

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. 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.

2. 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 remissbeslut till 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.

3. 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.

4. Väntetid till behandling

Definition:

Tid mellan utfärdande av remiss och start av kurativ primärbehandling högst 61 dagar (RP), 68 dagar (RT utan neoadjuvant hormonbehandling) eller 50 dagar (neoadjuvant hormonbehandling inför RT) för män med högriskcancer.

Källa:

Diagnostikformulär: "Datum för utfärdande av remiss". Radikal prostatektomiformulär: "Operationsdatum". Strålbehandlingsformulär: "Datum för start av strålbehandling" och "Datum för start av neoadjuvant hormonbehandling". Indikatorn presenteras per behandlande sjukhus, för behandlingar under aktuell period.

Förklaring:

Enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer ska väntetiden från utfärdande av remiss till radikal prostatektomi vara högst 61 dagar, från utfärdande av remiss till påbörjad neoadjuvant hormonbehandling högst 50 dagar och från utfärdande av remiss till strålbehandling högst 68 dagar.

5. Multidisciplinär konferens/mottagning vid M1

Definition:

Andel män högst 80 år med primärt metastaserad sjukdom (M1), som diskuterats på MDK. 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:

...

6. Multidisciplinär konferens/mottagning 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.

7. Intra-/interfasciellt nervsparande resektion**Definition:**

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

Källa:

Radikal prostatektomiformulär: "Genomfördes nervsparande resektion" besvarad med "Ja, intrafasciellt" eller "Ja, interfasciellt". Indikatorn presenteras per opererande sjukhus och operationer utförda under aktuell period.

8. 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).

9. ePROM-baslinjeenkät

Definition:

Andel av opererade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät.

Källa:

Inrapporterade PROM-enkäter hämtas från det separata PROM-registret på INCA. Indikatorn presenteras per opererande sjukhus och operationer utförda under aktuell period.

Förklaring:

...

10. Ej allvarlig urininkontinens efter RP

Definition:

Andel män som ej har allvarlig urininkontinens 12 månader efter utförd radikal prostatektomi.

Källa:

Inrapporterade PROM-enkäter vid 12 månader efter operation hämtas från det separata PROM-registret på INCA. "Ej allvarlig urininkontinens" motsvaras här av de två första svarsalternativen på fråga 13 ("Har du urinläckage?" = "Aldrig" eller "Läcker ibland vid hosta, nysning, ..."). Indikatorn presenteras per opererande sjukhus för enkäter rapporterade under aktuell period.

Förklaring:

...

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