

# Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2022

Västra 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>10</b>
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 <b>högriskcancer</b> 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 <b>högriskcancer</b> 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](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 Västra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2022.

# KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Västra regionens vårdprocessgrupp höll möte digitalt vid 2 tillfällen under 2022 och därutöver genomfördes i likhet med tidigare år en uroonkologisk "dialogturne" där samtliga regionala urologi/onkologienheter besöktes av processledare och omvårdnadsansvariga för alla de uroonkologiska diagnoserna. En tydlig konsekvens av såväl pandemin som personalbrist på många av våra regionala kliniker har varit svårigheter att upprätthålla inrapportörsfunktioner och att uppnå en hög andel av patienter som besvarar nationell ePROM-enkät. Om jämlik och hög vårdkvalitet ska uppnås är kännedom om styrkor och svagheter i våra vårdkedjor viktigt. NPCR-rapportens kvalitetsindikatorer såväl som PROM-data är då till stor hjälp i det regionala processarbetet när det gäller att identifiera och förklara varierande resultat från enskilda kliniker. Indikatorerna i Koll på läget ger oss också möjlighet att värdera regional följsamhet till behandlingsrekommendationer i det nationella vårdprogrammet.

## Täckningsgrad och inrapporteringshastighet

Den regionala täckningsgraden för NPCR jämfört med Cancerregistret (82 %) är lägre än i riket (92 %) och har sjunkit jämfört med de senaste årens siffror. Det förklarar av att några regionala enheter haft svårigheter att upprätthålla en välfungerande rapportörsfunktion och hamnat efter med rapportering (exv. Varberg 26 % och Alingsås 13 %) medan de större enheterna bibehållit en mycket hög täckningsgrad (Sahlgrenska, Skövde, Uddevalla samtliga 99 %). Detta har diskuterats vid senaste regionala processturnén och fokus på återupprättad rapporteringsfunktion hos berörda enheter har utlovats. Inrapporteringshastigheten efter strålbehandling är i nivå med riksgenomsnittet (78 % vs 75 %) men släpar fortsatt efter något sedan pandemin.

## Kontaktssjuksköterska

Andelen patienter som rapporterats ha tilldelats en kontaktssjuksköterska vid urologklinikerna i Västra regionen ligger på 73 % och på onkologklinikerna har 69 % fått en namngiven kontaktssjuksköterska. Båda dessa andelar är lägre än i riket och en försämring jämfört med föregående år vilket förklaras av att enstaka regionala enheter sticker ut med betydligt lägre nivåer. Målet är att alla ska ha en namngiven kontaktssjuksköterska och att denna kontakt finns vid någon av enheterna.

## Diagnostik

Andelen män med högriskcancer som diskuteras i MDK var 87 % av patienterna inom målgruppen vilket är i nivå med riket (86 %). När det gäller användningen av MR som stöd för definition av målvolym inför strålbehandling görs det för 100 % av patienterna (där kontraindikation för undersökningen ej föreligger).

## Behandling

En hög andel (67 %) av patienterna med lokalt avancerad prostatacancer 80 år eller yngre får kurativt syftande strålbehandling eller inkluderas i SPCG-15, helt i nivå med riket (66 %). När det gäller andel opererade män med låg- och mellanriskcancer som har opereras med nervsparande resektion var siffran fortsatt högre än riksgenomsnittet (88 % vs 81 %). Siffran för andel opererade patienter med negativa resektionsränder vid pT2 i PAD var 92 % och samtliga opererande enheter uppvisar högre siffror än rikssnittet på 80 %. En annan indikator där måluppfyllelsen är hög i jmf med riket (89 % vs 74 %) är andelen strålbehandlade män med högriskcancer som planerats för minst 18 månaders antiandrogenbehandling efter strålterapi.



## ePROM

Andel av patienterna som besvarat nationell 1-års-PROM-enkät efter operation var 69 % (vs 66 % i riket) och efter strålbehandling var siffran 60 % (vs 60 % i riket). Andel av patienterna som besvarat PROM-baslinjeenkät inför strålning var bättre än i riket (41 % vs 27 %). Även om våra siffror står sig väl i en nationell jämförelse strävar vi mot en högre andel patienter med besvarad baslinjeenkät och detta är ett prioriterat förbättringsområde för den regionala processgruppen. Lokala rutiner för att uppnå en högre grad av både utdelning och ifyllande av baslinjeenkäter diskuteras och utarbetas nu. Övergången till att enkäterna ligger i IPÖ och utskick hanteras lokalt börjar implementeras och detta bör leda till en gradvis förbättring under kommande år.

## SVF – måluppfyllelse och väntetider

En positiv trend noteras för tillgänglighet till uroonkologisk bedömning med fortsatt förbättrade ledtider för tid från urologremiss till strålanmälan respektive till start av neoadjuvant hormonbehandling. En ökad regional strålbehandlingskapacitet i kombination med introduktion av effektivare behandlingsscheman (hypofraktionering) ger trots kraftigt ökande behandlingsvolymer förkortade väntetider från strålanmälan till strålbehandlingsstart för såväl primärt kurativ strålbehandling utan neoadjuvant behandling som för postoperativ strålbehandling. Samtliga ovanstående medianledtider är nu i nivå med eller bättre än riksgenomsnittet. Trots detta når en minoritet av patienterna ej uppsatta SVF-ledtidsmål och diskussion om adekvata och medicinskt relevanta målnivåer bör fortsätta på nationell nivå.

## Medianväntetider i Västra regionen

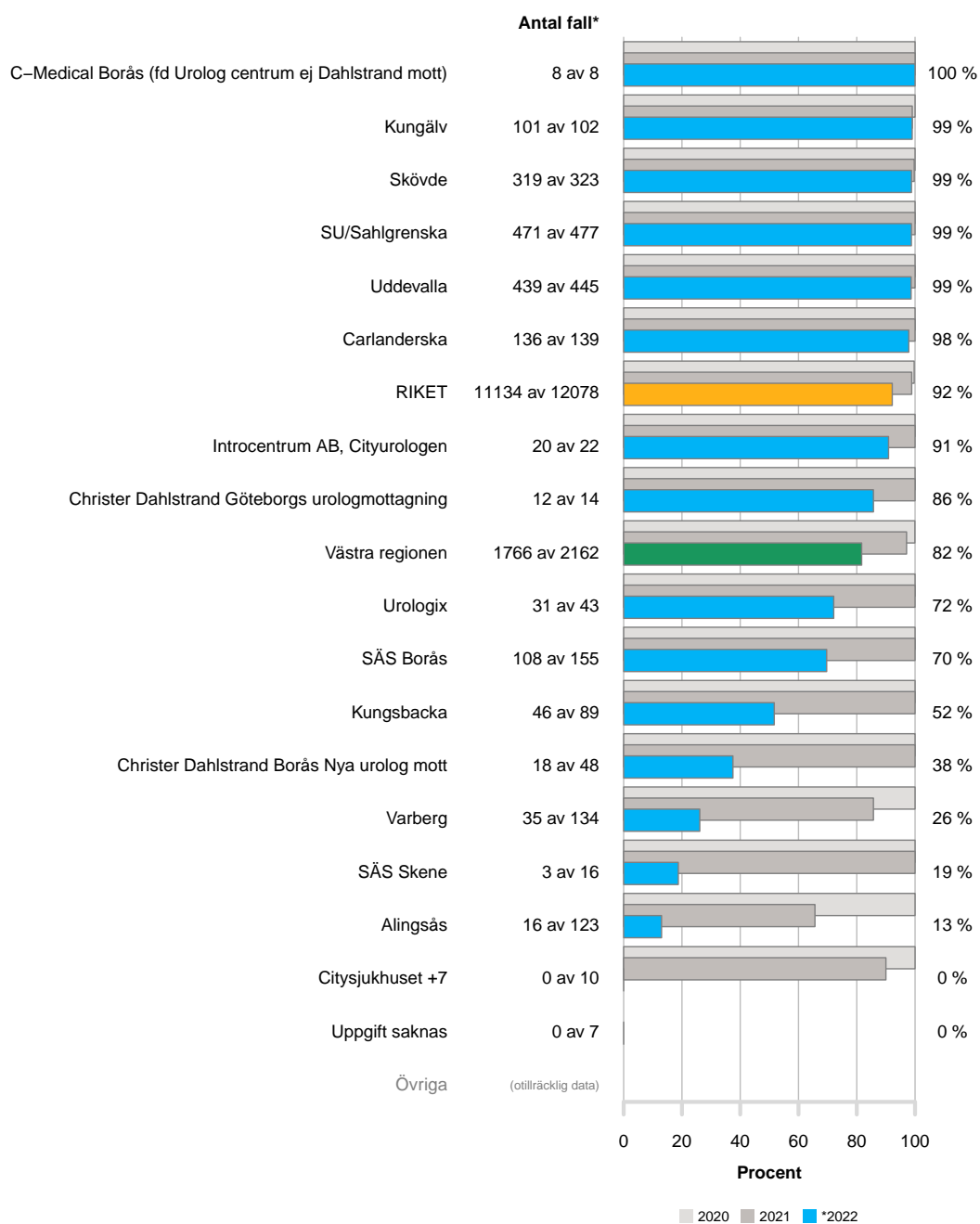
- Tid från SVF-remiss till första specialistbesök: 26-27 dagar beroende på riskgrupp/behandling (25-26 dagar i riket).
- Tid från första specialistbesök till PAD-besked: 23-25 dagar beroende på risk/ behandlingsgrupp (28-33 dagar i riket).
- Tid från op-anmälan till operation: 28 dagar (34 i riket). För högrisk är väntetiden 21 dagar (25 dagar i riket).
- Tid från SVF-remiss till start av neoadjuvant hormonbehandling för högriskpatienter som planeras för strålbehandling som primärterapi: 83 dagar (90 dagar i riket).
- Tid från SVF-remiss till start av strålbehandling för pat fått strålbehandling utan neoadjuvant hormonterapi: 178 dagar (174 dagar i riket).
- Tid från remiss från urolog till strålanmälan: 11 dagar (26 dagar i riket)
- Tid från strålanmälan till start av primär RT utan neoadjuvant hormonbehandling: 46 dagar (46 dagar i riket)

## Jon Kindblom, Johan Stranne

Regional processledare onkologi, urologi (för urologi t.o.m. hösten 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.

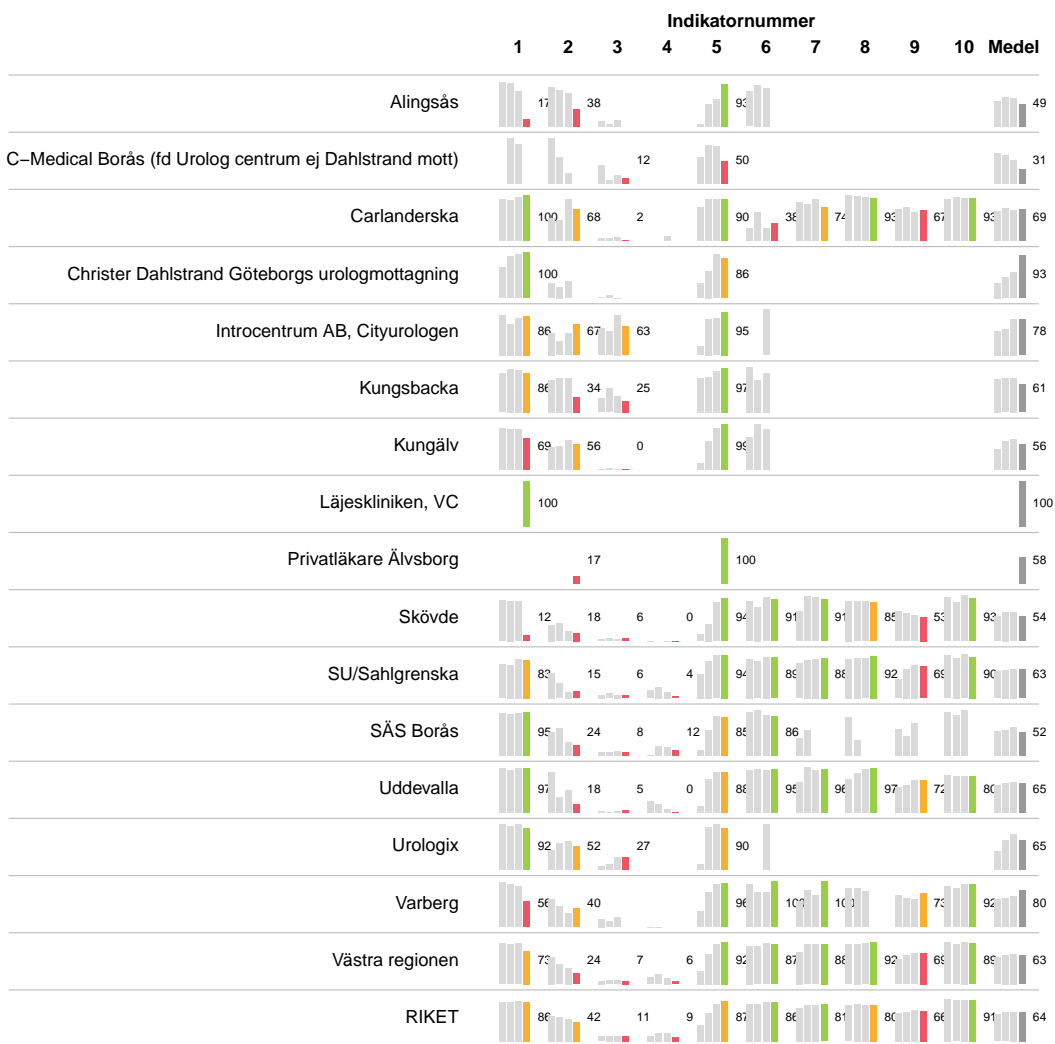
7. **Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.**
8. **Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: 80/90 %.** Motsvarar SoS NR indikator 3.6 'positiva marginaler' dvs. ofria resektionsränder vid pT2-tumör, dvs tumör finns 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 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		
Alingsås	17	38			93							49
C-Medical Borås (fd Urolog centrum ej Dahlstrand mott)			12		50							31
Carlanderska	100	68	2		90	38	74	93	67	93		69
Christer Dahlstrand Göteborgs urologmottagning	100				86							93
Introcentrum AB, Cityurologen	86	67	63		95							78
Kungsbacka	86	34	25		97							61
Kungälv	69	56	0		99							56
Läjeskliniken, VC	100											100
Privatläkare Älvsborg		17			100							58
Skövde	12	18	6	0	94	91	91	85	53	93		54
SU/Sahlgrenska	83	15	6	4	94	89	88	92	69	90		63
SÅS Borås	95	24	8	12	85	86						52
Uddevalla	97	18	5	0	88	95	96	97	72	80		65
Urologix	92	52	27		90							65
Varberg	56	40			96	100	100		73	92		80
Västra regionen	73	24	7	6	92	87	88	92	69	89		63
RIKET	86	42	11	9	87	86	81	80	66	91		64

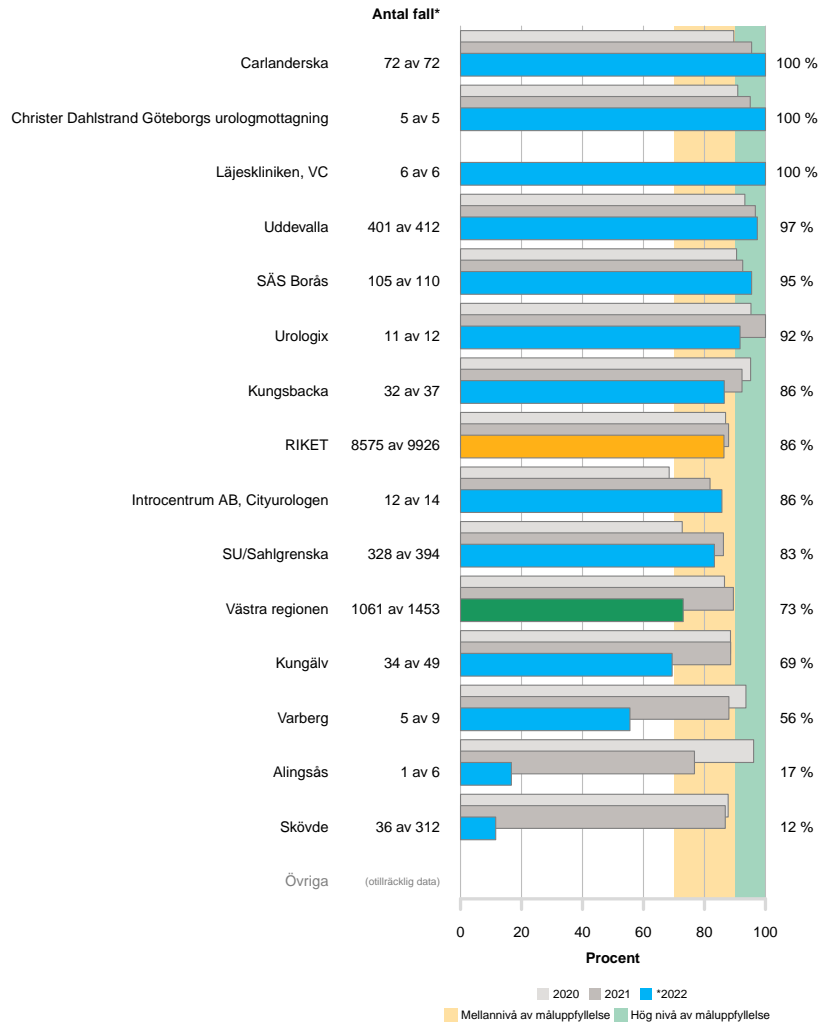
Figur 2. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

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 %.

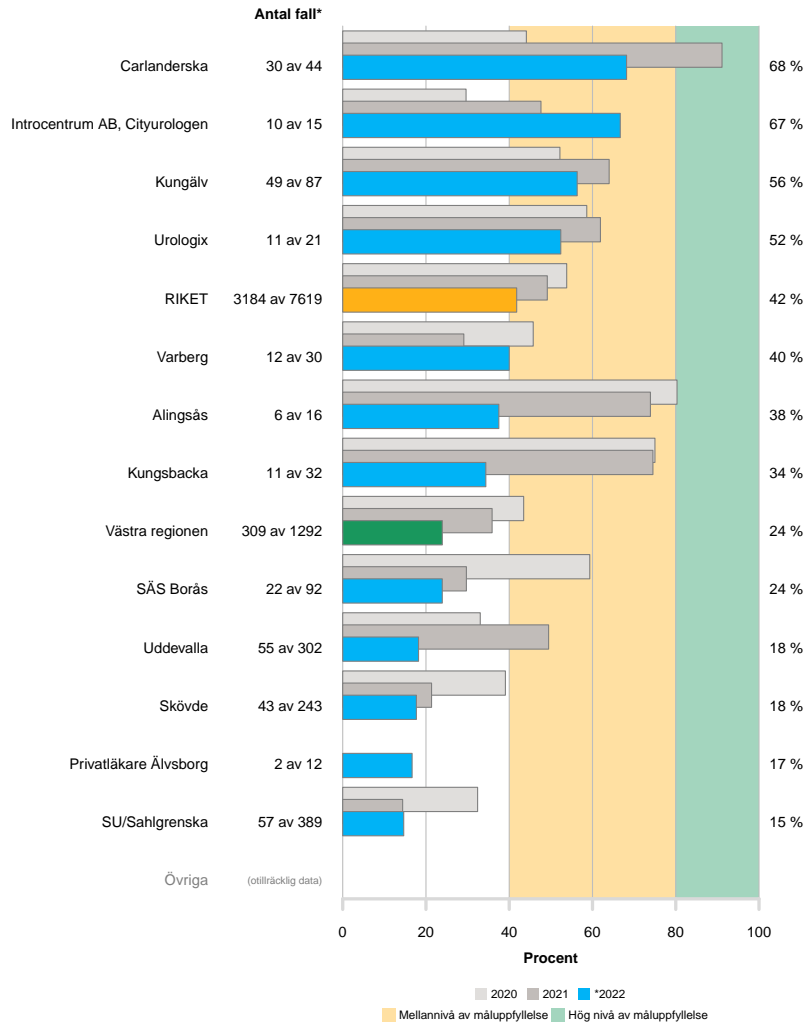


Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2019-2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

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 %.

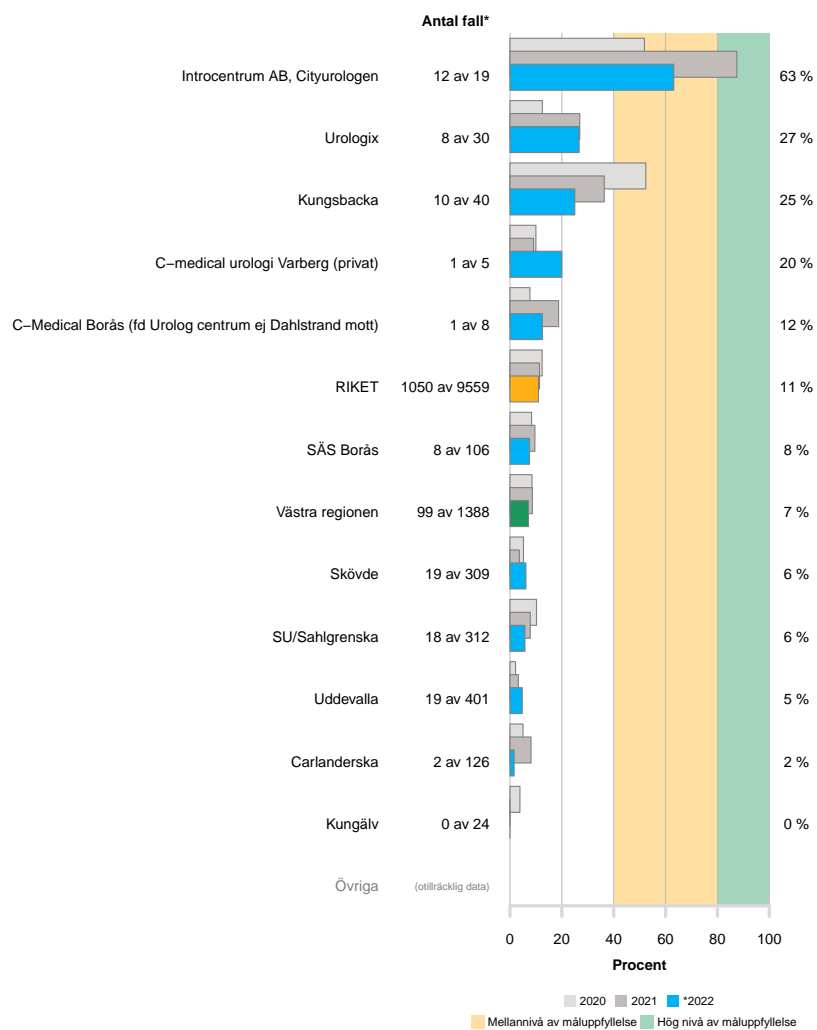


Figur 4. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.

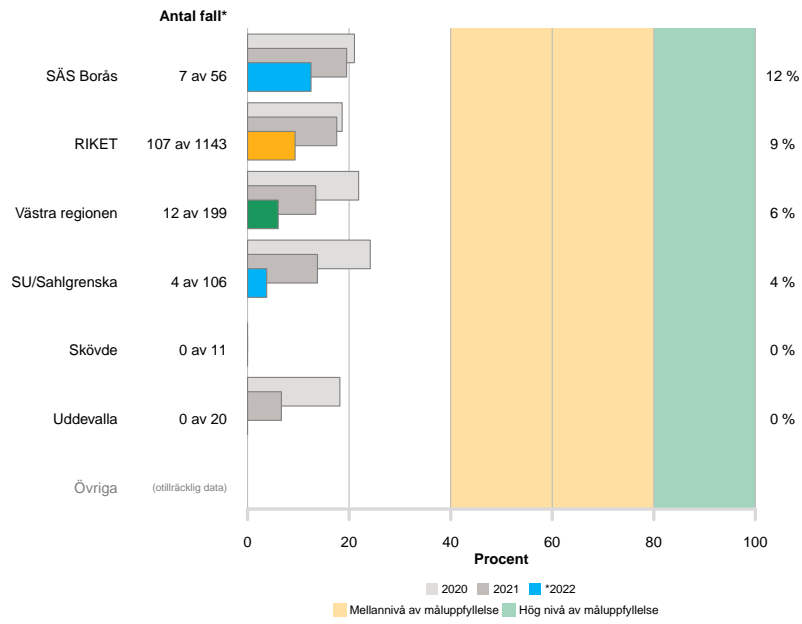


Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.

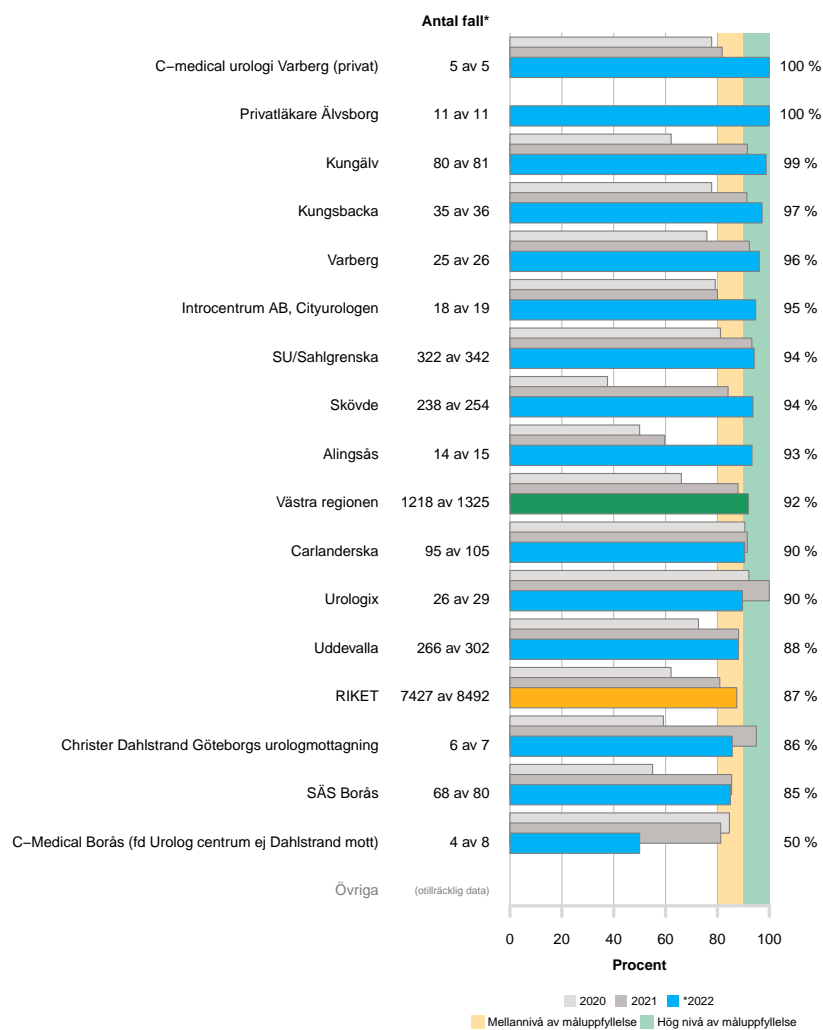




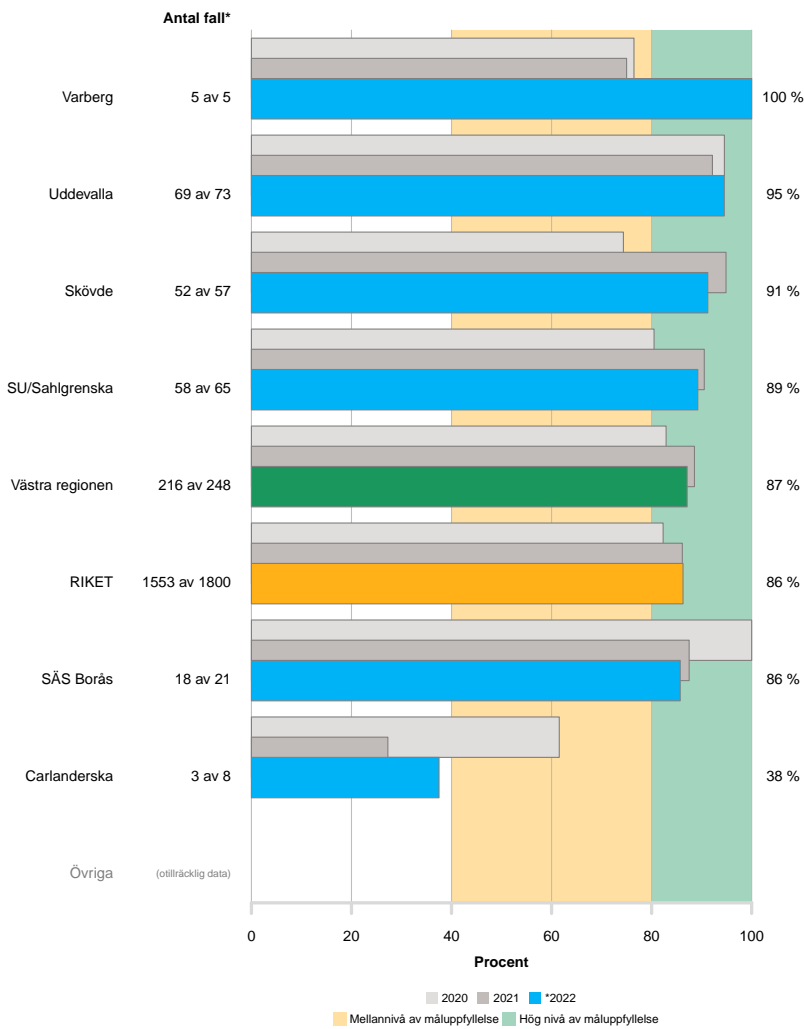
Figur 6. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



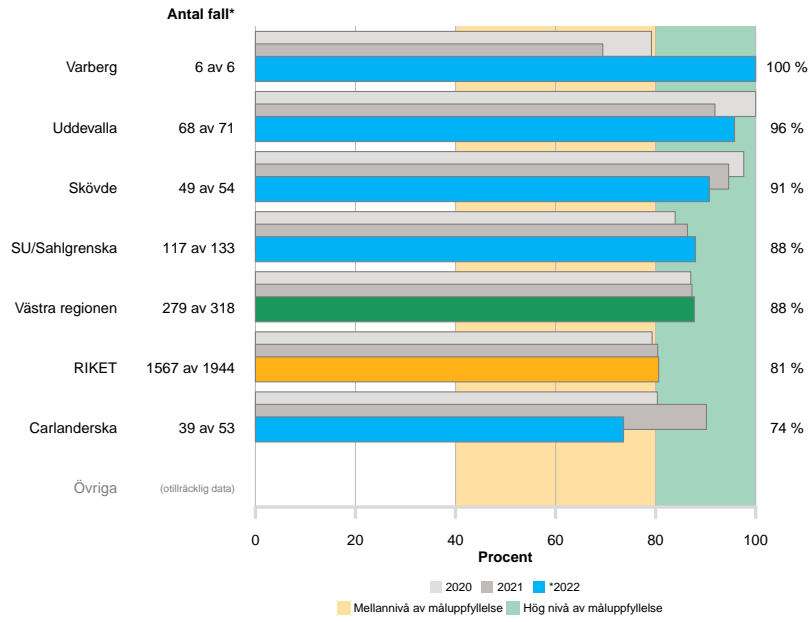
Figur 7. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer,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



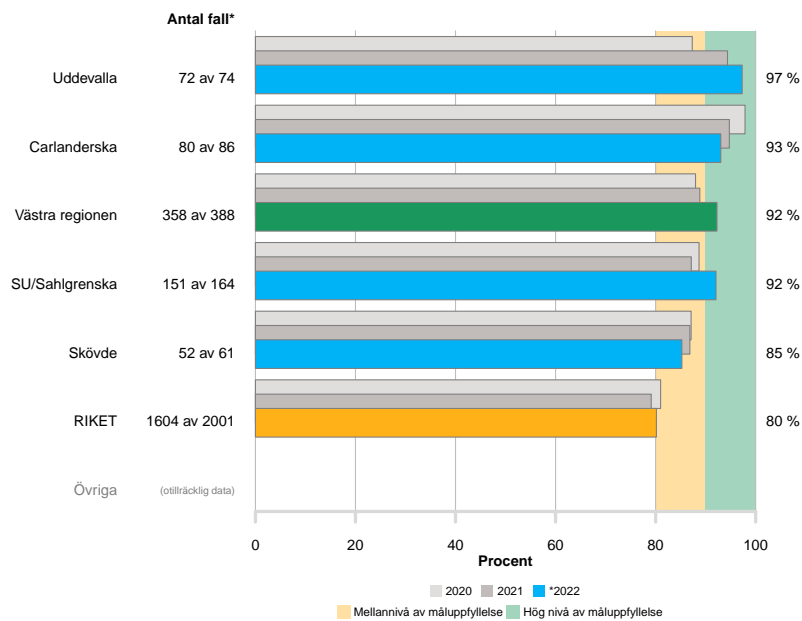
Figur 8. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2022.



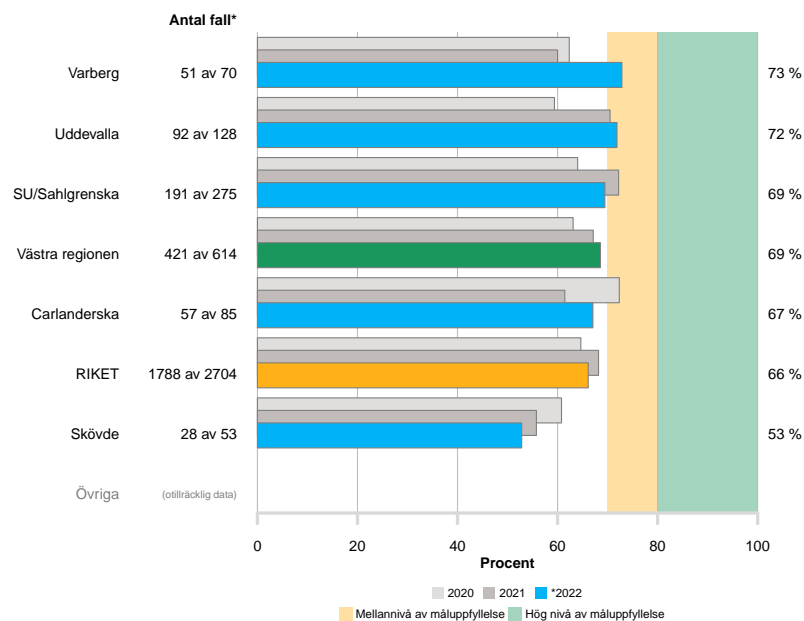
Figur 9. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



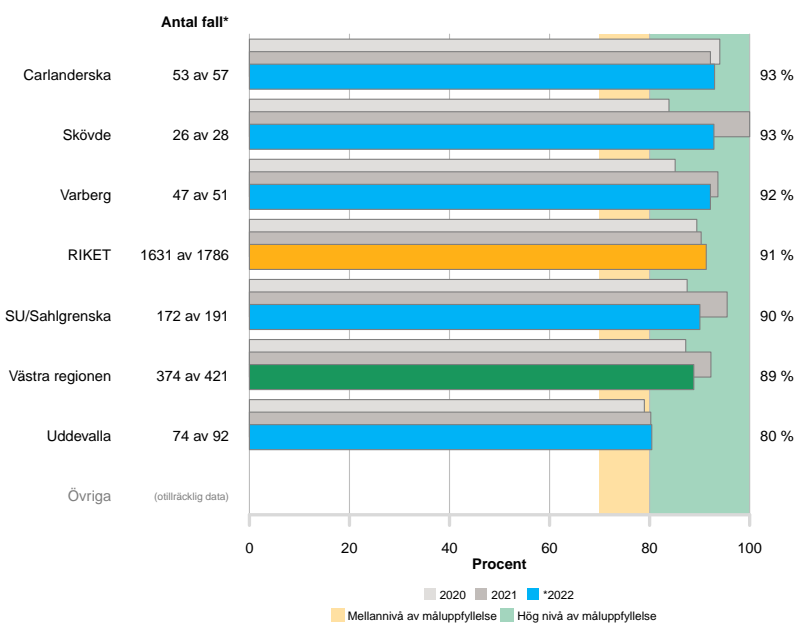
Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2022.



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.**

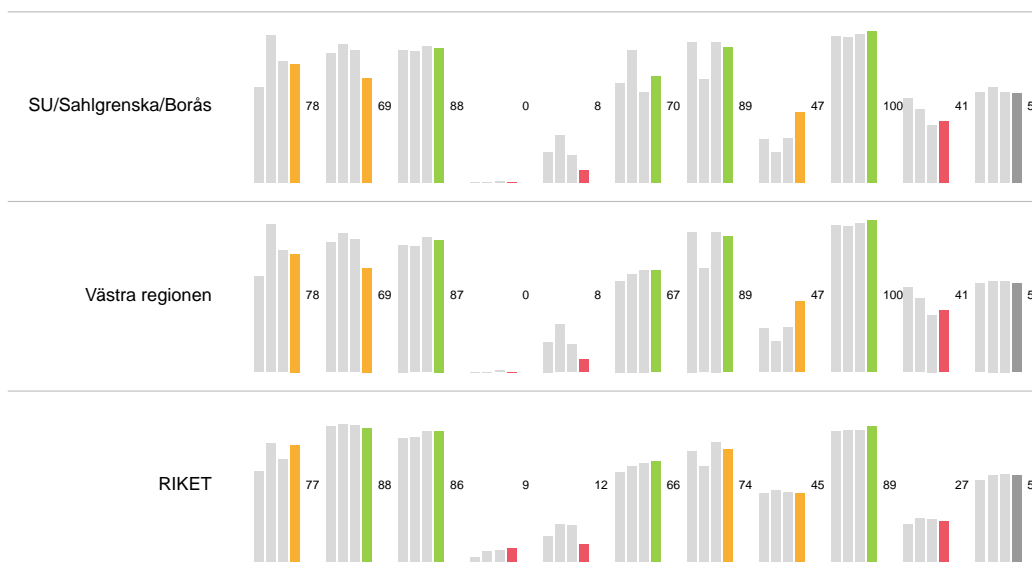
**Målnivåer: 80/99 %.** Indikatorn visar den andel män som besvarat baslinjeenkäten för PROM online (ePROM; elektroniskt patientrapporterade utfallsmått) före utförd strålbehandling.



SU/Sahlgrenska/Borås	78	69	88	0	8	70	89	47	100	41	59
Västra regionen	78	69	87	0	8	67	89	47	100	41	59
RIKET	77	88	86	9	12	66	74	45	89	27	57

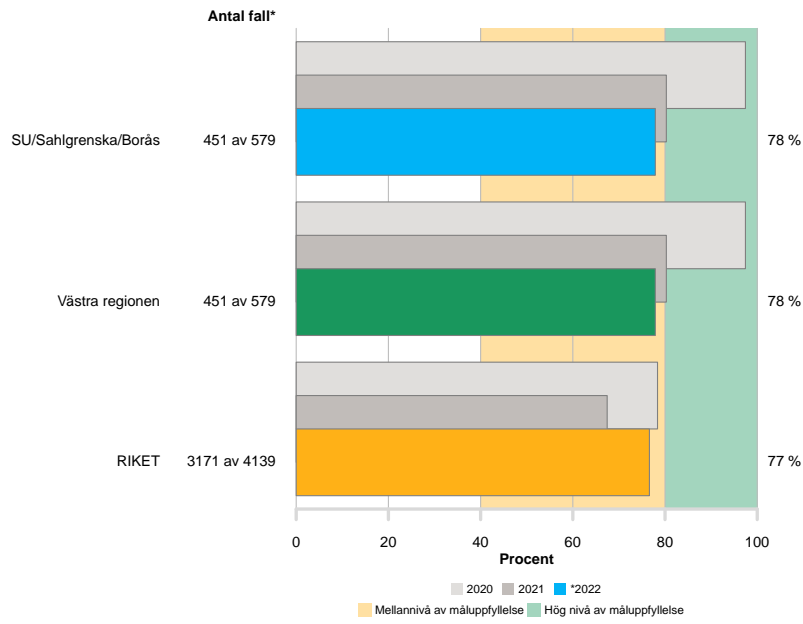
Figur 14. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

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 %.

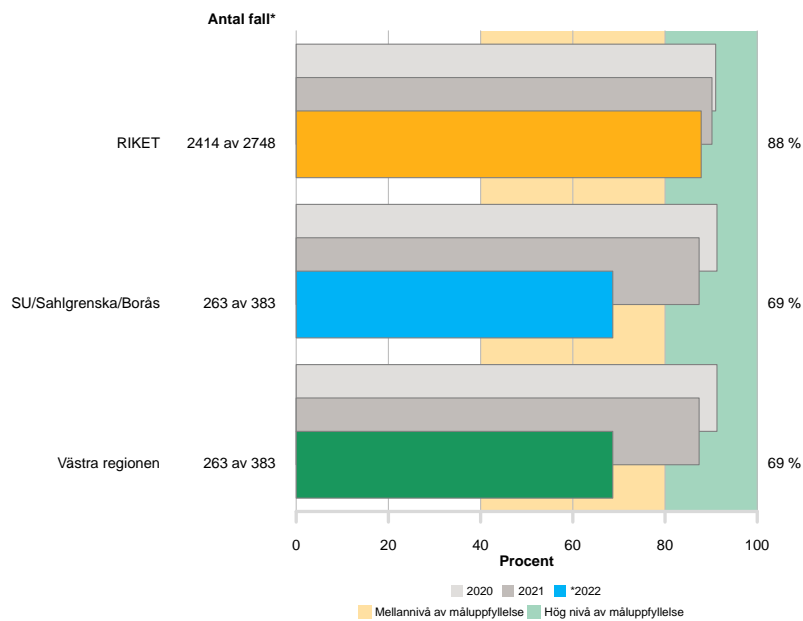


Figur 15. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2019-2022. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

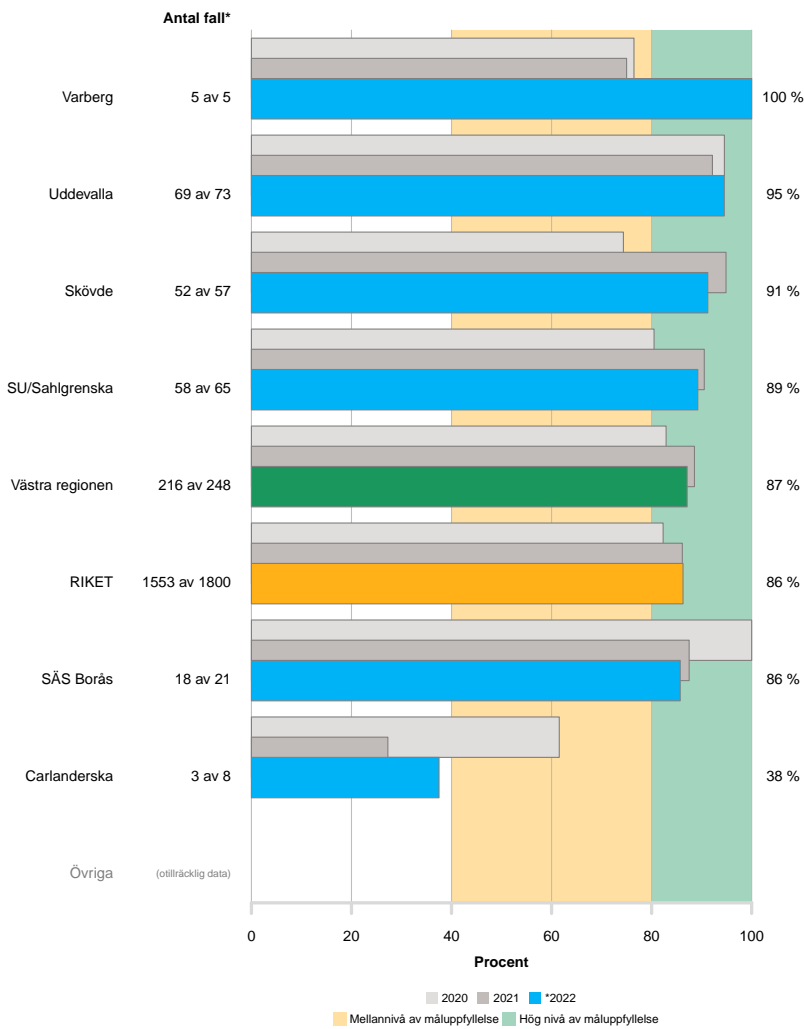
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan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



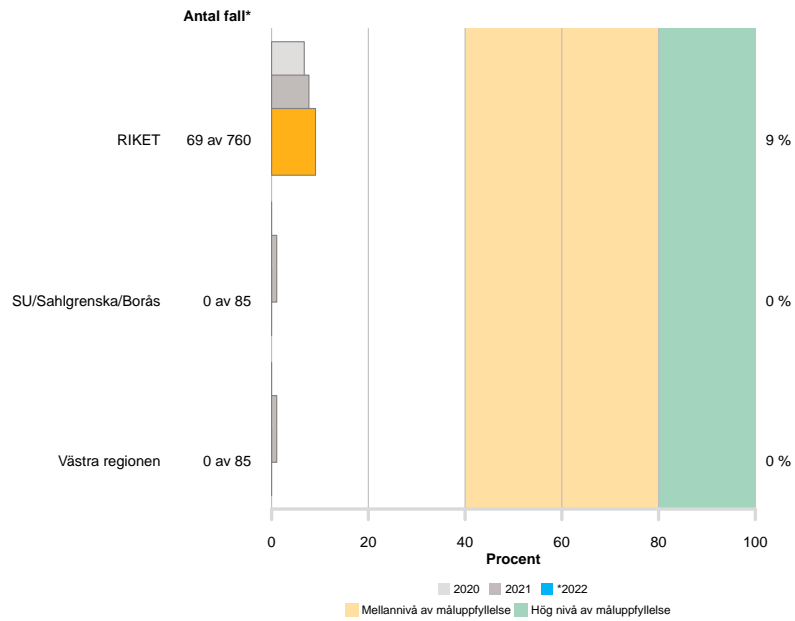
Figur 16. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



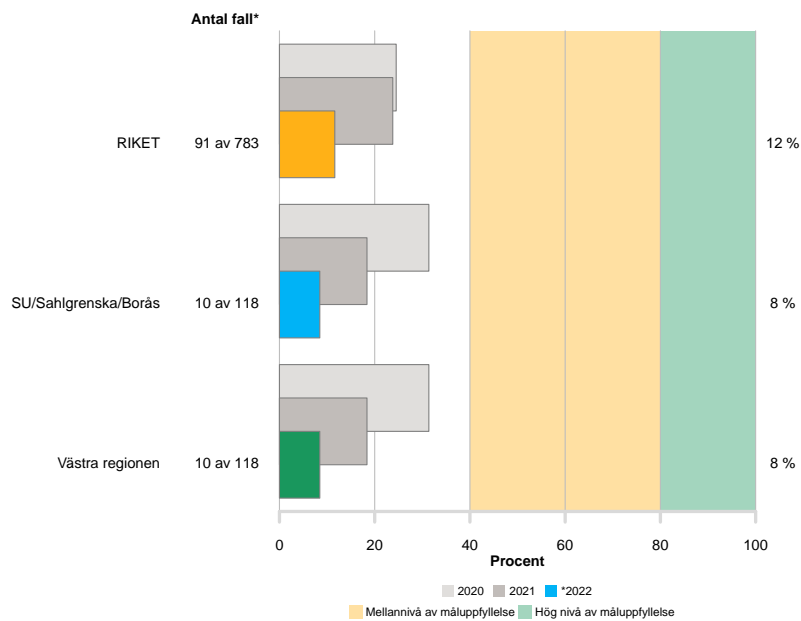
Figur 17. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



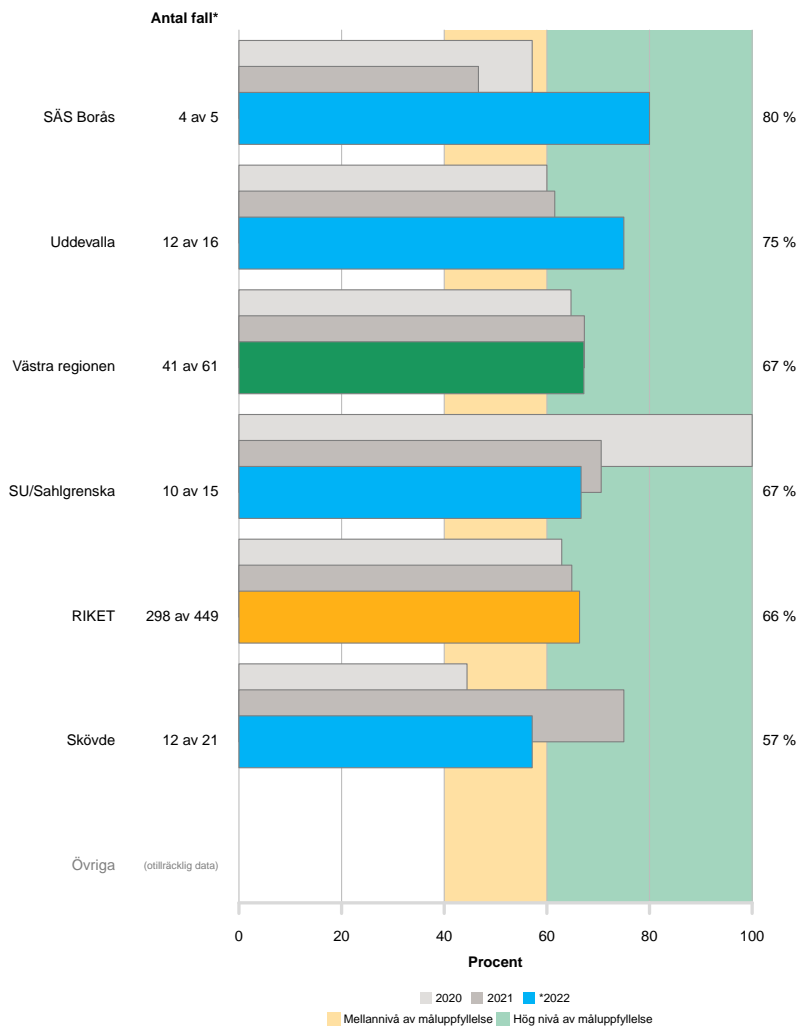
Figur 18. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigit fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



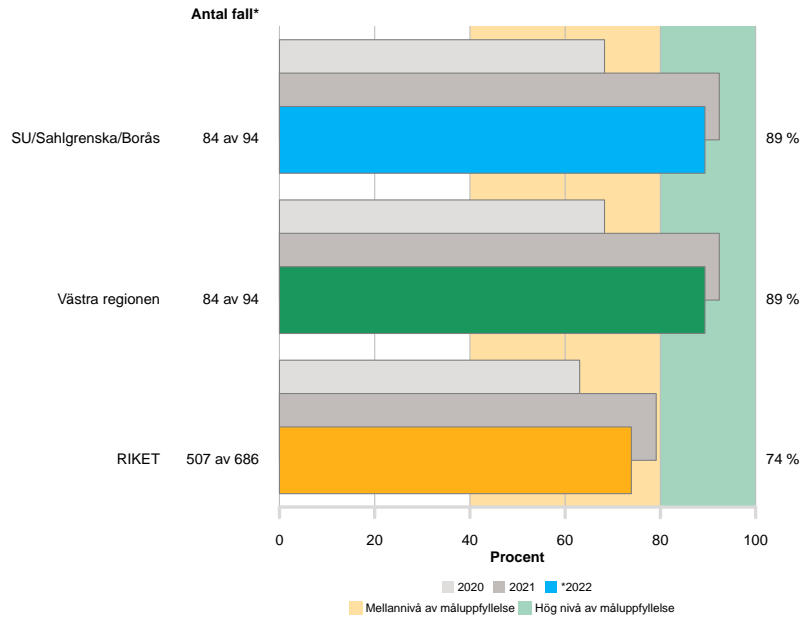
Figur 19. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



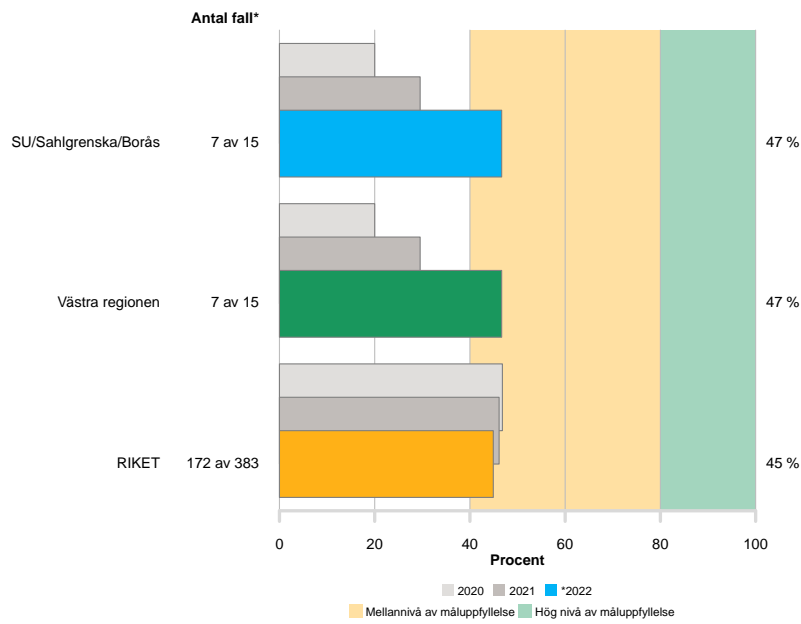
Figur 20. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2022.



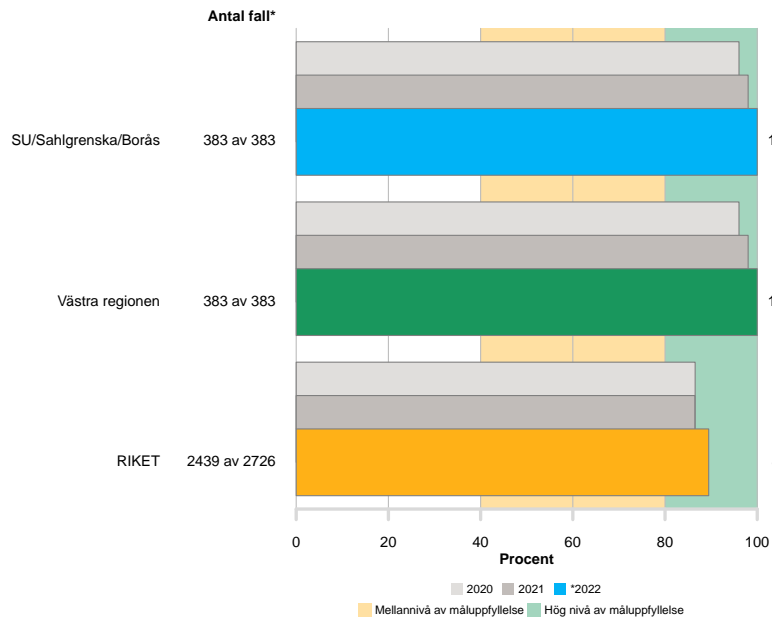
Figur 21. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2022.



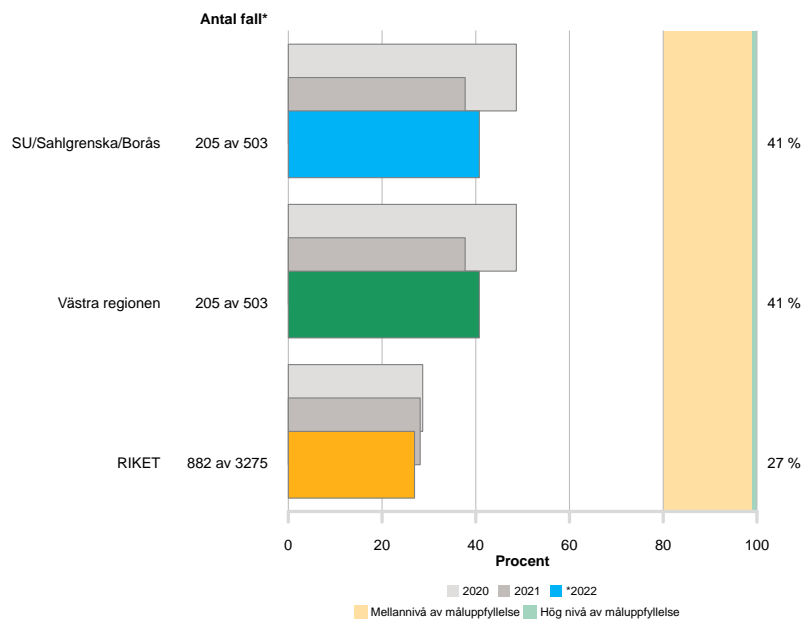
Figur 22. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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



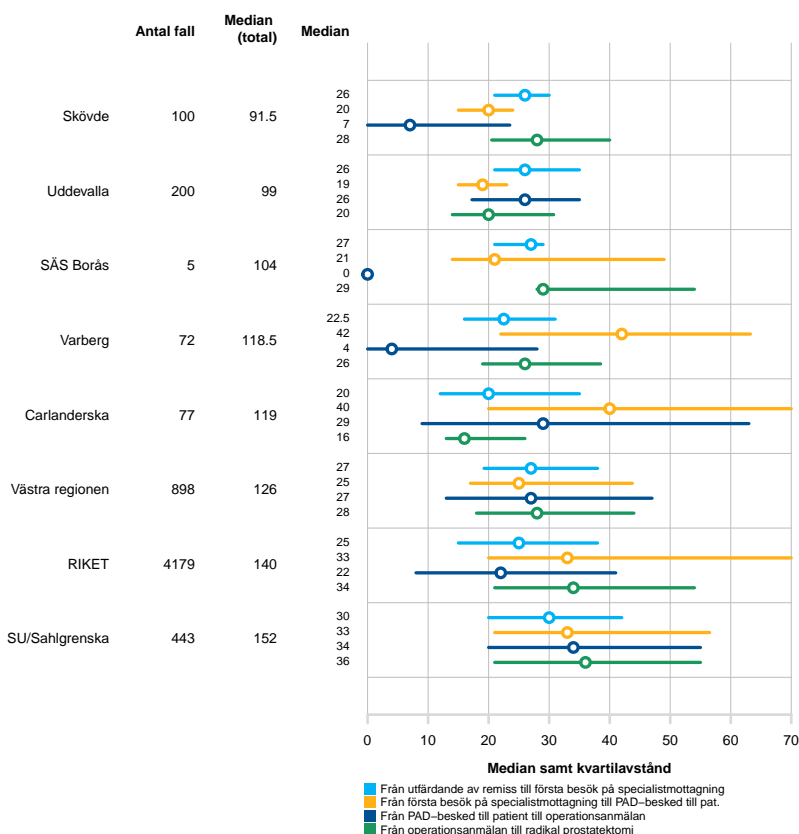
Figur 25. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2022.



## Väntetider

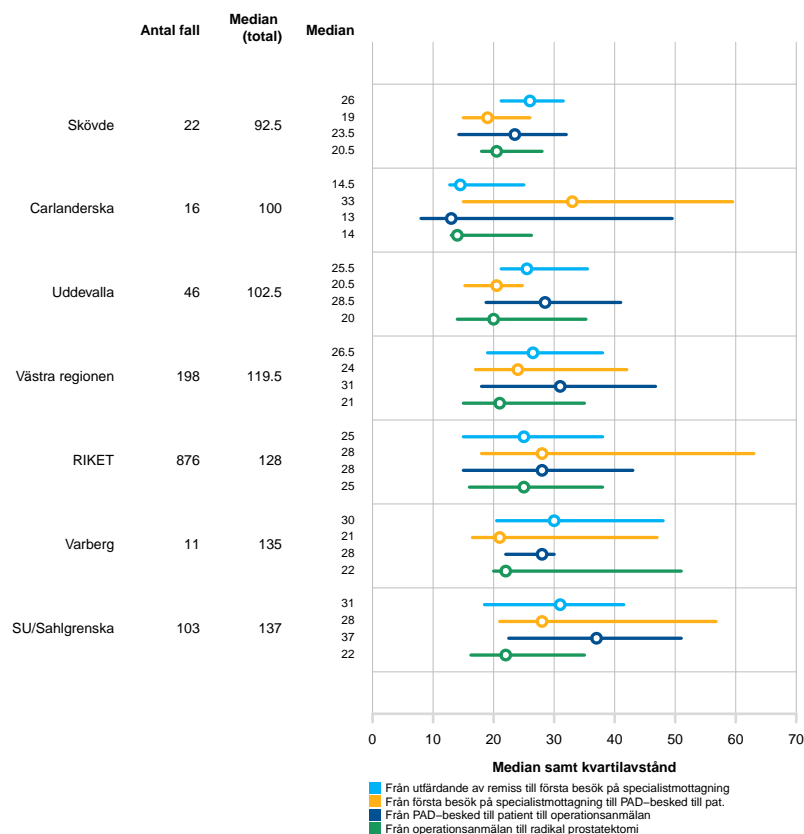
### OBS!

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.



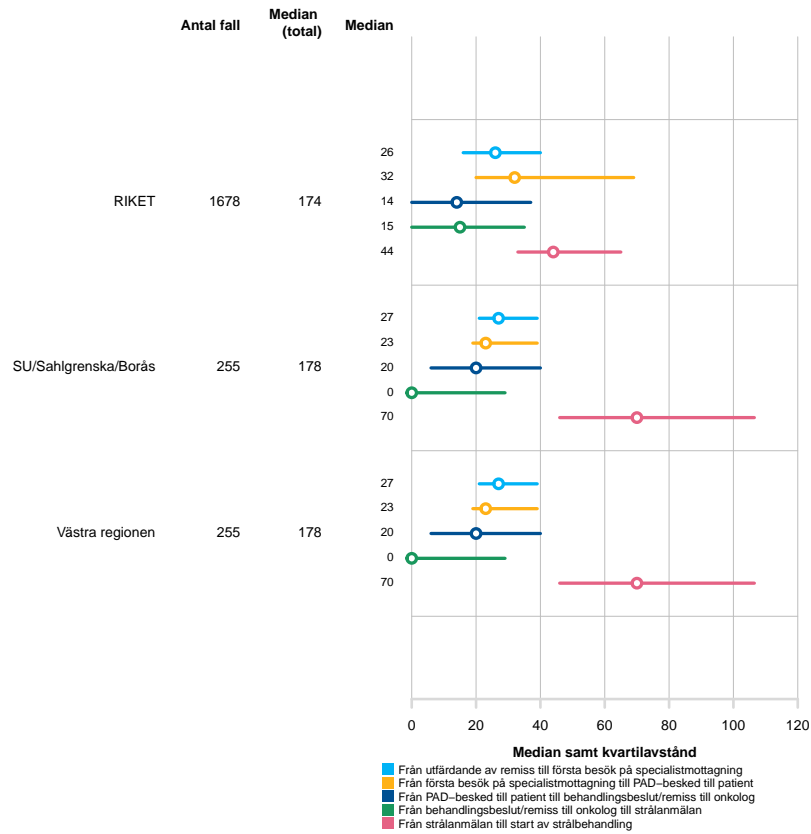
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.



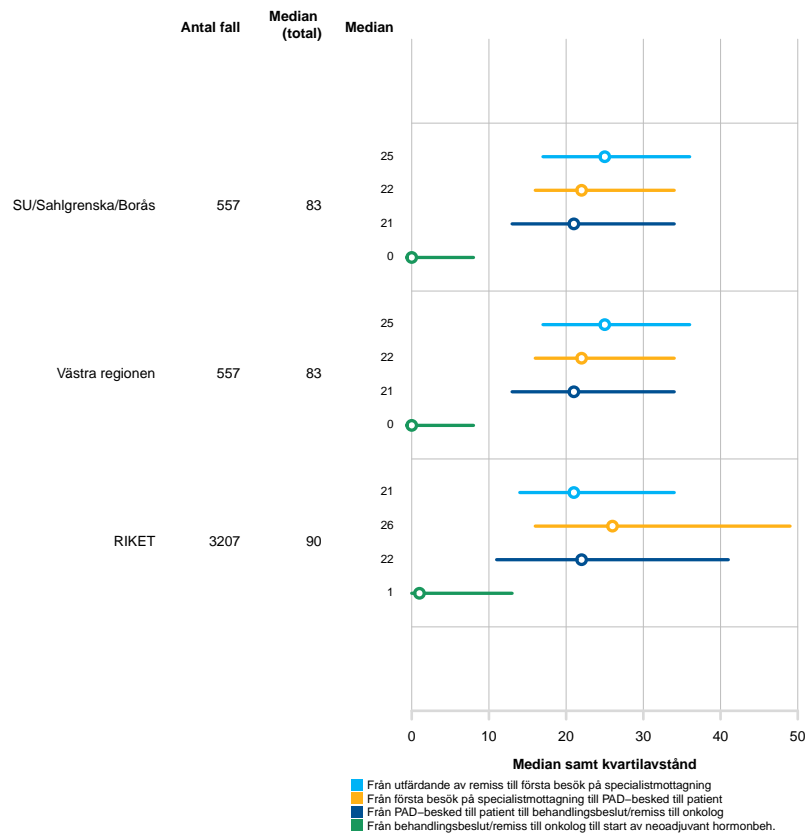
Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriscancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.



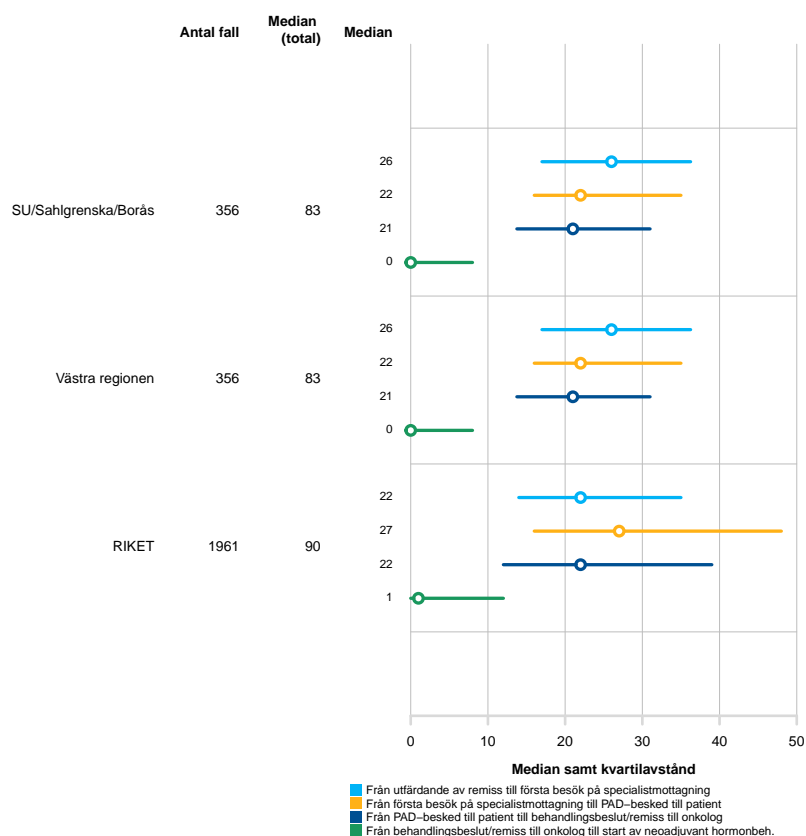
Figur 28. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2020-2022.

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.