

# Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2023

Stockholm-Gotland

April 2024

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige  
Akademiska sjukhuset  
SE-751 85 UPPSALA

# INNEHÅLL

<b>FÖRORD</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>RESULTATREDOVISNING</b> . . . . .	<b>9</b>
Täckningsgrad . . . . .	9
Koll på läget - Urologi . . . . .	10
Koll på läget - Onkologi . . . . .	22
Väntetider . . . . .	32

## FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023. . . . .	9
2	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2023. 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. . . . .	12
3	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2020-2023. 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
4	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023. . . . .	14
5	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023. . . . .	15
6	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023. . . . .	16
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 2023. . . . .	17
8	MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023. . . . .	18
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 2023. . . . .	19
10	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparende resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2023. . . . .	20
11	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2023. . . . .	20
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 2023 gått 18 månader sedan operation är inkluderade). . . . .	21
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 2023 gått 18 månader sedan operation är inkluderade). . . . .	21
14	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2023. 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. . . . .	24

15	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2020-2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå. . . . .	25
16	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023. . . . .	26
17	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023. . . . .	26
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 2023. . . . .	27
19	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023. . . . .	28
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 2023. . . . .	28
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 2023. . . . .	29
22	Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023. . . . .	30
23	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023. . . . .	30
24	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023. . . . .	31
25	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023. . . . .	32
26	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med <b>högriskcancer</b> som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023. . . . .	33
27	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 2021-2023. . . . .	34
28	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2021-2023. . . . .	35
29	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 2021-2023. . . . .	36

# 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 Stockholm-Gotlandsregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2023.

## KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Täckningsgraden är 85 % 2023, vilket är lägre jämfört med riket 89 %.

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

### Angående koll på läget urologi

Kontaktsjuksköterska finns i riket hos 88 % och i regionen Stockholm-Gotland hos 89 %.

För tid mellan remiss och första besöket urolog (max 21 dagar) har vi i regionen resultat 75 %, klart bättre jämfört med riket endast 43 %. Ungefär hälften av öppenvårdsurologerna når hög måluppfyllelse vilket är mycket bra.

Tid mellan biopsi och PAD besked (max 11 dagar) är regionen något bättre (22 %) jämfört med riket (11 %). Bäst i regionen är vårdvalsurologerna Urogyn med 70 %. Mycket intressant här är ett nytt privat patologi-labb INIFY startade sin verksamhet under sommaren 2023 och urologcentrum, som är de första att använda INIFYs tjänster som innebär PAD-svar inom max 5 dagar, hade totalt för hela året 35 %, men 5 % under kvartal 2 och 79 % under kvartal 4. Eftersom INIFY nu hjälper majoriteten av öppenvårdsurologerna i Stockholm ser vi med tillförsikt fram emot 2024 års siffror på denna för patienten viktigaste leddiden.

Angående tid från remiss till utförande av kurativ behandling är regionen klart sämre i år, 10 % jämfört med förra årets 12 % samt 2021 års 24 %, dock fortfarande bättre jämfört med rikets 8 %. Detta är självklart ett stort problem för både operation men i synnerhet för strålbehandling där tiderna är på tok för långa. De flesta sjukhus kan ej själva helt påverka denna tid eftersom när patienten anländer är all tid redan förbrukat.

MR utförd före diagnostisk biopsi: Denna nya parameter uppnår Stockholm-Gotland hög nivå av måluppfyllelse (94 %) att jämföra med riket (90 %).

Deltagande i MDK (högrisk): Här finns en hög måluppfyllelse i regionen med 91 %.

Män med låg-/mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion: Även här finns en mycket hög måluppfyllelse i regionen med 95 % att jämföra med 85 % i riket.

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

Andel män med rapporterad e-PROM: Här ligger vi glädjande nu på 79 % jämfört med 66 % förra året, och jämfört med rikets 76 %.

Ej allvarlig urininkontinens: Denna mät punkt är ny och mycket viktig. Regionen är något bättre jämfört med riket (94 % jämfört med 91 %).

## **Angående koll på läget onkologi**

Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT är låg på Karolinska Solna (57 % jämfört med 83 % i riket), vilket vi processledare noterat och initierat arbete med att förbättra under året. På grund av brister i rapporteringsrutiner och sekreterarbrist har rapporteringen varit låg. Arbete pågår för att förbättra rapporteringen på Karolinska Solna. Övriga sjukhus i regionen ligger bra till på 94-100 %.

Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska är mycket god inom region Stockholm-Gotland på 100 %.

Andelen högriskpatienter diskuterade på multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk) är mycket god på 91 % jämfört med 84 % i riket.

Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog är mycket låg i regionen, 0 %, jämfört med 7 % i riket. Vidare är andelen som startar postoperativ strålbehandling inom 30 dagar 0 %, jämfört med 45 % i riket. Region Stockholm-Gotland har ett generellt problem med för låg strålbehandlingskapacitet och översyn pågår på regional nivå för att säkerställa bättre tillgänglighet för strålbehandling framöver i regionen.

Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer uppfylls endast i 13 %. Detta förklaras till stor del av väntetider inom öppenvårdsurologin.

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

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

Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät ligger på 60 % i regionen (förbättring jämfört med förra året då det låg på 45 %), dock med stora variationer mellan de tre aktuella sjukhusen. Endast i 19 % har baseline-PROM rapporterats från Karolinska Solna och förklaras av att det inte finns en rutin för användandet av PROM i klinisk verksamhet. Stödjande arbete pågår för att förbättra användningen av ePROM-baslinjeenkät.

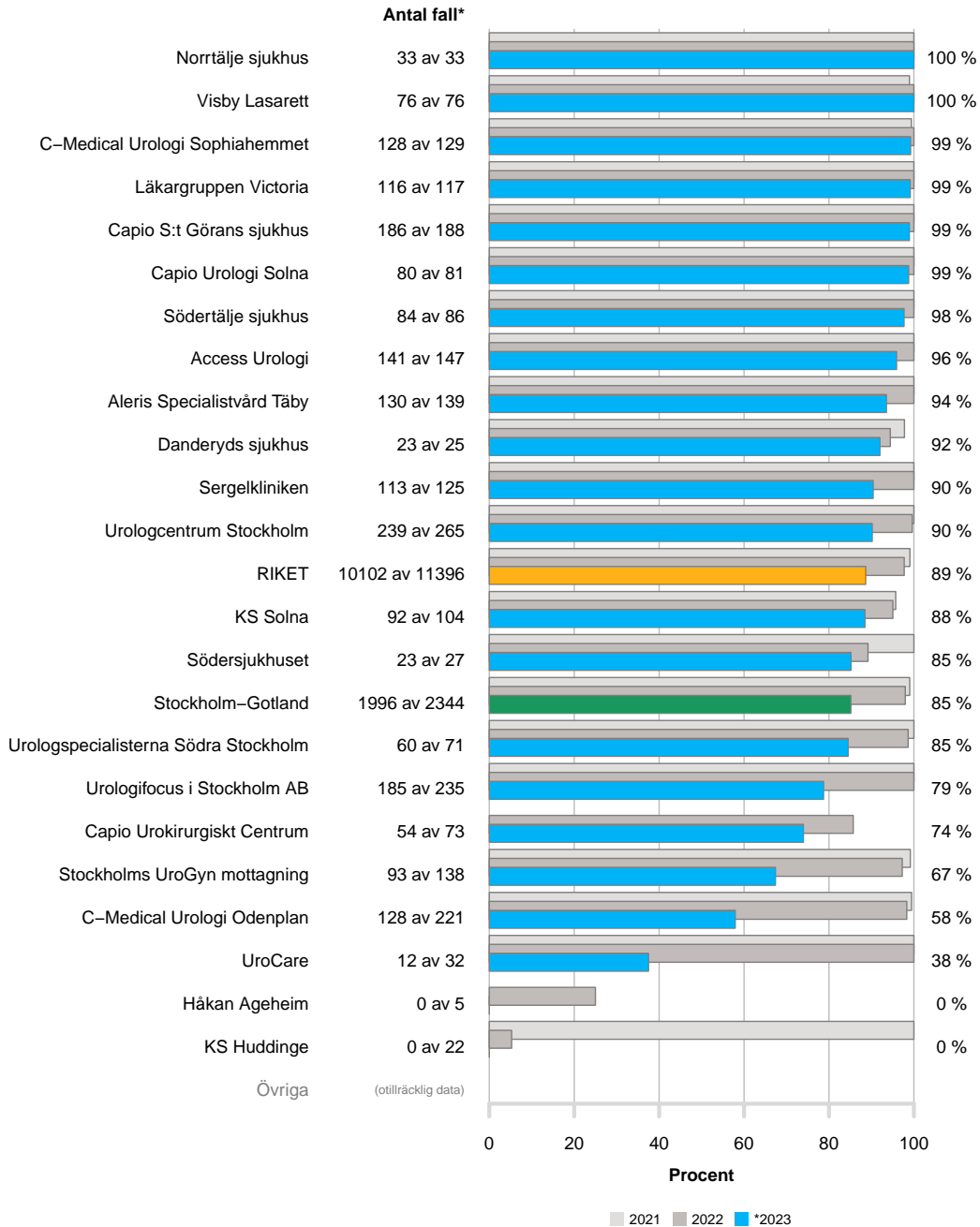
## **Stefan Carlsson och Anna Kristiansen**

Regional processledare urologi, onkologi



# RESULTATREDOVISNING

## Täckningsgrad



Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.

## 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 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: 40/80 %.**
- 8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: 80/90 %.** Motsvarar SoS NR indikator 3.6 'positiva marginaler' dvs. ofria resektionsränder vid pT2-tumör, dvs tumör finns enbart innanför prostatakapseln vid histopatologisk undersökning. Denna indikator saknar målnivå i SoS NR. Enligt NVP är resektionsranden negativ ('negativ marginal' liktydigt med

'radikalt') när det inte finns cancerceller i den tuschmarkerade resektionsytan vid histopatologisk undersökning. Resektionsranden är negativ även om det finns cancerceller mycket nära randen (NVP Bilaga 1, sidan 130).

**9. Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: 70/80 %.**

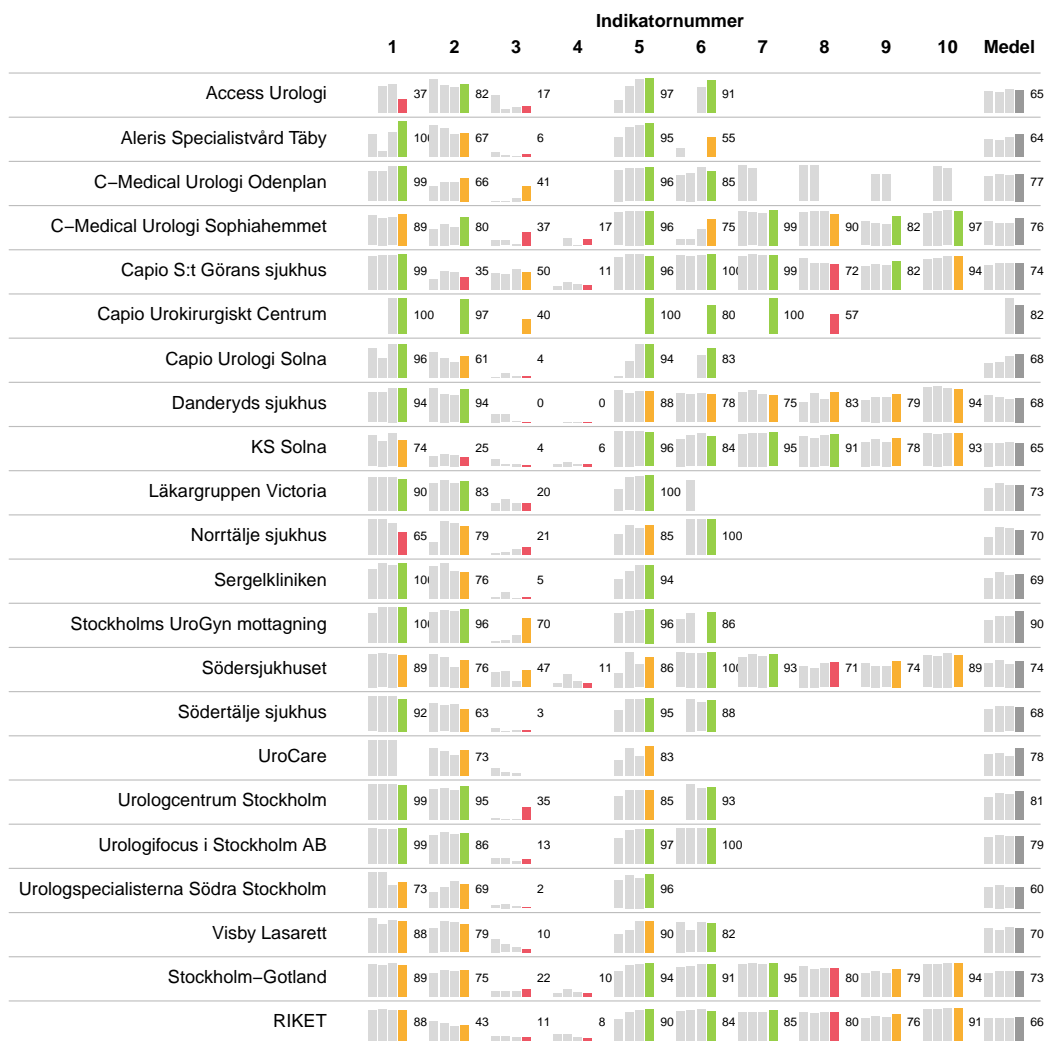
**10. Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: 80/95 %.**

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	
Access Urologi	37	82	17		97	91					65
Aleris Specialistvård Täby	100	67	6		95	55					64
C–Medical Urologi Odenplan	99	66	41		96	85					77
C–Medical Urologi Sophiahemmet	89	80	37	17	96	75	99	90	82	97	76
Capio S:t Görans sjukhus	99	35	50	11	96	100	99	72	82	94	74
Capio Urokirurgiskt Centrum	100	97	40		100	80	100	57			82
Capio Urologi Solna	96	61	4		94	83					68
Danderyds sjukhus	94	94	0	0	88	78	75	83	79	94	68
KS Solna	74	25	4	6	96	84	95	91	78	93	65
Läkargruppen Victoria	90	83	20		100						73
Norrälje sjukhus	65	79	21		85	100					70
Sergelkliniken	100	76	5		94						69
Stockholms UroGyn mottagning	100	96	70		96	86					90
Södersjukhuset	89	76	47	11	86	100	93	71	74	89	74
Södertälje sjukhus	92	63	3		95	88					68
UroCare		73			83						78
Urologcentrum Stockholm	99	95	35		85	93					81
Urologifocus i Stockholm AB	99	86	13		97	100					79
Urologspecialisterna Södra Stockholm	73	69	2		96						60
Visby Lasarett	88	79	10		90	82					70
Stockholm–Gotland	89	75	22	10	94	91	95	80	79	94	73
RIKET	88	43	11	8	90	84	85	80	76	91	66

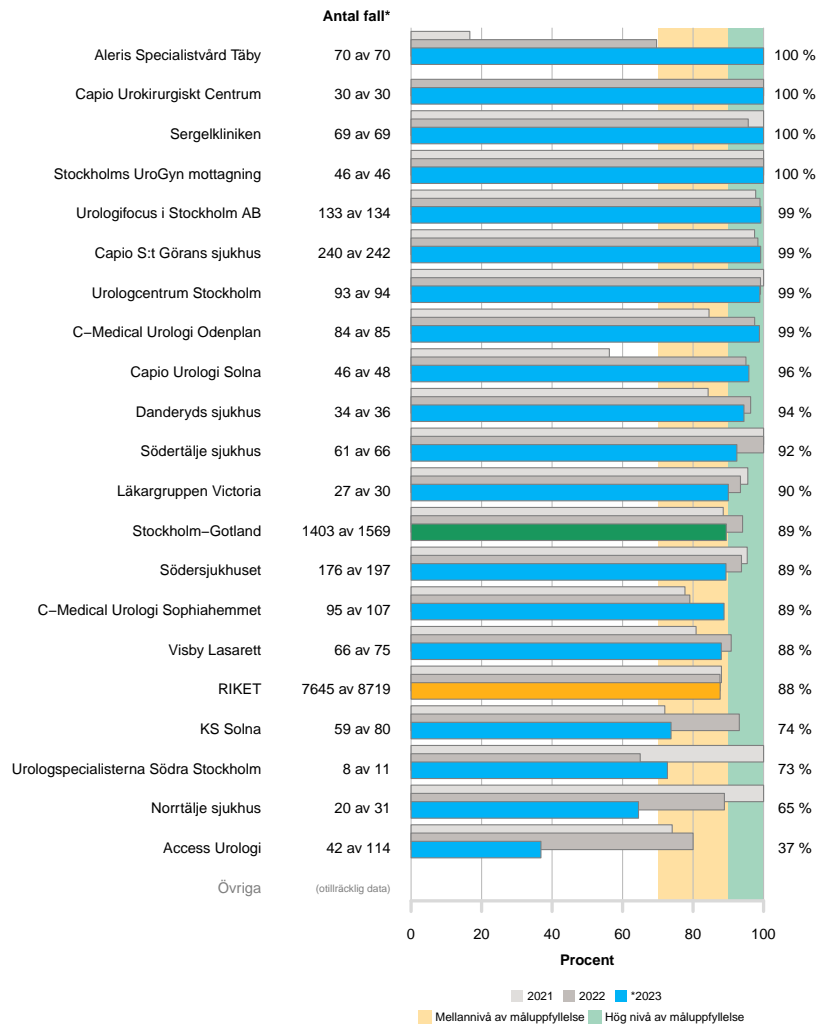
Figur 2. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

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: 80/95 %.

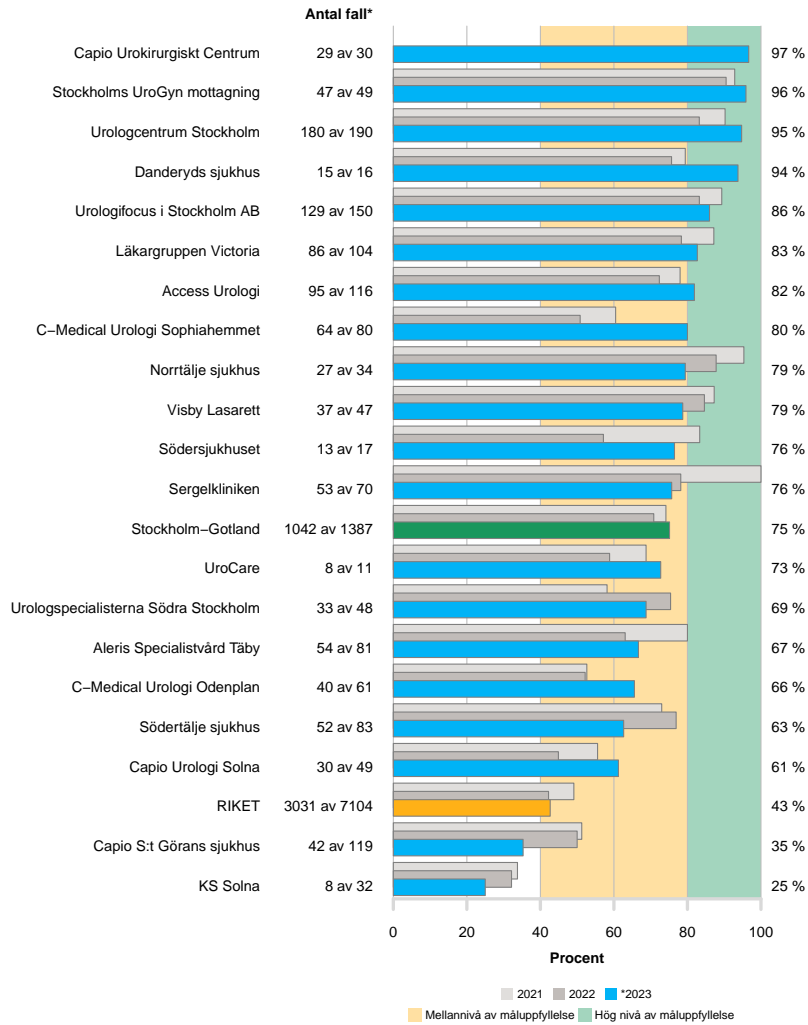


Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2020-2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå.

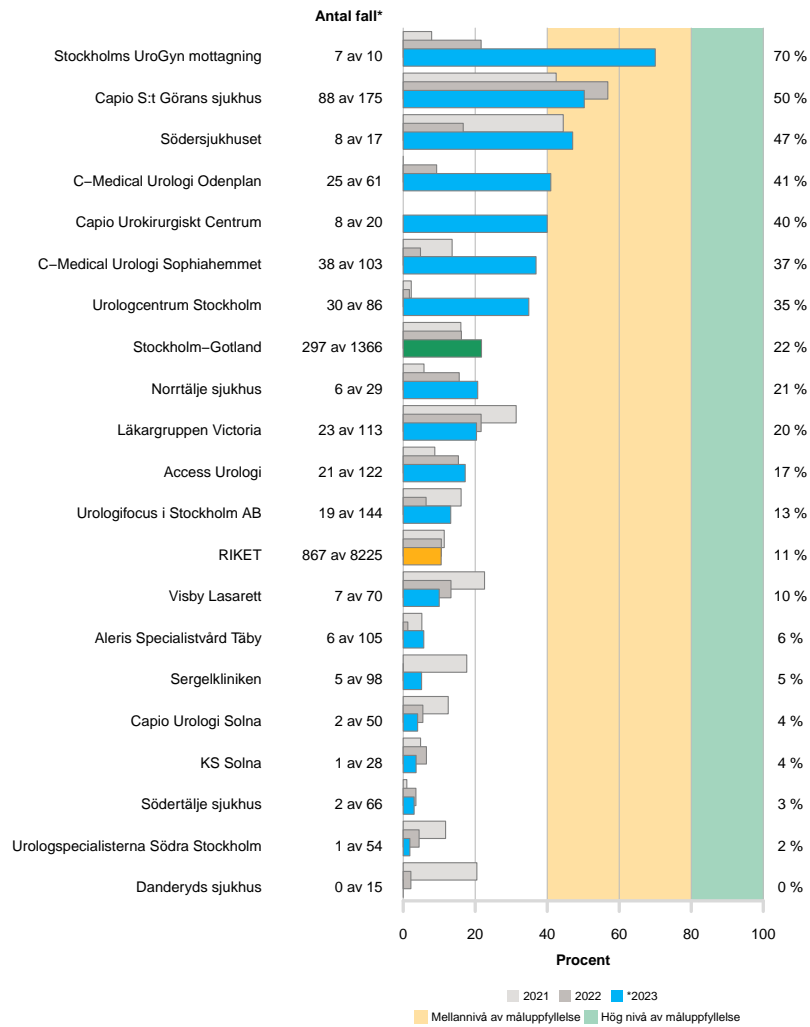
1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
4. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer. Målnivåer: 40/80 %.
5. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: 80/90 %.
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
7. Andel av opererade män som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: 80/90 %.
9. Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: 70/80 %.
10. Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: 80/95 %.



Figur 4. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.

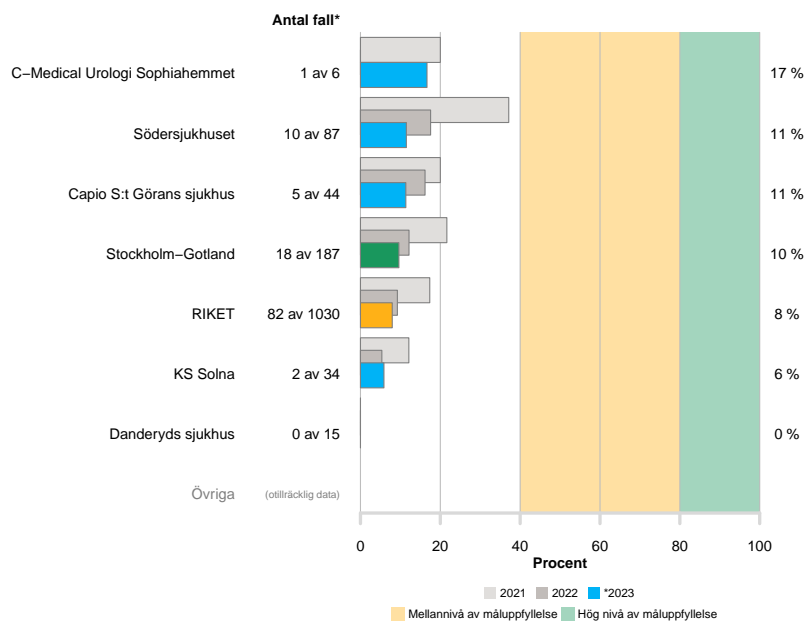


Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.

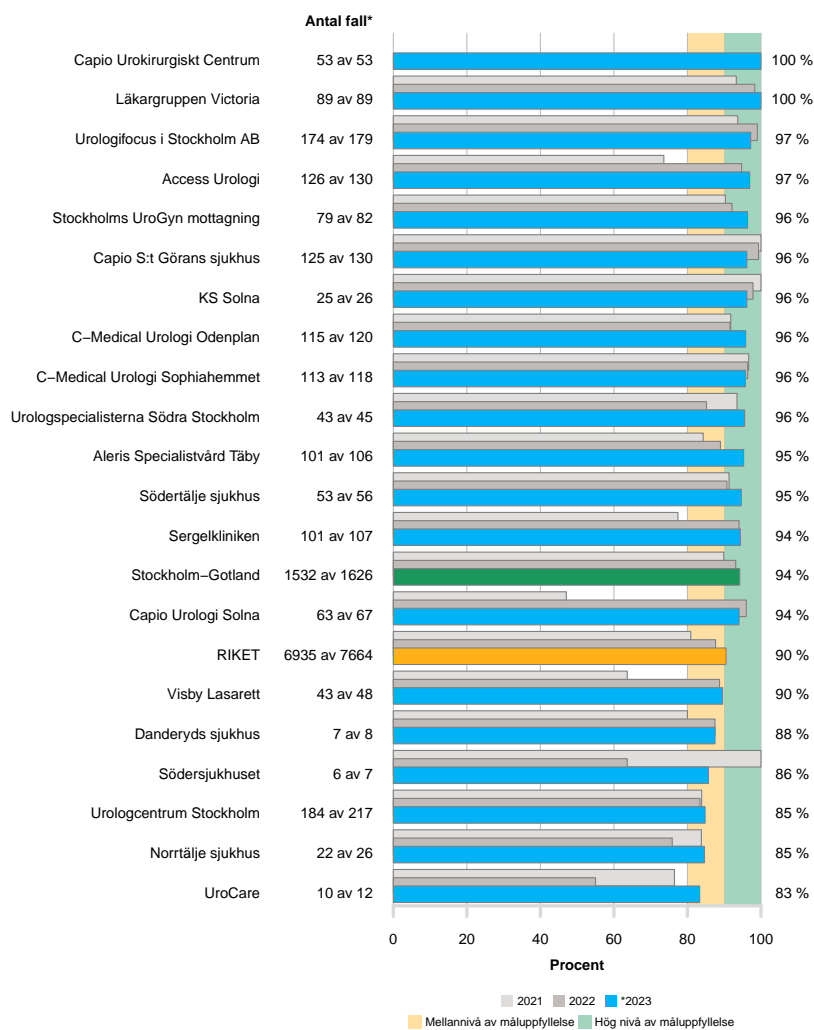


Figur 6. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.

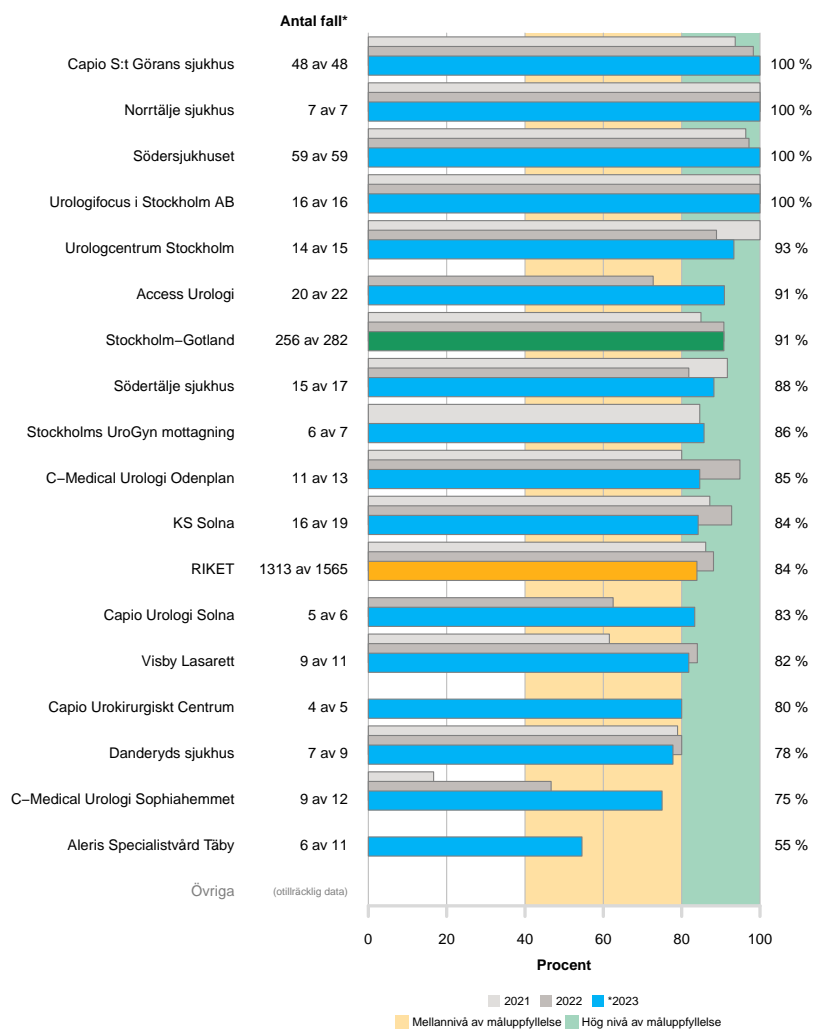




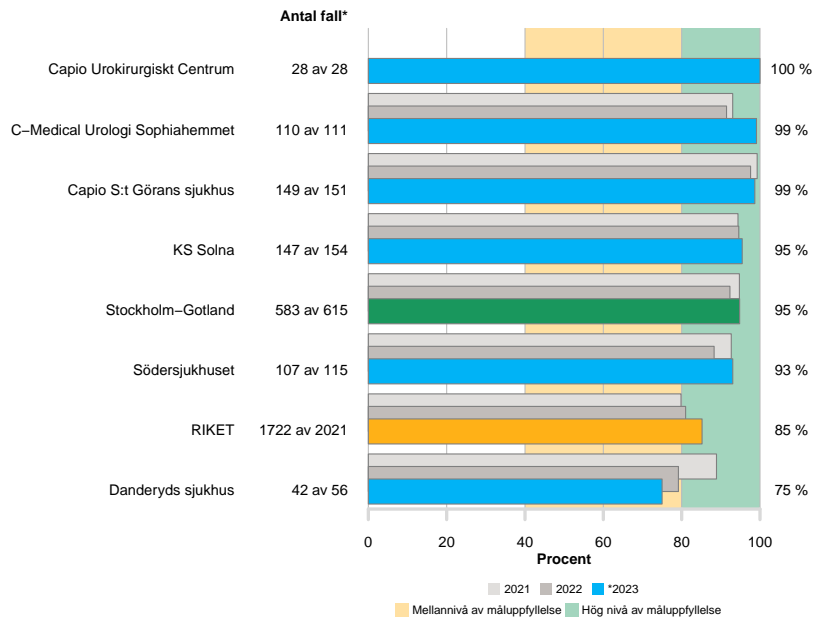
Figur 7. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



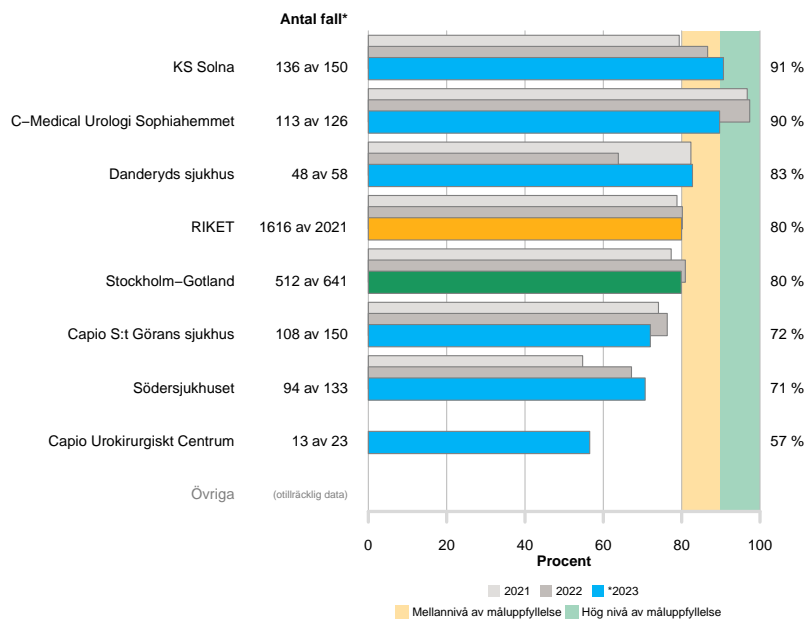
Figur 8. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.



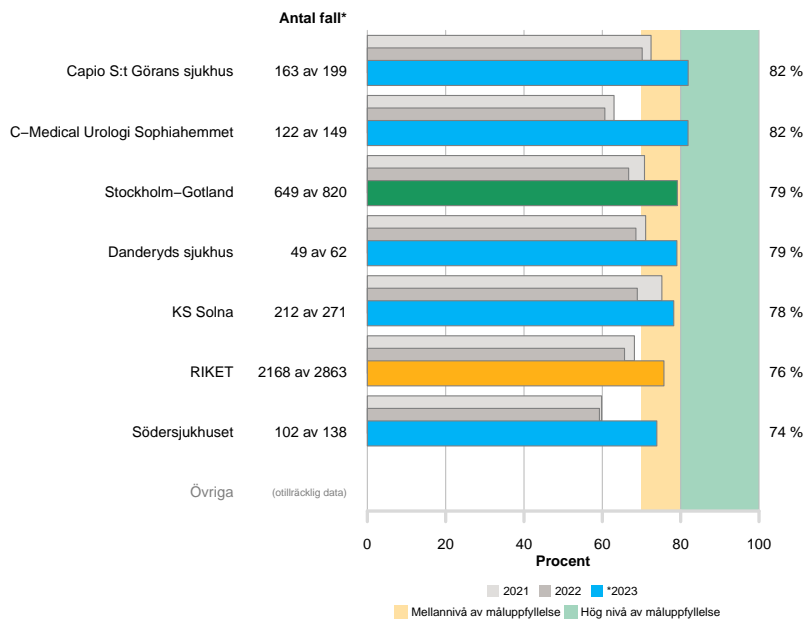
Figur 9. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



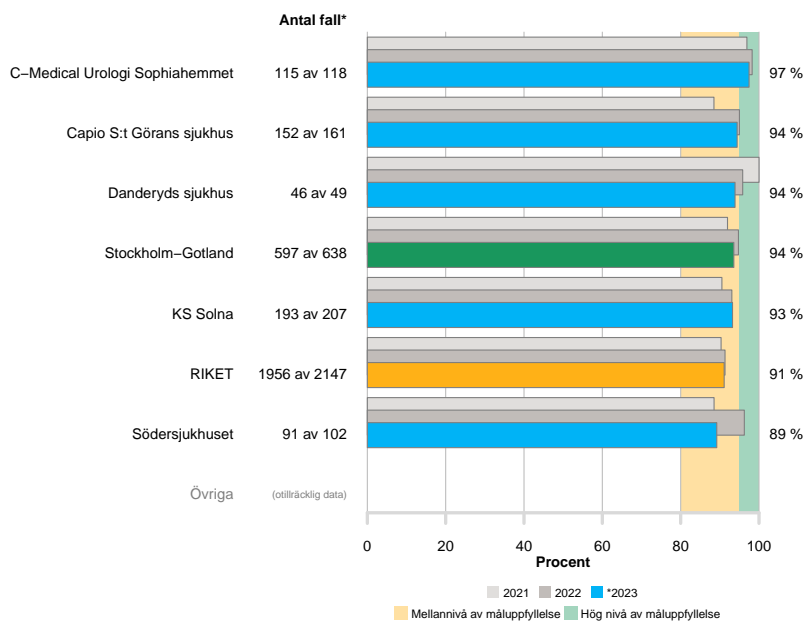
Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgår intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2023.



Figur 11. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2023.



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 2023 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 2023 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 %.** 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: 40/80 %.** 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: 40/80 %.** 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.
4. **Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 40/80 %.** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från behandlingsbeslut hos onkolog till start av strålbehandling för män med mellanriskcancer 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 högriskcancer. Målnivåer: 40/80 %.** 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: 40/60 %.** 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. **Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: 60/80 %.** Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan. Väntetid till start av postoperativ strålbehandling är inte en kvalitetsindikator i NVP men då postoperativ strålbehandling efter kirurgi har en botande behandlingsintention är det angeläget att strålbehandling startar snarast efter behandlingsbeslutet är fattat.
8. **Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvoly. Målnivåer: 40/80 %.** Undersökning med MR i tillägg till skiktröntgen (CT) som

planeringsunderlag inför strålbehandling förbättrar bildunderlaget väsentligt och underlättar således definition av målvolym (prostata) på ett avgörande sätt.

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

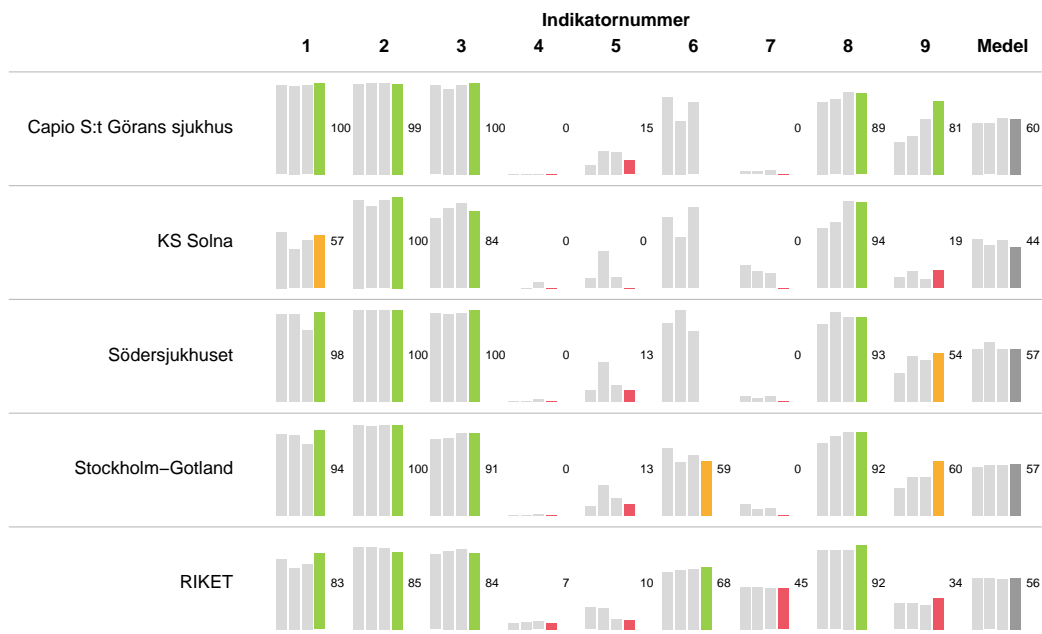
**Målnivåer: 50/70 %.** Indikatorn visar den andel män som besvarat baslinjeenkäten för PROM online (ePROM; elektroniskt patientrapporterade utfallsmått) före start av kurativ strålbehandling. NVP rekommenderar att alla patienter som erhåller kurativt syftande strålbehandling bör svara på en elektronisk enkät som underlag för behandlingsbeslut och uppföljning av symtom och biverkningar.

	Indikatornummer									Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Capio S:t Görans sjukhus	100	99	100	0	15		0	89	81	60
KS Solna	57	100	84	0	0		0	94	19	44
Södersjukhuset	98	100	100	0	13		0	93	54	57
Stockholm–Gotland	94	100	91	0	13	59	0	92	60	57
RIKET	83	85	84	7	10	68	45	92	34	56

Figur 14. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2023. 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.

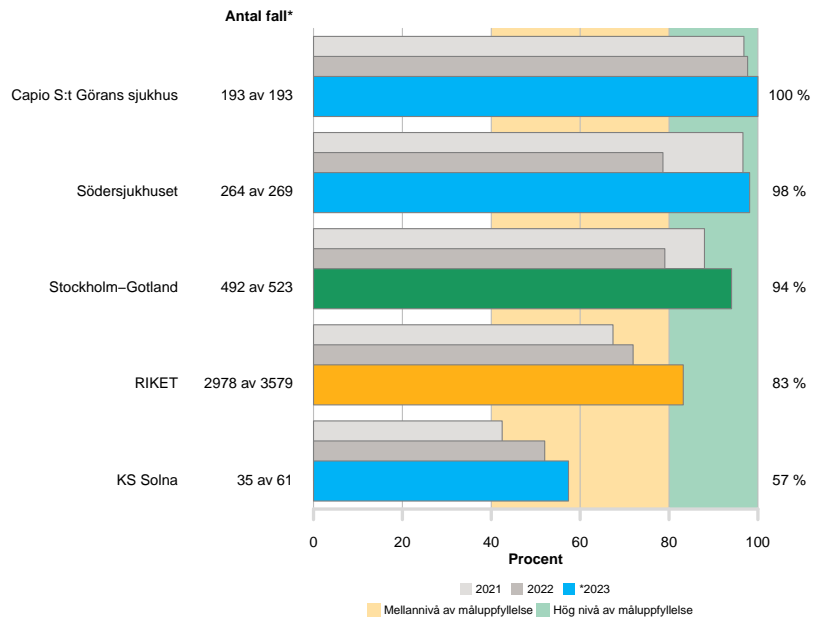
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan 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. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: 60/80 %.
8. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolym. Målnivåer: 40/80 %.
9. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: 50/70 %.



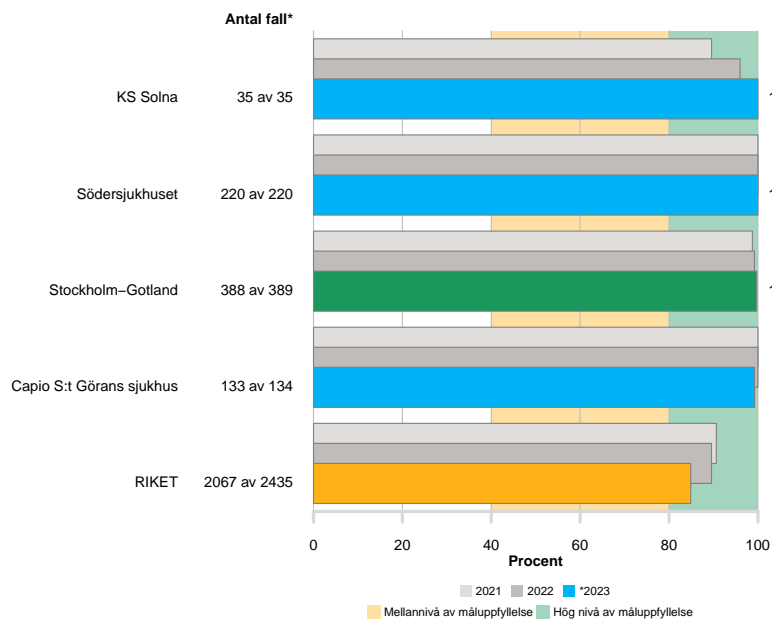


Figur 15. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2020-2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

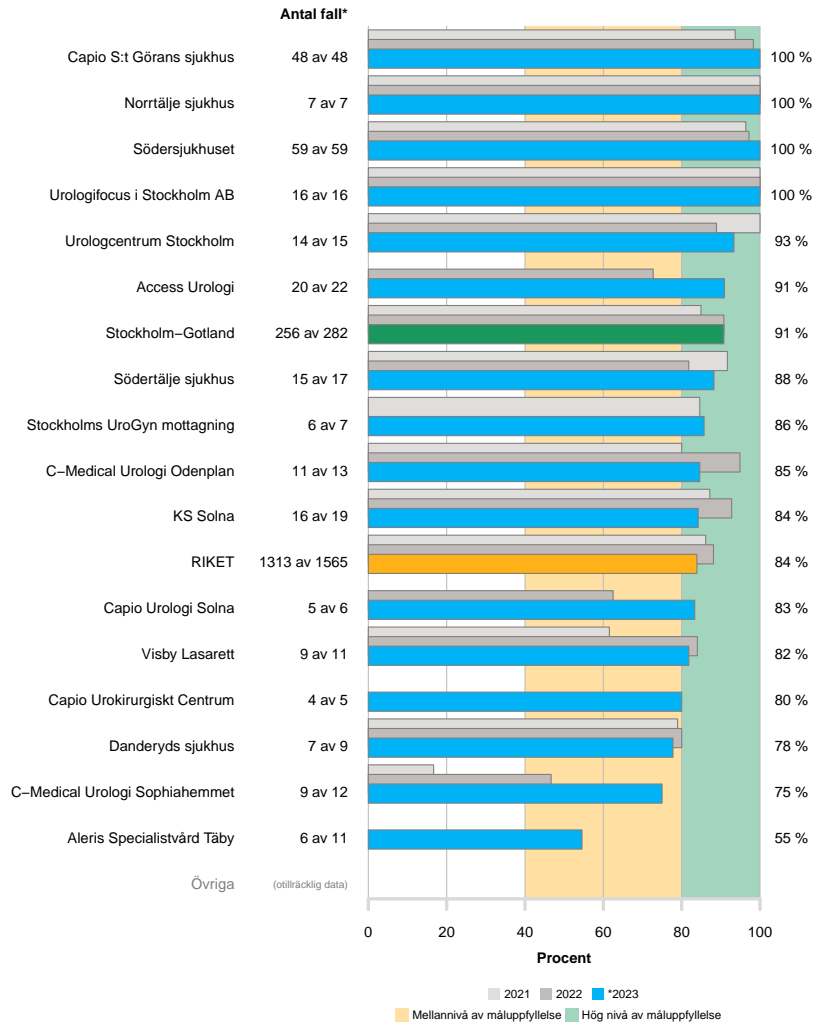
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan 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. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: 60/80 %.
8. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolym. Målnivåer: 40/80 %.
9. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: 50/70 %.



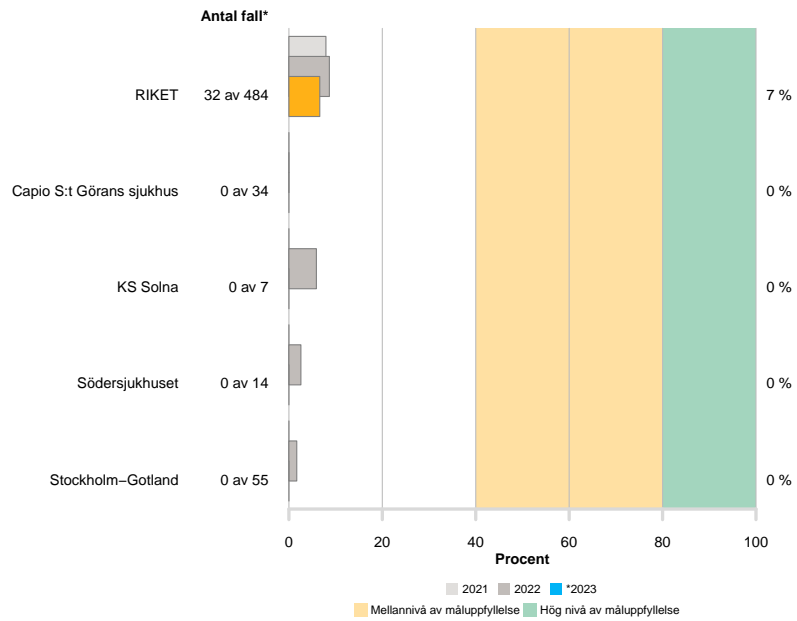
Figur 16. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



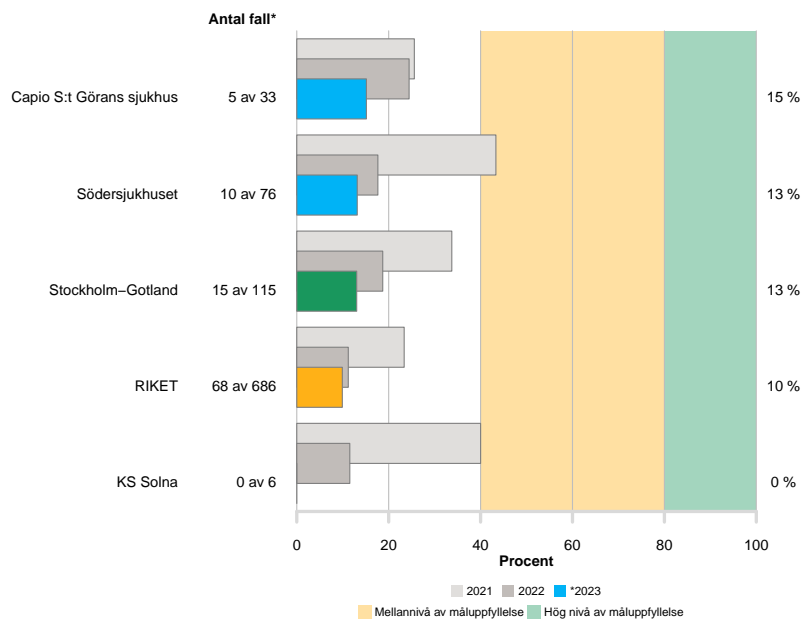
Figur 17. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



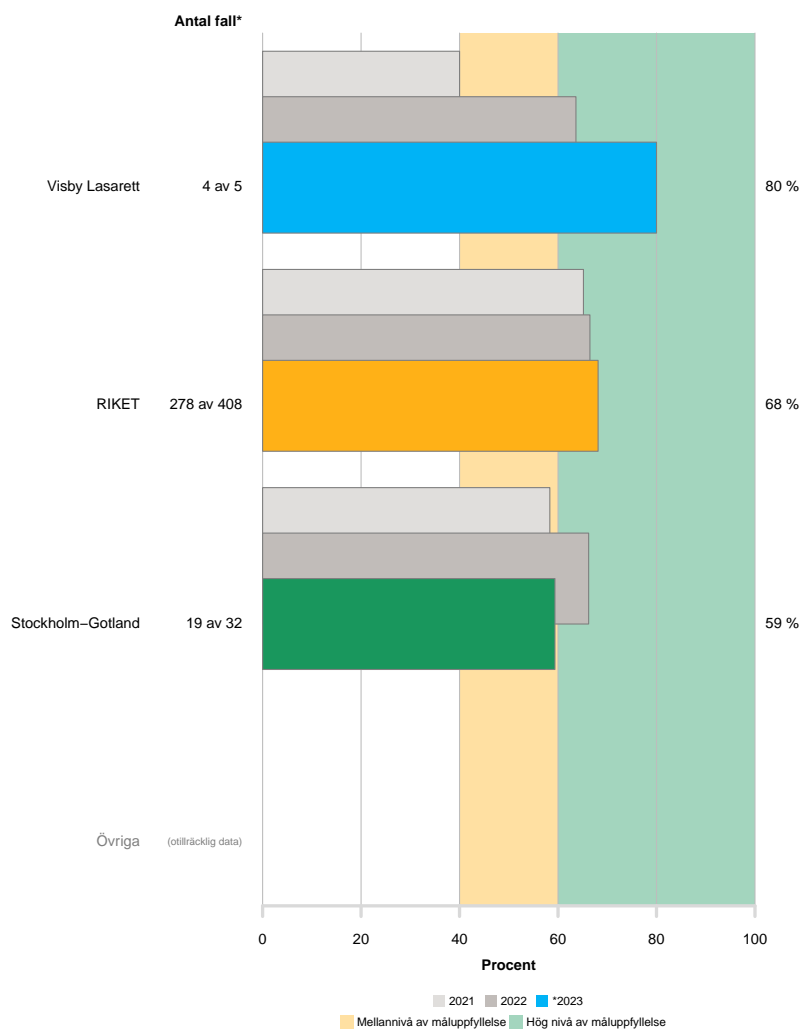
Figur 18. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq 80$  år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



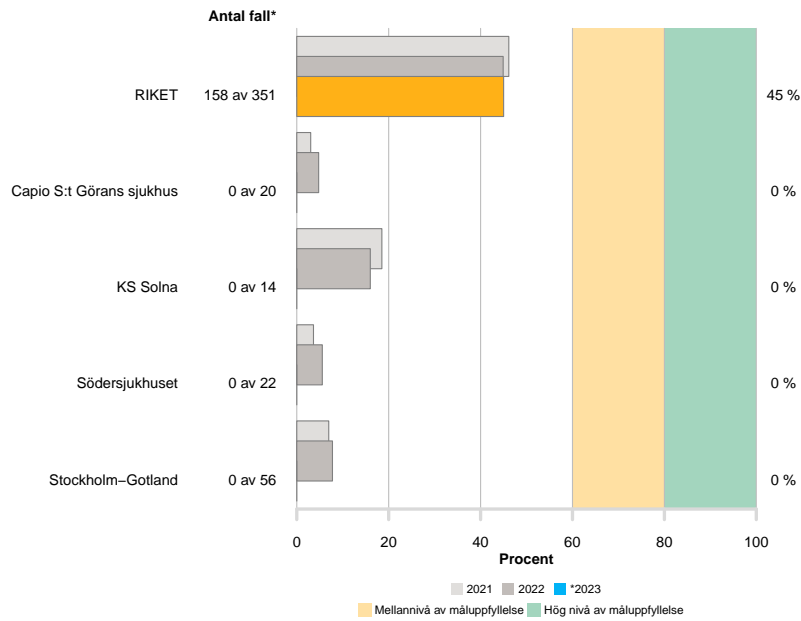
Figur 19. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



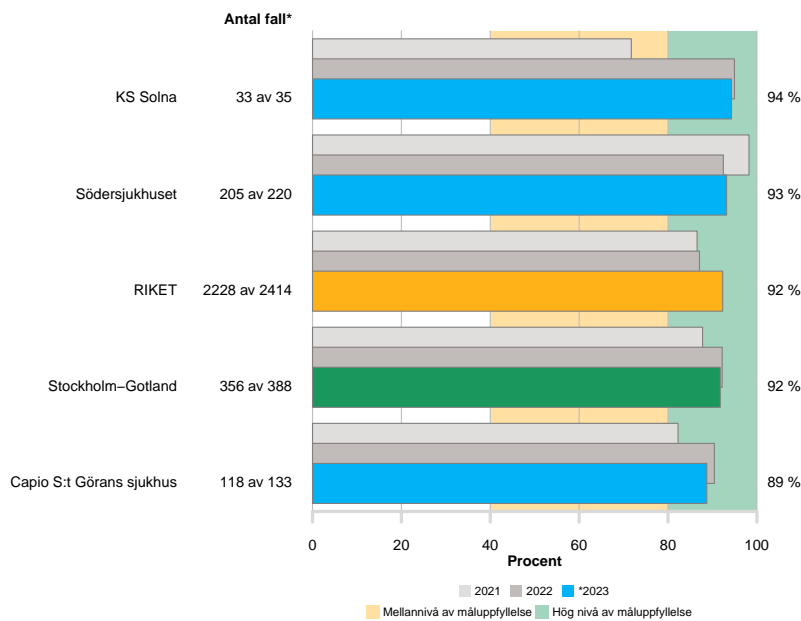
Figur 20. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2023.



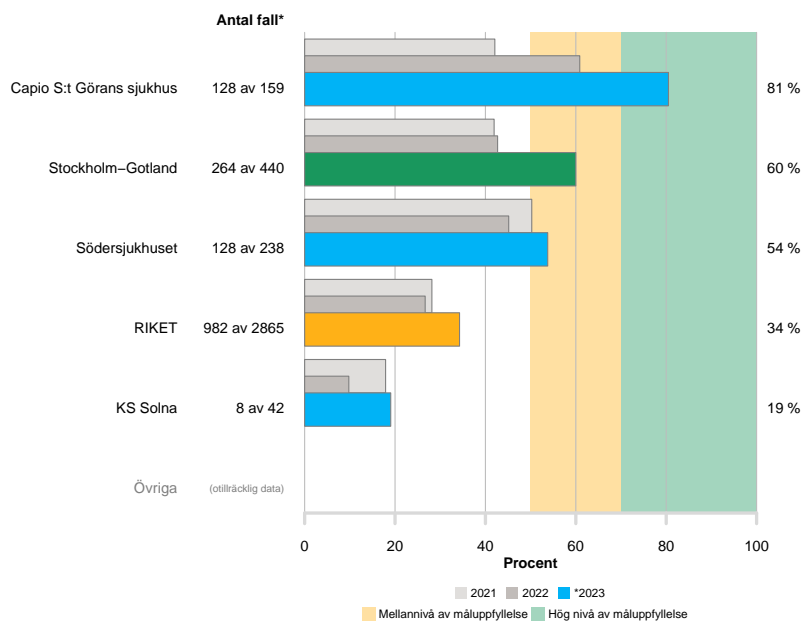
Figur 21. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



Figur 22. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



Figur 23. Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.

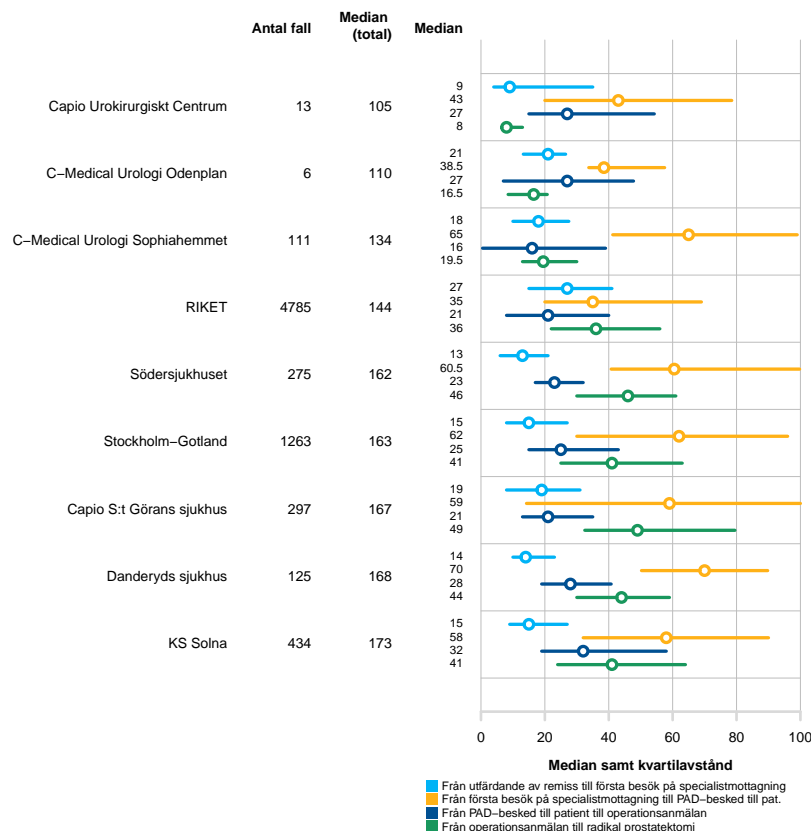


Figur 24. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.

## Väntetider

### OBS!

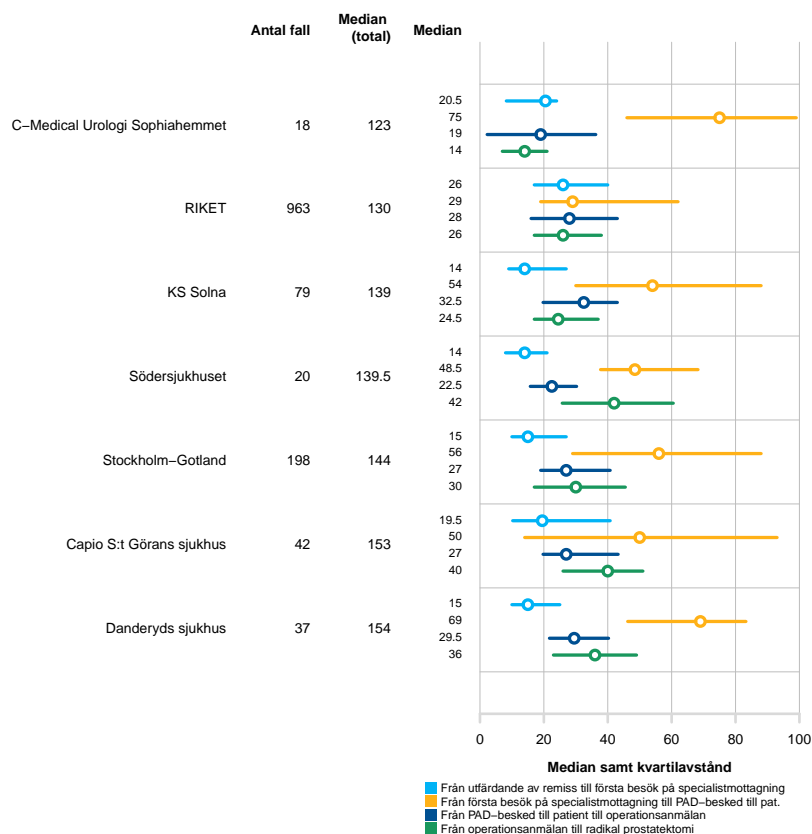
I NPCR saknar cirka 30 % av patienterna uppgift om väntetid från inremiss till första besök hos specialist. Styrgruppen för NPCR har valt att inte ta med dessa män i sammanställning av den totala väntetiden från inremiss till behandling. Orsaken till att denna uppgift saknas vet vi inte. Det finns flera 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 25. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

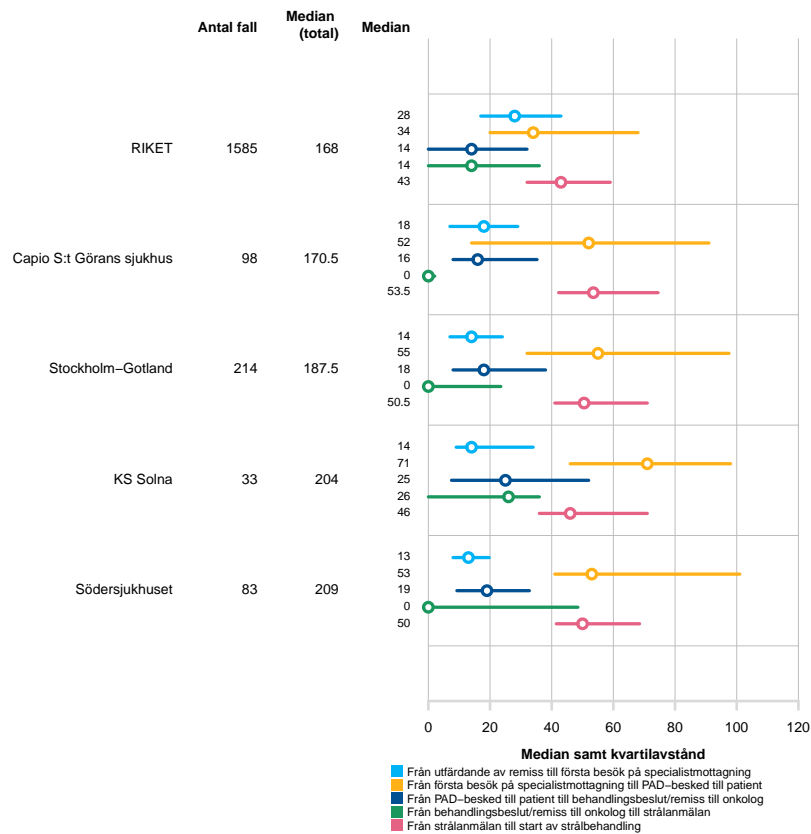
Sjukhus med färre än 5 fall redovisas ej separat. Medianen för hela processen är uträknad utifrån antal dagar från första till sista datum i kedjan, och behöver inte överensstämja med summan av de enskilda medianerna.





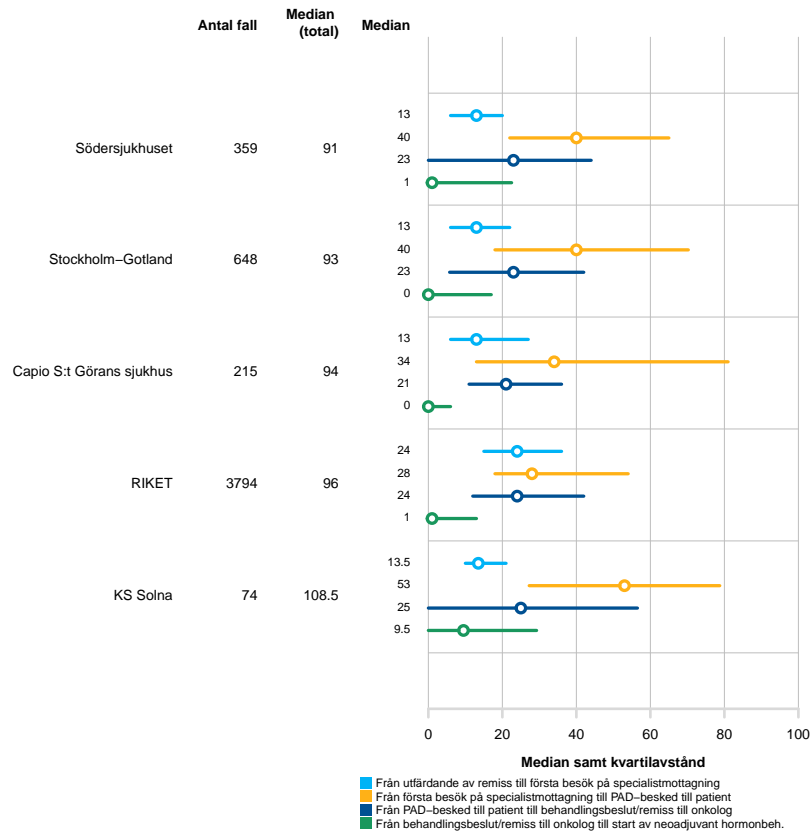
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriscancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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.



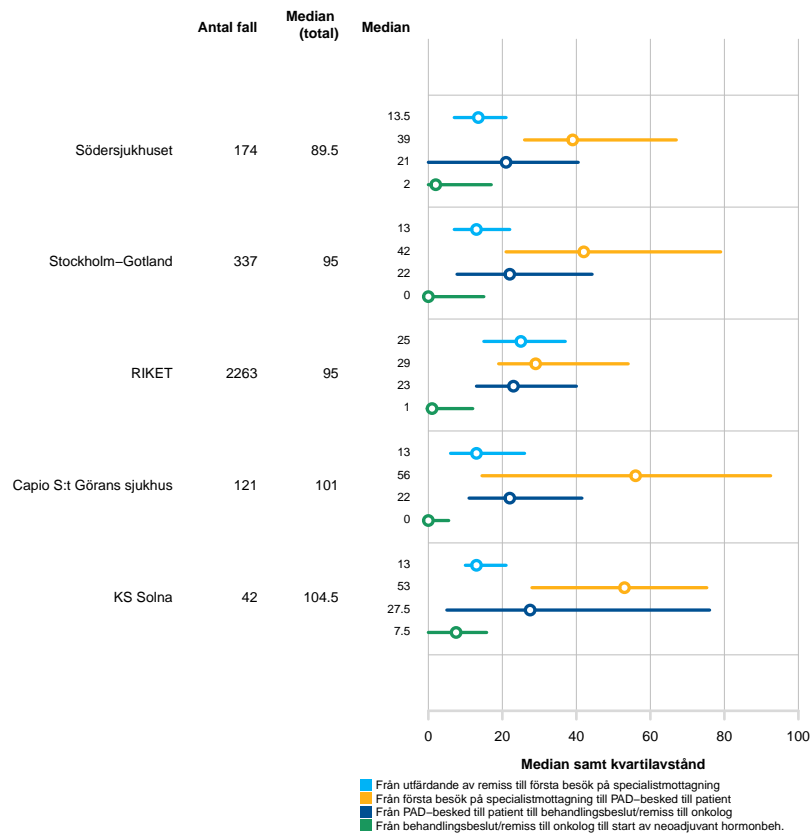
Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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 neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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 med **högriskcancer** som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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.