

Kvaliteten på radikal prostatektomi måste säkerställas

FORTLÖPANDE FÖRBÄTTRINGSARBETE BEHÖVS PÅ VARJE KLINIK – MED PATIENTENKÄTER KAN ENSKILDA KIRURGERS RESULTAT FÖLJAS UPP

Radikal prostatektomi introducerades i Sverige under 1980-talet som behandling för lokaliserad prostatacancer. Från ett fåtal ingrepp per år i början av 1990-talet ökade antalet operationer när PSA-testet (prostata-specifikt antigen) introducerades i Sverige och allt fler män diagnostiserades med lokaliserad prostatacancer.

En annan bidragande orsak var den randomiserade studien SPCG-4, som visade en måttlig, men statistiskt säkerställd, överlevnadsvinst för män som opererades jämfört med män som behandlades konservativt [1].

Prostatektomi har blivit en av de vanligaste urologiska operationerna, och årligen genomgår i Sverige drygt 3 000 män detta ingrepp. Efter prostatektomi behöver var femte man inkontinensskydd och minst hälften av preoperativt potenta män får en permanent erektilstörning [2, 3].

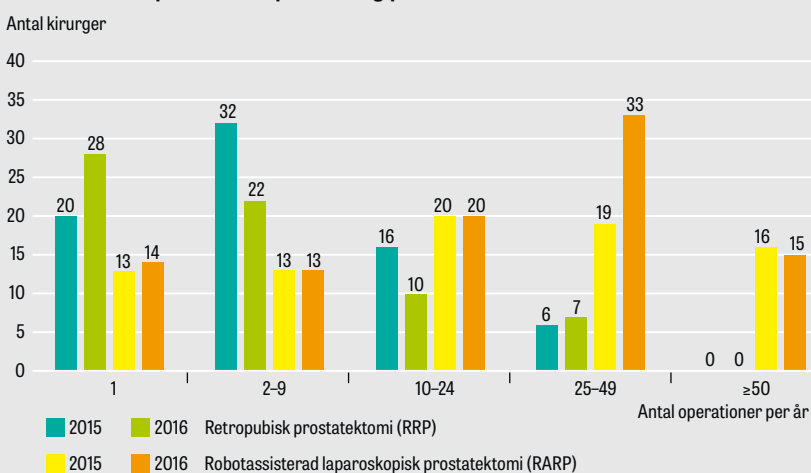


Jonas Hugosson, professor, avdelningschef, avdelningen för urologi, institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborg
 ● jonas.hugosson@gu.se



Pär Stattin, adjungerad professor, överläkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala; institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet; urologi och andrologi, institutionen för kirurgi och perioperativa vetenskaper, Umeå universitet

FIGUR 1. Antal operationer per kirurg per år



► Knappt 10 procent av de kirurger som opererar med öppen teknik och knappt hälften av dem som använde robotassisterad teknik genomför 25 operationer per år, det i det nationella vårdprogrammet rekommenderade årliga minimumtalet.

Robotassisterad laparoskopisk operationsteknik har minskat vårdtid och perioperativ blödning men inte påtagligt förändrat risken för urininkontinens och erektilsvikt [3].

Studier har visat stora skillnader i resultat

I början av 2000-talet rapporterade flera amerikanska studier stora skillnader i resultat mellan enskilda kirurger efter prostatektomi och en något lägre risk för komplikationer på sjukhus med hög operationsvolym [4-6]. Även när hänsyn togs till skillnader i selektion av patienter kvarstod kliniskt relevanta och statistiskt säkerställda skillnader i operationsresultat mellan erfarna kirurger vad gäller såväl erektilsvikt och inkontinens som onkologiskt resultat [7]. Risken för inkontinens mellan olika kirurger på ett och samma sjukhus varierade från <5 procent till 30 procent.

I Göteborg jämfördes resultaten för nio kirurger som använde likartad kirurgisk teknik och som arbetade vid samma klinik med avseende på patientrapporterade utfallsmått (PROM; patient reported outcome measures). Risken för erektilsvikt

varierade mellan 70 procent och 90 procent, och graden av urininkontinens varierade mellan 7 procent och 30 procent [8].

I den svenska LAPPRO-studien, en jämförande prospektiv icke-randomiserad studie mellan öppen retropubisk och robotassisterad laparoskopisk prostatektomi påvisades också stora skillnader mellan enskilda kirurger vad gäller såväl onkologiska som funktionella resultat. Variationen mellan kirurger var stor för båda operationsmetoderna [9].

Patientenkäter följer operationsresultaten

Av dessa data kan slutsatsen dras att skillnader i kirurgisk teknik mellan enskilda kirurger är viktigare än operationsmetod. Operationsvolymen på ett sjukhus spelar viss roll, men för att förbättra kirurgisk teknik krävs bla återkoppling av operationsresultat.

Därför distribuerar det Nationella prostatacancerregistret (NPCR) sedan 2007 PROM-enkäter med frågor om bla urininkontinens och erektilsvikt före och efter operation [10]. Från och med 2015 registrerar NPCR en lång rad perioperati-

HUVUDBUDSKAP

- Risken för långtidsbiverkningar vid radikal prostatektomi (impotens och inkontinens) liksom det onkologiska resultatet varierar mycket även mellan erfarna kirurger.
- Av de kirurger som utförde prostatektomi 2015-2016 var det bara 10 procent av dem som opererade med öppen teknik och 50 procent av dem som använde robotassisterad teknik som nådde upp till det i det nationella vårdprogrammet rekommenderade antalet av 25 operationer per år.
- Nationella prostatacancerregistret möjliggör med hjälp av patientrapporterade data att enskilda kirurgers kvalitet kan följas upp.
- Det är upp till huvudmännen att inrapportering sker och att data används för att strukturera vården optimalt.

»Operationsvolymen på ett sjukhus spelar viss roll, men för att förbättra kirurgisk teknik krävs bl a återkoppling av operationsresultat.«

va tekniska aspekter på prostatektomi, och även kirurgens identitet.

Många kirurger når inte minimiantalet

Även om det kan föreligga mindre registreringsfel är det anmärkningsvärt att knappt 10 procent av de kirurger som opererar med öppen teknik och knappt hälften av dem som använde robotassisterad teknik genomför 25 operationer per år, det i det nationella vårdprogrammet (sammansällt av Regionala cancercentrum i samverkan, RCC) rekommenderade årliga minimiantalet [11] (Figur 1).

Fortlöpande förbättringsarbete behövs

Centralisering av komplicerad kirurgi ökar vårdkvaliteten [12], och enligt Figur 1 är det uppenbart att prostatektomi ska centraliseras till färre kirurger, speciellt för öppen kirurgi. Men de citerade studierna [5-7] visar att enbart centralisering inte räcker, eftersom det fanns stora skillnader i operationsresultat även bland högvolymskirurger.

Därför är kontinuerlig återkoppling med bl a PROM till den enskilde kirurgen nödvändig. En sådan registrering stimulerar kirurgen att fortlöpande förbättra sin operationsteknik.

Det är en utmaning för svensk urologi att kvalitetssäkra detta vanliga kirurgiska ingrepp. Registrering i NPCR och fortlöpande analys av olika enheters och kirurgers resultat är ett första steg.

Men att enbart mäta resultat räcker inte. Förbättring kräver också att svensk urologi använder mätresultaten för att följa vårdprogrammets rekommendation om nivåstrukturerings samt genomför fortlöpande förbättringsarbeten på varje klinik. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2017;114:EP36

REFERENSER

1. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, et al; SPCG-4 Investigators. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med*. 2011;364(18):1708-17.
2. Steineck G, Helgesen F, Adolfsson J, et al; Scandinavian Prostatic Cancer Group Study Number 4. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *N Engl J Med*. 2002;347(11):790-6.
3. Haglund E, Carlsson S, Stranne J, et al; LAPPRO Steering Committee. Urinary incontinence and erectile dysfunction after robotic versus open radical prostatectomy: a prospective, controlled nonrandomised trial. *Eur Urol*. 2015;68(2):216-25.
4. Alibhai SM, Leach M, Tomlinson G. Impact of hospital and surgeon volume on mortality and complications after prostatectomy. *J Urol*. 2008;180(1):155-62; discussion 162-3.
5. Begg CB, Riedel ER, Bach PB, et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. *N Engl J Med*. 2002;346(15):1138-44.
6. Bianco FJ Jr, Vickers AJ, Cronin AM, et al. Variations among experienced surgeons in cancer control after open radical prostatectomy. *J Urol*. 2010;183(3):977-82.
7. Vickers A, Savage C, Bianco F, et al. Cancer control and functional outcomes after radical prostatectomy as markers of surgical quality: analysis of heterogeneity between surgeons at a single cancer center. *Eur Urol*. 2011;59(3):317-22.
8. Carlsson S, Berglund A, Sjöberg D, et al. Effects of surgeon variability on oncologic and functional outcomes in a population-based setting. *BMC Urol*. 2014;14:25.
9. Nyberg M, Carlsson S, Wilderäng U, et al. Variation between experienced surgeons in oncological and functional outcome after prostatectomy. A comparison between open and robotic surgeons in the Swedish LAPPRO study [poster 444]. 16th Congress of the European Association of Urology (EAU16), München, 11-15 mar 2016.
10. Nationella prostatacancerregistret. www.npcr.se
11. Regionala cancercentrum i samverkan. Gällande vårdprogram prostatacancer. 28 feb 2017 [citerat 25 maj 2017]. <http://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/prostata/vardprogram/gallande-vardprogram-prostatacancer/18.-underlag-for-niva-strukturering/>
12. SOU 2015:98. Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2015.