

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2018

Norra regionen

Maj 2019

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 2018. . . .	9
2	Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.	10
3	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.	11
4	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.	12
5	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.	13
6	Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (operation), 68 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, diagnosår 2018.	14
7	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.	15
8	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.	16
9	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparrande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2018.	17
10	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2018.	18
11	Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2018. 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.	19
12	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.	20
13	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.	21
14	Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.	22
15	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.	23
16	Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 50 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2018.	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 2018.	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 2018.	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 2018.	27
20	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolymer (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.	28
21	Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2018. 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.	29

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 2018.

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 (93 %) försämrats något jämfört med fjolåret siffra vid samma tidpunkt. Inrapporteringen släpar i viss mån efter framförallt i Region Västernorrland och en täckningsgrad över 99,5 % brukar i slutändan uppnås. När det gäller Figur 2, inrapportering inom 30 dagar efter prostatabiopsi (31 %), 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 12, inrapportering inom tre månader efter start av strålbehandling ser däremot mycket bra ut med ett snitt på 99 % i norra regionen vilket är klart över rikssnittet och en förbättring jämfört med tidigare år.

Väntetider

Den genomsnittliga väntetiden från remiss till behandling är lång för prostatacancerpatienter. I rapporten redovisas flera delar av den totala väntetiden. I Figur 4 framgår att endast 19 % av patienterna träffar en urolog inom 14 dagar från remiss, en siffra som dock förbättrats lite sedan ifjol. Vidare får endast 11 % av patienterna PAD-svar inom elva dagar från biopsi (Figur 5) vilket är i nivå med riksgenomsnittet. Glädjande nog har en markant förbättring skett i Region Västernorrland där Sundsvall gått från 5 % måluppfyllelse 2017 till 35 % 2018. Dessa parametrar påverkas starkt av tillgången till urologer och patologer som ligger långt under riskgenomsnittet i norra regionen. Andelen patienter som uppfyller SVF-ledtidernas maximum avseende den totala tiden från remiss till behandling (Figur 6) ligger på 7 % i norra regionen jämfört med 9 % i riket. När tid från remiss till neoadjuvant behandling bryts ut visas likartade siffror (Figur 16). Siffrorna är inte kompletta beroende på släpande inrapportering men det är av stor vikt att regionen förbättrar sina siffror, framförallt för patienter med högriskcancer.

Väntetiden från strålanmälan till strålbehandling efter tidigare operation (Figur 19) ser bättre ut än ifjol och 76 % av patienterna når målet med behandling inom 30 dagar vilket är klart snabbare än riksgenomsnittet. Ledtiderna ser inte lika bra ut när det gäller primär strålbehandling av mellanriskcancer där tiden från behandlingsbeslut till start av behandling bör ligga under 21 dagar (Figur 15). Endast 2 % av patienterna i norra regionen uppnår målet. Av figuren kan man inte utläsa hur mediantiderna har utvecklats men i RATTEN framgår en positiv trend med en minskning från 40 dagar 2016 till 35 dagar 2018.

Kontaktsjukköterska

Andelen patienter som tilldelas en kontaktsjukköterska vid urologklinikerna i norra regionen har minskat från 86 % 2017 till 81 % 2018 (Figur 3). Definitionsmässigt måste nu ett samtal mellan kontaktsköterska och patient måste vara journalfört för att registrering i NPCR ska kunna göras och detta kan förklara den minskade andelen. På onkologklinikerna har 74 % fått en namngiven kontaktsjukköterska vilket är en liten ökning sedan ifjol (Figur 13).

Diagnostik

En ökning från 55 till 71 % över en tvåårsperiod noteras för andel män med högriskcancer som diskuteras i MDK (Figur 8 och 14). Andelen patienter med M1-sjukdom som diskuteras i MDK ligger något lägre än riksgenomsnittet (67 % i norra regionen, 79 % i riket) (Figur 7). 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 20) har siffran ökat till 81 % vilket är strax över riksgenomsnittet. En ökad användning av MR i Sundsvall kommer sannolikt att leda till ytterligare förbättrade siffror. I Umeå används MR sedan länge på de allra flesta patienter vid strålplanering.

Behandling

En relativt hög andel (72 %) av patienter med lokalt avancerad prostatacancer <80 år får kurativt syftande strålbehandling eller inkluderas i SPCG-15 vilket är en klar förbättring från fjolårets siffra på 53 % (Figur 17). När det gäller andel opererade män med låg- och mellanriskcancer som har opereras med nervsparande resektion (Figur 9) är norra regionens 68 % fortsatt lägre än riksgenomsnittet på 82 %. Denna siffra kommunicerar i viss mån med andel patienter med negativa resektionsränder vid pT2-tumör (94 % i Umeå - från Sundsvall har för få fall rapporterats och Östersund rapporterar inte denna parameter till NPCR). Siffran ligger för 2018 klart över riksgenomsnittet (Figur 10). Siffrorna för negativa resektionsränder brukar kunna svänga en del från år till år men tittar man över femårsperioden 2014–2018 så har Umeå fortsatt mycket bra siffror (89 %), Sundsvall ligger något lägre på 80 % att jämföra med riksgenomsnittet på 78 %.

En indikator där måluppfyllelsen är låg (27 %) är andel strålbehandlade män med högriskcancer som planerats för minst 18 månaders antiandrogenbehandling efter strålterapi (Figur 18). Det har funnits en tradition i norra regionen att ge sex månaders behandling vilket kan förklara siffrorna.

Slutsatser

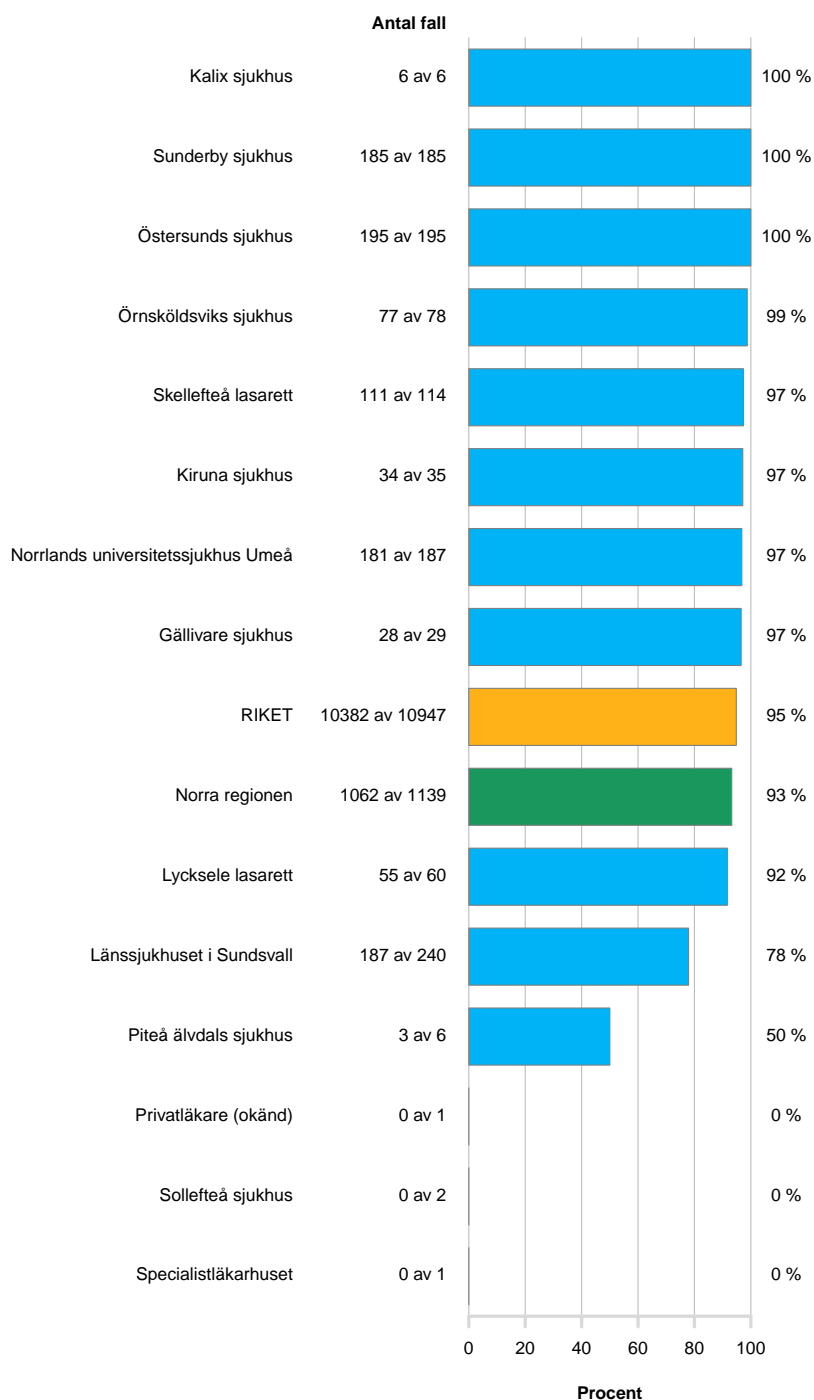
2018 års siffror i norra regionen ser överlag något bättre ut jämfört med 2017 men fortfarande finns en tydlig förbättringspotential i framförallt inrapporteringshastighet och ledtider. Fortsatt förbättrad kvalitet i utredning och behandling är prioriterat men samtidigt starkt beroende av tillgång till kvalificerad personal. Urologer och patologer utgör bristyrken och det krävs en utökad satsning på ST-utbildning i regionen. Vidare kan en utbyggnad av kontaktsjuksköterske- 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

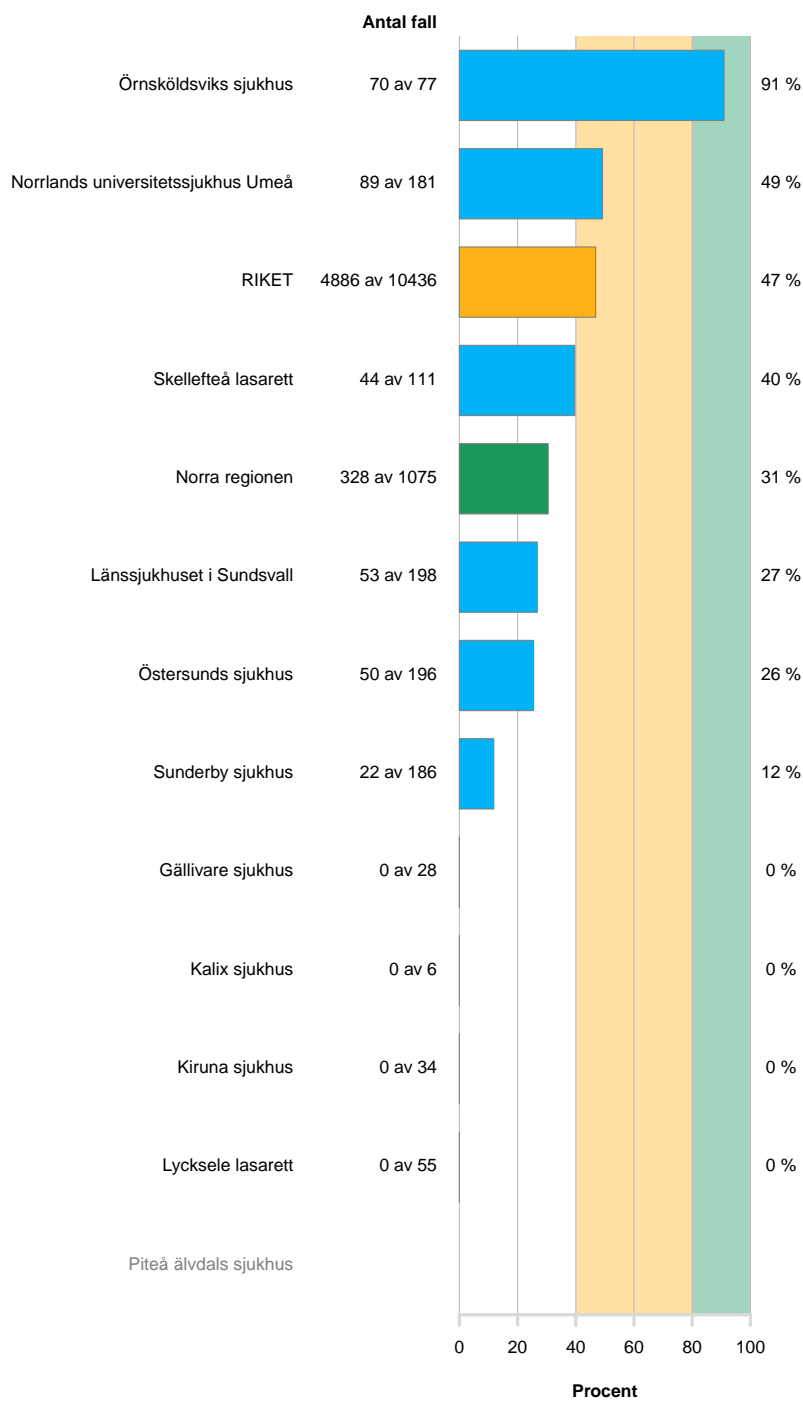
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

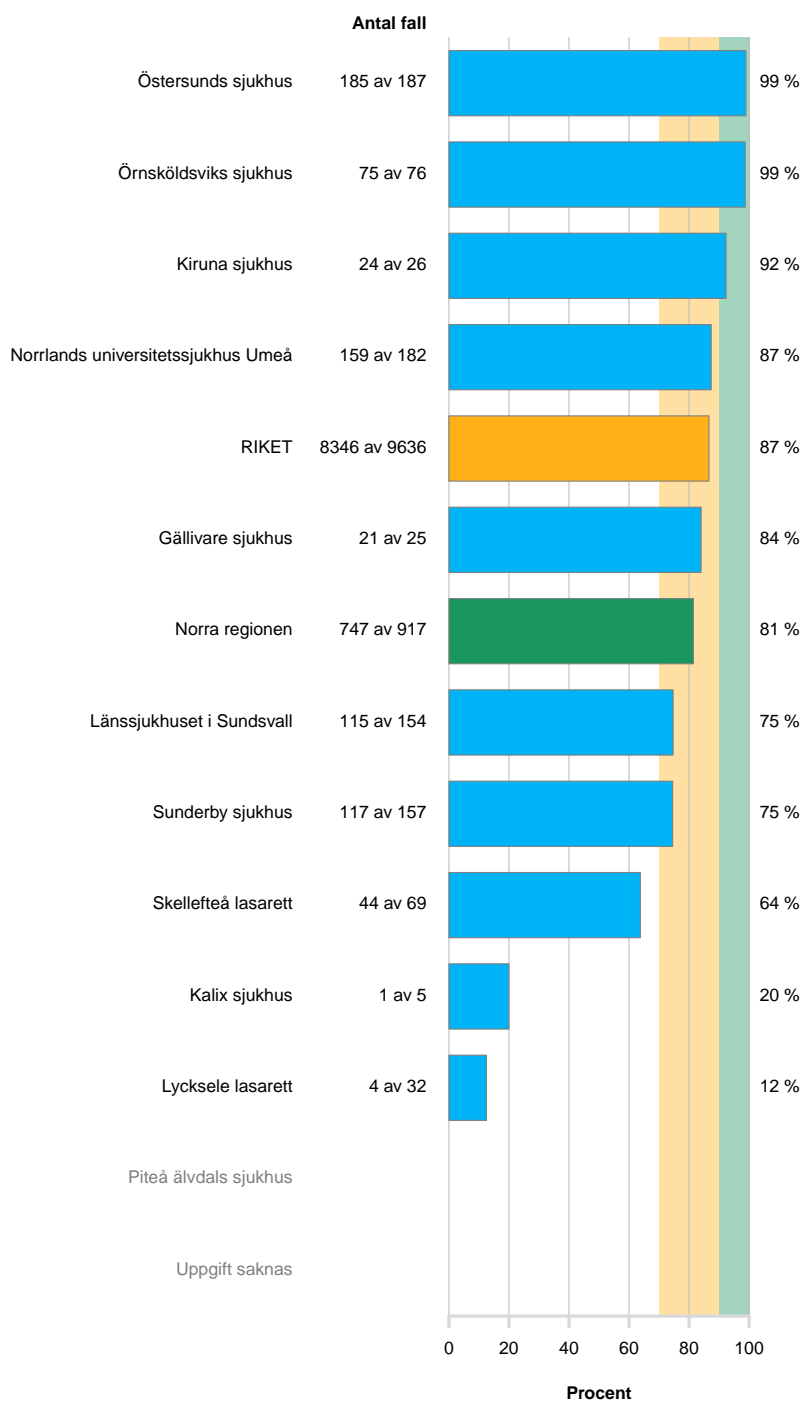


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.

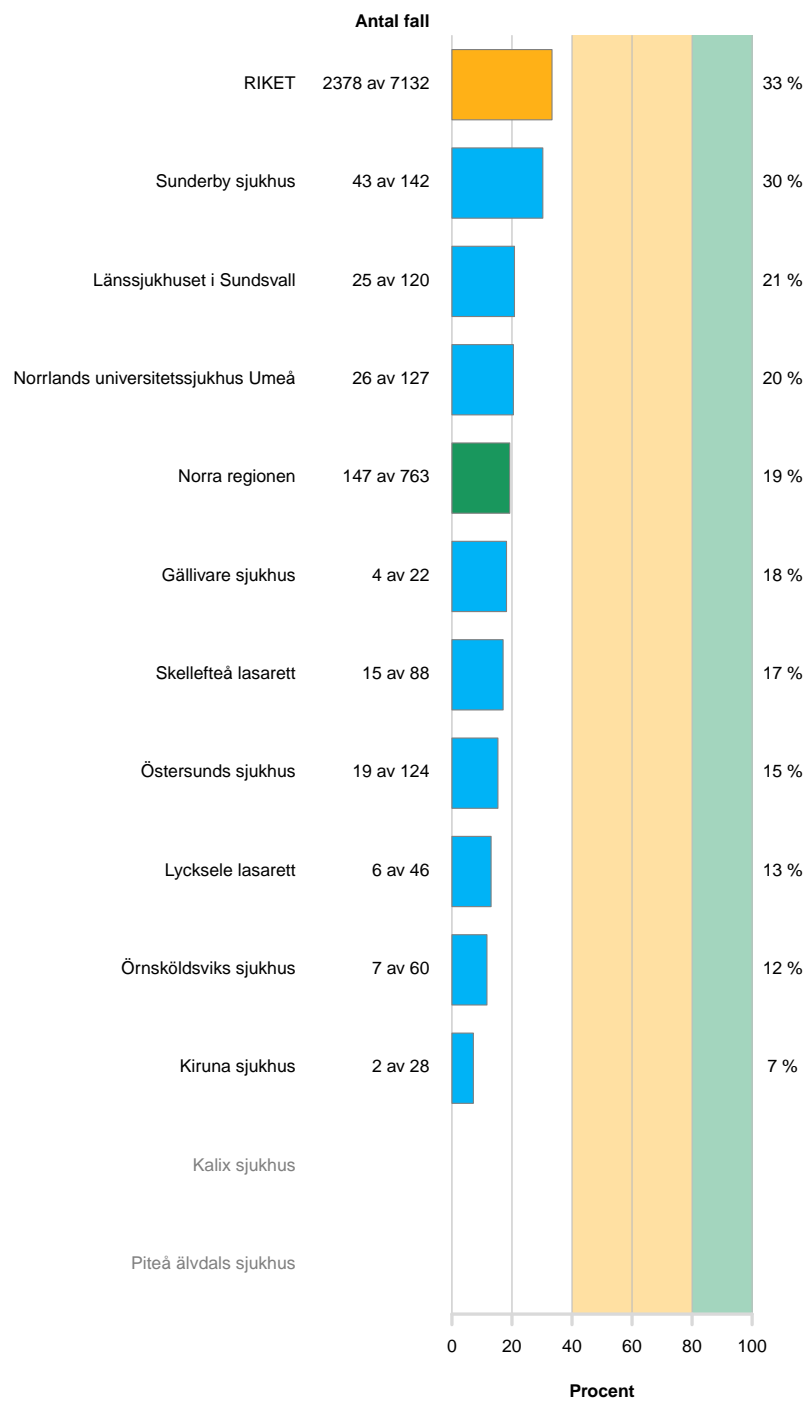
Kvalitetsindikatorer - urologi



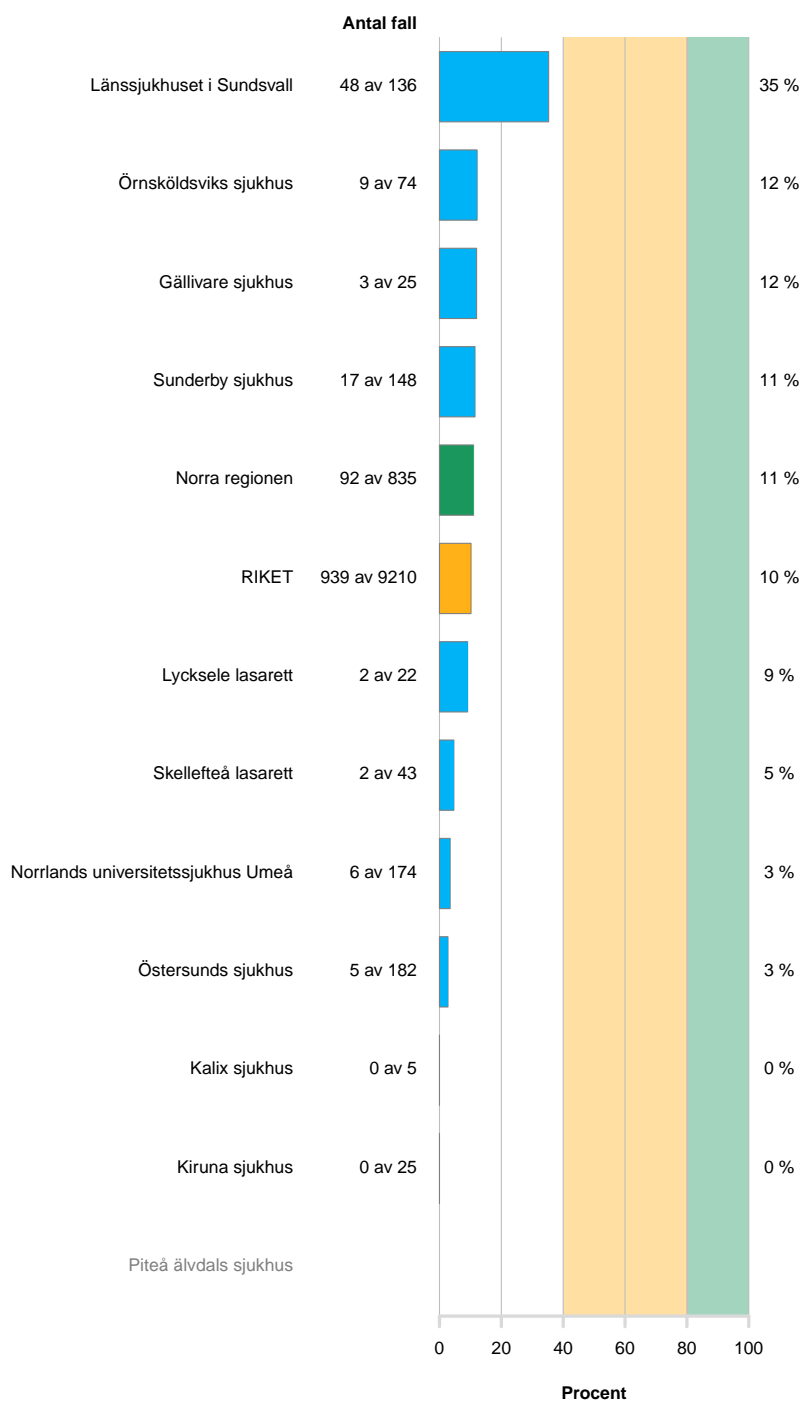
Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.



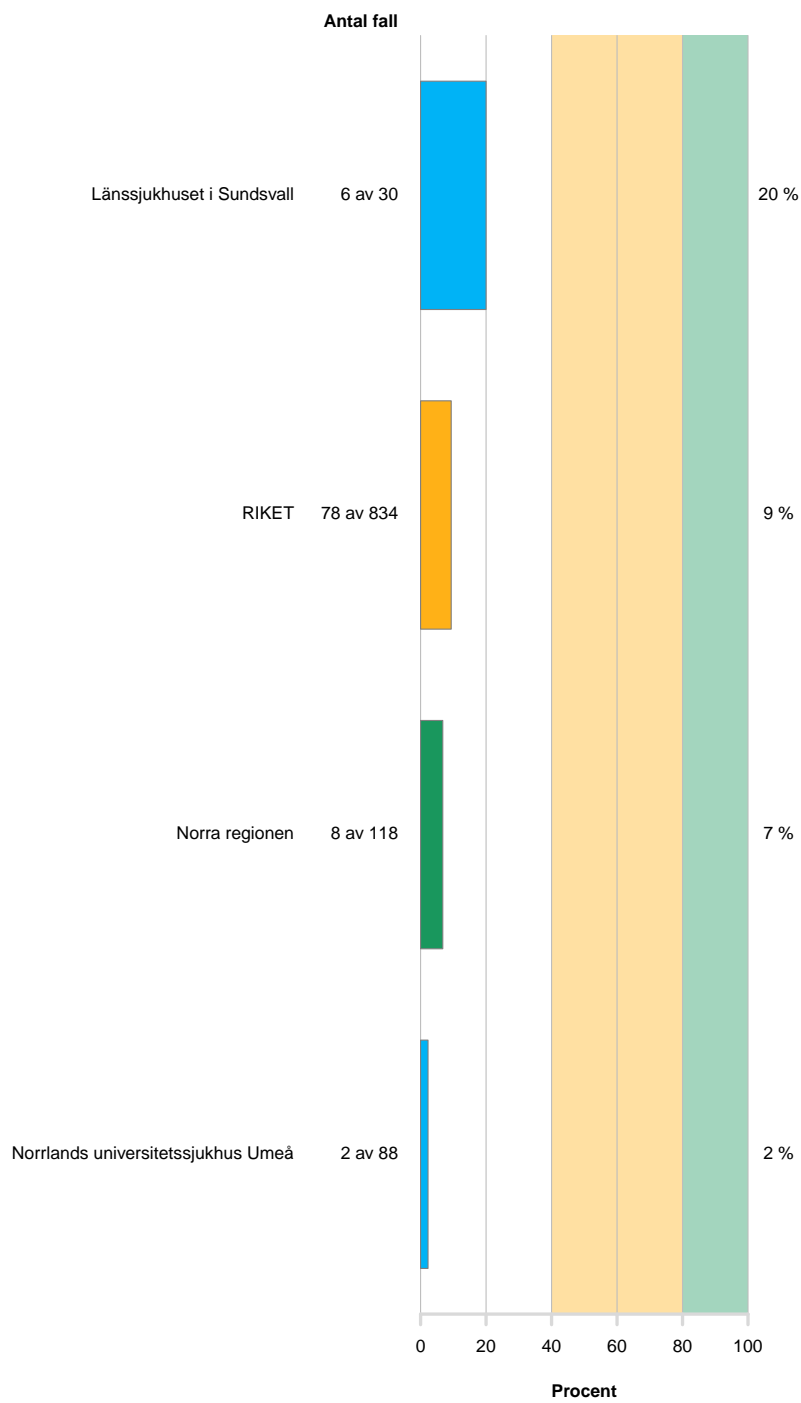
Figur 3. Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.



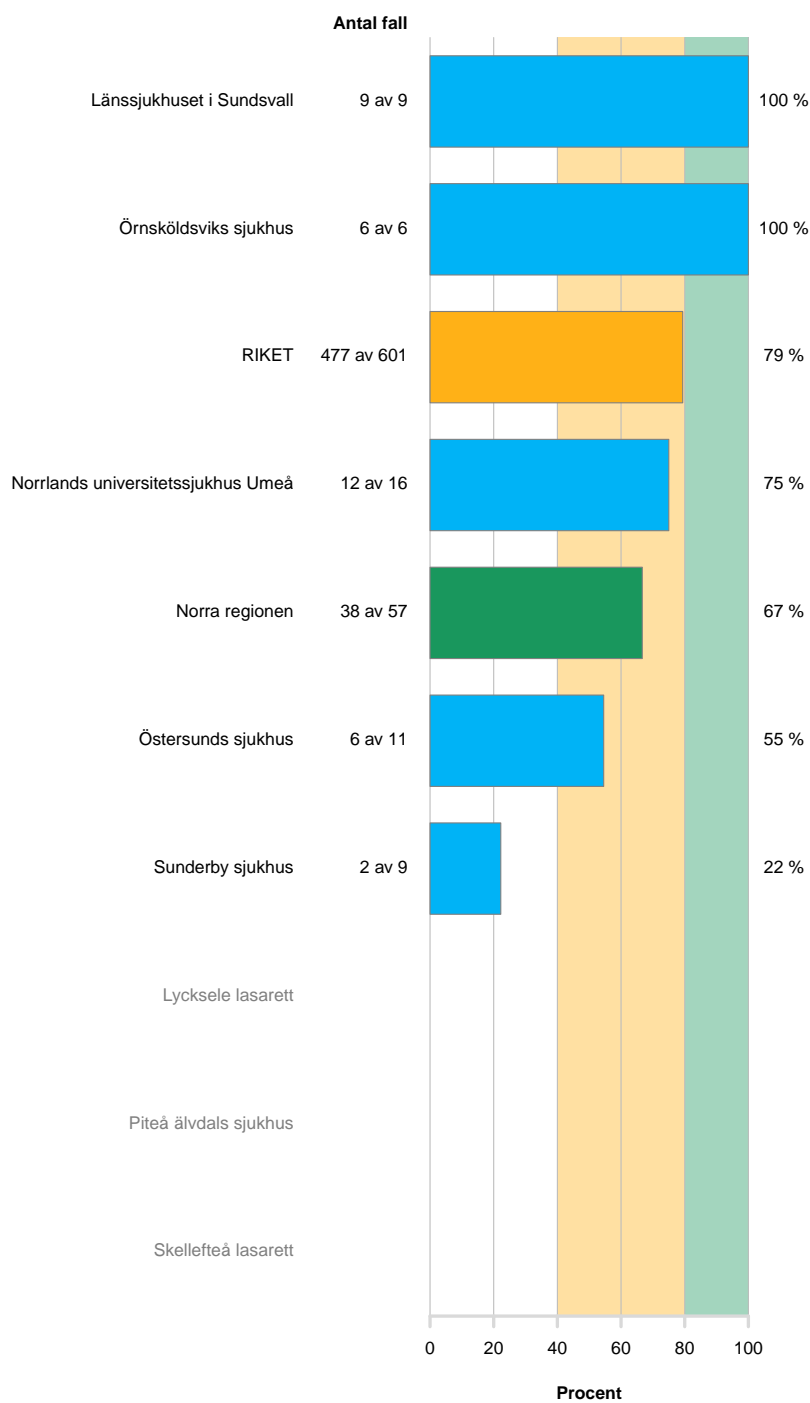
Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.



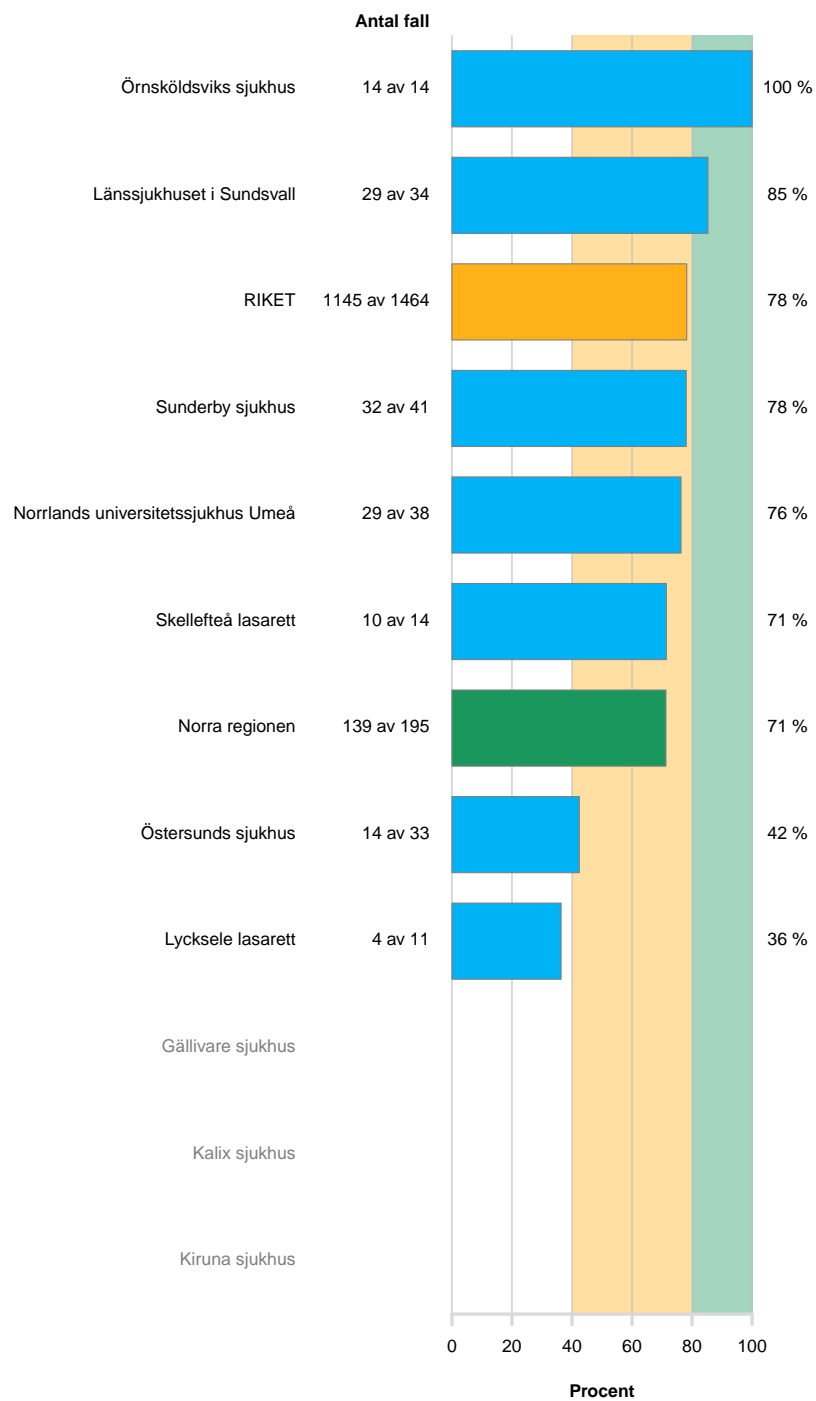
Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.



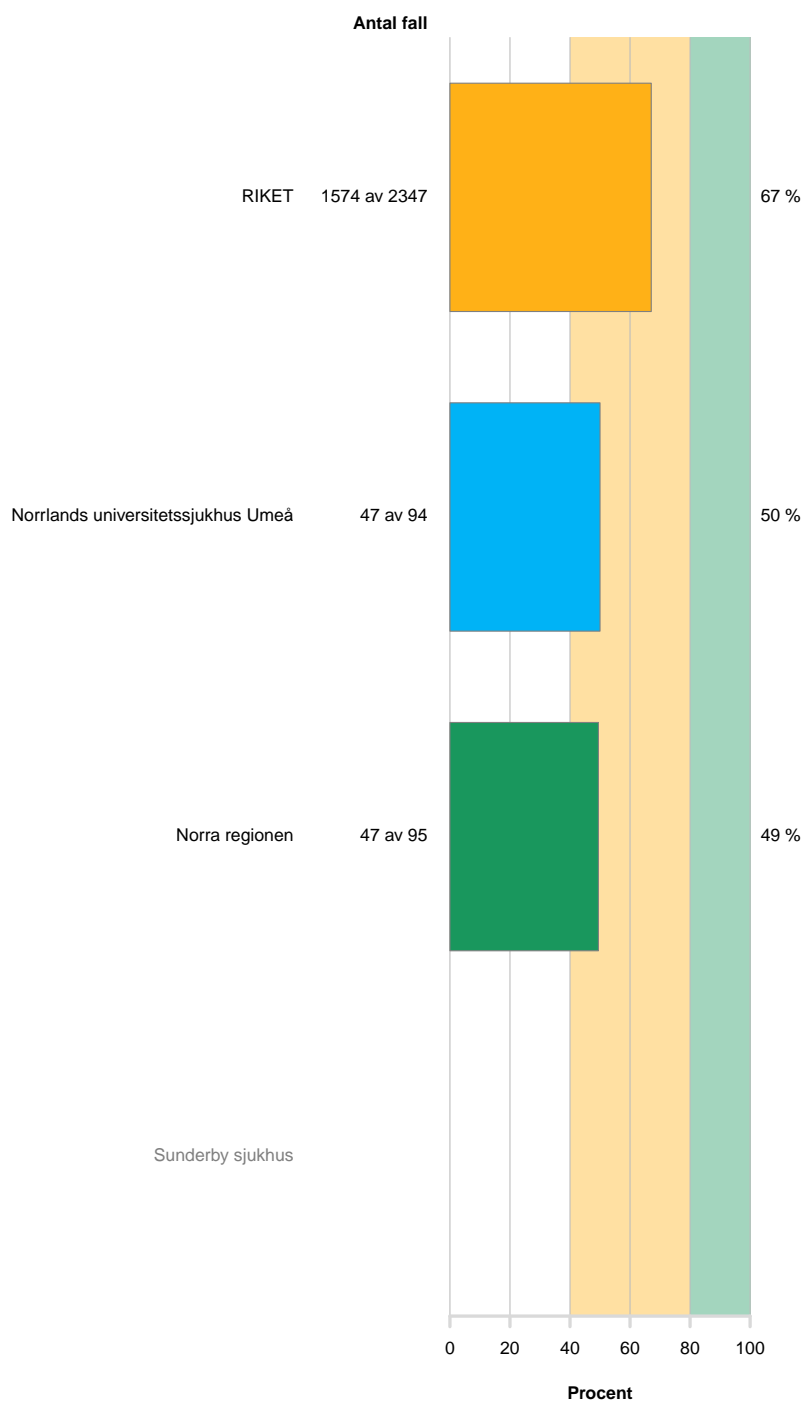
Figur 6. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (operation), 68 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per behandlande sjukhus, diagnosår 2018.



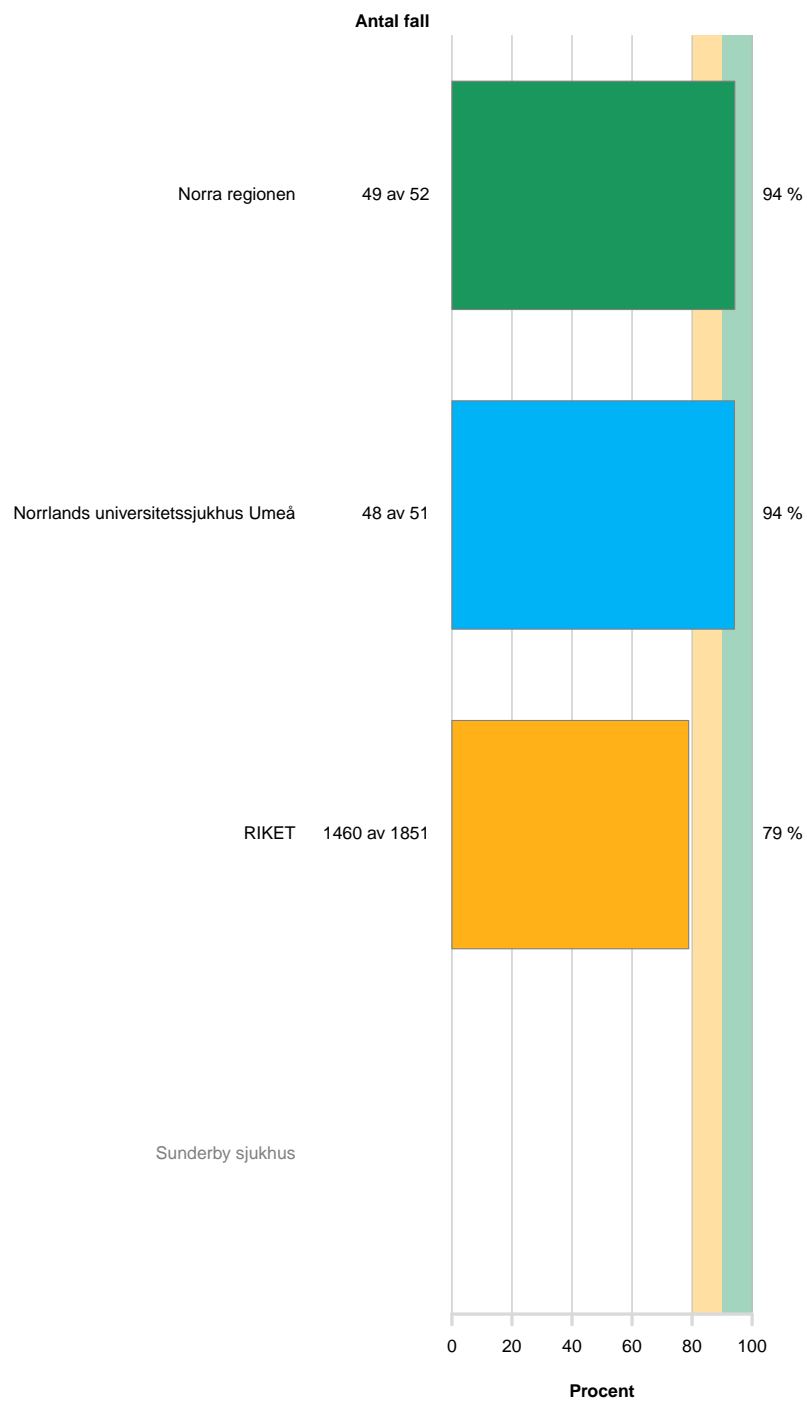
Figur 7. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos ≤ 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.



Figur 8. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.



Figur 9. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2018.



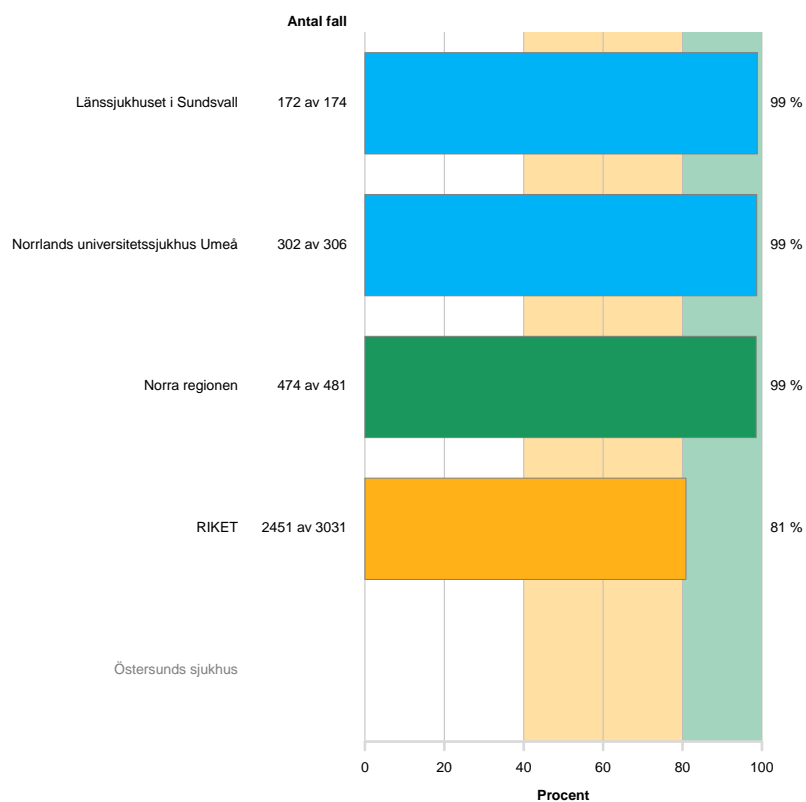
Figur 10. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2018.



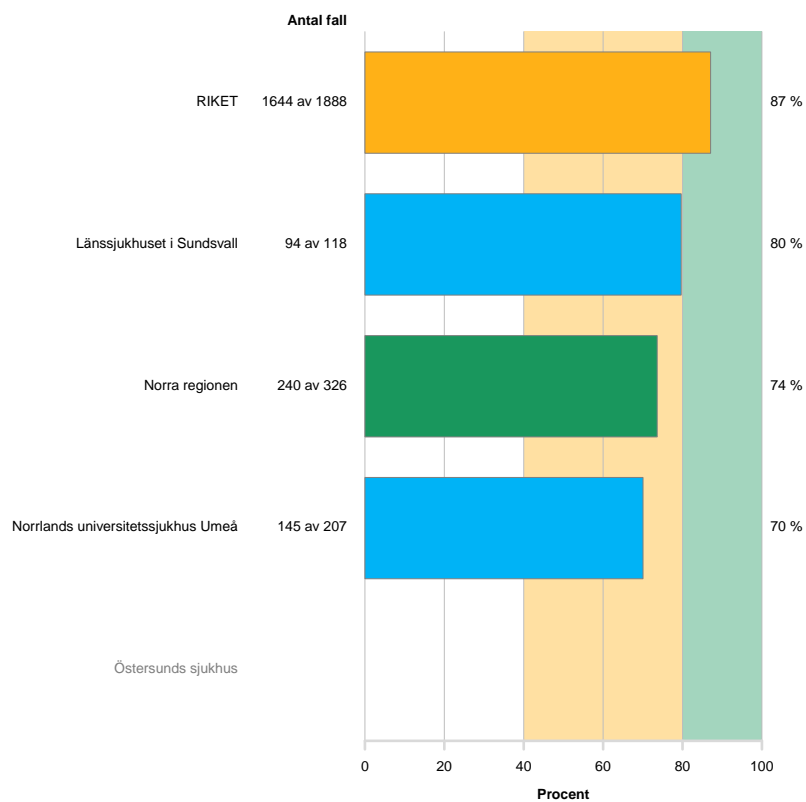
Figur 11. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2018. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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

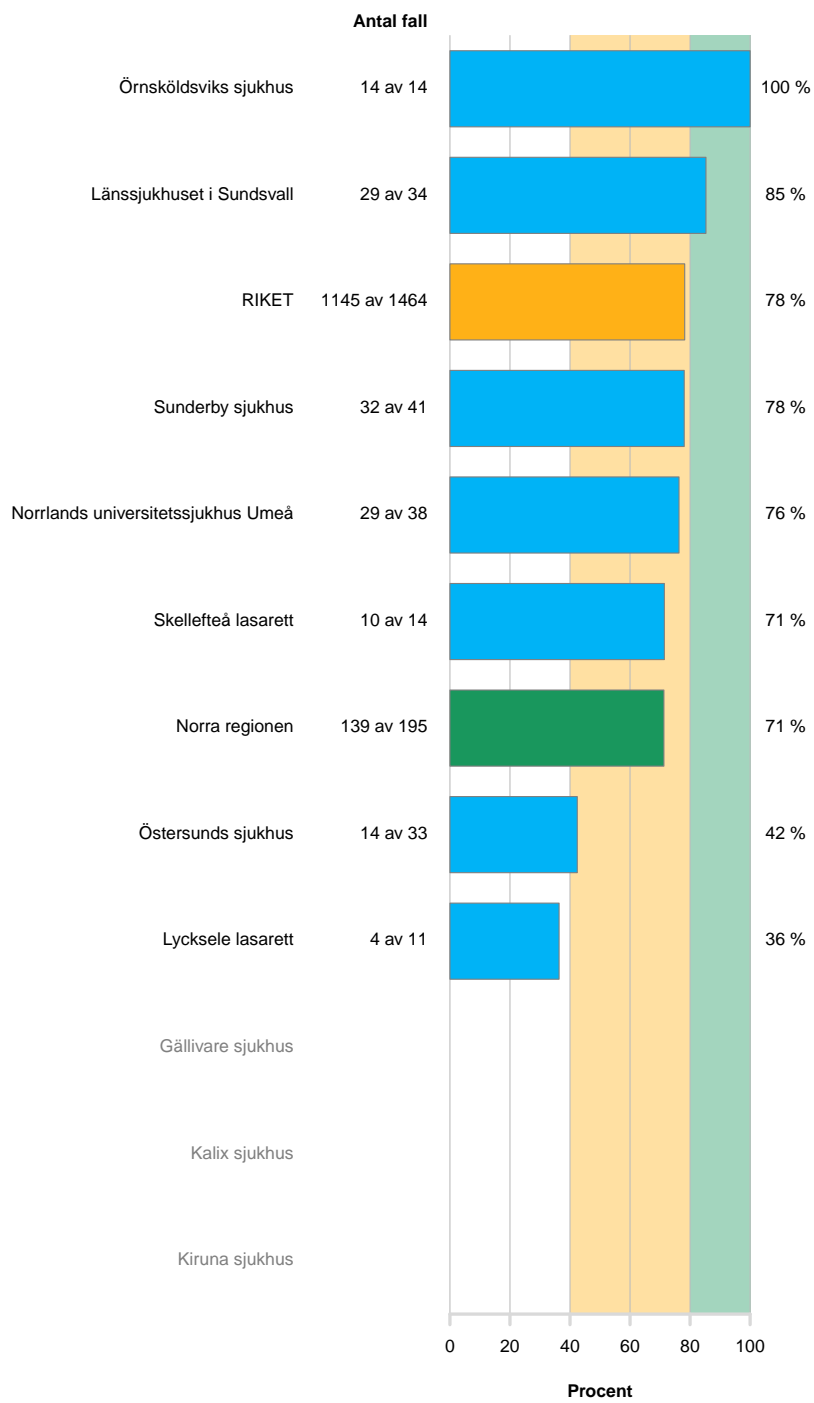
Kvalitetsindikatorer - onkologi



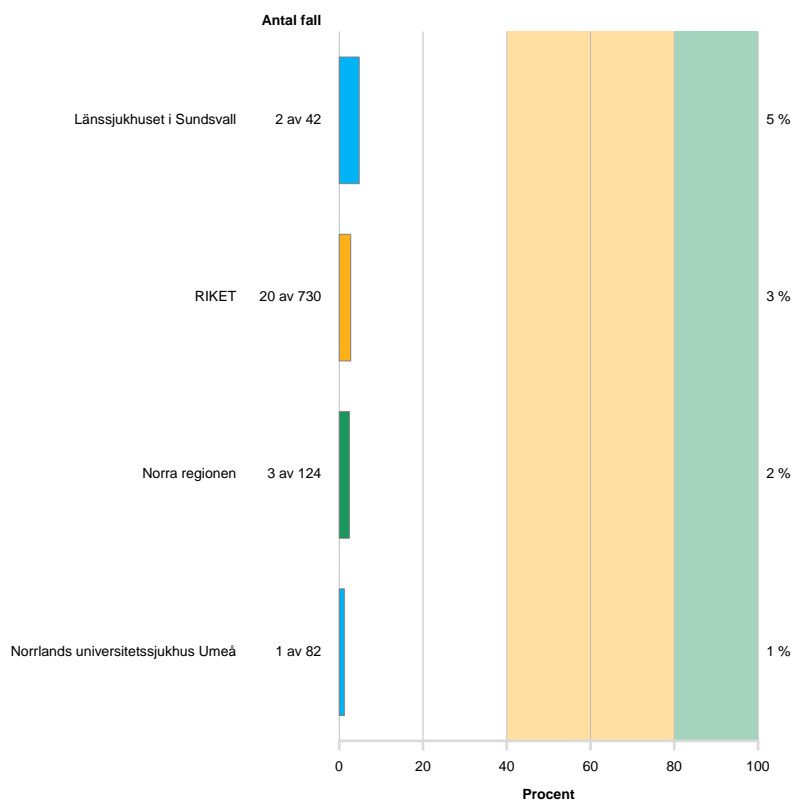
Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.



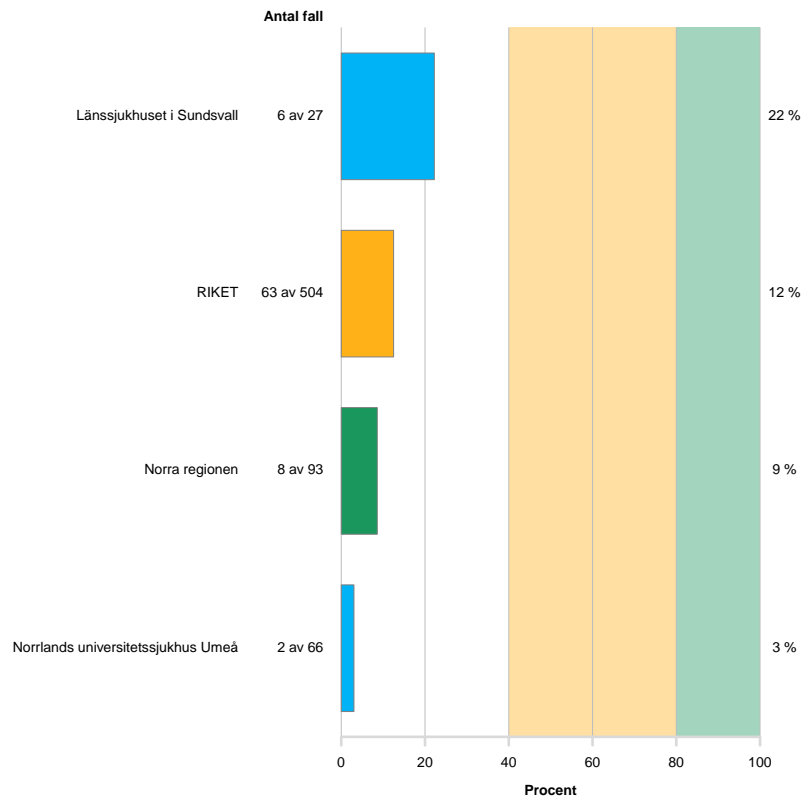
Figur 13. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.



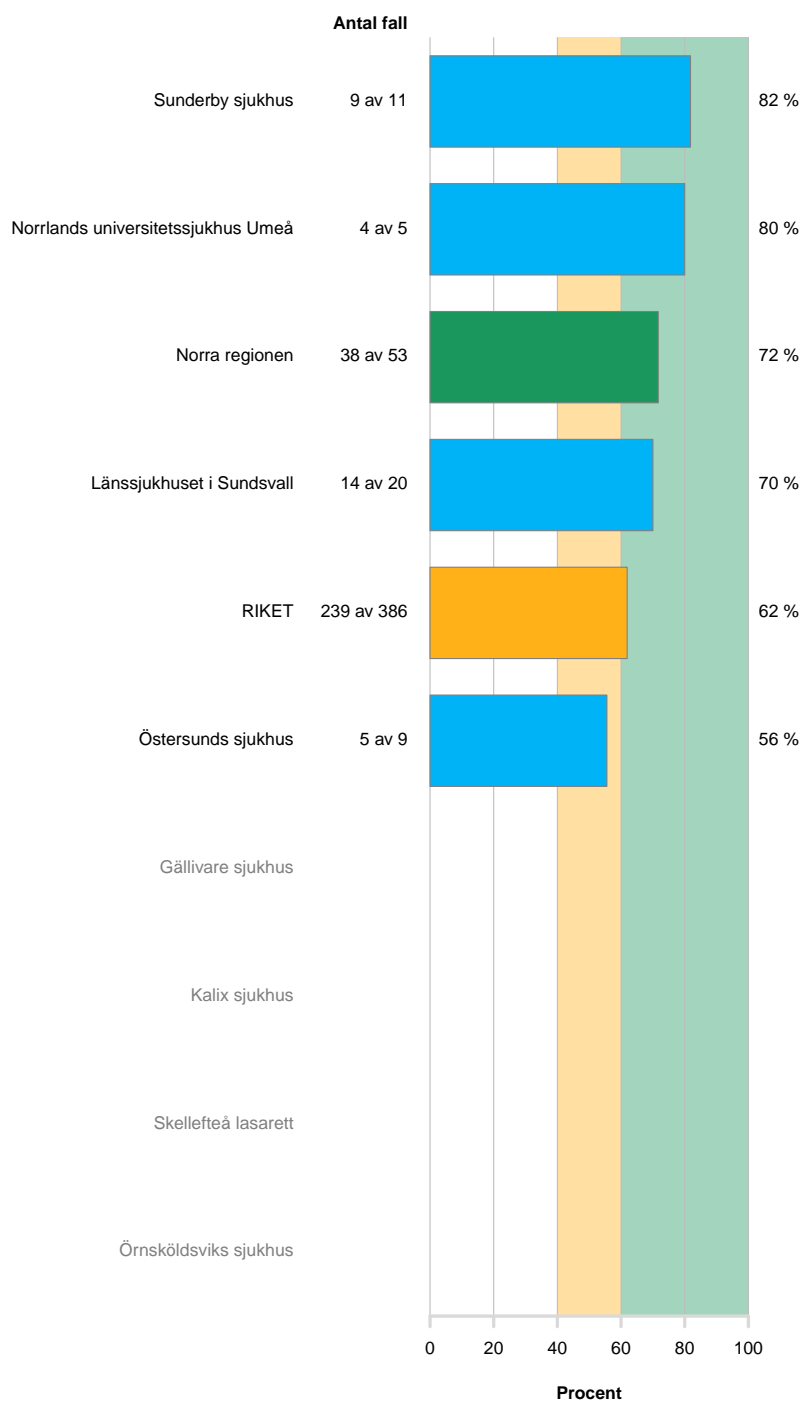
Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.



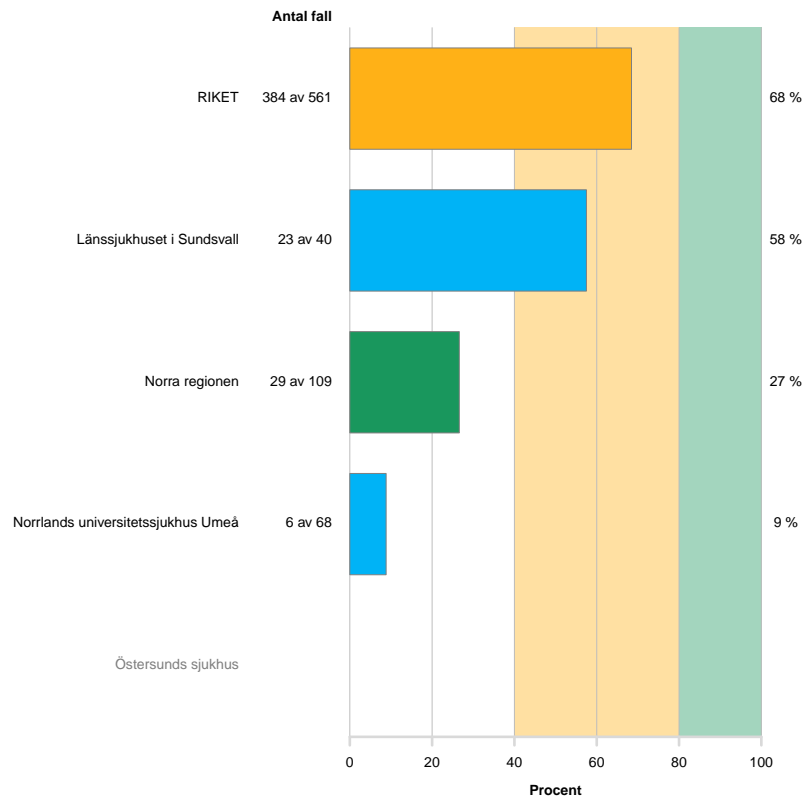
Figur 15. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.



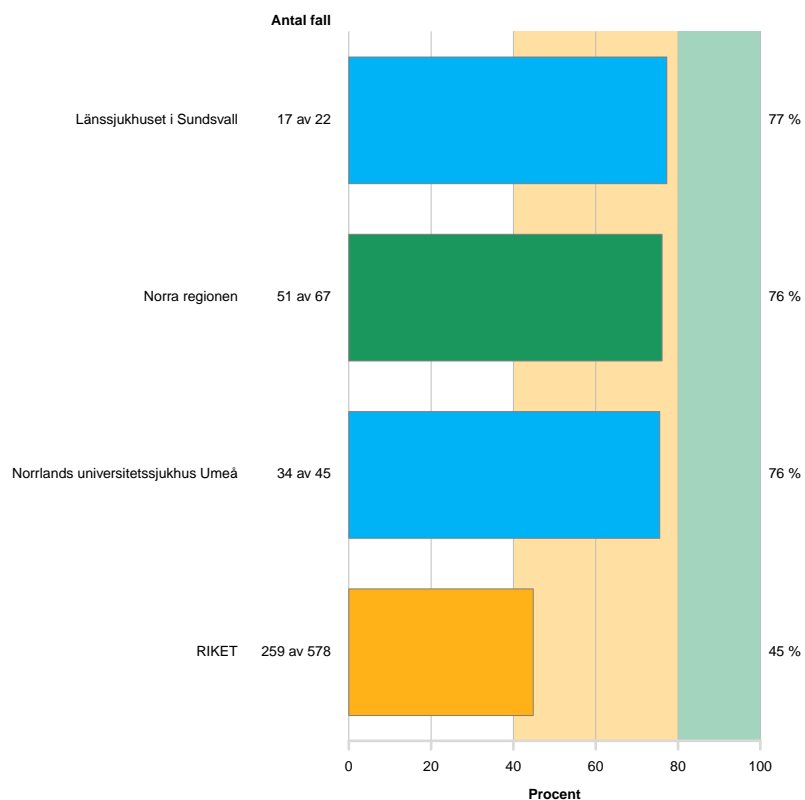
Figur 16. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 50 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbildande sjukhus, diagnosår 2018.



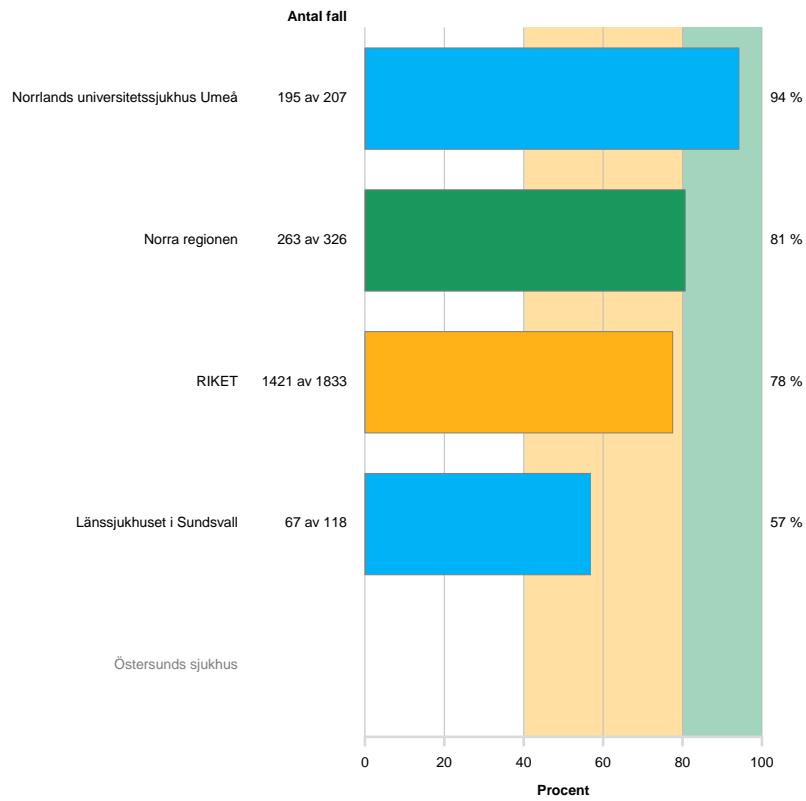
Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.



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 strålbefrågat sjukhus, behandlingsår 2018.



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 2018.



Figur 20. Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolym (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.



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/mottagning 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 mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
5. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 50 dagar för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
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 21. Sammanfattning av Koll på läget, onkologi, 2018. 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.