

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2016

Stockholm-Gotland

Maj 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 ≤ 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 ≤ 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 ≤ 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 ≤ 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 ≤ 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 Stockholm-Gotlandsregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2016.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Året som gått har varit ett extremt turbulent år för prostatacancervården i Stockholm. Efter sommaren larmade vi processledare om att i storleksordningen 58 000 patientbesök varav ca 60 % prostatacancerpatienter inte längre hade någon öppenvårdsurolog att vända sig till, då HSN erbjöd ett vårdval med kraftigt sänkt ersättning, vilket ledde till att majoriteten av öppenvårdsurologerna i regionen tackade nej till att delta i vårdvalet. Vi processledare agerade tillsammans med ansvariga politiker, Spesak, kollegor från professionen och prostatacancerförbundet och lyckades övertyga ansvariga politiker om att det förelåg allvarliga medicinska risker för prostatacancerpatienterna i Stockholm p.g.a. den uppkomna situationen. Detta ledde till nya förhandlingar och att vårdvalet kunde genomföras. Under året har dessutom onkologin i Stockholm genomgått stora strukturella förändringar. Onkologkliniken Karolinska universitetssjukhuset har delats i tre onkologiska kliniker inför uppstart av Nya Karolinska universitetssjukhuset. Med hänsyn tagen till det kaotiska läget är vi trots allt mycket stolta över att de flesta kvalitetsparametrar i "Koll på läget" har förbättrats 2016 jämfört med 2015.

Gemensamma kvalitetsindikatorer

En viktig och högt prioriterad kvalitetsindikator enligt Socialstyrelsen är att 100 % av patienterna ska ha en namngiven kontaktsjuksköterska, vilket 54 % har 2016 jämfört med 52 % 2015. För patienter som erhållit strålbehandling är motsvarande siffra 81 %. För att nå 100 %-nivån krävs en ökad satsning på kontaktsjuksköterskor inom öppenvårdsurologin. Ett problem är att kontaktsjuksköterska inte ersätts i öppenvårdsurologin i det nuvarande finansieringssystemet, men förhoppningsvis kommer nu aktuella vårdvalet ändra på det.

När det gäller kvalitetsindikatorn rörande deltagande i MDK-konferens är regionens resultat generellt mycket dåliga (30 %), vilket delvis kan förklaras av att flertalet urologer använder sig av second opinion. Vi fortsätter arbetet med implementering av strukturerad webbaserade MDK, samt ett innovationsprojekt tillsammans med Karolinska och Philips som kommer att underlätta MDK i framtiden.

För behandling av lokaliserad högrisk prostatacancer hos män ≤ 75 år når regionen liksom tidigare år höga målnivåer, vilket är viktigt. För män ≤ 80 år med lokalt avancerad prostatacancer erhöll dock endast 48 % strålbehandling i kurativt syfte eller behandling inom SPCG15-studien, vilket är den rekommenderade behandlingen i det nationella vårdprogrammet. Vi arbetar nu med gemensamma mottagningar för att öka inklusionen i SPCG15.

Urologi

Generellt trots den kaotiska situationen i Stockholm noteras många förbättringar och på vissa parametrar kraftiga förbättringar. Till exempel har andelen som rapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi ökat från 23 % till 38 %, och är nu i paritet med riket (40 %). Förhoppningsvis kommer denna parameter förbättras efter ytterligare utbildningsinsatser hos öppenvårdsurologerna från NPCR, med onlinerapportering direkt till INCA.

Kurativ terapi vid lokaliserad högrisk har ökat från 84 % till 88 %, användandet av s.k. scint från 69 % till 75 %, tid från remiss till besök inom 14 dagar från 16 % till 28 % samt från biopsi till PAD-besked inom 11 dagar från 4 % till 11 %. När vi nu efter sommaren kommer kunna rapportera SVF direkt i INCA bör dessa tider ytterligare förbättras. Alla dessa rapporterade tider kan självklart bli ännu bättre.

Stockholm är fortfarande klart bättre än landet i övrigt på att nervspara vid radikal prostatakirurgi (95 % jämfört med 80 % i riket). Möjligen är en minskning av negativa resektionsränder från 82 % 2015 till 75 % 2016 hos opererade patienter en oroande utveckling, men så länge det ej redovisas fokal

FIGURER

respektive extensiva positiva marginaler i kombination med funktionella resultat, såsom bevarad potens och kontinens, är betydelsen svår att värdera.

Onkologi

Det gångna året har andelen patienter där strålformuläret rapporterats inom 3 månader från strålstart ökat från 54 % till 84 % och ligger nu klart över snittet för riket (72 %).

När det gäller behandling av högrisk prostatacancer med kombinationen strålbehandling och hormonterapi förordar Nationella vårdprogrammet 2 års antiandrogenbehandling. I Stockholm fick 78 % av fallen 2016 den enligt vårdprogrammet rekommenderade behandlingen jämfört med endast 30 % år 2014. Vi kan konstatera att en anpassning av den adjuvanta hormonbehandlingen har skett till de nationella riktlinjerna.

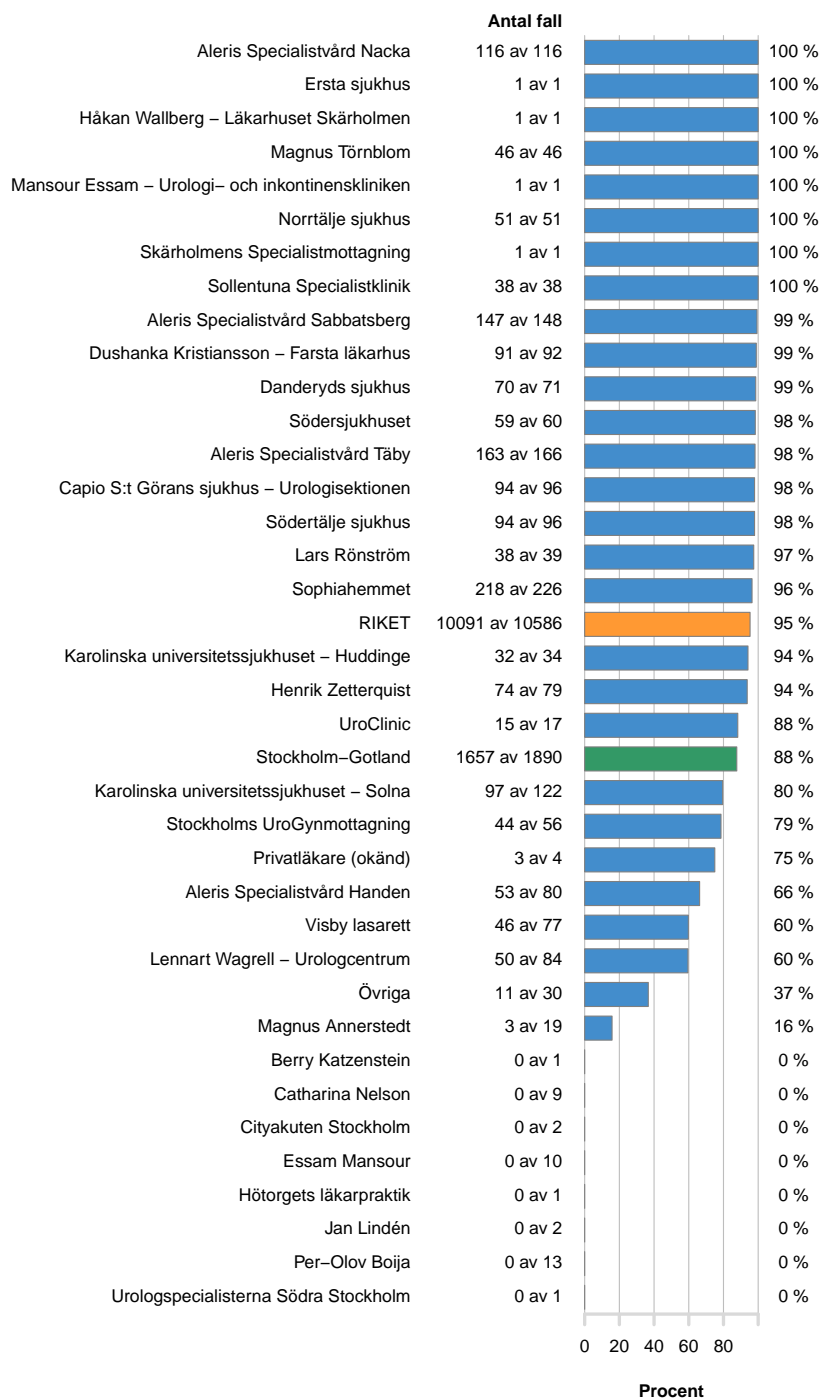
Generellt har ledtiderna för behandling hos onkolog ökat under året, till stor del kopplat till de strukturella förändringar som regionen genomgår. Under året har endast 2 % av män med högrisk prostatacancer kunnat erbjudas bedömning av onkolog inom 14 dagar från remiss från urolog, en försämring från redan låga nivåer 2015 (8 %). När det gäller väntetid för postoperativ strålbehandling är andelen som startat behandling inom 30 dagar 30 %, vilket är oförändrat jämfört med förra året. Förhoppningsvis kommer en stabilisering att ske under innevarande år, då den nya organisationen etablerats i kombination med arbete för minskade ledtider inom ramen för standardiserat vårdförlopp och registrering i SVF-INCA.

Stefan Carlsson, Marie Hjälms-Eriksson

Regional processledare urologi, onkologi

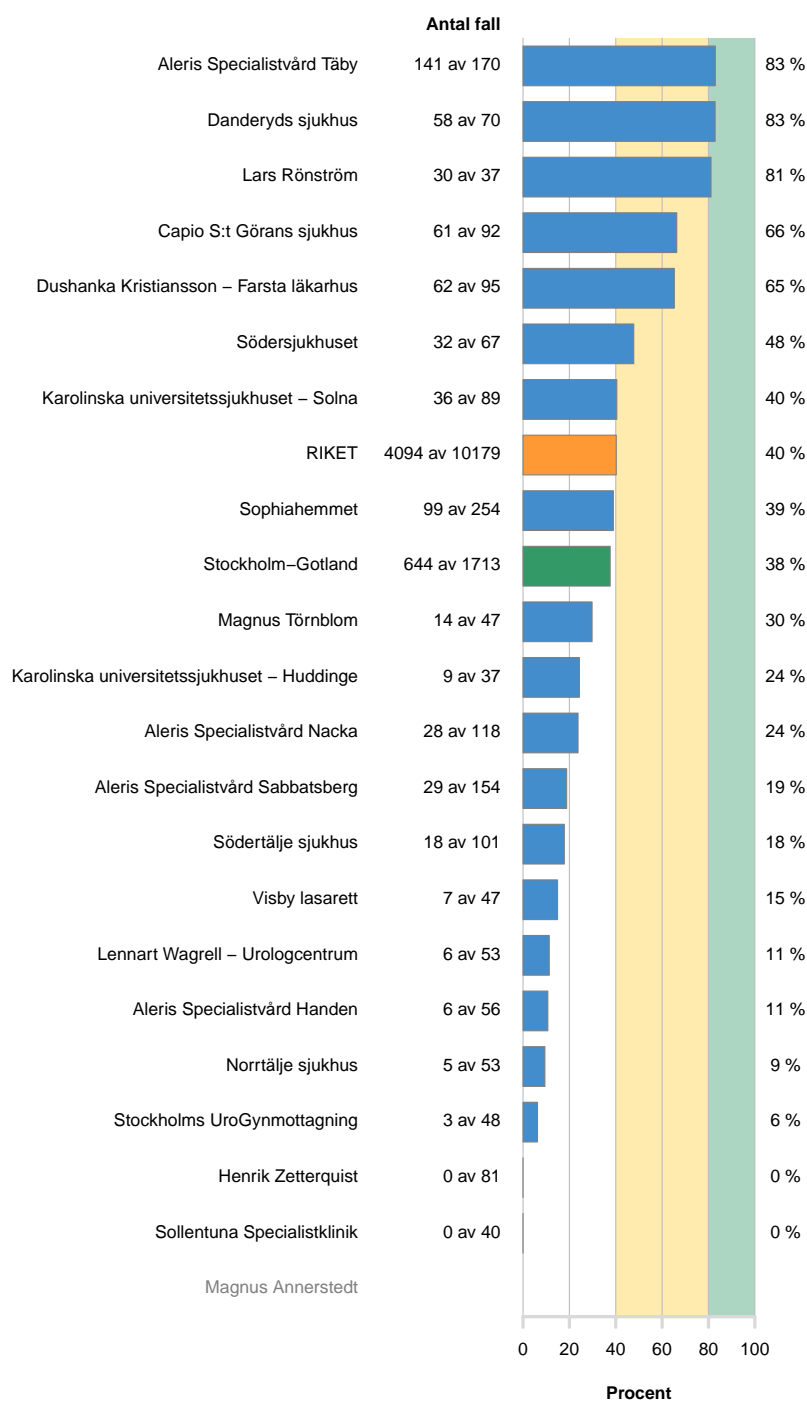
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

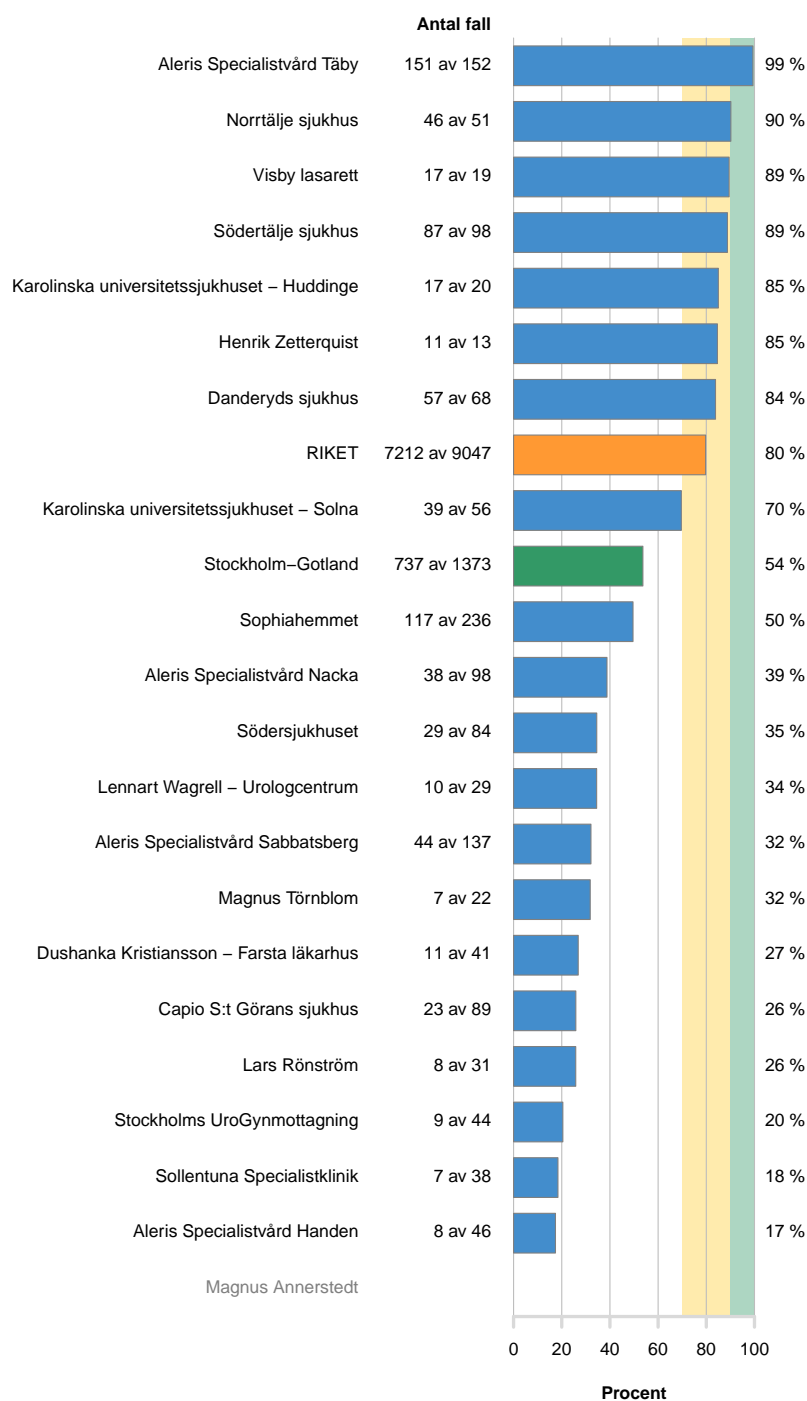


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

Kvalitetsindikatorer - urologi

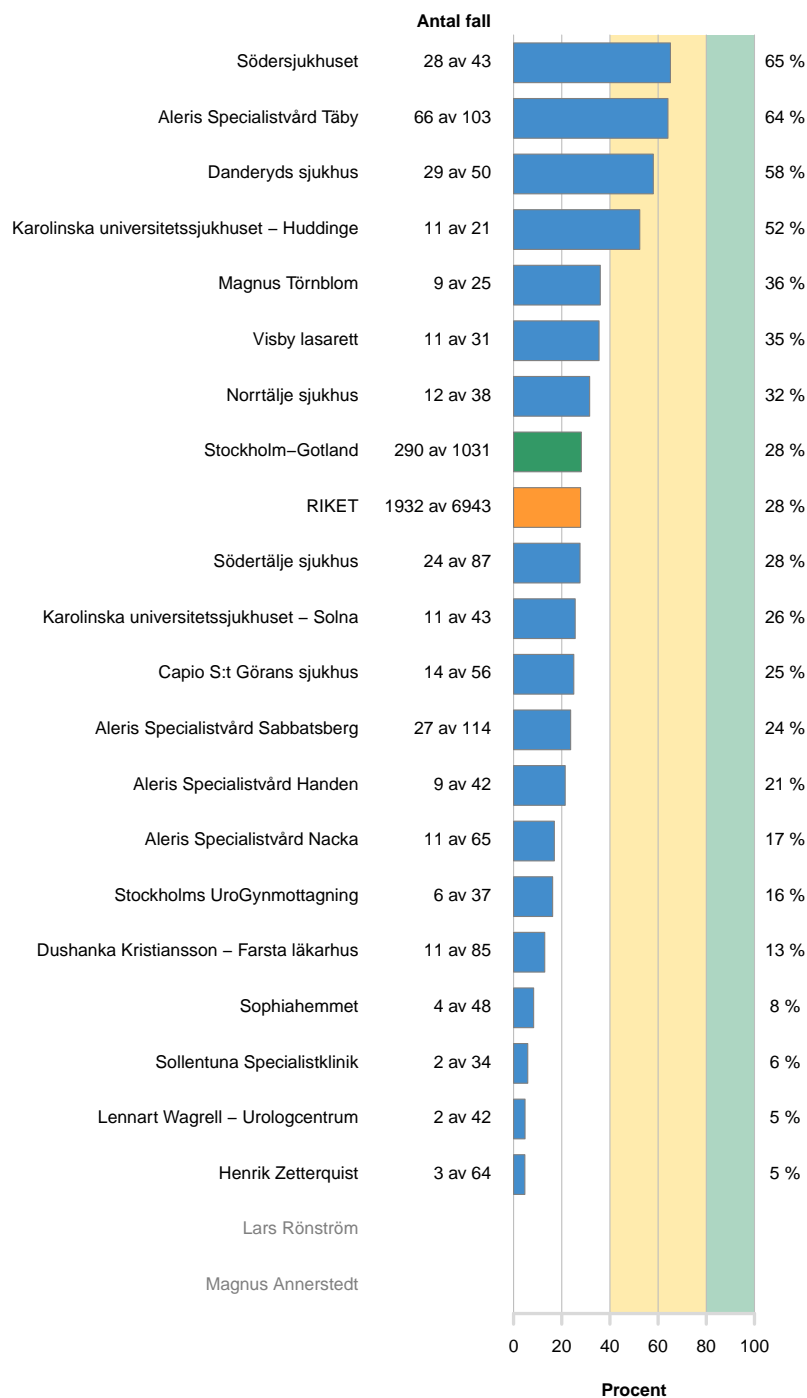


Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

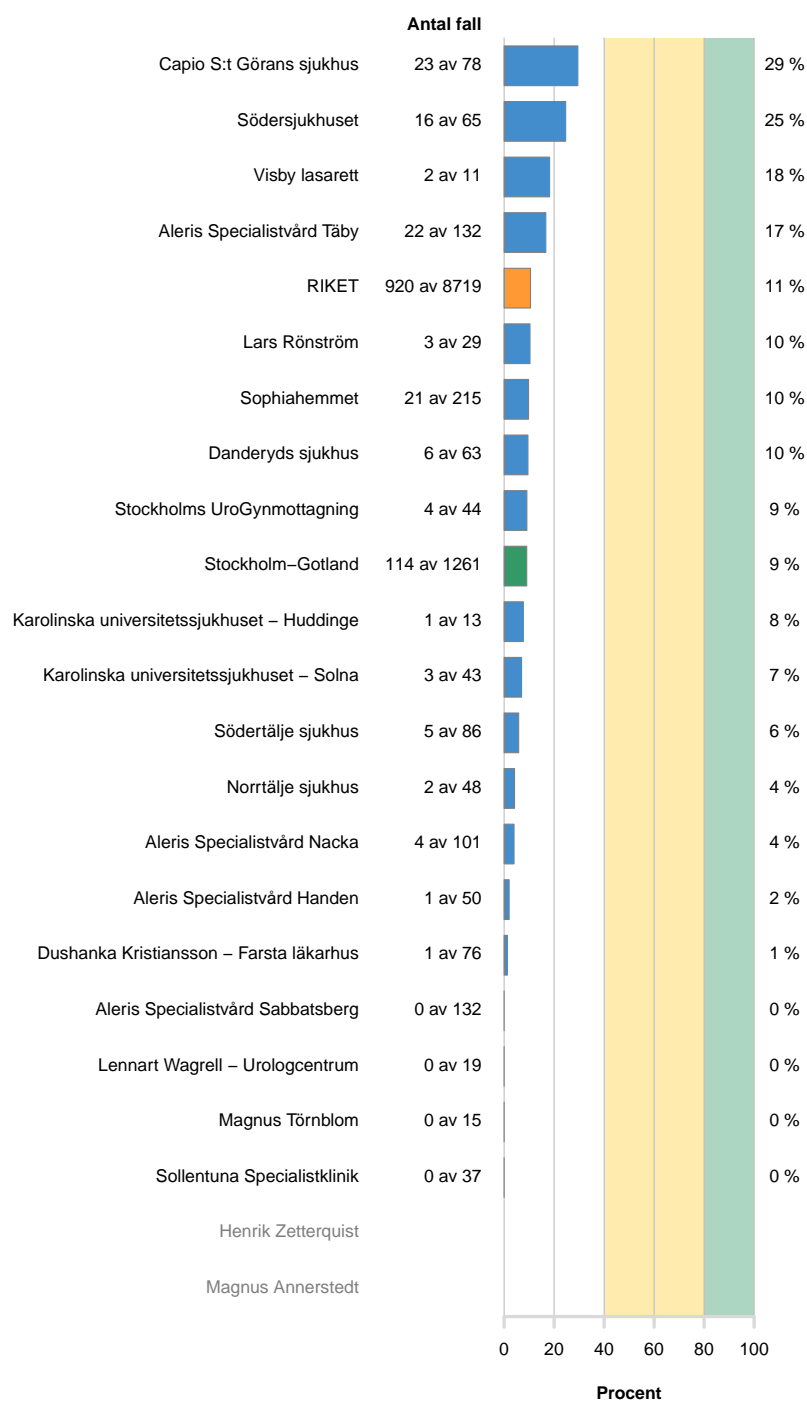


Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

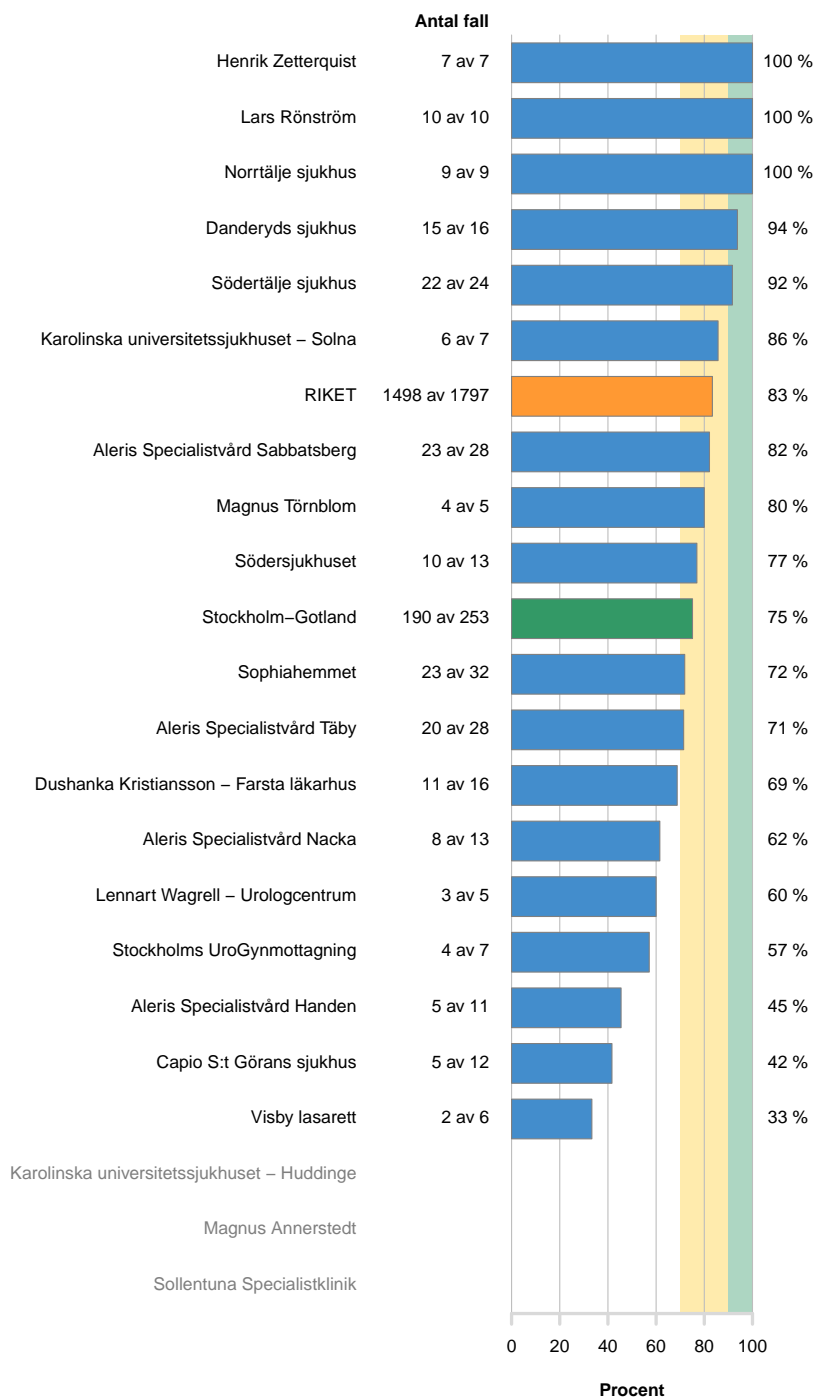


Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

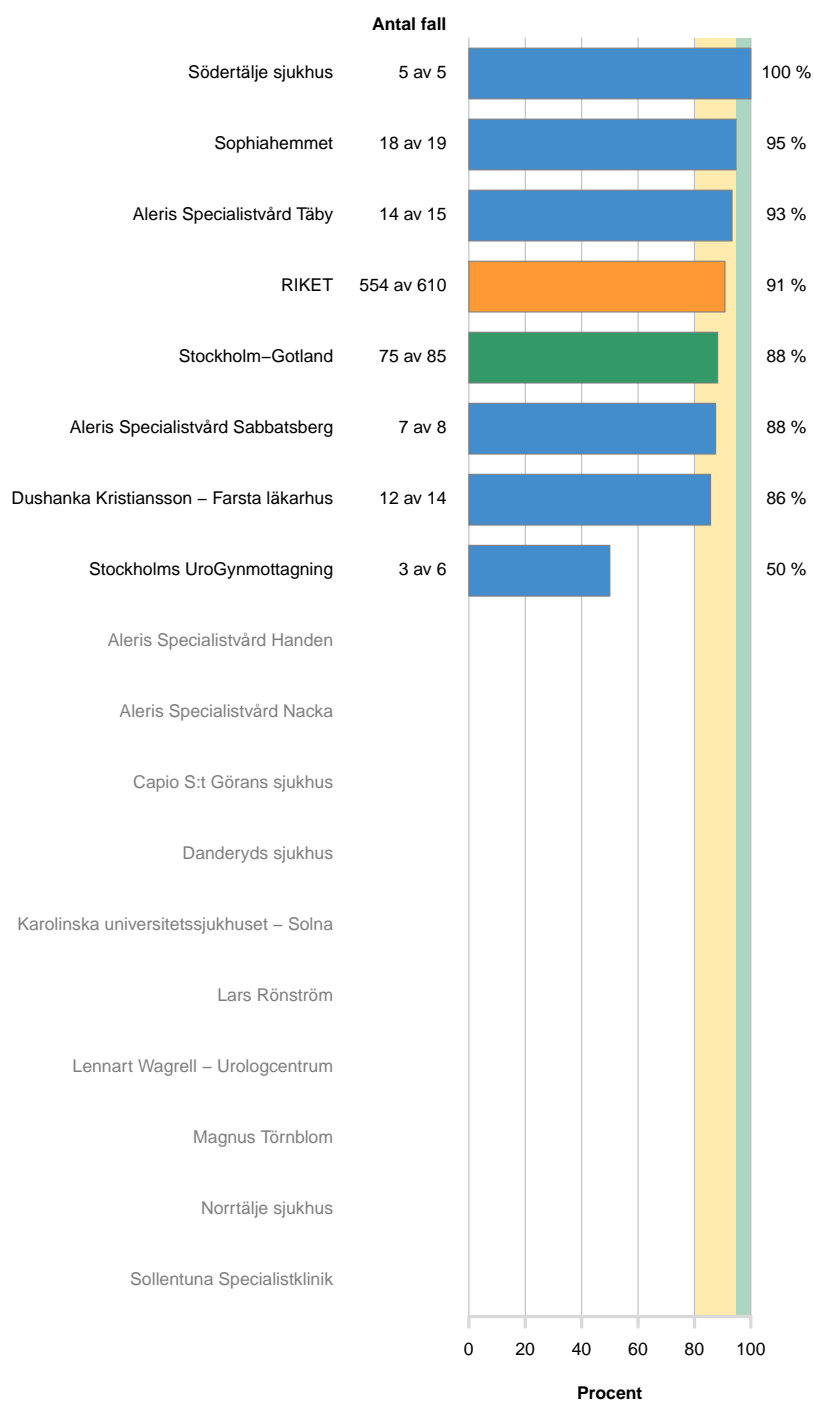


Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

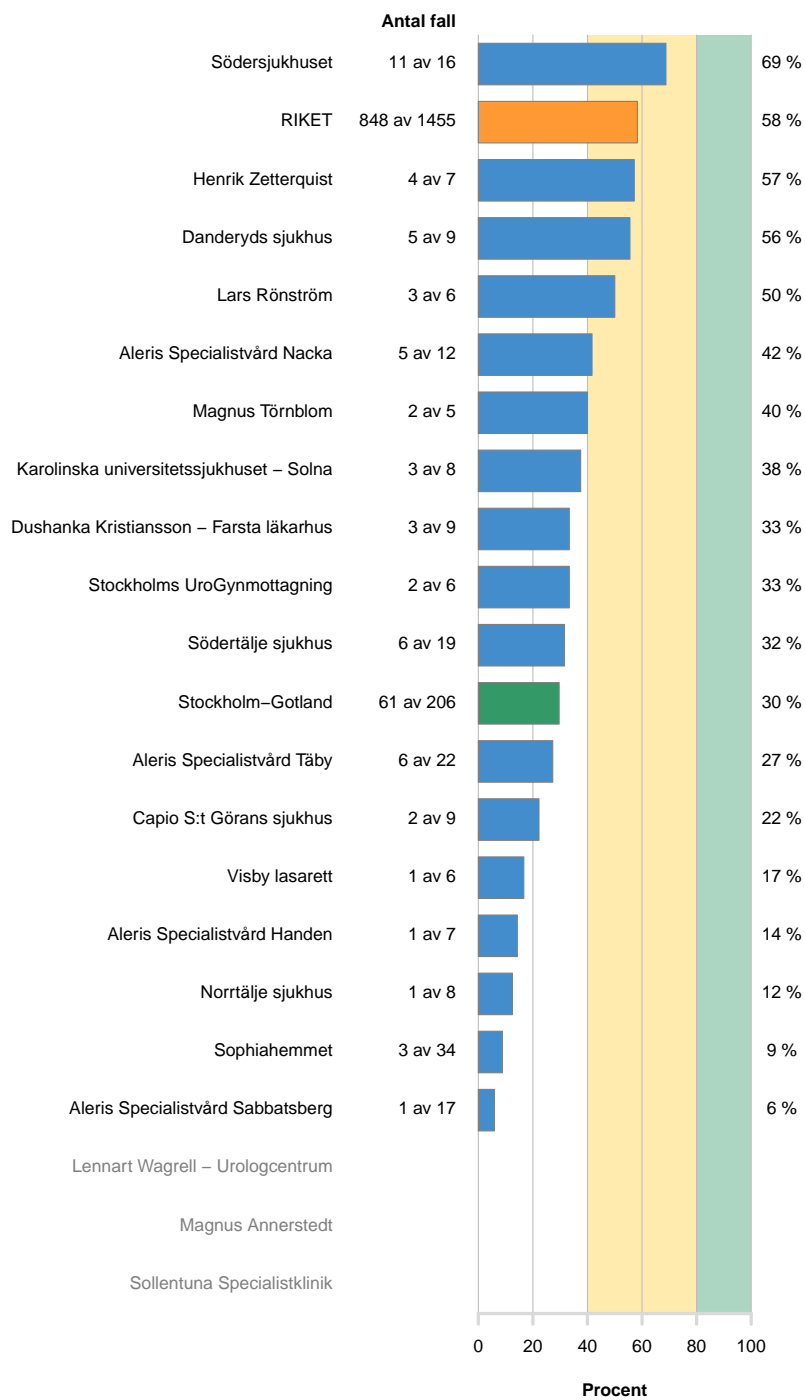


Figur 6. Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

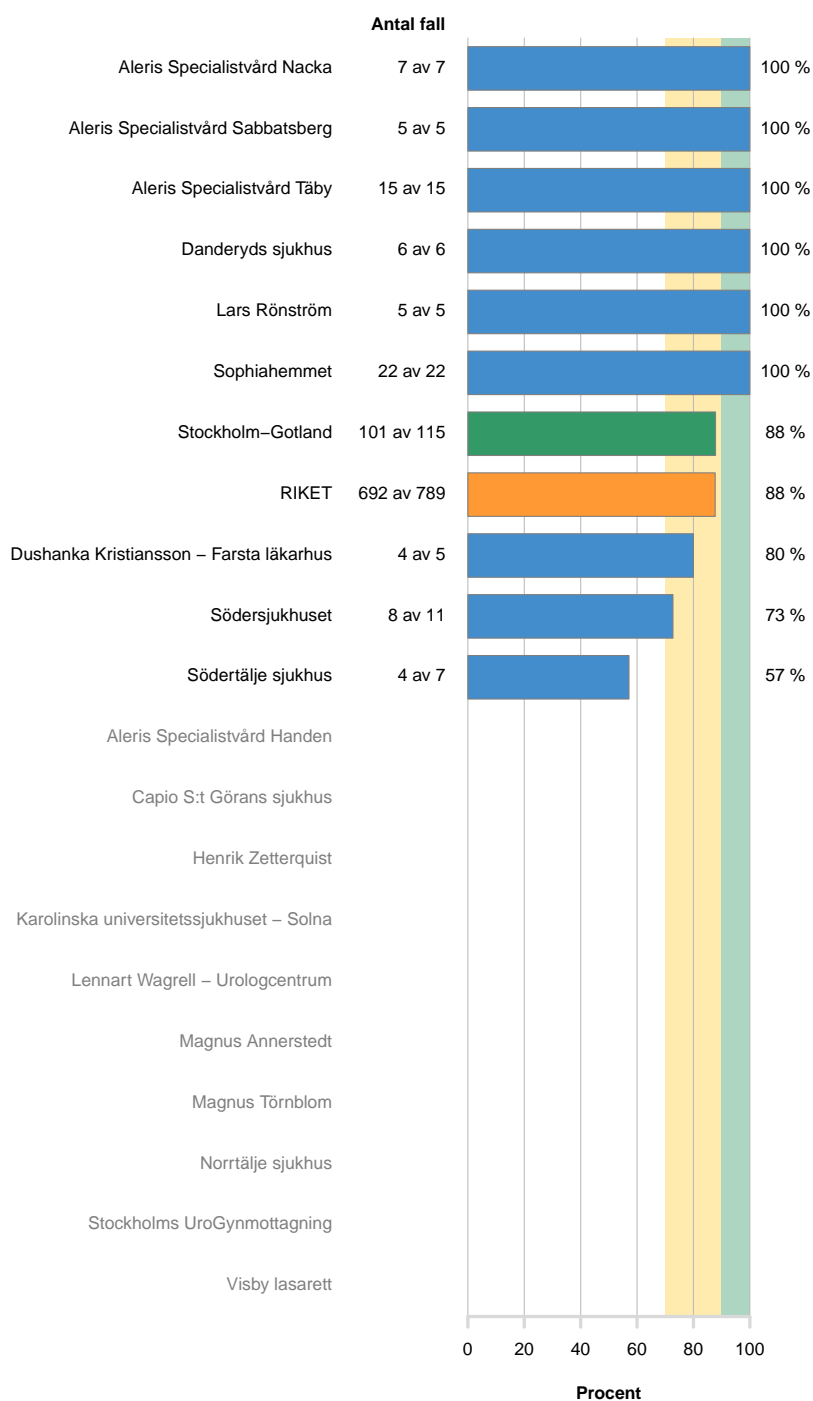


Figur 7. Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

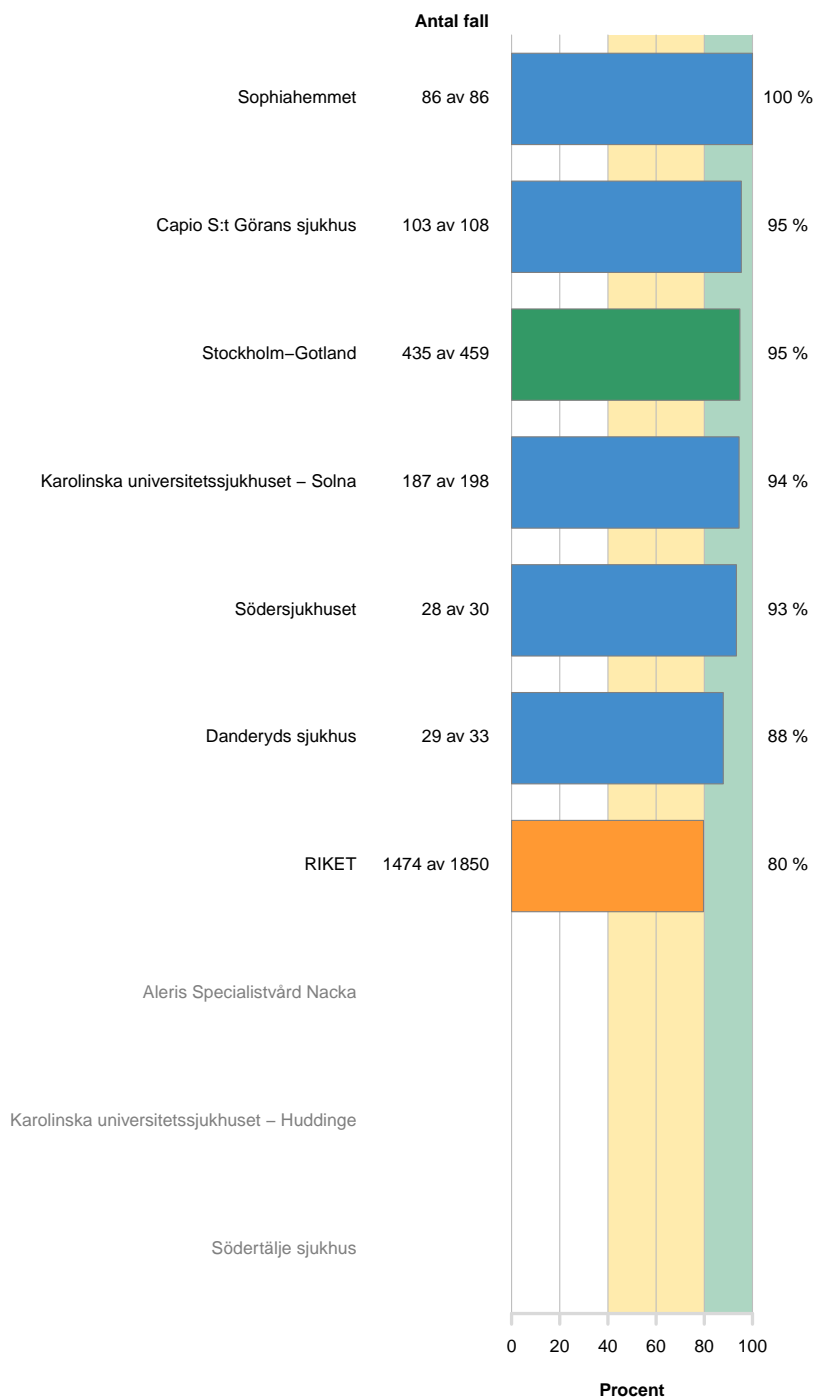


Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

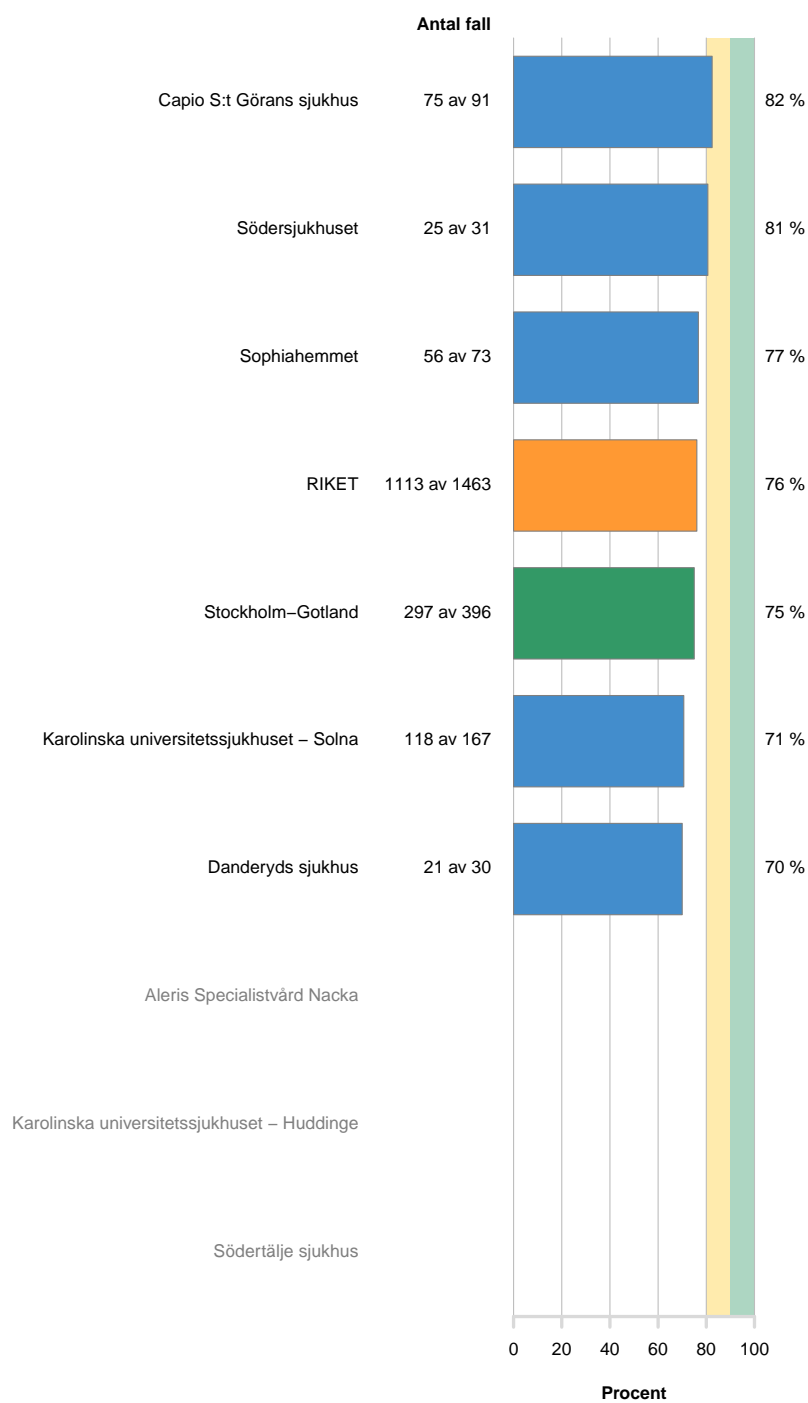


Figur 9. Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

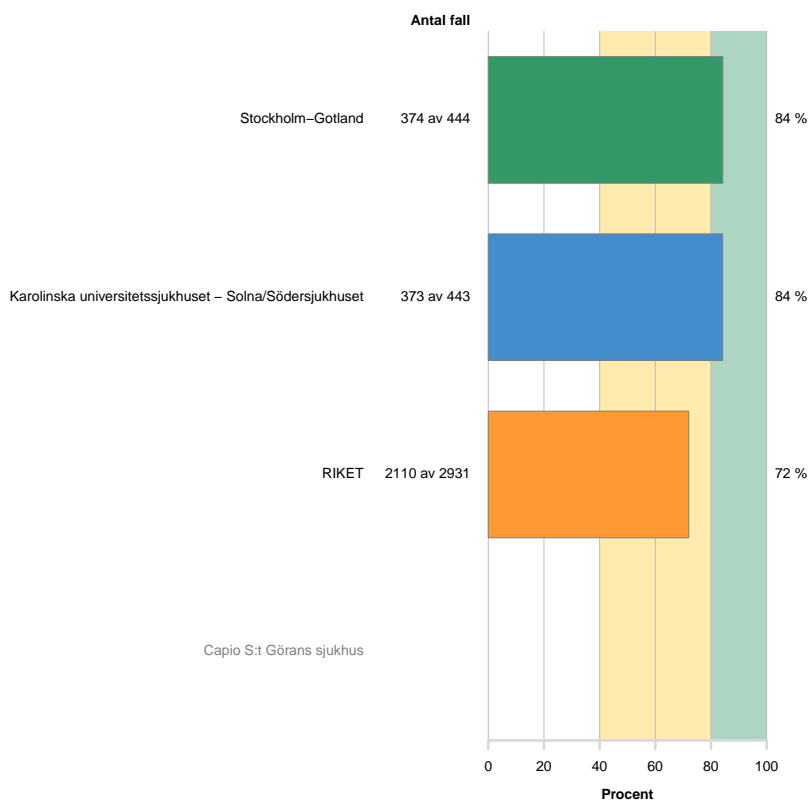


Figur 10. Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

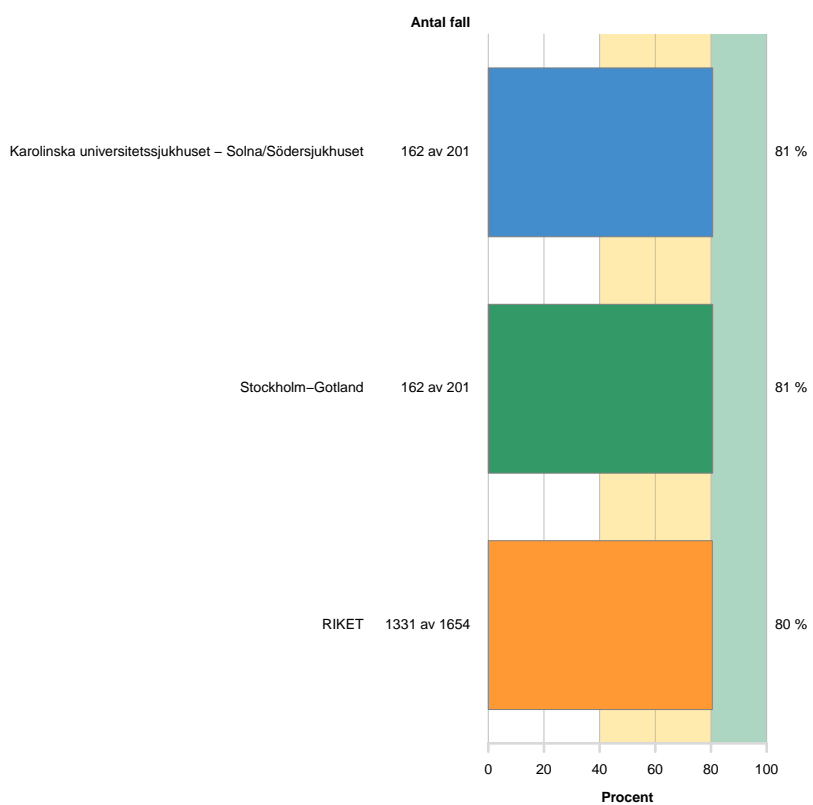


Figur 11. Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

Kvalitetsindikatorer - onkologi

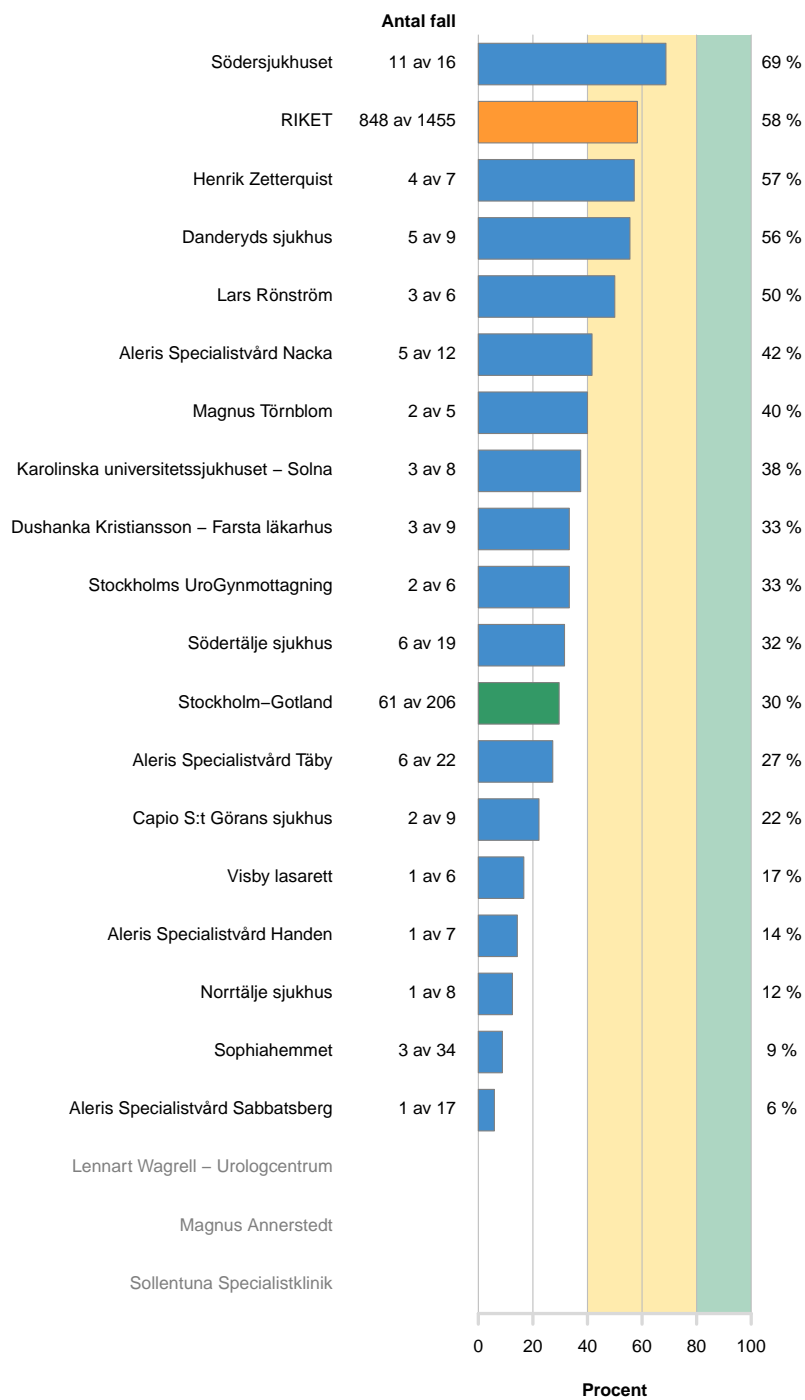


Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

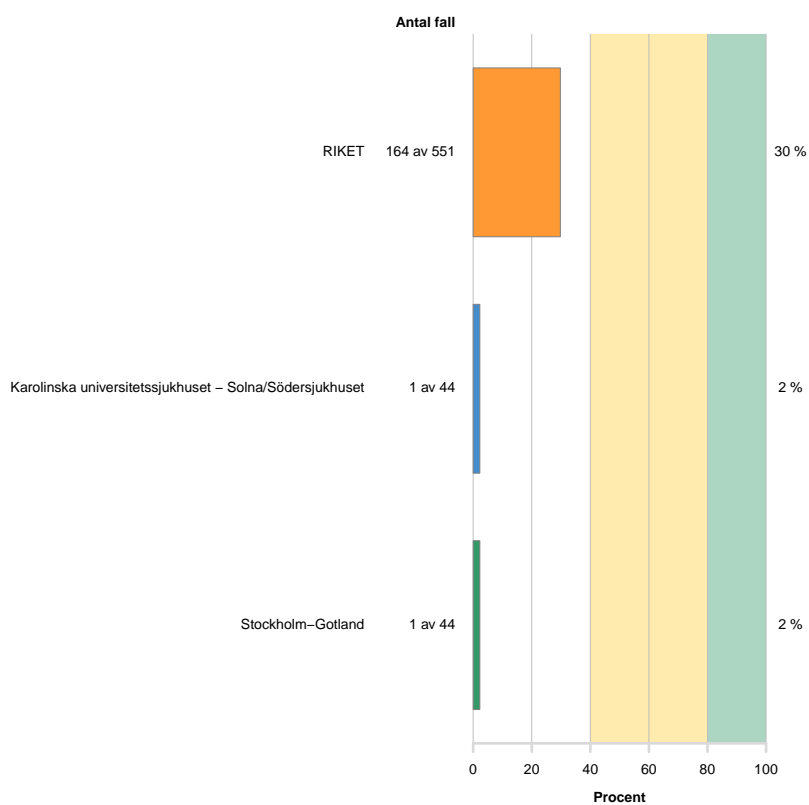


Figur 13. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

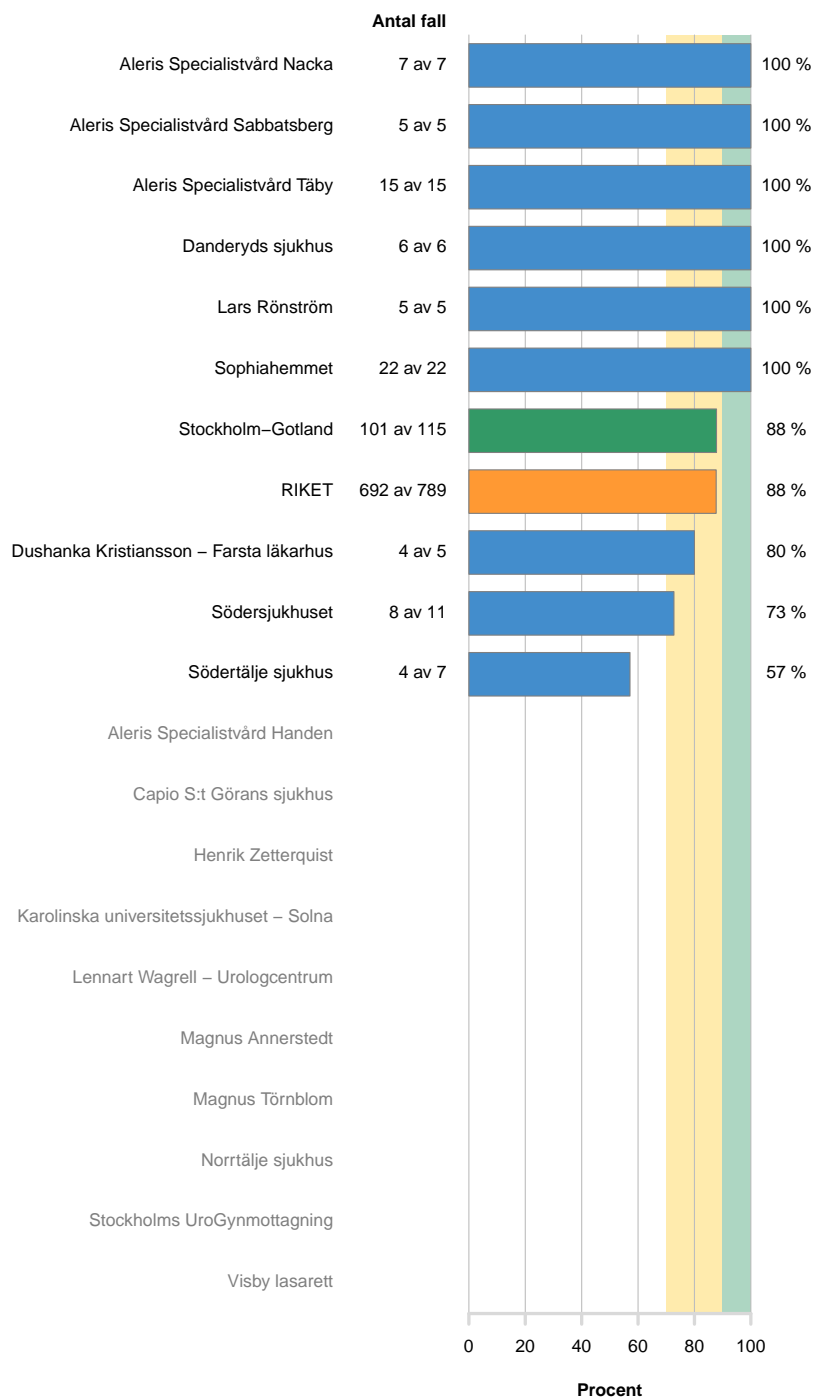


Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

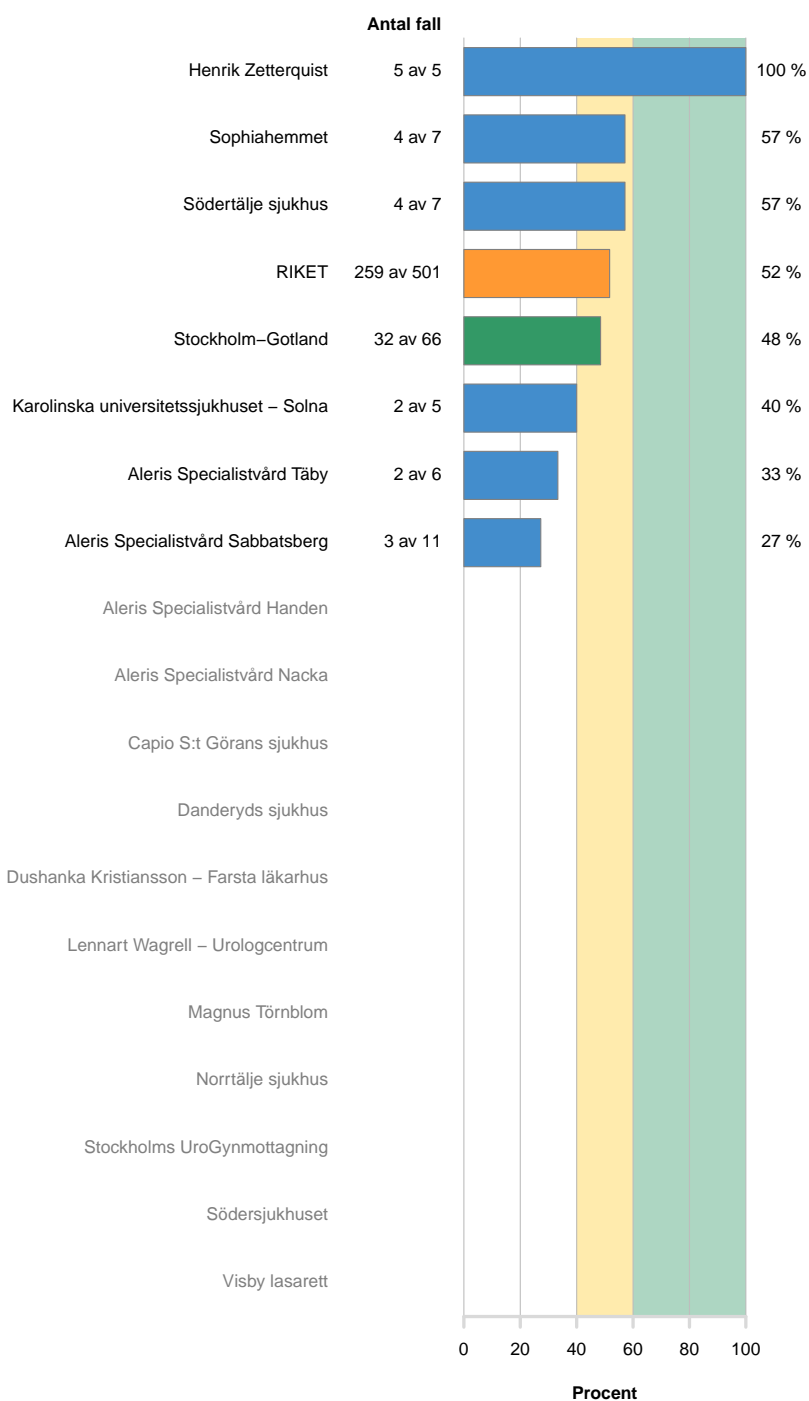


Figur 15. Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

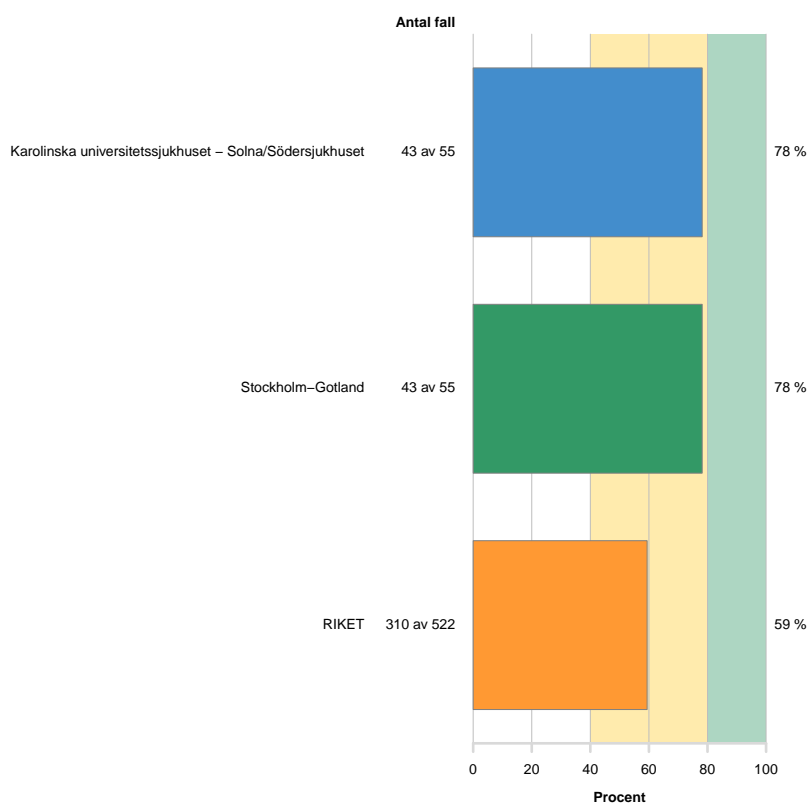


Figur 16. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

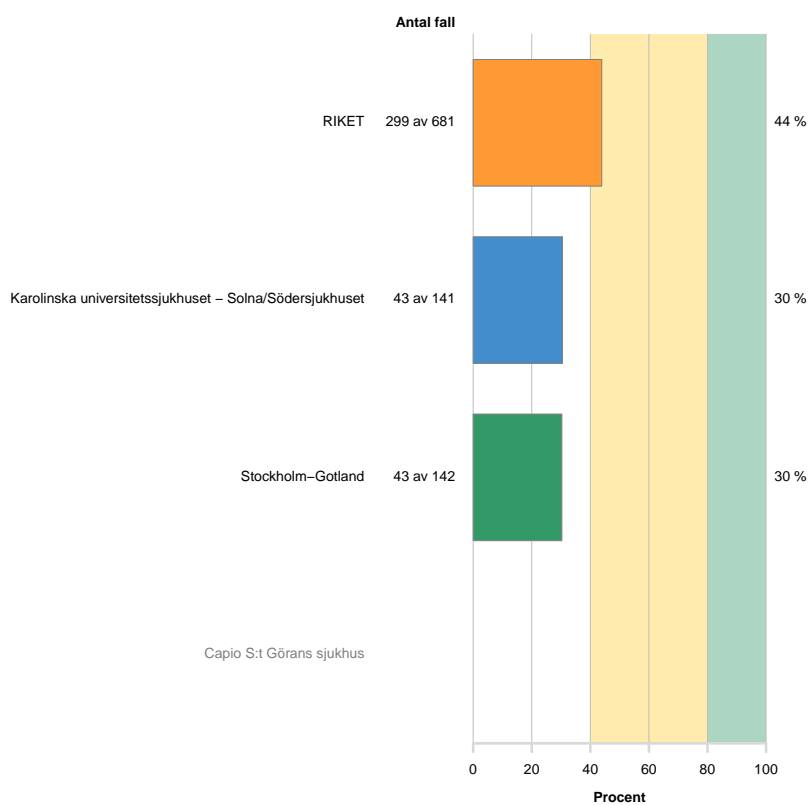


Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

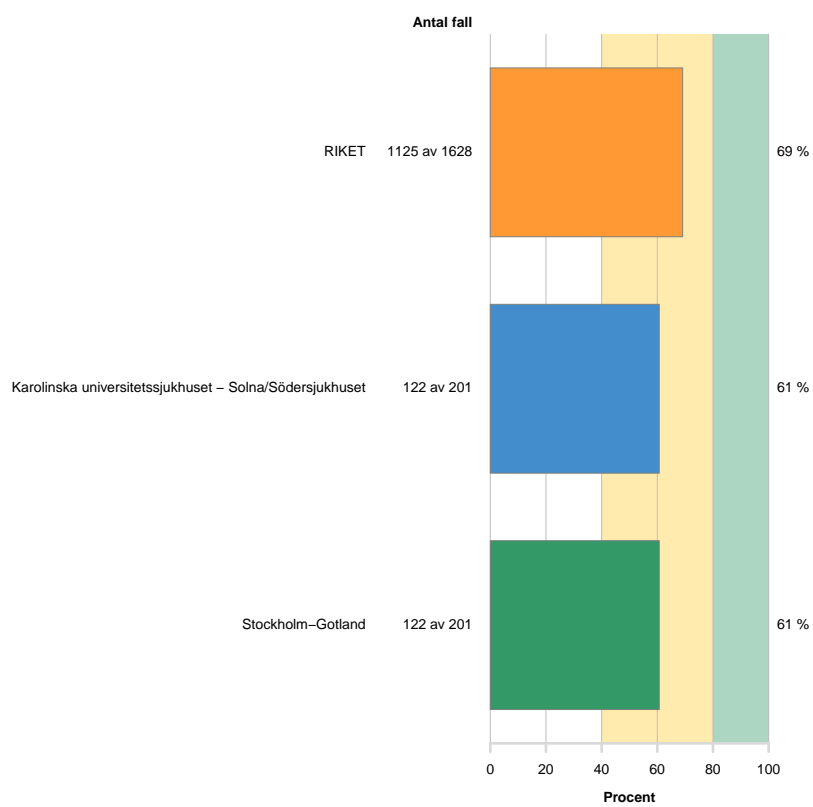


Figur 18. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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