

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2023

Södra regionen

April 2024

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

FÖRORD	6
KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER	7
RESULTATREDOVISNING	11
Täckningsgrad	11
Koll på läget - Urologi	12
Koll på läget - Onkologi	24
Väntetider	34

FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.	11
2	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 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.	14
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.	15
4	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.	16
5	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.	17
6	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.	18
7	Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	19
8	MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.	20
9	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.	21
10	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparende resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2023.	22
11	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2023.	22
12	Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-enkät 1 år efter operation, per opererande sjukhus. Period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under 2023 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).	23
13	Andel ej allvarlig urininkontinens 12 månader efter utförd radikal prostatektomi, per opererande sjukhus. Period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under 2023 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).	23
14	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 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

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.	27
16	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	28
17	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	28
18	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.	29
19	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	30
20	Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2023.	30
21	Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.	31
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.	32
23	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	32
24	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.	33
25	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.	34
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.	35
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.	36
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.	37
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.	38

FÖRORD

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

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

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

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

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Täckningsgrad

Som tidigare ligger Södra bra till jämfört med Riket. Bland de offentliga verksamheterna har Landskrona, Trelleborg och Halmstad tappat, sannolikt pga. brist på inrapportörskapacitet. Flera privata aktörer ligger liksom tidigare lågt. Dock finns dock flera positiva undantag.

Kontaktsköterska

Södra regionen ligger i nivå med genomsnittet för Riket.

Andelen har ökat under 2023. SUS har förbättrats och eftersom SUS utgör en betydande del av Södra regionen får detta förhållandevis stort genomslag.

Helsingborg har tappat, fr.a. jämfört med 2021. Oklar orsak. Bristande registrering?

Flera privatläkarmottagningar har mycket god målpuppfyllelse. Som tidigare ligger några privatläkare fortsatt väldigt lågt, vilket till viss del möjligen kan förklaras av hur avtalen med regionen är utformade.

Närvaro av kontaktsköterska vid diagnosbesked dokumenteras i journalen och här finns viss risk för underrapportering.

Ledtider - generellt

Den sammanlagda ledtiden illustrerar problemet med att vårdkedjan inte är processororienterad och att väntetider adderas till varandra. Stor variation på svarstider på PAD och MR-prostata försvårar effektiv planering på flera urologimottagningar.

Kapacitetsbrist är en gemensam faktor men som varierar inom regionen. Framst är det brist på radiologer och onkologer, men kapacitetsbrist inom patologi, urologi och anestesi spelar också en betydande roll för verksamheterna.

Jämfört med stora verksamhetsområden har små enheter med korta beslutsvägar och kontroll över processen har en fördel när det gäller ledtider.

Sist men inte minst har införandet av ”nytt PSA” inför beslut om SVF utmanat logistiken på urologimottagningarna.

Ledtider - tid till första besök

Peritus och kliniken Kärnan har mycket korta ledtider, men det har endast begränsad påverkan på utfallet för hela Södra regionen eftersom det i sammanhanget är få fall.

Helsingborg har gjort ett stort arbete och framgångsrikt med fokus på ledtider. SUS har också förbättrat tillgängligheten, men ligger trots detta knappt 50 % målpuppfyllelse.

Centralsjukhuset i Kristianstad har p.g.a. bemanningsproblem tappat i tillgänglighet.

I Helsingborg har man också arbetat fram logistik för "ett andra PSA" inför beslut om MR. Detta arbetssätt har nu också implementerats bl.a. i Ystad och på SUS.

Ledtider - tid till PAD-besked

Liksom föregående år sticker Perituskliniken ut med mycket god tillgänglighet. Se *Ledtider- generellt*.

Södra regionen ligger i nivå med Riket, men generellt är det mycket låga siffror såväl i regionen som i riket, vilket sannolikt återspeglar att ingen aktör inom offentlig förvaltning äger hela processen och att ledtider adderas till varandra.

Ledtider - tid till kurativ behandling

I Södra sjukvårdsregionen är vi liksom i riket i övrigt mycket långt ifrån att uppfylla leddidsmålen. Se under rubriken *Ledtider – generellt*.

Helsingborg har arbetat målmedvetet med ledtider och ligger betydligt bättre till än både Riket och Södra regionen.

MR före diagnostisk biopsi

Det har skett en betydande förbättring i Södra regionen, som nu ligger i nivå med riket. Flertalet vårdgivare i regionen ligger bakom denna förbättring.

Begränsad tillgänglighet till MR-prostata skapar dock leddidsproblem. Se *Ledtider – tid till första besök*.

MDK vid högrisksjukdom

Södra sjukvårdsregionen ligger fortsatt lägre än Riket. Detta beror till stor del på tillgänglighetsproblematik på SUS. Radiologbristen har under 2023 medfört kö till MDK, som endast haft närvarande radiolog varannan vecka.

Vid MDK på SUS diskuteras också patientfall från Landskrona, Trelleborg, Ystad och Kristianstad, som med undantag för Kristianstad alla ligger under regionens genomsnitt. Kronoberg och Blekinge har bättre tillgänglighet än Region Skåne. Helsingborg utmärker sig positivt i Region Skåne, men dessa ronder hanterar betydligt färre patientfall än SUS-ronderna.

På SUS bedöms många patienter på gemensam uroonkologisk mottagning vid högrisk och kurativ intention. Dessa mottagningar bör registreras som MDK, men här föreligger sannolikt en underrapportering.

Nervsparande kirurgi

Med undantag för SUS och Helsingborg ligger alla opererande enheter i nivå med riksgenomsnittet. Under 2023 utfördes drygt hälften av alla prostatektomier i Södra regionen på SUS, vilket har stor inverkan på regionens sammanlagda resultat.

Frågan har diskuterats internt med operatörer och inrapportörer på SUS och i Helsingborg. Det är ett välkänt problem att det kan vara svårt för en inrapportör att tolka journalanteckningar och

operationsberättelser. Systematiska brister i operationsberättelserna har identifierats och arbete pågår nu med att överlåta ansvaret för ifyllande av prostatektomiformuläret till ansvarig operatör.

Negativa resektionsränder

Södra regionen ligger lägre än Riket. SUS, som gör flest prostatektomier i regionen har förbättrat sina resultat och närmar sig nivån för Riket.

Helsingborg och Växjö har tappat betydligt och internt arbete är initierat i Växjö. Helsingborg bör följa efter i detta arbete.

Peritus har tappat. Oklar orsak.

ePROM – enkät 1 år efter operation

Det har skett en betydande förbättring inom Region syd under 2023. Med undantag för Karlskrona har alla opererande enheter förbättrats och såväl Peritus som Helsingborg och SUS ligger i nivå med eller över Riket.

Användandet av baslinjeenkäten låg under 2023 över 80 % i Region syd, vilket är en markant förbättring jämfört 2020 då regionen låg på 60 %.

Andel ej allvarlig urininkontinens 12 månader efter operation

Södra regionen ligger fortsatt i nivå med Riket, men har tappat något under 2023. Perituskliniken utmärker sig positivt och SUS har också kontinenssiffror över 90 %.

Växjö, Karlskrona och Helsingborg har tappat under 2023. Kvalitetsarbete är initierat i Växjö (se *Negativa resektionsränder*) och såväl Helsingborg som Karlskrona bör följa efter. Arbetet i Växjö kan tjäna som förebild för detta arbete.

Strålbehandling

Strålbehandling sker på två enheter; Växjö och SUS.

Inrapportering: Som tidigare har Växjö mycket god inrapporteringsgrad och fortsatt så är inrapporteringen även från SUS acceptabel, från kring 40 % för några år sedan till 82 % 2023.

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

MDK: Se kommentar ovan avseende urologidelen.

Ledtider: Som i övriga landet ligger båda strålenheter långt från målvärdena även om det för salvage strålbehandling ser bättre ut, i synnerhet i Växjö. Fortsatt är personalsituationen på strålenheten på SUS bekymmersam vilket avspeglas i alltför långa väntetider generellt. Att ledtiden från remiss till start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling är så otillfredsställande kan sannolikt delvis förklaras av den långa utredningsgången som i Södra Regionen även innefattar PSMA-PET undersökning.

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

Åtgärder

Personalsituationen på strålbehandlingen på SUS är fortsatt bekymmersam och det pågår ett ständigt arbete i syfte att öka kapaciteten. Det föreligger brist på uroonkologer i Södra Sjukvårdsregionen, och såväl bristen på läkare som bristen på strålsköterskor bidrar till de långa leddiderna för strålbehandling. Under 2023 finns det tendenser till att situationen förbättrats.

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

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

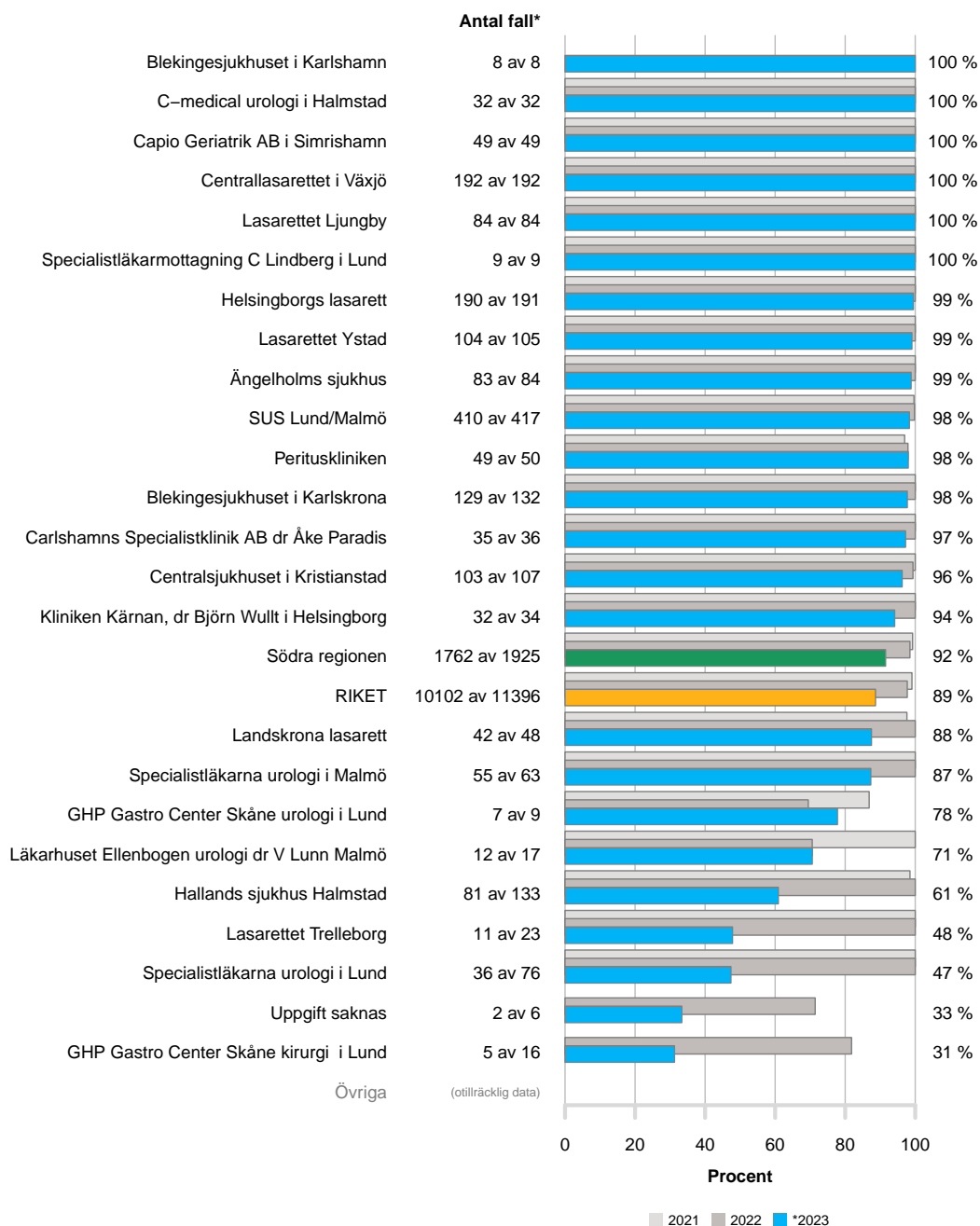
Kvalitetsdata för radikala prostatektomier på SUS kräver översyn av utbildningsprogrammet.

Thomas Jiborn, Olof Ståhl

Regional processledare urologi, onkologi

RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad



Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 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	
Blekingesjukhuset i Karlskrona	100	8	6		88	92	83	76	56	79	65
C-medical urologi i Halmstad	100	55	5		89						62
Capio Geriatrik AB i Simrishamn	100	43	6		86						59
Carlshamns Specialistklinik AB dr Åke Paradis	100	42	4		89						59
Centrallasarettet i Växjö	98	56	26	0	95	100	88	53	71	83	67
Centralsjukhuset i Kristianstad	94	24	2		78	75	82	78			62
GHP Gastro Center Skåne urologi i Lund					100						100
Hallands sjukhus Halmstad	86	9	5	0	91	77					45
Helsingborgs lasarett	82	71	9	25	99	88	65	62	81	85	67
Kliniken Kärnan, dr Björn Wullt i Helsingborg	8	91	11		90						50
Landskrona lasarett	98	67	7		71	62					61
Lasarettet Ljungby	94	60	12		94	100					72
Lasarettet Trelleborg	80	22	0		78						45
Lasarettet Ystad	100	50	8		74	50					56
Läkarhuset Ellenbogen urologi dr V Lunn Malmö					100						100
Perituskliniken	95	93	92		100	0	88	72	86	100	81
Specialistläkarmottagning C Lindberg i Lund	93	33	14		87						57
Specialistläkarna urologi i Lund	12	6	35		79	56					37
Specialistläkarna urologi i Malmö	0		8		98	17					31
SUS Lund/Malmö	88	48	6	3	93	59	56	77	77	91	60
Ängelholms sjukhus	80	58	19		97	85					68
Södra regionen	86	46	13	4	91	67	67	72	75	89	61
RIKET	88	43	11	8	90	84	85	80	76	91	66

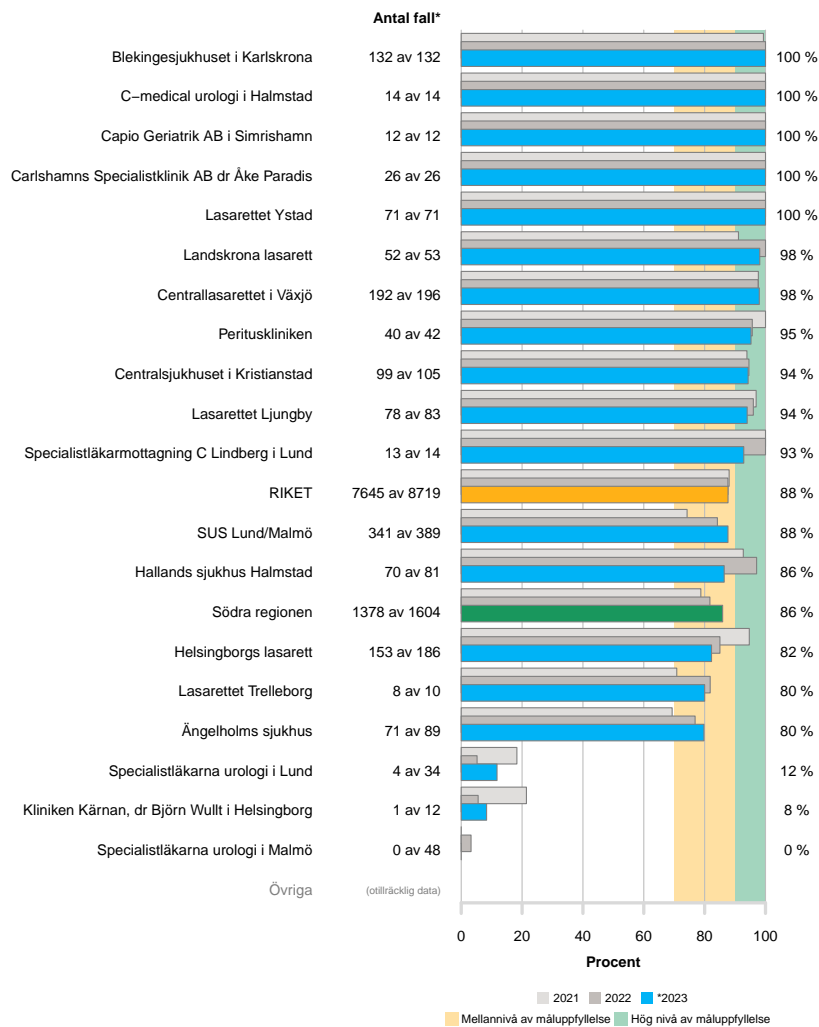
Figur 2. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

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 %.

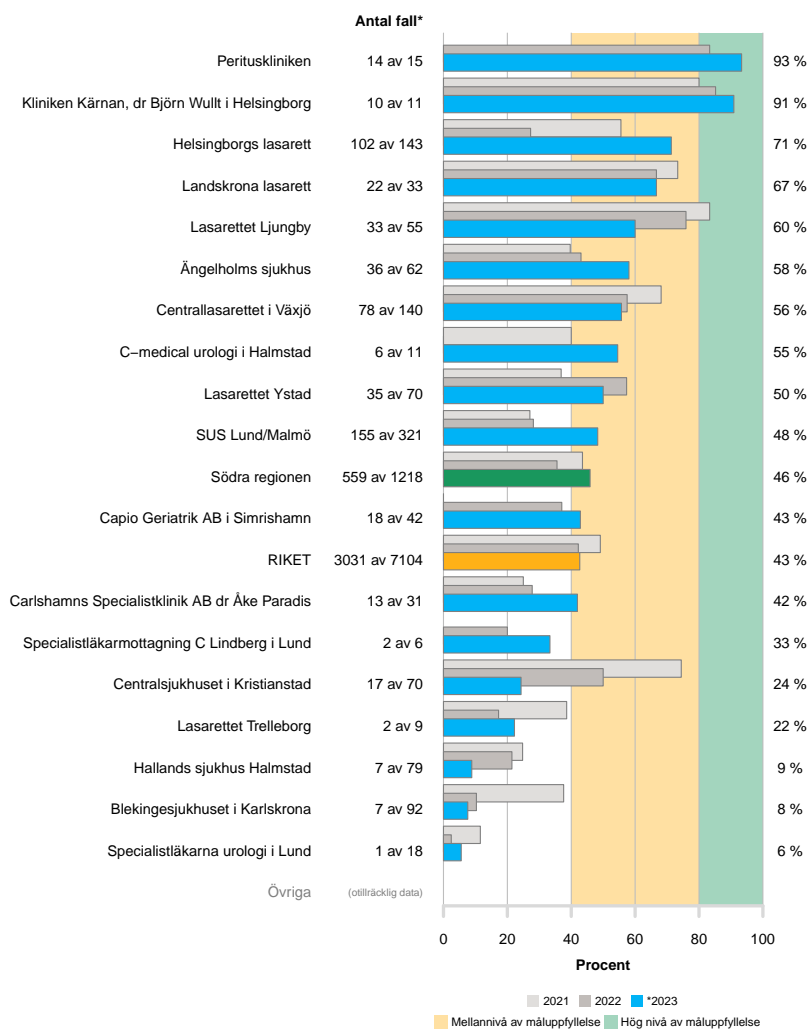


Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2020-2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå.

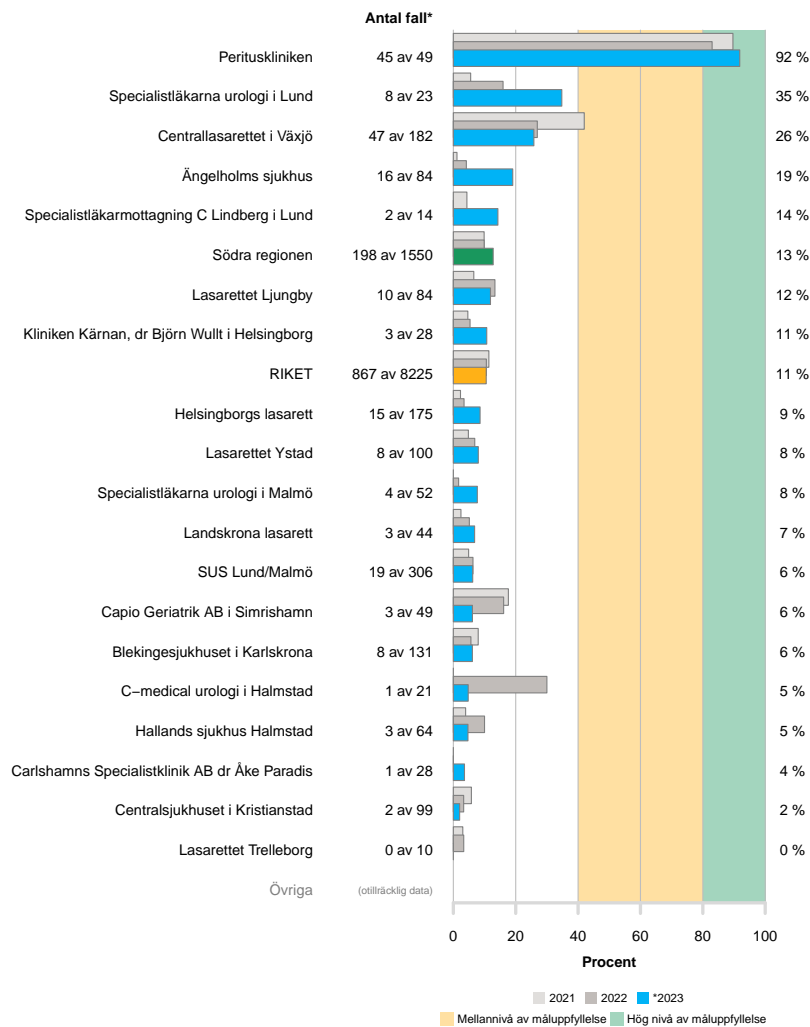
1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
4. Tid mellan utfärdande av remiss och 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 %.



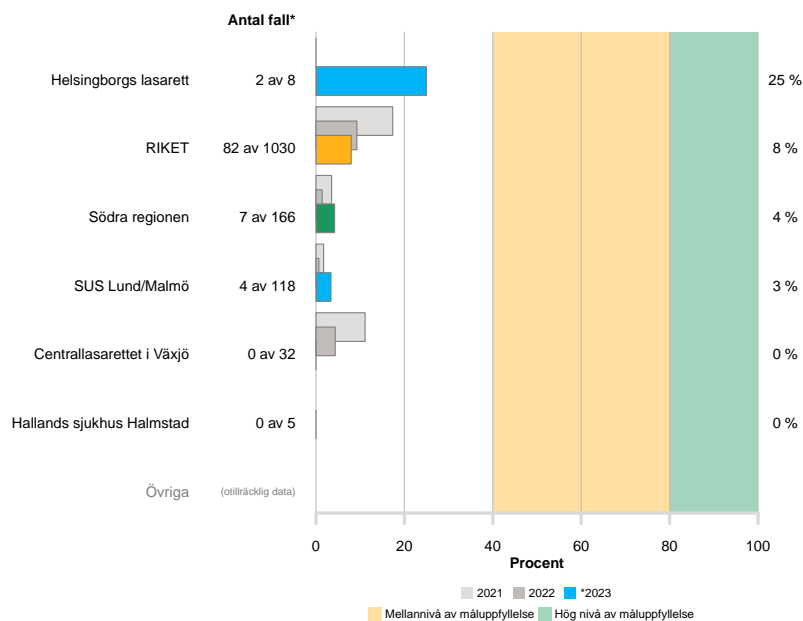
Figur 4. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



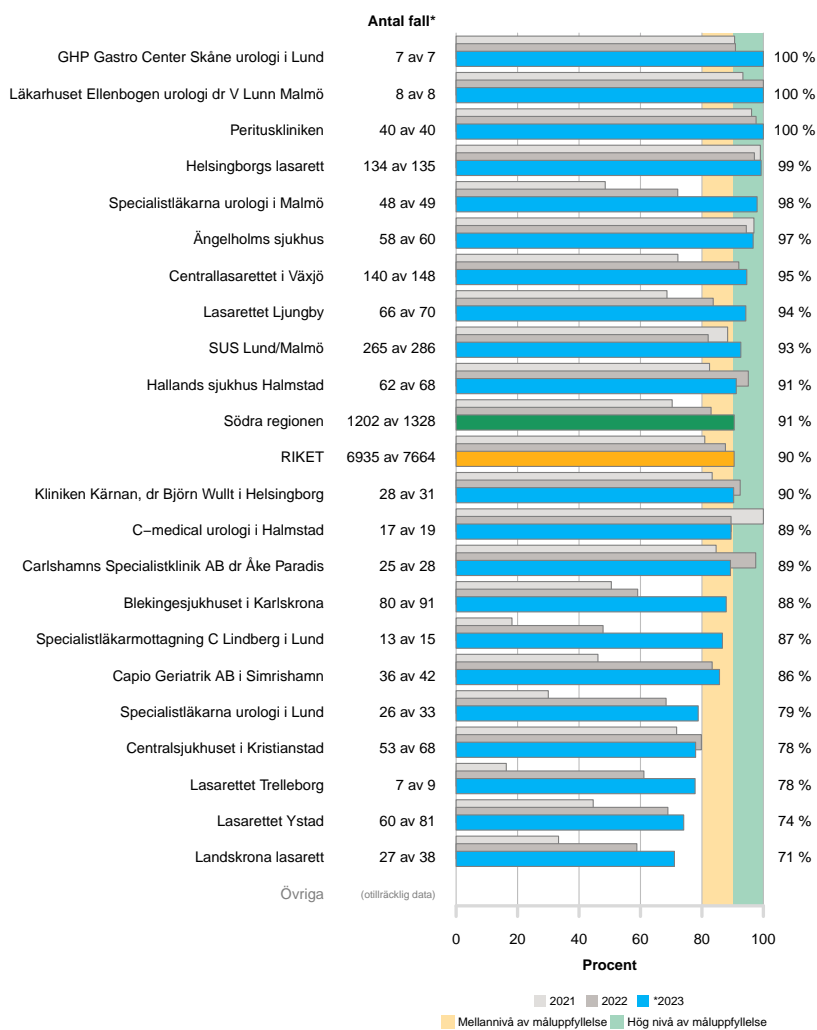
Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.



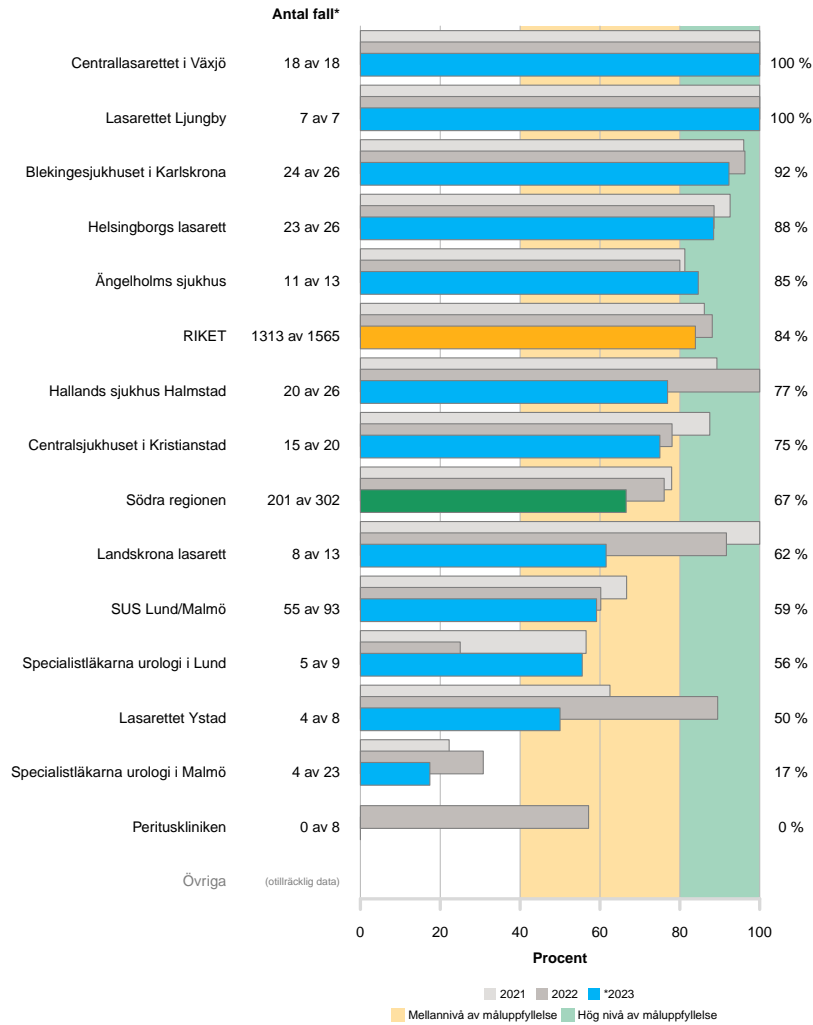
Figur 6. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.



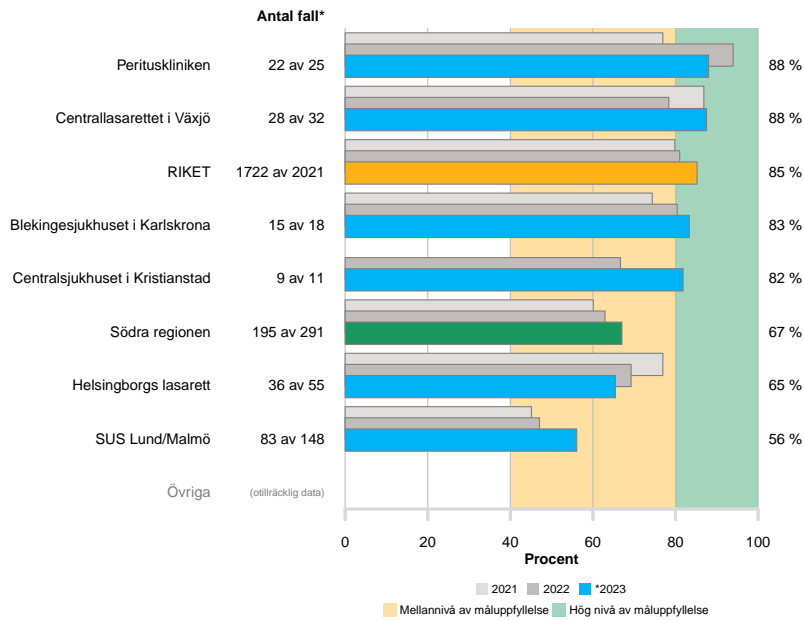
Figur 7. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer,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



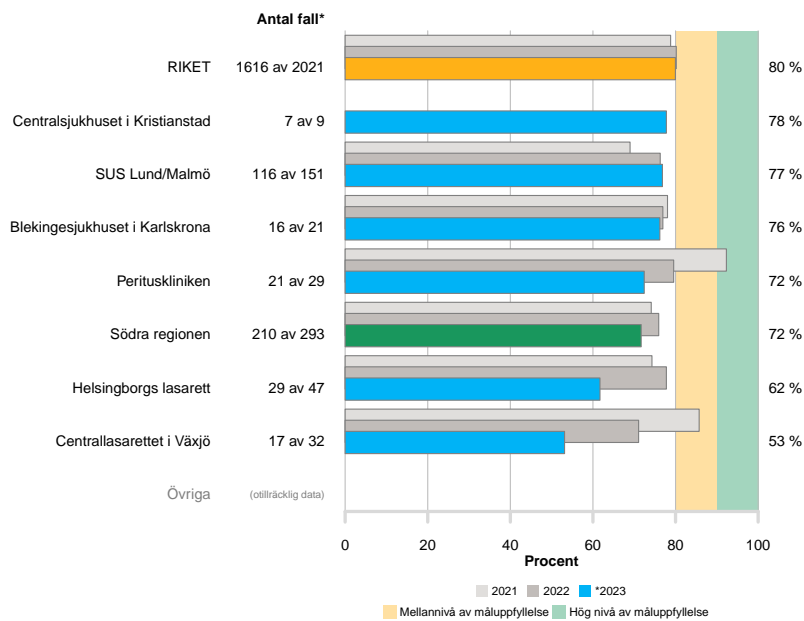
Figur 8. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2023.



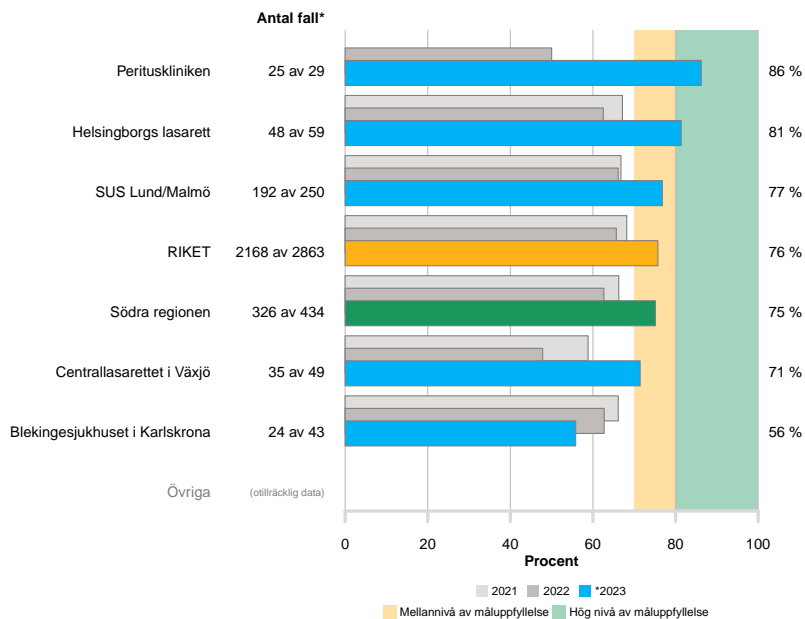
Figur 9. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



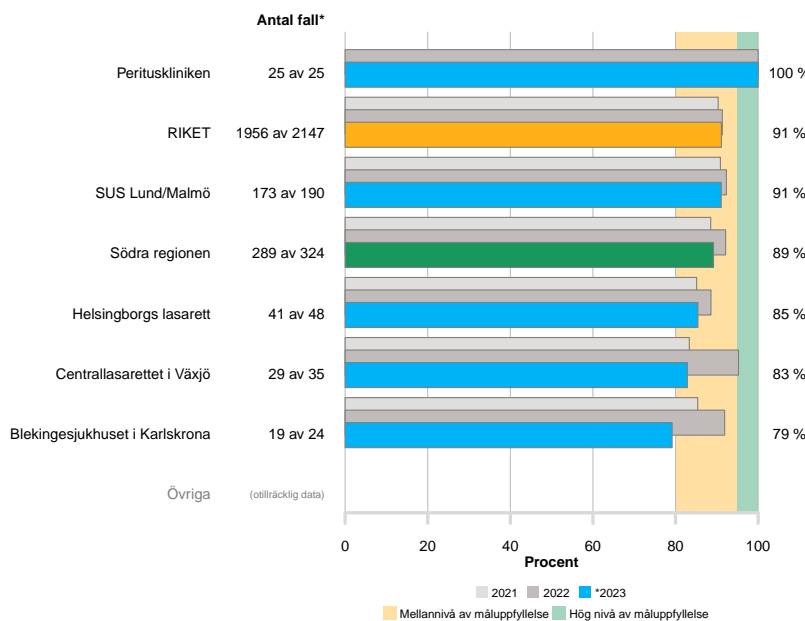
Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2023.



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.

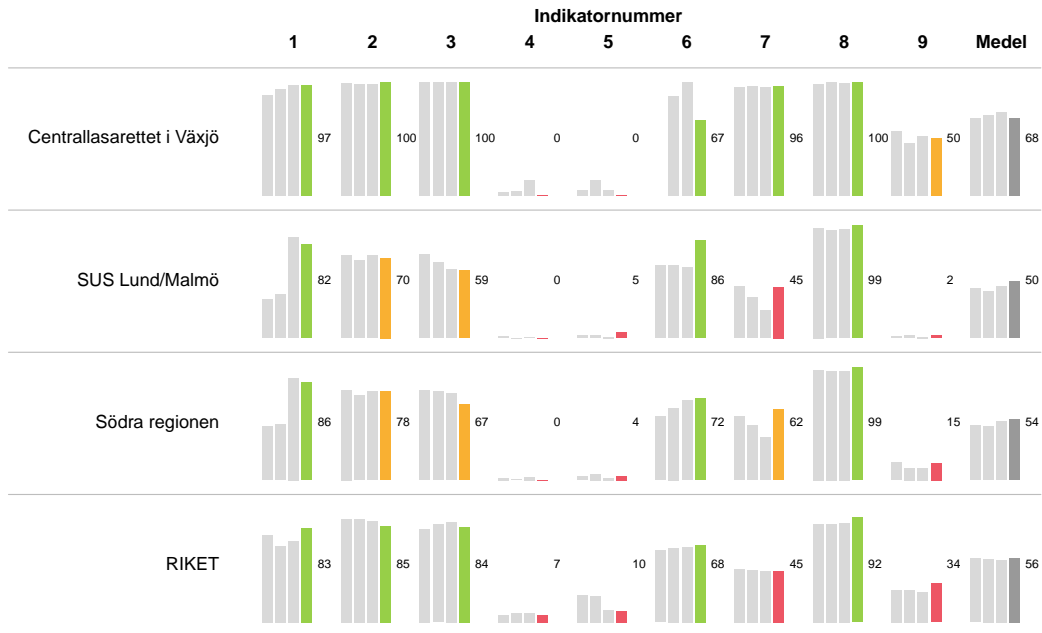
9. **Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät.**

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	
Centrallasarettet i Växjö	97	100	100	0	0	67	96	100	50	68
SUS Lund/Malmö	82	70	59	0	5	86	45	99	2	50
Södra regionen	86	78	67	0	4	72	62	99	15	54
RIKET	83	85	84	7	10	68	45	92	34	56

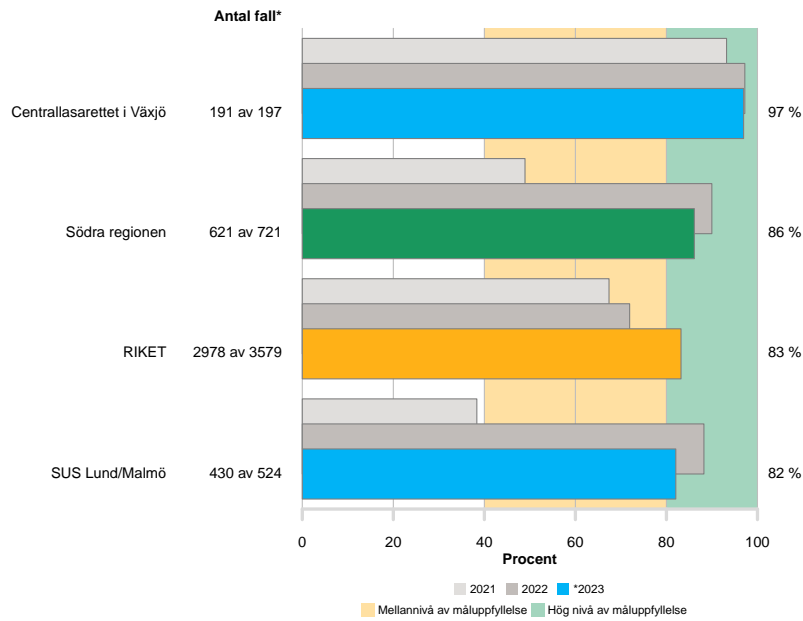
Figur 14. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

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 %.

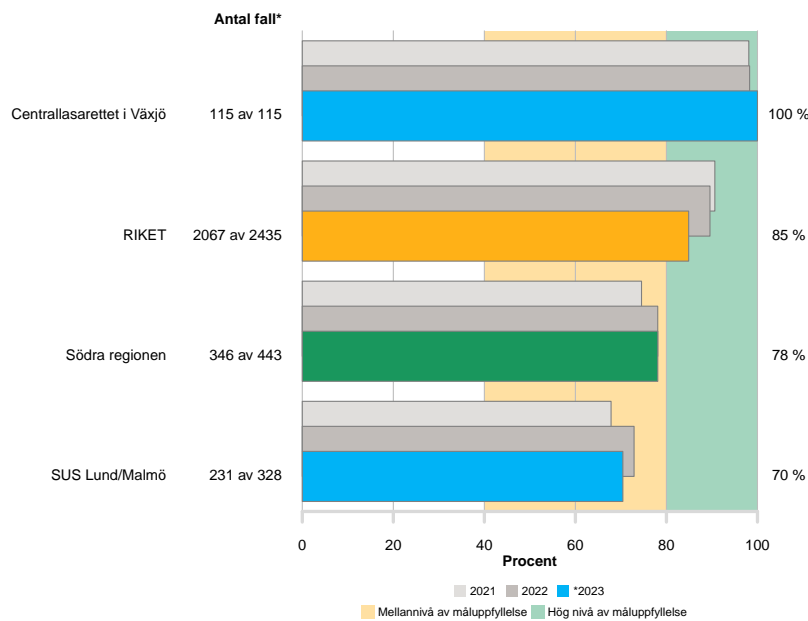


Figur 15. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2020-2023. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå.

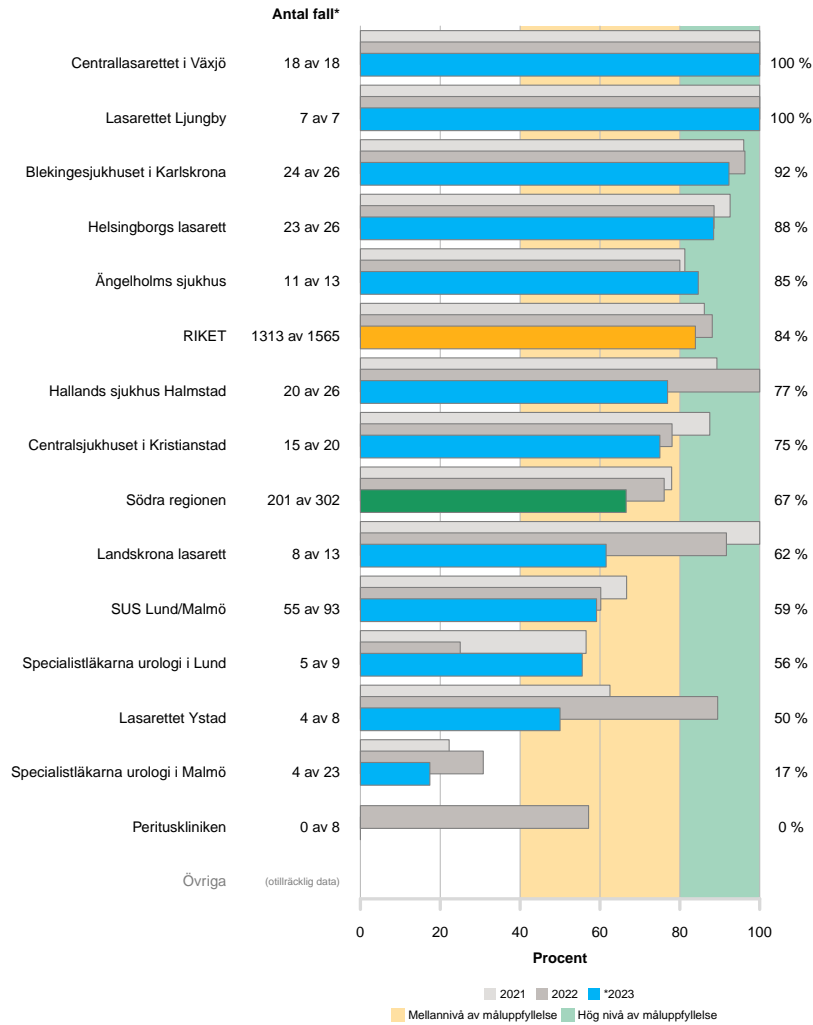
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Andel primärt strålbehandlade män som har namngiven kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 40/80 %.
3. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel som startat strålbehandling (utan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



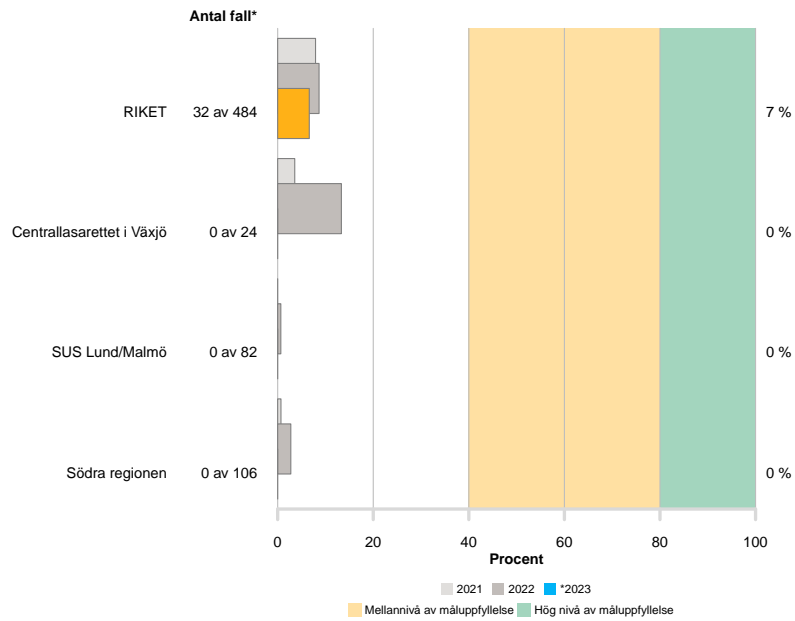
Figur 16. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



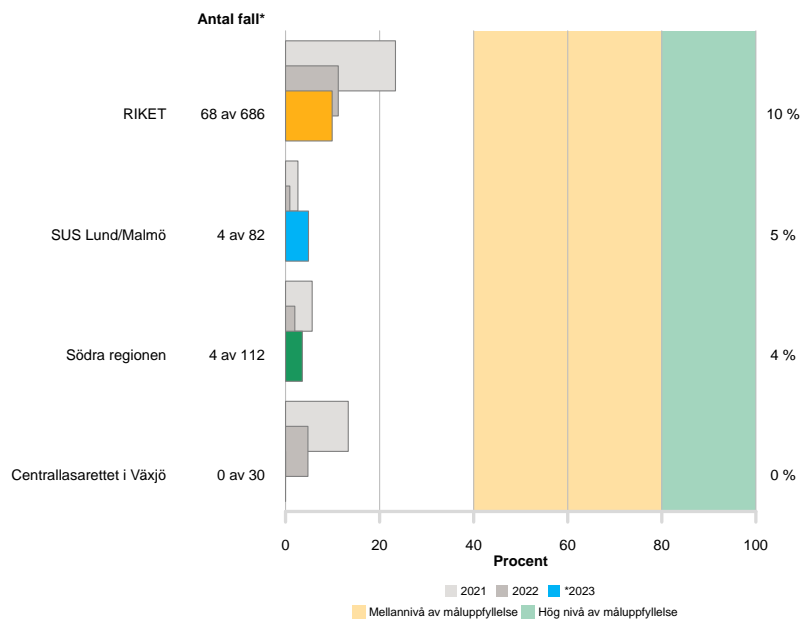
Figur 17. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.



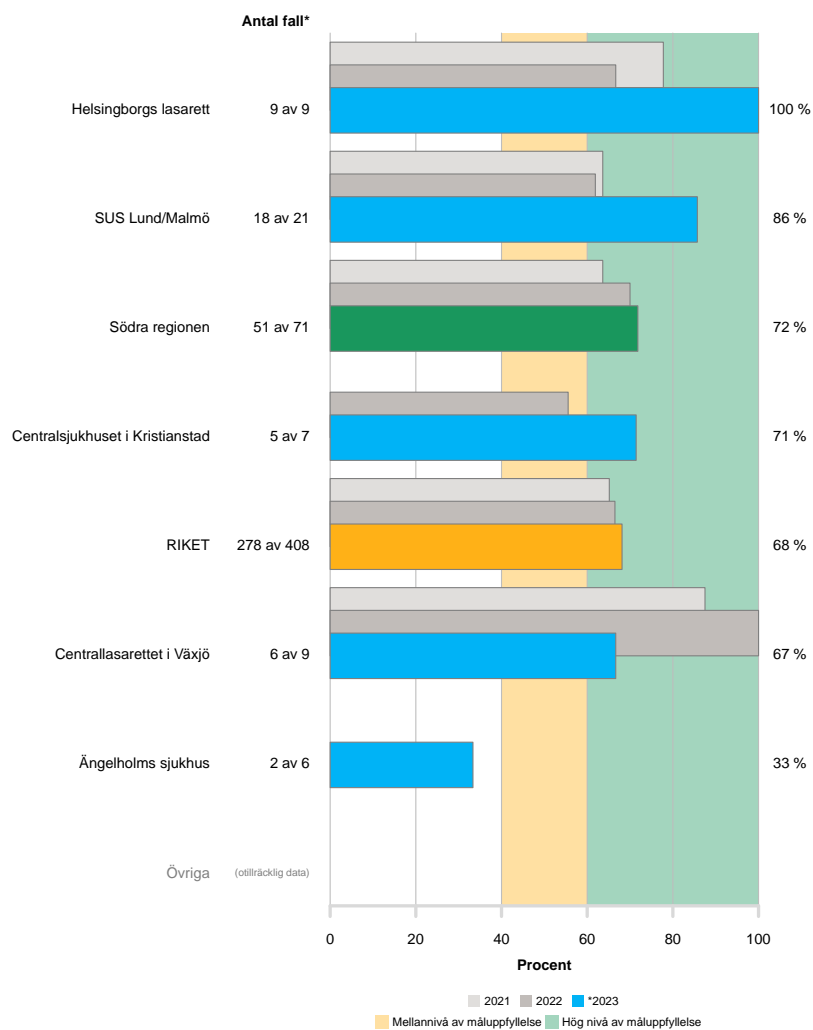
Figur 18. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



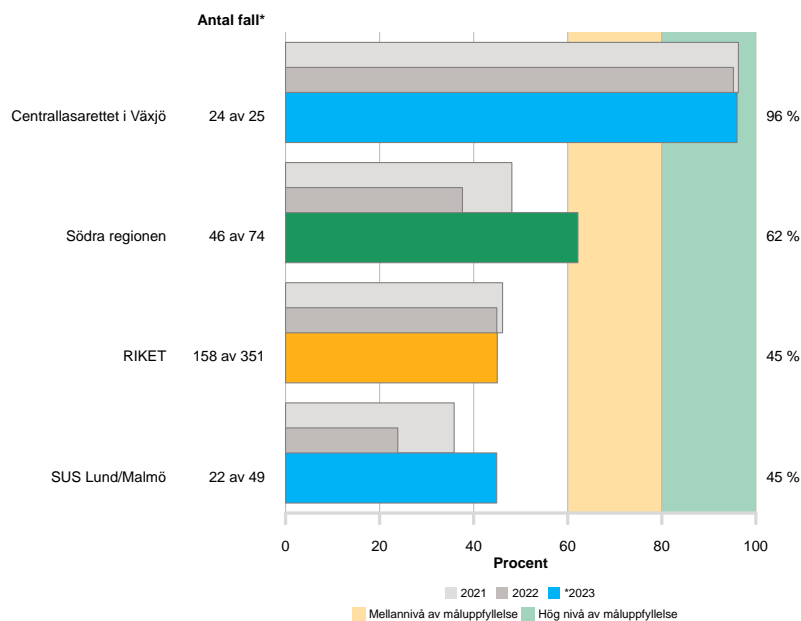
Figur 19. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbildande sjukhus, behandlingsår 2023.



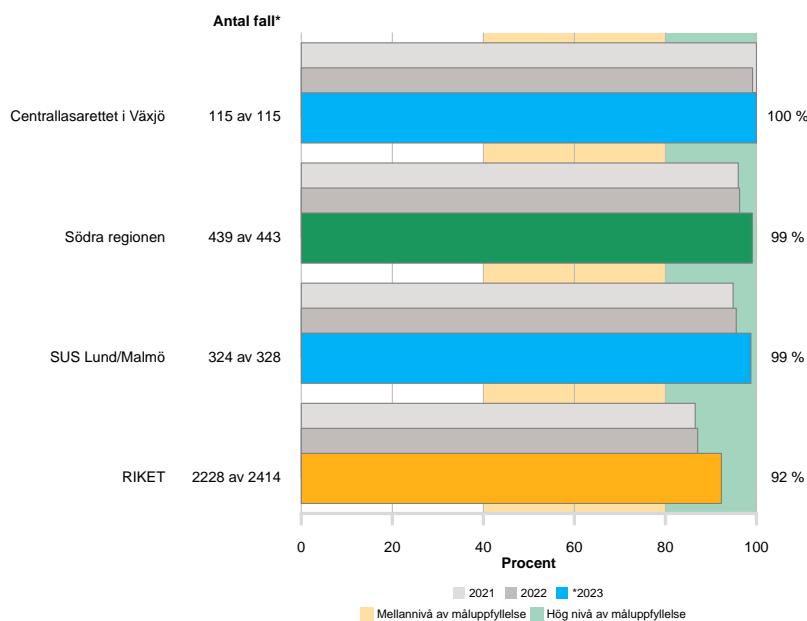
Figur 20. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 57 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbildande sjukhus, diagnosår 2023.



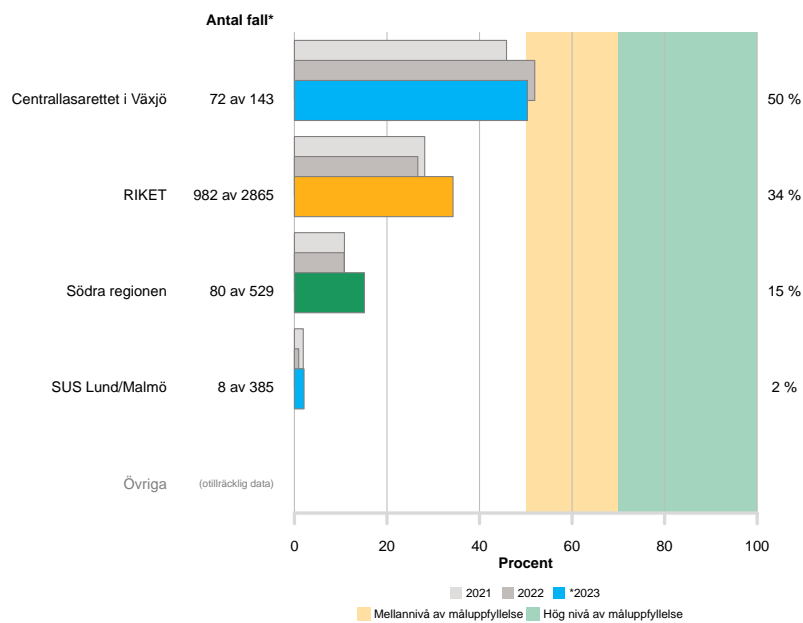
Figur 21. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2023.



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.

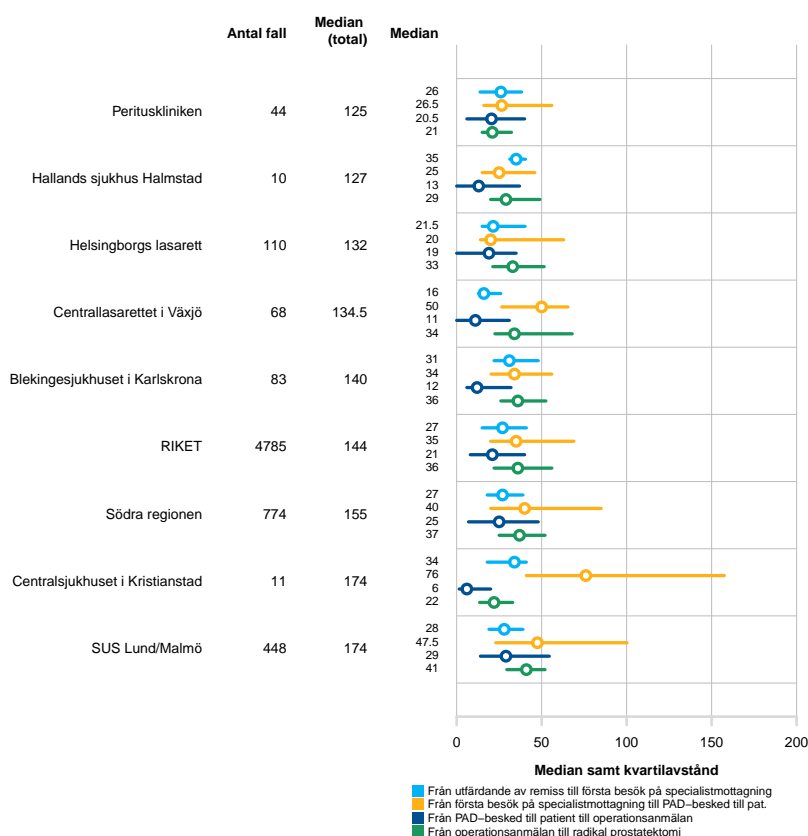


Figur 24. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2023.

Väntetider

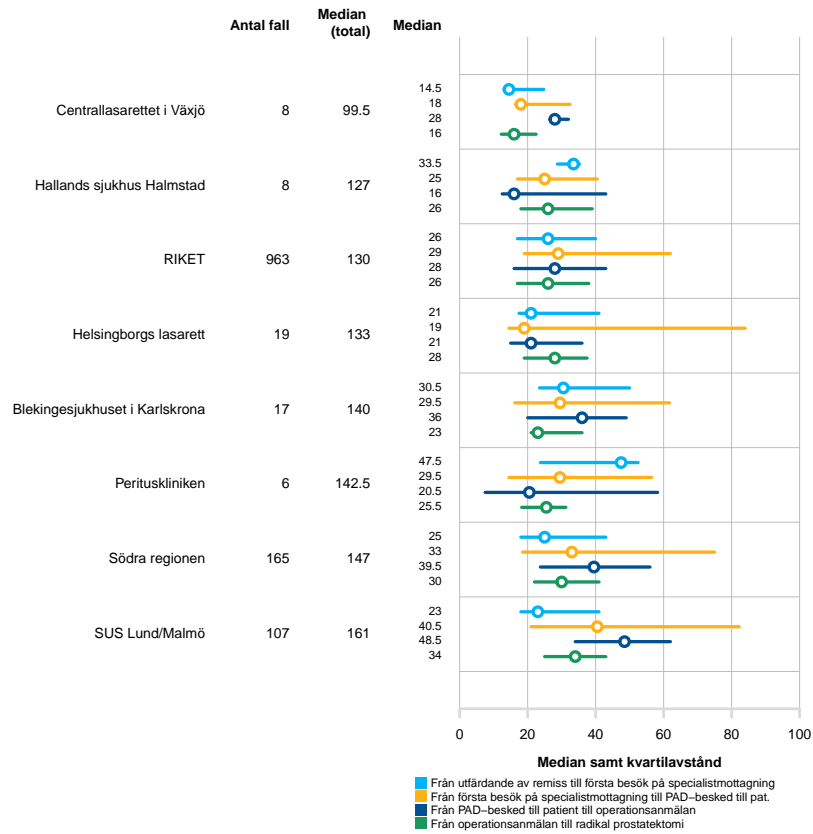
OBS!

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.



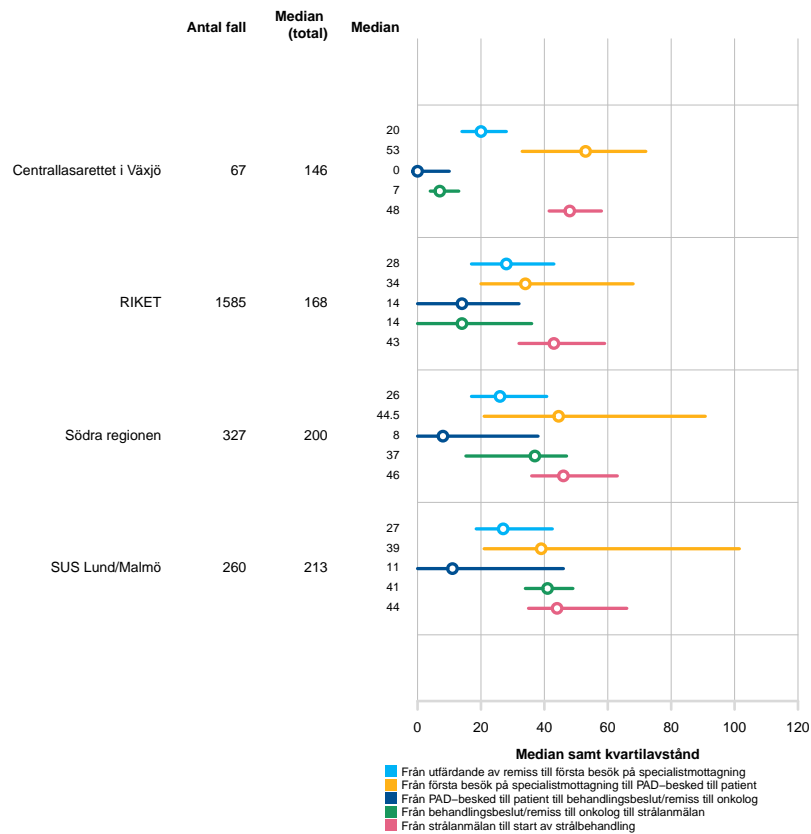
Figur 25. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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 överensstämma med summan av de enskilda medianerna.



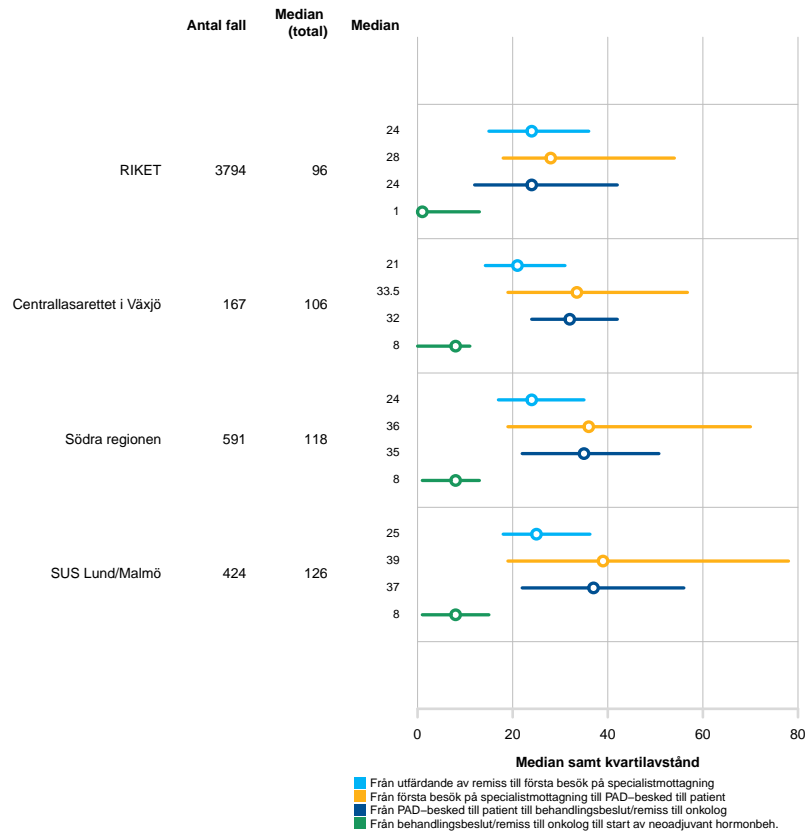
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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.



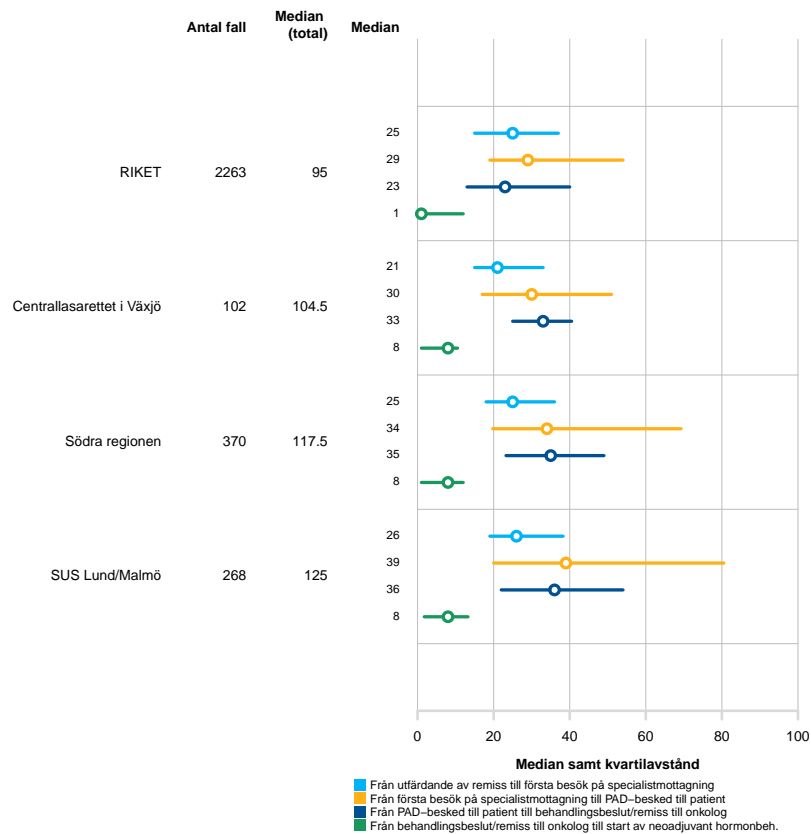
Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2021-2023.

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.