

Prostatacancer

Nationell kvalitetsrapport för 2022

September 2023

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

INTRODUKTION TILL ÅRSRAPPORTEN	4
FÖRORD	5
RESULTATREDOVISNING	6
Koll på läget - Urologi	7
Koll på läget - Onkologi	12
Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för urologi	16
Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för onkologi	17
Generell kommentar till resultatutvecklingen över tid	18
Övriga resultat som ej redovisas i Koll på läget	19
<i>Urologi</i>	19
<i>Onkologi</i>	25
BAKGRUND TILL RESULTATEN - ORGANISATION AV NPCR OCH DATAKVALITET	29
Organisation och styrgrupp	29
Cancerregistret jämfört med NPCR	29
Datakvalitet	29
Hemsida	29
PÅGÅENDE UTVECKLINGSARBETEN	31
Patienttrapperade utfallsmått (PROM)	31
Strukturerade nationella diagnostikmallar	31
Samverkan mellan NPCR och Nationella vårdprogramgruppen	32
Automatöverföring	32
Implantatregistret - Urinläckage efter prostatektomi	32
MÅLSÄTTNINGAR OCH SLUTSATSER	33
REFERENSER	34

INTRODUKTION TILL ÅRSRAPPORTEN

Syftet med rapporten är att ge en överskådlig bild av kvalitén på prostatacancersjukvården i Sverige. Alla resultat finns tillgängliga online på npcr.se/ratten. Denna årsrapport fokuserar på resultaten av tio utvalda kvalitetsindikatorer för vård på urologiska/kirurgiska kliniker och tio indikatorer för vård på onkologiska kliniker. Även andra intressanta trender och resultat redovisas. Målgruppen för årsrapporten är i första hand kliniskt verksam personal som arbetar med prostatacancervård och verksamhetsföreträdare men rapporten är tillgänglig på npcr.se/rapporter för patienter, journalister, beslutsfattare och allmänhet.

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

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

FÖRORD

År 2022 inrapporterades data för 11 815 nya fall av prostatacancer till Nationella prostatacancerregistret (NPCR) från samtliga enheter som behandlar prostatacancer i Sverige. Täckningsgraden är 97 % jämfört med den lagstadgade registreringen i Cancerregistret. Datakvaliteten i NPCR har i flera undersökningar varit god och säkerställs fortlöpande genom granskning av lokala, regionala och nationella rapporter samt i vetenskapliga projekt baserade på NPCR.

Antalet män som diagnostiserats med prostatacancer har varit stabilt sedan 2014 men under 2020 sågs en tydlig nedgång i antalet fall som sannolikt förklaras av minskad diagnostik under covidpandemin. Under 2021 steg antalet fall av prostatacancer jämfört med den kraftiga nedgång som sågs 2020 men var fortfarande något under incidensen före pandemin. Under 2022 ses en kraftig ökning av antalet diagnostiserade fall, till och med högre än innan pandemin, vilket möjligen kan förklaras av ökad diagnostisk aktivitet samt att de män som under pandemin avstod PSA-testning nu har sökt vård.

Redovisningen i denna nationella årsrapport baseras på data för män diagnostiserade/behandlade 1998–2022 som rapporterats till NPCR t.o.m. 30 augusti 2023.

Ingela Franck Lissbrant, Johan Styrke och Elin Axén, för styrgruppen för Nationella prostatacancerregistret.

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

RESULTATREDOVISNING

Kvalitetsindikatorer delas in i processinriktade och strukturella indikatorer samt resultatindikatorer.

Processindikatorer mäter aktiviteter som utförs, till exempel utredning och behandling.

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

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

NPCR rapporterar framför allt processindikatorer eftersom det varit svårt att identifiera relevanta resultatindikatorer för prostatacancervård som kan studeras kort tid efter primärbehandling. De senaste åren har täckningsgraden för patientrelaterade utfallsmått (PROM) via enkäter successivt ökat och målsättningen är att därmed kunna öka rapporteringen av resultatindikatorer. En framtida insamling av PSA-data skulle öppna upp möjligheter att mäta progressionsfri överlevnad.

Koll på läget - Urologi

De mått som rapporteras för urologi är

1. **Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).** I SoS NR motsvaras indikatorn av indikator 1.10, som är en allmän indikator för många cancerformer. SoS målnivå är 100 % (sida 34 i Målnivåer). Eftersom patienten ibland byter vårdgivare under vårdprocessen finns möjlighet att rapportera på samtliga formulär. Det räcker att en vårdgivare har angivit kontaktsjuksköterska för att indikatorn ska anses vara uppfylld. För ytterligare information om kontaktsköterskans uppgifter se referens www.cancercentrum.se/sv/projekt/kontaktsjukskoterska/.
2. **Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Motsvarar ledtiden från datum från remissankomst till besök på specialistmottagning som enligt standardiserat vårdförlopp för Pca (SVF) ska vara 21 dagar eller mindre (SVF 6.2 ingående ledtider) vid välgrundad misstanke på Pca. Dessutom anger SVF att tiden för remissbeslut till remissankomst ska vara högst en kalenderdag. NPCR registrerar om remissen var enligt SVF (Ja/Nej), datum för utfärdande av remiss, ankomst för remiss och första besök på specialistmottagning, samt om förlängd väntetid till första besök berodde på patientens val. Dessutom anges om utredningsbesök föregick först läkarbesök vid förlängd tid till första besök.
3. **Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I SVF anges att möte ska ske med patienten högst elva dagar efter biopsitagning. I NPCR registreras om denna väntetid var förlängd pga. patientens val. NPCR registrerar också om information gavs vid mottagningsbesök, via telefon, eller brev.
4. **Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från utfärdande av remiss (remissbeslut) för utredning av prostatacancer till start av kurativ primärbehandling, d.v.s. strålbehandling, neoadjuvant hormonbehandling före strålbehandling eller radikal prostatektomi. Enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer ska väntetiden från utfärdande av remiss till radikal prostatektomi vara högst 68 dagar, från utfärdande av remiss till påbörjad neoadjuvant hormonbehandling högst 57 dagar och från utfärdande av remiss till strålbehandling högst 75 dagar. Målet är att 80 % av dessa män skall ha en väntetid enligt ovan.
5. **MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).**
6. **Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I NVP kapitel 9 rekommenderas diskussion vid multidisciplinär konferens före behandlingsbeslut för män diagnostiserade med lokaliserad högriskcancer utan känd fjärrmetastasering och förväntad kvarstående livslängd på minst fem år. Vi har valt avgränsningen yngre än 80 år.
7. **Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).**

8. **Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).** Motsvarar SoS NR indikator 3.6 'positiva marginaler' dvs. ofria resektionsränder vid pT2-tumör, dvs tumör finns enbart innanför prostatakapseln vid histopatologisk undersökning. Denna indikator saknar målnivå i SoS NR. Enligt NVP är resektionsranden negativ ('negativ marginal' liktydigt med 'radikalt') när det inte finns cancerceller i den tuschmarkerade resektionsytan vid histopatologisk undersökning. Resektionsranden är negativ även om det finns cancerceller mycket nära randen (NVP Bilaga 1, sidan 130).
9. **Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).**
10. **Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).**

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

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

 Nationella prostatacancerregistret (NPCR) Koll på läget, urologi (2022-01-01 - 2022-12-31) © Sjukhus	240 diagnostiserade inrapporterade	100 radikala prostatektomier	108 ePROM-baslinjeenkäter inrapporterade	
	Uppgifter hämtades från INCA: 2023-02-28 kl:11:50			

Måluppfyllelse för kvalitetsindex

Indikator	Antal	Mitt sjukhus Min sjukvårdsregion Riket	Måluppfyllelse 2018-2021
2 1. Kontaktsjuksköterska	222 av 242 2071 av 2342 9140 av 10539	92 % 88 % 87 %	70 93 94 90 %
1 2. Väntetid till första besök	74 av 122 640 av 1653 2325 av 6993	61 % 39 % 33 %	5 22 29 36 %
0 3. Väntetid till cancerbesked	74 av 211 258 av 2252 1075 av 10173	35 % 11 % 11 %	2 23 30 29 %
0 4. Väntetid till behandling	1 av 23 18 av 205 67 av 880	4 % 9 % 8 %	0 0 13 3 %
2 5. MR utförd före diagnostisk biopsi	27 av 29 151 av 192 608 av 750	93 % 79 % 81 %	27 41 64 77 %
1 6. Multidisciplinär konferens/mott. vid högriskcancer	39 av 49 353 av 402 1300 av 1611	80 % 88 % 81 %	67 81 80 74 %
2 7. Intra-/interfasciellt nervsparande resektion	54 av 63 267 av 373 1828 av 2485	86 % 72 % 74 %	70 73 80 83 %
0 8. Negativa resektionsränder	43 av 55 207 av 277 1566 av 1979	78 % 75 % 79 %	73 64 79 72 %
1 9. PROM efter RP, täckningsgrad 1-årsenkät	73 av 100 288 av 495 1845 av 3181	73 % 58 % 58 %	63 64 69 62 %
0 10. Ej allvarlig urininkontinens efter RP	38 av 73 186 av 288 1237 av 1845	52 % 65 % 67 %	43 54 59 52 %
9 Summa (värde)			

Definition av indikatorer

- Andel män med nydiagnostiserad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska. Variabeln presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus/landsting/region, vilket här avser det sjukhus som rapporterar in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.
- Andel män som fått nybesök på specialistklinik pga. misstänkt prostatacancer inom 14 dagar efter utfärdande av remiss. Variabeln presenteras per diagnostiserande sjukhus/landsting/region, för diagnoser under aktuell period.
- Andel män som fått PAD-besked om cancerdiagnos inom 11 dagar efter utförd prostatabiopsi. Variabeln presenteras per diagnostiserande sjukhus/landsting/region, för diagnoser under aktuell period.
- Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (RP), 68 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer. Variabeln presenteras per behandlande sjukhus/landsting/region, för behandlingar under aktuell period.
- MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Variabeln presenteras per diagnostiserande sjukhus/landsting/region, för diagnoser under aktuell period.
- Andel män högst 80 år med högriskcancer utan fjärrmetastaser, som diskuterats på MDK. Högriskcancer indelas i lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer. Definitionen av multidisciplinärkonferens i NPCR är att urolog och onkolog deltar. Variabeln presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus/landsting/region, vilket här avser det sjukhus som rapporterar in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.
- Andel av opererade män med låg- eller mellanrisktumör som genomgått intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Variabeln presenteras per opererande sjukhus/landsting/region, för operationer under aktuell period.
- Andel prostatektomipreparat med negativa resektionsränder vid pT2. Variabeln presenteras per opererande sjukhus/landsting/region, för operationer under aktuell period.
- Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-enkät 1 år efter operation. Godkänt tidsintervall för 1-årsenkät är 11-18 månader efter operation. Variabeln presenteras per opererande sjukhus/region/sjukvårdsregion, och period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under aktuell period gått 18 månader sedan operation är inkluderade).
- Ej allvarlig urininkontinens 1 år efter utförd radikal prostatektomi. Godkänt tidsintervall för 1-årsenkät är 11-18 månader efter operation. Variabeln presenteras per opererande sjukhus/region/sjukvårdsregion, och period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under aktuell period gått 18 månader sedan operation är inkluderade).

Teckenförklaring

Kvalitetsindikatorer och tre nivåer av uppfyllelse

Måluppfyllelse på kliniken i relation till gränsvärden

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

Antal patienter

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

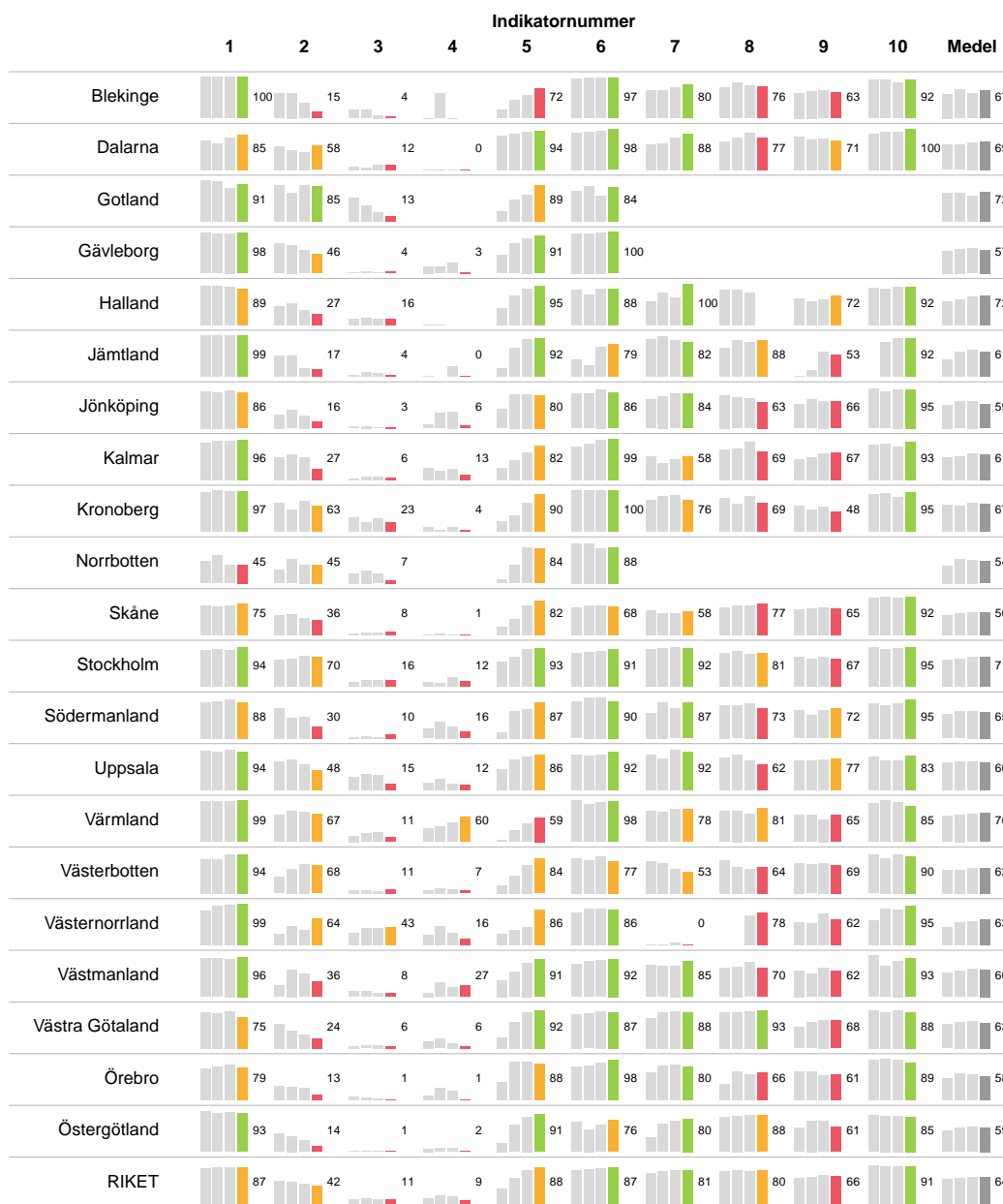
Mitt sjukhus/Min sjukvårdsregion/Riket

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

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Blekinge	100	15	4		72	97	80	76	63	92	67
Dalarna	85	58	12	0	94	98	88	77	71	100	69
Gotland	91	85	13		89	84					72
Gävleborg	98	46	4	3	91	100					57
Halland	89	27	16		95	88	100		72	92	72
Jämtland	99	17	4	0	92	79	82	88	53	92	61
Jönköping	86	16	3	6	80	86	84	63	66	95	59
Kalmar	96	27	6	13	82	99	58	69	67	93	61
Kronoberg	97	63	23	4	90	100	76	69	48	95	67
Norrbottn	45	45	7		84	88					54
Skåne	75	36	8	1	82	68	58	77	65	92	56
Stockholm	94	70	16	12	93	91	92	81	67	95	71
Södermanland	88	30	10	16	87	90	87	73	72	95	65
Uppsala	94	48	15	12	86	92	92	62	77	83	66
Värmland	99	67	11	60	59	98	78	81	65	85	70
Västerbotten	94	68	11	7	84	77	53	64	69	90	62
Västernorrland	99	64	43	16	86	86	0	78	62	95	63
Västmanland	96	36	8	27	91	92	85	70	62	93	66
Västra Götaland	75	24	6	6	92	87	88	93	68	88	63
Örebro	79	13	1	1	88	98	80	66	61	89	58
Östergötland	93	14	1	2	91	76	80	88	61	85	59
RIKET	87	42	11	9	88	87	81	80	66	91	64

Figur 1. 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: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
3. Tid mellan biopsi och PAD-besök till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
4. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
5. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
7. Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
9. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
10. Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).



Figur 2. 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: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
3. Tid mellan biopsi och PAD-besök till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
4. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
5. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
7. Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
9. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
10. Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).

Koll på läget - Onkologi

De kvalitetsindikatorer som rapporteras för onkologi är

- 1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Inrapportering av information om strålbehandling är en förutsättning för att övriga indikatorer ska kunna bedömas och det finns därför anledning att tro att en snabb inrapportering ökar kvaliteten på data.
- 2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Enligt Nationella vårdprogrammet (NVP) 7.8.3 rekommenderas att patienter bör erhålla en namngiven kontaktsjuksköterska. Primärt strålbehandlade patienter byter vårdgivare under processen och det finns därför möjlighet att rapportera på samtliga formulär i NPCR. Det räcker att en vårdgivare har angivit kontaktsjuksköterska för att indikatorn skall anses vara uppfylld.
- 3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I NVP kapitel 9 rekommenderas diskussion vid multidisciplinär konferens före behandlingsbeslut för män diagnosticerade med lokaliserad högriscancer utan känd fjärrmetastasering och förväntad kvarstående livslängd på minst fem år. Vi har valt avgränsningen yngre än 80 år.
- 4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från behandlingsbeslut hos onkolog till start av strålbehandling för män med mellanriscancer aktuella för primär strålbehandling. Enligt standardiserat vårdförlopp ska denna väntetid vara högst 21 dagar.
- 5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriscancer. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från utfärdande av remiss (remissbeslut) för utredning av prostatacancer till start av hormonbehandling före strålbehandling. Enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer ska denna väntetid vara högst 57 dagar.
- 6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 60 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar andelen män med lokalt avancerad prostatacancer som behandlats med kurativt syftande strålbehandling kombinerat med hormonbehandling. Strålbehandling i kombination med hormonbehandling är den terapi som enligt NVP har starkast evidens vid behandling av lokalt avancerad prostatacancer. Under 2015 startade en skandinavisk randomiserad studie (SPCG-15, strålbehandling vs kirurgi) för män med lokalt avancerad prostatacancer för att undersöka huruvida kirurgi är likvärdigt med strålbehandling i kombination med hormonbehandling och vi har därför valt att inkludera även dessa män i indikatorn.
- 7. Minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener efter RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Enligt NVP rekommenderas adjuvant GnRH-analog eller bikalutamid under 2–3 år efter en primär strålbehandling av patienter med lokaliserad högriscancer och lokalt avancerad cancer. Vidare rekommenderas i första hand bikalutamid då det ger mindre biverkningar än GnRH-analoger. I

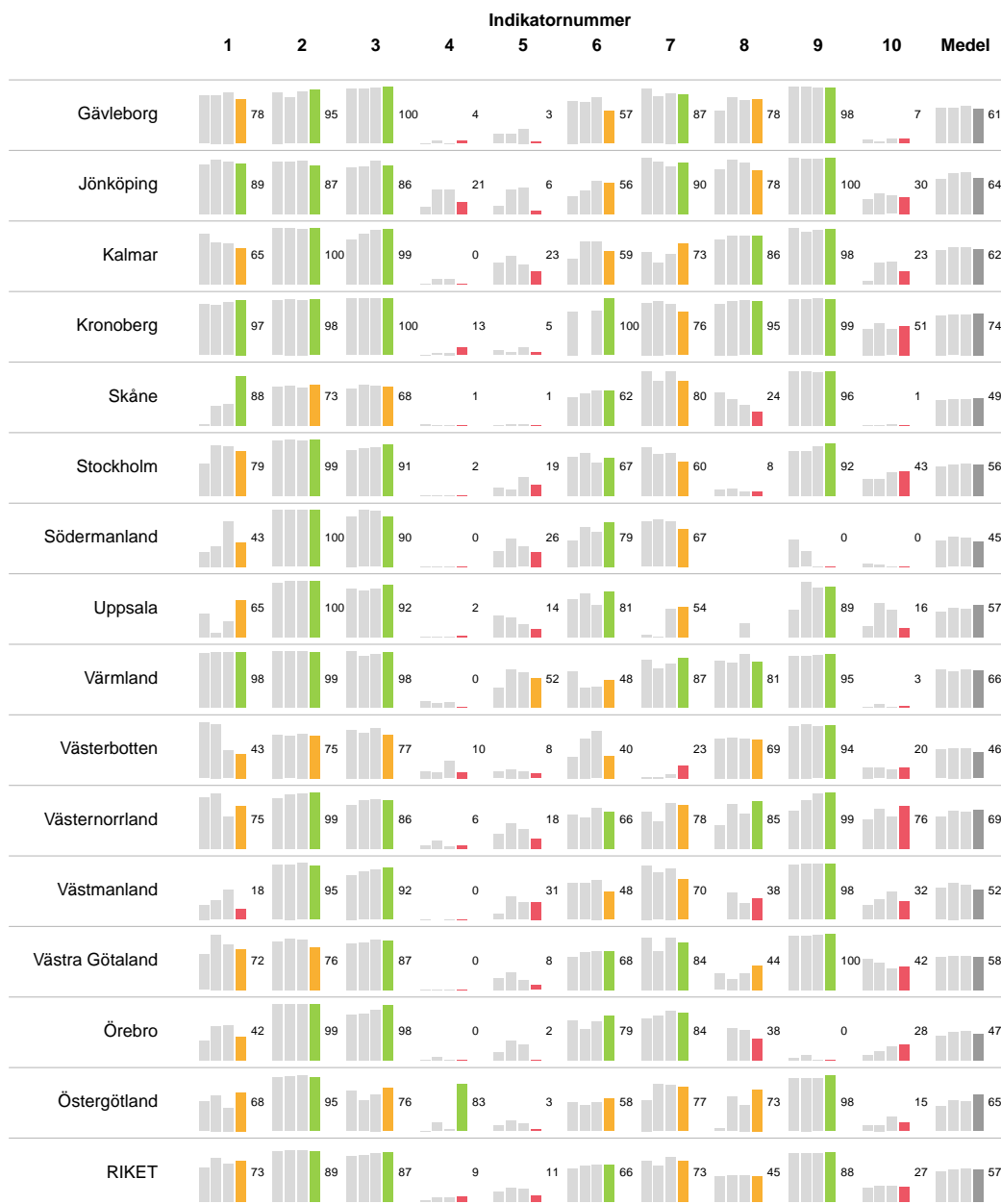
strålblanketten anges adjuvant hormonbehandling = 18 månader vilket i praktiken motsvarar minst två års hormonbehandling då majoriteten patienter erhåller hormonbehandling såväl före som under strålbehandling (3-6 månader). I indikatorn har vi valt enbart antiandrogen då vi helst ser att användningen av GnRH-analoger minskar i den adjuvanta situationen pga ökad risk för biverkningar.

8. **Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från behandlingsbeslut hos onkolog till start av postoperativ strålbehandling för män med PSA-återfall efter radikal prostatektomi. Väntetid till start av postoperativ strålbehandling är ej inkluderat i SVF men då postoperativ strålbehandling efter kirurgi har en botande behandlingsintention är det angeläget att strålbehandling startar snarast efter behandlingsbeslutet är fattat.
9. **Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvoly. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Undersökning med MR i tillägg till skiktröntgen (CT) som planeringsunderlag inför strålbehandling förbättrar bildunderlaget väsentligt och underlättar således definition av målvoly (prostata) på ett avgörande sätt.
10. **Andel av strålbehandlade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 99 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar den andel män som besvarat baslinjeenkäten för PROM online (ePROM; elektroniskt patientrapporterade utfallsmått) före utförd strålbehandling.

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gävleborg	78	95	100	4	3	57	87	78	98	7	61
Jönköping	89	87	86	21	6	56	90	78	100	30	64
Kalmar	65	100	99	0	23	59	73	86	98	23	62
Kronoberg	97	98	100	13	5	100	76	95	99	51	74
Skåne	88	73	68	1	1	62	80	24	96	1	49
Stockholm	79	99	91	2	19	67	60	8	92	43	56
Södermanland	43	100	90	0	26	79	67		0	0	45
Uppsala	65	100	92	2	14	81	54		89	16	57
Värmland	98	99	98	0	52	48	87	81	95	3	66
Västerbotten	43	75	77	10	8	40	23	69	94	20	46
Västernorrland	75	99	86	6	18	66	78	85	99	76	69
Västmanland	18	95	92	0	31	48	70	38	98	32	52
Västra Götaland	72	76	87	0	8	68	84	44	100	42	58
Örebro	42	99	98	0	2	79	84	38	0	28	47
Östergötland	68	95	76	83	3	58	77	73	98	15	65
RIKET	73	89	87	9	11	66	73	45	88	27	57

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



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

Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för urologi

Vid granskning av indikatorerna finns det tydliga nationella gemensamma styrkor och svagheter. Tillgången till kontaktsjuksköterska är över lag god i landet och denna variabel kommer att avvecklas inför kommande år och ersättas av en variabel som speglar kvaliteten på svar på magnetresonanstomografi (MR) av prostata. Måluppfyllnaden för MR utförd före första biopsi samt nervsparande resektion vid prostataoperation är hög. Medelhög måluppfyllelse noteras för behandlingsdiskussioner i MDK för män med högriskcancer samt variabeln för täckningsgrad för PROM 1-årsenkät. De mål som har förbättringspotential gäller dels utfall av operation, dvs. negativa resektionsränder och urininkontinens efter operation, och dels väntetidsdelmålen där i princip alla regioner har svårt att nå målen för tid från remiss till första besök i specialiserad vård, tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten samt tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling för män med högriskcancer.

För att veta hur det går för männen som gjort en prostatektomi vill man veta hur mycket besvär dessa män hade innan operation och därför önskar NPCR att männen besvarar en baslinjeenkät före operation. Svaren i den enkäten kan sedan jämföras med enkäten som besvaras efter operation. Knappt 50 % av män som genomgått prostatektomi i landet hade besvarat en baslinjeenkät 2022 och det fanns stora skillnader mellan landets regioner i hur många enkäter som delats ut och besvarats före behandling. Siffrorna ser något bättre ut för andelen män som besvarar 1-årsenkäten efter operation där drygt 70 % av männen som opererades 2021 hade besvarat enkäten under 2022. Enkäter efter operation distribueras från RCC Mellansverige och initieras av att det finns ett datum för operation i NPCR. Eftersom svarsfrekvensen efter ett år är relativt god har styrgruppen för NPCR beslutat att återinföra tre- och femårsårskäter. För processägarna är det framför allt viktigt att satsa på en ökad svarsfrekvens av baslinjeenkäten i sina respektive regioner. Styrgruppen för NPCR har lyft upp ökad PROM-användning som ett prioriterat mål under kommande år.

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

I figur 2 ses en sammanfattning av Koll på läget, urologi, från de senaste 4 åren, 2019-2022. Målsättningen med figuren är att visa i vilken riktning regionerna utvecklar sina resultat. Det syns inga tydliga genomgående förbättringar över tid. De regioner som haft goda resultat tidigare år fortsätter på samma sätt under 2022 och i de regioner som legat lågt tidigare fortsätter att ligga lågt. Dessa resultat bör granskas av respektive regionala processledare för att se om man kan göra förbättringar.

Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för onkologi

Under de senaste tio åren har antalet män som strålbehandlats för sin prostatacancer dubblats från cirka 2000 män per år till över 4000 under 2022. Numera är det fler män med lokaliserad prostatacancer som genomgår lokal strålbehandling än som opereras för sin prostatacancer. Eftersom antal operationer i stort sett är på samma nivå som tidigare kan det ökade antalet strålbehandlingar bero på att fler män med högrisk- och lokalt avancerad prostatacancer diskuteras på MDK och idag erhåller kurativt syftande strålbehandling i stället för att tidigare endast erbjudas bromsande hormonbehandling. Dessutom väljer fler män med mellanriskcancer att genomgå strålbehandling. Samtidigt har den postoperativa strålbehandlingen vid PSA-återfall efter kirurgi minskat. Anledningar till nedgången skulle kunna vara den ökade användningen av utredning med PSMA-PET vid PSA-återfall där man i de fall som visar sig ha spridning utanför operationsområdet avstår strålbehandling. En annan anledning till nedgången kan vara att färre patienter med lokalt avancerade tumörer och hög risk för återfall opereras och i stället strålbehandlas primärt. Andelen primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska är hög över hela landet.

Väntetiderna till start av strålbehandling är långa och ingen region är i närheten av uppsatt mål avseende andelen män med mellanriskcancer som startat strålbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Andelen män som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan har ökat men man ser fortsatt stora regionala skillnader. Väntetiderna för män med högriskcancer som ska påbörja hormonbehandling inför strålbehandling är fortsatt långa. För att minska denna ledtid krävs ett tätare tvärprofessionellt samarbete mellan urologi, patologi och onkologi. Det finns stor förbättringspotential.

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

Strålbehandling kan vara förenat med livskvalitetspåverkande biverkningar som urinträngningar och tarmbesvär som initialt kan vara besvärande men som mildras med tiden. En viktig del av kvalitetssäkringen av strålbehandling är därför patientens egenrapporterade mått av symtom och biverkningar (ePROM) före och efter behandling. Under slutet av 2022 har NPCR i tätt samarbete med de regionala processledarna påbörjat ett arbete för att öka andelen män som strålbehandlas som rapporterar ePROM innan start av behandling. Under 2022 var det endast drygt hälften av alla män som fyllde i ePROM innan behandlingsstart med stora variationer över landet. Under 2023 kommer vi noggrant följa denna indikator.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det aldrig någonsin tidigare har varit så många män som erhållit lokal strålbehandling för prostatacancer som under 2022. Det finns fortfarande oförsvarligt stora regionala skillnader i vården av dessa män. Förändrade arbetssätt med ökad samverkan mellan olika vårdgivare och professioner, andra prioriteringar och resurstilldelning är sannolikt exempel på komponenter som bör ingå i de lösningar som krävs för varaktig förbättring och förändring.

Generell kommentar till resultatutvecklingen över tid

NPCR tillhandahåller data, men resultatförbättringar kan endast ske genom ett idogt lokalt processarbete som kräver god kunskap om hur vårdprocessen är utformad i regionen. Det krävs ett stort engagemang och ett ökat multidisciplinärt samarbete för att åstadkomma varaktig förbättring i omhändertagande av män med prostatacancer. Generellt ses att indikatorer som rör väntetider är längre från måluppfyllelse, trots införande av SVF och miljardsatsningar, jämfört med indikatorer som avser följsamhet till medicinska riktlinjer. De senare ligger närmare mötet mellan patient och vårdens professioner medan leddidsmålen är verksamhetsledningsrelaterade och svårare att arbeta med som processägare. För dessa variabler är goda exempel viktiga att ta vara på och sprida, något som NPCR verkar för.

Övriga resultat som ej redovisas i Koll på läget

Urologi

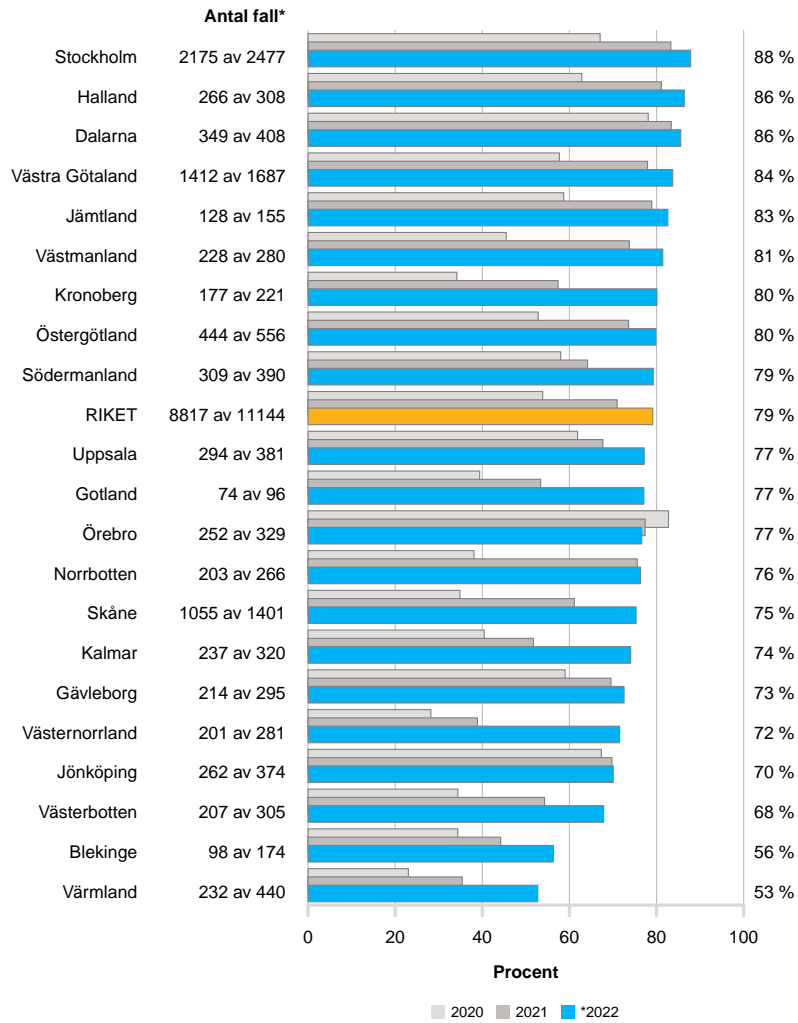
Idag rekommenderas att män med misstänkt prostatacancer ska genomgå magnetresonanstomografi (MRT) innan man tar vävnadsprov (biopsi) vilket har fått snabbt genomslag i kliniken (Figur 5). År 2019 gjordes MRT på 30 % av patienterna före biopsi jämfört med 79 % år 2022. De tidigare regionala skillnader som funnits håller på att försvinna.

MRT före biopsi syftar till att diagnosticera färre män med lågriskcancer vars prognos även utan behandling är mycket god, dvs. att minska överdiagnostiken. Dessutom behöver färre män genomgå vävnadsprov med efterföljande risk för allvarliga infektioner. Andelen män med lågriskcancer har minskat vilket med största sannolikhet att göra med den ökande användningen av MR. Den minskade incidensen av prostatacancer i samband med covidpandemin under 2020-2021 kan också ha bidragit till nedgången men det finns en tydlig underliggande trend som pekar på att lågriskcancerarna minskar (Figur 6). Under kommande år kommer detaljrikedomen att öka ytterligare eftersom den nationella vårdprogramgruppen har infört en uppdelning av mellanrisk i subgrupper.

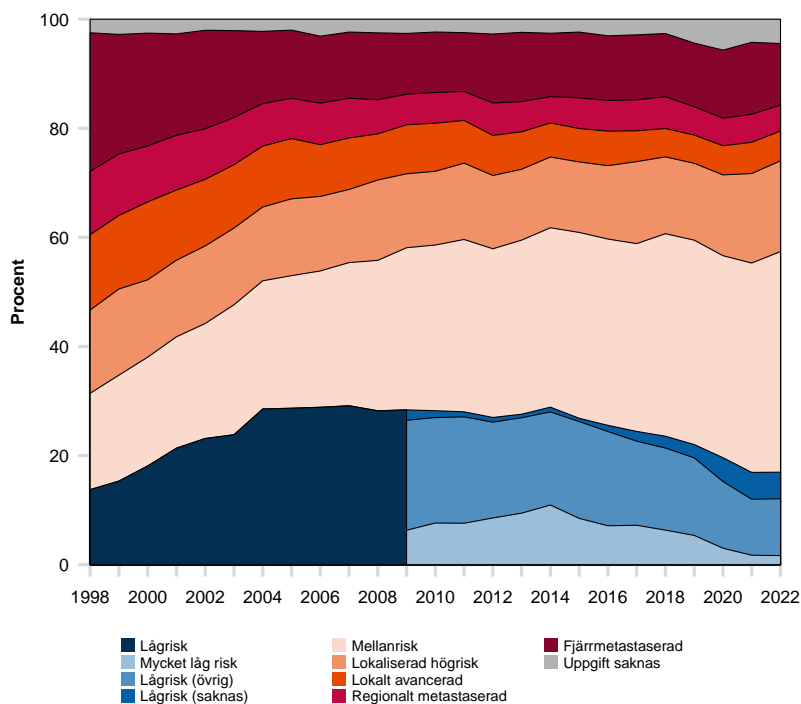
Fördelning av riskkategori per diagnostiserande region återfinns i figur 7. Det är intressant att flera av de regioner som har minst användning av MR har mest fynd av lågriskcancer.

Det nationella vårdprogrammet för prostatacancer rekommenderar sedan många år tillbaka att det ska finnas minst två erfarna operatörer vid de enheter där radikal prostatektomi utförs, och att alla operatörer ska utföra fler än 25 ingrepp årligen. Trots tydliga rekommendationer finns det fortfarande några mindre enheter som utför få ingrepp samtidigt som finns det större centra där många operatörer genomför relativt få ingrepp (Figur 8). Det ses dock över lång tid en klar förbättring i Sverige där vi nu har betydligt färre opererande enheter än för tio år sedan och volymsmål har blivit mer accepterar bland urologerna.

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



Figur 5. Andel män som genomgått MR före diagnostisk biopsi, per diagnostiserande region, 2022.



Figur 6. Fördelning av riskkategori per diagnosår, 1998-2022.

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

Lågrisk

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

Lågrisk (övrig)

Lågrisk som ej kategoriseras till Mycket låg risk.

Mellanrisk

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

Lokalt avancerad

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

Fjärrmetastaserad

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

Mycket låg risk

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

Lågrisk (saknas)

Uppgifter saknas för kategorisering av lågrisk.

Lokaliserad högrisk

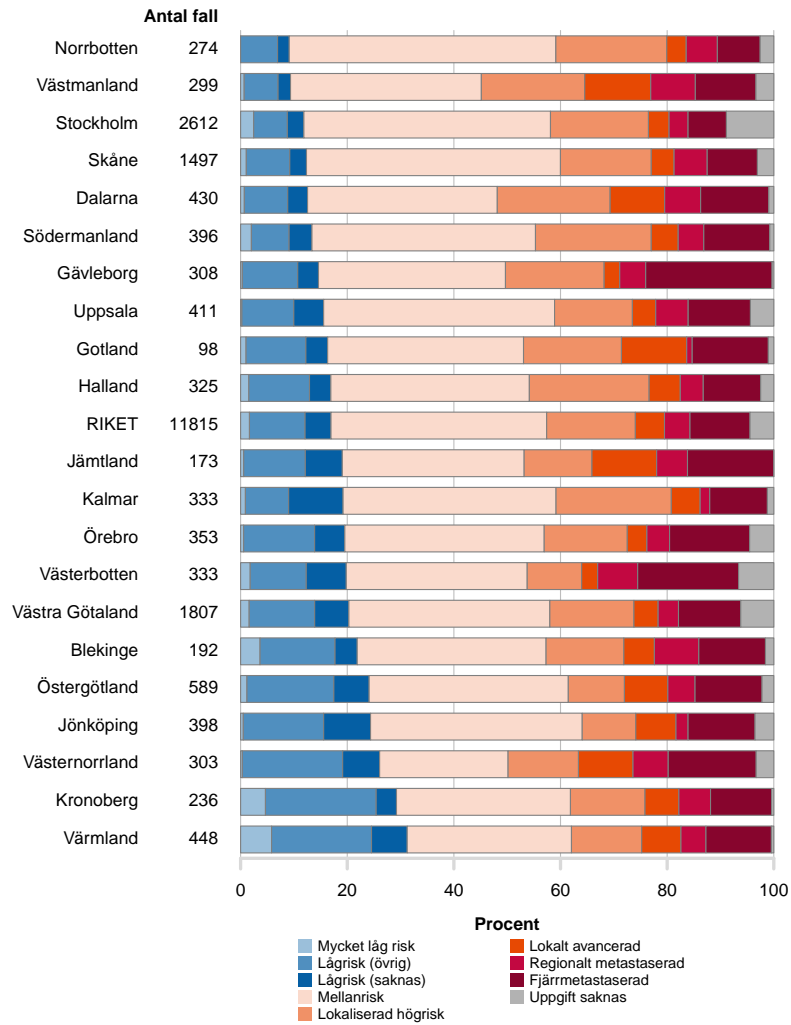
T1-2, Gleasonsumma 8-10 och/eller $20 \leq \text{PSA} < 50 \mu\text{g/L}$.

Regionalt metastaserad

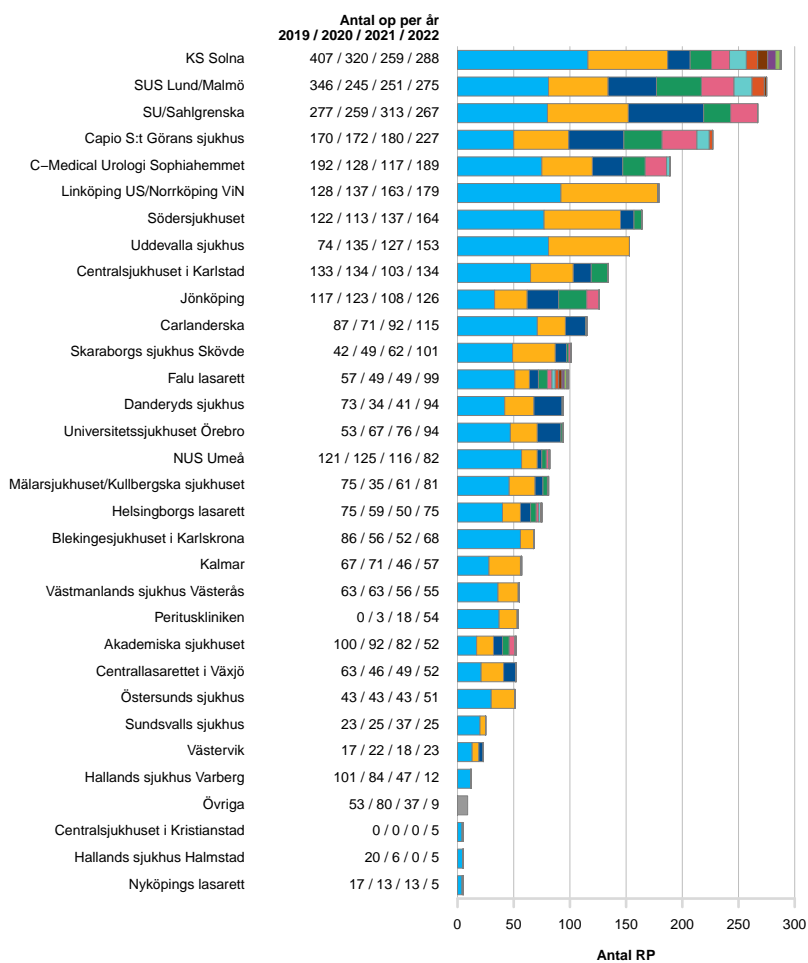
T4 och/eller N1 och/eller $50 \leq \text{PSA} < 100 \mu\text{g/L}$, avsaknad av fjärrmetastaser (M0 eller MX).

Uppgift saknas

Saknar uppgifter för kategorisering enligt ovan.

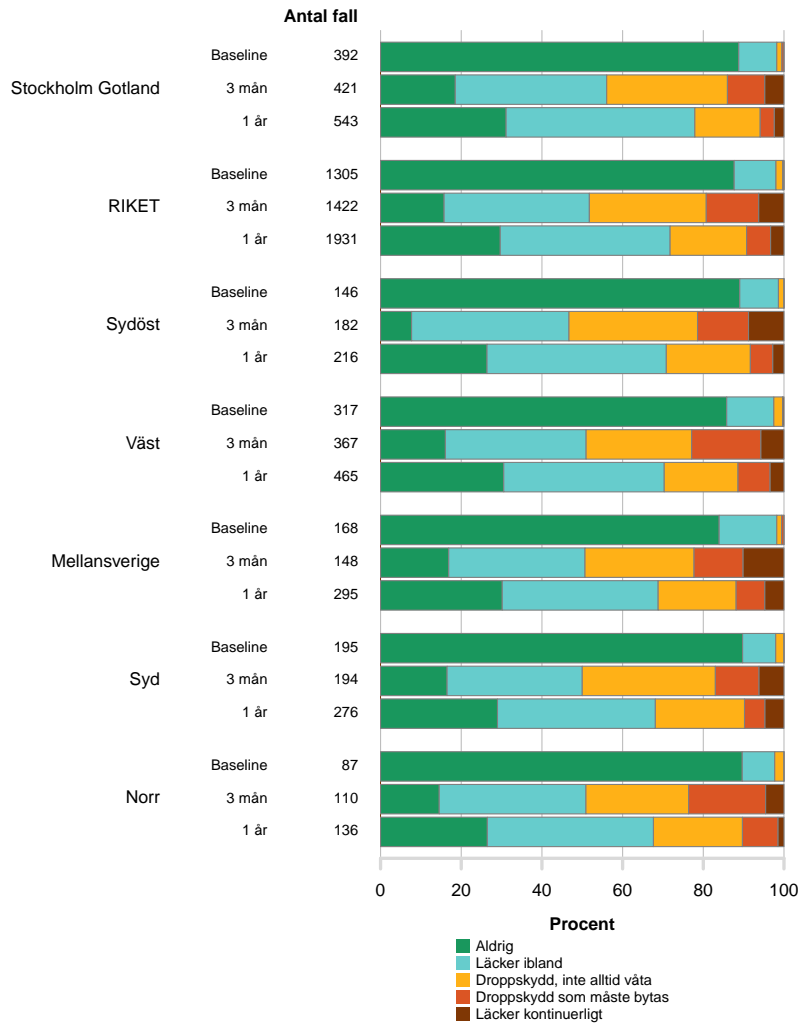


Figur 7. Fördelning av riskkategori per diagnostiserande region, 2022.



Figur 8. Antal radikala prostatektomier, per behandlande sjukhus, operationsår 2022. Varje färg i sjukhusets stapel motsvarar en operatör.

Totalt genomfördes 3216 operationer under 2022, varav 830 (25.8 %) på de tre sjukhusen med störst volym.



Figur 9. Information från ePROM om urininkontinens ("Har du urinläckage?") före och efter radikal prostatektomi, per behandlande sjukvårdsregion, behandlingsår 2021.

Onkologi

Idag rekommenderar det nationella vårdprogrammet att män med prostatacancer med begränsad skelettmetastasering bör erhålla lokal strålbehandling mot prostata. Rekommendationen har fått snabbt genomslag och de senaste fem åren har antalet strålbehandlade män mer än dubblats från ca 200 män per år 2018 till 487 år 2022. (Tabell 1).

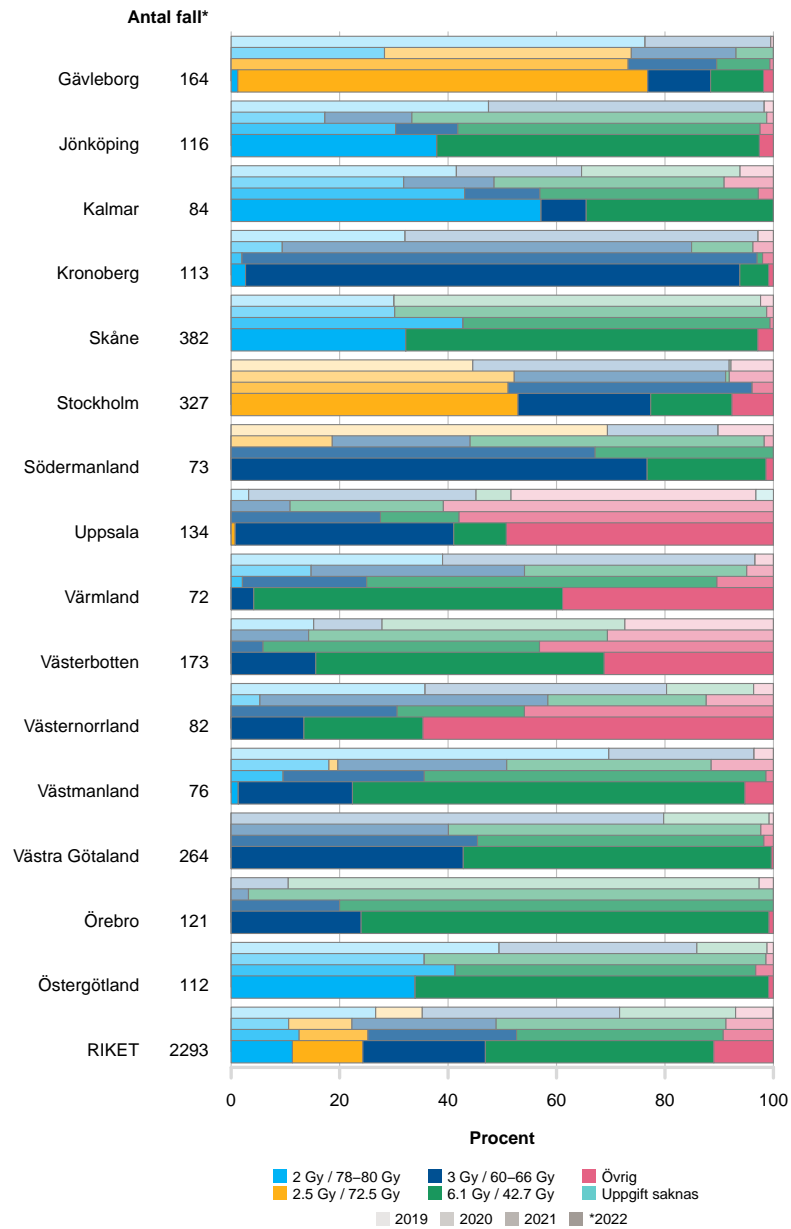
Kliniska studier har visat att ultrahypofraktionerad strålbehandling, dvs högre fraktionsdoser per stråltillfälle, kan ge likvärdiga resultat i tumörkontroll och biverkningar jämfört med konventionell strålbehandling hos män med mellanriskcancer. Behandlingstiderna har därmed kunna förkortas från från fem-åtta veckor till två-tre veckor. Andelen män med mellanriskcancer som erhåller ultrahypofraktionerad strålbehandling har ökat kraftigt och är nu den klart dominerade strålfractioneringen hos dessa män med små regionala variationer (Figur 11). Förutom fördelen för patienterna som får en effektiv behandling på kortare tid leder förändringen till ett förbättrat resursutnyttjande på våra strålbehandlingskliniker.

Fraktioneringsmönstret för män med högriskprostatacancer har också förändrats under senare år. Den vanligaste fraktioneringen vid extern strålbehandling är nu moderat hypofraktionering dvs. något högre doser/fraktion än konventionell strålbehandling (Figur 12). Det innebär att behandlingstiderna har förkortats från sju-åtta veckor till fem-sex veckor till gagn för såväl patienter som sjukvård.

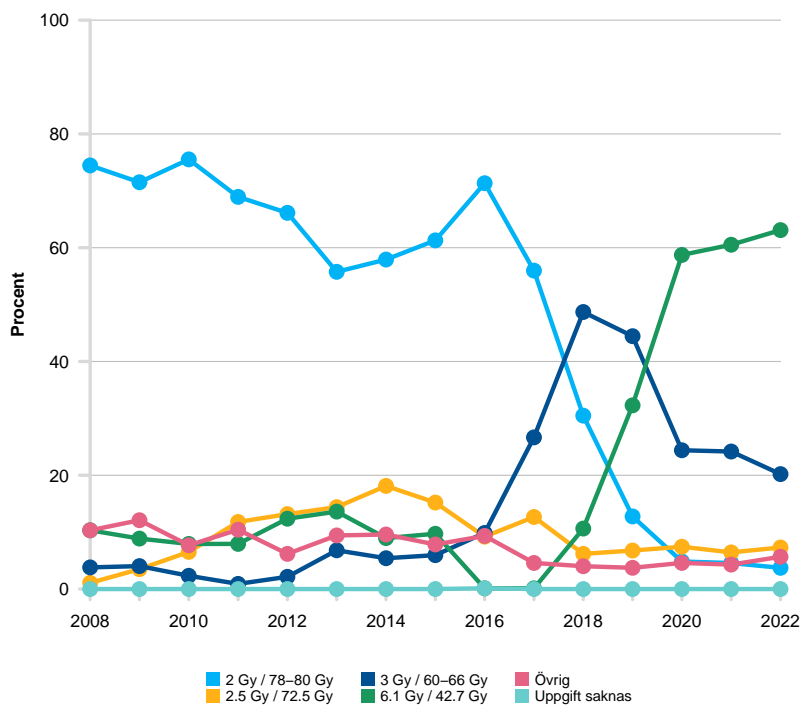
Tabell 1. Antal registrerade genomförda strålbehandlingar, per behandlingsår, 2009-2022.

	Primär- behandling	Efter aktiv monitore- ring	Post- operativ	Icke-kurativ	Totalt
Behandlingsår					
2009	1531 (72)	122 (6)	479 (22)		2132
2010	1764 (73)	161 (7)	500 (21)		2425
2011	1701 (69)	224 (9)	531 (22)		2456
2012	1557 (70)	206 (9)	475 (21)		2238
2013	1482 (68)	219 (10)	486 (22)		2187
2014	1622 (68)	263 (11)	507 (21)		2392
2015	1712 (64)	323 (12)	648 (24)		2683
2016	1835 (60)	513 (17)	706 (23)		3054
2017	1838 (61)	482 (16)	659 (22)	10 (0)	2989
2018	2033 (62)	380 (12)	657 (20)	200 (6)	3270
2019	2255 (60)	521 (14)	669 (18)	309 (8)	3754
2020	2253 (60)	553 (15)	624 (17)	333 (9)	3763
2021	2410 (61)	577 (15)	585 (15)	392 (10)	3964
2022	2971 (68)	528 (12)	407 (9)	487 (11)	4393

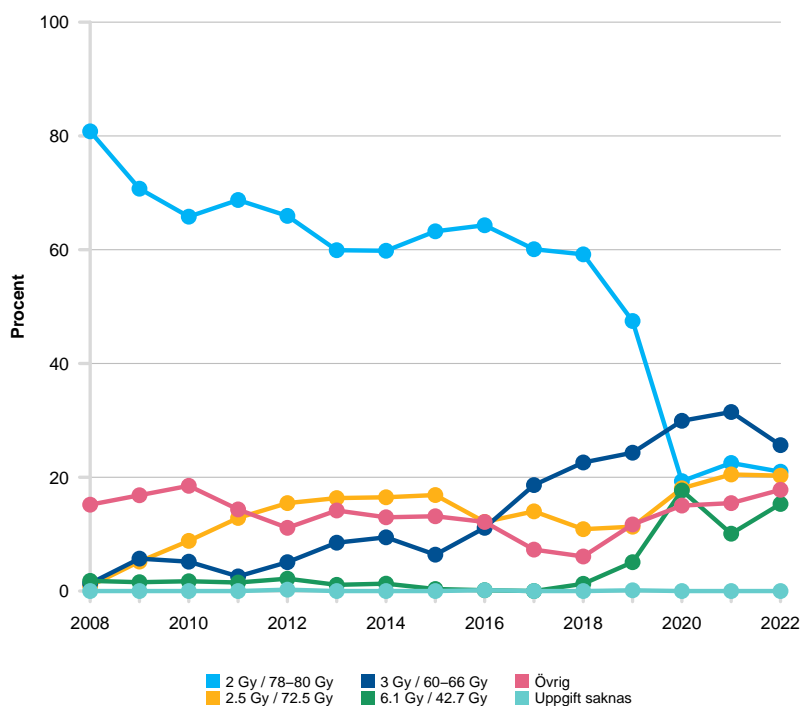
Observera att möjligheten att registrera icke-kurativ strålbehandling infördes i registret ca 2018.



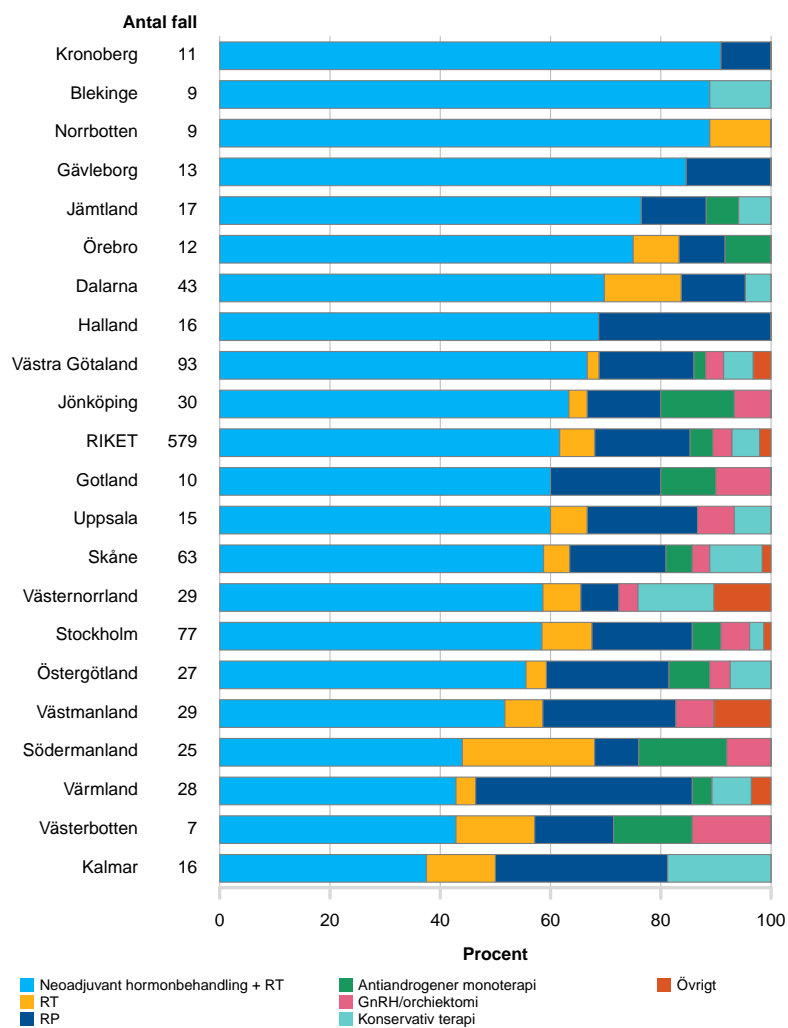
Figur 10. Fraktionsdos/total dos vid extern strålbehandling av män med mellanrisk- eller högriskcancer, per behandlande region, behandlingsår 2019-2022.



Figur 11. Fraktionsdos/total dos vid extern strålbehandling av män med mellanriskcancer, per behandlingsår, 2008-2022.



Figur 12. Fraktionsdos/total dos vid extern strålbehandling av män med högriskcancer, per behandlingsår, 2008-2022.



Figur 13. Behandling av män 75 år eller yngre vid diagnos med lokalt avancerad prostatacancer, per behandlingsbeslutande region, 2021-2022.

BAKGRUND TILL RESULTATEN - ORGANISATION AV NPCR OCH DATAKVALITET

Organisation och styrgrupp

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

Cancerregistret jämfört med NPCR

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

Datakvalitet

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

Hemsida

På npcr.se återfinns alla regionala och nationella årsrapporter, nyheter inom NPCR, länk till den öppna onlinerapporten RATTEN, länkar till registreringsformulär och manualer, kontaktuppgifter till ansvariga, information om Individuell patientöversikt prostatacancer (IPÖ), populärvetenskapliga sammanfattningar av vetenskapliga artiklar som utgått från NPCR och förteckning över styrgruppsmedlemmar. Under 2022 initierades ett arbete med att uppdatera NPCRs hemsida. Såväl

gränssnitt som innehåll har förändrats för att underlätta för användarna att hitta relevant information. På hemsidan finns nu en kalender där pågående samt planerade aktiviteter i registret beskrivs. Flera gånger i månaden publiceras nyheter från NPCR, utveckling i registret och sammanfattningar från regionala och nationella möten.

PÅGÅENDE UTVECKLINGSARBETEN

Patientrapporterade utfallsmått (PROM)

Patientrapporterade utfallsmått (PROM) insamlade via onlineenkäter före och efter operation och strålbehandling samt vid spridd prostatacancer är en viktig källa till utvärdering av vårdkvalitet avseende symtom och biverkningar av sjukdom och behandling. Utdelning av onlineenkäter inför och efter behandling sker sedan 2021 via 1177 och resultatet är tillgängligt för läkare och patienter i samband med läkarbesök. Under slutet av 2022 initierades ett implementeringsarbete för ökad PROM-användning i landets sex sjukvårdsregioner. NPCR-medarbetare har tillsammans med de regionala processledarna deltagit i regionala och lokala möten för att informera om syftet med PROM-användning samt praktisk information om utskick, visualisering av PROM-information och implementering på klinik.

Strukturerade nationella diagnostikmallar

Diagnostiken av prostatacancer har förändrats i och med introduktionen av MR prostata. MR prostata kan med hög sannolikhet påvisa farlig prostatacancer samtidigt som små ofarliga cancerförändringar vanligtvis inte ses. För diagnos krävs dock fortsatt vävnadsprovtagning, men biopsierna kan nu riktas mot tumörmisstänkta förändringar på MR. Tidigare togs så kallade systematiska biopsier från hela prostatan vilket i stor utsträckning bidragit till en överdiagnostik av ofarlig cancer. Metoden med MR prostata har på bara ett par år anammats brett och idag genomgår omkring 90 % av svenska patienter en MR undersökning före biopsier.

Bildbedömningen av MR prostata är ofta svår även för vana bedömare. Likaså kan det vara svårt för urologen som tar biopsierna att med säkerhet träffa de utpekade lesionerna. Även patologens bedömning av cancers allvarlighetsgrad i biopsipreparaten skiljer sig ofta åt mellan olika patologer.

Då felaktiga bedömningar kan orsaka att cancerförändringar missas, att cancer felbedöms eller att onödiga biopsier tas finns det anledning att utvärdera resultaten i de olika stegen i den diagnostiska processen.

Diagnostikuppgifter har sedan mer än 25 år samlats in i det Nationella prostatacancerregistret (NPCR). Registreringen sker manuellt och i efterhand. Vid MR baserad diagnostik blir dock antalet variabler mycket stort och med utlåtanden skrivna i fritext ställer registreringen stora krav på tolkningar och noggrannhet.

För att lösa detta har NPCR i samverkan med RCC påbörjat ett arbete med att skapa strukturerade, digitala diagnostikmallar för MR prostata, biopsier och patologisvar på biopsier på INCA-plattformen. Mallarna har byggts i enlighet med internationella rekommendationer och efter att ha varit ute på remiss har de accepterats nationellt. Principen är att när radiologen, urologen och patologen fyller i sin respektive mall skapas i textform ett underlag för remiss eller remissvar. När cancer påvisas förs den digitala informationen vidare till NPCR. Fördelarna med detta mer moderna registerförfarande är flera: behovet av manuell efterregistrering med risk för tolkningsfel försvinner nästan helt, detaljupplösningen i informationen ökas avsevärt och resultatutvärderingar kan göras momentant. Diagnostikprocessen kan utvärderas ner på klinisknivå. De tre diagnostikmallarna är nu färdigutvecklade och en pilottestning av planeras 2023 vid Helsingborgs och Ängelholms sjukhus. Efter utvärdering av pilottestet planeras för en

nationell implementering av mallarna. I förlängningen innebär en full implementering av de diagnostiska mallarna att stora delar av den manuella inrapporteringen i såväl diagnostik som utrednings- och behandlingsformulär i NPCR på sikt försvinner.

Samverkan mellan NPCR och Nationella vårdprogramgruppen

Ett arbete har initierats för att fördjupa och samordna arbetet med det nationella vårdprogrammet för prostatacancer (NVP) och registerarbetet i NPCR. Målet är att de förändringar som sker i NVP på årsbasis ska kunna mätas i NPCR samtidigt som de genomförs. Information från NPCR ska kunna användas för konsekvensbeskrivningar av de förändringar som görs i vårdprogrammet och därmed utgöra ett stöd för verksamheten i resurs- och organisationsplanering.

De regionala processledarna sitter i såväl NVP-grupp som i styrgrupp för NPCR vilket underlättar samordning av kommunikation, organisation och arbetssätt. Dessutom är NVP-ordförande adjungerad till NPCRs styrgrupp och NPCRs ordförande är adjungerad till NVPs arbetsgrupp.

Automatöverföring

Under de senaste åren har NPCR deltagit i, eller genomfört flera arbeten som syftar till ökad automatöverföring från journal till register eller mellan NPCRs olika registermiljöer på INCA. Ett projekt initierat av SKR med deltagande av Cambio, region Västmanland, Jämtland-Härjedalen och Uppsala samt NPCR renderade en automatöverföringslösning för Cosmic där ca 20 % av registrets variabler kan automatöverföras. Projektet har visat att tekniskt fungerande lösningar för automatöverföring finns redan i nuläget. Tack vare snabb teknikutveckling kan olika typer av automatöverföringslösningar tillkomma efterhand och NPCR ser en stor potential i att kunna lägga delar av våra formulär som journalmallar i olika journalsystem som komplement till de procedurspecifika mallar som beskrivs i stycket om strukturerade diagnostikformulär.

Implantatregistret - Urinläckage efter prostatektomi

Tre procent av män som genomgått prostatektomi opererades senare för alvarlig urininkontinens enligt en studie från NPCR [2]. Det innebär att mellan 50–100 män per år får en konstgjord sfinkter. För att kunna följa upp dessa ingrepp har ett registreringsformulär skapats av NPCR. Data från implantatregistret visar att ca 65 % av de män som får ett implantat tidigare enbart är opererade och ca 30 % tidigare både opererade och salvagestrålade. En mindre andel har enbart genomgått strålbehandling. AMS800 är det helt dominerande implantatet. Arbeta med ökad täckningsgrad till implantatregistret pågår och en elektronisk PROM-enkät håller på att lanseras.

MÅLSÄTTNINGAR OCH SLUTSATSER

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

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

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

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

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

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

4. År 2022 publicerades 25 vetenskapliga artiklar baserade på NPCR och Prostate Cancer data Base Sweden; PCBaSe vilket är en databas där NPCR länkats med andra sjukvårdsregister och demografiska databaser. En förteckning av dessa publikationer finns på npcr.se/publikationer och en kort populärvetenskaplig sammanfattning publiceras på npcr.se/nyheter.

REFERENSER

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