

Förklaringstext till Koll på läget

Definition av indikatorn anges nedanför grafen i onlinerapporten och i förklaringstexten

Källa till indikatorn hänvisar till variabeln/variablerna i NPCR:s inrapporteringsformulär som indikatorn baseras på

Förklaring till indikatorn ger bakgrund till valet av indikatorn

INLEDNING

Grunden för valet av kvalitetsindikatorer i Koll på läget utgörs av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer (SoS NR) för prostatacancervård 2014 inklusive indikatorer och målnivåer (1) samt nationellt vårdprogram för prostatacancer (NVP) 2014, Regionala cancercentrum i samverkan (2).

I Koll på läget finns tre nivåer av måluppfyllelse låg, intermediär och hög nivå som för närvarande alla är lägre än den målnivå som Socialstyrelsen satt. Syftet med NPCR:s lägre gränser är att påvisa redan måttliga förbättringar för att stimulera kvalitetsarbetet på klinikerna. Efterhand som måluppfyllelsen ökar kommer NPCR:s målnivåer att höjas så att hög nivå motsvarar Socialstyrelsens målnivå.

Anvisningar om hur inrapportering ska utföras är tagna från Manual NPCR Diagnostik och primärbehandling 2015 (3).

INDIKATORER

1. Rapporterad till NPCR

Definition:

Andel män diagnostiserade för minst 30 dagar sedan som rapporterats med diagnostikformulär som rapporterats till NPCR inom 30 dagar efter utförd prostatabiopsi.

Källa:

Diagnostikformulär: Antal dagar från "Provtagningsdatum" till "Inrapporteringsdatum". Det senare datumet genereras automatiskt, se kommentar i manualen. Indikatorn presenteras per diagnostiserande sjukhus för diagnoser under aktuell period.

Förklaring:

Tid till inrapportering är inte en kvalitetsindikator i SoS NR, men inrapportering av diagnosuppgifter är en förutsättning för att övriga indikatorer ska kunna bedömas, och det finns anledning att tro att en snabb inrapportering ökar kvaliteten på data.

2. Kontaktsjuksköterska

Definition:

Andel män med nydiagnostiserad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska.

Källa:

Diagnostikformulär, utrednings- och behandlingsformulär, radikal prostatektomiformulär och strålbehandlingsformulär: "Har patienten namngiven kontaktsjuksköterska?", se kommentar i manualen. Indikatorn presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus, vilket här avser det sjukhus som rapporterat in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.

Förklaring:

I SoS NR motsvaras indikatorn av indikator 1.10, som är en allmän indikator för många cancerformer. SoS målnivå är 100 % (sida 34 i Målnivåer). Eftersom patienten ibland byter vårdgivare under vårdprocessen finns möjlighet att rapportera på samtliga formulär. Det räcker att en vårdgivare har angivit kontaktsjuksköterska för att indikatorn ska anses vara uppfylld. För ytterligare information om kontaktsköterskans uppgifter se referens 4.

3. Väntetid till första besök

Definition:

Andel män som fått nybesök på specialistklinik pga. misstänkt prostatacancer inom 14 dagar efter utfärdande av remiss.

Källa:

Diagnostikformulär: Antal dagar från "Datum för utfärdande av remiss" till "Datum för första besök på specialistmottagning", se kommentar i manualen. Indikatorn presenteras per diagnostiserande sjukhus för diagnoser under aktuell period.

Förklaring:

Motsvarar ledtiden från datum från remissankomst till besök på specialistmottagning som enligt standardiserat vårdförlopp för Pca (SVF) ska vara 14 dagar eller mindre (SVF 6.2 ingående ledtider) vid välgrundad misstanke på Pca. Dessutom anger SVF att tiden för remissbesluttill remissankomst ska vara högst tre kalenderdagar. NPCR registrerar om remissen var enligt SVF (Ja/Nej), datum för utfärdande av remiss, ankomst för remiss och första besök på specialistmottagning, samt om förlängd väntetid till första besök berodde på patientens val. Dessutom anges om utredningsbesök föregick först läkarbesök vid förlängd tid till första besök.

4. Väntetid till cancerbesked

Definition:

Andel män som fått PAD-besked om cancerdiagnos inom 11 dagar efter utförd prostatabiopsi.

Källa:

Diagnostikformulär: Antal dagar från "Provtagningsdatum" till "Datum för PAD-besked till patienten", kommentar i manualen. Indikatorn presenteras per diagnostiserande sjukhus för diagnoser under aktuell period.

Förklaring:

I SVF anges att möte ska ske med patienten högst elva dagar efter biopsitagning.

I NPCR registreras om denna väntetid var förlängd pga. patientens val. NPCR registrerar också om information gavs vid mottagningsbesök, via telefon, eller brev.

5. Skelettundersökning högriskcancer

Definition:

Andel män högst 80 år med högriskcancer som undersökts för skelettmetastaser. Högriskcancer innefattar i) lokaliserad högriskcancer: kliniskt lokalstadium T1,2 i kombination med Gleasonsumma 8-10, och/eller PSA 20-50 ng/ml och ii) lokalt avancerad cancer: kliniskt lokalstadium T3 och PSA under 50 ng/ml.

Källa:

Utrednings- och behandlingsformulär, radikal prostatektomiformulär och strålbehandlingsformulär: "Bildundersökning skelett". De alternativ som finns är skelettcintigrafi, CT, PET-CT eller MR. Se kommentar i manualen. Indikatorn presenteras per diagnostiserande sjukhus för diagnoser under aktuell period.

Förklaring:

Enligt NVP ska bilddiagnostik utföras innan man tar ställning till kurativ behandling vid högriskcancer. Kurativ behandling är högt prioriterad av SoS (prioritering 3 på en 10-gradig skala) för denna patientgrupp.

I SoS NR används indikatorn 3.1: Skelettundersökning vid låg och intermediärrisk prostatacancer, vilket är "icke-göra". NPCR har valt att istället fokusera på högriskcancer eftersom det fortfarande finns en underbehandling av män med högriskcancer och skelettundersökning är viktigt steg i bedömningen inför kurativ behandling. NPCR avstår från att använda skelettundersökning av män med lågriskcancer som indikator eftersom användningen av skelettundersökning vid lågriskcancer redan minskat kraftigt från, från 40 % 2003 till 4 % 2013 (5).

6. Aktiv monitorering av cancer med mycket låg risk

Definition:

Andel män högst 75 år med prostatacancer med mycket låg risk som handläggs med aktiv monitorering. Mycket låg risk: T1c, Gleasonsumma högst 6, PSA högst 10 ng/ml, PSA-densitet högst 0.15 och högst 4 biopsikolvar med cancer med högst 8 mm cancer totalt.

Källa:

Utrednings- och behandlingsformulär: "Aktiv monitorering (ingen initial aktiv behandling, kurativ behandling vid ev. progress)". Se kommentar i manualen. Indikatorn presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus, vilket här avser det sjukhus som rapporterat in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period .

Förklaring:

Indikatorn motsvaras av indikator 3.2 i SoS NR som rekommenderar (prioriteringsnivå 3) att män med prostatacancer med mycket låg risk och en förväntad kvarvarande livstid över 10 år ska handläggas med aktiv monitorering prioriteringsnivå 3. SoS målnivå är aktiv monitorering för minst 95 % av dessa män (sidan 37 i Målnivåer). Definitionen i NPCR av cancer med mycket låg risk ändrades 2014. Den nya definitionen delvis är baserad på analyser av data i NPCR (6,7). En jämförelse mellan den nya och den gamla definitionen av cancer med mycket låg risk finns i tabell 3 på sidan 27 i NPCR:s rapport för diagnosår 2013 (www.npcr.se).

7. Multidisciplinär konferens vid högriskcancer

Definition:

Andel män högst 80 år med högriskcancer utan fjärrmetastaser, som diskuterats på MDK. Högriskcancer indelas i lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer. Definitionen av multidisciplinärkonferens i NPCR är att urolog och onkolog deltar.

Källa:

Utrednings- och behandlingsformulär, radikal prostatektomiformulär och strålbehandlingsformulär: "Multidisciplinär konferens/mottagning", se manualen. Indikatorn

presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus, vilket här avser det sjukhus som rapporterat in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period.

Förklaring:

I SoS NR motsvaras detta av indikatorn 1.4, som används för många cancerformer och avser beslut om den primära behandlingen. Vi har valt avgränsningen yngre än 80 år istället för SoS förväntad kvarstående livstid mer än 5 år eftersom den senare inte kan avgöras i NPCR. Rekommendationen gäller inför behandlingsbeslut och har för prostatacancer avgränsats till män med högriskcancer och förväntad kvarstående livstid på minst fem år (SoS 2014 NR: prioritering 3). Målnivån 100 % har satts utifrån den höga prioritering som åtgärden har fått i riktlinjerna (SoS 2014 NR: prioritering 3, sidan 33 Appendix målnivåer).

Enligt SoS och NVP bör dessa deltagare ingå i MDK: Kontaktsjuksköterska, urolog, onkolog med inriktning på urologisk cancer, patolog (om histopatologisk bedömning är av betydelse), och radiolog (om bilddiagnostik är av betydelse). NPCR har i startskedet valt att ha ett mindre strängt mindre krav på antalet representerade specialiteter på MDK eftersom aktiviteten är ny och kommer att byggas ut successivt.

NVP rekommenderar att MDK genomförs före behandlingsbeslut för män med högriskcancer utan känd fjärrmetastasering och mer än fem års förväntad kvarvarande livstid över 5 år utan cancer.

8. Kurativ behandling vid lokaliserad högriskcancer

Definition:

Andel män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer som fått kurativt syftande behandling. Lokaliserad högriskcancer: T1,-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml.

Källa:

Utrednings- och behandlingsformulär, radikal prostatektomiformulär och strålbehandlingsformulär: "Kurativ terapi", med alternativen radikal prostatektomi och primär strålbehandling prostata. Cystoprostatektomi och "annan kurativ terapi" omfattas inte av denna rapport. Indikatorn presenteras per behandlingsbeslutande sjukhus, vilket här avser det sjukhus som rapporterat in utrednings- och behandlingsformuläret, för diagnoser under aktuell period .

Förklaring:

I SoS riktlinjer motsvaras detta av indikatorn 3.3. Indikatorn visar andelen män med lokaliserad högriskcancer utan fjärrmetastaser som behandlats med radikal prostatektomi eller strålbehandling, eventuellt kombinerat med hormonbehandling (SoS NR 2014, Prio 3). SoS målnivå är mer än 60 % inom tre år (sidorna 38-39 Appendix målnivåer).

Enligt NVP ska förväntad kvarvarande livstid baserad på ålder och samsjuklighet bedömas inför val av behandling. Tumörkaraktistika innefattande lokalt tumörstadium, utbredning av Gleasongrad 4-5 i biopsier, PSA-värde, PSA-densitet och utvecklingstakt av PSA ska också vägas samman. Män som kan bli aktuella för kurativ behandling ska få information om de behandlingar som är tänkbara och har rätt till förnyad medicinsk bedömning ("second opinion").

Radikal prostatektomi och strålbehandling är likvärdiga behandlingsmetoder vid lokaliserad högriskcancer medan evidensen för strålbehandling är starkare än för prostatektomi vid lokalt avancerad prostatacancer (NVP 10.1 sidorna 50-51).

9. Nervsparande resektion

Definition:

Andel av opererade män låg- eller intermediärrisktumör som genomgick nervsparande resektion.

Källa:

Radikal prostatektomiformulär: "Genomfördes nervsparande resektion" besvarad med något av "Ja"-alternativen. Indikatorn presenteras per opererande sjukhus och operationer utförda under aktuell period.

10. Negativa resektionsränder

Definition:

Andel prostatektomipreparat med negativa resektionsränder vid pT2.

Källa:

Utrednings- och behandlingsformulär eller radikal prostatektomiformulär: "PAD op-preparat" anges vid pT2 i kombination med "Radikal extirpation", se kommentar i manualen. Indikatorn presenteras per opererande sjukhus för operationer utförda under aktuell period.

Förklaring:

Motsvarar SoS NR indikator 3.6 "positiva marginaler" dvs. ofria resektionsränder vid pT2-tumör, dvs tumör finns enbart innanför prostatakapseln vid histopatologisk undersökning. Denna indikator saknar målnivå i SoS NR.

Enligt NVP är resektionsranden negativ ("negativ marginal" liktydigt med "radikalt") när det inte finns cancerceller i den tuschmarkerade resektionsytan vid histopatologisk undersökning.

Resektionsranden är negativ även om det finns cancerceller mycket nära randen (NVP Bilaga 1, sidan 130).

Referenser

1. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata, tjocktarms-, och ändtarmscancervård 2014. Stöd för styrning och ledning, Indikatorer Bilaga. Målnivåer. Socialstyrelsen 2014.
www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-2
2. Nationellt vårdprogram för prostatacancer 2014. RCC i samverkan.
<http://www.cancercentrum.se/vardprogram/prostatacancer>
3. Registreringsblanketter och manual NPCR www.npcr.se/blanketter eller www.cancercentrum.se
4. Kontaktsköterskans uppgifter RCC i samverkan.
www.cancercentrum.se/sv/projekt/kontaktsjukskoterska/
5. Makarov D, Loeb S, Ulmert, D, Drevin L, Lambe M, Stattin P. Prostate Cancer imaging trends after Nationwide effort to discourage inappropriate prostate cancer imaging. J Natl Cancer Inst 2013.
6. Bratt O, Folkvaljon Y, Loeb S, Klotz L, Egevad L, Stattin P. Upper Limit of Cancer Extent on Biopsy Defining Very Low Risk Prostate Cancer. Brit J Urol Int 2014.
7. A Vellekoop, S Loeb, Y Folkvaljon, P Stattin. Population-based study of predictors for adverse pathology among candidates for active surveillance with Gleason 6 prostate cancer J Urol 2014

För NPCR

Fredrik Sandin, statistiker RCC Uppsala Örebro

Maria Nyberg, registersjuksköterska NPCR

Annette Wigertz, RCC Uppsala Örebro

Karin Hellström, koordinator NPCR, RCC Uppsala Örebro

Pär Stattin, registerhållare NPCR

För Riktlinjerna

Jan-Erik Damber

För NVP

Ola Bratt