

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2023

Mellansverige

April 2024

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

FÖRORD	6
KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER	7
RESULTATREDOVISNING	10
Täckningsgrad	10
Koll på läget - Urologi	11
Koll på läget - Onkologi	23
Väntetider	33

FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023. . . .	10
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.	13
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.	14
4	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.	15
5	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.	16
6	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.	17
7	Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	18
8	MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.	19
9	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.	20
10	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparende resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2023.	21
11	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2023.	21
12	Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-enkät 1 år efter operation, per opererande sjukhus. Period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under 2023 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).	22
13	Andel ej allvarlig urininkontinens 12 månader efter utförd radikal prostatektomi, per opererande sjukhus. Period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under 2023 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).	22
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.	25

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.	26
16	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	27
17	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	27
18	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.	28
19	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	29
20	Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2023.	29
21	Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.	30
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.	31
23	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	31
24	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	32
25	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.	33
26	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.	34
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.	35
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.	36
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.	37

FÖRORD

Sedan 2016 publiceras sex separata regionala rapporter i PDF-format som kommenterar resultaten i den egna regionen för kvalitetsindikatorer i Koll på läget. I Koll på läget jämförs resultaten för tio utvalda kvalitetsindikatorer på den egna enheten dels mot målnivåer som satts upp av styrgruppen för NPCR, dels mot andra vårdgivare i regionen. Koll på läget är tillgänglig online på INCA-plattformen för personal på respektive vårdenhet och uppdateras där varje dygn. Det finns en Koll på läget för prostatacancervård som bedrivs på urologkliniker, kirurgkliniker och privata urologmottagningar och en Koll på läget för vård på onkologkliniker.

I tillägg till Koll på läget som enbart är tillgänglig för vårdpersonal på respektive enhet finns RATTEN tillgänglig för allmänheten på www.npcr.se/RATTEN sedan december 2016. RATTEN är en interaktiv onlinerapport som innehåller data för män diagnostiserade med prostatacancer fram till sista december föregående år. I RATTEN kan resultaten i riket, i varje region, i varje landsting och för varje enskild vårdgivare studeras och man kan jämföra resultaten mellan olika enheter och man kan också undersöka tidstrender. I RATTEN finns förutom data i Koll på läget också data för många andra variabler i NPCR.

De gul- och grönskuggade områdena i figurerna i denna rapport representerar de lägre respektive övre målnivåerna från Koll på läget.

I denna rapport kommenteras Mellansverigeregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2023.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Vårdprocessgrupp Mellansverige har under våren och hösten 2023 haft fokus på ProtecT studien och dess data samt att försöka få till en diskussion kring aktiv monitorering. Vi hade i början på hösten en temadag med detta ämne och Professor Anna Bill Axelsson föreläste om aktiv monitorering samt SPCG-17.

Andelen aktiv monitorering är tämligen varierande inom vår region. Gällande mellanrisk så låg det mellan <10 % för vissa sjukhus och ända upp till >40 % (Gävle) under 2023. Variationen är också stor i landet som helhet.

Täckningsgrad

Täckningsgraden under 2023 var generellt god (95 %) förutom sjukhusen i Dalarna som släpar efter (Falun 64 %, Mora 66 %).

Kontaktsjuksköterska

91 % av männen i Mellansverige har tillgång till kontaktsköterska (riket 88 %).

Väntetider

Andel patienter som får tid inom 21 dagar från utfärdande av remiss ligger på 42 % jämfört med rikets 43 %. Variationen är stor, även mellan större enheter; Örebro 13 % jämfört med Karlstad hela 93 % och C-Medical Borlänge 85 %.

Tid till PAD-besked har liksom tidigare år en låg grad av måluppfyllelse; Mellansverige 6 % mot rikets 11 %. Detta är en försämring för regionen.

Gällande tid från remiss till start av kurativ primärbehandling ligger måluppfyllelsen på 15 % för Mellansverige mot rikets 8 %. PSMA-PET ökar väntetiderna på flera enheter vilket är rimligt.

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

Regionens andel är 86 % jämfört med rikets 90 %. Liksom tidigare sticker Värmland ut med nivå 60 % i Kristinehamn.

Multidisciplinär konferens (MDK)

Måluppfyllelsen är här hög (95 %).

Kvalitetsparametrar kopplade till radikal prostatektomi

Andel vid låg-/mellanrisk som genomgår nervsparande resektion ligger för Mellansverige på 81 % jämfört med rikets 85 %.

Andel negativa resektionsränder vid pT2 varierar mellan 61 % (Gävle) och 88 % (Uppsala).

Andel ej allvarlig urininkontinens varierar stort mellan centra och operatörer. Uppsala ligger på 79 %, Nyköping 100 % om än endast 5 fall för 2023. Genomsnitt för region Mellansverige är 89 % jämfört med rikets 91 %.

Radikal prostatektomi utförs numera även i Gävle sedan våren -23. Nyköping planerade att sluta men verkar ha fortsatt med en låg volym.

Sammanfattning, urologi Mellansverige

Väntetiderna har delvis ökat ytterligare. Mediantid gällande tid till PAD besked skulle kunna vara av större intresse.

Ökat användande av PSMA-PET är rimligt och påverkar tid till start av behandling.

Resultaten gällande kirurgi ligger acceptabelt men vi får se vad inverterad centralisering (Gävle) av operationen leder till på sikt.

Variationen av aktiv monitorering i Mellansverige mäts inte i "Koll på läget" men är en helt central fråga och det som dominerat regionens möten och diskussion under året. Från Mellansverige har vi föreslagit att det skulle kunna vara en ny parameter att införa 2024.

Koll på läget – Onkologi

1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT i regionen är lägre än i riket (69 % vs 83 %). Det ligger nästan på samma nivå som föregående år och varierar mellan 5–98 % (som bäst i Uppsala och sämst i Mälarsjukhuset).
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska är högre i regionen än i riket (94 % vs 85 %).
3. Antal högriskpatienter som diskuterades på multidisciplinär konferens/mottagning är högre i regionen än i riket (95 % vs 84 %).
4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog är bara 2 %. Det är ett mål som är svårt att uppfylla och även i riket ligger det bara på 7 %. Denna indikator kommer att ändras av vårdprogram- och SVF-grupper.
5. Andel patienter med högriscancer som startar neoadjuvant hormonbehandling inför RT inom högst 57 dag efter utfärdande av remiss är högre i regionen än i riket (17 % vs 10 %). Målet är inte uppnått och det är låga siffror i hela landet under flera senaste år. Värdet av denna indikator är oklart och indikator kommer att ändras av vårdprogram- och SVF-grupper.
6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15 är högre i regionen än i riket (69 % vs 68 %). Det är även högre än föregående året. Som högst i Uppsala och Gävle (86 %) och lägst i Örebro (50 %).
7. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan är högre i regionen än i riket (47 % vs 45 %).

8. Andel extern/extern + brachy RT där MR använts som stöd vid definition av målvolym är väldigt högt på 4 sjukhus (92–99 %) men används fortfarande inte på Mällarsjukhuset. Där använder man diagnostisk MR för targetbedömning. Sammanlagt i regionen används MR för dosplanering i 80 % och i riket i 92 % av fall.
9. Andel av strålbehandlade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkäter väldigt lågt både i regionen (16 %) och i riket (34 %). Detta varierar på regionens sjukhus mellan 0 och 34 %. Flera sjukhus har fortfarande inte kommit i gång med registrering p.g.a. personalbrist.

Sammanfattning, onkologi Mellansverige

Måluppfyllning i regionen har inte förändrats väsentligt under 2023 jämfört med 2022. Några mål är väl uppfyllda men det finns flera områden som kräver mer uppmärksamhet och resurser på regionens sjukhus. Detta gäller framför allt för inrapportering samt införande av ePROM-baslinjeenkäter.

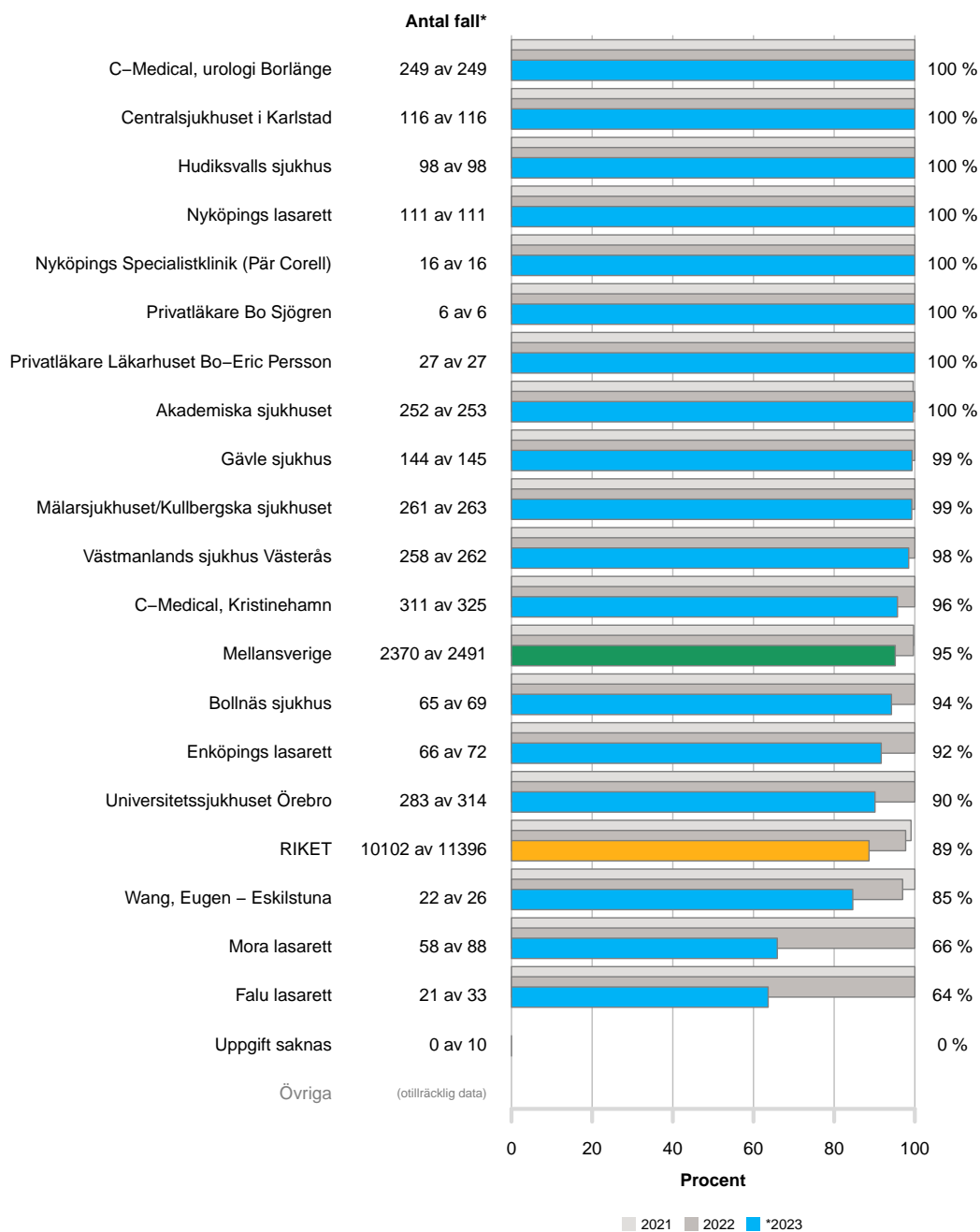
Regionen och riket uppfyller fortfarande inte målet med korta väntetider för uppstart av postoperativ strålbehandling och primär strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling efter behandlingsbeslut hos onkolog. Det är aktuellt att förbättra rutiner på strålbehandlingsenheter. Detta har uppmärksammats i vårdprograms- och SVF-grupper och dessa indikatorer är för närvarande under omvärdering.

Hampus Nugin, Ingrida Verbiené

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/.
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.

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Akademiska sjukhuset	95	32	6	6	91	83	94	88	78	79	65
Bollnäs sjukhus	98	66	3		98	100					73
C-Medical, Kristinehamn		78	1		60						47
C-Medical, urologi Borlänge	3	85	12		98						50
Centralsjukhuset i Karlstad	95	93	27	31	94	100	79	79	69	91	76
Enköpings lasarett	97	81	20		88	89					75
Falu lasarett	91	80	25	0	83	100	80	86	77	85	71
Gävle sjukhus	97	23	1	17	85	96	88	61			58
Hudiksvalls sjukhus	99	28	3		92	90					62
Mora lasarett	100	55	4		88	89					67
Mälarsjukhuset/Kullbergiska sjukhuset	91	16	6	6	90	98	63	75	73	94	61
Nyköpings lasarett	100	16	1		86	100			50	100	65
Nyköpings Specialistklinik (Pär Corell)	100	50	0		100						62
Privatläkare Läkarhuset Bo-Eric Persson	36	56	12		91						48
Universitetssjukhuset Örebro	76	13	4	3	86	93	96	82	74	92	62
Västmanlands sjukhus Västerås	97	30	2	42	94	95	88	68	80	91	69
Wang, Eugen – Eskilstuna	0	22	26		75						31
Mellansverige	91	42	6	15	86	95	81	77	74	89	66
RIKET	88	43	11	8	90	84	85	80	76	91	66

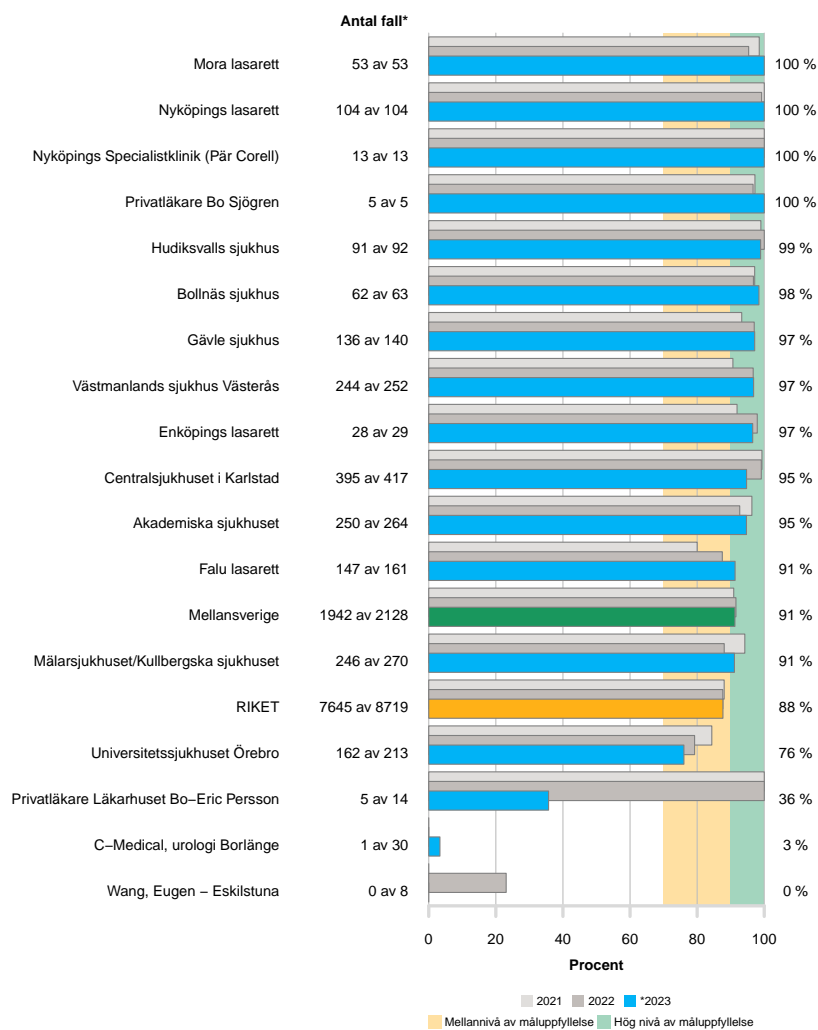
Figur 2. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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

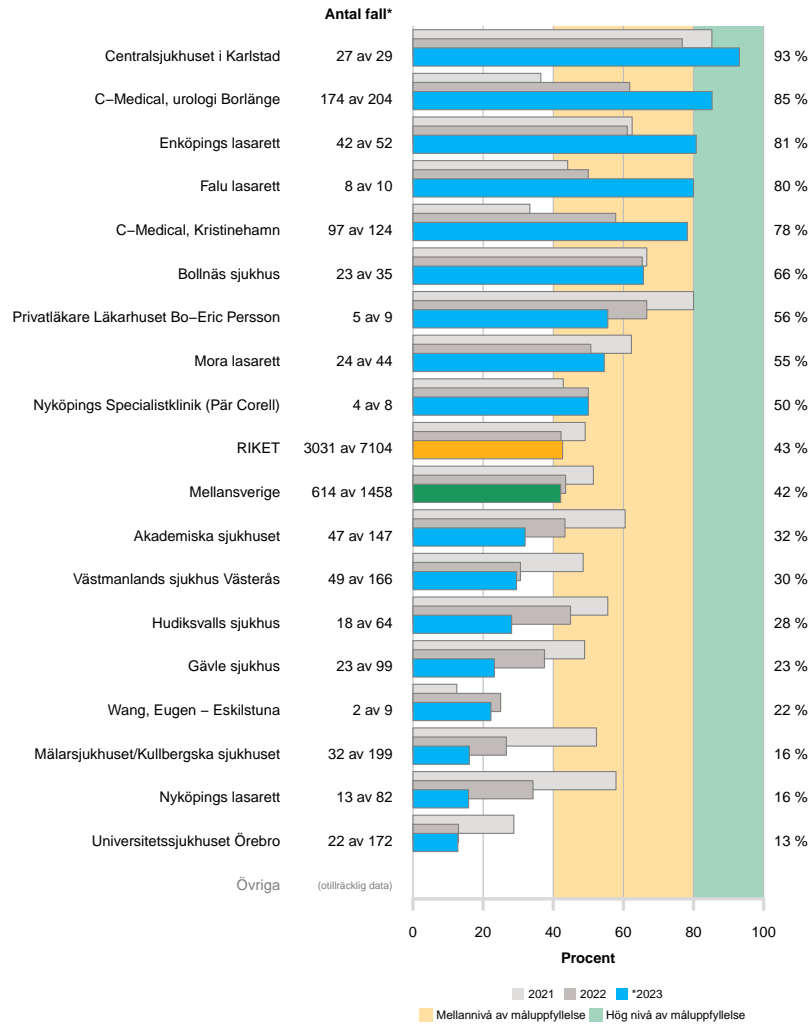


Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2020-2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

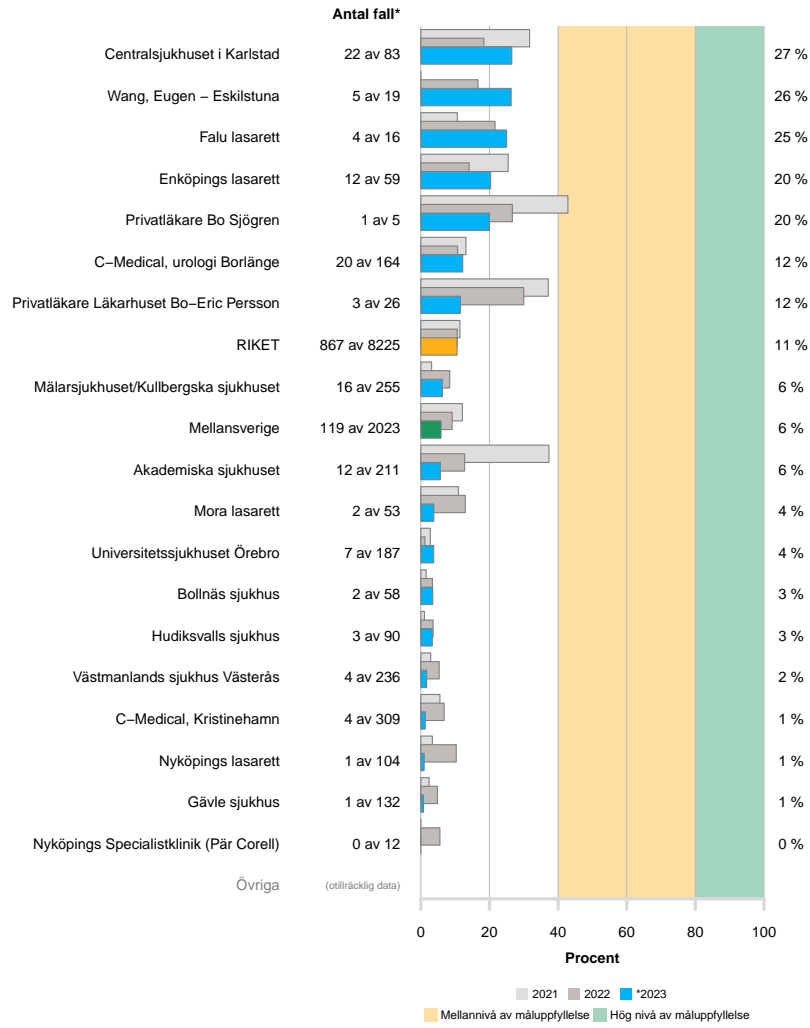
1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
4. Tid mellan utfärdande av remiss och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



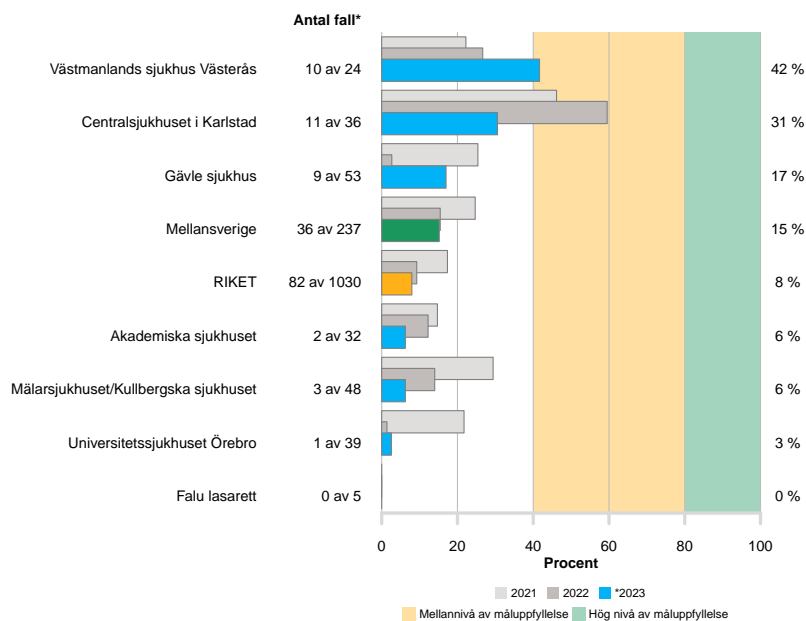
Figur 4. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



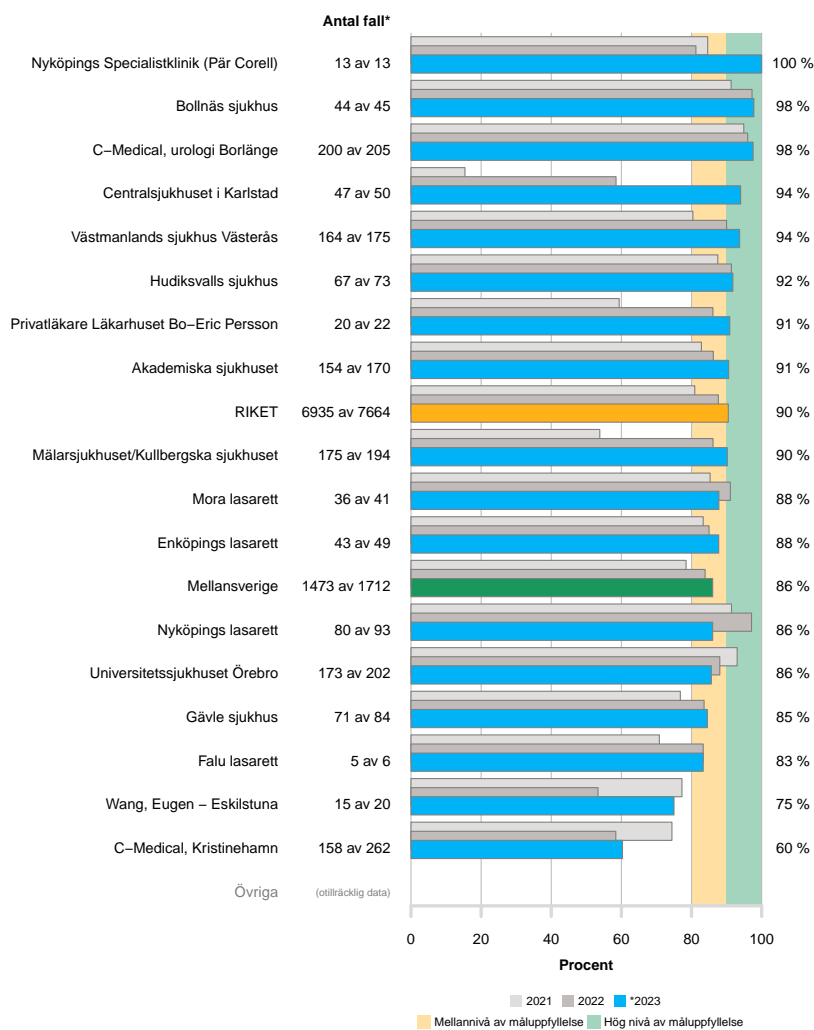
Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.



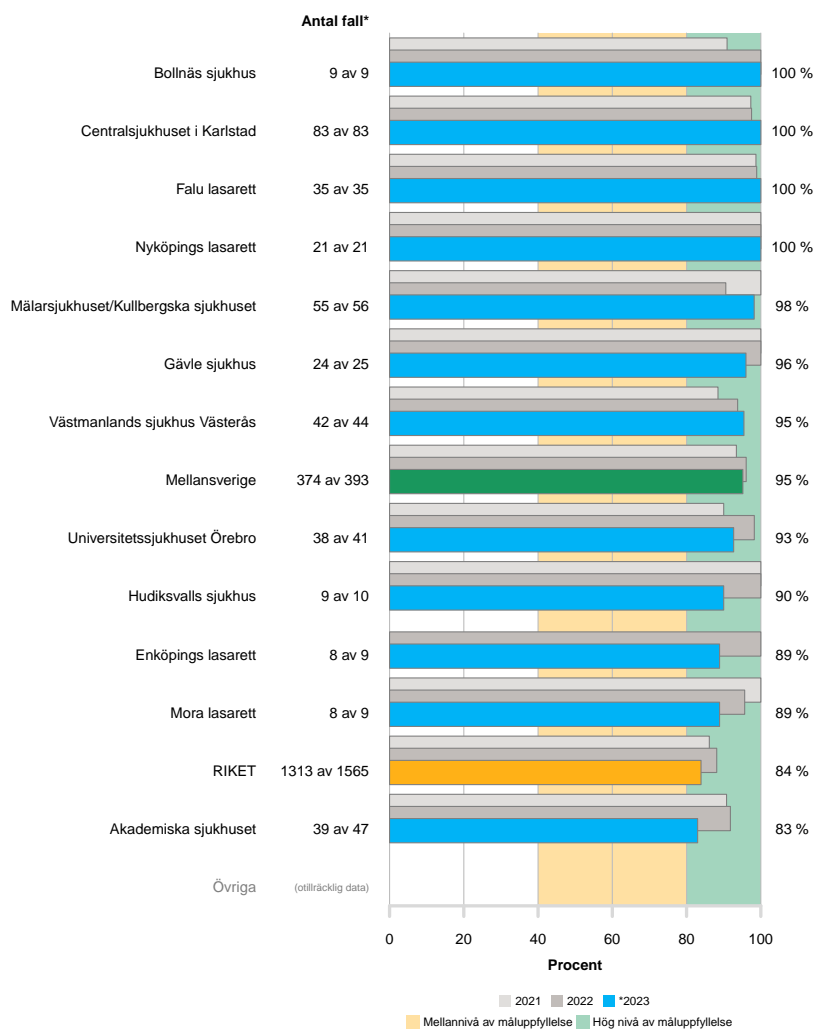
Figur 6. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.



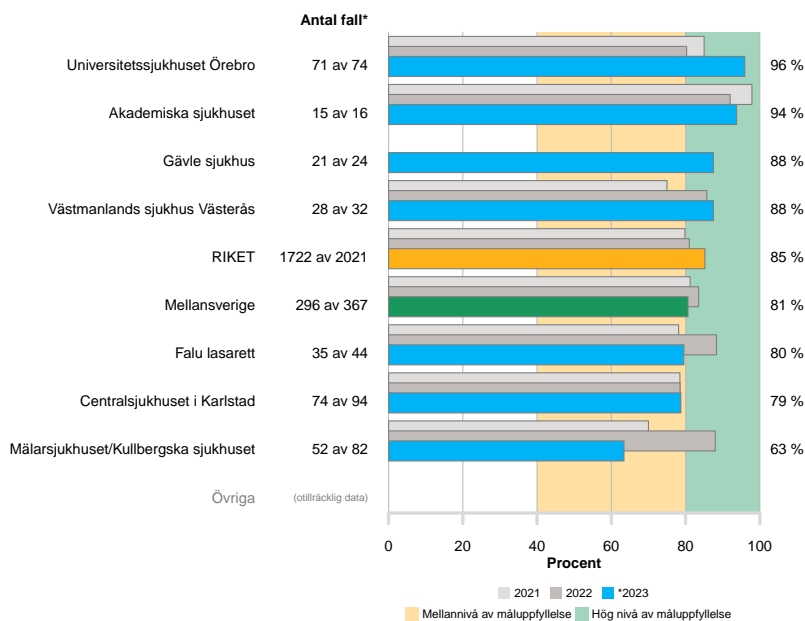
Figur 7. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriscancer eller lokalt avancerad cancer,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



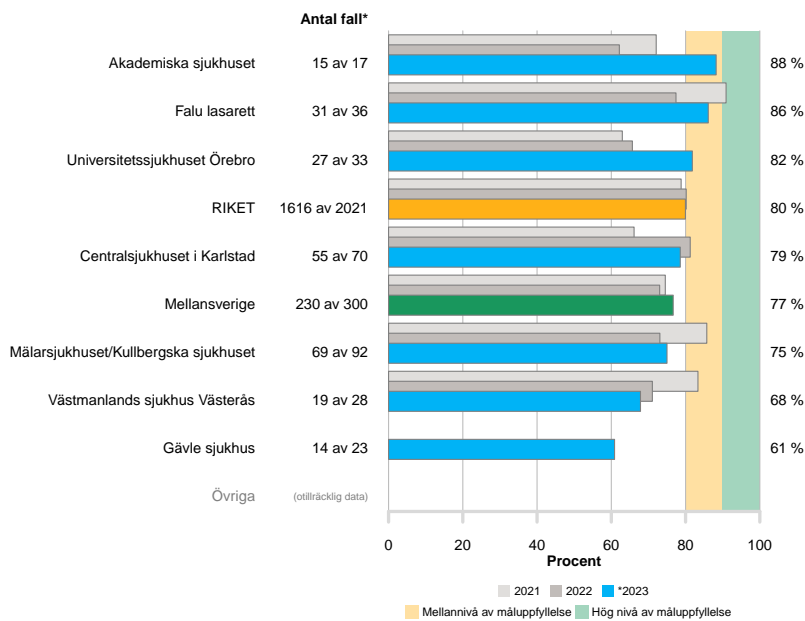
Figur 8. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.



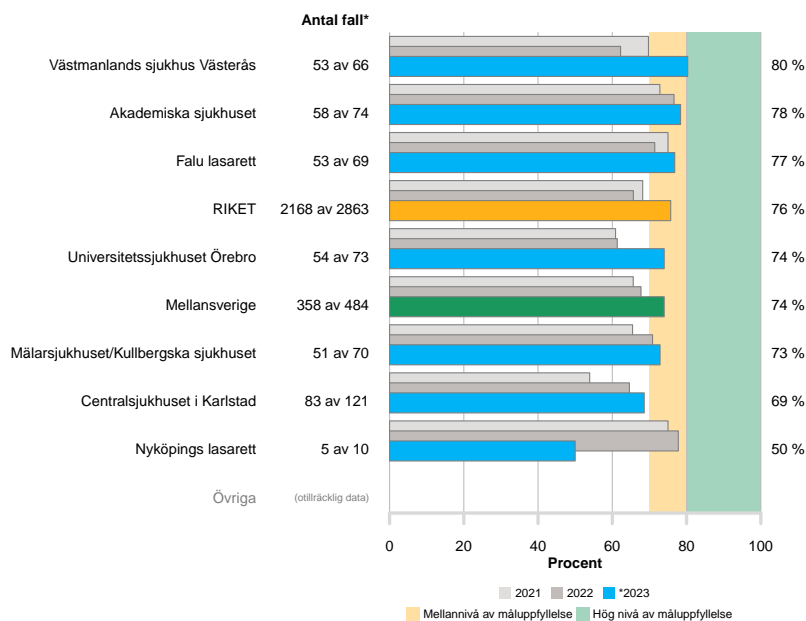
Figur 9. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



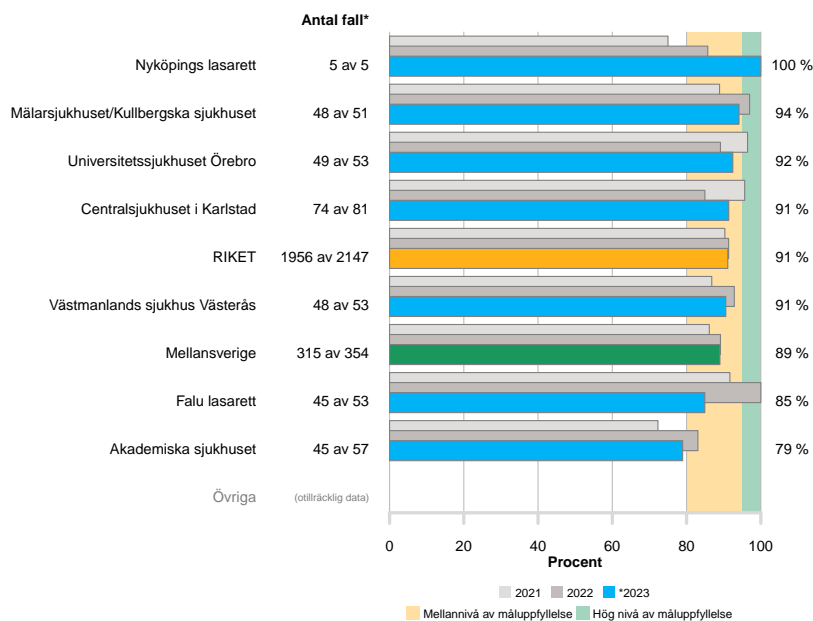
Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgått intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2023.



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 allvarig 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	
Akademiska sjukhuset	98	100	83	6	8	86	33	99	17	59
Centralsjukhuset i Karlstad	96	98	100	0	29	62	47	92	6	59
Gävle sjukhus	81	94	96	6	18	86	76	99	26	65
Mälarsjukhuset/Kullbergska sjukhuset	5	100	98	0	9	64		0	0	34
Universitetssjukhuset Örebro	49	82	93	0	3	50	10	69	11	41
Västmanlands sjukhus Västerås	63	100	95	0	47	64	56	99	34	62
Mellansverige	69	94	95	2	17	69	47	80	16	54
RIKET	83	85	84	7	10	68	45	92	34	56

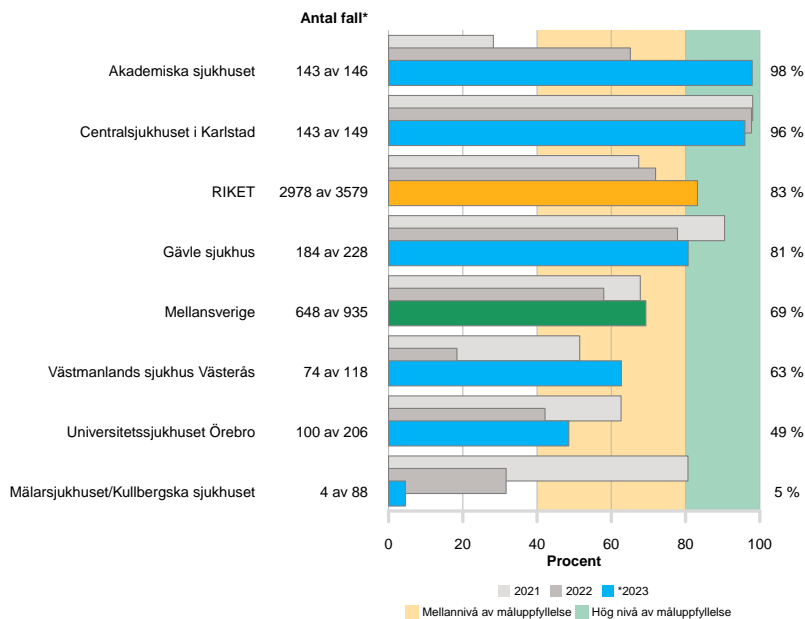
Figur 14. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 40/80 %.
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer. Målnivåer: 40/80 %.
6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15. Målnivåer: 40/60 %.
7. 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 %.

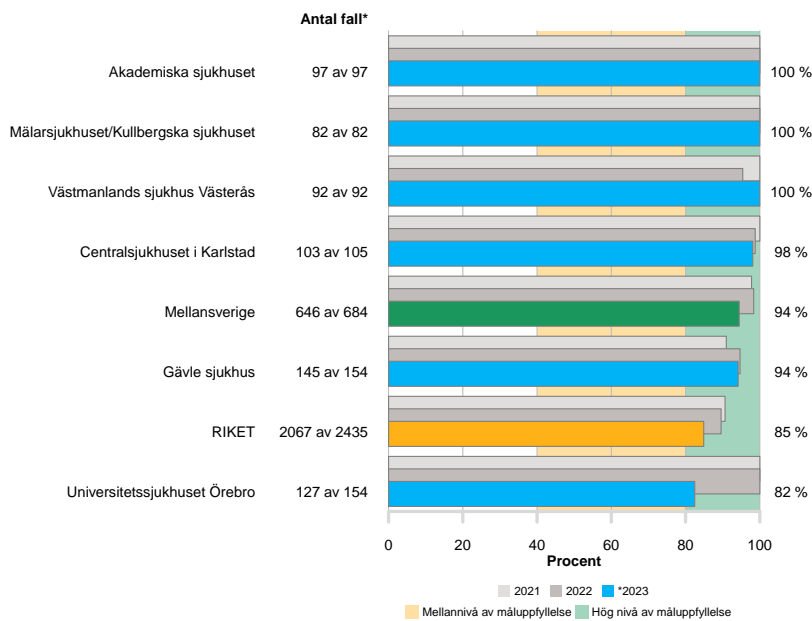


Figur 15. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2020-2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

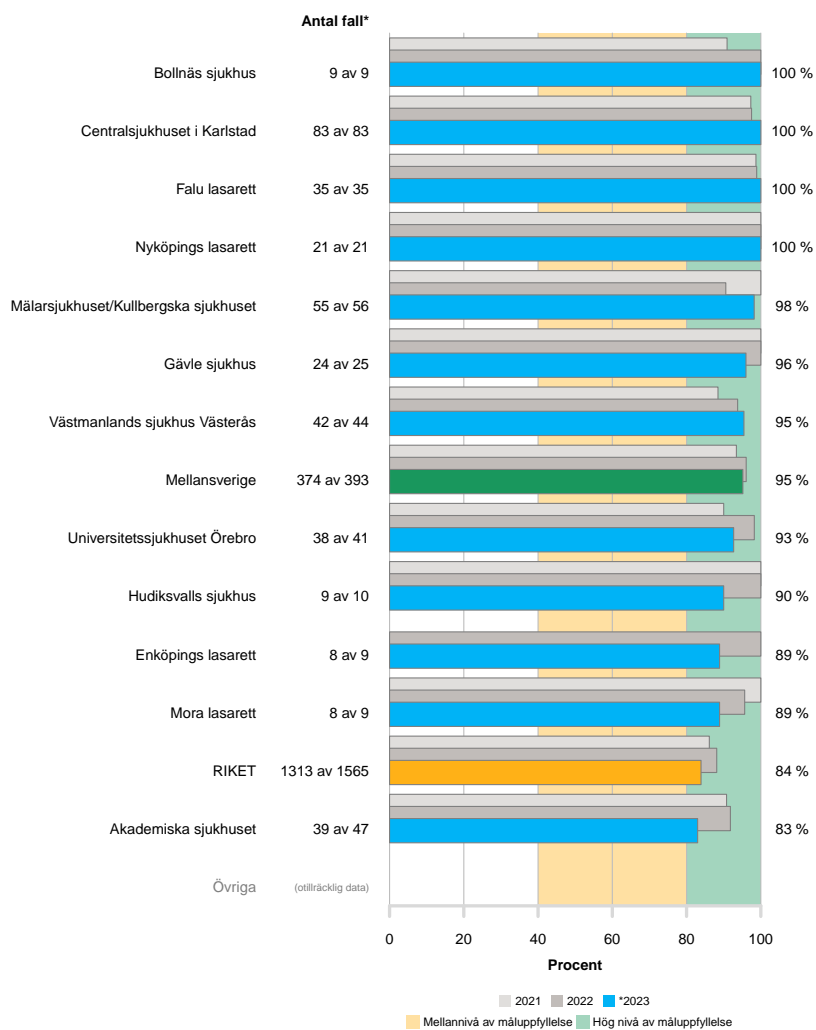
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan neoadjuvant hormonbehandling) som primärbehandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 40/80 %.
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför RT högst 57 dagar för män med högriskcancer. Målnivåer: 40/80 %.
6. Andel kurativ strålbehandling eller inklusion i SPCG-15. Målnivåer: 40/60 %.
7. 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 %.



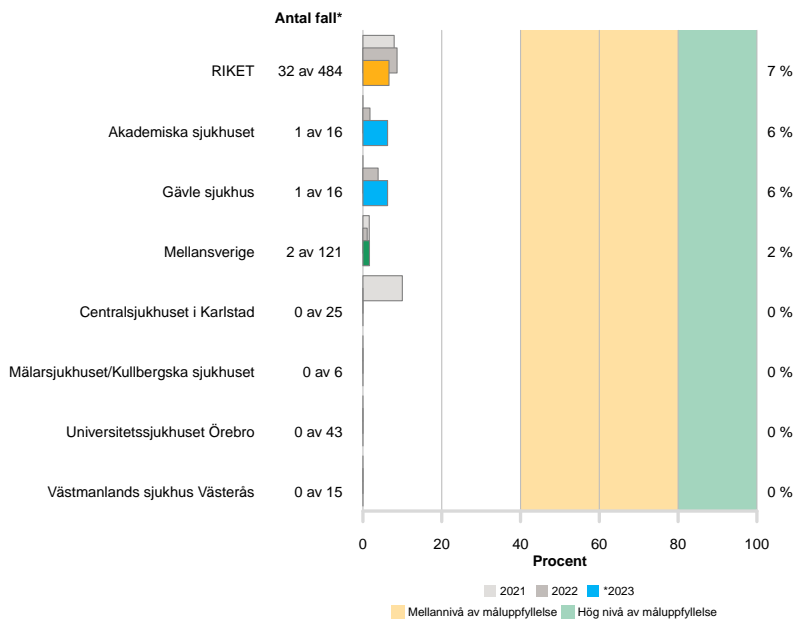
Figur 16. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



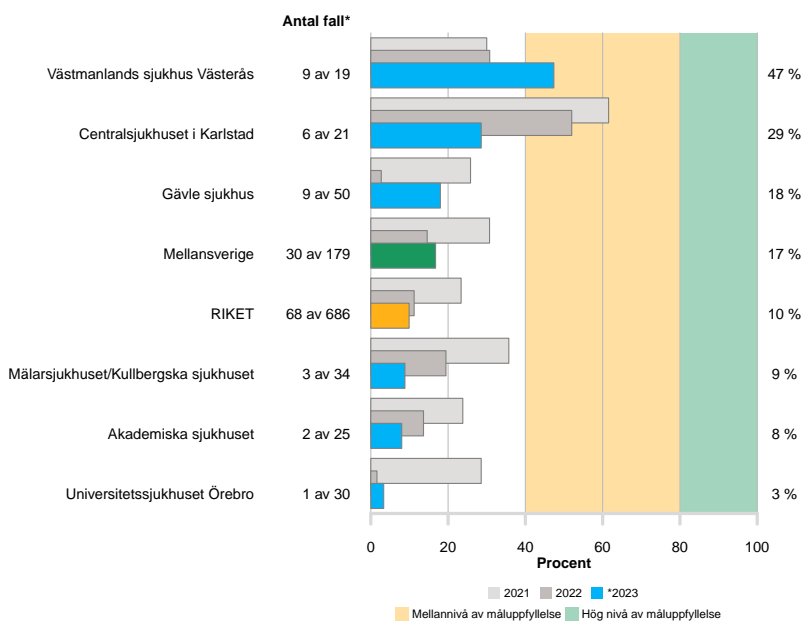
Figur 17. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



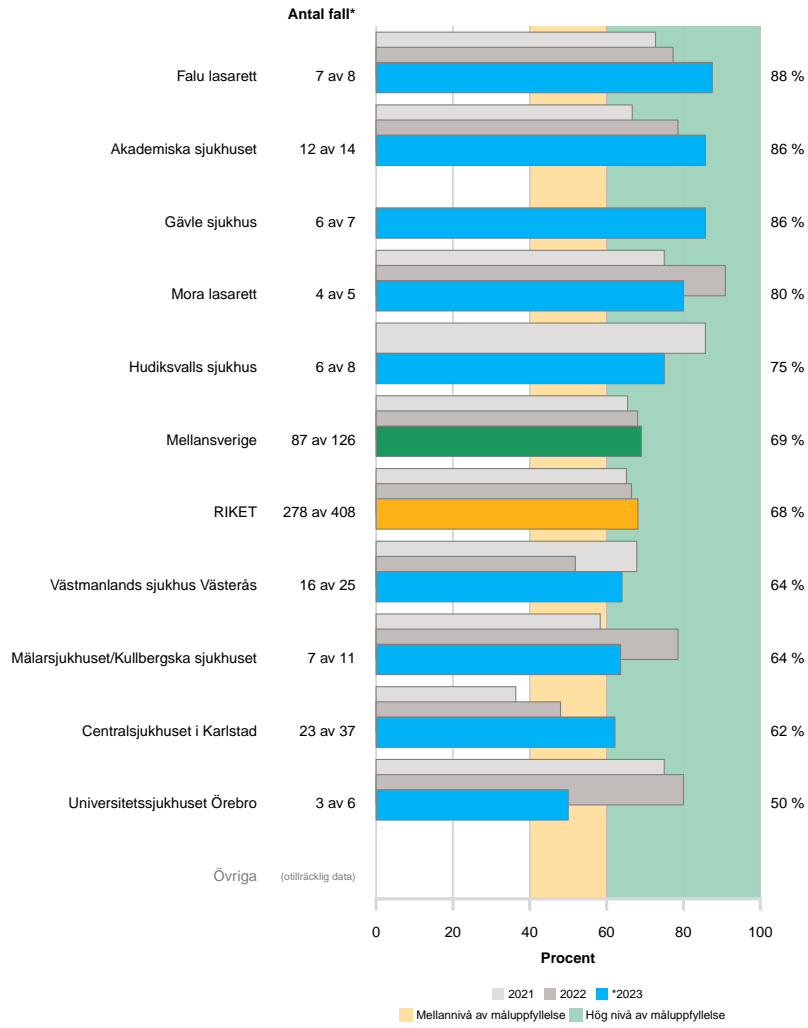
Figur 18. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



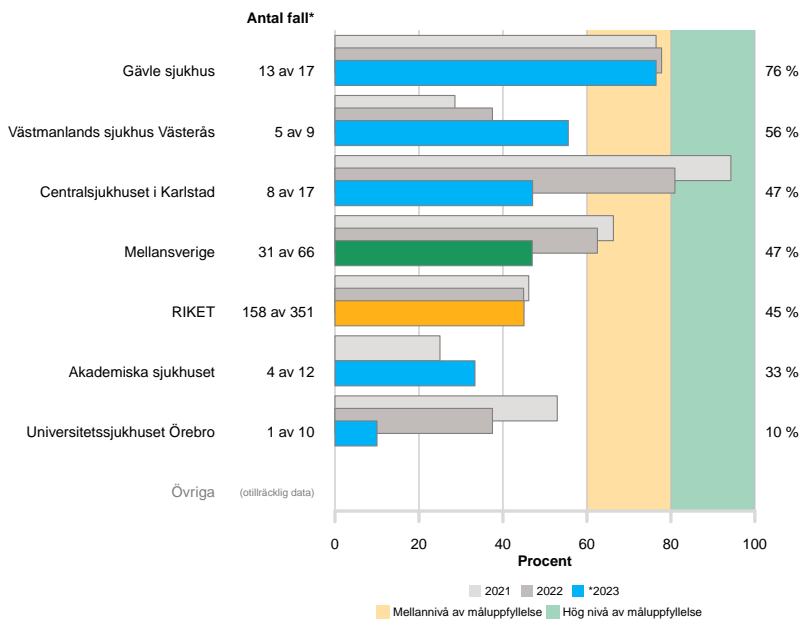
Figur 19. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



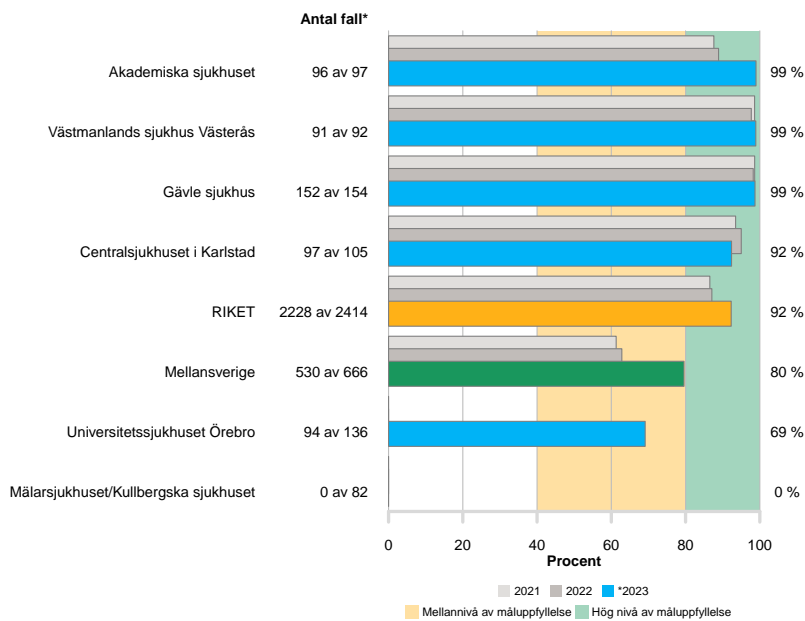
Figur 20. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2023.



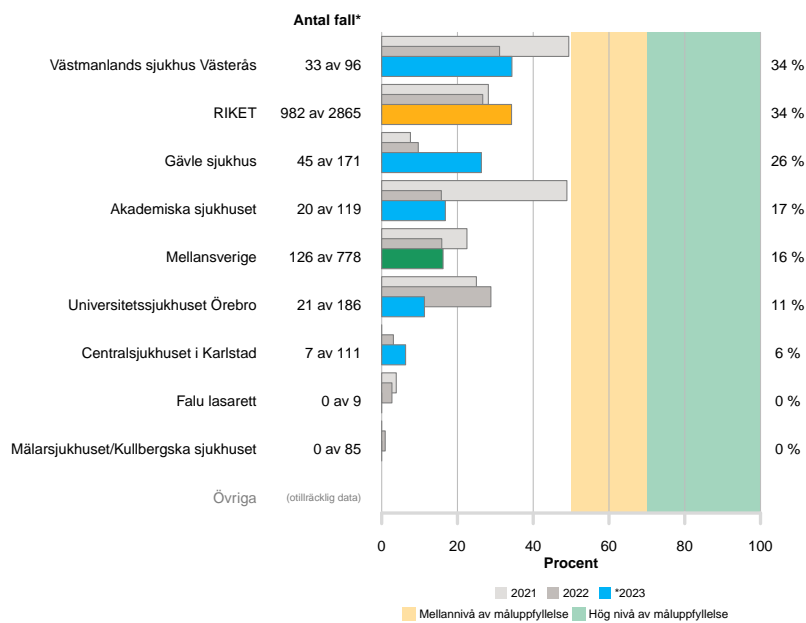
Figur 21. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



Figur 22. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålnmålan, 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.

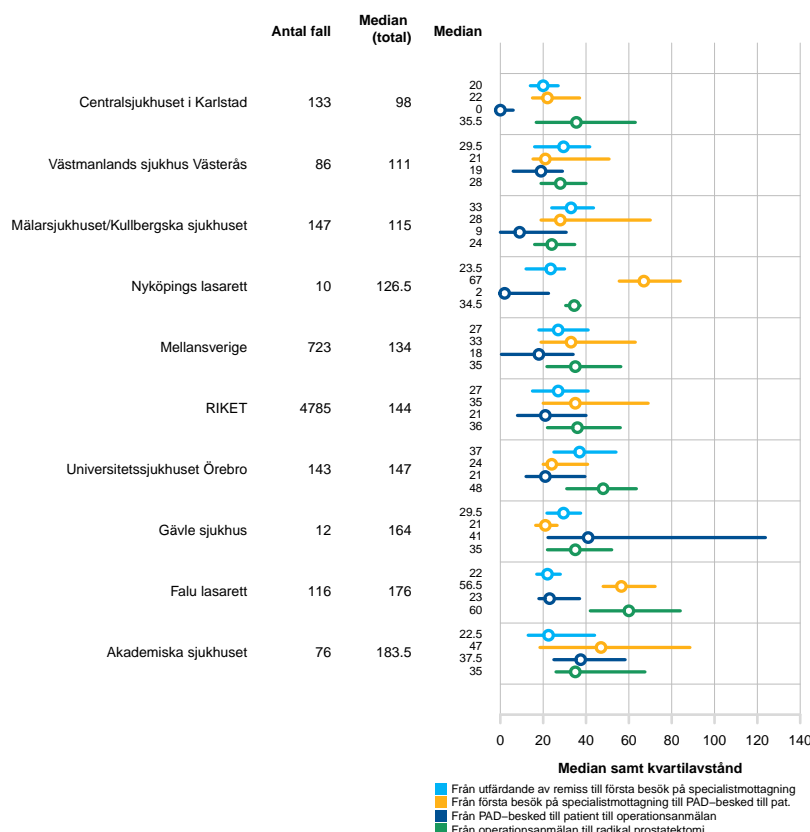


Figur 24. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.

Väntetider

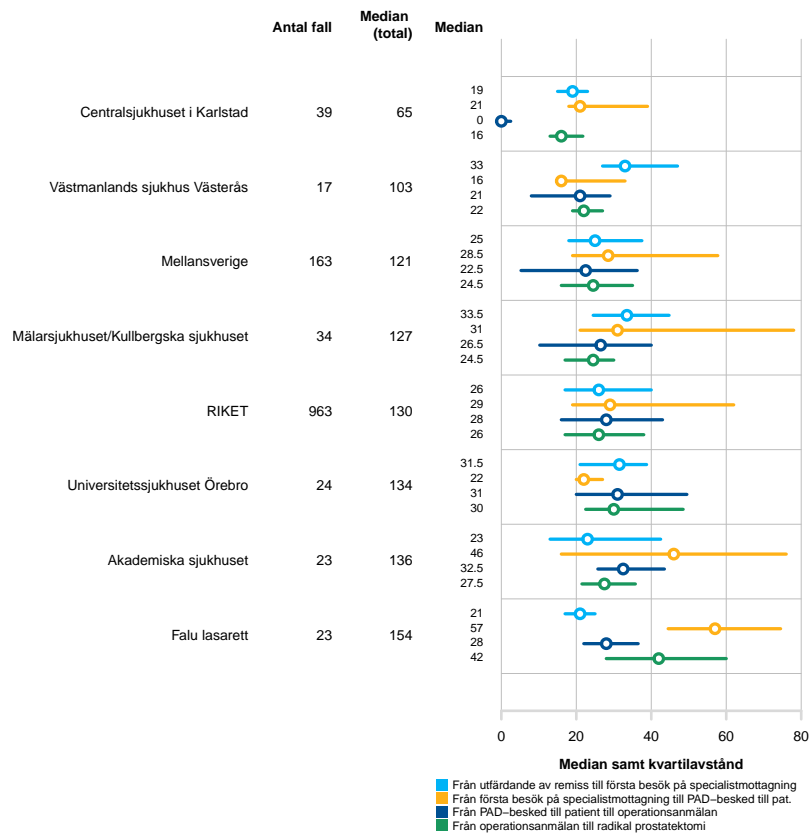
OBS!

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.



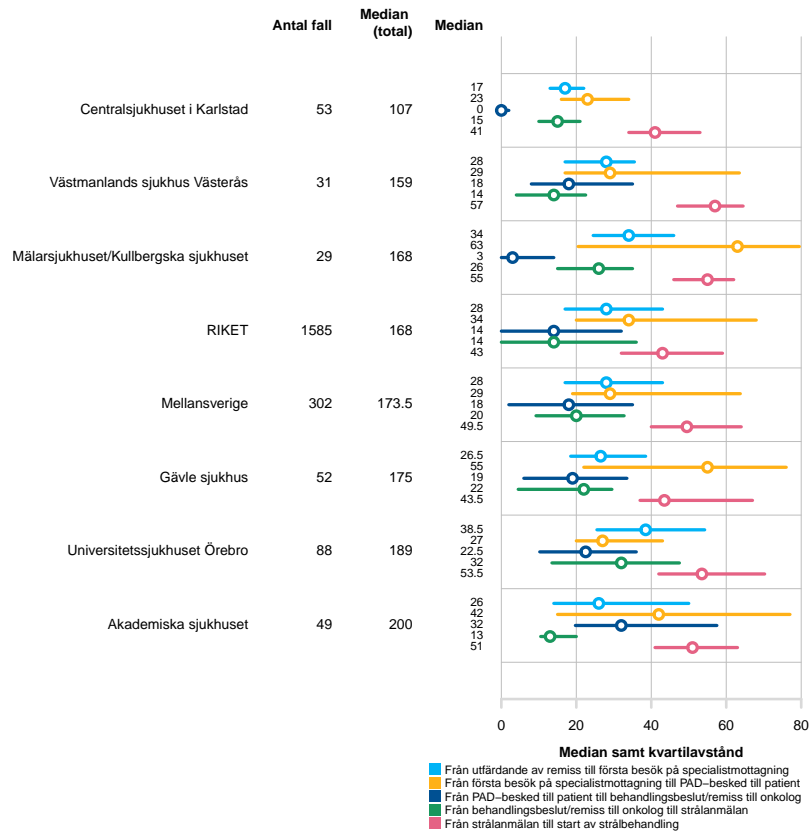
Figur 25. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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 överensstämna med summan av de enskilda medianerna.



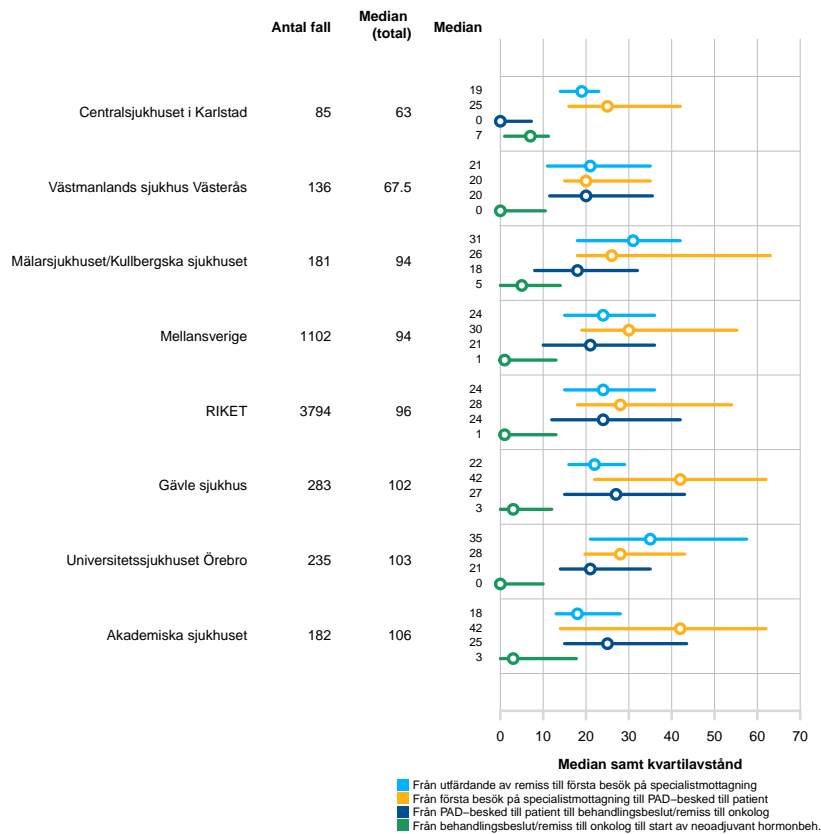
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriscancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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.



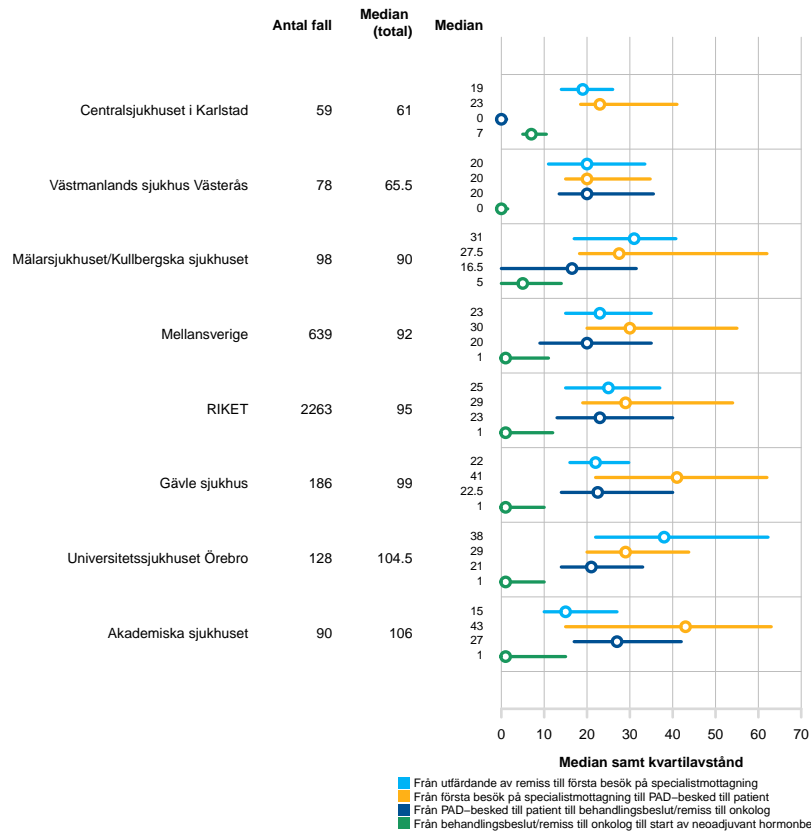
Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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.