

Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård

Indikatorer

Bilaga

1.1. Femårsöverlevnad vid cancersjukdom

Mått	Relativ femårsöverlevnad för person som diagnostiserats med cancersjukdom, i procent.
Syfte	Måttet visar den relativa femårsöverlevnaden för person med cancersjukdom i åldern 30-89 år. Relativ överlevnad beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå för bröstcancer > 88 %, prostatacancer med mellanrisk utan metastaser > 94 %, tjocktarms- och ändtarmscancer > 67 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p><i>Mätmetod:</i> register. Uppgifterna hämtas från Cancerregistret utifrån diagnoskod (enligt ICD 10):</p> <ul style="list-style-type: none">- bröstcancer C50,- prostatacancer C61,- tjocktarmscancer C18- ändtarmscancer C20–C21 <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 (t.ex. ålder, tidsperiod, tumörstadium). 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 bör göras med periodanalys på minst en tioårsperiod. Trenddata baseras på 20-årsperiod.</p> <p>Åldersstandardiserade värden kan beräknas enligt International Cancer Survival Standard.</p> <p>Hänsyn bör tas till eventuella skillnader i medellivslängd mellan landstingen.</p>
Datakällor	Socialstyrelsens cancerregister, dödsorsaksregister och patient-register samt SCB:s utbildningsregister.
Felkällor	Cancerregistret är väl etablerat och anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får därför anses vara av en mycket god kvalitet. I vissa mindre landsting baseras överlevnaden på ett litet antal patienter, vilket kan medföra att slumpvariationen kan påverka de observerade skillnaderna.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregion, landsting, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön, tumörstadium.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

1.2. Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister

Mått	Andel personer med cancerdiagnos som finns registrerade i nationellt kvalitetsregister i jämförelse med cancerregistret, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter med cancerdiagnos som finns registrerade i nationellt kvalitetsregistret jämfört med Socialstyrelsens cancerregister. Indikatorn är relevant att följa eftersom uppföljningar visar att en hög anslutning till kvalitetsregistren främjar kvalitet. Det är viktigt för sjukhus att delta i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp det egna sjukhusets resultat, hur det förändras över tid och hur det står sig i jämförelse med andra sjukhus.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: 100 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationella datakällor finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10: <ul style="list-style-type: none">- bröstcancer C50- prostatacancer C61- tjocktarmscancer C18- ändtarmscancer C20–C21 <i>Täljare:</i> antal personer med aktuell cancerdiagnos registrerade i nationellt kvalitetsregister. <i>Nämnare:</i> totalt antal personer med aktuell cancerdiagnos som finns registrerade i cancerregistret.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregistret och Socialstyrelsens cancerregister.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

1.3. Deltagande i strukturerad behandlingsstudie

Mått	Andel personer som deltagit (inkluderats) i någon form av strukturerad behandlingsstudie, i procent.
Syfte	Det är viktigt att sjukhus och klinker deltar i behandlingsstudier för att på sikt förbättra kunskapsläget inom vården. Indikatorn mäter hur stor andel av patienter med cancersjukdom som inkluderats i behandlingsstudie. Andelen patienter som ingår i behandlingsstudier är ett mått på landstingens/ sjukvårds-regionens och sjukhusens aktivitetsgrad i den kliniska forskningen.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå för bröstcancer > 25 %, för tjocktarms- och ändtarmscancer > 33 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Indikatorn avser andel patienter med cancersjukdom som inkluderats i behandlingsstudie. <i>Definition:</i> med behandlingsstudie avses randomiserade studier och observationsstudier som är godkända av etikprövnings-nämnd. <i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod enligt ICD 10:</i> <ul style="list-style-type: none">- bröstcancer C50- prostatacancer C61- tjocktarmscancer C18- ändtarmscancer C20–C21 <i>Täljare:</i> antal fall som deltagit (inkluderats i behandlingsstudier) <i>Nämnare:</i> totala antalet cancerfall som finns registrerade i kvalitetsregistret.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	Indikatorn är beroende av antalet pågående studier under mätperioden och vilka kriterierna är för att inkluderas i en behandlingsstudie.
Redovisningsnivå	Riket, sjukvårdsregion, landsting, utbildningsnivå, födelseland. I vissa fall, främst vid onkologiska studier, är universitetssjukhus eller motsvarande större sjukhus studiesite och i sådana fall bör uppföljning göras per sjukvårdsregion.
Redovisningsgrupper	Kön, tumörstadium.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

1.4. Bedömning vid multidisciplinära konferenser

Mått	Andel personer där multidisciplinär konferens (MDT-konferens) görs inför beslut om behandling vid nyupptäckt cancer eller efter primäroperation av tumören, i procent.
Syfte	<p>Indikatorn mäter hur stor andel av patienter med cancersjukdom som får en MDT-konferens inför behandlingsstart och efter operation av primärtumören. MDT-konferens innebär en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. Vid MDT-konferensen deltar specialister inom olika discipliner, exempelvis kirurgisk, onkologisk och diagnostisk kompetens.</p> <p>MDT-konferenser har fått en hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014.</p> <p>Indikatorn följer upp raderna B019, P124, K024 och K025 i tillstånds- och åtgärdslistan.</p>
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: 100 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn avser andel patienter med cancersjukdom som genomgår en multidisciplinär konferens inför behandlingsstart vid nyupptäckt cancersjukdom och efter primäroperation.</p> <p>Definition av vilka kompetenser som bör delta i en multidisciplinär konferens finns angivna i Nationella riktlinjer för bröst-, prostata, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014.</p> <p><i>Mätmetod:</i> register.</p> <p><i>Diagnoskod enligt ICD 10:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- bröstcancer C50, D05- prostatacancer C61- tjocktarmscancer C18- ändtarmscancer C20–C21 <p><i>Täljare:</i> antal cancerfall som tagits upp vid en multidisciplinär konferens (inför behandlingsstart respektive efter primäroperation).</p> <p><i>Nämnare:</i> totala antalet cancerfall som finns registrerade i kvalitetsregistret.</p>
Datakällor	Nationellt kvalitetsregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön, ålder, tumörstadium.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

1.5. Fullständigt, strukturerat PAD-svar av vävnadsprov och operationspreparat

Mått	Andel patienter där undersökning av vävnadsprov eller bortopererad tumör med omgivande vävnad (ett så kallat operationspreparat) resulterat i ett strukturerat PAD-svar, i procent.
Syfte	<p>Indikatorn mäter diagnostisk aktivitet och precision i behandlingsbeslut. För optimalt omhändertagande av cancersjukdomen krävs bekräftande av diagnos, typning av tumör, vilket stadium den befinner sig i och verifikation av att det rör sig om primärtumör och inte metastas från en annan tumör. Indikatorn är relevant att följa för att bedöma kvaliteten i PAD-svaren.</p> <p>För att den patologiska analysen och handläggningen ska genomföras på ett strukturerat sätt finns det dokumentations- och svars mallar som anger vilka prognostiska faktorer som patologen ska bestämma, värdera och redovisa.</p> <p>Den diagnostiska åtgärden har fått prioritet 2 i Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014, avseende tjock- och ändtarmscancer.</p> <p>Indikatorn följer upp rekommendation K066 i de nationella riktlinjerna.</p>
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå för tjock- och ändtarmscancer: 100 procent. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p><i>Mätmetod:</i> register.</p> <p><i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10:</p> <ul style="list-style-type: none">- bröstcancer C50, D05- prostatacancer C61- tjocktarmscancer C18- ändtarmscancer C20–C21 <p><i>Täljare:</i> antalet patienter som fått vävnadsprov eller operationspreparat fullständigt analyserat enligt strukturerat PAD-svar</p> <p><i>Nämnare:</i> totala antalet patienter som fått vävnadsprov eller operationspreparat undersökt på patologilaboratorium.</p> <p><i>Definition:</i> strukturerat svar innebär att det följer KVASt-dokumentets förslag till kvalitetsparametrar som bör vara analyserade och besvarade eller av kvalitetsregistret bestämda parametrar som bör vara analyserade och besvarade.</p>
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

1.6. Strukturerad bedömning av illamående vid cytostatikabehandling

Mått	Andel patienter där strukturerad bedömning av illamående utfördes vid första omgångens cytostatikabehandling, i procent
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter med cancerdiagnos som vid den första omgången av cytostatikabehandling fått en strukturerad bedömning av illamående. En god strukturerad bedömning av biverkningar, t.ex. illamående och kräkningar, vid första omgångens cytostatikabehandling innebär ökad möjlighet till behandlingsstrategier finns inför kommande cytostatikabehandlingskurer, vilket kan minska illamående och kräkningar och öka välbefinnande vid nästkommande behandlingsomgång. Bedömning bör ske med hjälp av ett strukturerat frågeformulär, gärna i form av en dagbok, som besvaras av patienten dagligen under upp till en vecka efter cytostatikabehandlingen.
Riktning	En hög andel är eftersträvarsvärd.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Täljare:</i> antal patienter som fått och fullföljt ett strukturerat frågeformulär/dagbok vid första omgångens cytostatikabehandling och som finns registrerade i Nationella emesisregistret. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter som fått cytostatikabehandling, första gången.
Datakällor	Datakälla saknas för nämnaren. I Nationella emesisregistret registrerar klinikerna uppgifter från patientdagbok för upplevelse, illamående och kräkningar samt läkemedelsbehandling när patienten genomgår en cytostatikabehandling.
Felkällor	Täckningsgrad (alla kliniker är inte anslutna till Nationella emesisregistret).
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

1.7. Strukturerad bedömning av hälsorelaterad livskvalitet (PROM)

Mått	Andel patienter som skattat sin hälsorelaterade livskvalitet med hjälp av ett strukturerat bedömningsinstrument, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter som bedömt sin hälsorelaterade livskvalitet med hjälp av ett strukturerat mätinstrument vid diagnostillfället och efter avslutad behandling. Patient-rapporterade utfallsmått, så kallad PROM (Patient reported outcome measure), är ett sätt att beskriva hur en patient själv bedömer sin livskvalitet under och efter sin cancerbehandling. I vården av en patient med cancersjukdom ingår att följa patientens generella och specifika hälsorelaterade livskvalitet. PROM bör minst följas vid diagnostillfället och ett år efter given behandling/intervention. Diskussioner finns om vilka instrument som ska användas. Denna indikator syftar till att skattning av PROM sker vid minst två tillfällen, vid diagnos och efter avslutad behandling.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	
Typ av indikator	Processindikator.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Täljare:</i> antal patienter som skattat sin hälsorelaterade livskvalitet med ett strukturerat bedömningsinstrument, vid minst två tillfällen (diagnos och efter avslutad behandling). <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter inom en viss cancersjukdom.
Datakällor	Datakälla saknas.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

1.8. Strukturerad skattning av smärta vid insättande och förändring av behandling

Mått	Andel patienter som fått en strukturerad skattning av smärta vid insättande av och förändring av behandlingsinsatser, i procent.
Syfte	Vid cancersjukdom med svåra smärtilstånd är det viktigt med regelbunden smärtanalys och skattning av smärtintensitet. Obehandlad smärta ger försämrad livskvalitet. Det kan också öka risken för medicinska komplikationer. Det huvudsakliga syftet med indikatorn är att mäta smärtfrihet för patienten, vilket bör ske med ett strukturerat skattningsinstrument. Socialstyrelsens riktlinjer för palliativ vård (som avser sista levnadsveckan) rekommenderar smärtanalys och regelbunden skattning av smärtintensitet med efterföljande justering av smärtbehandling.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.
Teknisk beskrivning	Indikatorn visar andelen patienter som får en strukturerad skattning av smärta med ett skattningsinstrument vid insättande av och förändring av behandlingsinsatser. <i>Täljare:</i> antal patienter som fått en strukturerad skattning av smärta vid insättande av eller förändrad behandling. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter med en viss cancersjukdom.
Datakällor	Datakälla saknas.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

1.9. Uppföljning av symtom inom sex månader efter cancerdiagnos

Mått	Andel patienter som får uppföljning av sjuksköterska eller motsvarande av symtom inom sex månader efter cancerdiagnos, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter hur stor andel av personer med cancer som inom sex månader efter cancerdiagnos fått en bedömning av sina symtom vid minst ett tillfälle av sjuksköterska. Åtgärden finns beskriven i Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer 2014 och har fått en hög prioritet. Det finns studier som visar att åtgärden har en måttlig effekt på symtomlindring. Uppföljning av sjuksköterska kan ske i form av mottagningsbesök, hembesök eller per telefon. Om patienten inte får en sådan bedömning finns risk för försämrad livskvalitet, otillräcklig symtomlindring samt oro för framtiden. Indikatorn följer upp rad D006 i tillstånds- och åtgärdslistan.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator. Det är möjligt att göra uppföljning på lokal och regional nivå via patientadministrativa system.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> antal personer som fått uppföljning av sjuksköterska, på mottagning, vid hembesök eller per telefon inom sex månader efter cancerdiagnos. <i>Nämnare:</i> totala antalet nydiagnostiserade cancerfall i kvalitetsregistret.
Datakällor	Patientadministrativa system på lokal och regional nivå.
Felkällor	Utebliven registrering av kvå-åtgärd.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

1.10. Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska

Mått	Andel patienter som fått erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter som fått erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska. En kontaktsjuksköterska (med kunskaper som regleras av innehåll och avgränsningar i varje patientprocess) kan ge cancerpatienten psykosocialt stöd och vägledning, råd om symtomlindring, förmedla kontakter med andra vårdinstanser samt säkerhetsställa patientens delaktighet och inflytande i vården. Kontaktsjuksköterska har fått en hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014. Indikatorn följer upp rad D006 i tillstånds- och åtgärdslistan. En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: 100 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator. I dagsläget sker uppföljning av indikatorn som strukturmått i form av enkäter riktade till sjukvårdshuvudmännen.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> antal patienter som har fått erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska <i>Nämnare:</i> totala antalet cancerpatienter i kvalitetsregistret. Datakälla saknas.
Datakällor	
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Patientfokuserad vård.

1.11. Väntetid från beslut om remiss till specialistmottagning till första besök hos specialistläkare

Mått	Väntetid från remissdatum till första besöket hos specialistläkare, i antal dagar.
Syfte	Indikatorn mäter väntetid från remissdatum, eller när patienten själv kontaktar specialistmottagningen, till datum för första besök hos specialistläkare.
Riktning	
Målvärde	Tiden mellan remissens utfärdande och det första läkarbesöket ingår i nationella vårdgarantin, som anger att patienter ska erbjudas en tid för första besök inom 90 dagar från det att remissbeslut fattats. Observeras bör att detta är vårdgarantins mätpunkter, något diagnosspecifikt målvärde finns inte.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationella datakällor finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod enligt ICD 10:</i> <ul style="list-style-type: none">- bröstcancer C50, D05- prostatacancer C61- tjocktarmscancer C18- ändtarmscancer C20–C21 <i>Mätmetod:</i> register. Median, första och tredje kvartilen bör anges, d.v.s. antal dagar som 25, 50 respektive 75 procent av patienterna fick vänta från beslut om remiss till första besök hos specialistläkare. <i>Population:</i> alla patienter i nationellt kvalitetsregister eller nationella väntetidsdatabasen där remissdatum och första besöket hos specialist finns angivet. <i>Definition av datum för remiss till specialistmottagning:</i> tidpunkten då den läkare som patienten söker primärt, i samråd med patienten, beslutar att en bedömning eller behandling behöver göras av en specialist. I regel är detta ett besök hos en primärvårdsläkare eller företagsläkare. Om patienten själv söker till specialistmottagningen gäller dag för när hon tog kontakt för att boka tid hos mottagningen.
Datakällor	Nationella väntetidsdatabasen och lokala vårdadministrativa system, nationellt kvalitetsregister och SCB:s utbildningsregister. Patientregistret används för att ta fram födelseland.
Felkällor	Brister finns i registrering av beslutsdatum för remiss till specialist.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön, ålder, tumörstadium.
Kvalitetsområde	Tillgänglig vård.

1.12. Väntetid från beslut om behandling till behandlingsstart

Mått	Väntetid från beslut om behandling till dag för start av behandling, d.v.s. den dag patienten får sin första behandling av något slag, i antal dagar.
Syfte	Indikatorn mäter väntetid från när vården fattar beslut om be-handling till den dag patienten får sin första behandling av något slag.
Riktning	
Målvärde	Tiden mellan beslut om behandling och påbörjad behandling ingår i nationella vårdgarantin som anger att patienter ska erbjudas en tid för behandlingsstart inom 90 dagar räknat från dag för beslut om behandling. Observeras bör att detta är vårdgarantins mätpunkter, något diagnosspecifikt målvärde finns inte.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p><i>Mätmetod:</i> register.</p> <p><i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10:</p> <ul style="list-style-type: none">- bröstcancer C50, D05- prostatacancer C61- tjocktarmscancer C18- ändtarmscancer C20–C21 <p><i>Mätmetod:</i> register. Median, första och tredje kvartilen bör anges, d.v.s. antal dagar som 25, 50 respektive 75 procent av patienterna fick vänta från beslut om behandling till påbörjad behandling.</p> <p><i>Population:</i> alla patienter i nationellt kvalitetsregister där datum för beslut om behandling och datum för första behandlingsinsats finns angivet.</p> <p><i>Definition beslut om behandling:</i> det datum då vården tar ett beslut om behandling, sker ofta i samband med att vården har en multidisciplinär konferens.</p> <p><i>Definition av behandlingsstart:</i> den dag då patienten får sin första behandling av något slag. Det kan vara en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling.</p>
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister och SCB:s utbildningsregister. Patientregistret används för att ta fram födelseland.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön, ålder, tumörstadium.
Kvalitetsområde	Tillgänglig vård.

1.13. Väntetid från beslut om remiss till specialistmottagning till behandlingsstart

Mått	Väntetid från beslut om remiss till specialistmottagning till be-handlingsstart, i antal dagar.
Syfte	Indikatorn mäter väntetid från remissdatum, eller när patienten själv kontaktar specialistmottagningen, till den dag patienten får sin första behandling av något slag.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p><i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10:</p> <ul style="list-style-type: none">- bröstcancer C50, D05- prostatacancer C61- tjocktarmscancer C18- ändtarmscancer C20–C21 <p><i>Mätmetod:</i> register. Median, första och tredje kvartilen bör anges, d.v.s. antal dagar som 25, 50 respektive 75 procent av patienterna fick vänta från beslut om remiss till specialistmottagning till påbörjad behandling. <i>Population:</i> alla patienter i nationellt kvalitetsregister eller nationella väntetidsdatabasen där datum för beslut om remiss till specialistmottagning och datum för första behandlingsinsats finns angivet. <i>Definition av datum för remiss till specialistmottagning:</i> tidpunkten då den läkare som patienten söker primärt, i samråd med patienten, beslutar att en bedömning eller behandling behöver göras av en specialist. I regel är detta ett besök hos en primärvårdsläkare eller företagsläkare. Om patienten själv söker till specialistmottagningen gäller dag för när hon tog kontakt för att boka tid hos mottagningen. <i>Definition av behandlingsstart:</i> den dag då patienten får sin första behandling av något slag. Det kan vara en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling.</p>
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister och SCB:s utbildningsregister. Patientregistret används för att ta fram födelseland.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön, ålder, tumörstadium.
Kvalitetsområde	Tillgänglig vård.

Indikatorer för bröstcancervård

2.1. Fastställd diagnos före operation

Mått	Andel kvinnor med fastställd diagnos innan operation för bröstcancer, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andelen kvinnor som fått en fastställd diagnos innan de opererats för bröstcancer. Det är en viktig indikator att följa upp eftersom en korrekt fastställd diagnos innan operation kan minska risken för omoperation.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 90 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10: C50, D05. <i>Täljare:</i> antal kvinnor med preoperativ fastställd malignitet. <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor som primärt opererats för bröstcancer.
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård, säker vård.

2.2. Operation med sentinel node-teknik

Mått	Andel kvinnor som opererats med sentinel node-teknik vid invasiv bröstcancer, i procent.
Syfte	<p>Indikatorn mäter hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som opererats med hjälp av sentinel node-teknik. Avser inte kvinnor med cancer in situ.</p> <p>Operation med hjälp av sentinel node-teknik innebär att den "första" lymfkörteln analyseras mikroskopiskt efter förekomst av tumörspridning eller inte. Indikatorn är relevant att följa eftersom 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.</p>
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 80 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p><i>Mätmetod:</i> register.</p> <p><i>Diagnoskod</i> ingår enligt ICD 10: C50.</p> <p><i>Täljare:</i> antal invasiva bröstcancerfall som primärt opererats med sentinel node-teknik.</p> <p><i>Nämnare:</i> totala antalet invasiva bröstcancerfall som primär-opererats.</p>
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård, individanpassad vård.

2.3. Omoperation på grund av tumördata

Mått	Andel kvinnor med bröstcancer som omopererats på grund av att analys av operationspreparat (tumördata) visar att cancer kan finnas kvar i bröstet, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som omopererats på grund av att PAD-analys av operationspreparatet visar att tumörceller finns kvar i bröstet (s.k. multipla tumörer) eller att cancer finns inom ett större område än tidigare känt. Jämförelsen omfattar endast kvinnor som opererades med bröstbevarande kirurgi. Indikatorn mäter både kvaliteten i utredningen före operationen och hur väl kirurg lyckas avlägsna tumören vid operationen.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: < 15 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod enligt ICD 10:</i> C50, D05. <i>Täljare:</i> antal kvinnor med kompletterande bröstoperation på grund av tumördata efter primäroperation för bröstcancer. <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor som primärt opererades med bröstbevarande kirurgi (partiell mastektomi) för bröstcancer.
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Säker vård.

2.4. Omoperation på grund av komplikation

Mått	Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter hur stor andel av alla kvinnor med bröstcancer som måste omopererats inom 30 dagar efter den första operationen på grund av komplikationer som blödning eller infektion. Indikatorn är relevant att följa eftersom den beskriver operationernas kvalitet.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: < 2 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10: C50, D05. <i>Täljare:</i> antal kvinnor med bröstcancer som omopererats inom 30 dagar på grund av kirurgiska komplikationer (blödning, infektion). <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor som primärt opererades för bröstcancer.
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	Det kan förekomma registreringskillnader då ett sjukhus kan missa att rapportera alla sina omoperationer till kvalitetsregistret.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Säker vård.

2.5. Operation med bröstbevarande kirurgi

Mått	Andel kvinnor med bröstcancer som primärt opererats med bröstbevarande kirurgi (partiell mastektomi), i procent.
Syfte	Indikatorn är relevant att följa upp för att se hur bröstbevarande kirurgi utvecklas över tid.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10: C50, D05. <i>Täljare:</i> antal kvinnor som primärt opererats med bröstbevarande kirurgi. <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor som primärt opererats för bröstcancer (såväl partiell som total mastektomi).
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Individanpassad vård.

2.6. Lokalt återfall inom fem år efter primäroperation med bröstbevarande kirurgi

Mått	Andel kvinnor med bröstcancer som opererats med bröstbevarande kirurgi och fått ett lokalt återfall av cancer inom fem år efter primäroperationen, i procent.
Syfte	Indikatorn är relevant att följa upp eftersom den visar klinikens förmåga att uppnå goda resultat vid den primära behandlingen. Indikatorn följer upp bl.a. rad B058 i tillstånds- och åtgärdslistan.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: < 5 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10: C50, D05. <i>Täljare:</i> antal kvinnor som fått ett lokalt återfall (lokalt recidiv) inom fem år efter primäroperation med bröstbevarande kirurgi (partiell mastektomi). <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor som primärt opererats med bröstbevarande kirurgi för bröstcancer.
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård, säker vård.

2.7. Läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare efter operation

Mått	Andel kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer som efter bröstcanceroperationen fått läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare, i procent.
Syfte	Det finns vetenskapliga studier som visar en sänkt risk för förtida död för kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer som efter operation fått läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare (jämfört med dem som inte fått någon sådan behandling). Högst prioritet i nationella riktlinjer har rekommendationen om behandling med tamoxifen i fem år fått, prioritet 3. Behandling med enbart aromatashämmare har fått en lägre prioritet. Indikatorn är relevant att följa upp eftersom den visar hur aktiv kliniken är att ge kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer läkemedelsbehandling efter operation. Indikatorn följer upp raderna B057–B059, B061 i tillstånds- och åtgärdslistan.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 95 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10: C50, D05. <i>Täljare:</i> antal kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer som fått behandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare efter primäroperation. <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer som opererats för bröstcancer.
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

2.8. Lokal strålbehandling efter operation vid regionala lymfkörtelmetastaser

Mått	Andel kvinnor med regionala lymfkörtelmetastaser som efter operation av hela eller delar av bröstet får lokal strålbehandling, i procent.
Syfte	Det finns vetenskapliga studier som visar en minskad risk för återfall när kvinnor med regionala lymfkörtelmetastaser strålbehandlas lokalt efter operationen. Det finns nya studier som visar att även personer med en mindre spridd cancer kan ha nytta av åtgärden. I nationella riktlinjer har rekommendationen om lokal strålbehandling vid en till tre regionala lymfkörtelmetastaser fått prioritet 3. Strålbehandling vid fyra eller fler påvisade regionala lymfkörtelmetastaser är idag en standardbehandling. Indikatorn är relevant att följa upp eftersom den visar hur aktiv kliniken är i att ge denna patientgrupp lokal strålbehandling efter operation. Indikatorn följer bl.a. upp rad B050 i tillstånds- och åtgärdslistan.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 90 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod</i> enligt ICD 10: C50, D05. <i>Täljare:</i> antal kvinnor med regionala lymfkörtelmetastaser som efter operation av hela eller delar av bröstet får lokal strålbehandling. <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor med regionala lymfkörtelmetastaser som opererats för bröstcancer.
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

2.9. Taxaner och antracyclin vid lymfkörtelpositiv bröstcancer med hög risk för återfall

Mått	Andel kvinnor som fått läkemedelsbehandling med taxaner i kombination med antracyclin efter operation vid lymfkörtelpositiv bröstcancer med hög återfallsrisk, i procent.
Syfte	Det finns vetenskapliga studier som visar att kvinnor med lymfkörtelpositiv bröstcancer och som har en hög risk för återfall efter opererad bröstcancer får en minskad dödlighet om de behandlas med taxaner i kombination med antracyclin (jämfört med om de får enbart antracyclinbehandling). I nationella riktlinjer har rekommendationen om dessa behandlingar fått prioritet 4. Indikatoren följer upp rad B053 i tillstånds- och åtgärdslistan. En hög andel är eftersträvaransvärd, se målvärde.
Riktning	
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 80 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod enligt ICD 10:</i> C50, D05. <i>Täljare:</i> antal kvinnor som fått läkemedelsbehandling med taxaner i kombination med antracyclin efter operation vid lymfkörtelpositiv bröstcancer med hög återfallsrisk. <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor med lymfkörtelpositiv bröstcancer med hög återfallsrisk som opererats för bröstcancer.
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

2.10. Cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab efter operation vid HER2-positiv bröstcancer

Mått	Andel kvinnor med HER2-positiv invasiv bröstcancer med hög återfallsrisk som fått kemoterapi och/eller endokrin behandling med tillägg av trastuzumab i ett år efter operationen, i procent.
Syfte	Det finns vetenskapliga studier som visar att hos kvinnor med HER2-positiv bröstcancer kan trastuzumab minska risken för återfall och ge en förbättrad överlevnad när det ges som tillägg till läkemedelsbehandling i ett år efter operation. I nationella riktlinjer har denna rekommendation fått prioritet 3.
Riktning	Indikatorn följer upp rad B055 i tillstånds- och åtgärdslistan. En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 80 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Definition av patientgruppen:</i> HER2-positiv, kemoterapi och /eller endokrin behandling, N+ eller N-. <i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskod enligt ICD 10:</i> C50. <i>Täljare:</i> antal kvinnor med HER2-positiv invasiv bröstcancer med hög återfallsrisk som fått läkemedelsbehandling med tillägg av trastuzumab i minst ett år efter operation. <i>Nämnare:</i> totala antalet kvinnor med HER2-positiv invasiv bröstcancer med hög återfallsrisk som opererats för bröstcancer. Täljaren bör delas upp på antal patienter som påbörjat men avbrutit behandling med trastuzumab respektive antal patienter som fullföljt ett års behandling.
Datakällor	Nationella bröstcancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 69 år resp ≥ 70 år), tumörstorlek (förslagsvis T0–T1 resp T2–T4).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

Indikatorer för prostatacancervård

3.1. Skelettundersökning vid prostatacancer med låg risk och mellanrisk

Mått	Andel män med prostatacancer med låg risk och mellanrisk som genomgår skelettundersökning, i procent.
Syfte	Skelettundersökningen syftar till att undersöka om prostatacancer har spridit sig till skelettet, vanligtvis ryggraden eller bäckenet. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prostatacancervård 2014 anges att skelettundersökning inte ska utföras på män med prostatacancer med låg risk eller mellanrisk (prioritet icke göra).
Riktning	Indikatorn följer upp rad P020 i tillstånds- och åtgärdslistan. En låg andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: vid prostatacancer med låg risk: < 3 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
Teknisk beskrivning	<i>Definition</i> av patientgruppen: prostatacancer med låg risk: T1-T2a, Gleasongrad ≤ 6 och PSA-värde < 10 µg/L. Prostatacancer med mellanrisk: T2b och/eller Gleasongrad 7 och/eller PSA 10–20µg/l <i>Mätmetod:</i> register. <i>Täljare:</i> antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som genomgått skelettundersökning, uppdelat på låg risk respektive mellanrisk. <i>Nämnare:</i> totala antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) uppdelat på låg risk respektive mellanrisk.
Datakällor	Nationella prostatacancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, mottagning, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Prostatacancer med låg risk respektive mellanrisk, ålder (förslagsvis ≤ 74 år resp ≥ 75 år).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

3.2. Aktiv monitorering av prostatacancer med mycket låg risk.

Mått	Andel män med prostatacancer med mycket låg risk som får aktiv monitorering, i procent.
Syfte	För män med prostatacancer med mycket låg risk är aktiv monitorering den behandlingsstrategi som rekommenderas starkast i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vid över 10 års förväntad kvarvarande livstid. Aktiv monitorering enligt strukturerat protokoll för senare ställningstagande till behandling har fått prioritet 3 i nationella riktlinjer 2014. Behandlings-alternativ som operation eller strålning har fått icke-göra.
Riktning	Indikatorn följer upp rad P041a i tillstånds- och årgärdslistan. En hög andel är eftersträvarvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 94 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Definition</i> av prostatacancer med mycket låg risk: T1c, Gleasongrad ≤ 6 , PSA-värde < 10 ng/ml, total längd av cancer i biopsier ≤ 8 mm, antal kolvar med cancer ≤ 4 av minst 8 biopsikolvar, PSA-densitet $< 0,15$ $\mu\text{g}/\text{l}/\text{cm}^3$, inga metastaser. <i>Mätmetod:</i> register. <i>Täjljare:</i> antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som fått aktiv monitorering. <i>Nämnare:</i> totala antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition).
Datakällor	Nationella prostatacancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	En översyn av definitionen av prostatacancer har gjorts och från och med september 2015 gäller ovanstående definition (se under teknisk beskrivning) av prostatacancer mycket låg risk. Förändring av definitionen kan påverka jämförelser över tid.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 74 år resp ≥ 75 år).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

3.3. Kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk

Mått	Andel män med lokaliserad prostatacancer med hög risk som får kurativt syftande behandling, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel män med lokaliserad prostatacancer med hög risk som fått kurativt syftande primärbehandling. Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort eller strålbehandlas med någon av flera olika tekniker. Radikal prostatektomi eller strålbehandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk hos män som har en förväntad kvarstående livstid på över 10 år har fått prioritet 3 i nationella riktlinjer 2014. Indikatorn följer upp raderna P061a och P101 i tillstånds- och åtgärdslistan.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 60 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Definition</i> av patientgruppen lokaliserad prostatacancer med hög risk: T1–T2, PSA-värde > 20 µg/L och Gleasongrad 8–10, N0, M0. <i>Mätmetod</i> : register. <i>Täljare</i> : antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som fått kurativt syftande primär-behandling i form av radikal prostatektomi eller strålbehandling. <i>Nämnare</i> : totala antalet patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition).
Datakällor	Nationella prostatacancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 74 år resp ≥ 75 år).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

3.4 Strålbehandling i kombination med hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk

Mått	Andel män med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk som får strålbehandling med tillägg av hormonbehandling, i procent.
Syfte	Det finns vetenskapliga studier som visar att patienter i denna grupp som genomgår strålbehandling i kombination med hormonbehandling har lägre dödlighet jämfört med dem som enbart får hormonbehandling. Indikatorn visar hur stor andel av männen med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk som får denna kombinationsbehandling. Åtgärden har fått prioritet 3 i nationella riktlinjer 2014. Indikatorn följer upp rad P113 i tillstånds- och åtgärdslistan.
Riktning	En hög andel är eftersträvaransvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 60 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Definition</i> av patientgruppen lokalt avancerad prostatacancer med hög risk: T3–4 och/eller PSA-värde ≥ 20 – 50 $\mu\text{g/L}$, N0/N1, M0. <i>Mätmetod</i> : register. <i>Täljare</i> : antal patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition) och som fått strålbehandling i kombination med hormonbehandling. <i>Nämnare</i> : totala antalet patienter som uppfyller inklusionskriterierna (se ovanstående definition).
Datakällor	Nationella prostatacancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 74 år resp ≥ 75 år).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

3.5 Återinläggning inom 90 dagar efter utskrivning vid radikal prostatektomi

Mått	Andel män med som åter läggs in för sjukhusvård inom 90 dagar efter utskrivning vid en radikal prostatektomi, i procent.
Syfte	Måttet speglar kvaliteten på omhändertagandet i samband med radikal prostatektomi såväl under vårdtillfället som inför och efter utskrivningen.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Täljare:</i> antal patienter som inom 90 dagar efter utskrivning till hemmet efter radikal prostatektomi återinlagts för sjukhusvård p.g.a. orsak som är relaterad till det första vårdtillfället. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter som genomgått radikal prostatektomi.
Datakällor	Nationella prostatacancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 74 år resp ≥ 75 år).
Kvalitetsområde	Säker vård.

3.6 Positiva marginaler i operationspreparat från radikal prostatektomi vid pT2-tumörer

Mått	Andel män med pT2-tumör som vid analys av operationspreparat från radikal prostatektomi har positiva marginaler, i procent.
Syfte	Positiva marginaler innebär att analys av operationspreparat från radikal prostatektomi visar att urologen inte lämnat någon marginal utan skurit i tumören vid operationen. Det innebär att cancer kan finnas kvar och utgör då en risk för återfall. Indikatorn är relevant att följa då den mäter kvaliteten vid det första operationstillfället. Analysresultatet är främst intressant att följa för patienter med pT2-tumör, därför att cancern då inte växer i omgivande vävnad till prostata.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Täljare:</i> antal patienter där analys av operationspreparat från radikal prostatektomi vid pT2-tumör visar positiva marginaler. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter som genomgått radikal prostatektomi vid pT2-tumör.
Datakällor	Nationella prostatacancerregistret, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 74 år resp ≥ 75 år).
Kvalitetsområde	Säker vård.

3.7 Läkemedelsbehandling med docetaxel vid skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer

Mått	Andel män med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer som får läkemedelsbehandling med docetaxel, i procent.
Syfte	Det finns vetenskapliga studier som visar att patienter med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer som får palliativ läkemedelsbehandling med docetaxel får en något förlängd överlevnad. Indikatorn har fått prioritet 6 i de nationella riktlinjerna. Indikatorn följer upp rad P088 i tillstånds- och åtgärdslistan. En hög andel är eftersträvansvärd.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.
Teknisk beskrivning	<i>Definition av patientgruppen:</i> M1, skelettundersökning visar metastaser och/eller PSA ≥ 100 $\mu\text{g/L}$. <i>Täljare:</i> antal patienter med skelettmetastaserad kastrations-resistent prostatacancer som fått läkemedelsbehandling med docetaxel. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer. Datakälla saknas.
Datakällor	
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 74 år resp ≥ 75 år).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

3.8 Palliativ strålbehandling mot skelettmetastaser

Mått	Andel män med metastaserad prostatacancer som får palliativ strålbehandling mot skelettmetastaser, i procent.
Syfte	Åtgärden är standardbehandling vid palliativ behandling inom sjukvården. Det finns indikationer på att behandlingen bör öka för denna patientgrupp.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare</i> : antal patienter med metastaserad prostatacancer som fått palliativ strålbehandling mot skelettmetastaser. <i>Nämnare</i> : totala antalet patienter med metastaserad prostata-cancer.
Datakällor	Datakälla saknas.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förlagsvid ≤ 74 år resp ≥ 75 år),
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

3.9 Skriftlig information före PSA-prov

Mått	Andel män som fått diagnosen prostatacancer och som före PSA-prov tagit del av den nationella skriftliga informationen om PSA-prov, i procent.
Syfte	PSA-provets resultat kan få stora konsekvenser, både positiva och negativa, för en mans liv. Beslut om att ett sådant prov bör fattas först efter information om tänkbara för- och nackdelar. Indikatorn mäter andel män som före PSA-provtagning tagit del av den skriftliga nationella informationen om för och nackdelar med PSA-prov. Åtgärden har fått prioritet 4 i nationella riktlinjer. Indikatorn följer upp rad P009a i tillstånds- och åtgärdslistan. En hög andel är eftersträvansvärd.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare</i> : antal män med diagnosen prostatacancer som läst informationen om PSA före provtagning. <i>Nämnare</i> : totala antalet män som PSA-testats och fått diagnosen prostatacancer.
Datakällor	Datakälla saknas.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, mottagning, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

Indikatorer för tjock- eller ändtarmscancervård

4.1. Omoperation på grund av komplikation	
Mått	Andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för tjock- eller ändtarmscancer, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation av tjock- eller ändtarmscancer på grund av komplikation. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation inom relativt kort tid efter den första operationen, exempelvis på grund av en blödning, en infektion eller ett läckage från tarmen. Omoperationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivåer: Tjocktarmscancer: akut opererade < 7 %, elektivt opererade < 5 %. Ändtarmscancer: < 7 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskoder</i> enligt ICD: C18, C20.9, PAD 096,996. <i>Täljare:</i> antal patienter som omopererats inom 30 dagar efter primäroperation för tjock- eller ändtarmscancer. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter som primäropererats med resektionskirurgi för tjock- eller ändtarmscancer.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för koloncancer, Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	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, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), Kön.
Kvalitetsområde	Säker vård.

4.2. Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation

Mått	Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter som avlidit inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjock- eller ändtarmscancer, så kallad postoperativ mortalitet. Indikatorn är relevant att följa för att den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen. Indikatorn påverkas i viss mån av andelen akuta primäroperationer av tjocktarmscancer.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivåer: Tjocktarmscancer: avlidna inom 30 dagar – akut opererade < 4 %, elektivt opererade < 1 %. Avlidna inom 90 dagar – akut opererade < 10 %, elektivt opererade < 3 %. Ändtarmscancer: avlidna inom 30 dagar < 1 %, avlidna inom 90 dagar < 2 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Mätmetod: register. <i>Diagnoskoder enligt ICD: C18, C20.9, PAD 096.996.</i> <i>Täljare:</i> antal avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjock- eller ändtarmscancer. <i>Nämnare:</i> totalt antal patienter som opererats med resektionskirurgi för tjock- eller ändtarmscancer.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för koloncancer, Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelse land.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), Kön.
Kvalitetsområde	Säker vård.

4.3. Minst 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat

Mått	Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparat från operation för tjock- eller ändtarmscancer, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter som fått minst 12 tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat efter operation för tjock- eller ändtarmscancer. 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 12 lymfkörtlar bör undersökas från den bortopererade tarmen för att kvaliteten på diagnossättningen ska bli acceptabel.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 95 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	För tjocktarmscancer avser indikatorn andel patienter i stadium I-III som får minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat. <i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskoder enligt ICD:</i> C18, C20.9, PAD 096,996. <i>Täljare:</i> operationspreparat från patienter som opererats för tjock- eller ändtarmscancer där minst 12 lymfkörtlar undersökts histologiskt. <i>Nämnare:</i> operationspreparat från resektionskirurgi vid tjock- eller ändtarmscancer som undersökts på patologilaboratorium. Observera att uppgifter på landstingsnivå bör avse patientens hemortslandsting medan uppgifter på laboratorienivå bör avse det patologilaboratorium som utförde analysen.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för koloncancer, Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, patologilaboratorium, utbildningsnivå, födelse-land.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

4.4. Avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling

Mått	Andel avlidna inom 60 dagar efter start av adjuvant eller palliativ cytostatikabehandling för tjock- eller ändtarmscancer, i procent.
Syfte	Indikatorn mäter andel patienter som avlidit inom 60 dagar efter påbörjad cytostatikabehandling för tjock- eller ändtarmscancer. Indikatorn är relevant att följa för att bedöma kvaliteten på omhändertagandet i samband med cytostatikabehandling liksom urvalet av patienter till läkemedelsbehandlingen.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: adjuvant behandling < 1 %, palliativ behandling 1–4 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskoder</i> enligt ICD: C18, C20.9, PAD 096,996. <i>Täljare:</i> antal patienter som avlidit inom 60 dagar efter start av adjuvant eller palliativ cytostatikabehandling vid tjock- eller ändtarmscancer. <i>Nämnare:</i> totalt antal patienter som fått adjuvant eller palliativ cytostatikabehandling vid tjock- eller ändtarmscancer.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för koloncancer, Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	Underlaget kan utgöras av små tal, vilket medför att slumpen kan ha ett ökat spelrum för utfallet för enskilda landsting och resultatet måste då tolkas med stor försiktighet.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Säker vård.

4.5. Återfall av cancer i bäckenet inom 5 år efter operation av ändtarmscancer

Mått	Andel patienter som får återfall av cancer i bäckenet inom 5 år efter operation för ändtarmscancer, i procent.
Syfte	Indikatorn beskriver andel patienter som utvecklat lokalrecidiv, dvs. att en tumörväxt återkommer, inom 5 år efter operation för ändtarmscancer. Recidivet innebär en mycket stor risk för en obotlig sjukdom alternativt en mycket omfattande kirurgisk och onkologisk behandling.
Riktning	En låg andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: < 5 %. Se bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. Diagnoskod enligt ICD 10: C20.9 PAD 096,996. <i>Täljare:</i> antal patienter med lokalrecidiv inom 5 år efter operation för ändtarmscancer. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter som opererats för ändtarmscancer med resektionskirurgi.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	Resultatet påverkas i viss mån av patientens sjuklighet inför operationen. Underlaget kan utgöras av små tal, vilket medför att slumpen kan ha ett ökat spelrum för utfallet för enskilda landsting och resultatet måste då tolkas med stor försiktighet.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård, säker vård.

4.6. Läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III

Mått	Andel patienter i stadium II med riskfaktorer och stadium III som påbörjat behandling med ett eller två läkemedel efter radikalt opererad tjock- eller ändtarmscancer, i procent.
Syfte	Patienter med tjock- eller ändtarmscancer som spritt sig till regionala lymfkörtlar bör, om det inte finns kontraindikationer, erbjudas behandling med ett eller två läkemedel efter en radikal operation, vilket visat sig ha gynnsam effekt på såväl recidivfrekvens som överlevnad (jämfört med ingen behandling). Indikatorn följer upp raderna K082a–K083b i tillstånds- och åtgärdslistan.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: 60–90 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. Diagnoskoder enligt ICD: C18, C20.9, PAD 096,996. <i>Täljare:</i> antal patienter i stadium II med riskfaktorer och stadium III som påbörjat behandling med ett eller två läkemedel efter radikalt opererad tjock- eller ändtarmscancer. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter i stadium II med riskfaktorer och stadium III som opererats radikalt för tjock- eller ändtarmscancer. Exempel på riskfaktorer är pT4, perforation av tumören i samband med operation, högt preoperativt CEA-värde, färre än 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för koloncancer, Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	Olika registrering av riskfaktorer kan förekomma. Riskfaktorer i stadium II bör förtydligas så att data tas fram på samma sätt för samtliga sjukhus som ingår i underlaget.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

4.7. Start av läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III

Mått	Andel patienter i stadium II med riskfaktorer och stadium III som påbörjat behandling med ett eller två läkemedel inom 8 veckor, inom 9–12 veckor, respektive senare än 12 veckor efter operation, i procent.
Syfte	Patienter med tjock- eller ändtarmscancer som spritt sig till regionala lymfkörtlar bör, om det inte finns kontraindikationer, erbjudas behandling med ett eller två läkemedel, vilket visat sig ha gynnsam effekt på såväl recidivfrekvens som överlevnad (jämfört med ingen behandling). För patienter med tjock- eller ändtarmscancer i stadium II med riskfaktorer och stadium III är det viktigt att en behandling med ett eller två läkemedel kommer i gång så fort som möjligt efter operationen. I de nationella riktlinjerna gäller prioritet 3–5 för att påbörja behandling inom åtta veckor efter operation och prioritet 8 för att börja senare än åtta veckor efter operation. Att påbörja en behandling senare än tolv veckor efter operation är en rekommendation med prioritet <i>icke-göra</i> .
Riktning	Indikatorn följer upp raderna K082a–K083b, K078, K080, K091–K093 i tillstånds- och åtgärdslistan. En hög andel är eftersträvansvärd för start inom 8 veckor, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: minst 95 % inom åtta veckor, högst 5 % inom 9–12 veckor och ingen patient senare än 12 veckor efter operationen. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. Diagnoskoder enligt ICD: C18, C20.9, PAD 096,996. <i>Täljare:</i> antal patienter stadium II med riskfaktorer och stadium III som påbörjat läkemedelsbehandling efter radikal operation. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter i stadium II med riskfaktorer och stadium III som opererats radikalt för tjock- eller ändtarmscancer. Täljaren bör redovisas uppdelat på andel som påbörjat behandling inom 8 veckor, 9–12 veckor respektive senare än 12 veckor efter operationen. Exempel på riskfaktorer är pT4, perforation av tumören i samband med operation, högt preoperativt CEA-värde, färre än 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för koloncancer, Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	Olika registrering av riskfaktorer kan förekomma. Riskfaktorer i stadium II bör förtydligas så att data tas fram på samma sätt för samtliga sjukhus som ingår i underlaget.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

4.8. Röntgenundersökning inför operation vid nydiagnostiserad tjock- eller ändtarmscancer

Mått	Andel patienter med nydiagnostiserad tjock- eller ändtarmscancer som har fått en kartläggning av cancerens utbredning med röntgenundersökningar före operationen, i procent.
Syfte	Det finns vetenskapliga studier som visar att en kartläggning med radiologiska metoder (till exempel datortomografi eller magnetkameraundersökning) kan skilja patienter med tidiga tumörstadier från dem som har mer avancerade tumörer vilket ger stor vägledning inför kommande operation. I de nationella riktlinjerna har rekommendationen fått prioritet 2. Indikatorn följer upp raderna K019, K020, K022 i tillstånds- och åtgärdslistan.
Riktning	En hög andel är eftersträvansvärd, se målvärde.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå: > 98 %. Se vidare i bilaga om målnivåer.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. Diagnoskoder enligt ICD: C18, C20.9, PAD 096,996. <i>Täljare:</i> antal patienter med nydiagnostiserad tjock- eller ändtarmscancer som fått röntgenundersökning före operation. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter med nydiagnostiserad tjock- eller ändtarmscancer.
Datakällor	Nationellt kvalitetsregister för koloncancer, Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer, SCB:s utbildningsregister, patientregistret.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

4.9. Multidisciplinär konferens vid begränsad metastasering av tjock- eller ändtarmscancer

Mått	Andel patienter där multidisciplinär konferens (MDT-konferens) görs inför beslut om fortsatt behandling vid begränsad metastasering av tjock- eller ändtarmscancer, i procent.
Syfte	Patienter med tjock- eller ändtarmscancer med en begränsad metastasering av cancer till ett till två organ bör bedömas vid en MDT-konferens där minst leverkirurg, onkolog och bilddiagnostiker deltar. Det ger ökade förutsättningarna för att den fortsatta behandlingen optimeras. I de nationella riktlinjerna har rekommendationen om MDT-konferens vid begränsad metastasering av tjock- eller ändtarmscancer fått prioritet 3.
Riktning	Indikatorn följer upp rad K099 i tillstånds- och åtgärdslistan. En hög andel är eftersträvansvärd.
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. Diagnoskoder enligt ICD: C18, C20.9, PAD 096,996. <i>Täljare:</i> antal patienter med tjock- eller ändtarmscancer med en begränsad metastasering av cancer till ett till två organ som fått en bedömning vid en multidisciplinär konferens av fortsatt behandling. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter med tjock- eller ändtarmscancer med en begränsad metastasering av cancer till ett till två organ.
Datakällor	Datakälla saknas.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

4.10. PET-DT-undersökning vid lokalt återfall eller levermetastaser eller andra metastaser

Mått	Andel patienter som fått en PET-DT-undersökning vid lokalt återfall eller levermetastaser eller andra metastaser av tjock- eller ändtarmscancer, i procent.
Syfte	Vid ett lokalt återfall (recidiv) eller vid fjärrmetastaser kan intensiv kombinationsbehandling i kurativt syfte vara aktuell. Vid dessa situationer kan PET-DT användas för att i möjligaste mån bedöma om det finns ytterligare spridning, framför allt fjärrmetastasering av tumören. De nationella riktlinjerna anger att undersökningen bör göras inför kurativt syftande metastaskirurgi eller kirurgi av lokalt återfall eftersom den skiljer ut vilka patienter som kan respektive inte kan komma ifråga för kurativt syftande behandling. Rekommendationen om PET-DT-undersökning vid dessa tillstånd har fått prioritet 3. Indikatorn följer upp rad K098 i tillstånds- och åtgärdslistan. En hög andel är eftersträvansvärd.
Riktning	
Målvärde	
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Utvecklingsindikator.
Teknisk beskrivning	<i>Mätmetod:</i> register. <i>Diagnoskoder</i> enligt ICD: C18, C20.9, PAD 096,996. <i>Täljare:</i> antal patienter med lokalt återfall eller levermetastaser eller andra metastaser av tjock- eller ändtarmscancer som fått PET-DT-undersökning inför beslut om kurativt syftande behandling. <i>Nämnare:</i> totala antalet patienter med lokalt återfall eller levermetastaser eller andra metastaser av tjock- eller ändtarmscancer.
Datakällor	Datakälla saknas.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Ålder (förslagsvis ≤ 79 år resp. ≥ 80 år), kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.