

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2016

Norra regionen

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 \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 Norra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2016.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

När det gäller täckningsgraden (92 %) sker liksom föregående år en eftersläpning som framförallt gäller länsdelssjukhusen (Figur 1). När inrapporteringen är färdig nås siffror kring 99.5 % i Norra regionen. Ökad resurstilldelning för att snabbare nå högre täckningsgrad skulle kunna förbättra dessa siffror och även förbättra inrapporteringshastigheten efter prostatabiopsi (Figur 2) som fortsatt varierar stort med ett snitt kring 35 % av fallen inrapporterade inom 30 dagar. Dock har en avsevärd förbättring skett sedan förra året vilket är glädjande. En delförklaring är att införandet av SVF sannolikt har förkortat ledtiden från biopsi till PAD-svar (Figur 5). Ett antal nya ST-läkare har anställts inom patologi i regionen vilket är mycket viktigt för cancersjukvården i stort.

Även måluppfyllelse för tid till första besök inom 14 dagar (Figur 4) har förbättrats från 10 till 20 % efter införandet av SVF. Att tiderna fortsatt är långa i förhållande till målen satta i SVF beror på en underdimensionering av urologin både i norra regionen och nationellt. Vägen är lång innan siffrorna för denna ledtid når önskade 80 %.

Kontaktskötersketjänster finns nu i princip i hela norra regionen och vi ser en dramatisk förbättring från 36 % måluppfyllelse 2014 till 72 % nu (Figur 3). För att uppnå bättre siffror behöver registrering av namngiven kontaktsköterska i patientjournalen på enheter som t.ex. Sundsvall (som har heltäckande kontaktsköterskeverksamhet) förbättras avsevärt.

Mål som sedan tidigare haft hög måluppfyllelse och där siffrorna i år ser fortsatt mycket bra ut är skelettscintigrafi vid högriskcancer (Figur 6), aktiv monitorering vid cancer av mycket lågrisktyp (Figur 7), negativa resektionsränder vid T2-tumör (Figur 11) och kurativ terapi vid lokal högriskcancer (Figur 9) där dock siffrorna för Östersund fortfarande saknas. Avseende operation noteras också en hög andel män som opereras med nervsparande teknik (Figur 10).

Deltagande i MDK för män med högrisktumörer har förbättrats från 41 % 2014 till 55 % nu men det finns stora lokala variationer. MDK bör vara rutin för att garantera likvärdig utredning och behandling för patientgruppen och detta mål måste förbättras med bättre lokala rutiner.

Nytt sedan fjolårets rapport är att kvalitetsindikatorer för onkologi redovisas på samma sätt som kvalitetsindikatorer för urologi.

Inrapporteringshastigheten till NPCR ser mycket bra ut (Figur 12). När det gäller ledtider enligt SVF finns en klar förbättringspotential mellan remiss till onkolog och behandlingsbeslut för män med högrisktumörer (Figur 15). Ledtiden har snarast försämrats sedan 2015 och en närmare analys av vad detta beror på och vilka deltidar som kan påverkas kommer att genomföras. Möjligen är det en tolkningsfråga om "färdigutredd patient" som påverkar tiderna då det i remissen till onkolog också ingår metastasutredning som ofta sker i samband med besök till onkolog och beslutet inte fattas förrän resultatet av den är känt. Måluppfyllelsen är bättre när det gäller strålbehandling efter radikal prostatektomi, där når 65 % av patienterna målet med behandlingsstart inom 30 dagar efter strålanmälan vilket är klart bättre än riksgenomsnittet (Figur 19).

De indikatorer som faller ut med regional skillnad (mellan Umeå och Sundsvall) är andel strålbehandlade patienter som har en namngiven kontaktsköterska (Figur 13) samt andel män där MR använts som stöd vid definition av målvolym (Figur 20). När det gäller kontaktsköterska pågår i Sundsvall ett förbättringsarbete som givit ett uppsving sedan förra mätningen och som väntas ge ytterligare förbättrade siffror till nästa år. När det gäller MR utgör dessa undersökningar basen för all targetritning även i Sundsvall med skillnaden att separata target-MR inte genomförs av resursskäl om en tidigare MR-prostata är utförd.

En indikator där måluppfyllelsen är mycket låg är andel strålbehandlade män med högriskcancer som

FIGURER

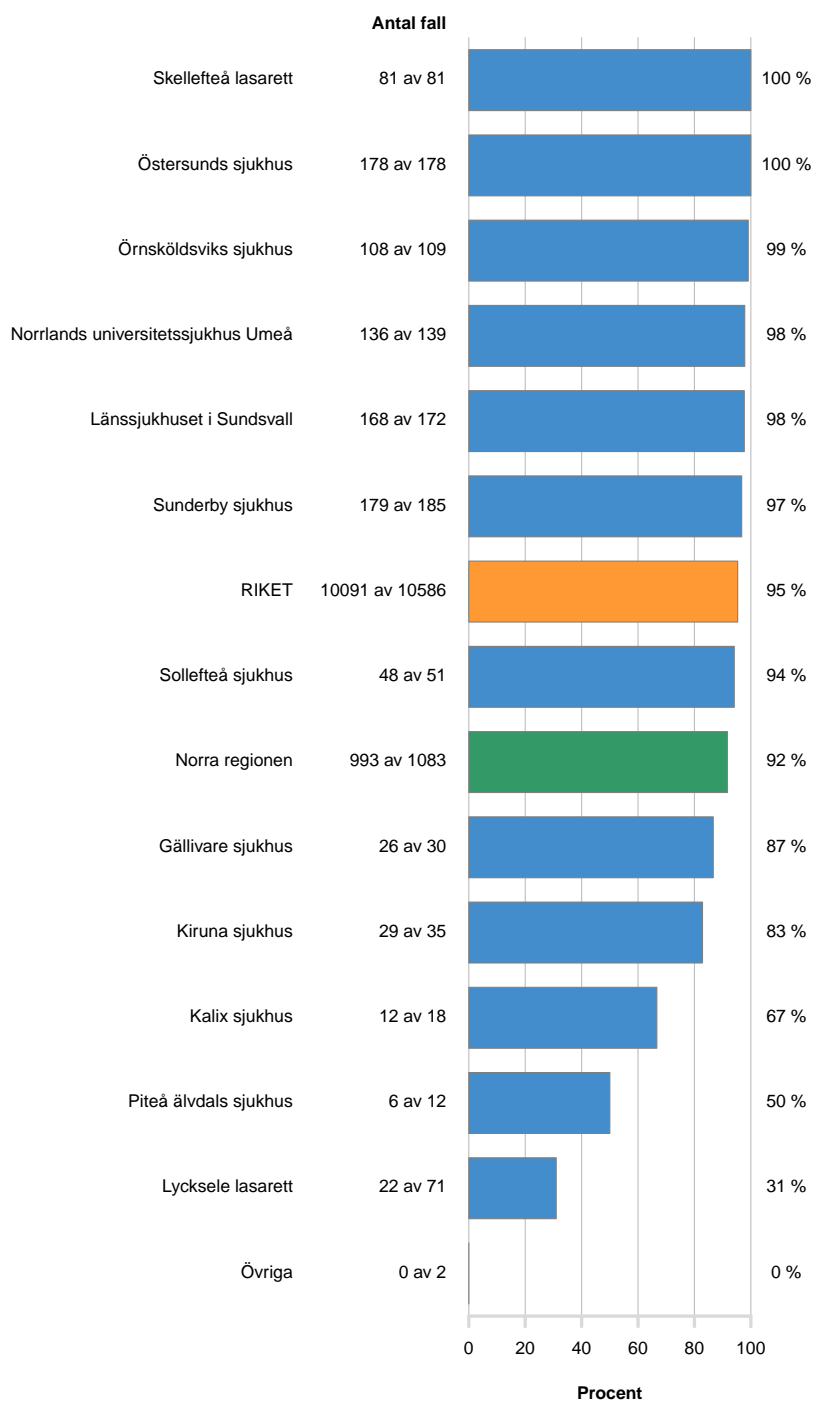
planerats för minst 18 månaders antiandrogenbehandling efter strålterapi (Figur 18). Under de två senaste åren har många av dessa patienter ingått i PARAPLY-studien där hormonbehandlingen varit kortare. Nu är studien stängd och 6 mån TAB + 18 mån antiandrogen väntas bli standard i regionen framöver.

Johan Styrke, Camilla Thellenberg Karlsson

Regional processledare urologi, onkologi

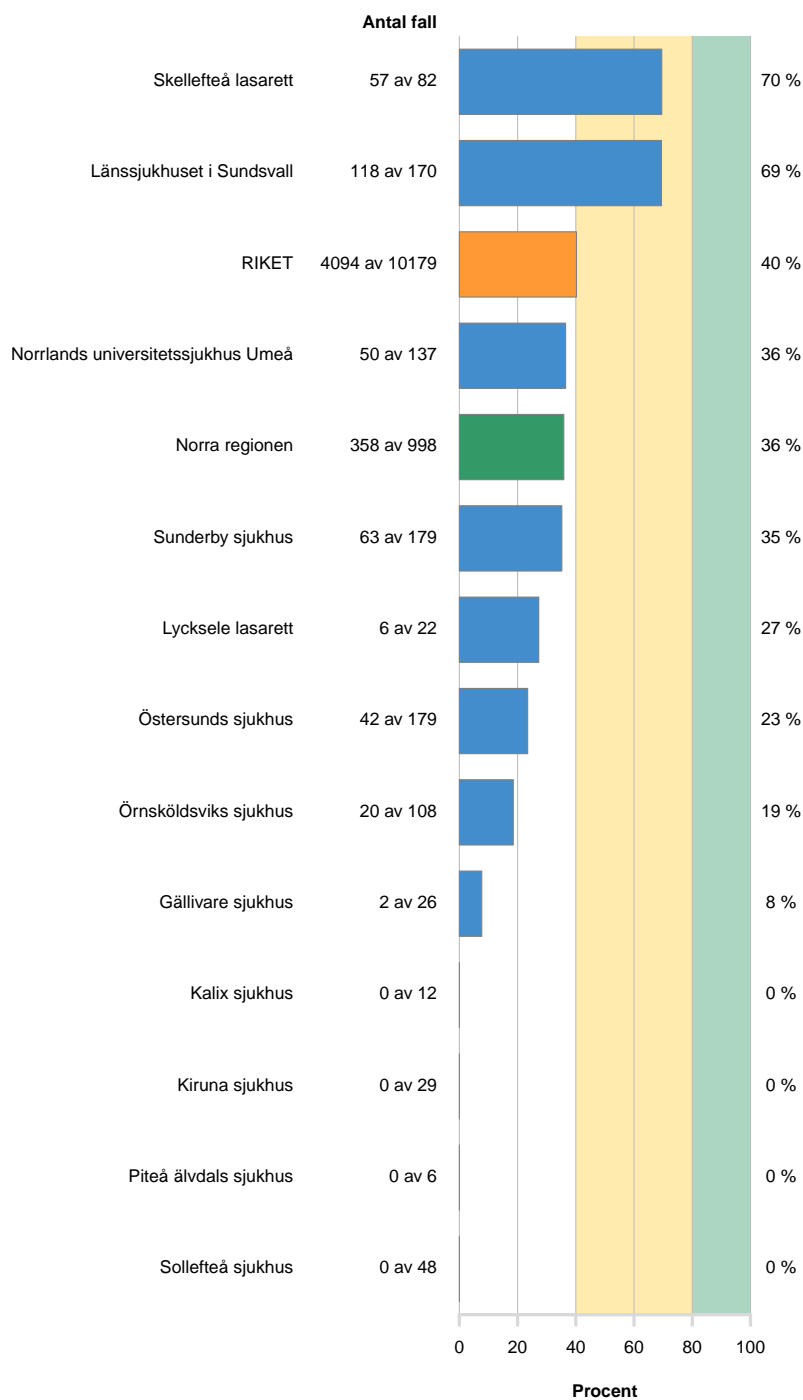
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

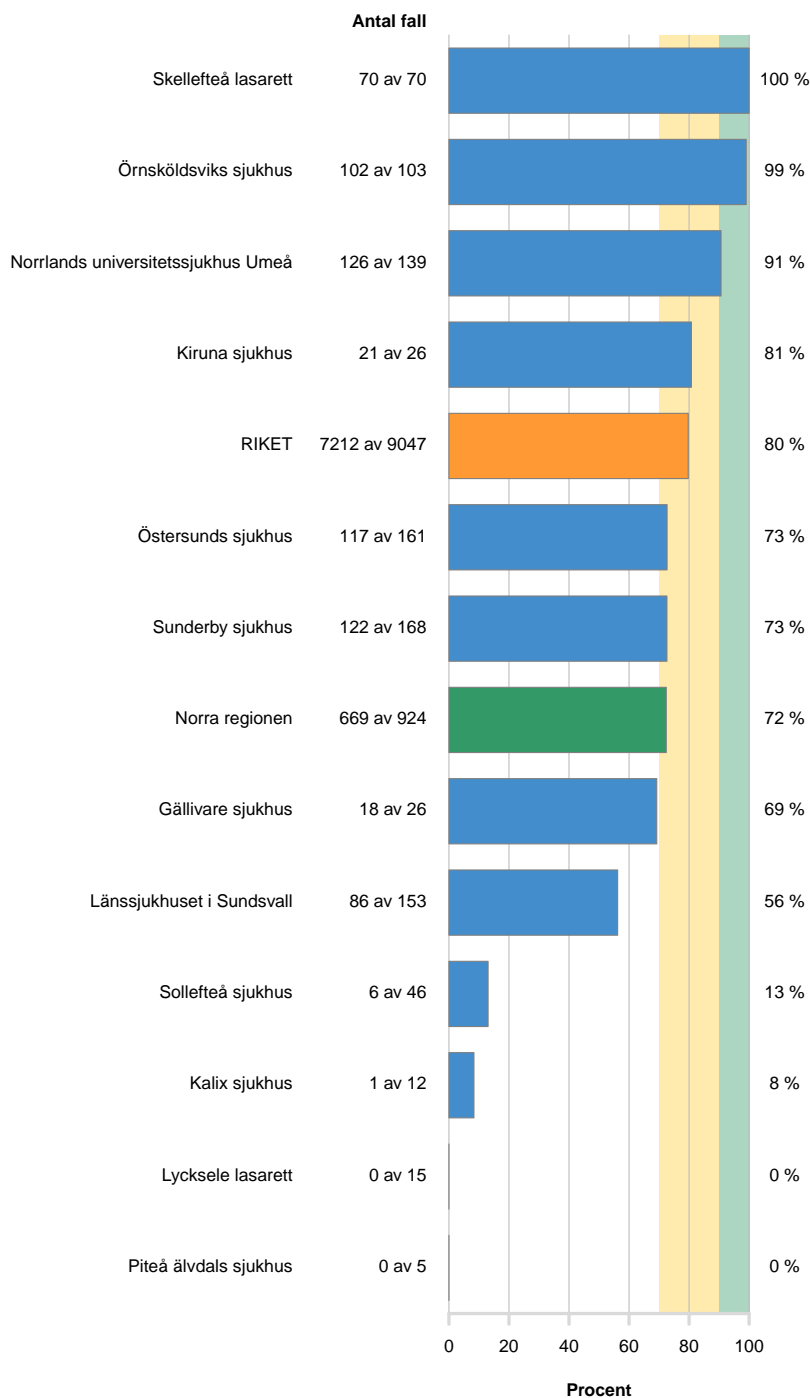


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

Kvalitetsindikatorer - urologi

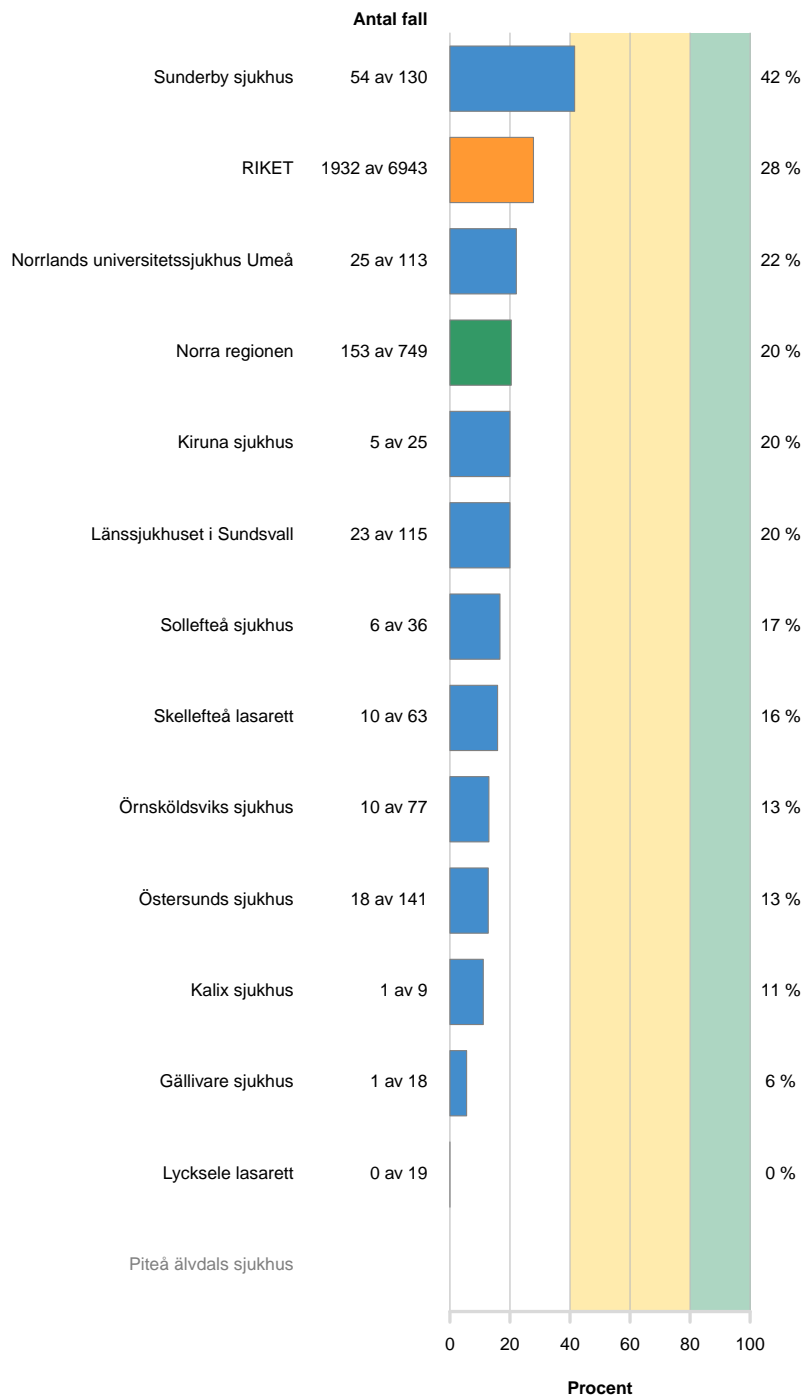


Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

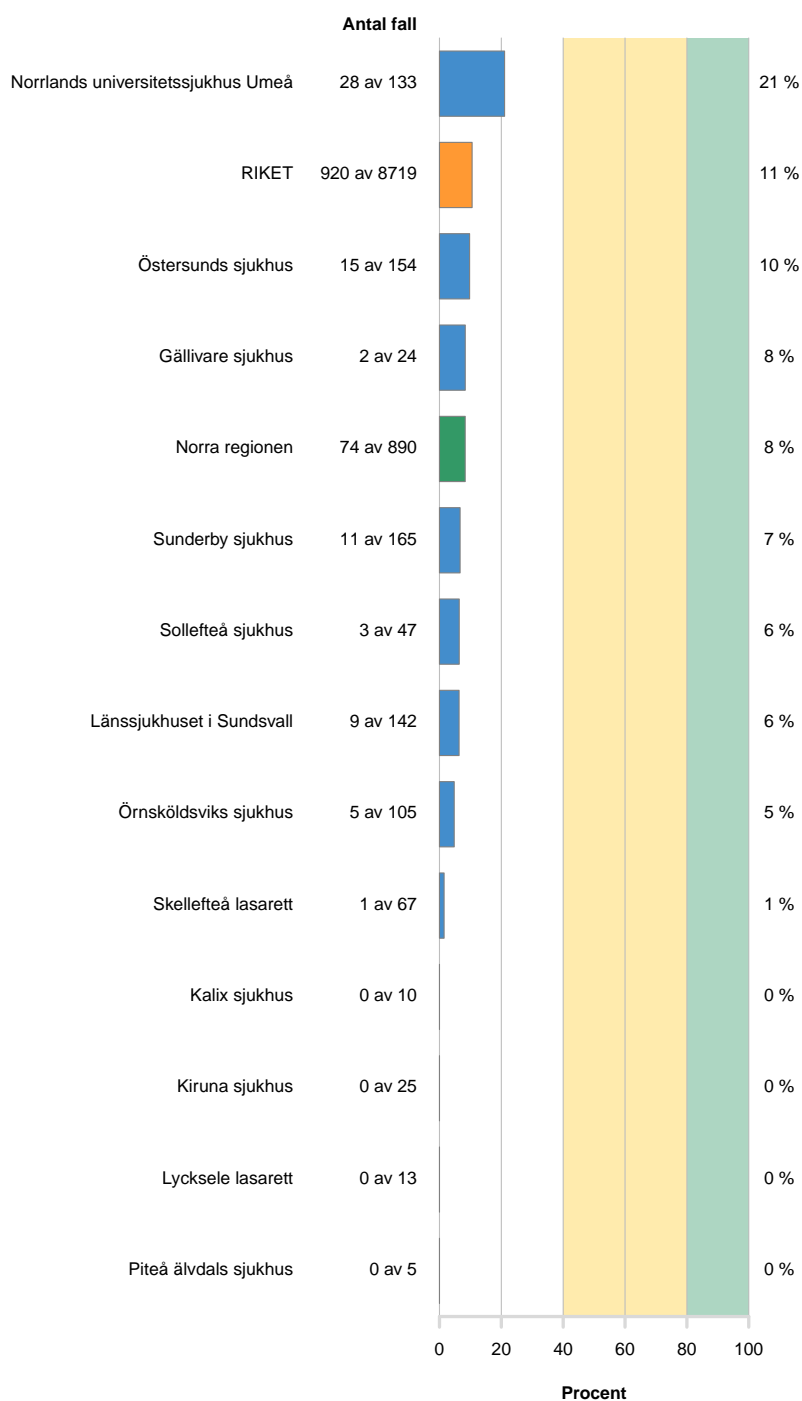


Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

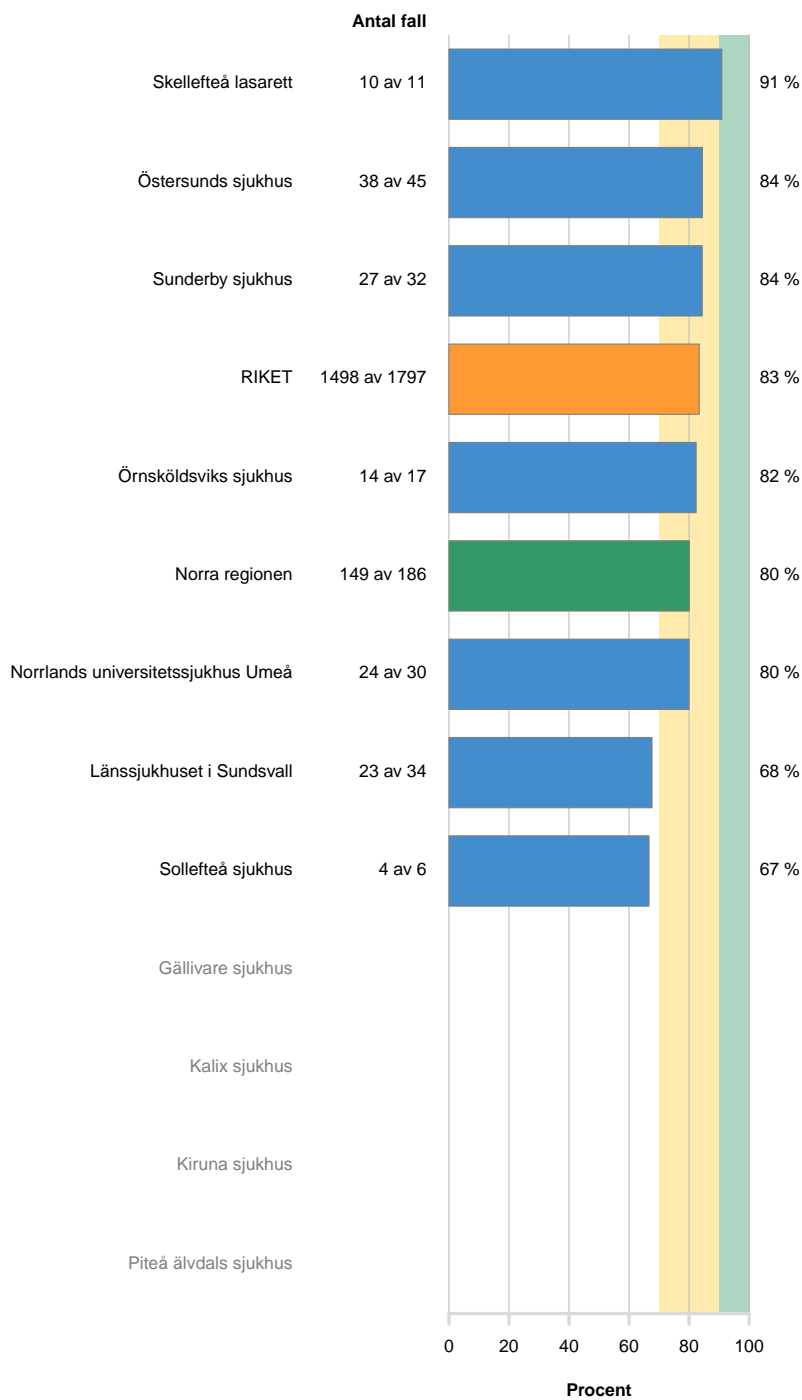


Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

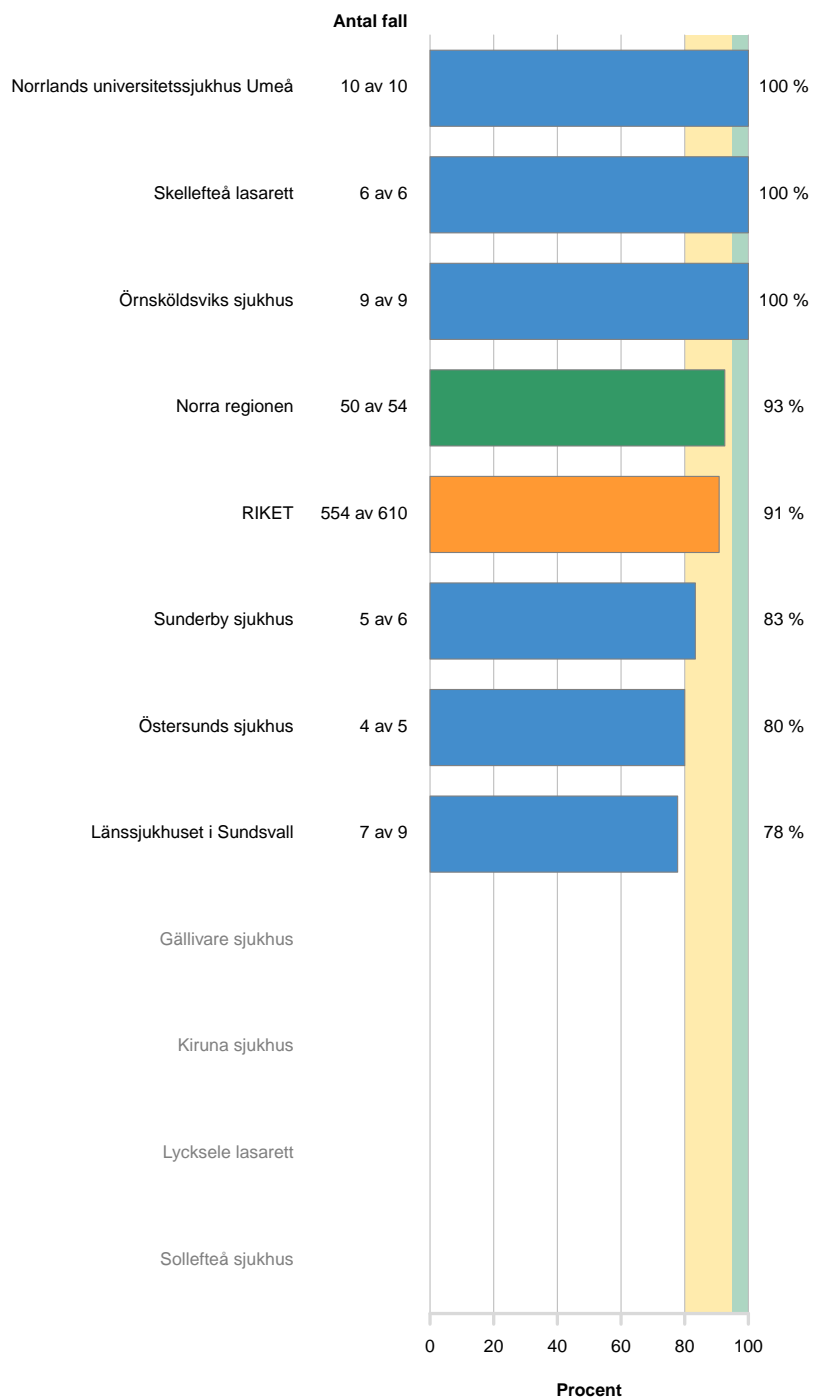


Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

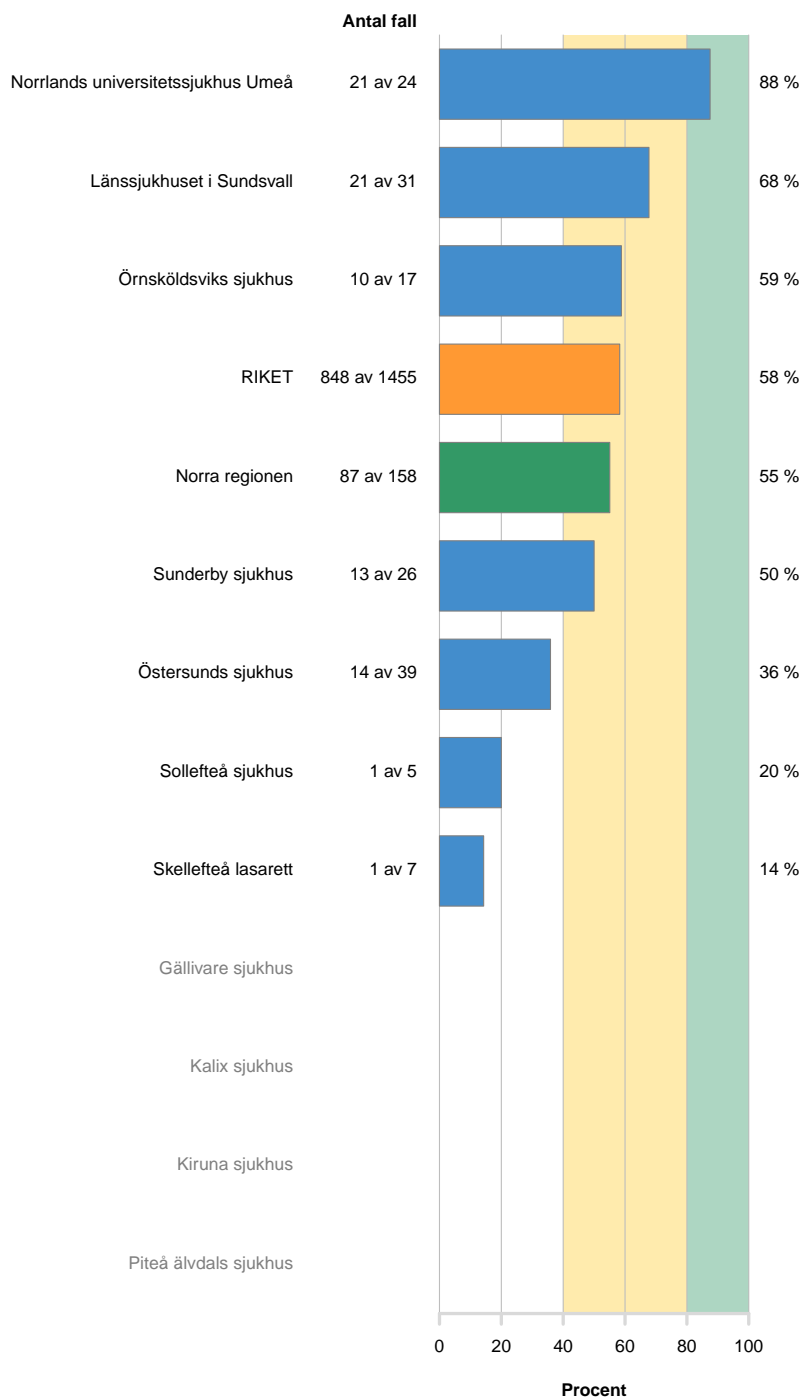


Figur 6. Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

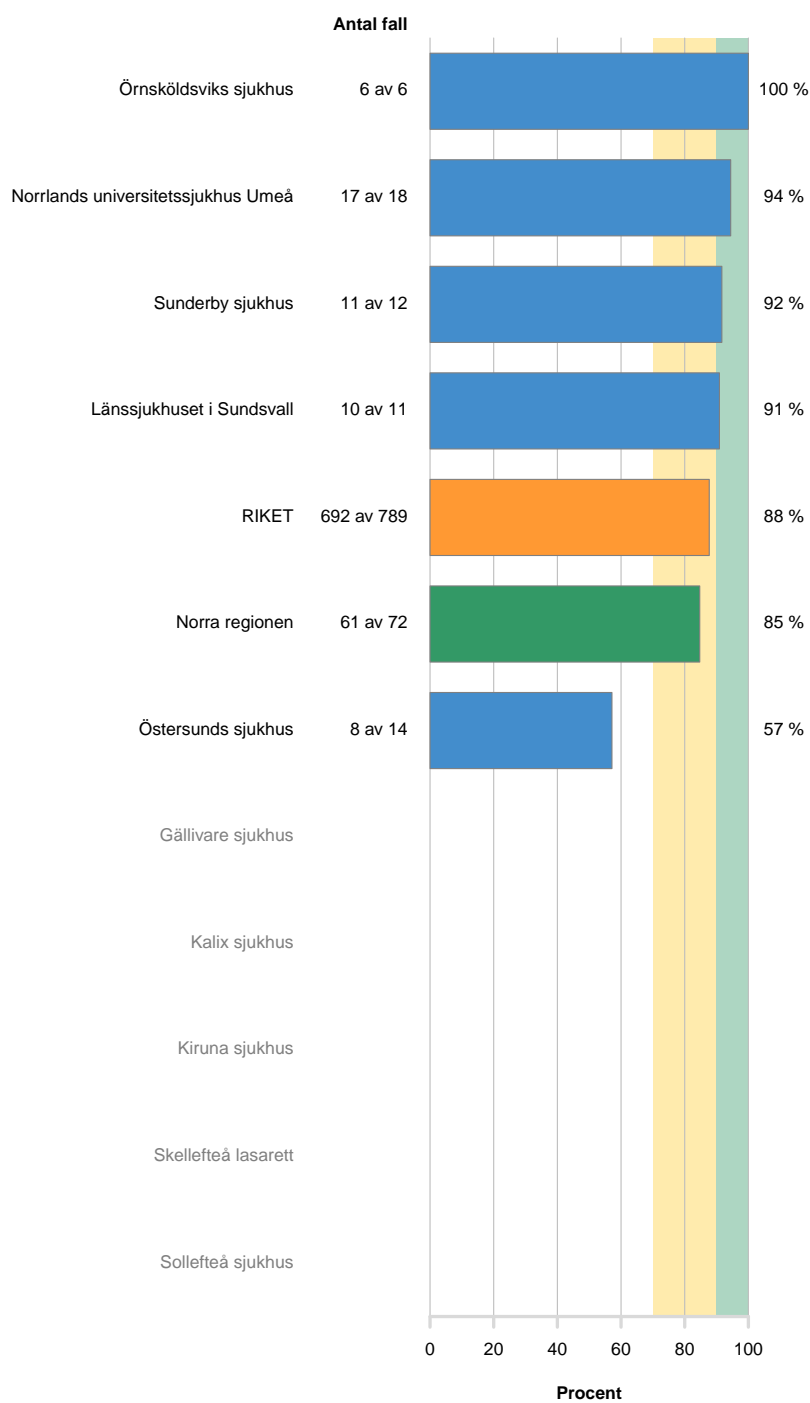


Figur 7. Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

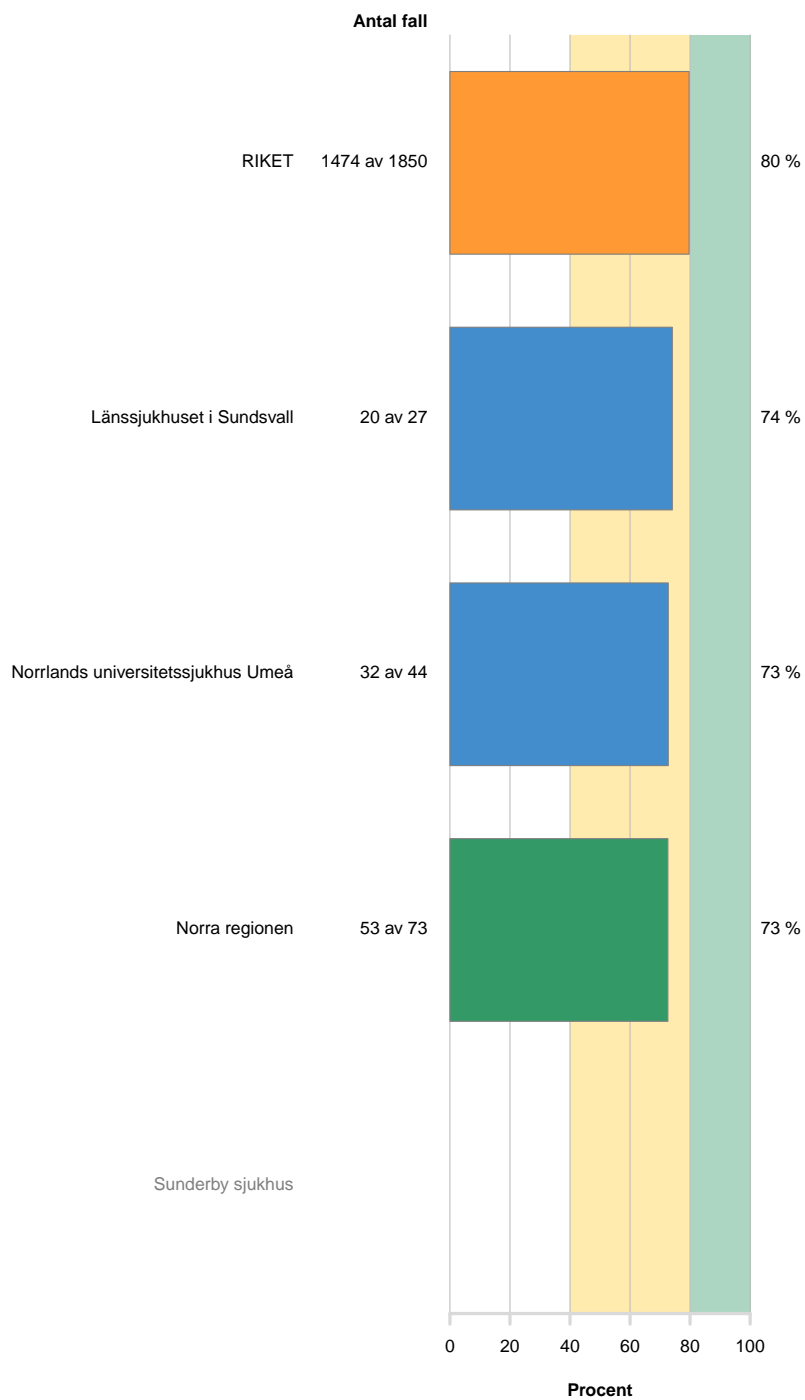


Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

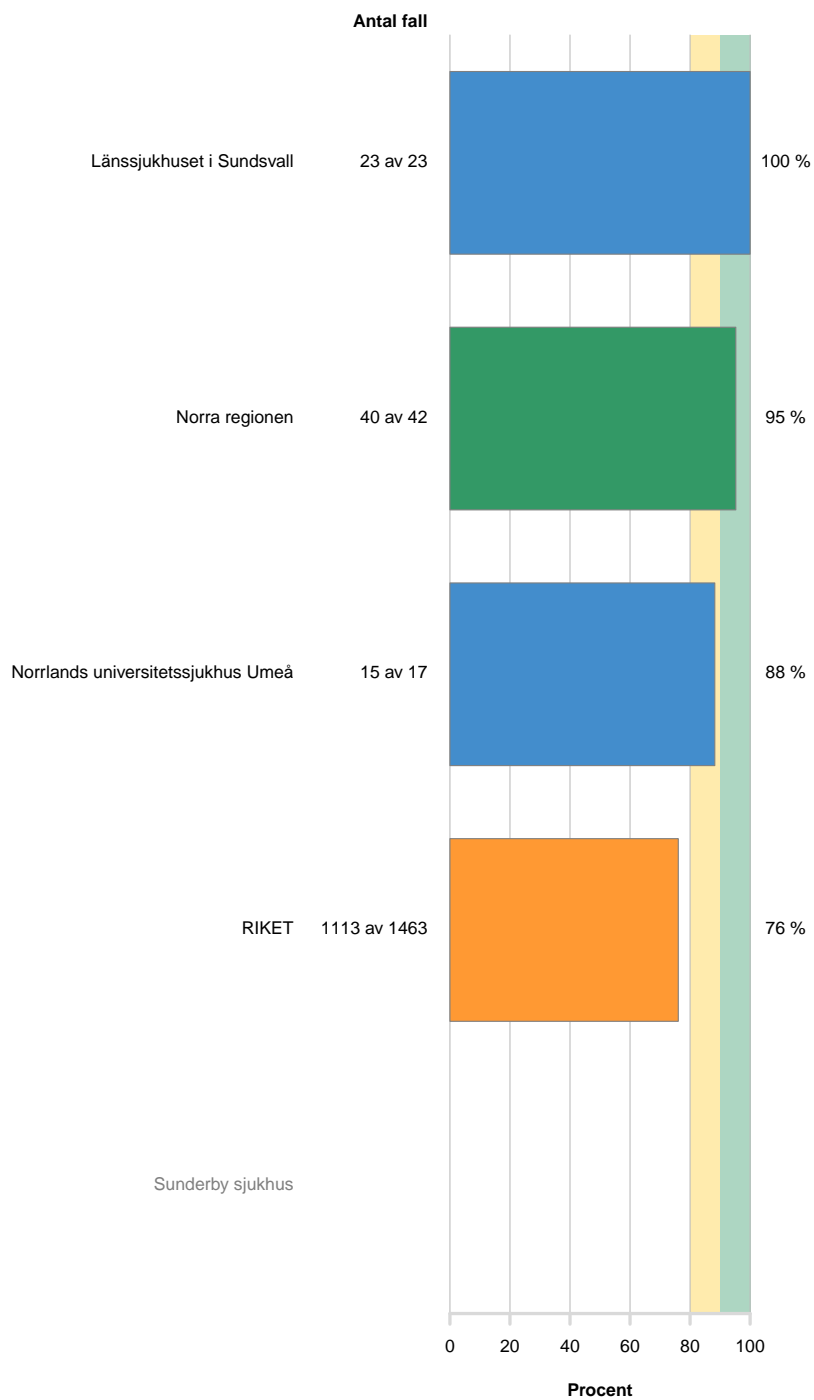


Figur 9. Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

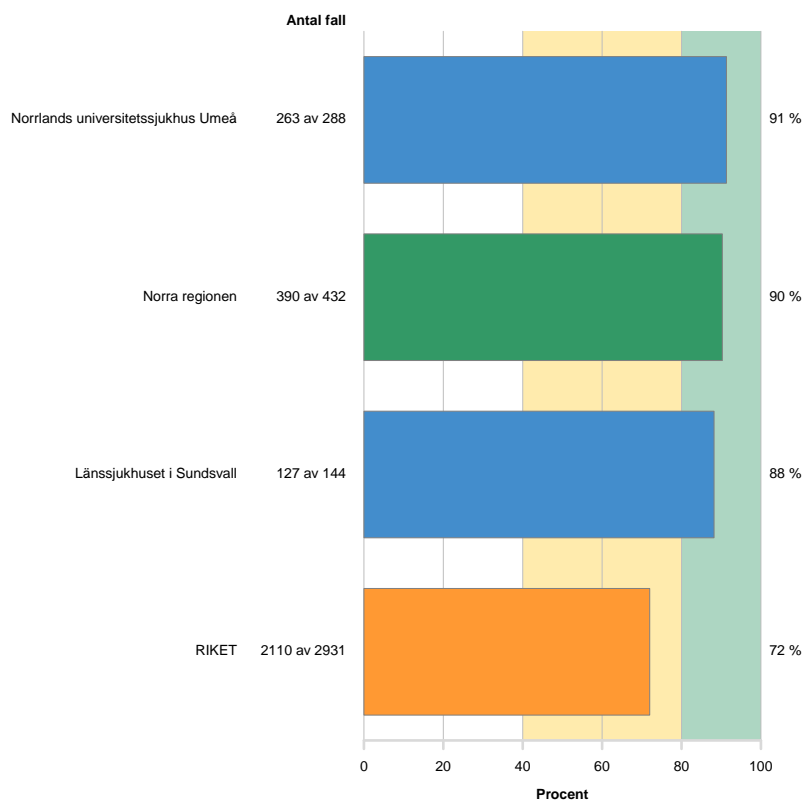


Figur 10. Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

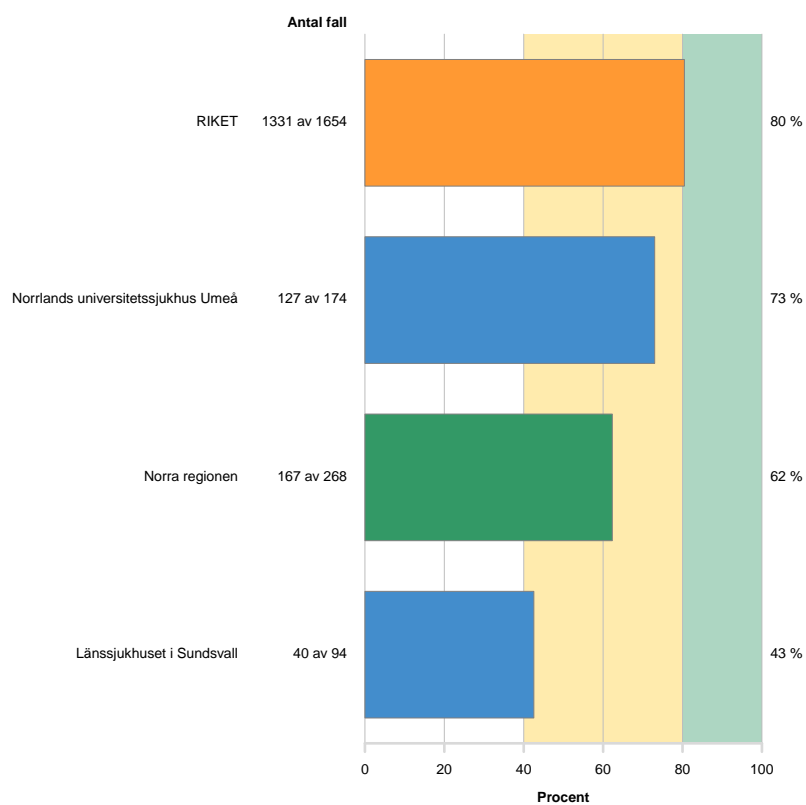


Figur 11. Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

Kvalitetsindikatorer - onkologi

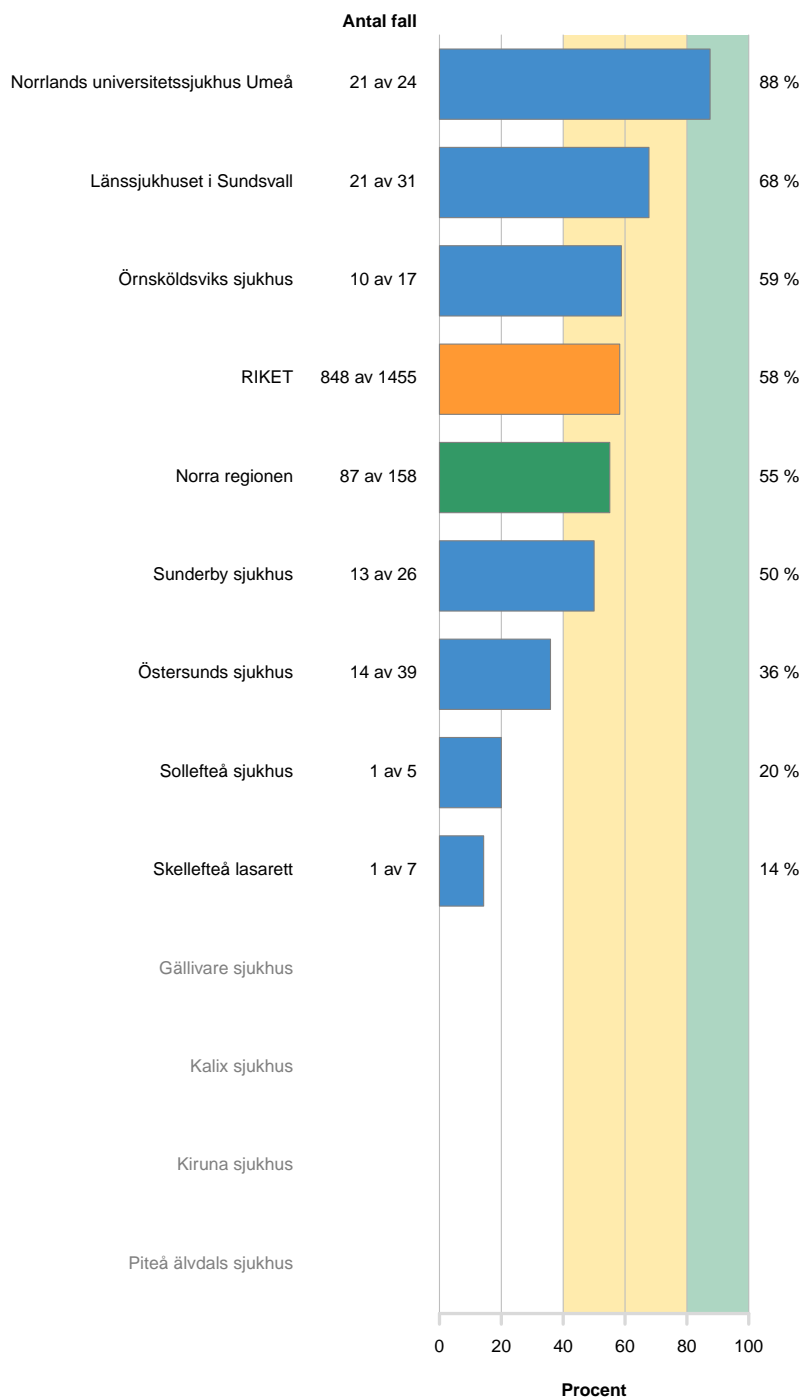


Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

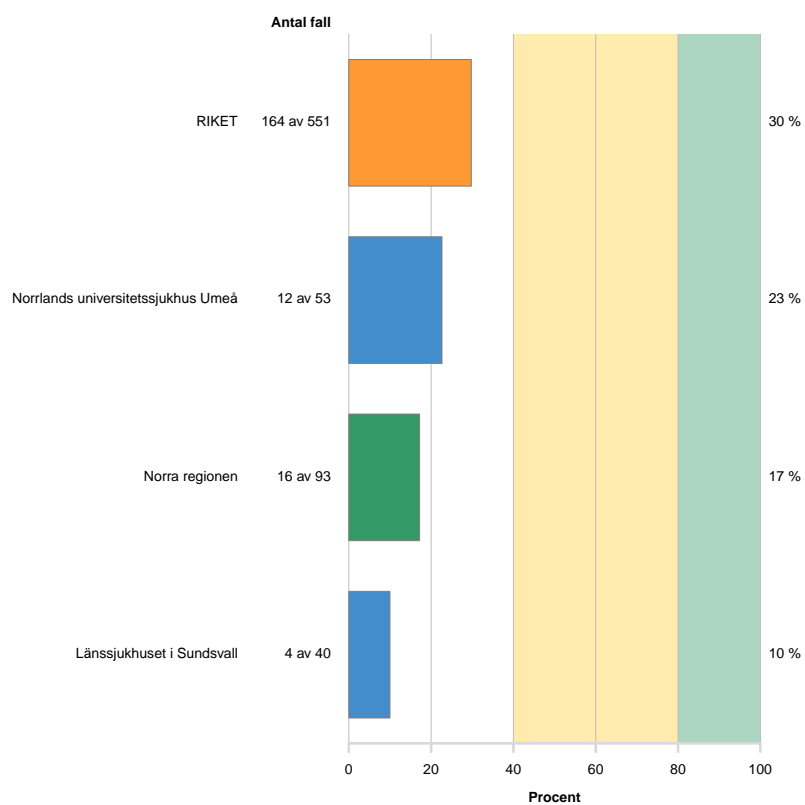


Figur 13. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

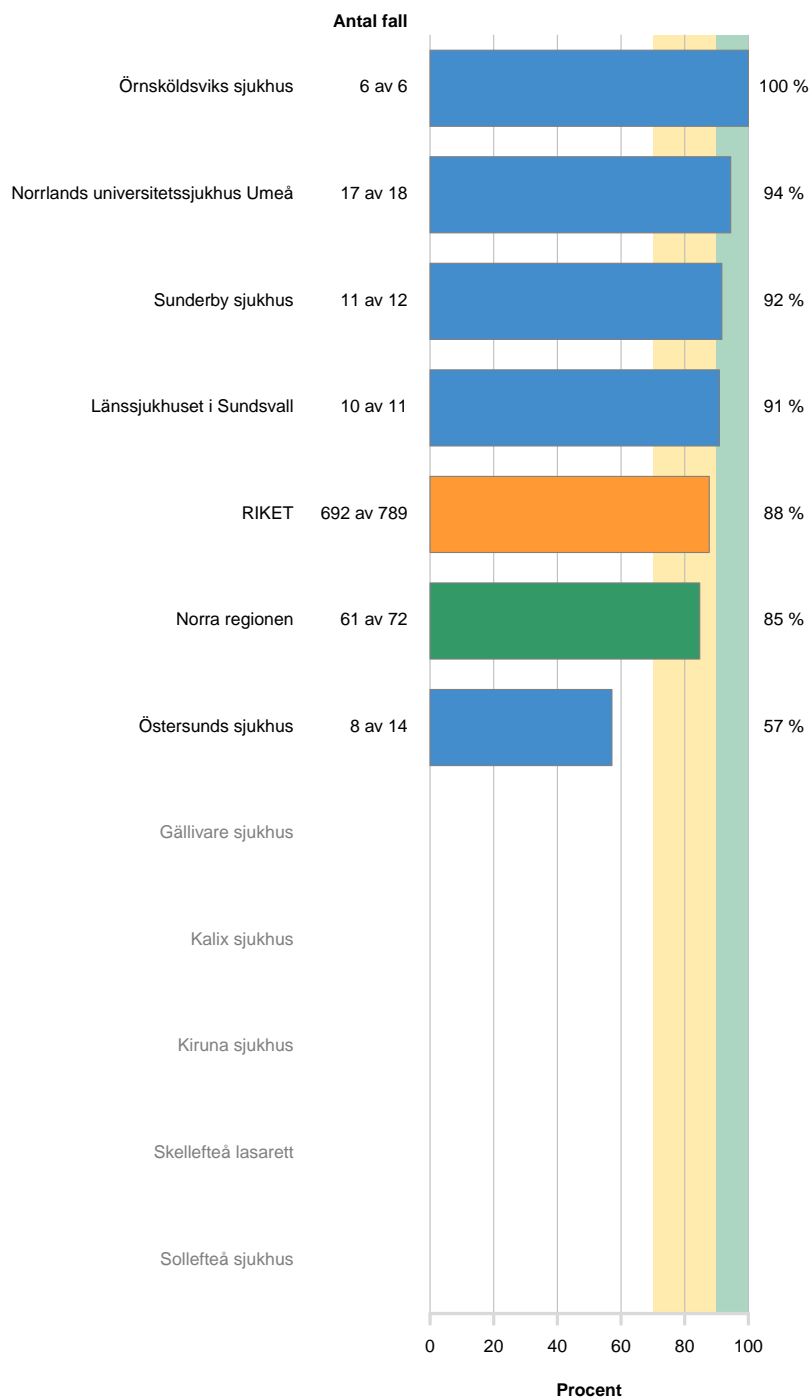


Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

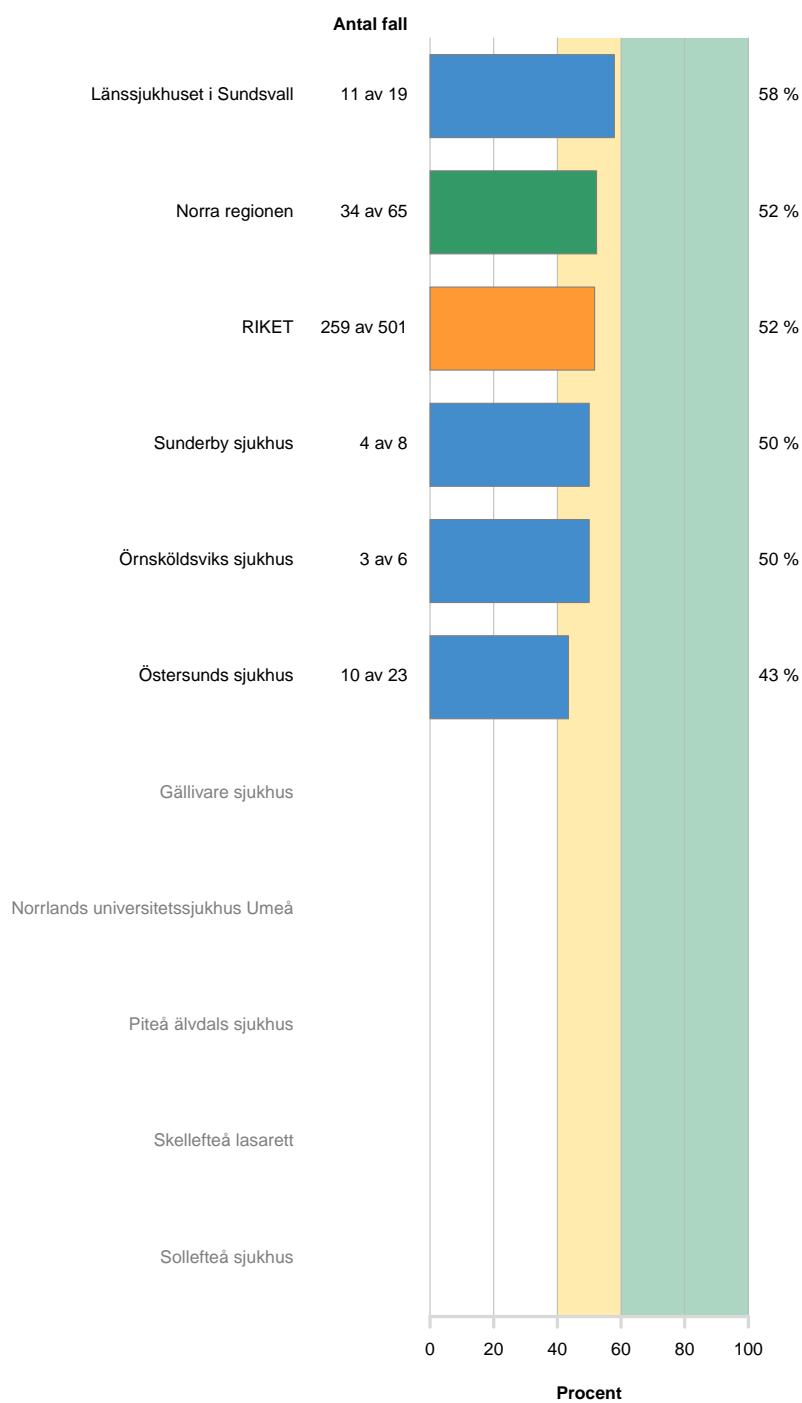


Figur 15. Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

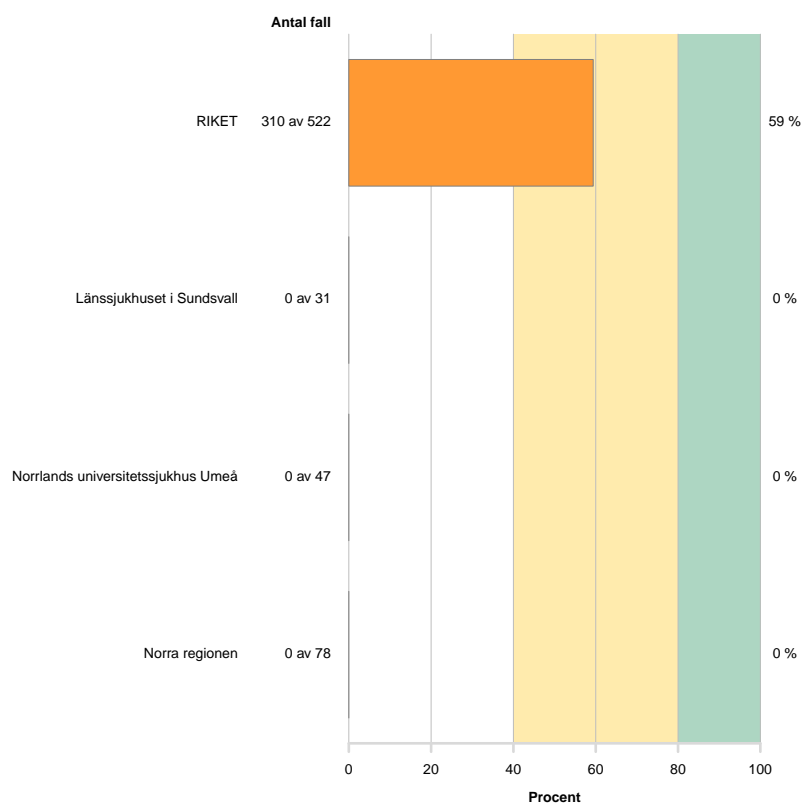


Figur 16. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos ≤ 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

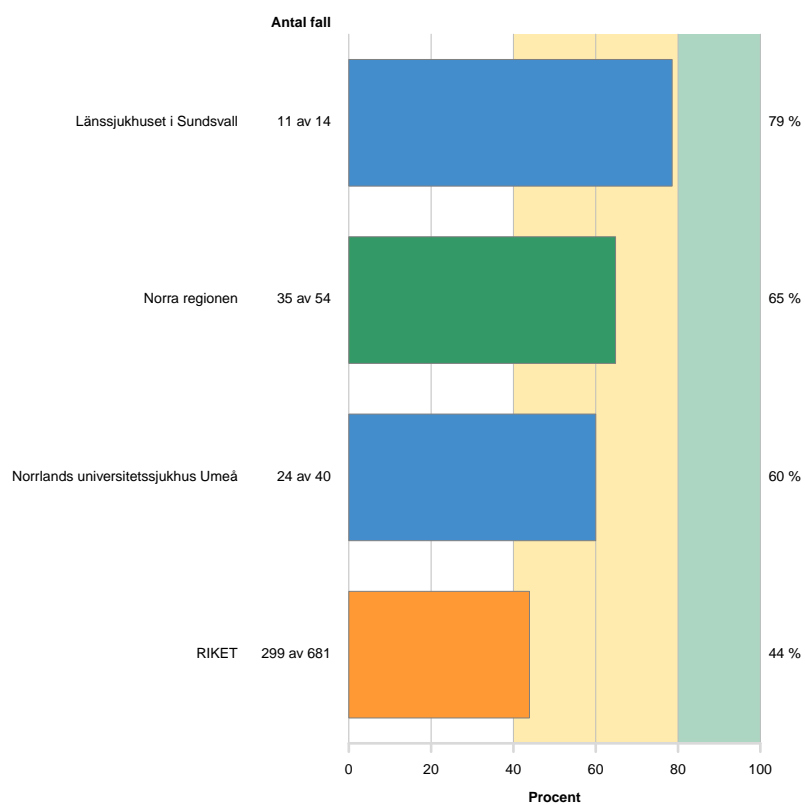


Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

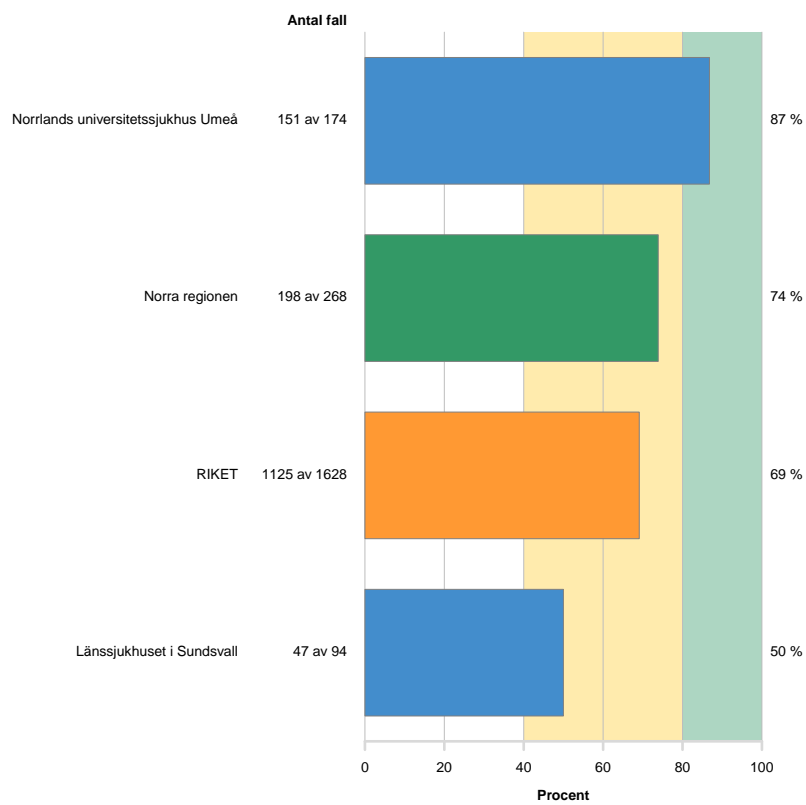


Figur 18. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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