

# Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2022

Södra regionen

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>11</b>
Täckningsgrad . . . . .	11
Koll på läget - Urologi . . . . .	12
Koll på läget - Onkologi . . . . .	24
Väntetider . . . . .	34

## FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . .	11
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. . . . .	14
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. . . . .	15
4	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022. . . . .	16
5	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . . .	17
6	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . . .	18
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. . . . .	19
8	MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022. . . . .	20
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. . . . .	21
10	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparende resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2022. . . . .	22
11	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2022. . . . .	22
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). . . . .	23
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). . . . .	23
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. . . . .	26

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

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. . . . .	38
----	---	----

## 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 Södra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2022.

# KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

## Täckningsgrad

Täckningsgraden i Södra regionen är generellt mycket god. Hallands sjukhus, Halmstad och några privatläkarmottagningar har tappat betydligt jämfört med föregående år, oklar orsak.

## Kontaktsköterska

Södra regionen ligger i nivå med genomsnittet för Riket och har förbättrats jämfört med 2020 och 2021. Bakom förbättringen ligger fr.a. en klart förbättrad registrering på SUS. Med undantag för några enheter ligger privatläkarna fortsatt väldigt lågt, vilket till viss del sannolikt förklaras av hur avtalen med regionen är utformade.

## Ledtider - generellt

Liksom tidigare konstaterar vi att den sammanlagda ledtiden illustrerar problemet med att vårdkedjan inte är processororienterad och att väntetider adderas till varandra. Utfallet påverkas allvarligt av vårdorganisationens oförmåga att hantera patientprocesser, vilket får störst genomslag för stora patientflöden. Inga tecken tillförbättring i detta avseende har noterats.

## Ledtider - tid till första besök

Med undantag för några enheter har tillgängligheten mätt som tid till första besök försämrats. Detta gäller även för riksgenomsnittet. Det är dock stor spridning i regionen och flera urologmottagningar har klart bättre tillgänglighet än genomsnittet för Riket.

## Ledtider - tid till PAD-besked

Liksom föregående år sticker Perituskliniken ut med mycket god tillgänglighet. Generellt är det mycket låga siffror såväl i regionen som i riket, vilket sannolikt återspeglar att ingen aktör äger hela processen och att ledtider adderas till varandra.

## Ledtider - tid till kurativ behandling

I Södra sjukvårdsregionen är vi liksom i riket i övrigt mycket långt ifrån att uppfylla ledtidsmålen. Se under rubriken ”**Ledtider – generellt**”. Gällande ledtider vid högriskcancer ska man även beakta att PSMA-PET ingår i standardutredningen, vilket ytterligare förlänger ledtiden, men som bedöms vara till gagn för patienten.

## MR före diagnostisk biopsi

Södra Sjukvårdsregionen ligger strax under genomsnittet för Riket. Till stor del beror det på förhållandena i Region Skåne. Tillgängligheten för MR prostata i Skåne är generellt dålig, men varierar avsevärt mellan sjukhusen. För att minska på trycket på MR-verksamheten har man på SUS med tillhörande enheter (Trelleborg och Landskrona) valt att träffa patienterna på urologmottagningen



innan beslut om MR och eventuell biopsi. Med denna åtgärd kan patienter som inte är aktuella för MR-prostata sorteras bort. Vid kliniskt detekterbar cancer kan i vissa fall biopsier tas utan föregående MR. Baksidan av detta förfaringssätt är att kapacitetsunderskottet flyttas från Bild och Funktion till urologienheterna. I Helsingborg har man valt att göra det omvända, nämligen att skicka MR-remiss direkt när SVF-remiss inkommer. Båda lösningarna har sina för- och nackdelar, men i slutändan har kapacitetsbristen på MR-prostata i Region Skåne allvarlig påverkan på SVF-förloppet.

### **MDK vid högrisksjukdom**

Liksom tidigare ligger Södra sjukvårdsregionen lägre än riket, vilket till stor del beror på att SUS fortfarande har lägre siffror. MDK vid SUS handlägger patientärenden från hela Region Skåne undantaget Helsingborg. Tillgängligheten till MDK på SUS är starkt begränsad med långa ledtider som följd. Situationen har dessvärre förvärrats då kapacitetsbristen på Bild och Funktion SUS har lett till ytterligare allvarliga begränsningar.

Mot bakgrund av ovanstående diskuteras fortsatt många högriskpatienter multidisciplinärt utanför MDK. På SUS har vi sedan många år tillbaka regelbunden gemensam och regelbunden uro-onkologisk mottagning, som är att jämställa med MDK. Professionen är djupt bekymrad över MDK situationen på SUS.

### **Nervsparande kirurgi**

Samtliga sjukhus i Södra regionen ligger under riksgenomsnittet. Däremot har Perituskliniken hög måluppfyllelse. SUS utför merparten av regionens radikala prostatektomier och utfallet för SUS har stor påverkan på regionens resultat. Orsaken till att SUS har låg måluppfyllelse är fortsatt oklar och planerad utredning har ännu inte slutförts.

### **Negativa resektionsränder**

Södra Sjukvårdsregionen har liksom tidigare år något lägre siffror än Riket, men resultaten har förbättrats jämfört med 2020 och 2021. Analys av utdata samt kvalitetssäkringsarbete avseende nervsparande kirurgi och negativa resektionsränder är påkallad och kommer att prioriteras under 2023. Perituskliniken har medelgod måluppfyllelse.

### **ePROM – enkät 1 år efter operation**

Rapportering i 1 års-enkäten bygger på att patienten fyllt i baslinjeenkäten. Denna skickas ut av behandlande klinik. Undantaget urologen i Växjö har användningen av baslinje ePROM i Södra sjukvårdsregionen tidigare varit lägre än i riket, men under 2021 skedde en betydande förbättring som fortsatt under 2022. PROM-resultaten redovisas i "Individuell patientöversikt" som ännu inte är implementerad i hela Södra sjukvårdsregionen. I Region Skåne startar ett implementeringsarbete under våren 2023.

### **Andel ej allvarlig urininkontinens 12 månader efter operation**

Södra sjukvårdsregionen ligger i nivå med riket i övrigt. Det föreligger viss spridning mellan sjukhusen och i likhet med frågan om nervsparande kirurgi och negativa resektionsränder finns här utrymme för

fortsatt kvalitetsarbete.

## Strålbehandling

Strålbehandling sker på två enheter; Växjö och SUS.

**Inrapportering:** Som tidigare har Växjö mycket god inrapporteringsgrad och glädjande är att SUS har förbättrats sin inrapportering från kring 40 % för några år sedan till 88 % 2022.

**Kontaktsköterska:** Växjö uppvisar som tidigare utmärkta siffror. På SUS är organisationen sådan att man som patient inte får en namngiven kontaktsköterska eftersom man har samma behandlingssköterskor under strålbehandlingen och efter given behandling återremitteras man till inremitterande enhet. Bedömningen är att patienter har en mycket god tillgänglighet till vårdpersonal under den tiden de omhändertas på strålbehandlingsavdelningen. Att 57 % rapporteras ha kontaktsköterska bedöms bero på hur inrapportören tolkar denna uppgift.

**MDK:** Se kommentar ovan avseende urologidelen.

**Ledtider:** Som i övriga landet ligger båda strålenheter långt från målvärdena även om det för salvage strålbehandling ser bättre ut, i synnerhet i Växjö. Under 2021 och 2022 har personalsituationen på strålenheten på SUS varit mycket bekymmersam vilket avspeglas i alltför långa väntetider generellt.

**MR:** Som tidigare noteras tillfredsställande siffror gällande användande av MR vid dosplanering av kurativt syftande strålbehandling, liksom följsamheten av NVP gällande hormonbehandling vid högrisk cancer.

## Åtgärder

Personalsituationen på strålbehandlingen på SUS är mycket bekymmersam och det pågår ett ständigt arbete i syfte att öka kapaciteten. Under 2021 har vi haft ett regionalt samarbete i vilket vissa patientgrupper remitteras till Växjö och detta samarbete har utökats under 2022. Det föreligger brist på uroonkologer i Södra Sjukvårdsregionen, och såväl bristen på läkare som bristen på strålsköterskor bidrar till de långa ledtiderna för strålbehandling. Under 2023 finns det tendenser till att situationen förbättras.

Ingen äger hela vårdförloppet och så länge vården inte omorganiserar har vi inte förutsättningar att nå ledtidsmålen. I väntan på att detta kommer vården fortsatt att prioritera de ledtidsmål som anses vara mesta angelägna medicinskt, vilket bl.a. kommer innebära fortsatt alltför långa väntetider för exempelvis strålbehandling av mellanriskcancer.

På strålenheten har en god kraftansamling resulterat i att inrapporteringen till NPCR förbättras väsentligt och förhoppningsvis kommer IPÖ och därmed ePROM bli nästa steg i denna positiva utveckling.

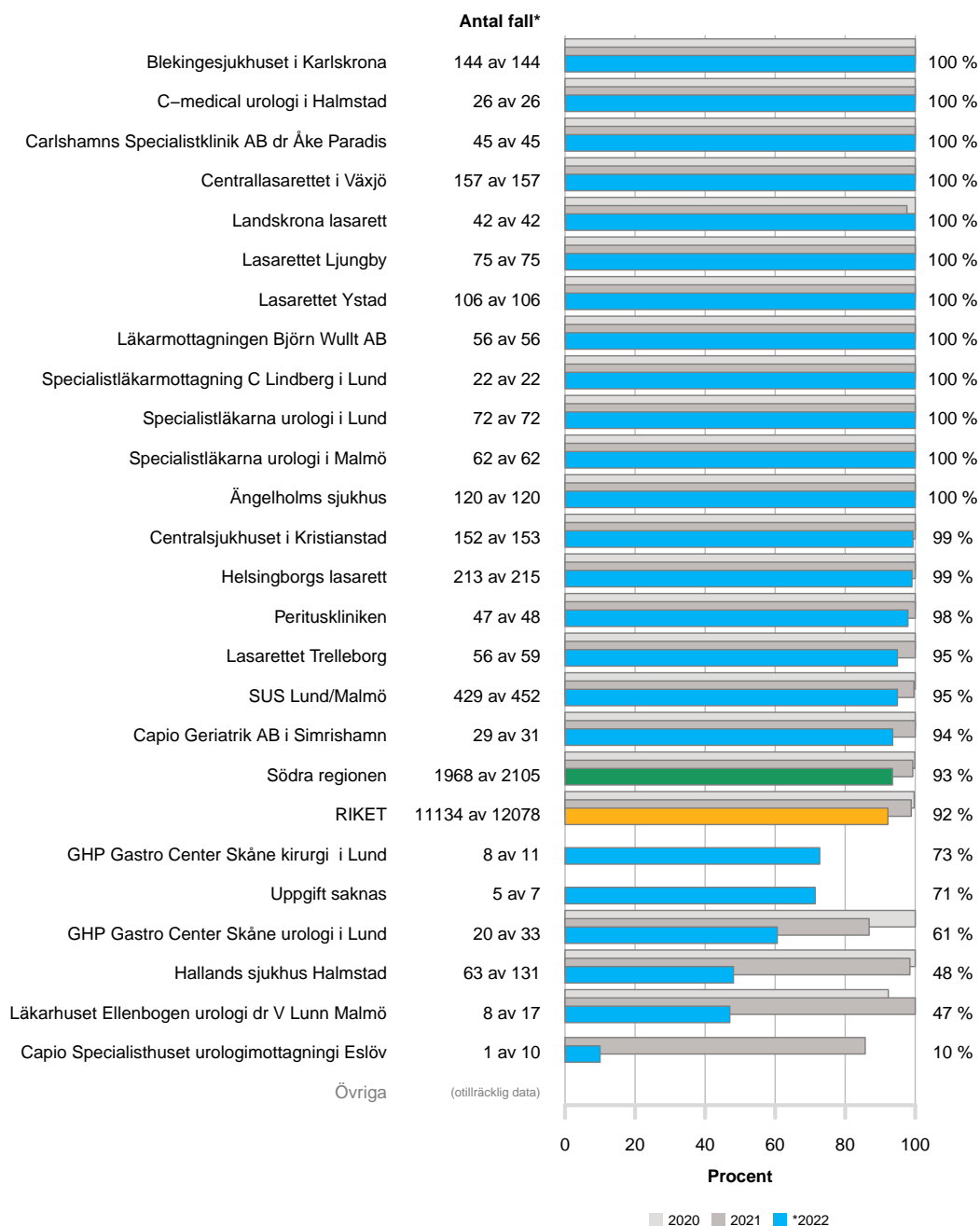
Kvalitetsdata för radikala prostatektomier på SUS kräver översyn av utbildningsprogrammet.

## Thomas Jiborn, Olof Ståhl

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/](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 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](http://npcr.se/online-rapport).

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Blekingesjukhuset i Karlskrona	100	10	6		59	96	80	76	63	92	65
C-medical urologi i Halmstad	100	0	26		89						54
Capio Geriatrik AB i Simrishamn	89	38	19		82						57
Carlshamns Specialistklinik AB dr Åke Paradis	100	28	0		98						56
Centrallasarettet i Växjö	98	57	27	4	92	100	78	71	48	95	67
Centralsjukhuset i Kristianstad	96	50	3		80	78					62
GHP Gastro Center Skåne urologi i Lund	6	20	0		88						29
Hallands sjukhus Halmstad	96	26	6		91	100					64
Helsingborgs lasarett	85	27	4		97	89	69	78	62	89	67
Landskrona lasarett	100	67	6		59	88					64
Lasarettet Ljungby	96	76	13		84	100					74
Lasarettet Trelleborg	83	18	4		59	78					48
Lasarettet Ystad	100	57	7		69	89					65
Läkarhuset Ellenbogen urologi dr V Lunn Malmö					100						100
Läkarmottagningen Björn Wullt AB	6	85	5		92						47
Perituskliniken	96	91	91		98	67	94	85	50	100	86
Specialistläkarmottagning C Lindberg i Lund	100	20	0		50						42
Specialistläkarna urologi i Lund	6	2	15		68	27					24
Specialistläkarna urologi i Malmö	3		2		72	33					28
SUS Lund/Malmö	86	27	6	1	82	56	47	76	66	92	54
Ängelholms sjukhus	76	43	4		94	79					59
Södra regionen	82	36	10	1	82	74	63	76	63	92	58
RIKET	86	42	11	9	87	86	81	80	66	91	64

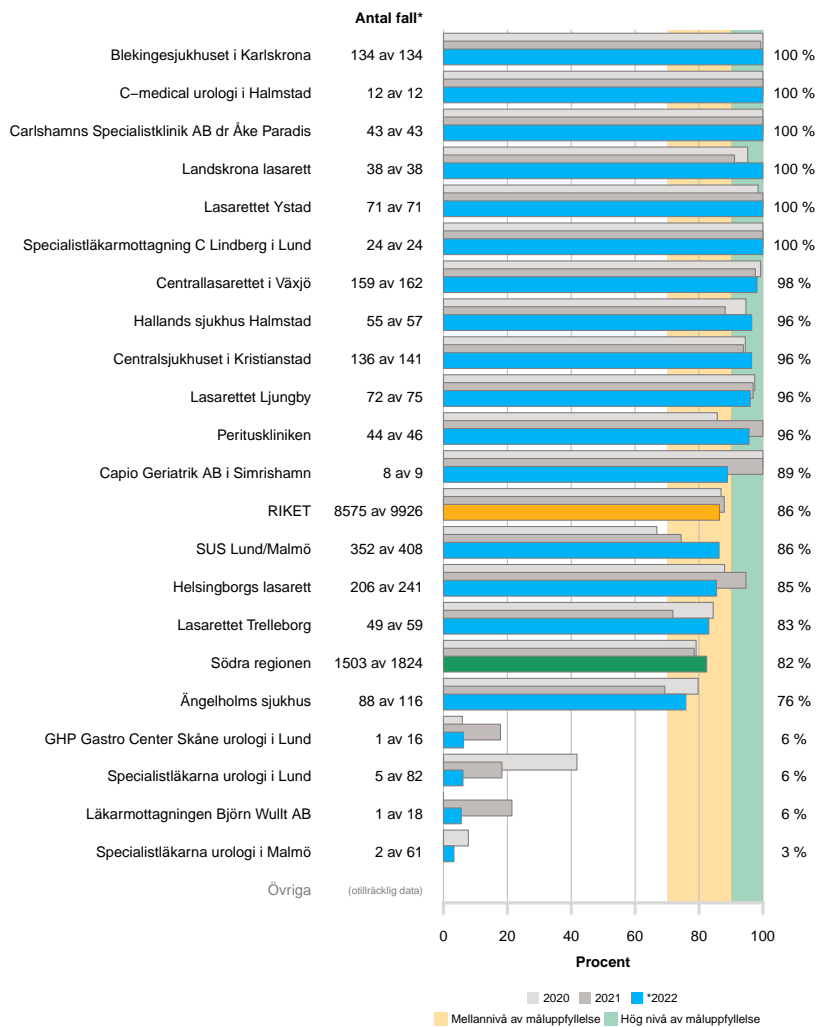
Figur 2. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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 %.



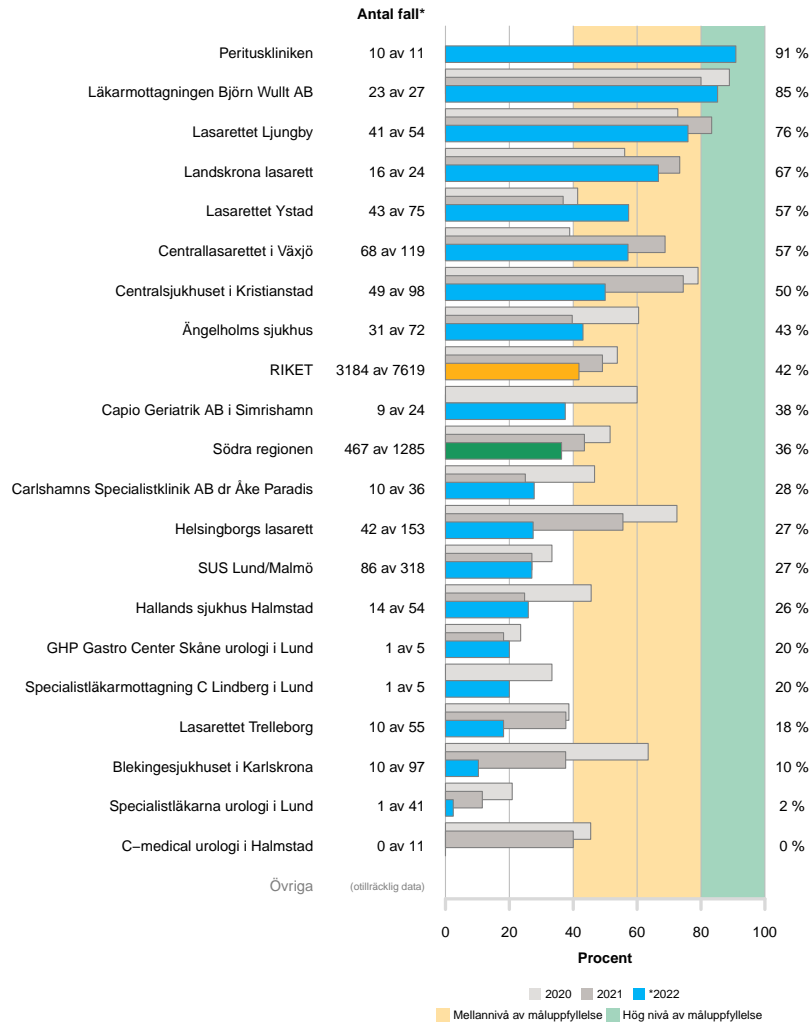
Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2019-2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå.

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 %.

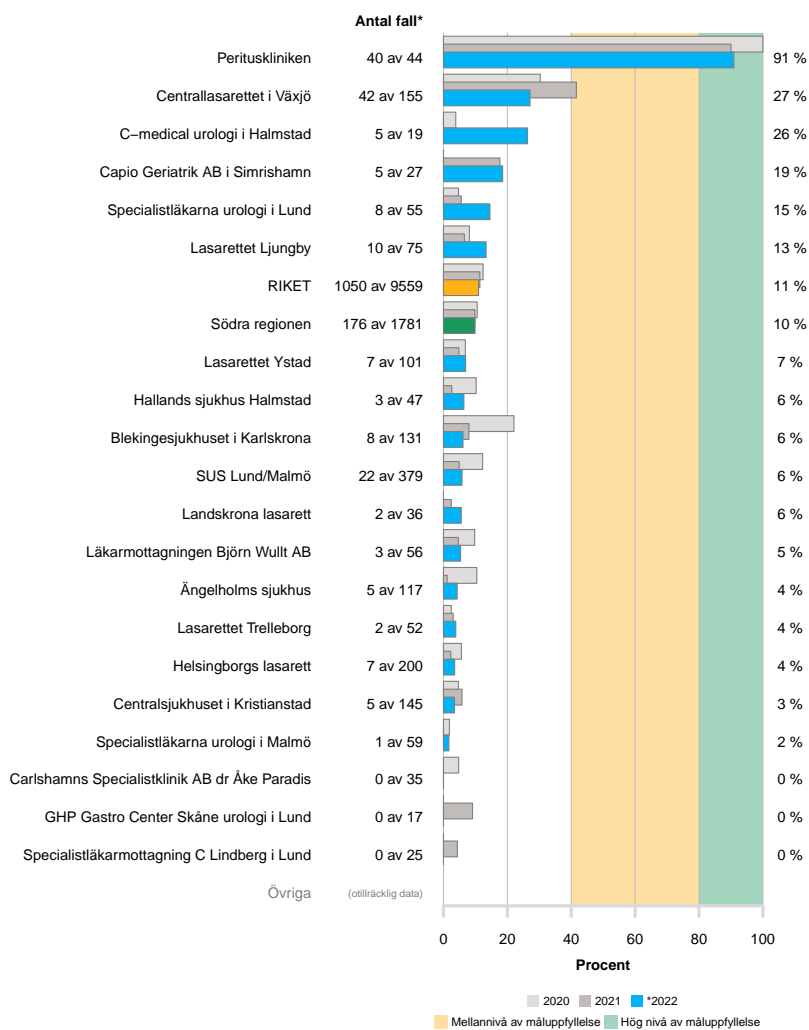


Figur 4. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.

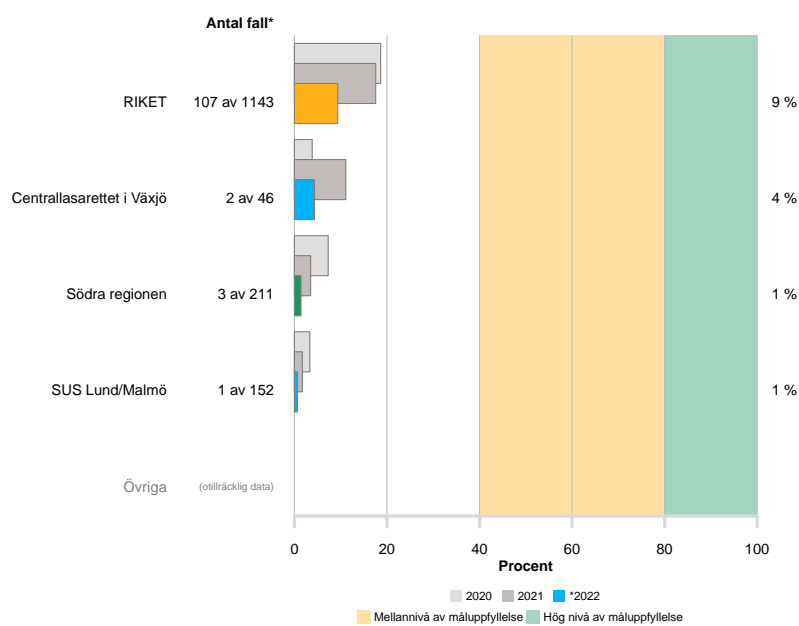




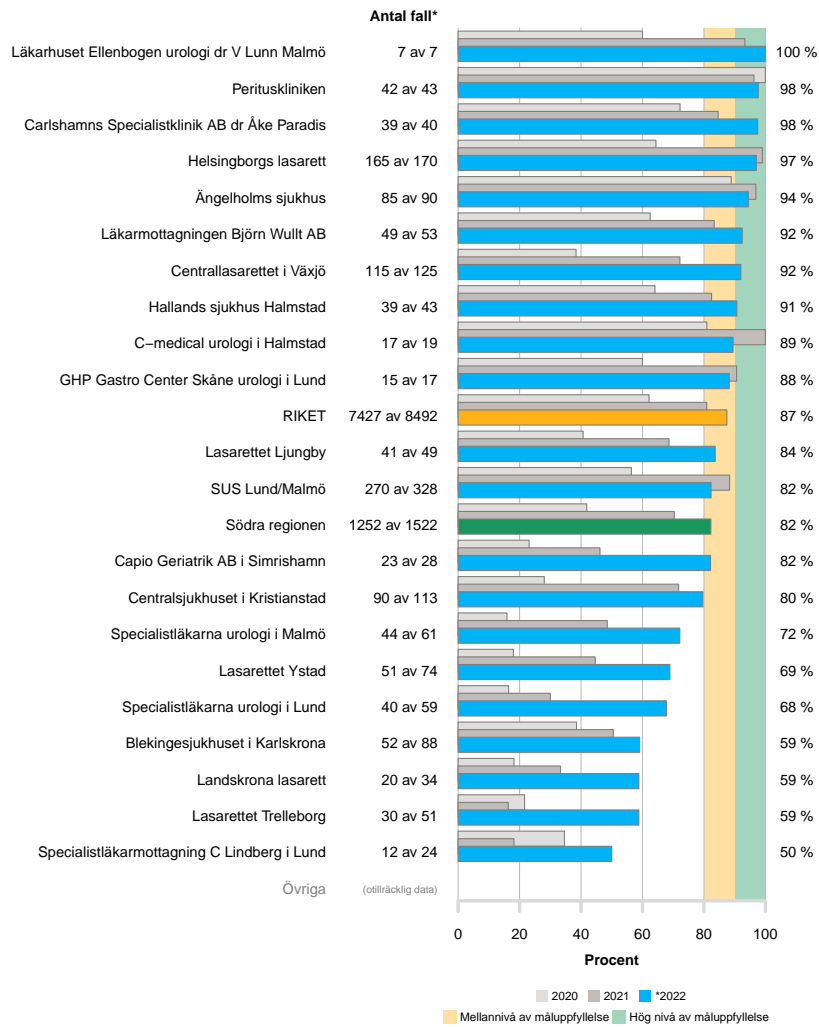
Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



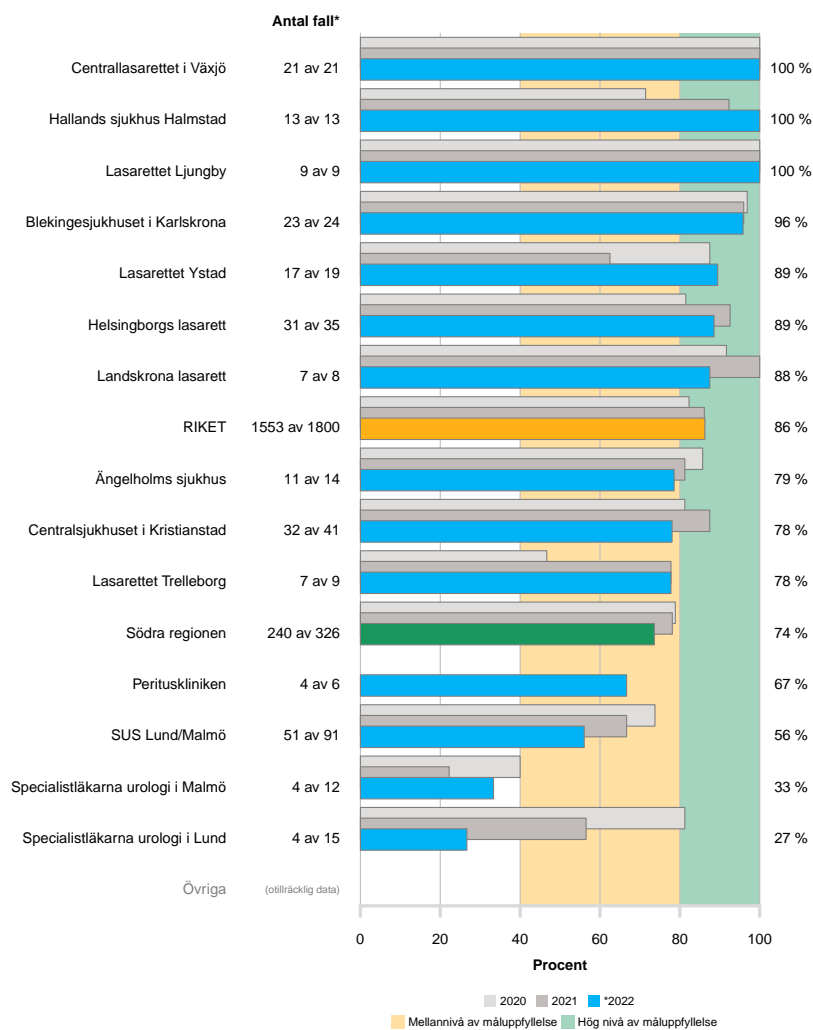
Figur 6. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



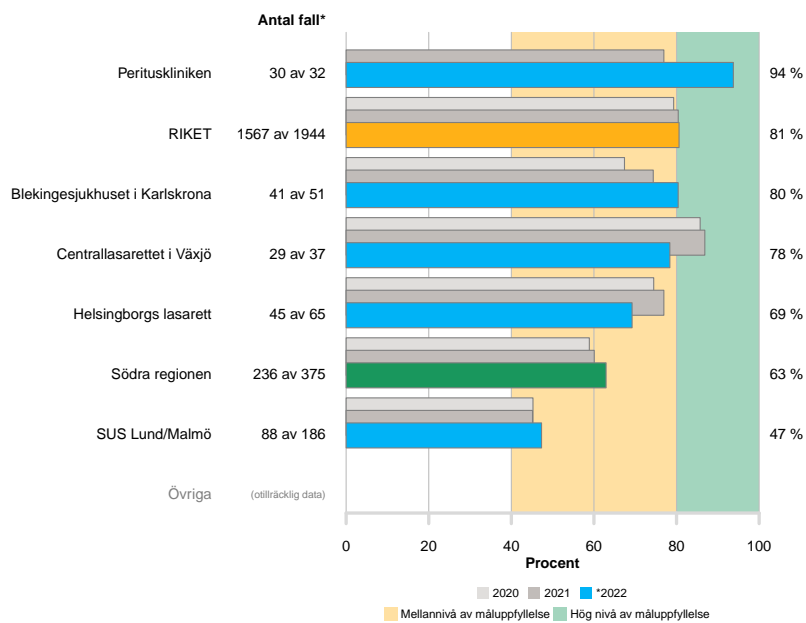
Figur 7. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer,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



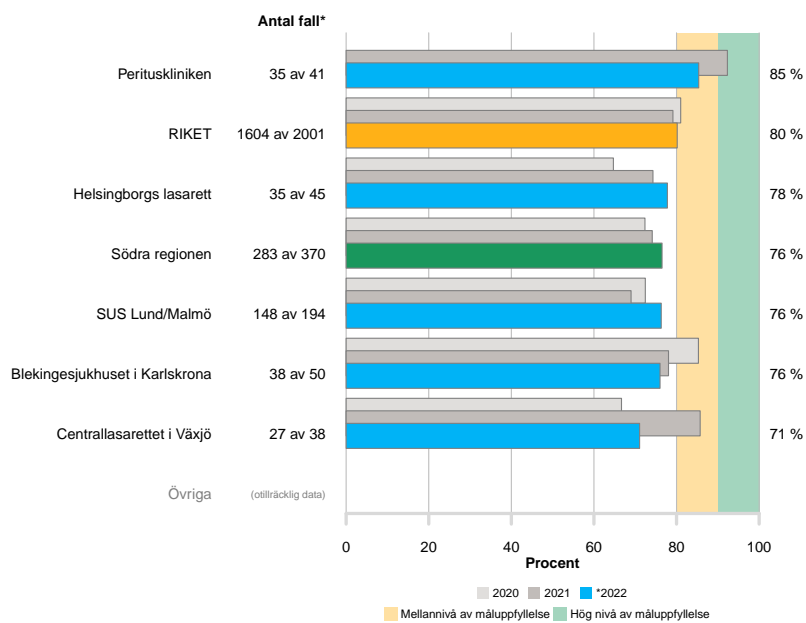
Figur 8. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



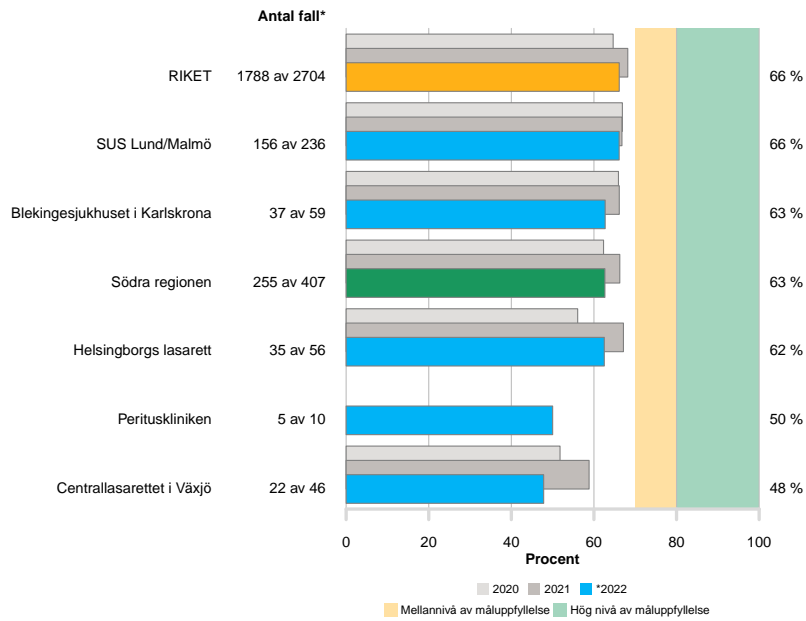
Figur 9. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



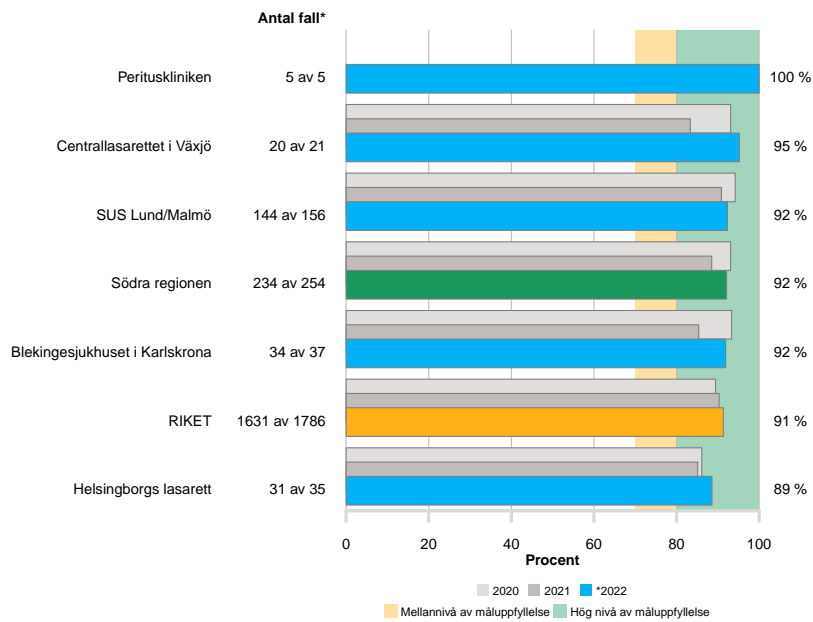
Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgår intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2022.



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.

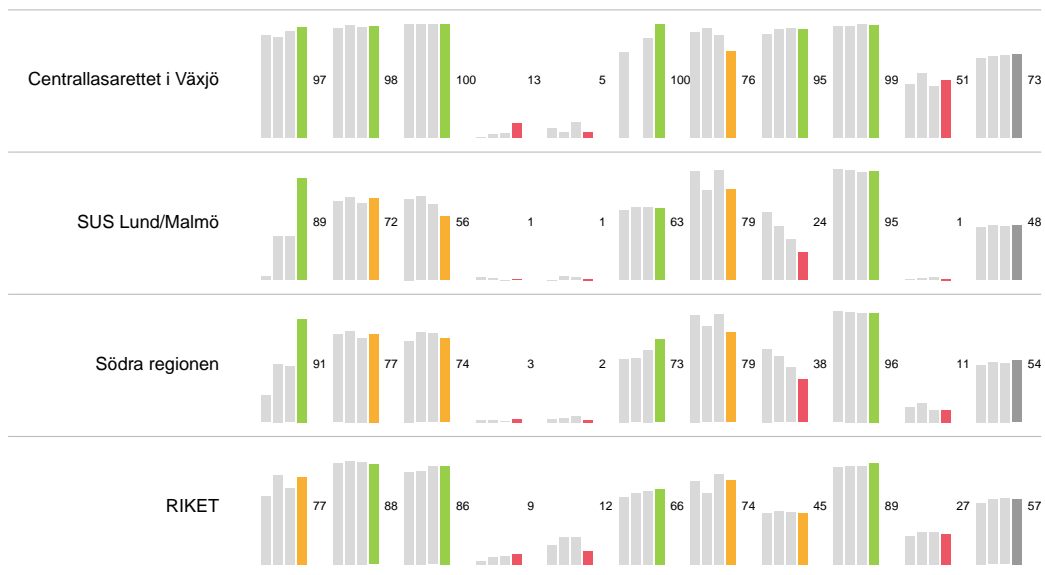
**10. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät.**

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

Centrallasarettet i Växjö	97	98	100	13	5	100	76	95	99	51	<b>73</b>
SUS Lund/Malmö	89	72	56	1	1	63	79	24	95	1	<b>48</b>
Södra regionen	91	77	74	3	2	73	79	38	96	11	<b>54</b>
RIKET	77	88	86	9	12	66	74	45	89	27	<b>57</b>

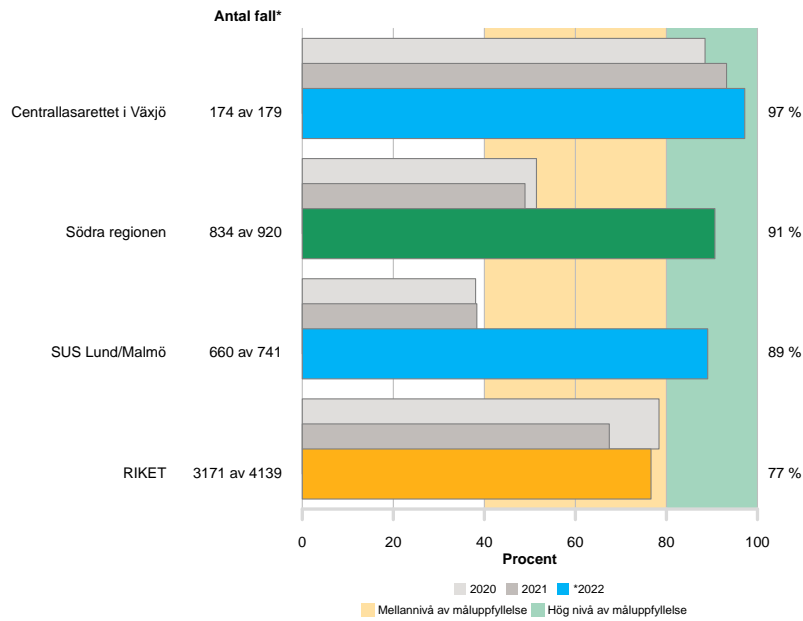
Figur 14. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

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 %.

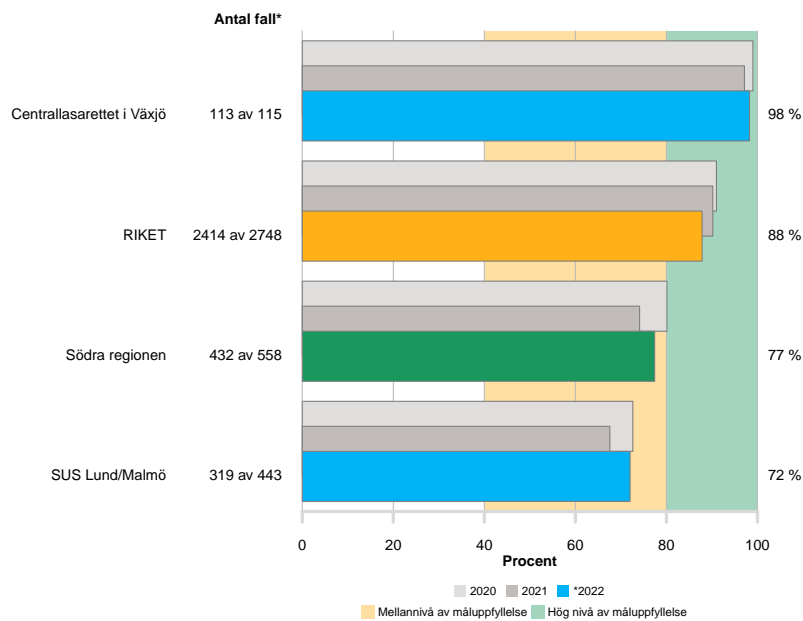


Figur 15. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2019-2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

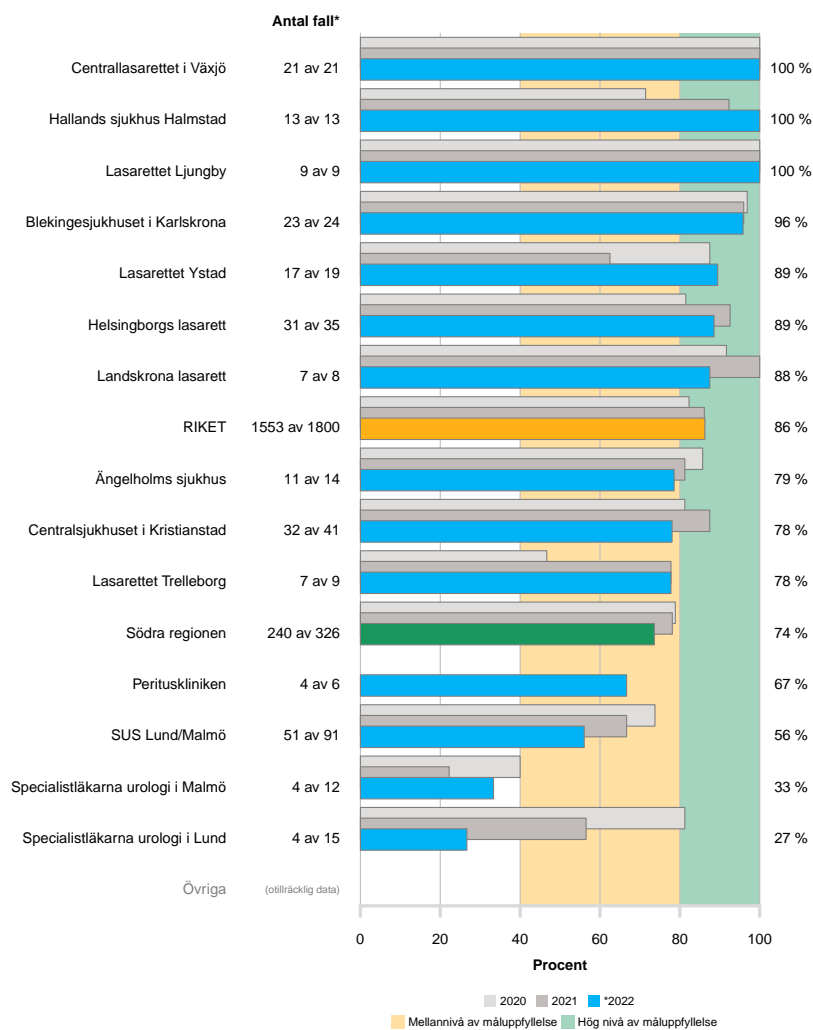
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan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



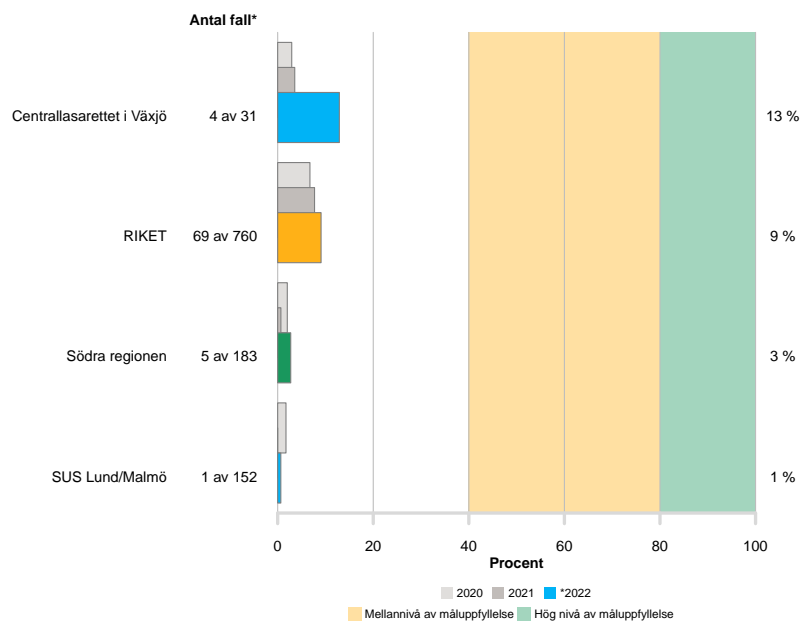
Figur 16. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



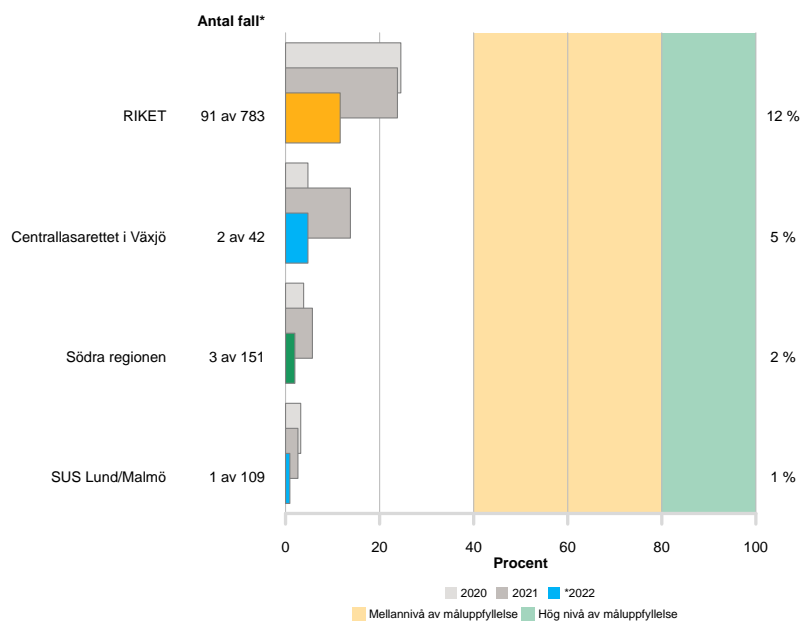
Figur 17. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



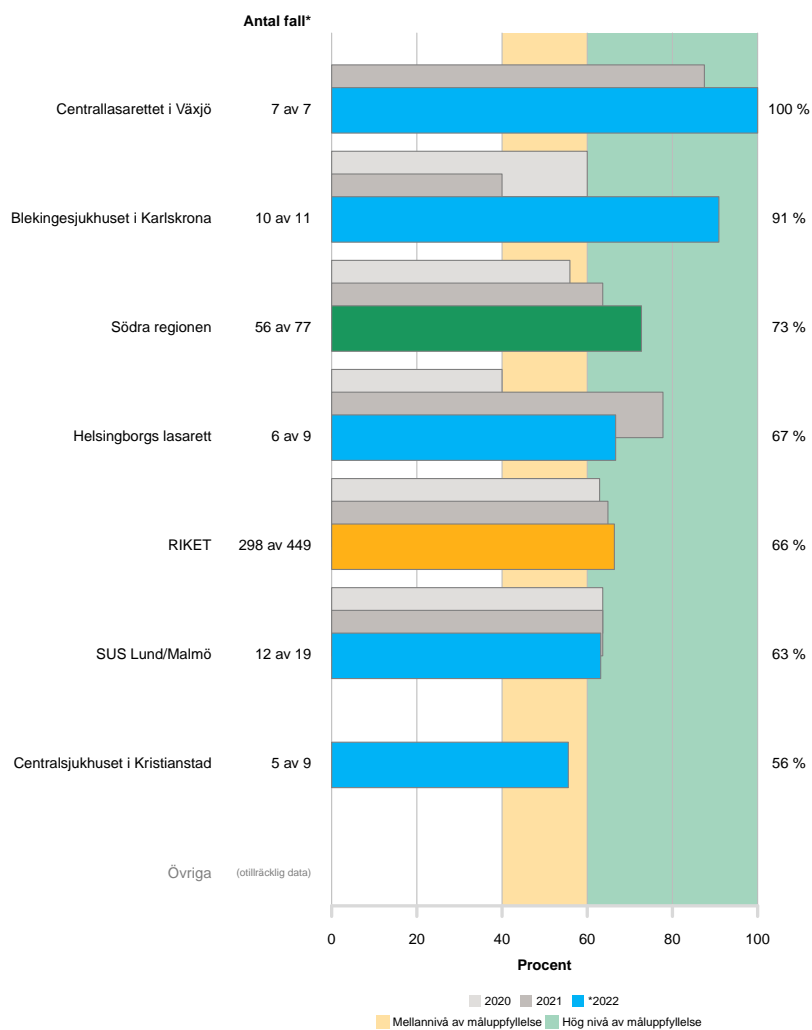
Figur 18. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



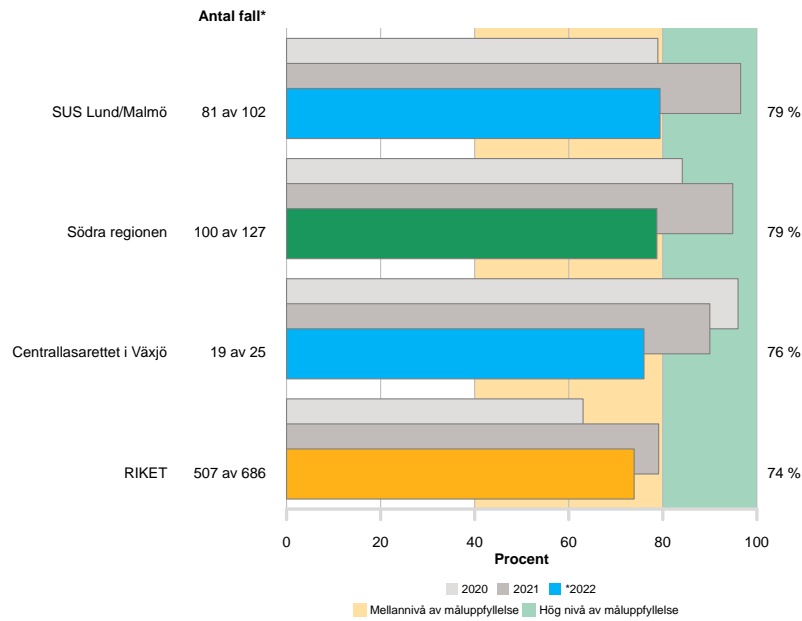
Figur 19. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbildande sjukhus, behandlingsår 2022.



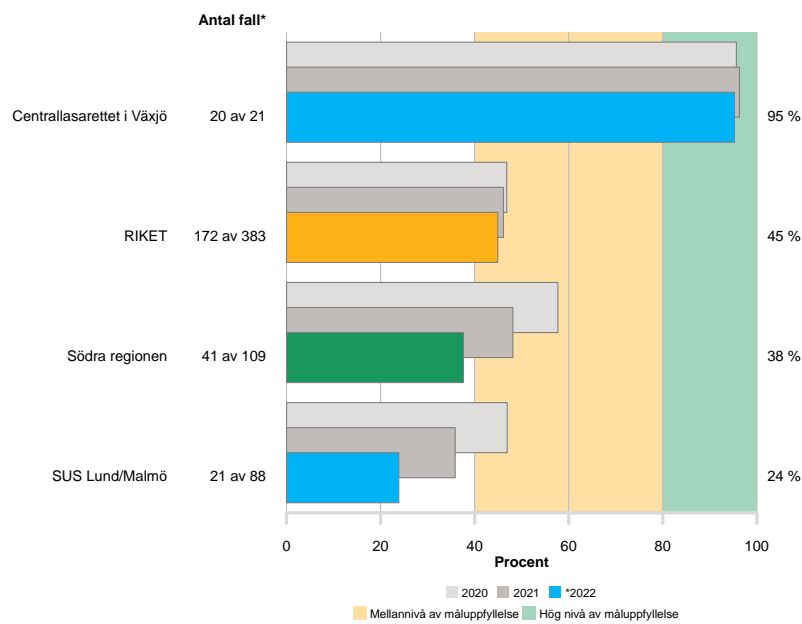
Figur 20. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbildande sjukhus, diagnosår 2022.



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.

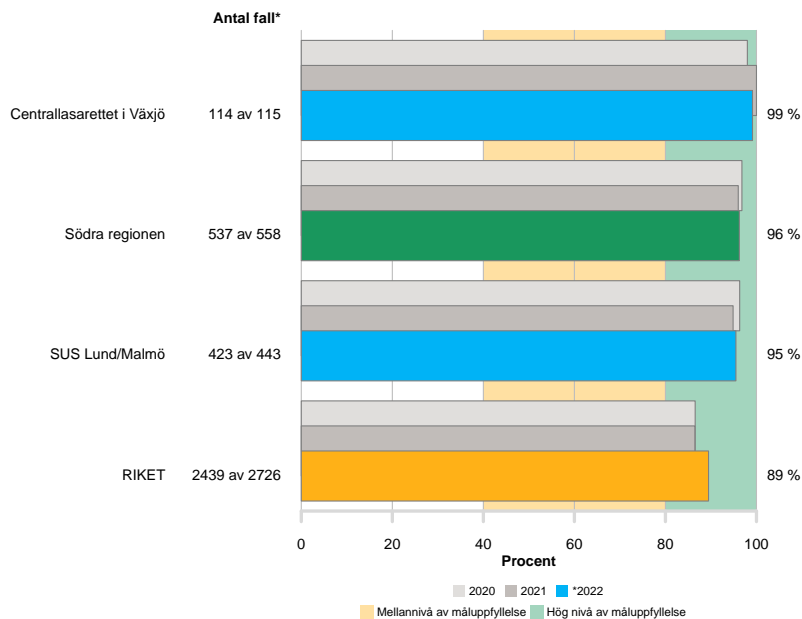


Figur 22. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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

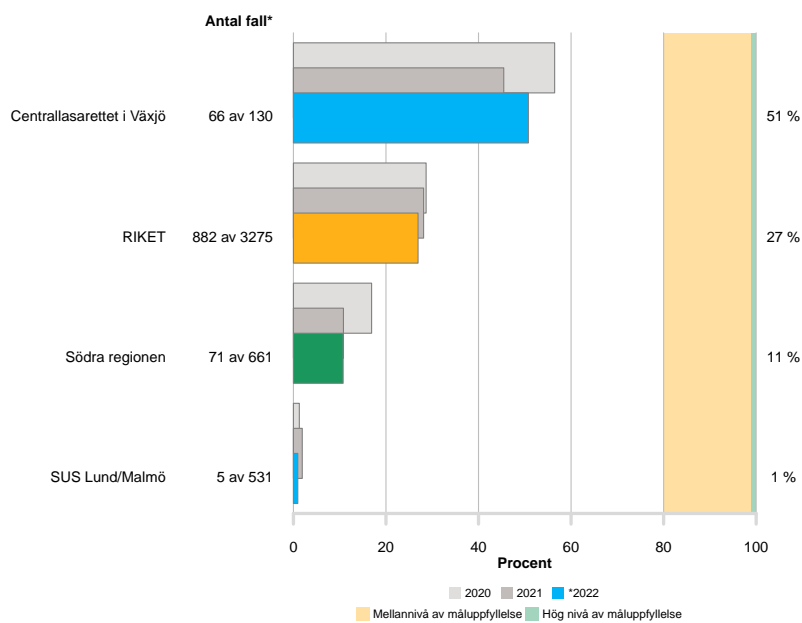


Figur 23. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.





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

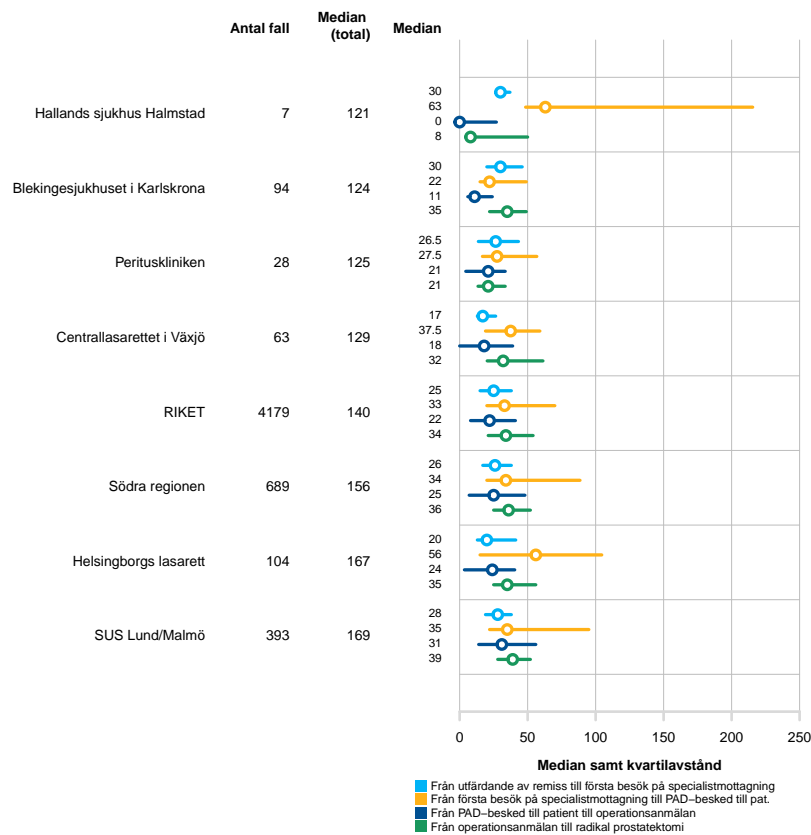


Figur 25. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.

## Väntetider

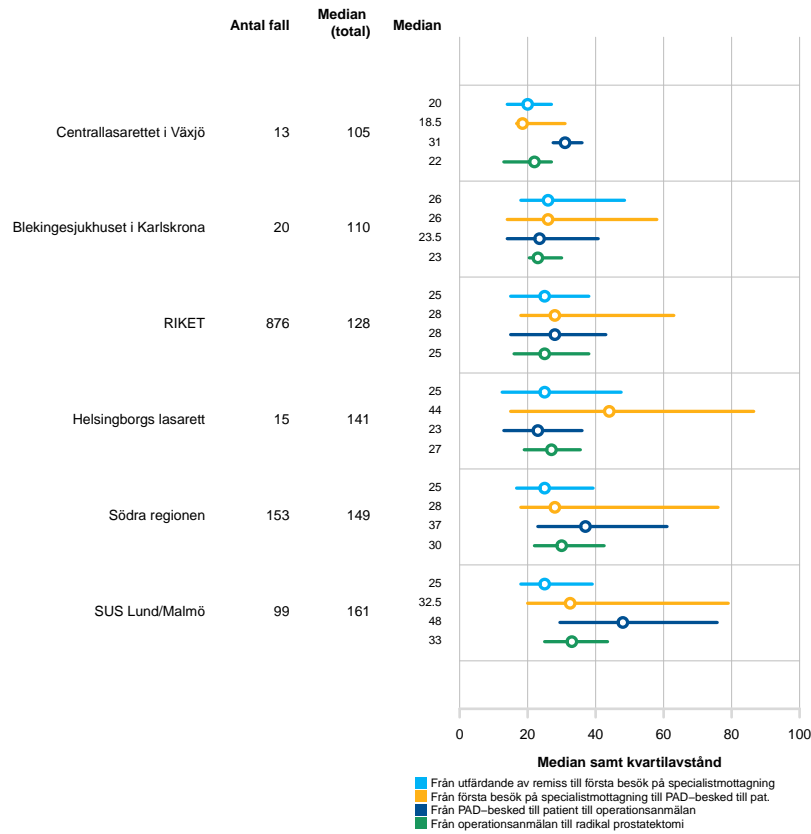
### OBS!

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.



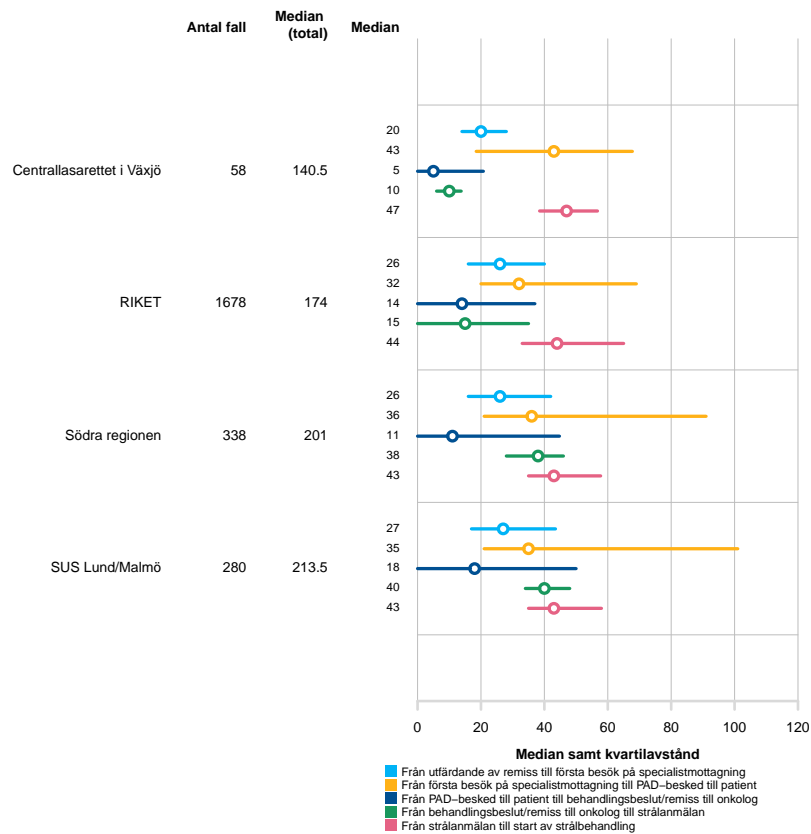
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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 överensstämna med summan av de enskilda medianerna.



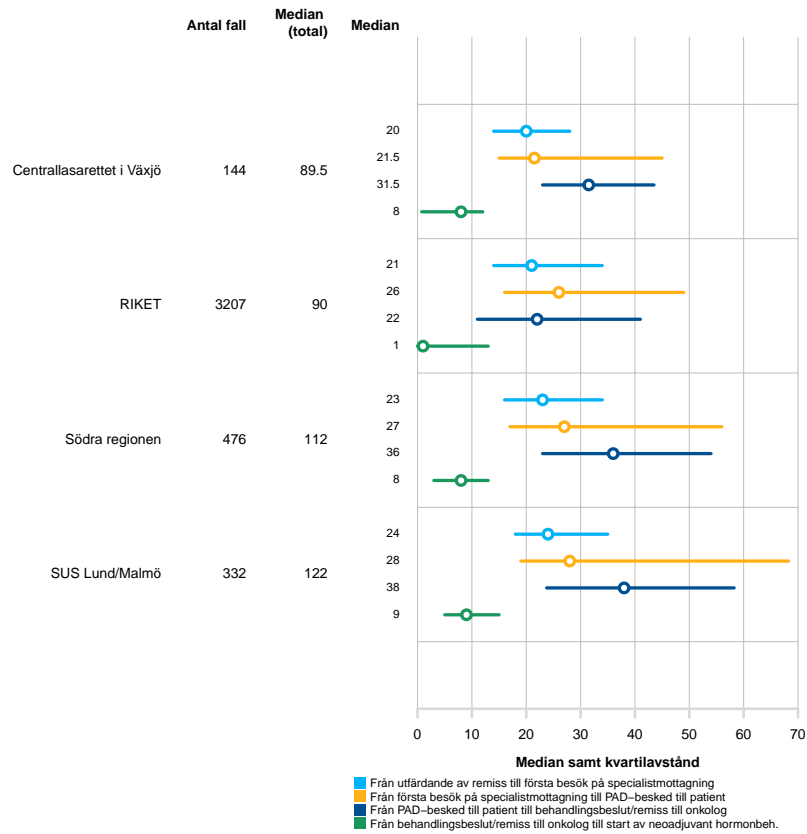
Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriscancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.



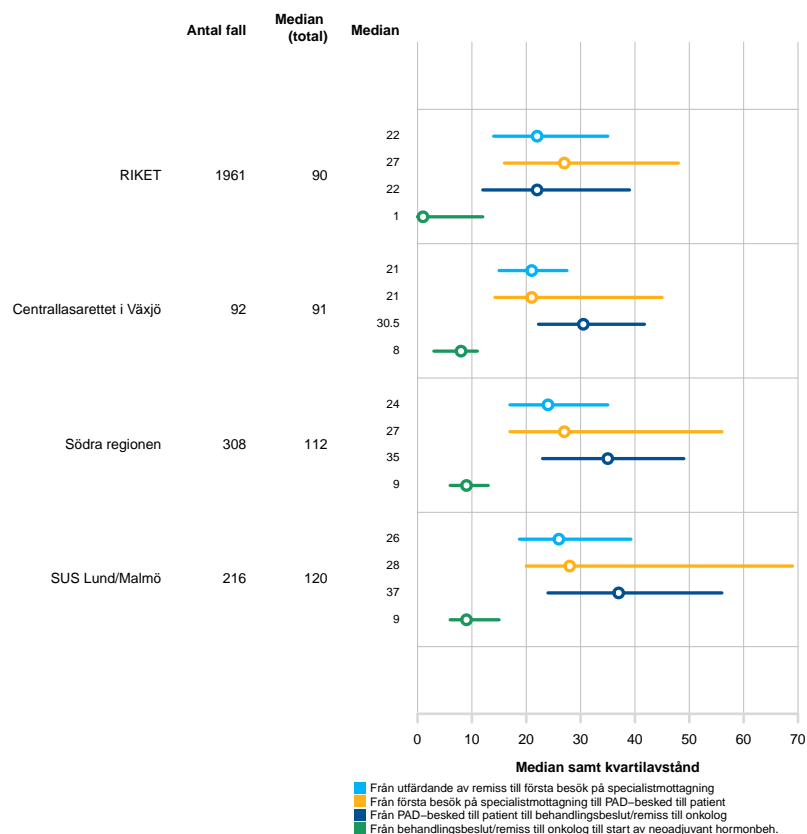
Figur 28. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.