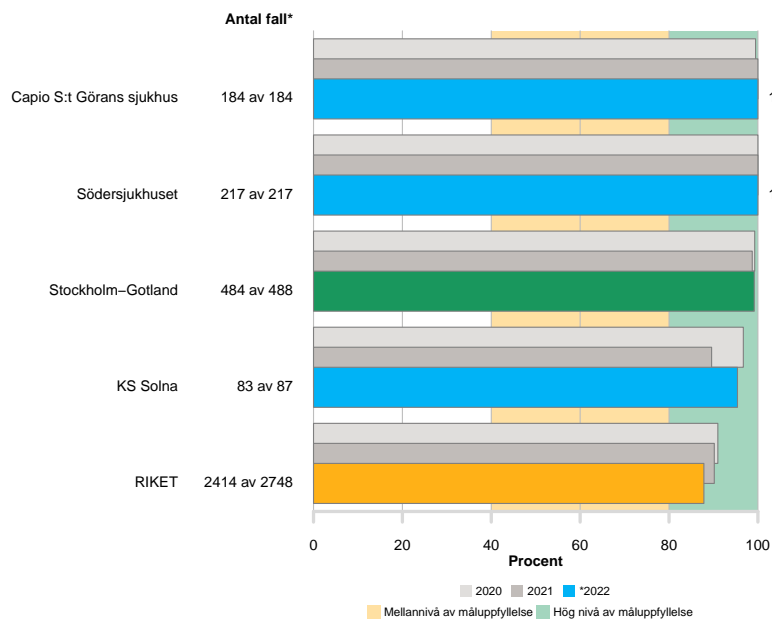


Figur 15. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2019-2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

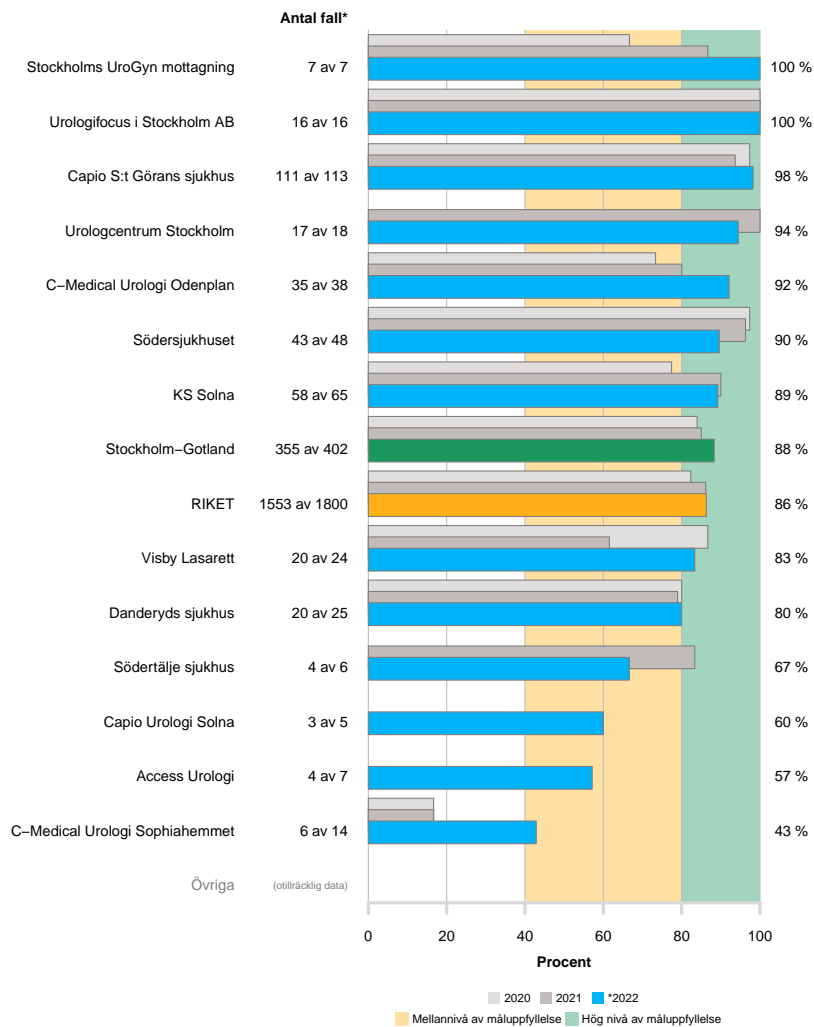
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 40/80 %.
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer. Målnivåer: 40/80 %.
6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15. Målnivåer: 40/60 %.
7. Minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter RT. Målnivåer: 40/80 %.
8. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: 40/80 %.
9. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolymer. Målnivåer: 40/80 %.
10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: 80/99 %.



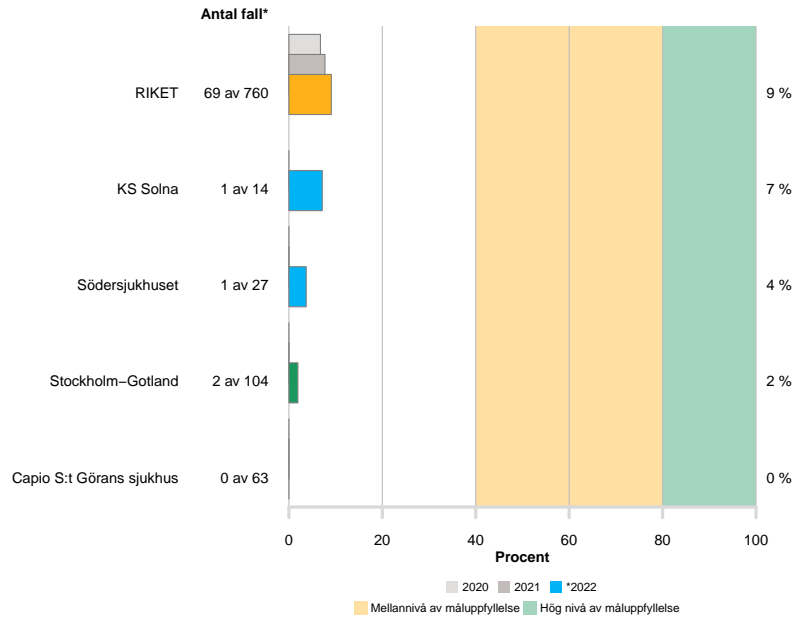
Figur 16. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



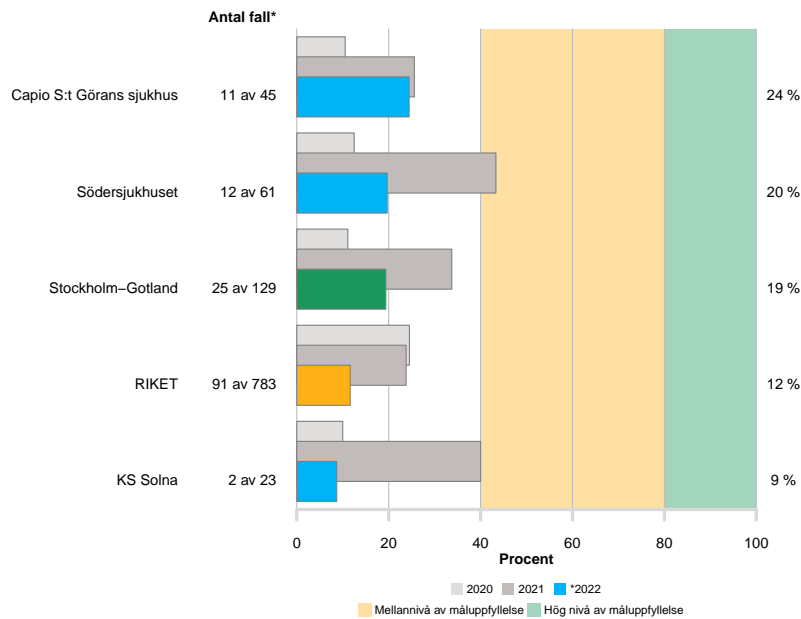
Figur 17. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



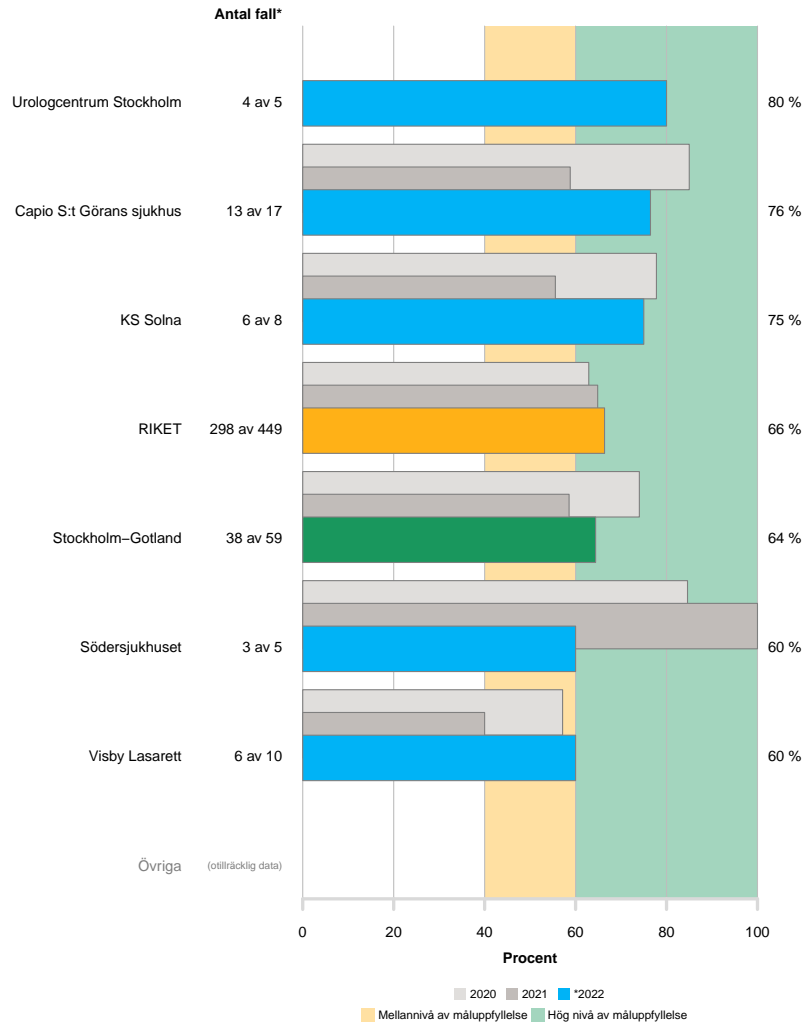
Figur 18. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



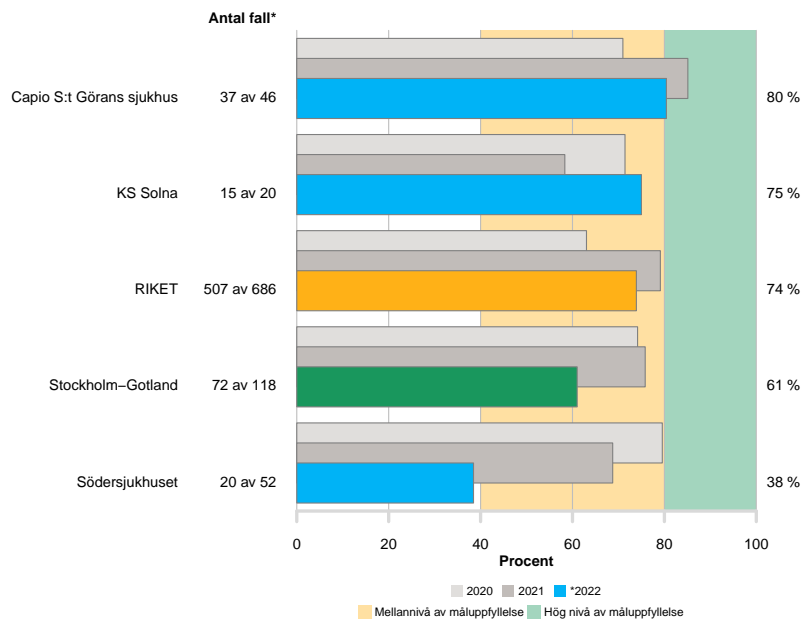
Figur 19. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbildande sjukhus, behandlingsår 2022.



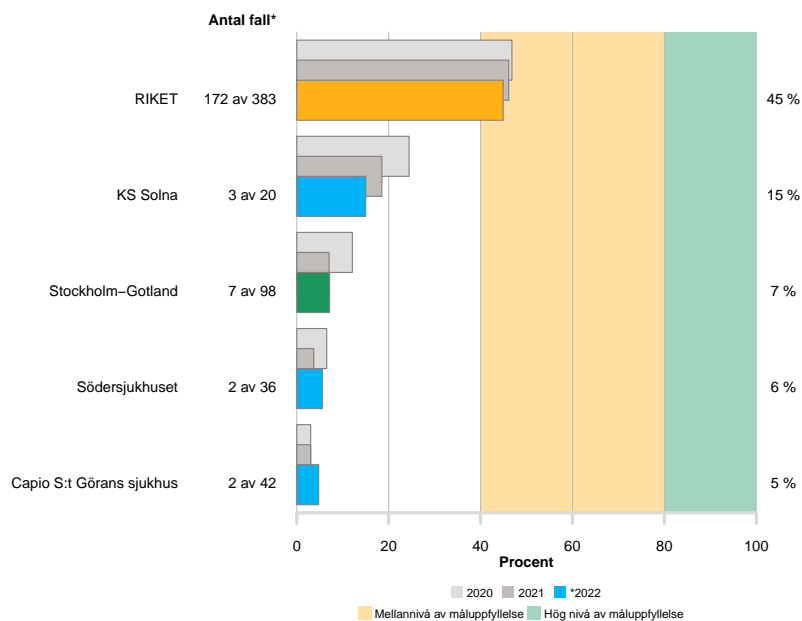
Figur 20. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbildande sjukhus, diagnosår 2022.



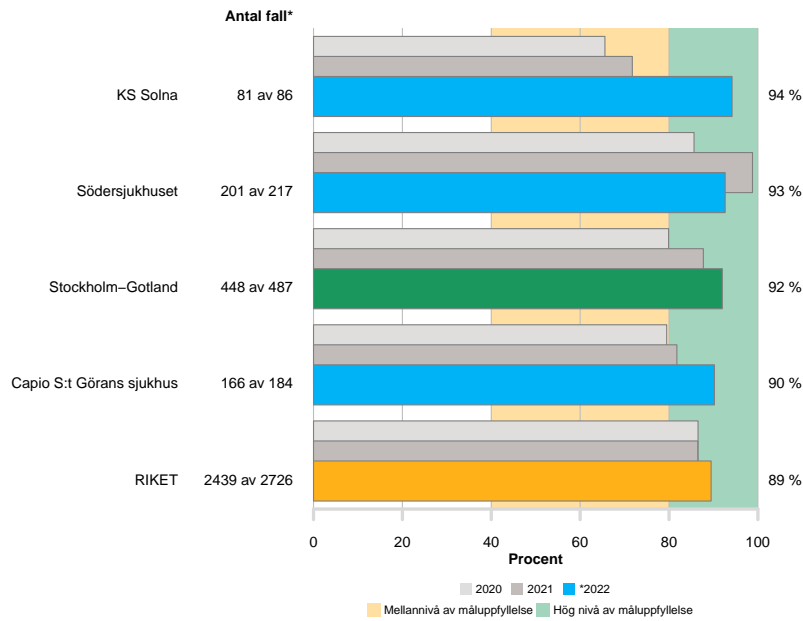
Figur 21. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



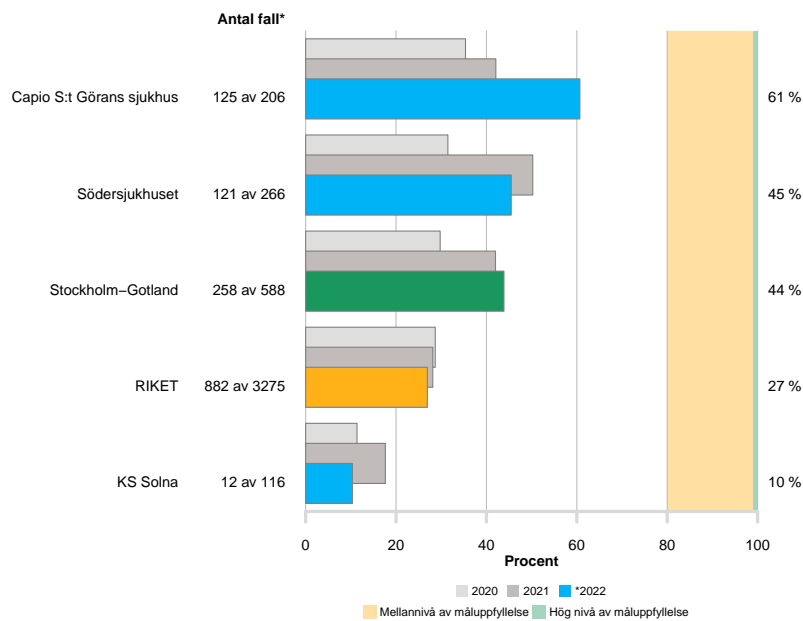
Figur 22. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



Figur 23. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



Figur 24. Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.

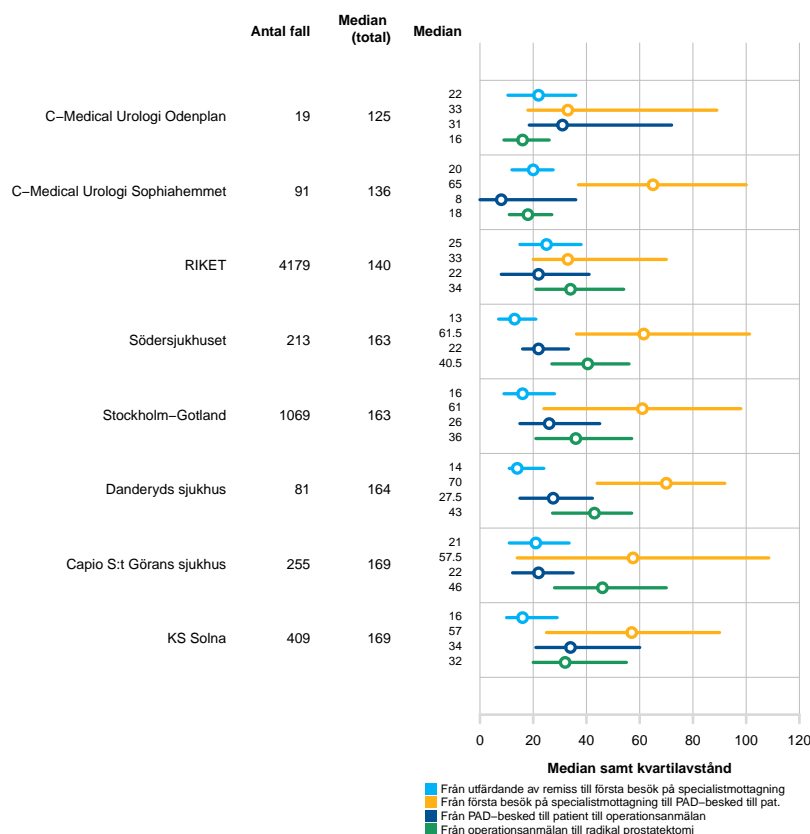


Figur 25. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.

Väntetider

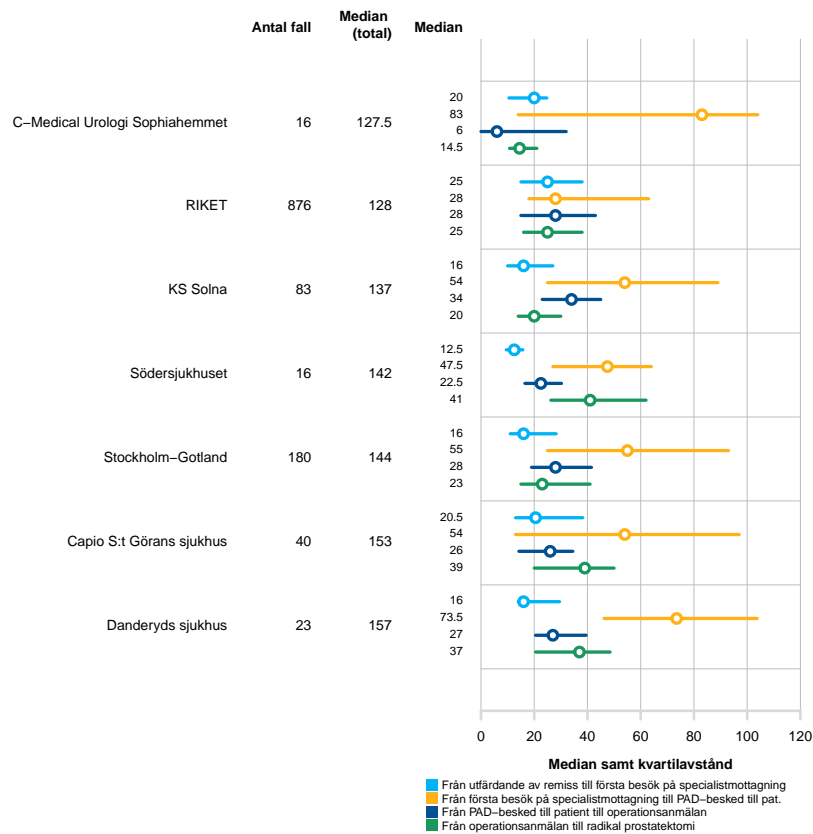
OBS!

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.



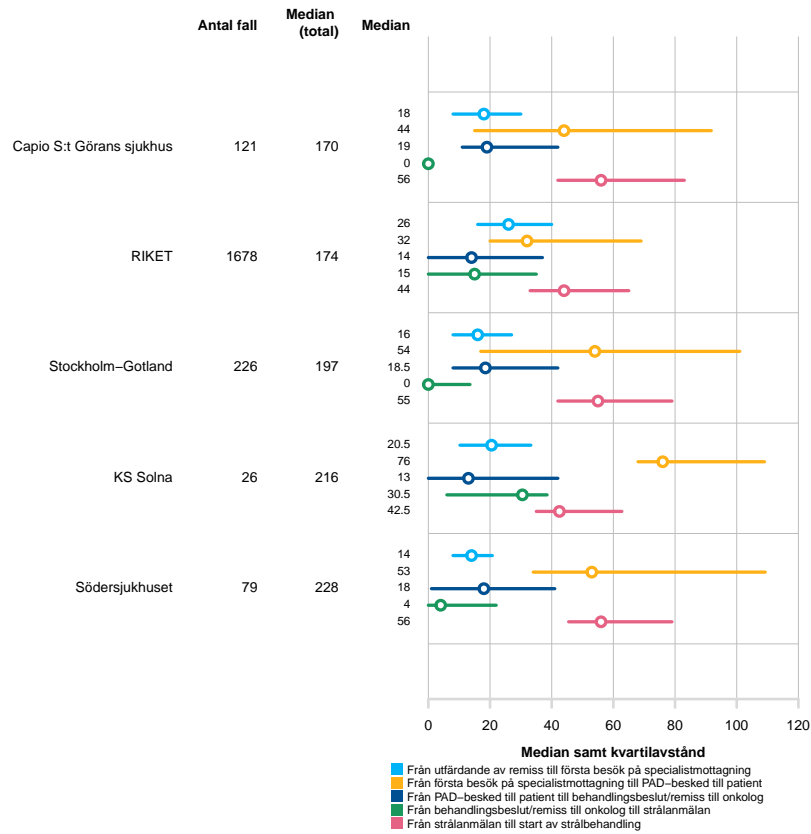
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.



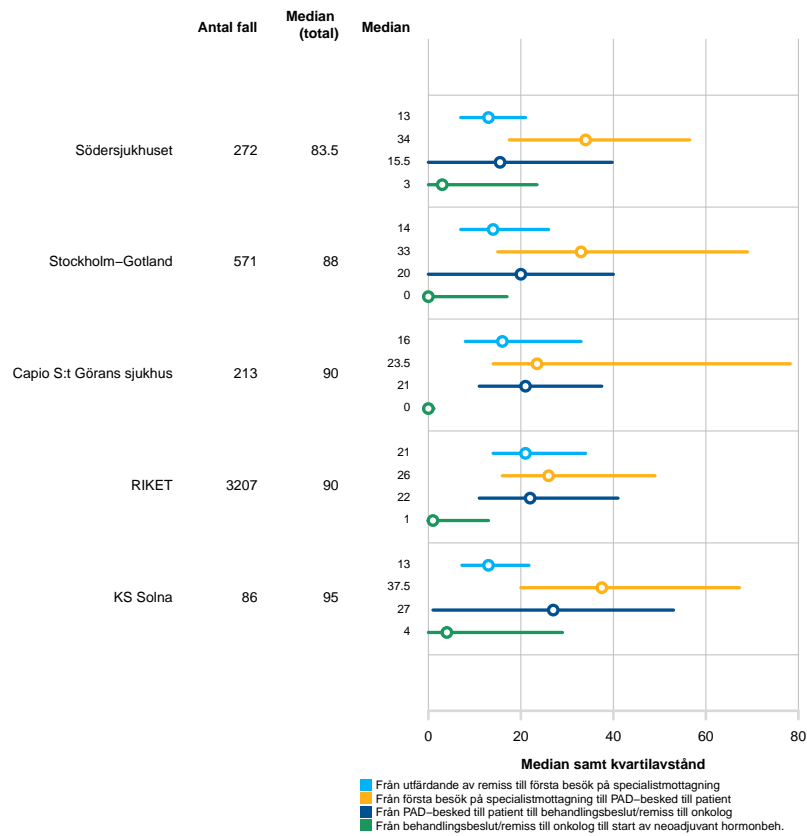
Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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



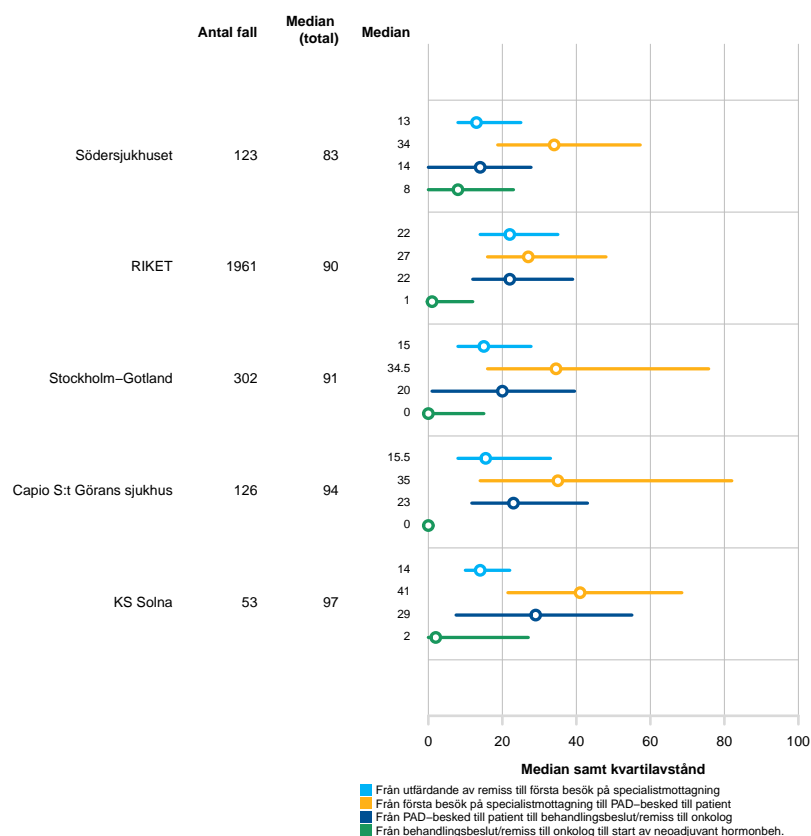
Figur 28. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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 29. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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 30. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.