

Prostatacancer

Regional kvalitetsrapport för 2018

Södra regionen

Augusti 2019

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 2018. . . .	8
2	Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.	9
3	Andel män med nydiagnosticerad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.	10
4	Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.	11
5	Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.	12
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.	13
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.	14
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.	15
9	Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgick intra-/interfasciellt nervsparrande resektion, per opererande sjukhus, operationssår 2018.	16
10	Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus, operationssår 2018.	17
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.	18
12	Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.	19
13	Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.	20
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.	21
15	Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.	22
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.	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 2018.	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 2018.	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 2018.	26
20	Andel män som genomgått primär strålbehandling där MR använts som stöd vid definition av målvolymer (prostata), per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.	27
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.	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 Södra regionens resultat i Koll på läget tom 31 december 2018.

KOMMENTARER TILL KVALITETSINDIKATORER

Trots att vi har arbetat intensivt för att uppnå målen inom SVF med kortare väntetider för utredning och behandling av prostatacancer är vi inte i närheten av målet. Bäst lyckas mindre enheter som Växjö, Karlskrona och Ystad, där all diagnostik, utredning och behandling inom upptagningsområdet utförs. I Region Skåne har Helsingborg halkat ner från att alltid ligga i topp till att ligga ganska långt ner. En stor del av primära utredningen har lagts ut på privata avtal. Trots upprepade påstötningar prioriteras inte inrapportering alls på vissa privata enheter, även om man har en skyldighet att göra detta som canceranmälan. Skälet till detta kan vara att ingen ersättning betalas ut för registreringen, men inrapportering ingår i att diagnostisera sjukdomen.

Väntetiderna från remiss till behandling når inte målet på 61 dagar i något fall. Frågan är om målet är rätt. Prostatacancer har två olika kurativa behandlingar. Idag görs fler undersökningar inför behandlingsbeslut och ett välgrundat beslut med fullt informerad patient är bättre än ett förhastat beslut som patienten inte känner sig nöjd med. Ändå kan mycket göras för att korta processen. Idag saknas MR-kapacitet, kapacitet att svara på PET-CT, kapacitet på multidisciplinär konferens och mottagningstider.

Kvalitetsindikatorerna gällande kurativt syftande strålbehandling ger en blandad bild, med såväl tillfredsställande som icke acceptabla förhållanden. Fortsatt är situationen relativt god gällande exempelvis diskussion på MDK alternativt bedömning på gemensam mottagning, liksom handläggandet vid kurativ strålbehandling vid PSA-recidiv efter genomgången kirurgi. På SUS pågår arbete kring patientflödet från behandlingsbeslut till strålstart, ett behov som tydliggörs i figur 15, som visar att i princip ingen patient med intermediärrisk prostatacancer påbörjat behandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut. Å andra sidan är sättet att mäta något missvisande, att också redovisa exempelvis medianvärdet hade varit av värde, och då hade det sannolikt sett mindre illa ut. En för 2018 ny kvalitetsindikator tarvar närmare analys, nämligen den som presenteras i figur 16, tid mellan utfärdande av remiss till start av neoadjuvant behandling. För denna indikator är våra resultat är dåliga och detta måste närmare undersökas.

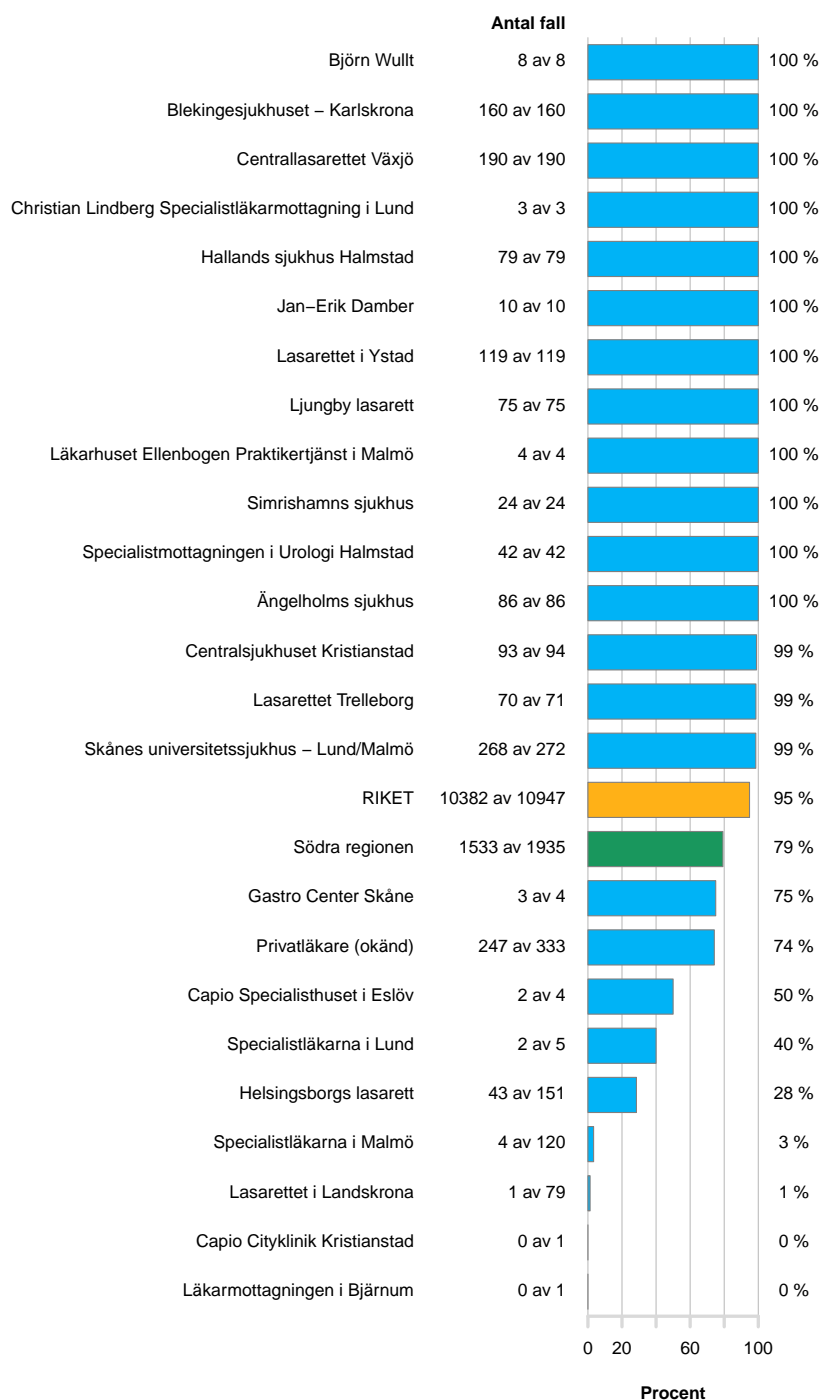
Återigen ligger de mindre enheterna med hela processen samlad bättre till jämfört med när behandlingsbeslut och genomförande skall lämnas över till annan enhet. I redovisningen borde mediantider och kvartiler redovisas hellre än att ingen nådde det uppsatta målet.

Göran Ahlgren, Olof Ståhl

Regional processledare urologi, onkologi

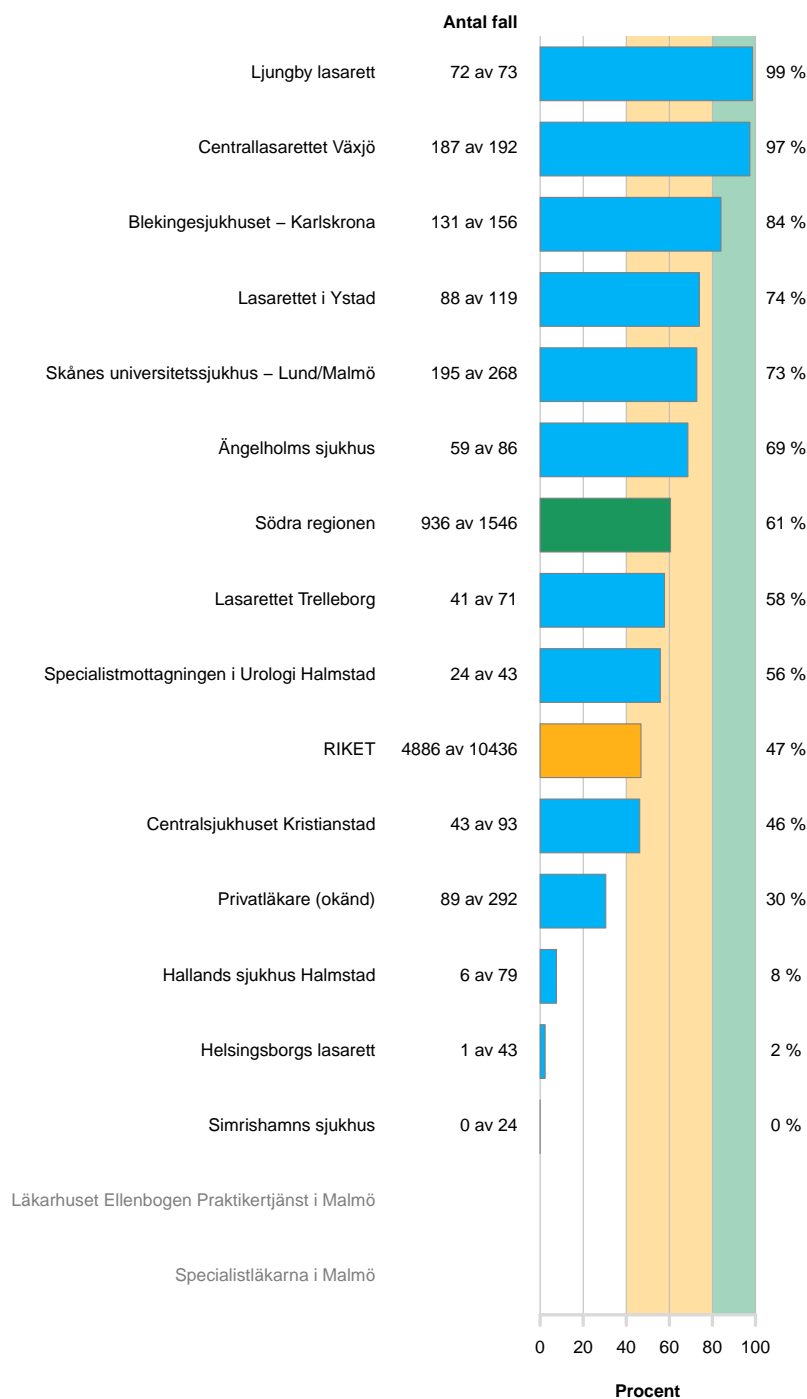
RESULTATREDOVISNING

Täckningsgrad

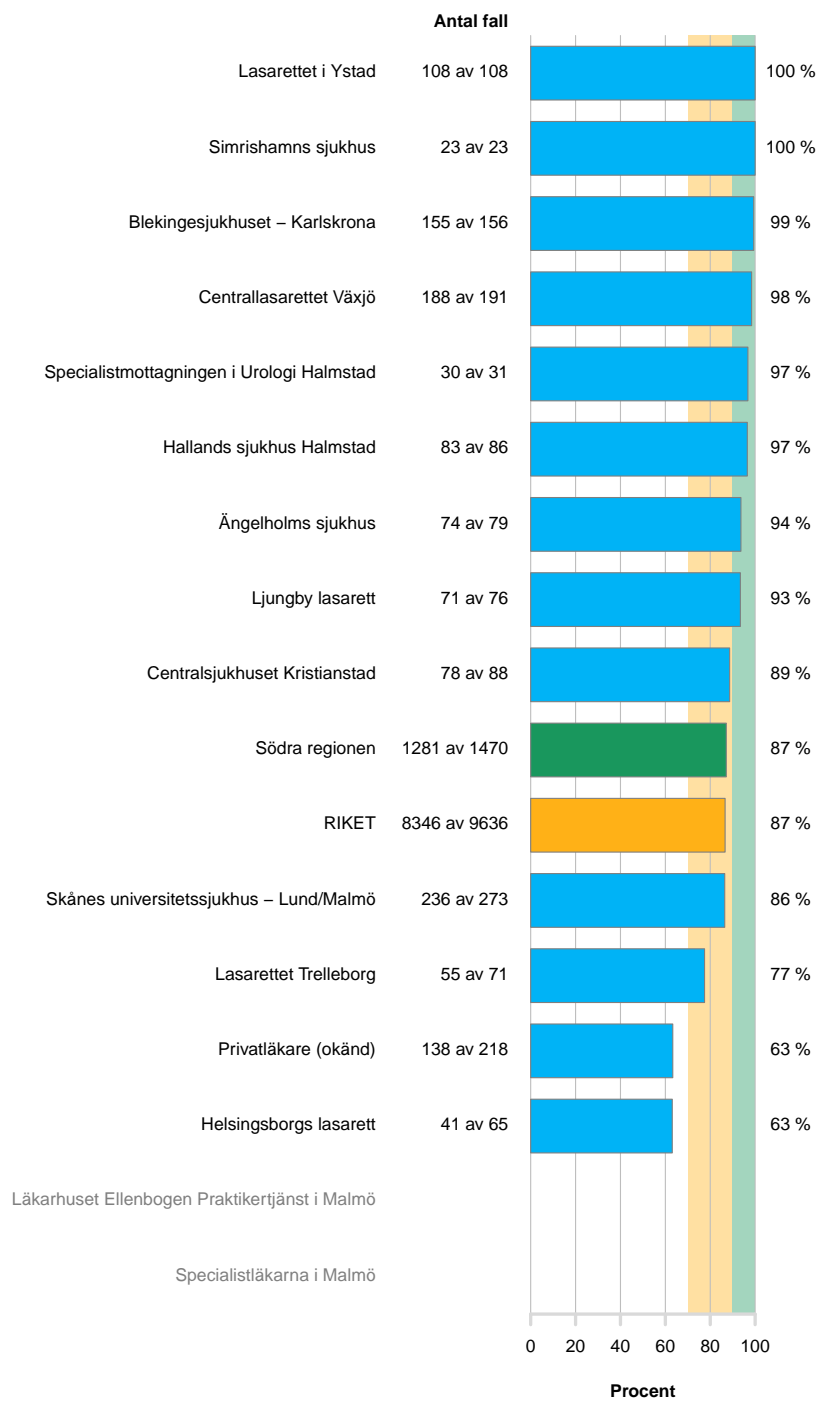


Figur 1. Täckningsgrad av NPCR mot Cancerregistret, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.

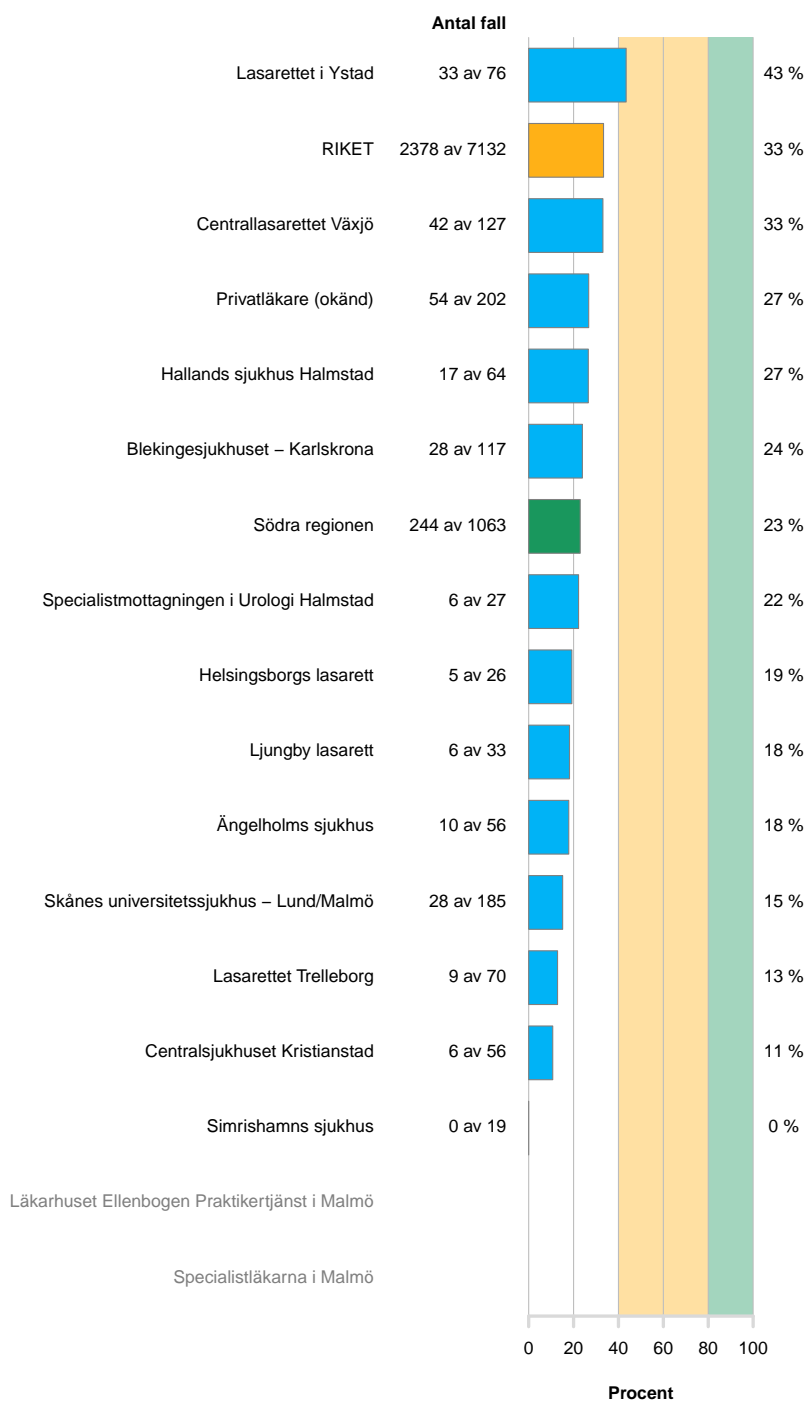
Kvalitetsindikatorer - urologi



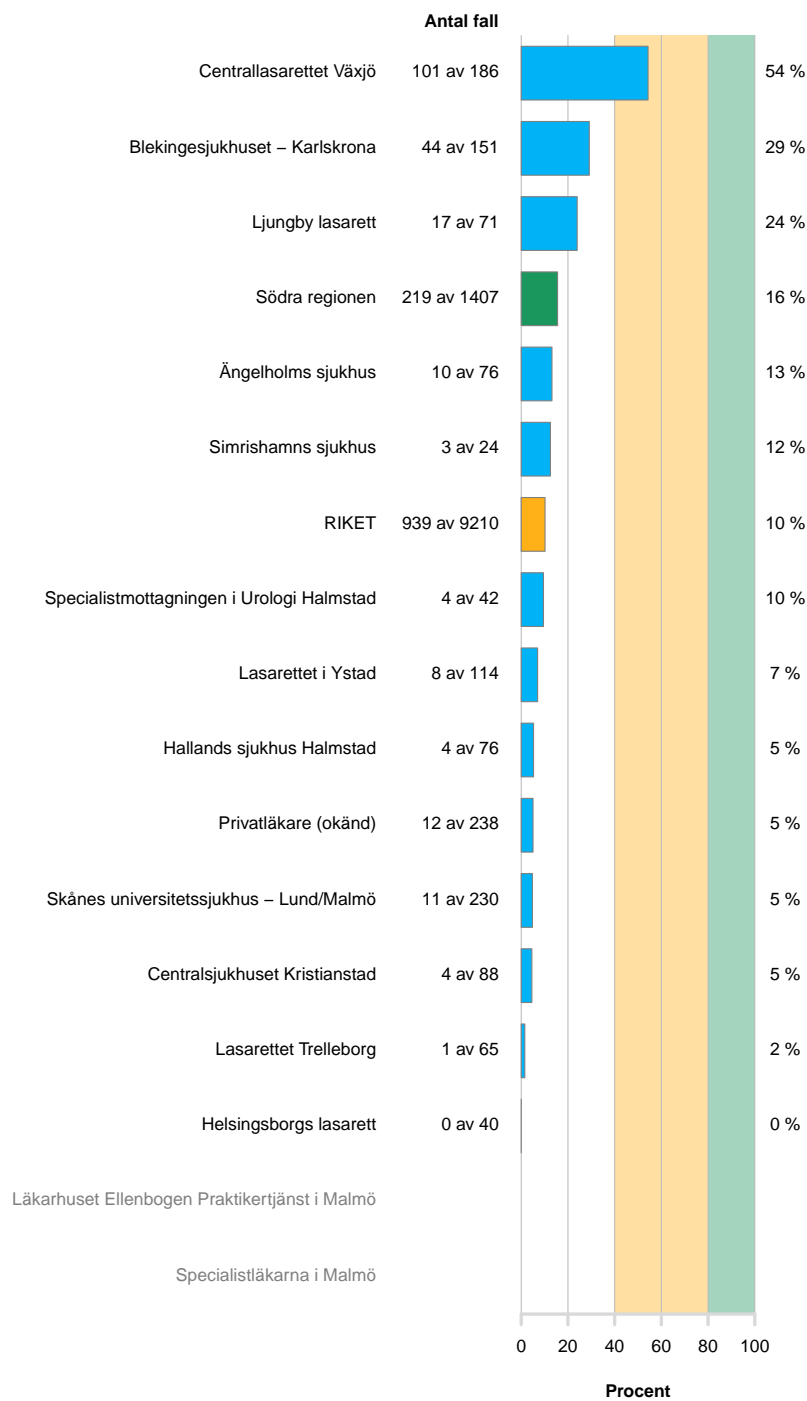
Figur 2. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.



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



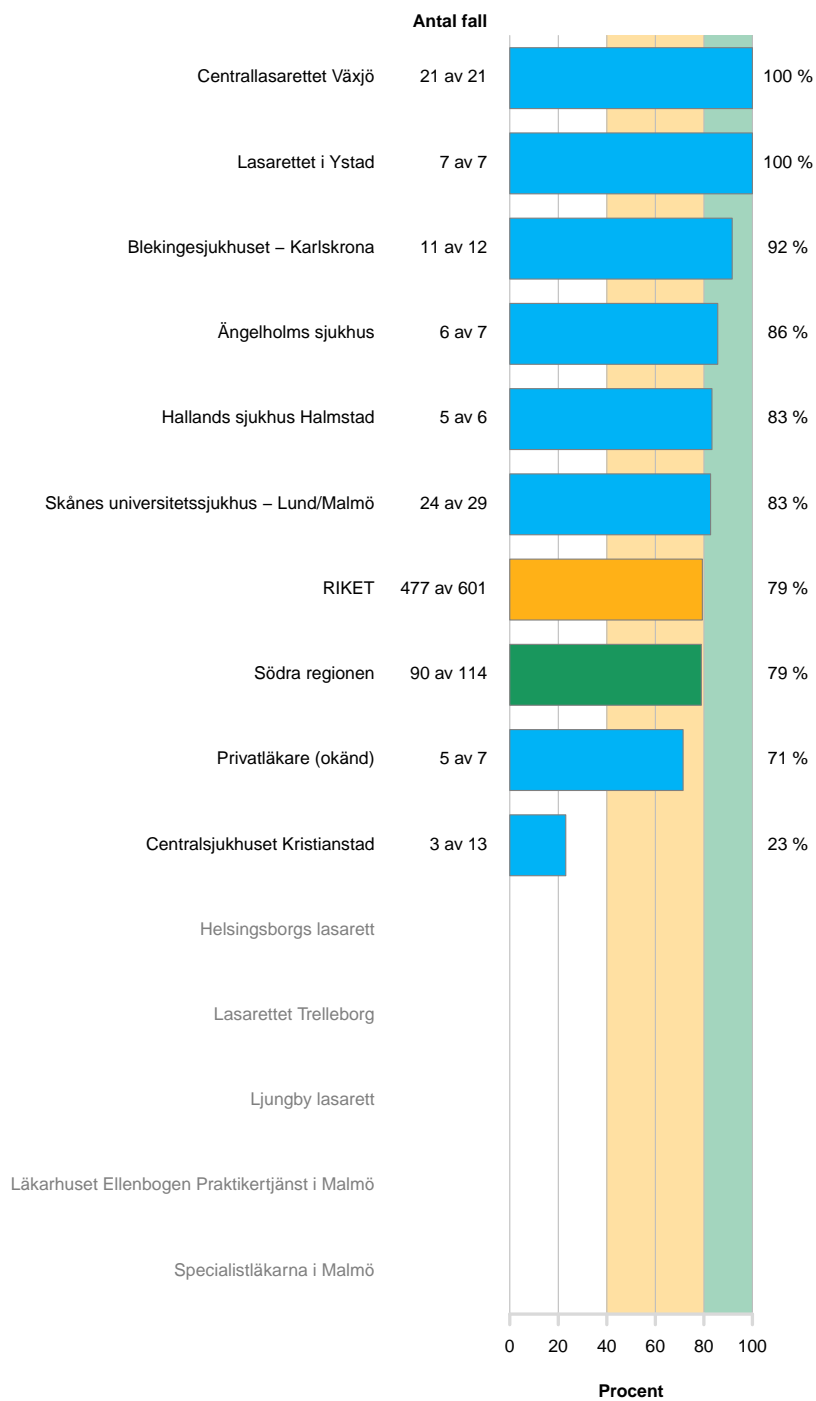
Figur 4. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.



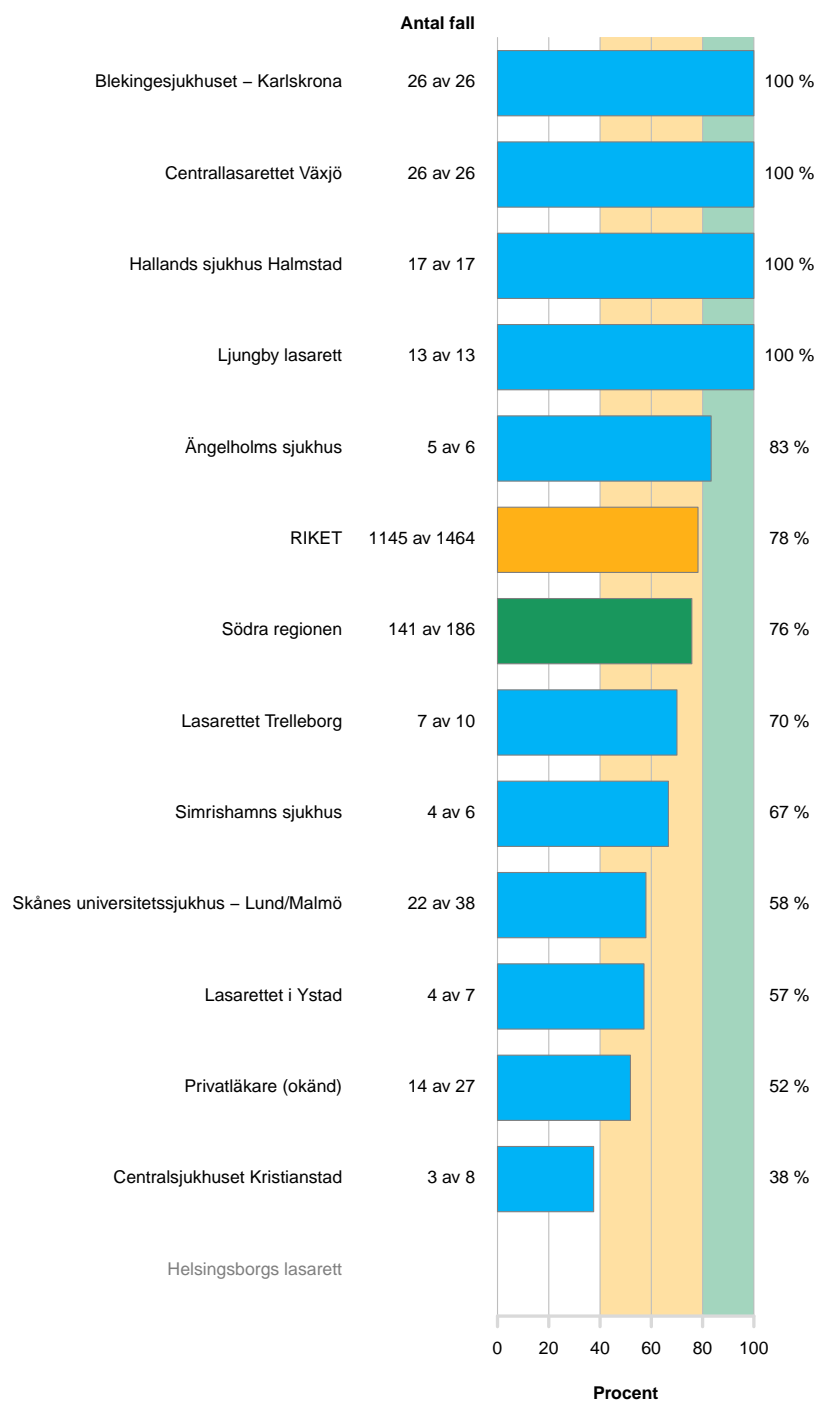
Figur 5. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus, diagnosår 2018.



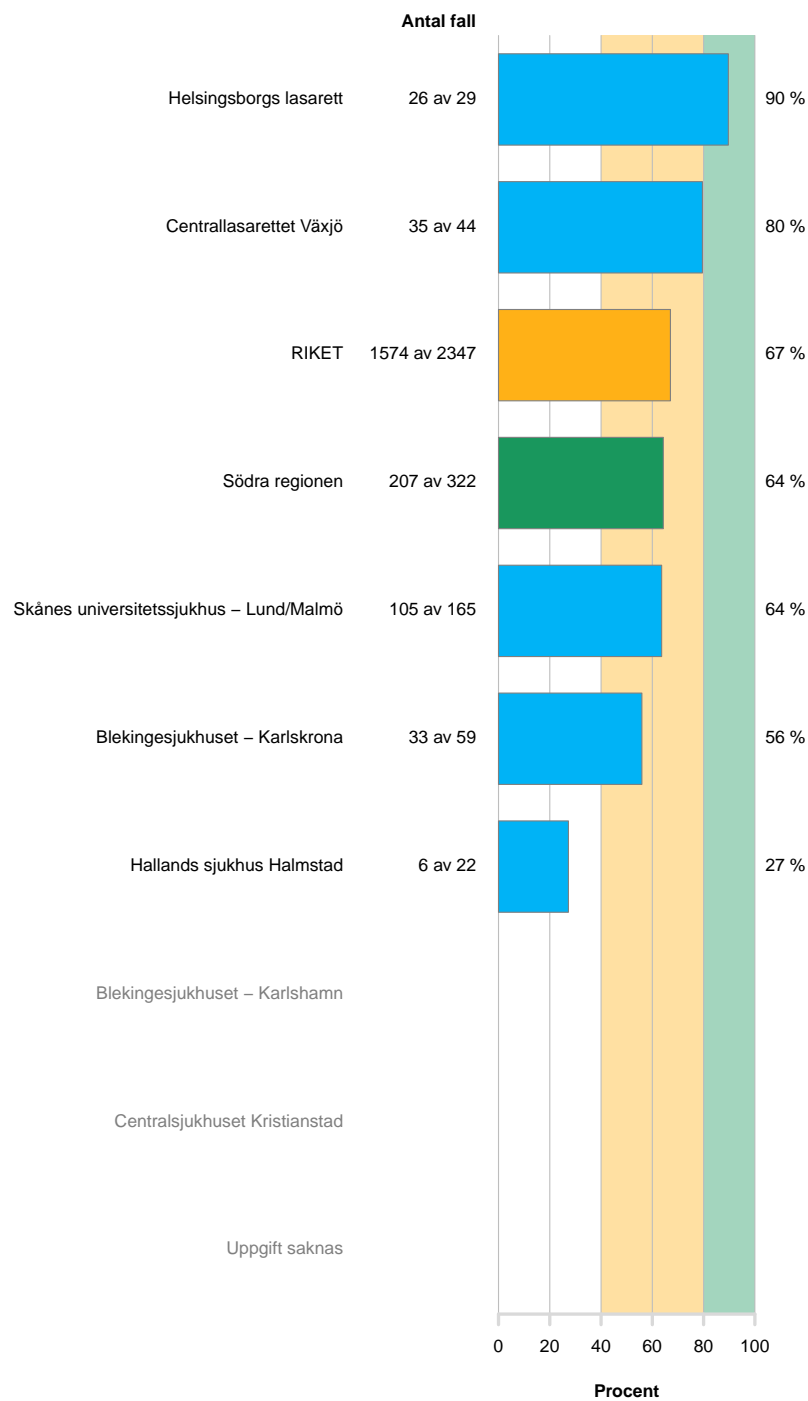
Figur 6. Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (operation), 68 dagar (strålbehandling utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling) för män med lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer,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



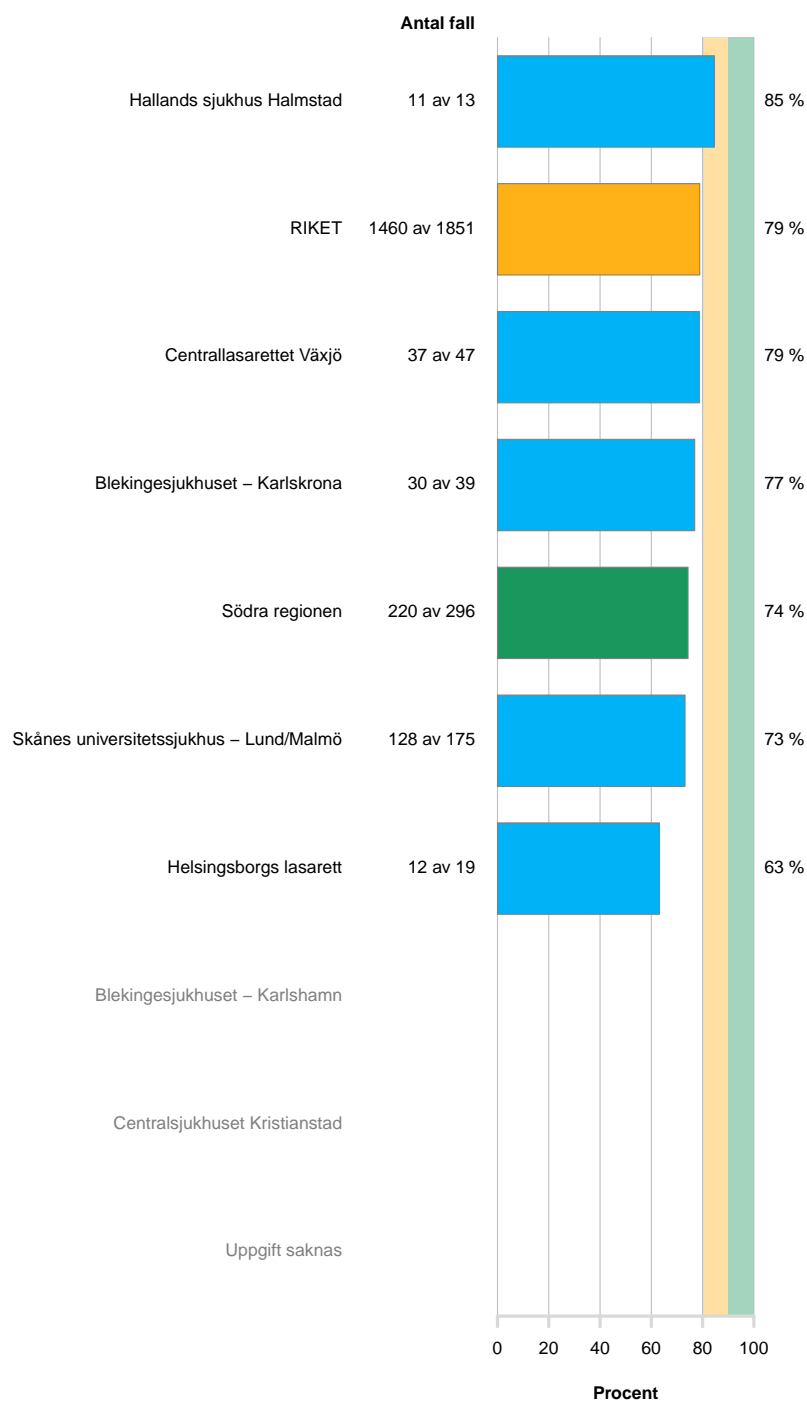
Figur 7. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning för män med primärt metastaserad sjukdom (M1) och förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år), per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.



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.

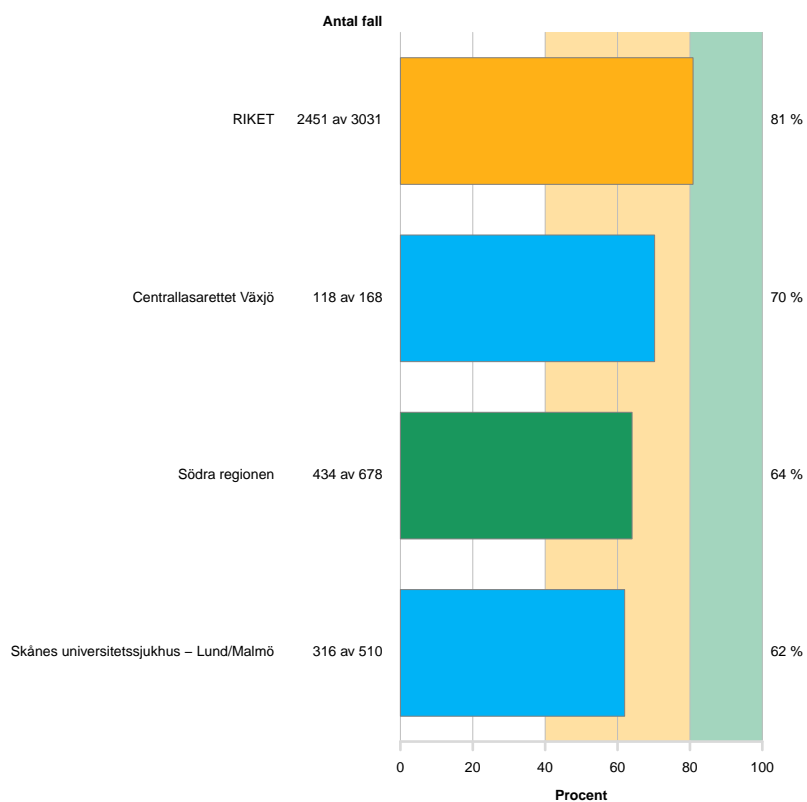
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Blekingesjukhuset – Karlskrona	Grön	Grön	Rött	Rött		Grön	Grön	Gult	Rött
Centrallasarettet Växjö	Grön	Grön	Rött	Gult	Rött	Grön	Grön	Gult	Rött
Centralsjukhuset Kristianstad	Gult	Gult	Rött	Rött		Rött	Rött		
Hallands sjukhus Halmstad	Rött	Grön	Rött	Rött		Grön	Grön	Rött	Gult
Helsingborgs lasarett	Rött	Rött	Rött	Rött				Grön	Rött
Lasarettet i Ystad	Gult	Grön	Gult	Rött		Grön	Gult		
Lasarettet Trelleborg	Gult	Gult	Rött	Rött			Gult		
Ljungby lasarett	Grön	Grön	Rött	Rött			Grön		
Privatläkare (okänd)	Rött	Rött	Rött	Rött		Gult	Gult		
Simrishamns sjukhus	Rött	Grön	Rött	Rött			Gult		
Skånes universitetssjukhus – Lund/Malmö	Gult	Gult	Rött	Rött	Rött	Grön	Gult	Gult	Rött
Specialistmottagningen i Urologi Halmstad	Gult	Grön	Rött	Rött					
Ängelholms sjukhus	Gult	Grön	Rött	Rött		Grön	Grön		

1. Andel män som inrapporterats inom en månad efter utförd prostatabiopsi, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
2. Andel män med nydiagnostiserad prostatacancer som har namngiven kontaktsjuksköterska, per behandlingsbeslutande sjukhus. Nedre gränsvärde 70 %, övre gränsvärde 90 %.
3. Tid mellan utfärdande av remiss och första besök högst 14 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
4. Tid mellan biopsi och PAD-besked till patienten högst 11 dagar, per diagnostiserande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
5. 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. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
6. 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. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
7. 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 %.
8. Andel av opererade män med låg- eller mellanriskcancer som genomgått intra-/interfasciellt nervsparande resektion, per opererande sjukhus. Nedre gränsvärde 40 %, övre gränsvärde 80 %.
9. Negativa resektionsränder vid radikal prostatektomi, för män där PAD visar pT2, per opererande sjukhus. Nedre gränsvärde 80 %, övre gränsvärde 90 %.

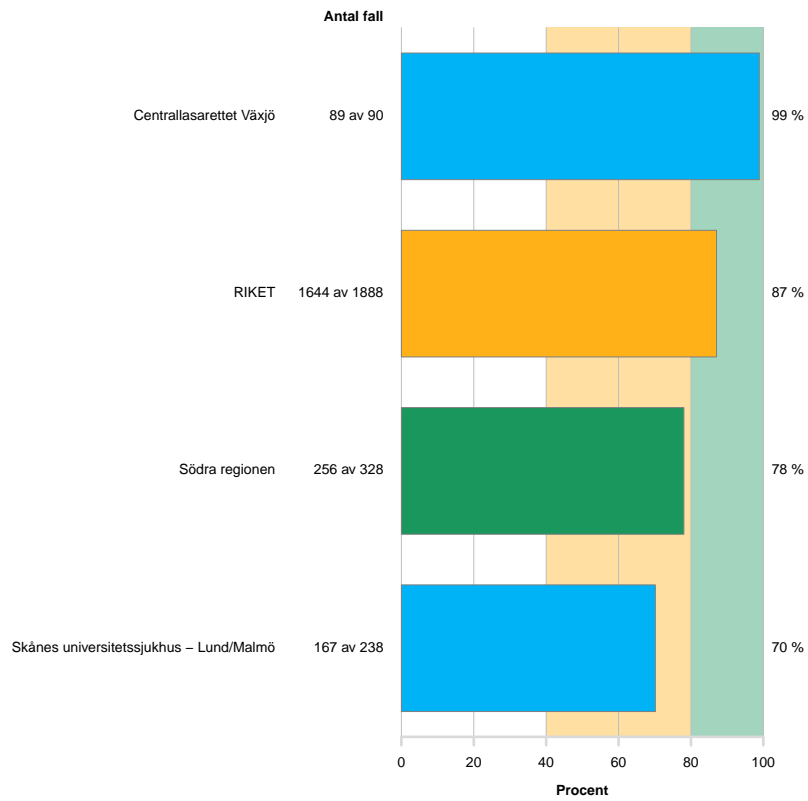
Figur 11. Sammanfattning av Koll på läget, urologi, 2018. Grönt = hög nivå (2 poäng): över övre gränsvärde, gult = mellannivå (1 poäng): mellan nedre gränsvärde och övre gränsvärde, rött = låg nivå (0 poäng): nedan nedre gränsvärde.

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

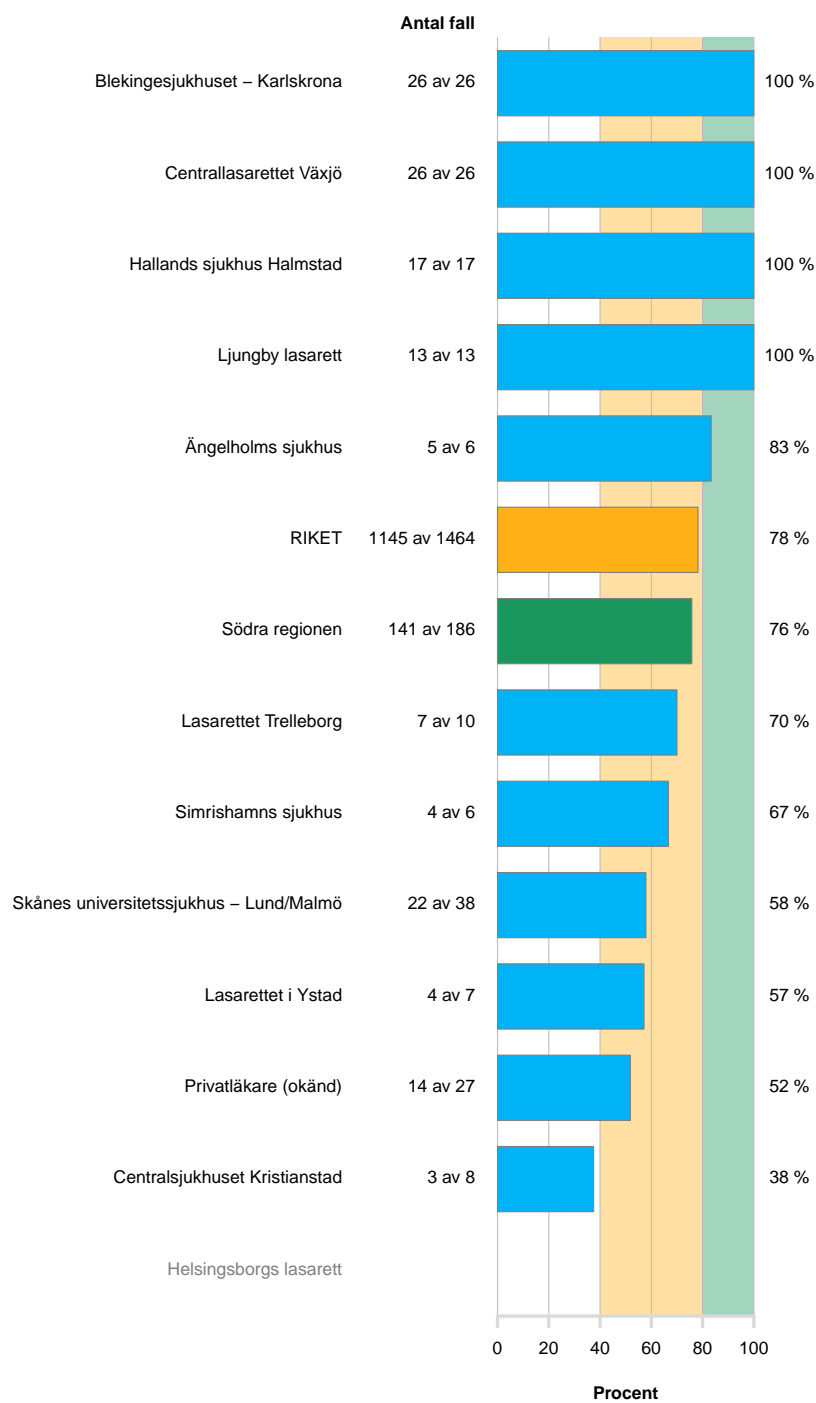
Kvalitetsindikatorer - onkologi



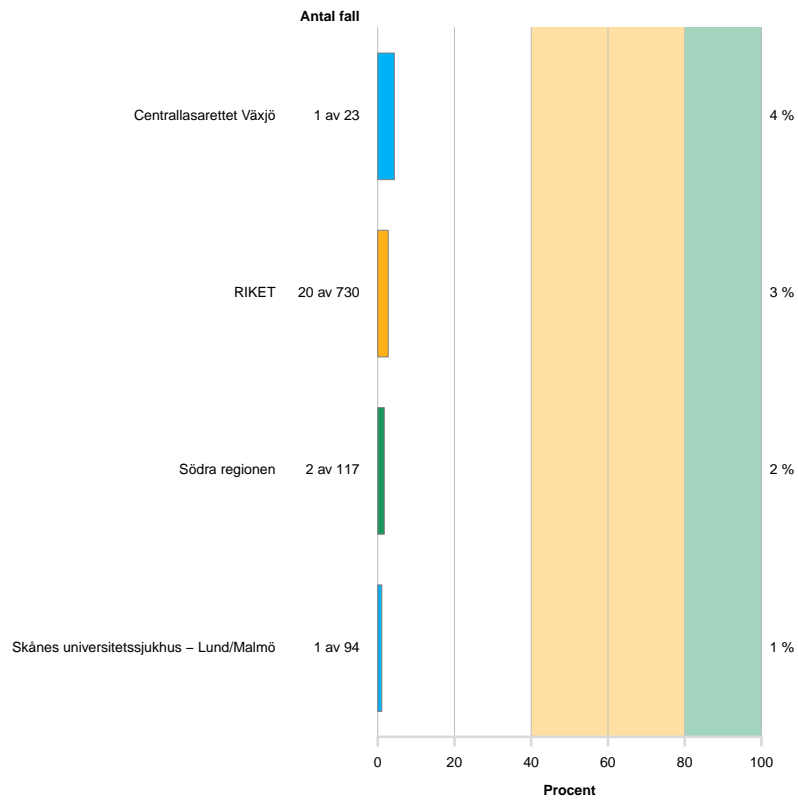
Figur 12. Andel män som erhållit strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.



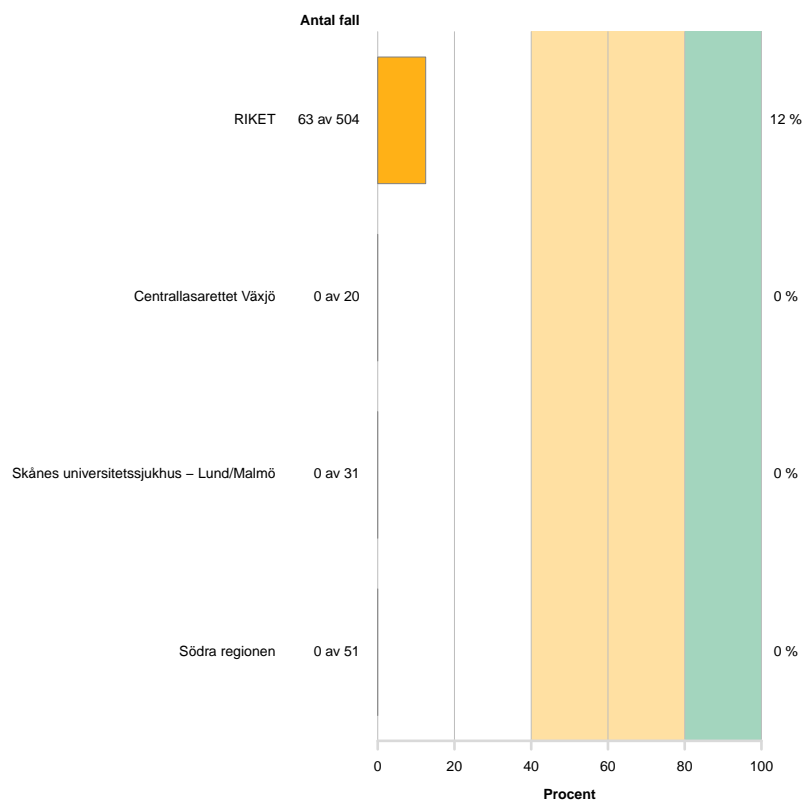
Figur 13. Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har namngiven kontaktsjuksköterska, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.



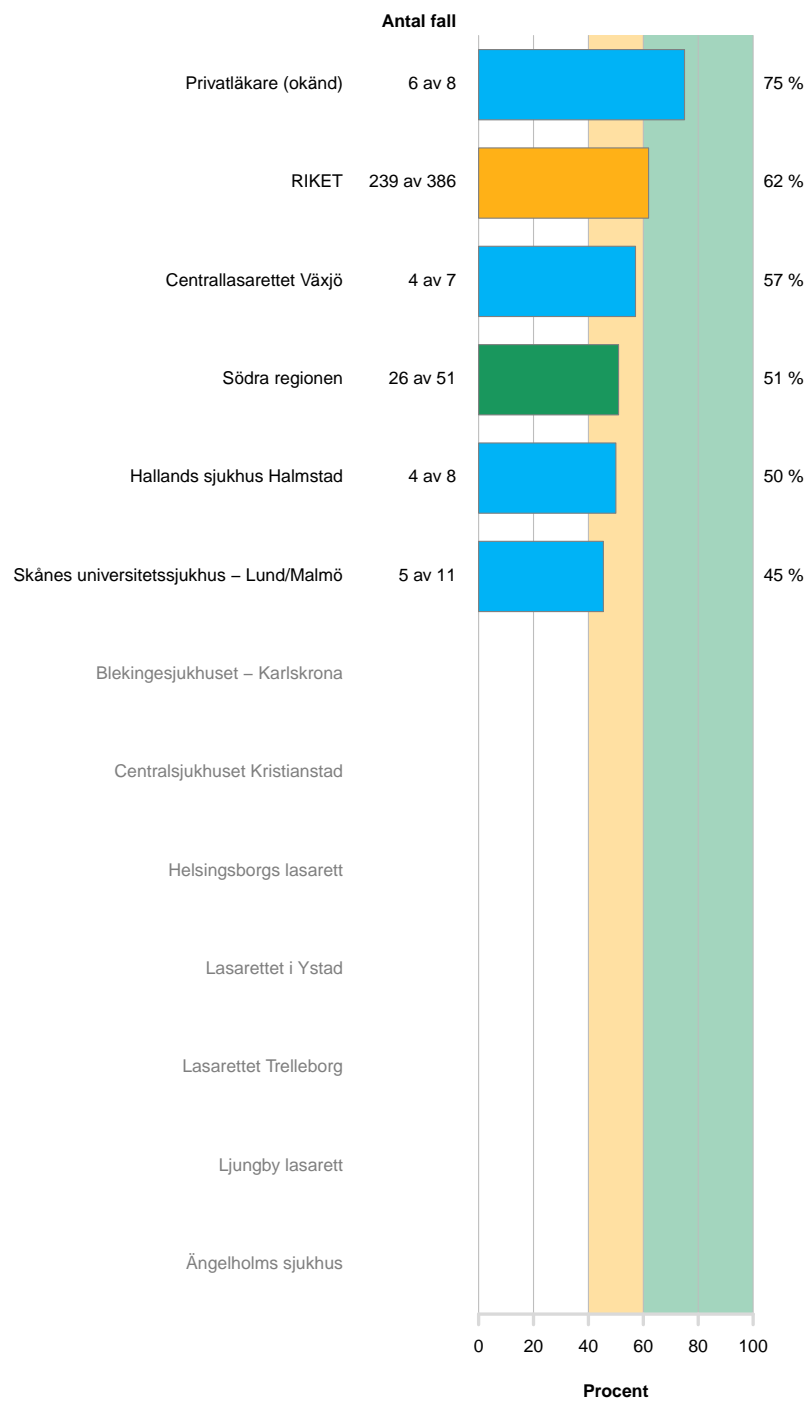
Figur 14. Deltagande i multidisciplinär konferens/mottagning om kurativ behandling för män med förväntad överlevnad överstigande fem år (ålder vid diagnos \leq 80 år) med högriskcancer, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.



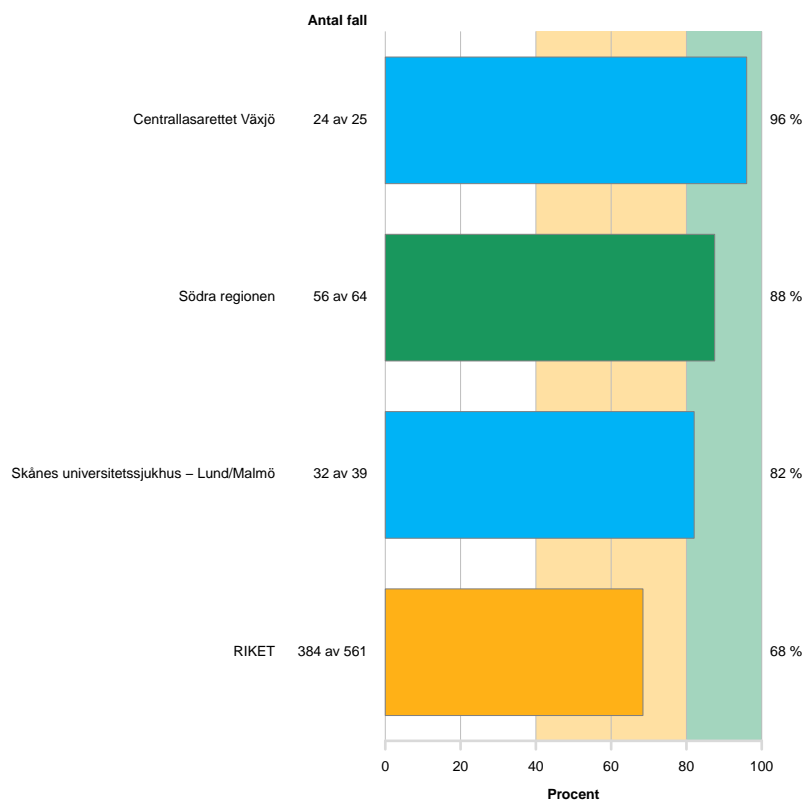
Figur 15. Andel män med mellanriskcancer där strålbehandling som primärbehandling startat inom 21 dagar från behandlingsbeslut hos onkolog, per strålbehandlande sjukhus, behandlingsår 2018.



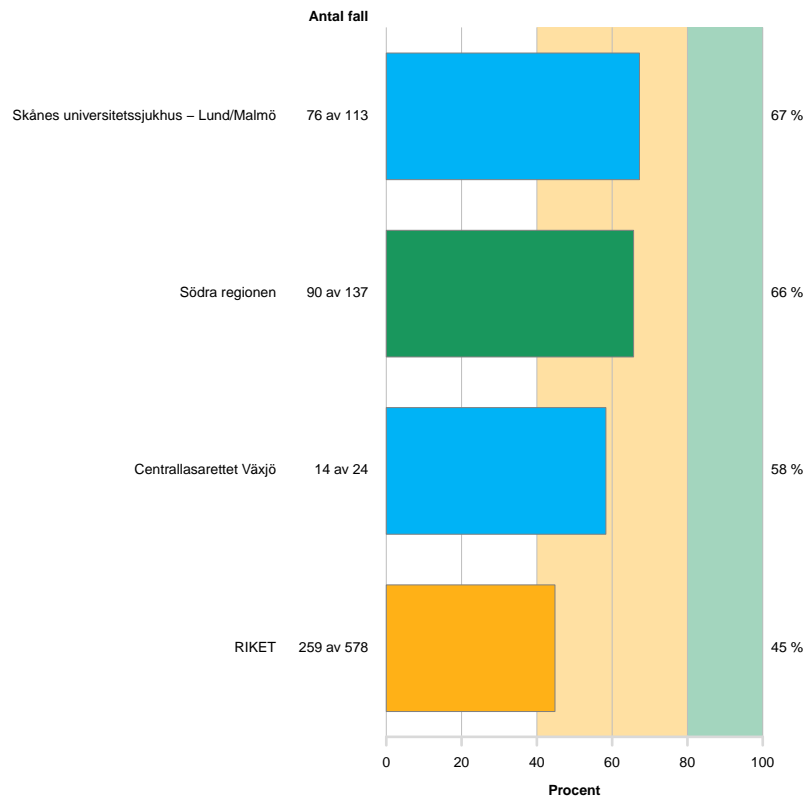
Figur 16. Tid mellan utfärdande av remiss och start av neoadjuvant hormonbehandling inför strålbehandling högst 50 dagar för män med lokaliserad högriscancer eller lokalt avancerad cancer, per strålbehandlande sjukhus, diagnosår 2018.



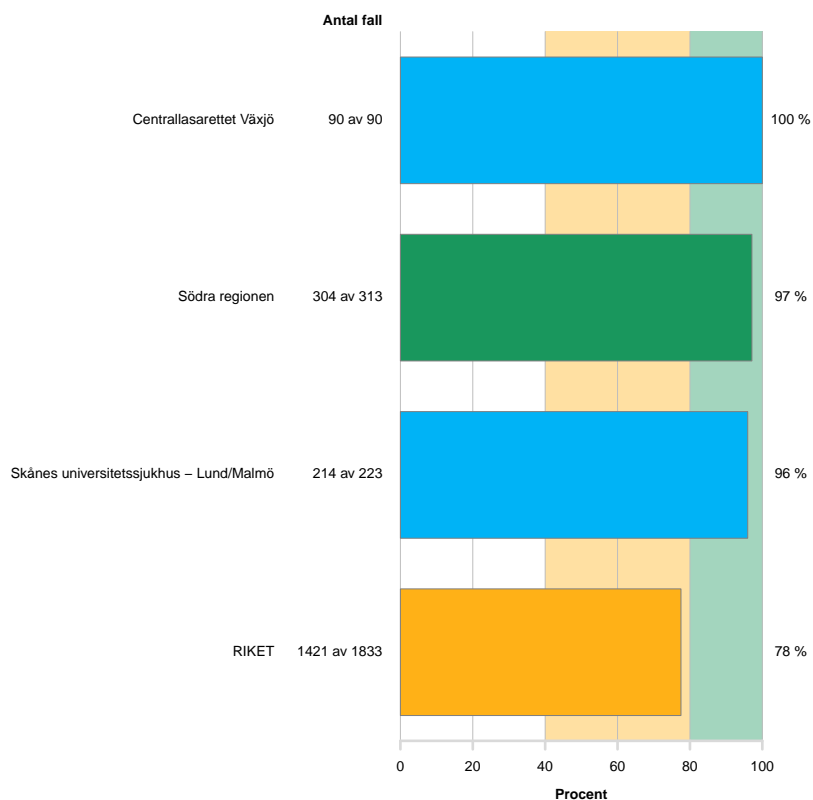
Figur 17. Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som erhållit kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15, per behandlingsbeslutande sjukhus, diagnosår 2018.



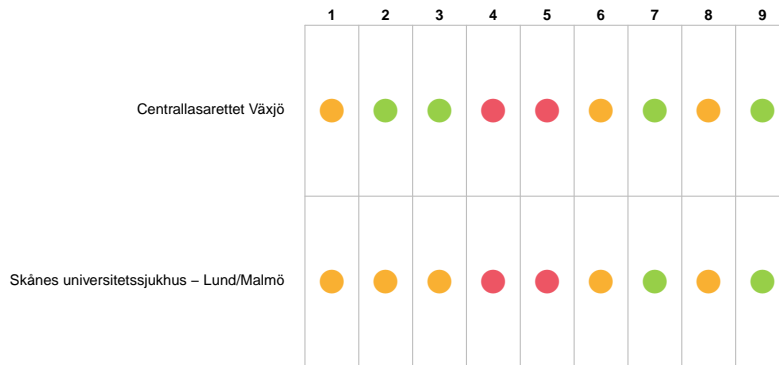
Figur 18. Andel primärt strålbehandlade män högst 75 år med lokaliserad högriskcancer (T1-T2 i kombination med Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA 20-50 ng/ml) eller lokalt avancerad cancer (T3, N0/NX, M0 och PSA < 100 ng/ml) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener,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