

# Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2022

Mellansverige

April 2023

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige  
Akademiska sjukhuset  
SE-751 85 UPPSALA

# INNEHÅLL

<b>FÖRORD</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>RESULTATREDOVISNING</b> . . . . .	<b>12</b>
Täckningsgrad . . . . .	12
Koll på läget - Urologi . . . . .	13
Koll på läget - Onkologi . . . . .	25
Väntetider . . . . .	35

## FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . .	12
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. . . . .	15
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. . . . .	16
4	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022. . . . .	17
5	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . . .	18
6	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . . .	19
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. . . . .	20
8	MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . . .	21
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. . . . .	22
10	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparende resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2022. . . . .	23
11	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2022. . . . .	23
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). . . . .	24
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). . . . .	24
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. . . . .	27

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. . . . .	28
16	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022. . . . .	29
17	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022. . . . .	29
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. . . . .	30
19	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022. . . . .	31
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. . . . .	31
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. . . . .	32
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. . . . .	33
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. . . . .	33
24	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolum (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022. . . . .	34
25	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022. . . . .	34
26	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022. . . . .	35
27	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med <b>högriskcancer</b> som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022. . . . .	36
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. . . . .	37
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. . . . .	38

30	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 2020-2022. . . . .	39
----	---	----

## 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 Mellansverigeregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2022.

# KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Vårdprocessgrupp Mellansverige hade under våren och hösten "minidialogmöten" digitalt under varsin dag för urologi respektive onkologi. Vi gick igenom Koll på läget i högt tempo under 30 min. Det återkopplades från regionerna att det var en bra mötesform; för en gångs skull var nästan alla verksamhetschefer närvarande. Finns en möteströtthet och den tidigare modellen med en hel förmiddag/eftermiddag fysiskt gav sämre närvaro på chefsnivå.

I höstas hade vi en heldag i Uppsala med tema icke-lokaliserad cancer ur onkologisk synvinkel samt diagnostik (PSMA-PET) med extern föreläsare.

Ingrida Verbiené är sedan våren -22 ny processledare för onkologi.

## Täckningsgrad

Täckningsgraden under 2022 var generellt god (98 %). Några mindre privata enheter har inte rapporterat in eller har låg täckningsgrad.

## Kontaktsjuksköterska

89 % av männen i Mellansverige har tillgång till kontaktsköterska (riket 86 %).

## Väntetider

Andel patienter som får tid inom 21 dagar från utfärdande av remiss har minskat ytterligare och ligger nu på 43 % jämfört med rikets 42 %. Variationen är stor, även mellan större enheter; Örebro 13 % jämfört med Karlstad 76 %. Tidig MRT direkt på ingående remiss förlänger väntan på många håll men är ju i sig en förmodad kvalitetshöjning.

Tid till PAD-besked har liksom tidigare år en låg grad av måluppfyllelse; Mellansverige 9 % mot rikets 11 %.

Gällande tid från remiss till start av kurativ primärbehandling ligger måluppfyllelsen på 17 % för Mellansverige mot rikets 9 %. I regionen har PSMA-PET tillkommit vilket ökar väntetiderna på flera enheter.

## MRT före diagnostisk biopsi (PSA <20 ng/ml)

Regionens andel är 84 % jämfört med rikets 87 %. Ökande andel i linje med vårdprogram och de utbildningsinsatser vi haft vid bl.a. dialogmöten senaste åren. Liksom tidigare sticker Värmland ut med nivå strax under 60 %.

## Multidisciplinär konferens (MDK)

Måluppfyllelsen är här hög (95 %).



### Kvalitetsparametrar kopplade till radikal prostatektomi

Andel vid låg-/mellanrisk som genomgår nervsparande resektion ligger för Mellansverige på 83 % jämfört med rikets 81 %.

Andel negativa resektionsränder vid pT2 varierar mellan 62 % (Uppsala) och 84 % (Karlstad).

Andel ej allvarlig urininkontinens varierar stort mellan centra och operatörer. Uppsala ligger på 83 %, Falun 100 %. Genomsnitt för region Mellansverige är 89 % jämfört med rikets 91 %. Här måste både patientselektion och utförande förbättras.

Radikal prostatektomi utförs numera vid sex enheter då Nyköping upphör till årsskiftet. Patienterna skickas till Eskilstuna som under året anskaffat operationsrobot.

### Sammanfattning, urologi Mellansverige

Väntetiderna har ökat ytterligare. Man kan ifrågasätta nyttan med mätningarna i dess nuvarande form då införande av primär MRT förlänger men är en kvalitetsförbättring. Likaså ökat användande av PSMA-PET som påverkar tid till start av behandling.

Resultaten gällande kirurgi talar för att för att man skulle behöva koncentrera operationerna till de operatörer och enheter som har bäst resultat.

Det är fortfarande en för stor andel av lågriskcancer som går till kuration; 11 % i Mellansverige varierande mellan Gävleborg 3 % och Dalarna hela 22 %. Detta mäts inte i Koll på läget men är anmärkningsvärt.

### Koll på läget – Onkologi

1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT i regionen är färre än i riket (66 % vs 75 %). Det ligger på samma nivå som föregående år och varierar mellan 18–98 % (som bäst i Karlstad och sämst i Västerås).
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska är högre i regionen än i riket (98 % vs 88 %).
3. Antal högriskpatienter som diskuterades på multidisciplinär konferens/mottagning är högre i regionen än i riket (95 % vs 86 %).
4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog är bara 1 %. Det är målet som svårt att uppfylla och även i riket ligger på bara 9 %. Det kliniska värdet av denna indikator kommer att ses igenom i vårdprogram- och SVF-grupper.
5. Andel patienter med högriskcancer som startar neoadjuvant hormonbehandling inför RT inom högst 57 dag efter utfärdande av remiss är högre i regionen än i riket (16 % vs 12 %). Målet är inte uppnått och det är låga siffror i hela landet under senaste 3 år. Värdet av denna indikator får diskuteras i vårdprogram- och SVF-grupper.
6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15 är högre i regionen än i riket (68 % vs 66 %). Det är även högre än föra året. Som högst på Mälarsjukhuset (79 %) och lägst i Karlstad (48 %).

7. I regionen är det högre antal av patienter som får minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter RT (76 % vs 74 %). Vi vet ju att flera patienter får nu adjuvant behandling med GNRH-antagonist och även med Abirateron vilket gör att antalet bicalutamidbehandlingar har minskar och den indikatorn blir mindre relevant.
8. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan är högre i regionen än i riket (63 % vs 45 %).
9. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolym är väldigt högt på 4 sjukhus (89–100 %) men används inte alls på 2 sjukhus. Där använder man diagnostisk MR för targetbedömning. Sammanlagt i regionen används MR för dosplanering i 69 % och i riket i 89 % av fall.
10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkäter väldigt lågt båda i regionen (16 %) och i riket (27 %). Detta varierar på regionsjukhus mellan 0 % och 37 %. Flera sjukhus har inte kommit i gång med registrering p.g.a. personalbrist.

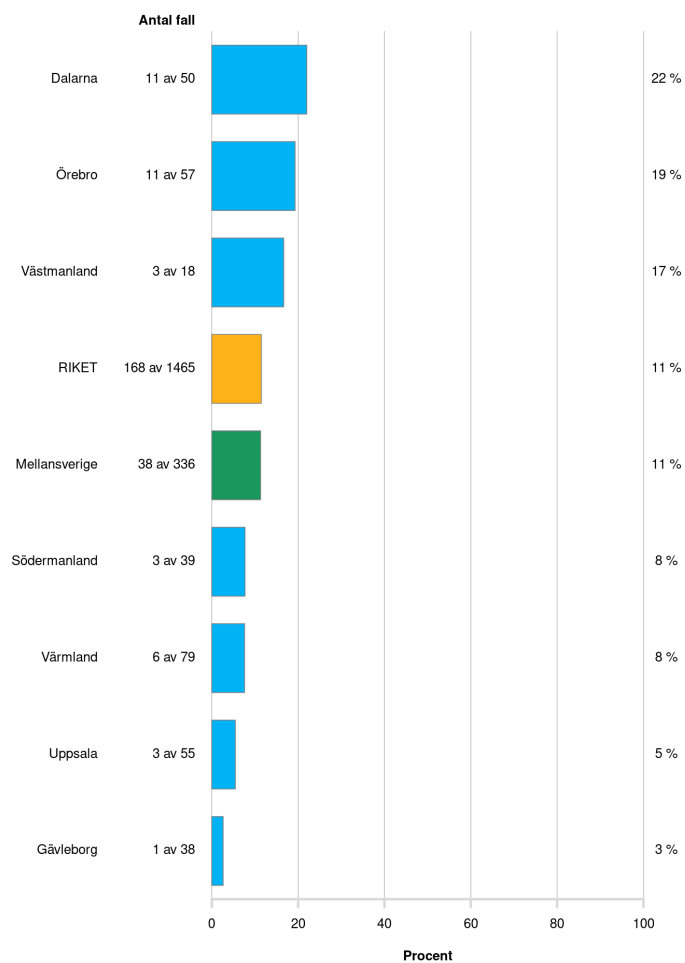
### **Sammanfattning, onkologi Mellansverige**

Målpuppfyllning i regionen har inte förändrats väsentligt under 2022 jämfört med 2021. Några mål är väl uppfyllda men det finns flera områden som kräver mer uppmärksamhet och resurser på regionens sjukhus. Detta gäller framför allt för inrapportering av strålbehandling och införande av ePROM-baslinjeenkäter.

Regionen och riket uppfyller inte målet med korta väntetider för uppstart av postoperativ strålbehandling och primärbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling efter behandlingsbeslut hos onkolog. Det är aktuellt att förbättra rutiner på strålbehandlingsenheter men samtidigt är det en viktig fråga för vårdprograms- och SVF grupp att diskutera.

### **Hampus Nugin, Ingrida Verbiené**

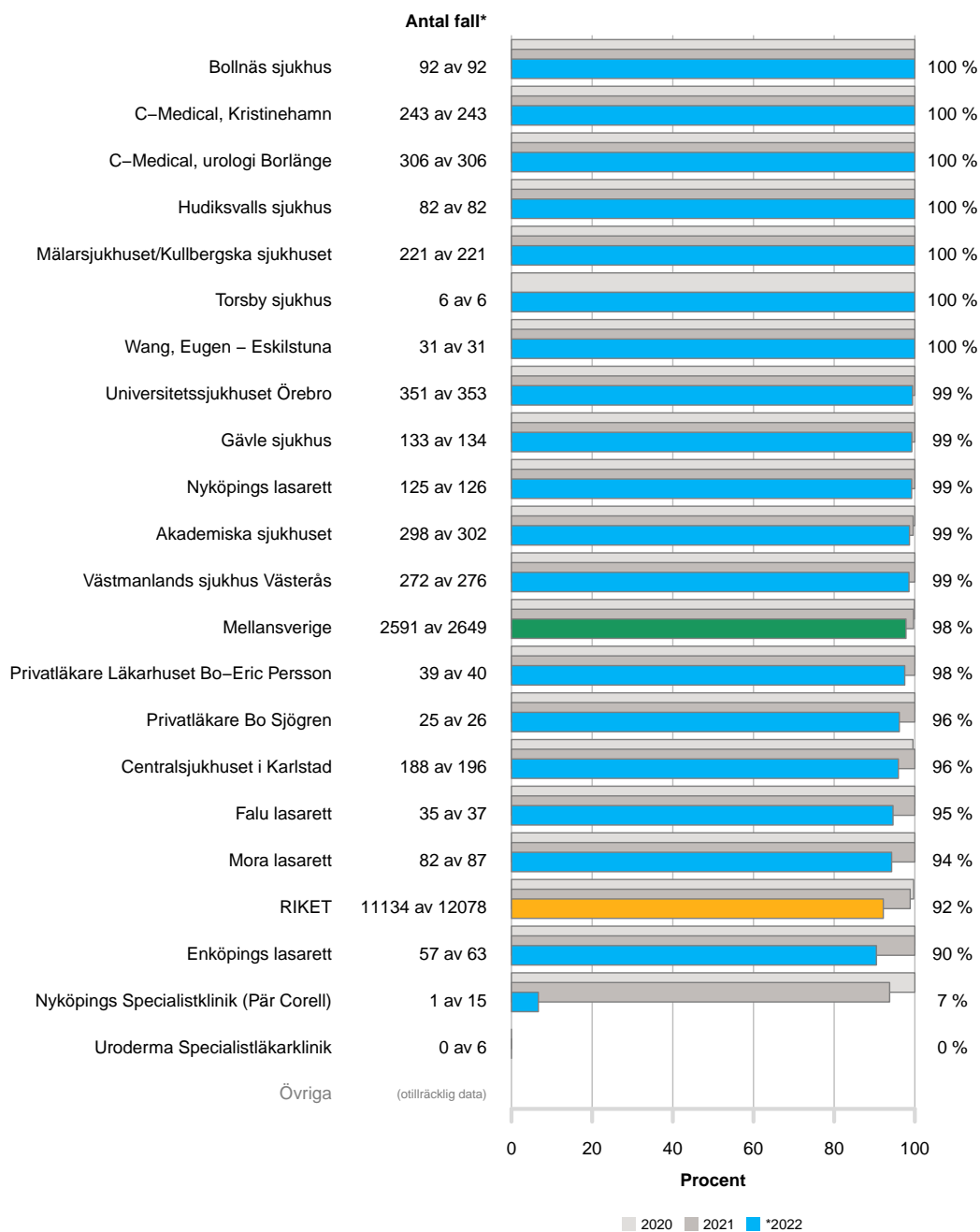
Regional processledare urologi, onkologi



Andel män 75 år eller yngre vid diagnos med lågrisk prostatacancer som fått kurativ primärbehandling, diagnosår 2022.

# 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/](http://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.

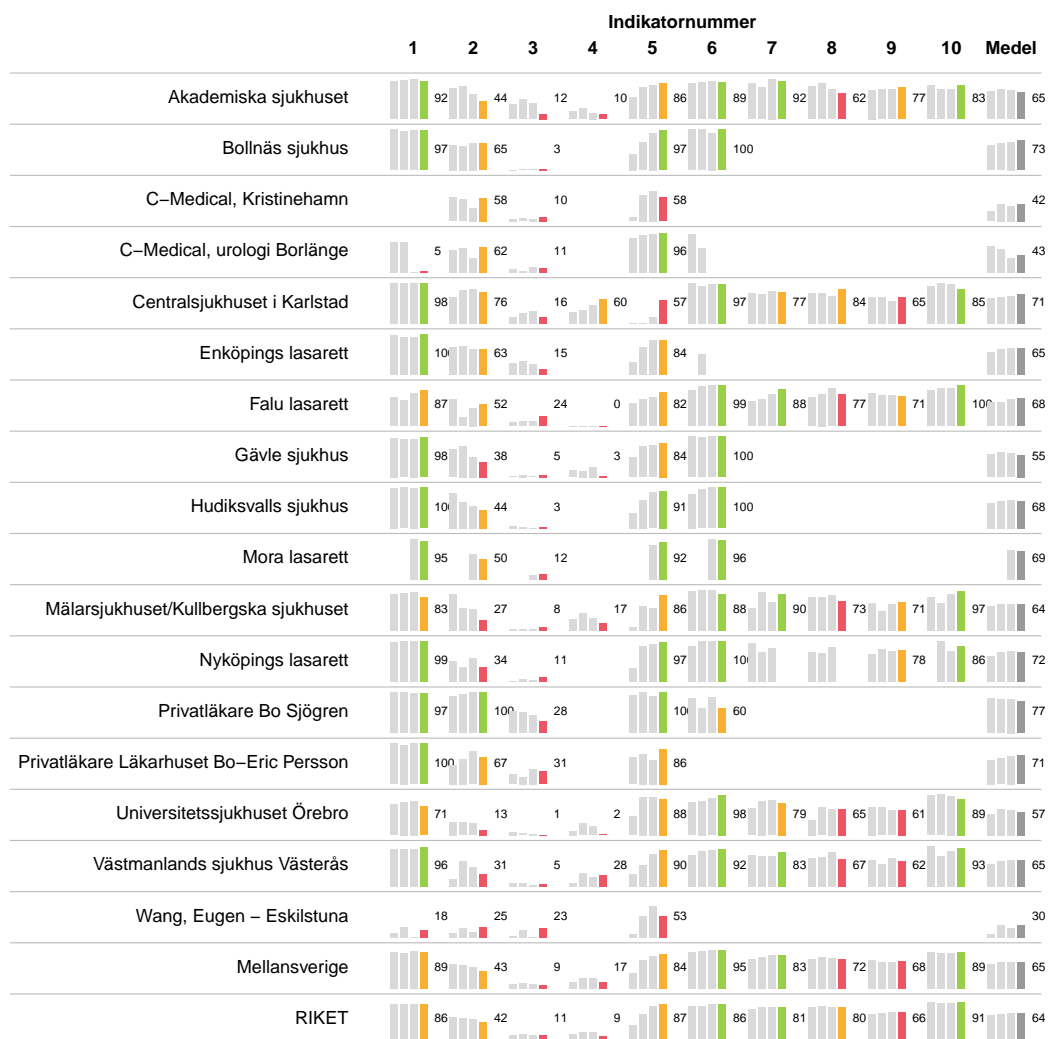
7. **Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.**
8. **Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: 80/90 %.** Motsvarar SoS NR indikator 3.6 'positiva marginaler' dvs. ofria resektionsränder vid pT2-tumör, dvs tumör finns 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 rapporterat 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](http://npcr.se/online-rapport).

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Akademiska sjukhuset	92	44	12	10	86	89	92	62	77	83	65
Bollnäs sjukhus	97	65	3		97	100					73
C-Medical, Kristinehamn		58	10		58						42
C-Medical, urologi Borlänge	5	62	11		96						43
Centralsjukhuset i Karlstad	98	76	16	60	57	97	77	84	65	85	71
Enköpings lasarett	100	63	15		84						65
Falu lasarett	87	52	24	0	82	99	88	77	71	100	68
Gävle sjukhus	98	38	5	3	84	100					55
Hudiksvalls sjukhus	100	44	3		91	100					68
Mora lasarett	95	50	12		92	96					69
Mälarsjukhuset/Kullbergssjukhuset	83	27	8	17	86	88	90	73	71	97	64
Nyköpings lasarett	99	34	11		97	100			78	86	72
Privatläkare Bo Sjögren	97	100	28		100	60					77
Privatläkare Läkarhuset Bo-Eric Persson	100	67	31		86						71
Universitetssjukhuset Örebro	71	13	1	2	88	98	79	65	61	89	57
Västmanlands sjukhus Västerås	96	31	5	28	90	92	83	67	62	93	65
Wang, Eugen – Eskilstuna	18	25	23		53						30
Mellansverige	89	43	9	17	84	95	83	72	68	89	65
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 gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

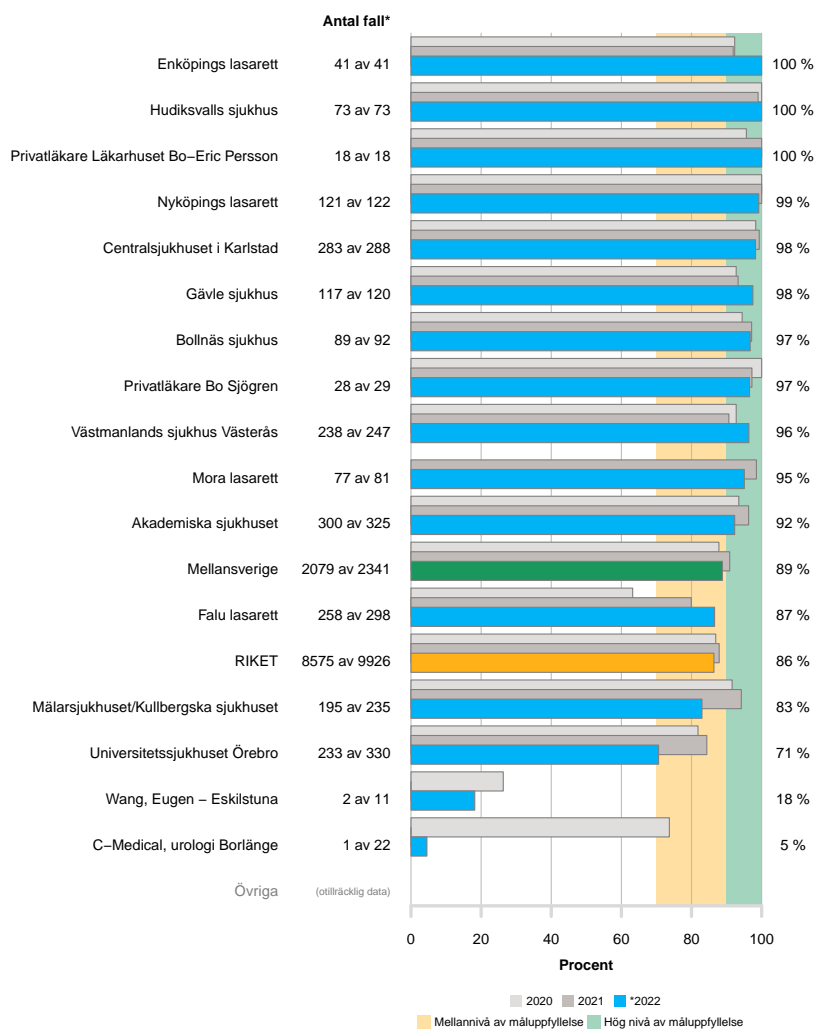
1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
4. Tid mellan utfärdande av remiss och 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 %.



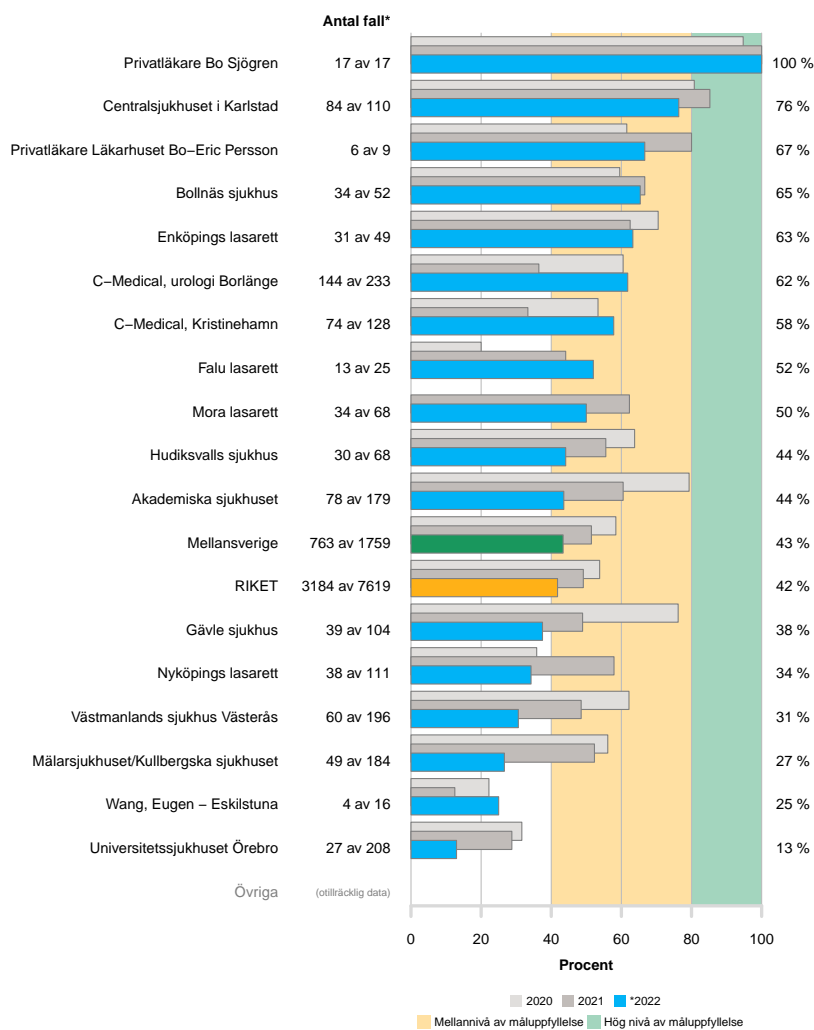
Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2019-2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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 %.

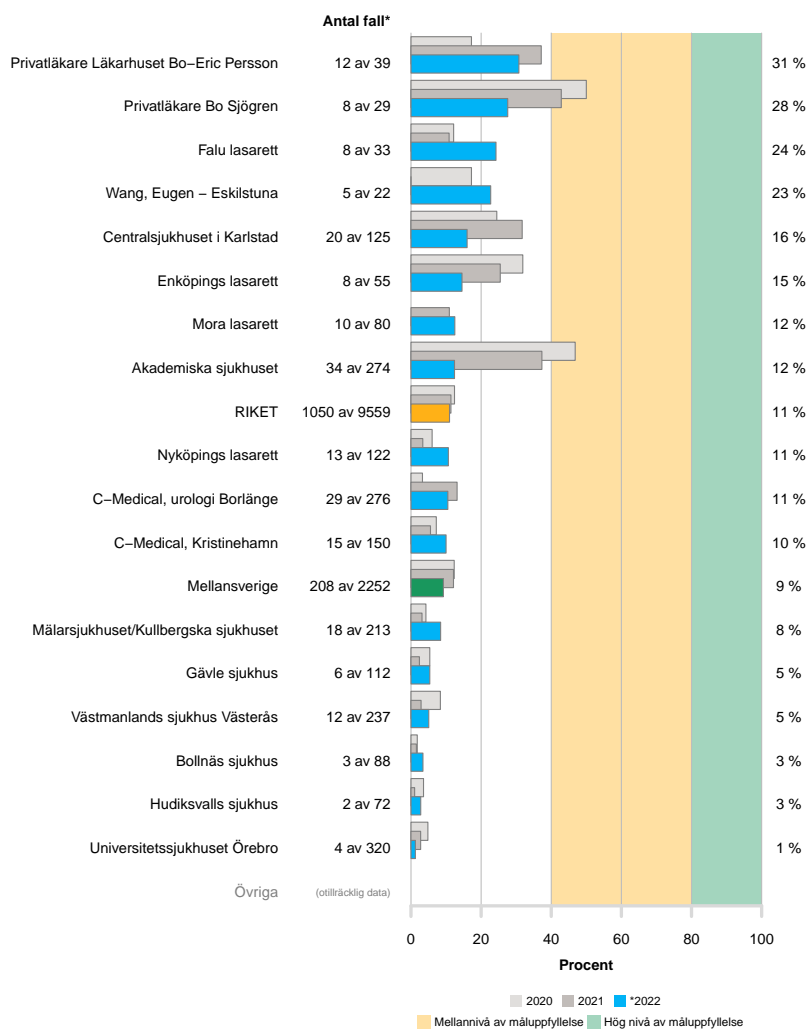




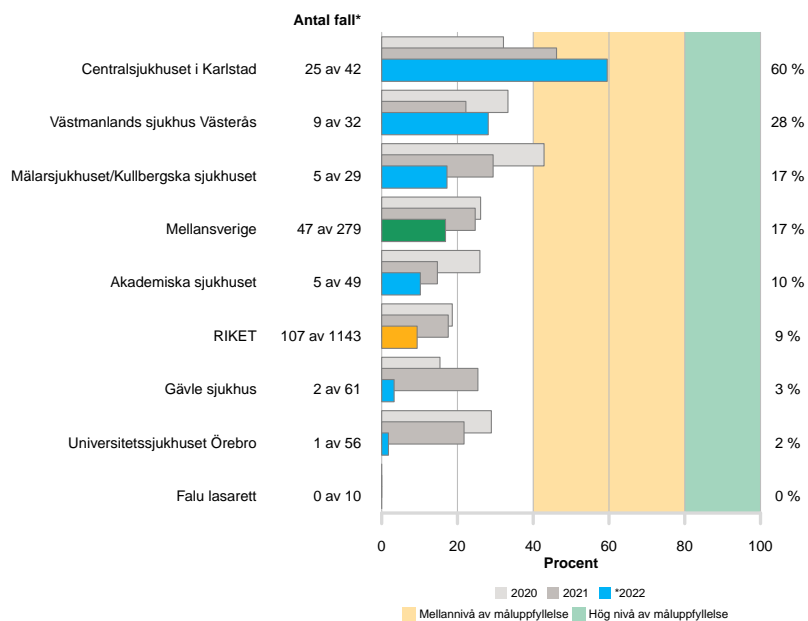
Figur 4. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



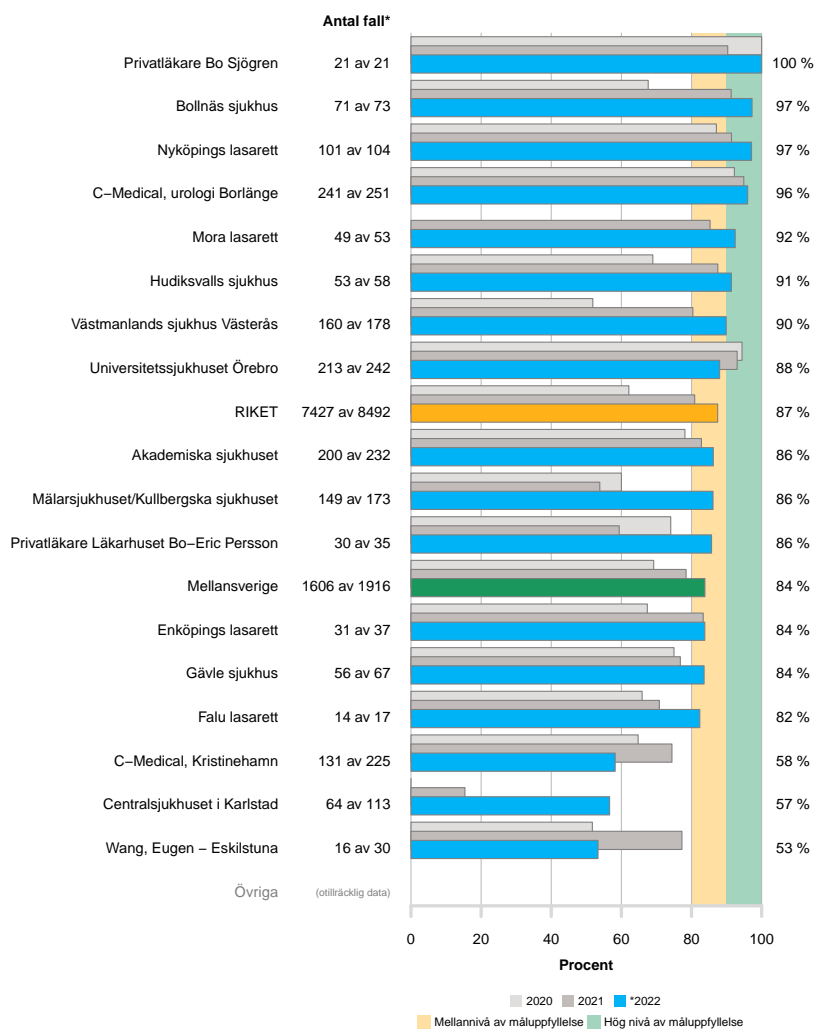
Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



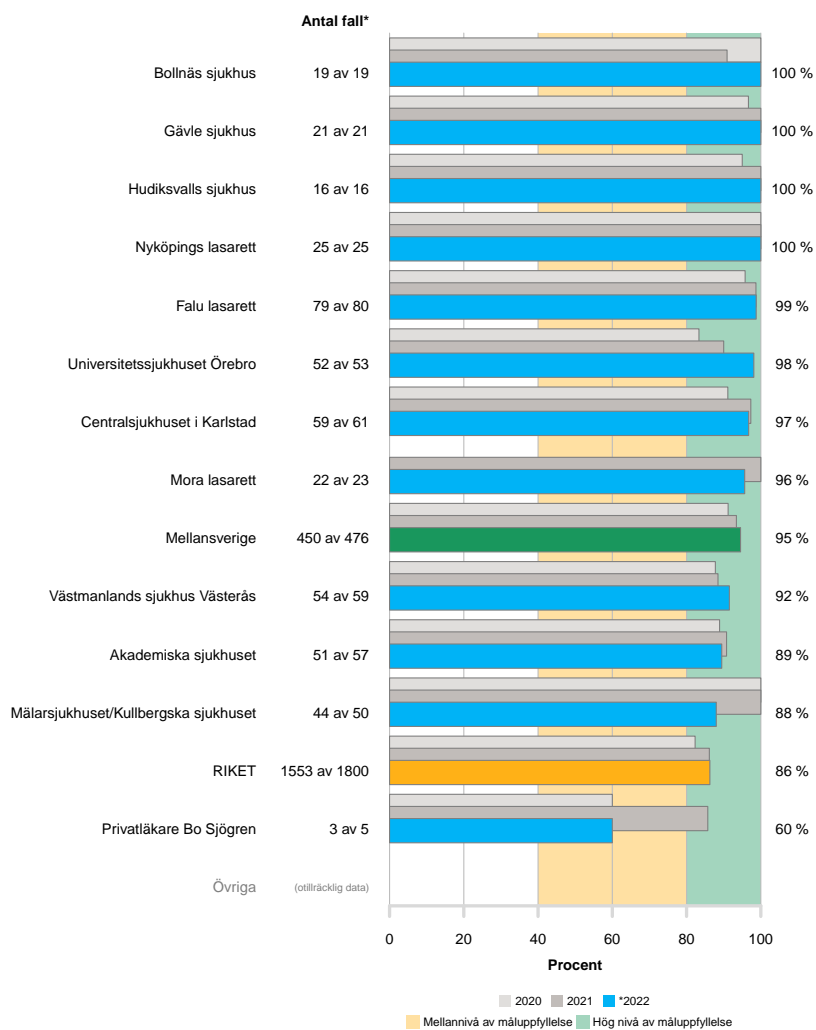
Figur 6. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



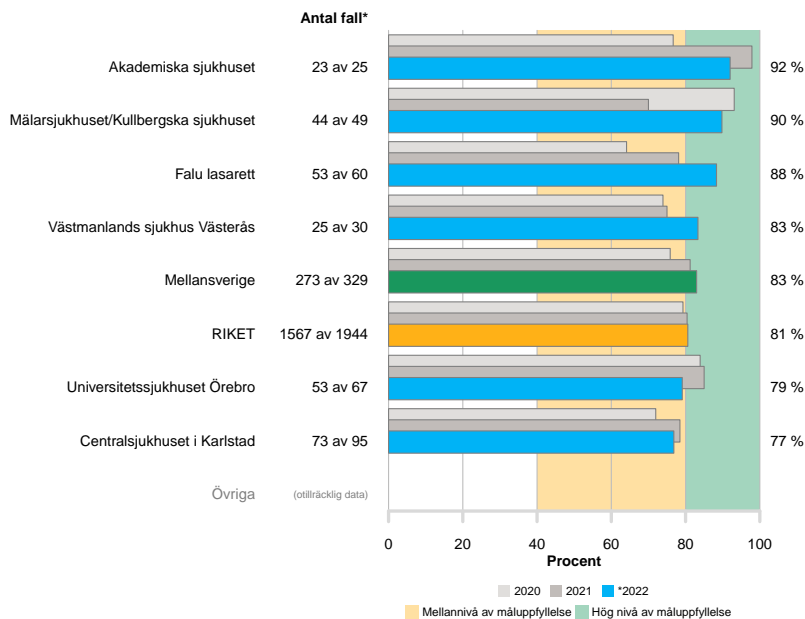
Figur 7. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriscancer eller lokalt avancerad cancer,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



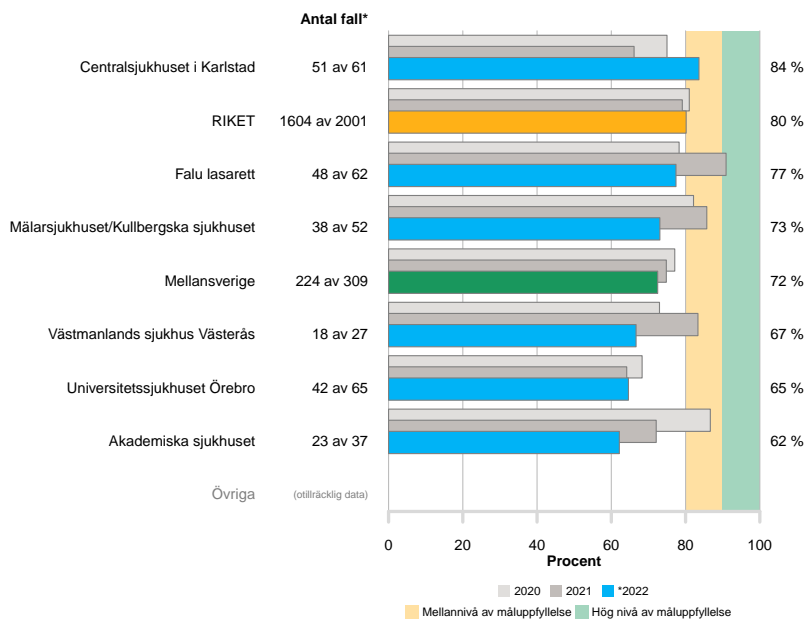
Figur 8. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



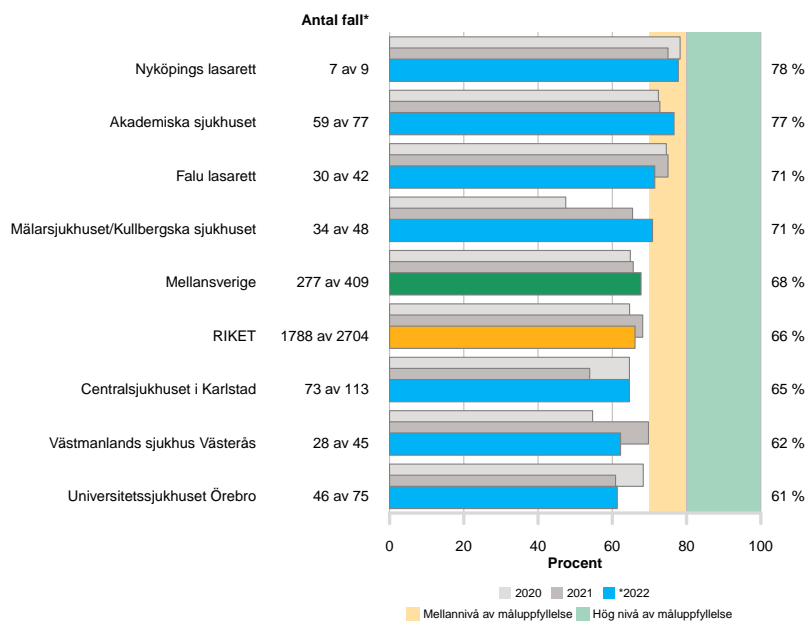
Figur 9. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



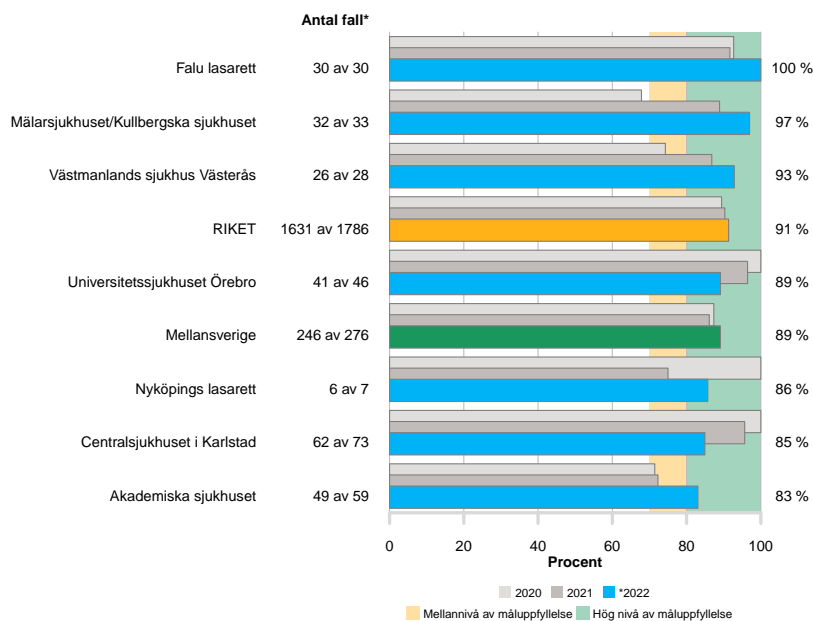
Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgått intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2022.



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 allvarig 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.

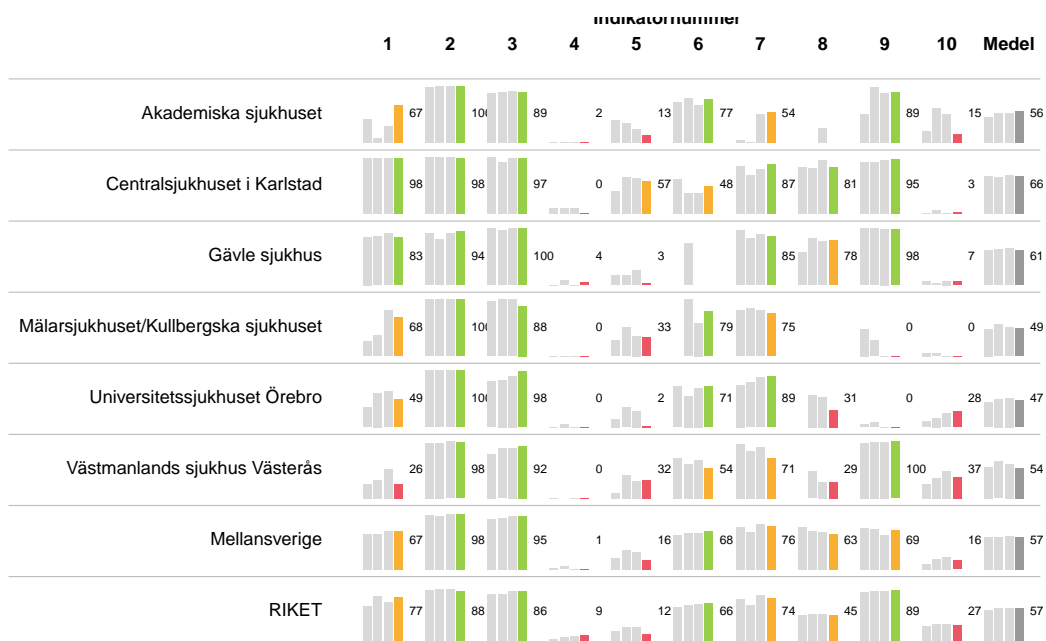
**10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät.**

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

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Akademiska sjukhuset	67	100	89	2	13	77	54		89	15	56
Centralsjukhuset i Karlstad	98	98	97	0	57	48	87	81	95	3	66
Gävle sjukhus	83	94	100	4	3		85	78	98	7	61
Mälarsjukhuset/Kullbergiska sjukhuset	68	100	88	0	33	79	75		0	0	49
Universitetssjukhuset Örebro	49	100	98	0	2	71	89	31	0	28	47
Västmanlands sjukhus Västerås	26	98	92	0	32	54	71	29	100	37	54
Mellansverige	67	98	95	1	16	68	76	63	69	16	57
RIKET	77	88	86	9	12	66	74	45	89	27	57

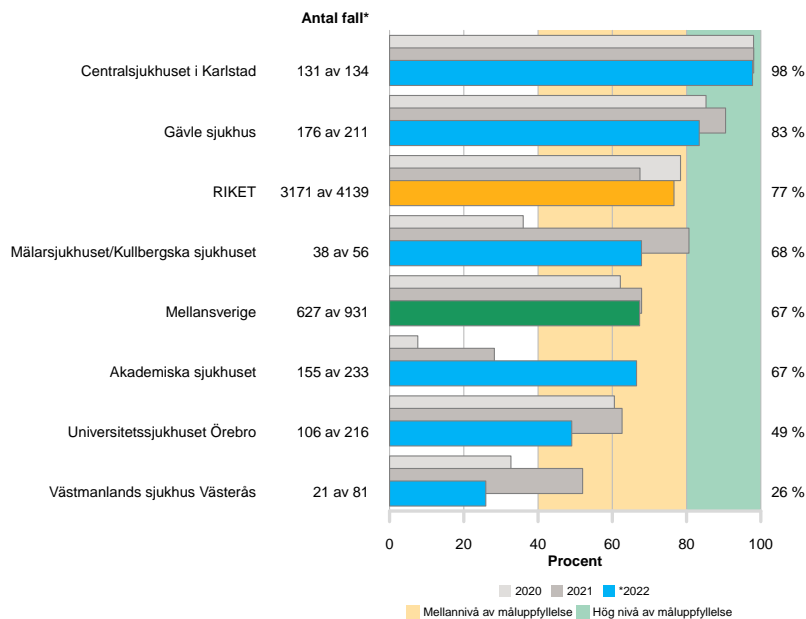
Figur 14. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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 %.

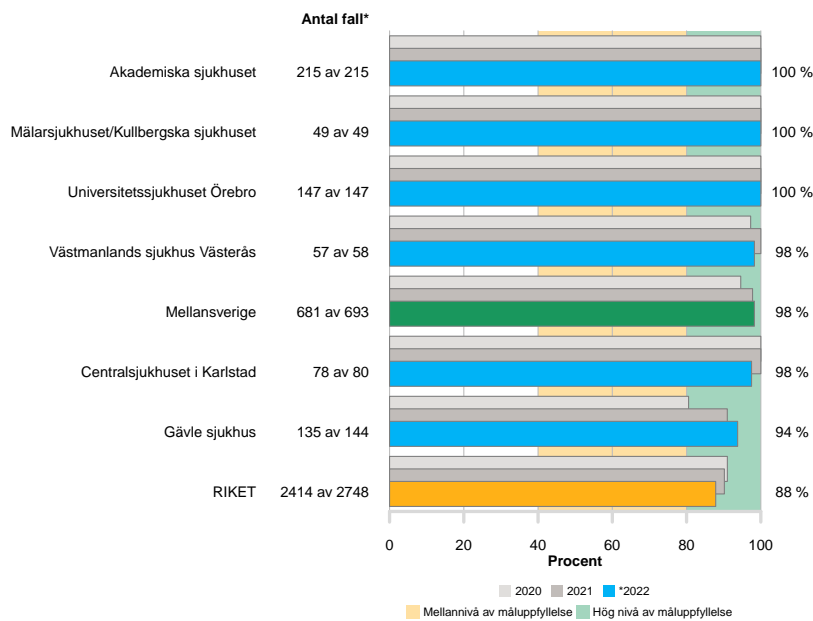


Figur 15. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2019-2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

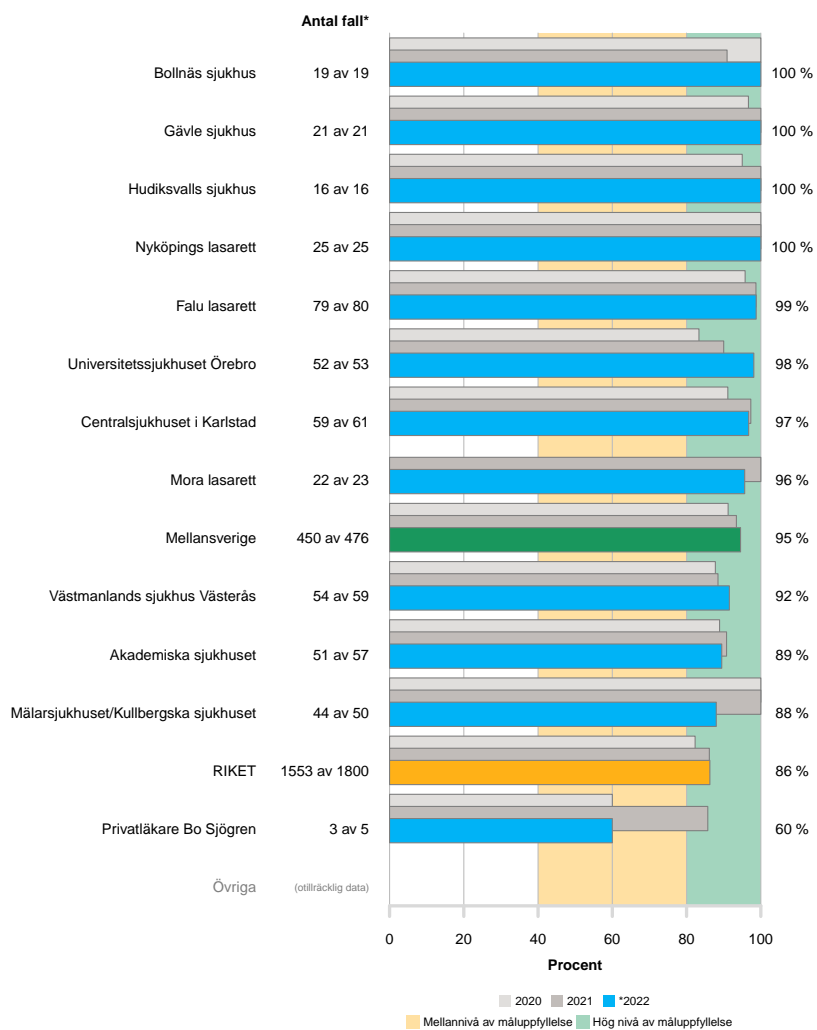
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan 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 målvolym. Målnivåer: 40/80 %.
10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: 80/99 %.



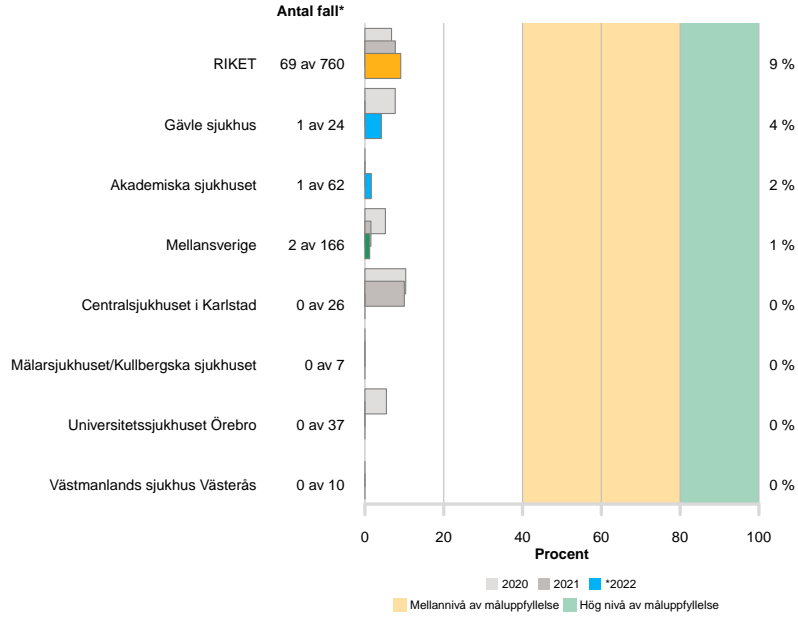
Figur 16. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



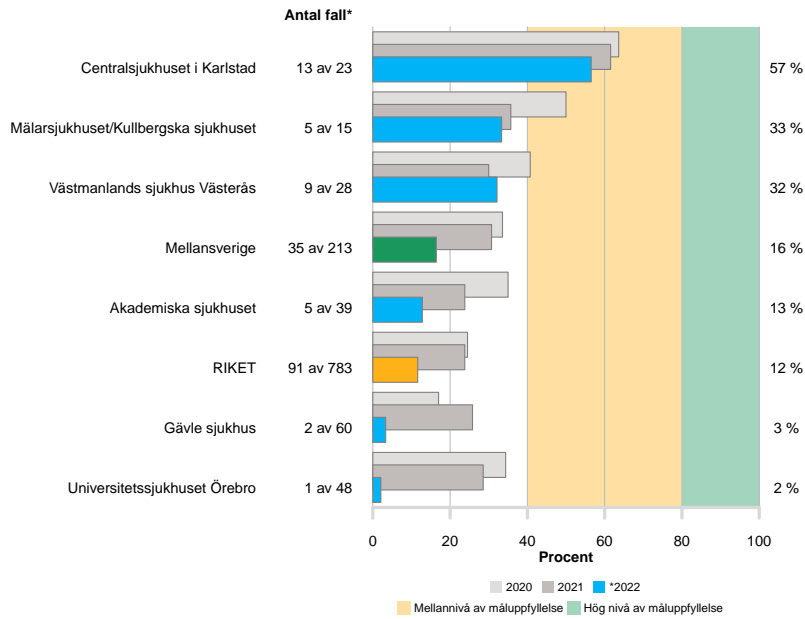
Figur 17. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



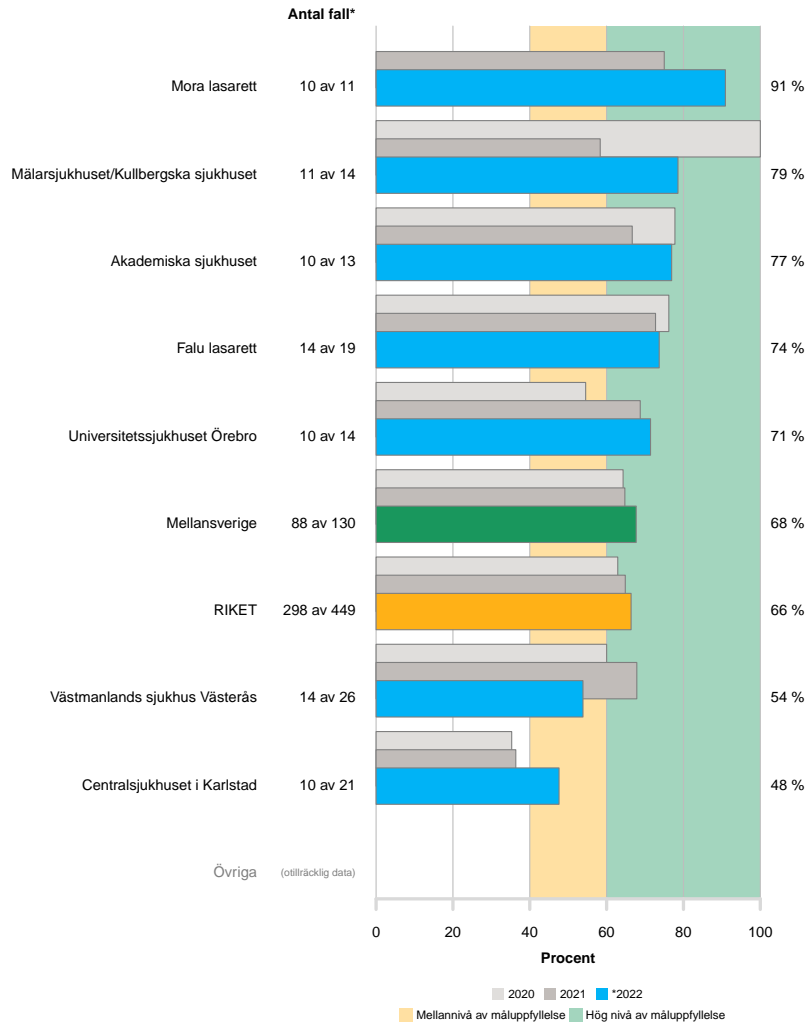
Figur 18. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigit fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



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

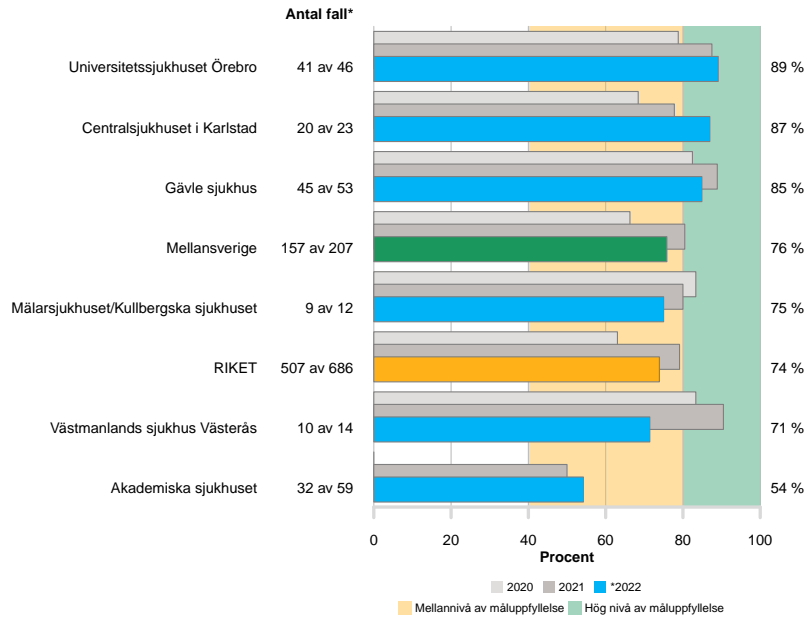


Figur 20. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2022.

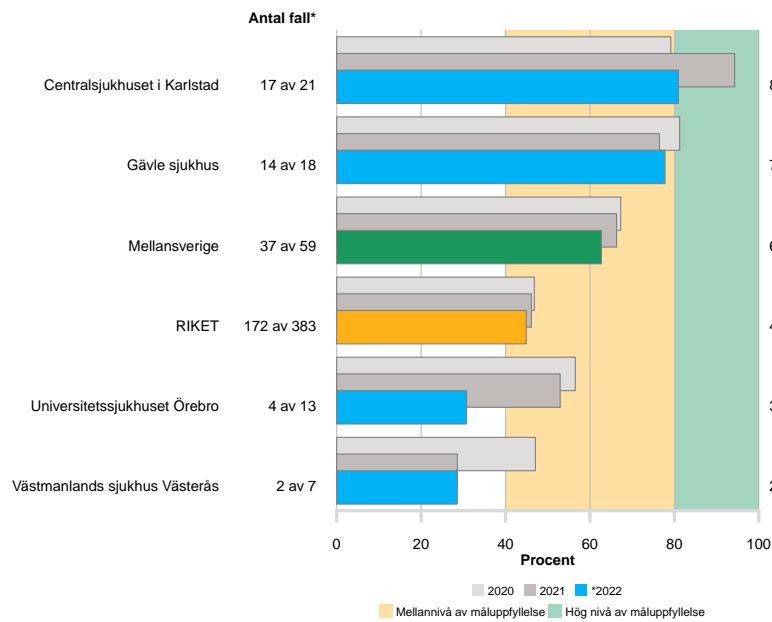


Figur 21. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.

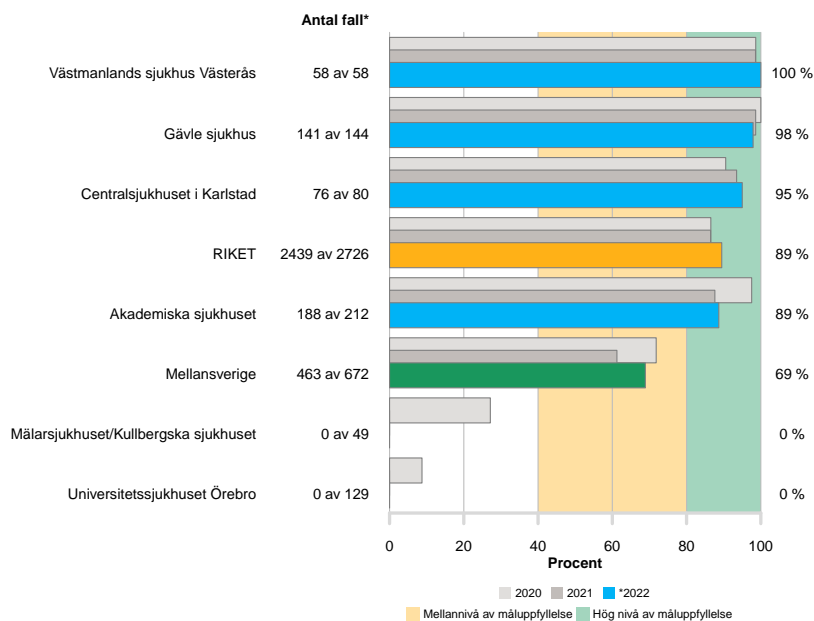




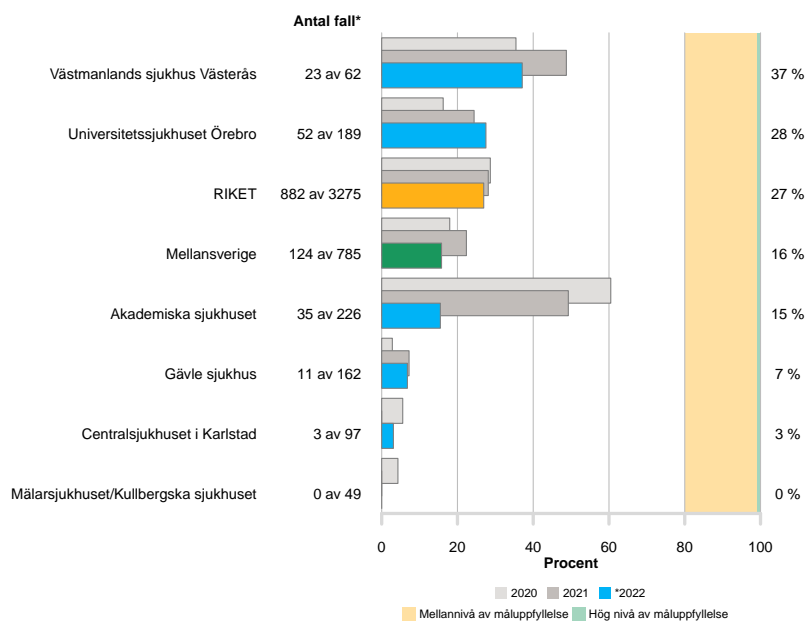
Figur 22. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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

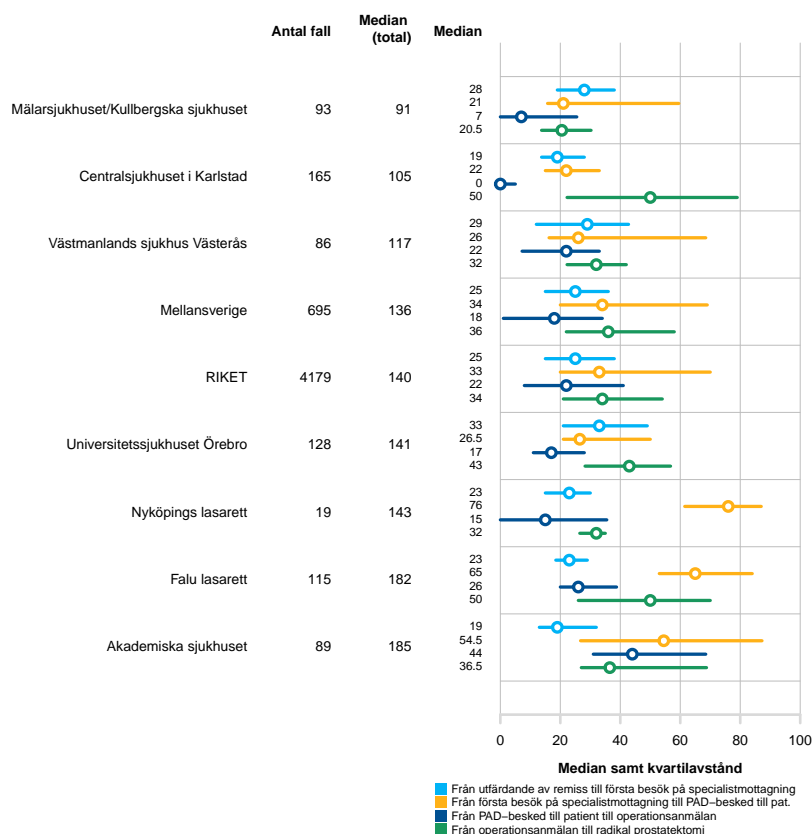


Figur 25. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.

## Väntetider

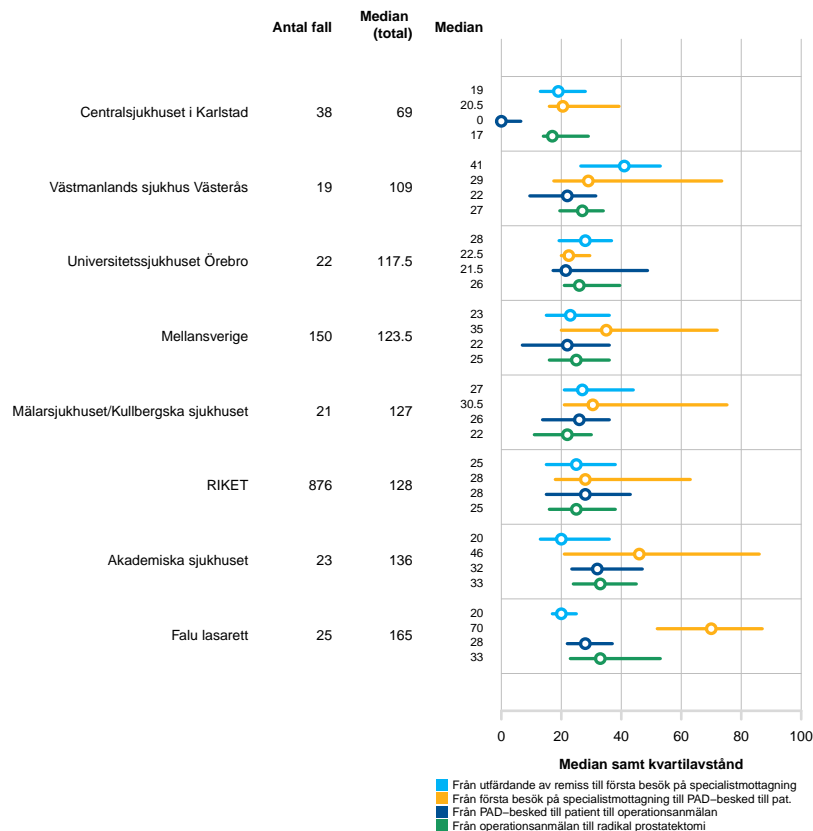
### OBS!

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.



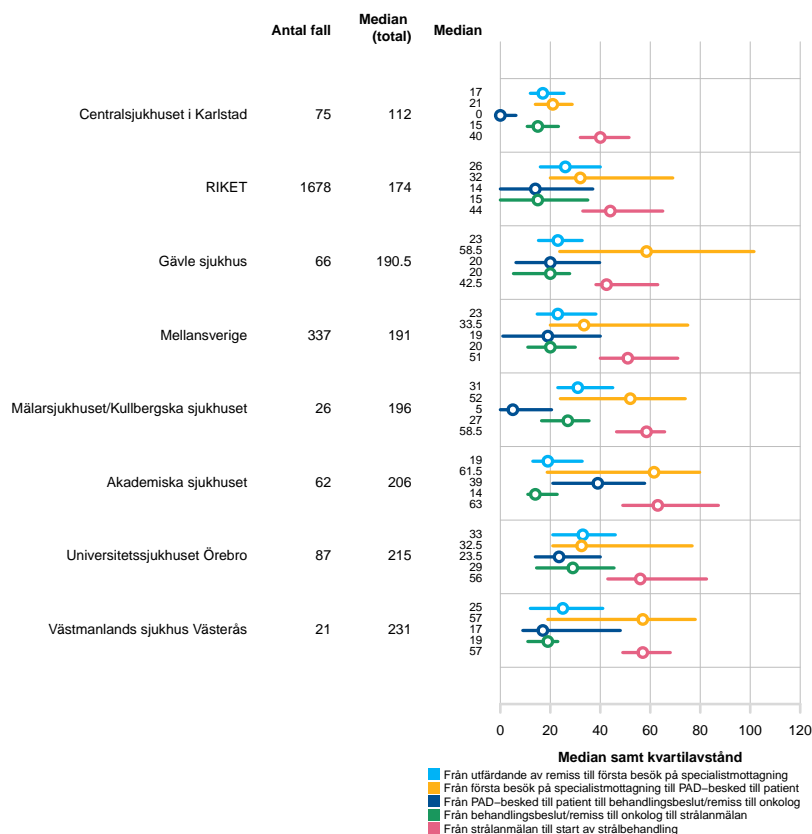
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.



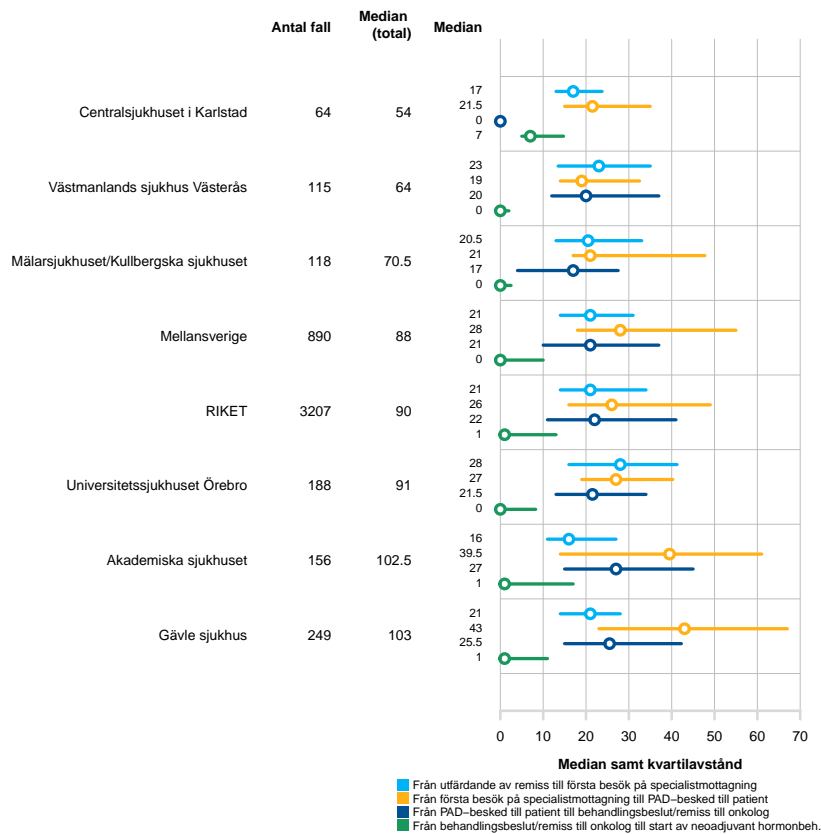
Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriscancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.



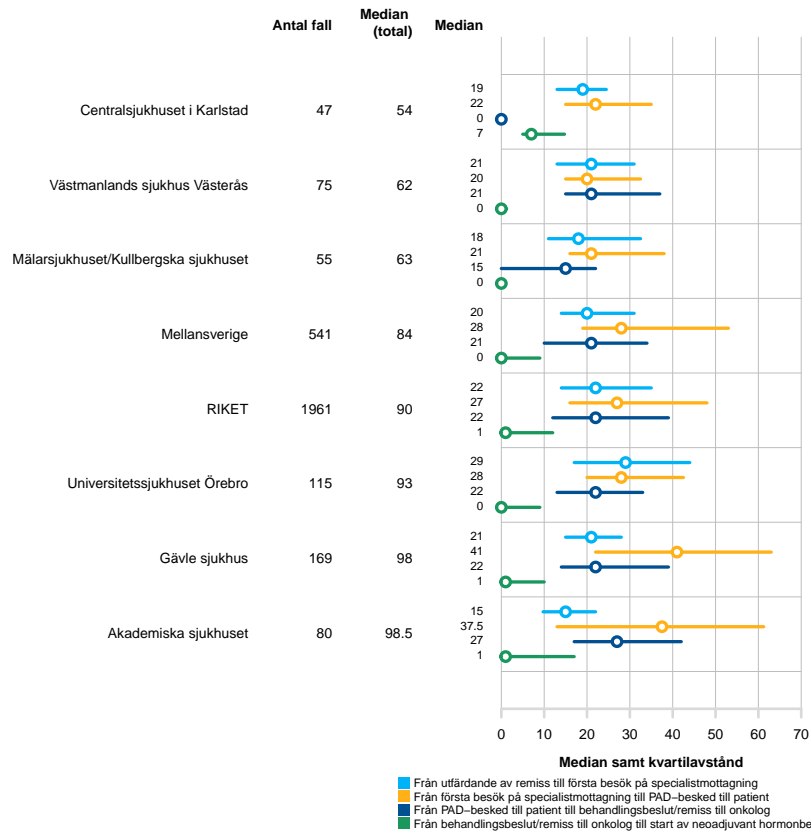
Figur 28. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.