

Njurcancer

Regional kvalitetsrapport för 2020

Sjukvårdsregion Mellansverige

Diagnosår: 2019

Publicerad: December 2020

Nationellt kvalitetsregister för njurcancer

Versionshantering

Datum	Förändring
2020-12-01	Mallanpassning

Njuncancer 2020

Rapporten utgiven av: RCC

Beställningsuppgifter (i förekommande fall): Fyll i uppgifter om beställningsförfarande

ISBN: XXXXX

December

Innehållsförteckning

Kapitel 1	1
Njurcancer	1
1.1 Förord	1
1.1.1 Bakgrund	1
1.1.2 Sammanfattning	2
1.2 Regionala VPG utvecklingspunkter för 2019	3
1.2.1 Arbeta med ledtiderna för utredning och behandling vid nyupptäckt njurtumör	3
1.2.2 Införande av patientöversikten	3
1.2.3 Öka nefronsparande kirurgi	3
1.2.4 Öka nefronsparande kirurgi	3

KAPITEL 1

Njurcancer

1.1 Förord

Nationellt kvalitetsregister för njurcancer startade 2004. Registret omfattar landets alla sjukvårdsregioner från 2005 och har en täckningsgrad på 99% jämfört med Cancerregistret. Inrapportering i INCA startade 2009.

Syftet med registret är att höja kvaliteten i handläggningen av patienter med njurcancer oavsett bostadsort genom insamling av data gällande sjukdomsförekomst, utredning, fördelning av tumörstadium, morfologi, behandlingsmönster och förändring över tid. Den senaste uppdateringen av det Nationella vårdprogrammet utkom i juni 2019. Syftet med det Nationella vårdprogrammet är att öka kunskapsnivån och intresset för njurcancer samt att skapa en enhetlig och god handläggning av njurcancer över hela landet. Syftet är också att skapa ett nätverk bestående av urologer, onkologer, patologer och radiologer för utveckling och att stimulera till forskningsinsatser på området. Patientföreträdare finns representerade i styrgruppen. Njurcancerregistret möjliggör uppföljning av det nationella vårdprogrammet för njurcancer, samt skapar en bättre kontroll över patientflöden och statistik.

Den nationella redovisningen finns sedan 2017 som en interaktiv rapport. Resultatet kan granskas interaktivt med grafik, tabeller och trender. Jämförelser mellan kliniker, sjukvårdshuvudmän, regioner och riket kan göras. Denna rapport baseras på data som extraherats ur Nationellt kvalitetsregister för njurcancer 20200826. Den interaktiva rapporten finns på <https://statistik.incanet.se/njurcancer/>.

Tidigare har en längre regional rapport publicerats, men eftersom data finns i den interaktiva rapporten skriver vi nu bara en nedkortad sammanfattning.

1.1.1 Bakgrund

Njurcancer utgör drygt 2 % av all cancer hos vuxna i Sverige och är den nionde och sjuttonde vanligaste tumören för män respektive kvinnor. Detta innebär cirka 1200 nya fall av njurcancer per år i Sverige varav knappt 250 fall utreds och behandlas i Sjukvårdsregion Mellansverige.

En grundtanke med njurcancerregistret är att faktorer av betydelse för den enskilda individen med njurcancer ska belysas. Nya primära fall av njurcancer hos kvinnor och män registreras, även de som inte blir opererade. Rapportering till Cancerregistret är obligatorisk. Trots att det är frivilligt från patientens sida att registreras i kvalitetsregistret för njurcancer så har täckningsgraden varit strax under 100 % mot cancerregistret. Viss eftersläpning av registreringen förklarar en lägre täckningsgrad för senaste året, vilket är mer uttalat i år än tidigare år, sannolikt pga. pandemin våren 2020.

Registerdata möjliggör att på ett objektivt och standardiserat sätt följa vårdkedjan från diagnos och behandling till eventuellt återfall. Skillnader mellan regioner och vårdgivare kan kartläggas och relatera till aktuella, nationella och internationella riktlinjer och kvalitetsmål.

1.1.2 Sammanfattning

Under åren 2015–2019 diagnosticerades 1402 nya njurcancerfall i Sjukvårdsregion Mellansverige. Täckningsgraden jämfört med Cancerregistret var 100 respektive 89% åren 2018 och 2019. I de nationella målen för njurcancer vården från 2019 är målsättningen att minst 90% ska ha gjort CT thorax vid primärutredningen för en adekvat stadiindelning. I Sjukvårdsregion Mellansverige uppgick denna andel till 93% under åren 2018–2019. Njurcancerfallen domineras av klarcellig njurcancer med 74% av totala antalet cancerfall. Papillär njurcancer stod för 13% och kromofob njurcancer 6% under 2018 och 2019. Medianstorleken för incidentellt upptäckta tumörer var 40 millimeter och 80 millimeter för symptomatiska tumörer. I 38 % av fallen diagnosticerades tumören i tidigt skede (T1a). Totalt erhöll 93 % av patienterna kurativt syftande behandling under 2018–2019. Andelen patienter som genomgick njurbevarande behandling, det vill säga operation med njurresektion eller värmeablation var 40 % under 2018–2019. Totalt genomgick 50 % av de opererade patienterna laparoskopisk eller robotassisterad åtgärd under 2018–2019. För små tumörer rekommenderas njurbevarande operation i så stor utsträckning som möjligt, >80 % för tumörer ≤4 cm enligt 2019 års Nationella mål för njurcancer vården. Av de patienter i regionen som under 2018–2019 diagnosticerades med en tumör ≤4 cm genomgick 91% njurbevarande behandling. Samtliga sjukvårdsregioner uppnår målet. Den totala överlevnaden för kvinnor och män med njurcancer var relativt likartad med en något bättre överlevnad hos kvinnor. Överlevnaden har inte ändrats jämfört med tidigare rapporterade data.

Följsamheten till vårdprogrammet har de senaste åren ökat. Detta tror vi är till gagn för patienterna som får möjlighet till nefronsparande behandling och adekvat utredning och stöd oavsett bostadsort. Men alla mål är inte uppfyllda tex vad gäller ledtider och möjlighet till kontaktsjuksköterska. Under året har vi i Sjukvårdsregion Mellansverige haft extra fokus på några utvecklingspunkter:

Arbeta med ledtiderna för utredning och behandling vid nyupptäckt njurtumör:

Enligt ”Koll på läget” är det ingen i Sverige som uppfyller ledtiderna fullt ut. Kortare ledtider från remiss till operation/åtgärd innebär mindre väntan och oro hos patienten. Mätningar görs inte bara via njurcancerregistret utan förstås även inom ramen för standardiserade vårdförlopp, Hittills har införandet av SVF inte förbättrat ledtiderna utan snarare tvärtom, 2011 var tiden till operation kortare än idag. Men samtliga län har förbättrat sig, men ingen region i Sverige når ledtidsmålet på 80% som är satt till 2020. Örebro har de kortaste ledtiderna och behandlar 23% inom 27 dagar.



1.2 Regionala VPG utvecklingspunkter för 2019

1.2.1 Arbeta med ledtiderna för utredning och behandling vid nyupptäckt njurtumör

Enligt ”Koll på läget” är det ingen i Sverige som uppfyller ledtiderna fullt ut. Kortare ledtider från remiss till operation/åtgärd innebär mindre väntan och oro hos patienten. Mätningar görs inte bara via njurcancerregistret utan förstås även inom ramen för standardiserade vårdförlopp. Hittills har införandet av SVF inte förbättrat ledtiderna utan snarare tvärtom, 2011 var tiden till operation kortare än idag. Men samtliga län har förbättrat sig, men ingen region i Sverige når ledtidsmålet på 80% som är satt till 2020. Örebro har de kortaste ledtiderna och behandlar 23% inom 27 dagar.

1.2.2 Införande av patientöversikten

Patientöversikten är ett journalsystem för översikt över hur patienter med spridd njurcancer behandlas. Örebro är det enda centret som har börjat med patientöversikten. Behandling av metastaserande njurcancer är under utveckling med flera nya målinriktade och immunologiska läkemedel samt en ökad användning av stereotaktisk strålbehandling. Det är avgörande att ha en strukturerad verksamhet för adekvat behandling och uppföljning av dessa patienter. Patientöversikten sammanfattar grafiskt och pedagogiskt komplexa data från databasen. Med en snabb överblick av patienters sjukdomsförlopp och behandlingar blir patientöversikten ett tidsbesparande dokument. Att i realtid kunna ta ut statistik är den andra stora vinsten med detta register. Uppbyggnaden av rapportmallar och möjlighet att lätt kunna ta ut statistik online med specifika frågeställningar för användning på klinisk eller nationell nivå är av stor betydelse för utvärdering och prioritering av behandlingar, en viktig kvalitetshöjande åtgärd för patienter med metastaserad njurcancer. Ett nationellt fokus är att införa en generisk patientöversikt under kommande år och njurcancer är en av de åtta pilotdiagnoserna

1.2.3 Öka nefronsparande kirurgi.

Fokusområde är att ytterligare öka nefronsparande kirurgi på små njurcancertumörer (T1a). Målet är att minst 80% av patienterna med tumörer ≤ 4 cm ska erhålla nefronsparande kirurgi. Samtliga regioner uppnår numera det målet.

1.2.4 Öka antalet sjuksköterskor.

Kontaktsjuksköterskor är viktiga stöd till patienten, en länk till läkaren, de bistår i att fylla i register och kan sörja för en bra rapportering mellan urologklinik och onkologklinik. Andelen som får en namngiven kontaktsjuksköterska ökar i samtliga län. Västmanland och Örebro har den högsta andelen patienter som har en kontaktsjuksköterska.

Ordlista

- CT datortomograf=skiktröntgen
- MRT=magnetisk resonanstomografi
- Incidentellt =tumören har hittats som ett bifynd vid utredning för annan sjukdom
- Kurativt syftande behandling=botande behandling
- Metastaserad sjukdom=spridd sjukdom
- Morfologisk diagnos=cellbild, utseende på cancerceller vid mikroskopiundersökning
- PAD=Anatomisk Diagnos svaret på mikroskopisk undersökningsvävnad
- Fuhrmangrad=graderingssystem för utseendet på njurcancerceller
- TNM=Tumör Nod Metastas system för att ge cancers tumörstadium (T) och eventuell spridning till lymfkörtlar (N) och metastaser (M)
- Nefrektomi=borttagande av njure
- Njurresektion=borttagande av en del av njuren
- Laparoskopisk kirurgi=titthålsoperation
- Radiofrekvensbehandling (RF)=värmebehandling av tumör med radiovågor
- Thorax=bröstkorg
- Täckningsgrad=andel njurcancerpatienter som är rapporterade till njurcancerregistret av fall som är rapporterad till Cancerregistret (till vilket rapportering är obligatorisk och lagstadgad).



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se