

Förklaringstext till Koll på läget

Definition av indikatorn anges nedanför grafen i onlinerapporten och i förklaringstexten

Källa till indikatorn hänvisar till variabeln/variablerna i NPCR:s inrapporteringsformulär som indikatorn baseras på

Förklaring till indikatorn ger bakgrund till valet av indikatorn

INLEDNING

Grunden för valet av kvalitetsindikatorer i Koll på läget utgörs av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer (SoS NR) för prostatacancervård 2014 inklusive indikatorer och målnivåer (1) samt nationellt vårdprogram för prostatacancer (NVP) 2014, Regionala cancercentrum i samverkan (2).

I Koll på läget finns tre nivåer av måluppfyllelse låg, intermediär och hög nivå som för närvarande alla är lägre än den målnivå som Socialstyrelsen satt. Syftet med NPCR:s lägre gränser är att påvisa redan måttliga förbättringar för att stimulera kvalitetsarbetet på klinikerna. Efterhand som måluppfyllelsen ökar kommer NPCR:s målnivåer att höjas så att hög nivå motsvarar Socialstyrelsens målnivå.

Anvisningar om hur inrapportering ska utföras är tagna från Manual NPCR Diagnostik och primärbehandling 2015 (3).

INDIKATORER

1. Rapporterad till NPCR

Definition: Andel män som rapporterats med diagnostikformulär som rapporterats till NPCR inom 30 dagar efter PAD-besked.

Källa: Diagnostikformulär: Antal dagar från "Datum för PAD-besked till patienten" till "Inrapporteringsdatum" Det senare datumet genereras automatiskt, se kommentar på sida 3 i manualen. Indikatorn presenteras per diagnostiserande sjukhus för diagnoser under aktuell period.

Förklaring: Tid till inrapportering är inte en kvalitetsindikator i SoS NR, men inrapportering av diagnosuppgifter är en förutsättning för att övriga indikatorer ska kunna bedömas, och det finns anledning att tro att en snabb inrapportering ökar kvaliteten på data.

2. Kontaktsjuksköterska

Definition: Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska.

Källa: Diagnostikformulär, utrednings- och behandlingsformulär, radikal prostatektomiformulär och strålbehandlingsformulär: "Har patienten namngiven kontaktsjuksköterska?", se

kommentar på sidan 9 i manualen. Indikatorn presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus, vilket här avser det sjukhus som rapporterat in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.

Förklaring: I SoS NR motsvaras indikatorn av indikator 1.10, som är en allmän indikator för många cancerformer. SoS målnivå är 100 % (sida 34 i Målnivåer). Eftersom patienten ibland byter vårdgivare under vårdprocessen finns möjlighet att rapportera på bägge formulären. Det räcker att en vårdgivare har angivit kontaktsjuksköterska för att indikatorn ska anses vara uppfyllt. För ytterligare information om kontaktsköterskans uppgifter se referens 4.

3. Väntetid till första besök

Definition: Andel män som fått nybesök på specialistklinik pga. misstänkt prostatacancer inom 14 dagar efter utfärdande av remiss.

Källa: Diagnostikformulär: Antal dagar från "Datum för utfärdande av remiss" till "Datum för första besök på specialistmottagning", se kommentar på sidan 5 i manualen. Indikatorn presenteras per diagnostiserande sjukhus för diagnoser under aktuell period.

Förklaring: Motsvarar indikator 1.11 i SoS NR som är en övergripande indikator inom cancervården, SoS definition av denna indikator är antal dagar från utfärdande av remiss till första besök. NPCR registrerar båda dessa datum och NPCR använder definitionen ovan.

Rekommendationen i NVP är att en patient ska få tid hos specialist inom två veckor vid stark misstanke om prostatacancer. Om misstanken enbart beror på att PSA-värdet är över åtgärdsgränsen, men under 10 ng/ml, ska läkarbesök erbjudas inom sex veckor med förnyat PSA-prov dessförinnan (NVP 7.1 sidan 26). Det kommer sannolikt nya riktlinjer för dessa väntetider från arbetet med standardiserade vårdförlopp.

4. Väntetid till cancerbesked

Definition: Andel män som fått PAD-besked om cancerdiagnos inom 11 dagar efter utförd prostatabiopsi.

Källa: Diagnostikformulär: Antal dagar från "Provtagningsdatum" till "Datum för PAD-besked till patienten", kommentar manual sid 6. Indikatorn presenteras per diagnostiserande sjukhus för diagnoser under aktuell period.

Förklaring: I SoS NR anges två indikatorer: 1.12 "Väntetid från beslut om behandling till behandlingsstart" och 1.13 "Väntetid från beslut om remiss till specialistmottagning till behandlingsstart".

NVP rekommenderar att patienten ska erbjudas ett läkarbesök för PAD-svar senast andra kalenderveckan efter biopsin (NVP 7.1 sidan 26). I 2015 års blankett anges hur PAD-beskedet gavs: på mottagningsbesök, via telefon eller brev. På så vis kan en rättvis bedömning av denna tid göras; tiden till PAD-svar ska inte kortas på bekostnad av att beskedet ges per brev eller telefon.

I Koll på läget har vi valt att i startskedet denna ledtid istället för SoS's indikatorledtider. Skälet är dels att patientföreningarna återkommande har påpekat att detta vanligen är den för patienten mest påfrestande väntetiden, dels för att den inte är beroende av många olika delförlopp och därmed bör vara enklare att påverka för specialistkliniken. I årsrapporten från

NPCR anges även de kombinerade väntetiderna för SoS indikatorer för operation och strålbehandling.

5. Skelettundersökning högriskcancer

Definition: Andel män högst 80 år med högriskcancer som undersökts för skelettmetastaser. Högriskcancer innefattar i) lokaliserad högriskcancer: kliniskt lokalstadium T1,2 i kombination med Gleasonsumma 8-10, och/eller PSA 20-50 ng/ml och ii) lokalt avancerad cancer: kliniskt lokalstadium T3 och PSA under 50 ng/ml.

Källa: Utrednings- och behandlingsformulär, radikal prostatektomiformulär och strålbehandlingsformulär: "Bildundersökning skelett". De alternativ som finns är skelettscintigrafi, CT, PET-CT eller MR. Se kommentar på sidan 9 i manualen. Indikatorn presenteras per diagnostiserande sjukhus för diagnoser under aktuell period.

Förklaring Enligt NVP ska bilddiagnostik utföras innan man tar ställning till kurativ behandling vid högriskcancer. Kurativ behandling är högt prioriterad av SoS (prioritering 3 på en 10-gradig skala) för denna patientgrupp.

I SoS NR används indikatorn 3.1: Skelettundersökning vid låg och intermediärrisk prostatacancer, vilket är "icke-göra". NPCR har valt att istället fokusera på högriskcancer eftersom det fortfarande finns en underbehandling av män med högriskcancer och skelettundersökning är viktigt steg i bedömningen inför kurativ behandling. NPCR avstår från att använda skelettundersökning av män med lågriskcancer som indikator eftersom användningen av skelettundersökning vid lågriskcancer redan minskat kraftigt från, från 40 % 2003 till 4 % 2013 (5).

6. Aktiv monitorering av cancer med mycket låg risk

Definition: Andel män högst 75 år med prostatacancer med mycket låg risk som handläggs med aktiv monitorering. Mycket låg risk: T1c, Gleasonsumma högst 6, PSA högst 10 ng/ml, PSA-densitet högst 0.15 och högst 4 biopsikolvar med cancer med högst 8 mm cancer totalt.

Källa: Utrednings- och behandlingsformulär: "Aktiv monitorering (ingen initial aktiv behandling, kurativ behandling vid ev. progress)". Se kommentar på sidan 11 i manualen. Indikatorn presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus, vilket här avser det sjukhus som rapporterat in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.

Förklaring: Indikatorn motsvaras av indikator 3.2 i SoS NR som rekommenderar (prioriteringsnivå 3) att män med prostatacancer med mycket låg risk och en förväntad kvarvarande livstid över 10 år ska handläggas med aktiv monitorering prioriteringsnivå 3. SoS målnivå är aktiv monitorering för minst 95 % av dessa män (sidan 37 i Målnivåer). Definitionen i NPCR av cancer med mycket låg risk ändrades 2014. Den nya definitionen delvis är baserad på analyser av data i NPCR (6,7). En jämförelse mellan den nya och den gamla definitionen av cancer med mycket låg risk finns i tabell 3 på sidan 27 i NPCR:s rapport för diagnosår 2013 (www.npcr.se).

7. Multidisciplinär konferens vid högriskcancer

Definition: Andel män högst 80 år med högriskcancer utan fjärrmetastaser, som diskuterats på MDK. Högriskcancer indelas i lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer. Definitionen av multidisciplinärkonferens i NPCR är att urolog och onkolog deltar.

Källa: Utrednings- och behandlingsformulär: "Diskuterad vid multidisciplinär konferens", se sidan 10 i manualen. Indikatoren presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus, vilket här avser det sjukhus som rapporterat in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.

Förklaring: I SoS NR motsvaras detta av indikatorn 1.4, som används för många cancerformer och avser beslut om den primära behandlingen. Vi har valt avgränsningen yngre än 80 år istället för SoS förväntad kvarstående livstid mer än 5 år eftersom den senare inte kan avgöras i NPCR. Rekommendationen gäller inför behandlingsbeslut och har för prostatacancer avgränsats till män med högriskcancer och förväntad kvarstående livstid på minst fem år (SoS 2014 NR: prioritering 3). Målnivån 100 % har satts utifrån den höga prioritering som åtgärden har fått i riktlinjerna (SoS 2014 NR: prioritering 3, sidan 33 Appendix målnivåer).

Enligt SoS och NVP bör dessa deltagare ingå i MDK: Kontaktsjuksköterska, urolog, onkolog med inriktning på urologisk cancer, patolog (om histopatologisk bedömning är av betydelse), och radiolog (om bilddiagnostik är av betydelse). NPCR har i startskedet valt att ha ett mindre strängt mindre krav på antalet representerade specialiteter på MDK eftersom aktiviteten är ny och kommer att byggas ut successivt.

NVP rekommenderar att MDK genomförs före behandlingsbeslut för män med högriskcancer utan känd fjärrmetastaser och mer än fem års förväntad kvarvarande livstid över 5 år utan cancer.

8. Kurativ behandling vid lokaliserad högriskcancer

Definition: Andel män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer som fått kurativt syftande behandling. Lokaliserad högriskcancer: T1,-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml.

Källa: Utrednings- och behandlingsformulär, radikal prostatektomiformulär och strålbehandlingsformulär: "Kurativ terapi", med alternativen radikal prostatektomi och primär strålbehandling prostata. Cystoprostatektomi och "annan kurativ terapi" omfattas inte av denna rapport. Indikatoren presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus, vilket här avser det sjukhus som rapporterat in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.

Förklaring: I SoS riktlinjer motsvaras detta av indikatorn 3.3. Indikatoren visar andelen män med lokaliserad högriskcancer utan fjärrmetastaser som behandlats med radikal prostatektomi eller strålbehandling, eventuellt kombinerat med hormonbehandling (SoS NR 2014, Prio 3). SoS målnivå är mer än 60 % inom tre år (sidorna 38-39 Appendix målnivåer).

Enligt NVP ska förväntad kvarvarande livstid baserad på ålder och samsjuklighet bedömas inför val av behandling. Tumörkaraktistika innefattande lokalt tumörstadium, utbredning av Gleasongrad 4-5 i biopsier, PSA-värde, PSA-densitet och utvecklingstakt av PSA ska också vägas samman. Män som kan bli aktuella för kurativ behandling ska få information om de behandlingar som är tänkbara och har rätt till förnyad medicinsk bedömning ("second opinion"). Radikal prostatektomi och strålbehandling är likvärdiga behandlingsmetoder vid lokaliserad högriskcancer medan evidensen för strålbehandling är starkare än för prostatektomi vid lokalt avancerad prostatacancer (NVP 10.1 sidorna 50-51).

9. Nervsparande resektion

Definition: Andel av opererade män med kliniskt lokalstadium T1c–T2 som genomgick nervsparande resektion.

Källa: Radikal prostatektomiformulär : "Genomfördes nervsparande resektion" besvarad med något av "Ja"-alternativen. Indikatorn presenteras per opererande sjukhus och operationer utförda under aktuell period.

10. Negativa resektionsränder

Definition: Andel prostatektomipreparat med negativa resektionsränder vid pT2.

Källa: Utrednings- och behandlingsformulär eller radikal prostatektomiformulär: "PAD opererat" anges vid pT2 i kombination med "Radikal extirpation", se kommentar på sidan 11 i manualen. Indikatorn presenteras per opererande sjukhus för operationer utförda under aktuell period.

Förklaring: 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).

Referenser

1. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata, tjocktarms-, och ändtarmscancervård 2014. Stöd för styrning och ledning, Indikatorer Bilaga. Målnivåer. Socialstyrelsen 2014.
www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-2
2. Nationellt vårdprogram för prostatacancer 2014. RCC i samverkan.
<http://www.cancercentrum.se/vardprogram/prostatacancer>
3. Registreringsblanketter och manual NPCR www.npcr.se/blanketter eller www.cancercentrum.se
4. Kontaktsköterskans uppgifter RCC i samverkan.
www.cancercentrum.se/sv/projekt/kontaktsjukskoterska/
5. Makarov D, Loeb S, Ulmert, D, Drevin L, Lambe M, Stattin P. Prostate Cancer imaging trends after Nationwide effort to discourage inappropriate prostate cancer imaging. J Natl Cancer Inst 2013.
6. Bratt O, Folkvaljon Y, Loeb S, Klotz L, Egevad L, Stattin P. Upper Limit of Cancer Extent on Biopsy Defining Very Low Risk Prostate Cancer. Brit J Urol Int 2014.
7. A Vellekoop, S Loeb, Y Folkvaljon, P Stattin. Population-based study of predictors for adverse pathology among candidates for active surveillance with Gleason 6 prostate cancer J Urol 2014

För NPCR

Fredrik Sandin, statistiker RCC Uppsala Örebro

Maria Nyberg, registersjuksköterska NPCR

Annette Wigertz, RCC Uppsala Örebro

Karin Hellström, koordinator NPCR, RCC Uppsala Örebro

Pär Stattin, registerhållare NPCR

För Riktlinjerna

Jan-Erik Damber

För NVP

Ola Bratt