

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2016

Uppsala-Örebro

Maj 2017

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



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

Innehåll

FÖRORD	6
KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER	7
RESULTATREDOVISNING	8
Täckningsgrad	8
Kvalitetsindikatorer - urologi	9
Kvalitetsindikatorer - onkologi	19

Figurer

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	8
2	Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	9
3	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	10
4	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	11
5	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.	12
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.	13
7	Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.	14
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.	15
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.	16
10	Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2016.	17
11	Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2016.	18
12	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	19
13	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	20
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.	21
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.	22
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.	23

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.	24
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.	25
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.	26
20	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.	27

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 Uppsala-Örebroregionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2016.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

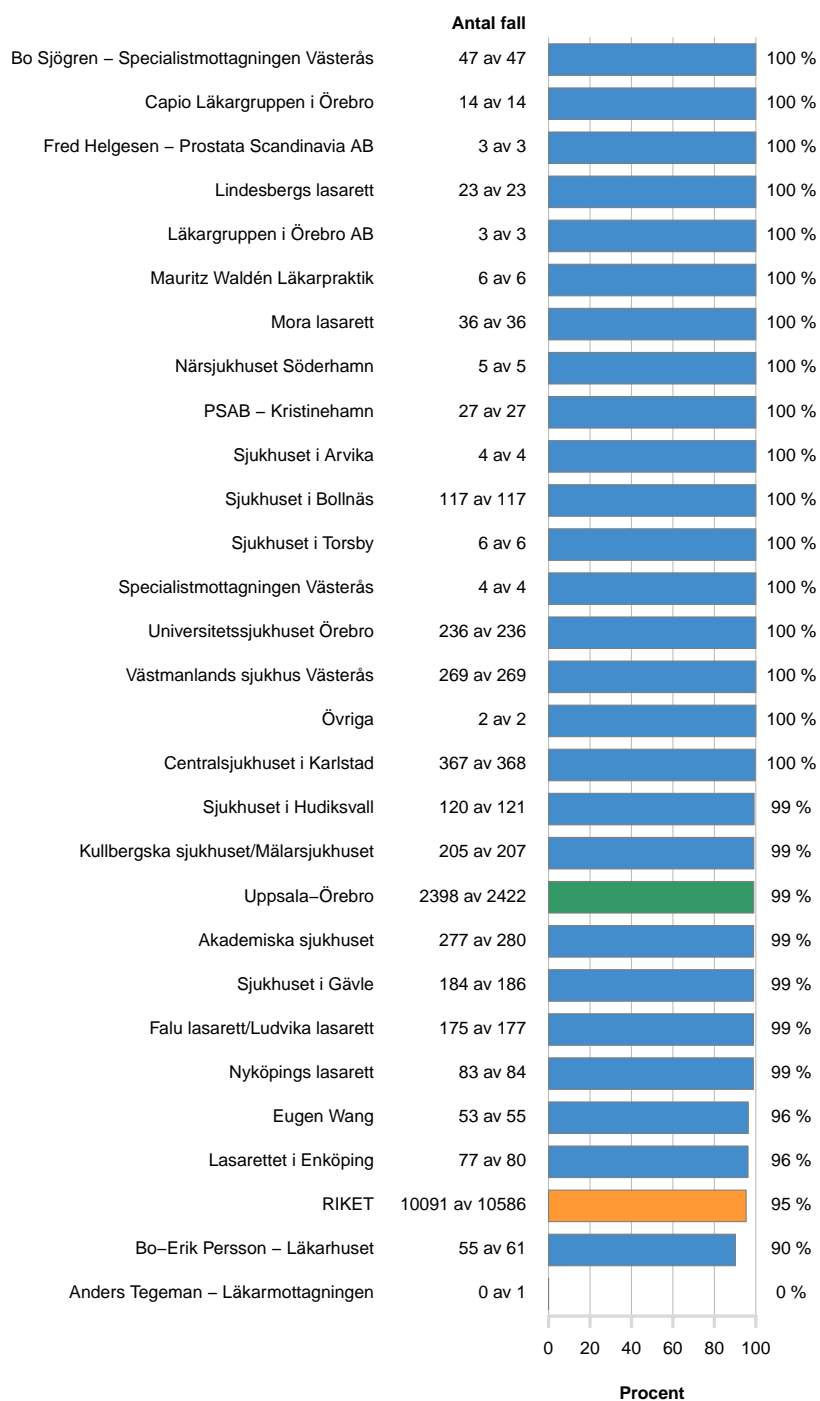
Inrapporteringen till NPCR i regionen är god, men liksom i övriga Sverige är den något fördröjd. Det finns dock en stor spridning i inrapporteringshastigheten. Det arbete som gjorts inom regionen runt kontaktsjuksköterskor har gett resultat och det har skett en kraftig förbättring i kontaktsjuksköterskefunktionen inom både urologin och onkologin. Den stora bristen på urologer, onkologer och patologer i regionen slår igenom på långa ledtider inom prostatacancervården, men även detta är något som vi delar med övriga regioner i Sverige. Man kan nu också se att det finns en väl fungerande MDK-verksamhet inom samtliga län i regionen vilket är positivt och visar att det vårdprocessarbete som bedrivits de senaste åren bär frukt. I övrigt finns det en god följsamhet till de nationella vårdriktlinjerna och spridningen mellan sjukhusen har blivit betydligt mindre. Det område där det fortfarande finns en stor spridning är runt de kirurgiska kvalitetsindikatorerna. Här har det sedan förra året fattats beslut om en nivåstrukturering så att alla sjukhus som gör kirurgi skall uppfylla kraven på att göra minst 50 ingrepp. Trots det fattade beslutet så opereras fortfarande radikal prostatektomi på två sjukhus i Södermanland, där inget av sjukhusen når upp till volymkravet. Inom onkologin finns det fortfarande en stor spridning i hanteringen av lokalt avancerad och högrisksjukdom. Det är också stora skillnader i användandet av MR vid dosplanering. Sammantaget har dock resultaten i regionen förbättrats och skillnaderna minskat vilket är positivt. Vi tolkar det som ett uttryck för att det vårdprocessarbete som bedrivits i alla regionens län de senaste åren varit framgångsrikt.

Ove André

Regional processledare

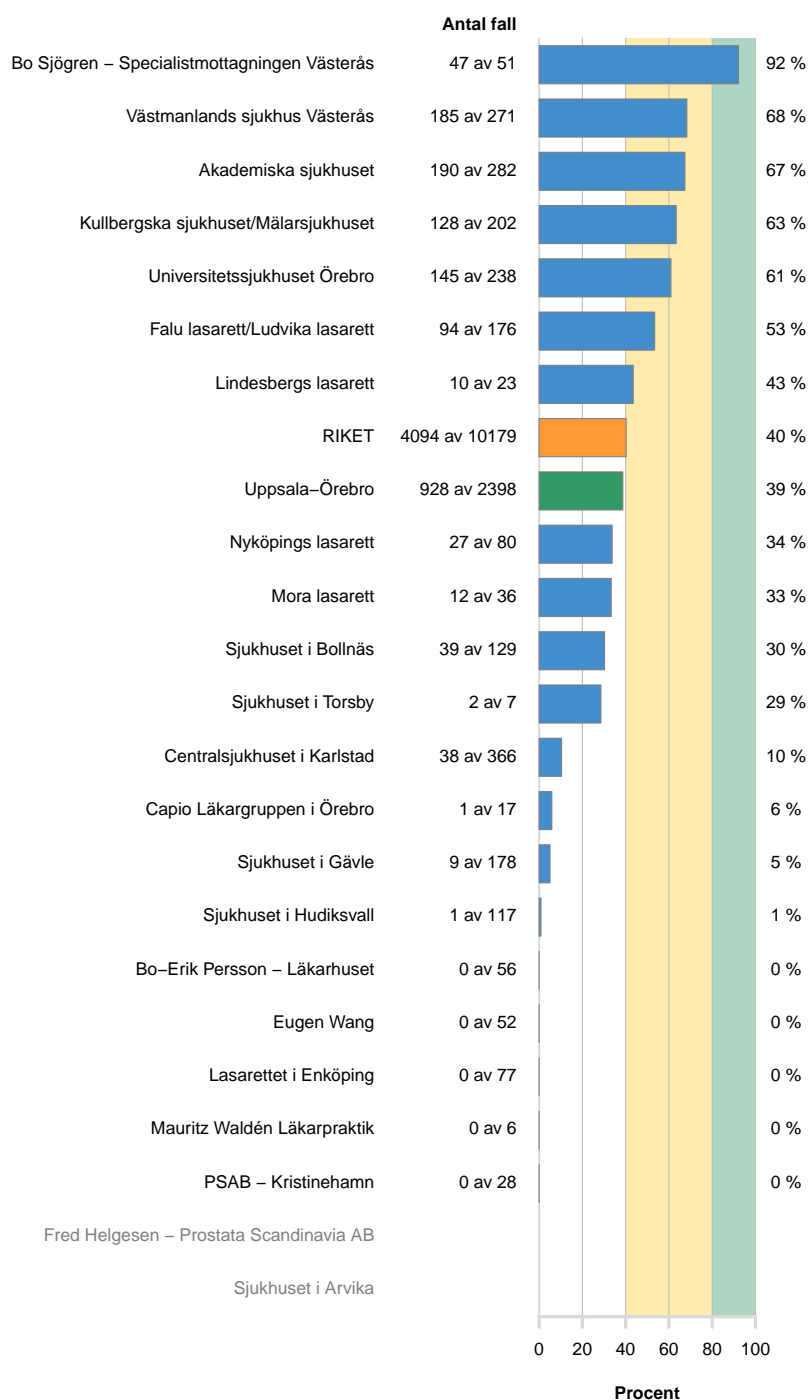
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad



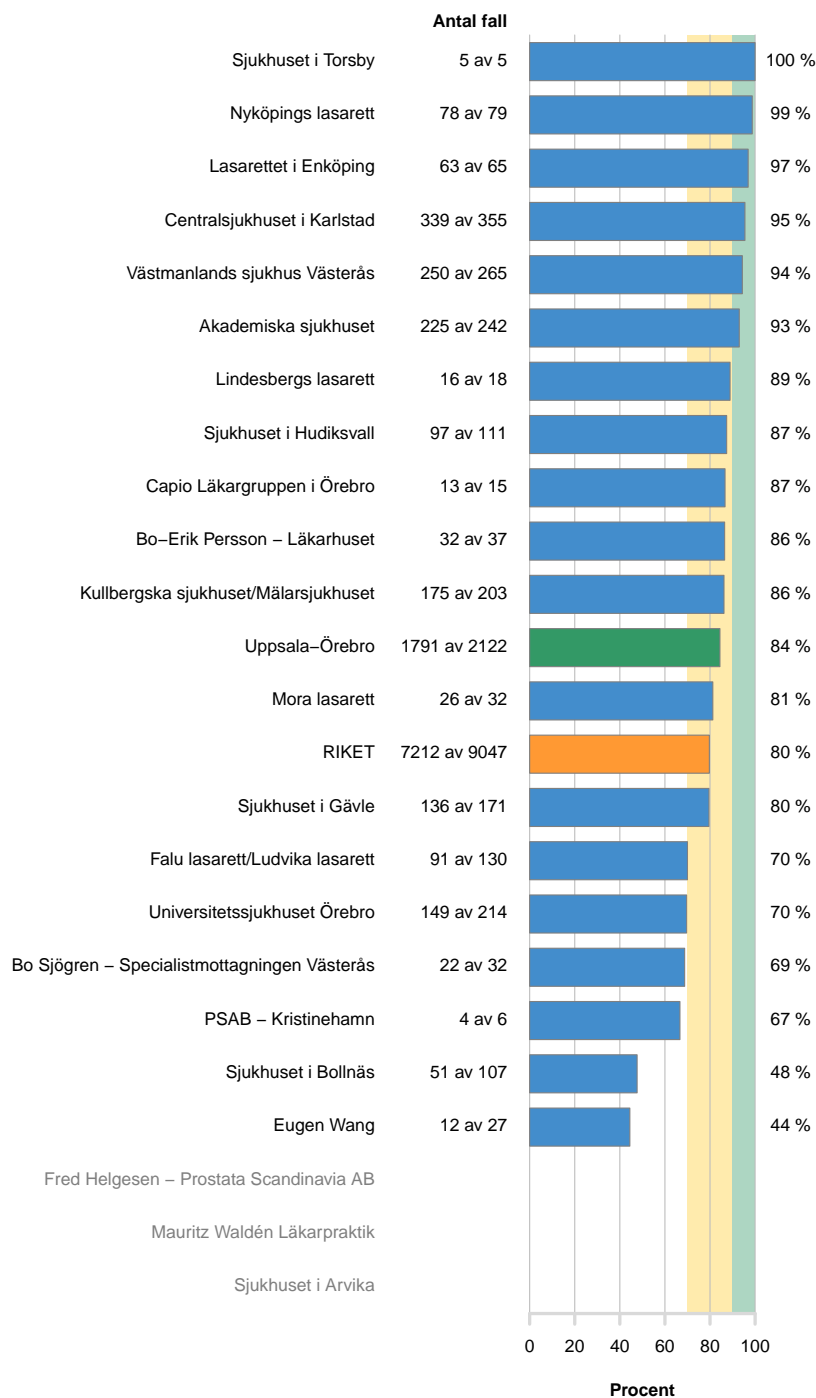
Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

Kvalitetsindikatorer - urologi

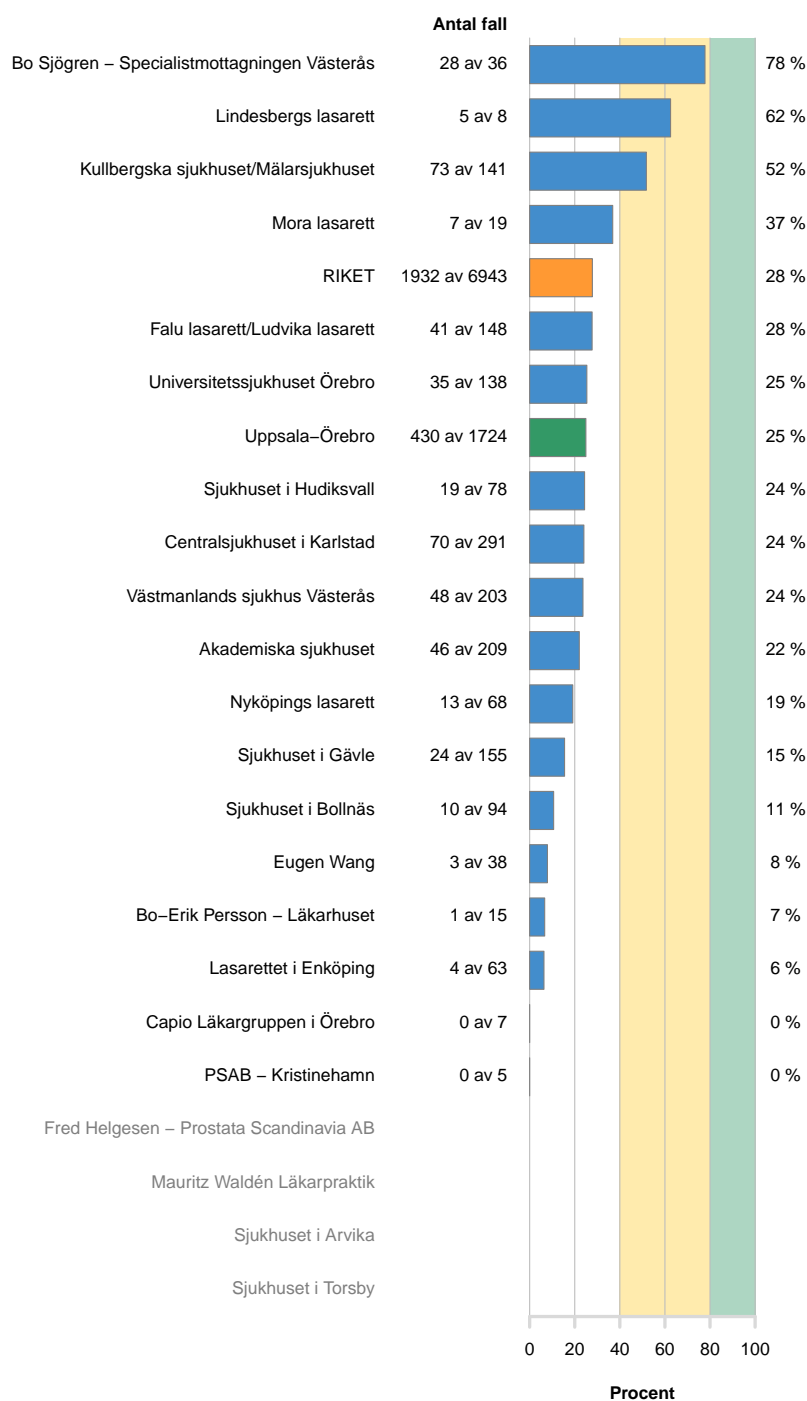


Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

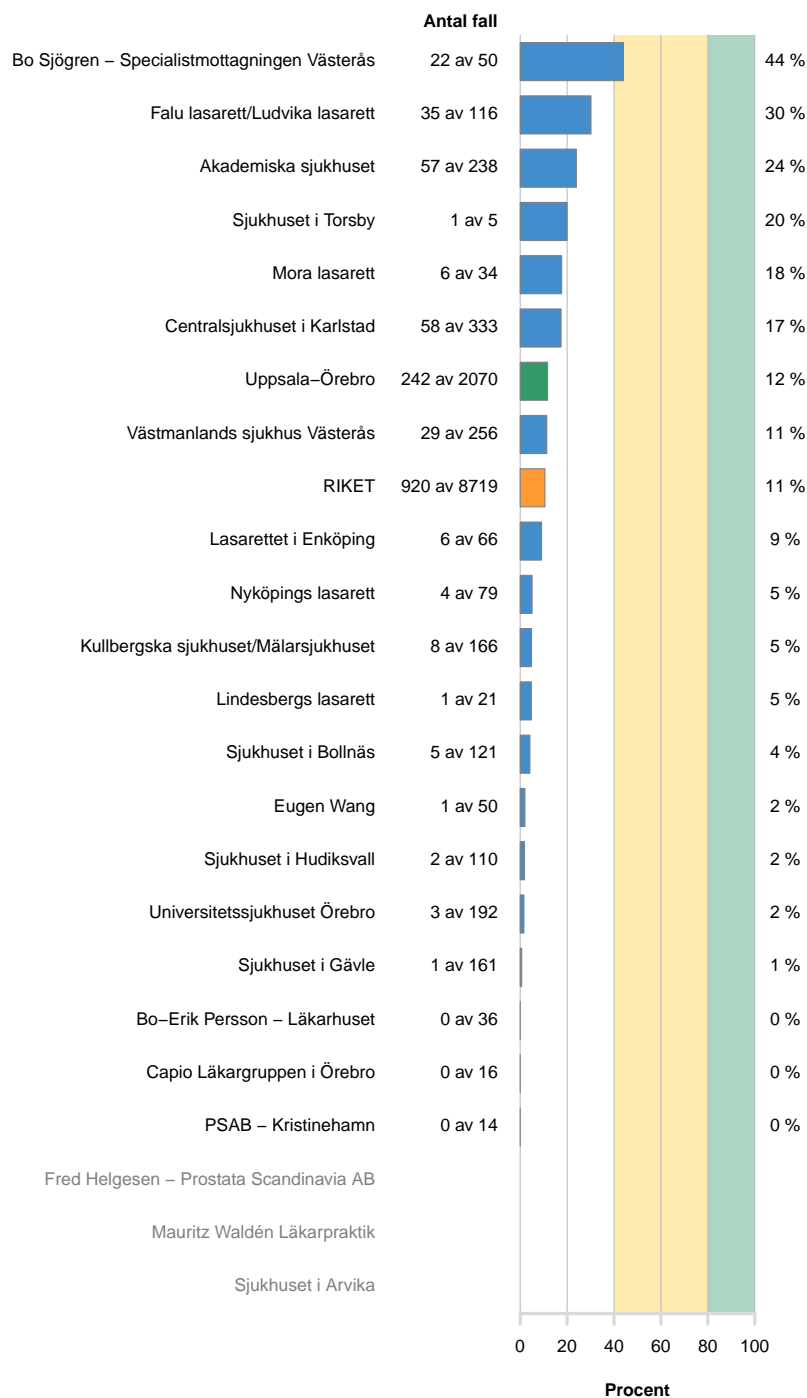


Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

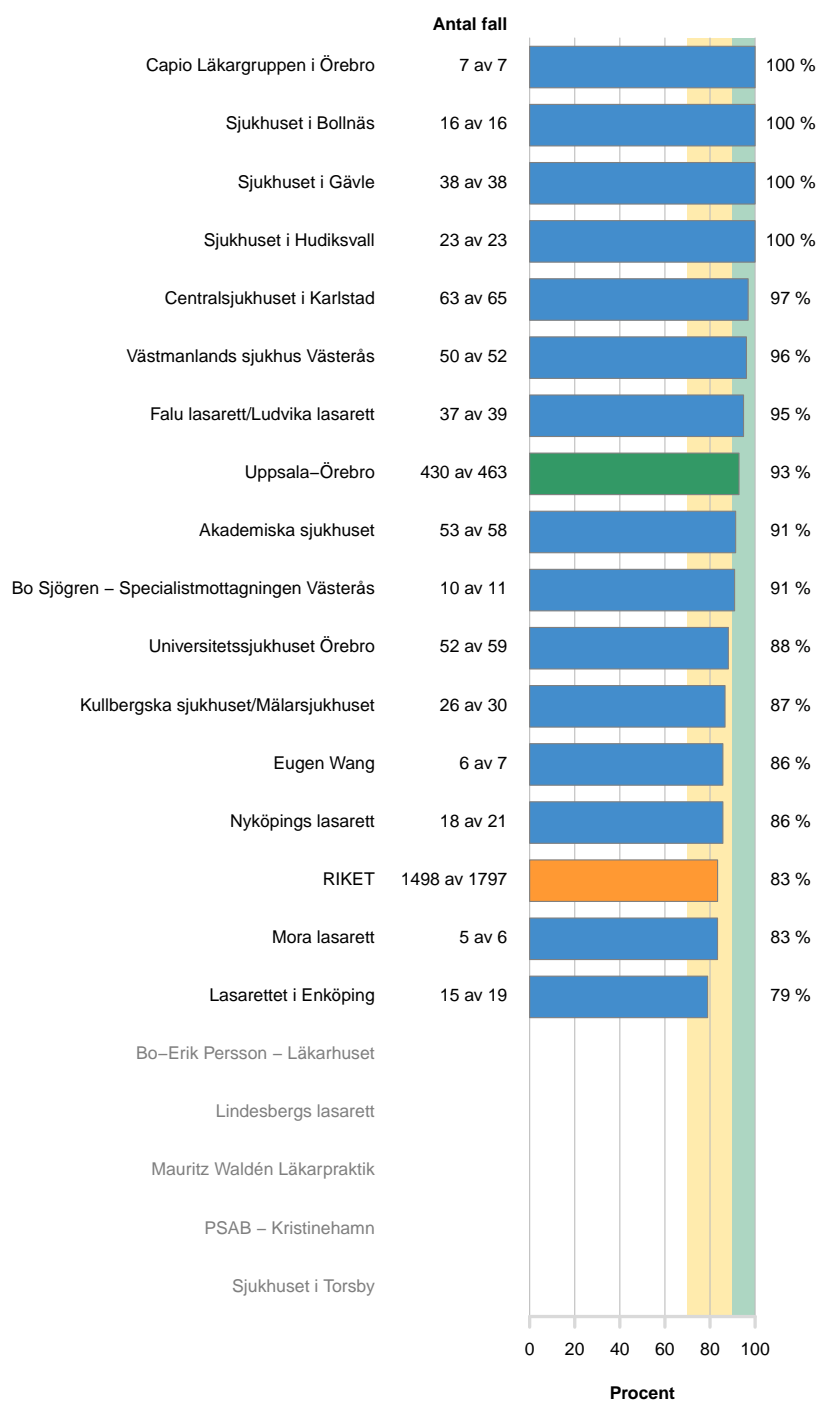


Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

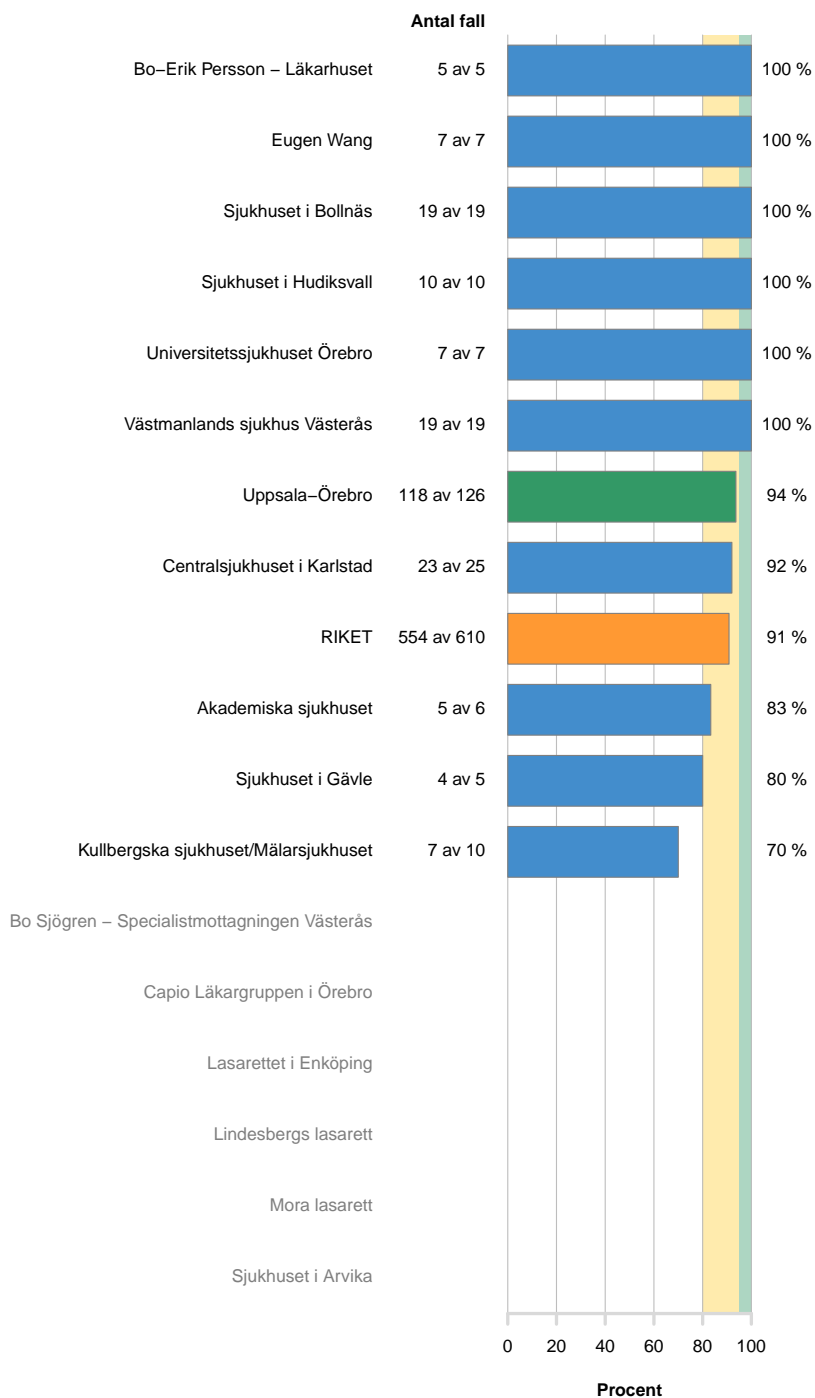


Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

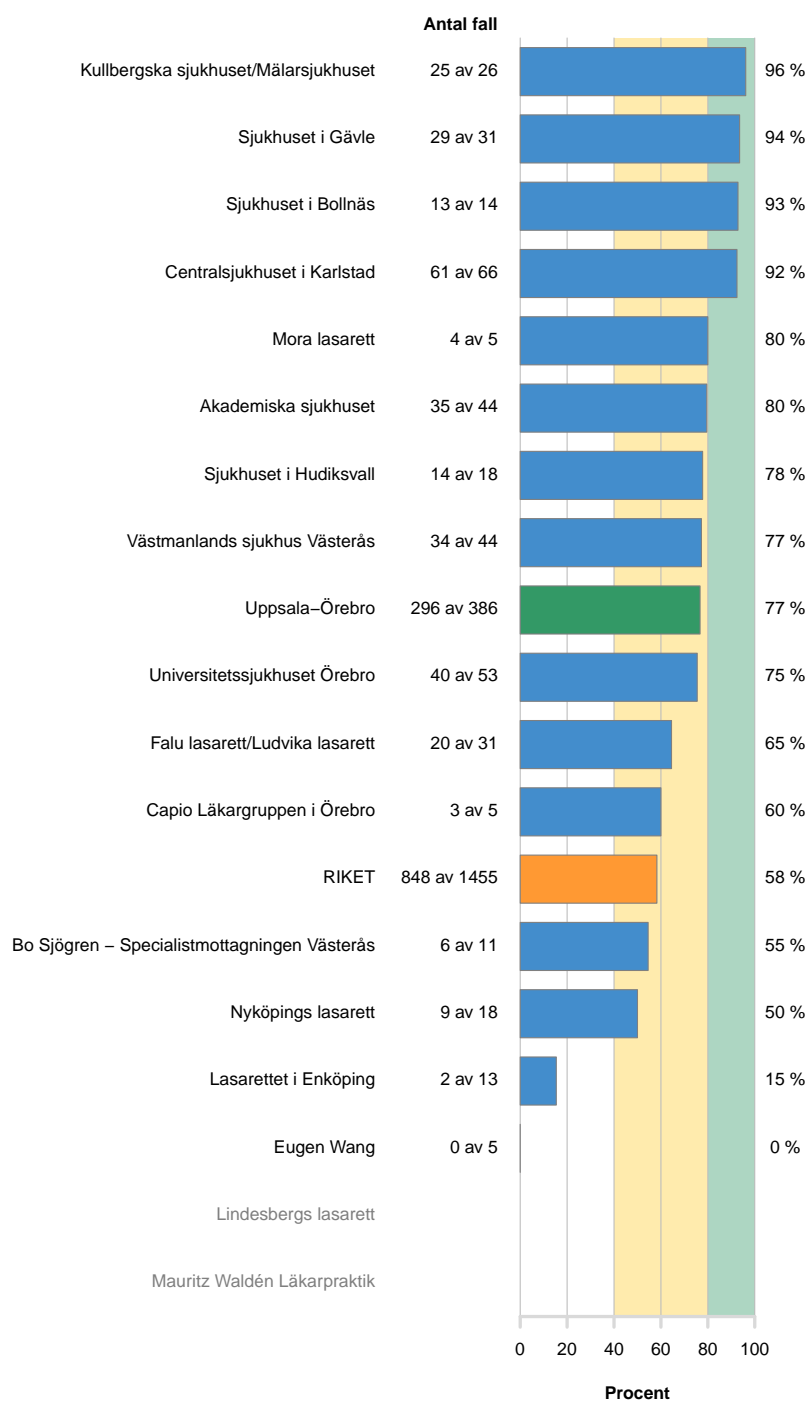


Figur 6. Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

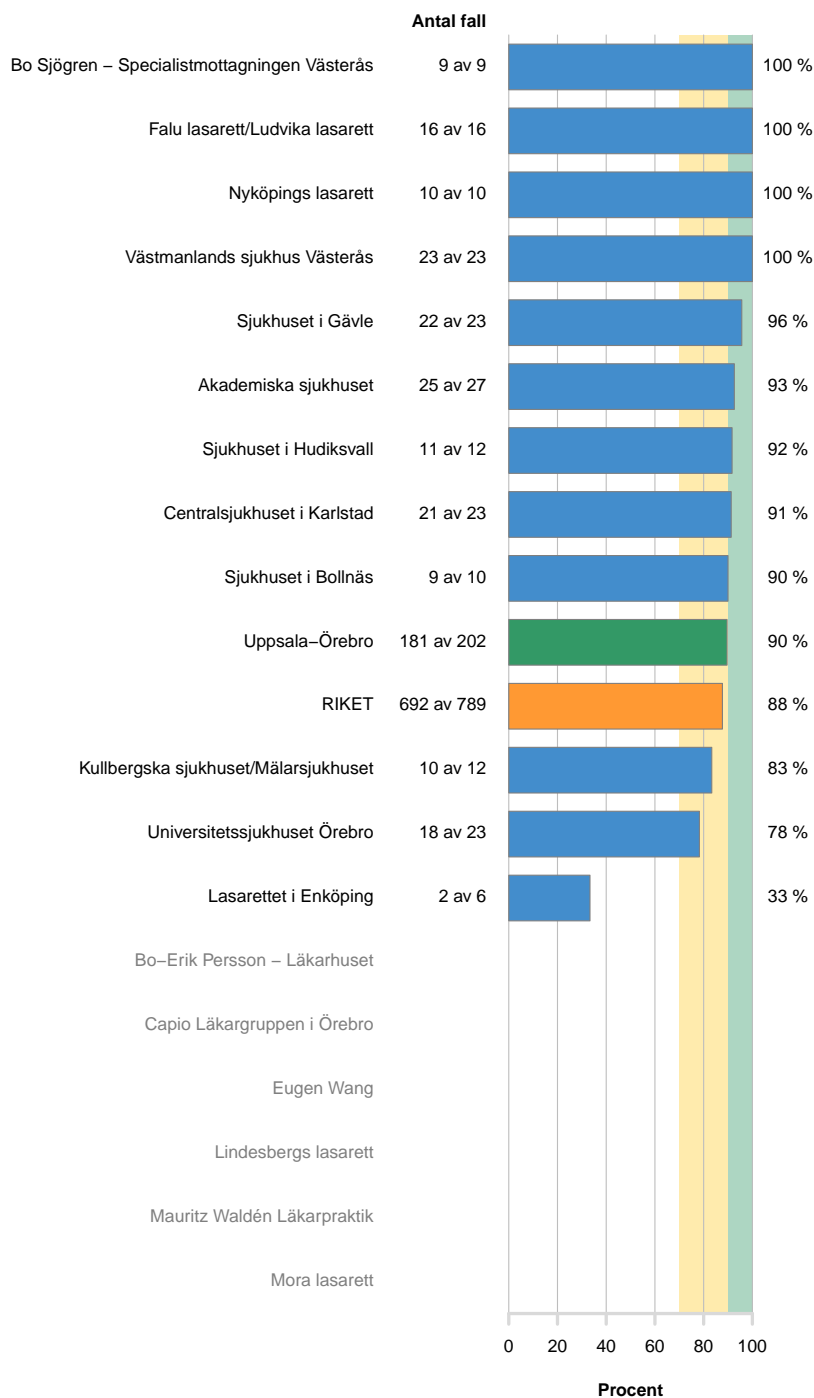


Figur 7. Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

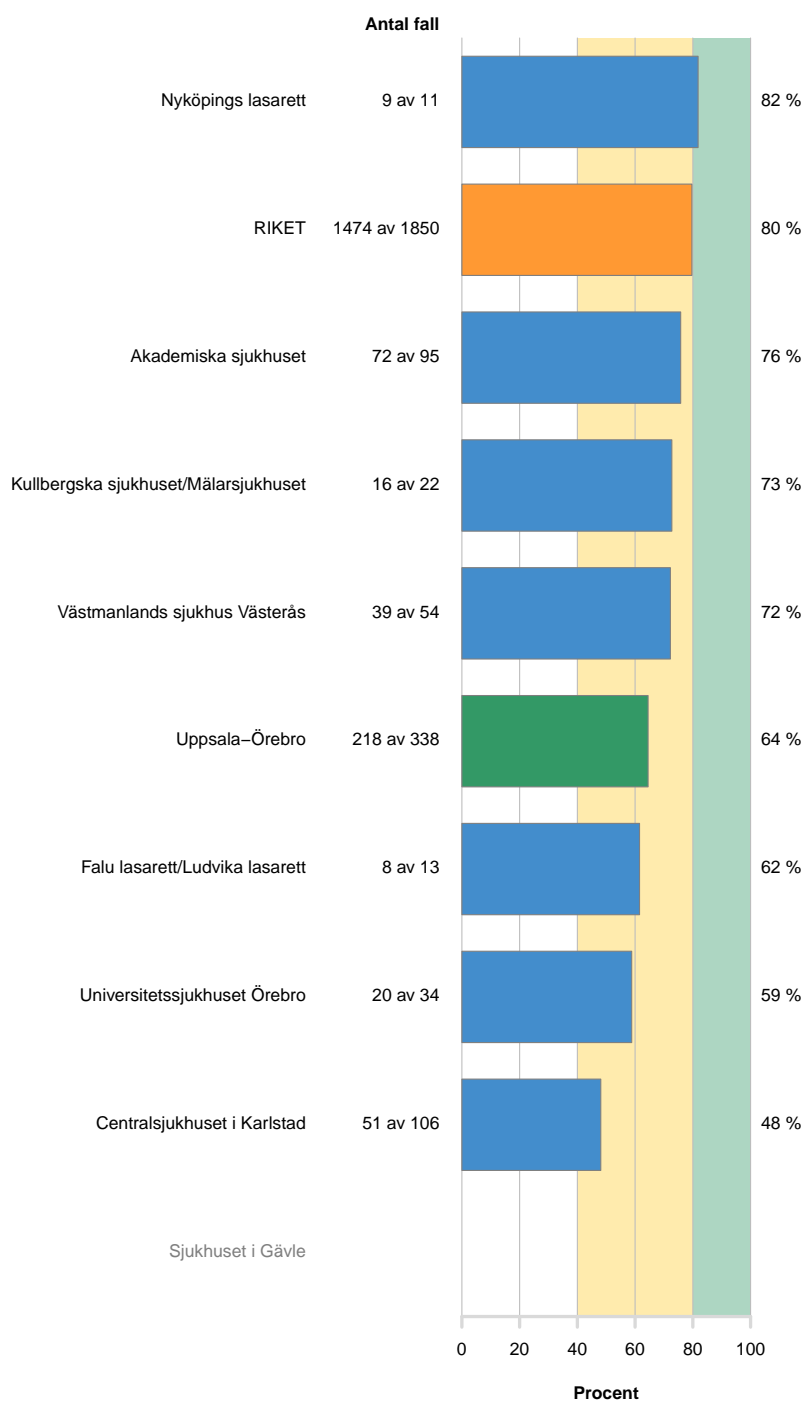


Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER



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.



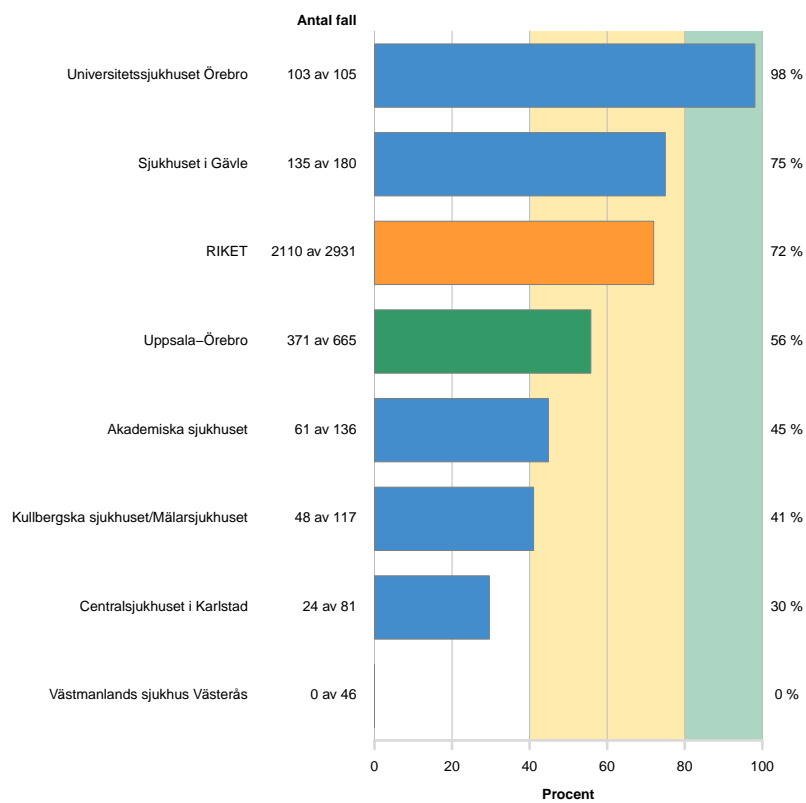
Figur 10. Andel av primärt opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

FIGURER



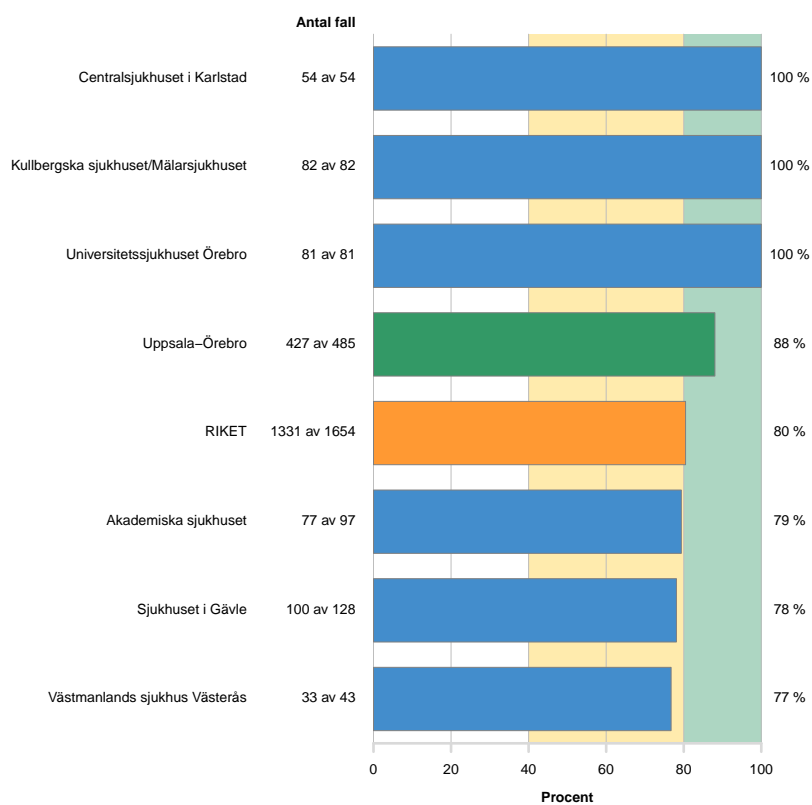
Figur 11. Negativa resektionsränder vid primär radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2016.

Kvalitetsindikatorer - onkologi

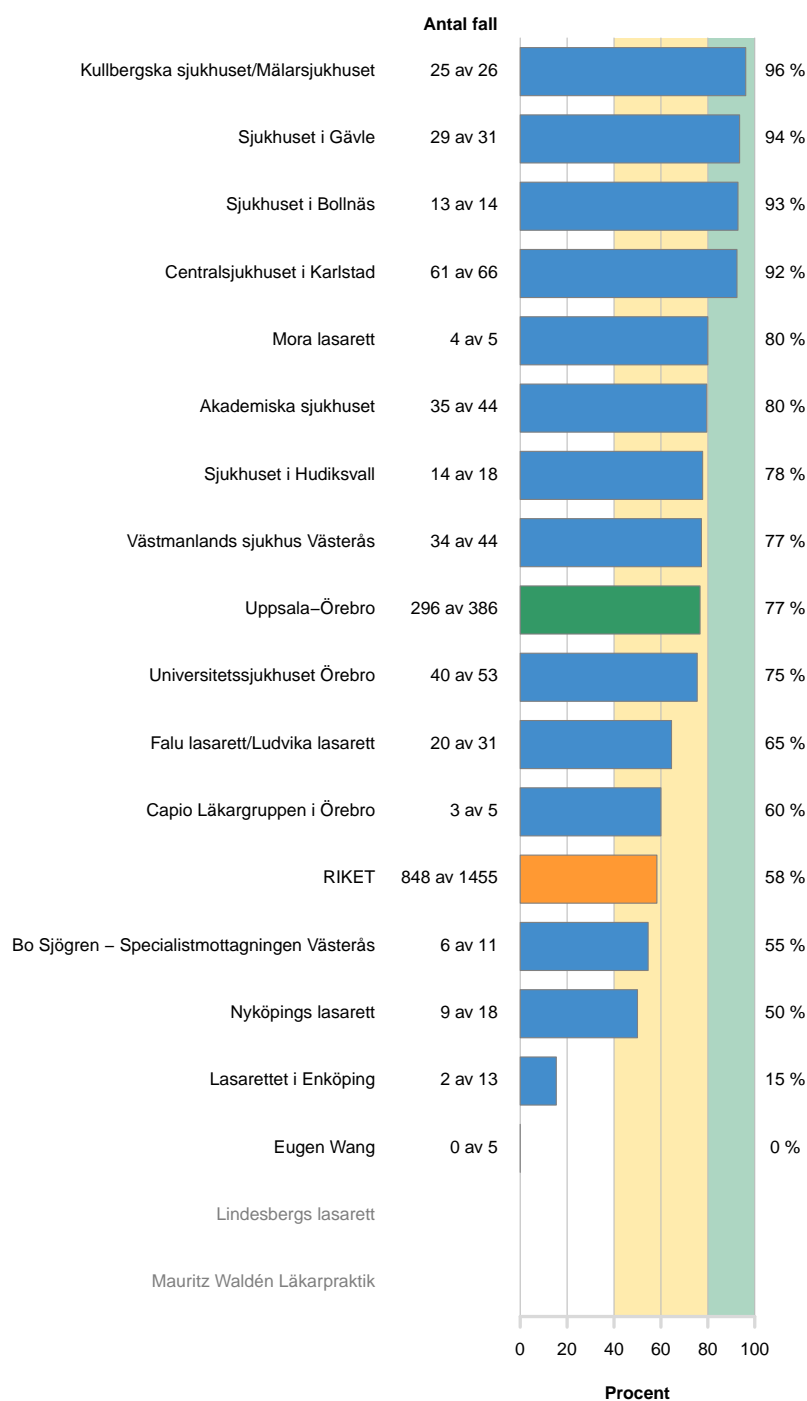


Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

FIGURER

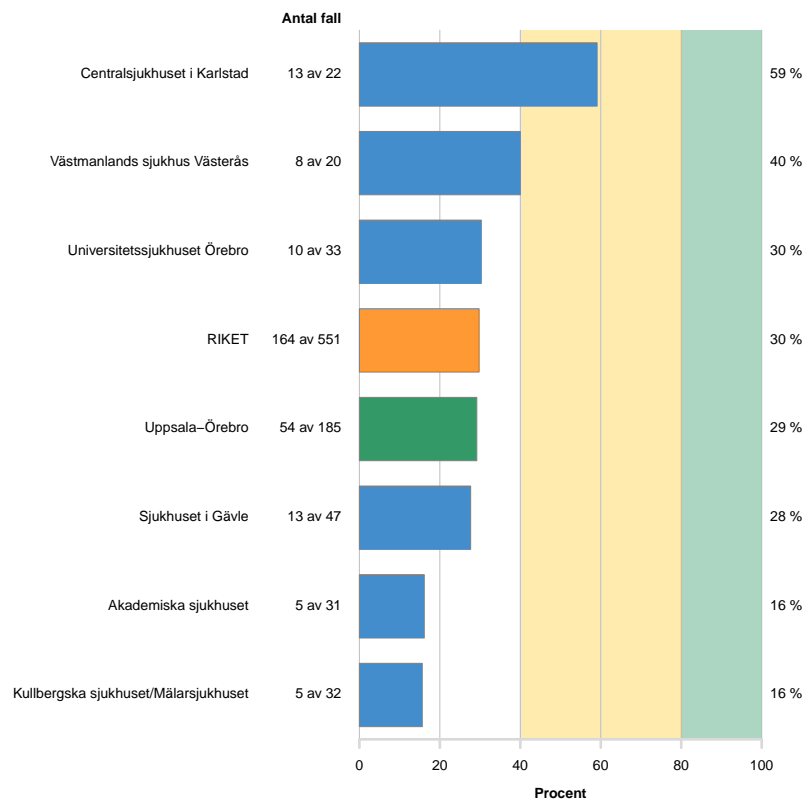


Figur 13. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

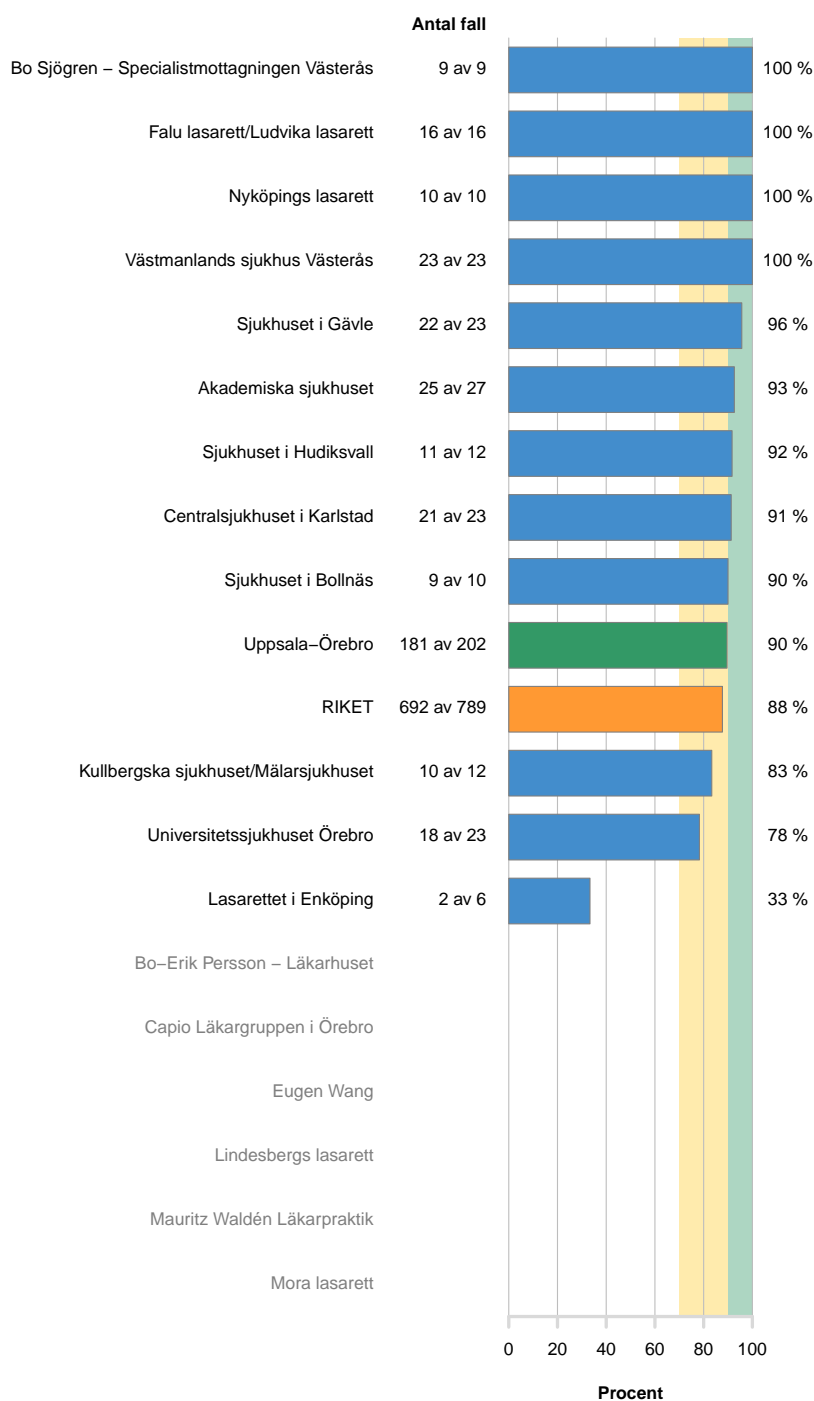


Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

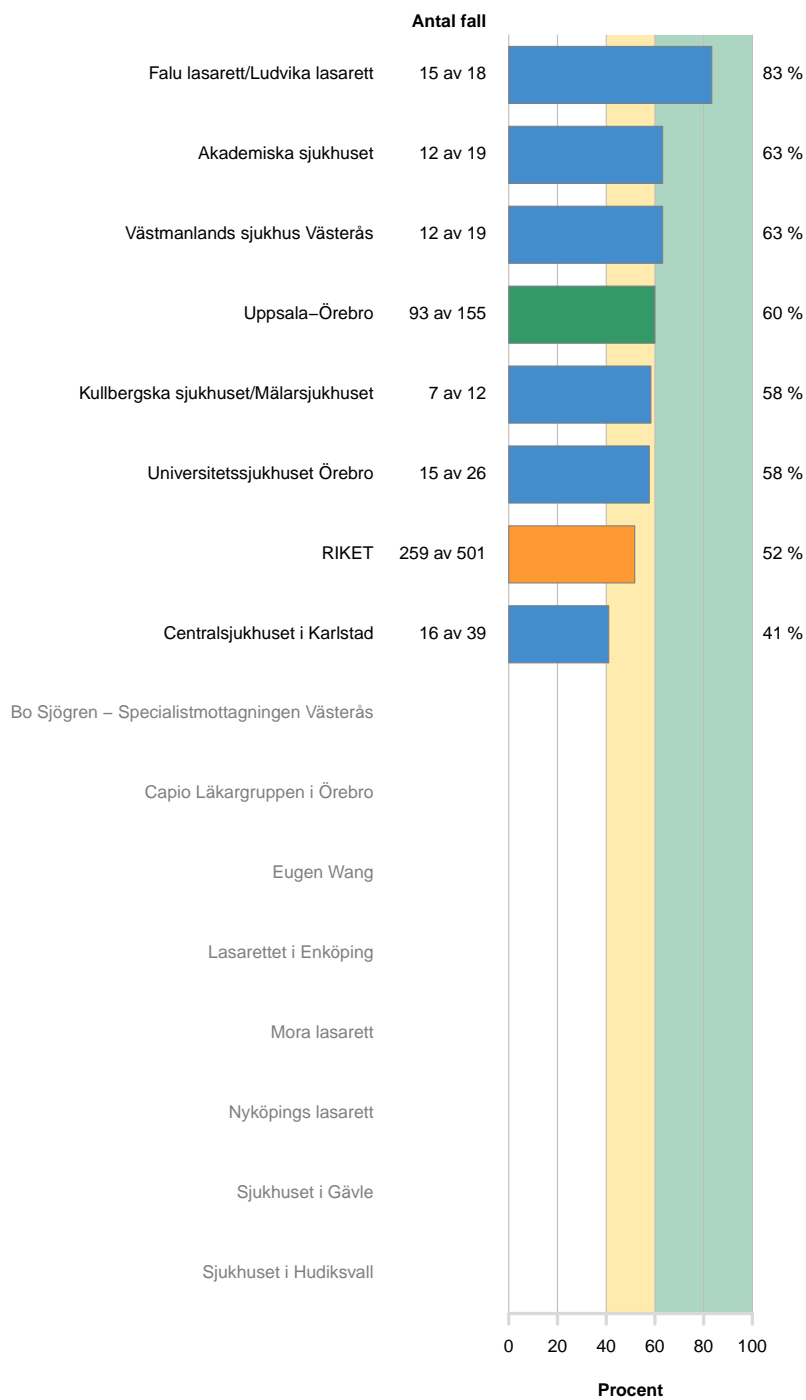


Figur 15. Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2016.

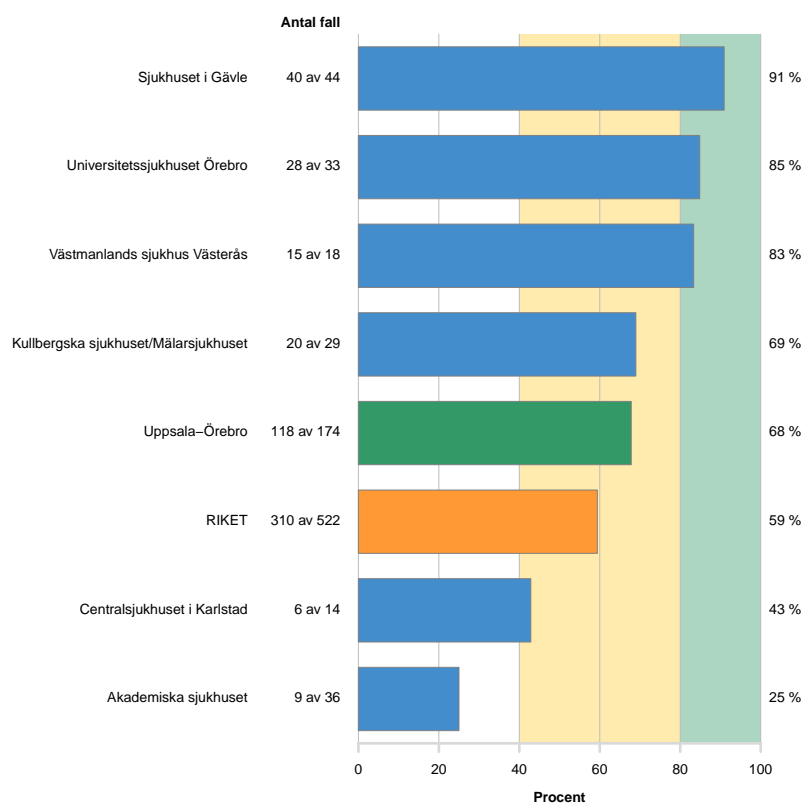


Figur 16. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos \leq 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

FIGURER

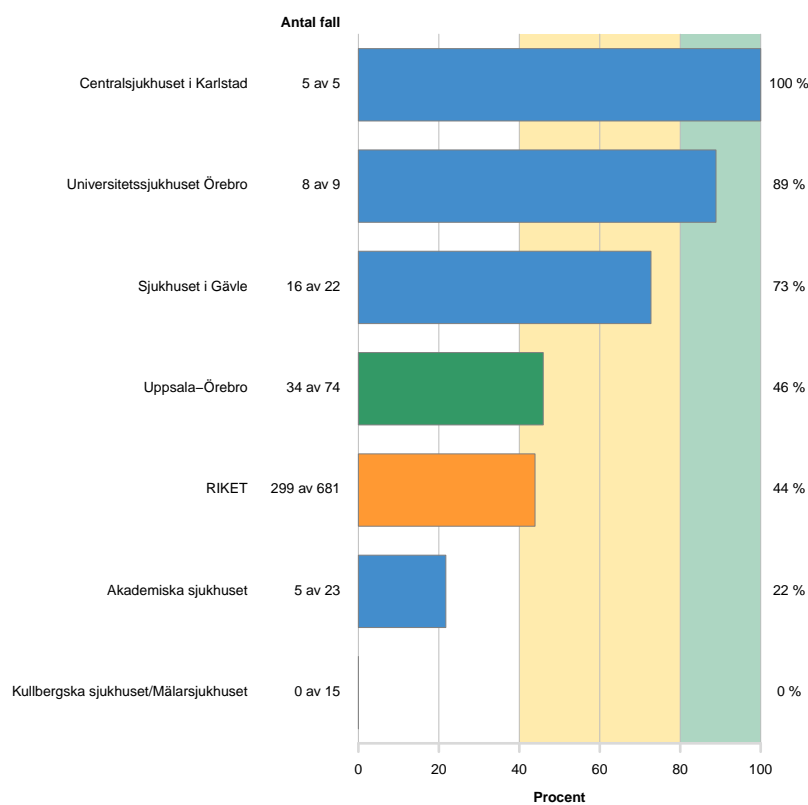


Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2016.

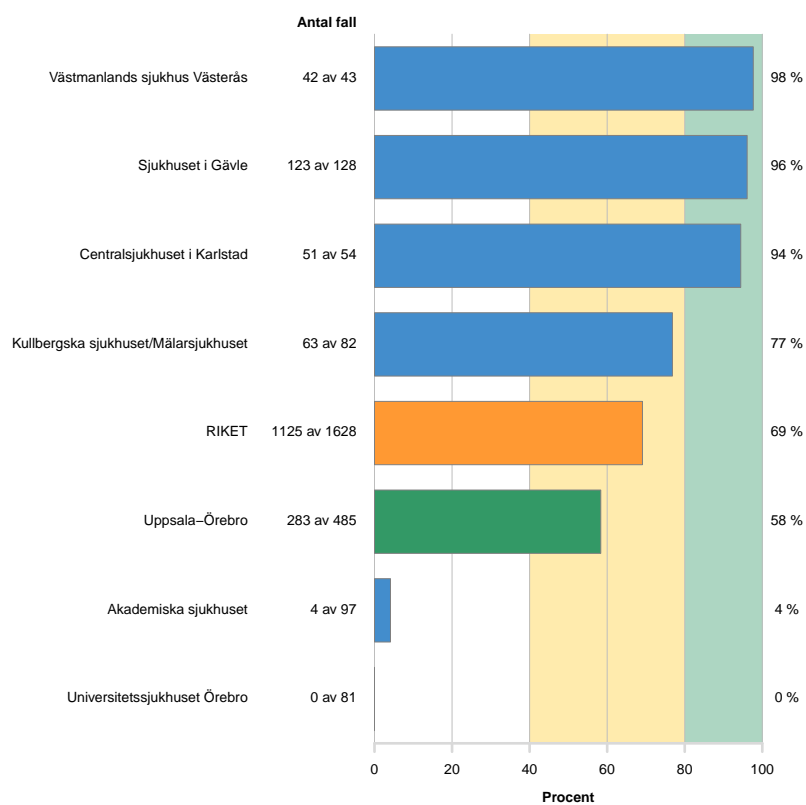


Figur 18. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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

FIGURER



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.



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