

# Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2017

Norra regionen

Maj 2018

Nationella prostatacancerregistret (NPCR)



REGIONALT  
CANCERCENTRUM  
UPPSALA ÖREBRO

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

# INNEHÅLL

<b>FÖRORD</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>RESULTATREDOVISNING</b> . . . . .	<b>10</b>
Täckningsgrad . . . . .	10
Kvalitetsindikatorer - urologi . . . . .	11
Kvalitetsindikatorer - onkologi . . . . .	22

# TABELLER

## FIGURER

1	Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .	10
2	Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .	11
3	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .	12
4	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .	13
5	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .	14
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 2017. . . . .	15
7	Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .	16
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 2017. . . . .	17
9	Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos $\leq$ 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .	18
10	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2017. . . . .	19
11	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2017. . . . .	20
12	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2017. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå. . . . .	21
13	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .	22
14	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .	23
15	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 2017. . . . .	24
16	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 2017. . . . .	25

17	Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos $\leq$ 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017. . . . .	26
18	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 2017. . . . .	27
19	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 2017. . . . .	28
20	Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .	29
21	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolymer (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017. . . . .	30
22	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2017. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvå, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvå och övre gränsvå, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvå. . . . .	31

## 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](http://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 2017.

# KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Norra regionens sjukhus har stor geografisk spridning, varierande bemanning och i viss mån skiftande behandlingstraditioner. Stafettläkare är vanligt förekommande på några av klinikerna vilket kan försvåra jämn kvalitet i handläggningen av prostatacancerpatienter. Rapportens kvalitetsindikatorer är till stor hjälp i det regionala processarbetet när det gäller att identifiera och förklara varierande resultat från enskilda kliniker. Om jämlik vårdkvalitet ska uppnås är god måluppfyllelse ett viktigt steg på vägen.

I Figur 1 har täckningsgraden i NPCR jämfört med cancerregistret (95 %) förbättrats något jämfört med fjolåret siffra vid samma tidpunkt. Inrapporteringen släpar i viss mån efter och en täckningsgrad över 99,5 % brukar i slutändan uppnås. När det gäller Figur 2, inrapportering inom 30 dagar efter prostatabiopsi (33 %), är nivån klart under riksgenomsnittet med stor spridning vilket beror på att möjligheten att genomföra inrapporteringsuppdraget varierar bland de inrapporterande klinikerna. Både inrapportörernas numerär och uppdrag samt tillgången på patologer och därmed snabba PAD-svar varierar kraftigt i regionen. Figur 13, inrapportering inom tre månader efter start av strålbehandling ser däremot mycket bra ut med ett snitt på 95 % i norra regionen vilket är klart över rikssnittet och en förbättring jämfört med tidigare.

## Väntetider

Den genomsnittliga väntetiden från remiss till behandling är påtagligt lång för prostatacancerpatienter. I rapporten redovisas flera delar av den totala väntetiden. I Figur 4 framgår att endast 16 % av patienterna träffar en urolog inom 14 dagar från remiss. Vidare får endast 9 % av patienterna PAD-svar inom elva dagar från biopsi (Figur 5). Båda dessa parametrar påverkas starkt av tillgången till urologer som ligger långt under riskgenomsnittet per capita i norra regionen, det finns också en brist på patologer vilket avspeglas i tiden till PAD-svar. Väntetiden från remiss från urolog till behandlingsbeslut hos onkolog, som bör ligga under 14 dagar för högriskcancer (Figur 16), har förbättrats något men uppnås fortfarande bara av 22 %. Möjliga förklaringar är att många av dessa patienter efter att remissen har skrivits först diskuteras på MDK och därefter bokas in till onkolog för behandlingsdiskussion, tid till metastasutredning är också ibland inräknat i tiden. Väntetiden från strålanmälan till strålbehandling (Figur 20) ser bättre ut och 65 % av patienterna når målet med behandling inom 30 dagar vilket är klart snabbare än riksgenomsnittet.

## Kontaktsjukköterska

Glädjande nog har andelen patienter som tilldelas en kontaktsjuksköterska (och där detta framgår av journalen) ökat från 72 % 2016 till riksgenomsnittet 86 % 2017 (Figur 3). Ökningen kan till viss del tillskrivas mer strukturerad journalföring i Västernorrland men påverkas sannolikt också av ökad tillgång på kontaktsköterskor. Tittar man specifikt på kontaktsköterskor för patienter som genomgår kurativt syftande strålbehandling (Figur 14) så ses en liknade ökning från 62 till 71 %. Under 2018 förväntas emellertid en sjunkande siffra eftersom en ändring i definitionen av kontaktsköterska genomförs. Förändringen innebär att ett samtal mellan kontaktsköterska och patient måste vara journalfört för att registrering i NPCR ska kunna göras och detta kommer på en del kliniker att kräva ett förändrat arbetssätt.

## Diagnostik

Överlag finns en positiv trend för de kvalitetsindikatorer som handlar om diagnostik. I Figur 6 framgår att 88 % av män <80 år med högriskcancer eller lokalt avancerad cancer genomgår skelettundersökning. En ökning från 55 till 66 % noteras också för andel män med högriskcancer som diskuteras i



MDK (Figur 8 och 15). Remiss till MDK upplevs ibland som onödigt av urologerna i de fall där den vidare handläggningen är uppenbar. En hög andel remisser till MDK kan dock minska risken för ojämlig handläggning och ett arbete för att förbättra rutinerna i regionen pågår. När det gäller användningen av MR som stöd för definition av målvolym inför strålbehandling (Figur 21) ligger siffran oförändrat kring 75 % vilket är strax ovan riksgenomsnittet. En ökad användning av MR i Sundsvall har lett till en utjämning i norra regionen och det är sannolikt att en fortsatt ökad användning kommer att ske.

## Behandling

Liksom tidigare handläggs de allra flesta (90 %) av patienterna med mycket lågrisk prostatacancer med aktiv monitorering (Figur 7). Vidare får en hög andel (88 %) av patienter med lokaliserad högriskcancer  $\leq 75$  år kurativ behandling vilket är glädjande eftersom patienter i denna grupp ofta har stor nytta av behandling (Figur 9 och 17). Motsvarande siffra för patienter med lokalt avancerad prostatacancer är 53 % men för dessa finns också fler behandlingsmöjligheter (Figur 18). En siffra som lämnar utrymme för förbättring är andel opererade män med låg- och mellanriskcancer som har opereras med nervsparande intention (Figur 10). Norra regionens siffror (68 %) är lägre än riksgenomsnittet (82 %). Andel patienter med negativa resektionsränder vid pT2-tumör (76 % i regionen) ligger för 2017 i paritet med riksgenomsnittet (Figur 11). I fjol var dock motsvarande siffra 95 % och blir intressant att se i 2018 års data om 2016 års fina resultat var en tillfällig topp.

En indikator där måluppfyllelsen är mycket låg (13 %) är andel strålbehandlade män med högriskcancer som planerats för minst 18 månaders antiandrogenbehandling efter strålterapi (Figur 19). Under de senaste åren har många av dessa patienter ingått i PARAPLY-studien där hormonbehandlingen varit kortare. Nu är studien stängd och sannolikt kommer måluppfyllelsen att öka under kommande år.

## Slutsatser

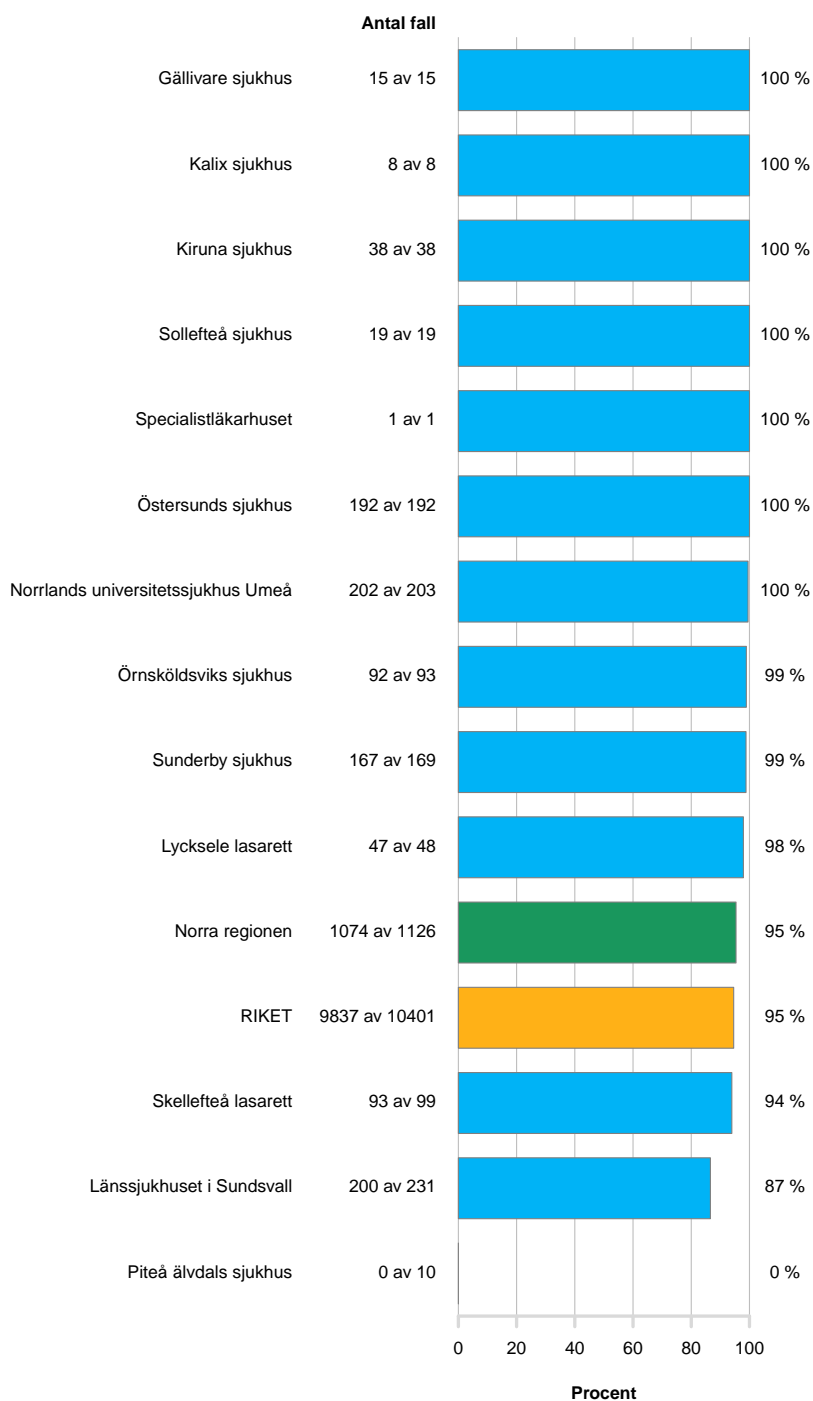
2017 års siffror i norra regionen ser överlag något bättre ut jämfört med 2016 men fortfarande finns en tydlig förbättringspotential i framförallt inrapporteringshastighet och ledtider. Fortsatt förbättrad kvalitet i utredning och behandling är prioriterat men samtidigt starkt beroende av tillgång till kvalificerad personal. Urologer och patologer utgör bristyrken och det krävs en utökad satsning på ST-utbildning i regionen. Vidare kan en utbyggnad av kontaktsköterske- och koordinatorsverksamheten hjälpa till att uppnå kvalitetsmålen, ge kortare ledtider, snabbare inrapportering och förbättrat omhändertagande av patienterna.

## Johan Styrke, Camilla Thellenberg Karlsson

Regional processledare urologi, onkologi

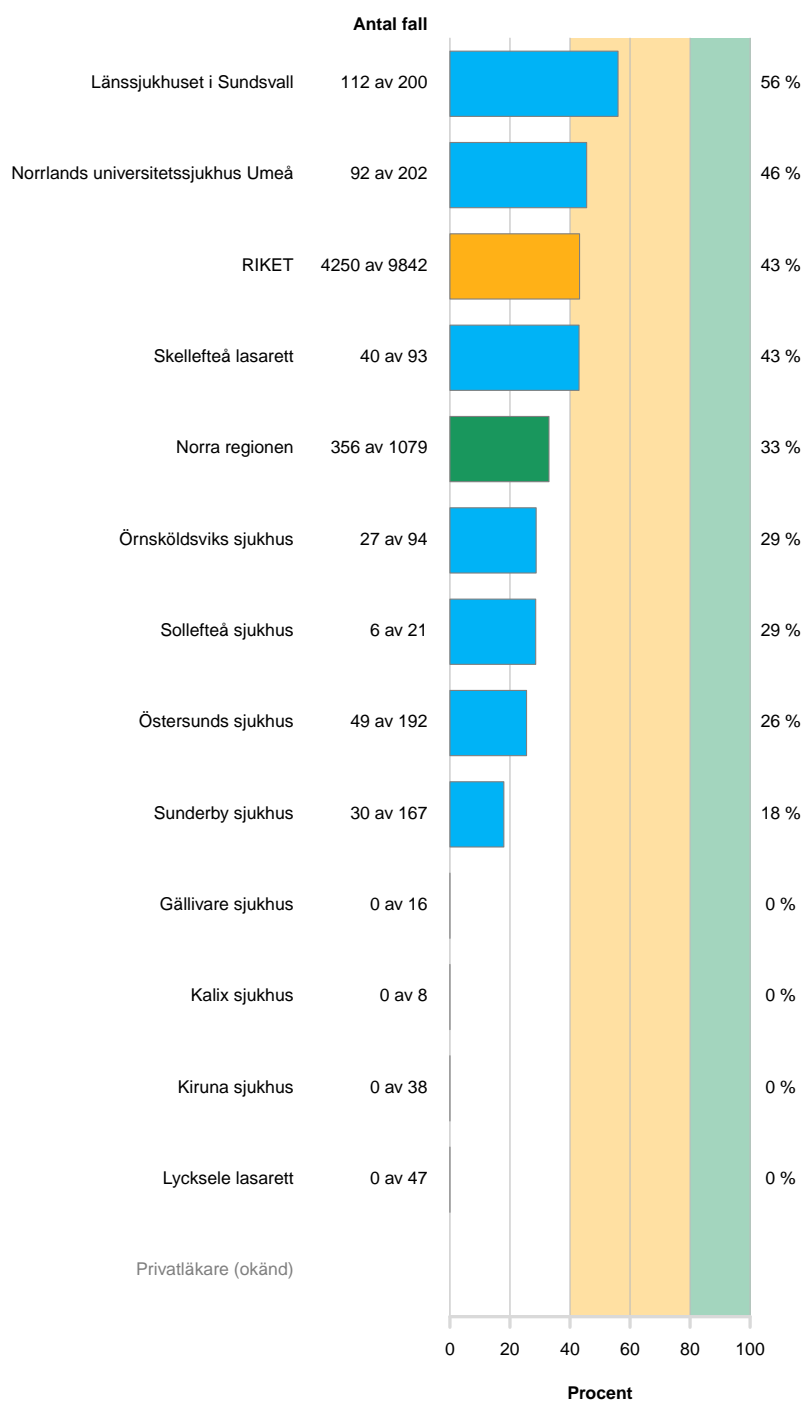
# RESULTATREDOVISNING

## Täckningsgrad

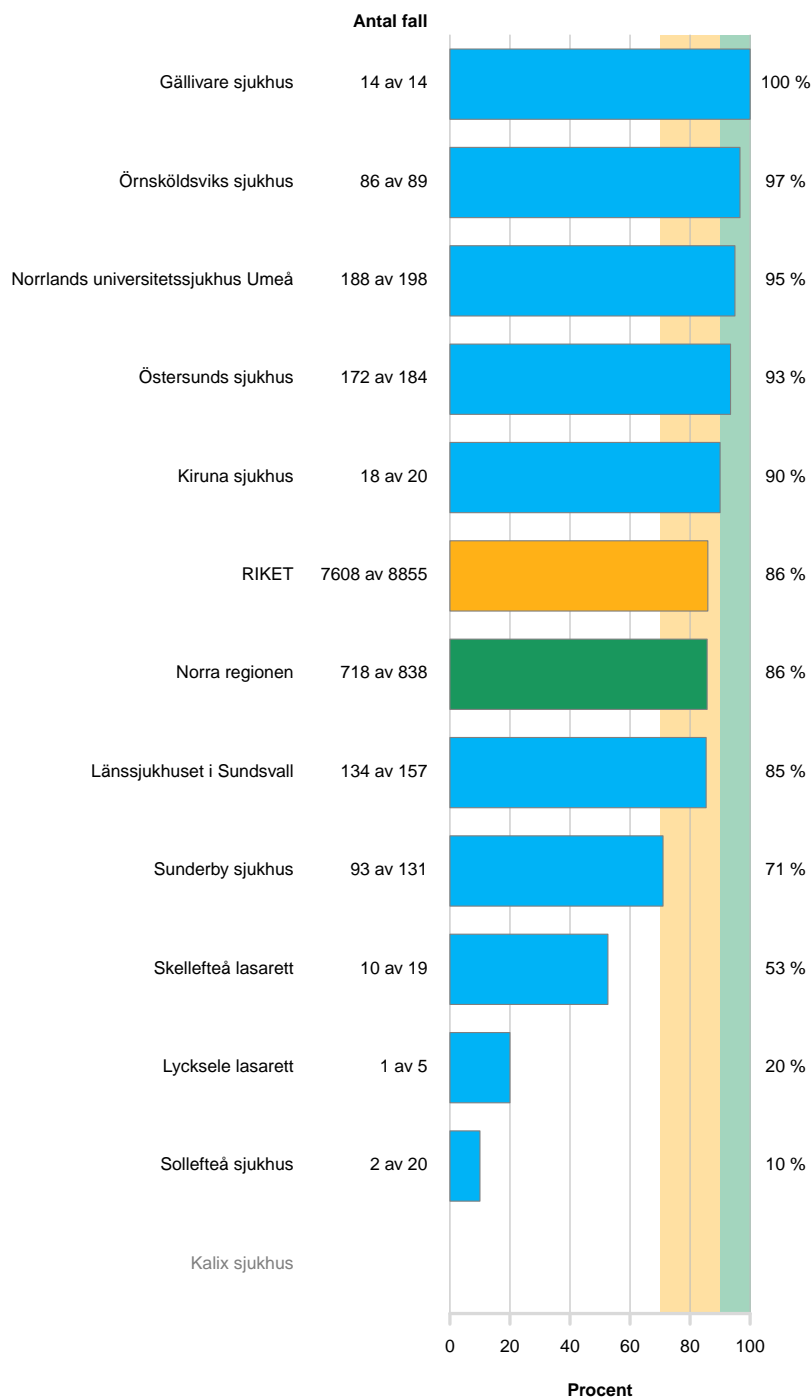


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.

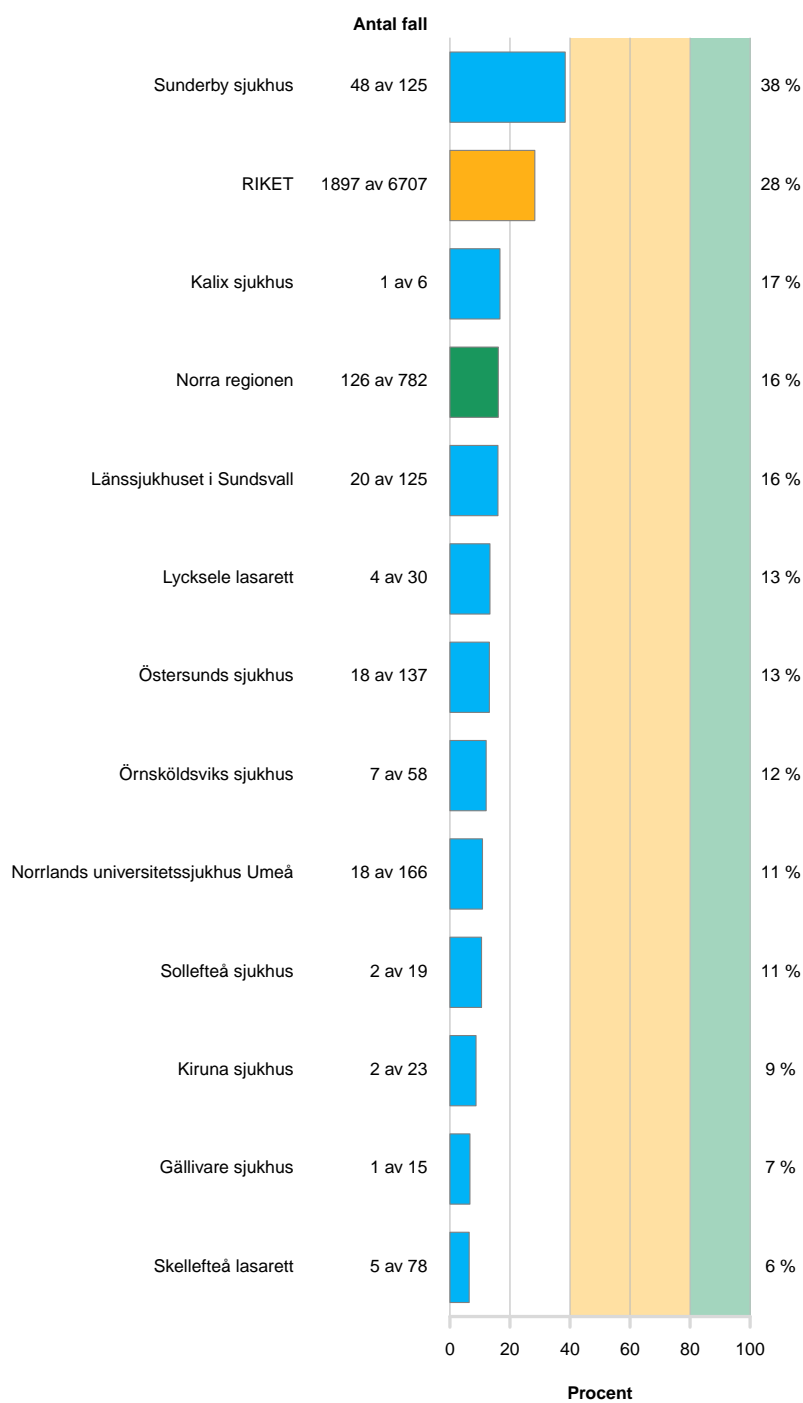
## Kvalitetsindikatorer - urologi



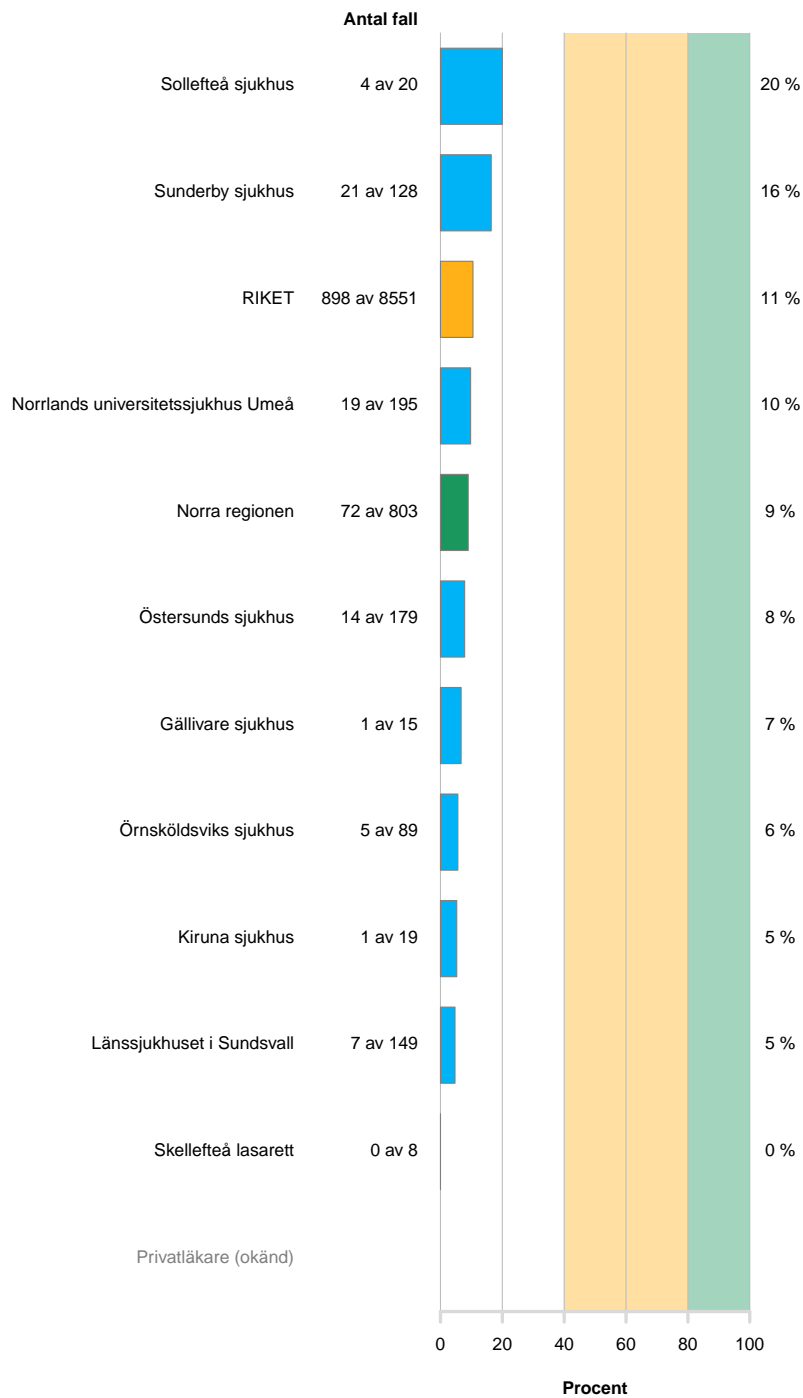
Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.



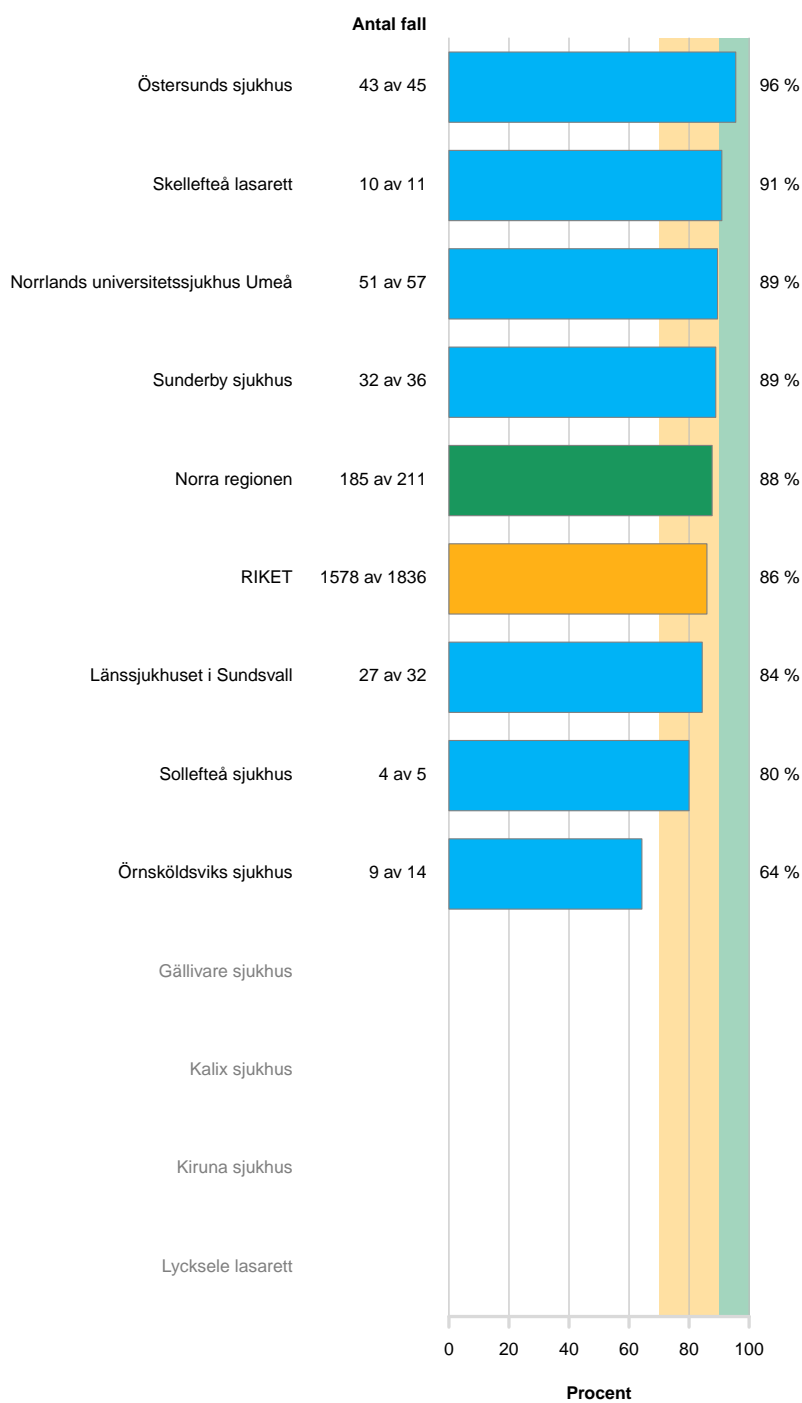
Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



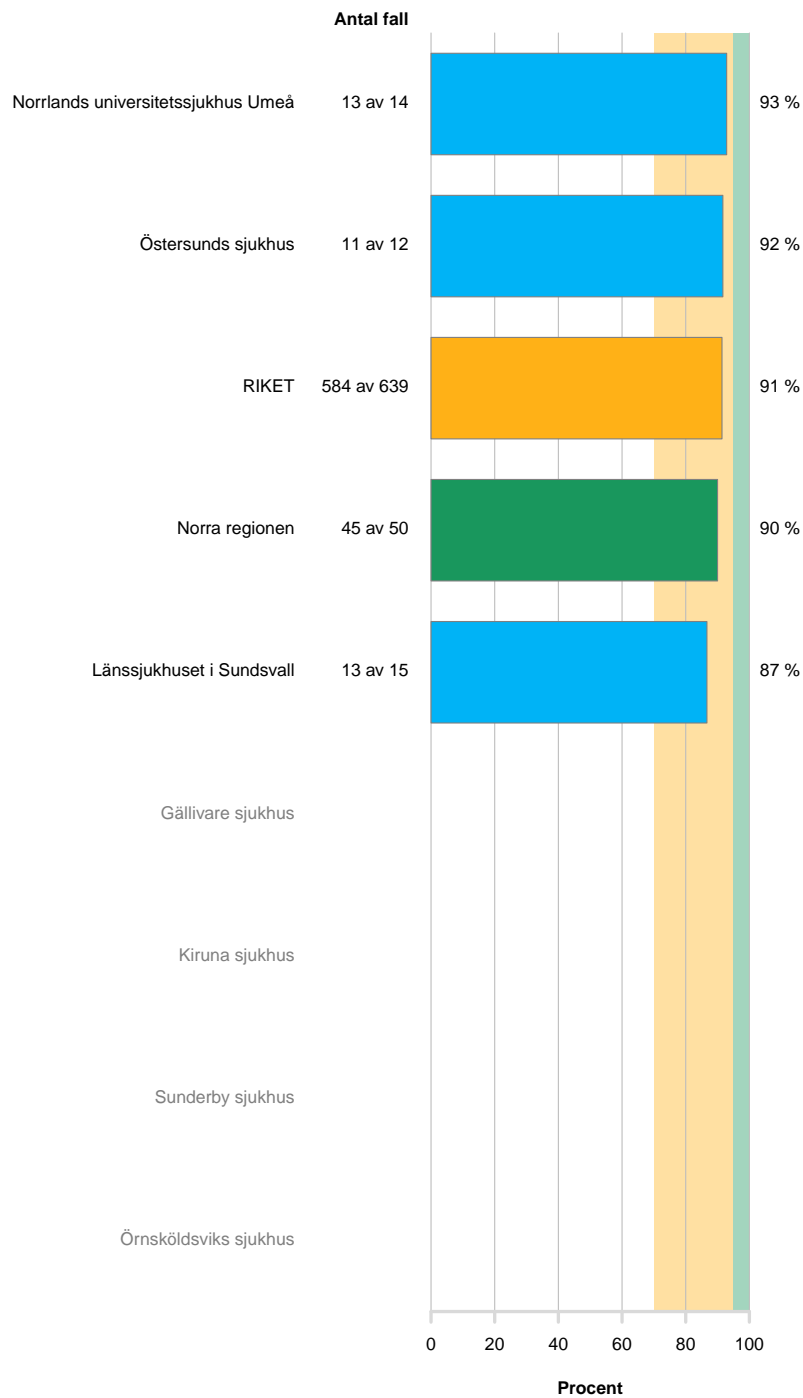
Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.



Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.

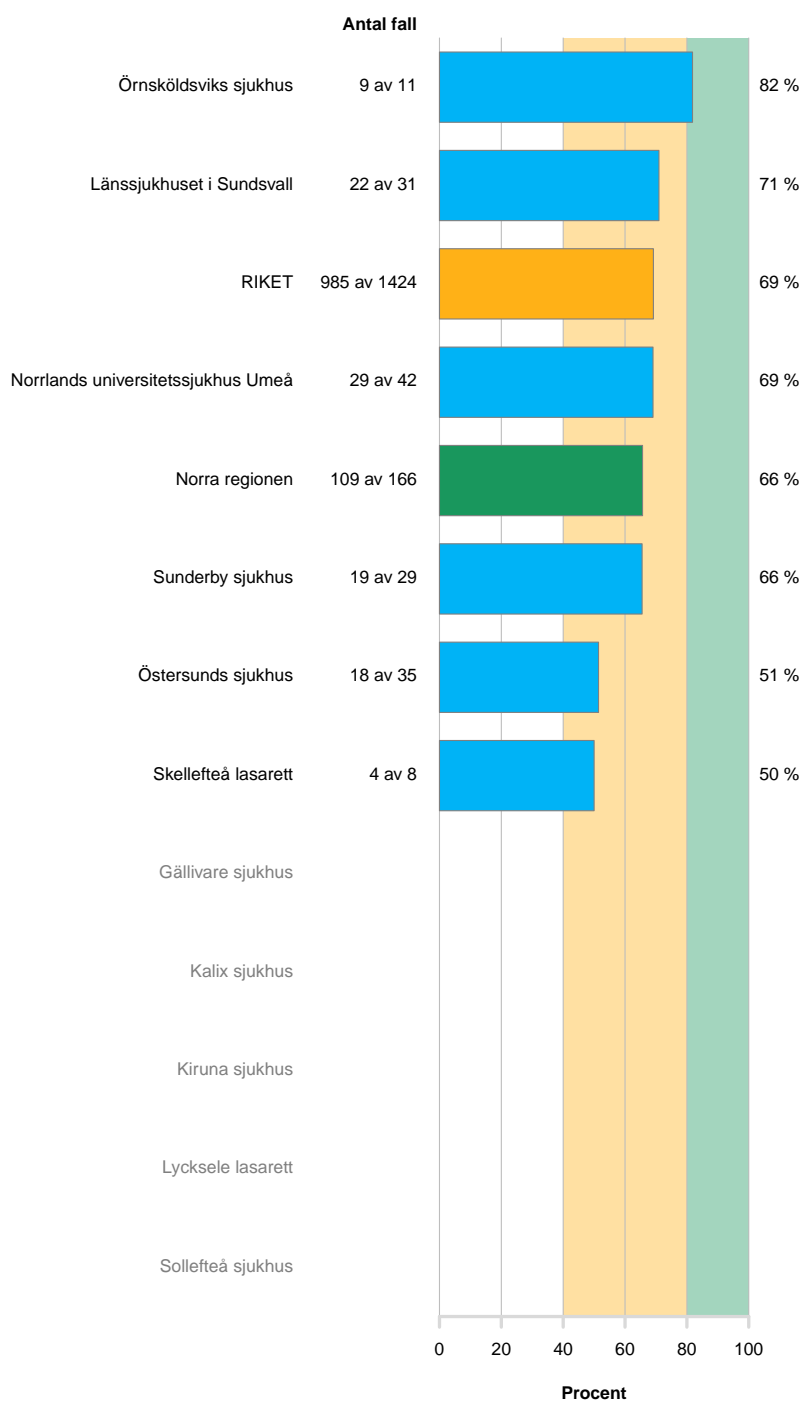


Figur 6. Andel män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år) med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer som undersökts med skelettscintigrafi eller annan skelettundersökning, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2017.

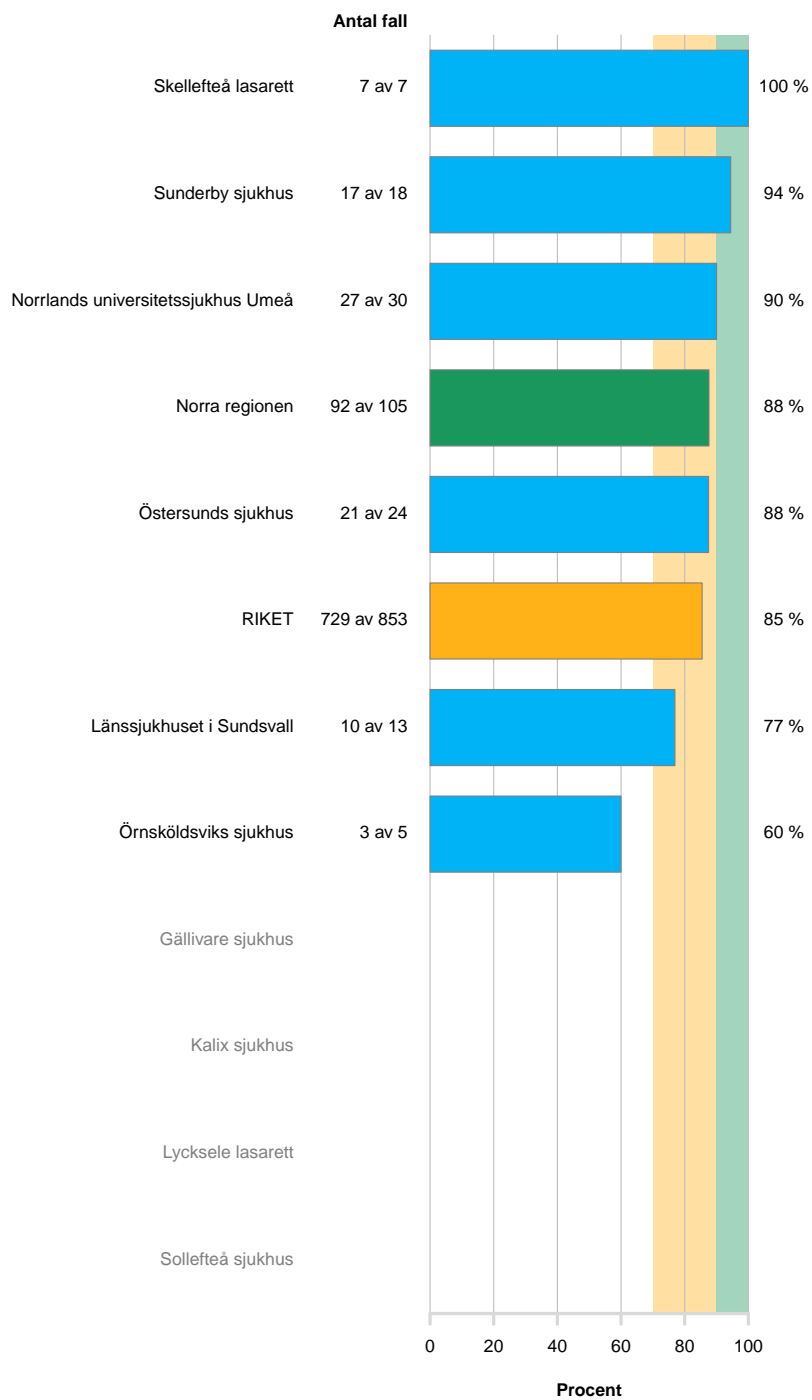


Figur 7. Aktiv monitorering av män 75 år eller yngre vid diagnos med prostatacancer med mycket låg risk, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.

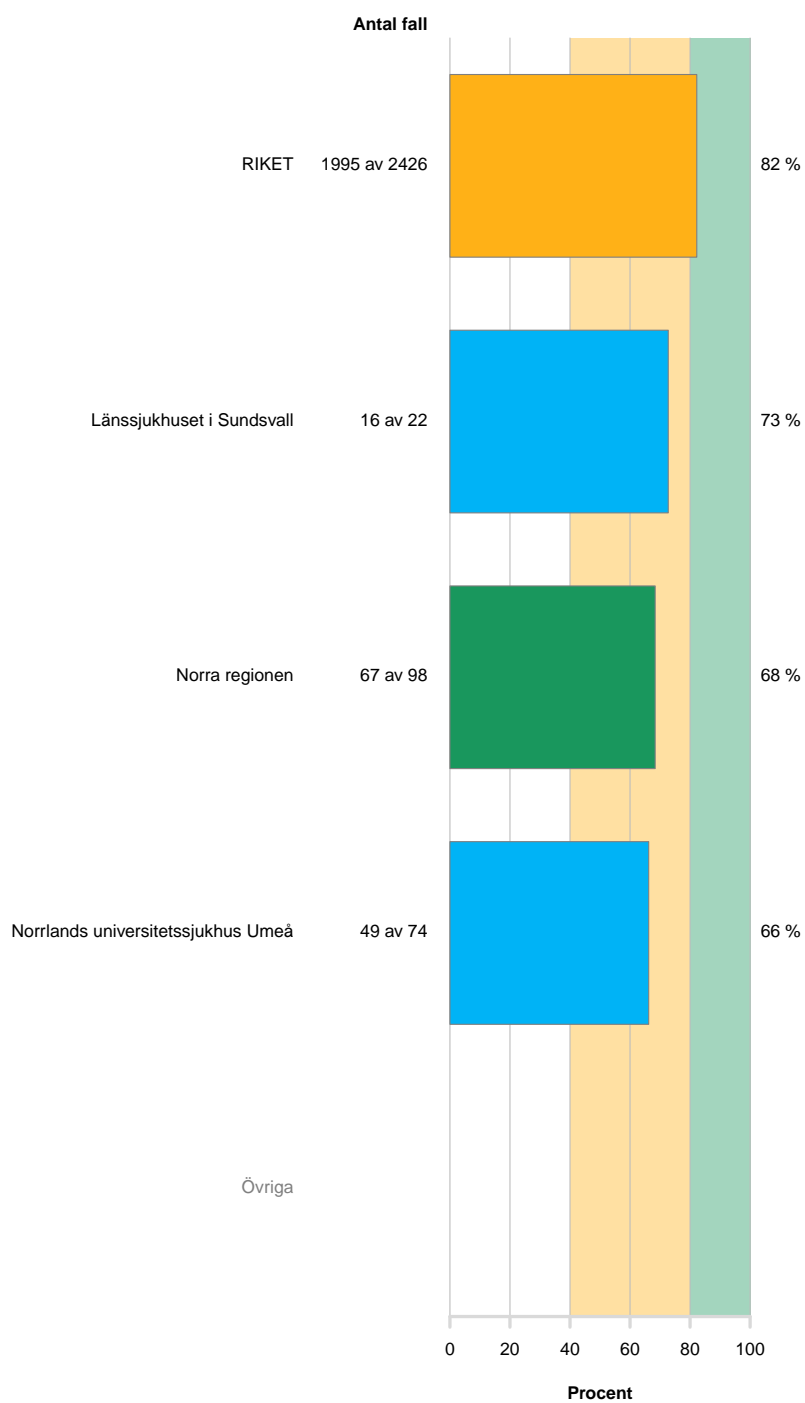




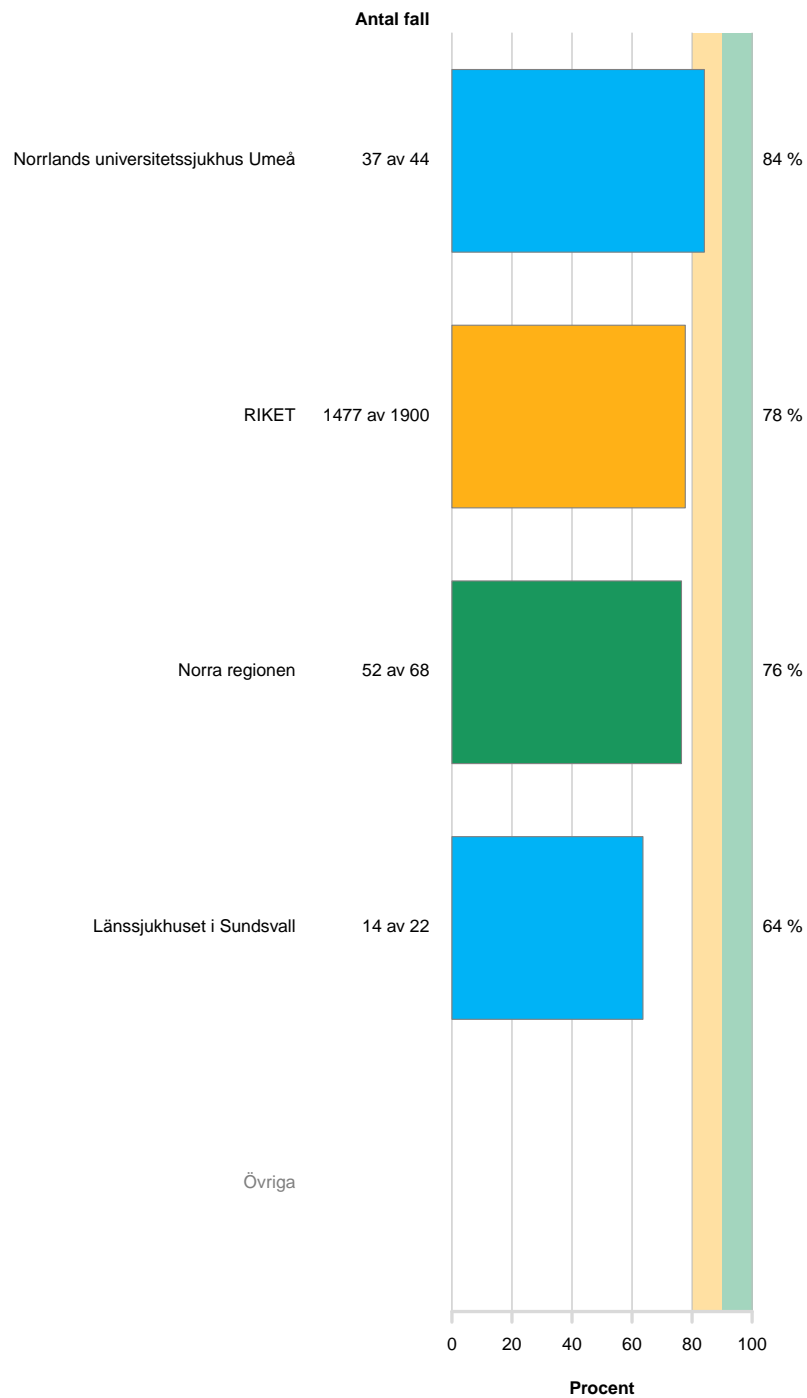
Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



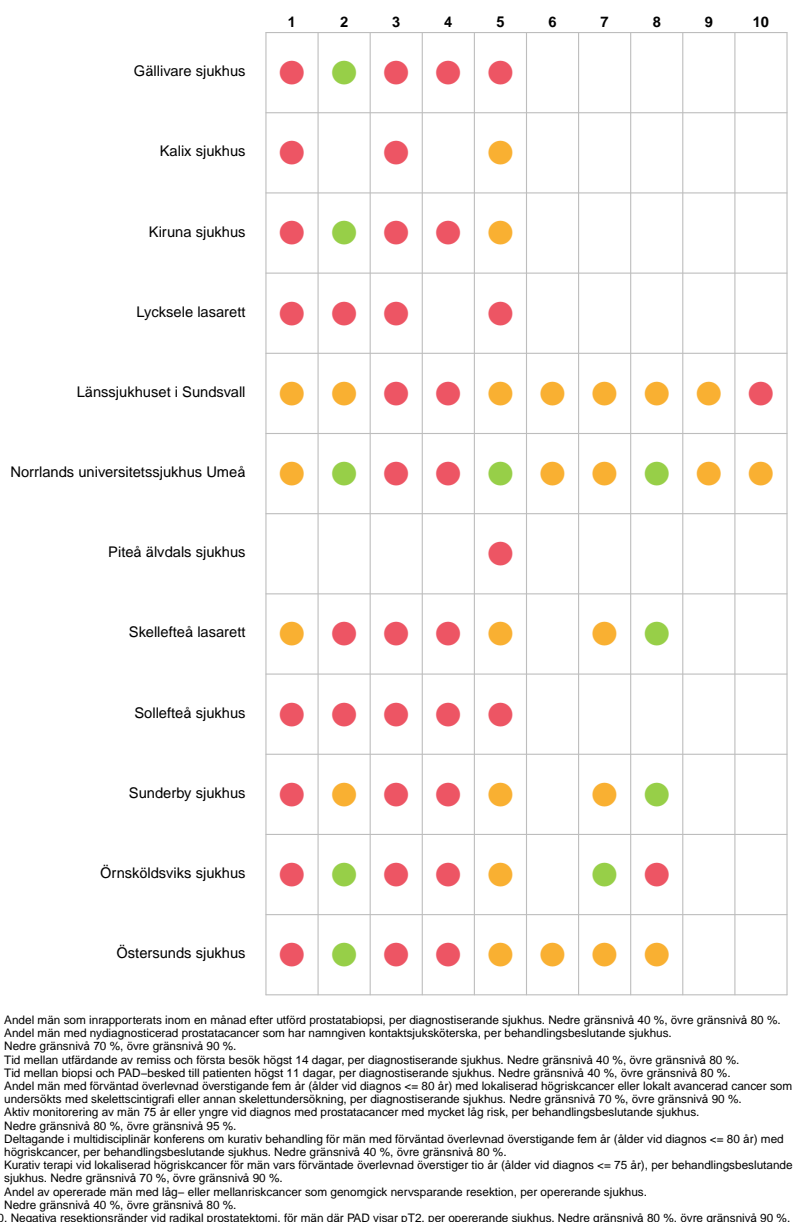
Figur 9. Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos  $\leq$  75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



Figur 10. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2017.



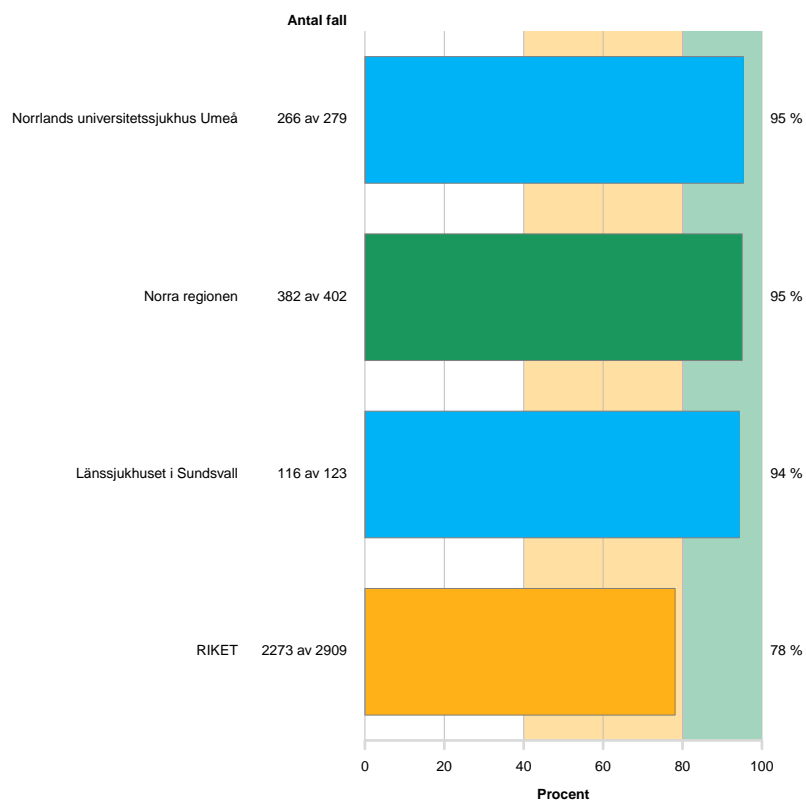
Figur 11. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2017.



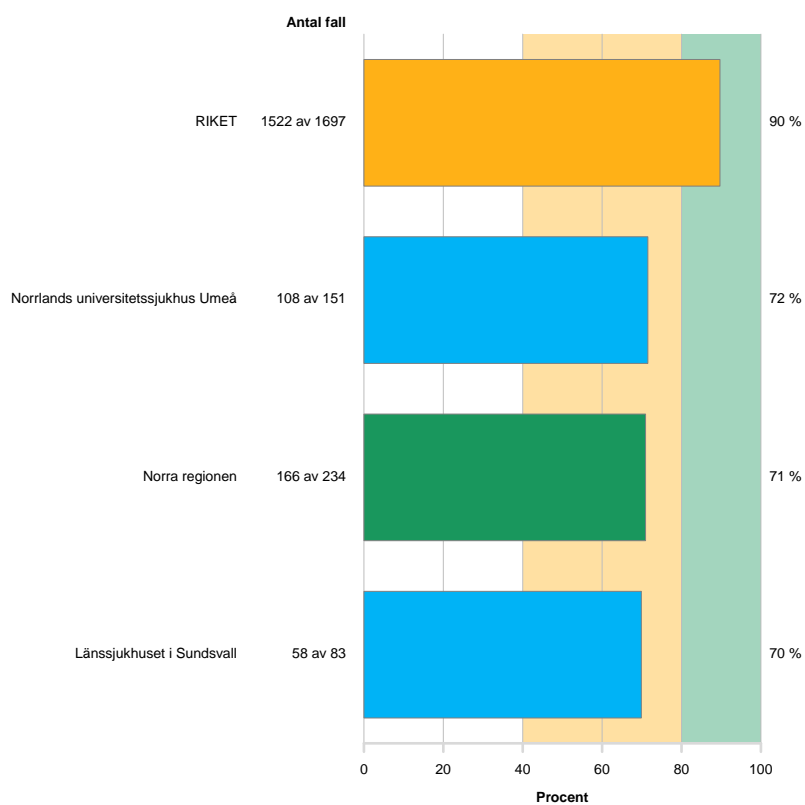
Figur 12. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2017. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

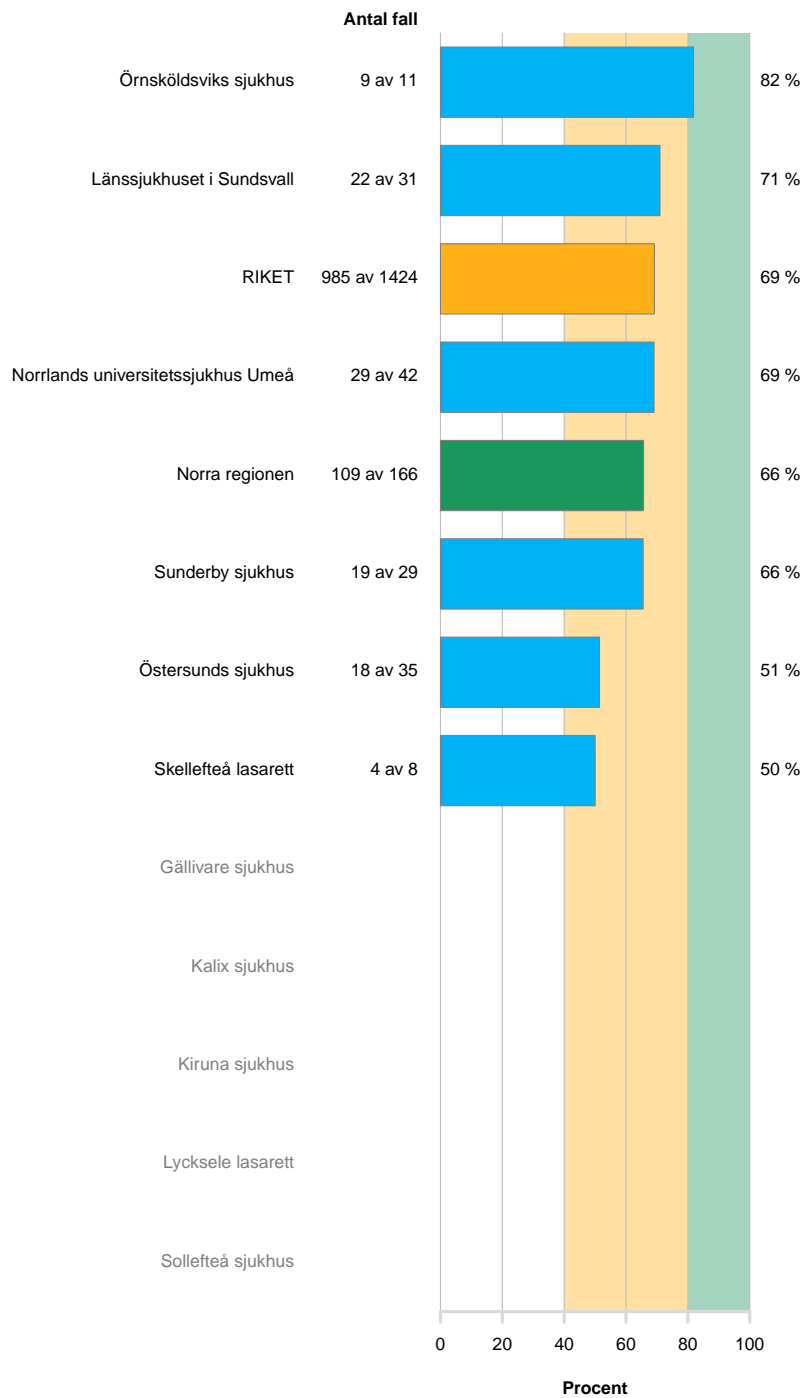
## Kvalitetsindikatorer - onkologi



Figur 13. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.

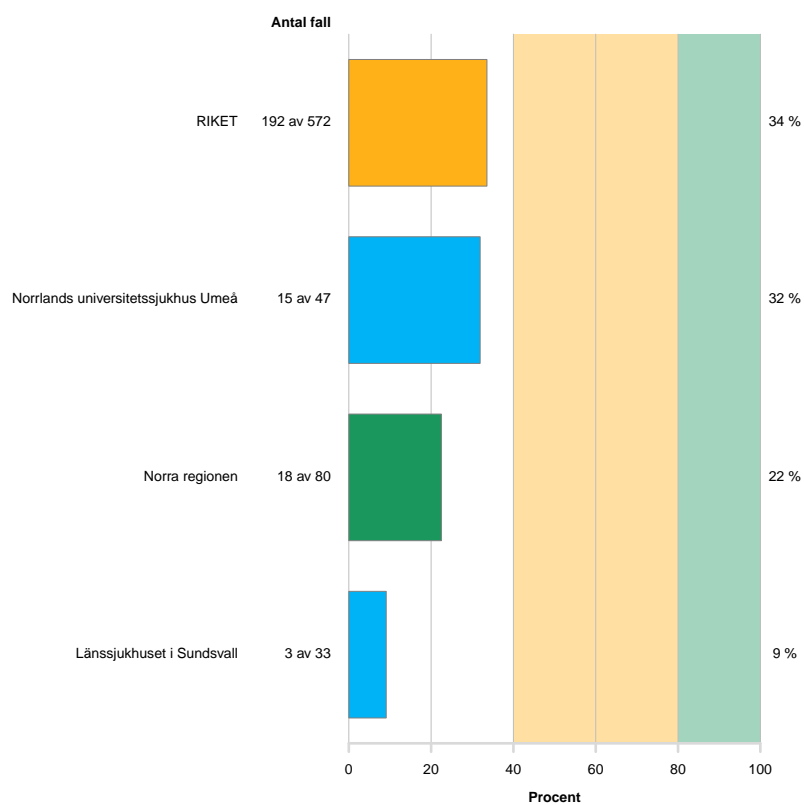


Figur 14. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.

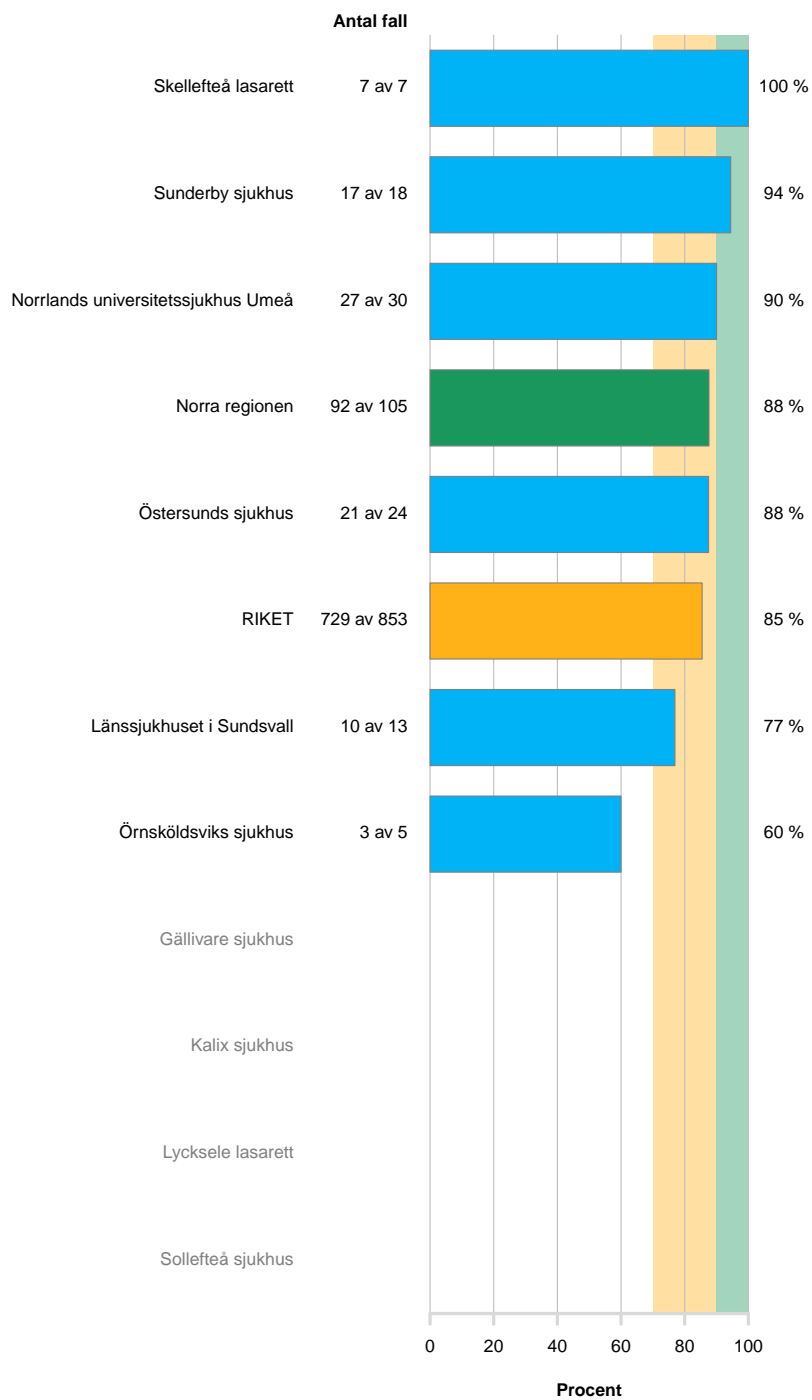


Figur 15. Deltagande i multidisciplinär konferens om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos  $\leq$  80 år) med högriscancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.

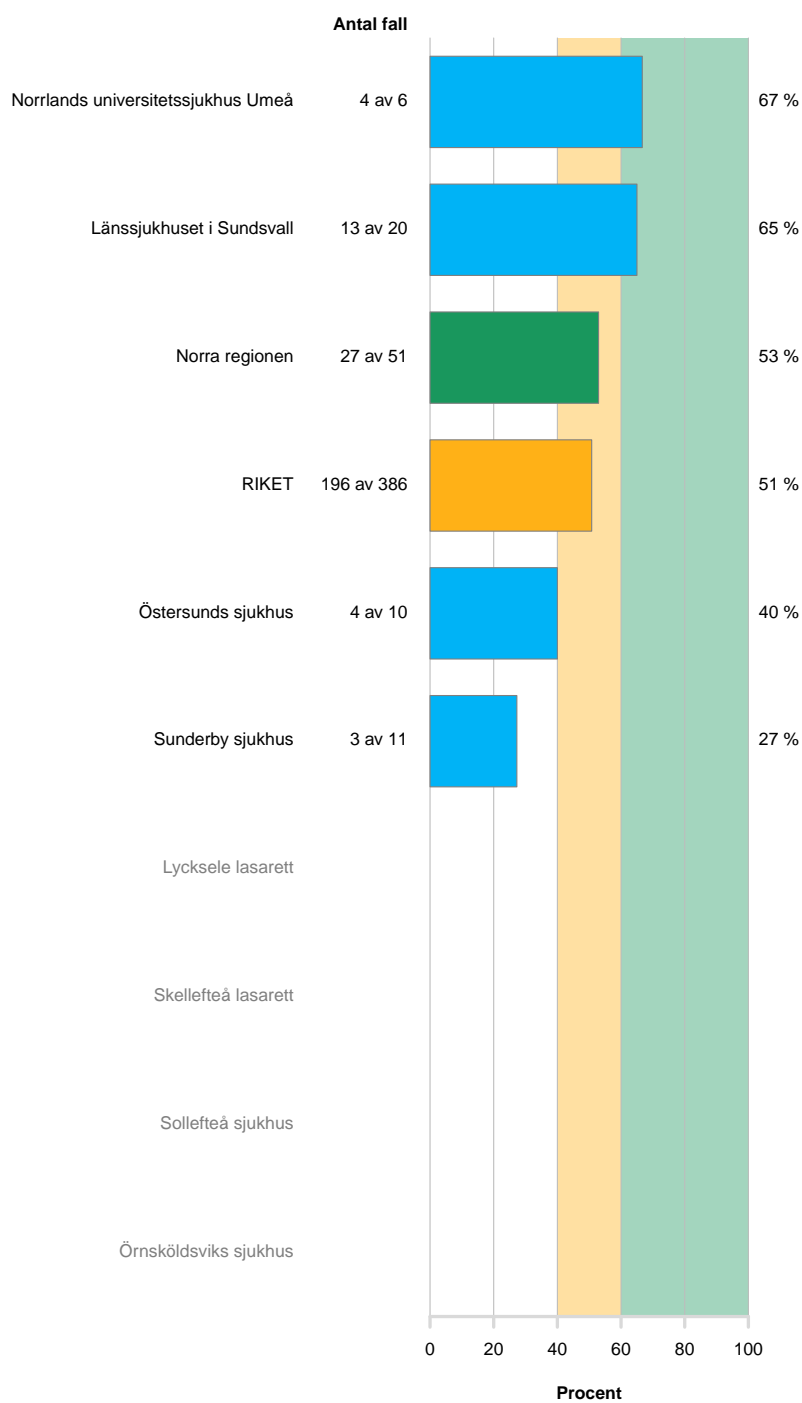




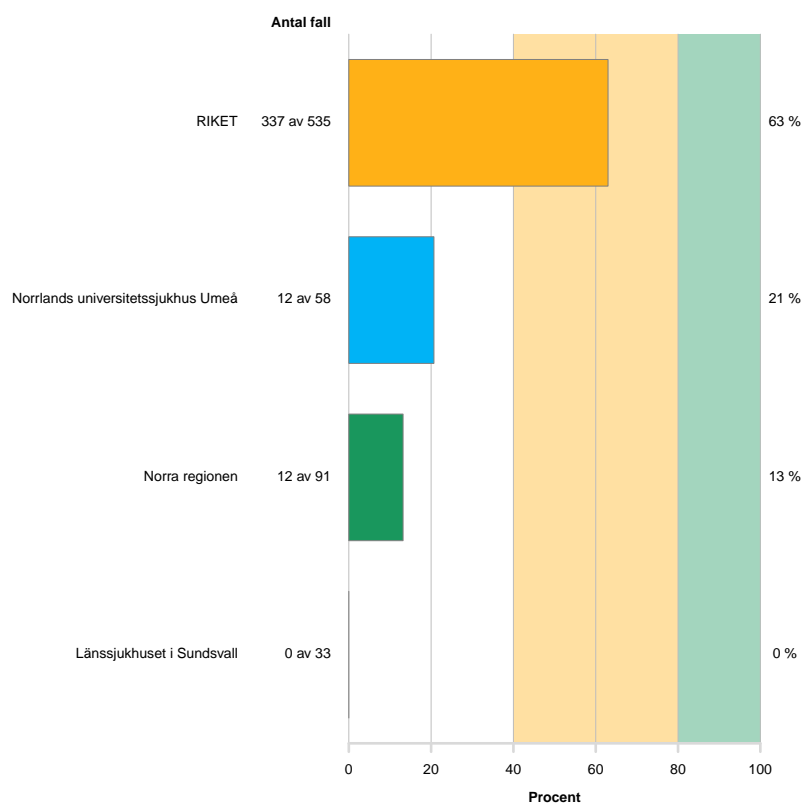
Figur 16. Andel män med färdigutredd lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer där behandlingsbeslut hos onkolog fattats inom 14 dagar från datum för remiss från urolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.



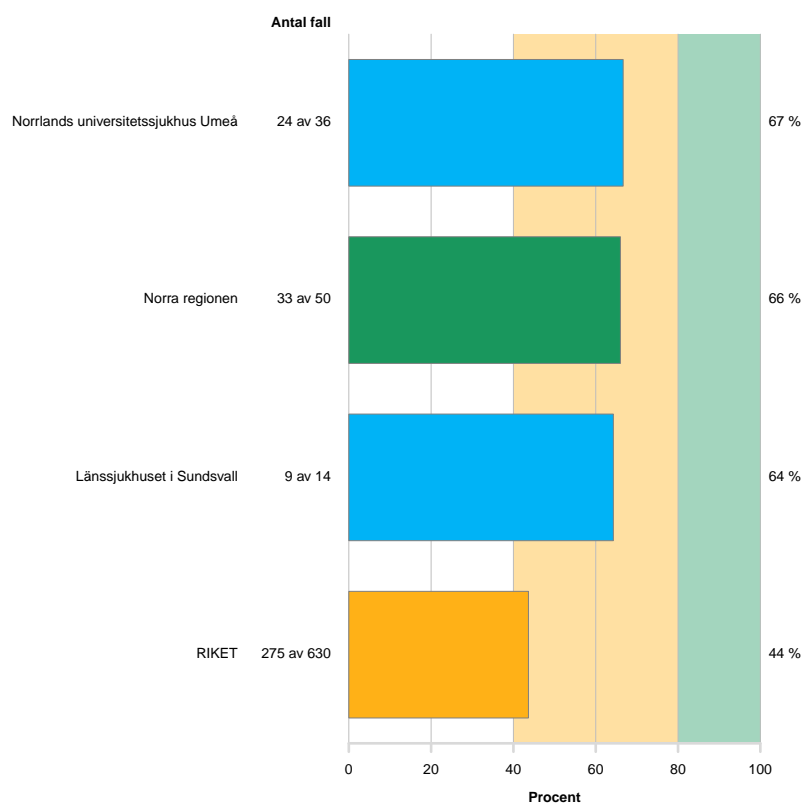
Figur 17. Kurativ terapi vid lokaliserad högriscancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos  $\leq$  75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



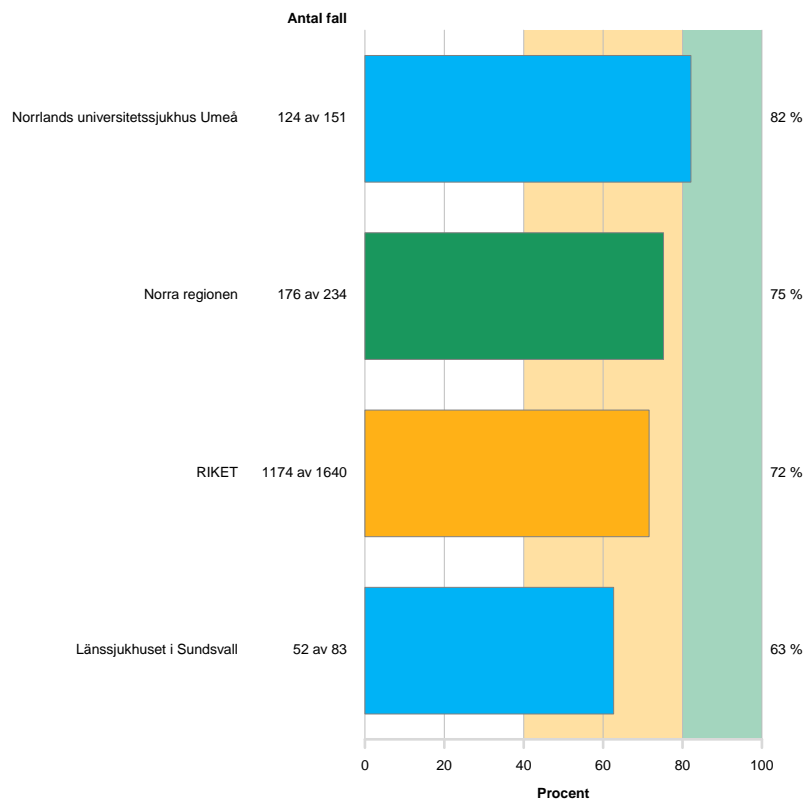
Figur 18. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2017.



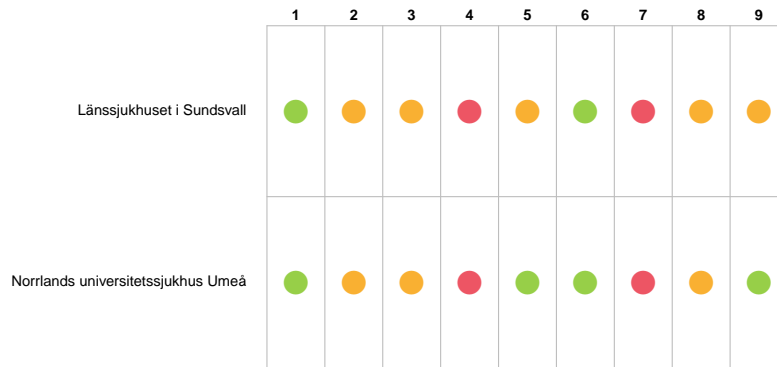
Figur 19. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.



Figur 20. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.



Figur 21. Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2017.



1. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
2. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
3. 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. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
4. 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. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
5. Kurativ terapi vid lokaliserad högriskcancer för män vars förväntade överlevnad överstiger tio år (ålder vid diagnos <= 75 år), per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsvärde 70 %, övre gränsvärde 90 %.
6. 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. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 60 %.
7. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i komb. 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 mån. adj. hormonbeh. med antiandrogener, per strålbeh. sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
8. Andel män aktuella för postoperativ strålbehandling efter radikal prostatektomi som startat planerad strålbehandling inom 30 dagar från utfärdande av strålanmälan, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
9. Andel män som genomgått primär extern strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolymer (prostata), per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.

Figur 22. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2017. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.