

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2016

Västra 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 ≤ 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 Västra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2016.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Under 2016 har, glädjande nog, den tidigare negativa trenden för de vårdadministrativa indikatorerna för inrapportering av diagnostik, utredning och behandling i "Koll på läget" vänt. Från att endast drygt 20 % var inrapporterade i NPCR inom de stipulerade 30 dagarna 2015 ligger 2016 års siffra på det dubbla vilket med nöd och näppe gör att regionen kryper över "gul" målnivå totalt. I princip samtliga enheter i regionen har förbättrat sin inrapportering även om inga enheter har lyckats nå "grön" målnivå på 80 %. Glädjande är att inrapporteringen av kurativt syftande strålbehandling fortsatt att förbättrats under 2016 och når klart över "grön" målnivå. Andelen patienter som fått en namngiven kontaktsjuksköterska har fortsatt att öka i år också och i regionen som helhet har över 90 % av patienterna fått kontaktsjuksköterska. Den regionala MDKn är etablerad och de flesta enheterna i regionen är anslutna. Tyvärr har inte den tidigare positiva trenden att högriskpatienter i regionen diskuteras på MDK innan behandling fortsatt. Andelen i regionen ligger fortfarande på ca två tredjedelar även om enstaka enheter når upp till målnivån på 80 %.

Införandet av SVF har inneburit något förbättrade väntetidsindikatorer. Andelen män som fått tid för sitt första besök hos urolog inom 14 dagar har ökat men ligger fortfarande långt från målnivån och spridningen mellan sjukhusen i regionen är stor. Även andelen män som fått cancerbesked inom 11 dagar efter biopsin har ökat. Anmärkningsvärt är att även om andelen som får besked inom stipulerad tid är betydligt högre än riksgenomsnittet får fortfarande fyra femtedelar av patienterna vänta längre än 11 dagar. Väntetiden till onkolog för behandlingsbeslut om kurativt syftande strålbehandling för högriskpatienter är också lång och har ökat. Behandlingsbeslutet fattas inom 14 dagar för endast drygt en tredjedel av patienterna jämfört med hälften 2015.

Avseende behandlingsstrategier ses att andelen män med lågriskcancer som erbjuds aktiv monitorering är fortsatt hög med några enheter som uppnår 100 %. Andelen patienter med lokaliserad högriskcancer som erbjuds kurativt syftande behandling har stigit, men nivån i regionen ligger trots det bland de lägsta i landet. Typ av behandling varierar fortfarande stort mellan olika enheter med andelen strålbehandling varierande från 0-75 % jämfört med operation. Cirka hälften av männen med lokalt avancerad tumör har erbjudits kurativt syftande behandling i regionen, jämfört med en tredjedel 2015. Andelen är i nivå med riksgenomsnittet, men fortfarande en bra bit från "grön" målnivå på över 60 %. Antalet patienter som erbjudits kombinationen strålbehandling och hormoner har ökat medan antalet radikala prostatektomier har varit i stort sett oförändrat. En majoritet av patienterna som opererats har varit inkluderade i SPCG-15. Fler och fler patienter med lokalt avancerad sjukdom dras på MDK med SPCG-15 i åtanke. Trenden med ökad andel skelettundersökningar av män med högriskcancer har fortsatt och endast två enheter ligger under "gul" målnivå även om ingen enhet ligger på "grön" målnivå på 90 % ännu. Den regionala MDKn har förbättrat handläggningen av dessa män men arbetet är inte slut utan fortsätter under 2017. Nivåstruktureringen av opererande kliniker i regionen har fortsatt ge resultat, med en andel positiva resektionsränder vid pT2-tumörer som är lägst av alla regioner i landet. En trend kan dock ses att de kliniker i regionen som opererar flest också har lite bättre resultat. Nästan alla patienter aktuella för primär strålbehandling genomgår fortsatt en MR inför strålbehandling som stöd inför definition av målvolym och är väl inom "grön" målnivå. Problemet med mycket långa väntetider till start av postoperativ strålbehandling kvarstår med endast 11 % som fått påbörja strålbehandlingen inom 30 dagar.

Under 2017 kommer vårt arbete som regionala processägare att fokusera på att öka samverkan inom och mellan klinikerna. Grunden för detta arbete är den regionala vårdprocessgruppen där de lokala processägarna, kontaktsköterskorna, patientrepresentanter med flera ingår. Huvudfokus är nu att formulera en regional medicinsk riktlinje (RMR) samt lokala konsekvensbeskrivningar baserade på det uppdaterade nationella vårdprogrammet och information i NPCR. Genom detta arbete ökar förutsättningarna för att lokalt kunna implementera olika tankesätt och förbättra vårdprocesserna runt män med prostatacancer

FIGURER

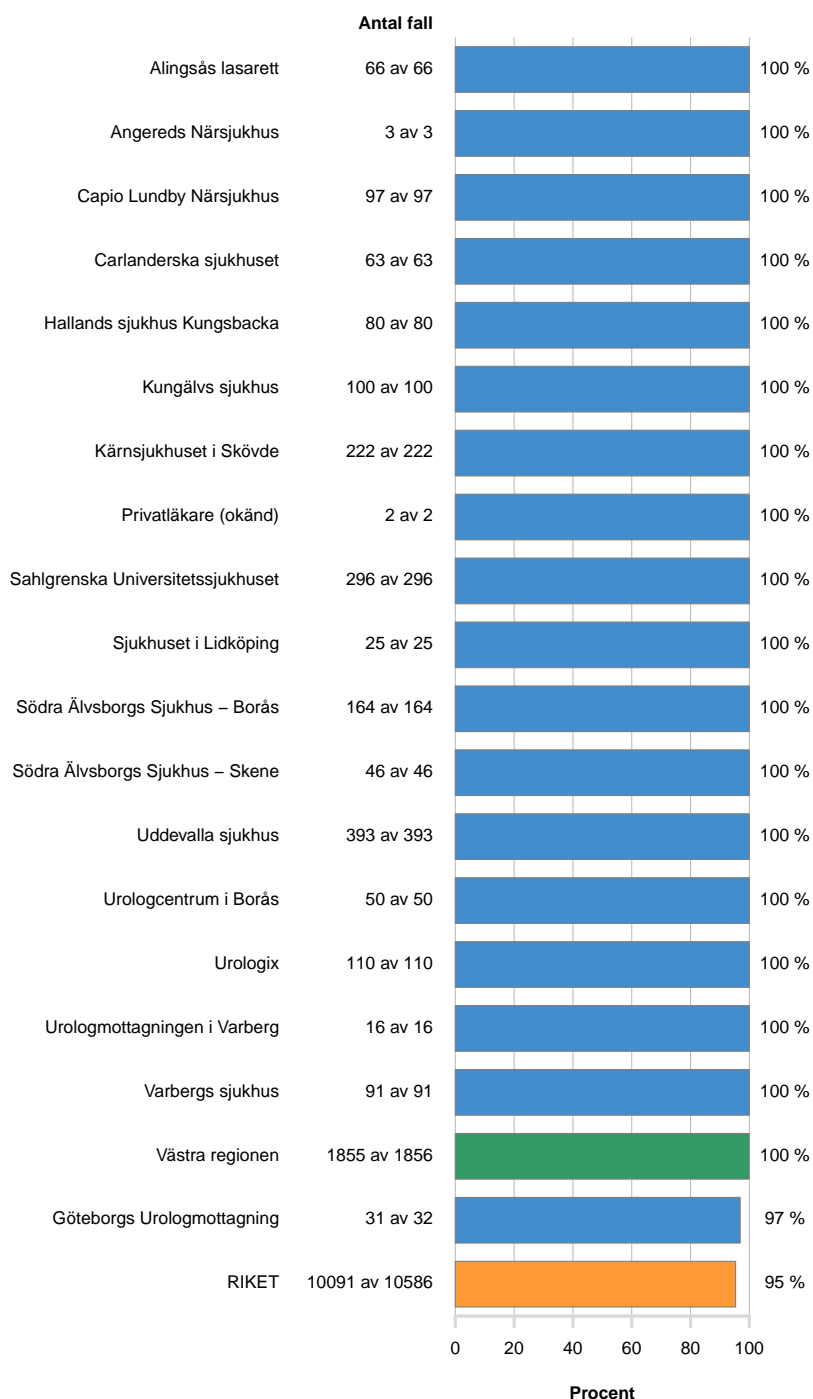
med målet att förbättra vården för den enskilde patienten samtidigt som prostatacancervården i regionen blir mera jämlik.

Johan Stranne, Ingela Franck Lissbrant

Regional processledare urologi, onkologi

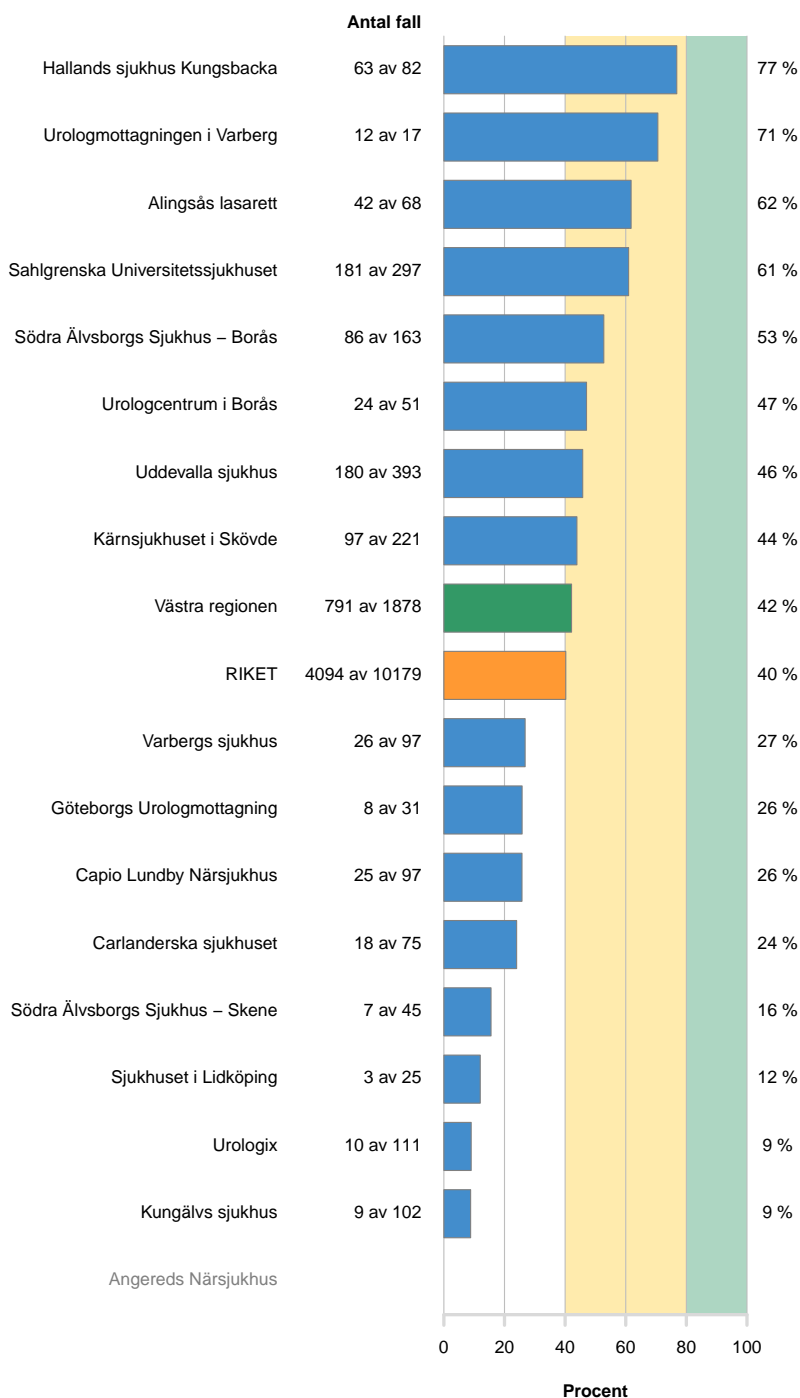
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

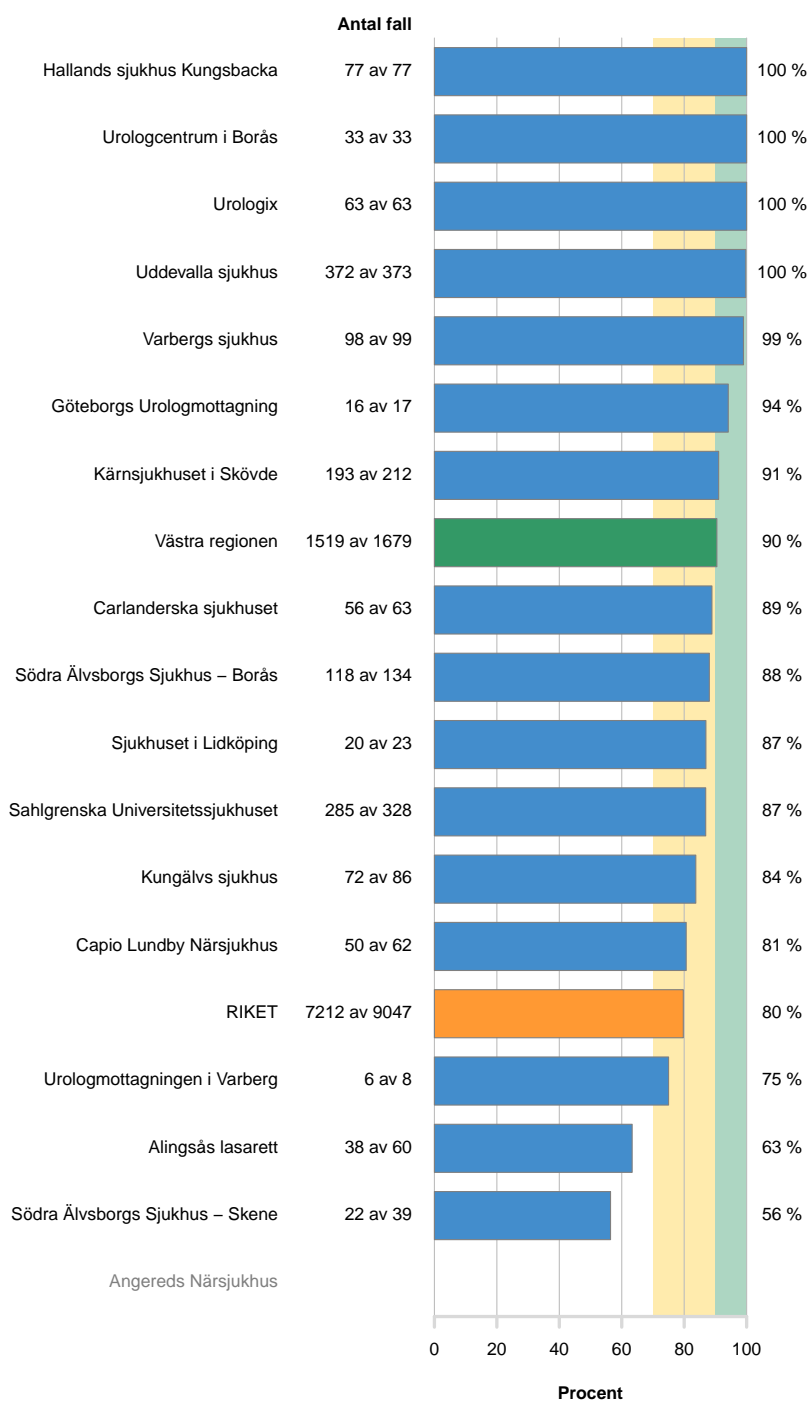


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

Kvalitetsindikatorer - urologi

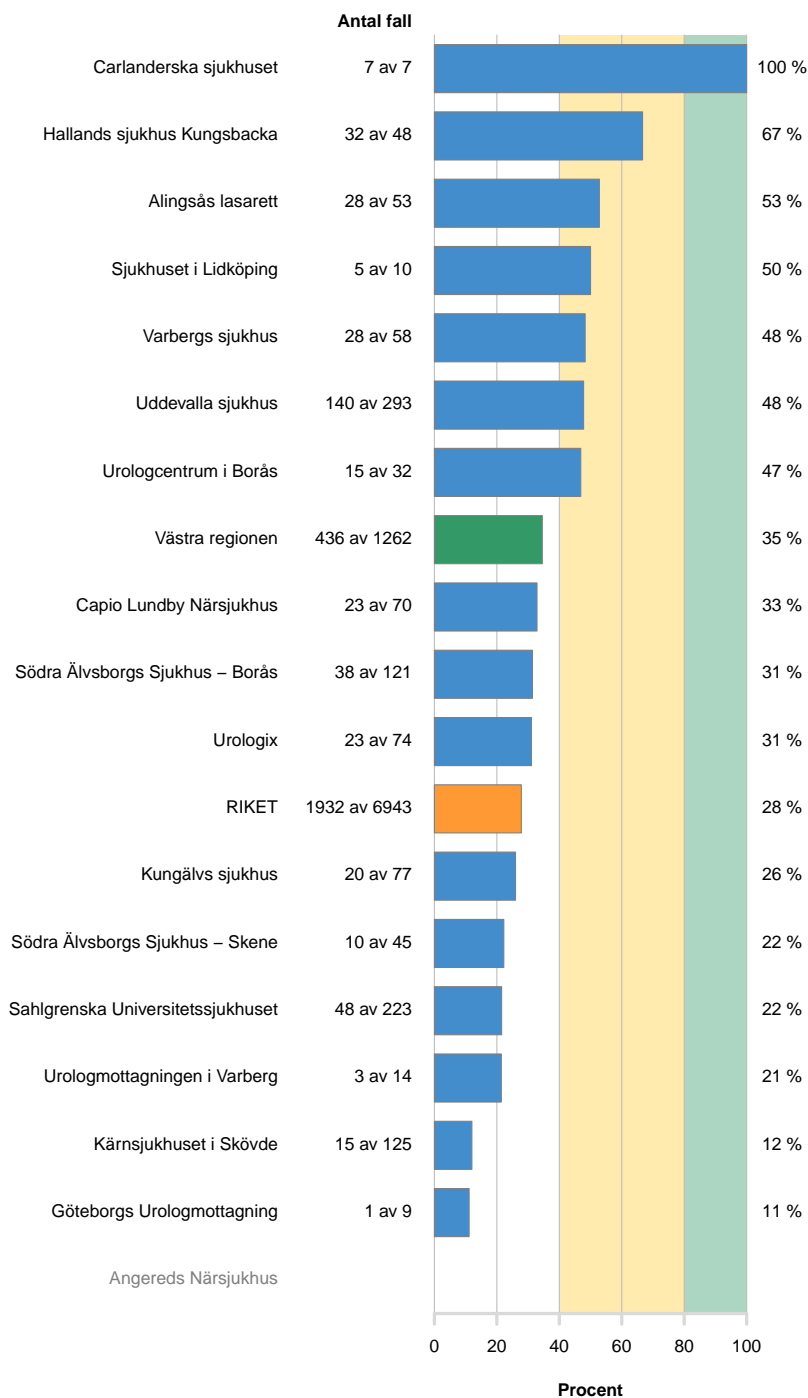


Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

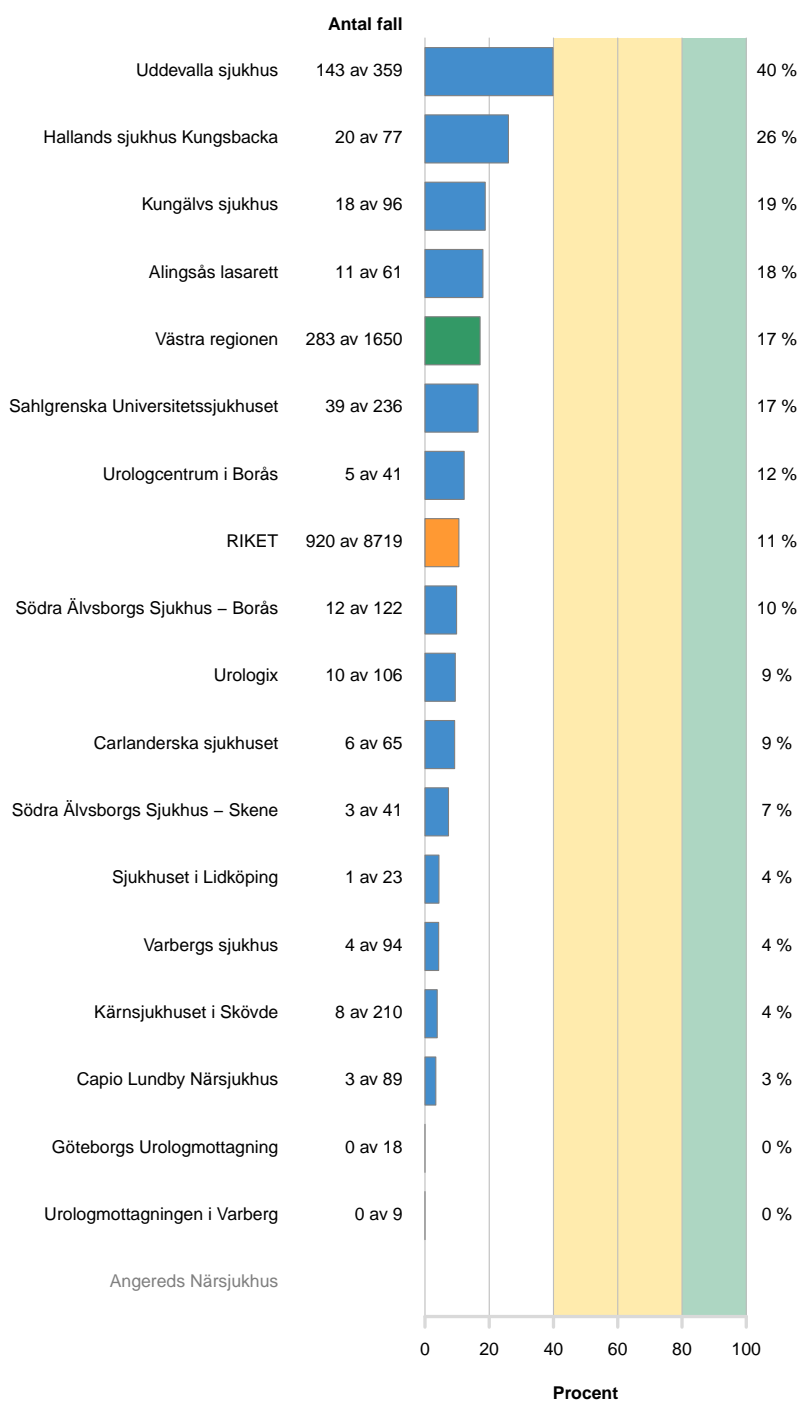


Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

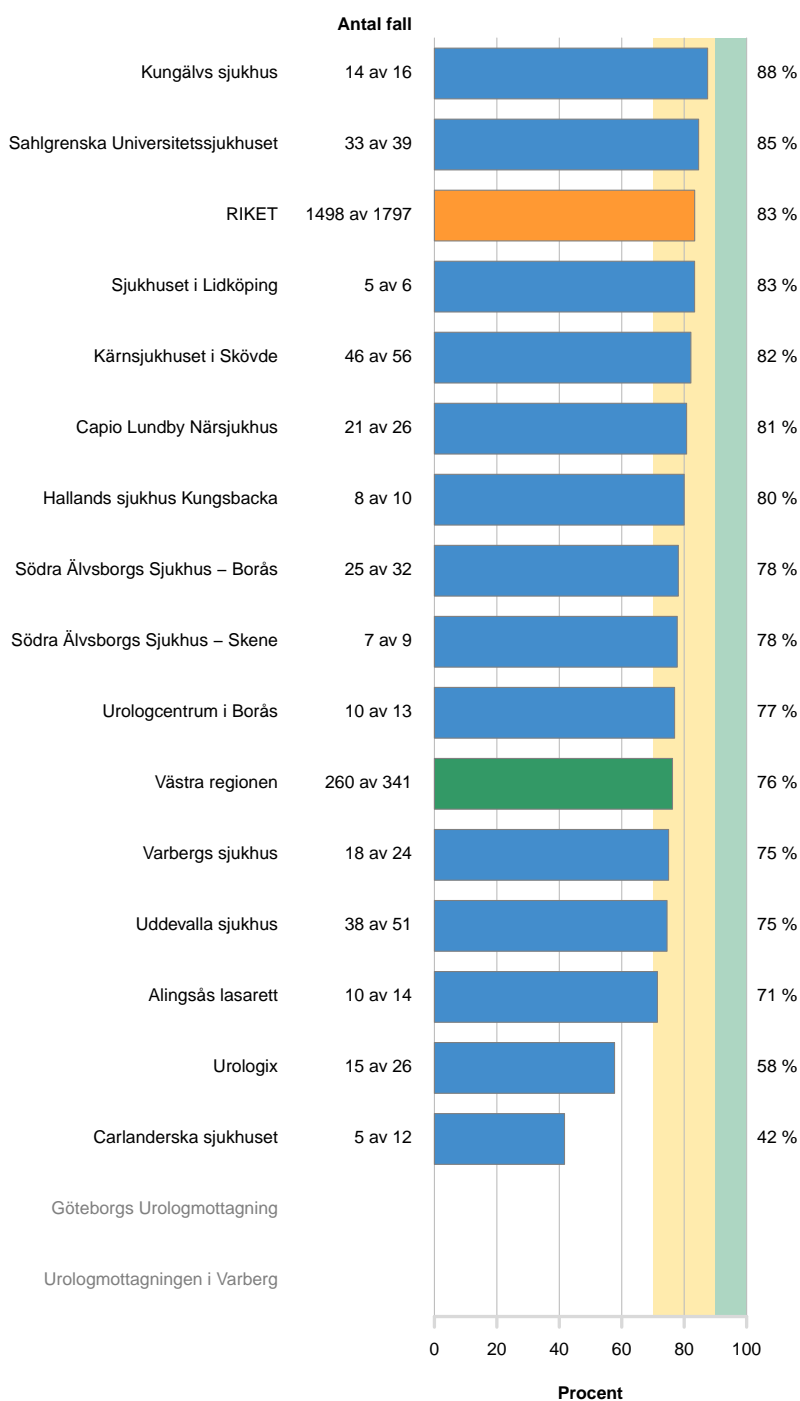


Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

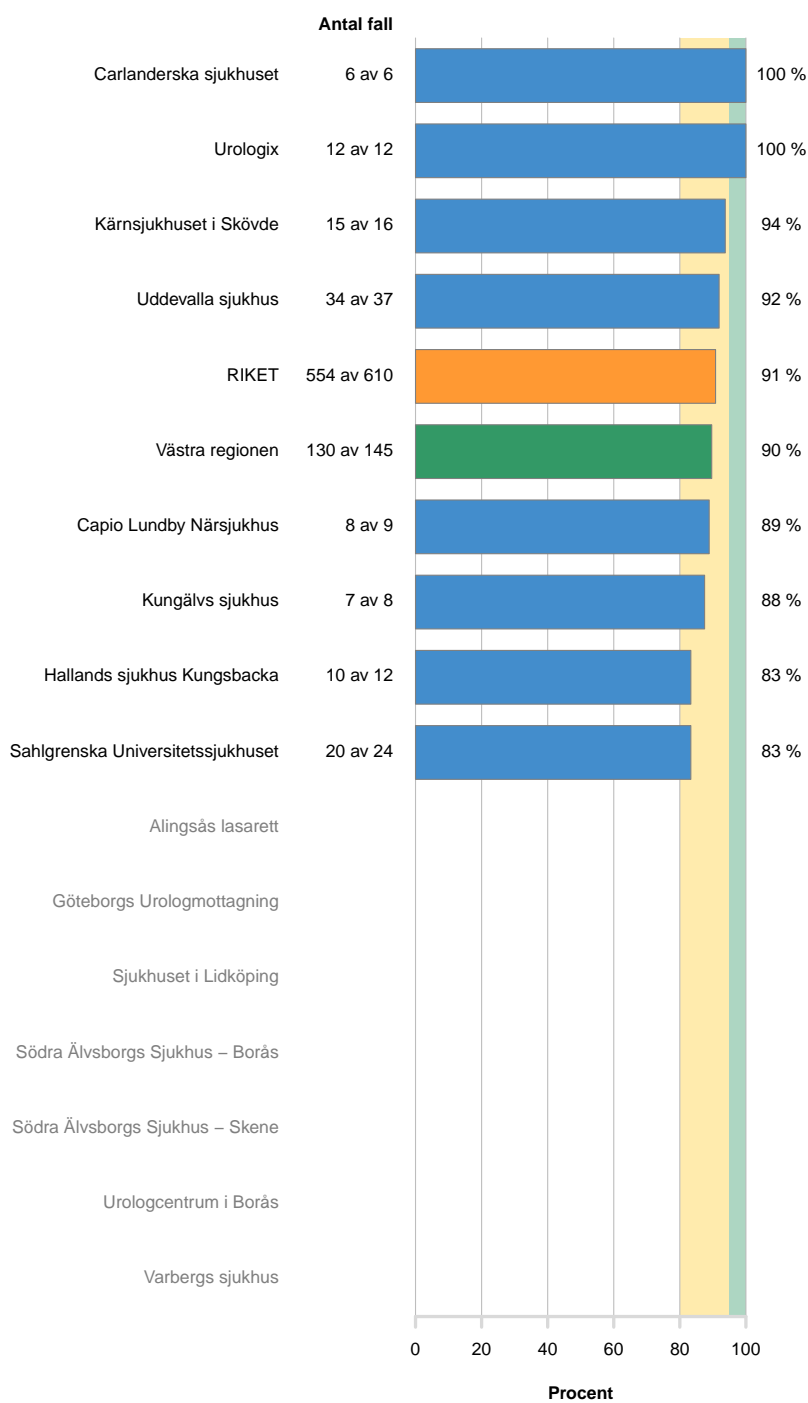


Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

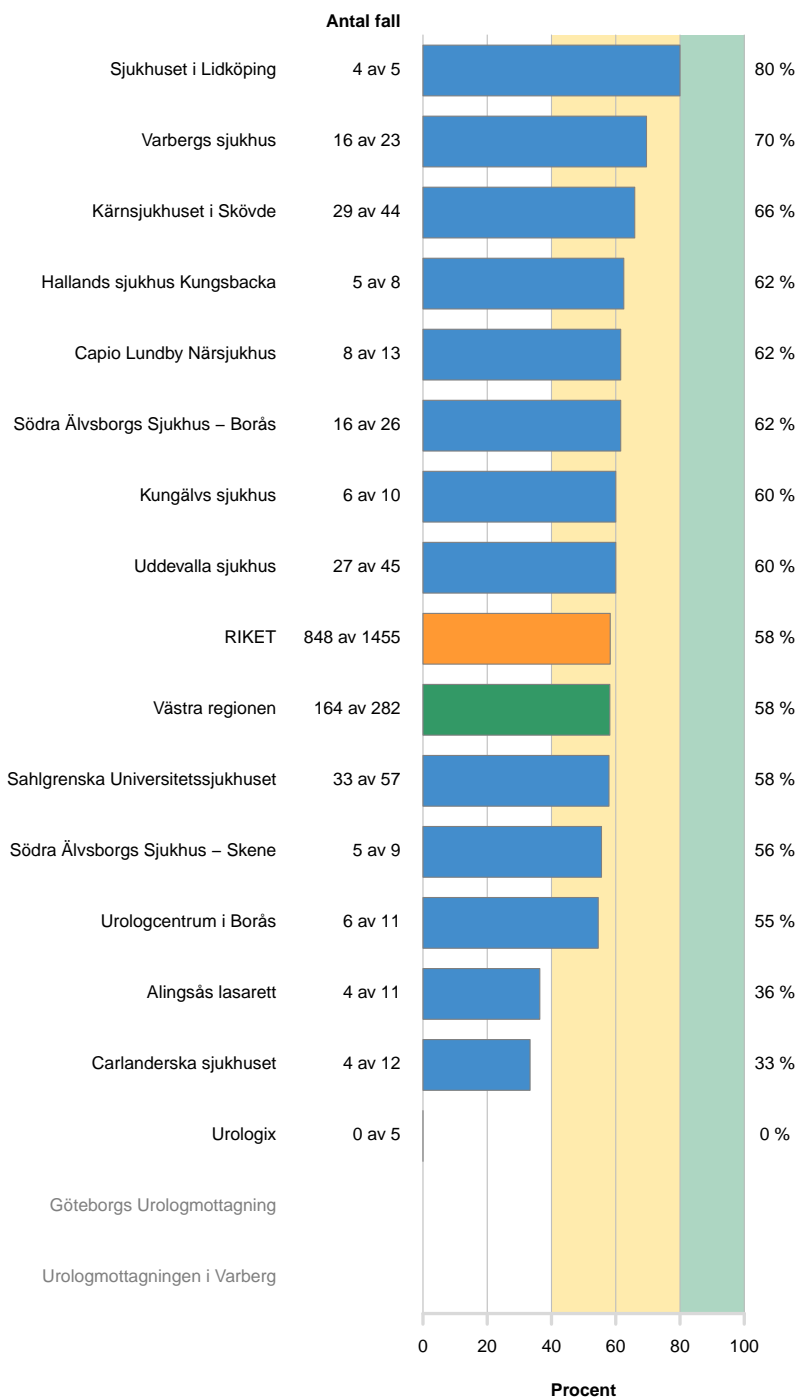


Figur 6. Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

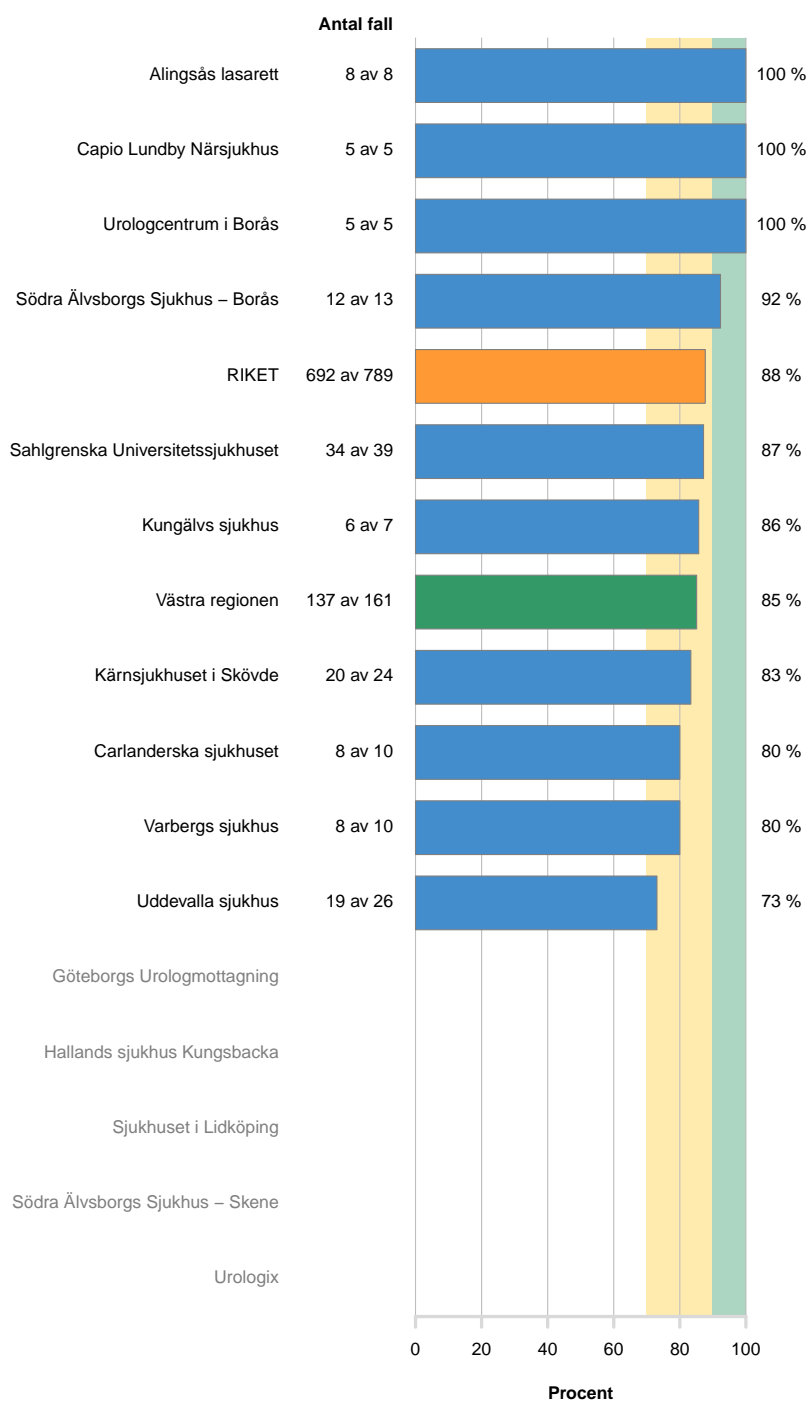


Figur 7. Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

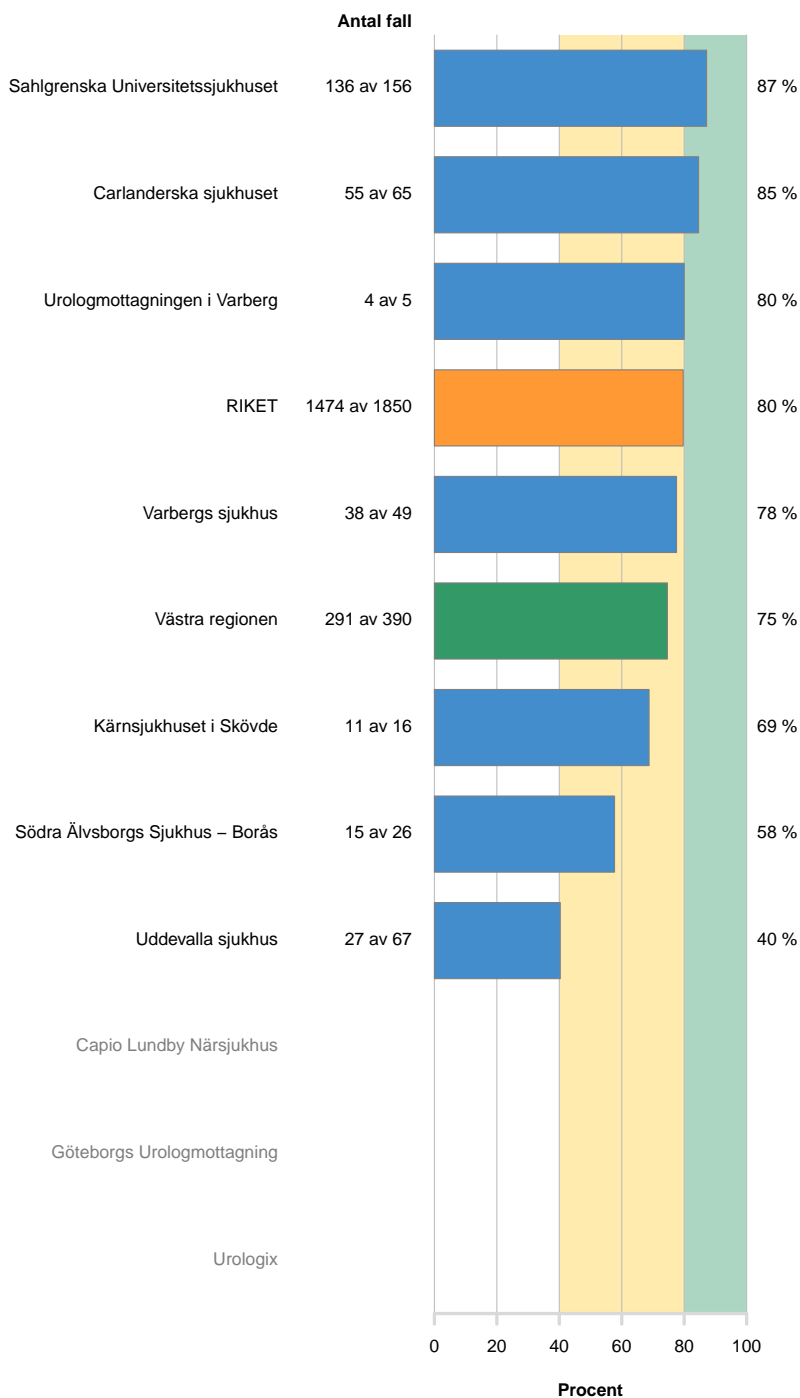


Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

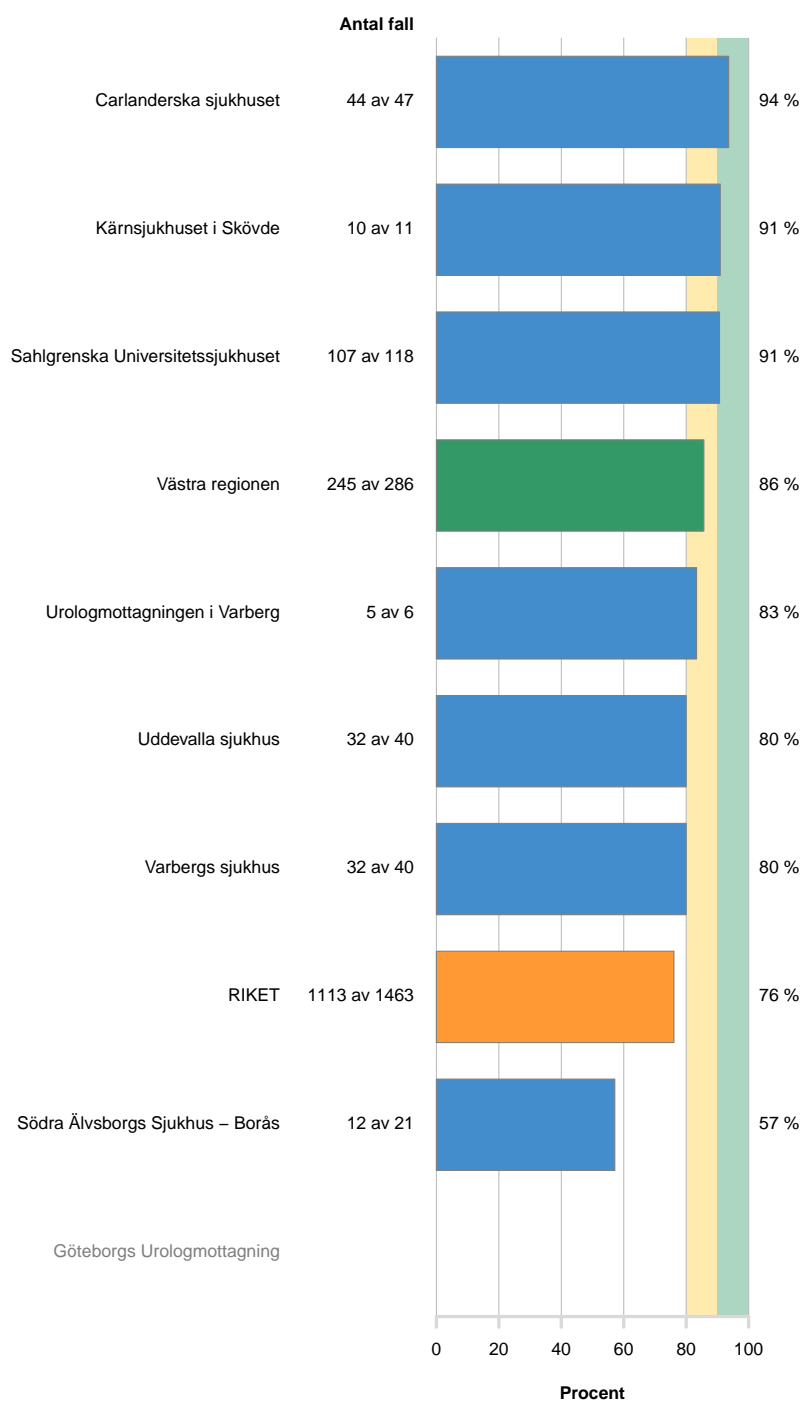


Figur 9. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

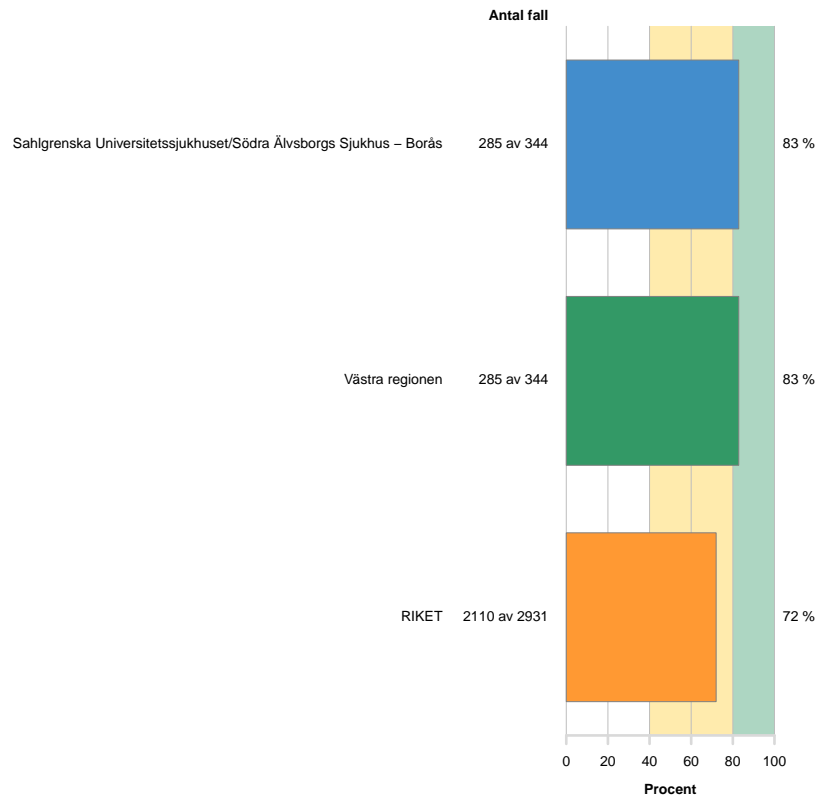


Figur 10. Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

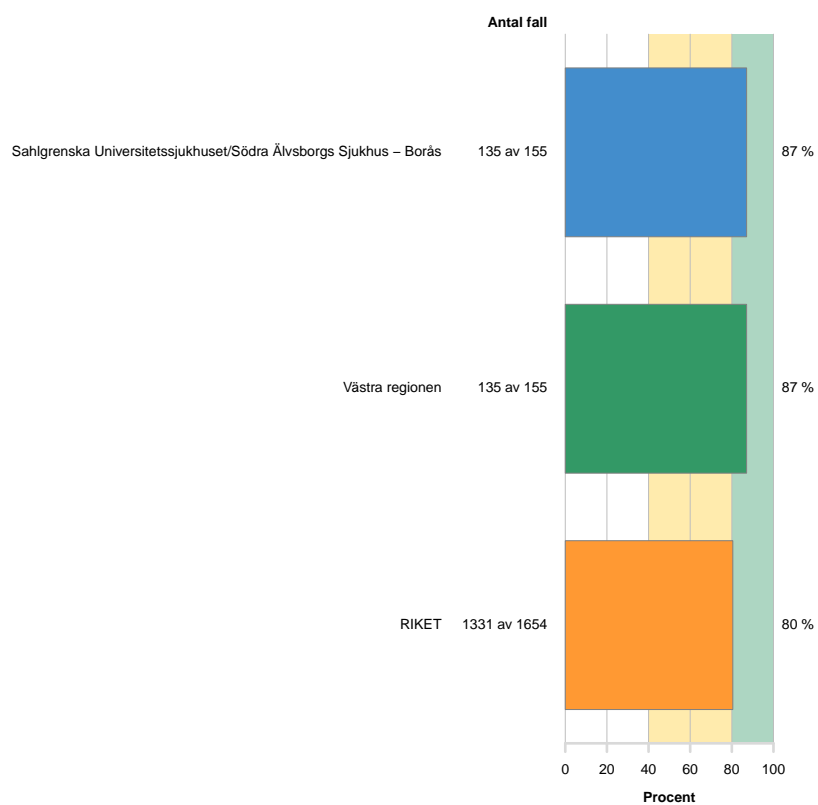


Figur 11. Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

Kvalitetsindikatorer - onkologi

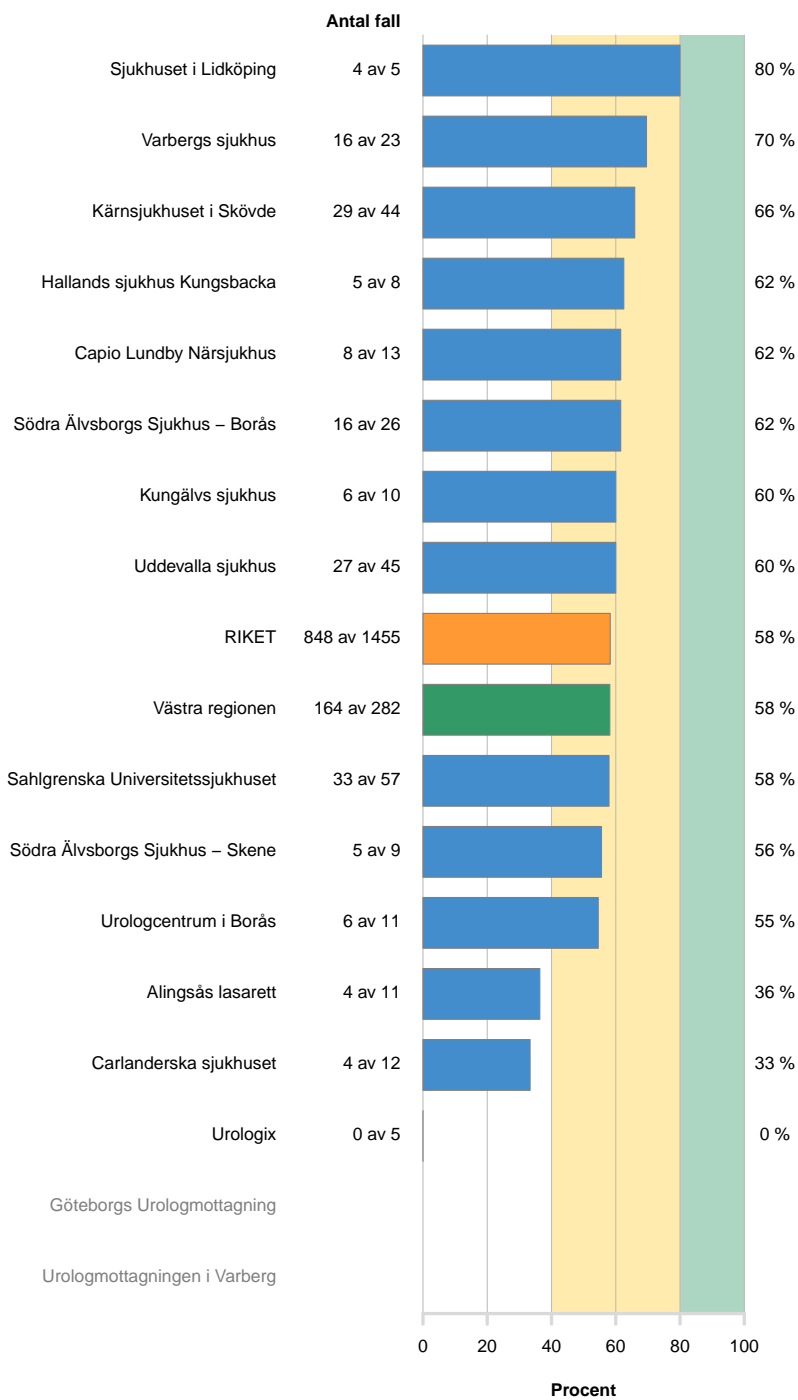


Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

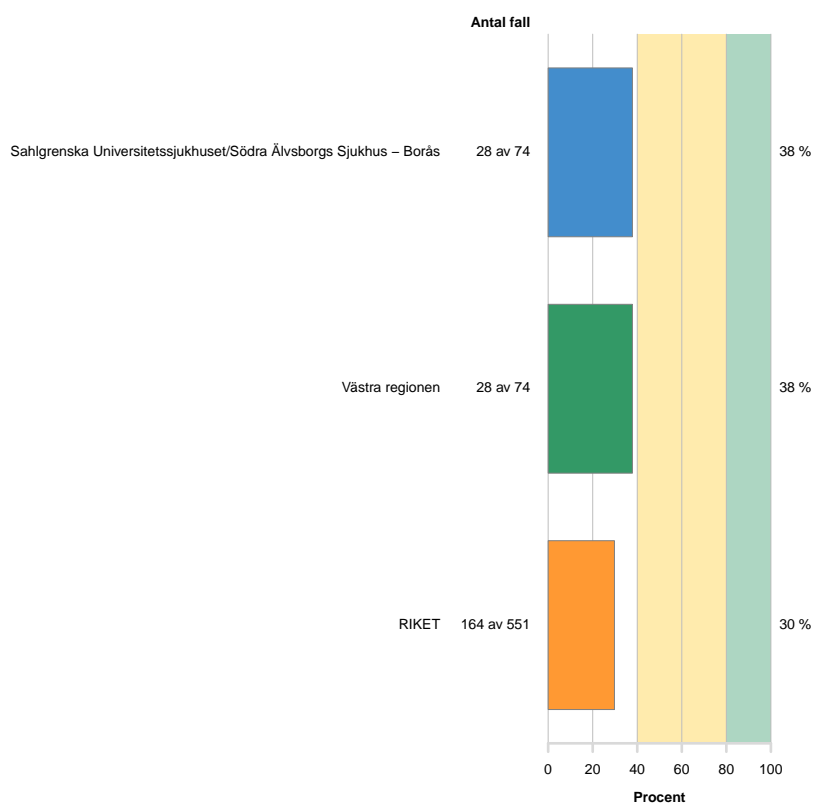


Figur 13. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

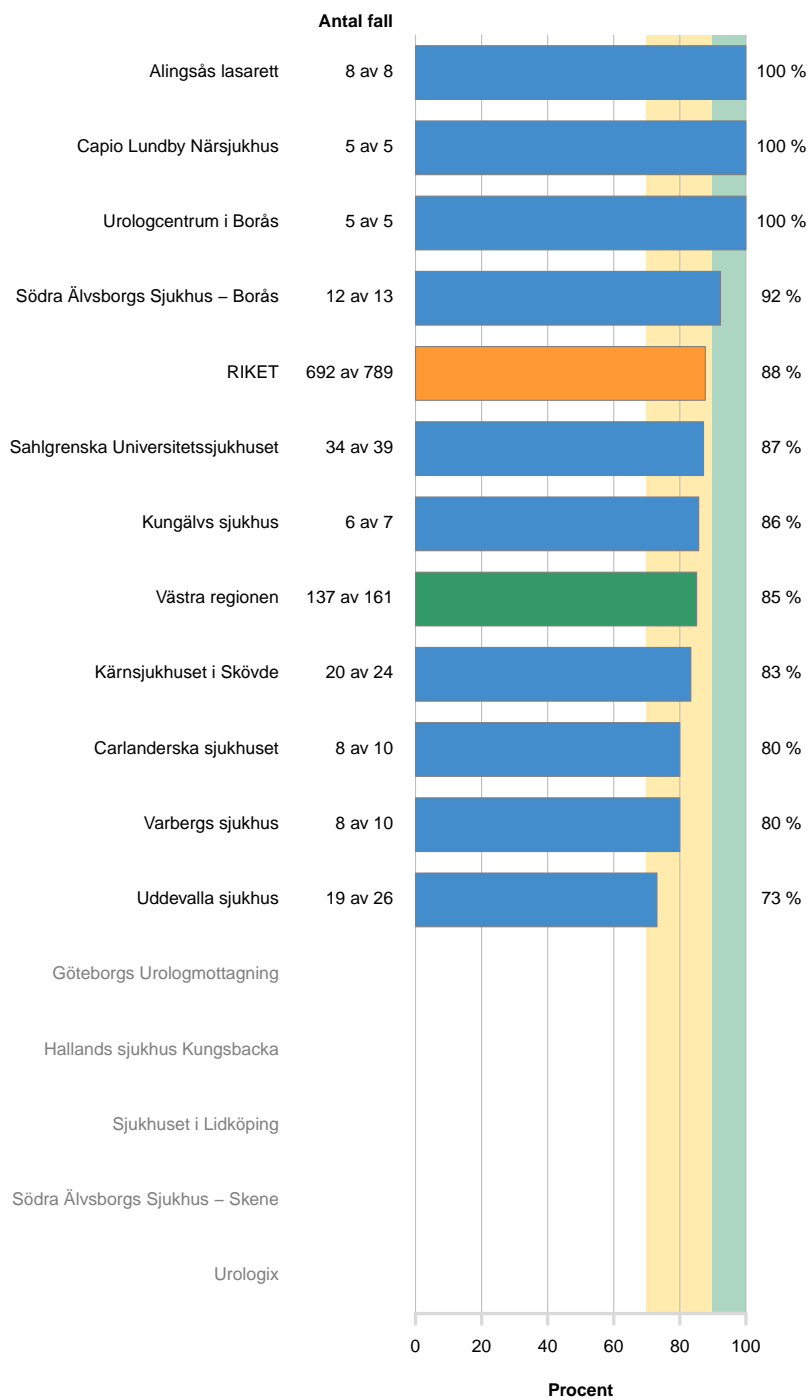


Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

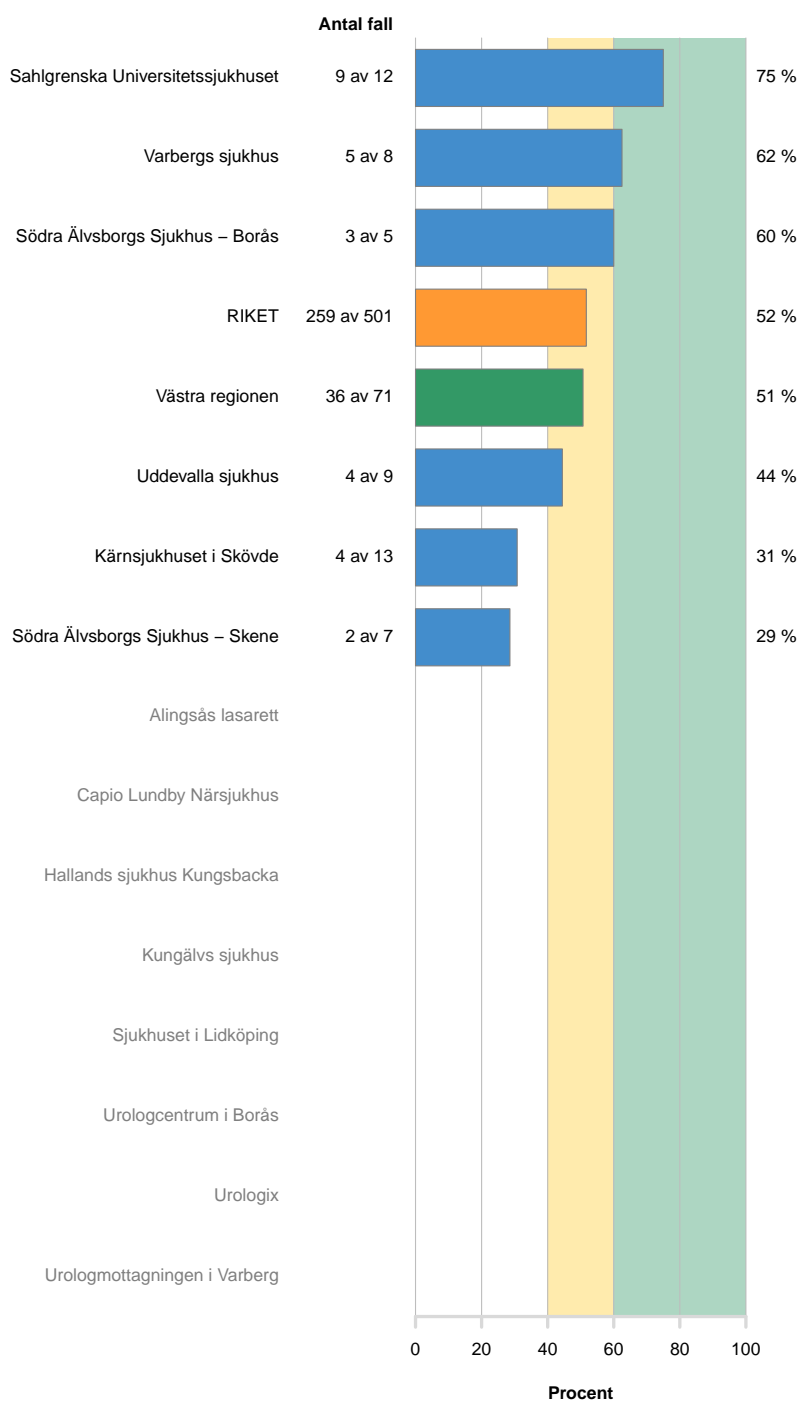


Figur 15. Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

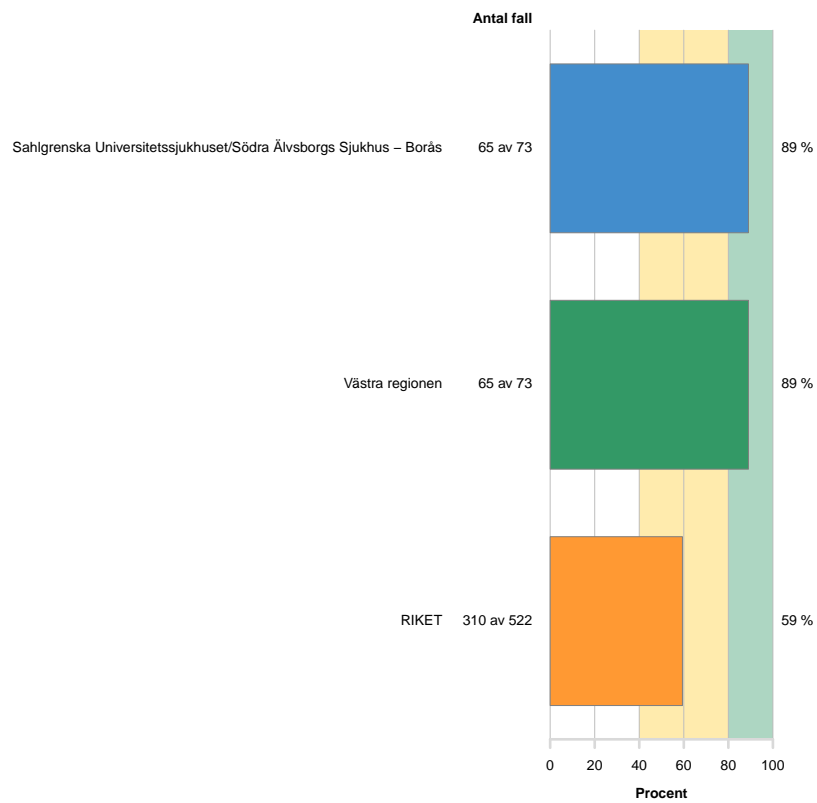


Figur 16. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

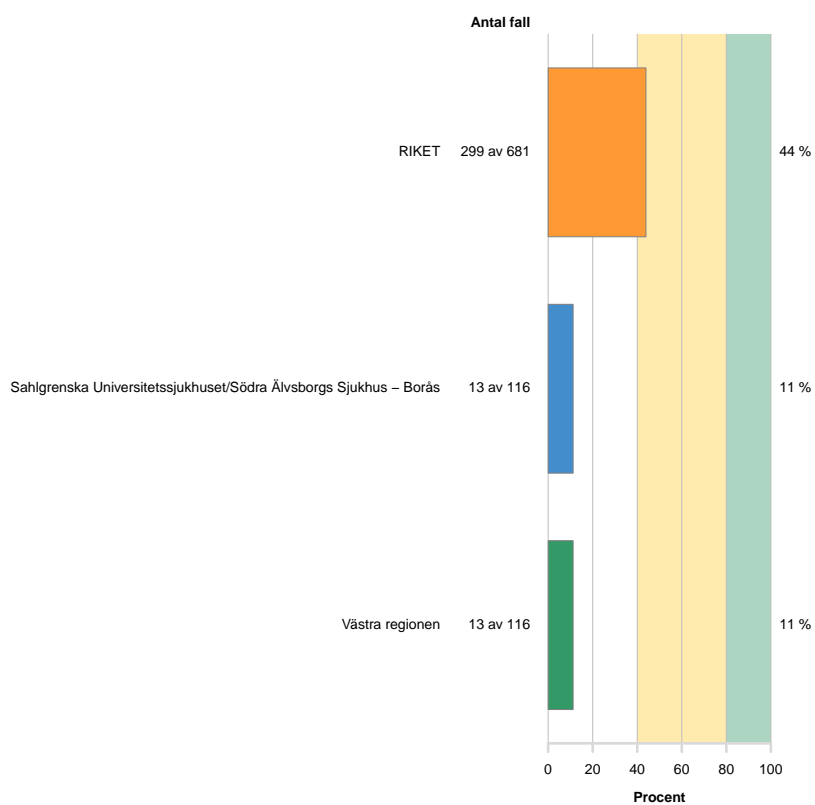


Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

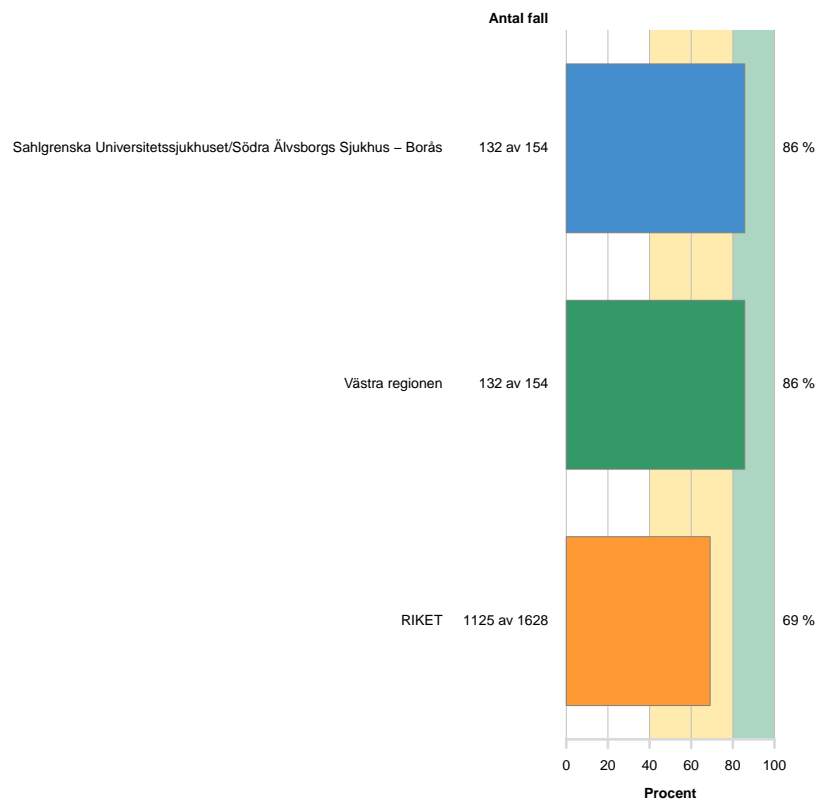


Figur 18. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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