

Prostatacancer

Sjukvårdsregional kvalitetsrapport för 2024

Västra regionen

April 2025

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

FÖRORD	7
KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER	8
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 2024. . . .	10
2	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2024. 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.	13
3	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2021-2024. 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
4	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2024.	15
5	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2024.	16
6	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2024.	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 2024.	18
8	MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2024.	19
9	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 2024.	20
10	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparrande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2024.	21
11	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2024.	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 2024 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 2024 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).	22
14	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2024. 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

15	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2021-2024. 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 2024.	27
17	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos $\leq$ 80 år) med högriskcancer eller cancer med mycket hög risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2024.	28
18	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.	29
19	Andel män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk där strålbehandling som primärbehandling startat inom 42 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.	29
20	Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.	30
21	Andel män 80 år eller yngre med prostatacancer med mycket hög risk eller N1 som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog och abirateron, per behandlingsbeslutande onkologienhet, behandlingsår 2024.	30
22	Andel män 75 år eller yngre med ogynnsam mellanriskcancer som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog samt bicalutamid, per behandlingsbeslutande onkologienhet, behandlingsår 2024.	31
23	Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.	31
24	Andel ej allvarligt avföringsläckage 12 månader efter primär kurativ strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus. Period är definierat som datum för avslutad strålbehandling + 18 månader (dvs. behandlingar där det under 2024 gått 18 månader sedan avslutad strålbehandling är inkluderade).	32
25	Andel män med primärt metastaserad sjukdom (<4 skelettmetastaser, inga visceral metastaser) som genomgått lokal strålbehandling mot prostata, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2024.	32
26	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.	33
27	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.	34
28	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.	35
29	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.	36

30	Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med högriskcancer som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.	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 prostatacervård 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 Västra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2024.

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

M1 → **Fjärrmetastaserad**
 N1 → **Regionalt metastaserad**

cT4 och/eller Gleasonsumma 9-10 och/eller PSA ≥ 40 → **Mycket högrisk**

Minst 2 av riskfaktorer:
 - cT3 och/eller EPE/SVI 5
 - Gleasonsumma 8
 - PSA 20-39
 → **Mycket högrisk**

(cT3 och/eller EPE/SVI 5) eller Gleasonsumma 8 eller PSA 20-39 → **Högrisk**

Gleasonsumma 4 + 3 → **Ogynnsam mellanrisk**

Minst 2 av riskfaktorer:
 - cT2
 - Gleasonsumma 3 + 4
 - PSA 10-19
 → **Ogynnsam mellanrisk**

cT2 eller Gleasonsumma 3 + 4 eller PSA 10-19 → **Gynnsam mellanrisk**

cT1 och Gleasonsumma 6 och PSA < 10 → **Lågrisk**

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Västra regionens vårdprocessgrupp höll digitalt/fysiskt möte vid två tillfällen under året och med god representation från samtliga regionala enheter. Utöver detta hade omvårdnadsgruppen möte vid två tillfällen under året. Liksom tidigare finns underbemanning på många av våra regionala kliniker vilket inneburit att väntetider och ledtider fortsätter att överstiga de önskade målnivåerna i SVF-förloppet. Dessutom kvarstår problem på flera enheter att upprätthålla en god inrapportörsfunktion till registret. Däremot ser vi en fortsatt förbättrad andel av patienter som besvarar nationell baslinjesenkät (ePROM). Om jämlik och hög vårdkvalitet ska uppnås i regionen är kännedom om styrkor och svagheter i våra vårdkedjor viktigt. NPCR-rapportens kvalitetsindikatorer såväl som PROM-data är då till stor hjälp i det regionala processarbetet när det gäller att identifiera och förklara varierande resultat från enskilda kliniker. Indikatorerna i Koll på läget ger oss också möjlighet att fortlöpande värdera regional följsamhet till behandlingsrekommendationer i det nationella vårdprogrammet.

Täckningsgrad och inrapporteringshastighet

Den regionala täckningsgraden för NPCR jämfört med Cancerregistret var något lägre i regionen (85 %) än i riket (91 %) men det varierar mellan de regionala enheterna. Många enheter ligger >95 % (Cityurologen, Sahlgrenska, Skövde, Carlanderska, Uromedical Varberg, Hallands sjukhus Varberg, Alingsås lasarett, Uddevalla) medan andra regionala enheter har fortsatta svårigheter att upprätthålla en välfungerande inrapportörsfunktion och har därmed lägre täckningsgrad. Att återupprätta rapporteringsfunktionen hos berörda enheter har tidigare diskuterats i regionala vårdprocessgruppen och kommer även fortsatt att vara ett aktuellt fokusområde. Täckningsgrad för utredning och behandlingsformuläret var fortsatt god (88 %). Täckningsgraden för såväl strålbehandlingsformuläret som radikal prostatektomiformuläret är likaså god och högre än genomsnittet för riket. Täckningsgraden för IPÖ när det gäller patienter med M1-sjukdom vid diagnos är högst i riket med 70 %. Det ses en stor spridning i denna täckningsgrad bland regionens olika enheter vilket speglar att implementering och användande av IPÖ har kommit olika långt.

Behandling

Andelen patienter med lågriskcancer som handläggs med aktiv monitorering var 93 % vilket är i nivå med riksgenomsnittet (92 %).

Andelen män med högriskcancer som diskuteras vid MDK var 87 % vilket är högre än riket (84 %). 73 % av patienterna upptill 80 års ålder med högrisk/mkt högrisk prostatacancer får kurativt syftande primärbehandling.

När det gäller andel opererade män med låg- och mellanriskcancer som har opereras med nervsparande resektion var siffran fortsatt högre än riksgenomsnittet (88 % vs 86 %). Siffran för andel opererade patienter med negativa resektionsränder vid pT2 i PAD var 90 % vs 80 % i riket.

PROM

Andel av patienterna som besvarat PROM-baslinjeenkät inför kirurgi var 72 % (vs 60 % i riket). Andel av patienterna som besvarat nationell 1-års-PROM-enkät efter kirurgi var 72 % (jämfört 61 % i riket). Andel av patienterna som besvarat PROM-baslinjeenkät inför strålbehandling var 58 % (vs 41 % i

riket). Och andelen av patienterna som besvarat PROM-enkäten 1 år efter strålbehandling var 72 % (vs 71 % i riket).

Även om våra siffror står sig mycket väl i en nationell jämförelse strävar vi mot en högre andel patienter med besvarade ePROM-enkäter och detta är ett fortsatt prioriterat förbättringsområde för den regionala processgruppen. Lokala rutiner för att uppnå en högre svarsfrekvens och i nästa steg utvärdera och använda resultaten diskuteras och utarbetas fortlöpande på alla regionala enheter.

SVF – måluppfyllelse och väntetider

Under det senaste decenniet har de regionala behandlingsvolymerna för radikal prostatektomi fördubblats och kurativ strålbehandling mer än tredubblats. Under 2024 gavs kurativt syftande behandling till närmare 1500 män i Västra regionen. Detta har ställt krav på kraftigt utbyggt kapacitet i hela vårdkedjan. Trots denna kraftiga ökning av antalet behandlade patienter har väntetider från utfärdande av SVF-remiss till start av primär behandling ej ökat under perioden och aktuella väntetider är mestadels i nivå med eller bättre än riksgenomsnittet. Dock är det fortsatt en minoritet av våra patienter som når de uppsatta SVF-målen. En diskussion om adekvata och medicinskt relevanta målnivåer bör därför fortsätta på nationell nivå för att möjliggöra en fokusering på de åtgärder som ger största möjliga patientnytta.

Medianväntetider i Västra regionen, 2024

(siffror från RATTEN)

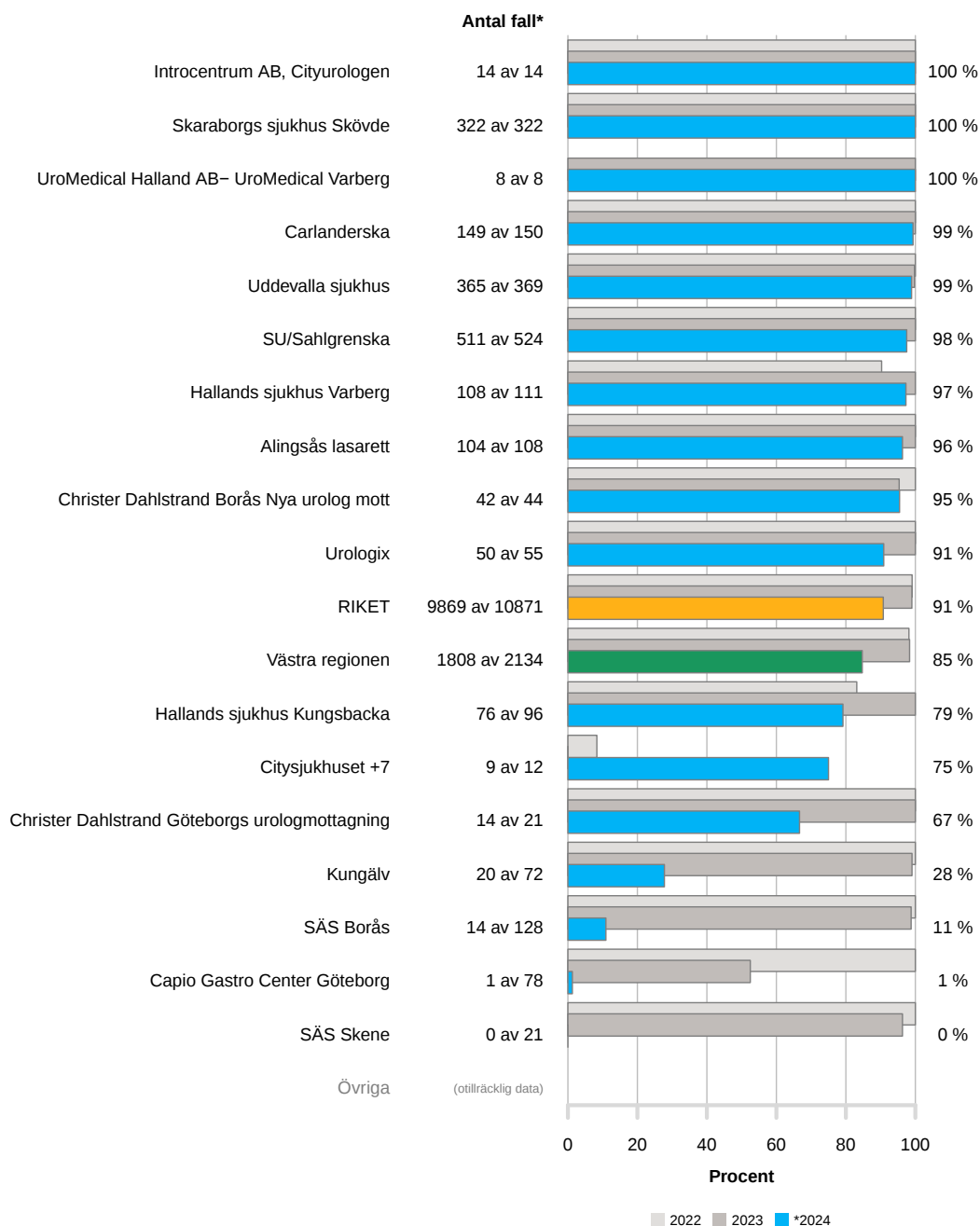
- Tid från SVF-remiss till första specialistbesök: 34 dagar (25 dagar i riket).
- Tid från provtagning till PAD-besked: 22 dagar (18 dagar i riket).
- Tid från SVF-remiss till start av kurativ primärbehandling: 122 dagar (120 dagar i riket)
- Tid från diagnos till start av kurativ primärbehandling: 76 dagar (71 dagar i riket)
- Tid från SVF-remiss till radikal prostatektomi: 138 dagar (132 dagar i riket).
- Tid från op-anmälan till operation: 29 dagar (35 i riket). För högrisk och mycket högrisk patienter är väntetiden 25 dagar (25 dagar i riket).
- Tid från strålanmälan till start av primär RT (utan neoadjuvant hormonbehandling): 42 dagar (46 dagar i riket)
- Tid från strålanmälan till start av postoperativ strålbehandling: 36 dagar (41 dagar i riket)

Jon Kindblom, Kimia Kohestani

Regional processledare onkologi, urologi

RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad



Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2024.

Koll på läget - Urologi

De mått som rapporteras för urologi är

1. **Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.** Enligt Nationella vårdprogrammet (NVP) rekommenderas att patienter bör erhålla en namngiven kontaktsjuksköterska. 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 prostatacancer (SVF) ska vara 21 dagar eller mindre (SVF kapitel 4, ingående ledtider) vid välgrundad misstanke på prostatacancer. Detta gäller förutsatt att PSA är över 10 ug/l vid SVF-remiss eller att det finns två efterföljande PSA-värden över gränsvärdet på 3.0 ug/l. Om det enbart finns ett PSA-värde mellan 3.0 och 9.9 vid tidpunkten för SVF-remiss ökar ledtiden till 42 dagar till första besök för att ett andra PSA-prov ska kunna tas. 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 första 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/cancer med mycket hög risk. 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. Om ett andra PSA-värde har tagits efter SVF-remiss inför bedömning i specialiserad vård förlängs väntetiderna med 21 dagar.
5. **MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: 80/90 %.**
6. **Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk/mycket hög risk). 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 med låg- eller mellanrisktumör som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.**
8. **Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi (pT2). 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	
Alingsås lasarett	88	42	0		91	85					61
Carlanderska	91	88	22		98	62	89	90	77	93	79
Christer Dahlstrand Borås Nya urolog mott	56	38			100						65
Christer Dahlstrand Göteborgs urologmottagning	100	43	0		92	100					67
Citysjukhuset +7		40			100						70
Hallands sjukhus Kungsbacka	88	18	15		98	94					62
Hallands sjukhus Varberg	96	19	6	0	96	86	81	82	46	85	60
Introcentrum AB, Cityurologen	100	10	77		92						70
Kungälv	87	33	0		100						55
Skaraborgs sjukhus Skövde	6	10	5	14	94	83	96	67	70	93	54
SU/Sahlgrenska	91	10	2	14	97	86	87	98	77	92	65
SÄS Borås	86	17	0	5	75						36
Uddevalla sjukhus	99	39	5	15	87	92	90	95	77	88	69
Urologix	95	34	9		93						58
UroMedical Halland AB- UroMedical Varberg	90		0		100						63
Västra regionen	76	24	7	11	94	87	88	90	72	90	64
RIKET	89	44	15	11	93	84	86	80	75	91	67

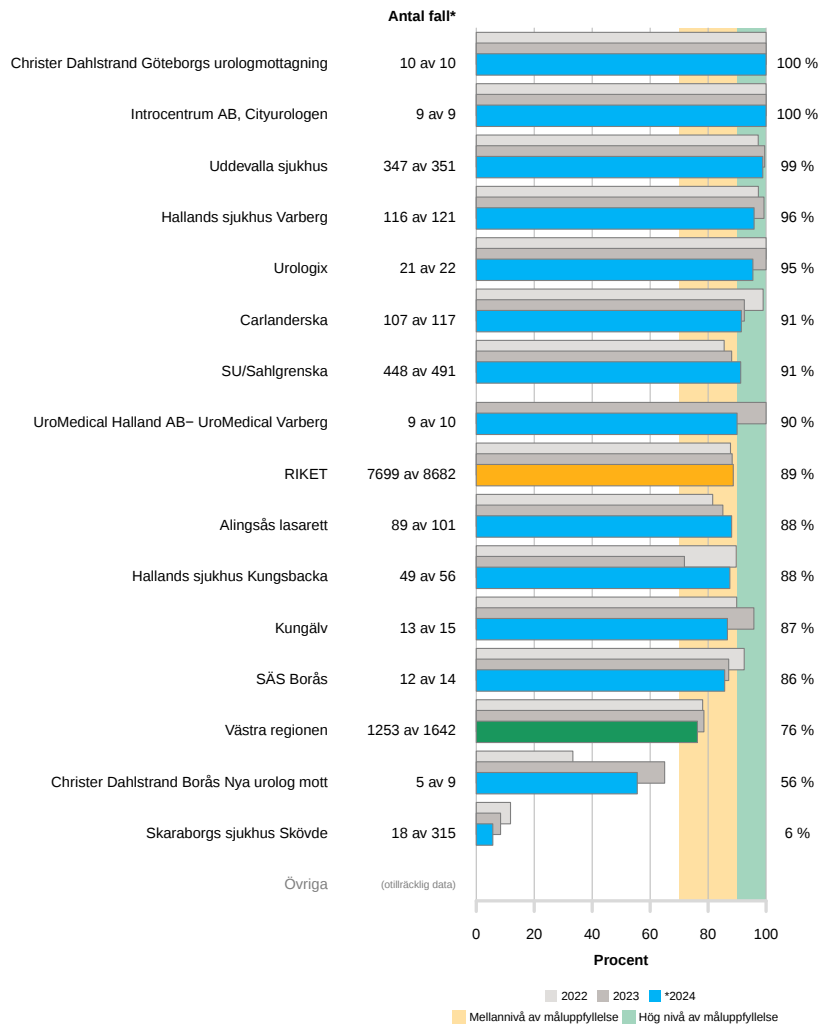
Figur 2. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2024. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå.

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/cancer med mycket hög risk. Målnivåer: 40/80 %.
5. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: 80/90 %.
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk/mycket hög risk). Målnivåer: 40/80 %.
7. Andel av opererade män med låg- eller mellanrisktumör som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi (pT2). 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 %.

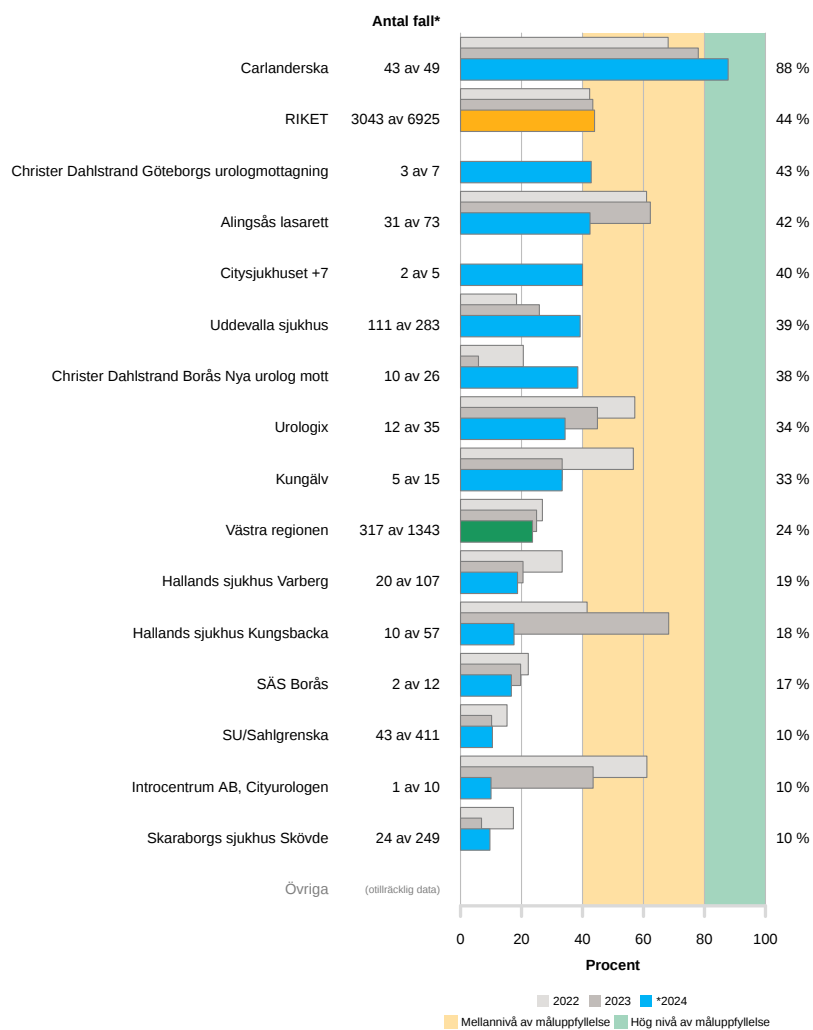


Figur 3. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2021-2024. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsnivå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsnivå och övre gränsnivå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsnivå.

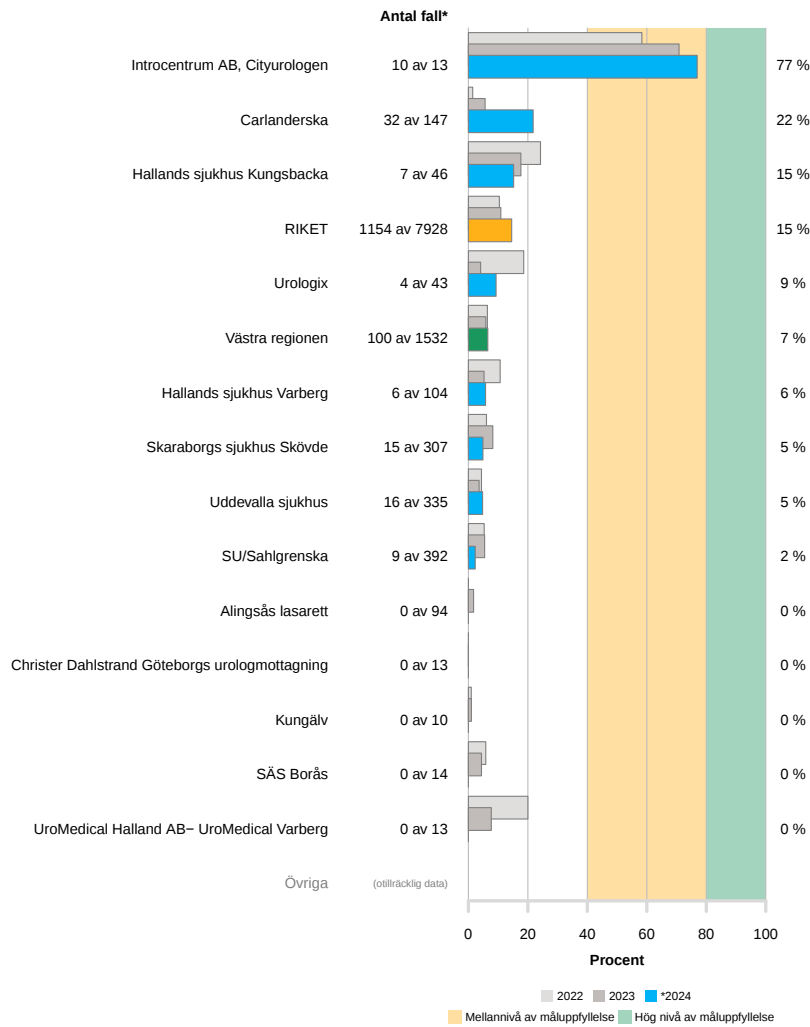
1. Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: 70/90 %.
2. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
3. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar. Målnivåer: 40/80 %.
4. Tid mellan utfärdande av remiss och 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/cancer med mycket hög risk. Målnivåer: 40/80 %.
5. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Målnivåer: 80/90 %.
6. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk/mycket hög risk). Målnivåer: 40/80 %.
7. Andel av opererade män med låg- eller mellanrisktumör som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: 40/80 %.
8. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi (pT2). 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 %.



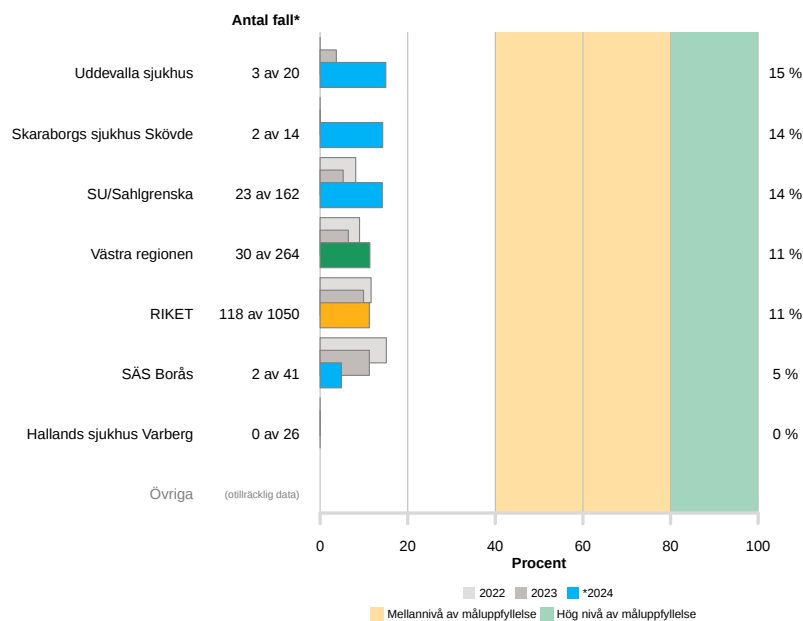
Figur 4. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2024.



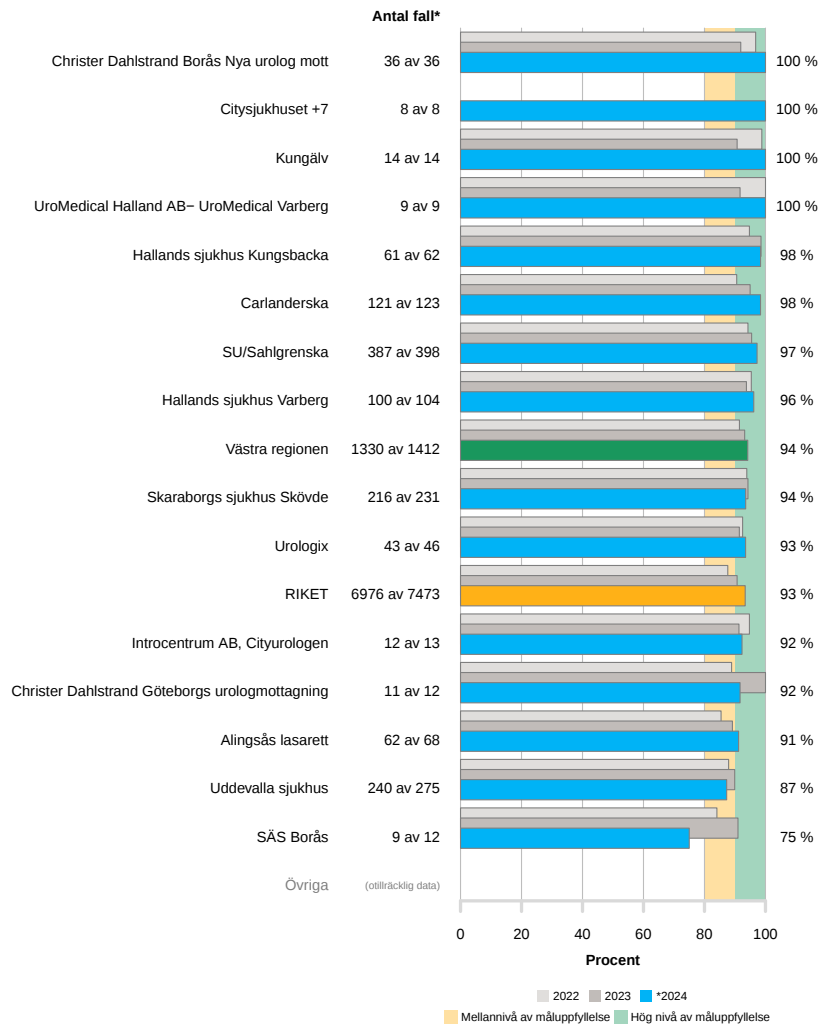
Figur 5. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 21 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2024.



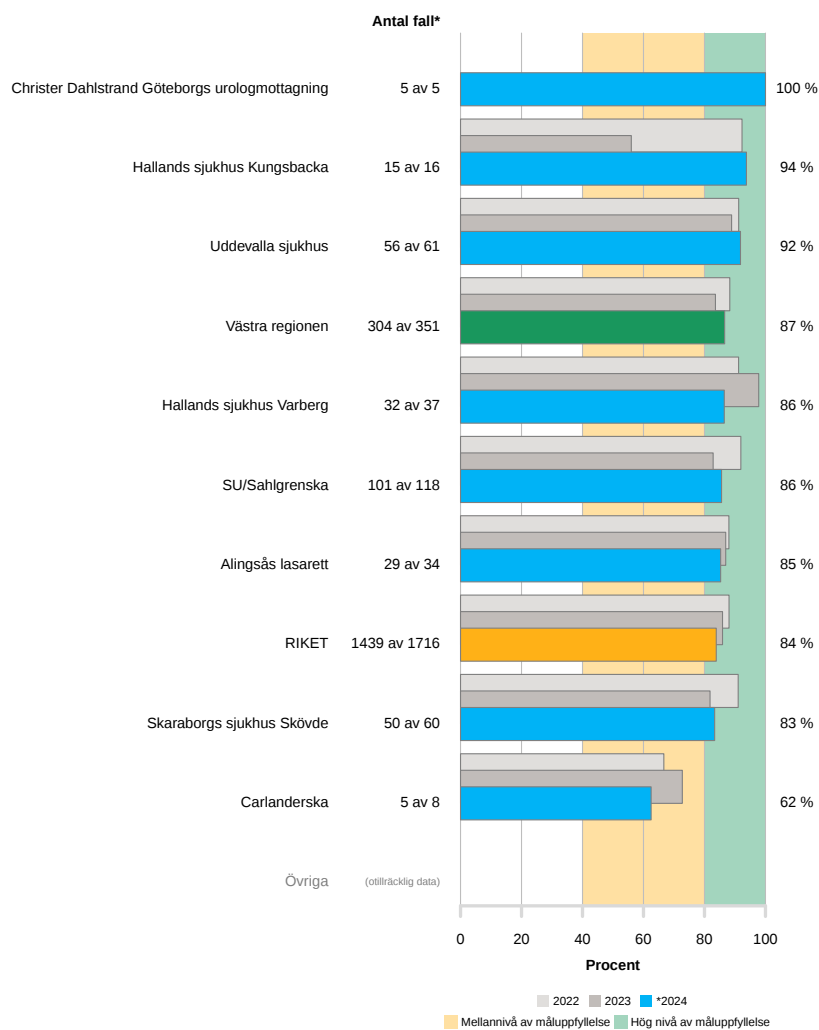
Figur 6. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2024.



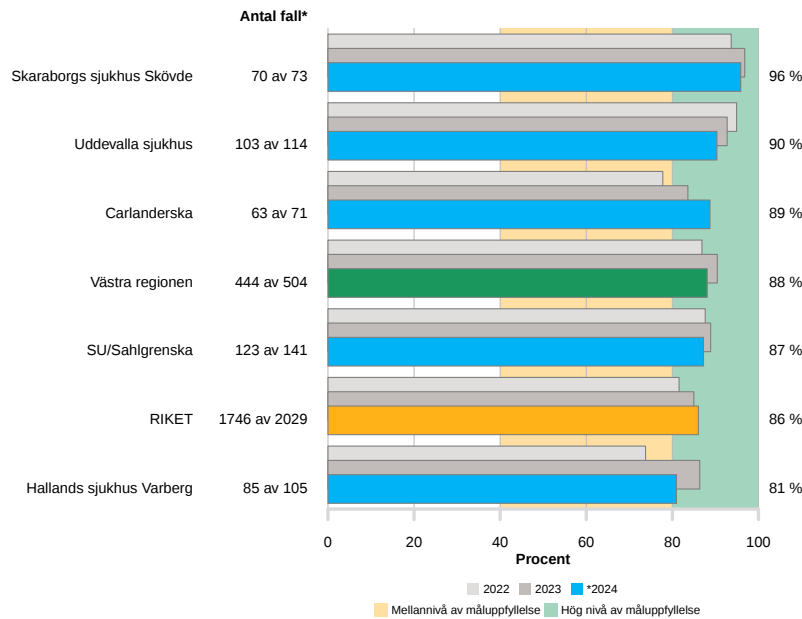
Figur 7. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (operation), 75 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2024.



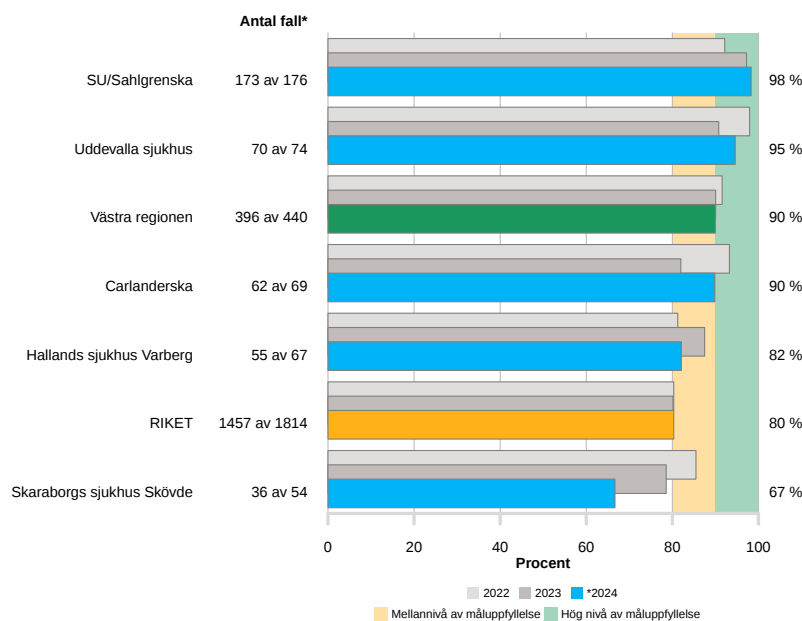
Figur 8. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2024.



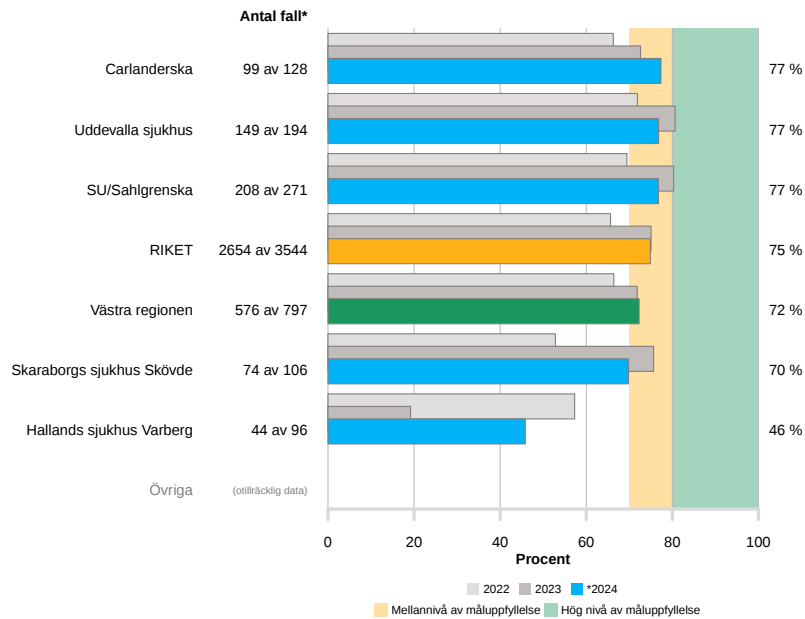
Figur 9. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2024.



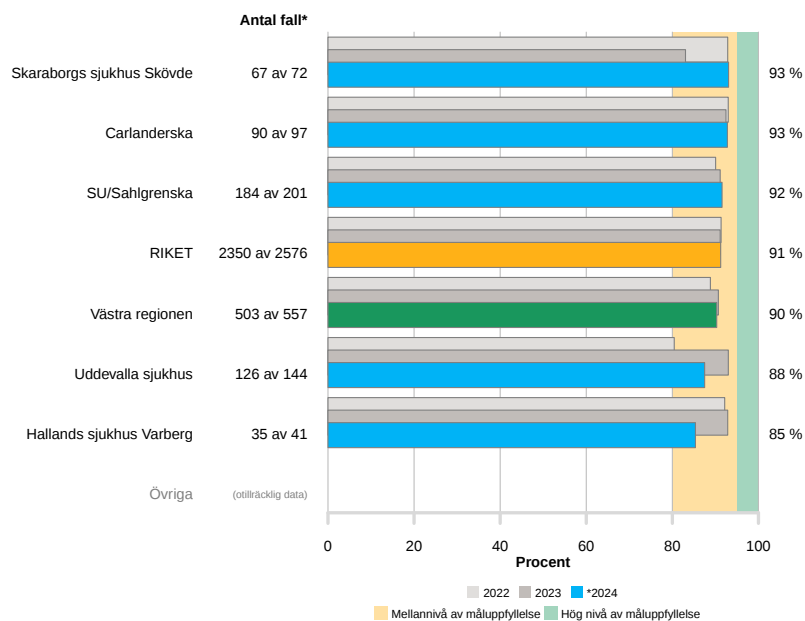
Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2024.



Figur 11. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2024.



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 2024 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 2024 gått 18 månader sedan operation är inkluderade).

Koll på läget - Onkologi

De kvalitetsindikatorer som rapporteras för onkologi är

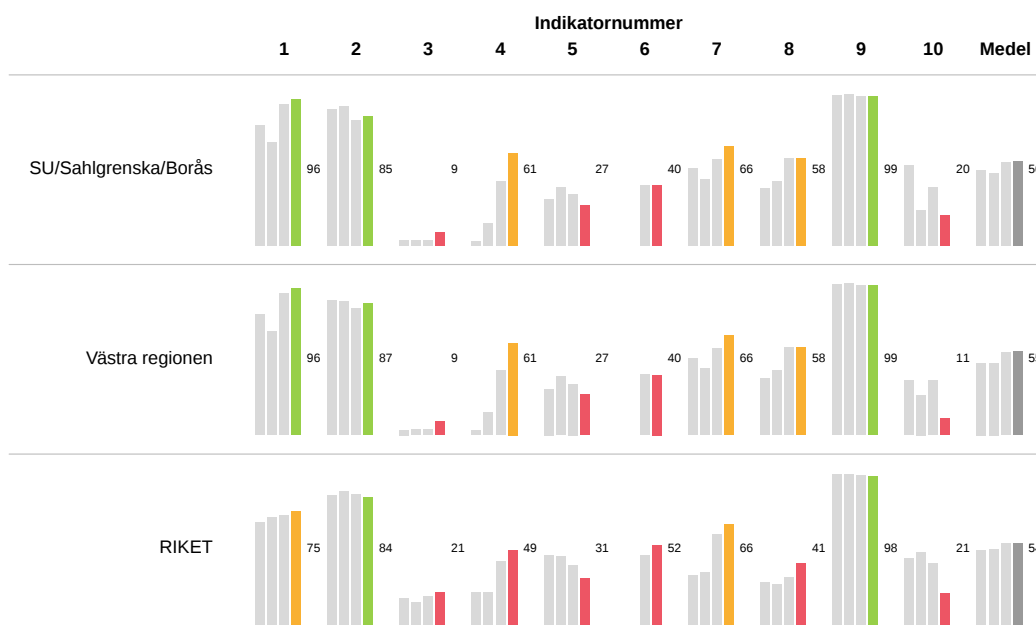
1. **Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.** Inrapportering av information om strålbehandling är en förutsättning för att övriga indikatorer ska kunna bedömas och det finns därför anledning att tro att en snabb inrapportering ökar kvaliteten på data.
2. **Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk/mycket hög risk). 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.
3. **Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 30 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 (gynnsam och ogynnsam dvs. cT2/Gleasonsumma 7/PSA 10 - <20, med och utan hormonbehandling) aktuella för primär strålbehandling. Enligt SVF-förloppet för prostatacancer bör strålbehandlingen för män med mellanriskcancer starta inom 21 dagar från behandlingsbeslut. NPCR har valt att utöka tiden till 30 dagar då det inte riskerar möjligheten till bot och att 21 dagar av praktiska skäl är mycket svårt att uppnå.
4. **Andel män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk där strålbehandling som primärbehandling startat inom 42 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 60/80 %.** Andel män med högriskcancer/cancer med mycket hög (cT3-4/Gleasonsumma 8-10/PSA 20+, med och utan hormonbehandling) där strålbehandling som primärbehandling startat inom 42 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog.
5. **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.
6. **Andel män 80 år eller yngre med prostatacancer med mycket hög risk eller N1 som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog och abirateron. Målnivåer: 60/80 %.** Andel män 80 år eller yngre med prostatacancer med mycket hög risk eller regional metastasering (N1) som i samband med kurativ strålbehandling som primärbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog och abirateron. Enligt NVP bör män med högrisk och mycket högrisk prostatacancer planeras för strålbehandling i kombination med GnRH-analog samt abirateron. Obs! I de fall abirateron ej kan ges, inkluderas även annan rapporterad hormonbehandling (exempelvis enzalutamid, apalutamid eller darolutamid).
7. **Andel män 75 år eller yngre med ogynnsam mellanriskcancer som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog samt bicalutamid. Målnivåer: 60/70 %.** Inkluderar män som genomgått kurativ strålbehandling som primärbehandling. Enligt NVP bör män med ogynnsam mellanrisk planeras för strålbehandling i kombination med 6 månaders GnRH-analog samt bicalutamid.

8. **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.
9. **Ej allvarligt avföringsläckage efter strålbehandling. Målnivåer: 70/90 %.**
10. **Andel män med primärt metastaserad sjukdom (<4 skelettmetastaser, inga visceral metastaser) som genomgått lokal strålbehandling mot prostata. Målnivåer: 50/70 %.**
NVP rekommenderar lokal strålbehandling mot prostata till män med få skelettmetastaser.

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SU/Sahlgrenska/Borås	96	85	9	61	27	40	66	58	99	20	56
Västra regionen	96	87	9	61	27	40	66	58	99	11	55
RIKET	75	84	21	49	31	52	66	41	98	21	54

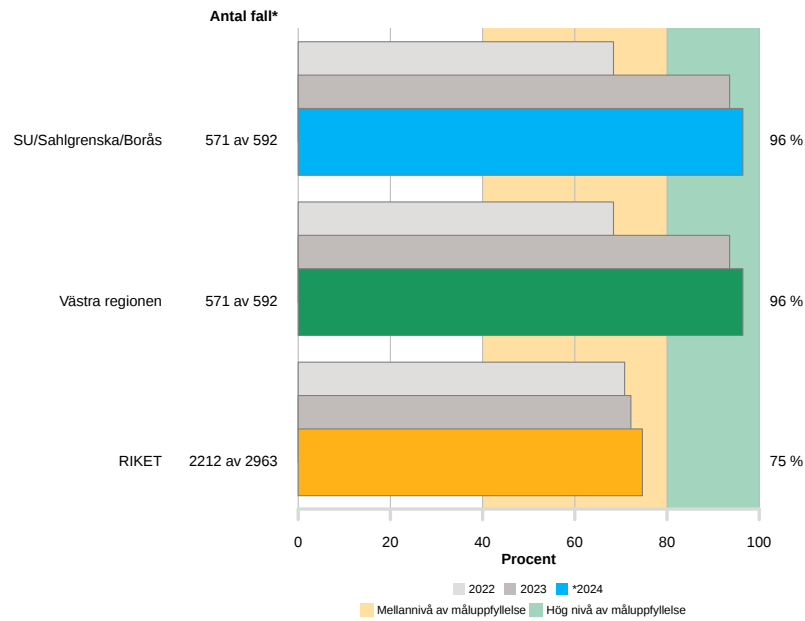
Figur 14. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2024. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk/mycket hög risk). Målnivåer: 40/80 %.
3. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 30 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk där strålbehandling som primärbehandling startat inom 42 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 60/80 %.
5. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: 60/80 %.
6. Andel män 80 år eller yngre med prostatacancer med mycket hög risk eller N1 som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog och abirateron. Målnivåer: 60/80 %.
7. Andel män 75 år eller yngre med ogynnsam mellanriskcancer som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog samt bicalutamid. Målnivåer: 60/70 %.
8. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: 50/70 %.
9. Ej allvarligt avföringsläckage efter strålbehandling. Målnivåer: 70/90 %.
10. Andel män med primärt metastaserad sjukdom (<4 skelettmetastaser, inga visceral metastaser) som genomgått lokal strålbehandling mot prostata. Målnivåer: 50/70 %.

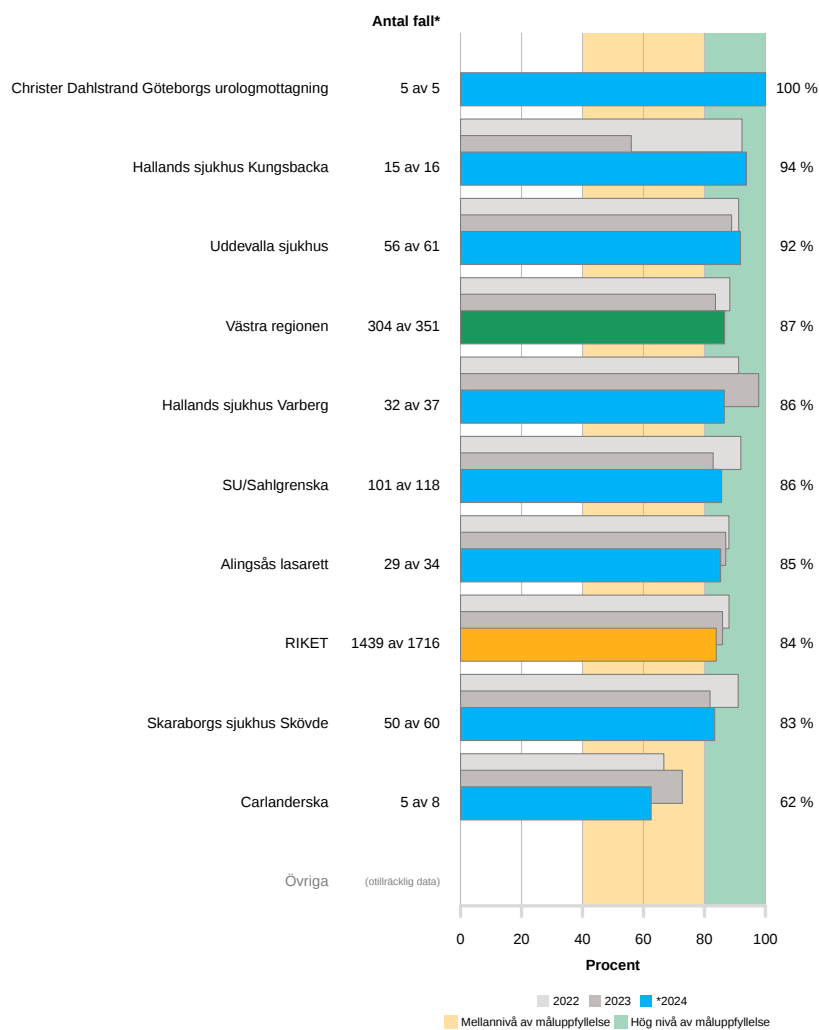


Figur 15. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2021-2024. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

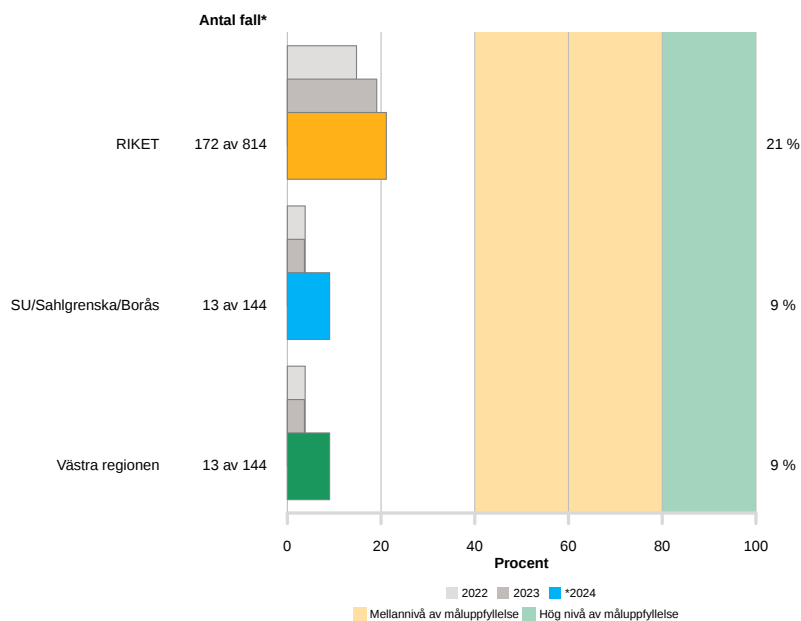
1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: 40/80 %.
2. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk/mycket hög risk). Målnivåer: 40/80 %.
3. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 30 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 40/80 %.
4. Andel män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk där strålbehandling som primärbehandling startat inom 42 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: 60/80 %.
5. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: 60/80 %.
6. Andel män 80 år eller yngre med prostatacancer med mycket hög risk eller N1 som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog och abirateron. Målnivåer: 60/80 %.
7. Andel män 75 år eller yngre med ogynnsam mellanriskcancer som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog samt bicalutamid. Målnivåer: 60/70 %.
8. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: 50/70 %.
9. Ej allvarligt avföringsläckage efter strålbehandling. Målnivåer: 70/90 %.
10. Andel män med primärt metastaserad sjukdom (<4 skelettmetastaser, inga visceral metastaser) som genomgått lokal strålbehandling mot prostata. Målnivåer: 50/70 %.



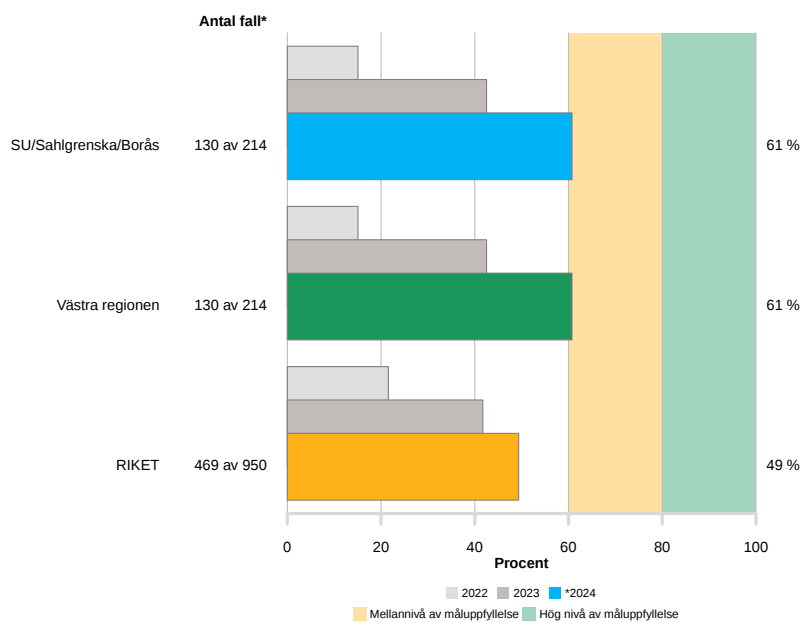
Figur 16. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.



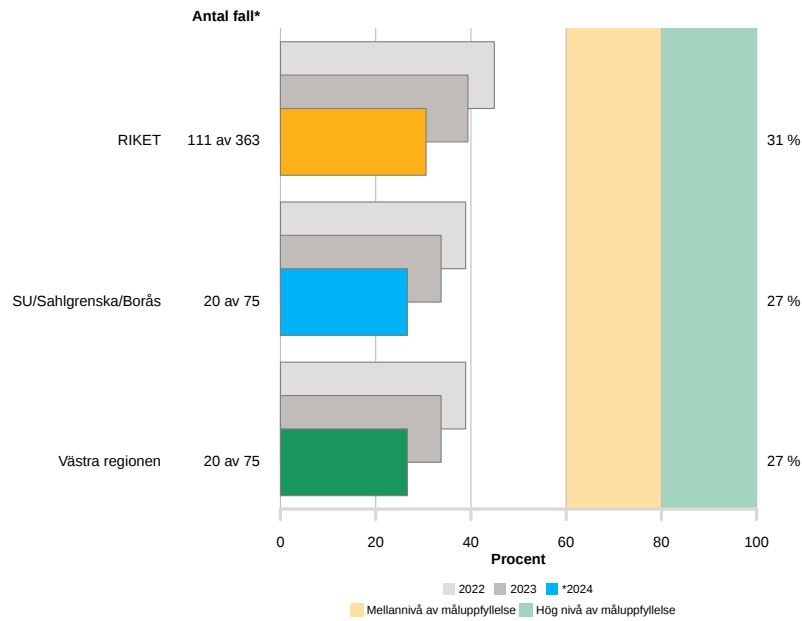
Figur 17. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos $\leq$ 80 år) med högriskcancer eller cancer med mycket hög risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2024.



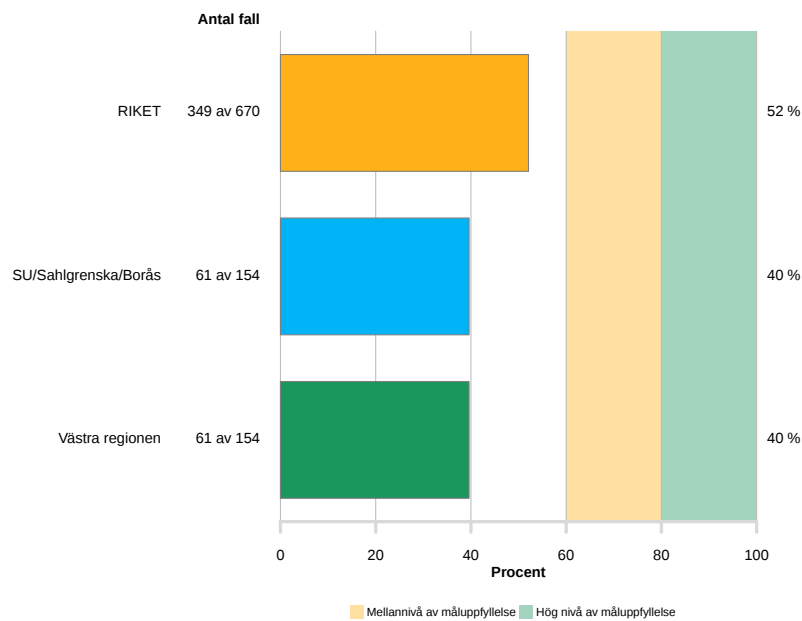
Figur 18. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.



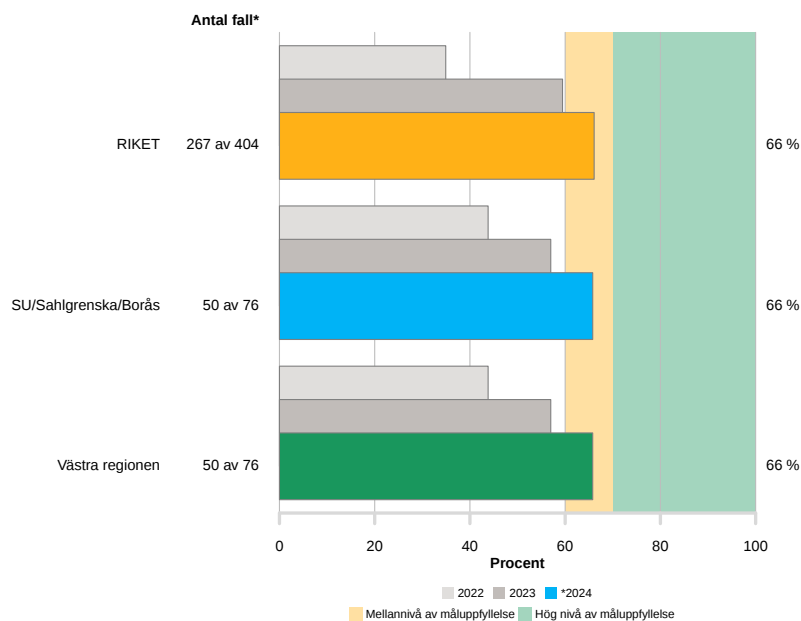
Figur 19. Andel män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk där strålbehandling som primärbehandling startat inom 42 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.



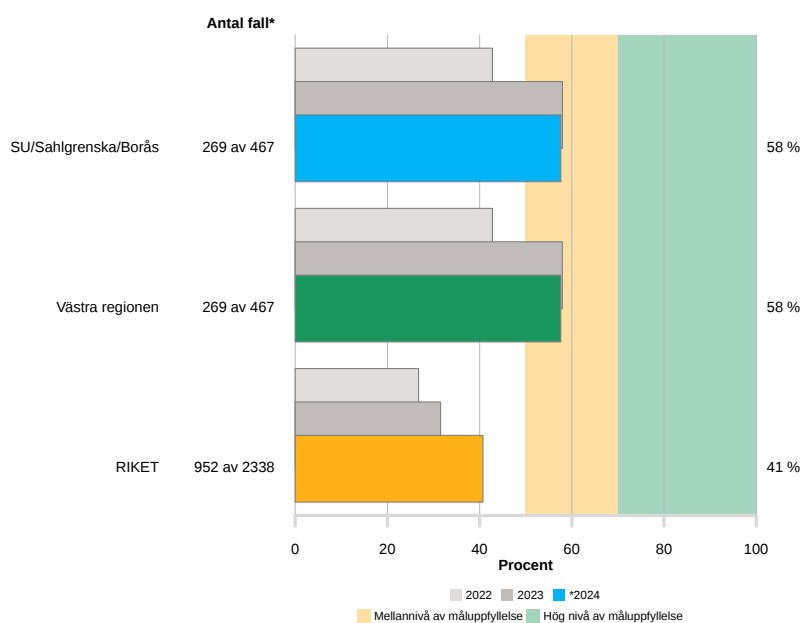
Figur 20. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.



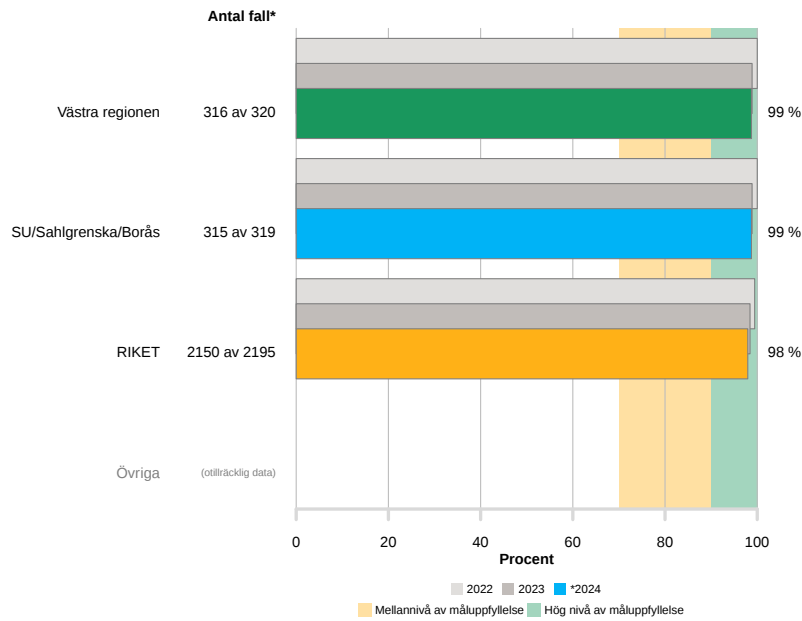
Figur 21. Andel män 80 år eller yngre med prostatacancer med mycket hög risk eller N1 som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog och abirateron, per behandlingsbeslutande onkologienhet, behandlingsår 2024.



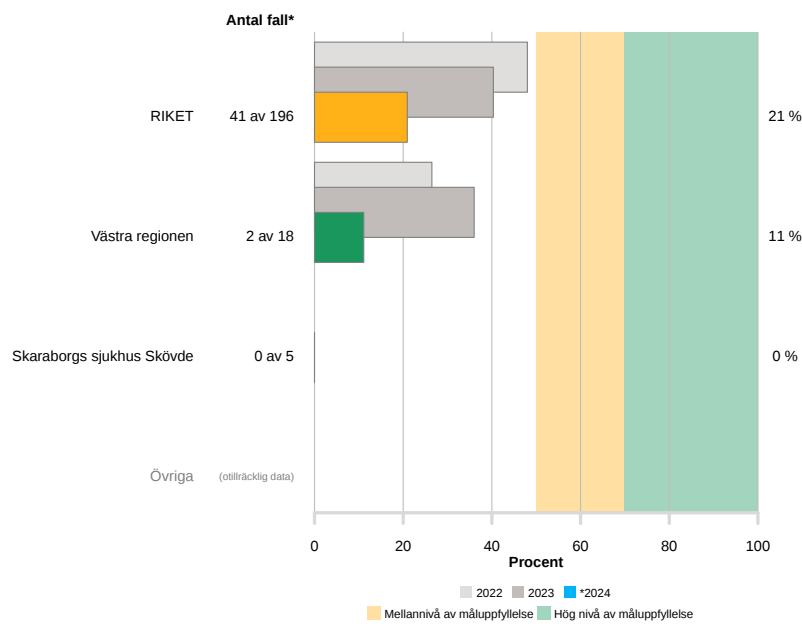
Figur 22. Andel män 75 år eller yngre med ogynnsam mellanriskcancer som i samband med kurativ strålbehandling planeras för hormonbehandling med GnRH-analog samt bicalutamid, per behandlingsbeslutande onkologienhet, behandlingsår 2024.



Figur 23. Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2024.



Figur 24. Andel ej allvarligt avföringsläckage 12 månader efter primär kurativ strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus. Period är definierat som datum för avslutad strålbehandling + 18 månader (dvs. behandlingar där det under 2024 gått 18 månader sedan avslutad strålbehandling är inkluderade).

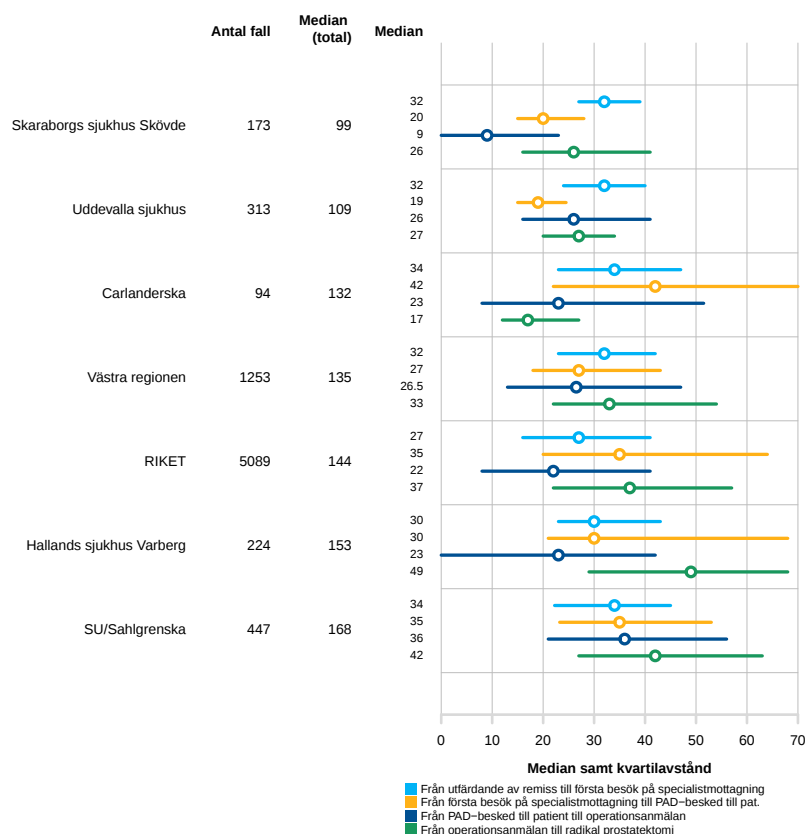


Figur 25. Andel män med primärt metastaserad sjukdom (<4 skelettmetastaser, inga visceral metastaser) som genomgått lokal strålbehandling mot prostata, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2024.

Väntetider

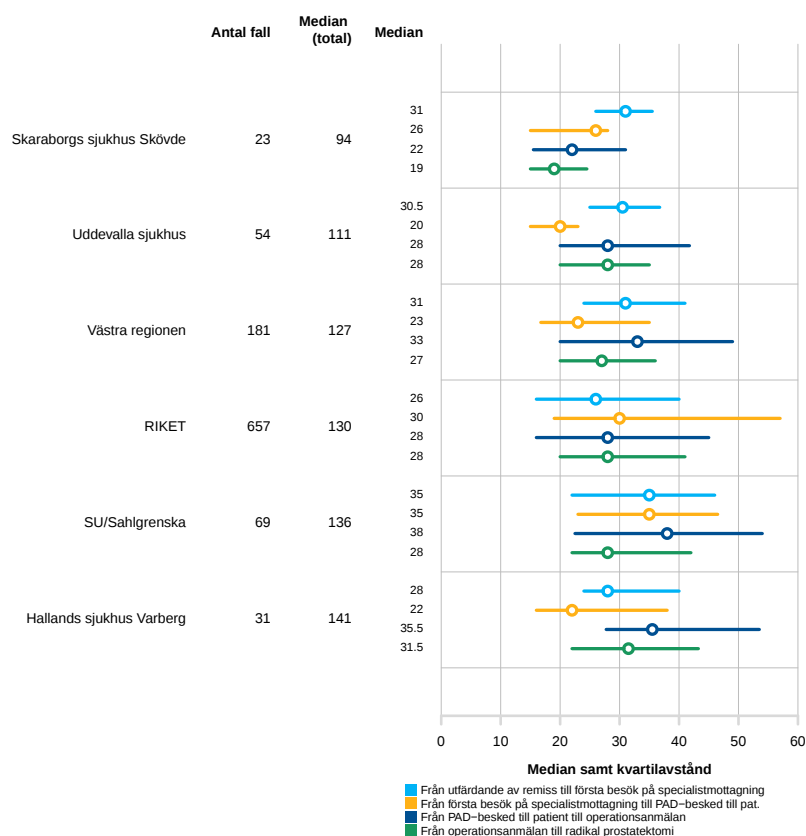
OBS!

I NPCR saknar cirka 30 % av patienterna uppgift om väntetid från inremiss till första besök hos specialist. Styrgruppen för NPCR har valt att inte ta med dessa män i sammanställning av den totala väntetiden från inremiss till behandling. Orsaken till att denna uppgift saknas vet vi inte. Det finns flera olika möjliga orsaker till detta. En orsak kan vara att patienten inremitterats under misstanke om prostatacancer och att initial utredning var negativ eller att misstanke på prostatacancer uppkommit på kliniken för patient som behandlats och kontrolleras för annan sjukdom. Det finns även andra möjliga orsaker till exempel akutremiss pga. urinstämna eller ryggsmärta, diagnos vid blåscanceroperation etc.



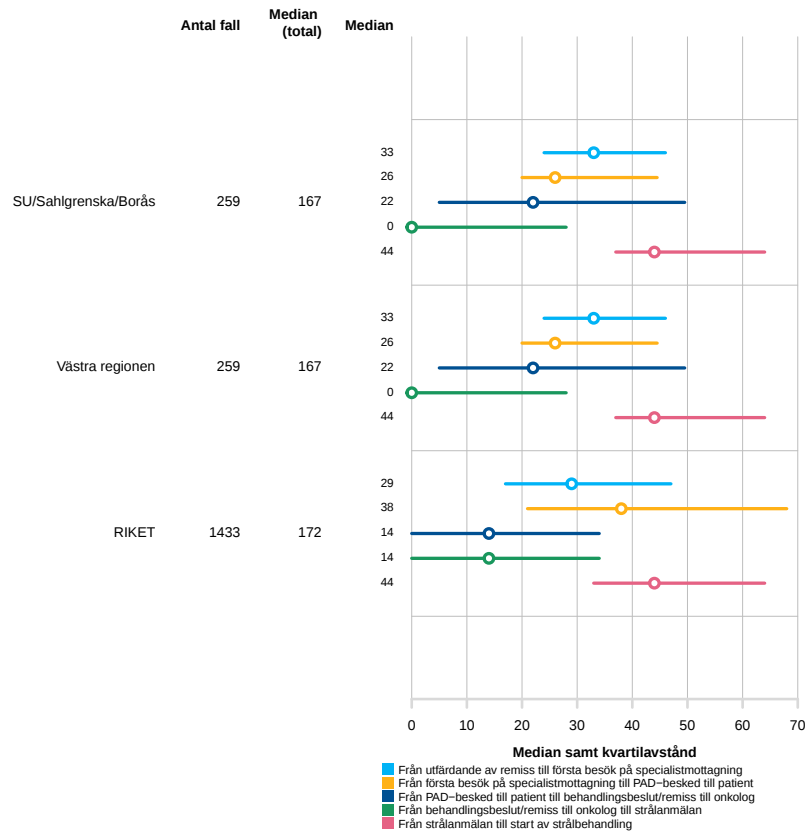
Figur 26. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.

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.



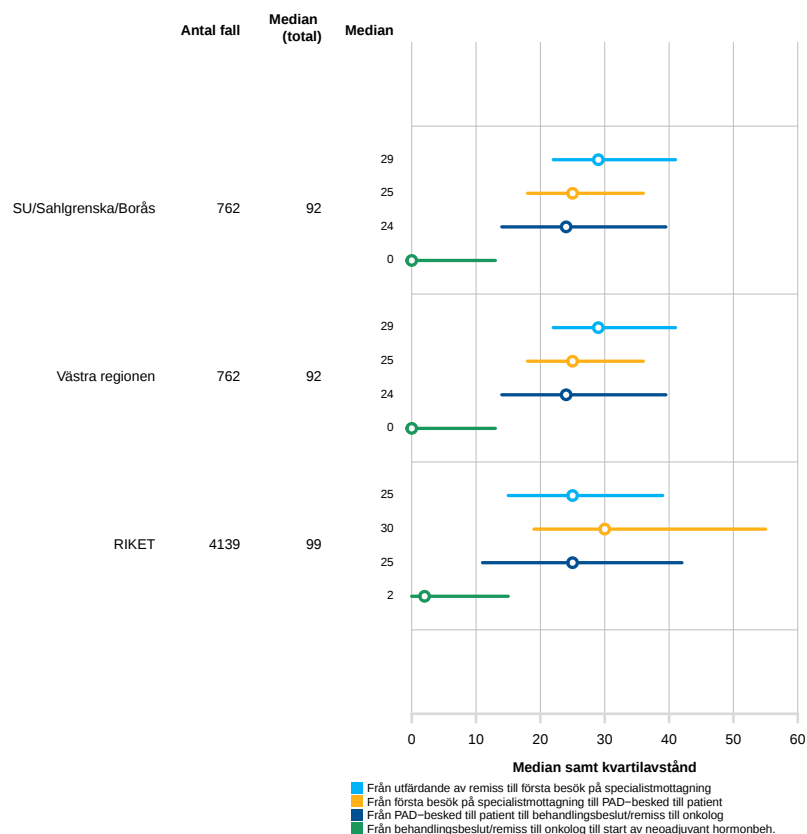
Figur 27. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som genomgått radikal prostatektomi som primärterapi, per opererande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.

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



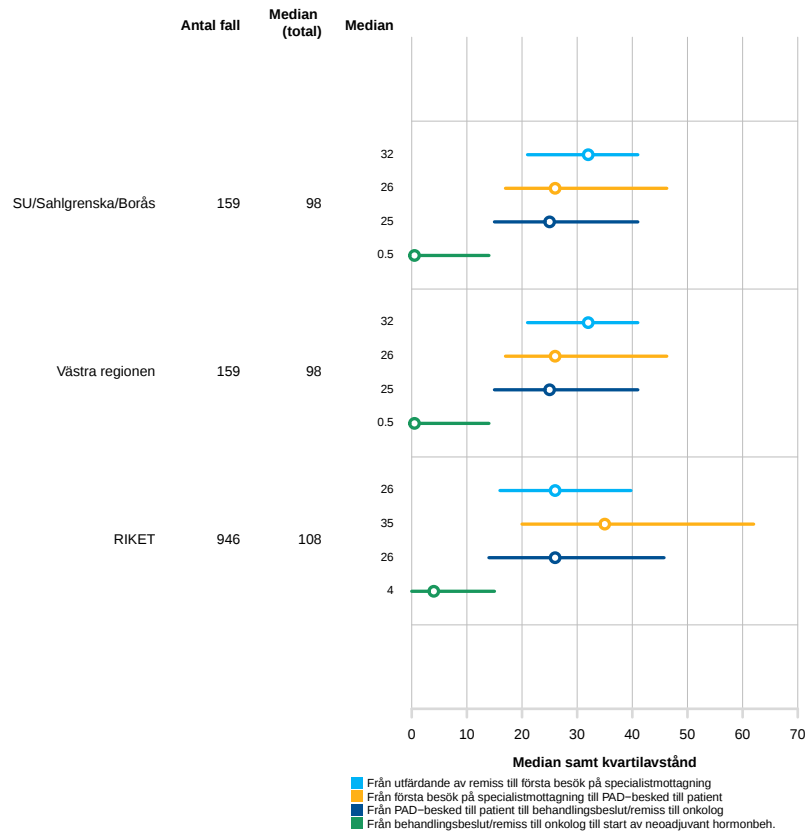
Figur 28. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått strålbehandling som primärterapi (exklusive de som fått neoadjuvant hormonbehandling), per behandlande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.

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



Figur 29. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.

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



Figur 30. Antal dagar (median) mellan olika delar i vårdkedjan för patienter med **högriskcancer** som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling som primärterapi, per behandlande sjukhus, behandlingsår 2022-2024.

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.