

Bilaga 2 Indikatorbeskrivning till Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landsting 2011

1. Överlevnad vid cancersjukdom

Mått	Relativ femårsöverlevnad vid cancersjukdom, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter med cancersjukdom (samtliga cancerformer) i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Uppgifterna om antalet patienter med cancersjukdom har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoderna C00–C97 enligt ICD 10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om cancersjukdomen var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Beräkningarna har gjorts med periodanalys på patienter som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på information om personernas hemort.</p>
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

2. Andel patienter där VAS/NRS användes för att skatta smärta under sista veckan i livet.

Mått	Andel cancerpatienter i livets slutskede som skattat sin smärta med VAS/NRS, 2010, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som skattat sin smärta med hjälp av VAS/NRS under deras sista vecka i livet. För att kunna ge en bra smärtlindring måste vården ha ett strukturerat förhållningssätt till smärtbehandling, vilket bland annat innebär att smärtan ska mätas på ett enhetligt sätt. Med rutinmässiga och strukturerade mätningar går det att få en effektiv behandling. VAS (Visual Analogue Scale 0–10) /NRS (Numeric Rating Scale, 0–10) rekommenderas för att göra en skattning av smärtan.
Riktning	Hög andel tyder på välfungerande rutiner.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel cancerpatienter där VAS/NRS användes för att skatta smärta under sista veckan i livet. <i>Mätperiod:</i> 2010, referensår 2009. <i>Täljare:</i> Antal cancerpatienter som med hjälp av VAS/NRS skattat sin smärta under sista veckan i livet. <i>Nämnare:</i> Antal inrapporterade till Svenska palliativregistret med cancer som dödsorsak under mätperioden.
Datakällor	Svenska Palliativregistret.
Felkällor	Resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom registret generellt har en begränsad täckningsgrad under år 2010 och några landsting hade en låg täckningsgrad och få registrerade fall. Täckningsgraden för cancerdödsfall beräknas till mellan 38 och 87 % i de olika länen. Riksgenomsnittet är 57 %. De data som redovisas för år 2009 är de data som redovisas i <i>Öppna Jämförelser av hälso- och sjukvården 2010</i> .
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

3. Vidbehandlingsordination mot smärta under patientens sista levnadsdagar.

Mått	Andel cancerpatienter i livets slutskede som har vidbehandlingsordination av opiater 2010, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter i livets slutskede som har vidbehandlingsordination av opiater. De flesta patienter som dör i cancersjukdomen har smärtor under sista levnadsveckan. Mycket av denna smärta kan lindras genom att behandla med opiater vid smärtgenombrott. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska möjligheten att ge läkemedel vid behov vara ordinerat i förväg.
Riktning	Hög andel tyder på välfungerande rutiner.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn visar andel patienter i livets slutskede som har vidbehandlingsordination av opiater . <i>Mätperiod:</i> 2010, referensår 2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som fått vidbehandlingsordination av opiater mot smärta senast ett dygn före dödsfallet. <i>Nämnare:</i> Totala antalet cancerpatienter, där vårdgivaren angivit att dödsfallet var väntat i Svenska palliativregistret. I Svenska Palliativregistret registreras antalet patienter som hade en vidbehandlingsordination senast ett dygn före dödsfallet.
Datakällor	Svenska Palliativregistret.
Felkällor	Täckningsgraden avseende cancerdödsfall varierar mellan 38 och 87 % i de olika landstingsområdena 2010. Riksgenomsnittet är 57 %. Så kallade plötsliga dödsfall räknas inte in då deras enkäter endast skall besvaras avseende några grundläggande frågor. Denna indikator inkluderar enbart de av sjukvården väntade dödsfall.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård, säker vård.

4A. Upplevt bemötande på onkologisk klinik.

Mått	"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010, PUK-värde.
Syfte	Indikatorn beskriver patientens upplevelse av bemötande på onkologisk klinik, inom den öppna vården vid mottagning.
Riktning	Högt värde tyder på upplevt gott bemötande.
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Återkommande nationella mätningar varje år.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn beskriver patientens upplevelse av bemötande på onkologisk klinik, inom den öppna vården vid mottagning. Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.</p> <p>Statistiken baseras på en urvalsundersökning med ett sannolikhetsurval av respondenter. Svaren på frågorna bygger på fem olika svarsalternativ "utmärkt" "mycket bra" "bra" "någorlunda" samt "dåligt". Svarsalternativen har olika värden mellan 0,25-1. 1 är det mest positiva alternativet. För att beräkna indikatorns värde har svarsalternativens värde multiplicerats med andelen svarande.</p> <p>Indikatorn bygger på följande fråga i den nationella patientenkäten: "<i>Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?</i>"</p> <p>Undersökningen omfattade 967 enheter för öppenvården. Endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta innebär att endast tretton landsting är representerade inom den öppna vården.</p> <p>Ett slumpmässigt ostratifierat urval gjordes av patienter vid enheter som haft minst 200 öppenvårdsbesök. Vid färre än 200 öppenvårdsbesök ingick samtliga patienter i undersökningen. Insamling av data bygger på den vetenskapliga metoden " Total Design Method (TDM)".</p> <p>Frågeformulär skickas kort efter besök ut till utvalda patienter som sedan erhåller ett flertal påminnelser med några veckors intervall.</p> <p><i>Mätperiod:</i> April-juli 2010. <i>Täljare:</i> Antal giltiga/relevanta svar. <i>Nämnare:</i> Antal svar för de positiva, viktade svarsalternativen.</p>
Datakällor	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och landsting.
Felkällor	Urvalsproblem på grund av patientadministrativa system ledde till att tiden i vissa fall blev längre än önskat mellan patientens besök och utskick av frågeformulär. Det är dock inte troligt att detta påverkat svarsfrekvenserna nämnvärt. Svarsfrekvensen var för landstingen mellan 60,3-70,6% för slutna vården och 59,5-66,6 för öppenvården.
Redovisningsnivå	Sjukhus i vissa landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

4B. Upplevt bemötande på onkologisk klinik.

Mått	"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010, PUK-värde.
Syfte	Indikatorn beskriver patientens upplevelse av bemötande på onkologisk klinik, vid vårdavdelning inom den slutna vården.
Riktning	Högt värde tyder på upplevt gott bemötande.
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Återkommande nationella mätningar varje år.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn beskriver patientens upplevelse av bemötande på onkologisk klinik, inom den slutna vården.</p> <p>Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.</p> <p>Statistiken baseras på en urvalsundersökning med ett sannolikhetsurval av respondenter. Svaren på frågorna bygger på fem olika svarsalternativ "utmärkt" "mycket bra" "bra" "någorlunda" samt "dåligt". Svarsalternativen har olika värden mellan 0,25-1. 1 är det mest positiva alternativet. För att beräkna indikatorns värde har svarsalternativens värde multiplicerats med andelen svarande.</p> <p>Indikatorn bygger på följande fråga i den nationella patientenkäten: "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?".</p> <p>Undersökningen omfattade 727 vårdenheter i landet för slutenvården. Endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta innebär att endast sex landsting är representerade inom den slutna vården.</p> <p>Ett slumpmässigt ostratifierat urval gjordes av patienter vid enheter som haft minst 100 vårdtillfällen i slutna vård. Vid färre än 100 vårdstillfällen ingick samtliga patienter i undersökningen. Insamling av data bygger på den vetenskapliga metoden "Total Design Method (TDM)".</p> <p>Frågeformulär skickas kort efter besök ut till utvalda patienter som sedan erhåller ett flertal påminnelser med några veckors intervall.</p> <p><i>Mätperiod:</i> April-juli 2010. <i>Täjljare:</i> Antal giltiga/relevanta svar. <i>Nämnare:</i> Antal svar för de positiva, viktade svarsalternativen.</p>
Datakällor	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och landsting.
Felkällor	Urvalsproblem på grund av patientadministrativa system ledde till att tiden i vissa fall blev längre än önskat mellan patientens besök och utskick av frågeformulär. Det är dock inte troligt att detta påverkat svarsfrekvenserna nämnvärt. Svarsfrekvensen var för landstingen mellan 60,3-70,6% för slutna vården och 59,5-66,6 för öppenvården.
Redovisningsnivå	Sjukhus i vissa landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

5A. Upplevd delaktighet på onkologisk klinik.

Mått	"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010, PUK-värde.
Syfte	Indikatorn beskriver patientens upplevelse av delaktighet i beslut om vård och behandling på onkologisk klinik, inom den öppna vården vid mottagning.
Riktning	Högt värde tyder på upplevd god delaktighet.
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Återkommande nationella mätningar varje år.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn beskriver patientens upplevelse av bemötande på onkologisk klinik, inom den öppna vården vid mottagning.</p> <p>Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.</p> <p>Statistiken baseras på en urvalsundersökning med ett sannolikhetsurval av respondenter. Svaren på frågorna bygger på fem olika svarsalternativ "utmärkt" "mycket bra" "bra" "någorlunda" samt "dåligt". Svarsalternativen har olika värden mellan 0,25-1. 1 är det mest positiva alternativet. För att beräkna indikatorns värde har svarsalternativens värde multiplicerats med andelen svarande.</p> <p>Indikatorn bygger på följande fråga i den nationella patientenkäten: "<i>Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?</i>".</p> <p>Undersökningen omfattade 967 enheter för öppenvården. Endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta innebär att endast tretton landsting är representerade inom den öppna vården.</p> <p>Ett slumpmässigt ostratifierat urval gjordes av patienter vid enheter som haft minst 200 besök inom öppenvården. Vid färre än 200 öppenvårdsbesök ingick samtliga patienter i undersökningen. Insamling av data bygger på den vetenskapliga metoden " Total Design Method (TDM)".</p> <p>Frågeformulär skickas kort efter besök ut till utvalda patienter som sedan erhåller ett flertal påminnelser med några veckors intervall.</p> <p><i>Mätperiod:</i> april-juli 2010. <i>Täljare:</i> Antal giltiga/relevanta svar. <i>Nämnare:</i> Antal svar för de positiva, viktade svarsalternativen.</p>
Datakällor	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och landsting.
Felkällor	Urvalsproblem på grund av patientadministrativa system ledde till att tiden i vissa fall blev längre än önskat mellan patientens besök och utskick av frågeformulär. Det är dock inte troligt att detta påverkat svarsfrekvenserna nämnvärt. Svarsfrekvensen var för landstingen mellan 60,3-70,6% för slutna vården och 59,5-66,6 för öppenvården.
Redovisningsnivå	Sjukhus i vissa landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

5B. Upplevd delaktighet på onkologisk klinik.

Mått	"Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010, PUK-värde.
Syfte	Indikatorn beskriver patientens upplevelse av delaktighet i beslut om vård och behandling på onkologisk klinik, vid vårdavdelning inom den slutna vården.
Riktning	Högt värde tyder på upplevd god delaktighet.
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Återkommande nationella mätningar varje år.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn beskriver patientens upplevelse av bemötande på onkologisk klinik, inom den slutna vården.</p> <p>Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.</p> <p>Statistiken baseras på en urvalsundersökning med ett sannolikhetsurval av respondenter. Svaren på frågorna bygger på fem olika svarsalternativ "utmärkt" "mycket bra" "bra" "någorlunda" samt "dåligt". Svarsalternativen har olika värden mellan 0,25-1. 1 är det mest positiva alternativet. För att beräkna indikatorns värde har svarsalternativens värde multiplicerats med andelen svarande.</p> <p>Indikatorn bygger på följande fråga i den nationella patientenkäten: "Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?".</p> <p>Undersökningen omfattade 727 enheter för slutenvården. Endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta innebär att endast tretton landsting är representerade inom den öppna vården.</p> <p>Ett slumpmässigt ostratifierat urval gjordes av patienter vid enheter som haft minst 100 vårdtillfällen i slutenvård. Vid färre än 100 vårdtillfällen ingick samtliga patienter i undersökningen. Insamling av data bygger på den vetenskapliga metoden " Total Design Method (TDM)".</p> <p>Frågeformulär skickas kort efter besök ut till utvalda patienter som sedan erhåller ett flertal påminnelser med några veckors intervall.</p> <p><i>Mätperiod:</i> april-juli 2010. <i>Täljare:</i> Antal giltiga/relevanta svar. <i>Nämnare:</i> Antal svar för de positiva, viktade svarsalternativen.</p>
Datakällor	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och landsting.
Felkällor	Urvalsproblem på grund av patientadministrativa system ledde till att tiden i vissa fall blev längre än önskat mellan patientens besök och utskick av frågeformulär. Det är dock inte troligt att detta påverkat svarsfrekvenserna nämnvärt. Svarsfrekvensen var för landstingen mellan 60,3-70,6% för slutna vården och 59,5-66,6 för öppenvården.
Redovisningsnivå	Sjukhus i vissa landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

6A. Upplevd information på onkologisk klinik.

Mått	"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010, PUK-värde.
Syfte	Indikatorn beskriver huruvida patienten upplevde att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd vid besöket på onkologisk klinik, inom den öppna vården vid mottagning.
Riktning	Högt värde tyder på upplevd god information.
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Återkommande nationella mätningar varje år.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn beskriver patientens upplevelse av information på onkologisk klinik, inom den öppna vården vid mottagning.</p> <p>Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.</p> <p>Statistiken baseras på en urvalsundersökning med ett sannolikhetsurval av respondenter. Svaren på frågorna bygger på fem olika svarsalternativ "utmärkt" "mycket bra" "bra" "någorlunda" samt "dåligt". Svarsalternativen har olika värden mellan 0,25-1. 1 är det mest positiva alternativet. För att beräkna indikatorns värde har svarsalternativens värde multiplicerats med andelen svarande.</p> <p>Indikatorn bygger på följande fråga i den nationella patientenkäten: "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?". Undersökningen omfattade 967 enheter i landet för öppenvården. Endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta innebär att endast tretton landsting är representerade inom den öppna vården.</p> <p>Ett slumpmässigt ostratifierat urval gjordes av patienter vid enheter som haft minst 200 besök inom öppenvården. Vid färre än 200 öppenvårdsbesök ingick samtliga patienter i undersökningen. Insamling av data bygger på den vetenskapliga metoden " Total Design Method (TDM)".</p> <p>Frågeformulär skickas kort efter besök ut till utvalda patienter som sedan erhåller ett flertal påminnelser med några veckors intervall.</p> <p><i>Mätperiod:</i> april-juli 2010.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal giltiga/relevanta svar.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal svar för de positiva, viktade svarsalternativen.</p>
Datakällor	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och landsting.
Felkällor	Urvalsproblem på grund av patientadministrativa system ledde till att tiden i vissa fall blev längre än önskat mellan patientens besök och utskick av frågeformulär. Det är dock inte troligt att detta påverkat svarsfrekvenserna nämnvärt. Svarsfrekvensen var för landstingen mellan 60,3-70,6% för slutna vården och 59,5-66,6 för öppenvården.
Redovisningsnivå	Sjukhus i vissa landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

6B. Upplevd information på onkologisk klinik.

Mått	"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010, PUK-värde.
Syfte	Indikatorn beskriver huruvida patienten upplevde att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd vid besöket på onkologisk klinik, vid vårdavdelning inom den slutna vården.
Riktning	Högt värde tyder på upplevd god information.
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Återkommande nationella mätningar varje år.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn beskriver patientens upplevelse av information på onkologisk klinik, inom den slutna vården.</p> <p>Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.</p> <p>Statistiken baseras på en urvalsundersökning med ett sannolikhetsurval av respondenter. Svaren på frågorna bygger på fem olika svarsalternativ "utmärkt" "mycket bra" "bra" "någorlunda" samt "dåligt". Svarsalternativen har olika värden mellan 0,25-1. 1 är det mest positiva alternativet. För att beräkna indikatorns värde har svarsalternativens värde multiplicerats med andelen svarande.</p> <p>Indikatorn bygger på följande fråga i den nationella patientenkäten: "Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?".</p> <p>Undersökningen omfattade 727 vårdenheter i landet för slutenvården. Endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta innebär att endast sex landsting är representerade inom den slutna vården.</p> <p>Ett slumpmässigt ostratifierat urval gjordes av patienter vid enheter som haft minst 100 vårdtillfällen i slutenvård. Vid färre än 100 vårdtillfällen ingick samtliga patienter i undersökningen. Insamling av data bygger på den vetenskapliga metoden " Total Design Method (TDM)".</p> <p>Frågeformulär skickas kort efter besök ut till utvalda patienter som sedan erhåller ett flertal påminnelser med några veckors intervall.</p> <p><i>Mätperiod:</i> april-juli 2010. <i>Täljare:</i> Antal giltiga/relevanta svar. <i>Nämnare:</i> Antal svar för de positiva, viktade svarsalternativen.</p>
Datakällor	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och landsting.
Felkällor	Urvalsproblem på grund av patientadministrativa system ledde till att tiden i vissa fall blev längre än önskat mellan patientens besök och utskick av frågeformulär. Det är dock inte troligt att detta påverkat svarsfrekvenserna nämnvärt. Svarsfrekvensen var för landstingen mellan 60,3-70,6% för slutna vården och 59,5-66,6 för öppenvården.
Redovisningsnivå	Sjukhus i vissa landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

7. Fortsatt vårdplanering på onkologisk mottagning.

Mått	"Gjordes någon planering för din fortsatta vård vid besöket?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010, PUK-värde.
Syfte	Indikatorn beskriver patientens upplevelse av att man gjorde en fortsatt vårdplanering vid besök på en mottagning.
Riktning	Högt värde tyder på hög grad av upplevd fortsatt vårdplanering.
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Återkommande nationella mätningar varje år.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn beskriver om patienten upplevde att en fortsatt vårdplanering gjordes vid besök på en mottagning. Avser öppenvården.</p> <p>Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.</p> <p>Statistiken baseras på en urvalsundersökning med ett sannolikhetsurval av respondenter. Svaren på frågorna bygger på fem olika svarsalternativ "utmärkt" "mycket bra" "bra" "någorunda" samt "dåligt". Svarsalternativen har olika värden mellan 0,25-1. 1 är det mest positiva alternativet. För att beräkna indikatorns värde har svarsalternativens värde multiplicerats med andelen svarande.</p> <p>Indikatorn bygger på följande fråga i den nationella patientenkäten: "Gjordes någon planering för din fortsatta vård vid besöket?"</p> <p>Undersökningen 967 vårdenheter i landet. Endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta innebär att endast tretton landsting är representerade inom den öppna vården.</p> <p>Ett slumpmässigt ostratifierat urval gjordes av patienter som haft minst 200 besök. Vid färre än 200 besök ingick samtliga patienter i undersökningen. Insamling av data bygger på den vetenskapliga metoden " Total Design Method (TDM)".</p> <p>Frågeformulär skickas kort efter besök ut till utvalda patienter som sedan erhåller ett flertal påminnelser med några veckors intervall.</p> <p><i>Mätperiod:</i> maj-juli. <i>Täljare:</i> Antal giltiga/relevanta svar. <i>Nämnare:</i> Antal svar för de positiva, viktade svarsalternativen.</p>
Datakällor	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och landsting.
Felkällor	Urvalsproblem på grund av patientadministrativa system ledde till att tiden i vissa fall blev längre än önskat mellan patientens besök och utskick av frågeformulär. Det är dock inte troligt att detta påverkat svarsfrekvenserna nämnvärt. Svarsfrekvensen var för landstingen mellan 60,3-70,6% för slutna vården och 59,5-66,6 för öppenvården.
Redovisningsnivå	Sjukhus i vissa landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

8. Ansvarig läkare vid vård på onkologisk avdelning.

Mått	"Vet du vilken läkare som varit ansvarig för din vård?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010, PUK-värde.
Syfte	Indikatorn beskriver huruvida patienten kände till vilken läkare som var ansvarig för hans eller hennes vård på den onkologiska kliniken inom slutenvården. Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.
Riktning	Högt värde tyder på upplevd god information.
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Återkommande nationella mätningar varje år.
Teknisk beskrivning	Indikatorn beskriver patienters upplevelser av information på onkologisk klinik, avser den slutna vården. Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet. Statistiken baseras på en urvalsundersökning med ett sannolikhetsurval av respondenter. Svaren på frågorna bygger på fem olika svarsalternativ "utmärkt" "mycket bra" "bra" "någorlunda" samt "dåligt". Svarsalternativen har olika värden mellan 0,25-1. 1 är det mest positiva alternativet. För att beräkna indikatorns värde har svarsalternativens värde multiplicerats med andelen svarande. Indikatorn bygger på följande fråga i den nationella patientenkäten: "Vet du vilken läkare som är ansvarig för din vård?" Undersökningen omfattade 727 vårdenheter i landet. Endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta innebär att endast sex landsting är representerade inom den slutna vården. Ett slumpmässigt ostratifierat urval gjordes av patienter vid enheter som haft minst 100 vårdtillfällen i slutenvård. Vid färre än 100 vårdtillfällen ingick samtliga patienter i undersökningen. Insamling av data bygger på den vetenskapliga metoden " Total Design Method (TDM)". Frågeformulär skickas kort efter besök ut till utvalda patienter som sedan erhåller ett flertal påminnelser med några veckors intervall. <i>Mätperiod:</i> april-juni. <i>Täljare:</i> Antal giltiga/relevanta svar. <i>Nämnare:</i> Antal svar för de positiva, viktade svarsalternativen.
Datakällor	Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och landsting.
Felkällor	Urvalsproblem på grund av patientadministrativa system ledde till att tiden i vissa fall blev längre än önskat mellan patientens besök och utskick av frågeformulär. Det är dock inte troligt att detta påverkat svarsfrekvenserna nämnvärt. Svarsfrekvensen var för landstingen mellan 60,3-70,6% för slutna vården och 59,5-66,6 för öppenvården.
Redovisningsnivå	Sjukhus i vissa landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

9. Överlevnad vid bröstcancer.

Mått	Relativ femårsöverlevnad för kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för kvinnor i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Uppgifterna om antalet kvinnor med bröstcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C50 enligt ICD 10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om bröstcancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Beräkningarna har gjorts med periodanalys på kvinnor som fick sin bröstcancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på information om personernas hemort.</p>
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

10. Multidisciplinär konferens.

Mått	Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs inför beslut om behandling vid bröstcancer, 2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver hur stor andel av kvinnor med bröstcancer som får en multidisciplinär konferens inför behandling. Multidisciplinär konferens innebär en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. Granskningen görs av specialister inom olika discipliner, exempelvis kirurg, onkolog och patolog. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård bör åtgärden användas inför behandling för att optimera behandlingsinsatsen.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel kvinnor med bröstcancer som genomgår en multidisciplinär konferens inför behandling. Jämförelsen 2009 omfattar 7 170 kvinnor. <i>Mätperiod:</i> 2009, jämförelseår 2008. Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats. <i>Täljare:</i> Antal fall där beslut om åtgärd fattats vid multidisciplinär konferens. <i>Nämnare:</i> Totala antalet bröstcancerfall (omfattar även patienter där operation inte planerats) för vilka det finns uppgift om initial bedömning.
Datakällor	Nationella Bröstcancerregistret.
Felkällor	Data har en hög täckningsgrad men saknar år 2009 i 14 fall uppgift om patientens hemortslandsting samt i 188 fall information om huruvida patient har genomgått multidisciplinär konferens inför behandling. Dessa fall är ej medräknade i nämnaren. Örebro landsting redovisas ej på grund av att uppgifter saknas.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård.

11. Multidisciplinär konferens.

Mått	Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs efter operation för bröstcancer, 2009, procent
Syfte	Indikatorn beskriver hur stor andel av kvinnor med bröstcancer som får en multidisciplinär konferens efter operation. Multidisciplinär konferens innebär en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. Granskningen görs av specialister inom olika discipliner, exempelvis kirurg, onkolog och patolog. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård bör åtgärden användas efter operation för att optimera behandlingsinsatsen.
Riktning	
Målvärde	Målnivå saknas.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel kvinnor med bröstcancer som genomgår en multidisciplinär konferens efter operation. Jämförelsen 2009 omfattar 6 607 kvinnor. <i>Mätperiod:</i> 2009, jämförelseår 2008. Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats. <i>Täljare:</i> Antal kvinnor med postoperativ multidisciplinär konferens efter primäroperation för bröstcancer. <i>Nämnare:</i> Totala antalet kvinnor som primärt opererades för bröstcancer för vilka det finns information om postoperativ bedömning.
Datakällor	Nationella Bröstcancerregistret.
Felkällor	Data har en hög täckningsgrad men saknar år 2009 i 10 fall uppgift om patientens hemortslandsting samt i 121 fall information om huruvida patient har genomgått multidisciplinär konferens efter operation för bröstcancer. Dessa fall är ej medräknade i nämnaren.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård.

12. Väntetid från första besök hos specialist till operation.

Mått	Väntetid från första besök hos specialist till operation vid bröstcancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn beskriver väntetiden från det första besöket hos specialist till operation för bröstcancer. Det finns riktlinjer från Svensk Förening för Bröstkirurgi (SFBK) där det anges att mer än 90 procent av alla patienter med verifierad bröstcancer ska erbjudas en operation inom tre veckor och ingen bör vänta mer än fyra veckor.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från första besöket hos specialist till operation. Jämförelsen omfattar 6 728 kvinnor som primäropererades för bröstcancer under 2009. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade. <i>Diagnoskod enligt ICD 10:</i> C 50
Datakällor	Nationella Bröstcancerregistret.
Felkällor	Utredningsflödet varierar mellan landstingen. I vissa landsting kommer patienterna färdigutredda till bröststenheten medan andra startar sin utredning vid bröststenheten. Detta påverkar redovisade väntetider.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid.

13. Väntetid från operation till provsvar.

Mått	Tid mellan operation och besked på vävnadsprov (PAD) till patient efter operation för bröstcancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn beskriver väntetiden från operationsdag till den dag då patienten får besked om resultatet av vävnadsprovet. Indikatorn bör mätas och följas upp då den visar på tillgången på patologer och rutiner vid hantering av prover och provsvar. Målsättningen för Svensk Förening för Bröstkirurgi (SFBK) är att samtliga patienter ska få besked om vävnadsprovet inom en vecka efter operation har genomförts.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från operationen till beskedet om PAD-provet. Jämförelsen omfattar 7 018 kvinnor som opererades för bröstcancer under 2009. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade. <i>Diagnoskod enligt ICD 10:</i> C 50
Datakällor	Nationella Bröstcancerregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid.

14. Fastställd diagnos före operation.

Mått	Andel kvinnor med fastställd diagnos innan operation för bröstcancer, 2009, procent.
Syfte	Indikatorn mäter hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer år 2009 som får en diagnos innan operation. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancersjukvård uttrycks att detta är en viktig indikator att följa upp. Det är en viktig indikator då en korrekt fastställd diagnos innan operation minskar risken för omoperation. Enligt Svensk Förening för Bröstkirurgi (SFBK) ska minst 90 procent av patienterna ha en fastställd diagnos innan de opereras.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel kvinnor som fått en fastställd diagnos innan operation för bröstcancer. Jämförelsen 2009 omfattar 6 660 kvinnor. Mätperiod: 2009, jämförelseår 2008. Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats. Täljare: Antal kvinnor med preoperativ fastställd malignitet. Nämnare: Totala antalet kvinnor som primärt opererats för bröstcancer och för vilka det finns uppgift om preoperativt fastställd malignitet. Följande diagnoskod ingår enligt ICD 10: C50.
Datakällor	Nationella Bröstcancerregistret.
Felkällor	Data har en hög täckningsgrad men saknar år 2009 i 11 fall uppgift om patientens hemortslänning samt i 68 fall uppgift om huruvida patient har fått malignitet fastställd före operation. Dessa är ej medräknade i nämnaren. I kvalitetsregistret för bröstcancer registrerar man första tumören på varje sida. Detta medför att en kvinna kan bidra med max två tumörer. Varje tumör blir då ett fall i sammanställningen vilket kan vara missvisande. Även patienter med cancer in situ finns med, det vill säga cancer som inte är metastaserad.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård, säker vård.

15. Operation med sentinel node-teknik.

Mått	Andel kvinnor som opererats med sentinel node-teknik vid invasiv bröstcancer, 2009. Avser tumörer ≤ 4 cm, procent.
Syfte	Indikatorn mäter hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som opererats med hjälp av sentinel node-teknik. Operation med hjälp av sentinel node-teknik innebär att den "första" lymfkörteln analyseras mikroskopiskt efter förekomst av tumörspridning eller inte. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan metoden användas på tumörer som är upp till fyra centimeter stora. Tekniken kan minska andelen patienter som måste genomgå en fullständig operation på grund av spridning till lymfkörtlarna. Därmed minskar risken för besvärande lymfsvullnad i armen efter operationen.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel kvinnor med invasiv bröstcancer som opereras med sentinel-node teknik. Jämförelsen 2009 omfattar 5 744 kvinnor. <i>Mätperiod:</i> 2009, jämförelseår 2008. Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats. <i>Täljare:</i> Antal invasiva bröstcancerfall som primärt opererats med sentinel node-teknik. <i>Nämnare:</i> Totala antalet invasiva bröstcancerfall med tumörstorlek 4 cm eller mindre som primärt opererats och för vilka det finns uppgifter om sentinel node-teknik. Följande diagnoskod ingår enligt <i>ICD 10</i> : C50.
Datakällor	Nationella Bröstcancerregistret.
Felkällor	Data har en hög täckningsgrad men saknar år 2009 i 9 fall uppgift om patientens hemortslandsting samt i 13 fall information om huruvida patient har genomgått operation med sentinel node-teknik. Dessa fall är ej medräknade i nämnaren.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård, patientfokuserad vård.

16. Omoperation på grund av tumördata.

Mått	Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2009, procent.
Syfte	<p>Indikatorn mäter hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som omopererats på grund av att PAD-analys visar att tumörceller finns kvar i bröstet (s.k. multipla tumörer) eller att cancer finns inom ett större område än tidigare känt.</p> <p>I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uttrycks att detta är en viktig indikator att följa upp. Indikatorn mäter både kvaliteten på malignitetsutredningen före operationen och operationernas kvalitet (hur väl kirurg lyckas avlägsna tumör vid operation).</p>
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn avser andel kvinnor som får omopereras p.g.a. att tumöranalysen visat att tumörceller finns kvar eller cancer inom ett större område än tidigare känt. Jämförelsen 2009 omfattar 6 709 kvinnor.</p> <p><i>Mätperiod:</i> 2009, jämförelseår 2008.</p> <p>Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal kvinnor med kompletterande bröstoperation på grund av tumördata efter primäroperation för bröstcancer.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet kvinnor som primärt opererades för bröstcancer och för vilka det finns uppgift om kompletterande bröstoperation.</p> <p>Följande diagnoskod ingår enligt <i>ICD 10</i>: C50</p>
Datakällor	Nationella Bröstcancerregistret.
Felkällor	Data har en hög täckningsgrad men saknar år 2009 i 11 fall uppgift om patientens hemortslandsting samt i 19 fall information om huruvida patient har genomgått en kompletterande bröstoperation. Dessa fall är ej medräknade i nämnaren. Det kan finnas registreringskillnader då alla sjukhus inte rapporterar alla sina omoperationer till bröstcancerregistret.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, söker vård.

17. Omoperation inom fyra veckor på grund av komplikation.

Mått	Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation, 2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som omopererats inom 30 dagar på grund av komplikationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård uttrycks att detta är en viktig indikator att följa upp då den beskriver operationernas kvalitet.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikationer så som blödning eller infektion. Jämförelsen 2009 omfattar 6 688 kvinnor. <i>Mätperiod:</i> 2009, jämförelseår 2008. <i>Statistik:</i> Exakta konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats. <i>Täljare:</i> Antal kvinnor med bröstcancer som omopererats inom 30 dagar på grund av kirurgiska komplikationer. <i>Nämnare:</i> Totala antalet kvinnor som primärt opererades för bröstcancer och för vilka det finns uppgift om omoperation på grund av kirurgiska komplikationer. Följande diagnoskod ingår enligt <i>ICD 10</i> : C50.
Datakällor	Nationella Bröstcancerregistret.
Felkällor	Data har en hög täckningsgrad men saknar år 2009 i 10 fall uppgift om patientens hemortslandsting samt i 40 fall information om huruvida en patient har genomgått en kompletterande bröstoperation. Dessa fall är ej medräknade i nämnaren. Det kan finnas registreringskillnader då vissa sjukhus missar att rapporterar alla sina omoperationer till bröstcancerregistret.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Säker vård.

18. Överlevnad vid äggstockscancer.

Mått	Relativ femårsöverlevnad för kvinnor som diagnostiserats med äggstockscancer, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för kvinnor i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Uppgifterna om antalet kvinnor med äggstockscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C56 enligt ICD 10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om äggstockscancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Beräkningarna har gjorts med periodanalys på kvinnor som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på information om personernas hemort.</p>
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

19. Väntetid från diagnos till beslut om behandling.

Mått	Väntetid från fastställd diagnos till beslut om behandling vid äggstockscancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn beskriver väntetiden från diagnos till beslut om behandling för kvinnor med äggstockscancer. Cancer i äggstockarna upptäcks ofta sent och då är sjukdomen redan i ett allvarligt stadium. Det är därför viktigt att väntetiden är så kort som möjligt från diagnosen till beslutet om behandling.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser väntetiden för kvinnor med äggstockscancer från diagnosdatum till dag för beslut om behandling. Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från fastställd diagnos till beslut om behandling. Diagrammet bygger på 766 kvinnor. <i>Mätperiod: 2009.</i> <i>ICD 10: C56.9.</i> <i>Statistik: Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.</i>
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer (delregister av Gyn-onkologiregistret).
Felkällor	Av 1 024 anmälda diagnoser år 2009 var det 766 stycken som hade uppgift besvarad om datum för behandlingsbeslut. Uppgifter om väntetiden fanns därmed för 75 % av patienterna som finns registrerade i registret.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregioner.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård, vård i rimlig tid.

20. Väntetid från beslut om behandling till påbörjad kemoterapi.

Mått	Väntetid från beslut om behandling till påbörjad kemoterapi vid äggstockscancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn redogör för väntetiden från beslut om behandling till datum för påbörjad kemoterapi, vilket innebär behandling med cellgifter, vid äggstockscancer. Ca 80 procent av alla kvinnor med äggstockscancer bör få kemoterapi. Enligt den nationella vårdgarantin ska en behandling påbörjas inom 90 dagar efter det att beslutet om behandlingen har fattats.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser väntetiden för kvinnor med äggstockscancer från dag för beslut om behandling till start av kemoterapi. Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från fastställd diagnos till påbörjad kemoterapi. Diagrammet bygger på 452 kvinnor. <i>Mätperiod: 2009.</i> <i>ICD 10: C56.9.</i> <i>Statistik: Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.</i>
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer (delregister av Gyn-onkologiregistret).
Felkällor	Av 1 024 anmälda diagnoser 2009 var det 766 stycken som hade uppgift besvarad om datum för behandlingsbeslut. Av dessa var det 452 stycken som hade datum för start av kemoterapi.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregioner.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård, vård i rimlig tid.

21. Andel vävnadsprov som bedöms av referenspatolog.

Mått	Andel kvinnor med äggstockscancer där vävnadsprov bedöms av referenspatolog inför behandlingsbeslut, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver hur stor andel kvinnor som bedömts av referenspatolog för att säkerställa diagnos vid äggstockscancer. Den bör mätas då bedömningen av tumörpreparat har stor betydelse för prognosen för sjukdomen samt ger information om vilken behandling patienterna bör få.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel kvinnor med äggstockscancer där vävnadsprov bedöms av referenspatolog inför behandlingsbeslut. Diagrammet bygger på uppgifter om 1 120 kvinnor. <i>Täljare:</i> Antal patienter med ovarialmalignitet, där tumörpreparaten angetts som bedömda av referenspatolog på anmälningsblanketten. <i>Nämnare:</i> Samtliga anmälda fall av ovarialmalignitet. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009. <i>ICD 10:</i> C56.9.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer (delregister av Gyn-onkologiregistret).
Felkällor	Av 1 227 anmälda diagnoser var det 1120 stycken som hade uppgift besvarad om bedömning gjorts av referenspatolog.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregioner.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

22. Överlevnad vid njurcancer.

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med njurcancer, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Uppgifterna om antalet patienter med njurcancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C64 enligt ICD 10.</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om njurcancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Beräkningarna har gjorts med periodanalys på patienter som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på information om personernas hemort.</p>
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

23. Väntetid från remiss till första besök hos specialist.

Mått	Väntetid från remissdatum till första besöket hos specialist vid utredning för njurcancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn avser väntetid från remissdatum, eller när patienten själv kontaktar urologen, till första besök hos specialitläkare.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissdatum till första besök hos specialist. Jämförelsen omfattar 781 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2009. <i>Population:</i> Alla patienter i Nationella Njurcancerregistret där remissdatum och första besöket hos specialist fanns angivet. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade. Nationella Njurcancerregistret.
Datakällor	
Felkällor	Antal patienter som ingår i undersökningen anges till höger i diagrammet. Ett litet antal patienter kan påverka de redovisade väntetiderna.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid.

24. Väntetid från beslut om behandling till operation.

Mått	Väntetid från beslut om behandling till dag för operation vid njurcancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn avser väntetid från dag för beslut om behandling till dag för operation vid njurcancer.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från dag för beslut om behandling till dag för operation. Jämförelsen omfattar 761 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2009. <i>Population:</i> Avser patienter som blivit primärt opererade. Endast patienter där båda datumen finns registrerade i Nationella Njurcancerregistret ingår i undersökningen. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.
Datakällor	Nationella Njurcancerregistret.
Felkällor	Antal patienter som ingår i undersökningen anges till höger i diagrammet. Ett litet antal patienter kan påverka de redovisade väntetiderna.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid.

25. Primär utredning med datortomografi av bröstkorgen av före operation.

Mått	Andel patienter som gjorde datortomografi av bröstkorgen inför operation för njurcancer, 2008–2009, procent.
Syfte	Indikatorn visar andel patienter som undersökts med datortomografi av bröstkorgen (thorax) inför operation. En sådan undersökning visar om det finns tumörspridning till lungorna. Enligt det nationella vårdprogrammet bör 85 procent av alla fall utredas med datortomografi av bröstkorgen.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn anger andel patienter som gjorde datortomografi av bröstkorgen som ett led i utredning av njurcancer. <i>Diagnoskod</i> C64 enligt ICD 10 och <i>KVÅ-kod</i> AG009 (datortomografi thorax). <i>Mätperiod</i> : för riket 2005–2009, för landsting 2008–2009. <i>Täljare</i> : Antal patienter som primärutretts med datortomografi av thorax. <i>Nämnare</i> : Totala antalet patienter som diagnostiserats med njurcancer. Även fall där uppgift om datortomografi av thorax saknas ingår i nämnaren.
Datakällor	Nationella Njurcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgraden har blivit bättre med tiden, 2005 saknades 17 procent, 2009 saknades mindre än 1 procent.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

26. Överlevnad vid blåscancer.

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med blåscancer, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Uppgifter om antalet patienter med blåscancer har hämtats från Cancerregistret definierade enligt diagnoskoden C67–C68.0 (ICD 10). Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om blåscancer var den enda möjliga dödsorsaken. Beräkningarna har gjorts med periodanalys på patienter som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009. Åldersstandardiserade värden. Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen baseras på information om personernas hemort.
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet. Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

27. Väntetid från remissankomst till första besök hos specialist.

Mått	Väntetid från remissankomst till första besöket hos specialist vid blåscancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn avser väntetid från remissankomst, eller att patienten själv kontaktar urologen, till första besök hos specialistläkare.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissankomst till första besök hos specialist. Patienter med diagnosen C67-C68.0 enligt ICD 10. Jämförelsen omfattar 2 029 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2009. <i>Population:</i> Alla patienter i Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer där remissdatum och första besök hos specialist fanns angivet. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.
Datakällor	Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer.
Felkällor	Kvalitetsregistrets täckningsgrad mot cancerregistret var under 2009 över 90 %. Endast enstaka värden på uppföljningsvariabeln saknas.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid.

28. Väntetid från första besök hos specialist till transuretral resektion.

Mått	Väntetid från första besök hos specialist till transuretral resektion (TUR) vid blåscancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn avser antal dagar från första besök hos specialist till en transuretral resektion.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från första besök hos specialist till TUR. Patienter med diagnosen C67-C68.0 enligt ICD 10. Jämförelsen omfattar 2 083 patienter. <i>Mätperiod: 2009.</i> <i>Population:</i> Alla patienter i Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer där första besök hos specialist och datum för TUR fanns angivet. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.
Datakällor	Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer.
Felkällor	Kvalitetsregistrets täckningsgrad mot cancerregistret var under 2009 över 90 %. Endast enstaka värden på uppföljningsvariabeln saknas.
Redovisningsnivå	Riket, landsting
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid

29. Intravesikal behandling av tumör i stadium T1.

Mått	Andel patienter med blåscancer som genomgår intravesikal behandling, avser stadium T1, 2008–2009, procent.
Syfte	Indikatorn visar andel patienter med blåscancer med T1-tumör som får intravesikal behandling. De flesta patienter med en T1-tumör bör förutom transuretral resektion (TUR) även erbjudas en intravesikal behandling (insprutning i urinblåsan via kateter) av kemo- eller immunoterapi för att förebygga återfall och hindra tumören från att förvärras.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn anger andel patienter med blåscancer som genomgår intravesikal behandling. Diagnoskod: C 67–C 68.0 enligt ICD 10. Jämförelsen omfattar 963 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2008–2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter med tumör i stadium T1 som genomgått intravesikal behandling. <i>Nämnare:</i> Patienter i blåscancerregistret med tumörstadium T1.
Datakällor	Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer.
Felkällor	Antal patienter som ingår i undersökningen anges till höger i diagrammet. Ett litet antal patienter kan påverka de redovisade resultaten för landstingen, vilket syns i breda konfidensintervall.
Redovisningsnivå	Riket, landsting
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

30. Kurativt syftande behandling av tumörer i stadium T2–T4.

Mått	Andel patienter med blåscancer som genomgår kurativt syftande primärbehandling, avser stadium T2–T4, 2008–2009, procent.
Syfte	Indikatorn visar andel patienter med blåscancer i stadium T2–T4 som genomgår kurativt syftande primärbehandling. En tumör i stadium T2–T4 har vuxit in i muskulaturen och en kurativt syftande behandling är i dessa fall antingen cystektomi (borttagande av urinblåsan) med eller utan systemisk cytostatikabehandling eller strålbehandling.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn anger andel patienter med blåscancer som genomgår kurativt syftande primärbehandling. <i>Diagnoskod:</i> C 67–C 68.0 enligt ICD 10. Jämförelsen omfattar 1 029 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2008–2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter med tumör i stadium T2-T4-patienter som genomgått kurativt syftande primärbehandling <i>Nämnare:</i> Alla patienter i blåscancerregistret med tumörstadium T2-T4.
Datakällor	Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer.
Felkällor	Antal patienter som ingår i undersökningen anges till höger i diagrammet. Ett litet antal patienter kan påverka de redovisade resultaten för landstingen, vilket syns i breda konfidensintervall.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

31. Väntetid till första besöket hos specialist.

Mått	Väntetid från remissdatum till första besöket hos specialist vid utredning för prostatacancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn avser väntetid från remissdatum, eller att patienten själv kontakter urologen, till första besök hos specialistläkare vid utredning för prostatacancer. Väntetiden är viktig för patienten, inte minst för att slippa en del av oron.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissdatum till första besök hos specialist. <i>Mätperiod:</i> 2009. Jämförelsen omfattar 7 753 män. <i>Population:</i> Alla patienter i Nationella Prostatacancerregistret där remissdatum och första besöket hos specialist fanns angivet. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.
Datakällor	Nationella Prostatacancerregistret.
Felkällor	Täckningsgraden på variabeln anges till höger i diagrammet. Variationen mellan landstingen är 57–94 procent. En låg täckningsgrad kan påverka de redovisade väntetiderna.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid.

32. Skelettscintigrafi vid prostatacancer av lågrisktyp.

Mått	Andel män med lokaliserad prostatacancer som genomgår skelettscintigrafi, 2009. Avser män med lågrisktumör, procent.
Syfte	Skelettscintigrafi är en isotopundersökning av skelettet som visar ben i omvandling, till exempel vid metastaser från prostatacancer. Syftet är att undersöka om prostatacancer har spridit sig till skelettet, vanligtvis ryggraden eller bäckenet. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prostatacancervård och i samtliga regionala vårdprogram anges att skelettscintigrafier inte ska utföras på män med lågrisktumörer.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel män med lågrisktumör och lokaliserad prostatacancer som genomgår skelettscintigrafi. <i>Definition av patientgruppen:</i> Patienter med tumörstadium T1-T2, med PSA-värde < 20 microgram/l och Gleasonsumma 2-6. Jämförelsen avser 3 680 män som diagnostiserades under 2009. <i>Mätperiod:</i> 2009, jämförelseår 2003. <i>Täljare:</i> Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som genomgått skelettscintigrafi. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition). Konfidensintervall beräknat utifrån binomialfördelning.
Datakällor	Nationella Prostatacancerregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket (trend 2000-2009), landsting (2009).
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

33. Aktiv monitorering vid prostatacancer av lågrisktyp.

Mått	Andel män med prostatacancer som får aktiv monitorering, avser män 75 år eller yngre med lågrisktumör, 2009, procent.
Syfte	För män med lågrisktumör som är 75 år eller yngre är aktiv monitorering den behandlingsstrategi som rekommenderas starkast i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vid en förväntad överlevnad mellan 10–20 år.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Definition av patientgruppen:</i> tumörstadium T1c och PSA < 10 microgram/l och Gleasonsumma 2-6 och inte mer än två biopsier med cancer och mindre än 4 mm omfång, ålder vid diagnos ≤ 75. Jämförelsen omfattar 800 män <i>Mätperiod:</i> 2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som fått aktiv monitorering inför ställningstagande till behandling och är 75 år eller yngre. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och är 75 år eller yngre. Konfidensintervall beräknat utifrån binomialfördelning.
Datakällor	Nationella Prostatacancerregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

34. Kurativ behandling vid prostatacancer av lokaliserad mellan- och högrisktyp.

Mått	Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande behandling, avser män 75 år eller yngre med mellan- och högrisktumörer, 2009, procent.
Syfte	Måttet anger andel män med prostatacancer med mellan- eller högrisktumörer som fått kurativt syftande primärbehandling. Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort eller strålas med någon av flera olika tekniker.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn avser andel män 75 år eller yngre med mellan- och högrisktumörer som får kurativt syftande behandling. Det vill säga patienter med lokaliserad tumör som är medelhögt eller lågt differentierad och som inte har tecken på spridning av cancer utanför prostata.</p> <p><i>Definition av patientgruppen:</i></p> <p>Intermediärrisk (patient med mellanrisktumör): tumörstadium T1-2 med Gleasonsumma 7 och/eller PSA-värde mellan $\geq 10 - < 20$ microgram/l.</p> <p>Högrisktumör: Tumörstadium T3-4 och/eller Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA-värde mellan $\geq 20 - 50$ microgram/l. Jämförelsen omfattar 3 944 män med mellan eller högrisktumör.</p> <p><i>Mätperiod:</i> 2009, jämförelseår 2003.</p> <p><i>Täljare:</i> Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som fått kurativt syftande primärbehandling och är 75 år eller yngre.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totala antalet patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och är 75 år eller yngre.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på behandlande klinik och inte patientens hemort.</p> <p>Konfidensintervall beräknat utifrån binomialfördelning.</p>
Datakällor	Nationella Prostatacancerregistret (NPCR).
Felkällor	NPCR har hög en hög täckningsgrad. Tänkbara fel kan vara eventuella brister i rapportering och registrering.
Redovisningsnivå	Riket (trend 2000-2009), landsting (2009).
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

35. Behandling vid lokalt avancerad prostatacancer.

Mått	Andel män med prostatacancer som får neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling eller bicalutamid som monoterapi, avser män 75 år eller yngre med högrisktumör, 2008–2009, procent.
Syfte	Måttet anger andel män med högrisktumör, 75 år eller yngre, som får neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling eller bicalutamid som monoterapi. Det är de åtgärder som fått högst rangordning för respektive patientgrupp i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prostatacancersjukvård.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Definition av patientgruppen:</i> Ålder vid diagnos \leq 75 och tumörstadium T3-T4 eller PSA-värde mellan \geq 20 och $<$ 50 microgram/l eller Gleasonsumma 8-10. Jämförelsen omfattar 2 550 män. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009, jämförelseår 2006-2007. <i>Täljare:</i> Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som fått neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling eller bicalutamid som monoterapi. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition).
Datakällor	Nationella Prostatacancerregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket (trend 2000-2009), landsting (2008-2009).
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

36. Överlevnad vid tjocktarmscancer.

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Uppgifterna om antalet patienter med tjocktarmscancer har hämtats från Cancerregistret utifrån diagnoskoden C18-C19 enligt ICD 10. Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos med populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om tjocktarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken. Beräkningarna har gjorts med periodanalys och baseras på patienter som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och med information om antalet avlidna under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009. Åldersstandardiserade värden. Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen baseras på information om personernas hemort.
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av mycket god kvalitet. Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

37. Multidisciplinär konferens.

Mått	Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av tjocktarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som genomgår multidisciplinär konferens (MDT-konferens) inför behandling vid tjocktarmscancer. Inför primärbehandling av tjocktarmscancer genomförs en multidisciplinär konferens, vilket innebär en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar flera specialister, exempelvis kirurg, radiolog, patolog. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer rekommenderas multidisciplinär konferens inför behandlingsstart av nyupptäckt tjocktarmscancer. Enligt kolorektalregistret bör på sikt minst 90 procent av alla patienter få en multidisciplinär konferens vid behandlingsstart.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter som genomgår multidisciplinär konferens inför behandling av tjocktarmscancer. Diagrammen bygger på uppgifter om 7 754 diagnostiserade personer. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som bedömts preoperativt i MDT-konferens. <i>Nämnare:</i> Alla patienter med koloncancer. Följande diagnoskoder ingår enligt ICD 10: C18. PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Koloncancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%. Det finns vissa registreringskillnader som påverkar resultaten. Det finns ingen enhetlig definition för vilka kompetenser som ska delta för att det ska räknas som en multidisciplinär konferens. Det kan leda till skillnader mellan landstingen. Vissa landsting rapporterar endast de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av en multidisciplinär konferens. Landstingen har även olika definitioner av vilka patientgrupper som har behov av en multidisciplinär konferens. Sifferkolumnen till höger i diagrammet visar andelen akuta operationer per landsting. Denna andel kan påverka hur stor andel som får en MDT-konferens, eftersom den inte är möjlig att genomföra vid akuta tillstånd.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård.

38. Multidisciplinär konferens.

Mått	Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för tjocktarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som genomgår multidisciplinär konferens (MDT-konferens) efter operation för tjocktarmscancer. Efter operation har man en andra multidisciplinär konferens då specialisterna främst tar ställning till PAD-data (data från en patologisk anatomisk diagnos) från operationen och planerar den fortsatta onkologiska behandlingen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer rekommenderas en multidisciplinär konferens efter operation. Enligt kolorektalregistret bör på sikt minst 90 procent av alla patienter få en multidisciplinär konferens efter operationen.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter som genomgår multidisciplinär konferens efter operation för tjocktarmscancer. Diagrammen bygger på uppgifter om 6 518 personer som opererats. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som bedömts postoperativt i MDT-konferens. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som opererats med resektionskirurgi Följande diagnoskoder ingår enligt ICD 10: C18. PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Koloncancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%. Det finns vissa registreringsskillnader som påverkar resultaten. Det finns ingen enhetlig definition för vilka kompetenser som ska delta för att det ska räknas som en multidisciplinär konferens. Detta kan leda till skillnader mellan landstingen. Vissa landsting rapporterar endast de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av en multidisciplinär konferens. Landstingen har även olika definitioner av vilka patientgrupper har behov av en multidisciplinär konferens.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård.

39. Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat.

Mått	Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta efter operation för tjocktarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som får minst tolv lymfkörtlar undersökta efter operation för tjocktarmscancer. Undersökningen ska ge tydliga svar på vilken typ av tumör det gäller och vilket stadium den befinner sig i. Det är viktigt att få en korrekt klassifikation av tumören för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen. Det finns vetenskapliga studier som visar att minst tolv lymfkörtlar bör undersökas från den bortopererade tarmen för att den diagnostiska kvaliteten ska bli acceptabel. Undersökningen påverkas av tekniken i samband med operationen, det vill säga om kirurgen tar bort tarmen med tillräckligt goda marginaler. Den påverkas också av patologens skicklighet i att analysera preparaten.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter i stadium I-III som får minst tolv lymfkörtlar undersökta efter operation för tjocktarmscancer. Diagrammet bygger på uppgifter om 5 040 personers vävnadsprov. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009. <i>Täljare:</i> De preparat från patienter med tjocktarmscancer där minst 12 lymfkörtlar undersökts histologiskt. <i>Nämnare:</i> De preparat från resektionskirurgi som undersökts på patologilab. Följande diagnoskoder ingår enligt ICD 10: C18. PAD 096,996. Nationella Koloncancerregistret.
Datakällor	
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, patologilab.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

40. Komplikation i form av perforerad tarm under operation .

Mått	Andel patienter som får komplikationen perforerad tjocktarm under operation för tjocktarmscancer, 2007-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som får komplikation i form av perforerad tjocktarm under operation. Under operationen kan perforation av tjocktarm inträffa. Om det sker ökar risken för tumöråterfall i efterförloppet, vilket kan medföra lidande för patienten. Akuta operationer ökar risken för perforation. En strävan är att minimera antalet komplikationer som beror på sjukvårdens åtgärder, som i detta fall en skada som inträffar under en pågående operation. Däremot kan antalet perforationer under operation aldrig vara noll eftersom komplikationen också kan orsakas av patientens sjukdomstillstånd.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter som får komplikationen perforerad tjocktarm under operation för tjocktarmscancer. Diagrammet bygger på uppgifter om 9 772 personer som opererades för tjocktarmscancer. I diagrammet anges även den andel som blev akut opererade. <i>Mätperiod:</i> 2007-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som fått tjocktarmen perforerad under operation. <i>Nämnare:</i> Antal som opererats med resektionskirurgi. Följande diagnoskoder ingår enligt ICD 10: C18. PAD 096,996. Till höger i diagrammet anges andelen akut opererade. Nationella Koloncancerregistret.
Datakällor	
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Säker vård.

41. Mer än 15 dagars vårdtid efter operation.

Mått	Andel patienter med mer än 15 dagars slutenvård efter operation för tjocktarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som efter operation för tjocktarmscancer fått mer än 15 dagar slutenvård. Indikatorn bör mätas då vårdtid efter operation inte bör vara mer än 15 dagar. Enligt Koloncancerregistrets uppföljning år 2008 visar inte underlaget om utskrivningssättet har någon betydelse för vårdtidens längd.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel patienter som får mer än 15 dagars slutenvård efter operation för tjocktarmscancer. Avser andel patienter som skrivits ut till hemmet respektive till annan vårdinrättning. Diagrammet bygger på uppgifter om 6 518 personer som opererades för tjocktarmscancer. I diagrammet anges även den andel som blev akut opererade. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter med mer än 15 dagars slutenvård efter operation. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som opererats med resektionskirurgi Följande diagnoskoder ingår enligt ICD 10: C18. PAD 096,996. Nationella Koloncancerregistret.
Datakällor	
Felkällor	Jämförelsen tar inte hänsyn till patientens sjukdomstillstånd före operationen eller eventuell samsjuklighet vilket kan påverka vårdtidens längd. Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Effektiv vård.

42. Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation.

Mått	Andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för koloncancer, 2007-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation av tjocktarmscancer på grund av komplikation. Omoperationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en viktig indikator att följa upp.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer. Diagrammet bygger på uppgifter om 9 772 personer som primäropererades. I diagrammet anges även den andel som blev akut opererade. <i>Mätperiod:</i> 2007-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer. <i>Nämnare:</i> Totala antalet patienter som primäroperats med resektion för koloncancer. Följande diagnoskoder ingår enligt ICD: C18. PAD 096,996. Nationella Koloncancerregistret.
Datakällor	
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%. En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Säker vård.

43. Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation.

Mått	Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer, 2007-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn beskriver andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer. Diagrammet bygger på uppgifter om 9 364 patienter som genomgick resektionskirurgi. I diagrammet anges även den andel som blev akut opererade. <i>Mätperiod:</i> 2007-2009. <i>Täljare:</i> Antal avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som opererats med resektionskirurgi. Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad. I tabell (Tabell 1) redovisas oddskvoter när hänsyn tagits till ålder, kön och tumörstadium, fördelat på landsting. Ett värde under 1 anger att andelen understiger riksgenomsnittet och ett värde över 1 att andelen överstiger riksgenomsnittet. Följande diagnoskoder ingår enligt ICD 10: C18. PAD 096,996. <i>Del av stapel i diagram:</i> andel avlidna inom 30 dagar efter operation
Datakällor	Nationella Koloncancerregistret.
Felkällor	Ca 1 % bortfall på indikatorn. Täckningsgraden för Lund år 2009 är otillräcklig. Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Säker vård.

44. Överlevnad vid ändtarmscancer.

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Uppgifterna om antalet patienter med ändtarmscancer har hämtats från Cancerregistret och definieras enligt diagnoskoderna C20–C21 (ICD 10). Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken. Beräkningarna har gjorts med periodanalys och baseras på patienter som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009. Åldersstandardiserade värden. Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen baseras på personernas hemort.
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen
Felkällor	Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet. Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

45. Multidisciplinär konferens.

Mått	Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av ändtarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som genomgår multidisciplinär konferens (MDT-konferens) inför behandling vid ändtarmscancer. Inför primärbehandling av ändtarmscancer genomförs en multidisciplinär konferens, vilket innebär en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar flera specialister, exempelvis kirurg, radiolog, patolog. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer rekommenderas en multidisciplinär konferens inför behandlingsstart av nyupptäckt ändtarmscancer. Rektalcancerregistret har ett långsiktigt mål som anger att minst 90 procent av patienterna med ändtarmscancer ska få en multidisciplinär bedömning vid behandlingsstart.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter som genomgår en multidisciplinär konferens inför behandling av ändtarmscancer. Diagrammet bygger på uppgifter om 3 807 patienter. Mätperiod: 2008-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som bedömts före operation i MDT-konferens. <i>Nämnare:</i> Alla patienter med ändtarmscancer ICD 10: C20.9 PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%. Det finns vissa registreringskillnader som påverkar resultaten. Det finns ingen enhetlig definition för vilka kompetenser som ska delta för att det ska räknas som en multidisciplinär konferens. Det kan leda till skillnader mellan landstingen. Vissa landsting rapporterar endast de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av en multidisciplinär konferens. Landstingen har även olika definitioner av vilka patientgrupper har behov av en multidisciplinär konferens.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård.

46. Multidisciplinär konferens.

Mått	Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för ändtarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som fått en multidisciplinär konferens efter operation för ändtarmscancer. Efter operationen har man en andra multidisciplinär konferens då specialisterna främst tar ställning till PAD-data (data från en patologisk anatomisk diagnos) från operationen och planerar den fortsatta onkologiska behandlingen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer rekommenderas en multidisciplinär konferens efter operation för ändtarmscancer. Rektalcancerregistret har ett långsiktigt mål som anger att minst 90 procent av patienterna med ändtarmscancer ska få en multidisciplinär konferens efter primäroperationen.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter som genomgått en multidisciplinär konferens efter operation för ändtarmscancer. Diagrammet bygger på uppgifter om 2 738 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som bedömts multidisciplinärt postoperativt. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som opererats med resektionskirurgi ICD 10: C20.9 PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%. Det finns vissa registreringskillnader som påverkar resultaten i diagrammen. För det första finns det ingen enhetlig definition av vilka kompetenser som ska delta för att det ska räknas som en multidisciplinär konferens, och detta kan leda till skillnader mellan landstingen. Vissa landsting rapporterar endast de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av en multidisciplinär konferens. För det andra har landstingen även olika definitioner av vilka patientgrupper som behöver en multidisciplinär konferens.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård.

47. Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat.

Mått	Andel patienter som fått minst tolv lymfkörtlar undersökta efter operation för ändtarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som fått minst tolv lymfkörtlar undersökta efter operation för ändtarmscancer. Det är viktigt att få en korrekt klassifikation av tumören för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen. Det finns vetenskapliga studier som visar att minst tolv lymfkörtlar bör undersökas från den bortopererade tarmen för att den diagnostiska kvaliteten ska bli acceptabel. Undersökningen påverkas av tekniken i samband med operationen, det vill säga om kirurgen tar bort tarmen med tillräckligt goda marginaler, men också av patologens skicklighet i att analysera preparaten.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter i stadium I-III som fått minst tolv lymfkörtlar undersökta efter operation för ändtarmscancer. Jämförelsen avser 2 273 patienters vävnadsprov. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009, jämförelseår 2006-2007. Trenddata 2003-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som fått minst 12 lymfkörtlar undersökta histologiskt. <i>Nämnare:</i> Antal patienter med stadium I-III som opererats med resektionskirurgi. ICD 10: C20.9 PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, patologilab.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

48. Strålbehandling inför operation.

Mått	Andel patienter som får strålbehandling inför operation för ändtarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som fått strålbehandling inför operation av ändtarmscancer. Strålbehandling inför operation har fått en relativt hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer, särskilt när patienten bedöms ha en cancer som är svår att operera bort. Alla patienter får dock inte strålbehandling då i vissa fall tumören är så liten att risken för återfall inte står i proportion till riskerna med strålning.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel patienter med ändtarmscancer som genomgår strålbehandling inför operation. Jämförelsen avser 2 738 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009, jämförelseår 2006-2007, trenddata 2000-2009. <i>Täljare:</i> Antal som strålbehandlats inför operation för ändtarmscancer. <i>Nämnare:</i> Antal som opererats med resektionskirurgi ICD 10: C20.9 PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	100 % av patienterna bör inte strålas då det bland annat finns risk för komplikationer.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

49. Komplikation i form av perforerad tarm under operation.

Mått	Andel patienter som får komplikationen perforerad ändtarm under operation för ändtarmscancer, 2007-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som fått komplikation i form av perforerad ändtarm under operation för ändtarmscancer. Under operation kan komplikationer inträffa och en viktig sådan är perforering av ändtarmen. Om tarmen perforeras under operationen ökar risken för tumöråterfall i efterförloppet, vilket kan medföra lidande för patienten. En strävan är att minimera antalet komplikationer som beror på sjukvårdens åtgärder, som i detta fall en skada som inträffar under en pågående operation.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel patienter som får komplikation i form av perforerad ändtarm under operation för ändtarmscancer. Jämförelsen avser 4 047 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2007-2009, jämförelseår 2004-2006, trenddata 2000-2009. <i>Täljare:</i> Antal som fått komplikation i form av ändtarmsperforation <i>Nämnare:</i> Antal som opererats med resektionskirurgi <i>ICD 10:</i> C20.9 PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Säker vård.

50. Anastomosinsufficiens efter operation.

Mått	Andel patienter som får anastomosinsufficiens efter operation för ändtarmscancer, 2007-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som utvecklat anastomosinsufficiens, dvs. att skarvade tarmändar börjar läcka. Vid en operation avlägsnas först tumören och hos cirka 50 procent av patienterna skarvas sedan tarmändarna ihop, vilket kan ske med olika tekniker. Det hopsydda området kallas anastomos. En allvarlig komplikation efter en operation är anastomosinsufficiens, en otäthet i anastomos. Då läcker tarminnehållet ut i buken, vilket kan ge peritonit (bukhinneinflammation) och sepsis (blodförgiftning). Detta är ett livshotande tillstånd som kräver en ny operation och kan leda till att patienten får en permanent stomi. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer finns andelen patienter som utvecklade en anastomosinsufficiens efter operationen upptagen som en viktig indikator för uppföljning.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel patienter som får anastomosinsufficiens efter operation. Jämförelsen avser 2 030 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2007-2009, referensår 2004-2006, trenddata 2000-2009. <i>Täljare:</i> Antal som utvecklat anastomosinsufficiens postoperativt. <i>Nämnare:</i> Antal som opererats med främre resektion. <i>ICD 10:</i> C20.9. PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Säker vård.

51. Mer än 21 dagars vårdtid efter operation.

Mått	Andel patienter med mer än 21 dagars slutenvård efter operation för ändtarmscancer, 2008-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som vårdats längre än 21 dagar på sjukhus efter primäroperation vid ändtarmscancer. Vårdtiden efter en operation bör inte vara längre än 21 dagar, förutsatt att vårdförloppet är okomplicerat.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel patienter som har mer än 21 dagar slutenvård efter primäroperation av ändtarmscancer. Diagrammet avser kliniken där patienten opererades eller annan vårdinrättning och 2 733 personer ingår i jämförelsen. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009, referensår 2006-2007, trenddata 2000-2009. <i>Täljare:</i> Antal som utvecklat anastomosinsufficiens postoperativt. <i>Nämnare:</i> Antal som opererats med främre resektion. <i>ICD 10:</i> C20.9 PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%. Jämförelsen tar inte hänsyn till patientens sjukdomstillstånd före operationen eller eventuell samsjuklighet som kan påverka vårdtidens längd.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Effektiv vård.

52. Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation.

Mått	Andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, 2005-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer på grund av komplikation. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp. En andra operation medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel patienter som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation efter operation för ändtarmscancer. Diagrammet avser 6 327 primäroopererade patienter. <i>Mätperiod:</i> 2005-2009, referensår: 2003-2007, trenddata 1995-2009. <i>Täljare:</i> Antal omoperationer som utförts inom 30 dagar efter primäroperation av ändtarmscancer. <i>Nämnare:</i> Totala antalet primäroperationer av ändtarmscancer som rapporterats i registret. <i>ICD 10:</i> C20.9 PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Utöver reella skillnader i antal omoperationer kan variationer mellan landstingen även bero på skillnader i registreringen av omoperationer.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Säker vård.

53. Ny cancer i bäckenet inom fem år efter operation.

Mått	Andel patienter som får återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation för ändtarmscancer. Patienter opererade 2001-2004 med uppföljning t.o.m. 2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som utvecklat lokalrecidiv, dvs. att en tumörväxt återkommer, inom fem år efter operation för ändtarmscancer. Recidivet innebär en mycket stor risk för en obotlig sjukdom alternativt en mycket omfattande kirurgisk och onkologisk behandling. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är andelen recidiv av cancer i bäckenet inom två år efter operation en viktig indikator för uppföljning. Rektalcancerregistret har fem års uppföljning för tumörrecidiv efter en operation, och den uppföljningstiden redovisas i denna jämförelse.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel patienter som utvecklar ny cancer i bäckenet inom fem år efter operation för ändtarmscancer. Jämförelsen avser 4 592 patienter som primäropererades 2001-2004. <i>Mätperiod:</i> 2001-2004 med uppföljning till och med 2009. <i>Täljare:</i> Antal lokalrecidiv inom 5 år. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som opererats med resektionskirurgi. <i>ICD 10:</i> C20.9 PAD 096,996.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgraden är överlag <95%. För Kungälv, Sollefteå, Örnsköldsvik, Värnamo, Växjö, Kalmar är täckningsgraden 60-80%. För dessa sjukhus kan resultaten bli missvisande. Resultatet påverkas i viss mån av patientens sjuklighet inför operationen.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård.

54. Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation.

Mått	Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2007-2009, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är andelen avlidna inom 30 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer. Jämförelsen avser 4 037 patienter som genomgick resektionskirurgi. I tabell (Tabell 2) redovisas jämförelser mellan landsting presenterade som oddskvoter där hänsyn tagits till ålder, kön och tumörstadium. Ett värde under 1 anger att andelen understiger riksgenomsnittet och ett värde över ett att andelen överstiger riksgenomsnittet. <i>Mätperiod:</i> 2007-2009, jämförelseår 2002-2006, trenddata 2000-2009 (uppföljning 90 dagar). <i>Täljare:</i> Antal patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation. <i>Nämnare:</i> Antal patienter som opererats med resektionskirurgi för rektalcancer. <i>ICD 10:</i> C20.9 PAD 096,996. <i>Del av stapel i diagram:</i> andel avlidna inom 30 dagar.
Datakällor	Nationella Rektalcancerregistret.
Felkällor	Täckningsgrad över 95 %, dock har Lund dålig täckning år 2009, <85%. Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Säker vård.

55. Överlevnad vid lungcancer.

Mått	Relativ ettårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med lungcancer, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Uppgifter om antalet patienter med lungcancer har hämtats från Cancerregistret enligt diagnoskoden C34 (ICD 10).</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om lungcancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Beräkningarna har gjorts med periodanalys på patienter som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på personernas hemort.</p>
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

56. Multidisciplinär konferens inför behandling.

Mått	Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer, 2002-2009, procent.
Syfte	Indikatorn mäter hur stor andel av patienter med lungcancer som inför primärbehandlingen av lungcancer får en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog och lungmedicinsk specialist. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av en nyupptäckt lungcancer fått en hög prioritet.
Riktning	
Målvärde	74 procent (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård)
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter med lungcancer som genomgår en multidisciplinär konferens inför behandling. Jämförelsen avser 24 576 diagnostiserade patienter. <i>Mätperiod:</i> 2002-2009, trenddata 2002-2009. <i>Statistik:</i> Konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats. <i>Täljare:</i> Antal lungcancerpatienter som bedömts på multidisciplinär konferens <i>Nämnare:</i> Totala antalet lungcancerpatienter
Datakällor	Nationellt lungcancerregister.
Felkällor	Täckningsgraden är >95%. Det finns vissa registreringskillnader som påverkar resultaten i diagrammen. För det första finns det ingen enhetlig definition av vilka kompetenser som ska delta för att det ska räknas som en multidisciplinär konferens, och detta kan leda till skillnader mellan landstingen. Vissa landsting rapporterar endast de konferenser där samtliga deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av en multidisciplinär konferens. För det andra har landstingen även olika definitioner av vilka patientgrupper som behöver multidisciplinär konferens.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård.

57. Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling.

Mått	Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn mäter väntetiden från remissankomst till beslut om behandling för patienter med lungcancer. En viktig indikator för omhändertagandet av lungcancerpatienter är tiden från det att en remiss inkommer till den utredande kliniken (en specialistklinik) fram till dagen för beslutet om behandling. Jämförelsen gäller tiden från det att remissen registrerats vid specialistkliniken, eller patienten själv tar kontakt med kliniken. Väntetiden omfattar tiden för utredning och diagnosättning tills beslutet om behandlingsinsatserna har fattats, exempelvis vid en multidisciplinär konferens. Specialistkliniken är vanligtvis en lungmedicinsk eller onkologisk klinik. Enligt Svenska lungcancergruppen bör väntetiden vara maximalt 28 dagar för minst 80 procent av patienterna.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser väntetiden från ankomst av remiss till beslut om behandling för lungcancerpatienter. Diagrammet visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling. <i>Mätperiod:</i> 2009 <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.
Datakällor	Nationellt lungcancerregister.
Felkällor	Täckningsgraden är >95%.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid.

58. Lungcancer bekräftat med vävnadsprov.

Mått	Andel lungcancerfall som bekräftas med vävnadsprov, 2002-2009, procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter som fått lungcancer bekräftat med ett vävnadsprov. För att ta reda på vilken typ av tumör patienten har behövs ett vävnadsprov som skickas för analys. Undersökningen av vävnadsprovet ska bekräfta diagnosen lungcancer, ange typen av lungtumör och bekräfta att det rör sig om primär lungcancer och inte dotterstulster från en annan tumör. Efter en sådan utredning kan lungcancerpatienter få ett korrekt och optimalt omhändertagande. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancerbehandling fick diagnostik med ett vävnadsprov en mycket hög prioritet.
Riktning	
Målvärde	99 procent (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancerbehandling)
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter som fått lungcancer bekräftat med ett vävnadsprov. Jämförelsen omfattar 24 576 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2002- 2009, trenddata 2002-2009. <i>Täljare:</i> Antal lungcancerfall som bekräftats med vävnadsprov (Cytologi eller PAD svar). <i>Nämnare:</i> Totalt antal lungcancerfall. Konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.
Datakällor	Nationellt lungcancerregister.
Felkällor	Täckningsgraden är >95%. För några landsting kan den lägre nivån bero på att de inte rapporterar alla sina fall till lungcancerregistret, det gäller främst för äldre och multisjuka patienter.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

59. Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling.

Mått	Andel patienter med icke småcellig lungcancer som genomgår PET-DT inför start av kurativt syftande behandling, 2007-2009. Avser stadium IB-IIIB, procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter med icke småcellig cancer som genomgår PET-DT inför start av kurativt syftande behandling. Avser stadium IB-IIIB. För att ge bästa möjliga behandling behöver man veta så exakt som möjligt var i kroppen cancersjukdomen finns. Vid en utredning av lungcancer undersöks bland annat övre delen av buken med hjälp av röntgen, datortomografi med mera. För personer med icke småcellig lungcancer i stadium IB-IIIB kan man med hjälp av PET-DT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) avgöra vilka patienter som kan vara aktuella för en kurativt syftande behandling.. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har undersökningar med PET-DT fått en mycket hög prioritet för denna patientgrupp.
Riktning	
Målvärde	82 procent av patienter med icke småcellig lungcancer i stadium IB-IIIB (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård).
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter med icke småcellig cancer i stadium IB-IIIB som genomgår PET-DT inför start av kurativt syftande behandling. Jämförelsen avser 1 557 patienter med icke småcellig lungcancer i stadium IB-IIIB. <i>Mätperiod:</i> 2007- 2009. <i>Täljare:</i> Antal PET-DT. <i>Nämnare:</i> Antal patienter med icke småcellig lungcancer som planeras för kirurgi eller kemo-/radioterapi i stadium IB-IIIB. Konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.
Datakällor	Nationellt lungcancerregister.
Felkällor	Täckningsgraden är >95% 2000-2009.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Effektiv vård.

60. Kurativt syftande kirurgi vid icke småcellig lungcancer i stadium I och II.

Mått	Andel patienter med icke småcellig lungcancer som planeras för kurativt syftande kirurgi, 2002-2009. Avser stadium I och II, procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter med icke småcellig cancer i stadium I-II som planeras för kurativt syftande kirurgi. Indikatorn mäter landstingens behandlingsinsatser för personer med lungcancer i ett tidigt stadium. Kirurgi är den metod som botar absolut flest patienter med icke småcellig lungcancer. Alla patienter med lungcancer kan dock inte opereras, utan det beror på var i lungan canceren växer, hur stor tumören är och om canceren har spridit sig till några andra organ. Det är framför allt patienter med icke småcellig lungcancer i stadium I och II som kan få kurativt syftande kirurgi. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancer är åtgärden en viktig indikator för uppföljning. Om metoden underutnyttjas kan vården faktiskt missa tillfällen att bota sjukdomen.
Riktning	
Målvärde	79 procent av patienter med icke småcellig lungcancer i stadium I-II (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård)
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter med icke småcellig cancer, stadium I-II, sammanlagt 4 476 patienter, som planeras för kurativt syftande kirurgi. Observera att jämförelsen redovisar andelen patienter som <i>planerades</i> att få kurativt syftande kirurgi. <i>Mätperiod:</i> 2002- 2009, trenddata 2002-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som planeras för kurativt syftande kirurgi. <i>Nämnare:</i> Antal patienter med icke småcellig lungcancer i stadium I-II.
Datakällor	Konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats. Nationellt lungcancerregister.
Felkällor	Täckningsgraden är >95% 2002-2009.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

61. Palliativt syftande strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV.

Mått	Andel patienter med obotbar lungcancer som erbjuds strålbehandling i palliativt syfte, 2002-2009. Avser stadium IIIB-IV, procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter med obotbar lungcancer som erbjuds strålbehandling i palliativt syfte. Syftet med palliativ strålbehandling är att skada cancercellerna och förhindra att tumören växer, och på så sätt kan man fördröja eller lindra symtomen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har palliativ strålbehandling fått hög prioritet när den ges till personer med obotlig lungcancer i stadium IIIB och IV och som har symptom från bröstorganen som smärta och andnöd. Alla patienter är dock inte aktuella för strålbehandling eftersom biverkningarna av strålbehandlingen kan försämra allmäntillståndet. Vissa väljer också att avstå från behandlingen.
Riktning	
Målvärde	22 procent (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård)
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter med obotbar lungcancer som erbjuds strålbehandling i palliativt syfte. Jämförelsen omfattar 16 899 patienter med lungcancer i de aktuella tumörstadierna. <i>Mätperiod:</i> 2002- 2009, trenddata 2002-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som erbjudits strålbehandling. <i>Nämnare:</i> Antal patienter i stadium IIIB-IV. Konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.
Datakällor	Nationellt lungcancerregister.
Felkällor	Täckningsgraden är >95% 2002-2009.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

62. Palliativt syftande kemoterapi vid obotlig lungcancer.

Mått	Andel patienter med lungcancer som erbjuds kemoterapi i palliativt syfte, 2002-2009. Avser stadium IIIB-IV, procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter med lungcancer som erbjuds kemoterapi i palliativt syfte. Avser stadium IIIB-IV. Kemoterapi innebär behandling med läkemedel som dödar cancerceller eller hindrar att de växer och blir fler. Det finns flera olika läkemedel som, ofta i kombination, kan användas med likartad verkan på sjukdomen. Däremot kan biverkningarna variera något. Vid en obotlig lungcancer rekommenderar vårdprogrammen att man ska pröva med kemoterapi för att lindra patientens symtom. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård är palliativt syftande kemoterapi vid lungcancer i stadium IIIB och IV och med performance status 0-2 en av de indikatorer som är viktiga att följa upp. Alla patienter i stadium IV ska inte behandlas med en palliativ kemoterapi men indikatorn är intressant för jämförelser av regionala variationer och kan indikera kvalitetsskillnader i vården.
Riktning	
Målvärde	78 procent (enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård).
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter med lungcancer som erbjuds kemoterapi i palliativt syfte. Avser stadium IIIB-IV. Mätningen avser 11 939 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2002- 2009, trenddata 2002-2009. <i>Täljare:</i> Antal patienter som planeras för kemoterapi/systemterapi. <i>Nämnare:</i> Antal patienter i stadium IIIB-IV med performance status 0-2. Konfidensintervall för binomial fördelning har beräknats.
Datakällor	Nationellt lungcancerregister.
Felkällor	Täckningsgraden är >95% 2002-2009. En del av variationen mellan landstingen kan förklaras av att sjukhusen registrerar stadierna på olika sätt och underrapporterar äldre patienter till kvalitetsregistret.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

63. Överlevnad vid huvud- och halscancer.

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med huvud- och halscancer, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Uppgifterna om antalet patienter med huvud- och halscancer har hämtats från Cancerregistret och definieras enligt diagnoskoder C00–C14, C30–C32 (ICD 10).</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos med populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om huvud- och halscancer var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Beräkningarna har gjorts med periodanalys avseende patienter som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990–2009.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på uppgifter om personernas hemort.</p>
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning (trenddiagram).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

64. Multidisciplinär konferens inför behandling.

Mått	Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandlingsbeslut vid huvud- och halscancer, 2009-2010, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver hur stor andel patienter med huvud- och halstumörer som genomgår multidisciplinär konferens inför behandling. Den bör mätas då multidisciplinära konferenser innebär omfattande granskningar av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser patienter med primär huvud- och halscancer med undantag för cancer i sköldkörteln (thyroidea). Utöver detta ingår halsmetastas med okänd primärtumör i registret. Jämförelsen avser 2 318 patienter. <i>Mätperiod:</i> 2009-2010. <i>Täljare:</i> Antal patienter där beslut om åtgärd fattats vid multidisciplinär konferens. <i>Nämnare:</i> Totala antalet patienter som diagnostiserats med huvud- eller halscancer. Följande diagnoskoder enligt ICD 10: C00-C14, C30-C32 samt C77.0.
Datakällor	Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer.
Felkällor	Totalt saknas uppgift på denna variabel för 31 diagnoser av totalt 2349 diagnoser.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregioner.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, effektiv vård.

65. Väntetid från remiss till beslut om behandling.

Mått	Väntetid från remissankomst till öron-, näs- och halsklinik till behandlingsbeslut för patient med elakartad huvud- och halstumör, 2009-2010, antal dagar.
Syfte	Indikatorn beskriver väntetiden från remissankomst till öron-, näs- och halsklinik till beslut om behandling för patienter med elakartad huvud- och halstumör. Indikatorn bör mätas då misstanke om cancer bör utredas så fort som möjligt så patienten kan få behandling innan cancer växer eller sprider sig. Utrednings planering och resurserna som finns på de enheter som behöver utnyttjas avgör hur lång tid det tar från att patienten söker eller remiss kommer in till den utredande kliniken, till dess att beslut om behandling kan tas.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser patienter med primär huvud- och halscancer förutom cancer i sköldkörteln (thyroidea). Utöver detta ingår halsmetastas med okänd primärtumör i registret. Jämförelsen omfattar 2291 patienter och visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av dessa fick vänta från remissankomsten till beslutet om behandling. <i>Mätperiod:</i> 2009-2010. <i>Diagnoskoder:</i> ICD 10: C00-C14, C30-C32 samt C77.0. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade. Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer.
Datakällor	
Felkällor	För 58 av 2291 stycken diagnoser saknas datum för att väntetiden ska kunna beräknas, vilket motsvarar 2,5 %.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregioner, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid, patientfokuserad vård.

66. Väntetid från remiss till behandlingsstart.

Mått	Väntetid från remissankomst till öron-, näs- och halsklinik till behandlingsstart för patient med elakartad huvud- och halstumör, 2008-2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn beskriver väntetiden från remissankomst till öron-, näs- och halsklinik till start av behandling för patienter med elakartad huvud- och halstumör. Indikatorn bör mätas då väntetiden från remissankomsten till behandlingsstarten visar ett led i behandlingsprocessen. Tiden till behandlingsstarten är viktig för sjukdomens fortsatta utveckling. Det är också viktigt för patienterna att snabbt komma igång med en beslutad behandling.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser patienter med primär huvud- och halscancer förutom cancer i sköldkörteln (thyroidea). Utöver detta ingår halsmetastas med okänd primärtumör i registret. Jämförelsen omfattar 2 291 patienter och visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av dessa fick vänta från remissankomsten till behandlingsstart. <i>Diagnoskoder:</i> ICD 10: C00-C14, C30-C32 samt C77.0. <i>Mätperiod:</i> 2008-2009. <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.
Datakällor	Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer.
Felkällor	Totalt finns det 2 443 anmälda diagnoser för perioden 2008–2009. För 2 132 stycken finns uppgift om tid från remissankomst/söker själv till behandlingsstart. För 153 stycken finns uppgift om att tumörbehandling ej ges och för 158 saknas uppgift om behandlingsstart.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregioner, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid, patientfokuserad vård

67. Överlevnad vid malignt hudmelanom.

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med malignt hudmelanom, procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. Patienternas överlevnad har följts upp t.o.m. december 2009.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Uppgifter om antalet patienter med malignt hudmelanom har hämtats från Cancerregistret definierade enligt diagnoskod C43 (ICD 10).</p> <p>Relativ överlevnad är en metod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregisterdata. Måttet relativ överlevnad är kvoten mellan den observerade överlevnaden i gruppen som fått cancer och den förväntade överlevnaden i en jämförbar grupp från befolkningen med avseende på huvudsakliga faktorer som påverkar överlevnad (här: kön, ålder och tidsperiod). En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om malignt hudmelanom var den enda möjliga dödsorsaken.</p> <p>Beräkningarna har gjorts med periodanalys och avser patienter som fick sin cancerdiagnos under perioden 2000-2009 och som avled under perioden 2005-2009. Trenddata baseras på åren 1990-2009.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Konfidensintervall beräknade med hjälp av Taylorserie.</p> <p>Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen.</p> <p>Den geografiska fördelningen baseras på uppgifter om personernas hemort.</p>
Datakällor	Cancerregistret, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att händelser (i form av dödsfall) under fem år har använts i beräkningarna, baseras överlevnaden i de mindre landstingen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationen kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

68. Väntetid från första läkarbesök till primärkirurgi.

Mått	Väntetid från första läkarbesök på vårdcentral till primärkirurgi (provtagning för histopatologisk diagnos) för malignt hudmelanom, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn avser väntetid från första läkarbesök på vårdcentral till primärkirurgi. Jämförelsen avser endast de patienter som remitteras och där ingreppet sker på specialistklinik. Väntetiden är viktig för patienten, inte minst för att slippa en del av oron.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser väntetid från första läkarbesök på vårdcentral till primärkirurgi (provtagning för histopatologisk diagnos) och visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta. Antal väntetidsobservationer som finns tillgängliga i kvalitetsregistret, d.v.s. anmälningsblankett är registrerad i registret och båda datumen som används till väntetiden finns registrerade. Första läkarbesök görs vid vårdcentral och denna jämförelse avser endast de patienter som remitteras och där ingreppet sker på en specialistklinik. (hudklinik, kirurg, hand-/plastikkirurg eller på ÖNH-klinik). Avser samtliga invasiva hudmelanom som finns registrerade i kvalitetsregistret. <i>Mätperiod: 2009.</i> <i>Statistik: Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.</i>
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för malignt hudmelanom.
Felkällor	För denna indikator är det endast Stockholms- och Gotlandsregionen som inte kan redovisa data eftersom de har kommit igång sent med sin online-registrering. Bortfall går inte att mäta på ett bra sätt, eftersom ett specifikt urval gjorts till denna indikator. Totalt bortfall på väntetiden utan selektion är 426 av 2 072.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregioner.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid, patientfokuserad vård

69. Väntetid från provtagning till diagnosbesked till patient.

Mått	Väntetid från provtagning till besked om diagnos till patient vid malignt hudmelanom, 2009, antal dagar.
Syfte	Indikatorn avser väntetid från provtagning till diagnosbesked till patient. Väntetiden är viktig för patienten, inte minst för att slippa en del av oron.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser väntetid från provtagning till dag för diagnosbesked till patienten. I denna tid ingår även väntan på en histopatologisk diagnostik och väntan på att svaret ska komma till den inremitterande läkaren. Jämförelsen visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta på besked om diagnos. Antal väntetidsobservationer som finns tillgängliga i kvalitetsregistret, d.v.s. anmälningsblankett är registrerad i registret och båda datumen som används till väntetiden finns registrerade. <i>Mätperiod: 2009.</i> <i>Statistik:</i> Median, samt första och tredje kvartilen är beräknade.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för malignt hudmelanom.
Felkällor	För denna indikator är det endast Stockholms- och Gotlandsregionen som inte kan redovisa data eftersom de har kommit igång sent med sin online-registrering. Tillhör i diagrammet anges andel där väntetidsuppgifter saknas.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Vård i rimlig tid, patientfokuserad vård

70. Malignt huvudmelanom med en tumörstorlek på 1,0 millimeter eller mindre.

Mått	Andel patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på mindre än eller lika med 1,0 mm, 2005– 2009, procent.
Syfte	Denna indikator mäter andelen patienter med tumörer som är högst 1,0 millimeter tjocka. Indikatoren kan sägas mäta befolkningens allmänna kunskapsnivå som gör att människor söker hjälp när de misstänker en hudtumör. Den mäter även läkarnas kunskapsnivå när det gäller att göra rätt bedömning av allvarlighetsgraden av en hudförändring när en patient söker sig till vården för en bedömning. Det är viktigt att upptäcka hudmelanom tidigt medan de är tunna (mindre än eller lika med 1 millimeter) och överlevnaden är mycket god.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på mindre än eller lika med 1,0 mm. <i>Mätperiod:</i> 2005–2009. <i>Diagnoskod:</i> C 43 och D03 enligt ICD 10. <i>Täljare:</i> Antal patienter med en tumörtjocklek på mindre än eller lika med 1,0 mm. <i>Nämnare:</i> Totala antalet som diagnostiserats och som registrerats i kvalitetsregistret med hudmelanom under aktuell period. Samtliga invasiva hudmelanom som finns registrerade i kvalitetsregistret är med i beräkningarna.
Datakällor	Nationella kvalitetsregistret för malignt hudmelanom.
Felkällor	Jämförelsen omfattar 11 280 patienter som diagnostiserades under perioden 2005-2009. Enligt kvalitetsregistret återfanns (täckningsgrad) cirka 95 procent av cancerregistrets fall hos kvalitetsregistret.
Redovisningsnivå	Riket, landsting.
Redovisningsgrupper	Könsuppdelning.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.
