

Appendix – målnivåer

Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011

Innehållsförteckning

<i>Innehållsförteckning</i>	3
<i>Socialstyrelsens arbete med nationella målnivåer för lungcancervården</i>	4
Varför behövs målnivåer?	4
Målnivåarbetets genomförande	4
Arbetet med målnivåer kommer att fortsätta	5
Metod	6
<i>Redovisning av målnivåer per indikator</i>	7
Ett gemensamt problem för alla överlevnadsindikatorer	7
Indikator 1-1 Ettårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos	8
Indikator 1-2 Treårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos	10
Indikator 1-3 Femårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos	12
Indikator 1-4 Bedömning vid multidisciplinär konferens	14
Indikator 2-4 Lungcancerfall bekräftade med vävnadsprov (cytologi eller histopatologi)	15
Indikator 2-5 Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling	16
Indikator 2-7 Kurativt syftande kirurgi vid lungcancer	17
Indikator 2-10 Palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV	18
Indikator 2-11 Palliativt syftande kemoterapi vid lungcancer	19

Socialstyrelsens arbete med nationella målnivåer för lungcancervården

I riktlinjerna för lungcancervård har Socialstyrelsen valt att redovisa ett pilotprojekt med målnivåer till indikatorerna, satta utifrån en statistisk modell. Syftet med målsatta indikatorer är att väcka en diskussion kring nationellt gångbara målnivåer.

Varför behövs målnivåer?

Med målsatta indikatorer får hälso- och sjukvården tydliga och mätbara mål för kvalitet att arbeta mot. Målnivåer för indikatorer är helt avgörande i arbetet med att utvärdera vårdens effektivitet, eftersom effektivitetsanalyser kräver att vårdens kostnader kan kopplas till graden av måluppfyllelse. Att jämföra ett indikatorutfall med rikets eller regionens genomsnitt är inte tillräckligt för att bedöma vårdens kvalitet, eftersom genomsnittet teoretiskt sett kan ligga alltför lågt i förhållande till vad som faktiskt är möjligt eller rimligt att uppnå.

Målnivåer för indikatorer förekommer i dag både på lokal och på regional nivå, där de används som ett hjälpmedel för styrning, ledning och kvalitetsutvecklingsarbete. Flera kvalitetsregister redovisar också målnivåer i sina årsrapporter. Socialstyrelsen har i viss mån använt målnivåer i samband med utvärderingar av specifika verksamhetsområden, exempelvis hjärtsjukvård.

Målnivåarbetets genomförande

Socialstyrelsen har valt att använda en statistisk modell där målnivån är den 90:e percentilen av resultaten i riket. Detta innebär att målnivån baseras på de tre bästa länen (där patienten är skriven) i Sverige. Data kommer från Nationellt lungcancerregister och avser perioden 2002 till 2009. Överlevnadsdata har även verifierats i Socialstyrelsens cancerregister. En mer detaljerad beskrivning av den statistiska modellen finns längre ned i appendixet. De indikatorer som redovisas med målnivåer är indikatorer som det redan i dag finns rimligt stabila och giltiga data för i cancerregistret och i Nationellt lungcancerregister. Det finns både för- och nackdelar med en statistisk modell.

Fördelar:

- Målnivån sätts utifrån objektiva data och är därmed inte en subjektiv värdering.
- Målnivån är i praktiken nåbar eftersom vissa landsting redan når den i dagsläget.
- Eftersom vissa landsting redan har nått målnivån kan den vara stimulerande som en "konkurrensmotor" och inte avfärdas som helt orealistisk att uppnå.

Nackdelar:

- Det är möjligt att Sverige som helhet underpresterar jämfört med vad som rekommenderas i de nationella riktlinjerna eller i jämförelse med andra länder och målet blir därför konservativt.
- Den statistiska modellen skiljer inte på mer eller mindre angelägna mål. Vid jämförelse med internationell standard för en enskild åtgärd, kan resultatet visa att Sverige redan är tillräckligt bra genomsnittligt för en indikator, medan en annan indikator eller ett annat område är i stort behov av förbättring.
- Den statistiska modellen förhindrar tyvärr inte att nivån drivs av extremvärden och kan i vissa fall därför vara orealistiskt hög.
- En statistisk modell förutsätter att data håller en god kvalitet med lågt rapporteringsbortfall eller annan bias.

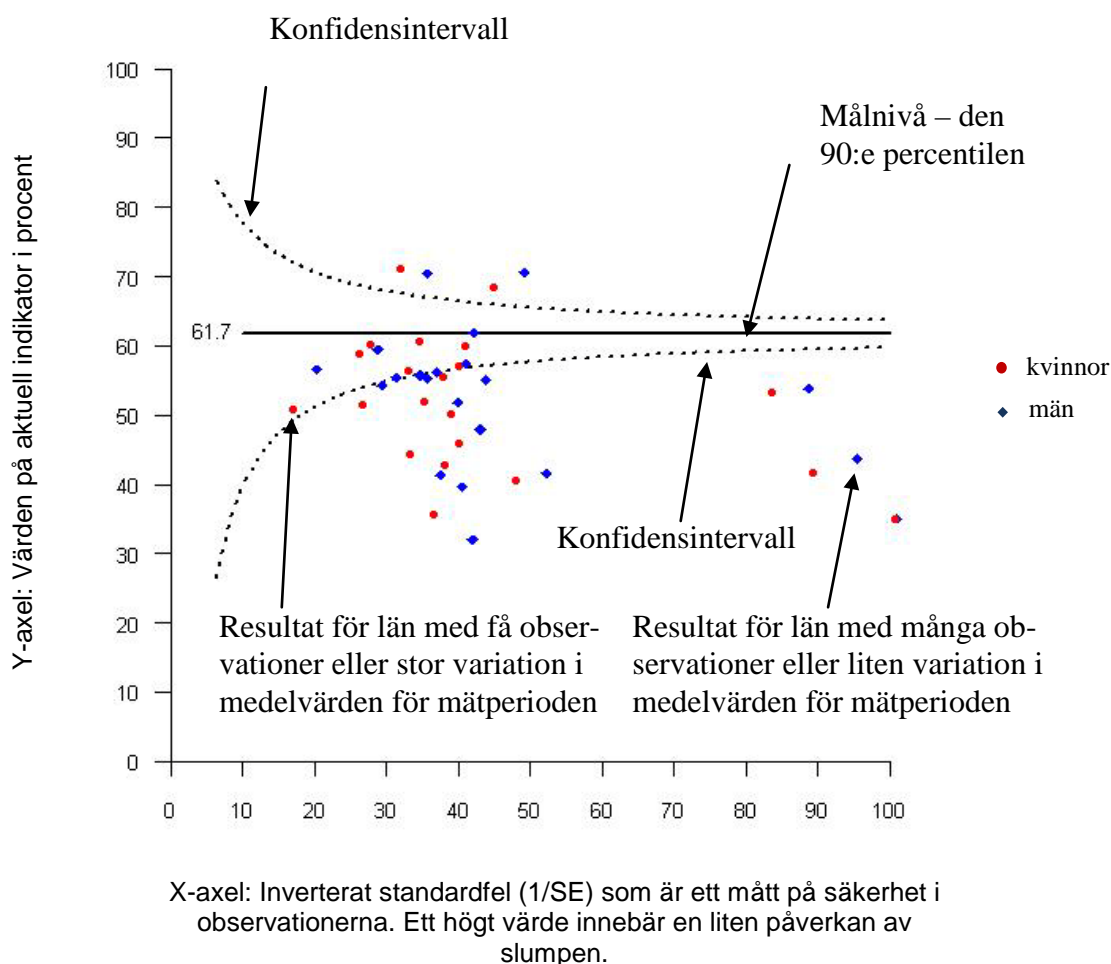
Det är viktigt att relevans och giltighet för målnivåer i enskilda indikatorer alltid bevakas. Det är också angeläget att se över vilka tidsintervall som blir rimliga för att kunna uppfatta mer stabila förändringar i en indikator. Sist men inte minst måste diskussionen anknytas till en bredare metodutveckling för kvalitetsarbete inom cancervården. Målnivåer för lungcancerindikatorer bör diskuteras i samklang med målnivåer för indikatorer i andra cancerformer och i ljuset av god standard för effektivitet i kvalitetsarbete. Modellen gör också att målnivåerna kommer att förändras över tid.

Arbetet med målnivåer kommer att fortsätta

Arbetet med målsatta indikatorer i Socialstyrelsens riktlinjer för lungcancervård ska ses som starten på en viktig diskussion som kommer att fortsätta i samband med genomförandet av Socialstyrelsens nationella utvärdering av cancervården. Där kommer Socialstyrelsen att arbeta vidare med dessa frågor och målsätta andra potentiellt viktiga indikatorer, göra internationella jämförelser samt diskutera relevans och angelägenhetsgrad för indikatorer med profession och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården. Målnivåerna kommer därför att förändras. Utvärderingen beräknas vara färdig 2012.

Metod

I dag finns det inga nationellt uppsatta mål för lungcancer och Socialstyrelsen har därför i detta pilotprojekt satt den 90:e percentilen som målnivå, vilket innebär att målnivån baseras på de tre bästa länen (där patienten är skriven) i Sverige. Den skattade målnivån med dess osäkerhet redovisas i så kallade "funnel plots", där de tunna, trattformade linjerna anger den övre och undre gränsen i ett 95-procentigt konfidensintervall runt målnivån (den svarta linjen). Konfidensintervall är ett mått på den felmarginal eller osäkerhet som slumpen bidrar med. Ofta används ett 95-procentigt intervall som anger den undre och den övre gränsen för det intervall inom vilket det sanna värdet med 95-procentig sannolikhet befinner sig.



Konfidensintervall tar inte hänsyn till andra möjliga icke slumpmässiga felkällor som kan påverka resultaten. Varje punkt visar data för åren 2002–2009 för respektive län, där blå punkter symboliserar män och röda punkter symboliserar kvinnor. De olika punkterna i figuren ovan tolkas på följande sätt: Punkter som är placerade långt till vänster i figuren visar län med litet antal lungcancerpatienter med varierande medelvärde för 2002–2009 som därför ger ett bredare konfidensintervall. På motsvarande sätt är punkter placerade till höger, där tratten smalnar av, baserade på ett större antal patienter vilket generellt ger säkrare skattningar eller ett resultat för ett län med liten variation under mätperioden 2002-2009. Punkter som ligger utanför tratten har ett värde som är högre eller lägre än vad som är förenligt med slumpen.

Redovisning av målnivåer per indikator

Ett gemensamt problem för alla överlevnadsindikatorer

Kvinnor överlever de flesta former av cancer bättre än män. Det är väl dokumenterat i olika studier i många länder, och lungcancer är inget undantag. I en analys som är uppdelad på kvinnor respektive män har det därför i viss mening accepterats att det finns en tumörbiologisk grundläggande skillnad mellan könen. Trots det vet ingen hur stor den biologiska skillnaden är och hur stor del som kan bero på andra faktorer. Det finns därför en risk att skillnader i överlevnad mellan könen bortförklaras med biologiska faktorer, medan det i själva verket kan finnas en icke medicinskt motiverad skillnad som bör åtgärdas. Men om hänsyn inte tas till skillnad i överlevnad mellan könen, finns däremot risken att en statistiskt definierad målnivå bestäms av resultaten för kvinnor och att målen för män därmed blir orealistiskt höga. Socialstyrelsen har här valt att redovisa överlevnaden både sammanslagen och uppdelad på män och kvinnor.

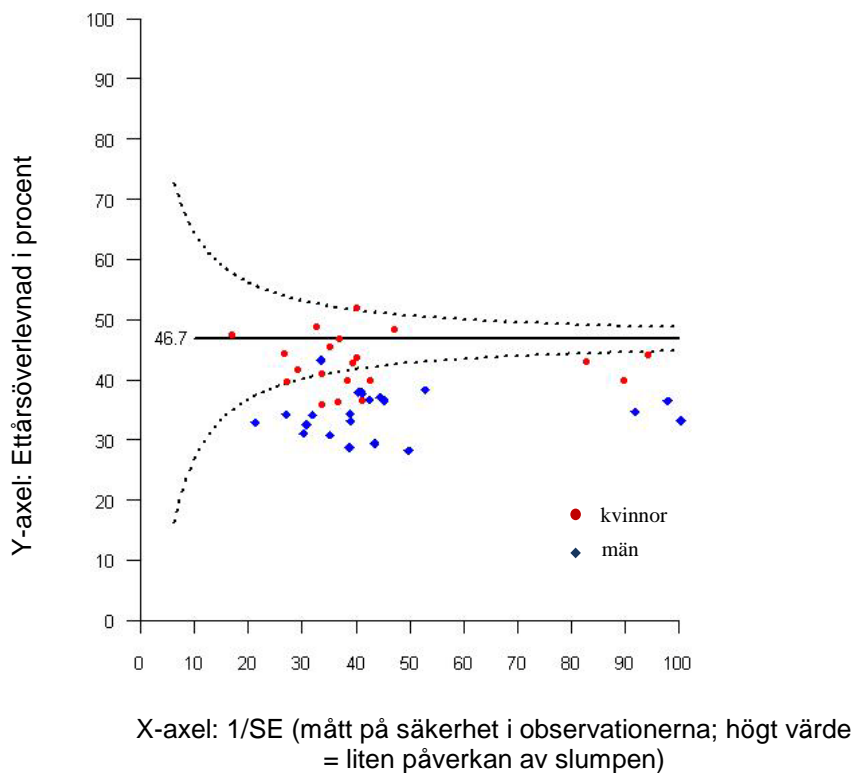
Indikator 1-1 Ettårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos

Hur stor andel av patienterna som överlever efter lungcancerdiagnos är beroende av ett flertal faktorer. Vissa av dessa faktorer påverkas i mycket liten utsträckning av hälso- och sjukvården, exempelvis hur tidigt en patient med symtom söker vård, samsjuklighet och ålder. När det kommer till utredning, diagnostik och val av behandling är hälso- och sjukvårdens insatser av stor vikt för patientens överlevnad.

För indikator 1-1 (ettårsöverlevnad efter lungcancer) har en målnivå för ettårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos satts till 47 procent, enligt den 90:e percentilen i figur 1. Motsvarande uppgifter från Socialstyrelsens cancerregister visar ett i det närmaste identiskt mönster när det gäller könsfördelningen i ettårsöverlevnad. Även 90:e percentilen hamnar på samma värde som i Nationellt lungcancerregister. En grafisk presentation av hur 90:e percentilen utfaller för män respektive kvinnor finns i figur 2 och 3.

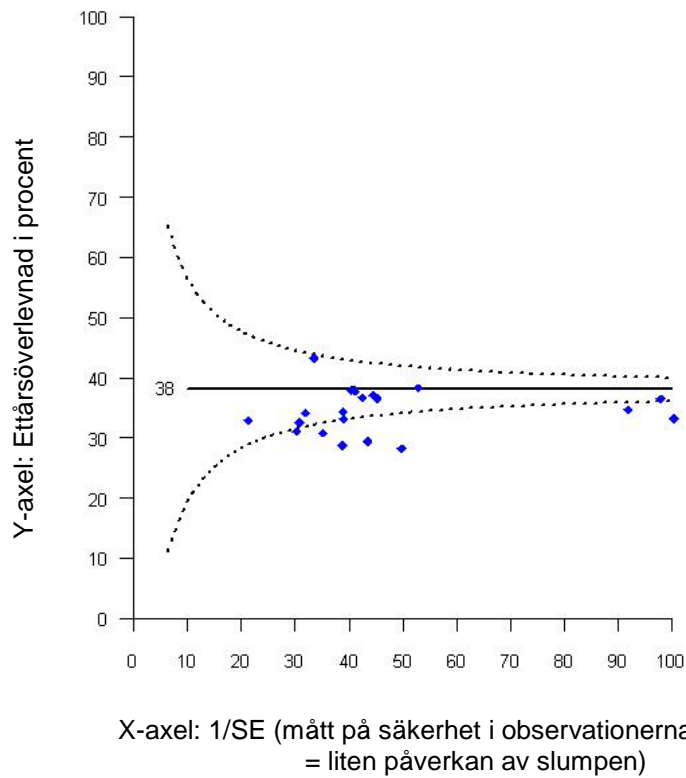
Figur 1. Indikator 1-1 Ettårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



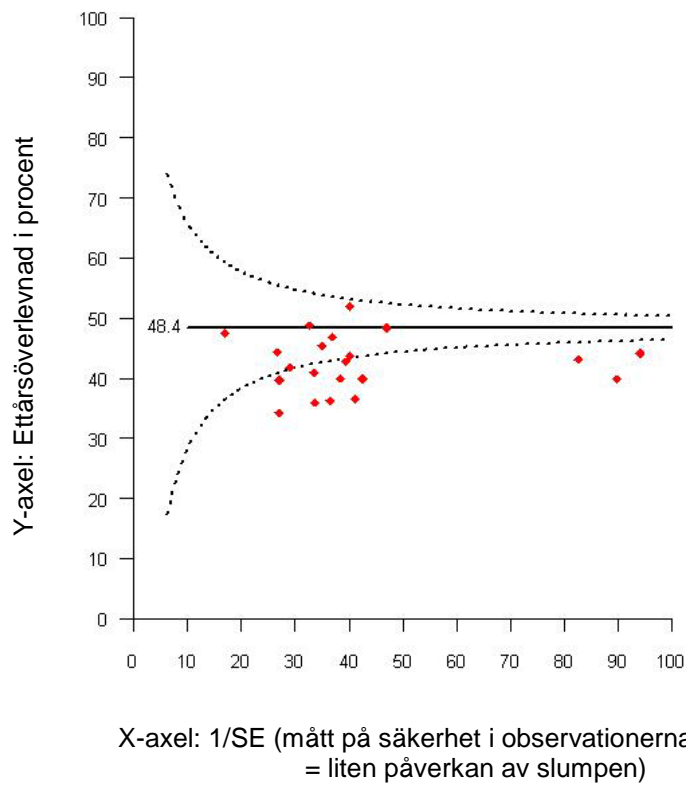
Figur 2. Indikator 1-1 Ettårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos män år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



Figur 3. Indikator 1-1 Ettårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos kvinnor år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



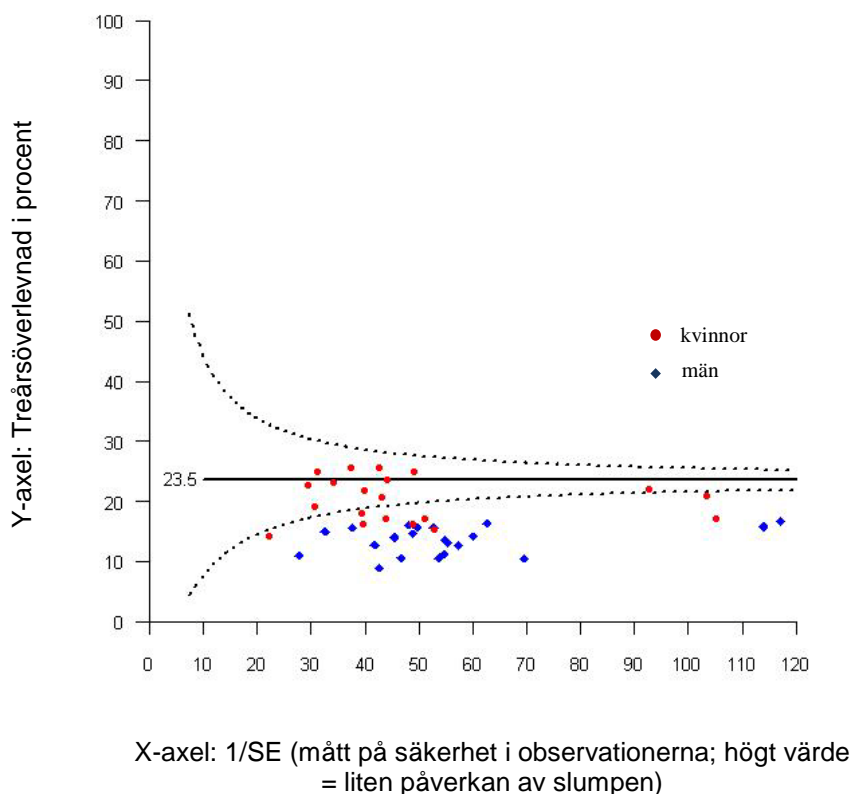
Indikator 1-2 Treårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos

För en generell diskussion om överlevnadsmått och målnivåer hänvisas till kapitlets inledning.

Målnivån för indikator 1-2 (treårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos) är 24 procent enligt 90:e percentilen i figur 4. För treårsöverlevnad finns inga jämförande data från Socialstyrelsens cancerregister tillgängliga. Att kvinnor har en högre överlevnad än män vid lungcancer syns även på treårsöverlevnaden. Könsuppdelade diagram redovisas i figur 5 och 6. Motiveringen till att redovisa en gemensam målnivå för kvinnor och män gäller även här.

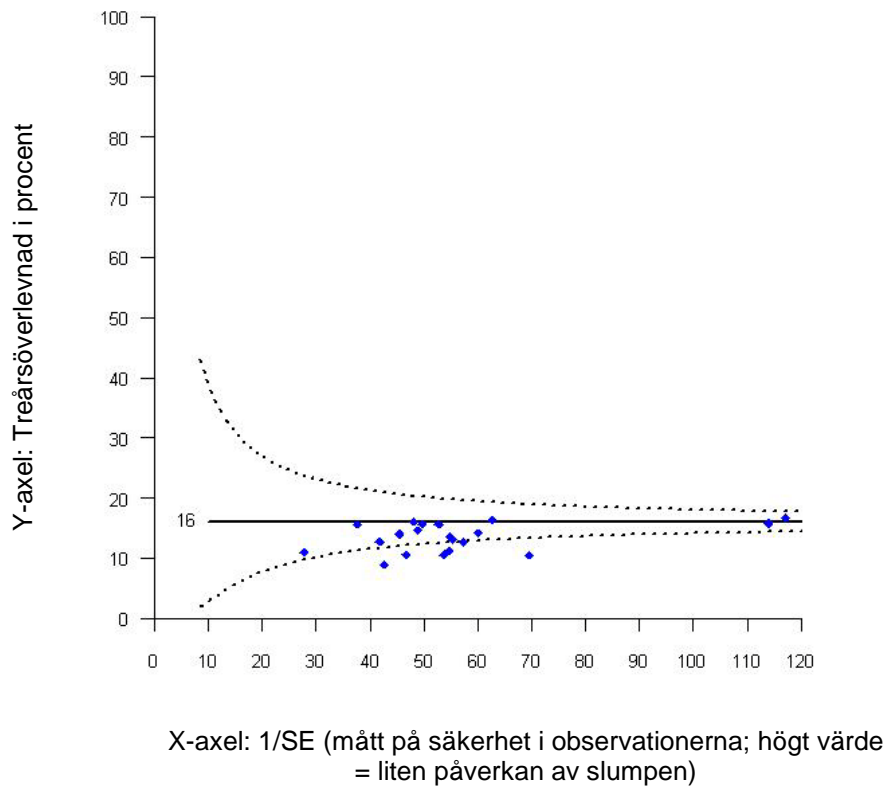
Figur 4. Indikator 1-2 Treårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



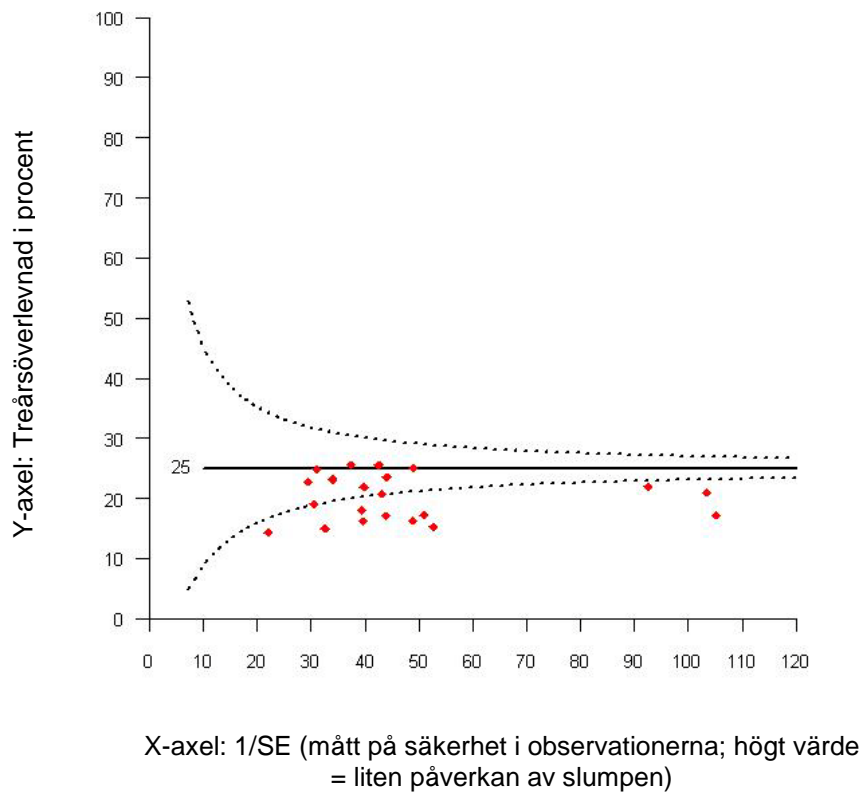
Figur 5. Indikator 1-2 Treårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos män år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



Figur 6. Indikator 1-2 Treårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos kvinnor år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



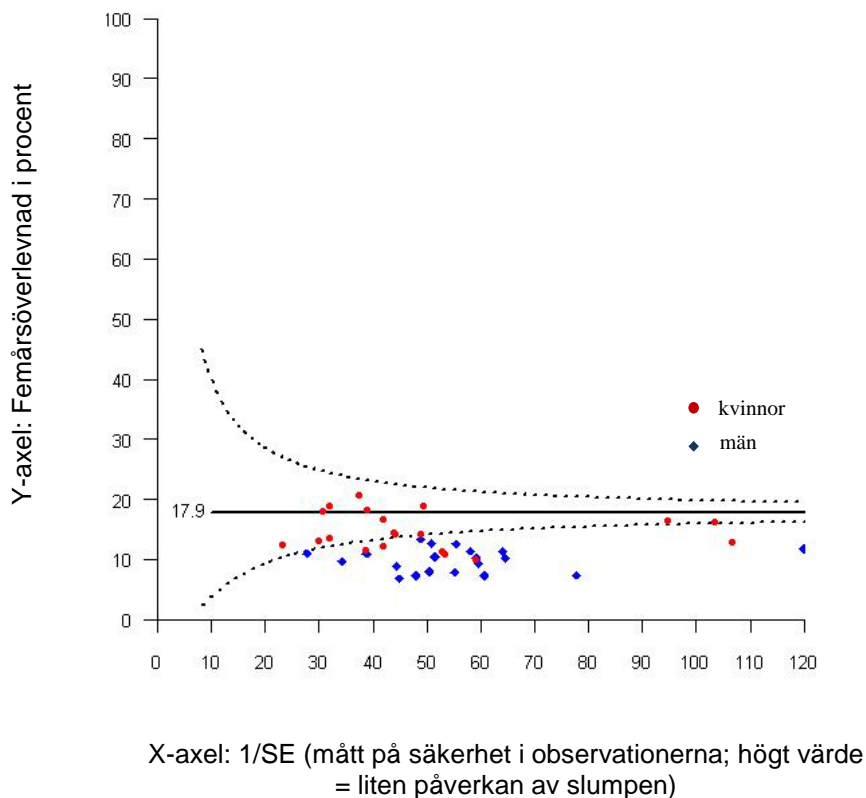
Indikator 1-3 Femårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos

För en generell diskussion om överlevnadsmått och målnivåer hänvisas till kapitlets inledning.

Målnivån för indikator 1-3 (femårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos) är 18 procent, enligt den 90:e percentilen i figur 7. Som referens presenteras könsuppdelad data i figur 8 och 9.

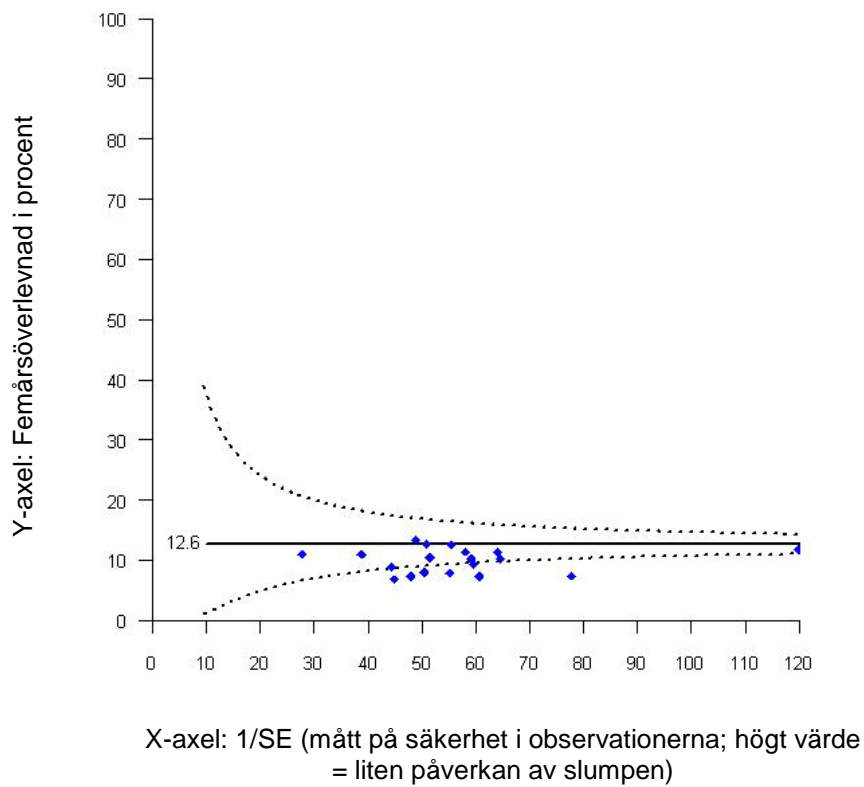
Figur 7. Indikator 1-3 Femårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



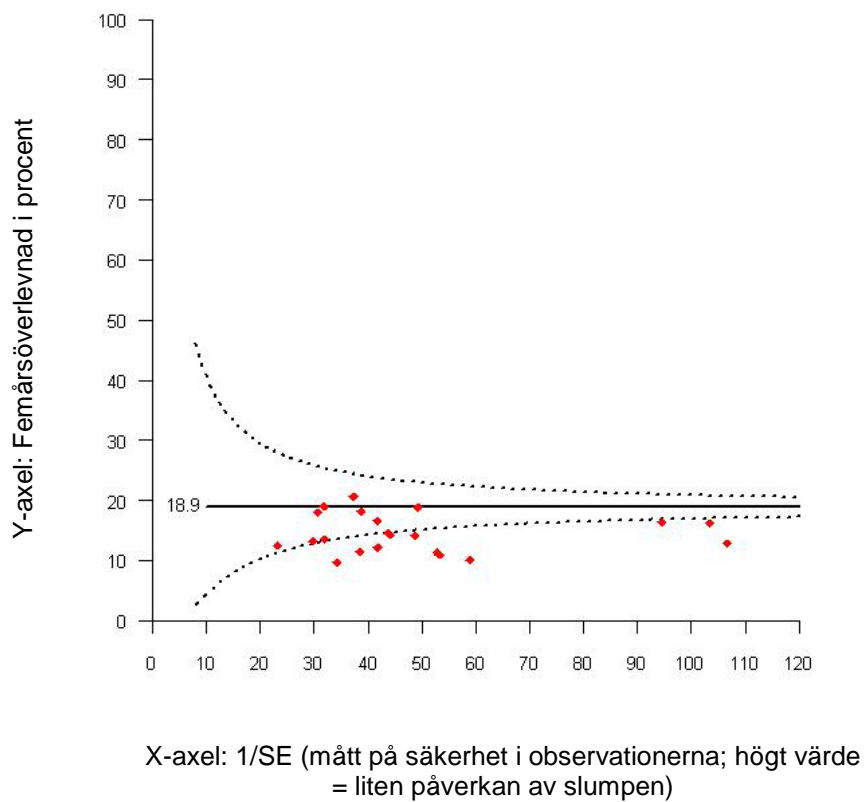
Figur 8. Indikator 1-3 Femårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos män år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



Figur 9. Indikator 1-3 Femårsöverlevnad efter lungcancerdiagnos kvinnor år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



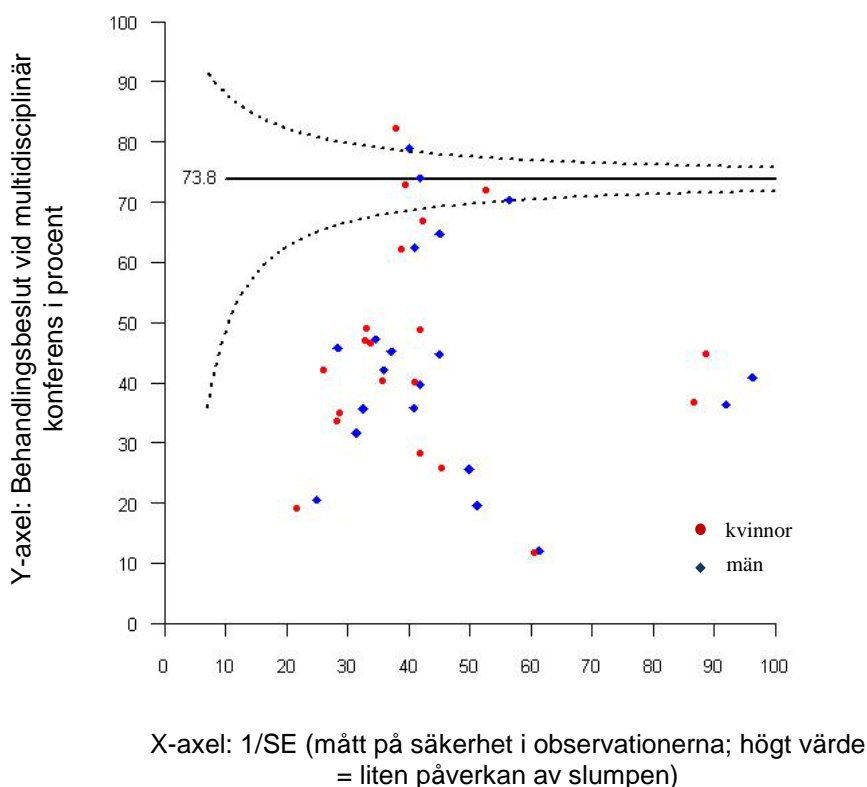
Indikator 1-4 Bedömning vid multidisciplinär konferens

Individuell bedömning vid multidisciplinär konferens ökar sannolikheten för att patienten erbjuds bästa möjliga behandling för sin sjukdom. Detta är en viktig jämlikhetsfråga i cancervården. I figur 10 redovisas andelen patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens mellan åren 2002 och 2009. Variationerna mellan landstingen är stora för denna indikator, och endast ett fåtal landsting hamnar inom 90:e percentilens konfidensintervall.

Målnivån för indikator 1-4 (bedömning vid multidisciplinär konferens) blir enligt 90:e percentilen 74 procent. Med tanke på att tillhörande rekommendation har hög prioritet är 74 procent i realiteten en oacceptabelt låg målnivå, men i dagsläget bedöms att den är realistisk att uppnå för samtliga landsting.

Figur 10. Indikator 1-4 Bedömning vid multidisciplinär konferens år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister

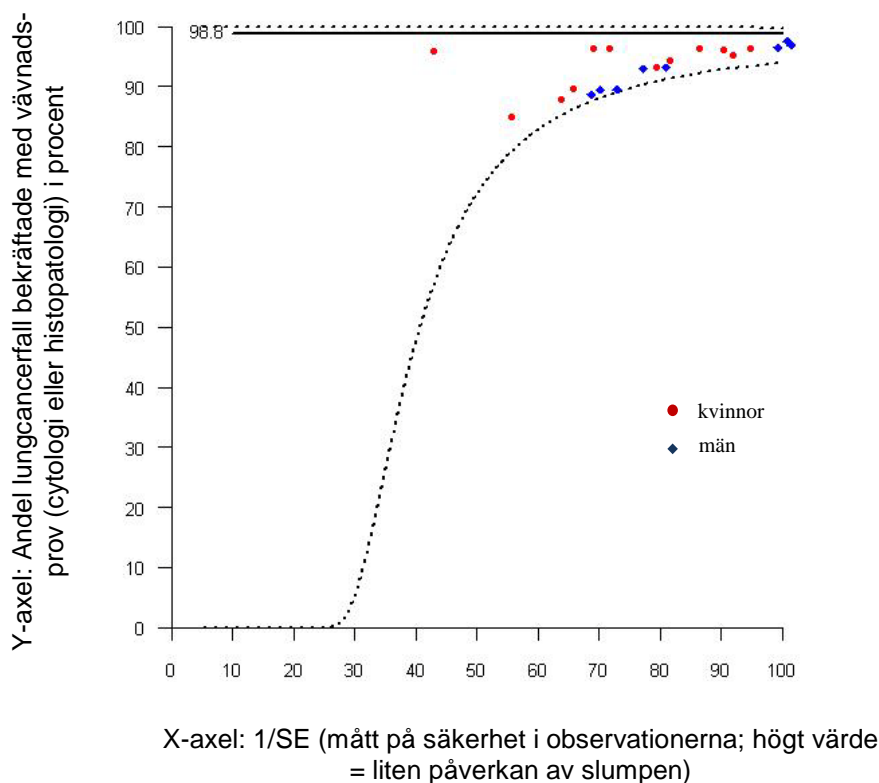


Indikator 2-4 Lungcancerfall bekräftade med vävnadsprov (cytologi eller histopatologi)

Indikator 2-4 (lungcancerfall bekräftade med vävnadsprov – cytologi eller histopatologi) mäter diagnostisk aktivitet och precision i behandlingsbeslut. För optimalt omhändertagande av lungcancerpatienter krävs bekräftande av diagnos, typning av lungtumören och verifikation av att det rör sig om primärlungcancer och inte dottersvulster från en annan tumör. För denna indikator föreligger sannolikt viss underrapportering av äldre och multisjuka patienter, men detta bör inte påverka indikatorns målnivå.

I figur 11 ingår samtliga fall av lungcancer i Nationellt lungcancerregister mellan åren 2002 och 2009. Utfallet visar att de allra flesta lungcancerfall också har bekräftats med hjälp av vävnadsprov, och samtliga landsting ligger inom konfidensintervallet för den aktuella perioden. Målvärdet enligt 90:e percentilen blir 99 procent för indikator 2-4.

Figur 11. Indikator 2-4 Lungcancerfall bekräftade med vävnadsprov (cytologi eller histopatologi) år 2002–2009
Källa: Nationellt lungcancerregister



Indikator 2-5 Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling

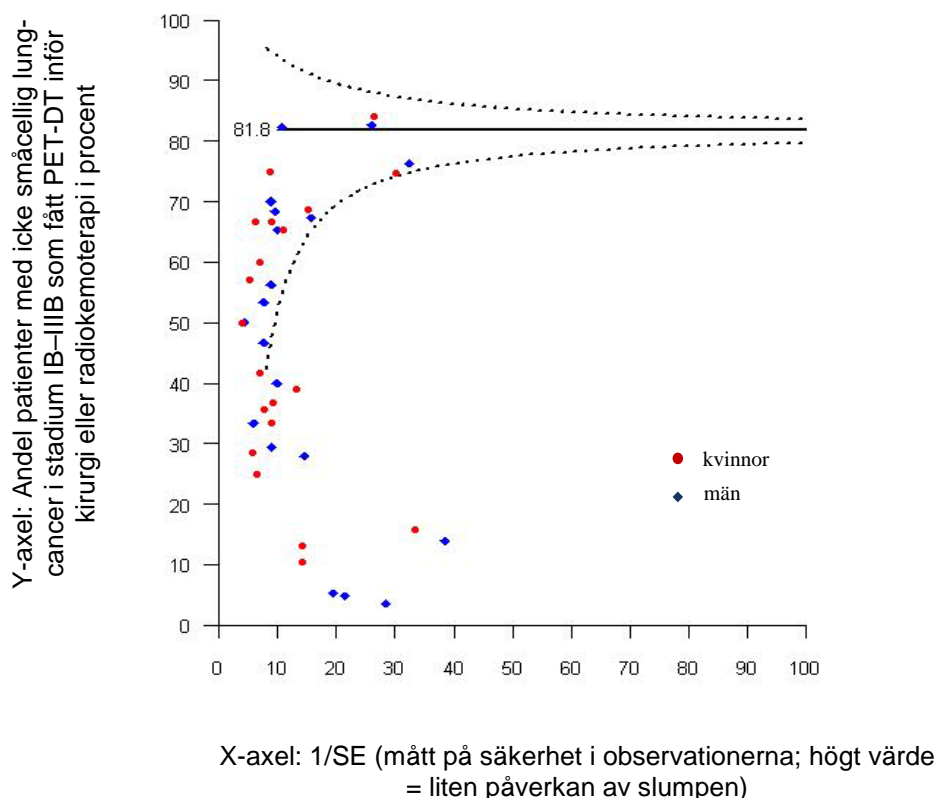
Indikator 2-5 (användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling) speglar om utbredningen av lungcancer är tillräckligt väl kartlagd innan kurativt syftande behandling startas. Med tanke på att behandlingen är krävande för patienten och kostsam för samhället är det viktigt att säkerställa att kurativt syftande behandling inte startas i onödan.

I figur 12 redovisas andelen patienter som undersökts med PET-DT inför kurativt syftande kirurgi eller radiokemoterapi. De patienter som ingår har icke småcellig lungcancer i stadium IB till IIIB. Detta är en tämligen ny variabel i Nationellt lungcancerregister och av den anledningen redovisas endast data för åren 2007–2009. Det är angeläget att fastställa en målnivå för indikatorn, trots att den begränsade mätperioden innebär att relativt få observationer ingår. Anledningen är att PET-DT inför kurativt syftande behandling är en central rekommendation i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancer vård, och utvecklingen på området väntas gå snabbt under de närmaste åren. Ett målvärde för denna indikator visar på en önskvärd ambitionsnivå för undersökningsmetoden.

Enligt den 90:e percentilen sätts målvärdet för indikator 2-5 till 82 procent.

Figur 12. Indikator 2-5 Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling år 2007–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



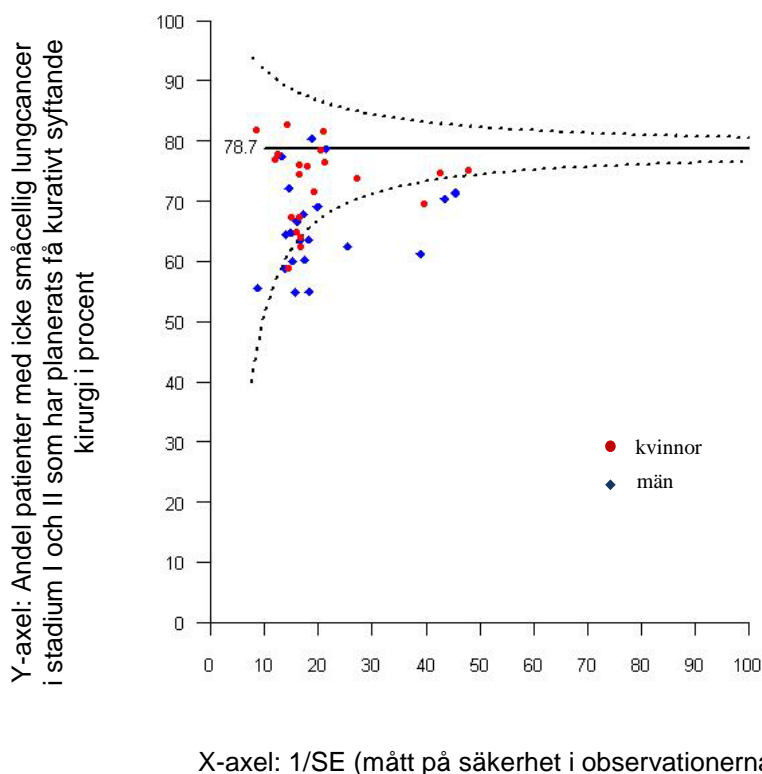
Indikator 2-7 Kurativt syftande kirurgi vid lungcancer

Indikator 2-7 (kurativt syftande kirurgi vid lungcancer) mäter behandlingsaktiviteten vid lungcancer i tidigt stadium. Framför allt är det patienter med icke småcellig lungcancer i stadium I och II som kan komma i fråga för kurativt syftande kirurgi.

I figur 13 visas andelen patienter med icke småcellig lungcancer i stadium I och II som har planerats få kurativt syftande kirurgi. Överensstämmelsen mellan planerad behandling och faktiskt genomförd kirurgi är enligt Nationellt lungcancerregister cirka 90 procent. I figuren framgår att majoriteten av landstingen hamnar inom konfidensintervallet för 90:e percentilen för denna indikator, och målvärdet sätts till 79 procent.

Figur 13. Indikator 2-7 Kurativt syftande kirurgi vid lungcancer år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



Indikator 2-10 Palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV

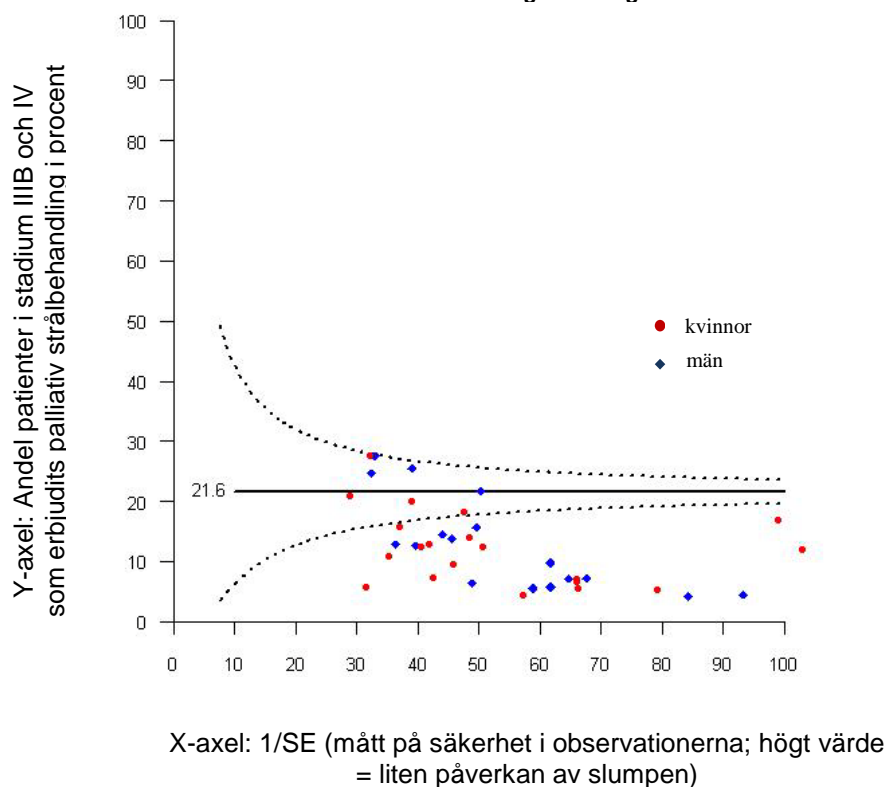
Indikatorn avspeglar om patienter med obotbar lungcancer aktivt erbjudits palliativ strålbehandling. Inte alla patienter med lungcancer i stadium IIIB och IV blir aktuella för palliativ strålbehandling, men en betydande regional variation kan indikera kvalitetsskillnader i vården.

Figur 14 visar andelen patienter i stadium IIIB och IV som erbjudits palliativ strålbehandling. I diagrammet framgår att variationen mellan landstingen är relativt stor. Trots att variationen till viss del kan påverkas av faktorer som stadiefördelning och patientkaraktistika bidrar sannolikt även praxisskillnader till det varierande utfallet.

Enligt den 90:e percentilen är det rimligt att sätta målvärdet för indikator 2-10 (palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV) till 22 procent.

Figur 14. Indikator 2-10 Palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister



Indikator 2-11 Palliativt syftande kemoterapi vid lungcancer

Indikatorn avspeglar om patienter med obotbar lungcancer aktivt erbjudits palliativ kemoterapi. Det är inte aktuellt att behandla alla patienter i stadium IIIB och IV med palliativ kemoterapi, men en betydande regional variation kan indikera kvalitetsskillnader i vården. Det är också viktigt att poängtera att vissa patienter i stadium IIIB erbjuds kurativt syftande behandling i form av radiokemoterapi.

I figur 15 redovisas andelen patienter med lungcancer i stadium IIIB och IV och ett performance status (PS) mellan 0 och 2 som erbjudits kemoterapi i palliativt syfte under åren 2002 till 2009. Diagrammet visar att spridningen mellan landstingen är stor och att fler än hälften av landstingen ligger utanför den 90:e percentilens konfidensintervall. Även om viss del av variationen kan bero på stadiefördelning och patientkaraktistika talar siffrorna för en underbehandling av patienter i ett stort antal landsting.

Ett målvärde enligt 90:e percentilen innebär för indikator 2-11 (palliativt syftande kemoterapi vid lungcancer) att 78 procent av de aktuella patienterna ska erbjudas palliativ kemoterapi som behandling.

Figur 15. Indikator 2-11 Palliativt syftande kemoterapi vid lungcancer år 2002–2009

Källa: Nationellt lungcancerregister

