



N-033		5 års relativ overlevelse etter høy-risiko prostatakraft	
1. Definisjon	Relativ overlevelse er overlevelse for høy-risiko prostatakraft delt på forventet overlevelse i normalbefolkningen med tilsvarende alders- og kjønns sammensetning i samme periode.		
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste		
3. Fagområde	Somatisk helsetjeneste		
4. Type	Resultat		
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Virkningsfulle		
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Tilgjengelig og rettferdig fordelt		
7. Måleområde	Overlevelse		
Godkjenning			
8. Godkjent dato først gang	November 2012		
9. Godkjent av	Helsedirektoratet		
10. Revisjonshistorikk	Revidert august 2017 – overført definisjon fra gammel mal til ny mal		
Faglig begrunnelse/målsetning			
11. Begrunnelse for valg	<p>Behandling og oppfølging av prostatakraftpasienter er i dag mer persontilpasset enn tidligere (1). Prostatakraft har et median forløp på 13-14 år mellom diagnose og sykdomsrelatert død og median alder ved død er 83 år. Da prostatakraft oftest også har en svært lang preklinisk fase vil intensivert og tidligere diagnostikk kunne gi flere diagnostiserte i tidlig fase. 5- års overlevelse for prostatakraft vil derfor ofte ikke være egnet til å måle kvaliteten på behandlingen eller en evt. bedring i denne hos pasienter med klinisk sykdom. Når en diagnostiserer kreft på et tidligere stadium (som for eksempel ved PSA-testing) vil diagnosedatoen bli framskyndet til et tidligere tidspunkt og den beregnede overlevelsen vil øke selv om det ikke har vært en reell økning av tid fra klinisk sykdom til død (2).</p> <p>Pasienter med høyrisiko prostatakraft har imidlertid en betydelig større risiko for tidlig død av sykdommen og 5-års relativ overlevelse for denne vil sannsynligvis i større grad kunne gjenspeile behandlingsinnsats og –kvalitet enn hva man finner ved lav og intermedieær risiko prostatakraft. Da det er klare indikasjoner på at valg av behandling hos pasienter med høyrisiko prostatakraft har betydning for prognose og behandlingsanbefalingene er tydeligere, mener man at denne indikatoren har størst treffsikkerhet i forhold til å måle kvalitet på prostatakraftomsorgen.</p>		
12. Målsetting	Målsettingen er å avdekke endringer i relativ overlevelse for pasienter etter høy-risiko prostatakraft når man ser bort fra andre dødsårsaker.		
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1 Politiske aktører	Politiske ledelse skal varsles ved uakseptabel variasjon	
	13.2 Ledelse i sektor	Ledere i helsesektoren har sørget for ansvaret for utøvelse av helsetjenestene. Kunnskap om overlevelse kan benyttes til å gi enda bedre forutsetninger for god pasientbehandling.	
	13.3 Helsepersonell	Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp. De bør derfor ha tilgang på informasjon om eget resultat, for å forbedre egne helsetjenester	
	13.4 Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media	Pasienter, brukere- og pårørende har behov for trygge helsetjenester i en sårbar situasjon som prostatakraft medfører. I tillegg ønsker de informasjon om tjenestene for å velge behandlingssted der de er mest forutsigbare og bedre koordinert. Offentligheten ønsker å ha innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at helsetjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt, slik at det ikke er uønsket variasjon i landet.	
14. Begrepsavklaringer	Relativ overlevelse - en metode for å estimere sannsynligheten for at en pasient overlever sin kreftsykdom i en hypotetisk verden der man ikke kan dø av andre årsaker. For høy-risiko prostatakraft estimeres dette mer konkret ved å sammenligne dødeligheten for personer		

	<p>diagnostisert med høy-risiko prostatakraft med dødligheten for en sammenlignbar prostatakraftfri befolkning. Relativ overlevelse er nyttig for å sammenligne kreftoverlevelse over tid, mellom pasientgrupper eller geografiske enheter. En stor fordel ved dette målet er at det ikke trenger informasjon om dødsårsaker.</p> <p>Høy-risiko prostatakraft – Høy-risiko prostatakraft er definert som pasienter med PSA 20-100 ng/ml eller Gleason score 8-10 eller cT\geq3a. Hvis det mangler informasjon om PSA, Gleason score eller klinisk T-stadium er disse ekskludert.</p> <p>Kurativ behandling - Behandling som gis med siktemål å kurere sykdommen, eksempelvis kirurgi, stråleterapi og medikamentell behandling, ofte i kombinasjon.</p> <p>Palliativ behandling - Tumorrettet og symptomlindrende behandling som gis med tanke på å lindre symptomer, bremse sykdomsutviklingen, og forlenge levetiden.</p>
Beregning	
15. Utvalg i fokus (teller)	Observerte overlevelse for pasienter som har fått eller lever med diagnosen høy-risiko prostatakraft i perioden
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Forventet overlevelse i normalbefolkningen med tilsvarende alders- og kjønns sammensetning beregnet med Ederer II-metoden (Ederer F., 1959) (3)
17. Hovedmåltall	5 års relativ overlevelse etter høy-risiko prostatakraft
18. Andre måltall	
19. Presiseringer rundt utvalg	<p>Pasienter i live på diagnosetidspunktet</p> <p>Regionalt helseforetak, helseforetak og behandlingssted er definert ut fra pasientens bostedskommune eller bydel og de geografiske områdene som behandlingsstedene/helseforetakene har ansvar for å betjene.</p>
20. Manglende rapportering	Dekningsgrad for høy-risiko prostatakraftpasienter er basert på rapporterte utredningsmeldinger til Kreftregisteret i perioden 2012-2016. Dekningsgrad er 68-89 % i denne perioden.
21. Teknisk beregning av indikator	<p>Periodetilnærmingen (Brenner H., 2004) (4) er brukt for å beregne relativ overlevelse i en femårsperiode. For å følge utviklingen sammenlignes to ulike perioder. Periodetilnærmingen forutsetter ikke 5 års oppfølgings tid for alle pasienter, og er derfor egnet til å predicere overlevelsen for nylig diagnostiserte pasienter. Ved beregning av forventet overlevelse er dødelighetsrater for hele landet brukt, oppgitt per kalenderår, ettårig alder og kjønn. Tallene er beregnet med 95 % konfidensintervall.</p> <p>Helsedirektoratet får hovedmåltallet ferdigberegnet av Kreftregisteret.</p>
22. Nivå for publisering eksternt	Nasjonalt, RHF og HF med bakgrunn i opptaksområdet til sykehuset. Analysen tar dermed utgangspunkt i pasientenes bosted ved diagnosetidspunktet
23. Standard klassifikasjoner	ICD-10 diagnosekode brukes for å definere pasienter med høy-risiko prostatakraft.,
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	<p>Kreftregisteret er datakilde.</p> <p>Kreftregisteret henter informasjon om død regelmessig fra <i>Folkeregisteret</i>. Andre kilder til Kreftregisterets tall er patologiremisser innsendt fra patologilaboratoriene, kliniske meldinger rapportert av klinkere, dødattester fra <i>Dødsårsaksregisteret</i> og stråldata fra alle landets strålesentre.</p>
25. Bearbeiding/revisjon av data	<p>Kvalitetssikring av data gjøres som en integrert del av kode- og registreringsprosessen. I tillegg bidrar følgende eksempler med å sikre datakvaliteten i Kreftregisteret:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere uavhengige kilder rapporterer inn opplysninger. • Opplysningene rapporteres inn på flere tidspunkter i sykdomsforløpet • Medarbeiderne har unik kompetanse på koding av krefttilfeller i henhold til Kreftregisterets egen kodebok og internasjonale kodeverk • IT-systemene har regler og sperrer for ulogiske kombinasjoner, feilaktige opplysninger med mer • Kreftregisteret gjør analyser og kontrollkjøringer som avdekker inkonsistens i dataene • Datauttrekk til forskere gir mulighet til å kontrollere et mindre datasett av opplysninger som kan avdekke enkeltfeil (for eksempel feiltasting av sykehuskoder) eller systematiske ulikheter som skyldes ulik tolkning av kodeverk og regler
26. Type datakilde og lov hjemmel	Dataene er registrert i Kreftregisteret og kildene til Kreftregisterets tall er patologiremisser innsendt fra patologilaboratoriene, kliniske meldinger rapportert av klinkere, dødattester fra Dødsårsaksregisteret og stråldata fra alle landets strålesentre

	Lovhjemmel er Helseregisterloven av 01.01.15 nr. 4 § 11 og Kreftregisterforskriften § 1-3 (5) (6)
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Kontinuerlig.
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig,
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Estimatene er sammenlignbare under forutsetning av lik alder-, kjønn- og sykdomsutbredelse (stadiefordeling) for pasientene i gruppene man sammenligner.
30. Feilkilder og usikkerhet	<p>Det er flere faktorer som påvirker overlevelsestall og kan forklare regionale forskjeller, blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktorer knyttet til svulsten, som utbredelse ved diagnosetidspunkt, histologisk type og svulstens biologiske egenskaper. • PSA testing er viktig for tidlig diagnose for prostatakreft. Bruk av PSA-testing varierer mellom fylkene og vil påvirke hvor stor andel av mennene som blir diagnostisert i tidlig stadium • Faktorer knyttet til pasienten selv, som alder, komorbiditet (flere ulike sykdommer samtidig hos samme person), sosial status og etnisitet • Faktorer knyttet til helsetjenesten, som kvaliteten av behandlingen som er utført • Faktorer knyttet til datakvalitet, som forskjeller i kompletthet i registrering <p>Det er viktig å merke seg effekten av tidlig diagnose på overlevelsestall. Tidlig diagnose gir lenger tid fra diagnose til død. Hvis kun diagnosetidspunkt endrer seg, og ikke dødstidspunkt, gir det utslag i en kunstig økt nivå for relativ overlevelse.</p>
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Relativ overlevelse kan ikke tolkes som den faktiske sannsynligheten for at en pasient overlever 5 år.
32. Relaterte indikatorer	<p>Pakkeforløp for prostatakreft</p> <p>Denne kvalitetsindikatoren er en av fem kvalitetsindikatorer som viser 5 års relativ overlevelse for de fire store kreftformene: Brystkreft, høy-risiko prostatakreft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft</p>
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Det er ønskelig å vise resultater på behandlende sykehus/lokalsykehus. Kreftregisteret og Helsedirektoratet vil jobbe videre med definisjonen av behandlende sykehus på bakgrunn sykehusets opptaksområde og pasientens bosted.
Publisering	
34. Publiseringsarena	Helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	kreftregisteret.no, Cancer in Norway (7), NordCan, kvalitetsregistre.no, Helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pakkeforløp for prostatakreft 2015, Helsedirektoratet: Oslo; https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-prostatakreft 2. Prostatakreft – handlingsprogram2015, Helsedirektoratet: Oslo; https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-prostatakreft 3. Ederer F., 1959; Ederer F, Heise H. Instructions to lbm 650 Programmers in Processing survival computations. Technical, end results evaluation section: national cancer institute; 1959. 4. Brenner, H., Gefeller, O., & Hakulinen, T. (2004). <i>Period analysis for 'up-to-date' cancer survival data: theory, empirical evaluation, computational realisation and applications</i>. European Journal of Cancer, 40(3), 326-335. 5. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (høyseregisterloven); https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43 6. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret

	<p>(Kreftregisterforskriften); https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1477</p> <p>7. Cancer in Norway – Kreft (Kreftregisterets årlige rapport med komplette forekomstdata); https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/</p>
--	--