

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2016

Sydöstra regionen

April 2017

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



Regionalt cancercentrum, Uppsala Örebro
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

Innehåll

FÖRORD	6
KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER	7
RESULTATREDOVISNING	9
Täckningsgrad	9
Kvalitetsindikatorer - urologi	10
Kvalitetsindikatorer - onkologi	20

Figurer

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	9
2	Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	10
3	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	11
4	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	12
5	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	13
6	Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	14
7	Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	15
8	Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	16
9	Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	17
10	Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2016.	18
11	Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2016.	19
12	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	20
13	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	21
14	Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	22
15	Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	23
16	Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	24

17	Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	25
18	Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	26
19	Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	27
20	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	28

FÖRORD

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

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

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

I denna rapport kommenteras Sydöstra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2016.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Täckningsgraden i Sydöstra regionen är nästan 100 %, vilket är mycket bra. Inrapporteringshastigheten till NPCR är väldigt olika där Västervik och Linköping/Norrköping ligger i topp med 64 % respektive 53 % rapporterade in inom en månad efter prostatabiopsi. I Kalmar har ingen rapportering gjorts inom en månad, vilket måste förbättras.

Tillgången till kontaktsjuksköterska inom urologin varierar från utmärkt i region Östergötland och Kalmar till acceptabel i region Jönköping.

Då det gäller väntetiderna till nybesök på specialistklinik är dessa fortsatt alltför långa. Då det har tagits ett vävnadsprov så är väntetiden på svaret inte i närheten av de 11 dagarna som anges i SVF. Kalmar län lyckas lite bättre än Östergötland och Jönköping.

Benägenheten att utreda män ≤ 80 år med lokaliserad högrisk eller lokalt avancerad prostatacancer med skelettscintigrafi är god i regionen. Sannolikheten att dessa sedan får en botande behandling är utmärkt i hela regionen.

Män med prostatacancer av mycket låg risk-typ genomgår aktiv monitorering i mycket hög utsträckning så de nationella rekommendationerna följs mycket väl. Även för 2016 är dessa män mycket ovanliga i Kalmar län, vilket beror på en annan tolkning av Gleason graderingen än övriga Sverige.

Deltagande i multidisciplinär konferens (MDK) för bedömning av kurativ behandling är viktigt för att män med högrisk cancer skall kunna erbjudas den bästa behandling. Här finns det en stor spridning i regionen. Västervik, Värnamo och Höglandsjukhuset ligger utmärkt medan Kalmar och Västervik, Kalmar är acceptabelt och i Linköping och på Ryhov finns det stora förbättringar att göra.

Andel av opererade män med låg- eller intermediärrisktumör som genomgick nervsparande resektion var utmärkt i Jönköping och Kalmar, något lägre i Östergötland. Bedömning av positiva marginaler är svårt och dessa data skall tolkas med stor varsamhet då bedömningen av vad som är positiva marginaler är subjektiv. Dessa resultat skall även värderas mot funktionella data, vilket det tyvärr inte görs i tillräckligt stor utsträckning idag.

Inrapporteringen av kurativa strålbehandlingar (strålblanketten) inom 3 månader efter strålbehandlingsstart är fortfarande något som måste förbättras i regionen. Viktigt för att vi överhuvudtaget ska kunna lita på att de övriga kvalitetsindikatorerna är korrekta och framförallt aktuella. Det har skett en förbättring av inrapporteringshastighet sedan 2015 i Kalmar men i Linköping finns ett fortsatt stort förbättringsbehov här. Vad gäller kontaktsköterska under den kurativa strålbehandlingen ser det relativt bra ut i regionen även om Kalmar inte har riktigt lika bra täckning som strålbehandlingsavdelningarna i Jönköping och Linköping.

Kalmar och framförallt Linköping kallar snabbt sina högriskcancer till onkologen för bedömning och strålanmälan efter remiss/översäkringen från urologen medan det är relativt få i Jönköping som får komma inom de stipulerade 14 dagarna. Det har skett en förbättring i både Kalmar och Linköping här men inte i Jönköping.

Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer ges ofta i hela regionen och sannolikt ligger vi på en bra nivå/andel här.

För patienter med mer avancerad sjukdom, lokalt avancerad cancer, ges kurativ behandling något oftare i region Östergötland och Kalmar län än i Jönköpings län. Dock ganska få fall varför tolkningen är osäker. Denna patientgrupp är mer komplicerad och komorbiditet, tumörstatus hos den enskilda patienten måste

FIGURER

vägas in extra noga innan val av behandling. Därför är det svårt att dra stora slutsatser enligt vår bedömning men möjligen finns fortfarande en viss underbehandling här i regionen.

Adjuvant antiandrogen används sannolikt för lite i Kalmar och Linköping vid högriskcancer medan Jönköping ligger på en bra nivå. Här har dock denna patientgrupp registrerats fel i Kalmar under början av 2016 så siffran kan vara falskt för låg.

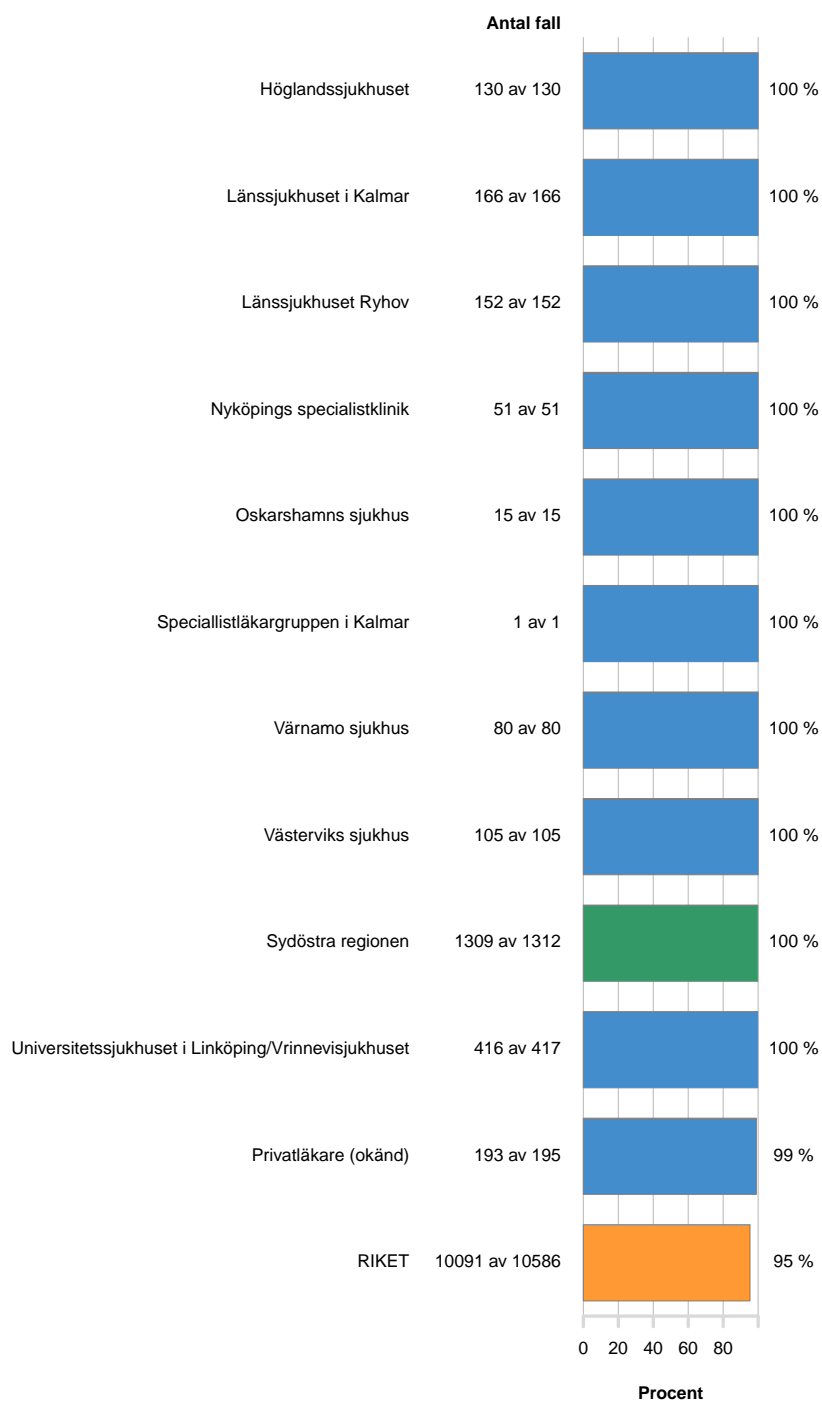
MR används generellt som stöd för targetritning på strålbehandlingsavdelningarna i Kalmar och Jönköping. Tyvärr har Linköping fortfarande inte tillgång till MR för targetritningsstöd.

David Robinson, Mats Andén

Regional processledare urologi, onkologi

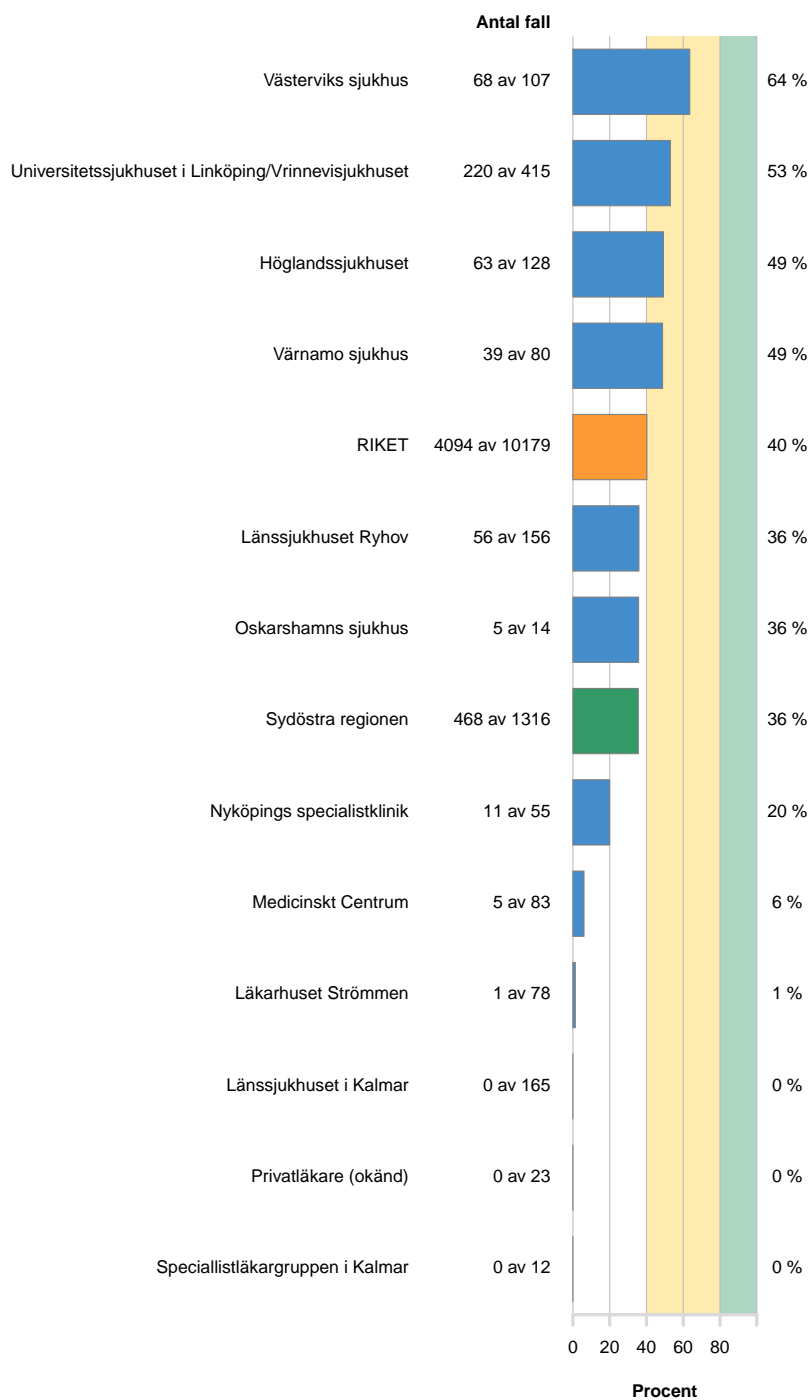
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

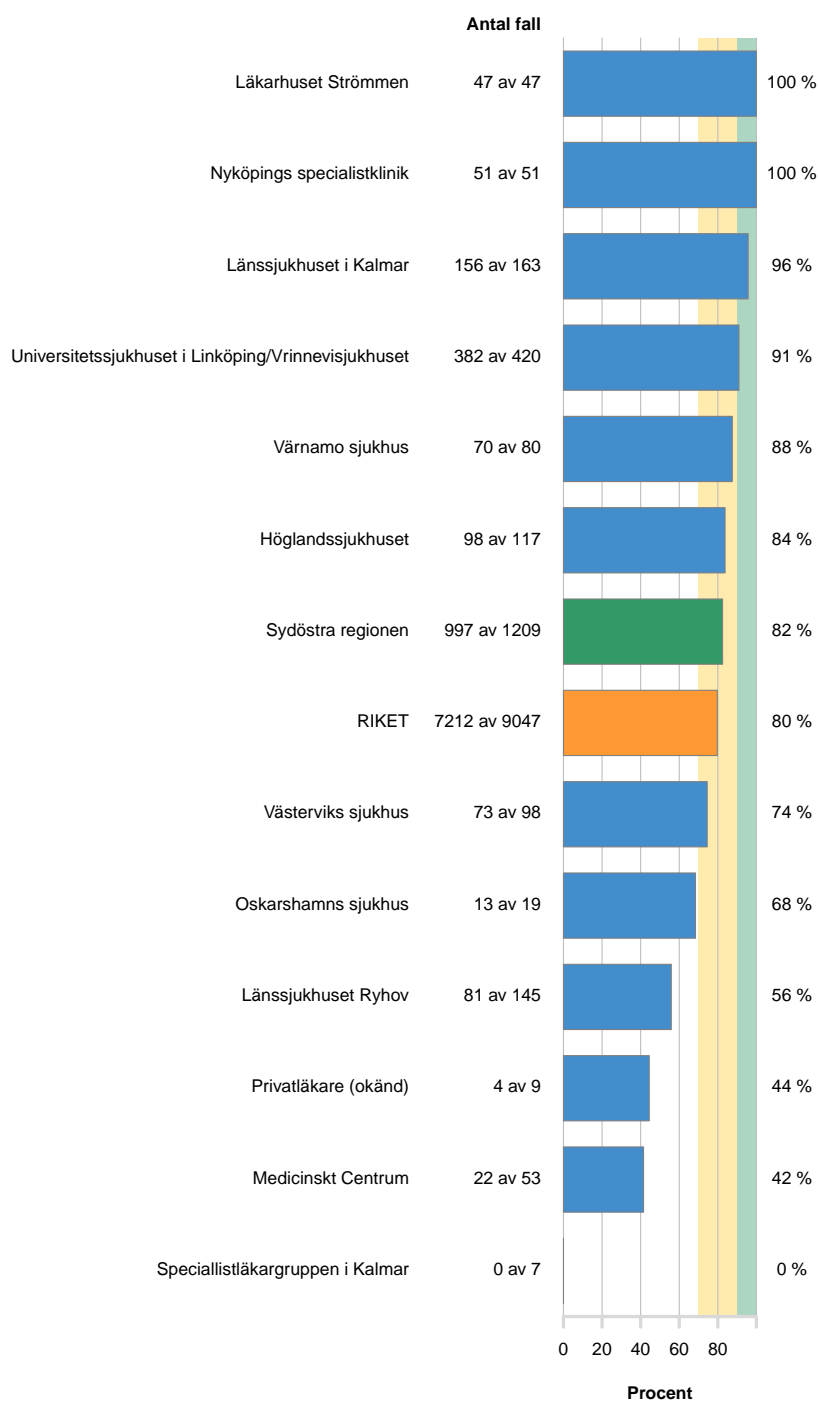


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

Kvalitetsindikatorer - urologi

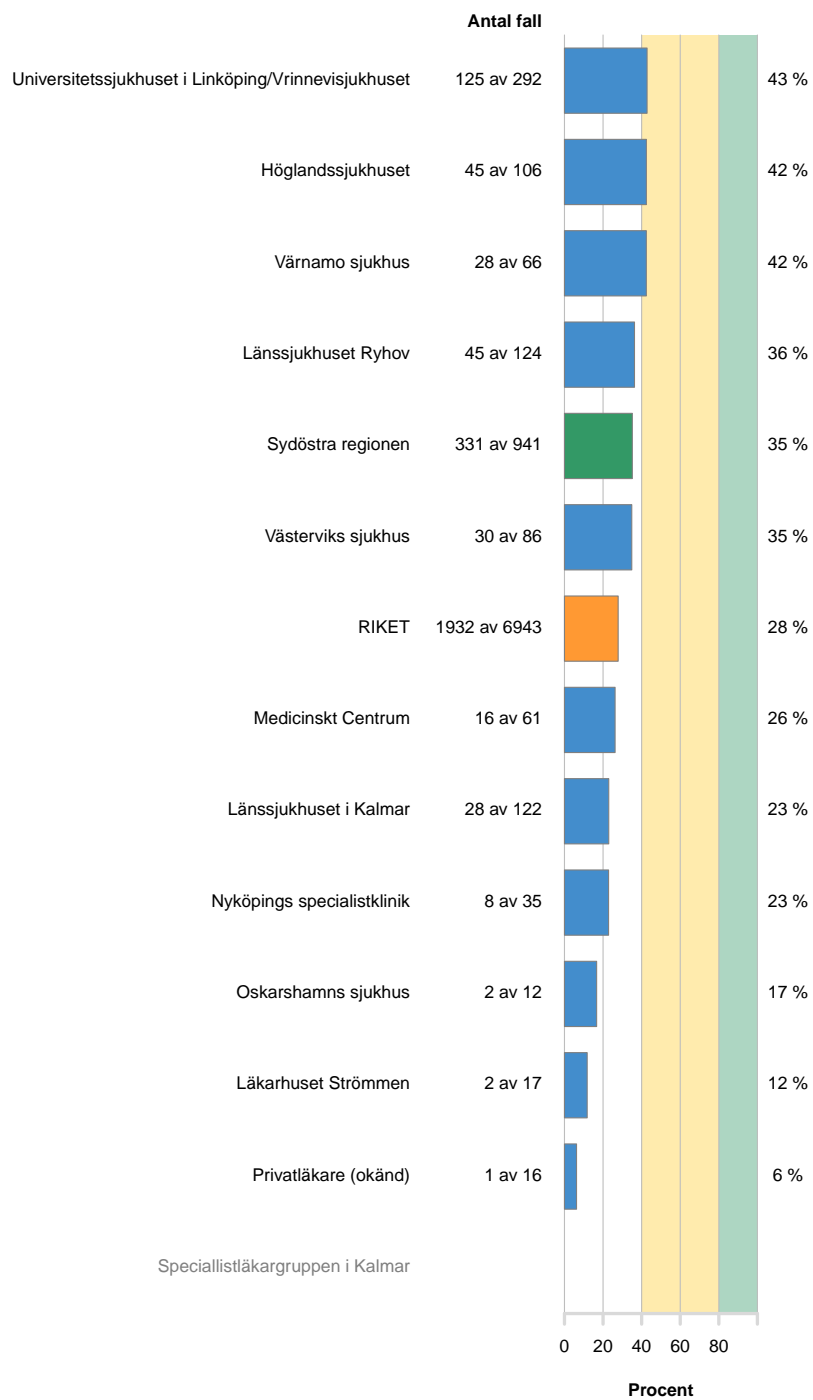


Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

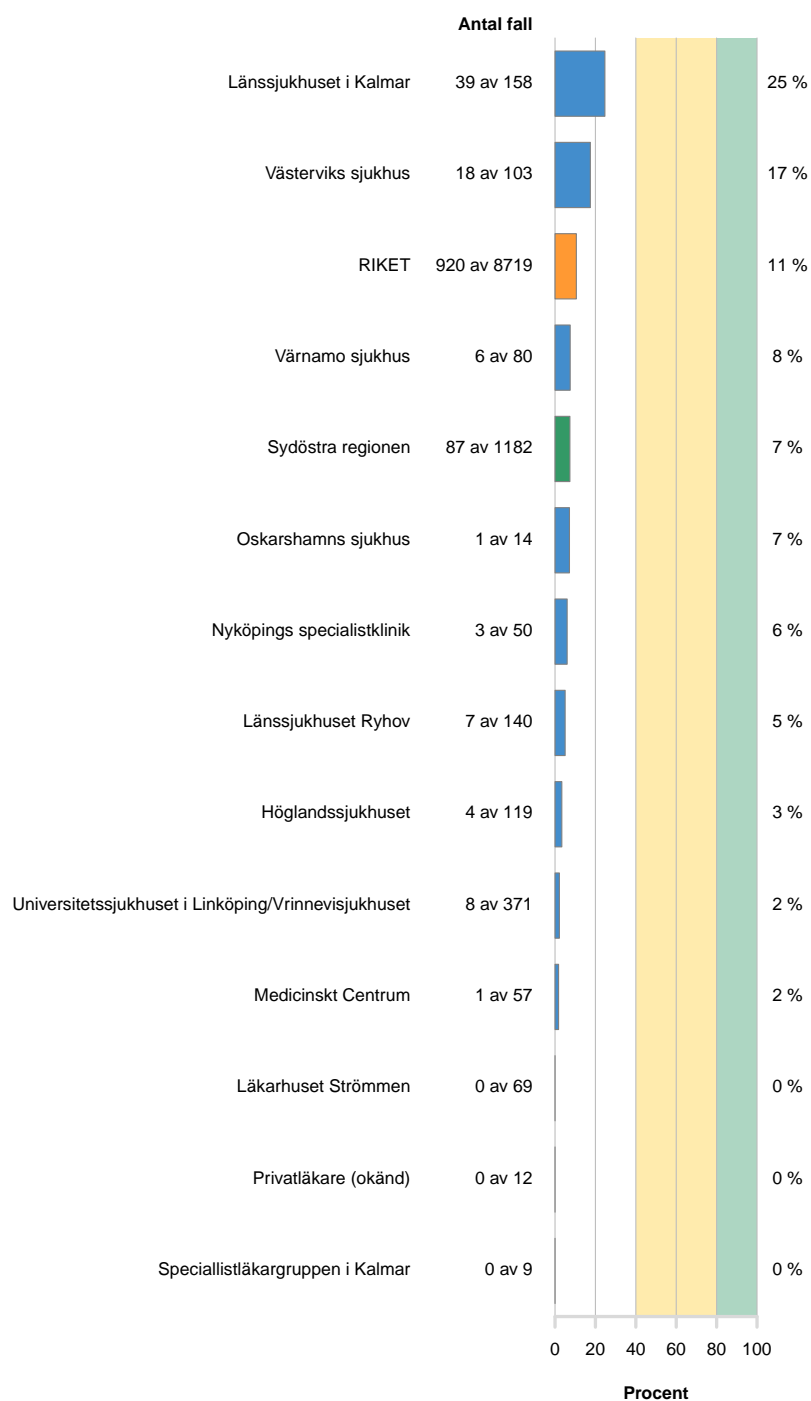


Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

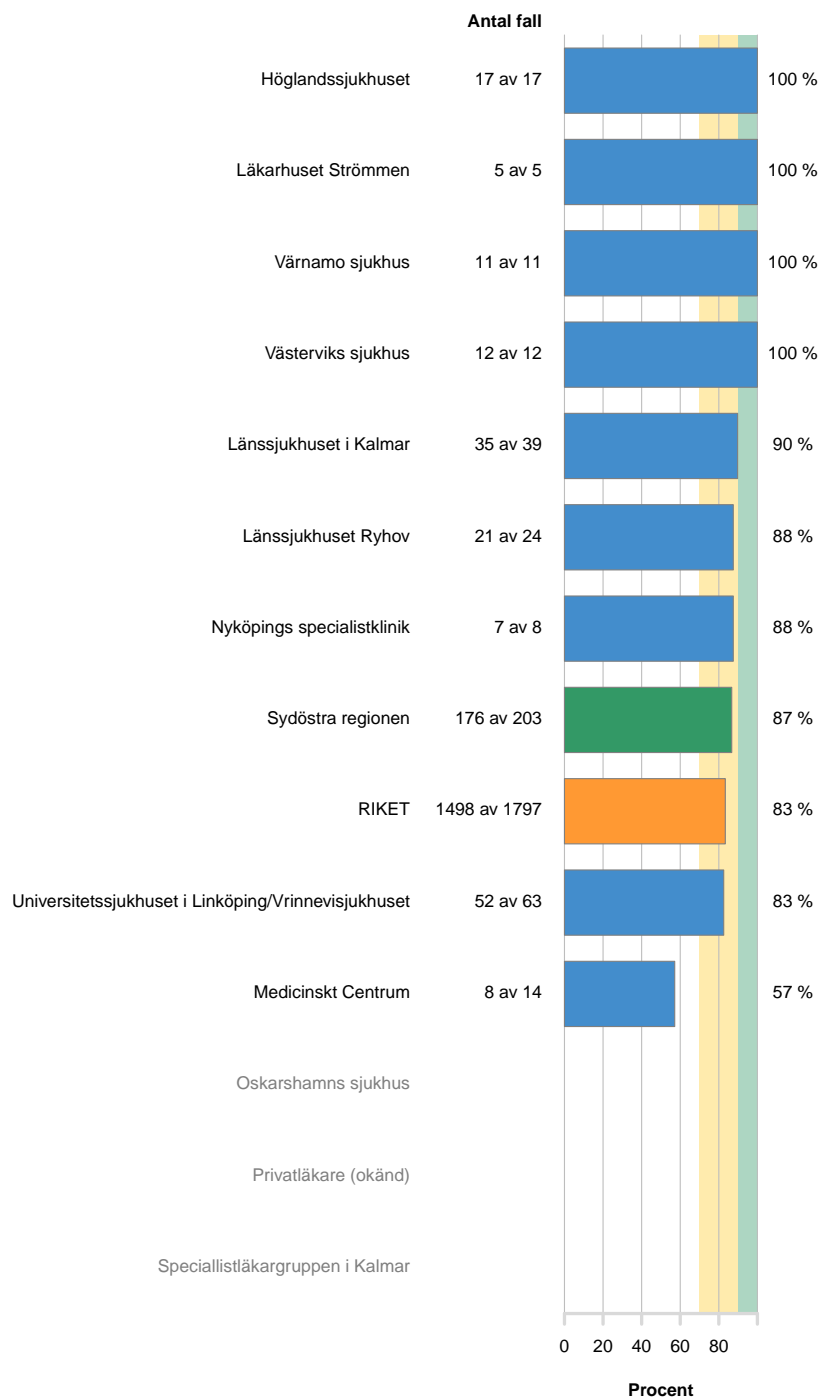


Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

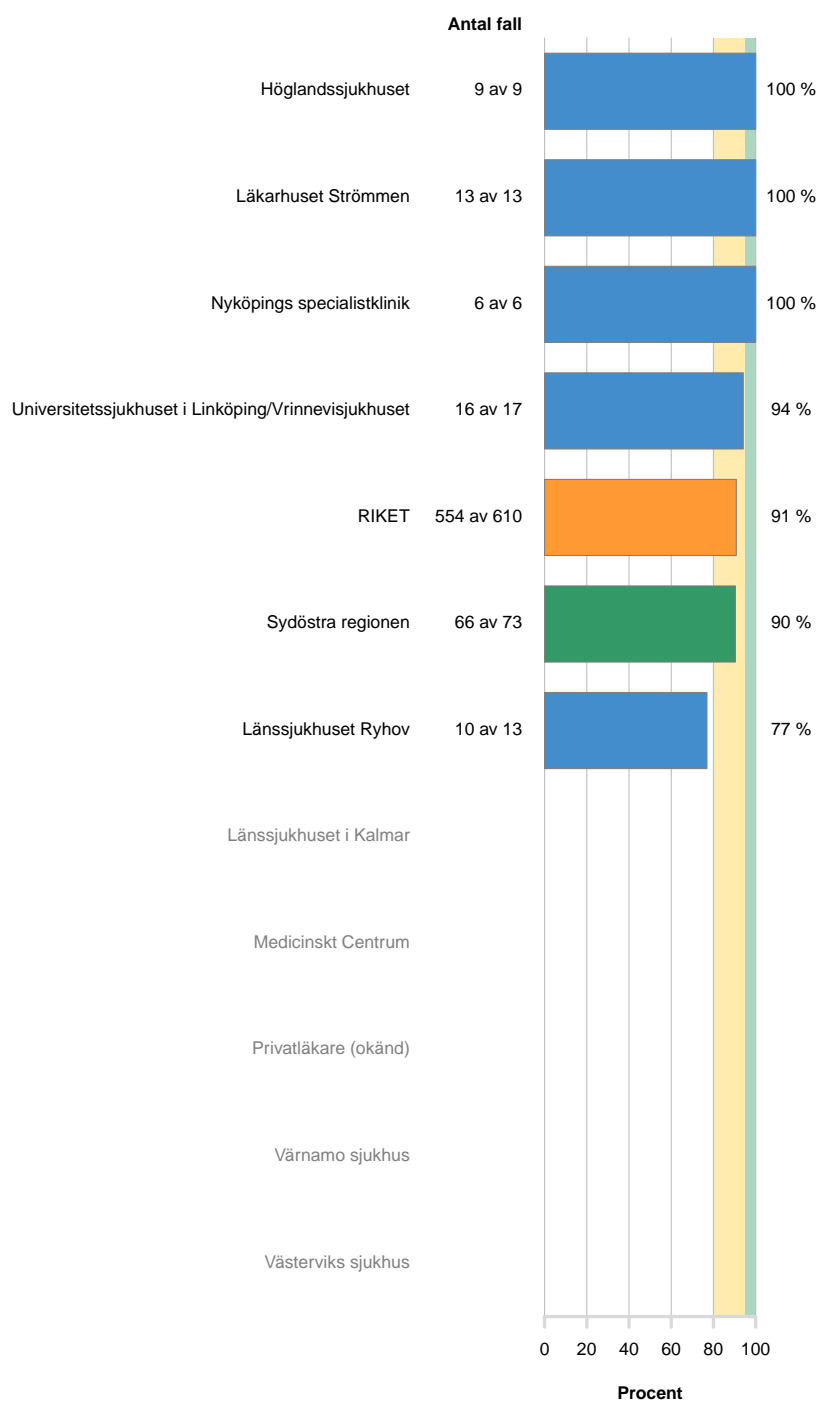


Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

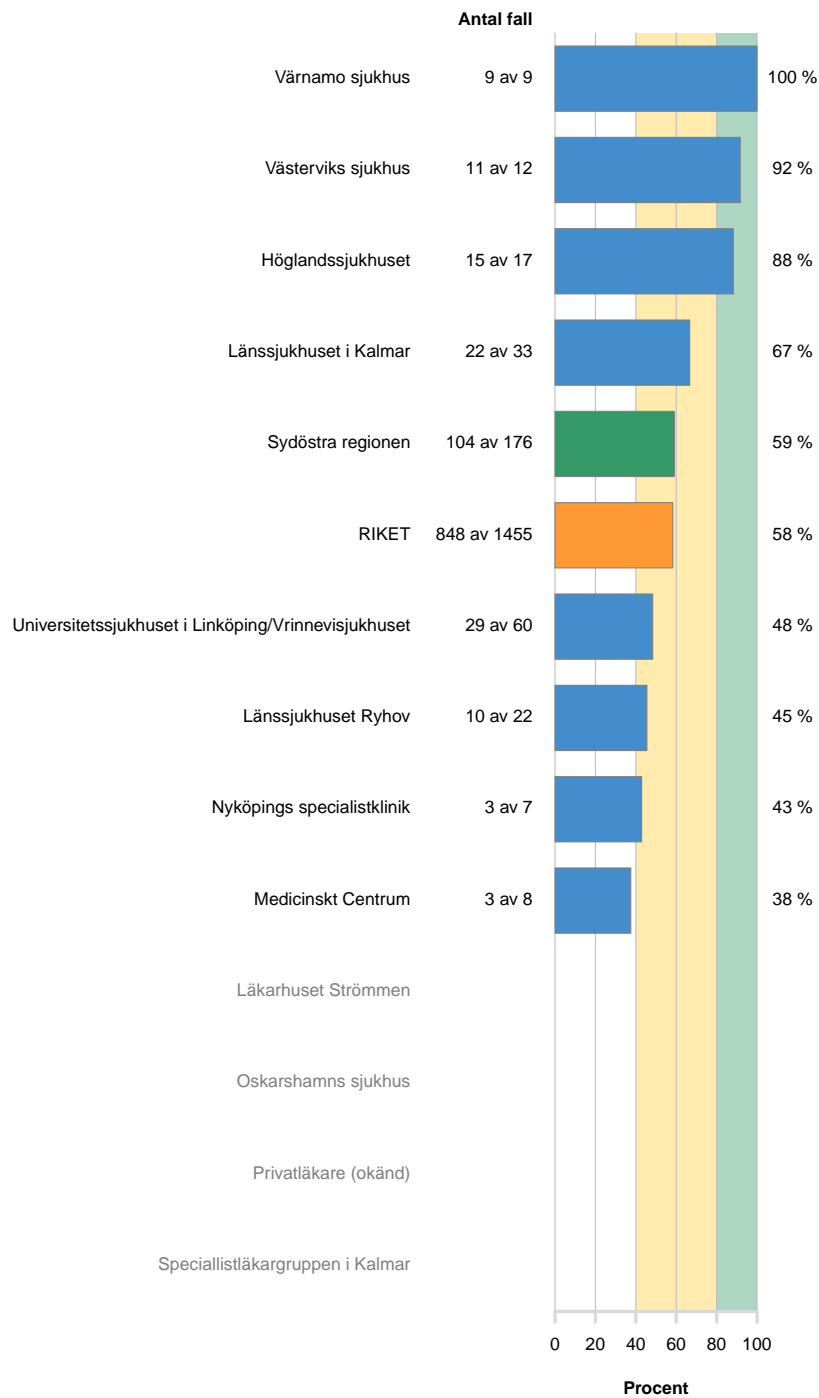


Figur 6. Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

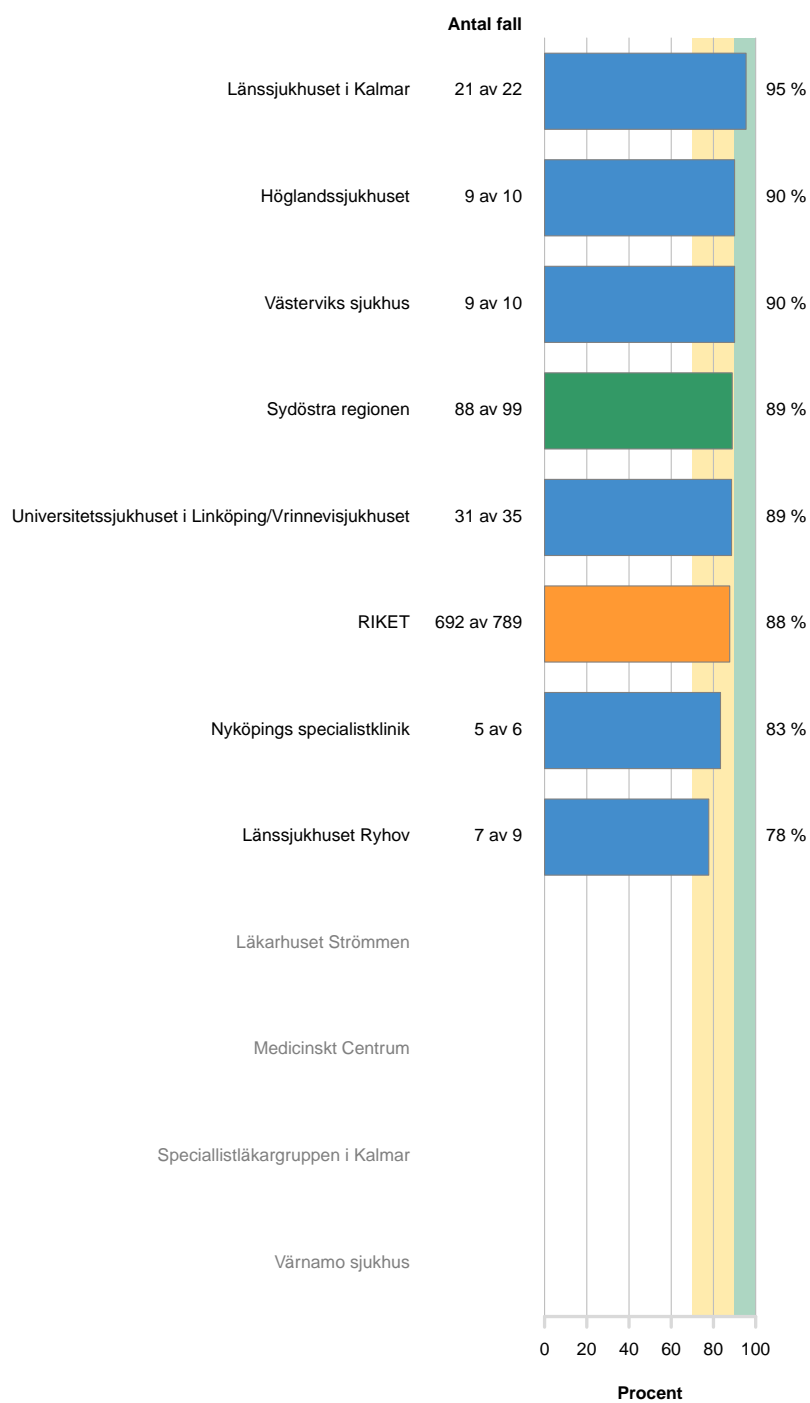


Figur 7. Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

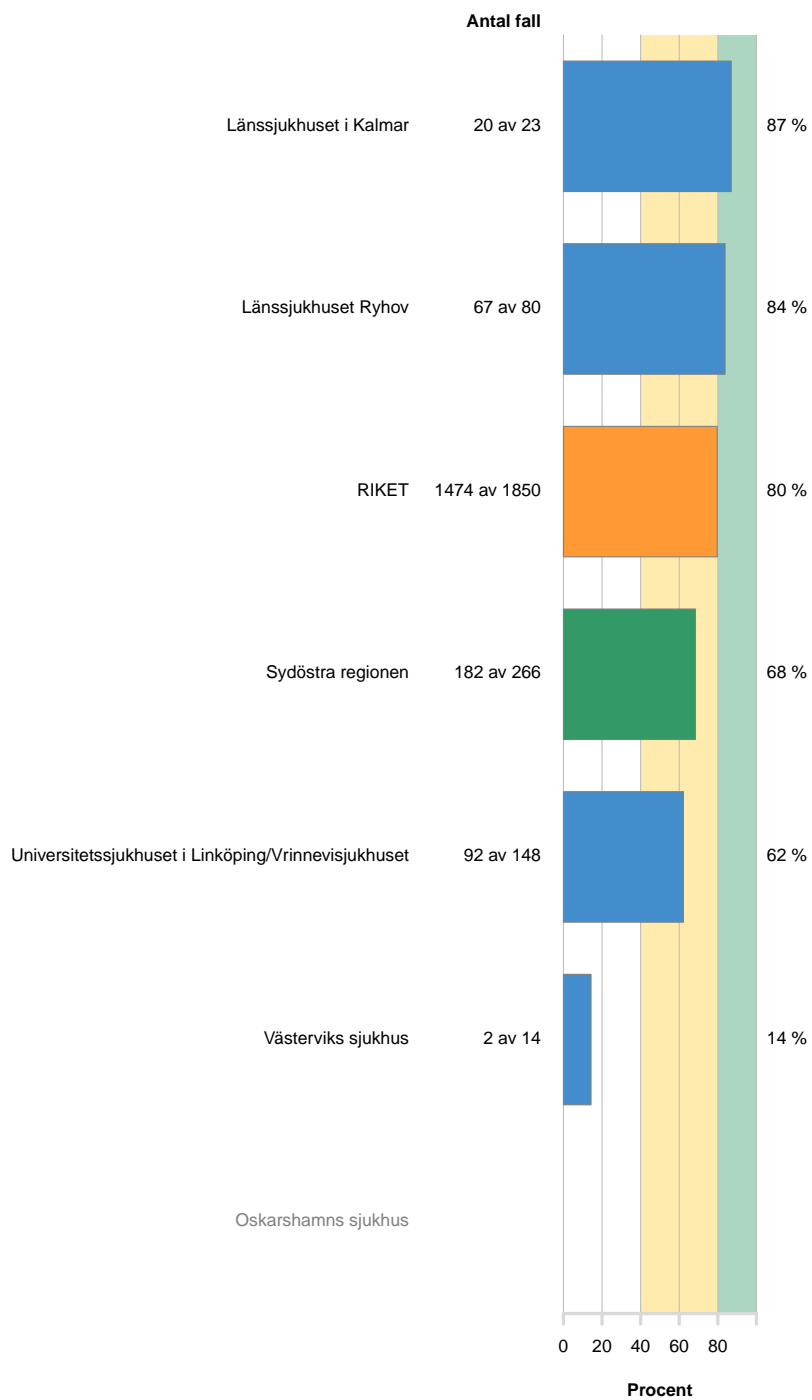


Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.



Figur 9. Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

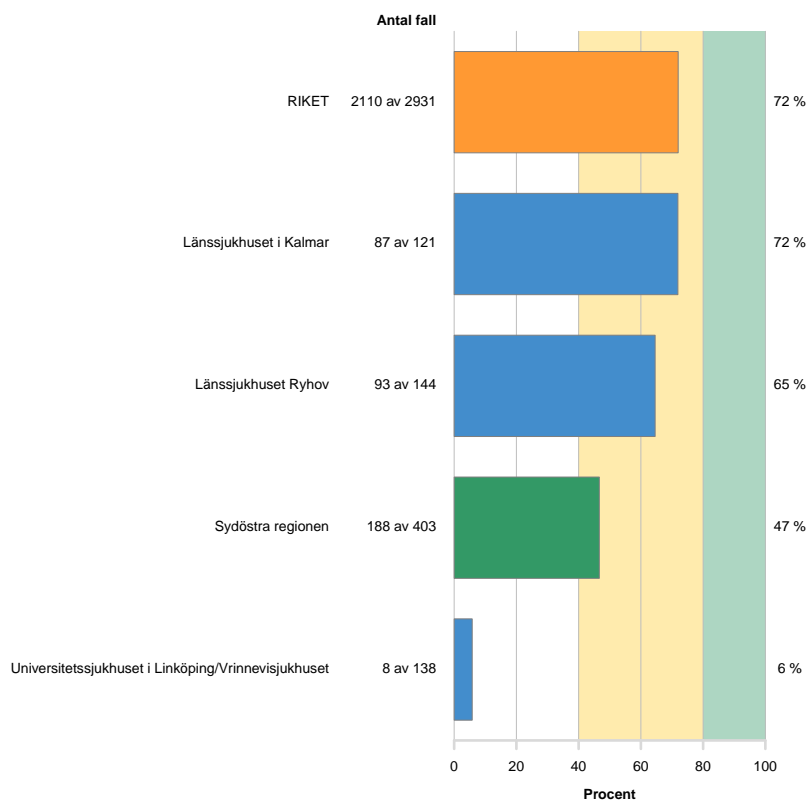


Figur 10. Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

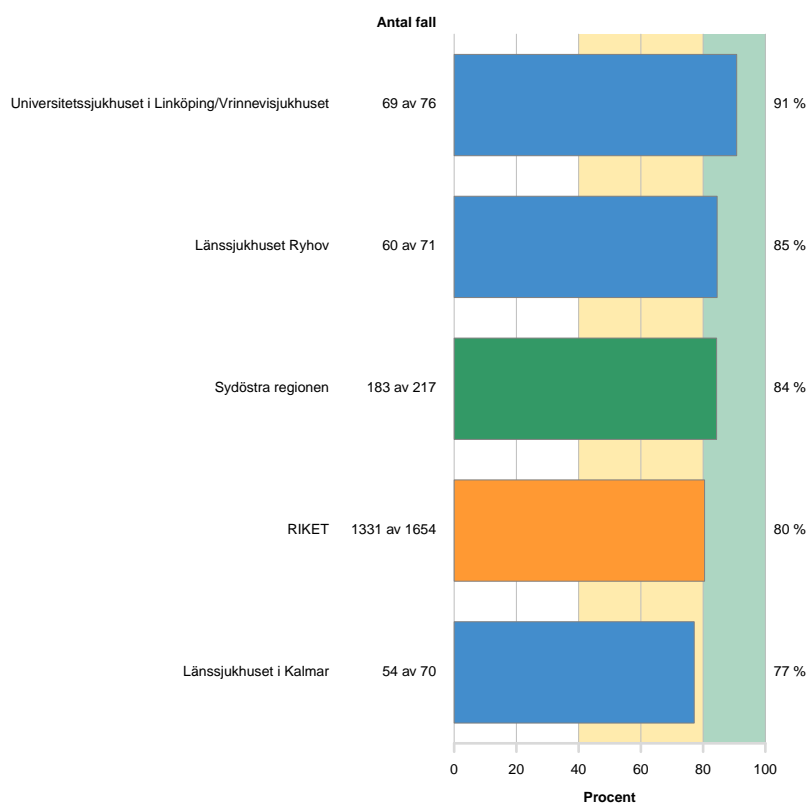


Figur 11. Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

Kvalitetsindikatorer - onkologi

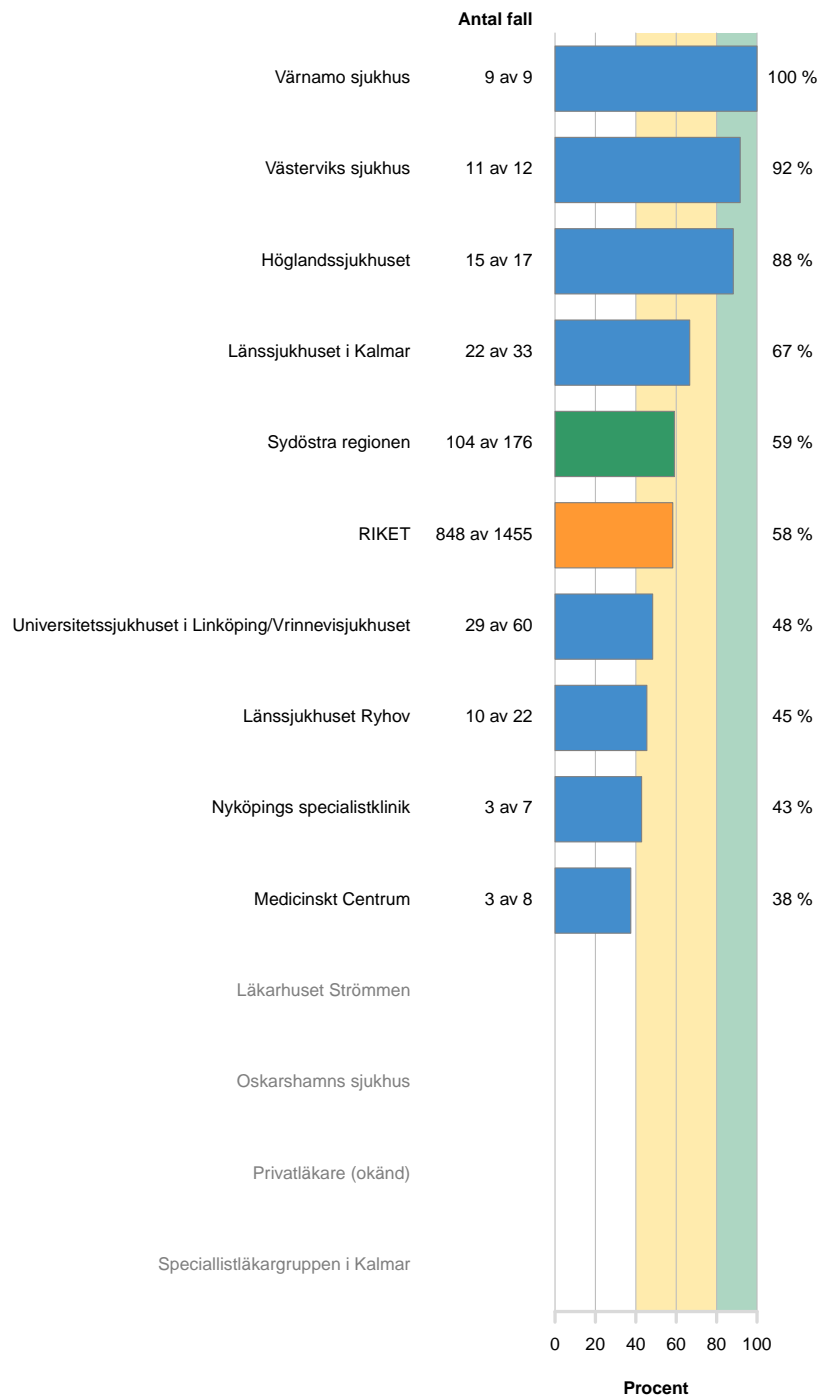


Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

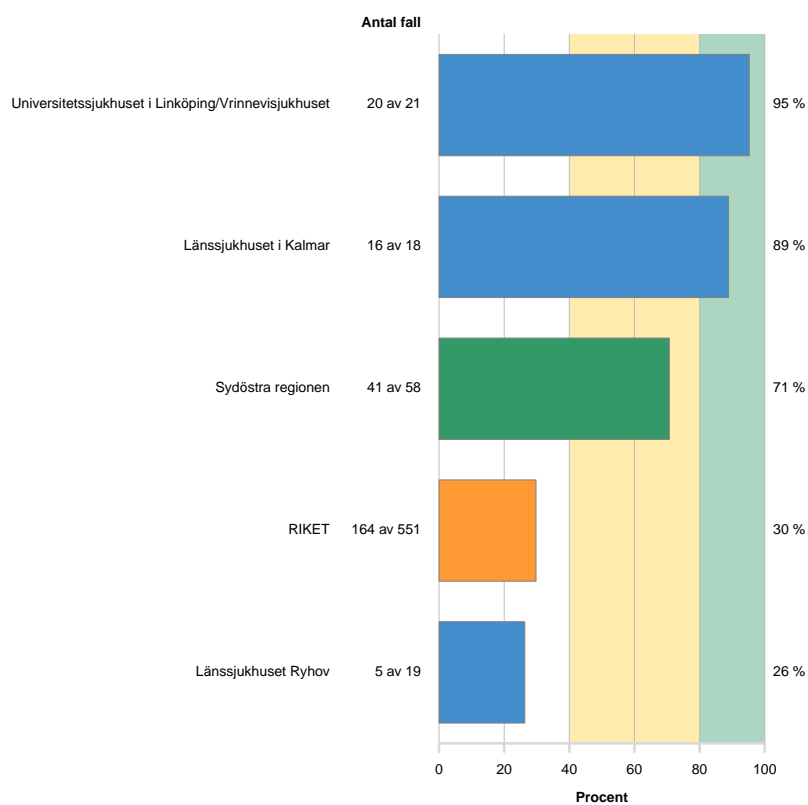


Figur 13. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

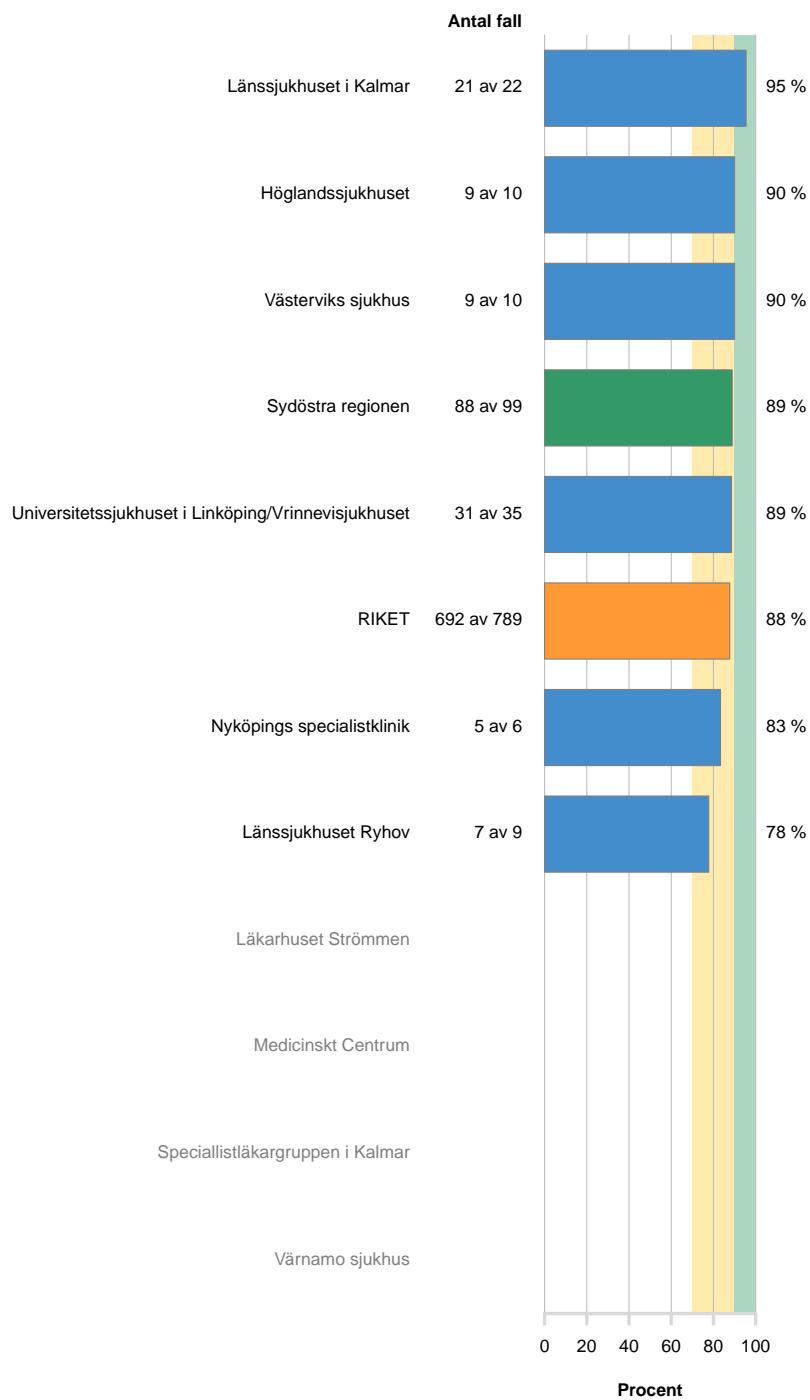


Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

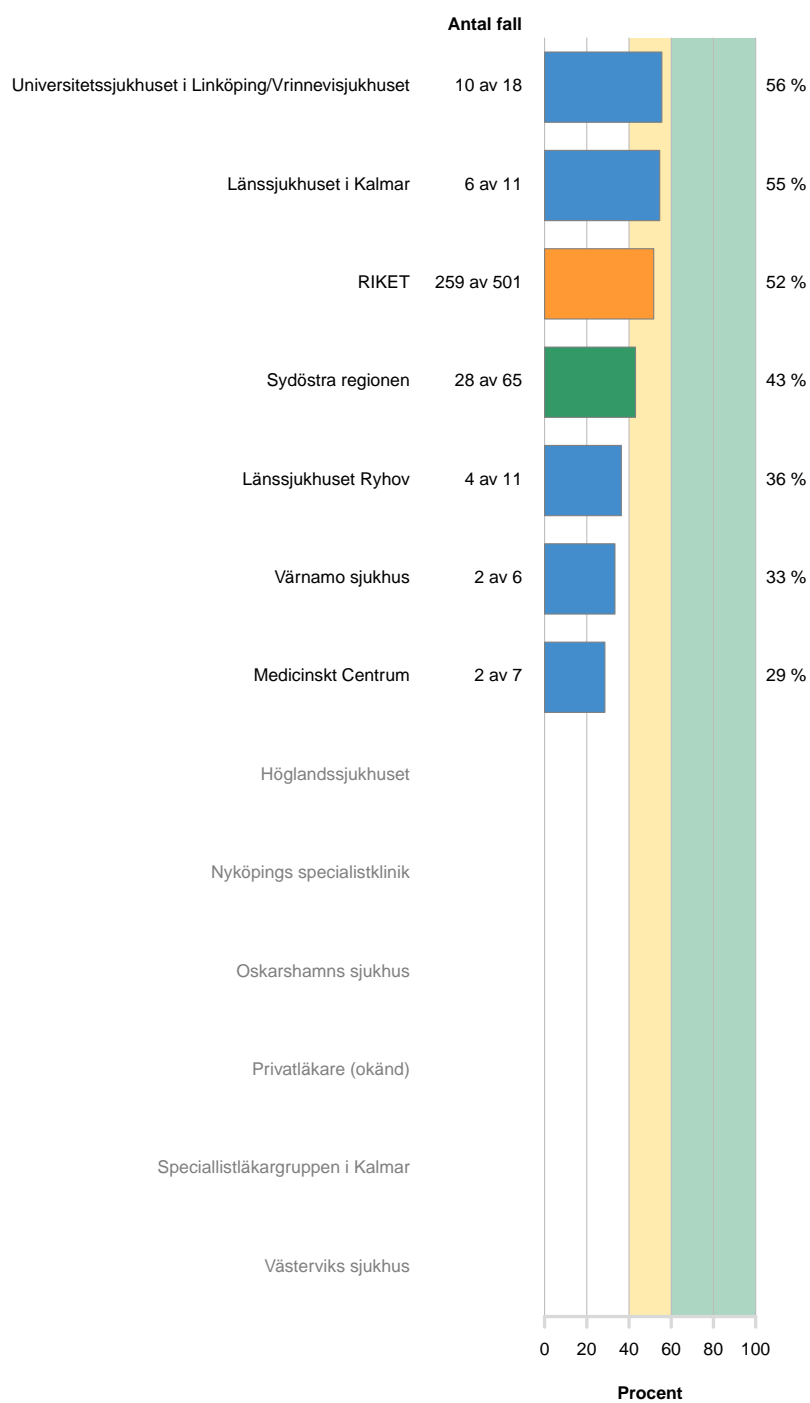


Figur 15. Andel män med färdigutredd lokaliserad högriscancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbildande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

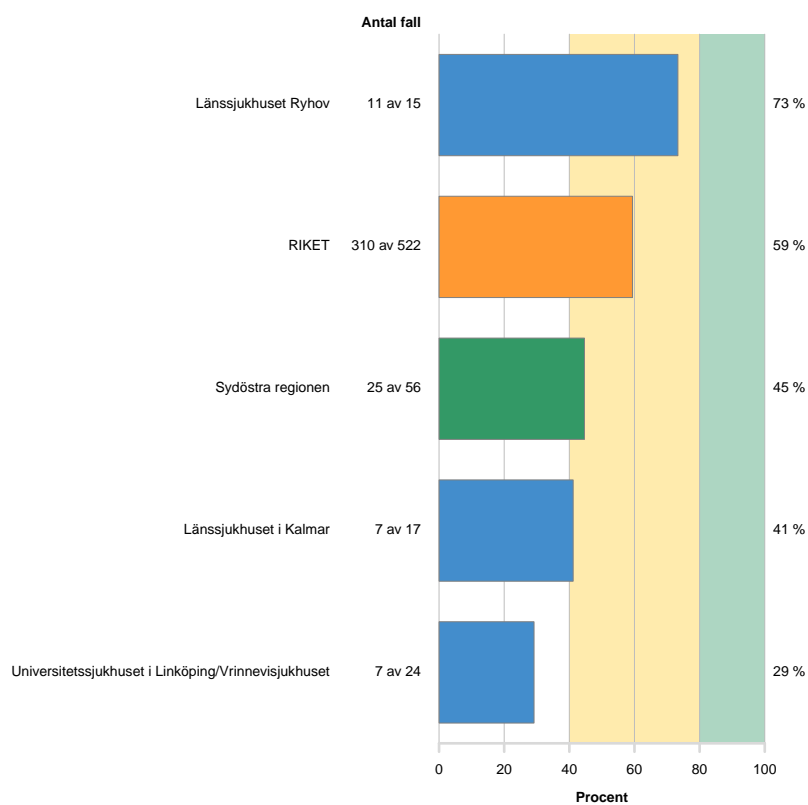


Figur 16. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos ≤ 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

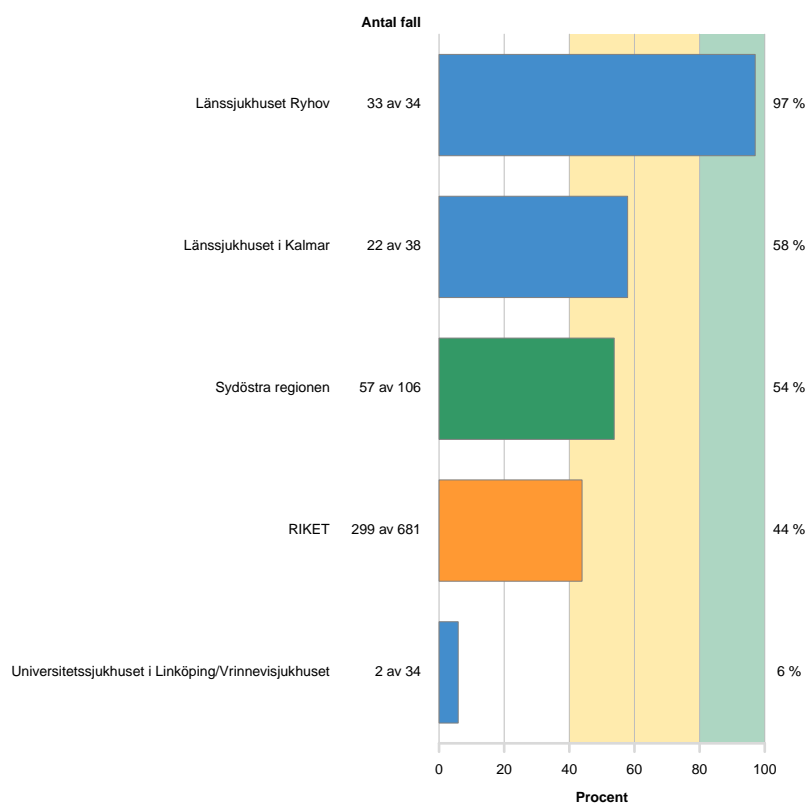


Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

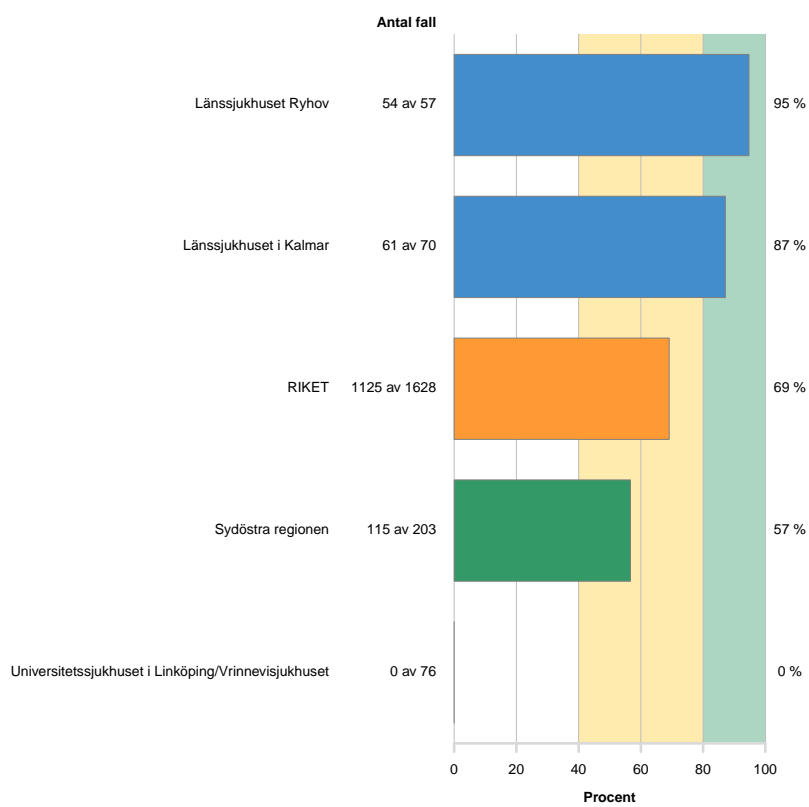


Figur 18. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.



Figur 19. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER



Figur 20. Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.