

Prostatacancer

Nationell kvalitetsrapport för 2024

November 2025

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Mellansverige
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

INTRODUKTION TILL ÅRSRAPPORTEN	4
FÖRORD	5
RESULTATREDOVISNING	6
Koll på läget - Urologi	7
Koll på läget - Onkologi	12
Generella kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer	16
Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för urologi	16
Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för onkologi	17
Generell kommentar till resultatutvecklingen över tid	17
Övriga resultat som ej redovisas i Koll på läget	18
<i>Urologi</i>	18
<i>Onkologi</i>	23
BAKGRUND TILL RESULTATEN - ORGANISATION AV NPCR OCH DATAKVALITET	28
Organisation och styrgrupp	28
Cancerregistret jämfört med NPCR	28
Datakvalitet	28
Hemsida	28
PÅGÅENDE UTVECKLINGSARBETEN	29
Patientrapporterade utfallsmått (PROM)	29
Onlinerapporter	29
Strukturerade nationella diagnostikmallar	29
Samverkan mellan NPCR och Nationella vårdprogramgruppen	30
Automatöverföring	30
Implantatregistret - Urinläckage efter prostatektomi	30
MÅLSÄTTNINGAR OCH SLUTSATSER	32
REFERENSER	33

INTRODUKTION TILL ÅRSRAPPORTEN

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

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

FÖRORD

År 2024 inrapporterades data för 10780 nya fall av prostatacancer till Nationella prostatacancerregistret (NPCR) från samtliga enheter som behandlar prostatacancer i Sverige. Täckningsgraden är 99 % jämfört med den lagstadgade registreringen i Cancerregistret. Datakvaliteten i NPCR har i flera undersökningar varit god och säkerställs fortlöpande genom granskning av lokala, regionala och nationella rapporter samt i vetenskapliga projekt baserade på NPCR.

Antalet män som diagnosticerats med prostatacancer har varit stabilt sedan 2014 frånsett åren 2020-2022 vilket sannolikt förklaras av minskad diagnostik under covidpandemin med en efterföljande rekyl. Antalet diagnosticerade fall under 2024 ligger väsentligen i samma nivå som innan pandemin.

Redovisningen i denna nationella årsrapport baseras på data för män diagnostiserade/behandlade 1998–2024 som rapporterats till NPCR t.o.m. 17 oktober 2025.

Elin Axén, Åsa Jellvert och Johan Styrke, för styrgruppen för Nationella prostatacancerregistret.

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

RESULTATREDOVISNING

Kvalitetsindikatorer delas in i processinriktade och strukturella indikatorer samt resultatindikatorer.

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

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

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

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

Koll på läget - Urologi

De mått som rapporteras för urologi är

1. **Andel män med prostatacancer som tilldelats kontaktsjuksköterska. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).** 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: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** 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: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I SVF anges att möte ska ske med patienten högst elva dagar efter biopsitagning. I NPCR registreras om denna väntetid var förlängd pga. patientens val. NPCR registrerar också om information gavs vid mottagningsbesök, via telefon, eller brev.
4. **Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 57 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från utfärdande av remiss (remissbeslut) för utredning av prostatacancer till start av kurativ primärbehandling, d.v.s. strålbehandling, neoadjuvant hormonbehandling före strålbehandling eller radikal prostatektomi. Enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer ska väntetiden från utfärdande av remiss till radikal prostatektomi vara högst 68 dagar, från utfärdande av remiss till påbörjad neoadjuvant hormonbehandling högst 57 dagar och från utfärdande av remiss till strålbehandling högst 75 dagar. Målet är att 80 % av dessa män skall ha en väntetid enligt ovan. 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: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).**
6. **Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I det nationella vårdprogrammet för prostatacancer

rekommenderas diskussion vid multidisciplinär konferens före behandlingsbeslut för män diagnostiserade med cancer med hög eller mycket hög risk utan metastaser. Indikatorn visar resultatet för patienter under 80 år.

7. **Andel av opererade män med låg- eller mellanrisktumör som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).**
8. **Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn beräknas vid patologiskt stadium pT2, dvs tumör finns enbart innanför prostatakapseln vid histopatologisk undersökning. Definitionen av negativa resektionsränder baseras på nationellt vårdprogram där positiv resektionsrand definieras som cancerceller som når fram till tuschmarkerad resektionsyta. Avsaknad av detta liksom cancer som växer mycket nära resektionsranden utan att nå fram till denna räknas som negativ resektionsrand.
9. **Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-enkät 1 år efter operation. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).**
10. **Ej allvarlig urininkontinens efter RP. Målnivåer: Över 80 %; mellannivå (gult), över 95 %; högsta nivå (grönt).**

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

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

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)
 Koll på läget, urologi (2024-01-01 - 2024-12-31)
 Klicka här för förklarings-text
 Sjukhus

234

diagnostiserade
inrapporterade

27

radikala prostatektomier

Måluppfyllelse för kvalitetsindex

Uppg. hämtades från INCA:
2025-10-23 kl:10:42

Indikator	Antal	Mitt sjukhus Min sjukvårdsregion Riket	Måluppfyllelse 2020-2023
2	245 av 261 2015 av 2196 8986 av 10165	94 % 92 % 88 %	
0	41 av 146 631 av 1455 3290 av 7468	28 % 43 % 44 %	
0	11 av 198 129 av 1992 1510 av 9377	6 % 6 % 16 %	
0	2 av 27 24 av 196 133 av 1156	7 % 12 % 12 %	
2	147 av 155 1464 av 1595 7504 av 8045	95 % 92 % 93 %	
2	37 av 39 384 av 425 1748 av 2073	95 % 90 % 84 %	
2	19 av 20 263 av 318 1823 av 2119	95 % 83 % 86 %	
0	13 av 19 200 av 278 1518 av 1897	68 % 72 % 80 %	
0	28 av 41 439 av 592 2654 av 3544	68 % 74 % 75 %	
2	28 av 28 389 av 421 2350 av 2576	100 % 92 % 91 %	
10	Summa (värde)		

Definition av indikatorer

1. Andel män med nydiagnostiserad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska. Variabeln presenteras per behandlingsbeslutande enhet/region/sjukvårdsregion, vilket här avser den enhet som rapporterar i utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period. Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
2. Andel män som fått nybesök på specialskiljning pga. misstänkt prostatacancer inom 21 dagar efter utfärdande av remiss. Variabeln presenteras per diagnostiserande enhet/region/sjukvårdsregion, för diagnoser under aktuell period. Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
3. Andel män som fått PAD-besked om cancerdiagnos inom 11 dagar efter utförd prostatabiopsi. Variabeln presenteras per diagnostiserande enhet/region/sjukvårdsregion, för diagnoser under aktuell period. Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
4. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 68 dagar (RP), 75 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 67 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk. Variabeln presenteras per behandlande enhet/region/sjukvårdsregion, för behandlingar under aktuell period. Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
5. MR utförd före diagnostisk biopsi bland män med PSA < 20 ng/mL. Variabeln presenteras per diagnostiserande enhet/region/sjukvårdsregion, för diagnoser under aktuell period. Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
6. Andel män högst 80 år med högriskcancer/cancer med mycket hög risk utan fjärmetastaser, som diskuterats på multidisciplinär konferens/mottagning. Definitionen av multidisciplinärkonferens i NPCR är att urolog och onkolog deltar. Variabeln presenteras per behandlingsbeslutande enhet/region/sjukvårdsregion, vilket här avser den enhet som rapporterar i utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period. Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
7. Andel av opererade män med låg- eller mellanrisktumör som genomgått intra-/interfasciell nervsparande resektion. Variabeln presenteras per opererande enhet/region/sjukvårdsregion, för operationer under aktuell period. Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
8. Andel prostatektomipreparat med negativa resektionsränder vid pT2. Variabeln presenteras per opererande enhet/region/sjukvårdsregion, för operationer under aktuell period. Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
9. Andel av opererade män som har rapporterat PROM-enkät 1 år efter operation. Godkänt tidsintervall för 1-årsenkät är 11-18 månader efter operation. Variabeln presenteras per opererande enhet/region/sjukvårdsregion, och period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under aktuell period gått 18 månader sedan operation är inkluderade). Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.
10. Ej allvarig urininkontinens 1 år efter utförd radikal prostatektomi. Godkänt tidsintervall för 1-årsenkät är 11-18 månader efter operation. Med 'ej allvarig urininkontinens' avses här svarsalternativen 'Äldre', 'Läcker ibland vid hosta, nysning, och/eller använder droppskydd vid speciell fysisk ansträngning' och 'Bar droppskydd hela tiden (utom möjligvis nattetid) men de är inte alltid våta' på frågan 'Har du urinläckage?'. Variabeln presenteras per opererande enhet/region/sjukvårdsregion, och period är definierat som operationsdatum + 18 månader (dvs. operationer där det under aktuell period gått 18 månader sedan operation är inkluderade). Observera att ingen begränsning är gjord utifrån var patienten är folkbokförd.

Teckenförklaring

Kvalitetsindikatorer och tre nivåer av uppfyllelse
Måluppfyllelse på kliniken i relation till gränsvärden

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

Antal patienter

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

Mitt sjukhus/Min sjukvårdsregion/Riket

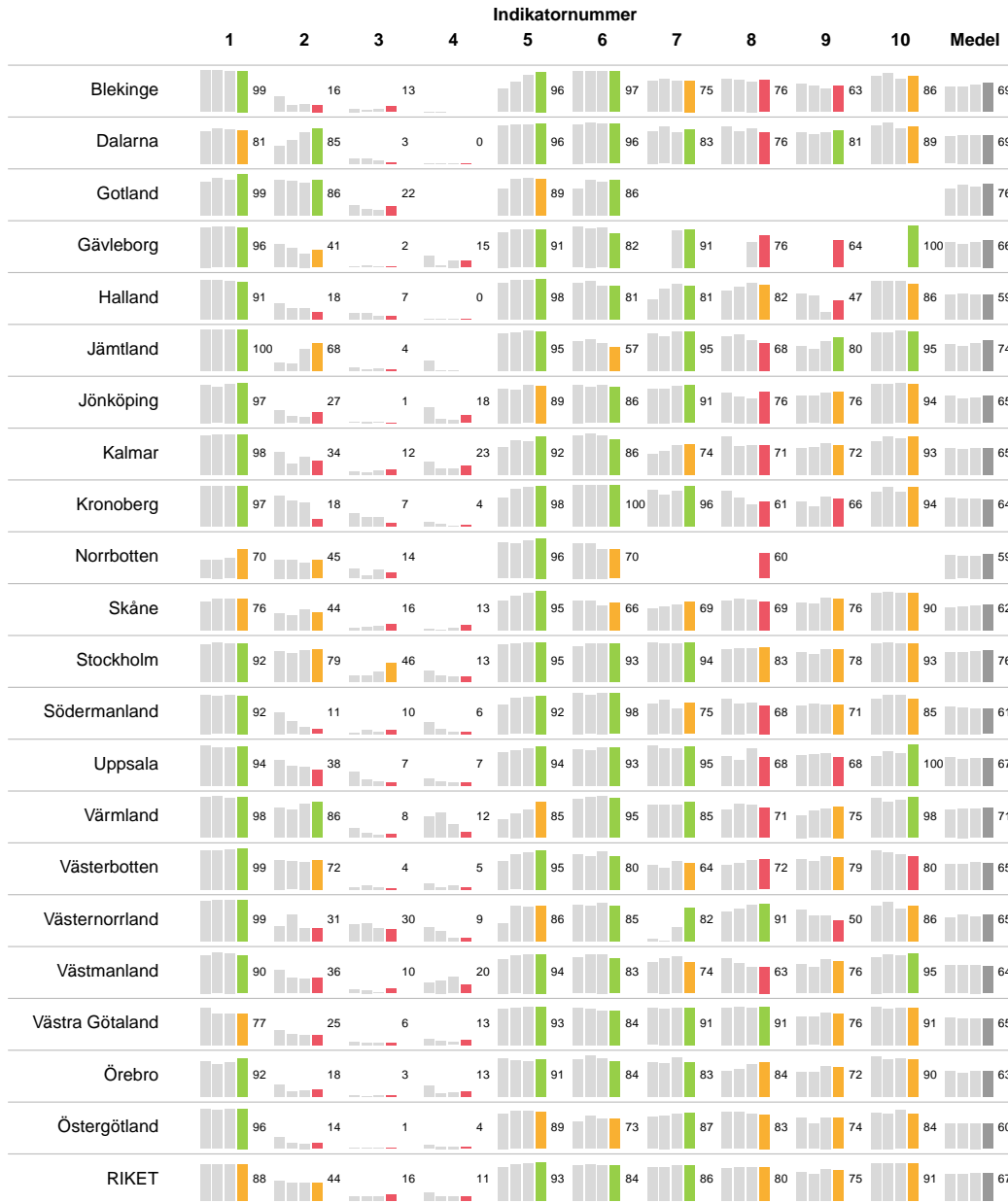
Andel patienter för vilka kvalitetsnivån uppnåts. Vertikala strecken visar nedre och övre gränsvärden.

Vill du veta mer? Gå till <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/kvalitetsregisterstatistik/> där individbaserad statistik redovisas.

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Blekinge	99	16	13		96	97	75	76	63	86	69
Dalarna	81	85	3	0	96	96	83	76	81	89	69
Gotland	99	86	22		89	86					76
Gävleborg	96	41	2	15	91	82	91	76	64	100	66
Halland	91	18	7	0	98	81	81	82	47	86	59
Jämtland	100	68	4		95	57	95	68	80	95	74
Jönköping	97	27	1	18	89	86	91	76	76	94	65
Kalmar	98	34	12	23	92	86	74	71	72	93	65
Kronoberg	97	18	7	4	98	100	96	61	66	94	64
Norrbottn	70	45	14		96	70		60			59
Skåne	76	44	16	13	95	66	69	69	76	90	62
Stockholm	92	79	46	13	95	93	94	83	78	93	76
Södermanland	92	11	10	6	92	98	75	68	71	85	61
Uppsala	94	38	7	7	94	93	95	68	68	100	67
Värmland	98	86	8	12	85	95	85	71	75	98	71
Västerbotten	99	72	4	5	95	80	64	72	79	80	65
Västernorrland	99	31	30	9	86	85	82	91	50	86	65
Västmanland	90	36	10	20	94	83	74	63	76	95	64
Västra Götaland	77	25	6	13	93	84	91	91	76	91	65
Örebro	92	18	3	13	91	84	83	84	72	90	63
Östergötland	96	14	1	4	89	73	87	83	74	84	60
RIKET	88	44	16	11	93	84	86	80	75	91	67

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



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

Koll på läget - Onkologi

De kvalitetsindikatorer som rapporteras för onkologi är

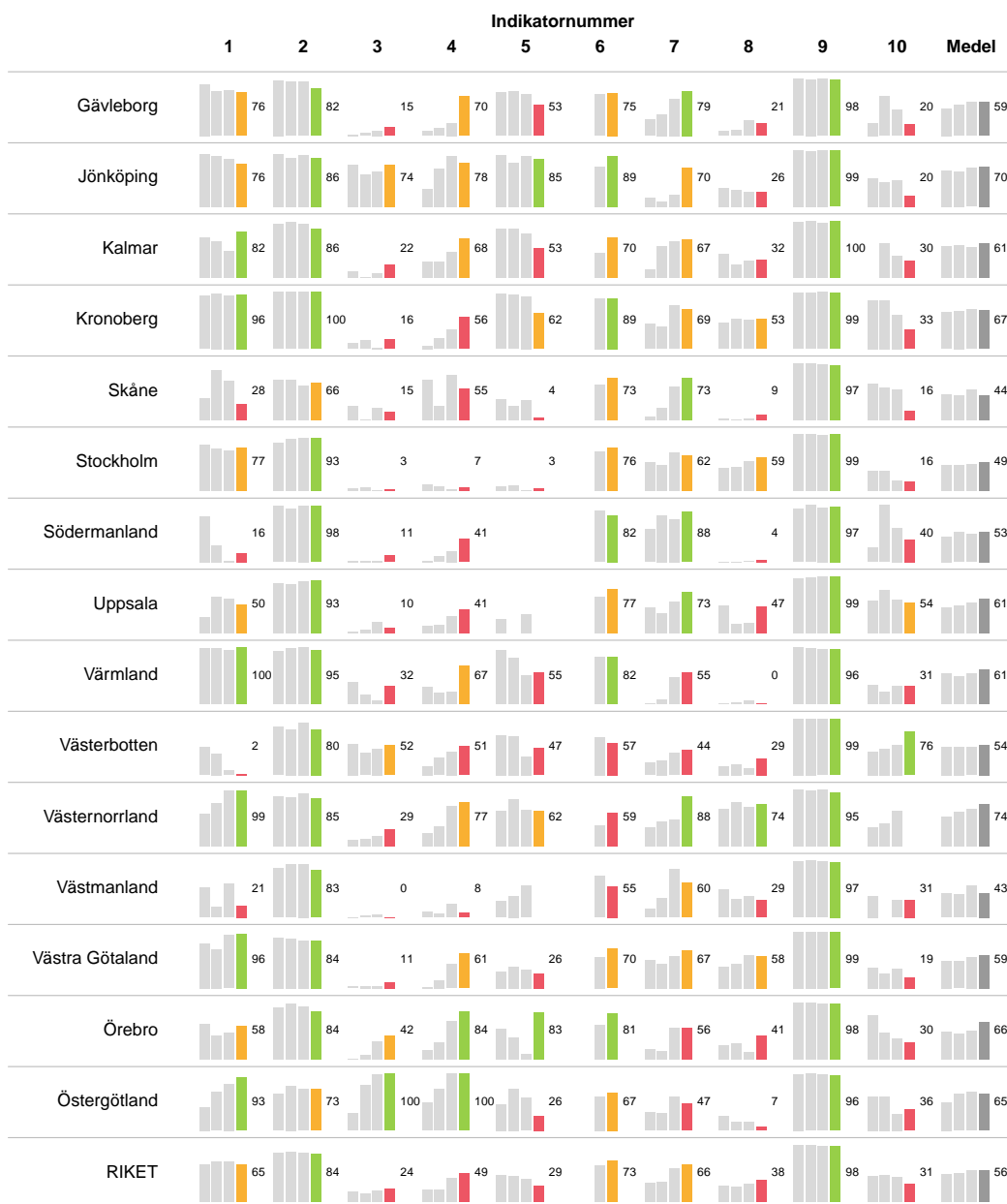
- 1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Inrapportering av information om strålbehandling är en förutsättning för att övriga indikatorer ska kunna bedömas och det finns därför anledning att tro att en snabb inrapportering ökar kvaliteten på data.
- 2. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** I det nationella vårdprogrammet för prostatacancer rekommenderas diskussion vid multidisciplinär konferens före behandlingsbeslut för män diagnostiserade med cancer med hög eller mycket hög risk utan metastaser. Indikatorn visar resultatet för patienter under 80 år.
- 3. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 30 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** Indikatorn visar väntetiden i kalenderdagar från behandlingsbeslut hos onkolog till start av strålbehandling för män med 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: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** 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: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** 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: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).** 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).* Mycket hög risk, här definierad som två av faktorerna T3-T4, PSA > 40 ng/mL och Gleasonsumma 8-10, eller N1 vid diagnos.

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: Över 60 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).** 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 rapporterad ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: Över 50 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).** 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: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).**
10. **Andel män med primärt metastaserad sjukdom (<4 skelettmetastaser, inga visceral metastaser) som genomgått lokal strålbehandling mot prostata. Målnivåer: Över 50 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).** NVP rekommenderar lokal strålbehandling mot prostata till män med få skelettmetastaser.

	Indikatornummer										Medel
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gävleborg	76	82	15	70	53	75	79	21	98	20	59
Jönköping	76	86	74	78	85	89	70	26	99	20	70
Kalmar	82	86	22	68	53	70	67	32	100	30	61
Kronoberg	96	100	16	56	62	89	69	53	99	33	67
Skåne	28	66	15	55	4	73	73	9	97	16	44
Stockholm	77	93	3	7	3	76	62	59	99	16	49
Södermanland	16	98	11	41		82	88	4	97	40	53
Uppsala	50	93	10	41		77	73	47	99	54	61
Värmland	100	95	32	67	55	82	55	0	96	31	61
Västerbotten	2	80	52	51	47	57	44	29	99	76	54
Västernorrland	99	85	29	77	62	59	88	74	95		74
Västmanland	21	83	0	8		55	60	29	97	31	43
Västra Götaland	96	84	11	61	26	70	67	58	99	19	59
Örebro	58	84	42	84	83	81	56	41	98	30	66
Östergötland	93	73	100	100	26	67	47	7	96	36	65
RIKET	65	84	24	49	29	73	66	38	98	31	56

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

1. Andel strålbehandlingar rapporterade inom 3 månader från start av RT. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
2. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
3. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 30 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
4. Andel män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk där strålbehandling som primärbehandling startat inom 42 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
5. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
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: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
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: Över 60 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).
8. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: Över 50 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).
9. Ej allvarligt avföringsläckage efter strålbehandling. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
10. Andel män med primärt metastaserad sjukdom (<4 skelettmetastaser, inga visceral metastaser) som genomgått lokal strålbehandling mot prostata. Målnivåer: Över 50 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).



Figur 4. 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: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
2. Multidisciplinär konferens/mottagning (högrisk). Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
3. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 30 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 40 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
4. Andel män med högriskcancer/cancer med mycket hög risk där strålbehandling som primärbehandling startat inom 42 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog. Målnivåer: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
5. Andel som startat postoperativ strålbehandling inom 30 dagar från strålanmälan. Målnivåer: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
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: Över 60 %; mellannivå (gult), över 80 %; högsta nivå (grönt).
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: Över 60 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).
8. Andel av strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät. Målnivåer: Över 50 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).
9. Ej allvarligt avföringsläckage efter strålbehandling. Målnivåer: Över 70 %; mellannivå (gult), över 90 %; högsta nivå (grönt).
10. Andel män med primärt metastaserad sjukdom (<4 skelettmetastaser, inga visceral metastaser) som genomgått lokal strålbehandling mot prostata. Målnivåer: Över 50 %; mellannivå (gult), över 70 %; högsta nivå (grönt).

Generella kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer

Vid granskning av indikatorerna framkommer tydliga nationella gemensamma styrkor och svagheter. Måluppfyllelsen är generellt högre vad gäller kvalitetsmått som styrs av den egna verksamheten, till exempel andel patienter som genomgår nervsparande resektion, än för kvalitetsmått som är beroende av mer komplexa processer där flera aktörer är inblandade såsom väntetidsmålen. Resultaten vad gäller väntetider är liksom tidigare år undermåliga i förhållande till de ledtider som stipuleras i SVF-förloppet.

För onkologi har fem kvalitetsindikatorer bytts ut och ytterligare en lagts till sedan föregående årsrapport, vilket för nya indikatorer endast möjliggör jämförelser framåt i tiden.

En viktig del av kvalitetssäkringen av kurativt syftande behandling är uppföljning av egenrapporterade symptom. För att värdera resultaten efter behandling behöver de ställas i relation till utgångsläget och NPCR önskar därför att männen fyller i en baslinjeenkät före operation eller strålbehandling. Enkäten distribueras av behandlande enhet. Enkäter ett, tre och fem år efter behandling skickas ut automatiskt från INCA via 1177 och initieras av att det finns ett datum för operation eller strålbehandling i NPCR. Det är därför väsentligt att behandlingen rapporteras i tid.

I figur 2 och 4 ses en sammanfattning av Koll på läget för urologi respektive onkologi, från de senaste 4 åren, 2021-2024. Målsättningen med figuren är att visa i vilken riktning regionerna utvecklar sina resultat. Resultaten är relativt stationära över tid med små förändringar i de flesta variabler. Dessa resultat bör granskas av respektive regionala processledare för att se om man kan göra förbättringar.

Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för urologi

Kontaktsjuksköterska tilldelas knappt 90 % av patienterna vilket är en oförändrad nivå jämfört med tidigare år, kontaktsjuksköterskeverksamheten är således väletablerad och regionerna har lyckats bibehålla funktionen över tid. Måluppfyllelsen för MR utförd före första biopsi fortsätter att förbättras. Det nationella snittet är 93 % och alla regioner når nu upp till lägsta nivån. Även nivån för nervsparande resektion vid prostataoperation har förbättrats och ligger nu på 86 % vilket förhoppningsvis kommer att avspeglas i ett förbättrat utfall avseende patientrapporterade utfallsmått såsom inkontinens och impotens i framtiden. Indikatorn har hög måluppfyllelse nationellt och alla regioner når upp till lägsta nivån.

Målnivåerna för indikatorn Ej allvarlig urininkontinens efter radikal prostatektomi har höjts från och med 2023 vilket innebär att ingen sjukvårdsregion når övre målnivån 95 %. Den genomsnittliga nationella nivån är oförändrad, 91 % av opererade män har inte allvarlig urininkontinens ett år efter operationen även om en del regionala rörelser i resultaten ses. Även för negativa resektionsränder finns det stor spridning mellan regionerna, där majoriteten inte når upp till den lägsta målnivån. Dessa utfall är inte beroende av strukturella eller ekonomiska förutsättningar och det finns förbättringspotential.

När det gäller ledtider har andelen män som håller tiden från remiss till första besök i specialiserad vård legat oförändrat på knappt 45 % senaste åren. En viss förbättring, men en generellt fortsatt låg nivå, noteras när det gäller tid från biopsi till PAD-svar (nu 16 %) vilket förklaras av en stor förbättring i Stockholm Gotland samt en viss förbättring i Södra sjukvårdsregionen. Slutligen har måluppfyllelsen för ledtid från remiss till start av behandling legat oförändrad på en mycket låg nivå kring 10 % senaste åren, med undantag för 2021 som fortfarande påverkades av pandemin. Flera regioner visar små förbättringar eller samma nivå som tidigare medan regioner som tidigare haft högre måluppfyllelse än

andra nu ligger på samma nivåer. Det är viktigt för klinikerna att fortsätta att arbeta med ledtidsfrågor även om ledtidsmålen är svåra att nå.

75 % av män som genomgått prostatektomi i landet hade besvarat en uppföljningsenkät efter ett år 2024. Förra årets förbättring jämfört med åren 2021-22 kvarstår därmed. Både antalet utdelade och andelen besvarade enkäter har ökat, det finns dock fortfarande stora skillnader mellan landets regioner. Eftersom svarsfrekvensen efter ett år är relativt god har styrgruppen för NPCR beslutat att återinföra tre- och femårsarsenkäter. För de regionala processledarna är det framför allt viktigt att satsa på en ökad svarsfrekvens av baslinjeenkäten i sina respektive regioner.

Kommentarer till resultat för kvalitetsindikatorer för onkologi

Inför 2024 beslutades att revidera flera av kvalitetsindikatorerna för onkologi, vilket innebär att 6 av de 10 indikatorerna är nya.

När det gäller väntetider till start av strålbehandling för primär behandling av mellanrisk samt för postoperativ strålbehandling uppnås inte målnivåerna för 70-75 % av patienterna i riket. För primär behandling av högrisk/mycket högrisk ser det aningen bättre ut, för cirka hälften av patienterna uppnås målnivån.

Följsamheten till inrapportering av strålbehandling är medelhög i genomsnitt men med stor regional spridning. 38 % av män som genomgått kurativt syftande strålbehandling under 2024 har besvarat en baslinjeenkät vilket är en låg nivå men en tydlig förbättring jämfört med tidigare. Av dessa rapporterar 98 % att dom inte har allvarligt avföringsläckage.

Rekommenderad kombinationsbehandling i form av GnRH-analog och Abirateron i samband med kurativt syftande strålbehandling vid mycket högrisksjukdom når mellan- eller högsta målnivå i de alla regioner utom tre. Av patienterna i riket som är 80 år eller yngre startar 73 % denna behandling.

Av patienter nyligen diagnostiserade med lågvolymsmetastaserad sjukdom erhöll 31 % strålbehandling mot primärtumören. Indikatorn inkluderar alla patienter oavsett ålder.

Generell kommentar till resultatutvecklingen över tid

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

Övriga resultat som ej redovisas i Koll på läget

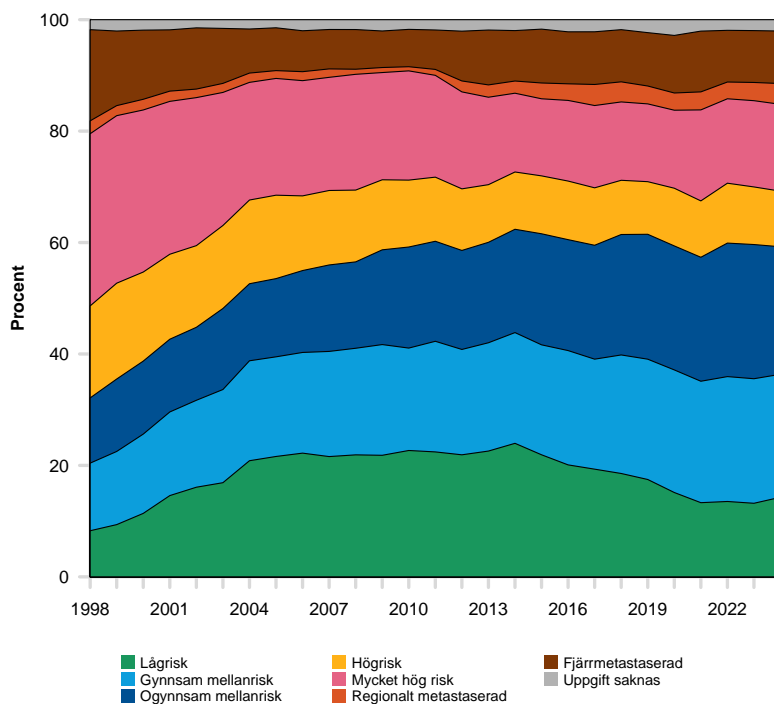
Urologi

MRT före biopsi syftar till att diagnosticera färre män med lågriskcancer vars prognos även utan behandling är mycket god, dvs. att minska överdiagnostiken. Dessutom behöver färre män genomgå vävnadsprov med efterföljande risk för allvarliga infektioner. Andelen män med lågriskcancer har minskat vilket med största sannolikhet har att göra med den ökande användningen av MR. Då det totala antalet fall inte minskat och andelen mellanriskcancer ökat tydligt kan detta delvis bero på att MR i kombination med riktade biopsier i högre utsträckning leder till att prevalent Gleasonmönster 4 diagnosticeras (Figur 5). Under kommande år kommer detaljriktningen att öka ytterligare eftersom den nationella vårdprogramgruppen har infört en uppdelning av mellanrisk i subgrupper.

Fördelning av riskkategori per diagnostiserande region återfinns i figur 6. Förutom skillnader i männens sökmönster och sammansättning av patientgrupper kan även viss variation mellan patologernas Gleasonbedömning spela roll för de skillnader som ses mellan olika regioner.

Det nationella vårdprogrammet för prostatacancer rekommenderar sedan många år tillbaka att det ska finnas minst två erfarna operatörer vid de enheter där radikal prostatektomi utförs, och att alla operatörer ska utföra fler än 25 ingrepp årligen. Trots tydliga rekommendationer finns det fortfarande några mindre enheter som utför få ingrepp samtidigt som finns det större centra där många operatörer genomför relativt få ingrepp (Figur 7). Det ses dock över lång tid en klar förbättring i Sverige där vi nu har betydligt färre opererande enheter än för tio år sedan och volymsmål har blivit mer accepterat bland urologerna.

När det gäller urinläckage efter operation noteras att den överväldigande majoriteten av männen anger att de har ett intermittent urinläckage, Läcker ibland är vanligast följt av Droppskydd, inte alltid våta. Endast 30 % anger att de aldrig läcker, motsvarande siffra innan operation är drygt 85 % (Figur 8).



Figur 5. Fördelning av riskkategori per diagnosår, 1998-2024.

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 \geq 40 → **Mycket högrisk**

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

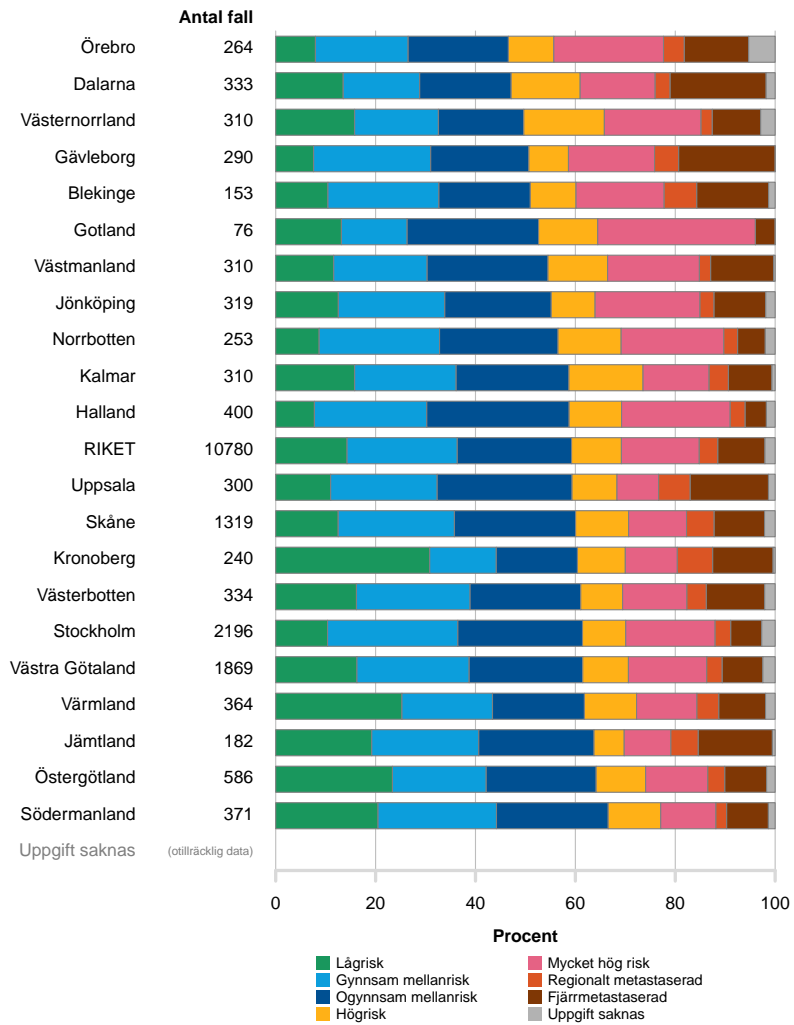
(cT3 och/eller EPE/SVI 5) eller Gleasonsumma 8 eller PSA 20-39 → **Högrisk**

Gleasonsumma 4 + 3 → **Ogynnsam mellanrisk**

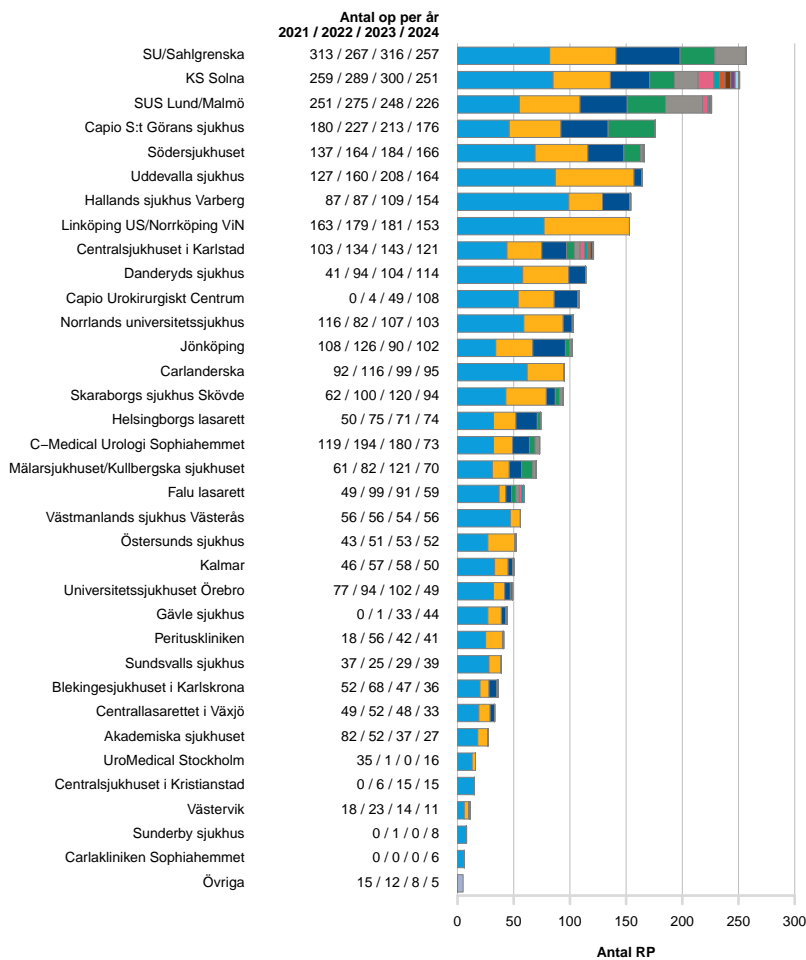
Minst 2 av riskfaktorerna:
 - cT2
 - Gleasonsumma 3 + 4
 - PSA 10-19
 → **Ogynnsam mellanrisk**

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

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

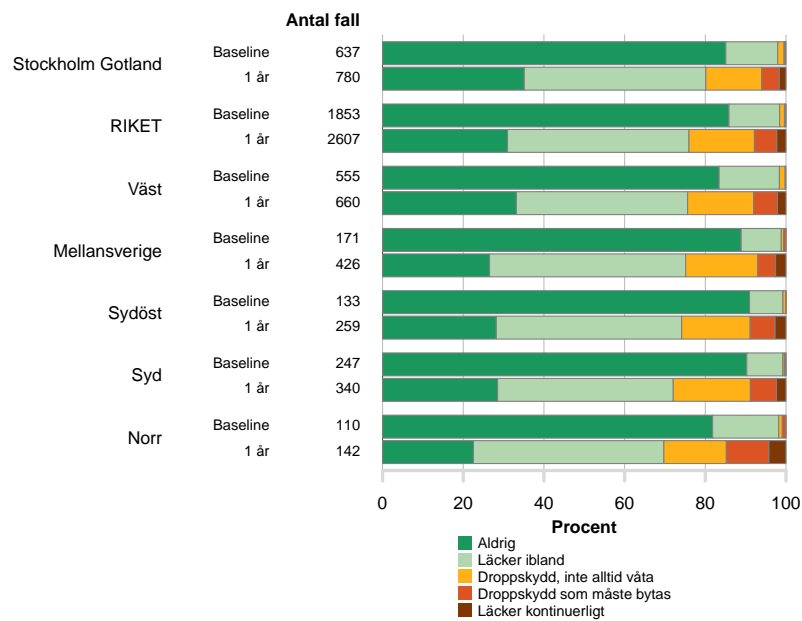


Figur 6. Fördelning av riskkategori per diagnostiserande region, 2024.



Figur 7. Antal radikala prostatektomier, per behandlande sjukhus, operationsår 2024. Varje färg i sjukhusets stapel motsvarar en operatör.

Totalt genomfördes 3048 operationer under 2024, varav 734 (24.1 %) på de tre sjukhusen med störst volym.



Figur 8. Information från PROM om urininkontinens ("Har du urinläckage?") före och efter radikal prostatektomi, per behandlande sjukvårdsregion, behandlingsår 2023.

Onkologi

Idag rekommenderar det nationella vårdprogrammet att män med prostatacancer med begränsad skelettmetastasering bör erhålla lokal strålbehandling mot prostata. Rekommendationen har fått snabbt genomslag och de senaste fem åren har antalet strålbehandlade män påtagligt ökat och legat mellan 300-400 per år (Tabell 1).

Postoperativ strålbehandling har generellt minskat på senare år, vilket tolkas bero av ökad kartläggning med PSMA-PET inför behandlingsbeslut, och patienter med mikroskopisk fjärrspridning har därmed kunnat undvika utsiktslös strålbehandling mot prostataloge i dessa fall (Tabell 1).

Mellan 2023 och 2024 noterar vi en nedgång i antalet rapporterade strålbehandlingar i Sverige, såväl kurativ som icke-kurativ strålbehandling (Tabell 1). Detta kan i någon mån förklaras av färre diagnostiserade fall under samma period men även på minskad täckningsgrad för strålformuläret i enstaka regioner.

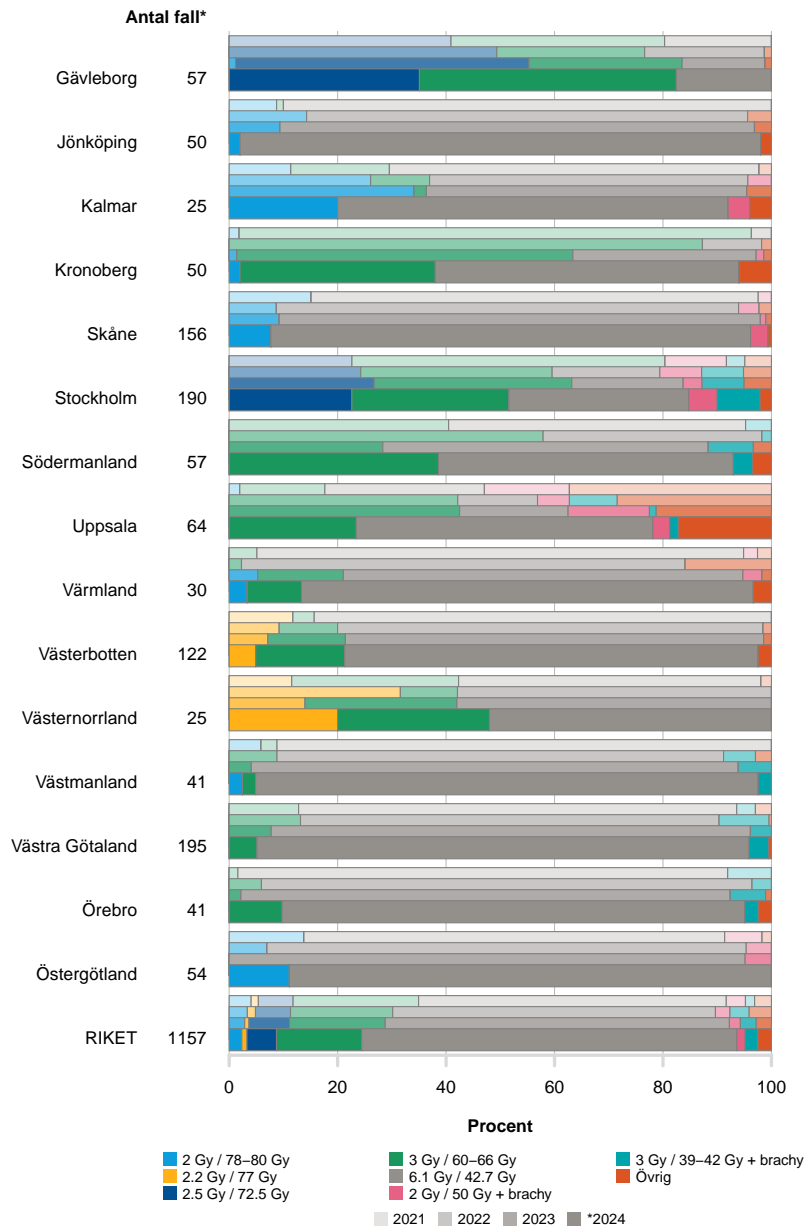
Kliniska studier har visat att ultrahypofraktionerad strålbehandling, dvs högre fraktionsdoser per stråltillfälle, kan ge likvärdiga resultat i avseende tumörkontroll och biverkningar jämfört med konventionell strålbehandling hos män med mellanriskcancer. Behandlingstiderna har därmed kunna förkortas från fem-åtta veckor till två-tre veckor. Andelen män med mellanriskcancer som erhåller ultrahypofraktionerad strålbehandling har ökat kraftigt och är nu den dominerade strålfractioneringen i riket som helhet, dock med regionala variationer (Figur 9 och 11). Förutom fördelen för patienterna som får en effektiv behandling på kortare tid leder förändringen till ett förbättrat resursutnyttjande på våra strålbehandlingskliniker.

Fraktioneringsmönstret för män med högriskprostatacancer har också förändrats under senare år. Även för dessa patienter har ultrahypofraktionerad strålbehandling blivit mer vanligt förekommande, och kombinationsstrålbehandling, som möjliggör en högre slutdos, används för en andel patienter. Den vanligaste fraktioneringen vid extern strålbehandling är nu moderat hypofraktionering dvs. något högre doser/fraktion än konventionell strålbehandling (Figur 10 och 12). Det innebär att behandlingstiderna har förkortats från sju-åtta veckor till fem-sex veckor till gagn för såväl patienter som sjukvård.

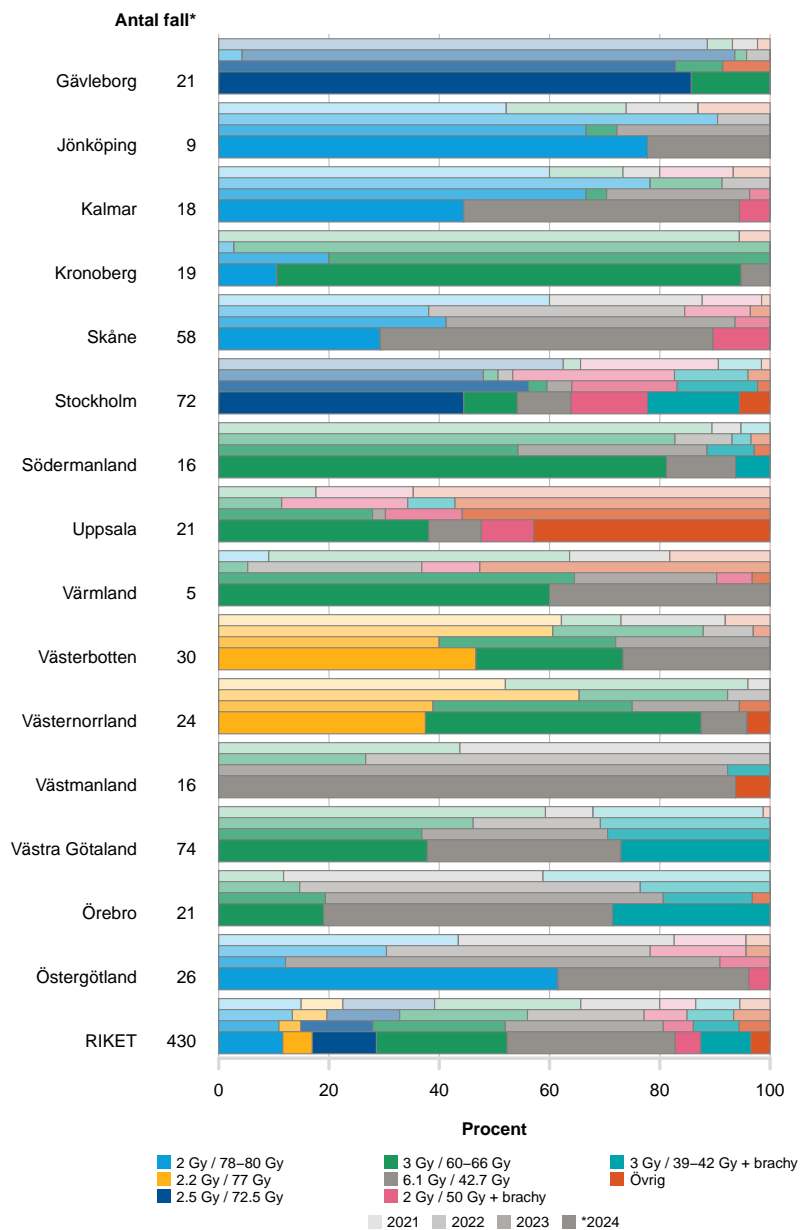
Tabell 1. Antal registrerade genomförda strålbehandlingar, per behandlingsår, 2009-2024.

	Primär- behandling	Efter aktiv monitore- ring	Post- operativ	Icke-kurativ	Totalt
Behandlingsår					
2009	1531 (72)	122 (6)	479 (22)		2132
2010	1769 (73)	158 (7)	501 (21)		2428
2011	1706 (69)	220 (9)	531 (22)		2457
2012	1561 (70)	203 (9)	475 (21)		2239
2013	1489 (68)	214 (10)	487 (22)		2190
2014	1623 (68)	262 (11)	507 (21)		2392
2015	1726 (64)	309 (12)	647 (24)		2682
2016	1881 (62)	467 (15)	706 (23)		3054
2017	1880 (63)	448 (15)	659 (22)	11 (0)	2998
2018	2074 (63)	355 (11)	656 (20)	199 (6)	3284
2019	2308 (61)	487 (13)	669 (18)	309 (8)	3773
2020	2309 (61)	528 (14)	630 (17)	338 (9)	3805
2021	2493 (62)	551 (14)	586 (15)	397 (10)	4027
2022	3122 (69)	516 (11)	410 (9)	501 (11)	4549
2023	2975 (70)	445 (10)	423 (10)	412 (10)	4255
2024	2280 (66)	406 (12)	440 (13)	309 (9)	3435

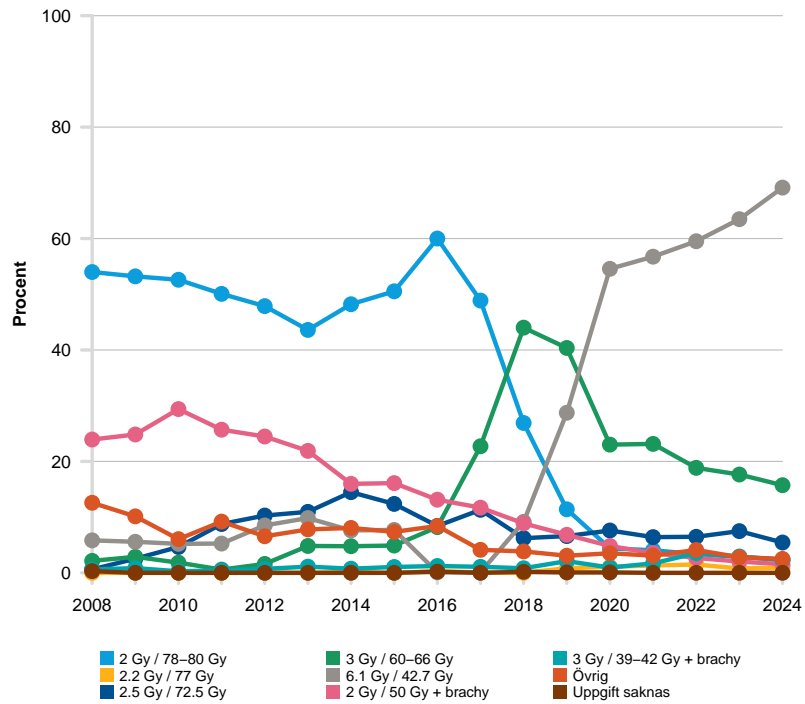
Observera att möjligheten att registrera icke-kurativ strålbehandling infördes i registret ca 2018.



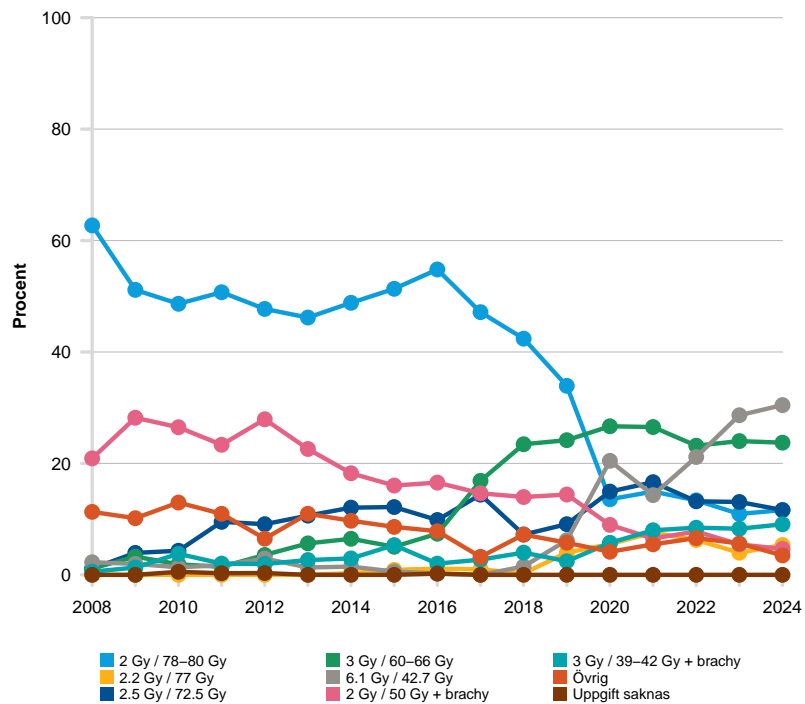
Figur 9. Fraktionsdos/total dos vid extern strålbehandling av män med mellanriskcancer, per behandlande region, behandlingsår 2021-2024.



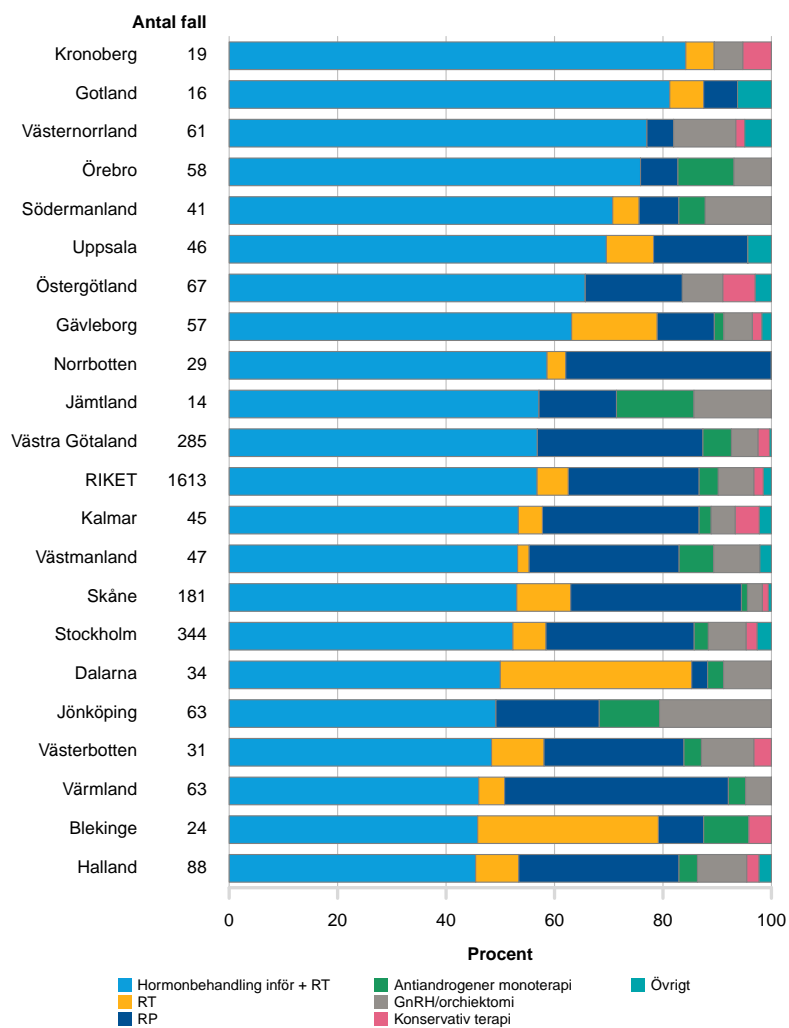
Figur 10. Fraktionsdos/total dos vid extern strålbehandling av män med högriskcancer, per behandlande region, behandlingsår 2021-2024.



Figur 11. Fraktionsdos/total dos vid extern strålbehandling av män med mellanriskcancer, per behandlingsår, 2008-2024.



Figur 12. Fraktionsdos/total dos vid extern strålbehandling av män med högriskcancer, per behandlingsår, 2008-2024.



Figur 13. Behandling av män 75 år eller yngre vid diagnos med cancer med mycket hög risk, per behandlingsbeslutande region, 2023-2024.

BAKGRUND TILL RESULTATEN - ORGANISATION AV NPCR OCH DATAKVALITET

Organisation och styrgrupp

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

Cancerregistret jämfört med NPCR

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

Datakvalitet

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

Hemsida

På npcr.se återfinns alla regionala och nationella årsrapporter, nyheter inom NPCR, länk till den öppna onlinerapporten RATTEN, länkar till registreringsformulär och manualer, kontaktuppgifter till ansvariga, information om Individuell patientöversikt prostatacancer (IPÖ) och populärvetenskapliga sammanfattningar av vetenskapliga artiklar som utgått från NPCR. På hemsidan finns en kalender där pågående samt planerade aktiviteter i registret beskrivs. Flera gånger i månaden publiceras nyheter från NPCR, utveckling i registret och sammanfattningar från regionala och nationella möten.

PÅGÅENDE UTVECKLINGSARBETEN

Patientrapporterade utfallsmått (PROM)

Patientrapporterade utfallsmått (PROM) insamlade via onlineenkäter före och efter operation och strålbehandling samt vid spridd prostatacancer är en viktig källa till utvärdering av vårdkvalitet avseende symtom och biverkningar av sjukdom och behandling. Utdelning av online-enkäter inför och efter behandling sker sedan 2021 via 1177 och resultatet är tillgängligt för läkare och patienter i samband med läkarbesök. Under slutet av 2022 initierades ett implementeringsarbete för ökad PROM-användning i landets sex sjukvårdsregioner. NPCR-medarbetare har tillsammans med de regionala processledarna deltagit i regionala och lokala möten för att informera om syftet med PROM-användning samt praktisk information om utskick, visualisering av PROM-information och implementering på klinik. Under 2025 startar ett nytt omtag i syfte att öka täckningsgraden av enkäten, samt användningen av PROM-informationen i såväl mötet med patienten som på gruppnivå.

Onlinerapporter

Under 2025 pågår ett stort arbete med att förbättra onlinerapportering från NPCR. Det kommer öppnas upp olika ingångar till tillgängliga rapporter för allmänhet och patienter respektive för professionen, och rapporterna kommer både skapas i förenklade respektive förfinade former med fler valmöjligheter. I arbetet ingår också att skapa rapporter för frågeställningar där tillgängliga rapporter tidigare saknats. Arbetet beräknas bli klart under första halvan av 2026.

Strukturerade nationella diagnostikmallar

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

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

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

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

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

Samverkan mellan NPCR och Nationella vårdprogramgruppen

Ett arbete har initierats för att fördjupa och samordna arbetet med det nationella vårdprogrammet för prostatacancer (NVP) och registerarbetet i NPCR. Målet är att de förändringar som sker i NVP på årsbasis ska kunna mätas i NPCR samtidigt som de genomförs. Information från NPCR ska kunna användas för konsekvensbeskrivningar av de förändringar som görs i vårdprogrammet och därmed utgöra ett stöd för verksamheten i resurs- och organisationsplanering. Möjligheten till detta begränsas idag av att NPCR samlar information om diagnos och första behandling medan nya behandlingsrekommendationer även rör behandling vid progress.

De regionala processledarna för prostatacancer sitter i såväl vårdprogramgruppen för det nationella vårdprogrammet som i styrgruppen för NPCR vilket underlättar samordning av kommunikation, organisation och arbetssätt. Dessutom är vårdprogramgruppens ordförande adjungerad till NPCRs styrgrupp och NPCRs ordförande är adjungerad till vårdprogramgruppen.

Automatöverföring

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

Implantatregistret - Urinläckage efter prostatektomi

Tre procent av män som genomgått prostatektomi opererades senare för allvarlig urininkontinens enligt en studie från NPCR [2]. Det innebär att mellan 50–100 män per år får en konstgjord sfinkter. För att kunna följa upp dessa ingrepp har ett registreringsformulär skapats av NPCR. Data från

implantatregistret visar att ca 65 % av de män som får ett implantat tidigare enbart är opererade och ca 30 % tidigare är både opererade och fått postoperativ strålbehandling. En mindre andel har enbart genomgått strålbehandling. AMS800 är det helt dominerande implantatet. Arbete med ökad täckningsgrad till implantatregistret pågår och en elektronisk PROM-enkät håller på att lanseras.

MÅLSÄTTNINGAR OCH SLUTSATSER

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

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

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

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

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

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

4. År 2024 publicerades 18 vetenskapliga artiklar baserade på NPCR och Prostate Cancer data Base Sweden (PCBase) vilket är en databas där NPCR länkats med andra sjukvårdsregister och demografiska databaser. En förteckning av dessa publikationer finns på npcr.se/publikationer och en kort populärvetenskaplig sammanfattning publiceras på npcr.se/nyheter.

REFERENSER

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