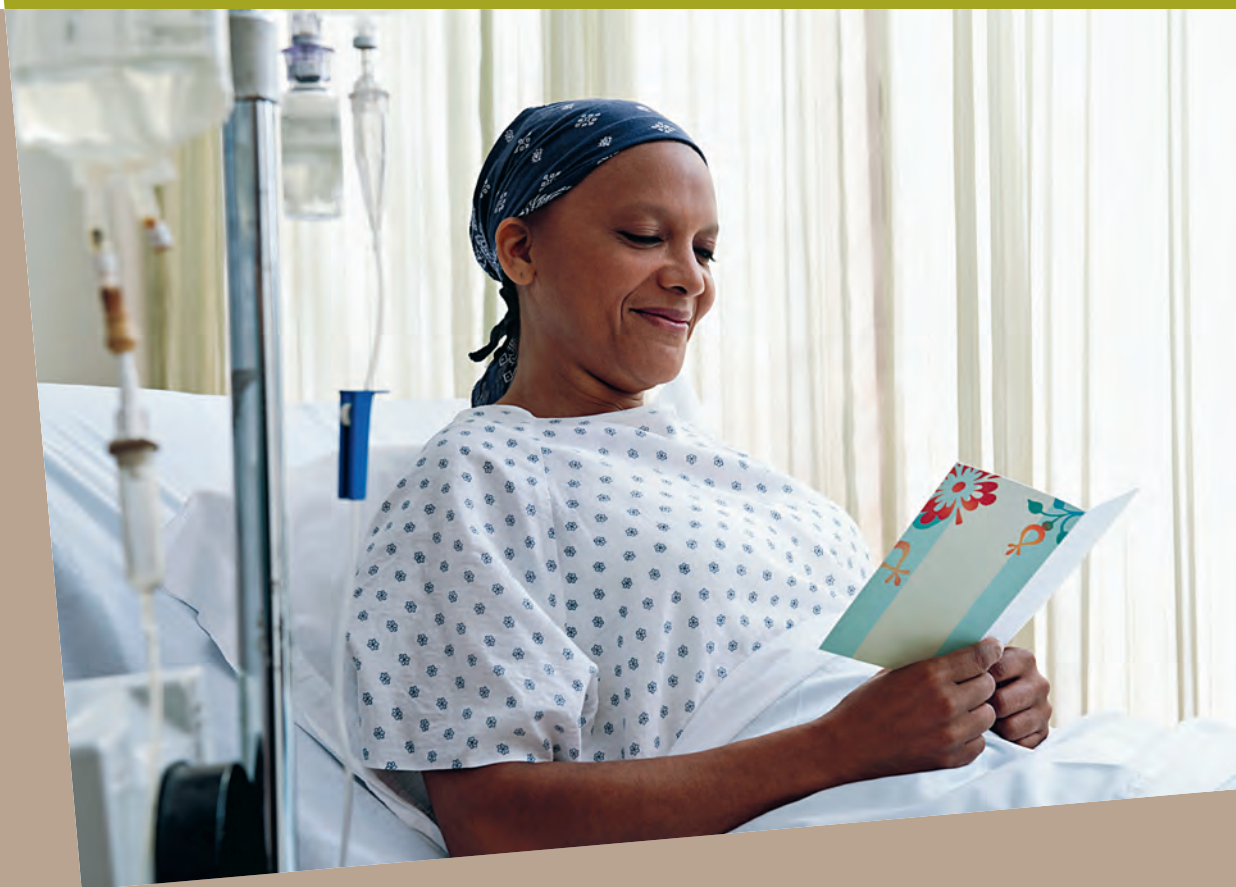


ÖPPNA JÄMFÖRELSE 2014



Cancersjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Öppna jämförelser 2014

Cancersjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Du får gärna citera rapportens texter eller diagram om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Socialstyrelsen: Artikelnummer 2014-12-2, ISBN 978-91-7555-222-4
SKL: ISBN 978-91-7585-158-7

Foto: Image Source/Johnér.

Produktion: Edita Bobergs AB

Tryck: Edita Bobergs AB, december, 2014



MILJÖMÄRKET Trycksak lic nr 341 359

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och de Regionala cancercentrumen ta fram en ny utgåva av öppna jämförelser av cancersjukvården. Den första utgåvan utkom 2011.

Styrgruppen för arbetet med Öppna jämförelser 2014 har utgjorts av Mona Heurgren (ansvarig avdelningschef) och Björn Nilsson från Socialstyrelsen samt av Åsa Himmelskiöld och Bodil Klintberg från SKL.

Det praktiska arbetet har utförts av en gemensam projektgrupp. I denna har från Socialstyrelsen Göran Zetterström och från SKL Camilla Eriksson och Katarina Wiberg Hedman deltagit.

Sakkunniga till projektgruppen har varit Jan Adolfsson, SBU, Gunilla Gunnarsson, nationell samordnare cancerstrategin, SKL, Mona Ridderheim, Regionalt cancercentrum Stockholm–Gotland och Stefan Rydén, Regionalt cancercentrum Syd.

Flera medarbetare från Socialstyrelsen, SKL och regionala cancercentrumen har medverkat med underlag till rapporten och dess bilagor. För flera indikatorer har externa datakällor och underlag använts, framför allt från nationella kvalitetsregister. Ett särskilt tack riktas till företrädare för kvalitetsregister och övriga externa uppgiftlämnare som bidragit till rapporten.

Personer som lämnat underlag förtecknas i slutet av rapporten. Arbetet har bedrivits i dialog med de regionala cancercentrumen och landstingens kontaktpersoner för öppna jämförelser.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör, Socialstyrelsen

Håkan Sörman
VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- Ny indikator
- Förändrad indikator

Förord.....	3
Sammanfattning.....	9
Inledning.....	11
Indikatorer och datakällor.....	13
Resultatredovisning och tolkning.....	16
Cancersjukvård.....	20
<i>Cancer hos vuxna</i>	20
1 Överlevnad vid cancersjukdom.....	20
<i>Cancer hos barn</i>	21
<i>Patienterfarenheter</i>	22
Övergripande indikatorer.....	23
<i>Vård i livets slutskede - palliativ vård vid cancersjukdom</i>	23
Täckningsgrad.....	23
2 Regelbunden skattning av smärtintensitet.....	23
3 Vidbehovsordination av opioider mot smärta.....	24
■ 4 Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel.....	25
■ 5 Samtal om vårdens innehåll och riktning (brytpunktssamtal).....	26
■ 6 Återkommande slutenvård i livets slutskede.....	27
<i>Att förebygga livmoderhalscancer</i>	28
7 Gynekologisk cellprovtagning.....	28
Tumörspecifika indikatorer.....	30
<i>Bröstcancer</i>	30
Täckningsgrad.....	30
8 Relativ femårsöverlevnad vid bröstcancer.....	30
9-10 Multidisciplinär konferens.....	31
11 Fastställd diagnos innan operation för bröstcancer.....	36
12 Omoperation på grund av tumördata.....	38
■ 13–14 Operationer med bröstbevarande kirurgi.....	40
15 Operation med sentinel node-teknik vid invasiv bröstcancer.....	44
16 Omoperation på grund av komplikation.....	45
■ 17 Fullständigt strukturerat PAD-svar efter operation.....	46
■ 18 Lokal strålbehandling efter operation av bröstcancer	
med lymfkörtelmetastaser.....	47
■ 19 Cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab.....	48

20 Läkemedelsbehandling med tamoxifen och aromatashämmare	■
efter operation	49
21 Väntetid från första besök hos specialist till start av behandling	51 ●
Äggstockscancer	53
Täckningsgrad	53
22 Överlevnad vid äggstockscancer	53
23 Andel vävnadsprov som bedöms av referenspatolog	54
24 Erfaren tumörkirurg vid primäroperationen	55 ■
25 Optimala kirurgiska stadiindelningsprocedurer vid operation	■
av tidig äggstockscancer	56
Njurcancer	57
Täckningsgrad	57
26 Överlevnad vid njurcancer	57
27 Primär utredning med datortomografi av bröstkorgen före operation	58
28 Njursparande kirurgi vid små tumörer	59 ■
29 Väntetid från remissbeslut till start av behandling	60 ●
Urinblåsecancer	62
Täckningsgrad	62
30 Överlevnad vid urinblåsecancer	62
31 Multidisciplinär konferens inför behandlingsstart	63 ■
32 Intravesikal behandling av tumör i stadium T1	64
33 Kurativt syftande behandling av tumörer i stadium T2–T4	65
34 Cytostatikabehandling före radikal operation	■
vid muskelinvasiv urinblåsecancer	66
35 Väntetid från remissbeslut till start av behandling	67 ●
Prostatacancer	69
Täckningsgrad	69
36 Skelettundersökning vid prostatacancer med låg risk	69
37 Aktiv monitorering vid prostatacancer med mycket låg risk	71 ●
38 Kurativ behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk	72 ●
39 Strålbehandling i kombination med hormonbehandling	■
vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk	73
40 Väntetid från remissbeslut till start av behandling	●
vid prostatacancer med intermediär risk och hög risk	74
41 Väntetid från remissbeslut till start av behandling	●
vid metastaserad prostatacancer	74
Tjocktarmscancer	76
Täckningsgrad	76
42 Överlevnad vid tjocktarmscancer	76
43–44 Multidisciplinär konferens	77
45 Kartläggning inför operation vid nydiagnosticerad tjocktarmscancer	82 ■
46 Omoperation på grund av komplikation	83
47 Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	86
48 Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat	88
49 Mer än 11 dagars vårdtid efter operation	90 ●
50 Påbörjad cytostatikabehandling inom 8 veckor	■
efter operation vid stadium II och III	92

■ 51 Deltagande i strukturerad behandlingsstudie.....	93
■ 52 Väntetid från remissbeslut till start av behandling.....	94
Ändtarmscancer	95
Täckningsgrad.....	95
53 Överlevnad vid ändtarmscancer.....	95
54–55 Multidisciplinär konferens.....	96
■ 56 Kartläggning inför operation vid nydiagnosticerad ändtarmscancer.....	101
57 Omoperation på grund av komplikation.....	102
58 Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation.....	105
59 Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat.....	107
● 60 Mer än 15 dagars vårdtid efter operation.....	109
61 Anastomosinsufficiens efter operation.....	111
62 Återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation.....	112
■ 63 Deltagande i strukturerad behandlingsstudie.....	113
■ 64 Väntetid från remissbeslut till start av behandling.....	114
Lungcancer	115
Täckningsgrad.....	115
65 Överlevnad vid lungcancer.....	115
66 Multidisciplinär konferens inför behandling.....	116
■ 67 EGFR-analys vid icke småcellig lungcancer.....	117
68 PET-DT inför kurativt syftande behandling.....	118
● 69 Kurativt syftande behandling vid icke småcellig lungcancer i stadium I och II.....	119
● 70 Palliativt syftande kemoterapi vid obotlig lungcancer.....	120
71 Väntetid från remissankomst till behandlingsbeslut.....	121
Huvud- och halscancer	123
Täckningsgrad.....	123
72 Överlevnad vid huvud- och halscancer.....	123
73 Multidisciplinär konferens inför behandling.....	124
74 Väntetid från remissankomst till start av behandling.....	125
Malignt hudmelanom	127
Täckningsgrad.....	127
75 Överlevnad vid malignt hudmelanom.....	127
76 Malignt hudmelanom med en tumörtjocklek på 1,0 millimeter eller mindre.....	128
■ 77 Portvaktskörtelbiopsi vid malignt melanom.....	129
78 Väntetid från första läkarbesök till besked om diagnos.....	131
Personer som lämnat underlag till rapporten	132
Bilaga 1 Kostnader och vårdkonsumtion	133

Sammanfattning

För andra gången publiceras en samlad öppen jämförelse av vårdens kvalitet och kostnader för tio vanligt förekommande cancersjukdomar i Sverige. Det är samma cancersjukdomar som ingick i *Öppna jämförelser av cancersjukvården 2011*, vilket ger möjlighet till jämförelser över tid. Rapporten har två syften, dels att utgöra underlag för beslutsfattare på olika nivåer som vill förbättra cancersjukvården, dels att ge medborgarna insyn i vad den gemensamt finansierade cancersjukvården åstadkommer.

Överlevnaden vid cancersjukdom ökar

Dödligheten i cancer har sjunkit de senaste 40 åren och överlevnaden efter insjuknandet har ökat. Den relativa femårsöverlevnaden under perioden 2008–2012 var 68 procent för kvinnor och nästan 70 procent för män. Jämför man perioden 1993–1997 med 2008–2012 har den relativa femårsöverlevnaden ökat med nästan 16 procentenheter för män och med cirka 8 procentenheter för kvinnor.

Den högsta överlevnaden har patienter med prostatacancer (91 procent), tätt följt av bröstcancer och malignt hudmelanom, båda strax under 90 procent. Lungcancer är den cancerform som tar flest liv i Sverige varje år. Den relativa överlevnaden är låg men har ökat något sedan början av 1990-talet, framför allt ettårsöverlevnaden. Den relativa femårsöverlevnaden vid lungcancer är cirka 19 procent för kvinnor och cirka 14 procent för män.

När det gäller överlevnad vid cancersjukdom finns det inget landsting som konsekvent avviker vare sig för flera cancersjukdomar eller för män och kvinnor. Däremot finns för vissa diagnoser, som lungcancer och urinblåscancer, stora variationer mellan landstingen.

Fler patienter får kvalificerad bedömning men variationerna är stora

För att kunna bedöma patientens medicinska behov och göra en individuell behandlingsplan är det ofta viktigt med en bedömning där flera specialister deltar – en så kallad multidisciplinär konferens. Här redovisas detta

för sex cancerdiagnoser. Andelen patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens har i samtliga fall ökat sedan föregående rapport 2011 och är för tre cancersjukdomar över 95 procent. Skillnaderna är fortsatt stora, såväl mellan olika cancerdiagnoser, 52–98 procent, som mellan olika landsting, 10–99 procent.

Effektivare diagnostik inom vissa områden

Utredningen och diagnostiseringen av cancer har blivit bättre inom flera områden. Här är några exempel:

- Andelen män som gjorde en skelettundersökning vid lokaliserad prostatacancer med låg risk minskade från 44 till 3,8 procent under perioden 1998–2013. Detta är en positiv utveckling då få män i denna tumörgrupp behöver en sådan undersökning.
- Andelen kvinnor med en fastställd diagnos före operation av bröstcancer har ökat från 89 procent 2008 till 93 procent 2013. Variationen mellan landstingen har minskat sedan föregående öppna jämförelse. Målet är att minst 90 procent av kvinnorna bör ha en fastställd diagnos före operationen. En målnivå som flera av landstingen når upp till.
- Andelen patienter med njurcancer som utreds med datortomografi före operation har ökat från 72 procent 2005 till 90 procent 2012–2013, vilket uppfyller nationella vårdprogrammets målsättning om minst 85 procent.
- Andelen patienter med lungcancer som inför kurativt syftande behandling utreds med PET-DT har ökat till 88 procent jämfört med 2007–2009, då 53 procent fick en sådan undersökning.
- Enligt nationella riktlinjer för tjock- och ändtarmscancer ska minst tolv lymfkörtlar undersökas i operationspreparatet. Målnivån är 95 procent. Andelen undersökta lymfkörtlar i operationspreparat för patienter med tjocktarmscancer har ökat från 70 procent 2007 till drygt 90 procent 2013. För ändtarmscancer är motsvarande ökning från 57 procent till 83 procent.

Några resultat från cancersjukvården

De flesta indikatorerna i rapporten belyser den medicinska kvaliteten, till exempel tillämpningen av olika behandlingsalternativ och resultaten av och komplikationerna efter en operation. Här följer några exempel från rapporten:

- Andelen män med lokaliserad prostatacancer med hög risk som får en kurativt (botande) syftande behandling har ökat stadigt från 44 procent 2000 till 83 procent 2013.
- Vid bröstcanceroperationer används allt oftare den så kallade sentinel node-tekniken för att identifiera de fall där en fullständig operation med lymfkörtelutrymning behöver göras. Socialstyrelsens målnivå om 80 procent uppnås nu av samtliga landsting, 86–98 procent.
- Vid urinblåsecancer får 50 procent av patienterna med T1-tumör en intravesikal behandling (läkemedelsbehandling inuti urinblåsan). 2009 fick nästan 43 procent en sådan behandling. Variationerna mellan landstingen 2013 är anmärkningsvärt stora, 25–75 procent.
- 51 procent av alla patienter med en njurcancer som var 4 cm eller mindre opererades 2012–2013 med njursparande teknik, så kallad partiell nefrektomi. 2005 var motsvande andel 21 procent. Variationen mellan landstingen är dock stor, 10–83 procent.
- Fler patienter med äggstockscancer opereras nu av en erfaren tumörkirurg. Andelen i riket har ökat från 49 procent 2008 till 67 procent 2013.

Stora variationer i väntetider

Väntetider redovisas för nästan alla diagnoser som ingår i öppna jämförelser. Väntetidsmåtten varierar något mellan diagnoserna och anger väntetiden från remissbeslut eller första besök hos specialist till behandlingsstart eller behandlingsbeslut. Rapporten visar att det finns stora variationer mellan landstingen men även mellan respektive cancersjukdom. Medianväntetiderna varierade exempelvis mellan 20 dagar för bröstcancer till 172 dagar för prostatacancer med intermediär risk och hög risk. Variationen mellan landstingen var för bröstcancer 7–28 dagar och för prostatacancer 117–271 dagar. Övergripande har det inte skett någon större förbättring och i många fall är väntetiderna långa och varierar kraftigt beroende på bostadsort.

Vissa uppgifter saknas

Vissa områden saknas i rapporten, till exempel rehabilitering, omvårdnad och psyko-socialt omhändertagande samt indikatorer som beskriver patientens upplevelse av sin hälsa under vård och behandling. Register och andra datakällor samt indikatorer behöver utvecklas för dessa områden innan de kan ingå i framtida jämförelser.

Inledning

ÖPPNA JÄMFÖRELSE INOM CANCERSJUKVÅRDEN

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tar varje år gemensamt fram rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård* som består av indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. I rapporten ingår jämförelser mellan landstingen när det gäller medicinska resultat, patienterfarenheter, väntetider och kostnader. *Öppna jämförelser* baseras på tillgänglig nationell statistik inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har 2014 fått i uppdrag av regeringen att i samverkan med SKL ta fram en särskild utgåva av öppna jämförelser som belyser cancersjukvården. Detta är den andra utgåvan av *Öppna jämförelser av cancersjukvården*, den förra kom ut 2011. De data som finns i de nationella kvalitetsregistren och Socialstyrelsens hälsodataregister ger i dag goda förutsättningar för att göra öppna jämförelser inom cancersjukvården.

Rapportens huvudsyfte är att bidra till cancersjukvårdens ledning och styrning. Genom att belysa goda resultat och mindre goda resultat sporrar landstingen till ett ökat lärande som bidrar till fördjupade analyser och uppföljningar för att uppnå bättre resultat. Lokala förbättringsarbeten kan initieras utifrån resultaten i öppna jämförelser.

Ett annat syfte är att ge allmänheten, både invånare och patienter, insyn i den offentligt finansierade cancersjukvården.

Ytterligare ett syfte med jämförelserna är att bidra till förbättrad datakvalitet och förenklad dataåtkomst avseende resultat och prestationer i cancersjukvården. När vårddata används aktivt i öppet publicerade jämförelser ökar kraven på att de ska vara aktuella, rikstäckande och korrekta. Behovet av nya, förbättrade och lättillgängliga datainsamlingar tydliggörs.

Rapporten har inte tagits fram för att stödja patienternas val av vårdgivare och är därför inte utformad för det syftet. Det gäller framför allt de uppgifter som presenteras på sjukhusnivå. Kvalitetsjämförelser som ligger till grund för vårdval och hälsoval kräver data som är mer aktuella än i den här rapporten och som också genomgående presenteras på enhetsnivå. I sådana jämförelser bör man även ta hänsyn till patientsammansättningen för olika sjukhus och andra relevanta faktorer.

NATIONELLA CANCERSTRATEGIN

En av regeringen tillsatt utredning lämnade 2009 betänkandet *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11). Regeringen har i enlighet med betänkandets förslag gett uppdrag till och slutit överenskommelser med flera aktörer inom hälso- och sjukvården om insatser med målet att förhindra insjuknande och död i cancer samt att förbättra kvaliteten i omhändertagandet. Det viktigaste initiativet har varit uppbyggnaden av sex regionala cancercentrum (RCC). Samtliga finns nu på plats och arbetar enligt de tio kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att under tre år följa upp RCC:s arbete med de tio kriterierna. Under 2014 genomförde Socialstyrelsen sin andra uppföljning genom platsbesök hos RCC. Uppföljningen sker i dialog med RCC och dess intressenter, exempelvis patienter, vårdgivare, politiker och tjänstemän.

Enligt kriterierna för RCC ska system för uppföljning av vårdens kvalitet finnas. Det är viktigt för RCC:s omfattande processarbete och samarbete med vårdens linjeorganisation. Enligt betänkandet bör kvalitetsregisterdata om väntetider, hälsorelaterad livskvalitet och patientnöjdhet redovisas. Sedan 2011 har regionala cancercentrum tagit fram en patientnöjdhetssenkät som nu är möjlig att använda i vården. Uppföljning av väntetider sker i ökande omfattning och utgör underlag för information till ledningar för sjukhusen och förvaltningarna.

RCC har tillsammans med SKL bildat en nationell samverkansgrupp som har som en av de viktigaste uppgifterna att arbeta med kunskapsstöd till vården och stöd till kvalitetsregistren. Exempelvis tas nationella vårdprogram fram av professionella företrädare och registerstödet till dem förbättras genom utveckling av en registerplattform och samordning nationellt av resurser. Tillsammans med Socialstyrelsens riktlinjearbete ger detta förutsättningar för kunskapsstyrning av cancervården.

Öppna jämförelser är ett sätt att redovisa uppgifter som kan användas för uppföljnings- och förbättringsarbete i såväl linjeorganisation som i cancervårdens processarbete.

TIO CANCERSJUKDOMAR INGÅR I DENNA RAPPORT

De cancersjukdomarna som ingår i rapporten valdes utifrån olika kriterier som frekvens, etiologi (orsaker till sjukdomen) och prognos samt för att de representerar ett brett kliniskt omhändertagande och många olika behandlingsmöjligheter. Sammantaget står de för nästan 70 procent av samtliga maligna tumörer som har rapporterats till cancerregistret. Det är samma cancersjukdomar som ingick i *Öppna jämförelser av cancersjukvården 2011*. Följande tio cancersjukdomar ingår i rapporten:

- bröstcancer
- äggstockscancer
- njurcancer
- urinblåsecancer
- prostatacancer
- tjocktarmscancer
- ändtarmscancer
- lungcancer
- huvud- och halscancer
- malignt hudmelanom

Totalt redovisas 78 indikatorer i rapporten. För var och en av cancersjukdomarna redovisas jämförelser för fyra till tolv indikatorer.

GOD VÅRD OCH ÖPPNA JÄMFÖRELSE

Begreppet god vård brukar beskrivas utifrån sex kriterier som bör beteckna en god hälsa, vård och omsorg: den ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig, det vill säga ges i rimlig tid. För att få en helhetssyn på vården bör jämförelser, uppföljningar och utvärderingar ta hänsyn till alla dessa perspektiv, så långt det är möjligt.

Öppna jämförelser utgår alltid från befintliga datakällor, vilket i sig påverkar möjligheten att ha en sådan helhetssyn. Det märks också i denna rapport att det kunskapsbaserade perspektivet ofta är bäst tillgodosett. Socialstyrelsens hälsodataregister och de nationella kvalitetsregistren på cancerområdet är inte tillräckligt heltäckande för att kunna belysa området säker vård (exempelvis förekommer underrapportering av vårdrelaterade infektioner, biverkningar och komplikationer) eller perspektivet individanpassad vård (exempelvis finns brist på patientrapporterade utfallsmått). För att belysa jämlik vård ses oftast till skillnader utifrån geografi samt patienternas kön och ålder. Så långt det är möjligt görs detta även i denna jämförelse. Möjligheten att beskriva om vården är effektiv tas upp i rapportens bilaga om kostnader och vårdkonsumtion. Perspektivet att vården ska vara tillgänglig har kunnat belysas med hjälp av kvalitetsregistrens registrering av väntetider, exempelvis tiden från beslut om att skicka en remiss till en specialist till påbörjad behandling.

När det gäller helhetsperspektivet bör hela vårdkedjan täckas in i den öppna jämförelsen. Den här rapporten omfattar dock inte den del av cancersjukvården som till exempel rör omvårdnadsinsatser och rehabilitering.

RAPPORTENS DISPOSITION OCH BILAGOR

Efter denna inledning följer ett kapitel om indikatorer och datakällor, där anges urvalet av indikatorer och vilka datakällor som utgör underlag för dem. Därutöver beskrivs de övergripande indikatorer som finns i rapporten, det vill säga de som inte är specifika för en viss cancersjukdom.

Nästa kapitel om resultatredovisning och tolkning är viktigt för att förstå hur rapporten bör tolkas, samt innebörden av rangordningen i diagrammen, kvaliteten i data, statistisk osäkerhet och andra tolkningsproblem.

I kapitlet om cancersjukvården presenteras resultaten av jämförelserna. Först kommer en kortfattad beskrivning av sjukdomen cancer, följt av en redovisning av de övergripande indikatorerna och därefter av de tumorspecifika indikatorerna. Varje indikator beskrivs i texten och resultatet presenteras i diagram som visar landstingsdata, i vissa fall även sjukhusdata, trender för riket och ibland ytterligare tilläggsinformation. Därutöver kommenteras utfallet, till exempel utifrån variationer mellan landsting och kön samt i förekommande fall det önskade utfallet utifrån målnivåer eller rekommendationer i nationella riktlinjer och vårdprogram.

Rapporten har fyra bilagor:

1. Kostnader och vårdkonsumtion. Bilagan innehåller en beskrivning av kostnaderna inom delar av den specialiserade cancersjukvården.
2. Beskrivning av indikatorer.
3. Jämförelse av täckningsgrad i nationella kvalitetsregister och hälsodataregister.
4. Sammanställning av resultat för alla landsting och indikatorer.

Bilaga 2–4 finns tillgängliga enbart i elektronisk form.

Indikatorer och datakällor

URVAL AV INDIKATORER

Indikatorerna ska spegla kvaliteten i cancersjukvården så långt det är möjligt med den information som finns tillgänglig, men de ger inte en heltäckande bild av cancersjukvårdens kvalitet. Det finns viktiga kvalitetsaspekter som är bristfälligt belysta eller inte tas upp alls eftersom det saknas lättillgängliga data. Ett sådant exempel är patientens uppfattning om resultatet av vården.

För vissa cancersjukdomar finns förhållandevis bra tillgång på data och då publiceras fler indikatorer. För andra cancersjukdomar är antalet patienter få, vilket gör det svårt att publicera detaljerat material om dessa sjukdomar.

För fem av de tio cancersjukdomarna som ingår i denna rapport finns nationella riktlinjer framtagna. Sådana riktlinjer finns för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård, som utkom i en uppdaterad version 2014, och för lungcancer som utkom 2011. De nationella riktlinjerna innehåller indikatorer för uppföljning som ska spegla de viktigaste aspekterna av god cancersjukvård samt rekommendationerna i respektive riktlinje. För samtliga 10 cancersjukdomar finns även nationella vårdprogram utarbetade. Riktlinjernas och vårdprogrammets indikatorbilagor har utgjort underlag för att välja ut lämpliga indikatorer till den här jämförelsen. Företrädare för regionala cancercentrumen och för landstingen och regionerna har också bidragit med viktiga synpunkter till de föreslagna indikatorerna.

De nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård innehåller även indikatorer som är av övergripande karaktär, det vill säga intressanta att följa upp oavsett cancersjukdom. Några av de övergripande cancerindikatorerna ingår i denna rapport och beskrivs utförligare längre fram i detta kapitel.

De indikatorer som ingår speglar både processer och resultat. Processmått speglar vad man gör i sjukvården och är valda för att de bedöms ha stor betydelse för resultaten och kvaliteten. Resultatmått belyser hur det gick för patienterna.

Överlevnad vid cancersjukdom

Överlevnad är ett av de slutgiltiga kvalitetsmått på effekten av det totala omhändertagandet av cancerpatienten. När diagnosen är satt bidrar alla delar i vårdkedjan till överlevnaden. Samtidigt är överlevnad ett tämligen trubbigt mått eftersom man inte alltid vet i vilken del av vårdkedjan som förbättringen har uppstått.

I denna rapport beskrivs överlevnaden vid cancersjukdomar med hjälp av måtten relativ ett- eller femårsöverlevnad. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patientgruppens överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer med samma ålder och kön som inte har diagnostiserats med cancer. Beräkningen tar hänsyn till eventuella skillnader i medellivslängd mellan landstingens befolkningar.

Uppgifterna om relativ överlevnad är hämtade från Socialstyrelsens cancerregister och dödsorsaksregister. Den relativa överlevnaden beräknas med en statistisk metod som kallas periodanalys. I metoden används bara de dödsfall som inträffar under uppföljningsperioden, till exempel 2008–2012. De utvärderingar som har gjorts av metoden visar att överlevnaden från periodanalyser kommer betydligt närmare den framtida faktiska överlevnaden än de andra statistiska metoder som vanligtvis används.

Vid jämförelse av relativ överlevnad mellan olika cancersjukdomar bör hänsyn tas till att flera faktorer påverkar resultatet, exempelvis att möjligheten till tidig upptäckt av cancersjukdomen ofta leder till förlängd överlevnad och att effekten av de tillgängliga behandlingarna varierar.

Multidisciplinära konferenser

Den som har en upptäckt cancersjukdom genomgår en rad provtagningar och undersökningar för att man ska kunna fastställa typen av tumör och dess lokala utbredning samt eventuella fjärrspridning med metastaser. Inför behandlingsbeslutet genomförs en multidisciplinär konferens, som är en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska.

Fördelen med en multidisciplinär konferens är att de relevanta kompetenserna gemensamt bedömer patientens medicinska behov och behandling och rehabilitering kan då skraddarsys efter behoven. 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.

Betydelsen av multidisciplinära konferenser betonas redan i En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11). Multidisciplinära konferenser har fått en hög prioritet i de nationella riktlinjerna och lyfts fram i de nationella vårdprogrammen. Även i de regionala cancercentrumens utvecklingsplaner för regionens cancervård anges vikten av multidisciplinära konferenser.

I denna rapport redovisas andelen patienter som får en multidisciplinär konferens som en indikator för sex av cancersjukdomarna. Idag är det kvalitetsregistren för bröst-, tjocktarms-, ändtarms-, lung- och urinblåsecancer samt huvud och halscancer som kan lämna uppgifter om andel patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens. För de övriga sjukdomarna är förstahandsvalet av primärbehandling givet (exempelvis för malignt hudmelanom) eller så saknade kvalitetsregistret tillräckligt bra underlag för att vi i nuläget ska kunna redovisa tillförlitliga uppgifter.

I de nationella riktlinjerna och i några nationella vårdprogram finns definierat vilka specialiteter som ska närvara vid en multidisciplinär konferens. Sådana tydliga definitioner finns inte inom alla cancersjukdomar vilket kan försvåra jämförelser mellan landstingen för en och samma cancersjukdom men även mellan cancersjukdomarna.

Väntetider

För patienterna kan misstanke om cancer innebära en stor oro. Det är därför viktigt med ett snabbt besked om diagnosen, vilken behandling som planeras och när den kommer att påbörjas. Väntetiden är viktig för patienten, inte minst för att slippa en del av oron.

Under de senaste åren har särskilda satsningar gjorts för att förkorta väntetiderna inom sjukvården. För åren 2015–2018 har regeringen avsatt särskilda medel för att införa så kallade standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården, en modell som tillämpats i Danmark och Norge och lett till förkortade väntetider. I ett standardiserade vårdförlopp ingår att sätta upp inriktningsmål för väntetiderna.

Här i öppna jämförelser redovisar vi resultatet för ett väntetidsmått, från remissbeslut till start av behandling. Underlag har hämtats från de nationella kvalitetsregistren. Alla kvalitetsregister kan inte redovisa denna väntetid i dag, när så är fallet redovisas en väntetid som kommer i närheten av den önskvärda.

Socialstyrelsens har under de tre senaste åren redovisat uppföljningar av väntetider i cancervården. En ny uppföljning för 2013 utkommer samtidigt med öppna jämförelser. För en utförligare beskrivning och analys av väntetiderna hänvisas till Socialstyrelsen rapport *Väntetider i cancervården, delrapport 2014*.

Täckningsgrad

En viktig faktor att ta reda på när man bedömer ett resultat är täckningsgraden. Med täckningsgrad, eller registreringsgrad, avses andelen patienter som finns registrerade i kvalitetsregistret jämfört med cancerregistret. Täckningsgrad ett mått på hur pålitliga uppgifterna är som presenteras under respektive indikator i denna rapport. Ju högre täckningsgrad desto tillförlitligare är uppgifterna. En redovisning av täckningsgraden per kvalitetsregister och landsting finns i bilaga 3. Varje cancersjukdom här i öppna jämförelser inleds med en beskrivning av registrets täckningsgrad för det senaste året.

Täckningsgraden i Svenska palliativregistret avser antalet patienter som finns registrerade i kvalitetsregistret jämfört med av sjukvården inrapporterade fall till cancerregistret, dödsorsaksregistret respektive befolkningsregistret.

Utvecklingsområden

Indikatorerna i denna rapport täcker inte in hela vårdkedjan. Ett av de områden som inte har kunnat belysas är patientens syn på resultat av vård och behandling. I denna öppna jämförelse kan vi dock redovisa en första sammanställning från Nationella prostatacancerregistret av patientupplevda biverkningar ett år efter operation eller strålbehandling.

Som tidigare har påtalats saknas också resultat inom rehabilitering, omvårdnad och psykosociala insatser. Indikatorer finns framtagna för rehabilitering och omvårdnad men i de allra flesta fall sker idag ingen registrering av dem. Det gör att vi till exempel inte kan redovisa andelen patienter som fått erbjudande om en kontaktsjuksköterska under sin vårdtid. Flera av de framtagna indikatorerna behöver ytterligare preciseras för att sedan införas som rutin för inrapportering av data till kvalitetsregistren.

Använda datakällor

De datakällor som används i rapporten presenteras i samband med resultatredovisningen. I bilaga 3 beskrivs också landstingens och sjukhusens rapportering till flera av de använda registren och databaserna, tillsammans med jämförelser av täckningsgraderna. De använda datakällorna redovisas i en separat tablå längre ner i detta kapitel.

De medicinska kvalitetsmåten bygger framför allt på uppgifter från cancerregistret vid Socialstyrelsen (som

startade 1958) och de nationella kvalitetsregistren. Information om dessa datakällor finns via webbplatserna www.socialstyrelsen.se och www.kvalitetsregister.se/cancer. Kostnader inom cancersjukvården presenteras i bilaga 1, med kostnadsuppgifter som har hämtats från KPP-databasen (kostnad per patient) vid SKL för att redovisa sjukhusens kostnader för specifika behandlingar. Volymen har beräknats med hjälp av Socialstyrelsens patientregister. Kostnader för läkemedel har hämtats från eHälsomyndighetens nationella statistiksystem Concise. Mer information om ekonomisk statistik finns på www.skl.se.

Hälsodataregistren (som cancerregistret och patientregistret) och de nationella kvalitetsregistren är individbaserade, vilket innebär att de innehåller data om unika individer och vårdhändelser. Rapporteringen till hälsodataregistren är obligatorisk medan kvalitetsregistren bygger på frivillig rapportering. Datakällorna om kostnader och patienterfarenheter är inte individbaserade i samma mening. KPP-databasen bygger på individuella vårdkontakter men innehåller inte personnummer varför kostnader inte kan kopplas till vårddata och andra databaser.

DATAKÄLLOR

Socialstyrelsen

- Cancerregistret
- Dödsorsaksregistret
- Läkemedelsregistret
- Patientregistret

Sveriges Kommuner och Landsting

- KPP-databasen

Nationella kvalitetsregister

- Svenska Palliativregistret
- Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention
- Nationella Bröstcancerregistret
- Svenska kvalitetsregistret för gynekologiskcancer
- Nationellt kvalitetsregister för njurcancer
- Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer
- Nationella prostatacancerregistret
- Svenska Kolorektalcancerregistret
- Nationellt lungcancerregister
- Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer
- Nationella hudmelanomregistret

Resultatredovisning och tolkning

RESULTATREDOVISNING OCH TOLKNING

Den här rapporten och andra publiceringar som jämför och värderar vårddata går ut på att popularisera komplexa frågor och att presentera dem med en acceptabel förenkling. Ju mer förenklat innehållet är, desto viktigare är det att läsaren förmår tolka informationen på ett omdömesgillt vis.

Redovisningen i denna rapport är beskrivande; jämförelserna kommenteras och läsaren får därmed hjälp med att tolka utfallet. Men redovisningen innehåller ingen analys av orsakerna till de aktuella resultaten och inte heller några skarpa slutsatser om konsekvenserna av dem. För att göra korrekta tolkningar av sjukvårdsdata krävs vid sidan av en allmän kunskap om sakområdet ofta även kunskap om olika lokala omständigheter. Det är landstingens och sjukvårdens företrädare som har bäst förutsättningar för att tolka och värdera sina egna resultat. Inom vissa områden finns riktlinjer, vårdprogram eller andra goda kunskapsunderlag, och de bör förstås vara utgångspunkten för den lokala tolkningen och diskussionen.

En "indikator" är i vanligt språkbruk ett tecken eller en signal på någonting, inte ett uppenbart faktum med en självklar innebörd. En indikator pekar på ett förhållande som man kan studera vidare, värdera och eventuellt förändra. *Öppna jämförelser* syftar sträcker sig till att ge signalen, men inte längre.

Hur presenteras indikatorerna?

Utfallet för varje indikator presenteras på följande vis, dock beroende på vilka data som är tillgängliga:

- rangordnade landstingsjämförelser eller regionjämförelser
- data för sjukhus, uppställda i landstingsordning
- rikets utveckling över tid.

I bilaga 4 finns en tablå som visar respektive landstings resultat för alla indikatorer.

Många indikatorer innehåller värden per landsting för två perioder, för att se om resultatet har blivit bättre eller sämre över tid. Det senare värdet är det egentliga indikatorvärdet och visas i huvudstapeln i diagrammet, medan det tidigare värdet visas som en skuggad stapel.

Indikatorerna visar könsuppdelade data där det finns sådana uppgifter. På landstingsnivå presenteras ibland könsuppdelade jämförelser, ibland resultat sammantaget för de båda könen. Det beror på att patienterna i vissa fall är så få att en könsuppdelad redovisning inte blir meningsfull och dessutom riskerar att peka ut enskilda patienters integritet.

För de indikatorer där det är möjligt och fungerar bra används data för ett år, vanligtvis 2013. För vissa indikatorer som gäller få fall och/eller kvalitetsändringar (till exempel dödsfall, infektioner, omoperationer) har längre tidsperioder använts. I dessa situationer riskerar annars den statistiska osäkerheten att bli för stor.

I huvudsak beskrivs indikatorerna som andelen patienter med ett visst utfall av totalt antal patienter. Indikatorerna presenteras då med ett liggande stapeldiagram. Väntetidsindikatorer beskrivs med medianväntetiden i dagar tillsammans med första och tredje kvartilen, vilket ger en god bild av variationen inom ett landsting eller en region. Se vidare faktaruta om median och kvartiler.

Jämförelser med rangordnade landsting och indikatorer

Till varje indikator finns diagram och en kort text. Diagrammen är som regel liggande stapeldiagram där landstingen har ordnats i en fallande ordning. Ett värde för rikets genomsnitt anges också i en annan färg än den för landstingens staplar. En placering högt i diagrammet kan tala för ett bättre utfall än en lägre placering. Utfallet och därmed rangordningen kan påverkas av låg datakvalitet och små skillnader mellan landstingen med statistiskt osäkra uppgifter.

I vissa fall är rangordningen lätt att motivera (som vid dödlighet och komplikationer vid vård), men även då kan det finnas faktorer att ta hänsyn till. En sådan faktor är skillnader i befolkningarnas hälsotillstånd eller sjukhusens patientsammansättning ("casemix"). I några fall har landstingens befolkningar åldersstandardiserats för att göra resultaten mer jämförbara. En åldersstandardisering innebär att man korregerar för den effekt som olika åldersstrukturer i ett landsting kan ha. Det finns dock skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte hänger ihop med ålder och som inte har korrigerats för.

Öppna jämförelser visar hur resultaten, mätt med olika kvalitetsindikatorer, varierar mellan olika landsting. Denna variation kan bero på att det finns landsting som har funnit bättre sätt att organisera och bedriva vården på och sådana observationer kan användas som underlag i förbättringsarbetet. Men variationen kan alltså även bero på eller påverkas av skillnader i befolkningsunderlaget eller patientsammansättningen. Vidare kan skillnaderna vara ett resultat av den underliggande naturliga variationen, det vill säga slumpen. Detta hanteras i diagrammen med hjälp av konfidensintervall för resultaten. Konfidensintervall visas för de flesta indikatorer, både för landsting och för sjukhus (se faktarutan om konfidensintervall).

Det finns alltså vissa svårigheter med att konsekvent rangordna landstingen i diagrammen. I vissa fall gör datakvaliteten eller andra tolkningssvårigheter att rangordningen kan ifrågasättas, men då nämns eller diskuteras detta i indikatortexten.

Redovisning av data för kliniker och sjukhus

För ett antal indikatorer redovisas data även på sjukhusnivå, direkt i anslutning till landstingsjämförelsen. Syftet med det är att peka på variationen inom landstingen och att visa hur de olika sjukhusen har bidragit till utfallet på landstingsnivå. De flesta förbättringarna kan främst göras på klinikinivå, vilket är ett starkt argument för att redovisa sjukhusdata. Dessutom ger redovisningen fördjupad förståelse för skillnaderna mellan landstingen. Rapporten fokuserar på jämförelser mellan landsting men de skillnader som presenteras bero endast delvis på den politisk-administrativa indelningen av hälso- och sjukvården i landsting.

Sjukhusen redovisas per landsting, utan någon rangordning. Detta gör det lättare att hitta ett visst sjukhus, men redovisningen är inte en värdering av kvaliteten på sjukhusnivå. De enskilda sjukhusens utfall värderas eller kommenteras inte heller, utöver rena metod- eller datakvalitetsaspekter. Oftast används samma tidsperiod som vid landstingsredovisningarna och konfidensintervall anges för att visa att få fall kan göra resultaten osäkra. För sjukhusnivån är det viktigt att tona ned jämförelsen mellan enheter och i stället betona att sjukhusen bör jämföra och förbättra sina egna resultat över tid.

Indelningen i sjukhus eller kliniker är densamma som i det aktuella kvalitetsregistret. Utfallen har inte justerats för patientsammansättningen.

Målet har varit att redovisa sjukhusdata för alla indikatorer där det är relevant, men av olika skäl är redovisningen inte komplett. I något fall ville kvalitetsregistrets företrädare inte redovisa sjukhusnivån eftersom det inte fanns någon överenskommelse om offentlig publicering inom registret. I andra fall finns det så få patienter per

sjukhus att det blir meningslöst med en sådan redovisning och dessutom en risk för röjande av uppgifter om en enskild person. Flera cancersjukdomar behandlas inom den högspecialiserade vården som är centraliserad till region-sjukvården, för vissa av dessa sjukdomar redovisas indikatorerna på regionnivån.

Rikets genomsnitt är ingen måttstock

Det finns en risk för att rikets genomsnitt ses som en norm för det acceptabla eller det medelgoda resultatet. Detta vore en feltolkning. Ett medel- eller medianvärde är bara ett statistiskt utfall av allas resultat och rymmer ingen värdering av vad som är bra eller dåligt eller möjligt att uppnå. Resultaten ska analyseras i relation till tidigare resultat och till andras resultat för att hitta förbättringsmöjligheter, oavsett placeringen. Läsaren ska således inte utgå från att rikets eller medianlandstingets värde är ett bra resultat.

Rikets resultat är inte den måttstock som bör användas för att utvärdera landstingens utfall. Om riket har ett högt genomsnittligt resultat kan ett landsting ha ett bra utfall trots att det är mycket lägre än rikets. Då är den viktiga slutsatsen att allas resultat är bra, inte att något landsting avviker i den ena eller den andra riktningen. Även det omvända gäller. En placering i toppen av ett diagram kan ändå vara ett dåligt resultat om landstingen generellt sett uppvisar låga resultat, jämfört med enskilda sjukhus i Sverige, med andra länder eller helt enkelt bara jämfört med vad som potentiellt är möjligt.

Dessutom kan något eller några av de stora landstingen eller regionerna dra med sig genomsnittsvärdet nedåt så att rikets resultat hamnar bland landstingen med sämre resultat. I detta fall skulle de flesta landsting få ett bättre utfall än riket som helhet. I en sådan situation kan det vara bättre att jämföra med medianlandstinget, det vill säga det landsting som ligger i mitten av fördelningen, men utfallet måste ändå bedömas utifrån bredare aspekter än rikets eller medianlandstingets värde.

Målnivåer

För några indikatorer finns det underlag för att värdera utfallet i förhållande till uppsatta målnivåer, till exempel med hjälp av nationella riktlinjer och nationella vårdprogram. Socialstyrelsen har, inom ramen för nationella riktlinjer, tagit fram en metod för att sätta mål. För de indikatorer där målnivåer finns framtagna presenteras dessa i text och i diagrammen.

Även en målnivå behöver tolkas och kan inte ses som en absolut sanning, utan snarare något att sträva mot. Hän-syn behöver tas till casemix och lokala förhållanden, data-kvalitet samt typ av indikator. Trots det kan en målnivå ändå uppfattas som ett stöd att användas för planering och uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat.

Kvalitetsregisters representativitet

Rapporten innehåller många uppgifter från kvalitetsregister och vid tolkning och analys av resultaten bör hänsyn tas till att dessa register har olika täckningsgrad. Täckningsgrad är andelen patienter med inrapporterade data i ett register i förhållande till det totala antalet patienter med aktuell diagnos. Ett register kan ha god täckningsgrad i meningen att det omfattar alla eller de flesta sjukhus och kliniker, men data behöver ändå inte vara representativa för hela den aktuella patientgruppen. Utfallet kan påverkas av att andelen rapporterade patienter varierar mellan sjukhus och landsting. Det saknas också information om vården för de patienter som inte har rapporterats. Om de får någon annan vård eller ett annat resultat än de rapporterade patienterna blir det redovisade utfallet snedvridet.

Vissa kvalitetsregister har bara varit aktiva i några få år och har fortfarande inte full rapportering för vissa mått, medan rapporteringen är betydligt bättre för andra. Detta kan påverka resultatet för enstaka indikatorer, trots att registret generellt har god täckningsgrad. Dessa frågor kommenteras i indikatortexterna.

I bilaga 3 presenteras en jämförelse av landstingens täckningsgrad i nationella kvalitetsregistren och hälso-dataregistren.

Statistiska aspekter och slump

I kommentarer till diagrammen berörs ofta skillnaderna, det vill säga spridningen, mellan landstingen.

Av rent statistiska skäl är det mer sannolikt att de mindre landstingen – som Gotland, Blekinge, Kronoberg och Jämtland – av en slump intar extrempositioner i rangordningen, än att de stora landstingen gör det. De stora landstingens värden är statistiskt sett säkrare och därmed också stabilare över tid. Om landstinget har få patienter eller behandlingar får en framgång eller ett misslyckande relativt stor återverkan på resultatet. Effekten blir mindre med fler patienter eller behandlingar.

En annan aspekt är att Stockholms län, Västra Götaland och Region Skåne tenderar att hamna nära rikets värden. Detta beror på att de utgör en större del av riket än de övriga landstingen och därmed påverkar rikets medeltal mer än andra.

I de allra flesta diagram redovisar vi 95-procentiga konfidensintervall. Dessa intervall anger den statistiska osäkerheten kring landstingets faktiska värde. Mindre landsting har färre observationer och ett större utrymme för variation på grund av slumpen, och då blir konfidensintervallen vidare. För några indikatorer har underlaget varit så begränsat att det inte varit möjligt att beräkna några konfidensintervall.

Dessa statistiska aspekter ska hjälpa läsaren att tolka jämförelserna, trots detta är det möjligt att göra meningsfulla tolkningar av resultaten. De misslyckanden eller framgångar i vårdprocessen (dödsfall, omoperationer etc.)

som leder till det redovisade resultatet har faktiskt inträffat. De kan inte avfärdas med hänvisning till slumpen eller statistisk osäkerhet, utan bör granskas och värderas.

TOLKNING AV JÄMFÖRELSE OCH RESULTAT

- Jämförelserna ska vara underlag för förbättring, och de är inte ensamma tillräckliga för att värdera ett landstings resultat på ett specifikt område i termer av bäst eller sämst.
- Rangordningen av landstingen är inte absolut, utan är en signal om att resultaten bör analyseras vidare. Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera resultat och/eller hitta förbättringsmöjligheter.
- Alla jämförelser är relativa. Varken rikets medelvärde eller ett resultat högt i diagrammen, behöver vara liktydigt med ett bra resultat.
- För vissa indikatorer finns tydliga målnivåer satta, men oftare är det mer otydligt vad som är önskvärt eller möjligt att uppnå.
- Resultat med breda konfidensintervall är mera osäkra, men detta ska inte ses som ett skäl att inte fördjupa analyserna av vad som ligger bakom resultaten och skillnaderna mellan landstingen.
- Jämförelserna i denna rapport syftar inte till, och är inte utformade för, att stödja patienternas val av vårdgivare.

KONFIDENSINTERVALL

- Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel, ett medeltal eller en oddskvot. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det "sanna" värdet med 95-procents säkerhet befinner sig.
- Jämförelserna i denna rapport baseras i många fall inte på ett slumpmässigt urval, utan på det totala antalet observationer inom en tidsperiod. Detta gäller för alla jämförelser som har Socialstyrelsens hälsodataregister som källa och för flera av de som har kvalitetsregister som källa.
- Ändå kan det finnas en slumpvariation över tid på grund av att utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall från en process som innehåller slump. Det är osäkerheten på grund av denna variation som här beskrivs med 95 % konfidensintervall. Även för rikets värden finns en slumpmässig variation över tid, om än mindre. Också rikets värde redovisas i de flesta fall med konfidensintervall i diagrammen.
- Observera att konfidensintervallet inte avspeglar annan osäkerhet, till exempel den som beror på att återgivna data inte med säkerhet är representativa, eftersom urvalet kan vara snedfördelat.

MEDIAN OCH KVARTILER

Värde första kvartil ↯ Median ↰ Värde tredje kvartil

A horizontal line with a small circle in the center. Below the circle is the word 'Median'. To the left of the circle is the text 'Värde första kvartil' followed by a right-pointing arrow. To the right of the circle is the text 'Värde tredje kvartil' preceded by a left-pointing arrow.

Medianvärdet är det mittersta värdet på skalan som delar materialet i två lika stora delar. Hälften av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med medianen och hälften har ett värde som är större än eller lika med medianen.

Om materialet delas i fyra lika stora delar tillkommer ett värde för första kvartilen och ett för tredje kvartilen. Första kvartilen delar nedre halvan av materialet i två lika stora delar. 25 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med första kvartilen och 75 procent har ett värde som är större än eller lika med första kvartilen.

Tredje kvartilen delar övre halvan av materialet i två lika stora delar. 75 procent av observationerna har ett värde som är mindre än eller lika med tredje kvartilen och 25 procent har ett värde som är större än eller lika med tredje kvartilen.

I denna rapport presenteras värden för första kvartilen, medianen och tredje kvartilen i tunna stolpdigram. Den vänstra änden av strecket markerar värdet för första kvartilen. Cirkeln markerar värdet för medianen och den högra änden av strecket anger värdet för tredje kvartilen. Diagrammen illustrerar spridningen och är fördelade på landsting.

Cancersjukvård

CANCERSJUKVÅRD

Cancer är ett samlingsnamn för olika sjukdomar som alla har det gemensamt att celler på någon plats i kroppen har börjat dela sig okontrollerat. Cancer uppstår genom förändringar i de arvsanlag som reglerar cellens tillväxt och delning. Då börjar celler dela sig okontrollerat och fortsätter att föröka sig utan hänsyn till friska omgivande celler. Så småningom bildas i de flesta fall en tumör som kan sprida sig och bilda dottertumörer, så kallade metastaser. Hur fort denna process går varierar mellan olika cancertumörer och individer. Vissa cancerformer utvecklas relativt långsamt medan andra har ett snabbt förlopp. Ofta samverkar en mängd olika faktorer på ett komplicerat sätt för att en cancersjukdom ska uppstå.

Alla tumörer är inte cancer utan det finns godartade, så kallade benigna, tumörer, till exempel fettknölar i huden. Med cancer menas en elakartad, så kallad malign, tumörsjukdom.

Det finns cirka 200 olika cancersjukdomar med olika svårighetsgrad. Chansen att botas har ökat under de senaste årtiondena, tack vare ökad kunskap, bättre behandling och större möjlighet att upptäcka cancer i ett tidigt stadium. Ändå dör cirka 23 000 personer om året i en cancersjukdom i Sverige. Det gör cancer till den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt- och kärlsjukdomar.

CANCER HOS VUXNA

Insjuknande i cancer

Statistik 2012	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	27 877	29 362
Prevalens, totalt	247 342	207 320
Relativ 5-årsöverlevnad	68,1 %	69,9 %
Antal dödsfall	11 289	12 113

Var tredje person i Sverige drabbas någon gång av cancer. År 2012 diagnostiserades 57 239 nya fall i Sverige i åldern 30–89 år, varav 27 877 kvinnor och 29 362 män. Sjukdomen är ungefär lika vanlig bland båda könen men män och kvinnor drabbas av olika cancerformer. I Sverige är prostatacancer den vanligaste cancerformen bland män och bland kvinnor är bröstcancer vanligast. Tillsammans med lung-, tjocktarms- och ändtarmscancer står dessa fem cancersjukdomar för hälften av alla nya cancerfall hos kvinnor och män.

Cancer drabbar ofta äldre personer, och cirka 60 procent av dem som drabbas av cancer är 65 år eller äldre. Alla åldrar kan dock drabbas även om sjukdomen är mycket ovanlig bland barn och ungdomar.

I Sverige lever i dag mer än 450 000 personer som har eller har haft cancer (prevalens), drygt 247 000 kvinnor och 207 000 män. Antalet personer som lever med en cancerdiagnos beräknas öka i framtiden på grund av ökad diagnostisering, förlängd överlevnad och befolkningsförändringar (framför allt befolkningens storlek och åldersstruktur). Enligt En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) beräknas männen med cancer vara nästan 130 procent fler år 2030 än i dag, motsvarande ökning för kvinnor är cirka 70 procent.

1 ÖVERLEVNAD VID CANCERSJUKDOM

Dödligheten i cancer har sjunkit under de senaste 40 åren och överlevnaden efter diagnosen har ökat. Dessa förbättringar beror bland annat på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och att erbjuda effektivare behandlingar.

Den relativa överlevnaden har ökat bland cancerpatienter sedan början av 1990-talet, mer för män än för kvinnor. Diagram 1 visar att den relativa femårsöverlevnaden bland män ökade med nästan 16 procentenheter från 1993–1997 till 2008–2012 och för kvinnor med cirka 8 procentenheter.

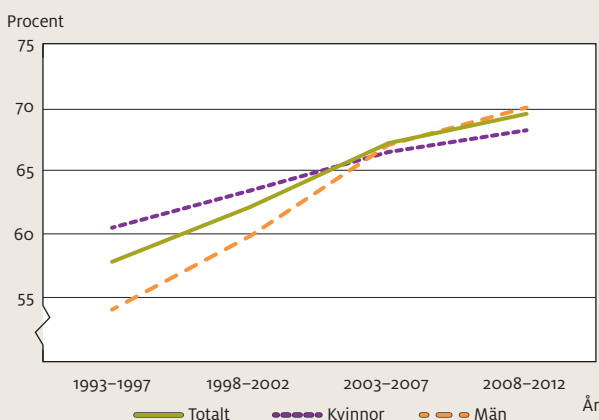
Av diagram 1 framgår att den relativa femårsöverlevnaden under perioden 2008–2012 var 68,1 procent för kvinnor och 69,9 procent för män. För hela riket var det 69,4 procent.

DIAGRAM 1 – TOTALT: Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 1 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

CANCER HOS BARN

Cancer hos barn motsvarar mindre än 2 procent av alla cancerfall i Sverige. Barncancer består av ett stort antal olika sjukdomar som skiljer sig från cancer hos unga och äldre vuxna.

I Sverige diagnostiseras varje år cirka 250 fall av cancer bland barn och ungdomar under 15 år. Den är nästan lika vanlig hos flickor som hos pojkar. Cirka 40 procent av fallen utgörs av leukemier och lymfom, nästan 30 procent av

hjärntumörer och lite mer än 30 procent av andra cancerformer.

Olika typer av cancer förekommer i olika åldrar. I småbarnsåldern är leukemi, njurtumörer som Wilms tumör och neuroblastom, cancer i nervvävnaden invid ryggraden, vanligast. Leukemier debuterar mellan två–fyra års ålder och blir sedan mer och mer sällsynt. Buntumörer drabbar mest tonåringar. Hjärntumörer förekommer ungefär lika ofta bland de yngsta som äldsta barnen.

Barnens tumörer är ofta mer aggressiva och snabbväxande. Av alla barn som får en cancer idag blir över 75 procent botade. Den relativa överlevnaden var 77 procent för fall som diagnostiserades under åren 1984–2010. Det var ingen skillnad mellan pojkar eller flickor. Trots det är cancer den vanligaste orsaken till död hos barn upp till 15 års ålder.

Behandlingen av olika tumörer baseras på kirurgi, cytostatikabehandling och strålbehandling. Behandlingen varierar och anpassas efter respektive sjukdom och patient. Vid behandlingen är det viktigt att inte enbart se till botandet av cancersjukdomen utan även beakta de långsiktiga biverkningarna. Noga individualiserade behandlingar minskar risken för både psykologiska och kroppsliga biverkningar i samband med behandlingen. Även risken för långsiktiga kvarstående och sent uppkomna biverkningar minskar.

Svenska barncancerregistret har funnits sedan 1982 och blev nationellt kvalitetsregister 2012. De följer insjuknande och dödlighet hos barn med cancer och har lämnat

ovanstående uppgifter. Registret är ett viktigt verktyg för barnonkologerna i arbetet med utvärdering av behandlingsresultat och uppgifter från registret utgör underlaget vid utarbetande av vårdprogram.

Deltagande i strukturerad behandlingsstudie

Vetenskapliga studier utgör till stor del kunskapsunderlag för rekommendationer om behandling i vårdprogrammen. Med dessa som underlag kan vården erbjuda bästa möjliga behandling till barn med cancer. Därför är det viktigt att sjukhusen deltar aktivt i den kliniska forskningen.

Vården och behandlingen av barn med cancer är centraliserad till sex barnonkologiska centrum. Nedan finns en tabell som redovisar andelen barn som inkluderats (deltagit) i behandlingsstudier vid de sex centrumen. Tillförlitligast uppgifter finns för barn med akut lymfatisk leukemi (ALL). Det är få barn som får ALL per år, därför avser uppgifterna en femårsperiod.

Tabell 1: Andel barn som inkluderats i behandlingsstudie, 2009–2013. Avser barn med ALL.

Region	Andel
Norra	92 %
Uppsala-Örebro	87 %
Stockholm-Gotland	87 %
Syddöst	88 %
Väst	91 %
Syd	87 %
Riket	89 %

Källa: Svenska barncancerregistret

Tabell 1 visar andelen barn med ALL som inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie under en femårsperiod. Jämförelsen omfattar 381 barn. Med behandlingsstudie avses såväl randomiserade- som observationsstudier. Studierna var godkända av en etikprövningsnämnd. Deltagande i behandlingsstudier under perioden ligger kring 90 procent. Resultatet visar ett mycket stort engagemang för att delta i studier vid samtliga barnonkologiska centrum.

PATIENTERFARENHETER

Under de senaste 10 åren har det funnits ett ökat intresse för patienternas medverkan vid kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården. Det finns två slag av patientrapporterade mått. Å ena sidan patientrapporterade utfalls- och resultatmått, förkortat PROM, efter engelskans Patient Reported Outcome Measures. Å andra sidan mått som speglar patienternas erfarenheter av kontakten med sjuk-

vården, förkortat PREM, efter engelskans Patient Reported Experience Measures.

PROM utgår från hur patienterna själva upplever sin sjukdom och sin hälsa efter en behandling eller annan åtgärd och omfattar mått på sjukdomssymtom, funktionsförmåga och hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet (både allmänt och på grund av cancersjukdomen). Det är därmed en subjektiv bedömning.

Av de kvalitetsregister som deltar i Öppna jämförelser har Nationella prostatacancerregistret redovisat ett första resultat av sin PROM-enkät. För att ge exempel på kunskap som PROM-mått kan ge sammanfattar vi resultatet från kvalitetsregistrets ettårsuppföljning.

PROM-mått vid behandling för prostatacancer

Biverkningar efter en radikal prostataoperation eller strålbehandling är urinläckage, avföringsläckage och påverkan på erektionsförmågan.

För att kartlägga patientens upplevelse av biverkningar efter behandlingen skickar Nationella prostatacancerregistret ut enkäter till männen innan de opereras eller strålbehandlas och åter igen ett respektive fem år efter behandlingen. I dagsläget finns uppgifter sammanställda från ettårsuppföljningen.

En sammanfattning av enkätundersökningen visar:

- Andelen män med urinläckage efter operation ökade mer efter operation än efter strålbehandling. Ett år efter operationen uppgav 24 procent av männen som opererats att de hade ganska mycket eller mycket urinläckage. Motsvarande andel för strålbehandlade var 6 procent.
- Besvär från tarmen drabbade framför allt män som strålbehandlats. 6 procent uppgav att de hade lite tarmsymtom innan behandlingen. Ett år efter behandlingen uppgav 14 procent att de hade lite besvär och 7 procent ganska mycket eller mycket svår avföringsläckage.
- Andelen män som uppgav att de hade påverkad erektionsförmåga var hög redan före behandlingen men ökade kraftigt efter operationen. Mellan 78–88 procent (beroende på operationsteknik) av männen uppgav att de hade svår påverkan på erektionsförmågan efter operationen.

Det bör påpekas att underlaget är litet varför inga säkra slutsatser kan dras av ettårsuppföljningen. Men det är intressant att visa vad sjukdomsspecifika PROM-mått kan bidra med vid kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården.

Nationella prostatacancerregistret fortsätter att utveckla sin metod för PROM-mätning. För närvarande arbetar även Nationella bröstcancerregistret med att registrera patienternas hälsorelaterade livskvalitet, men har ännu inga resultat som de kan redovisa. Några av de andra kvalitetsregistren har påbörjat ett utvecklingsarbete av PROM.

Övergripande indikatorer

I detta avsnitt redovisas de indikatorer som berör palliativ vård. Indikatorerna är övergripande, det vill säga de är intressanta att följa upp oavsett vilken typ av cancersjukdom som analyseras. Det finns fler indikatorer av övergripande karaktär, till exempel överlevnad vid cancersjukdom, multidisciplinära konferenser och väntetider, men de redovisas i nästa avsnitt om tumorspecifika indikatorer under respektive cancersjukdom.

Avslutningsvis redovisas även en indikator för tidig upptäckt, gynekologisk cellprovtagning för att förebygga livmoderhalscancer.

VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE – PALLIATIV VÅRD VID CANCERSJUKDOM

Palliativ vård avser de lindrande åtgärder som kan vidtas när det inte längre finns någon botande behandling att erbjuda. Vissa människor lever med en obotlig sjukdom i åtskilliga år, medan andra är fria från symtomgivande sjukdom ända till det är mycket kort tid kvar att leva. Det är därmed viktigt att konstatera att palliativ vård är mer än vård i livets sista veckor.

I Socialstyrelsens rapport *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* från 2013 anges nio indikatorer. Fem av indikatorerna redovisas i följande avsnitt.

Svenska Palliativregistrets syfte är att successivt utveckla den palliativa vårdens kvalitet, oavsett vilken vårdgivaren är. Detta görs genom att vårdpersonalen som vårdat en nyligen avlidne dels fyller i en enkät om hur de sista 1–2 veckorna i patientens liv var, dels varje år fyller i en enkät om vilka resurser och rutiner man har för att erbjuda god palliativ vård. Till registret kan alla vårdenheter rapportera, både kommunalt och landstingskommunalt drivna eller finansierade.

TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Svenska Palliativregistret för patienter med cancersjukdom var 88 procent 2013. Variationen mellan landstingen var 76–98 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. Den varierande täckningsgraden mellan landstingen bör beaktas när man värderar resultaten för de indikatorer som redovisas i detta avsnitt. En redovisning av täckningsgraden per landsting finns i bilaga 3.

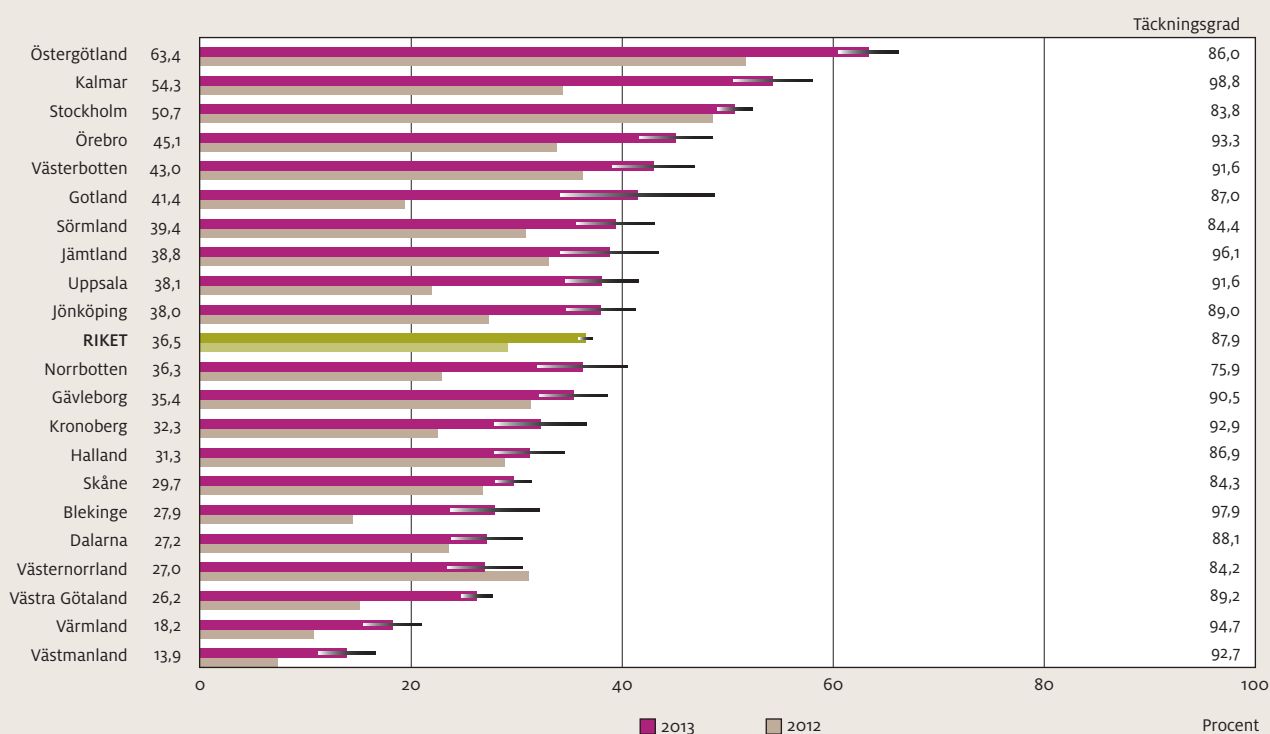
2 REGELBUNDEN SKATTNING AV SMÄRTINTENSITET

En regelbunden smärtanalys och skattning av smärtintensiteten är en central rekommendation i Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Obehandlad smärta ger minskad livskvalitet. Det ökar också risken för medicinska komplikationer.

Det huvudsakliga syftet med indikatorn är att få till stånd en systematisk process där personalen med objektiva metoder efterfrågar smärta som sedan kan behandlas med hjälp av modern kunskap. Sådana metoder finns och är validerade för såväl patienter som själva kan medverka (exempelvis VAS/NRS-skala) som för patienter som inte kan medverka (exempelvis Abbey Pain Scale).

Diagram 2 visar att av 19 279 patienter som registrerats med en cancersjukdom hade 37 procent skattat sin smärta med hjälp av ett symtomskattningsinstrument under 2013. Skillnaderna mellan landsting var 14–63 procent. Andelen i riket har ökat från 23 procent 2011.

DIAGRAM 2 – TOTALT: Andel cancerpatienter i livets slutskede som har skattat sin smärta med validerat smärtskattningsinstrument, 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

3 VIDBEHOVSORDINATION AV OPIOIDER MOT SMÄRTA

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där både botande och bromsande behandling avslutas. Då ska vissa medicinska och omvårdnadsförfaranden vidtas, bland annat att se till att det finns lämpliga ordinationer i händelse av smärtgenombrott. Ordinationen ska vara individuellt anpassad, då generella ordinationer inte anses vara tillräckligt bra i det här skedet. Det medicinska ansvaret flyttar ibland från specialisten till läkare i primärvård som ansvarar för hemsjukvård eller särskilda boendeformer. Då är det extra viktigt att det inte blir några glapp i, för patienten, viktiga ordinationer.

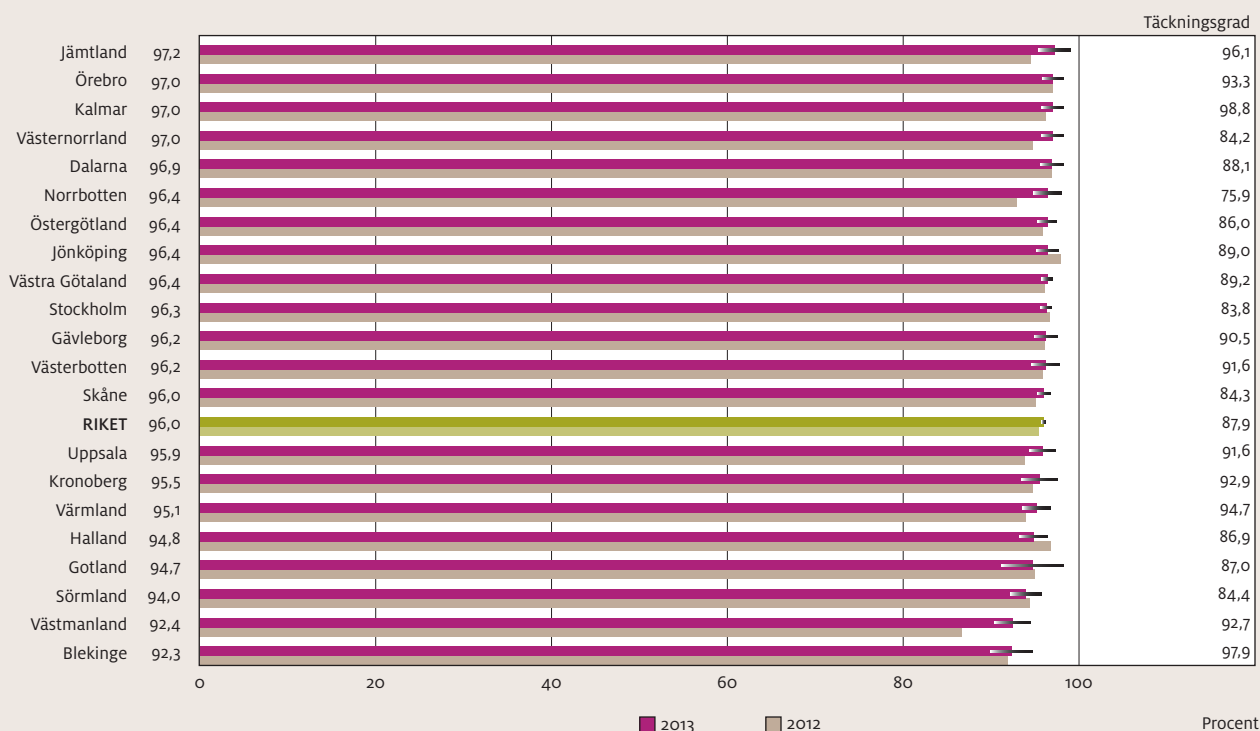
Det är väl känt att majoriteten av människor som dör i cancer behöver minst en injektion av opioid, smärtstillande morfinpreparat, den sista tiden i livet.

Tiden mellan stegrad smärta och lindring kan bli onödigt lång. Först ska patienten som har ont anse att det gör tillräckligt ont för att larm ska ges. Därefter ska detta larm nå en sjuksköterska som efter att ha gjort sin bedömning måste ha såväl en fullgod ordination som tillgång till läkemedel. För att kunna hålla tiden från larm till given injektion rimligt kort, krävs att alla led i denna kedja är så väl förberedda som möjligt. Finns det skriftliga rutiner för hur ordinationer ska göras i detta läge, så ökar andelen utförda ordinationer.

Diagram 3 visar andelen patienter som under 2013 hade en vidbehovsordination av opioider. Av 19 279 patienter som registrerats med en cancersjukdom hade 96 procent en sådan ordination. Skillnaderna mellan landstingen var 92–97 procent.

Svenska Palliativregistret har som mål att 100 procent av patienterna ska ha en vidbehovsordination för smärtstillande behandling.

DIAGRAM 3 – TOTALT: Andel cancerpatienter som haft en dokumenterad individuell vidbehovsordination av opioid (i injektionsform) mot smärta i livets slutskede, 2013.



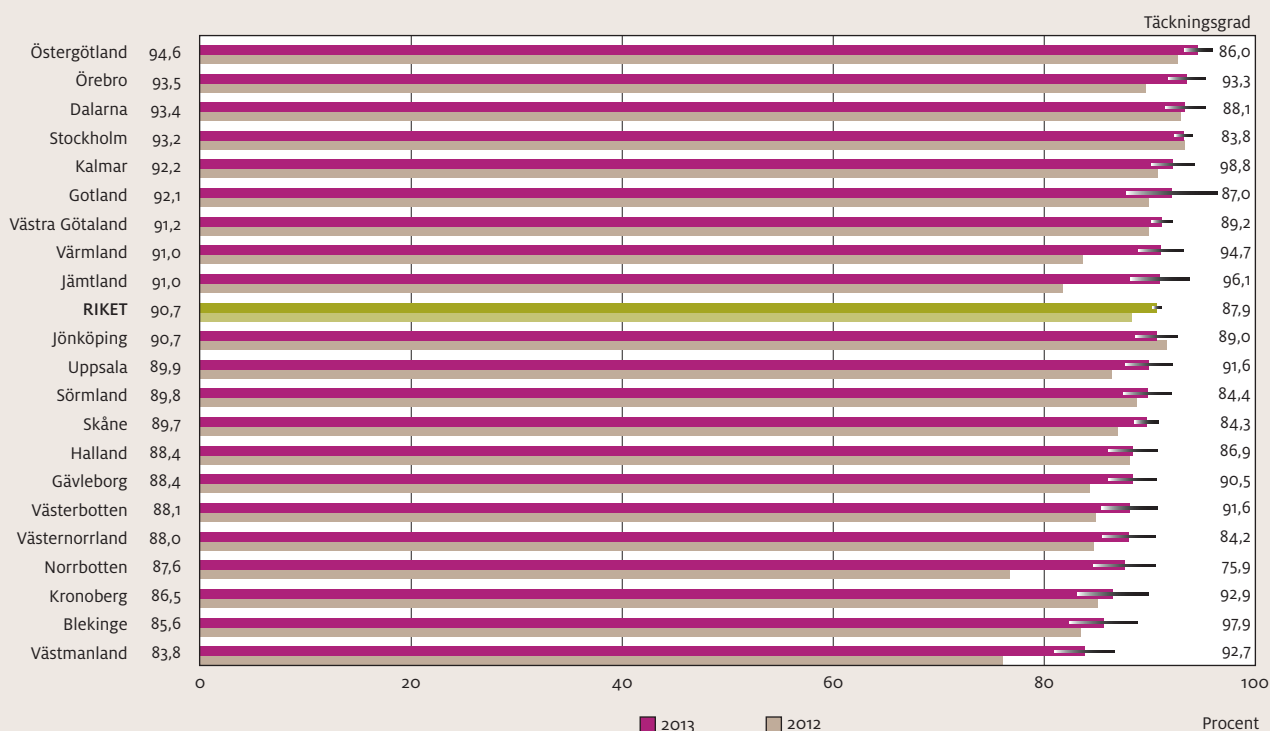
Källa: Svenska Palliativregistret.

4 VIDBEHOVSORDINATION AV ÅNGESTDÄMPANDE LÄKEMEDEL

Symtomlindring är en av hörnstenarna i palliativ vård. Att känna oro för det okända, som att dö, är fullt naturligt. Men om oron övergår i ångest som framkallar starkare psykiska och fysiska symtom, skall behandling erbjudas, precis som vid alla andra symtom som kan uppstå. Ångest kan behandlas på flera olika sätt, men när det är kort tid kvar i livet bör man prioritera den behandling som har snabbast effekt. Förekomst av ångest är vanlig oavsett vilken diagnos som har lett till den palliativa vården. Ångestattacker kan komma hastigt och orsaka ett stort lidande för den döende patienten. Därför skall relevanta läkemedel kunna ges vid behov, oavsett när det uppstår. I Svenska Palliativregistret registreras i vilken utsträckning patienten haft en vidbehovsordination innan dödsfallet. Detta kan ses som en förutsättning för att patienten ska kunna bli symtomlindrad när eller om behovet dyker upp.

Diagram 4 visar andelen patienter som hade en vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel i livets slutskede, för dödsfall som skedde under 2013. Av 19 279 patienter som registrerats med en cancersjukdom hade 91 procent en sådan ordination. Skillnaderna mellan lands- tingen var 84–95 procent. Andelen i riket har ökat från 86 procent 2011.

DIAGRAM 4 – TOTALT: Andel cancerpatienter som haft en dokumenterad individuell vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel (i injektionsform) i livets slutskede, 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

5 SAMTAL OM VÅRDENS INNEHÅLL OCH RIKTNING (BRYTPUNKTSSAMTAL)

God palliativ vård i livets slutskede innebär bland annat att patient och närstående informeras om att patientens sjukdom/tillstånd har nått en punkt där all såväl botande som bromsande behandling avslutas och vården övergår till palliativ vård i livets slutskede. I hälso- och sjukvårdslagen uttrycks detta i termer av att ge individuellt anpassad information om hälsotillstånd, undersökningsmetoder samt möjligheter till vård och behandling.

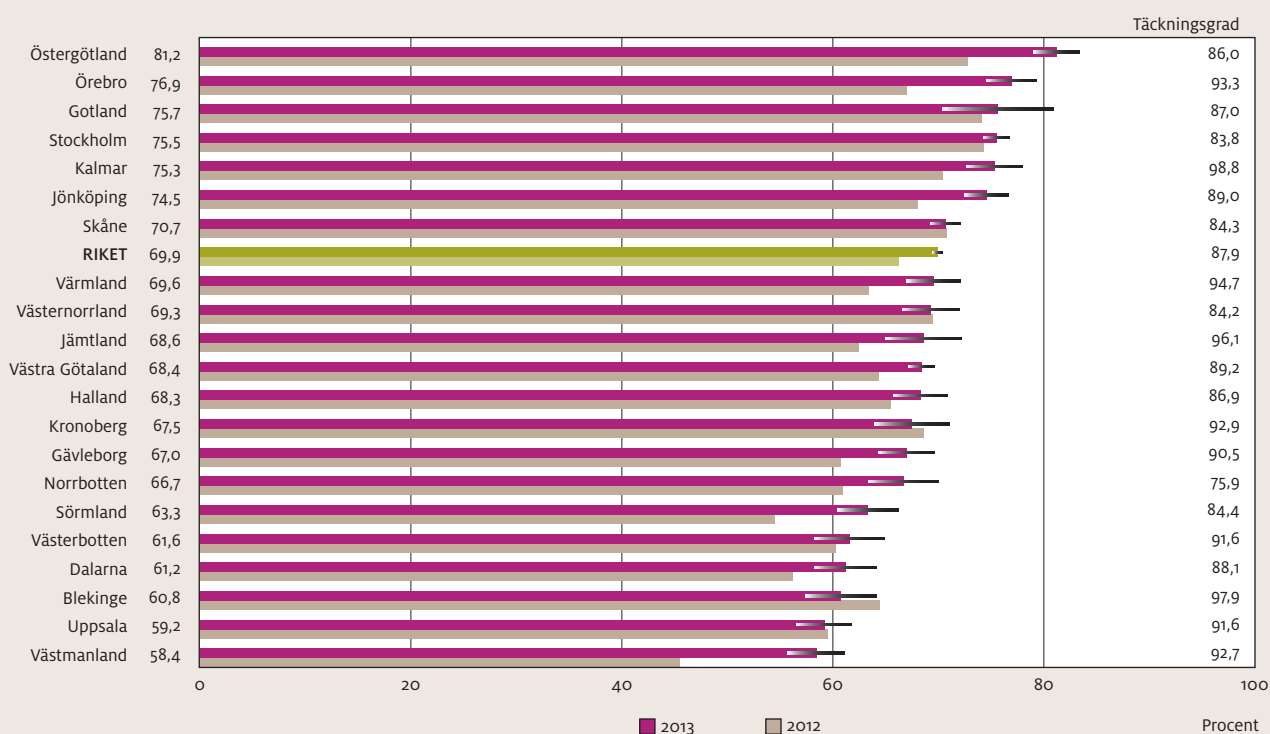
Det behövs ofta flera samtalstillfällen för en dialog om att vården går över i en fas som inte längre har livsförlängning som mål. Alla patienter vill inte veta allt – åtminstone inte vid första samtalet. Vissa döende patienter har tappat sin förmåga att aktivt delta i diskussioner om den fortsatta vården. Då är det lika viktigt att diskussionen förs med den sjukas närstående eller annan företrädare. För detta krävs aktiv läkarmedverkan.

I det nationella kunskapsstödet har kontinuerliga samtal om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede, så kallade brytpunktssamtal, högsta prioritet. Kvalitetsregistrets uppföljning frågar efter aktiv läkarmedverkan vid samtalet och om samtalet är dokumenterat i journalen.

Indikatorn visar andelen patienter för vilka det utförts dokumenterade samtal om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede, så kallat brytpunktssamtal. I redovisningen tas endast de dödsfall med där personalen svarat ja på frågan huruvida dödsfallet var väntat. Hänsyn tas även till patientens förmåga att delta i beslut om vården och till förekomst av anhöriga.

Diagram 5 visar andelen patienter i vilkens journal fanns dokumenterat att brytpunktssamtal genomförts, för dödsfall som skedde under 2013. Av 19 279 patienter som registrerats med en cancersjukdom var det 70 procent som hade uppgift om brytpunktssamtal i journalen. Skillnaderna mellan landsting var 58–81 procent. Andelen i riket har ökat från 63 procent 2011.

DIAGRAM 5 – TOTALT: Andel cancerpatienter i livets slutskede där brytpunktsamtal genomfördes, 2013.



Källa: Svenska Palliativregistret.

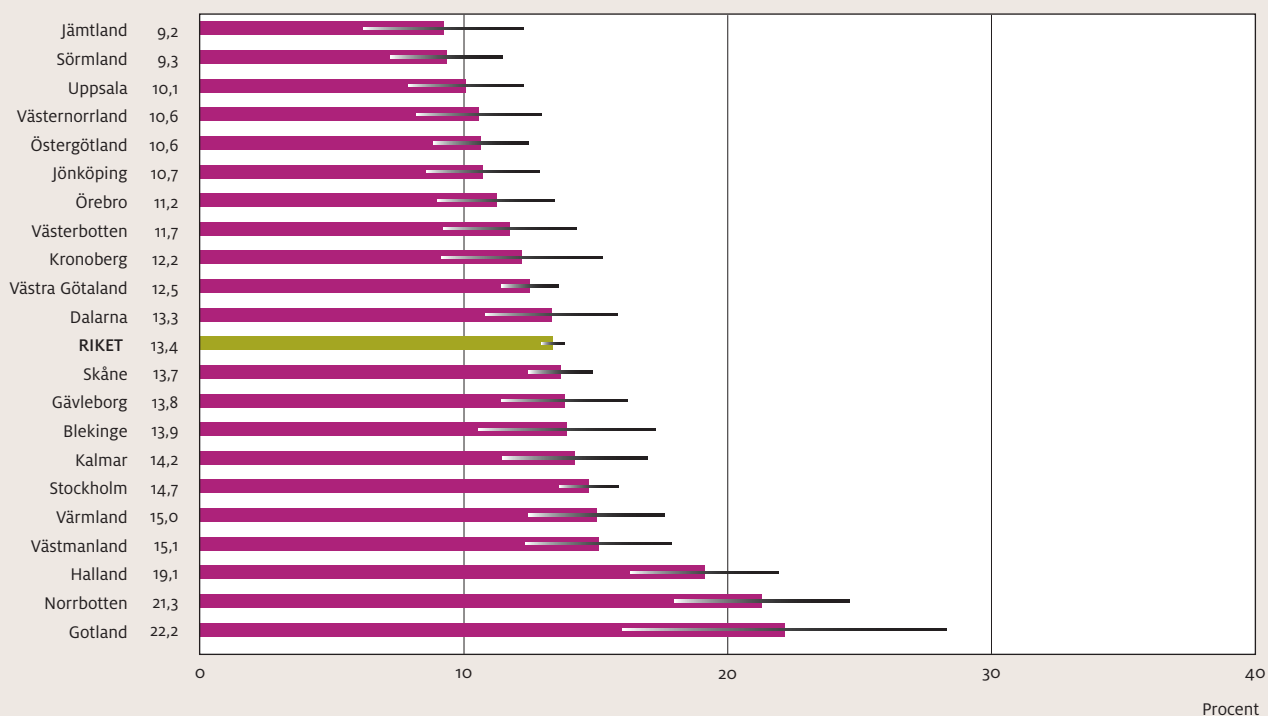
6 ÅTERKOMMANDE SLUTENVÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Mått som mäter detta finns i olika varianter internationellt. Just denna indikator finns med i det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede och avser att följa andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet. Som ny inskrivning räknas de inskrivningar som inte sker från annat sjukhus eller klinik, då indikatorn främst syftar till att mäta inskrivningar i den akutsomatiska vården.

Det finns ingen målnivå och bedömningar om behov av inskrivning måste naturligtvis göras från fall till fall, men att studera variationerna mellan landsting och eventuella skillnader mellan år kan påvisa behov av att vidare kartlägga, till exempel avancerad sjukvård i hemmet eller andra skillnader i organisation eller praxis. Indikatorn baseras på uppgifter hämtade från patientregistret och dödsorsaksregistret på Socialstyrelsen som sedan samkörts.

Cirka 13 procent av alla patienterna som avled 2013 med cancersjukdom som huvuddiagnos hade varit inskriven två eller fler gånger i akutsomatisk vård de sista 30 dagarna i livet. Landstingens andelar varierade mellan 9–22 procent, se diagram 6. Som jämförelse kan nämnas att för alla patienter oavsett diagnos var motsvarande andel i riket 8 procent (se vidare i Öppna jämförelser hälso- och sjukvård 2014).

DIAGRAM 6 – TOTALT: Andel patienter med två eller flera inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet, 2013. Avser patienter som avlidit i cancersjukdom.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

ATT FÖREBYGGA LIVMODERHALSCANCER

Cancer i livmoderhalsen, cervixcancer, är relativt ovanligt i Sverige jämfört med världen i övrigt. År 2012 insjuknade 484 kvinnor och 139 avled i sjukdomen i Sverige. Medianåldern vid insjuknande är cirka 50 år och nästan var tredje kvinna är under 40 år. Det årliga insjuknandet i livmoderhalscancer har i absoluta tal mer än halverats sedan slutet av 1960-talet då screening med gynekologisk cellprovtagning infördes. Då befolkningen ökat och blivit äldre så är den relativa minskningen betydligt större än hälften.

Sjukdomen utvecklas oftast långsamt under många år. Det är från livmodertappen prov tas vid den gynekologiska cellprovtagningen. Cellprovtagning är en förutsättning för att kunna upptäcka och behandla cellförändringar och därmed förhindra en utveckling till livmoderhalscancer. De fall av livmoderhalscancer som finns trots deltagande i screening upptäcks i tidigare stadium, vilket möjliggör framgångsrikare behandling.

Vid så gott som all livmodershalscancer är infektion med humant papillomvirus, HPV, bakomliggande orsak. I dag erbjuds alla flickor i årskurs fem eller sex vaccinering mot de typer av HPV som är orsak till cirka 70 procent av all livmoderhalscancer i Sverige.

7 GYNEKOLOGISK CELLPROVTAGNING

Gynekologisk cellprovtagning syftar till att förebygga livmoderhalscancer (cervixcancer) genom att upptäcka och behandla cancers förstadier. Enligt rekommendationerna för screening ska kvinnor i åldrarna 23–50 år erbjudas cellprovtagning vart tredje år och kvinnor i åldrarna 51–60 år erbjudas cellprovtagning vart femte år. Socialstyrelsen gör en översyn av rekommendationerna med anledning av att en ny metod finns tillgänglig som innebär att cellproven först analyseras med ett HPV-test. För kvinnan blir det ingen skillnad, ett gynekologiskt cellprov tas på samma sätt som tidigare och analyseras för HPV. Om HPV-testet är positivt går man vidare med en cytologisk analys (cellundersökning) av provet. En ny rekommendation beräknas komma i början av 2015, efter att kunskapsläget för HPV-test granskats och Socialstyrelsens nationella screeningråd tagit ställning i frågan.

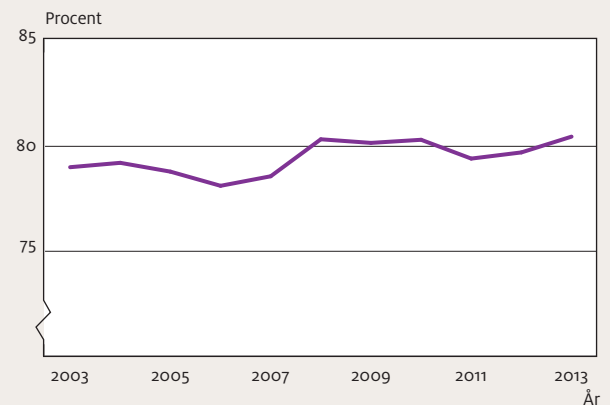
De patologiska och cytologiska laboratorierna rapporterar in de gynekologiska cellproverna och dess data till Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention.

Registret gör sedan en sammanställning av uppgifterna. I underlaget ingår både de cellprover som tagits efter kallelse till screeningprogrammet och de som tagits vid andra besök i hälso- och sjukvården, till exempel vid gynekologiska mottagningar. Syftet med sammanställningen är att ge underlag för kvalitetssäkring och förbättring av screeningprogrammet.

Täckningsgraden är det viktigaste måttet för förebyggande av livmoderhalscancer. Med täckningsgrad avses andelen kvinnor i befolkningen i de aktuella åldrarna som har tagit ett cellprov enligt det rekommenderade tidsintervallet.

Täckningsgraden för gynekologisk cellprovtagning i åldrarna 23–60 år var 80 procent 2013, se diagram 7. Variationen mellan landstingen var 66–91 procent. Täckningsgraden har i stort sett varit konstant i landet under de senaste tio åren. Landstingen har olika trender beträffande hur detta kvalitetsmått utvecklas. I vissa landsting har täckningsgraden minskat, i andra ökat.

DIAGRAM 7 – RIKET: Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning.



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

DIAGRAM 7 – KVINNOR: Andel kvinnor 23–60 år som genomgått gynekologisk cellprovtagning, 2013.



Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention.

Tumörspecifika indikatorer

I detta kapitel redovisas indikatorerna inom de tio cancersjukdomar som ingår i denna rapport. Jämförelsen omfattar både tumörspecifika indikatorer och övergripande indikatorer, exempelvis överlevnad vid cancersjukdom, multidisciplinära konferenser och väntetider.

Avsnittet om varje cancersjukdom inleds med en kort beskrivning av sjukdomens förekomst i landet 2012, vilket är de senast tillgängliga uppgifterna från cancerregistret och dödsorsaksregistret. Därefter följer en redovisning av utfallet för de olika indikatorerna.

BRÖSTCANCER

Statistik 2012	Kvinnor
Antal diagnostiserade fall	8 490
Andel av alla cancerfall	30 %
Prevalens, totalt	97 208
Relativ 5-årsöverlevnad	87,7 %
Antal dödsfall	1 450

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos medelålders kvinnor. År 2012 fick 8 490 kvinnor diagnosen och i Sverige lever idag omkring 97 200 kvinnor som har eller har haft bröstcancer. Genomsnittsåldern vid diagnosen är 60 år. År 2012 avled 1 450 kvinnor i bröstcancer.

Även män kan få bröstcancer även om det är ytterst sällsynt. Under de senaste åren har 30–40 män per år diagnostiserats med bröstcancer. På grund av de få fallen bland män omfattar rapporten bara bröstcancer hos kvinnor.

Nästan alla bröstcancerfall i Sverige kan opereras. Bröstcancerregistrets uppföljning under de senaste åren visar att mer än 90 procent opererades och andelen varierade endast med några enstaka procent mellan regionerna.

Här redovisas 13 indikatorer, varav fem berör kvaliteten vid operationer av bröstcancer. En indikator berör överlevnaden, två rör frekvensen av multidisciplinära konferenser,

tre berör onkologisk behandling efter operation, en PAD-svar och en gäller väntetider för patienterna. Uppgifterna har hämtats från Nationella bröstcancerregistret utom den för överlevnad som är från cancerregistret.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård utkom i en uppdaterad version 2014 och innehåller bland annat målsatta indikatorer. En uppdaterad version av nationella vårdprogrammet är ute på remiss och beräknas fastställas i början av 2015.

Svensk Förening för Bröstkirurgi (SFBK) har tagit fram riktlinjer för bröstcancerkirurgi som innehåller både process- och resultatmått samt målnivåer. De flesta av SFBK:s målvärden överensstämmer med Socialstyrelsens. I anslutning till varje indikator anges målnivån i diagrammen som visar landstingens resultat.

TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Nationella Bröstcancerregistret var hög, 99 procent 2013. Variationen mellan sjukvårdsregionerna var 96–100 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. En redovisning av täckningsgraden per landsting finns i bilaga 3.

8 RELATIV FEMÅRSÖVERLEVNADE VID BRÖSTCANCER

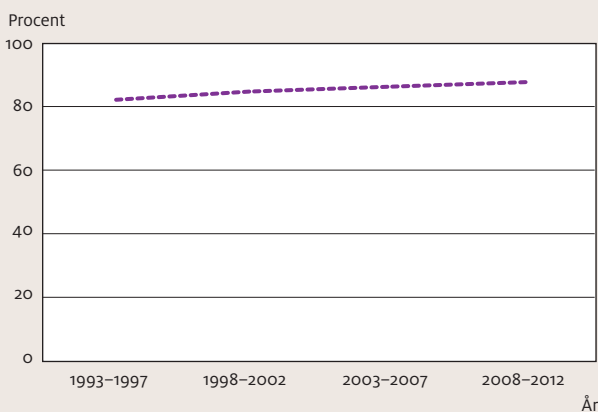
I mitten av 1960-talet var femårsöverlevnaden vid bröstcancer 65 procent. Den relativa överlevnaden vid bröstcancer är numera hög och har varit det sedan början av 1990-talet. Diagram 8 visar att under perioden 1993–1997 var den relativa femårsöverlevnaden 82 procent och den ökade sedan till 87,7 procent under perioden 2008–2012. Variationen mellan landstingen var 85,5–91,4.

DIAGRAM 8 – KVINNOR: Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 8 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

9-10 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS

Vid behandling av bröstcancer deltar ofta flera specialister. Kirurgisk behandling är vanligast vid bröstcancer men även läkemedelsbehandling, strålbehandling och antikroppsbehandling ingår. Inför primärbehandlingen av bröstcancer genomförs 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, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancer-vård anges vilka kompetenser som ska närvara vid en multidisciplinär konferens för bröstcancer. Riktlinjerna rekommenderar en multidisciplinär konferens både inför behandlingsstarten av en nyupptäckt brösttumör och efter operationen av tumören.

I diagram 9 och 10 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens inför behandlingen av en nyupptäckt tumör och efter operationen för bröstcancer. Resultaten speglar om landstinget har en struktur för omhändertagandet av patienter med bröstcancer och i vilken grad denna erbjuds.

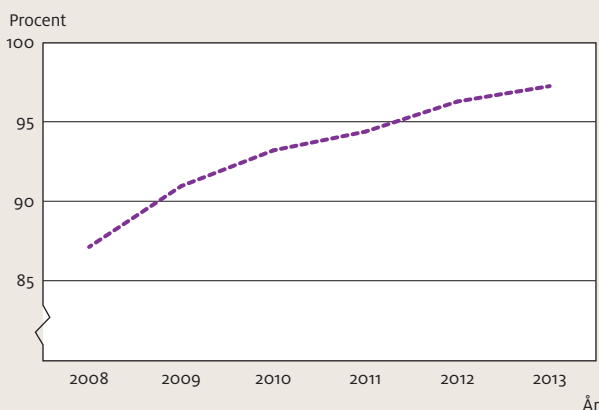
Diagram 9 visar att av 8 556 diagnostiserade kvinnor 2013 var det 97 procent som bedömdes vid en inledande multidisciplinär konferens. Detta är en ökning med tio procentenheter sedan 2008. Variationen mellan landstingen har minskat under samma tidperiod och var nu 75–100 procent.

Diagram 10 visar att av 7 884 kvinnor som opererades 2013 var det 98 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens efter operationen. Även här ses en ökning sedan 2008, med nästan tre procentenheter. Variationen har minskat mellan landstingen sedan Öppna jämförelser 2011, och var nu 73–100 procent.

Vissa landsting rapporterar endast de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de kan ha färre registreringar än landsting som har en mindre krävande definition av vilka kompetenser som bör ingå för

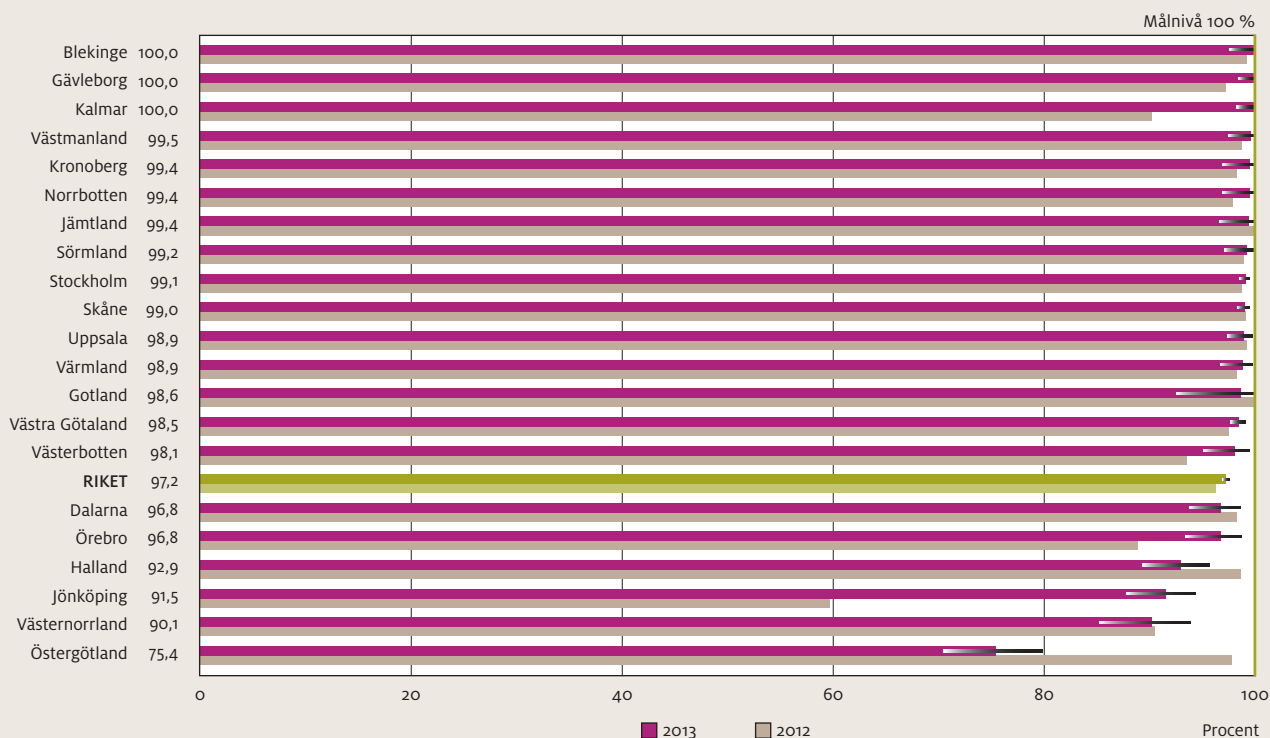
att registreras som en multidisciplinär konferens. I vissa landsting diskuteras patienten till exempel av kirurg och onkolog enbart, men registrerades ändå som en multidisciplinär konferens.

DIAGRAM 9 – RIKET: Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs inför beslut om behandling vid bröstcancer.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 9 – KVINNOR: Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs inför beslut om behandling vid bröstcancer, 2013.



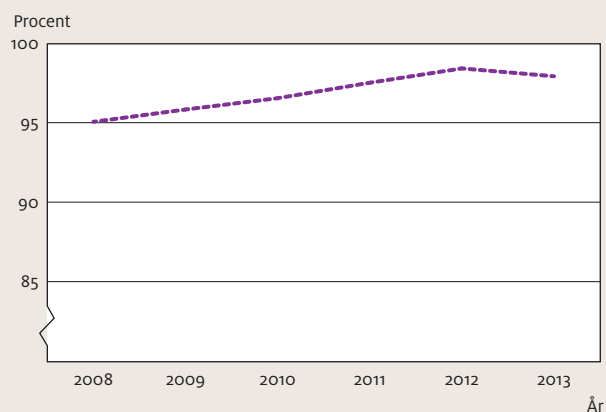
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 9 – SJUKHUS: Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs inför beslut om behandling vid bröstcancer, 2013.



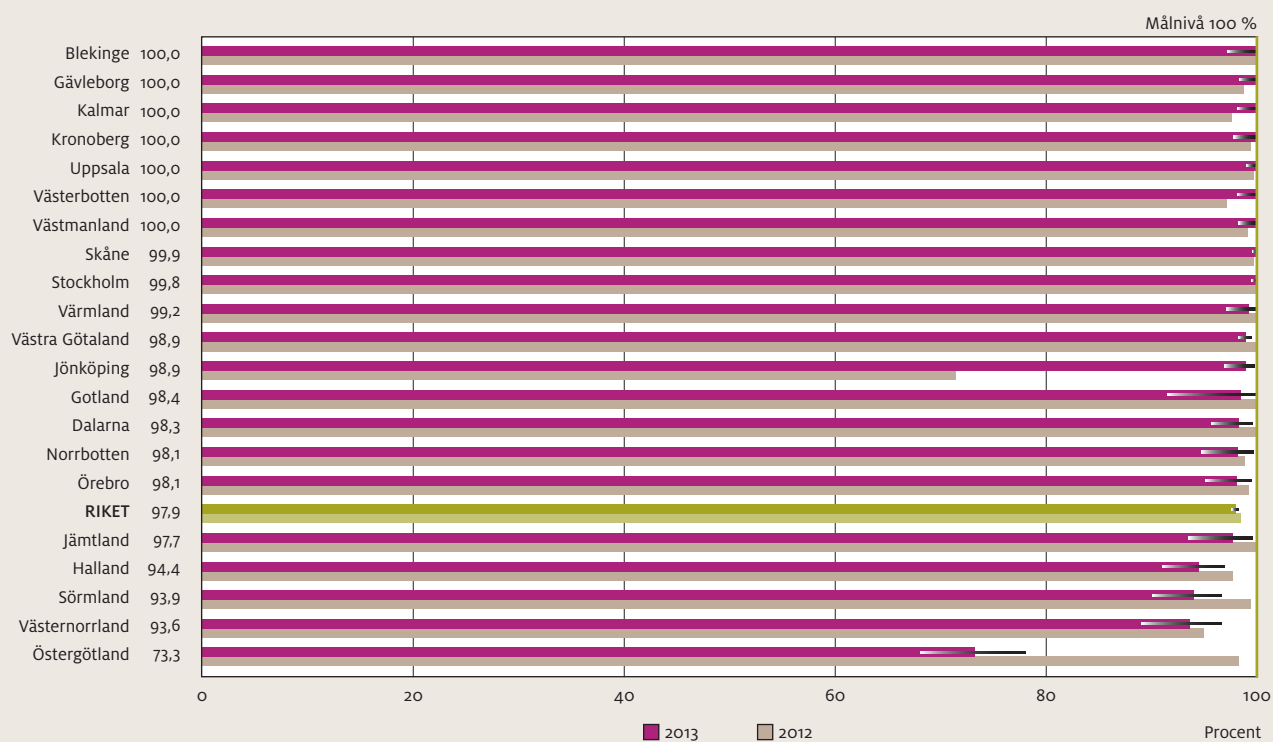
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 10 – RIKET: Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs efter operation för bröstcancer.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 10 – KVINNOR: Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs efter operation för bröstcancer, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 10 – SJUKHUS: Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs efter operation för bröstcancer, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

11 FASTSTÄLLD DIAGNOS INNAN OPERATION FÖR BRÖSTCANCER

När man utreder och diagnostiserar oklara förändringar i bröstet och misstänker malignitet (en elakartad tumör) bör man sträva efter att ha en så korrekt diagnos som möjligt inför operationen. En fastställd diagnos före operation är viktig för att kvinnan ska slippa ovisshet och för att hon bara ska behöva gå igenom en enda operation. Indikatorn är relevant att följa eftersom en korrekt fastställd diagnos före operation minskar risken för omoperation.

Diagram 11 visar andelen kvinnor som år 2013 hade en fastställd diagnos före operationen för bröstcancer. Jämförelsen omfattar 7 889 kvinnor, varav 7 320 eller 93 procent hade en fastställd diagnos före operationen. Variationen mellan landstingen har minskat sedan föregående Öppna jämförelse och ligger nu mellan 82 till 97 procent.

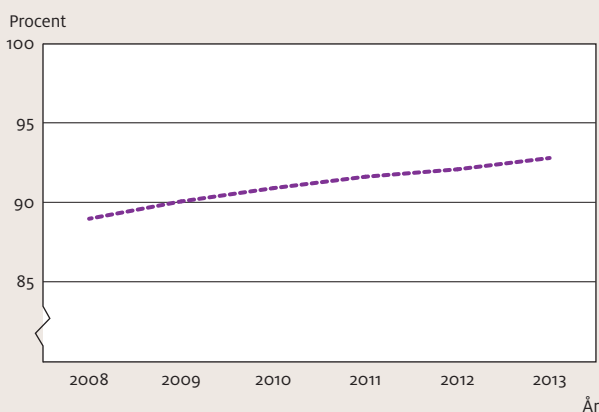
I riket har andelen ökat stadigt under de senaste åren, från 89 procent 2008 till 93 procent 2013.

Socialstyrelsen liksom Svensk förening för bröstkirurgi (SFBK) har satt upp en och samma målnivå, att minst 90 procent av patienterna ska ha en fastställd diagnos innan de opereras. En nivå som majoriteten av landstingen når upp till. Målnivån har satts till 90 procent för att det ibland

kan vara nödvändigt att operera patienten innan diagnosen är klar för att undvika alltför långa utredningstider.

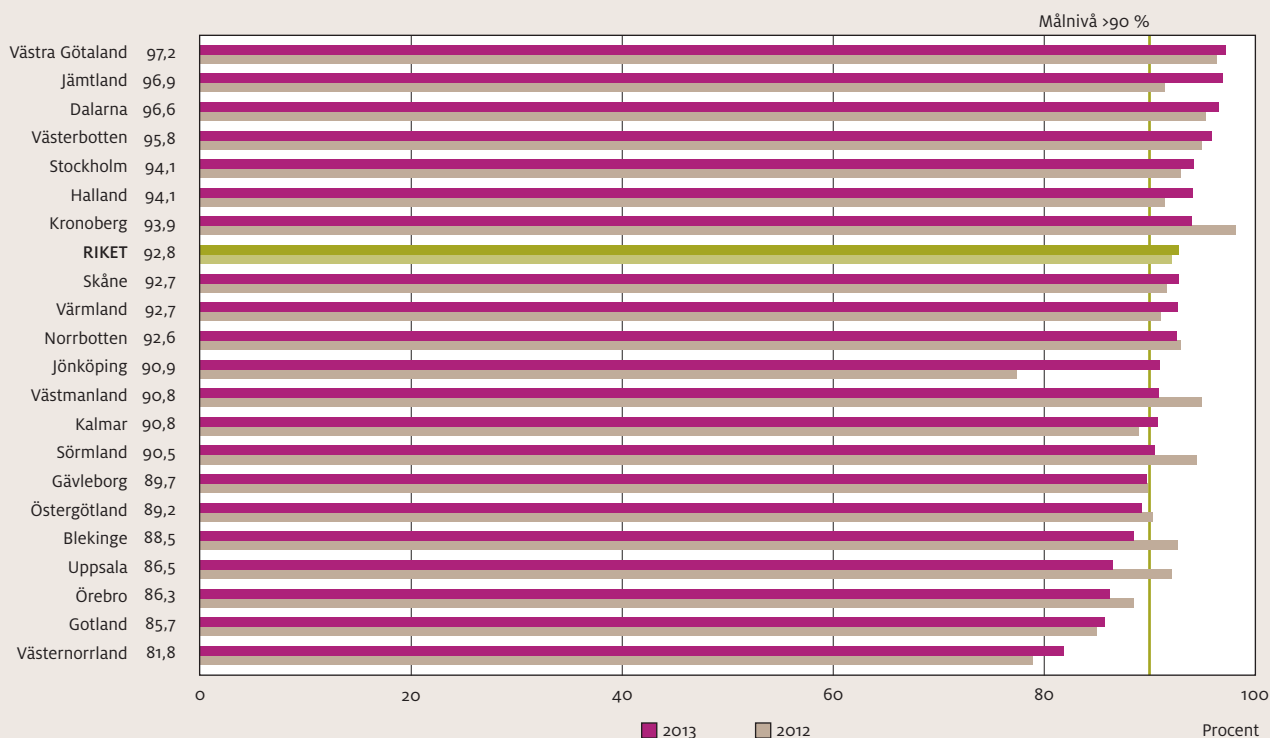
Att sjukhusen har olika registreringstraditioner kan påverka resultatet. På registreringsblanketten till kvalitetsregistret anger sjukhuset endast om det fanns en fastställd diagnos före operationen.

DIAGRAM 11 – RIKET: Andel kvinnor med fastställd diagnos innan operation för bröstcancer.



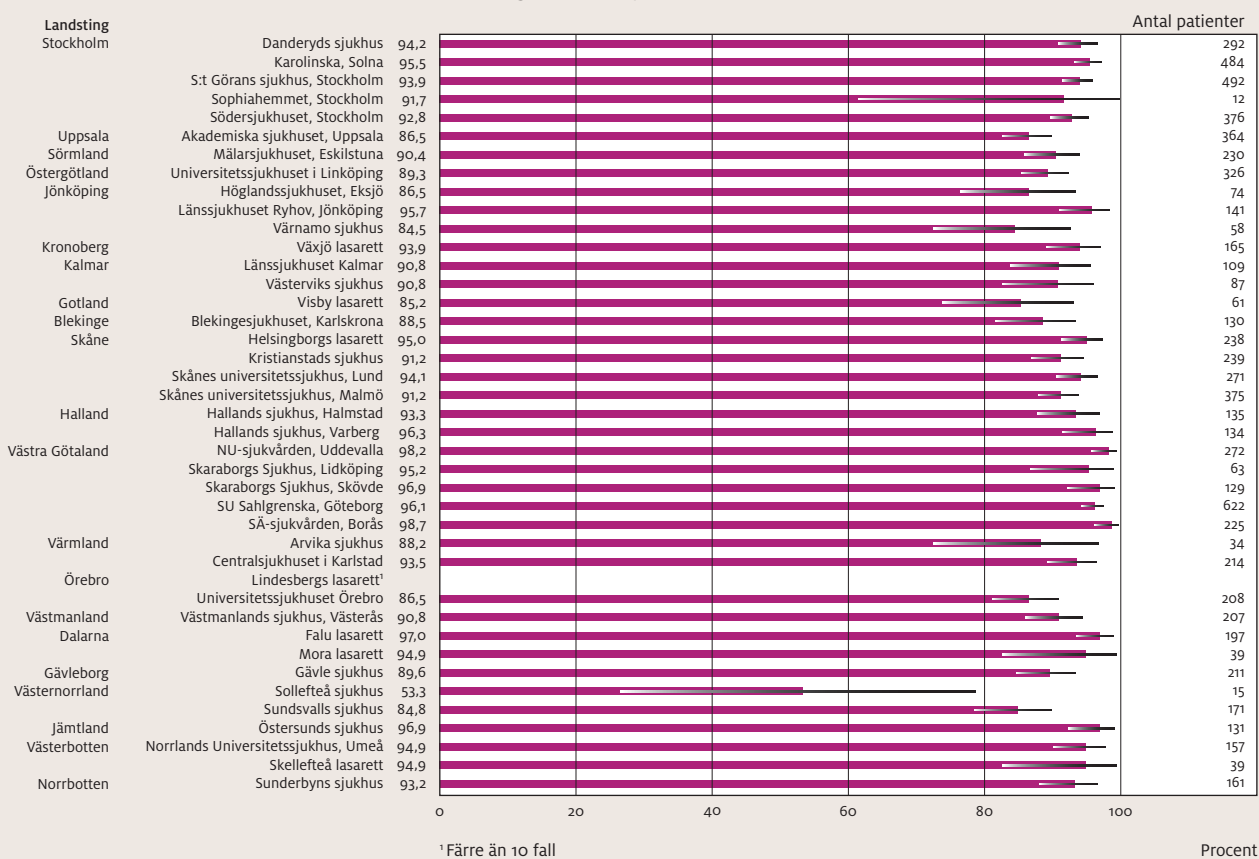
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 11 – KVINNOR: Andel kvinnor med fastställd diagnos innan operation för bröstcancer, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 11 – SJUKHUS: Andel kvinnor med fastställd diagnos innan operation för bröstcancer, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

12 OMOPERATION PÅ GRUND AV TUMÖRDATA

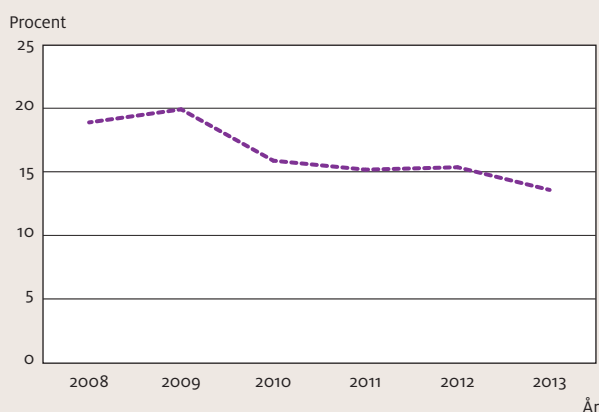
Efter operationen skickas den borttagna tumören tillsammans med omgivande vävnad (till exempel lymfkörtlar) för patologisk anatomisk diagnostik (PAD), en vävnads- och cellanalys. Om analysen visar att det kan finnas cancer kvar i bröstet rekommenderas en omoperation för att minska risken för återfall i cancersjukdomen. En ny operation kan innebära ett lidande för patienten. Uppföljningar som Nationella Bröstcancerregistret har genomfört har visat att de flesta omoperationer beror på att marginalerna blivit för små när tumören tagits bort. Den här indikatorn mäter kvaliteten på utredningen före operationen och hur väl kirurgen lyckades avlägsna tumören vid operationen. I denna jämförelse ingår bara de kvinnor där en bröstbevarande kirurgi (partiell mastektomi) genomfördes vid det första ingreppet.

Diagram 12 visar andelen kvinnor som omopererades på grund av tumördata år 2013. Jämförelsen omfattar 5 105 kvinnor och av dem omopererades 693, vilket motsvarar 13,6 procent. Andelen omopererade har minskat något sedan 2008. Variationen mellan landstingen är stor, 3–27 procent, men bygger på relativt få uppgifter, vilket gör att osäkerheten ökar och konfidensintervallen är breda.

Enligt SFBK bör den kirurgiska behandlingen vara så definitiv som möjligt för att patienten ska slippa en ny

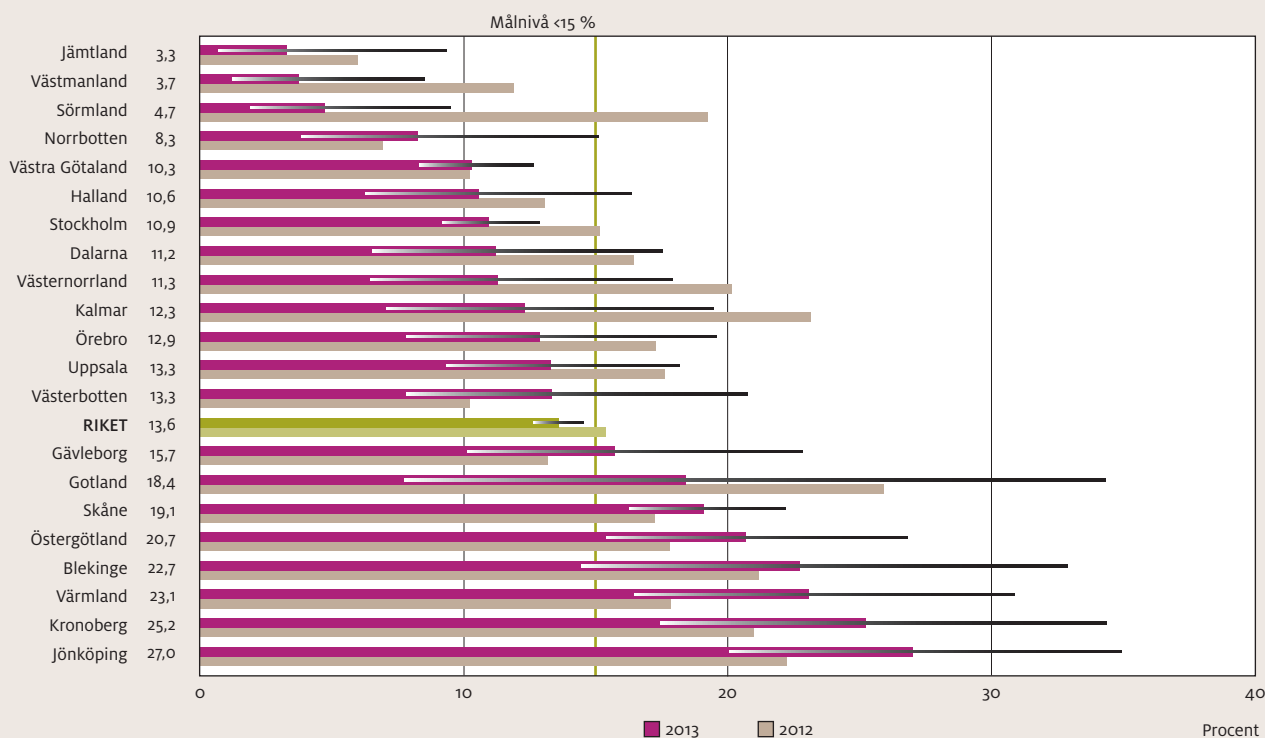
operation, och mindre än 10 procent av patienterna bör genomgå en omoperation på grund av tumördata. Den målnivån gäller för alla primära bröstoperationer. Socialstyrelse nationella riktlinjer har en målnivå på mindre än 15 procent och omfattar då endast kvinnor som fick en bröstbevarande kirurgi. Jämförelsen visar att 13 landsting klarar den rekommenderade målnivån under 2013.

DIAGRAM 12 – RIKET: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata.



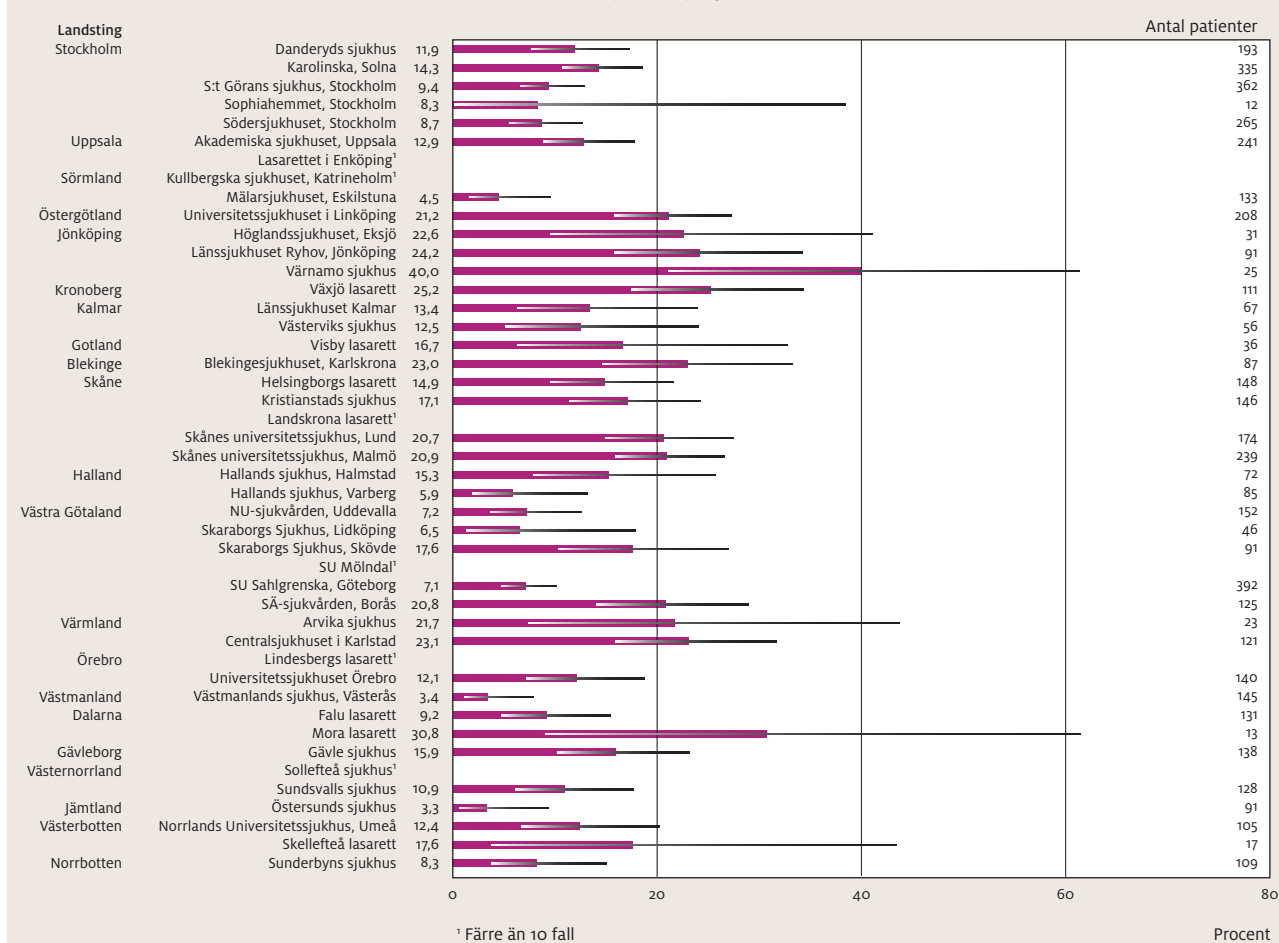
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 12 – KVINNOR: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 12 – SJUKHUS: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

13-14 OPERATIONER MED BRÖST-BEVARANDE KIRURGI

I de allra flesta fall börjar behandlingen av nyupptäckt bröstcancer med operation. I vissa fall behöver hela bröstet tas bort, men i de flesta fall kan man tillämpa så kallad bröstbevarande kirurgi (partiell mastektomi). Det innebär att endast tumören och vävnad kring den opereras bort. Vid bröstbevarande kirurgi får patienten oftast även strålbehandling mot bröstet.

Tidig upptäckt av bröstcancer, till exempel genom mammografiscreening, gör att storleken på tumören är mindre och därmed motiverar ett mindre kirurgiskt ingrepp. Det är ett skäl till varför andelen bröstbevarande kirurgi borde kunna öka.

Diagram 13 och 14 visar andelen kvinnor som opererades med bröstbevarande kirurgi 2013, dels alla operationer oavsett tumörens storlek, dels operationer där tumören var 3 cm eller mindre.

Diagram 13 visar att av 7 883 kvinnor som opererades för bröstcancer 2013 var det 60 procent som fick bröstbevarande kirurgi, oavsett tumörens storlek. Variationen mellan

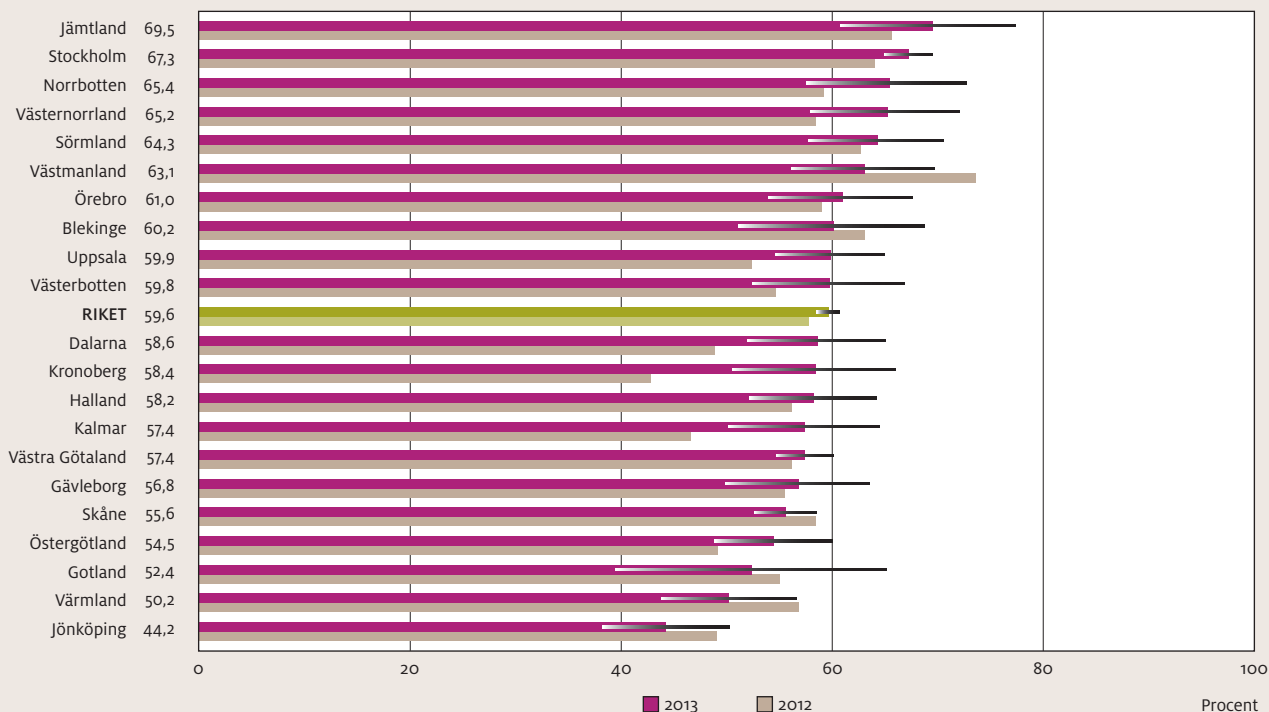
landstingen var 44–70 procent. Andelen har ökat under de senaste sex åren från 53 procent 2008.

Det var 76 procent som fick bröstbevarande kirurgi när tumörstorleken var 3 cm eller mindre, se diagram 14. Jämförelsen omfattar 4 295 kvinnor som opererades 2013. Variationen mellan landstingen var 55–85 procent. Andelen har varierat mellan 68–75 procent under de senaste sex åren. I några landsting var det få fall av de som opererades som hade en bröstcancer som var 3 cm eller mindre, vilket avspeglar sig i breda konfidensintervall.

Tolkningen av resultatet måste göras med viss försiktighet eftersom många faktorer inverkar på om kvinnan får bröstbevarande kirurgi eller inte. Exempel på sådana faktorer är noggrannheten i utredningen inför operationen och tillgången till bilddiagnostik som bättre visar spridningen av tumören till omgivande vävnader. Såväl patientens inställning, närhet till strålbehandlande sjukhus och lokala traditioner hos kliniken påverkar troligen om kvinnor får bröstbevarande kirurgi.

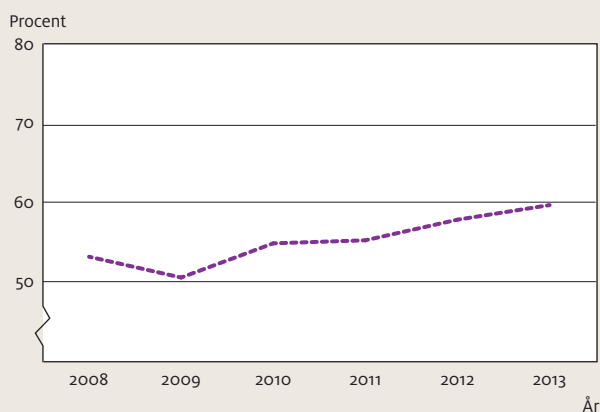
Några sjukhus hade bara ett fåtal operationer. Resultaten måste då tolkas med viss försiktighet.

DIAGRAM 13 – KVINNOR: Andel operationer med bröstbevarande kirurgi, 2013.



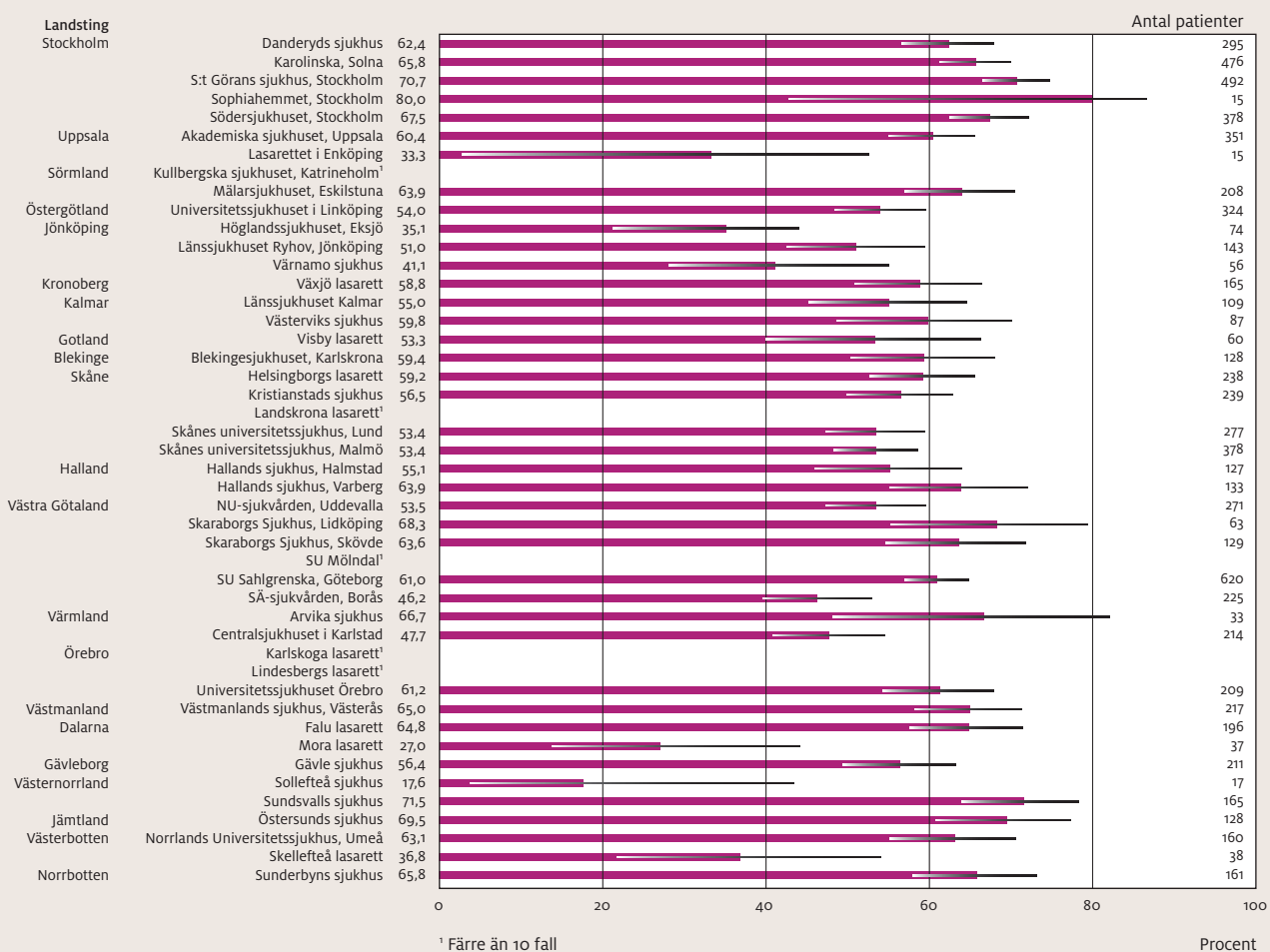
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 13 – RIKET: Andel operationer med bröstbevarande kirurgi.



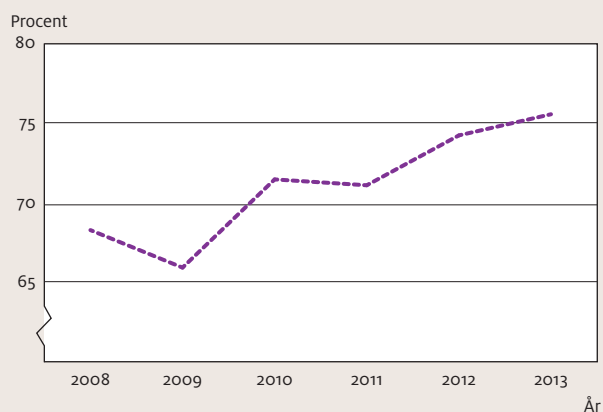
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 13 – SJUKHUS: Andel operationer med bröstbevarande kirurgi, 2013.



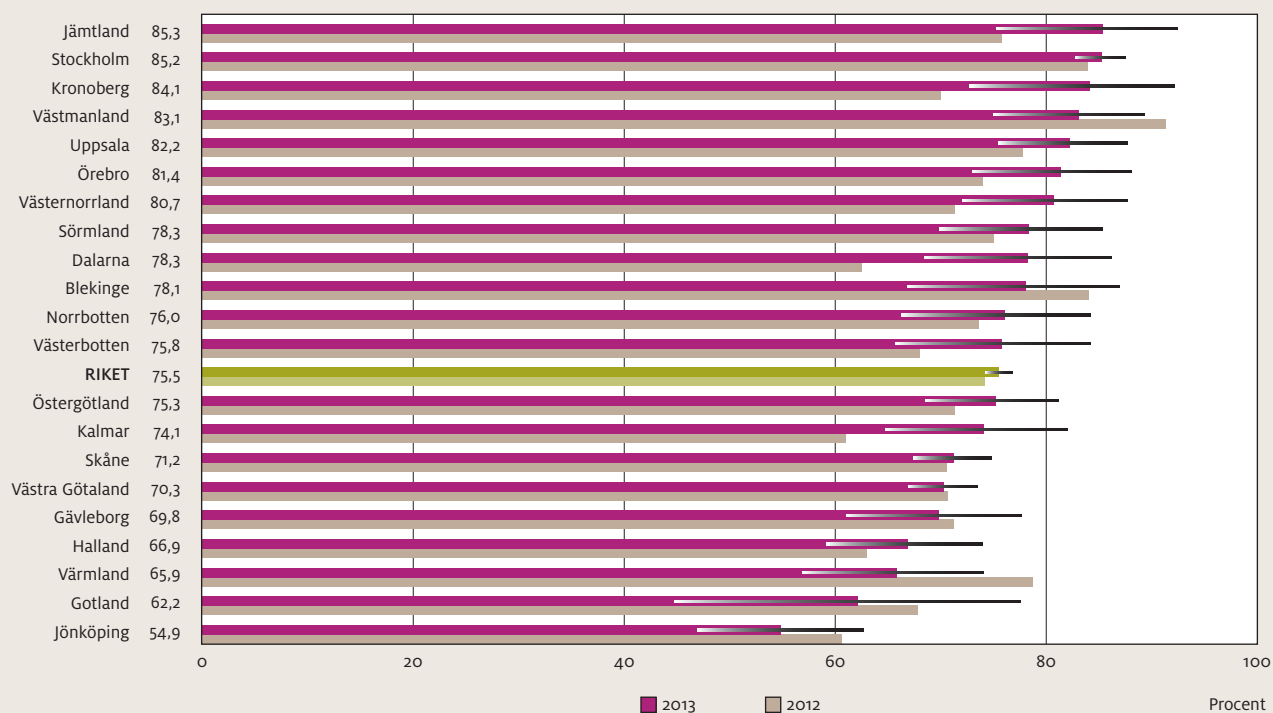
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 14 – RIKET: Andel operationer med bröstbevarande kirurgi vid en tumörstorlek på ≤ 3 cm.

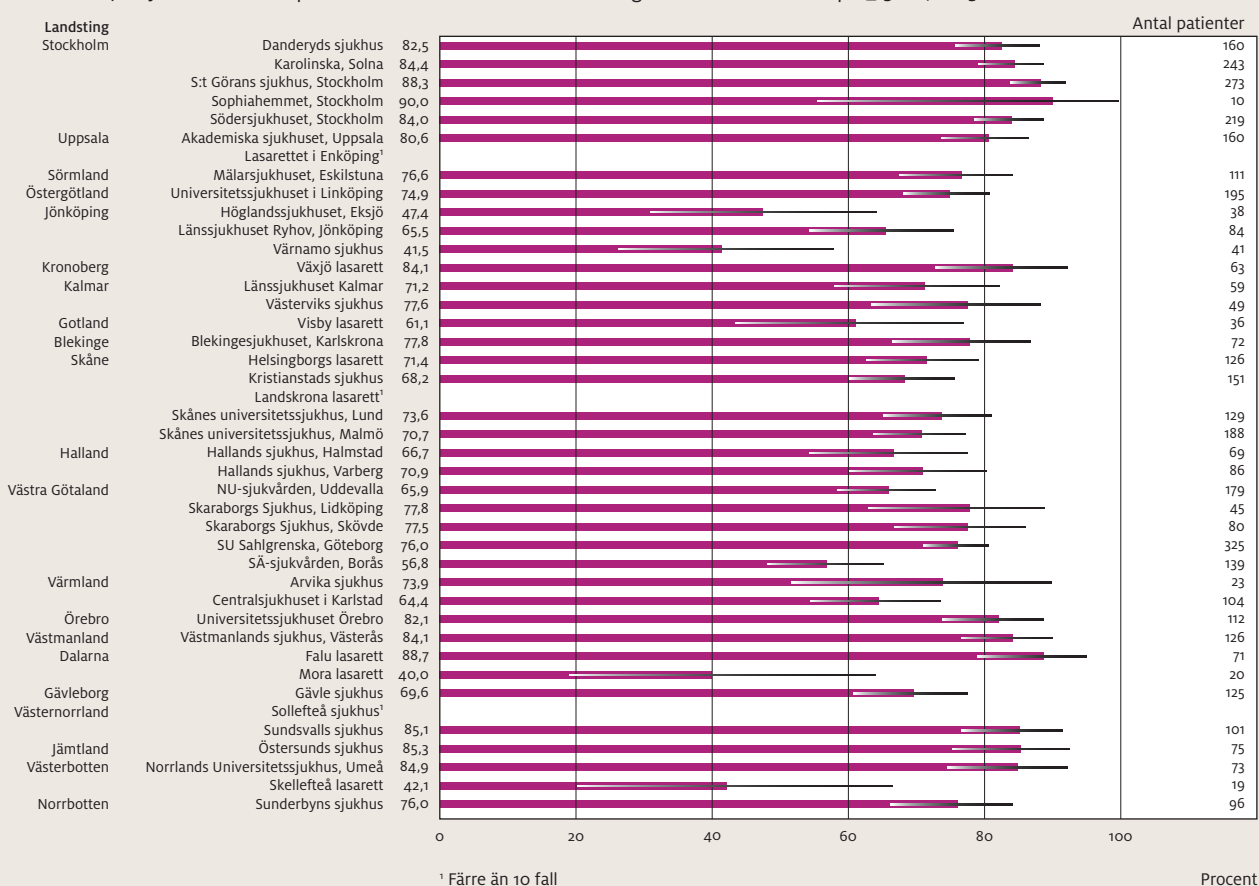


Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 14 – KVINNOR: Andel operationer med bröstbevarande kirurgi vid en tumörstorlek på ≤ 3 cm, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 14 – SJUKHUS: Andel operationer med bröstbevarande kirurgi vid en tumörstorlek på ≤ 3 cm, 2013.

Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

15 OPERATION MED SENTINEL NODE-TEKNIK VID INVASIV BRÖSTCANCER

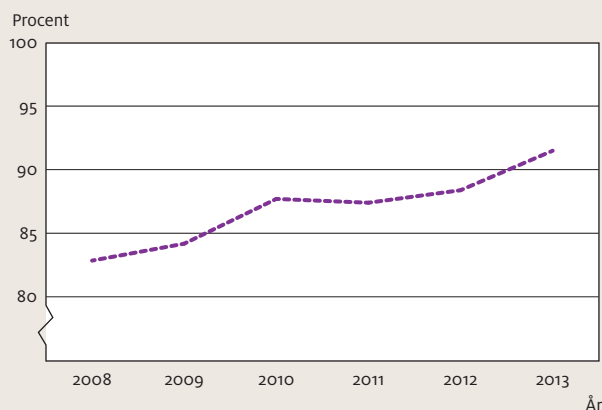
Sentinel node-tekniken innebär att den eventuellt tumörbärande första lymfkörteln i armhålan avlägsnas vid operationen. Ett spårämne som injiceras i bröstet lokaliserar den första lymfkörteln (sentinel node, även kallad portvaktstkörteln) så att det går att hitta den vid operationen. När körteln sedan analyseras under pågående operation kan kirurgen se om den innehåller tumörceller eller inte. Det minskar andelen patienter som måste genomgå en utvidgad operation på grund av spridning till lymfkörtlarna. Därmed minskar risken för besvärande lymfsvullnad i armen efter operationen. Tekniken används på kvinnor med invasiv bröstcancer, vilket innebär att tumören har bildat cellstråk in i den omgivande normala vävnaden.

Tekniken med sentinel node har använts nationellt sedan 1997. Om tekniken saknas på hemortssjukhuset bör patienten erbjudas operation på närmaste större sjukhus där resurser finns.

Diagram 15 visar andelen kvinnor som bröstopererades med sentinel node-teknik 2013. Av 6 142 diagnostiserade kvinnor utfördes operationen med sentinel node-teknik i 5 619 fall, vilket motsvarar 91 procent. Andelen varie-

rade mellan landstingen: 86–98 procent. År 2008 var det i genomsnitt 83 procent av patienterna som opererades med sentinel node-undersökning. Alla landsting uppfyllde 2013 Socialstyrelsens målnivå över 80 procent av bröstcanceroperationerna.

DIAGRAM 15 – RIKET: Andel kvinnor som opereras med sentinel node-teknik (portvaktstkörtelteknik) vid invasiv bröstcancer.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 15 – KVINNOR: Andel kvinnor som opereras med sentinel node-teknik (portvaktstkörtelteknik) vid invasiv bröstcancer, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 15 – SJUKHUS: Andel kvinnor som opereras med sentinel node-teknik (portvaktsskörtel teknik) vid invasiv bröstcancer, 2013.



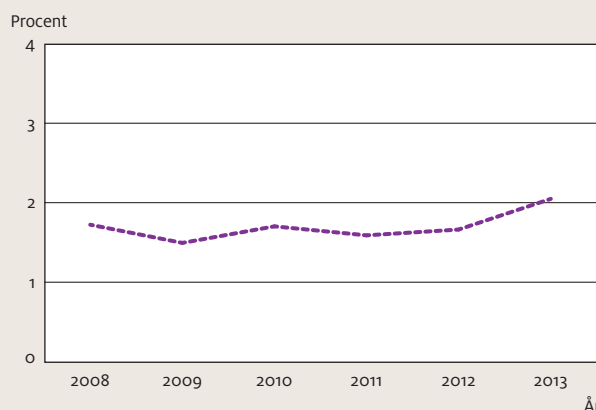
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

16 OMOPERATION PÅ GRUND AV KOMPLIKATION

Mer än 90 procent av patienterna med bröstcancer opereras, vilket innebär att kirurgi är den första åtgärden. Operationerna kan vara olika omfattande beroende på patientens allmänna hälsotillstånd, tumörens läge och dess egenskaper. Patienten kan drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, som oftast inträffar inom det första dygnet efter operationen, eller en infektion, vars symtom uppkommer inom en vecka. Den andra operationen kan även innebära ett lidande för patienten. Nationella Bröstcancerregistrets uppföljningar visar att de flesta omoperationer berodde på blödningar inom det första dygnet. Det var mycket få omoperationer som gjordes på grund av en sårinfektion. I nationella kvalitetsregistret registreras bara de postoperativa blödningar eller sårinfektioner som lett till en omoperation.

I diagram 16 redovisas andelen omoperationer under 2013. Av de 7 910 kvinnor som opererades var det 162 som omopererades, vilket motsvarar 2 procent. Landstingens värden varierade mellan knappt 1–7 procent.

DIAGRAM 16 – RIKET: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation.

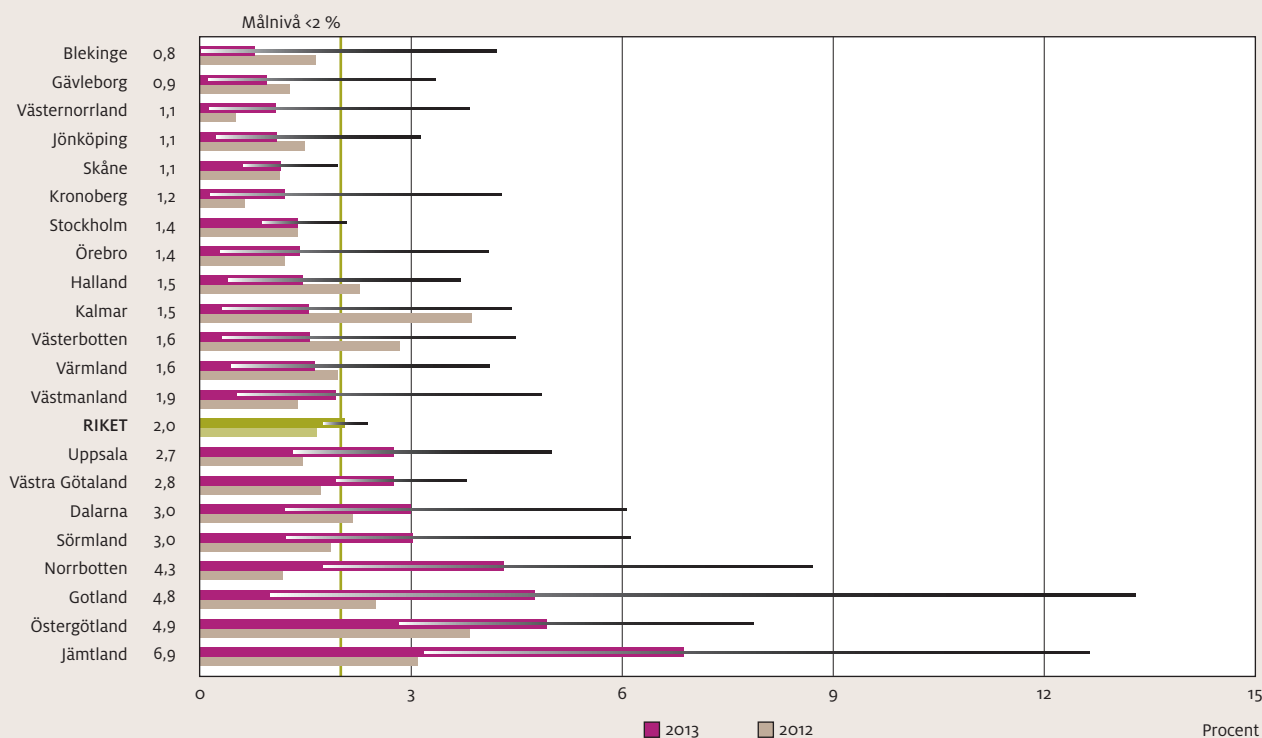


Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

Underlaget bygger på relativt få uppgifter, vilket gör att konfidensintervallen är breda. Dessutom kan det finnas registreringsskillnader där vissa sjukhus missar att rapportera in omoperationer till bröstcancerregistret. I Natio-

nella riktlinjer för bröstcancervård har Socialstyrelsen satt upp en målnivå på 2 procent eller mindre vilket under 2013 motsvarade rikets genomsnitt.

DIAGRAM 16 – KVINNOR: Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras inom 30 dagar på grund av komplikation, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

17 FULLSTÄNDIGT STRUKTURERAT PAD-SVAR EFTER OPERATION

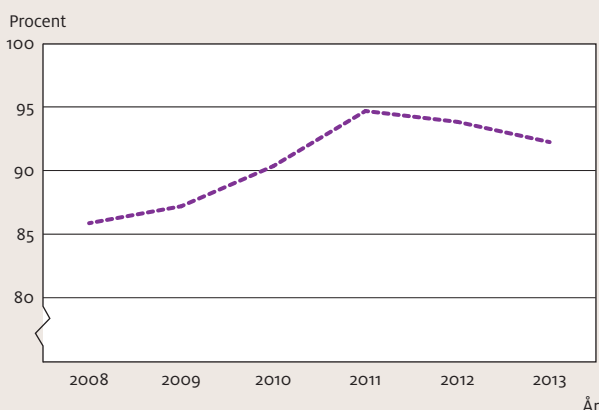
För att kunna ställa rätt diagnos och klassificera en tumör gör en patolog en makroskopisk och mikroskopisk undersökning av ett operationspreparat. Utifrån denna undersökning ställer patologen en patologisk-anatomisk diagnos (PAD), som sedan ligger till grund för den fortsatta behandlingen. Undersökningen ska ge tydliga svar på exempelvis vilken typ av tumör det gäller och vilket stadium den befinner sig i. Att få en korrekt klassificering av tumören är viktig för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen och uppföljningen. Socialstyrelsen har därför satt upp en målnivå på 100 procent, det vill säga alla PAD-svar bör ha ett fullständigt, strukturerat svar.

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 för att svara upp mot kraven på ett fullständigt svar.

Diagram 17 visar att av 7 469 operationspreparat från kvinnor som opererades 2013 var det 92 procent som hade

ett fullständigt strukturerat PAD-svar. Variationen mellan landstingen var 85–98 procent. Andelen har ökat under de senaste sex åren från 86 procent 2008.

DIAGRAM 17 – RIKET: Andel patienter som fått ett fullständigt strukturerat PAD-svar efter operation.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 17 – KVINNOR: Andel patienter som fått ett fullständigt strukturerat PAD-svar efter operation, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

18 LOKAL STRÅLBEHANDLING EFTER OPERATION AV BRÖSTCANCER MED LYMFKÖRTEL METASTASER

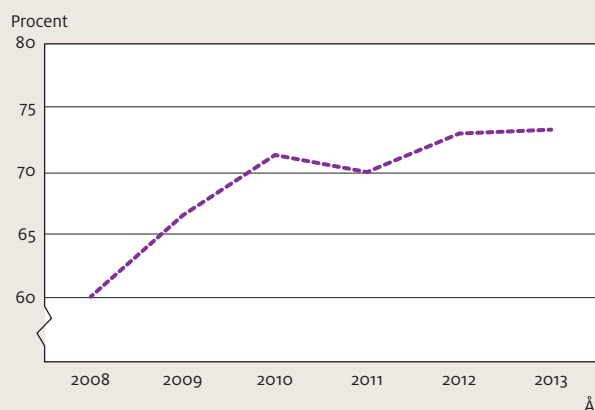
Det finns vetenskapliga studier som visar en minskad risk för återfall i bröstcancer när kvinnor med regionala lymfkörtelmetastaser efter operationen strålbehandlas lokalt mot bröstet eller bröstorgsväggen och närliggande lymfkörtlar. Det finns nya studier som visar att även kvinnor med en mindre spridd cancer kan ha nytta av åtgärden. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om lokal strålbehandling vid en till tre regionala lymfkörtelmetastaser fått hög prioritet. Strålbehandling vid fyra eller fler påvisade regionala lymfkörtelmetastaser är idag standardbehandling. Indikatoren är relevant att följa eftersom den visar hur aktiv kliniken är att ge denna patientgrupp lokal strålbehandling efter operation. Alla kvinnor kan inte få behandlingen på grund av sitt hälsotillstånd, till exempel vid vänstersidig bröstcancer finns risk för hjärtpåverkan vid strålbehandling. Socialstyrelsen har därför satt upp en målnivå på mer än 90 procent.

Diagram 18 visar att av 1 045 kvinnor som opererades för bröstcancer och hade lymfkörtelmetastaser 2013 var det 73 procent som planerades få lokal strålbehandling. Variationen mellan landstingen var 36–94 procent. Variationen kan vara ett uttryck för regionala skillnader i behandlingsrekommendationer. Andelen har ökat under de senaste sex åren från 60 procent 2008.

Kvalitetsregistret har nyligen påbörjat registreringen av antal kvinnor som fick behandlingen. I dag är dessa uppgifter inte tillräckligt tillförlitliga, därför redovisas i denna jämförelse endast uppgifter för de kvinnor som planerades få behandlingen.

Några landsting hade få inrapporterade fall till kvalitetsregistret, resultatet måste då tolkas med viss försiktighet.

DIAGRAM 18 – RIKET: Andel kvinnor med bröstcancer med regionala lymfkörtelmetastaser som efter operation planeras få lokal strålbehandling.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 18 – KVINNOR: Andel kvinnor med bröstcancer med regionala lymfkörtelmetastaser som efter operation får lokal strålbehandling, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

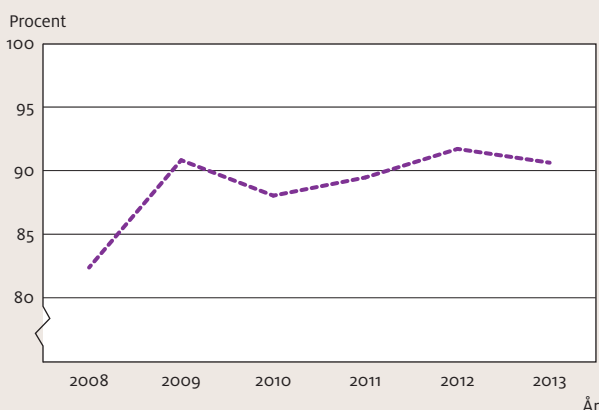
19 CYTOSTATIKABEHANDLING MED TILLÄGG AV TRASTUZUMAB

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 cytostatikabehandling i ett år efter operationen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om denna behandling fått hög prioritet. Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar hur aktiv kliniken är att ge denna patientgrupp trastuzumab som tilläggsbehandling i ett år. Alla kvinnor kan inte få behandlingen på grund av kontraindikationer och samsjuklighet, särskilt hos äldre kvinnor, därför har Socialstyrelsen satt upp en målnivå på mer än 80 procent.

Diagram 19 visar att av 661 kvinnor med HER2-positiv bröstcancer 2013 var det 91 procent som planerades få cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab i ett år efter operationen. Variationen mellan landstingen var 58–100 procent. Andelen har ökat under de senaste sex åren från 82 procent 2008. Kvalitetsregistret har nyligen påbörjat registreringen av antal kvinnor som fick behandlingen. I dag är dessa uppgifter inte tillräckligt tillförlitliga, därför redovisas i denna jämförelse endast uppgifter för de kvinnor som planerades få behandlingen.

Per landsting är det få fall som ingår i underlaget och resultatet måste tolkas med stor försiktighet. Några landsting har en andel som är lägre än 80 procent och de bör överväga om det förekommer underbehandling för denna patientgrupp.

DIAGRAM 19 – RIKET: Andel kvinnor som planeras få cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab i ett år efter operation vid HER2-positiv bröstcancer.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 19 – KVINNOR: Andel kvinnor som planeras få cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab i ett år efter operation vid HER2-positiv bröstcancer, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

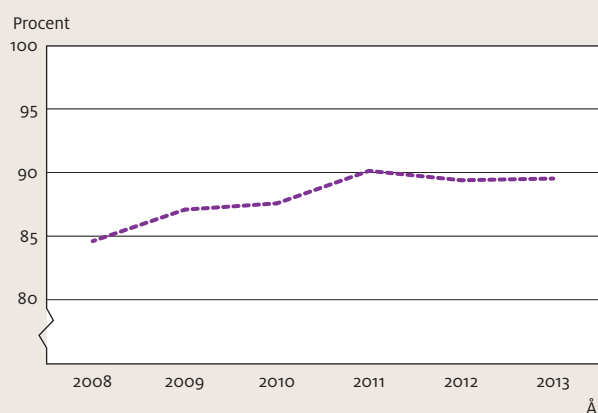
20 LÄKEMEDELSBEHANDLING MED TAMOXIFEN OCH/ELLER AROMATASHÄMMARE EFTER OPERATION

Det finns vetenskapliga studier som visar en sänkt risk för förtida död för kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer som efter operationen fått läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare, jämfört med dem som inte fått någon sådan behandling. Högst prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om behandling med tamoxifen fått. Behandling med aromatashämmare har fått en lägre prioritet. Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar hur aktiv kliniken är i att ge kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer läkemedelsbehandling efter operation. Alla kvinnor kan inte få behandlingen på grund av kontraindikationer, därför har Socialstyrelsen satt upp en målnivå på mer än 95 procent.

Diagram 20 visar att av 6 034 kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer 2013 var det 90 procent som planerades få tamoxifen och/eller aromatashämmare efter operationen. Variationen mellan landstingen var 76–100 procent. Andelen har ökat från nästan 85 procent 2008,

men under de senaste tre åren har andelen för riket legat kvar på cirka 90 procent. Tre landsting visar ett resultat som överstiger målnivån.

DIAGRAM 20 – RIKET: Andel kvinnor som planeras få läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare efter operation vid hormonreceptorpositiv bröstcancer.



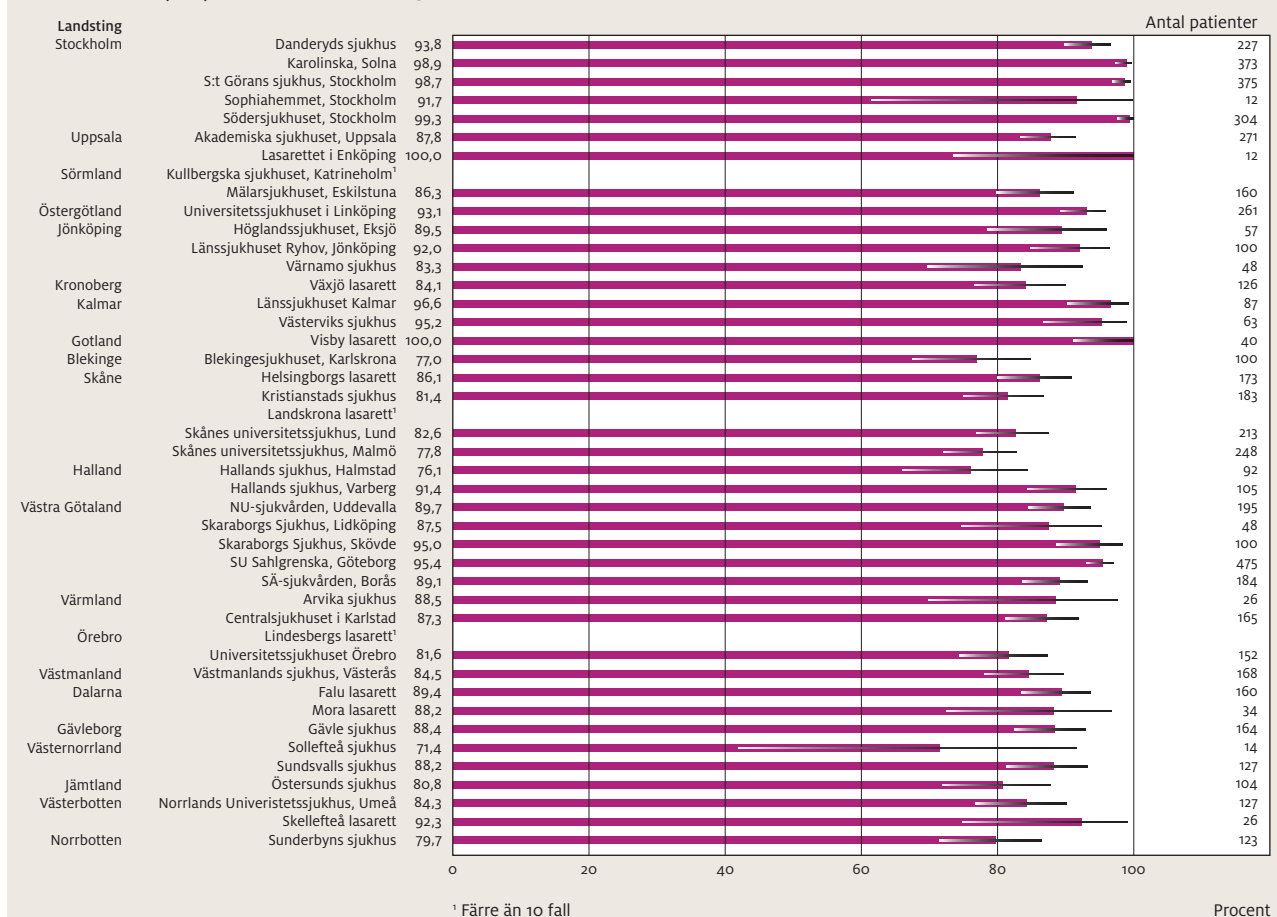
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 20 – KVINNOR: Andel kvinnor som planeras få läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare efter operation vid hormonreceptorpositiv bröstcancer, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

DIAGRAM 20 – SJUKHUS: Andel kvinnor som planeras få läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare efter operation vid hormonreceptorpositiv bröstcancer, 2013.



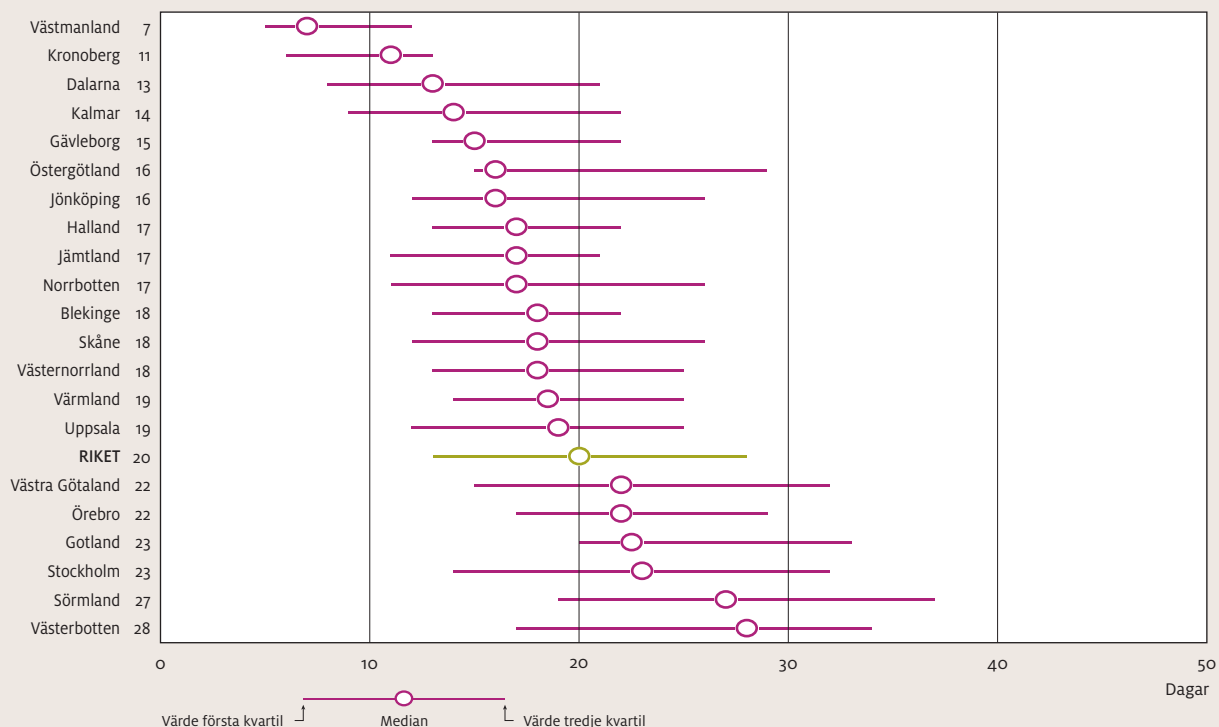
Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

21 VÄNTETID FRÅN FÖRSTA BESÖK HOS SPECIALIST TILL START AV BEHANDLING

SFBK arbetar för att patienterna ska få ett snabbt omhändertagande, och har angett 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. Indikatorn anger väntetiden från det första besöket hos en specialist till dagen för start av en behandling, i de flesta fall en operation. Väntetiden påverkas av hur bröstcancervårdkedjan är utformad lokalt. I vissa landsting är till exempel utredningen påbörjad eller redan avklarad innan patienten remitteras till specialistkliniken för behandling.

Diagram 21 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från det första besöket hos en specialist till behandlingsstart. Jämförelsen omfattar 7 466 kvinnor som behandlades under 2013. 25 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 13 dagar, 50 procent inom 20 dagar och 75 procent inom 28 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 28 dagar på att behandlingen skulle påbörjas. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade fått en operation) var 7–28 dagar.

DIAGRAM 21 – KVINNOR: Väntetid från första besök hos specialist till start av behandling för bröstcancer, 2013.



Källa: Nationella Bröstcancerregistret.

Vad har hänt sedan 2011?

Bröstcancervården uppvisade 2011 goda och jämna resultat för flera indikatorer. Årets öppna jämförelser visar att bra kan bli bättre, redan goda resultat har i flera fall ytterligare förbättrats och variationen i landet har minskat. Detta gäller t.ex. relativ femårsöverlevnad, andel patienter med fastställd diagnos före operation samt bedömning vid multidisciplinär konferens inför start av behandling samt efter operation.

Det kan finnas ett behov av att tydligöra definitionen av en multidisciplinär konferens och för bröstcancer finns detta angivet såväl i nationella som europeiska riktlinjer.

Inrapportering av behandlingsdata för strålbehandling och cytostatikabehandling har lagts till i kvalitetsregistret från och med 2012 vilket kan bidra till att inrapporteringen av dessa data ännu är låg från vissa landsting. Det är givetvis angeläget att minska denna variation.

ÄGGSTOCKSCANCER

Statistik 2012	Kvinnor
Antal diagnostiserade fall	694
Andel av alla cancerfall	2 %
Prevalens, totalt	8 649
Relativ 5-årsöverlevnad	45,4 %
Antal dödsfall	571

Äggstockscancer, det vill säga elakartade tumörer som utgår från äggstockarna, drabbar cirka 700 kvinnor varje år. Prognosen är förhållandevis dålig och den relativa femårsöverlevnaden är 45 procent. Under 2012 dog 571 kvinnor till följd av sin sjukdom. Incidensen (antal insjuknade) har dock sjunkit sedan 1975, vilket delvis beror på p-pillrets skyddande effekt.

Många cancersjukdomar delas in i fyra stadier grundat på tumörutbredningen. Stadium I innebär för äggstockscancer att tumören är begränsad till äggstockarna, och stadium IV innebär att sjukdomen har spridit sig även utanför bukhålan. Sjukdomen har ett smygande förlopp och diagnostiseras ofta sent eftersom den inte ger några symtom i ett tidigt stadium. Nästan hälften av fallen är i stadium III–IV vid tidpunkten för diagnos.

Här redovisas fyra indikatorer, varav en gäller överlevnaden, och tre som beskriver vårdprocessen. Femårsöverlevnaden fördelad på landsting bygger på uppgifter från cancerregistret. De andra är hämtade från Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer, som är ett av fyra delregister inom Svenska kvalitetsregistret för gynekologisk cancer. Registret startade år 2008. För äggstockscancer presenteras indikatorerna på regionnivå eftersom behandlingen till vissa delar är centraliserad regionalt.

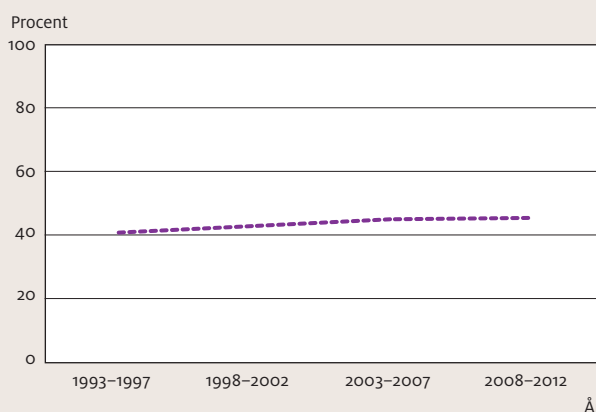
TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer var 87 procent 2013. Variationen mellan sjukvårdsregionerna var 77–99 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. Den varierande täckningsgraden mellan regionerna bör beaktas när man värderar resultateten för de indikatorer som redovisas i detta avsnitt. En redovisning av täckningsgraden per region finns i bilaga 3.

22 ÖVERLEVNAD VID ÄGGSTOCKSCANCER

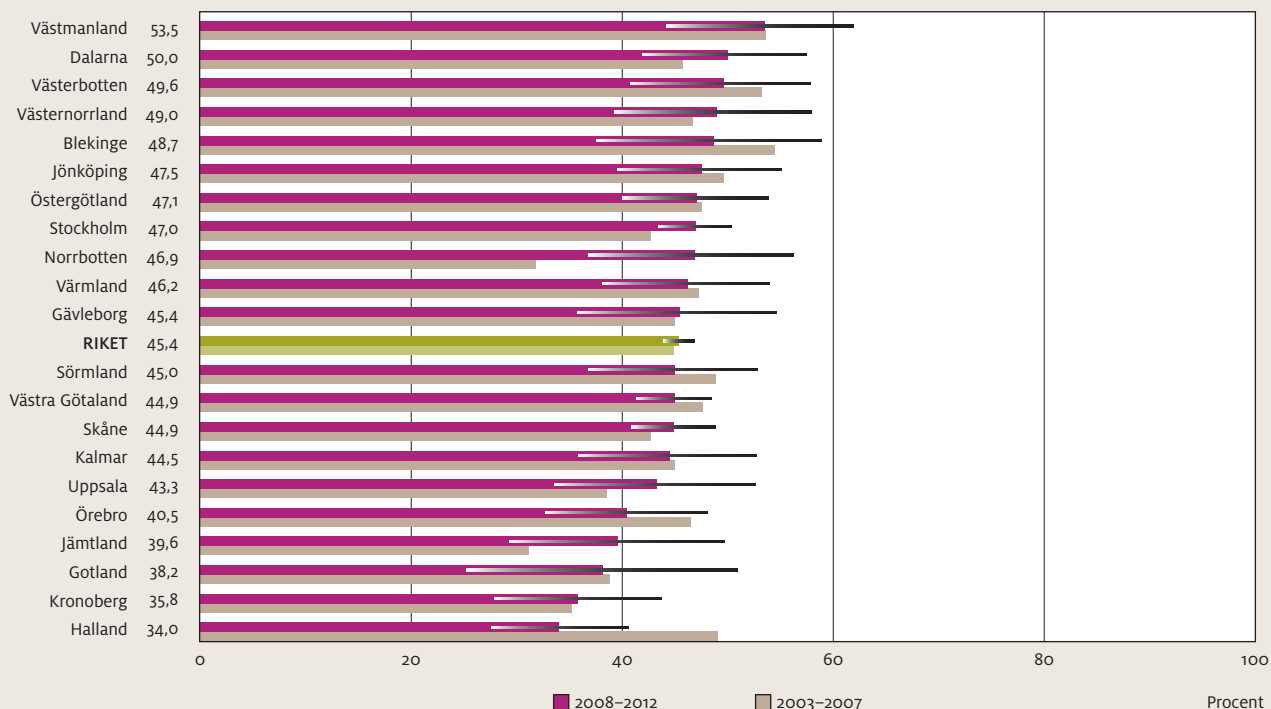
Den relativa överlevnaden vid äggstockscancer har ökat sedan 1990. Ökningen gäller framför allt korttidsöverlevnad, i ett respektive två år. Även femårsöverlevnaden har dock ökat något och var 45,4 procent för perioden 2008–2012, se diagram 22. Det finns vissa skillnader mellan landstingen men konfidensintervallen är breda och variation beroende på slumpen kan inte uteslutas.

DIAGRAM 22 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 22 – KVINNOR: Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

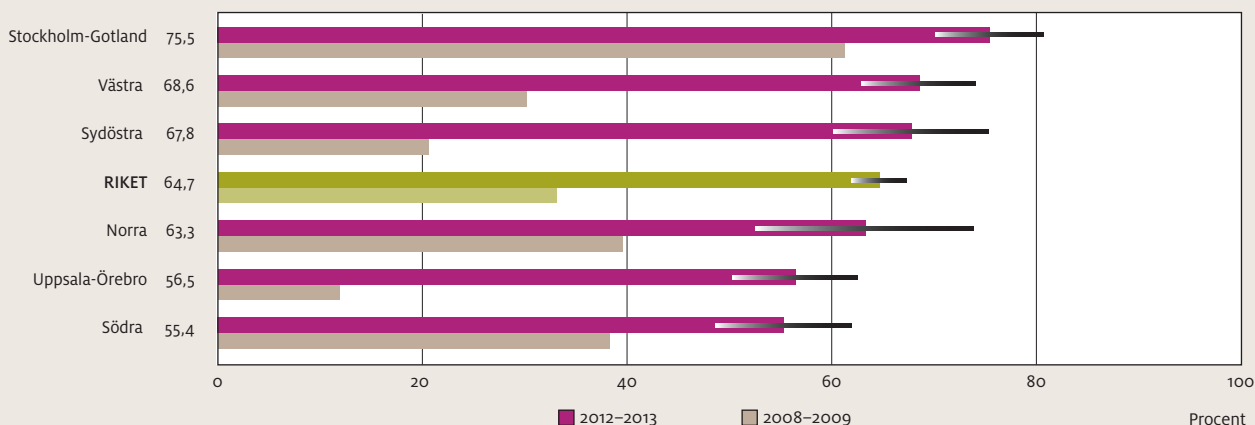
23 ANDEL VÄVNADSPROV SOM BEDÖMS AV REFERENSPATOLOG

När det gäller äggstockscancer bygger diagnosen och beslutet om behandling på patologens bedömning av tumörpreparatet. Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer har gjort uppföljningar som visar att relativt många diagnoser omvärderas om preparatet även bedöms av en subspecialiserad patolog (referenspatolog). Bedömningen har betydelse för prognosen och kan vara avgörande för den fortsatta

behandlingen. Indikatoren redovisas endast per sjukvårdsregion då behandlingen främst utförs på regionnivå.

Diagram 23 bygger på uppgifter om 1 212 kvinnor för åren 2012–2013 och visar att 65 procent av fallen bedömdes av en referenspatolog. Skillnaden mellan regionerna var 55–75 procent. Andelen i riket har mer än fördubblats från 2008 då den var 30 procent. Den rådande bristen på patologer kan göra att många regioner har svårt att ordna så att även en referenspatolog bedömer tumörpreparatet.

DIAGRAM 23 – KVINNOR: Andel kvinnor med äggstockscancer där vävnadsprov bedöms av referenspatolog, 2012–2013.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer.

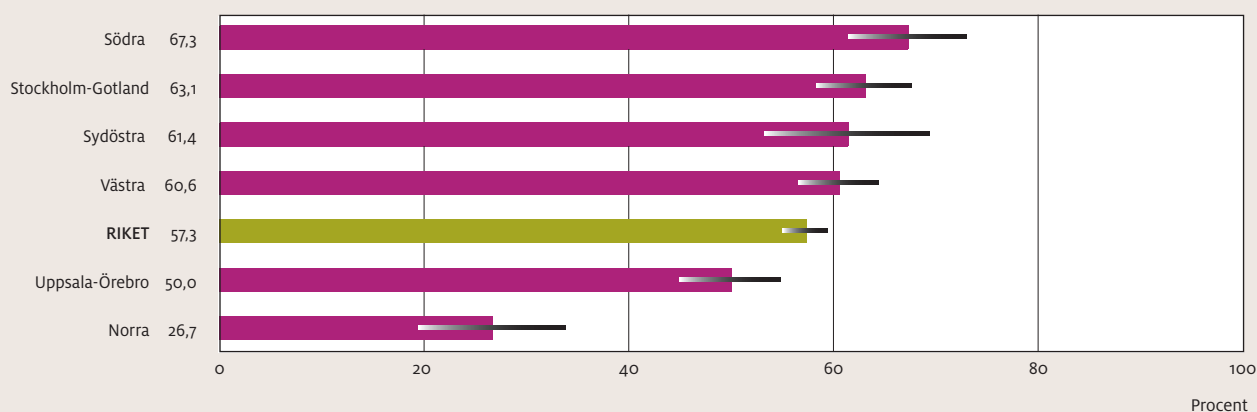
24 ERFAREN TUMÖRKIRURG VID PRIMÄROPERATIONEN

Den primära operationen vid äggstockscancer kan vara en mycket krävande operation och bör därför utföras av ett team som behärskar tekniken och har erfarenhet av att hantera dessa operationer. Det finns studier som visat att om operationerna utförs vid tumörkirurgiska centra av minst en erfaren tumörkirurg förbättras patientens överlevnad liksom kvaliteten på operationen, jämfört med patienter som inte fick sådana insatser. Indikatorn visar andelen primäroperationer där minst en erfaren tumörkirurg deltagit. Kvalitetsregistrets definition av erfaren tumörkirurg är en person som har utfört minst 25 omfattande tumörki-

urgiska ingrepp, så kallade Wertheimoperationer, eller som har subspecialitet inom gynekologisk tumörkirurgi. Operationsverksamheterna är i hög grad centraliserade varför resultatet endast redovisas per sjukvårdsregion.

Diagram 24 bygger på uppgifter om 1 946 kvinnor som opererades 2008–2013 och visar att i 57 procent av fallen deltog en erfaren tumörkirurg. Skillnaden mellan regionerna var 27–67 procent. Andelen i riket har ökat från 49 procent 2008 till 67 procent 2013. Kvalitetsregistret bedömer att en underrapportering kan finnas då uppgift saknades i flera inrapporterade fall om en erfaren tumörkirurg deltagit eller inte.

DIAGRAM 24 – KVINNOR: Andel patienter som primäropererats för ovarialcancer där erfaren tumörkirurg deltagit under operationen, 2008–2013.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer.

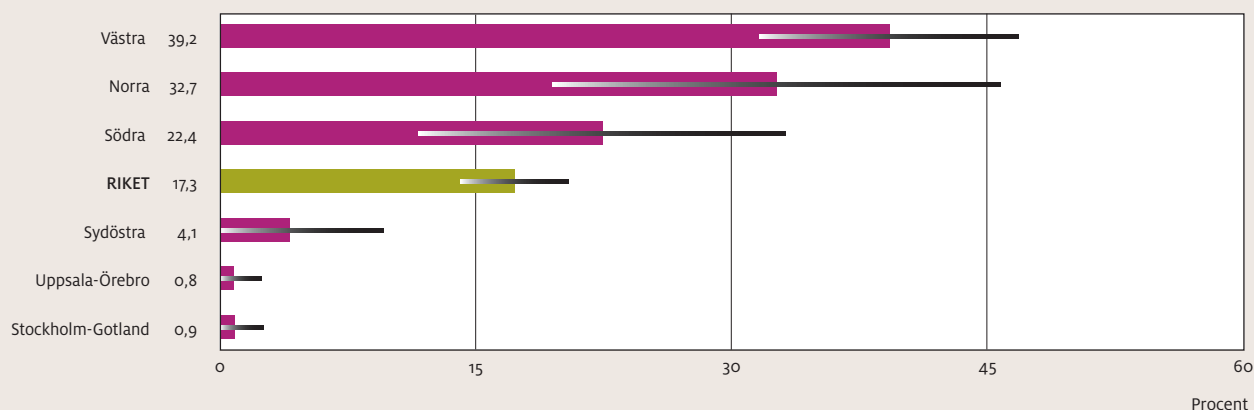
25 OPTIMALA KIRURGISKA STADIEINDELNINGSPROCEDURER VID OPERATION AV TIDIG ÄGGSTOCKSCANCER

En korrekt klassifikation av sjukdomens stadium, det vill säga cancers utbredning vid diagnos är avgörande för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen och uppföljningen. Stadiindelningen vid förmodat tidig äggstockscancer är mycket viktig. Cirka en tredjedel av patienterna i stadium I kräver ingen behandling utöver kirurgi, enligt nationella vårdprogrammets kriterier. Detta förutsätter dock att en fullständig undersökning av buken utförts vid operationen och att multipla vävnadsprov tagits enligt ett schema från olika delar av buken. Multipla systematiska biopsier används här som en indikator för adekvat stadiindelning. Omvänt kan patienter som har en tumorspridning och ett mer avancerat stadium identifieras. Dessa patienter kräver ytterligare behandling utöver kirurgi.

Patologen gör efter operationen en makroskopisk och mikroskopisk undersökning av operationspreparatet. Resultaten sammanvägs med röntgenundersökningar. Därefter tilldelas tumören ett stadium som anger tumöret-bredningen. Den klassifikation som används i Sverige är FIGOs (Federation International of Gynecology and Obstetrics) stadiindelning. Den senaste versionen utkom 2013. Denna jämförelse har avgränsats till kvinnor i stadium I, vilket är en tidig form av äggstockscancer. Resultatet redovisas per sjukvårdsregion.

Diagram 25 bygger på uppgifter om 550 kvinnor med äggstockscancer i stadium I som opererades 2008–2013 och visar att i 17 procent av fallen hade systematiska biopsier tagits vid operationen. Skillnader mellan regionerna var 1–39 procent. Resultaten antyder att adekvat stadiindelning inte utförts för en stor del av patienterna med tidig äggstockscancer. Anledningen till den låga andelen patienter, där man registrerat att multipla systematiska biopsier tagits, bör utredas närmare.

DIAGRAM 25 – KVINNOR: Andel patienter med tidig äggstockscancer (stadium I) som fått optimal stadiindelning enligt FIGO med systematiska biopsier under operation, 2008–2013.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer.

Vad har hänt sedan 2011?

Överlevnaden har ökat något för äggstockscancer. Fler primäroperationer utförs av erfaren tumörkirurg och fler vävnadsprov från primäroperationen bedöms av subspecialiserad referenspatolog, detta trots en i landet generell brist på patologer. Kirurgiskt finns ett uttalat förbättringsbehov för att uppnå en adekvat kirurgisk stadiindelning av tidig äggstockscancer (stadium I).

NJURCANCER

Statistik 2012	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	397	649
Andel av alla cancerfall	1 %	2 %
Prevalens, totalt	3 946	5 238
Relativ 5-årsöverlevnad	67,7 %	65,5 %
Antal dödsfall	236	308

Njurcancer utgör cirka två procent av all cancer hos vuxna i Sverige. Incidensen (antalet insjuknade) är högre hos män än hos kvinnor och cirka 60 procent som får diagnosen är män. Det finns inga stora skillnader mellan sjukvårdsregionerna och under de senaste två decennierna har incidensen minskat. Cirka 1 000 personer om året diagnostice-ras med njurcancer, varav de flesta är över 65 år.

Prognosen har förbättrats under det senaste årtiondet. Femårsöverlevnaden är mycket hög, över 90 procent, för patienter med små tumörer som inte har hunnit växa igenom njurkapseln. Totalt är femårsöverlevnaden för njurcancer över 65 procent för båda könen. I Sverige dör cirka 500 personer av njurcancer varje år.

Här redovisas resultatet för fyra indikatorer, varav tre med data från Nationella njurcancerregistret. Två indikatorer speglar insatser som är rekommenderade i nationella vårdprogrammet. Uppgifter om överlevnad har hämtats från cancerregistret. Avslutningsvis visas ett väntetidsmått.

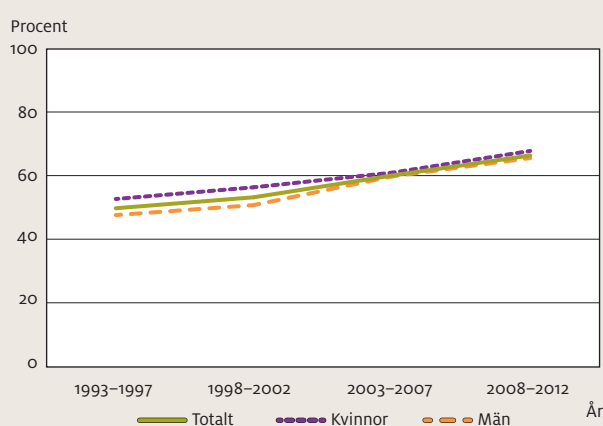
TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Nationella njurcancerregistret var 98 procent 2013. Variationen mellan sjukvårdsregionerna var 91–100 procent. 13 landsting hade en täckningsgrad på 100 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. En redovisning av täckningsgraden per landsting finns i bilaga 3.

26 ÖVERLEVAD VID NJURCANCER

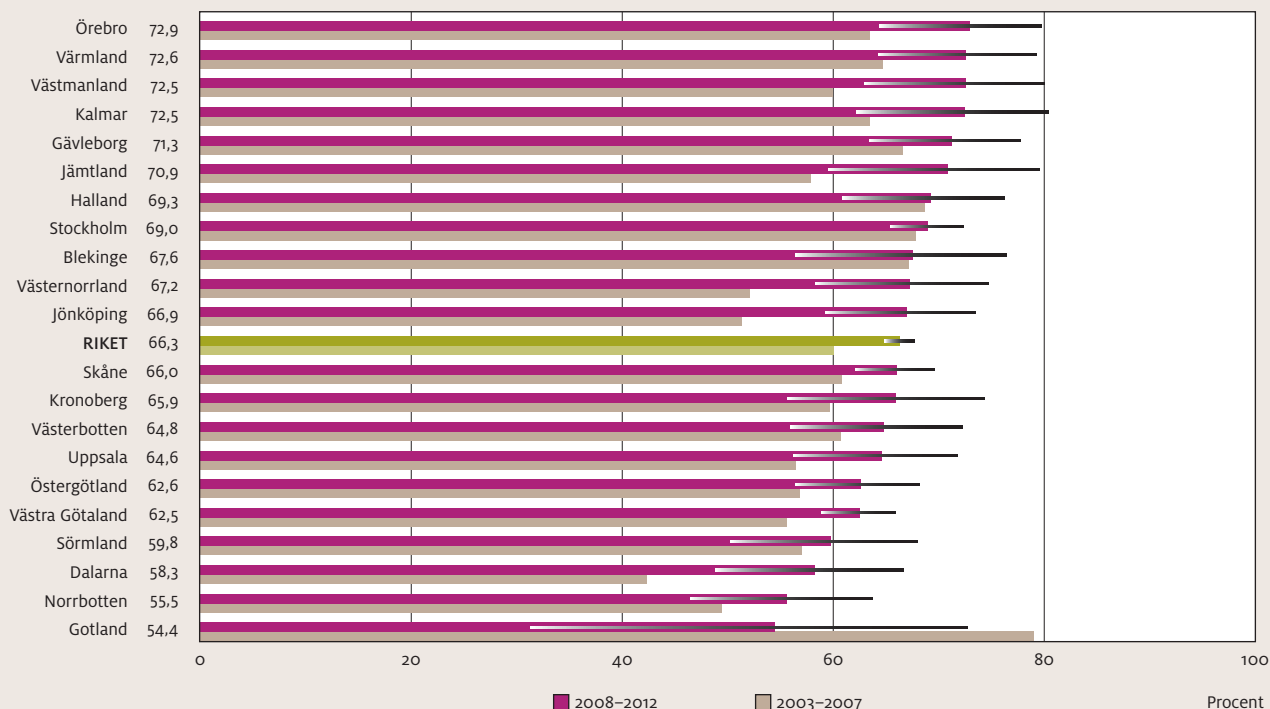
Efter att ha legat på en stabil nivå under 1990-talet ökade den relativa femårsöverlevnaden för både män och kvinnor under början av 2000-talet. Under perioden 2008–2012 var överlevnaden något lägre för män än för kvinnor, 65,5 respektive 67,7 procent. Sammanlagt för båda könen var överlevnaden 66,3 procent, se diagram 26. Det finns en spridning i överlevnaden mellan landstingen från 54,4–72,9 procent.

DIAGRAM 26 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid njurcancer, Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 26 – TOTALT: Relativ 5-årsöverlevnad vid njurcancer, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



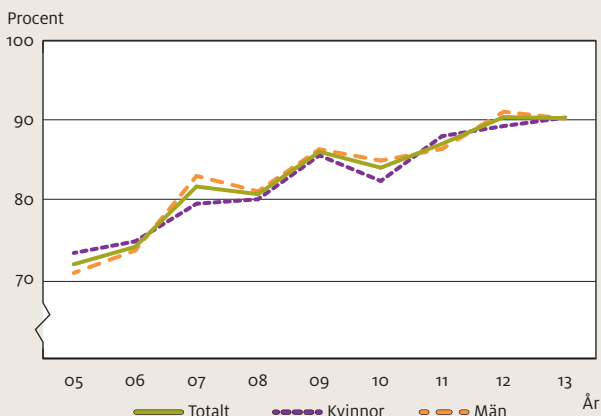
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

27 PRIMÄR UTREDNING MED DATORTOMOGRAFI AV BRÖSTKORGEN FÖRE OPERATION

Fjärrmetastaser från njurcancer sitter ofta i lungorna. Inför operation är det avgörande att veta om det finns tumörspridning till lungorna vilket bäst undersöks med datortomografi av bröstkorget. Enligt det nationella vårdprogrammet bör patienter primärt utredas med en sådan undersökning. Vårdprogrammets målnivå är att minst 85 procent av alla patienter bör utredas med datortomografi av bröstkorget.

Diagram 27 visar att av 2 085 personer som diagnostiserades med njurcancer under 2012–2013 var det 90 procent som undersöktes med en datortomografi av bröstkorget. Andelen varierar mellan 72–100 procent i landstingen. Undersökningen har ökat sedan 2005 då andelen var 72 procent i riket. Variabeln registrerades i mycket hög utsträckning i kvalitetsregistret.

DIAGRAM 27 – RIKET: Andel patienter som fick utredning med datortomografi av bröstkorget före operation för njurcancer.



Källa: Nationella njurcancerregistret.

DIAGRAM 27 – TOTALT: Andel patienter som fick utredning med datortomografi av bröstkgorgen före operation för njurcancer, 2012-2013.



Källa: Nationella njurcancerregistret.

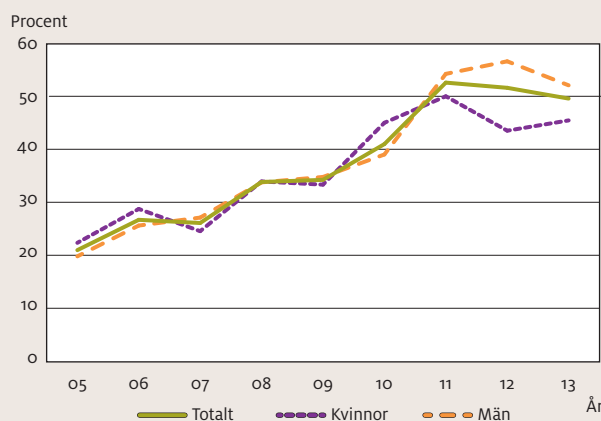
28 NJURSPARANDE KIRURGI VID SMÅ TUMÖRER

Det nationella vårdprogrammet rekommenderar att en njursparande kirurgi, så kallad partiell nefrektomi, används när njurcancer är 4 cm eller mindre och utan metastaser. Avsikten är att spara njurfunktionen vilket är av stort värde för patienterna.

Diagram 28 visar att av 692 patienter som hade en njurcancer som var 4 cm eller mindre och utan metastaser under 2012-2013 var det 51 procent som fick njursparande kirurgi, partiell nefrektomi. Njursparande kirurgi som metod har ökat sedan 2005 då andelen var 21 procent i riket. Andelen patienter opererade med njursparande kirurgi varierar mellan 10-83 procent i landstingen, med undantag för Gotland som hade få fall. Skillnaden mellan landsting är överraskande stora.

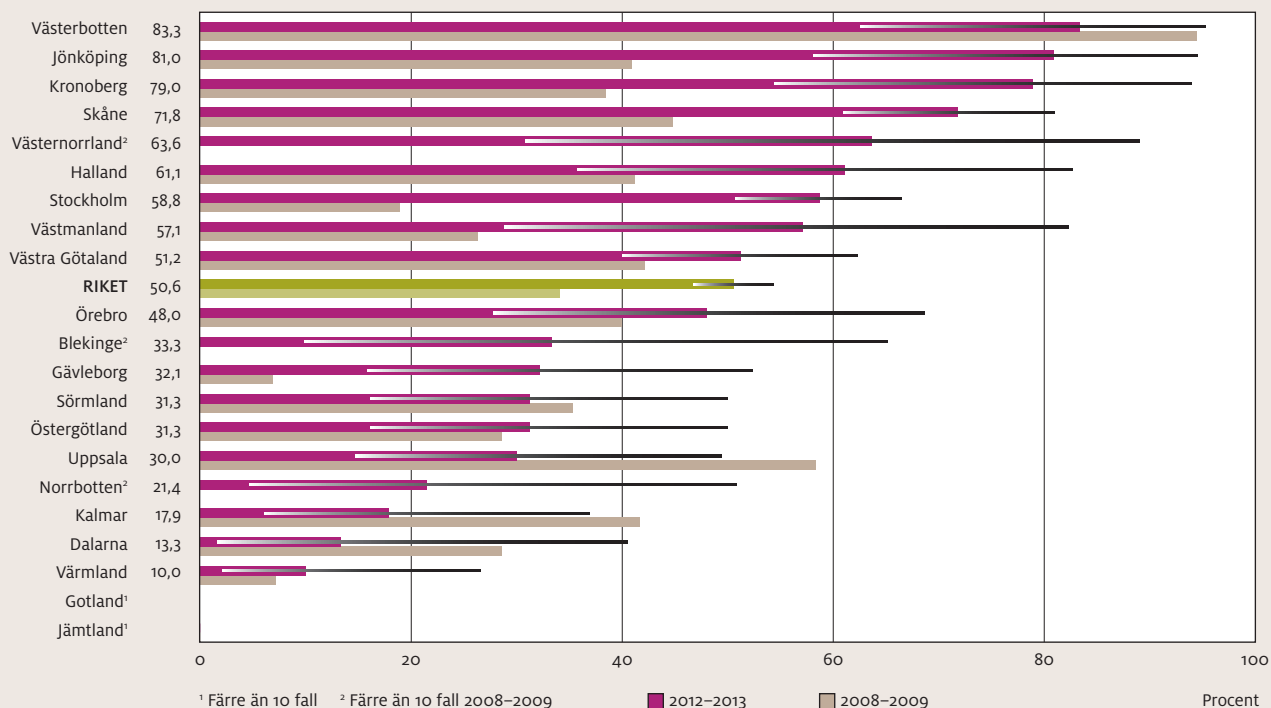
Underlagen i diagrammet bygger dock på relativt få uppgifter per landsting, vilket gör att konfidensintervallen är breda. Uppgifterna bör då tolkas med stor försiktighet.

DIAGRAM 28 – RIKET: Andel patienter som fått njursparande kirurgi. Avser patienter med njurtumörer upp till 4 cm storlek och utan metastaser.



Källa: Nationella njurcancerregistret.

DIAGRAM 28 – TOTALT: Andel patienter som fått njursparande kirurgi, 2012–2013. Avser patienter med njurtumörer upp till 4 cm storlek och utan metastaser.



Källa: Nationella njurcancerregistret.

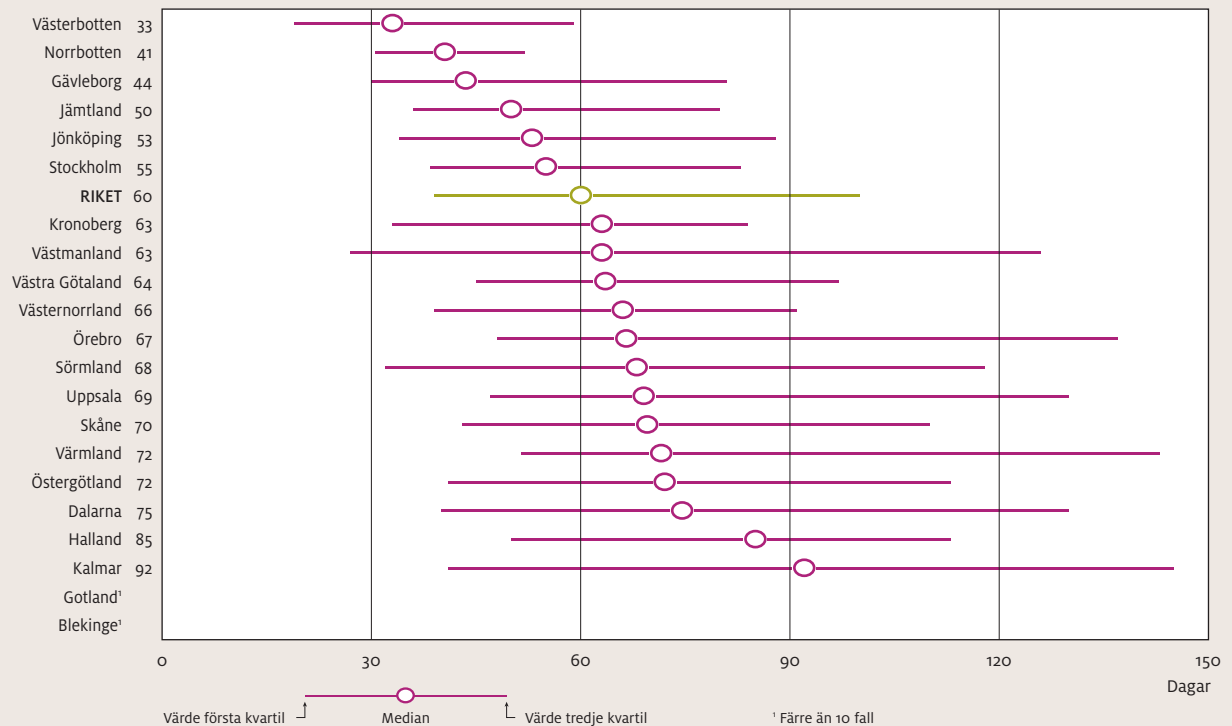
29 VÄNTETID FRÅN REMISSBESLUT TILL START AV BEHANDLING

För patientens skull bör vården eftersträva så korta väntetider som möjligt. Här redovisas väntetiden från beslut om att skicka en remissen till en specialist på grund av en misstanke om cancer, till det att en behandling har påbörjats.

Diagram 29 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissbeslut till start

av behandling. Jämförelsen omfattar 822 patienter som behandlades under 2013. 25 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 39 dagar, 50 procent inom 60 dagar och 75 procent inom 100 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 100 dagar på att behandlingen skulle påbörjas. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var 33–92 dagar.

DIAGRAM 29 – TOTALT: Väntetid från remissbeslut till start av behandling för njurcancer, 2013.



Källa: Nationella njurcancerregistret.

Vad har hänt sedan 2011?

Sedan föregående jämförelse 2011 har det inte skett någon nämnvärd förändring i överlevnaden vid njurcancer. Nästan alla patienter blir idag föremål för en datortomografi av bröstcorgen som ett led i utredningen. Andelen patienter med en njurcancer som var 4 cm eller mindre och utan metastaser som opererats med njursparande teknik har ökat. En fjärdedel av patienterna får vänta mer än 100 dagar innan behandling påbörjats, vilket för dessa patienter är en lång väntetid.

URINBLÅSECANCER

Statistik 2012	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	601	1 794
Andel av alla cancerfall	2 %	6 %
Prevalens, totalt	5 767	16 112
Relativ 5-årsöverlevnad	72,6 %	75,4 %
Antal dödsfall	201	470

Drygt 2 400 personer insjuknar i cancer i urinblåsan varje år, varav tre fjärdedelar är män. Antalet fall ökade markant från 1960-talet och framåt, men ökningen ser ut att ha planat ut under 2000-talet. De flesta som diagnostiseras är i åldern 60–80 år, och medelålder är 73 år. De första symtomen vid cancer i urinblåsan är vanligen blod i urinen. Urinblåsecancer delas in i de olika typerna Tis, Ta och T1–T4, varav Tis, Ta och T1 är icke-muskelinvasiva. Det innebär att tumören inte har vuxit in på djupet i urinblåsans muskulatur. I genomsnitt är cirka tre fjärdedelar av alla fall icke-muskelinvasiva, med en liten variation mellan sjukvårdsregionerna.

Här visas resultatet av sex indikatorer. Den första indikatorn behandlar överlevnaden i sjukdomen. Fyra indikatorer visar andelen patienter som har fått någon av de aktuella behandlingarna eller andra insatser som rekommenderas i nationella vårdprogrammet. Avslutningsvis visas en indikator som handlar om väntetiderna i vården. Uppgifterna har hämtats från Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer, förutom överlevnad där data kommer från Socialstyrelsens cancerregister.

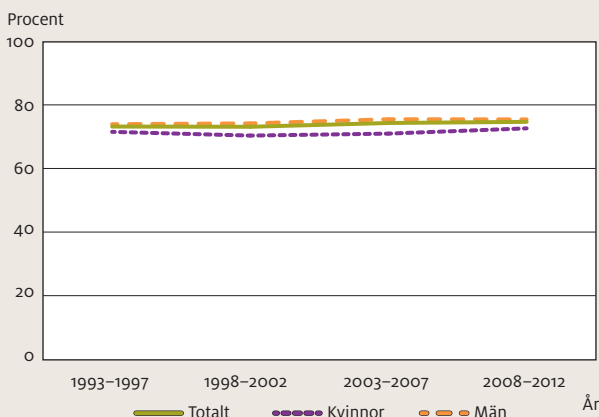
TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Nationella kvalitetsregistret för urinblåsecancer var 95 procent 2013. Variationen mellan sjukvårdsregionerna var 78–100 procent. 14 landsting hade en täckningsgrad på 100 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. Det är framför allt ett landsting som släpar efter i inrapportering av uppgifter för 2013. En redovisning av täckningsgraden per landsting finns i bilaga 3.

30 ÖVERLEVNAID VID URINBLÅSECANCER

Diagram 30 visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter med urinblåsecancer. För riket var den 74,7 procent under åren 2008–2012 och variationen mellan landstingen var 67,2–81,9 procent. Överlevnaden sjunker ju äldre patienten är vid diagnosen.

DIAGRAM 30 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid urinblåsecancer. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 30 – TOTALT: Relativ 5-årsöverlevnad vid urinblåsecancer, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

31 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS INFÖR BEHANDLINGSSTART

Inför primärbehandlingen av urinblåsecancer genomförs en multidisciplinär konferens, där en omfattande granskning av patientens tumörsjukdom görs för att vården ska kunna ge patienten en så bra behandling som möjligt. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis urolog, onkolog, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. I det nationella vårdprogrammet lyfts två patientgrupper fram som bör bedömas vid multidisciplinära konferenser, det är patienter med tumörer i stadium T1 och patienter med muskelinvasiva blåstumörer (stadium T2–T4) som är aktuella för kurativt syftande (det vill säga botande) behandling. Denna jämförelse belyser multidisciplinära konferenser för patienter med T1-tumörer eller med muskelinvasiv sjukdom.

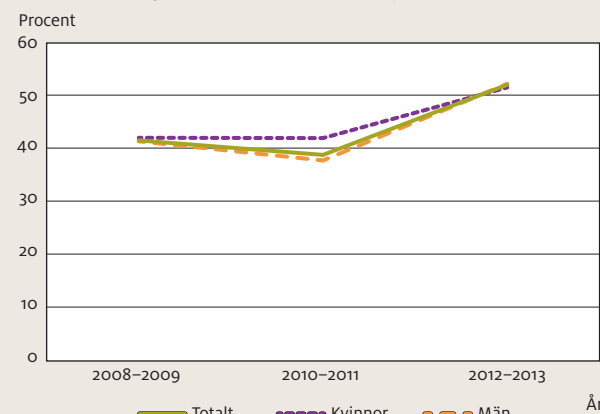
Av 2 129 patienter åren 2012–2013 var det 52 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens, se diagram 31. Variationen mellan landstingen var stor: 16–92 procent. Det var ingen större skillnad mellan män och kvinnor. Andelen har ökat från 41 procent under åren 2008–2009.

Nationella vårdprogrammet med tillhörande kvalitetsregister anger att alla patienter med tumörer i stadium T1 och med muskelinvasiva blåstumörer bör diskuteras på en multidisciplinär konferens. Andelen patienter som tas

upp vid sådana konferenser är långt från kvalitetsregistrets målsättning och påtagliga förbättringar behöver göras inom de närmaste åren.

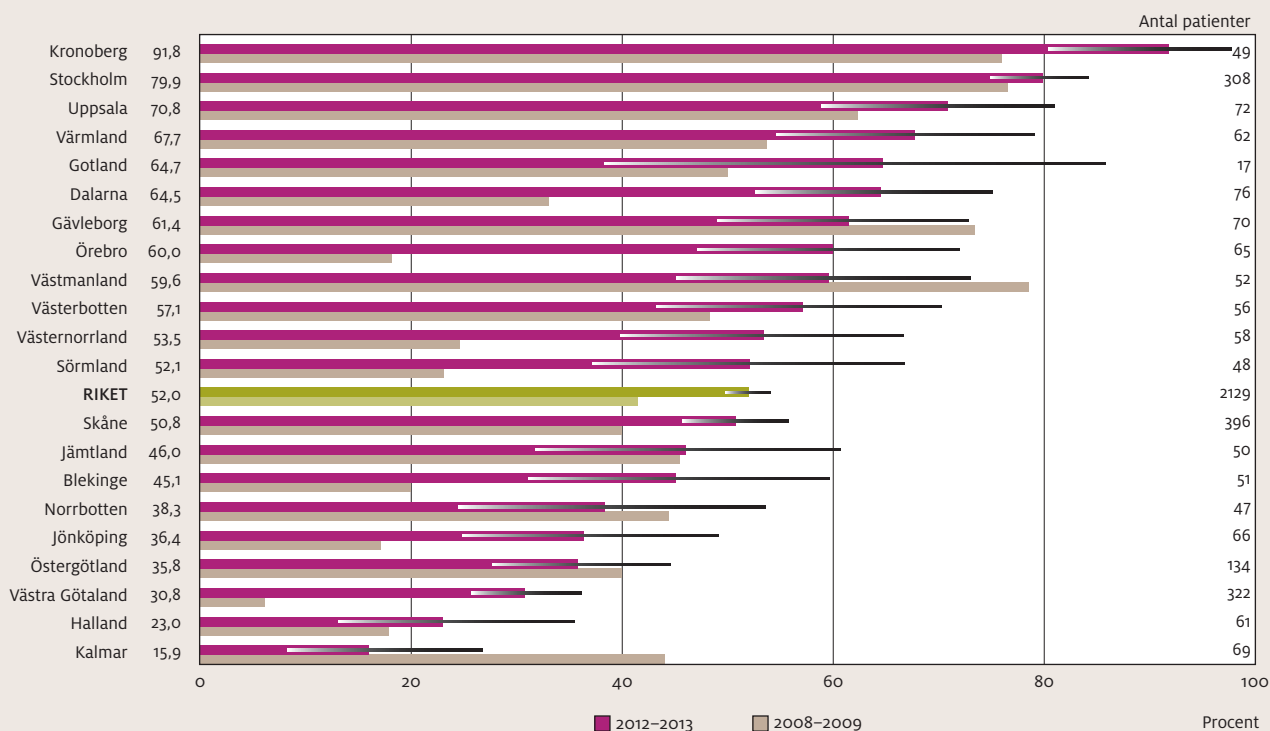
För att få säkrare data innehåller diagrammet uppgifter från två år. Trots det har några landsting så få fall att resultaten blir osäkra. Till höger i diagrammet anges hur många patienter som ingår i underlaget per landsting.

DIAGRAM 31 – RIKET: Andel patienter med T1-sjukdom eller muskelinvasiv sjukdom som får multidisciplinär konferens.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

DIAGRAM 31 – TOTALT: Andel patienter med T1-sjukdom eller muskelinvasiv sjukdom som får multidisciplinär konferens, 2012–2013.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

32 INTRAVESIKAL BEHANDLING AV TUMÖR I STADIUM T1

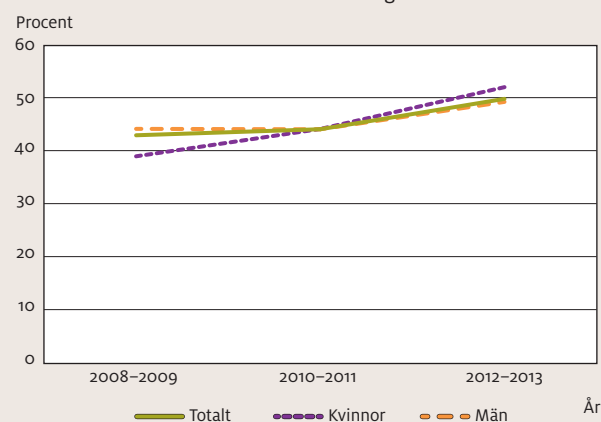
Vid nästan alla blåstumörer görs en TUR-operation (transuretral resektion). T1-tumörer tillhör en högriskkategori trots att den inte växer på djupet i blåsans muskulatur. Nationella vårdprogrammet rekommenderar att patienter med en T1-tumör förutom TUR även bör erbjudas en intravesikal behandling (insprutning i urinblåsan via kate-ter) av kemo- eller immunoterapi för att förebygga återfall och hindra tumören från att förvärras. Undantag kan göras om patienten även har någon annan allvarlig sjukdom (samsjuklighet) och har nått en mycket hög ålder.

Varje år diagnostiseras cirka 500 personer med urinblåsecancer i stadium T1. Diagram 32 visar att 50 procent av de diagnostiserade patienterna fick en intravesikal behandling under 2012–2013. Jämförelsen omfattar 1 099 patienter under 2012–2013 som hade en tumör i stadium T1. Andelen som får intravesikal behandling har ökat från nästan 43 procent sedan perioden 2008–2009.

Variationen mellan landstingen 2012–2013 var 25–75 procent, vilket talar för att vissa landsting bör kunna förbättra sitt resultat inom de närmaste åren. Data för indikatorn i diagrammet gäller två år för att uppgifterna på

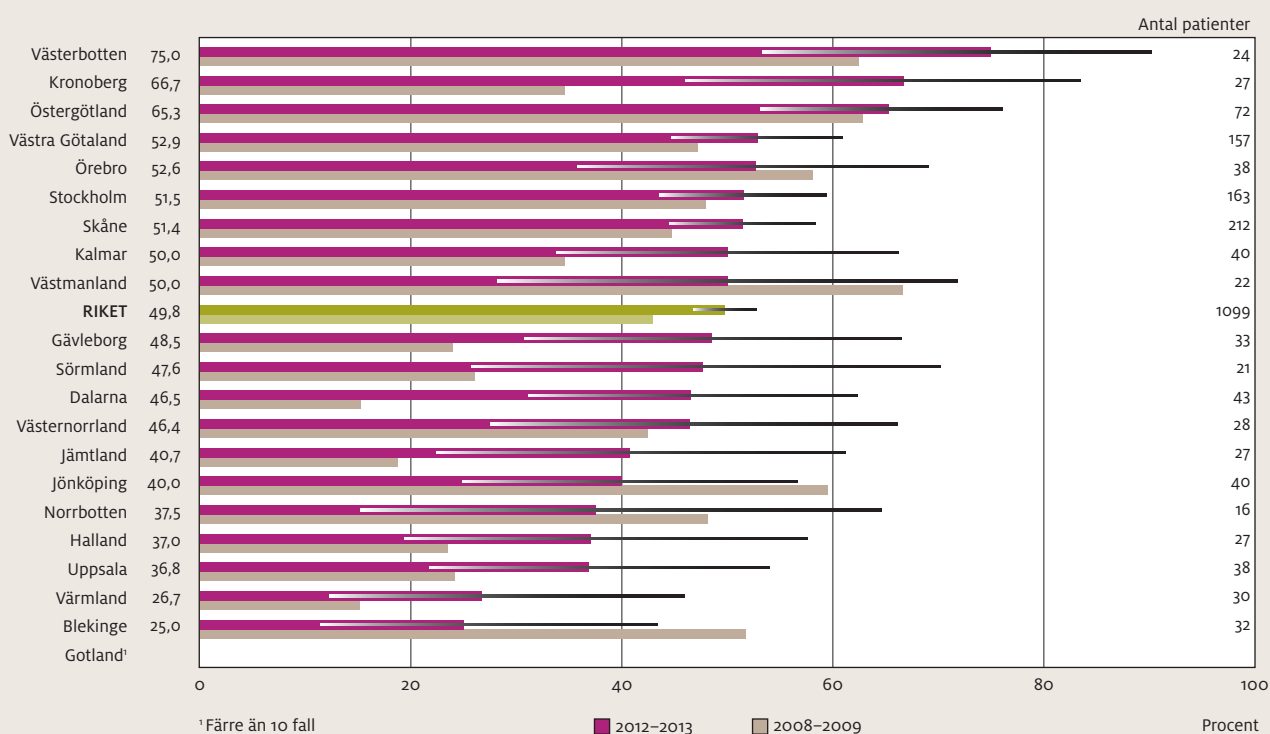
landstingsnivå ska bli mer tillförlitliga. Trots det har några landsting så få fall att resultaten blir osäkra, men siffrorna tyder ändå på anmärkningsvärda skillnader mellan landstingen. Till höger i diagrammet anges hur många patienter som ingår i underlaget per landsting.

DIAGRAM 32 – RIKET: Andel patienter med urinblåsecancer stadium T1 som får intravesikal behandling.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

DIAGRAM 32 – TOTALT: Andel patienter med urinblåsecancer stadium T1 som får intravesikal behandling, 2012–2013.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

33 KURATIVT SYFTANDE BEHANDLING AV TUMÖRER I STADIUM T2–T4

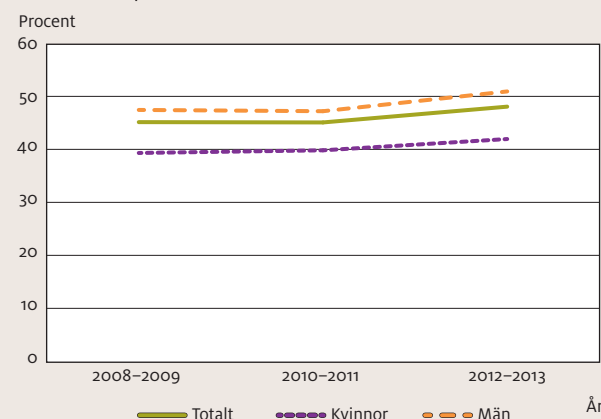
En tumör i stadium T2–T4 har vuxit in i muskulaturen och en kurativt syftande behandling är i dessa fall antingen cystektomi (borttagande av urinblåsan) med/utan systemisk cytostatikabehandling eller strålbehandling. I flera fall väljer man att inte försöka bota sjukdomen, till exempel om patienten har någon annan sjukdom (samsjuklighet) eller har nått en hög ålder.

Varje år får cirka 500 personer en diagnos av blåstumören som ingår i stadium T2–T4. Diagram 33 visar att under perioden 2012–2013 fick 48 procent av patienterna någon av ovanstående behandlingar. Det har skett en liten ökning under de senaste åren, från 45 procent under åren 2008–2009.

Det är stora skillnader mellan landstingen när det gäller andelen som får en kurativt syftande behandling, 35–59 procent. Jämförelsen omfattar 1 030 patienter som under åren 2012–2013 hade en tumör i stadium T2–T4.

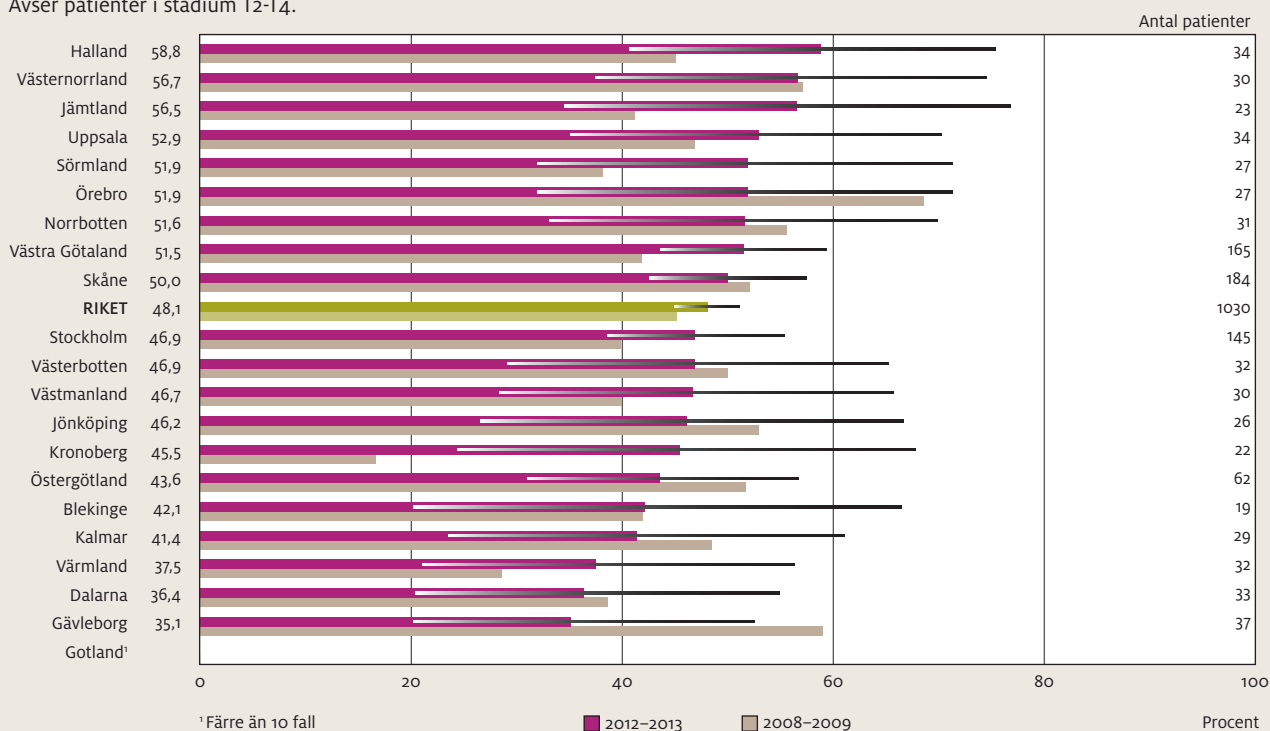
För att få säkrare data innehåller diagrammet uppgifter från två år. Trots det har några landsting så få fall att resultaten blir osäkra. Till höger i diagrammet anges hur många patienter som ingår i underlaget per landsting.

DIAGRAM 33 – RIKET: Andel patienter med urinblåsecancer som genomgår kurativt syftande behandling. Avser patienter i stadium T2–T4.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

DIAGRAM 33 – TOTALT: Andel patienter med urinblåsecancer som genomgår kurativt syftande behandling, 2012–2013. Avser patienter i stadium T2-T4.



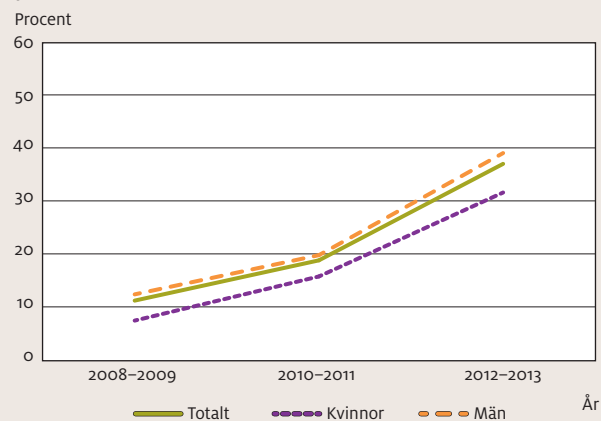
Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

34 CYTOSTATIKABEHANDLING FÖRE RADIKAL OPERATION VID MUSKELINVASIV URINBLÅSECANCER

I vissa fall ges cytostatikabehandling före operationen för att minska återfall i sjukdomen, så kallad neoadjuvant behandling. Målsättningen är att döda den mikrometastisering som patienten kan ha. Trots förbättrad operationsteknik får drygt 50 procent av de patienter som opererats med radikal cystektomi återfall av blåscancer och/eller fjärrmetastaser. För att minska återfallen i sjukdomen rekommenderar nationella vårdprogrammet en neoadjuvant cytostatikabehandling före kurativt syftande operation för att förbättra överlevnaden. Rekommendationen riktar sig till patienter med muskelinvasiv blåscancer.

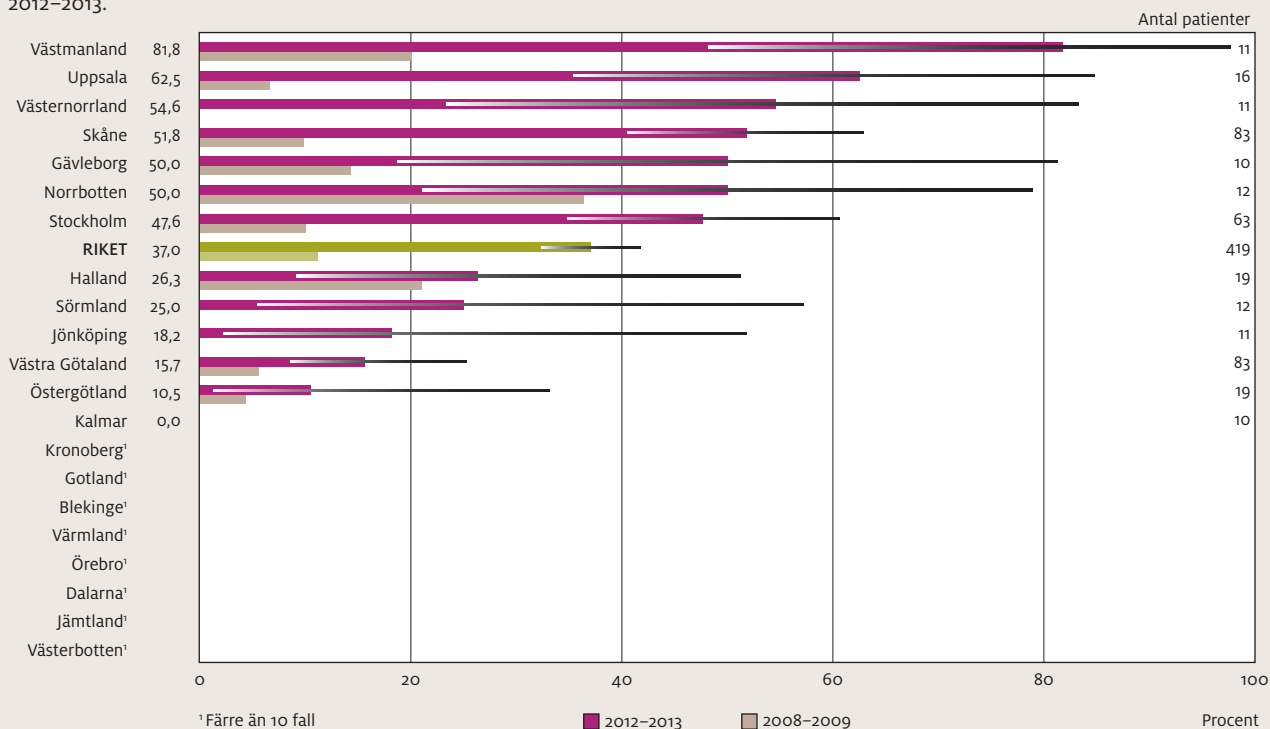
Diagram 34 visar att av 419 fall med muskelinvasiv blåscancer fick 37 procent en neoadjuvant cytostatikabehandling före operationen 2012–2013. Trots två års dataunderlag bygger jämförelsen på ett mycket litet underlag och kan bara ge en antydning om hur vårdprogrammets rekommendation omsätts i sjukvården. De få fallen visar ändå på en ökad andel för riket, från 11 procent 2008–2009 till 37 procent under de senaste två åren.

DIAGRAM 34 – RIKET: Andel patienter som får neoadjuvant cytostatikabehandling före radikal cystektomi p.g.a. muskelinvasiv sjukdom.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

DIAGRAM 34 – TOTALT: Andel patienter som får neoadjuvant cytostatikabehandling före radikal cystektomi p.g.a. muskelinvasiv sjukdom, 2012–2013.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

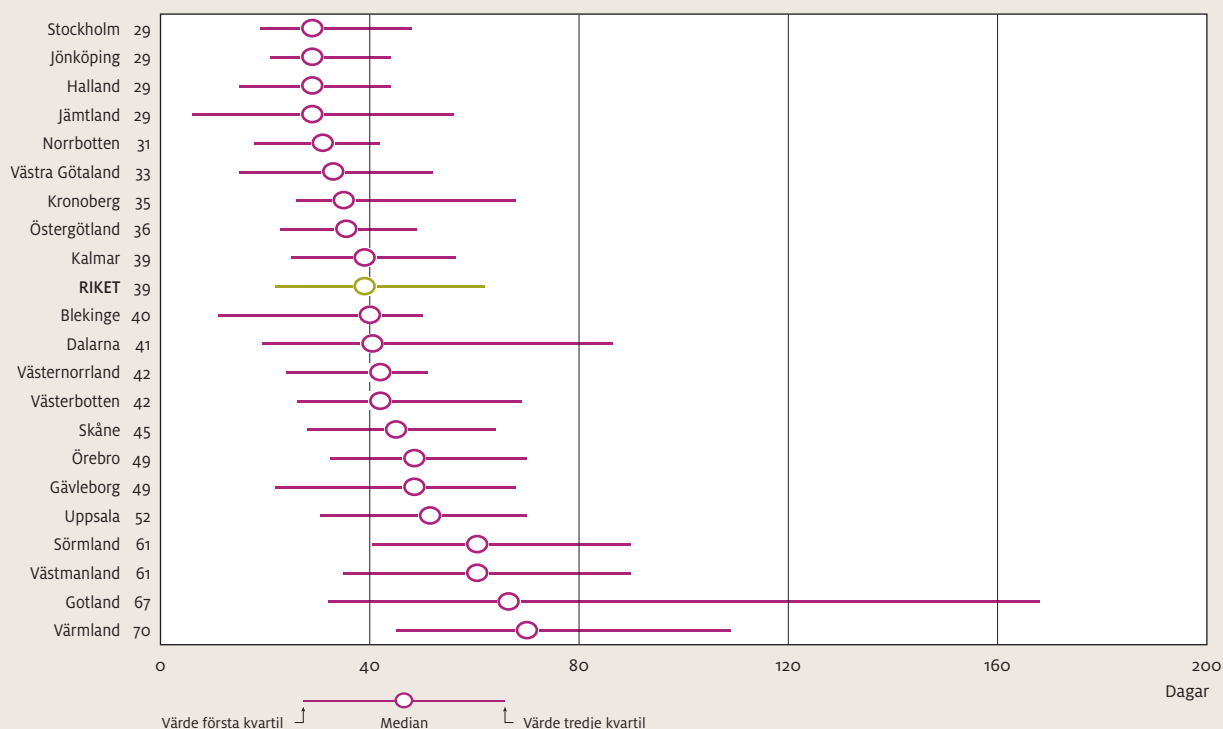
35 VÄNTETID FRÅN REMISSBESLUT TILL START AV BEHANDLING

Vid det första besöket hos en urologisk specialist för misstänkt urinblåsecancer gör läkaren oftast en cystoskopi där urinröret och blåsan undersöks inifrån. I de flesta fall räcker det för att upptäcka en tumör och man kan då fatta ett beslut om den fortsatta behandlingen. I samband med cystoskopi bestämmer läkaren om det är aktuellt att göra en TUR-operation (transuretral resektion). För över 90 procent av fallen görs en TUR-operation, men med stor variation mellan sjukvårdsregionerna.

Här redovisas väntetiden från beslut om att skicka remissen till en specialist på grund av en misstanke om cancer, till en TUR-operation.

Diagram 35 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissbeslut till TUR-operation. Jämförelsen omfattar 2 277 patienter som behandlades under 2013. 25 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 22 dagar, 50 procent inom 39 dagar och 75 procent inom 62 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 62 dagar på att behandlingen skulle påbörjas. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var 29–70 dagar.

DIAGRAM 35 – TOTALT: Väntetid från remissbeslut till start av behandling för urinblåsecancer, 2013.



Källa: Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer.

Vad har hänt sedan 2011?

Den relativa överlevnaden i blåscancer har inte förbättrats sedan föregående rapport. Det har skett en liten ökning av andelen patienter med tidig invasiv cancer som får in-travesikal behandling. Andelen patienter med avancerad tumör som får kurativt syftande behandling är i stort sett oförändrad. Däremot har andelen patienter med muske-

linvasiv urinblåsecancer som får cytostatikabehandling innan operation ökat från 11 procent till 37 procent. Detta är dock osäkert på grund av att det rör sig om relativt få patienter. Skillnaden i väntetid till behandlingsstart är stor mellan landstingen, medianväntetiden varierar mellan 29–70 dagar.

PROSTATACANCER

Statistik 2012	Män
Antal diagnostiserade fall	8 985
Andel av alla cancerfall	31 %
Prevalens, totalt	88 454
Relativ 5-årsöverlevnad	91 %
Antal dödsfall	2 388

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige och den står för drygt 30 procent av all cancersjukdom hos män. År 2012 diagnostiserades nästan 9 000 fall och i Sverige lever idag mer än 88 000 män som har eller har haft prostatacancer. Sjukdomen är ovanlig före 50 års ålder. Medianåldern vid diagnosen har sjunkit och är för närvarande 70 år.

Antalet nya fall var stabilt mellan 1990 och 1995, men sedan ökade antalet prostatacancerfall kraftigt till och med 2005 då trenden avstannade under några år. År 2009 kom återigen en ökning men som nu har planat ut. Denna ökning beror till allra största delen på att allt fler män utan symtom undersöker sin nivå av prostataspecifikt antigen (PSA) i ett blodprov och på att män med förhöjt PSA, som förekommer bland cirka 10 procent av alla symptomfria män, utreds med biopsi (ett vävnadsprov) av prostatan. Ökningen av antalet provtagningar förklarar varför prostatacancer diagnostiseras i allt tidigare stadier och varför åldern vid diagnosen har sjunkit.

Risken att avlida av prostatacancer beror på tumörens stadium och grad. Allt fler män diagnostiseras i dag med små och väldifferentierade tumörer, och därför har den relativa femårsöverlevnaden ökat och 2011 var den 91 procent. År 2012 dog 2 388 män av prostatacancer.

Här redovisas resultatet för sex indikatorer. Fyra av dem speglar åtgärderna vid olika stadier och svårighetsgrader av prostatacancer, från tumörer med mycket låg risk att spridas till tumörer med hög risk som ofta växer snabbt och aggressivt. Dessutom redovisas två indikatorer som mäter väntetider. Uppgifterna har hämtats från Nationella prostatacancerregistret.

TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Nationella prostatacancerregistret var 95 procent 2013. Variationen mellan sjukvårdsregionerna var 85–100 procent. 12 landsting hade en täckningsgrad på 99–100 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret

till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. Det är framför allt två landsting som släpar efter i inrapportering av uppgifter för 2013. En redovisning av täckningsgraden per landsting finns i bilaga 3.

En jämförelse mellan Nationella prostatacancerregistret och cancerregistret för diagnosåren 1998–2012 visade att cirka 2 procent av männen med prostatacancer bara hade inrapporterats till cancerregistret.

36 SKELETTUNDERSÖKNING VID PROSTATACANCER MED LÅG RISK

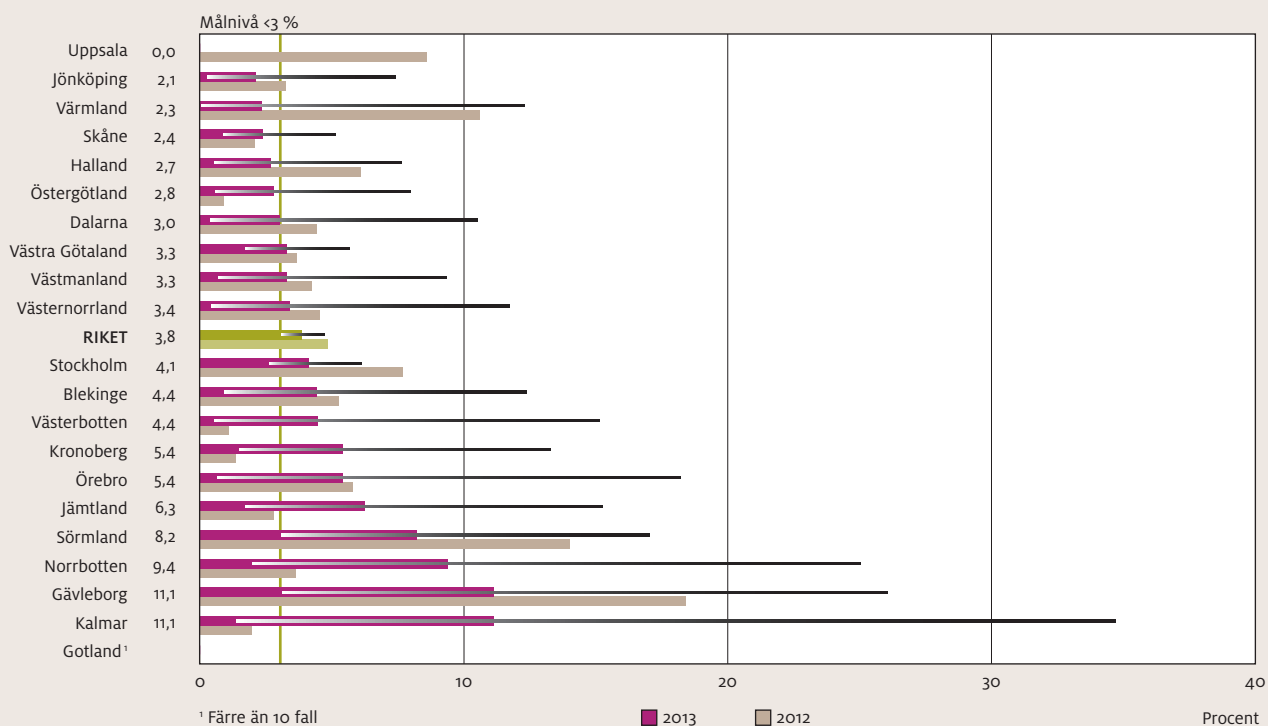
En skelettundersökning görs för att undersöka om canceren spridit sig till skelettet, vanligtvis ryggrad eller bäcken. En sådan undersökning behövs ytterst sällan vid prostatacancer med låg risk. Vetenskapliga studier har visat att mindre än två procent av skelettundersökningarna visar en förekomst av skelettmetastaser vid prostatacancer med låg risk. Bedömningen är därför att det är en mycket låg risk att avstå från undersökningen i denna patientgrupp. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer och nationella vårdprogrammet anges därför att skelettundersökning inte bör utföras på män med lågrisktumörer. Enstaka män kan dock ha symtom från skelettet, vilket kan motivera att en skelettundersökning görs.

Diagram 36 visar att användningen av skelettundersökning sjönk kraftigt mellan åren 1998–2013: från 44–3,8 procent. Socialstyrelsen har satt upp en målnivå på mindre än 3 procent, några av landstingen bör överväga om de har använt undersökningen i för stor utsträckning för denna patientgrupp.

Jämförelsen avser 2 263 män som diagnostiserades under 2013. I vissa landsting diagnostiserades ganska få fall med prostatacancer med låg risk, vilket avspeglas i de breda konfidensintervallen.

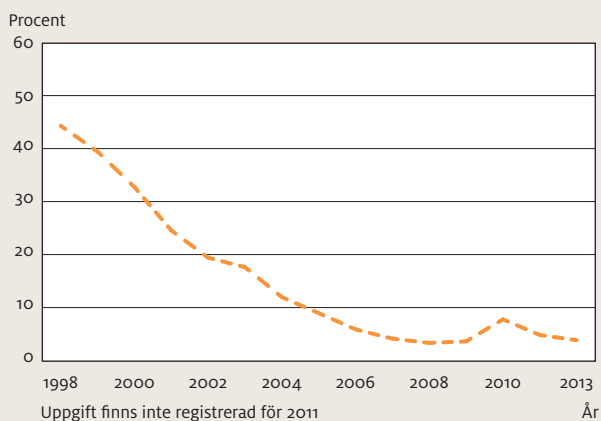
Definitionen av en prostatacancer med låg risk är T1-T2, Gleasonsumma ≤ 6 och PSA-värde $< 10 \mu\text{g/L}$.

DIAGRAM 36 – MÄN: Andel män med prostatacancer som genomgår skelettundersökning, 2013. Avser män med låg risk.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

DIAGRAM 36 – RIKET: Andel män med lokaliserad prostatacancer som genomgår skelettundersökning. Avser män med låg risk.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

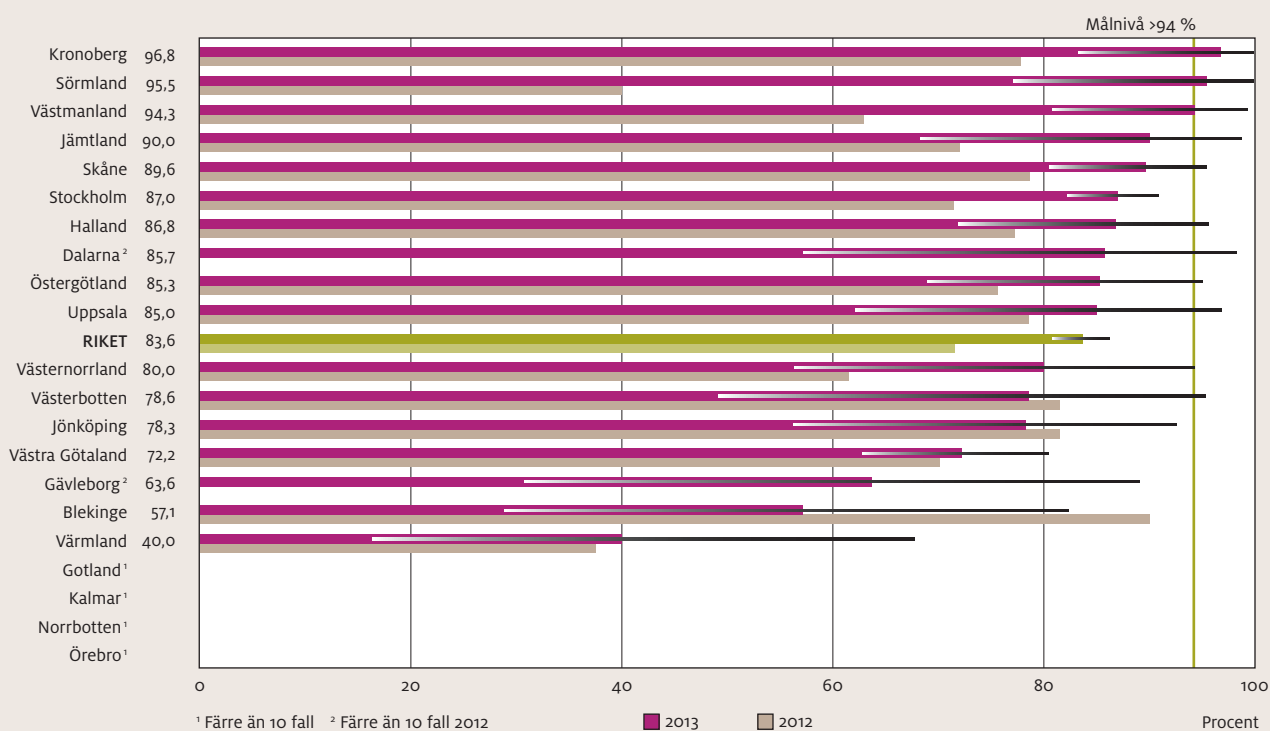
37 AKTIV MONITORERING VID PROSTATA-CANCER MED MYCKET LÅG RISK

Män med prostatacancer med mycket låg risk har cancer med låg elakhetsgrad vid mikroskopisk undersökning, små områden med cancer i prostata och måttligt förhöjda halter av prostata-specifikt antigen (PSA) i blodet. Dessa män är aktuella för aktiv monitorering, det vill säga regelbundna kontroller med PSA och palpation och vävnadsprov av prostata. Om det finns tecken på cancertillväxt opereras eller strålbehandlas patienten. Genom aktiv monitorering är det möjligt att undvika överbehandling. Behandlingsstrategin har fått hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för män med över 10 års förväntad kvarvarande livstid och myndigheten har satt upp en målnivå på minst 95 procent för män med prostatacancer med mycket låg risk

Diagram 37 visar andelen män med prostatacancer med mycket låg risk som startade aktiv monitorering år 2013. Underlaget är 770 män som diagnostiserades 2013 och av dem fick 84 procent aktiv monitorering, vilket är en avsevärd ökning sedan 2009 då andelen var 55 procent. Det finns en stor spridning mellan landstingen, från 40–97 procent. Vissa landsting har få fall, och resultaten måste då tolkas med försiktighet eftersom slumpen kan ha stort inflytande på ett enda års resultat.

Definitionen av en prostatacancer med mycket låg risk är PSA < 10 µg/L, Gleasonsumma ≤ 6, inte mer än 4 biopsier med cancer, total cancerlängd i biopsier ≤ 8 mm, totalt minst 8 biopsikolvar tagna, PSA-densitet < 0,15 µg/L/ml.

DIAGRAM 37 – MÄN: Andel män med prostatacancer som får aktiv monitorering, 2013. Avser män med mycket låg risk.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

38 KURATIV BEHANDLING VID LOKALISERAD PROSTATACANCER MED HÖG RISK

Vid prostatacancer med hög risk är prognosen betydligt sämre än vid låg risk och det finns större behov av kurativ (botande) behandling. Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort, så kallad radikal prostatektomi, eller strålbehandlas. Detta gäller vid prostatacancer med hög risk och om canceren är lokaliserad, det vill säga avgränsad till prostatan och inte har spridit sig utanför den. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om kurativt syftande behandling fått hög prioritet, vid över 10 års förväntad kvarvarande livstid. Här redovisas en uppföljning av män under 75 års ålder eftersom de oftast har mer än 10 års förväntad kvarvarande livstid.

Diagram 38 visar andelen män med lokaliserad prostatacancer med hög risk som 2013 fick en kurativt syftande

behandling. I denna grupp fanns 716 män under 75 år, varav 83 procent fick en sådan behandling. Variationen mellan landstingen var stor, 60–100 procent, men i flera landsting var det få som diagnostiserats med denna form av prostatacancer, varför resultaten måste tolkas med viss försiktighet. Andelen män med lokaliserad prostatacancer med hög risk som får en kurativ behandling har ökat stadigt under 2000-talet, från 44 procent år 2000 till 83 procent 2013.

Socialstyrelsen har satt upp en målnivå på att minst 60 procent av dessa män ska erhålla kurativ behandling.

Definitionen av lokaliserad prostatacancer med hög risk är T1-T2, Gleasonsumma 8-10 och/eller PSA ≥ 20 - < 50 $\mu\text{g/L}$ och inga metastaser.

DIAGRAM 38 – MÄN: Andel män som får kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk, 2013. Avser män under 75 år.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

39 STRÅLBEHANDLING I KOMBINATION MED HORMONBEHANDLING VID LOKALT AVANCERAD PROSTATACANCER MED HÖG RISK

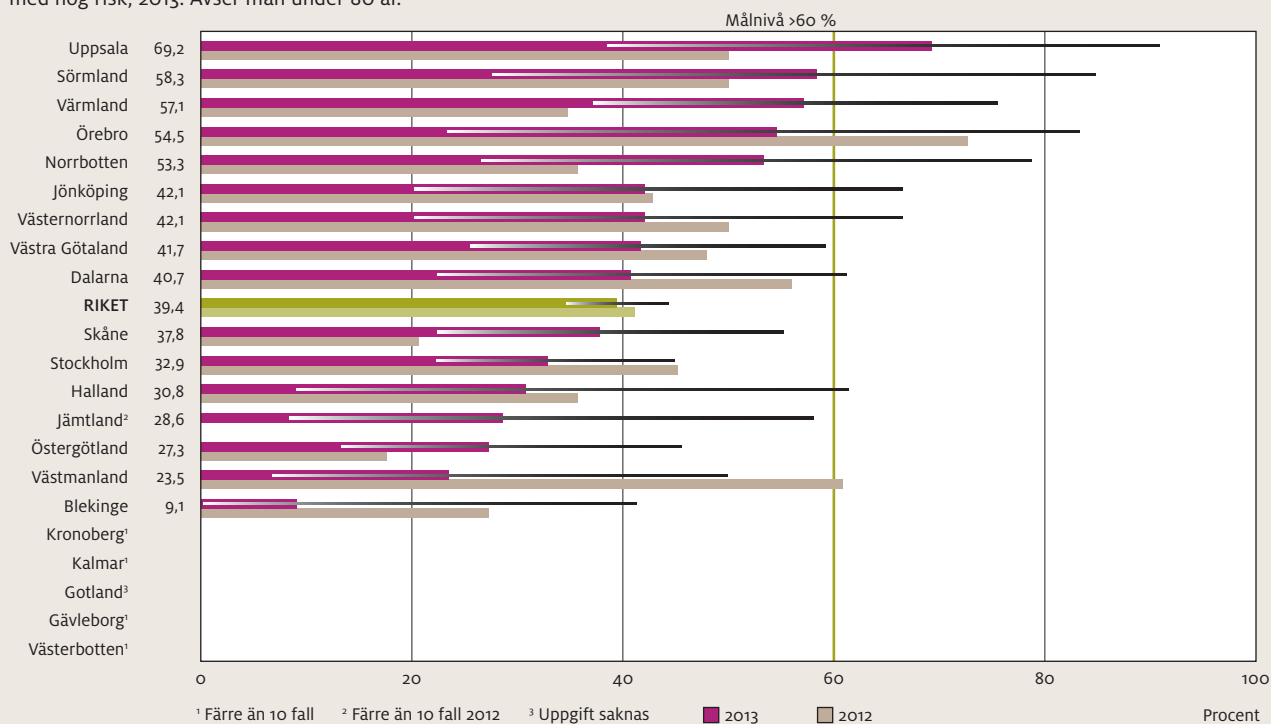
Indikatorn visar andelen män som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling. Åtgärden avser män med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk utan metastaser. Det finns vetenskapliga studier som visar att män i denna patientgrupp som genomgår strålbehandling i kombination med hormonbehandling har lägre dödlighet jämfört med dem som enbart får hormonbehandling. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om denna behandling fått hög prioritet och riktar sig främst till män med över 10 års förväntad kvarvarande livstid. Här redovisas en uppföljning av män under 80 års ålder.

Diagram 39 visar andelen män med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk utan metastaser som 2013 fick strålbehandling i kombination med hormonbehandling. I denna grupp fanns 406 män under 80 år, varav 39 procent fick en sådan kombinationsbehandling. Variationen mellan landstingen var stor, cirka 9–69 procent. I flera landsting är det få som diagnostiserats med denna form av prostatacancer varför resultaten måste tolkas med stor försiktighet. Andelen män i denna patientgrupp som får strål- och hormonbehandling har ökat stadigt under 2000-talet, från 11 procent år 2000 till 39 procent 2013.

Socialstyrelsen har i en första etapp satt upp en målnivå på mer än 60 procent för män med lokalt avancerad prostatacancer. Ett landsting når redan upp till den målnivån och två är mycket nära.

Definitionen av lokalt avancerad prostatacancer med hög risk är T3 och PSA inte ≥ 50 $\mu\text{g/L}$ och inga metastaser.

DIAGRAM 39 – MÄN: Andel män som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk, 2013. Avser män under 80 år.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

40 VÄNTETID FRÅN REMISSBESLUT TILL START AV BEHANDLING VID PROSTATACANCER MED INTERMEDIÄR RISK OCH HÖG RISK

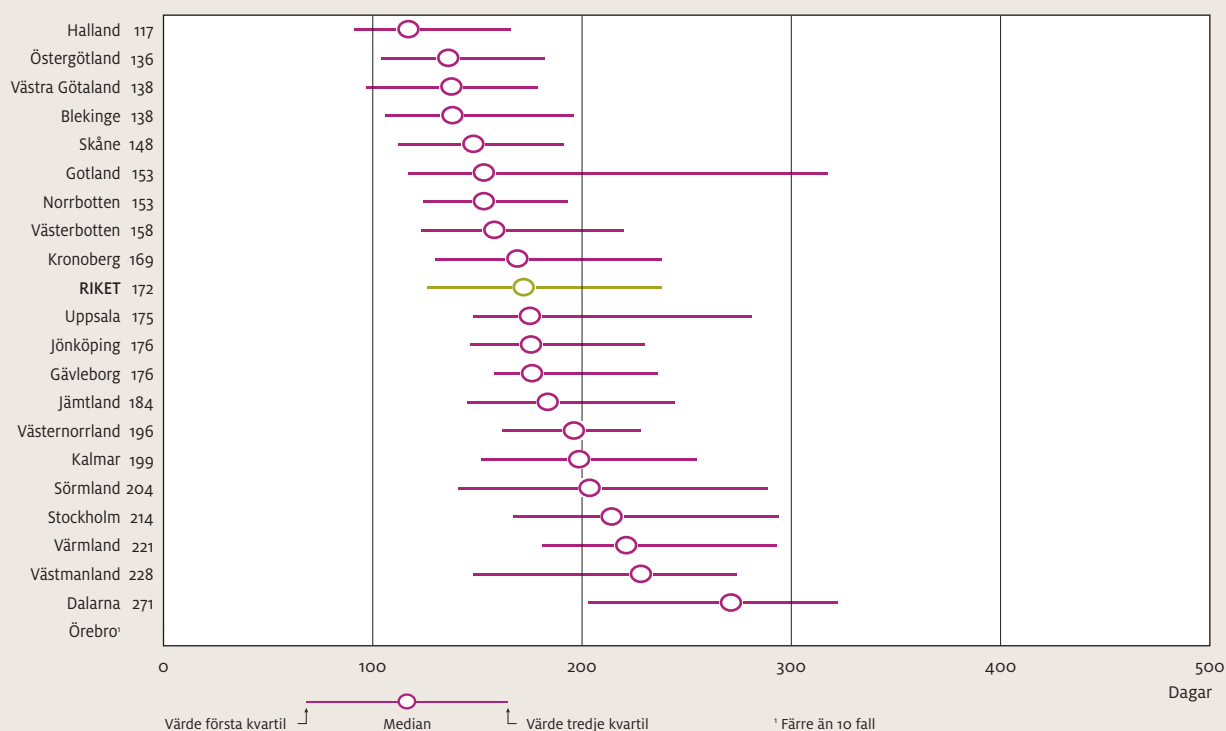
Oftast är det en allmänläkare som påbörjar en utredning vid misstanke om prostatacancer eller, om mannen själv önskar det, gör en PSA-testning som del i en hälsoundersökning. Om allmänläkaren misstänker prostatacancer remitteras patienten till en urolog för en fortsatt utredning.

Här redovisas väntetiden från beslut om att skicka en remissen till en urolog på grund av en misstanke om cancer, till det att en behandling har påbörjats. Redovisningen har avgränsats till män med prostatacancer med intermediär

risk och hög risk, för vilka behandling med operation eller strålning är vanligast.

Diagram 40 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissbeslut till påbörjad behandling. Jämförelsen omfattar 1 285 män som behandlades under 2013. 25 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 126 dagar, 50 procent inom 172 dagar och 75 procent inom 238 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 238 dagar på att behandlingen skulle påbörjas. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var 117–271 dagar.

DIAGRAM 40 – MÄN: Väntetid från remissbeslut till start av behandling för prostatacancer med intermediär risk och hög risk, 2013.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

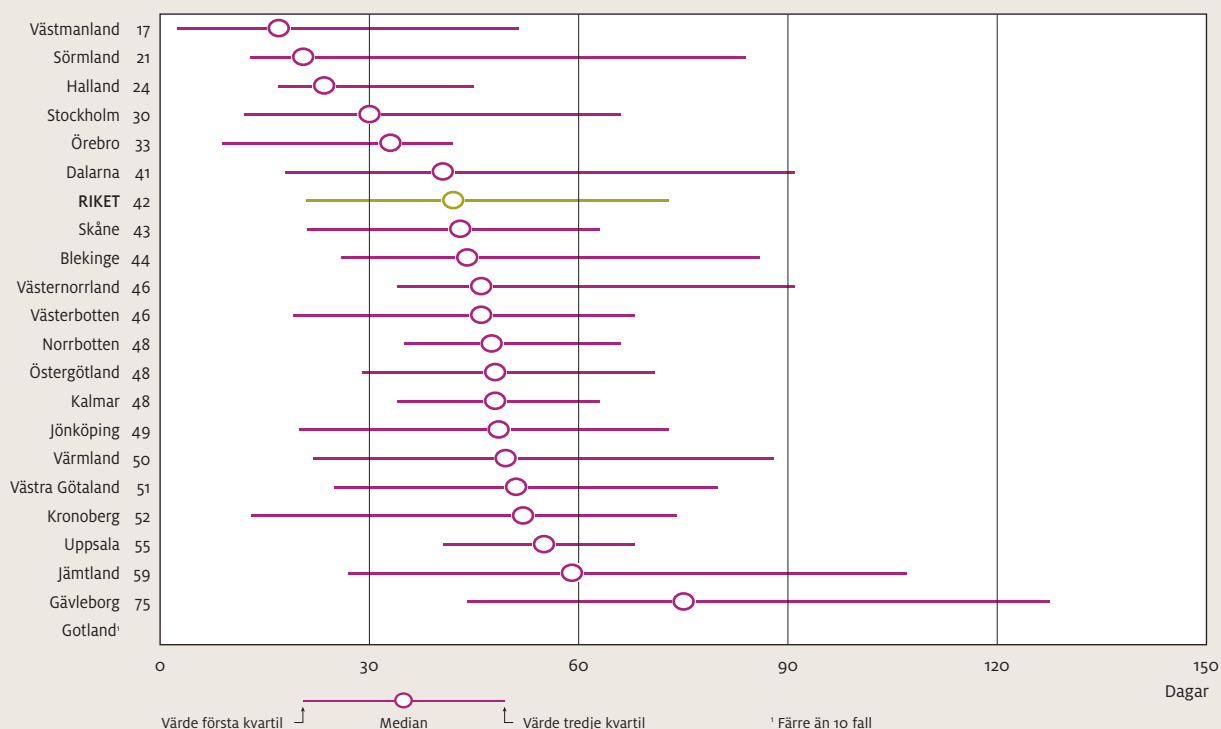
41 VÄNTETID FRÅN REMISSBESLUT TILL START AV BEHANDLING VID METASTASERAD PROSTATACANCER

För denna väntetidsredovisning har vi gjort en avgränsning till män som diagnostiserats med metastaserad prostatacancer. Ett tillstånd som bör komma under snabb behandling.

Diagram 41 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av männen med metastaserad prostatacancer fick vänta från remissbeslut till påbörjad behandling. Jämförelsen

omfattar endast 797 män som behandlades under 2013, varför resultatet måste tolkas med stor försiktighet. 25 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 21 dagar, 50 procent inom 42 dagar och 75 procent inom 73 dagar. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var 17–75 dagar. Tidigare uppföljningar av Socialstyrelsen har visat att skillnaderna mellan åren varierar stort, vilket förmodligen bero på att det är få fall som ingår i jämförelsen.

DIAGRAM 41 – MÄN: Väntetid från remissbeslut till start av behandling för metastaserad prostatacancer, 2013.



Källa: Nationella prostatacancerregistret.

Vad har hänt sedan 2011?

Sedan föregående öppna jämförelser har andelen män med lokaliserad lågrisktumör som undersökts med isotopundersökning av skelettet minskat och är nära det mål som är uppsatt. Detta är en positiv utveckling då få män i denna tumörgrupp behöver en skelettundersökning. Aktiv monitorering av män med lågrisktumörer har fått en hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Resultatet visar en ökad andel patienter som får behandlingsstrategin vid prostatacancer med mycket låg risk, men det är ännu för tidigt att uttala sig om effekten av åtgärden.

Andelen män med lokaliserad prostatacancer med hög risk som får en kurativ behandling har ökat och 2013 fick 4 av 5 patienter detta.

Övergripande har det inte skett någon större förbättring av väntetiderna från remissbeslut till behandlingsstart och en fjärdedel av patienterna med prostatacancer med intermediär risk och hög risk fick vänta 8 månader eller mer. Väntetiderna för prostatacancerpatienter varierar kraftigt beroende på bostadsort.

TJOCKTARMSCANCER

Statistik 2012	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	2 023	2 005
Andel av alla cancerfall	7 %	7 %
Prevalens, totalt	15 624	13 320
Relativ 5-årsöverlevnad	65,7 %	62 %
Antal dödsfall	920	892

Cancer i tjocktarmen, även kallad koloncancer, är den tredje vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor och män. År 2012 fick drygt 4 000 personer tjocktarmscancer, 2 023 kvinnor och 2 005 män. I Sverige lever idag mer än 28 900 personer som har eller har haft tjocktarmscancer. Tjocktarmscancer är ovanligt i åldersgruppen under 49 år och av dem som insjuknar är cirka 65 procent över 65 år. Antalet nya fall i tjocktarmscancer har varit stabilt sedan 1990 men en svag tendens till ökning kan ses under perioden. Till viss del beror det på att befolkningen blir äldre.

Här redovisas resultatet för elva indikatorer. Fem av dem berör resultaten under och efter operation eftersom de flesta patienter med tjocktarmscancer opereras. En indikator berör överlevnaden, en onkologisk behandling och två gäller de multidisciplinära konferenserna. Avslutningsvis visas en indikator som berör deltagande i behandlingsstudier och ett väntetidsmått. Tio av indikatorerna bygger på uppgifter från Svenska kolorektalcancerregistret som startade 2007 och den elfte bygger på data från cancerregistret. Jämförelsernas mät- och jämförelseperioder omfattar två till tre år, nästan hela den tid som koloncancerregistret har funnit som ett nationellt kvalitetsregister.

TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Svenska kolorektalcancerregistret för tjocktarmscancer var 99 procent 2013. Variationen mellan landstingen var 89–100 procent. 18 landsting hade en täckningsgrad på 99–100 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. En redovisning av täckningsgraden per landsting finns i bilaga 3.

42 ÖVERLEVNAD VID TJOCKTARMSCANCER

Den relativa 5-årsöverlevnaden vid tjocktarmscancer har ökat för både män och kvinnor sedan 1990-talets början och under perioden 2008–2012 var den 65,7 procent för kvinnor och 62 procent för män, det vill säga något högre bland kvinnorna. Av diagram 42 framgår variationen mellan landstingen: 57,6–67,8 procent. Det bör påpekas att dessa siffror får tolkas med viss försiktighet då landstingen kan ha olika andel akut opererade. Akut opererade har oftast en mycket sämre prognos.

DIAGRAM 42 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.

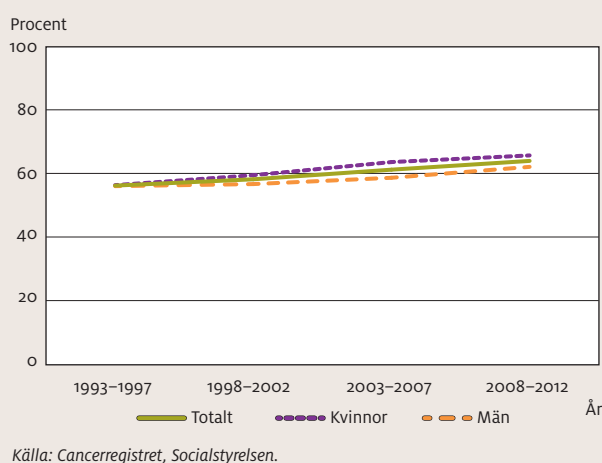


DIAGRAM 42 – TOTALT: Relativ 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

43–44 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS

Inför primärbehandlingen av tjocktarmscancer genomförs 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, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. 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. Rekommendationen om multidisciplinär konferens både inför behandlingsstart av en nyupptäckt tjocktarmscancer och efter operationen av tumören har fått hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tjocktarmscancer.

Enligt Socialstyrelsens målsättning bör alla patienter bedömas vid en multidisciplinär konferens både inför behandlingsstart och efter en operation, med undantag för de patienter som opereras akut. En multidisciplinär konferens är inte möjlig att genomföra före en akut operation.

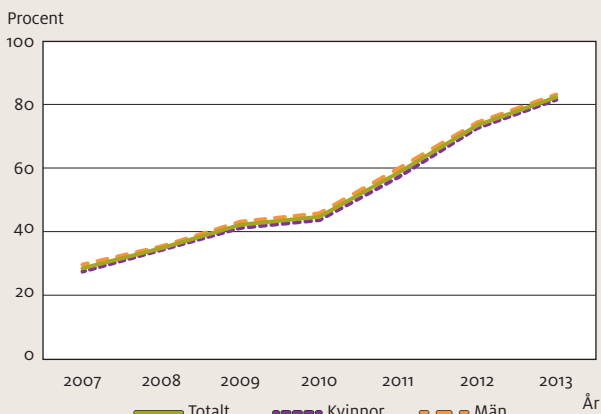
I diagram 43 och 44 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens i samband med behandlingsstarten av nyupptäckt cancer respektive efter en genomgången operation. Resultaten speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med tjocktarmscancer och i vilken grad denna erbjuds.

Diagram 43 visar att av 6 392 diagnostiserade personer 2012–2013 var det 78 procent som fick en bedömning vid en multidisciplinär konferens när de började behandlingen mot sin cancersjukdom. Variationen mellan landstingen var mycket stor, från 18–96 procent. Det är bara cirka fem procent av patienterna som inte opereras, men alla patienter bör ha en multidisciplinär konferens även när en primäroperation av tumören är det självklara behandlingsalternativet. I jämförelsen ingår alla patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer 2012–2013 utom de som opererades akut och de som opererades för polyper.

På riksnivå har andelen nästan tredubblats sedan 2007 då 28 procent av samtliga patienter fick multidisciplinär bedömning inför behandlingsstarten jämfört med 82 procent 2013.

Diagram 44 visar att av 6 132 personer som opererades 2012–2013 var det 84 procent som fick en bedömning vid en multidisciplinär konferens efter primäroperationen för tjocktarmscancer. Variationen var mycket stor mellan landstingen: 10–99 procent. Utvecklingen över tid visar att andelen har ökat mellan åren 2007–2013, från 51–87 procent.

DIAGRAM 43 – RIKET: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av tjocktarmscancer.



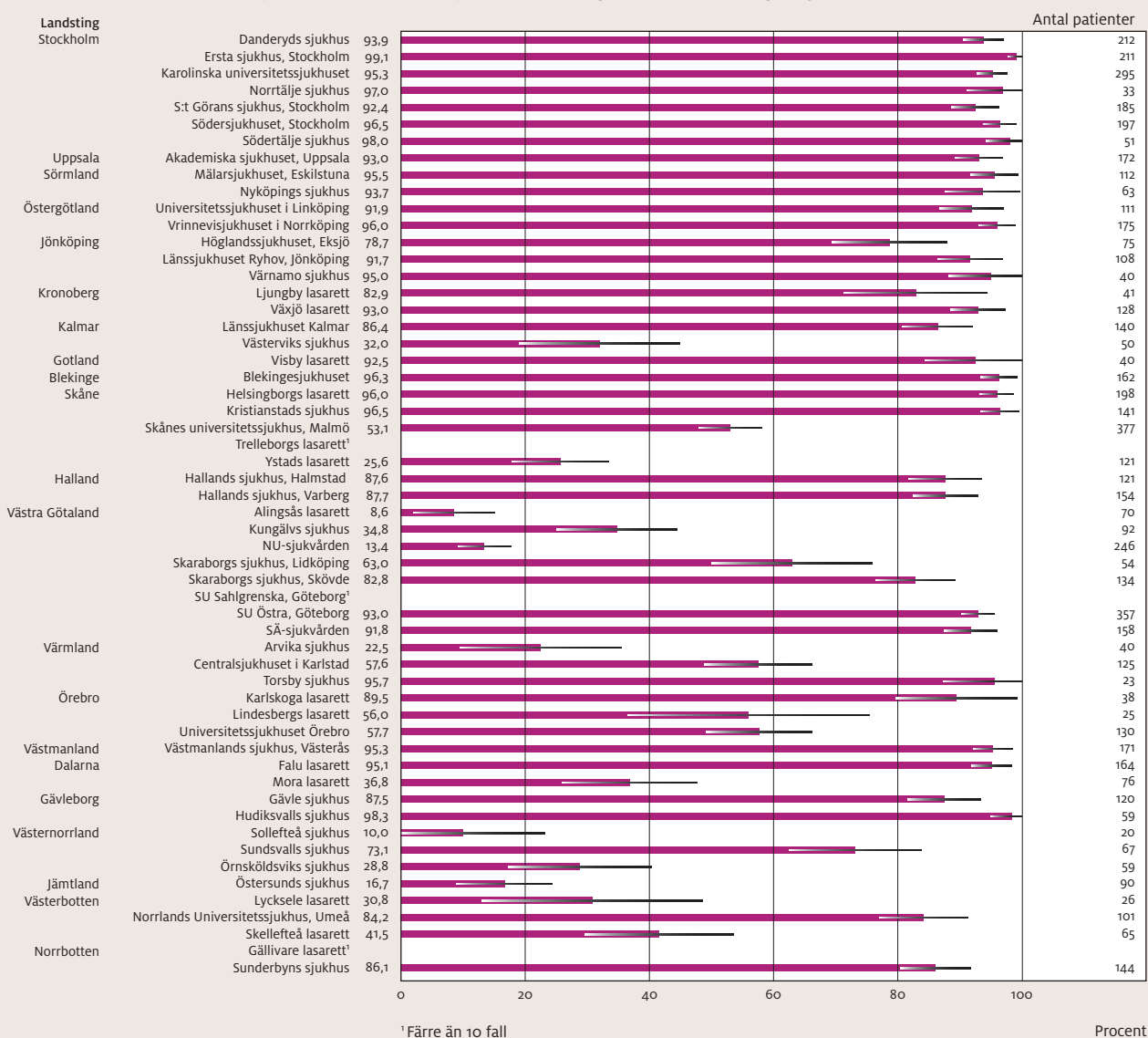
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 43 – TOTALT: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av tjocktarmscancer, 2012–2013.



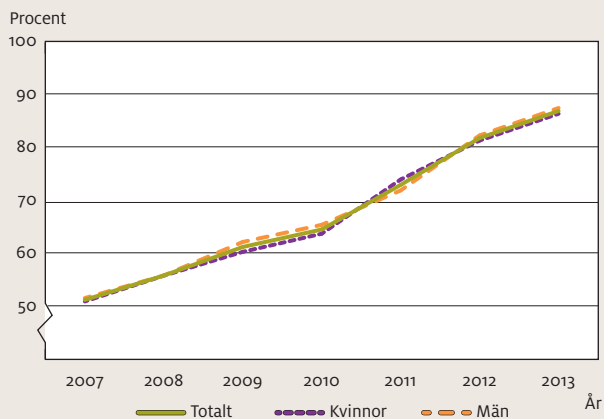
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 43 – SJUKHUS: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av tjocktarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 44 – RIKET: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för tjocktarmscancer.



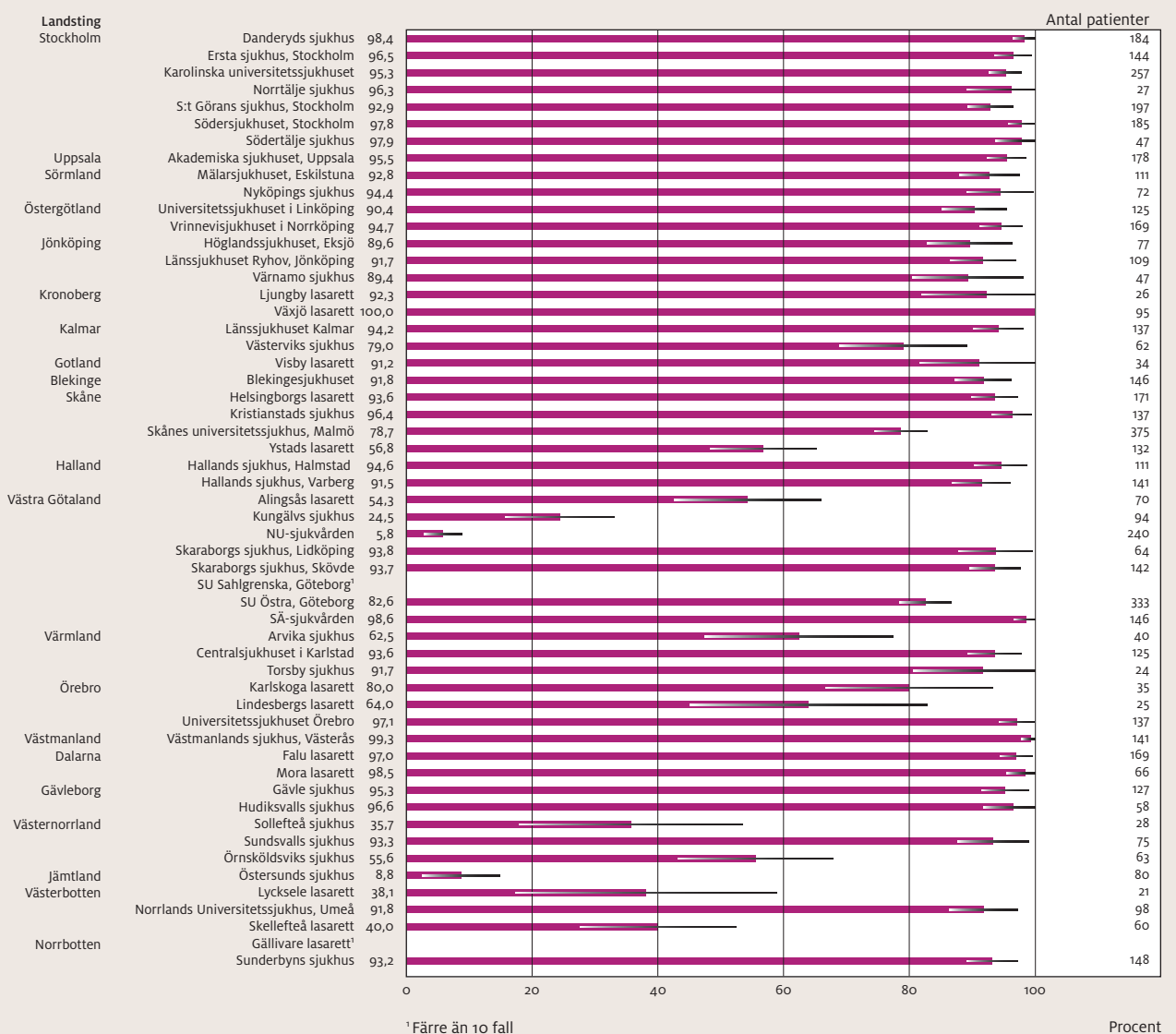
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 44 – TOTALT: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för tjocktarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 44 – SJUKHUS: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för tjocktarmscancer, 2012–2013.



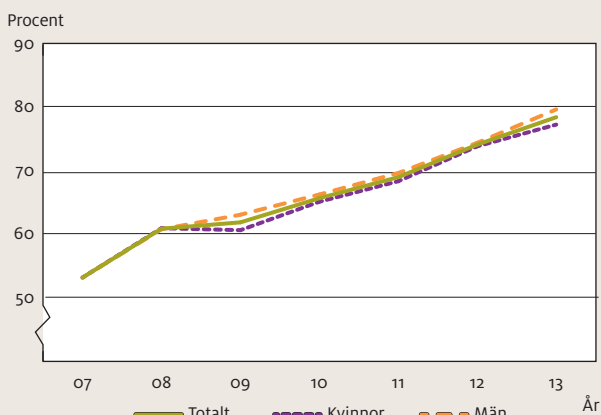
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

45 KARTLÄGGNING INFÖR OPERATION VID NYDIAGNOSTICERAD TJOCKTARMS-CANCER

En komplett utredning vid nydiagnostiserad tjocktarmscancer innebär att patienten har fått en kartläggning av cancers utbredning med hjälp av röntgenundersökningar, till exempel en datortomografi. Undersökningarna ger svar på cancers utbredning i tarmen och omgivande vävnad samt om den också finns i lunga och lever. En komplett utredning kan skilja patienter med tidiga tumörstadier från dem som har mer avancerade tumörer vilket ger stor vägledning inför kommande operation. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har åtgärden fått en hög prioritet och en målnivå på mer än 98 procent. Målnivån omfattar inte de patienter som opererades akut.

Diagram 45 visar att av 7 997 patienter som opererades under 2012–2013 var det 76 procent som fick en komplett utredning inför operation. Variationen mellan landstingen var från 51–94 procent. I riket har dock andelen ökat under åren 2007–2013, från 53–78 procent. Det fanns inga större skillnader mellan könen.

DIAGRAM 45 – RIKET: Andel patienter där komplett utredning med röntgenundersökning utförts inför operation vid nydiagnostiserad tjocktarmscancer.



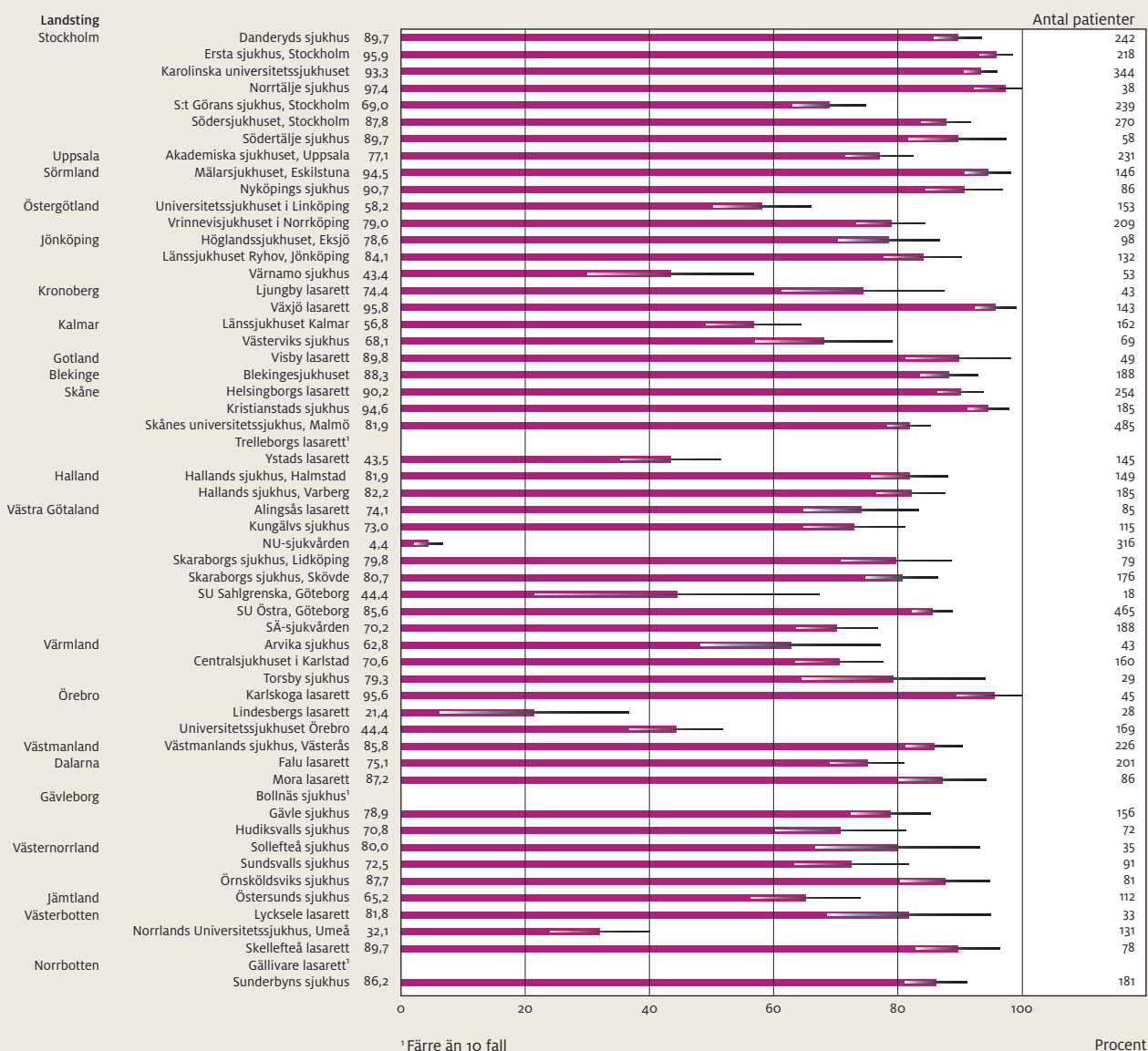
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 45 – TOTALT: Andel patienter där komplett utredning med röntgenundersökning utförts inför operation vid nydiagnostiserad tjocktarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 45 – SJUKHUS: Andel patienter där komplett utredning med röntgenundersökning utförts inför operation vid nydiagnostiserad tjocktarmscancer, 2012-2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

46 OMOPERATION PÅ GRUND AV KOMPLIKATION

Ungefär 95 procent av alla patienter med cancer i tjocktarmen opereras. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning eller en infektion eller läckage från tarmen. Omoperationen medför lidande för patienten och ökar

risken för ytterligare komplikationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tjocktarmscancer är omoperation inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp.

Omoperation kan inte entydigt ses som ett resultat av dålig kvalitet av operationen. Det kan också spegla att vården har en hög uppmärksamhet för komplikation hos patienten och är även beroende av vilka patienter som opereras. Vid komplicerade operationer av avancerade tumörer ökar riskerna, liksom vid akuta ingrepp och operationer av äldre eller sjukare patienter. Dessa aspekter måste beaktas då man gör jämförelser mellan sjukhusen.

I diagram 46 redovisas andelen omoperationer under 2011–2013. Av de 9 278 personer som primäropererades var det 773 som omopererades, vilket motsvarar 8,3 procent. Andelen varierar mellan landstingen från knappt 5 till nästan 14 procent. Nästan lika många kvinnor och män primäropererades under perioden, men fler män behövde en omoperation, knappt 10 procent jämfört med cirka 7 procent bland kvinnorna.

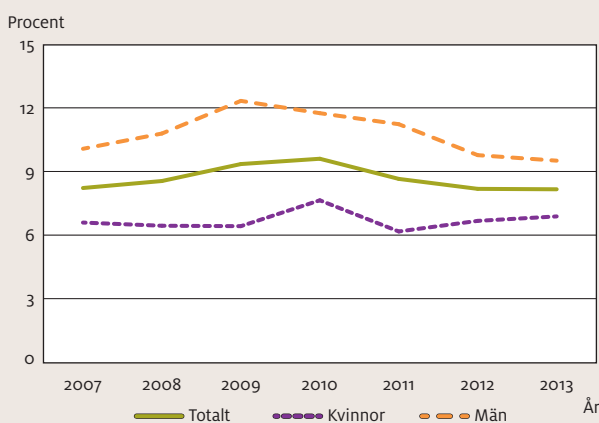
Sett över tid har andelen legat ganska stabil runt 8 procent 2007–2013. Skillnaden mellan män och kvinnor har minskat något de sista åren.

Till höger i diagrammen anges andel akut opererade patienter per landsting. På riksnivå är knappt var femte operation akut och varierar mellan landstingen från cirka 8 till 27 procent. Andelen omoperationer är oftast något högre vid akuta operationer, till exempel är tarmen skörare vid ett akut tillstånd som tarmvred på grund av tumör, och därmed är också risken för omoperation större.

Omoperation är en relativt ovanlig åtgärd, vilket gör att slumpmässiga variationer kan slå igenom i siffrorna, framförallt vid små volymer, vilket illustreras av att samma landsting kan uppvisa helt olika siffror för män och kvinnor.

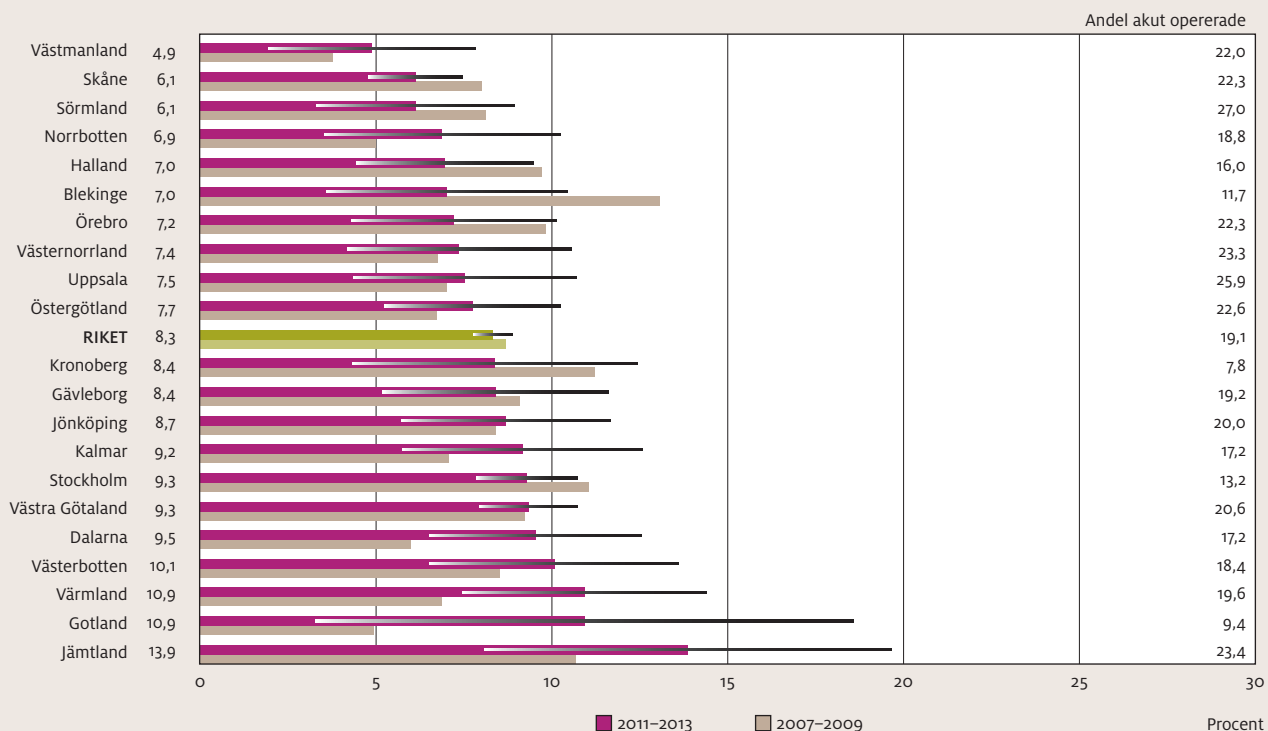
Andelen omoperationer bör bedömas tillsammans med resultatet avseende mortalitet (dödlighet) och komplikationsfrekvens. En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små planerade operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det.

DIAGRAM 46 – RIKET: Andel patienter som omopereras p.g.a. komplikation inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer.



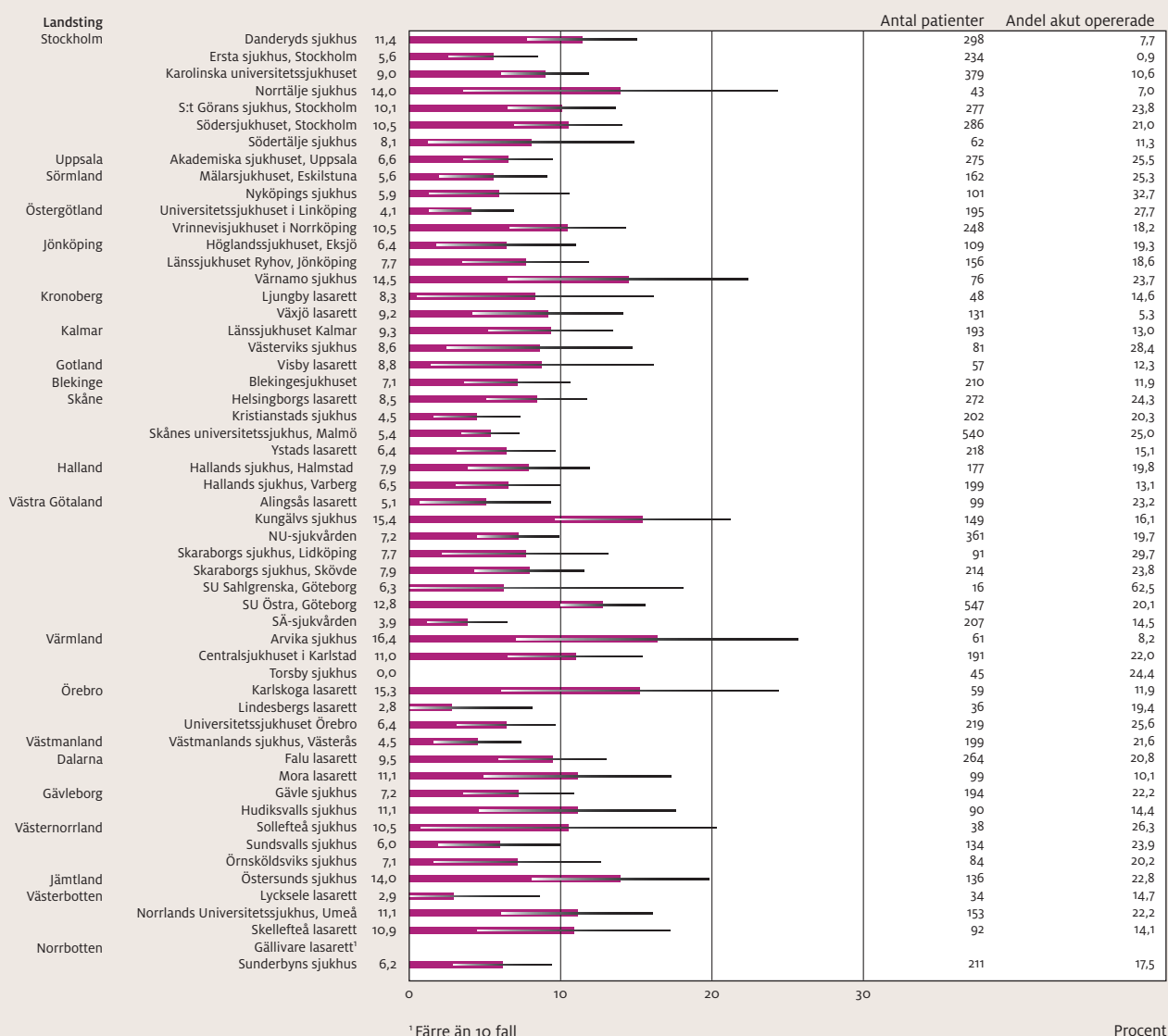
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 46 – TOTALT: Andel patienter som omopereras p.g.a. komplikation inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, 2011–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 46 – SJUKHUS: Andel patienter som omopereras p.g.a. komplikation inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, 2011–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

47 AVLIDNA INOM 30 RESPEKTIVE 90 DAGAR EFTER OPERATION

Vid de flesta större operationer brukar man värdera risken för att patienten ska avlida inom 30 respektive 90 dagar, 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 hög grad av akuta primäroperationer där patientens akuta tillstånd kan behöva gå före övervägningar av om patientens hälsotillstånd klarar av en operation.

I diagram 47 återges landstingens resultat för perioden 2011–2013. Jämförelsen omfattar 9 278 patienter som under perioden genomgick så kallad resektionskirurgi, vilket omfattar cirka 90 procent av alla som opererades. Den delade stapeln i diagrammet redovisar utfallet för andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar. 290 personer avled inom 30 dagar efter operationen, och totalt 505 personer avled inom 90 dagar, vilket motsvarar 5,4 procent. Andelen avlidna inom 90 dagar varierade mellan landstingen från 1–8 procent men den statistiska osäkerheten är stor på grund av för få fall. Resultatet för riket är i linje med de resultat som förekommer internationellt.

Sedan 2007 har andelen som avlider inom 90 dagar legat ganska stabilt mellan 5–6 procent.

Till höger i diagrammet anges andelen patienter som opererades akut. I riket var cirka 19 procent av samtliga operationer akuta och en variation mellan landstingen

från knappt 8–27 procent. Andelen avlidna är betydligt högre vid akut operation än vid planerad operation, även om den minskat något under senaste åren. Andelen akut-opererade har därför stor betydelse när man jämför resultatet mellan sjukhusen.

Andelen avlidna påverkas även i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancerens svårighetsgrad, vilket inte justerats för i denna redovisning.

DIAGRAM 47 – RIKET: Andel avlidna inom 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer.

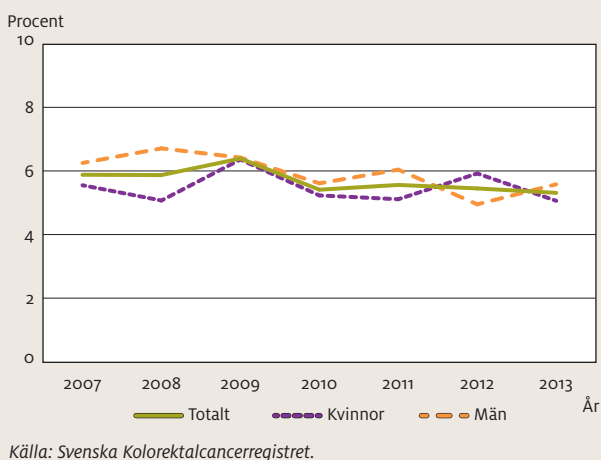


DIAGRAM 47 – TOTALT: Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer, 2011–2013.

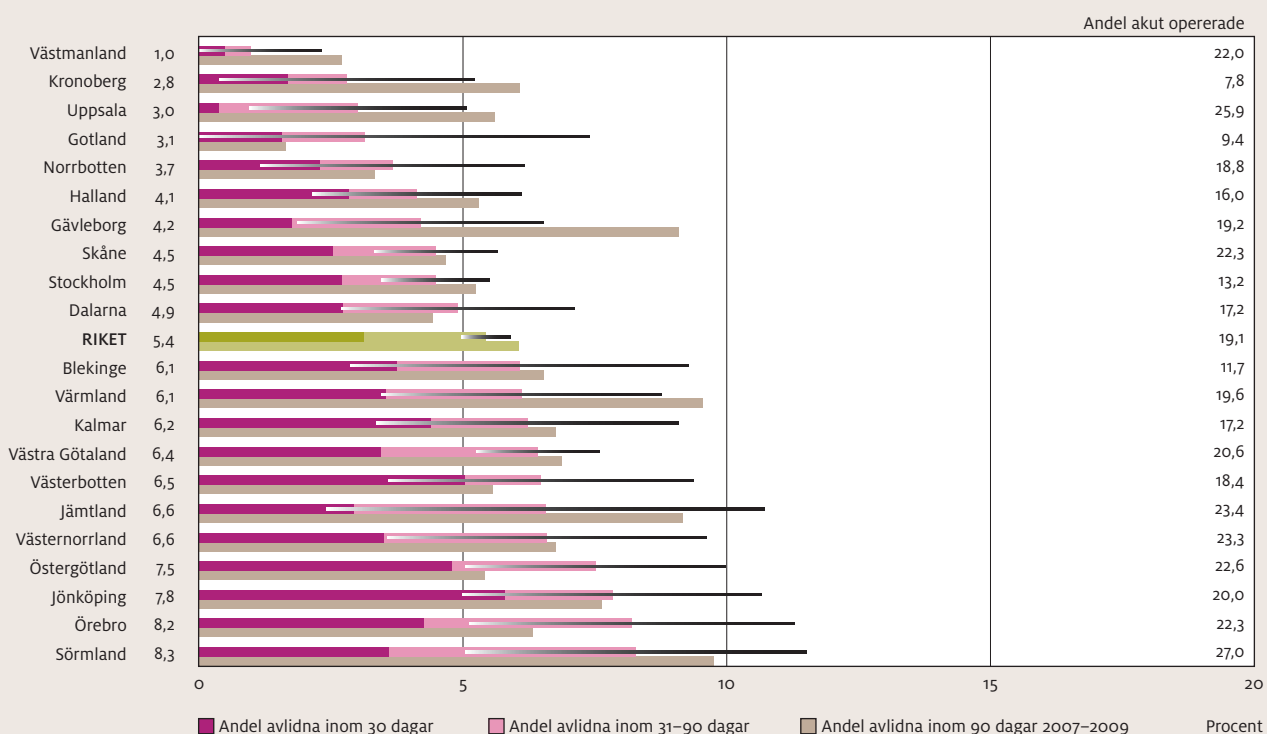


DIAGRAM 47 – SJUKHUS: Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för tjocktarmscancer, 2011–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

48 MINST TOLV LYMFKÖRTLAR UNDERSÖKTA I OPERATIONSPREPARAT

Efter primäroperationen av tjocktarmscancer skickas den bortopererade tarmen och tumören till ett patologilaboratorium för både en makroskopisk och en mikroskopisk undersökning. Undersökningen ska ge tydliga svar på hur tumören vuxit lokalt 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, men också av patologens skicklighet i att analysera preparaten.

Diagram 48 visar att minst tolv lymfkörtlar undersöktes hos 90 procent av de 6 132 patienters vävnadsprov som analyserades under 2012–2013. Variationen mellan landstingen har minskat från föregående Öppna jämförelser och var nu 77–97 procent.

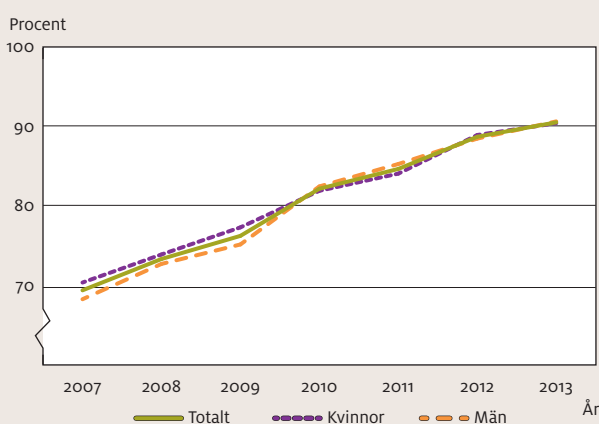
Diagrammet visar patientens hemortlandsting, inte vilket laboratorium som analyserade preparaten. Diagram 48 visar även en jämförelse mellan laboratorierna. Några av laboratorierna har bara ett fåtal inrapporterade fall till Svenska kolorektalcancerregistret. Här bör uppgifterna tolkas med viss försiktighet.

Det är viktigt att minst 12 lymfkörtlar undersöks i operationspreparatet eftersom det ökar förutsättningarna för bedömning av prognos och val av fortsatt behandling. Socialstyrelsen har därför satt upp en målnivå på minst 95 procent. Två landsting når målnivån i denna jämförelse.

Resultatet visar dock en positiv utveckling, på riksnivå har andelen ökat från cirka 70 procent 2007 till drygt 90 procent 2013.

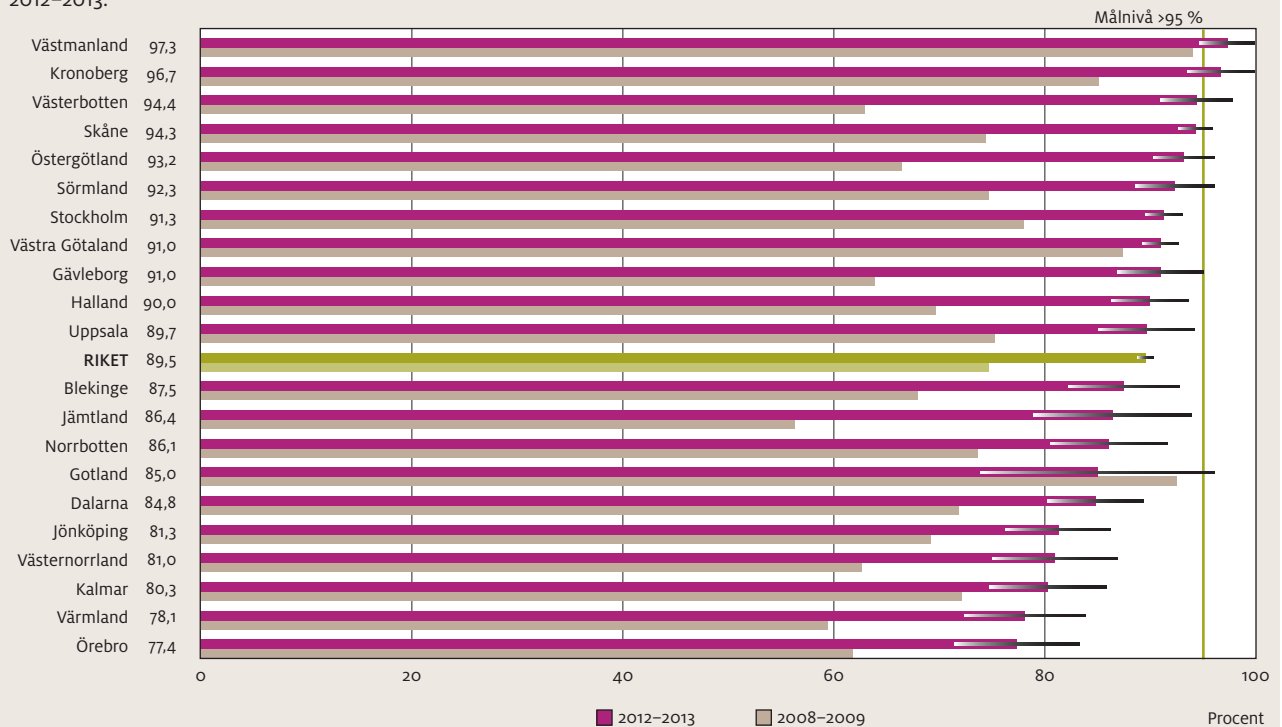
Analysen genomförda av Svenska koloncancerregistret har funnit att antalet undersökta lymfkörtlar inte påverkas av om preparatet togs vid en akut eller en planerad operation, eftersom kirurgin är ganska standardiserad. Däremot fann man att provsvarets kvalitet sannolikt beror mer på patologens förmåga att analysera minst tolv lymfkörtlar än på preparatets storlek.

DIAGRAM 48 – RIKET: Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparat efter operation för tjocktarmscancer.



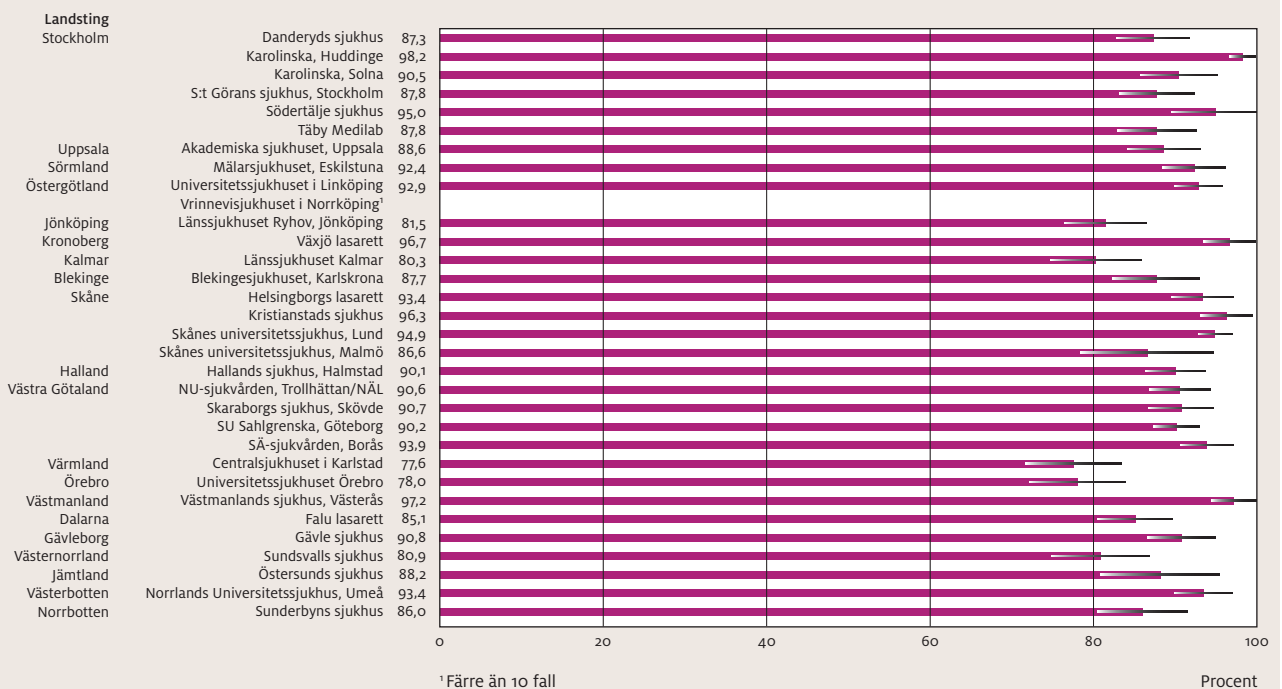
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 48 – TOTALT: Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparat efter operation för tjocktarmcancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 48 – PATOLOGILAB: Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparat efter operation för tjocktarmcancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

49 MER ÄN 11 DAGARS VÅRDTID EFTER OPERATION

Medelvårdtiden efter en operation för tjocktarmscancer är 7 dagar för de som skrevs ut till hemmet. En lång vårdtid efter operation kan visa att komplikationer har uppkommit i efterförloppet. I riket har andelen som vårdats längre än 11 dagar legat stabilt runt 25 procent (75:e percentilen) 2007–2013. Vi har därför valt att visa hur stor andel av alla patienter som opererades som hade en vårdtid på mer än 11 dagar.

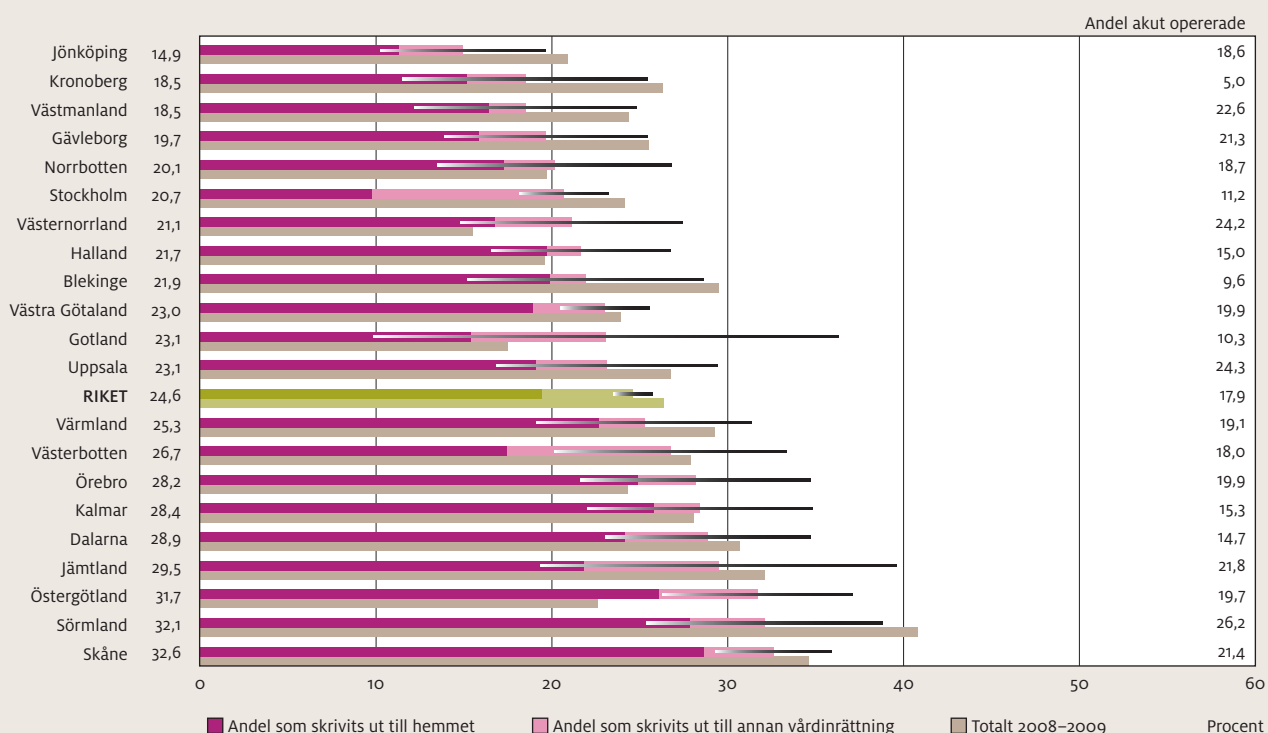
Diagram 49 jämför 5 934 personer som opererades 2012–2013. Av dem hade 1 460 personer en vårdtid som översteg 11 dagar vid kirurgkliniken, vilket motsvarar 25 procent. Variationen mellan landstingen var 15–33 procent. Diagrammet omfattar antalet opererade under två år, men konfidensintervallen är ändå breda eftersom alla utom de större landstingen hade få sådana fall.

Sifferkolumnen till höger i diagrammet visar andelen akut opererade. Andelen var ungefär lika stor i landsting som sällan vårdar patienterna i över 11 dagar som i landsting som oftare gör det. Riksgenomsnittet var 18 procent vid akuta operationer.

21 procent av patienterna med en vårdtid som översteg 11 dagar skrivs ut till en annan vårdinrättning, till exempel en annan klinik eller ett särskilt boende, men variationen mellan landstingen var stor från 9–53 procent.

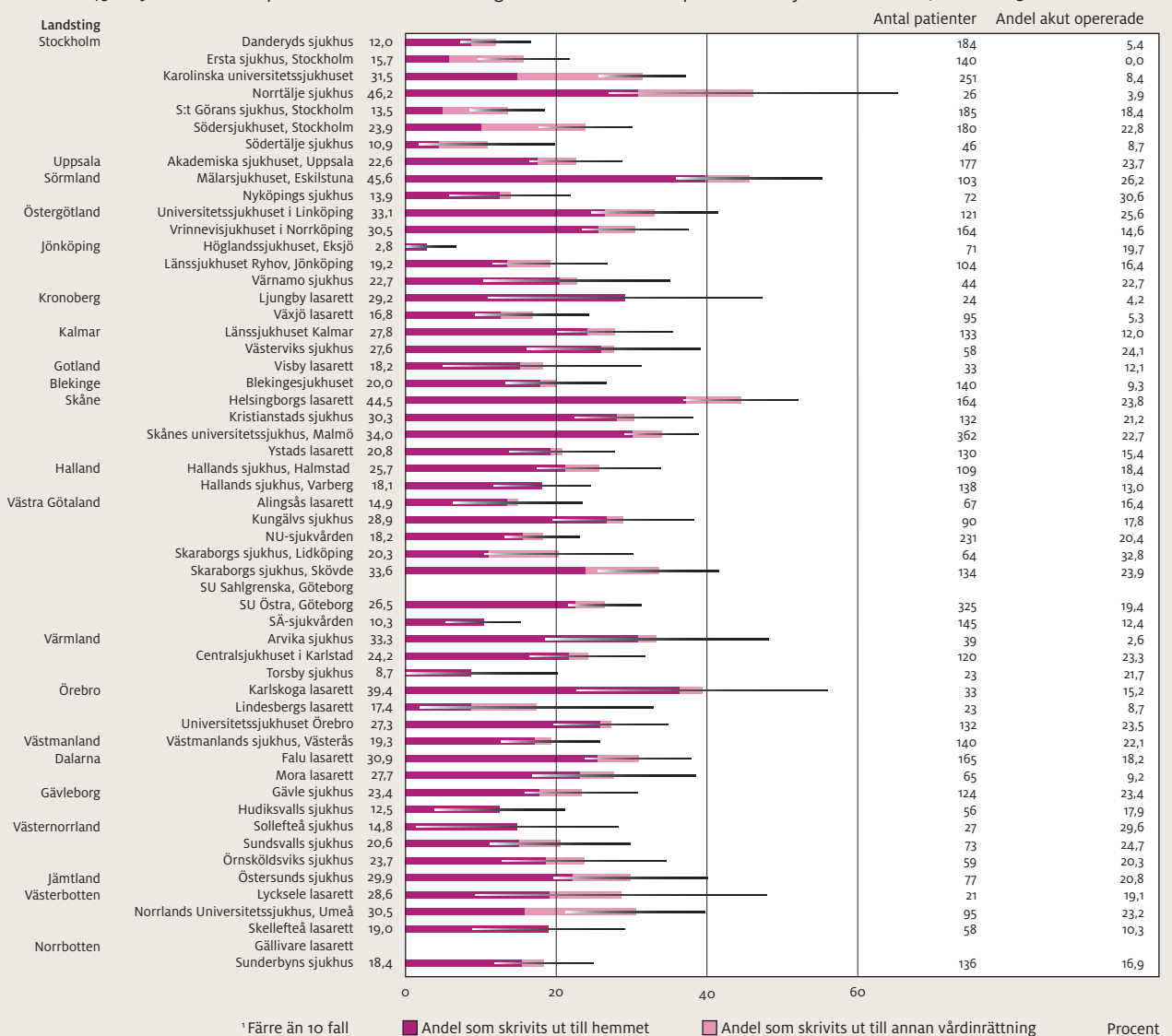
Jämförelsen tar inte hänsyn till patientens sjukdomstillstånd före operationen eller eventuell samsjuklighet (en annan samtidig sjukdom), faktorer som också kan påverka vårdtidens längd.

DIAGRAM 49 – TOTALT: Andel patienter med mer än 11 dagars slutenvård efter operation för tjocktarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 49 – SJUKHUS: Andel patienter med mer än 11 dagars slutenvård efter operation för tjocktarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

50 PÅBÖRJAD CYTOSTATIKABEHANDLING INOM 8 VECKOR EFTER OPERATION VID STADIUM II OCH III

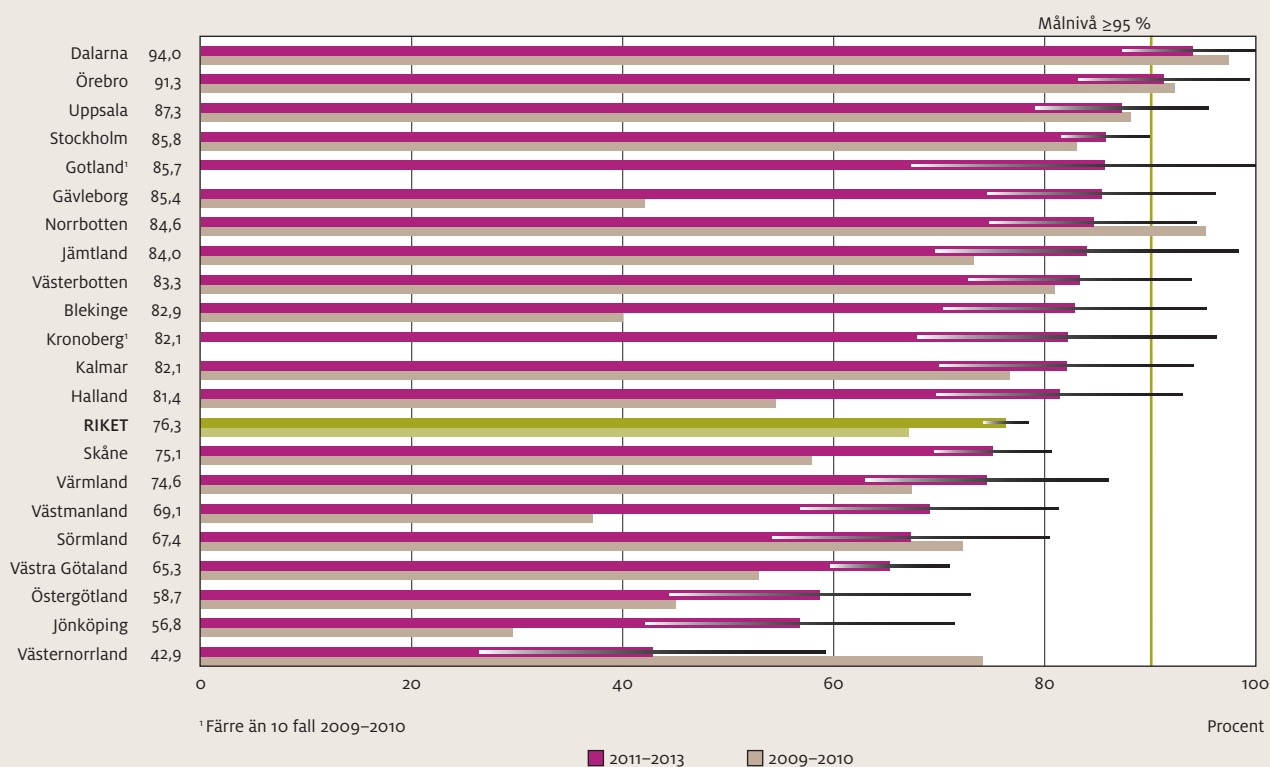
Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarmscancer i stadium II och III som påbörjat cytostatikabehandling med ett eller två läkemedel inom 8 veckor efter operation. För dessa patienter, särskilt också om de har en eller flera riskfaktorer (som till exempel T4-tumör, mindre än 12 undersökta lymfkörtlar, är akut opererade), är det viktigt att läkemedelsbehandlingen kommer igång så fort som möjligt efter operationen. Socialstyrelsen nationella riktlinjer har hög prioritet för att påbörja behandlingen inom 8 veckor efter operationen och en uppsatt målnivå på att minst 95 procent av patienterna bör ha börjat behandlingen.

Indikatorn är relevant att följa utifrån denna tidsram eftersom patientens nytta av läkemedelsbehandlingen blir mindre om behandlingen startar senare än 8 veckor efter operationen.

Diagram 50 visar att andelen patienter som påbörjat en läkemedelsbehandling inom 8 veckor efter operation har ökat från 67 procent 2009–2010 till 76 procent 2011–2013. Variationen mellan landstingen var 43–94 procent. Det var något fler kvinnor än män som påbörjade behandlingen i tid: 79 procent för kvinnor och 74 procent för män.

Jämförelsen omfattar 1 542 patienter under 75 års ålder, fördelat per landsting blir det få fall varför resultatet bör tolkas med viss försiktighet.

DIAGRAM 50 – TOTALT: Andel patienter som påbörjat cytostatikabehandling med ett eller två läkemedel inom 8 veckor efter operation för tjocktarmscancer, 2011–2013. Avser patienter under 75 år i stadium II och III, med eller utan riskfaktorer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

51 DELTAGANDE I STRUKTURERAD BEHANDLINGSSTUDIE

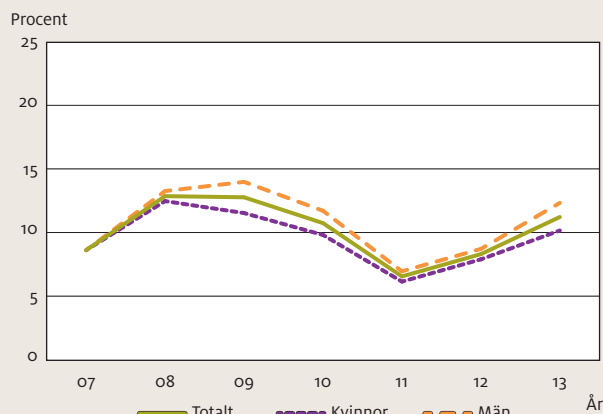
Vetenskapliga studier utgör till stor del kunskapsunderlag för rekommendationer om vård och behandling i nationella riktlinjer och vårdprogram. Med dessa som underlag kan vården i sin tur erbjuda patienterna bästa möjliga vård och behandling. Därför är det viktigt att landsting och sjukhus deltar aktivt i den kliniska forskningen. Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarmscancer som har inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie. Med behandlingsstudie avses såväl randomiserade studier som observationsstudier. Studien ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd.

Diagram 51 visar att av 7 997 patienter som diagnostiserats för tjocktarmscancer under åren 2012–2013 och fanns registrerade i kvalitetsregistret var det 10 procent som deltog i en behandlingsstudie. Variationen mellan landstingen var stor, från 0–49 procent.

Indikatorn är beroende av antalet pågående studier under mätperioden och vilka kriterierna för att inkluderas i en studie är. Indikatorn är således mer stabil som kvalitetsindikator över en längre tidsperiod för att visa landstingens och sjukhusens aktivitetsgrad för att delta i behandlingsstudier. I riket har andelen varierat något un-

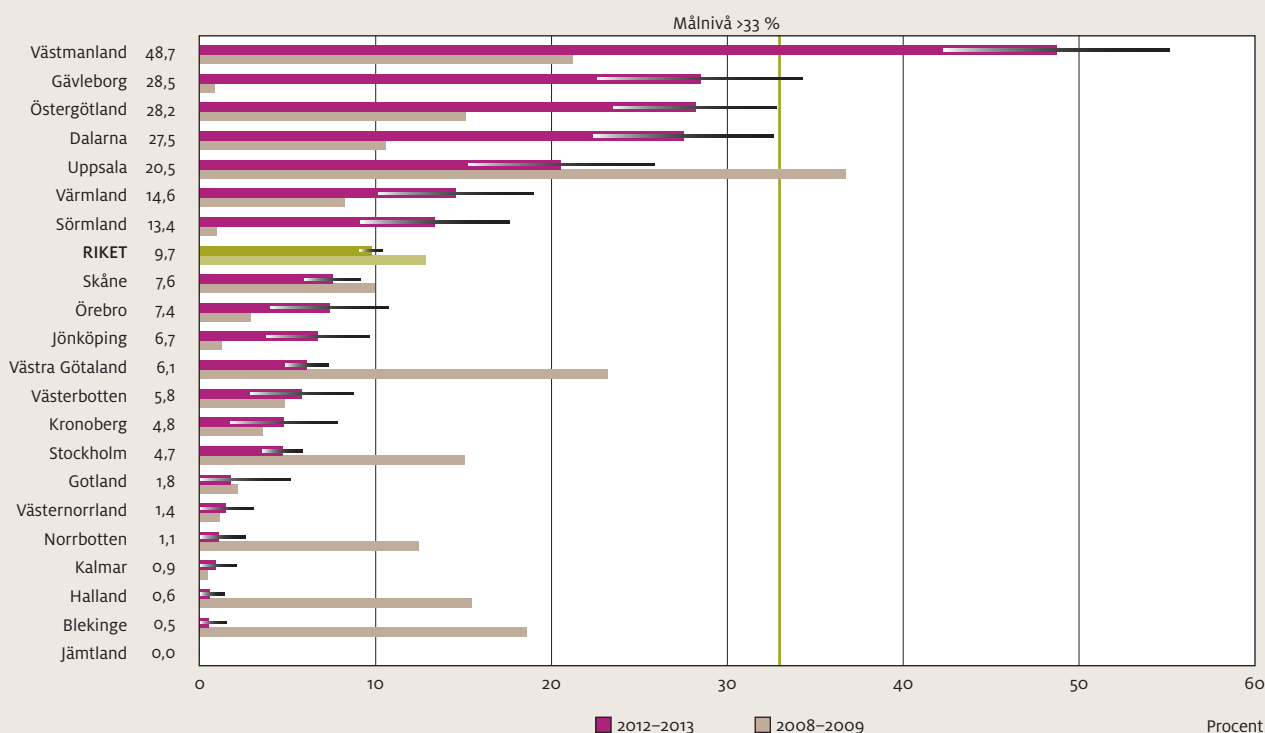
der åren 2007–2013, mellan 7–13 procent. Socialstyrelsen har satt upp en eftersträvarsvärd målsättning på mer än 33 procent deltagande i kliniska studier. En bedömning utifrån målnivån kan endast göra utifrån en längre tidsperiod och vilka studier som gjordes under den perioden. Resultatet på riksnivå visar dock att en förbättring behövs inom området.

DIAGRAM 51 – RIKET: Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 51 – TOTALT: Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

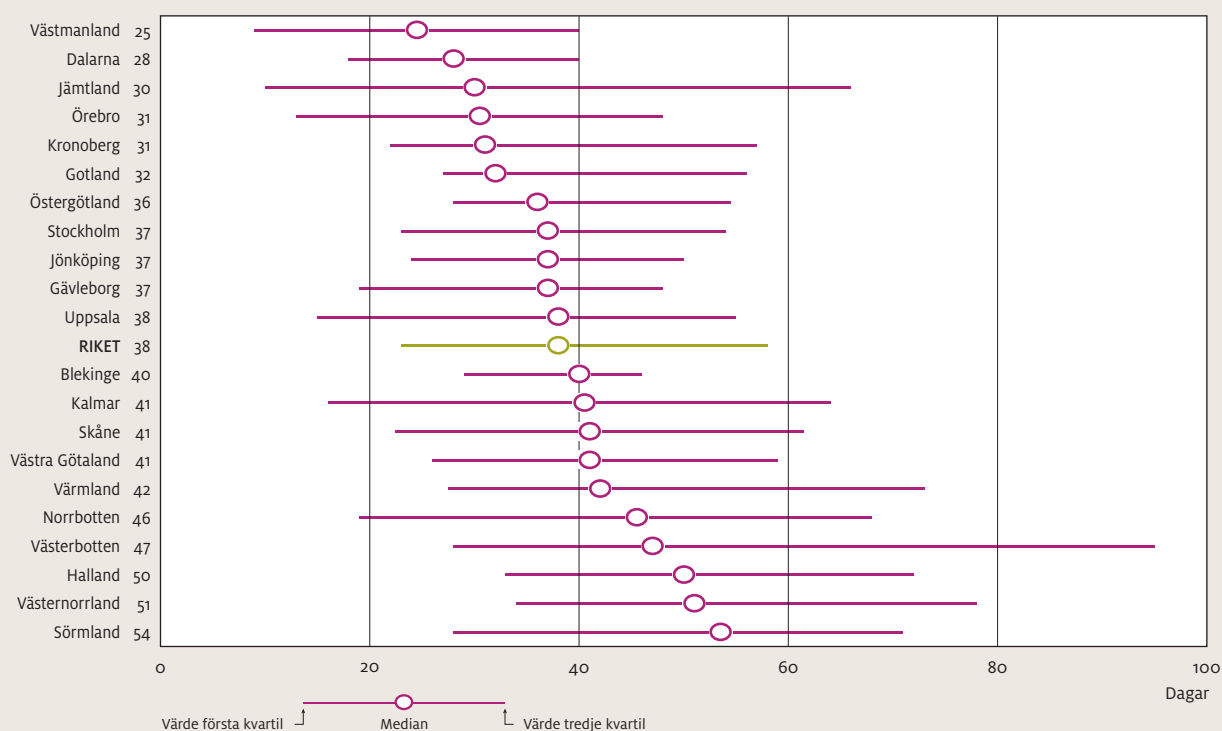
52 VÄNTETID FRÅN REMISSBESLUT TILL START AV BEHANDLING

För patientens skull bör vården eftersträva så korta väntetider som möjligt. Här redovisas väntetiden från beslut om att skicka en remiss till en specialist på grund av misstanke om cancer, till det att en behandling har påbörjats. Vid tjocktarmscancer är det vanligtvis en operation.

Diagram 52 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissbeslut till start av be-

handling. Jämförelsen omfattar 2 906 patienter som behandlades under 2013. 25 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 23 dagar, 50 procent inom 38 dagar och 75 procent inom 58 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 58 dagar på att behandlingen skulle påbörjas. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var 25–54 dagar.

DIAGRAM 52 – TOTALT: Väntetid från remissbeslut till start av behandling för tjocktarmscancer, 2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Vad har hänt sedan 2011?

Förbättringar ses inom flera redovisade områden men variationerna i landet är stora. Fler patienter bedöms nu vid multidisciplinära konferenser såväl före som efter operation. Fler patienter har genomgått kartläggning av tumörutbredning inför operation, men inget landsting når upp till målnivån. En förbättring ses även för under-

sökning av adekvat antal lymfkörtlar efter operation, även om få landsting når målnivån. För den postoperativa läkemedelsbehandlingen är det av stor vikt att starta denna inom 8 veckor efter operation och här ses en positiv utveckling. Slutligen, som enda kvalitetsregister kan man för tjocktarms- och ändtarmscancer redovisa patienters deltagande i strukturerade behandlingsstudier.

ÄNDTARMSCANCER

Statistik 2012	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	801	1 187
Andel av alla cancerfall	3 %	4 %
Prevalens, totalt	7 148	8 684
Relativ 5-årsöverlevnad	65,5 %	61,6 %
Antal dödsfall	349	449

Cancer i ändtarmen, även kallad rektalcancer, är vanligare bland män än kvinnor. År 2012 diagnostiserades nästan 2 000 personer med ändtarmscancer, 801 kvinnor och 1 187 män. I Sverige lever idag lite mer än 15 800 personer som har eller har haft ändtarmscancer. Sjukdomen är relativt ovanlig före 50 års ålder.

Här redovisas resultatet för tolv indikatorer. Sju av dem berör resultaten i samband med och efter operation. Urvalet av indikatorer belyser alltså i hög grad kvaliteten vid operationerna eftersom de flesta personer med ändtarmscancer opereras. De övriga fem indikatorerna berör onkologisk behandling, överlevnad, andelen återfall inom fem år efter operationen, multidisciplinära konferenser och deltagande i behandlingsstudier. Tolv av indikatorerna bygger på uppgifter från Svenska kolorektalcancerregistret som startade 1995. En indikator innehåller data från cancerregistret.

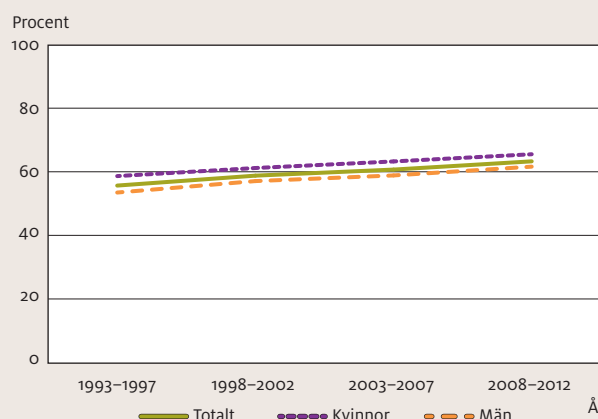
TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Svenska kolorektalcancerregistret för ändtarmscancer var 99 procent 2013. Variationen mellan landstingen var 90–100 procent. 15 landsting hade en täckningsgrad på 99–100 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. En redovisning av täckningsgraden per landsting finns i bilaga 3.

53 ÖVERLEVNADE VID ÄNDTARMSCANCER

Den relativa 5-årsöverlevnaden vid ändtarmscancer har ökat för både män och kvinnor sedan 1990-talets början och under perioden 2008–2012 var den 65,5 procent för kvinnor och 61,6 procent för män, det vill säga något högre bland kvinnorna. Av diagram 53 framgår variationen mellan landstingen: 54,7–68,5 procent.

DIAGRAM 53 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 53 – TOTALT: Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.

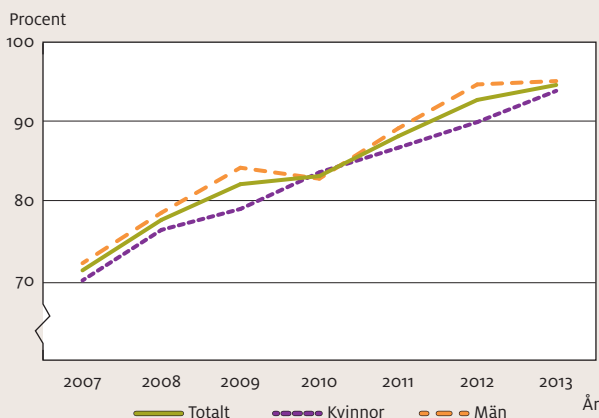


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

54–55 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS

Inför primärbehandlingen av ändtarmscancer genomförs 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, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. 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. Rekommendationen om multidisciplinär konferens både inför behandlingsstart av en nypptäckt ändtarmscancer och efter operationen av tumören har fått hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ändtarmscancer. Enligt Socialstyrelsens målsättning bör alla patienter bedömas vid en multidisciplinär konferens både inför behandlingsstart och efter en operation.

DIAGRAM 54 – RIKET: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandlingsstart av ändtarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

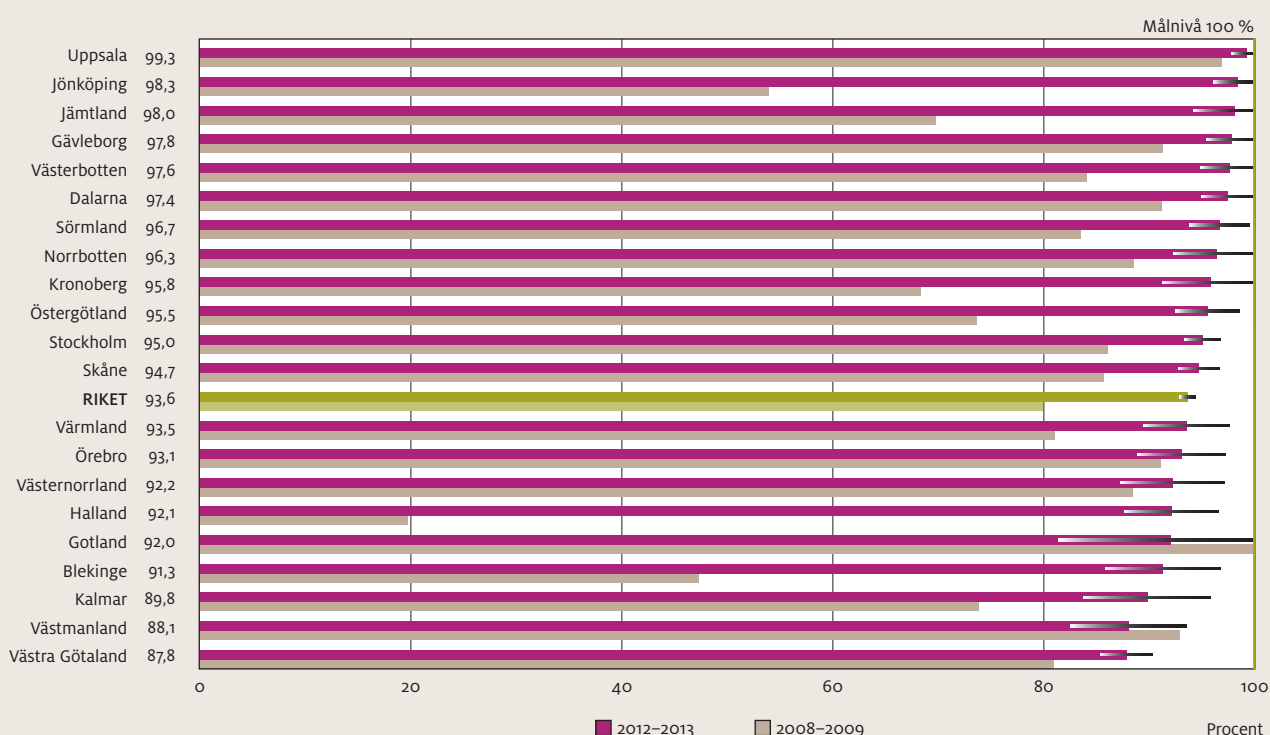
I diagram 54 och 55 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens i samband med behandlingsstarten av nyupptäckt cancer respektive efter en genomgången operation. Resultaten speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med ändtarmscancer och i vilken grad denna erbjuds.

Diagram 54 visar att av 3 918 diagnostiserade personer 2012–2013 var det 94 procent som fick en bedömning vid en multidisciplinär konferens när de började behandlingen mot sin cancersjukdom. Variationen mellan landsting-

en var 88–99 procent. På riksnivå har andelen ökat sedan 2007 då 71 procent av samtliga patienter fick multidisciplinär bedömning inför behandlingsstarten jämfört med 95 procent 2013.

Diagram 55 visar att av 2 871 personer som opererades 2012–2013 var det 92 procent som fick en bedömning vid en multidisciplinär konferens efter primäroperationen för ändtarmscancer. Variationen mellan landstingen var 78–100 procent. Utvecklingen över tid visar för riket en ökning 2007–2013 från 61–94 procent.

DIAGRAM 54 – TOTALT: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandlingsstart av ändtarmscancer, 2012–2013.



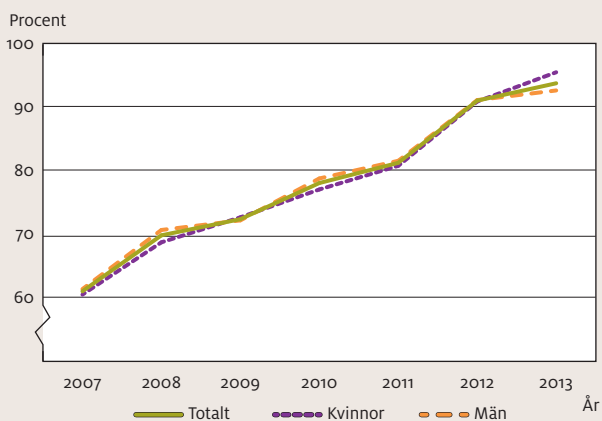
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 54 – SJUKHUS: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandlingsstart av ändtarmscancer, 2012–2013.



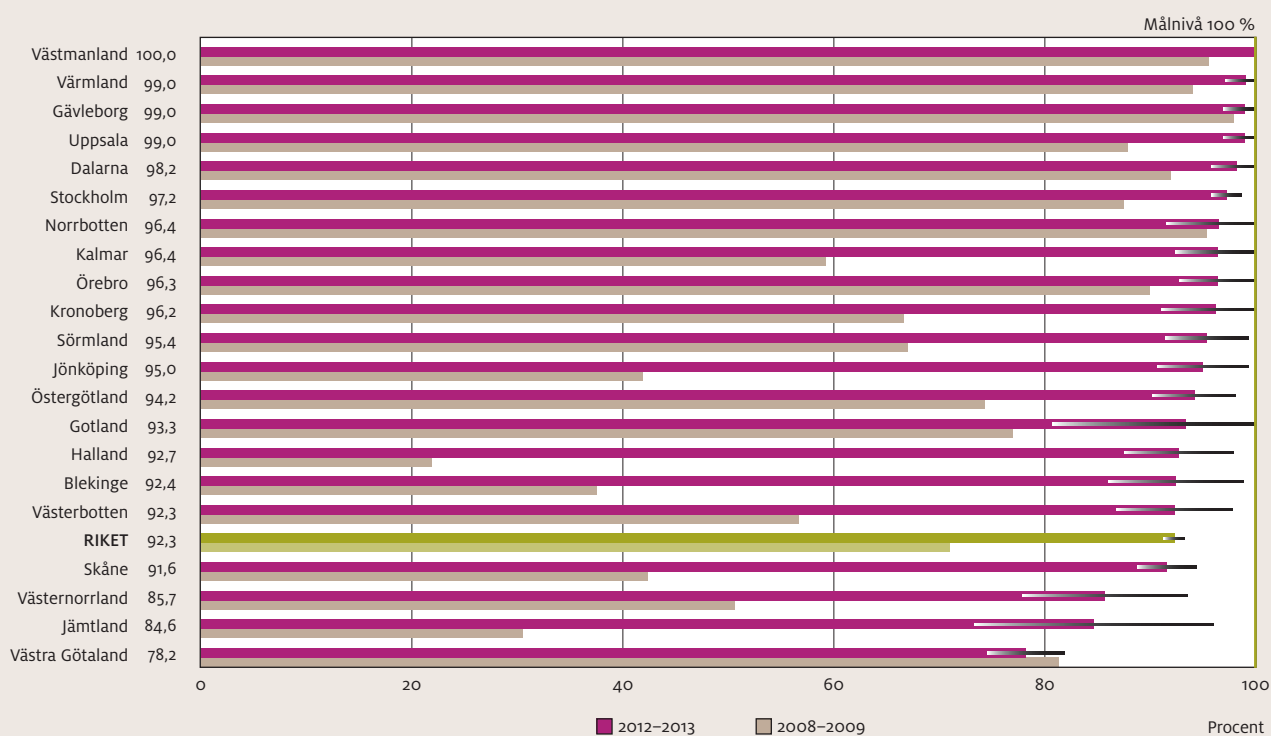
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 55 – RIKET: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för ändtarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 55 – TOTALT: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för ändtarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 55 – SJUKHUS: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för ändtarmscancer, 2012–2013.



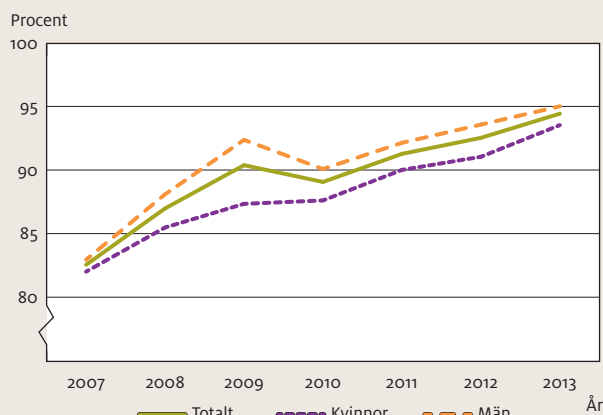
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

56 KARTLÄGGNING INFÖR OPERATION VID NYDIAGNOSTICERAD ÄNDTARMS-CANCER

En komplett utredning vid nydiagnostiserad ändtarmscancer innebär att patienten har fått en kartläggning av cancers utbredning med hjälp av röntgenundersökningar, till exempel datortomografi och magnetkameraundersökning. Undersökningarna ger svar på cancers utbredning i tarmen och omgivande vävnad samt om den också finns i lunga och lever. En komplett utredning kan skilja patienter med tidiga tumörstadiet från dem som har mer avancerade tumörer vilket ger stor vägledning inför kommande operation. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har åtgärden fått en hög prioritet och en målnivå på mer än 98 procent.

Diagram 56 visar att av 4 028 patienter som opererades under 2012–2013 var det 94 procent som fick en komplett utredning inför operation. Variationen mellan landstingen var från 89–98 procent. I riket har andelen ökat under åren 2007–2013, från 83–94 procent.

DIAGRAM 56 – RIKET: Andel patienter där komplett utredning med röntgenundersökning utförts inför operation vid nydiagnostiserad ändtarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 56 – TOTALT: Andel patienter där komplett utredning med röntgenundersökning utförts inför operation vid nydiagnostiserad ändtarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 56 – SJUKHUS: Andel patienter där komplett utredning med röntgenundersökning utförts inför operation vid nydiagnostiserad ändtarmscancer, 2012–2013.

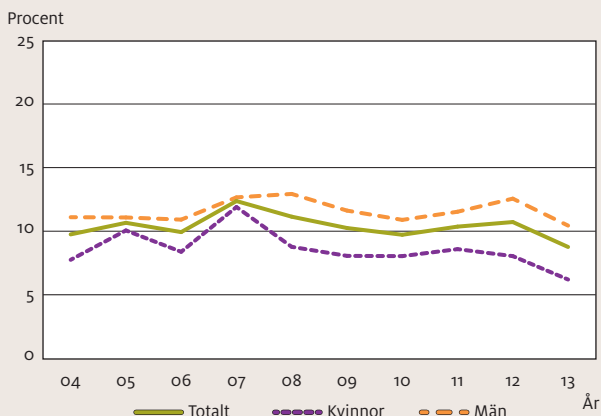


Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

57 OMOPERATION PÅ GRUND AV KOMPLIKATION

Ungefär 80 procent av alla patienter med cancer i ändtarmen opereras med ett stort ingrepp där hela tumören tas bort. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning eller en infektion eller läckage från tarmen. Omoperationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ändtarmscancer är omoperation inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp.

DIAGRAM 57 – RIKET: Andel patienter som omopereras p.g.a. komplikation inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Omoperation kan inte entydigt ses som ett resultat av dålig kvalitet av operationen. Det kan också spegla att vården har en hög uppmärksamhet för komplikation hos patienten och är även beroende av vilka patienter som opereras. Vid komplicerade operationer av avancerade tumörer ökar riskerna, liksom vid operationer av äldre eller sjukare patienter. Dessa aspekter måste beaktas då man gör jämförelser mellan sjukhusen.

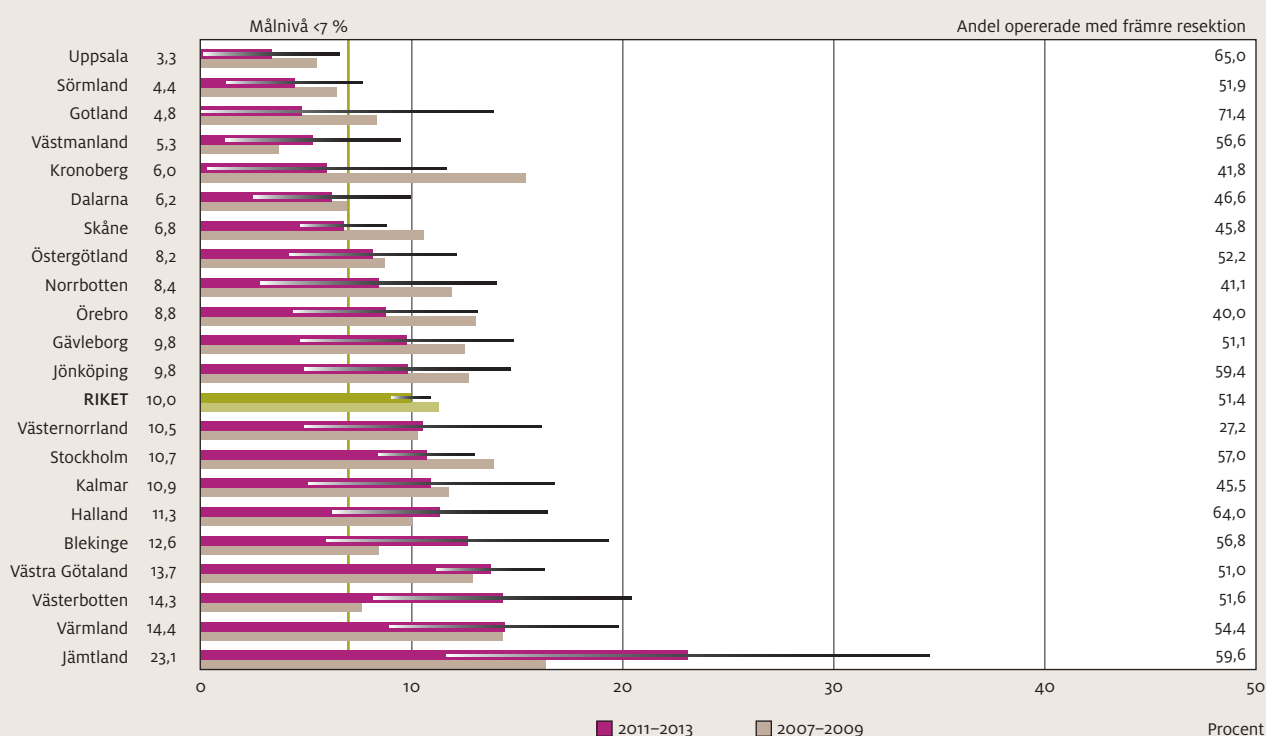
I diagram 57 redovisas andelen omoperationer under 2011–2013. Av de 4 132 personer som primäropererades var det 411 som omopererades, vilket motsvarar 10 procent. Andelen varierar mellan landstingen från 3–23 procent. Det var fler män än kvinnor som primäropererades under perioden och fler män som behövde en omoperation, 12 procent jämfört med knappt 8 procent bland kvinnorna.

Sett över tid har andelen för riket minskat 2007–2013, från 12,3–8,7 procent. Det var fler män än kvinnor som omopererades, men för både män och kvinnor har andelen minskat under hela perioden.

Omoperation är en relativt ovanlig åtgärd, vilket gör att slumpmässiga variationer kan slå igenom i siffrorna, framförallt vid små volymer, vilket illustreras av att samma landsting kan uppvisa helt olika siffror för män och kvinnor.

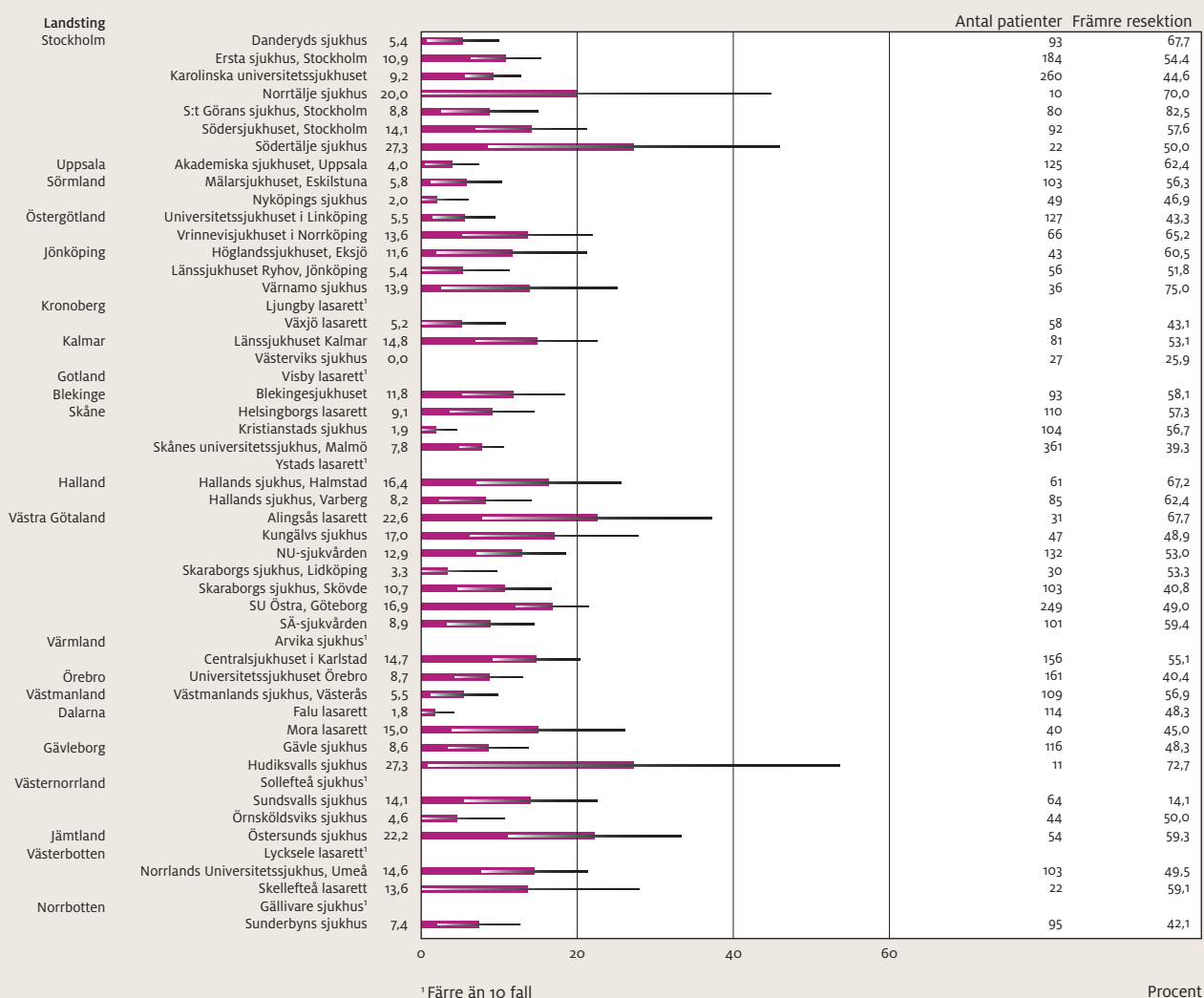
Andelen omoperationer bör bedömas tillsammans med resultatet avseende mortalitet (dödlighet) och komplikationsfrekvens. En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små planerade operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det.

DIAGRAM 57 – TOTALT: Andel patienter som omopereras p.g.a. komplikation inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, 2011–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 57 – SJUKHUS: Andel patienter som omopereras p.g.a. komplikation inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, 2011–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

58 AVLIDNA INOM 30 RESPEKTIVE 90 DAGAR EFTER OPERATION

Vid de flesta större operationer brukar man värdera risken för att patienten ska avlida inom 30 respektive 90 dagar, 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.

Av störst intresse är att följa andelen avlidna inom 90 dagar eftersom patienter som får komplikationer oftast överlever de första 30 dagarna, bland annat tack vare intensivvårdsinsatser.

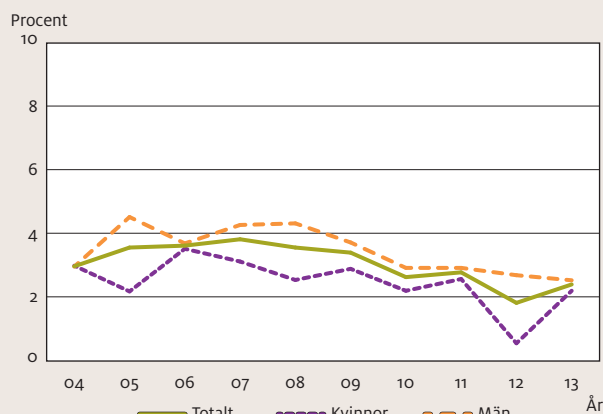
I diagram 58 återges landstingens resultat för perioden 2011–2013. Jämförelsen omfattar 4 132 patienter som under perioden genomgick så kallad resektionskirurgi. Av dessa avled totalt 96 patienter inom 90 dagar, vilket motsvarar 2,3 procent. Det finns skillnader mellan landstingen, men den statistiska osäkerheten är stor på grund av mycket få fall i många av landstingen. Det var något fler män än kvinnor som avled inom 90 dagar efter operationen, 2,7 respektive 1,7 procent.

Den delade stapeln i diagrammet redovisar utfallet för andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar.

Andelen avlidna inom 90 dagar har varierat mellan 2–4 procent under perioden 2007–2013.

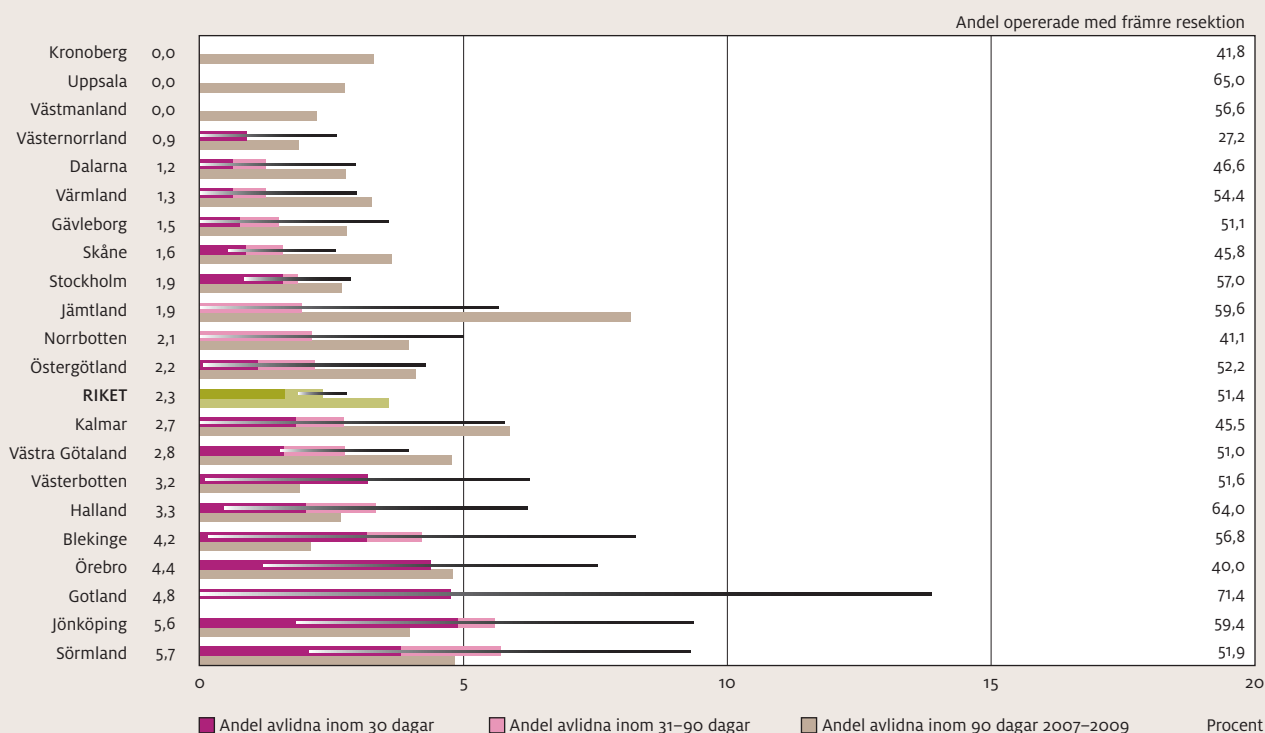
Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad, vilket inte justerats för i denna redovisning.

DIAGRAM 58 – RIKET: Andel avlidna inom 90 dagar efter operation för ändtarmscancer.



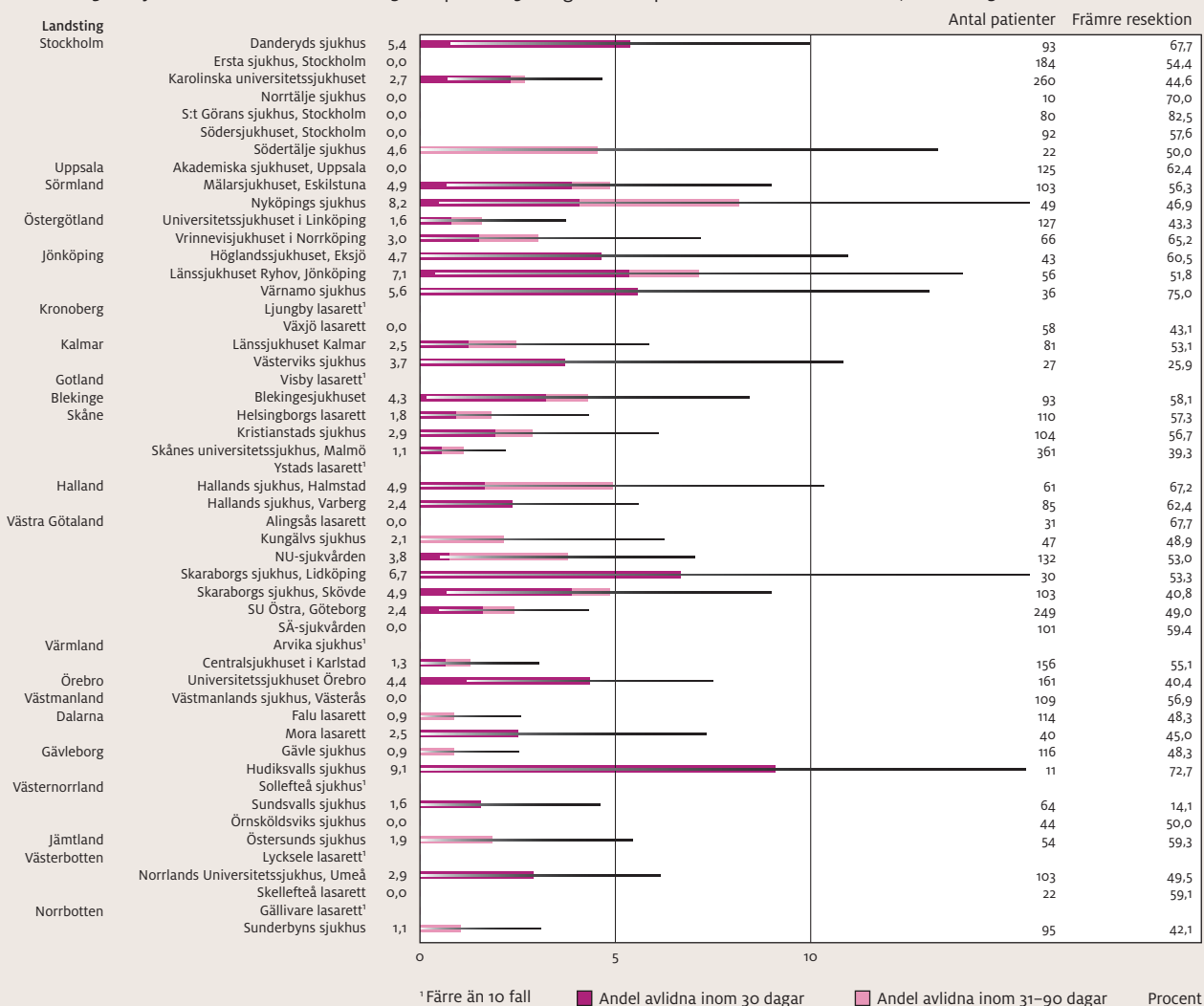
Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 58 – TOTALT: Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2011–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 58 – SJUKHUS: Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2011–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

59 MINST TOLV LYMFKÖRTLAR UNDERSÖKTA I OPERATIONSPREPARAT

Efter primäroperationen av ändtarmscancer skickas den bortopererade tarmen och tumören till ett patologilaboratorium för både en makroskopisk och en mikroskopisk undersökning. Undersökningen ska ge tydliga svar på hur tumören vuxit lokalt 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, men också av patologens skicklighet i att analysera preparaten.

Diagram 59 visar att minst tolv lymfkörtlar undersöktes hos 83 procent av de 2 761 patienters vävnadsprov som analyserades under 2012–2013. Variationen mellan landstingen har minskat från föregående Öppna jämförelser och var nu från 61–96 procent.

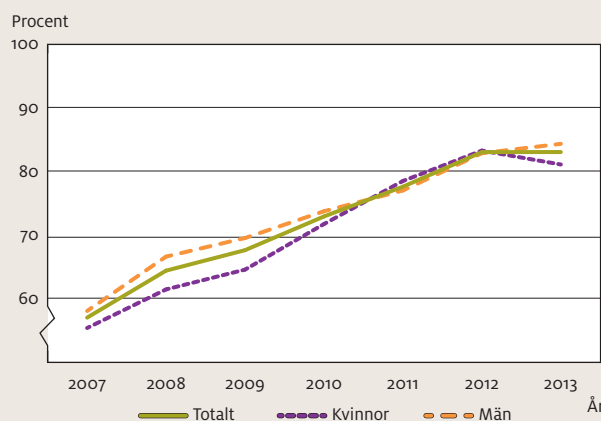
Diagrammet visar patientens hemortlandsting, inte vilket laboratorium som analyserade preparaten. Diagram 59 visar även en jämförelse mellan laboratorierna. Några av laboratorierna har bara ett fåtal inrapporterade fall till Svenska kolorektalcancerregistret. Här bör uppgifterna tolkas med viss försiktighet.

Det är viktigt att minst 12 lymfkörtlar undersöks i operationspreparatet eftersom det ökar förutsättningarna för bedömning av prognos och val av fortsatt behandling. Socialstyrelsen har därför satt upp en målnivå på minst 95

procent. Två landsting når målnivån i denna jämförelse. Resultatet visar dock en positiv utveckling, på riksnivå har andelen ökat från 57 procent 2007 till 83 procent 2013.

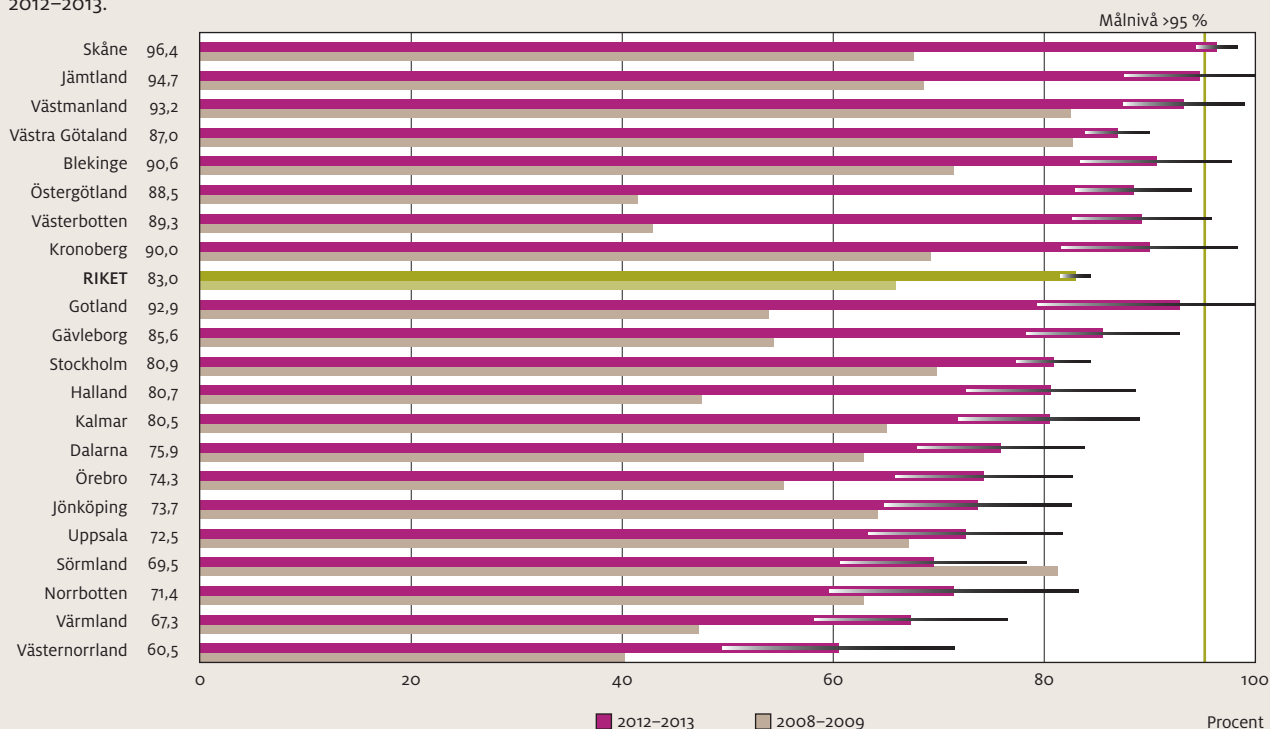
Analysen genomförd av Svenska koloncancerregistret har funnit att antalet undersökta lymfkörtlar inte påverkas av hur preparatet togs vid operationen eftersom kirurgin idag är ganska standardiserad. Däremot fann man att provsvarets kvalitet sannolikt beror mer på patologens förmåga att analysera minst tolv lymfkörtlar än på preparatets storlek. Andelen körtlar minskar också hos patienter som genomgått preoperativ strålbehandling.

DIAGRAM 59 – RIKET: Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparat efter operation för ändtarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 59 – TOTALT: Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparat efter operation för ändtarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 59 – PATOLOGILAB: Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparat efter operation för ändtarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

60 MER ÄN 15 DAGARS VÅRDTID EFTER OPERATION

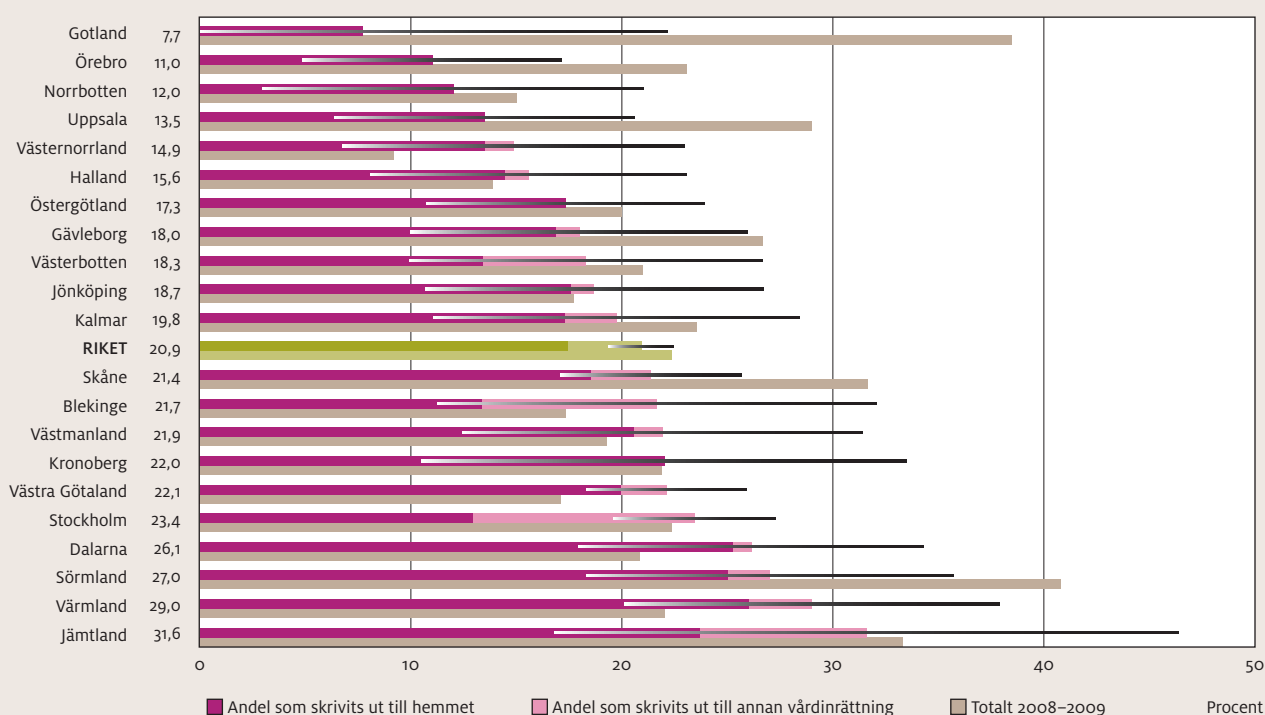
Medelvårdtiden efter en operation för ändtarmscancer är 11 dagar. En lång vårdtid efter operation kan visa att komplikationer har uppkommit i efterförloppet. I riket har andelen som vårdas längre än 15 dagar legat stabilt runt 25 procent (75:e percentilen) 2007–2013. Vi har därför valt att visa hur stor andel av alla patienter som opererades som hade en vårdtid på mer än 15 dagar.

Diagram 60 jämför 2 691 personer som opererades 2012–2013. Av dem hade 563 personer en vårdtid som översteg 15 dagar vid kirurgkliniken, vilket motsvara 21 procent. Variationen mellan landstingen var 8–32 procent. Diagrammet omfattar antalet opererade under två år, men konfidensintervallen är ändå breda eftersom alla utom de större landstingen hade få sådana fall.

17 procent av patienterna med en vårdtid som översteg 15 dagar skrivs ut till en annan vårdinrättning, till exempel en annan klinik eller ett särskilt boende, men variationen mellan landstingen var stor från 3–45 procent.

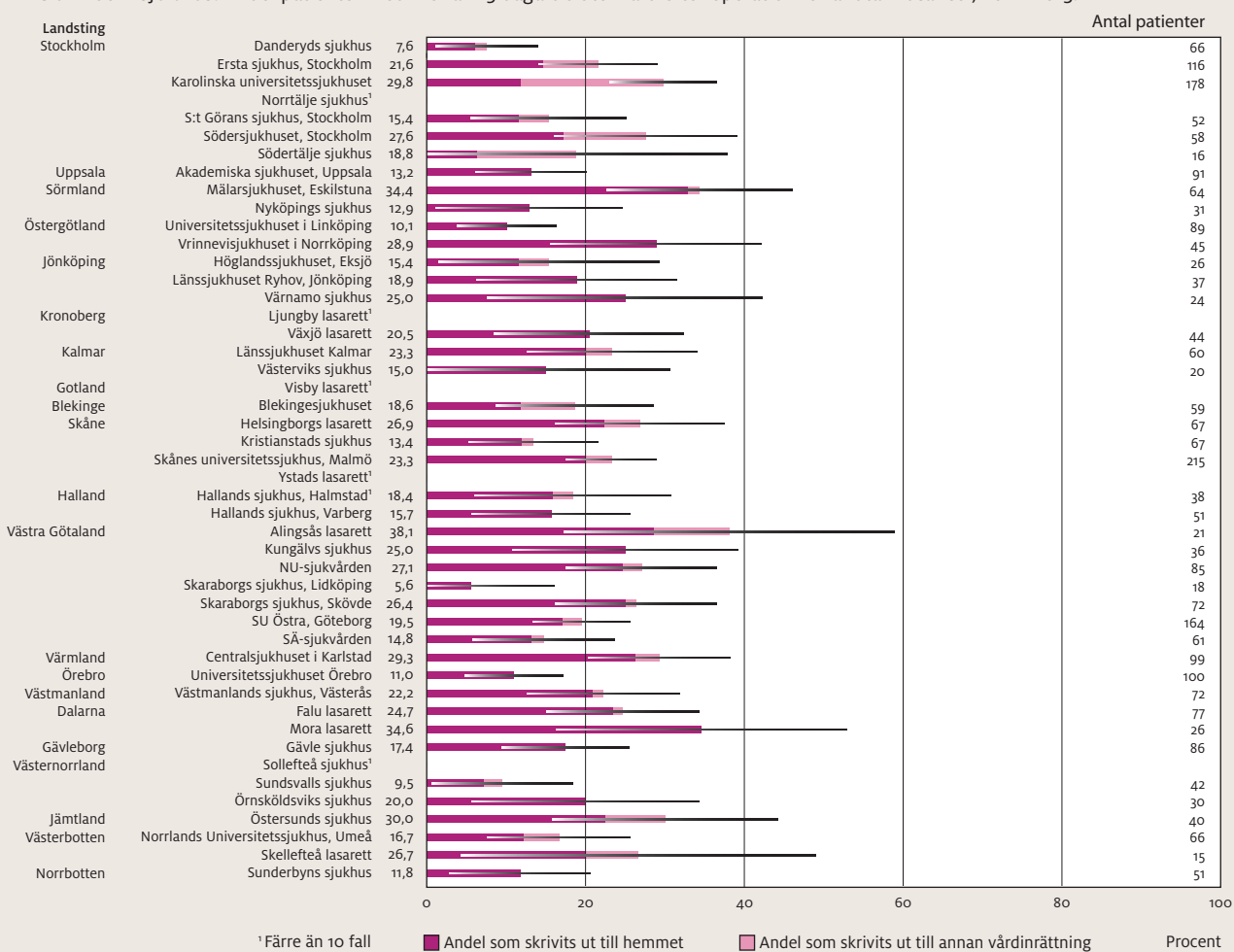
Jämförelsen tar inte hänsyn till patientens sjukdomstillstånd före operationen eller eventuell samsjuklighet (en annan samtidig sjukdom), faktorer som också kan påverka vårdtidens längd.

DIAGRAM 60 – TOTALT: Andel patienter med mer än 15 dagars slutenvård efter operation för ändtarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 60 – SJUKHUS: Andel patienter med mer än 15 dagars slutenvård efter operation för ändartarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

61 ANASTOMOSINSUFFICIENS EFTER OPERATION

Vid en ändtarmsoperation avlägsnas först tumören och hos cirka 50 procent av patienterna skarvas sedan tarmändarna ihop, vilket kan ske med olika tekniker. Det hop-sydda området kallas anastomos. En allvarlig komplikation efter en operation är att skarven inte läker ihop och ett läckage uppstår, en så kallad anastomosinsufficiens. Läckage av tarminnehåll ut i buken kan ge infektion i lilla bäckenet och sepsis (blodförgiftning). Det kan vara ett livshotande tillstånd som kräver en ny operation och kan leda till att patienten får en permanent stomi.

Diagram 61 visar att av 2 125 patienter som opererades var det 158 som fick en anastomosinsufficiens 2011–2013, vilket motsvarar 7 procent. Variationen mellan landstingen var från 0–16 procent. För rikets genomsnitt var förekomsten av anastomosinsufficiens 9 procent för män och 5 procent för kvinnor.

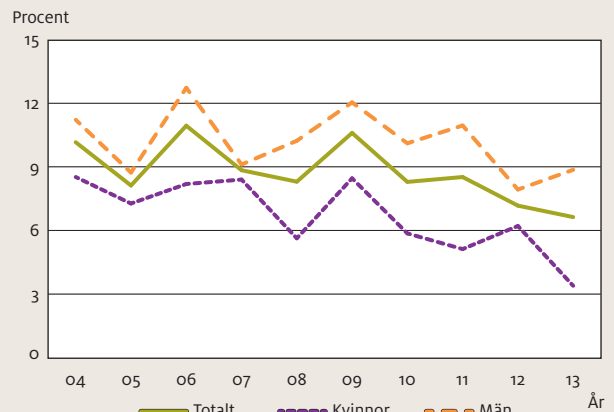
I riket har under åren 2004–2013 andelen minskat hos kvinnor från 9 till 3 procent och för män från 11 till 9 procent.

Resultatet påverkas i viss mån av om patienterna fick strålbehandling inför operationen och av hur lång tid som passerat mellan strålning och operation. Jämförelsen tar inte hänsyn till patientsammansättningen vid ett sjuk-

hus och faktorer som patientens ålder och sjuklighet inför operationen. De kan också påverka andelen anastomosinsufficiens.

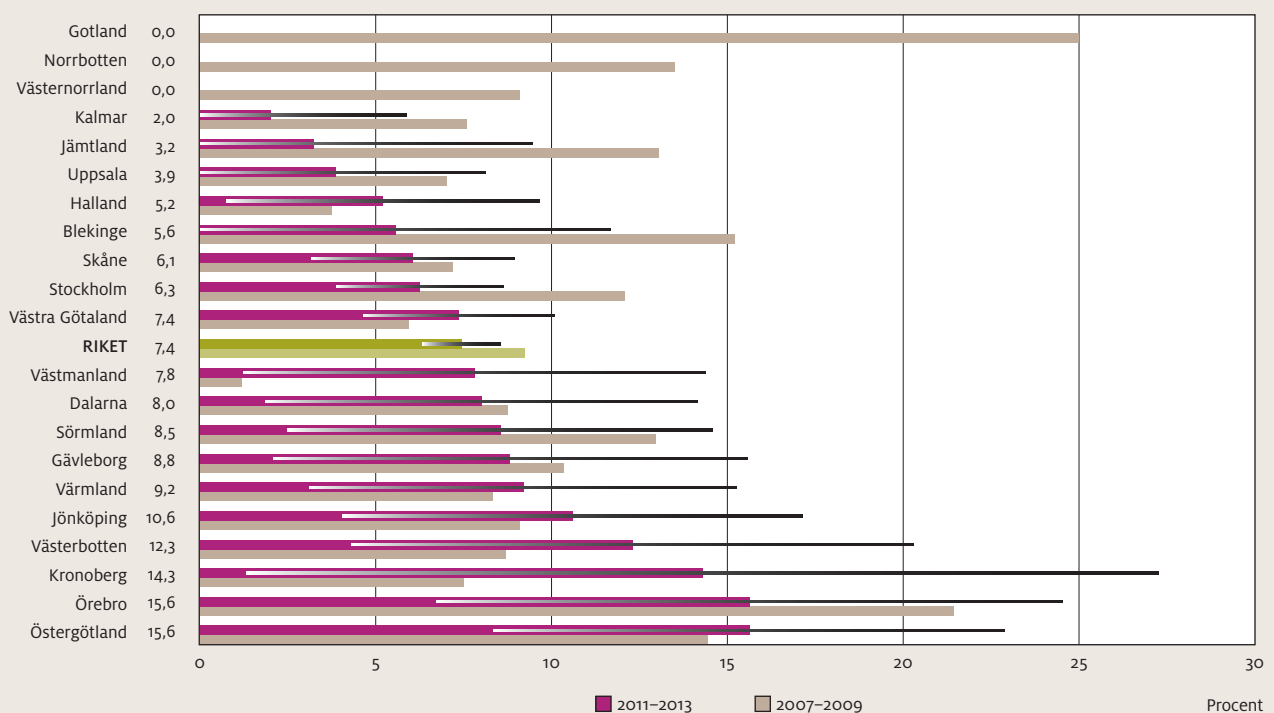
Det kan finnas registreringskillnader som beror på att vissa sjukhus inte rapporterar alla sina anastomosinsufficiens till kvalitetsregisteret.

DIAGRAM 61 – RIKET: Andel patienter som får anastomosinsufficiens efter operation för ändtarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 61 – TOTALT: Andel patienter som får anastomosinsufficiens efter operation för ändtarmscancer, 2011–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

62 ÅTERFALL AV CANCER I BÄCKENET INOM FEM ÅR EFTER OPERATION

Ett recidiv (återfall) innebär att cancer återkommer inom ett område som tidigare har behandlats med operation och eventuell strålning. Recidivet innebär en mycket stor risk för en obotlig sjukdom alternativt en mycket omfattande kirurgisk och onkologisk behandling. Indikatorn mäter andelen patienter som fått återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation för ändtarmscancer. Patienterna opererades 2005–2008 med uppföljning till och med 2013.

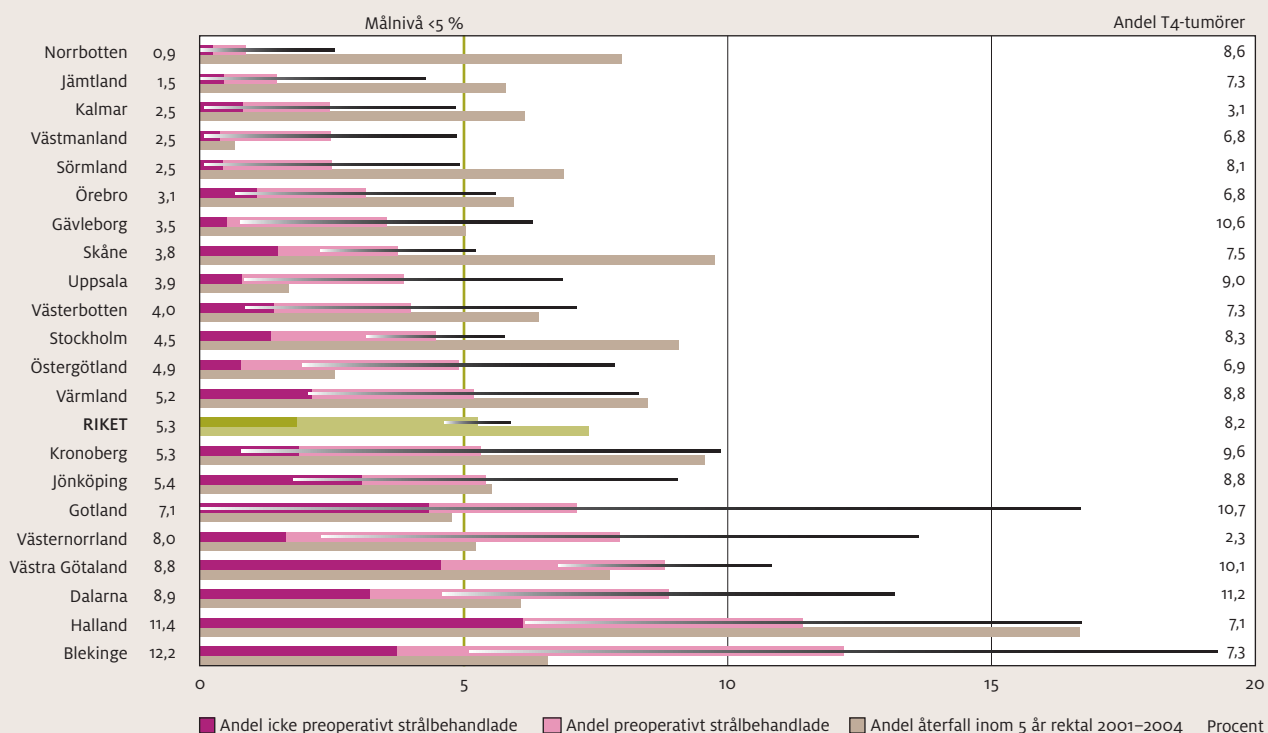
Diagram 62 visar att av 4 849 patienter som opererades 2005–2008 var det 255 som fick återfall av cancer i bäckenet, vilket motsvarar 5 procent. Variationen mellan landstingen var stor, 1–12 procent. Det var ingen större skillnad mellan män och kvinnor.

I riket har andelen återfall minskat något mellan åren 2001–2004 och 2005–2008, från 7–5 procent. Internationellt sett är mindre än 5 procent en mycket låg andel recidiv i en population.

De värden som presenteras för denna indikator är i många fall baserade på små tal och bör därför tolkas med försiktighet. Resultatet påverkas i viss mån av patientens sjuklighet vid operation. Till höger i diagrammet anges hur stor andel av patienterna som opererades som hade T4 tumörer. T i kombination med en siffra anger hur utbredd tumören är. T4 innebär att tumören vuxit in i intilliggande organ.

Socialstyrelsen men även kvalitetsregistret har satt upp en målnivå på mindre än 5 procent som får återfall av cancer i bäckenet, en målnivå som bedömts som kliniskt rimlig att kunna uppnå.

DIAGRAM 62 – TOTALT: Andel patienter som får återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation för ändtarmscancer. Patienter opererade 2005–2008 med uppföljning t.o.m. 2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

63 DELTAGANDE I STRUKTURERAD BEHANDLINGSSTUDIE

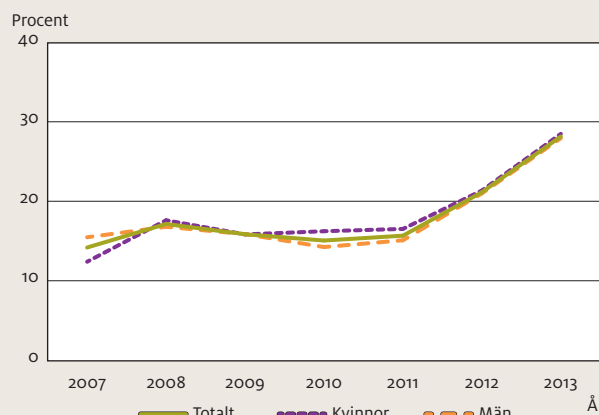
Vetenskapliga studier utgör till stor del kunskapsunderlag för rekommendationer om vård och behandling i nationella riktlinjer och vårdprogram. Med dessa som underlag kan vården i sin tur erbjuda bästa möjliga vård och behandling. Därför är det viktigt att landsting och sjukhus deltar aktivt i den kliniska forskningen. Indikatorn visar andelen patienter med ändtarmscancer som har inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie. Med behandlingsstudie avses såväl randomiserade studier som observationsstudier. Studien ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd.

Diagram 63 visar att av 4 028 patienter som diagnostiserats för ändtarmscancer under åren 2012–2013 och fanns registrerade i kvalitetsregistret var det 25 procent som deltog i en behandlingsstudie. Variationen mellan landsting var stor, 3–50 procent.

Indikatorn är beroende av antalet pågående studier under mätperioden och vilka kriterierna för att inkluderas i en studie är. Indikatorn är således mer stabil som kvalitetsindikator över en längre tidsperiod för att visa landstingens och sjukhusens aktivitetsgrad för att delta i behandlingsstudier. I riket har andelen stadigt ökat under åren 2007–2013, från 14–28 procent. Socialstyrelsen

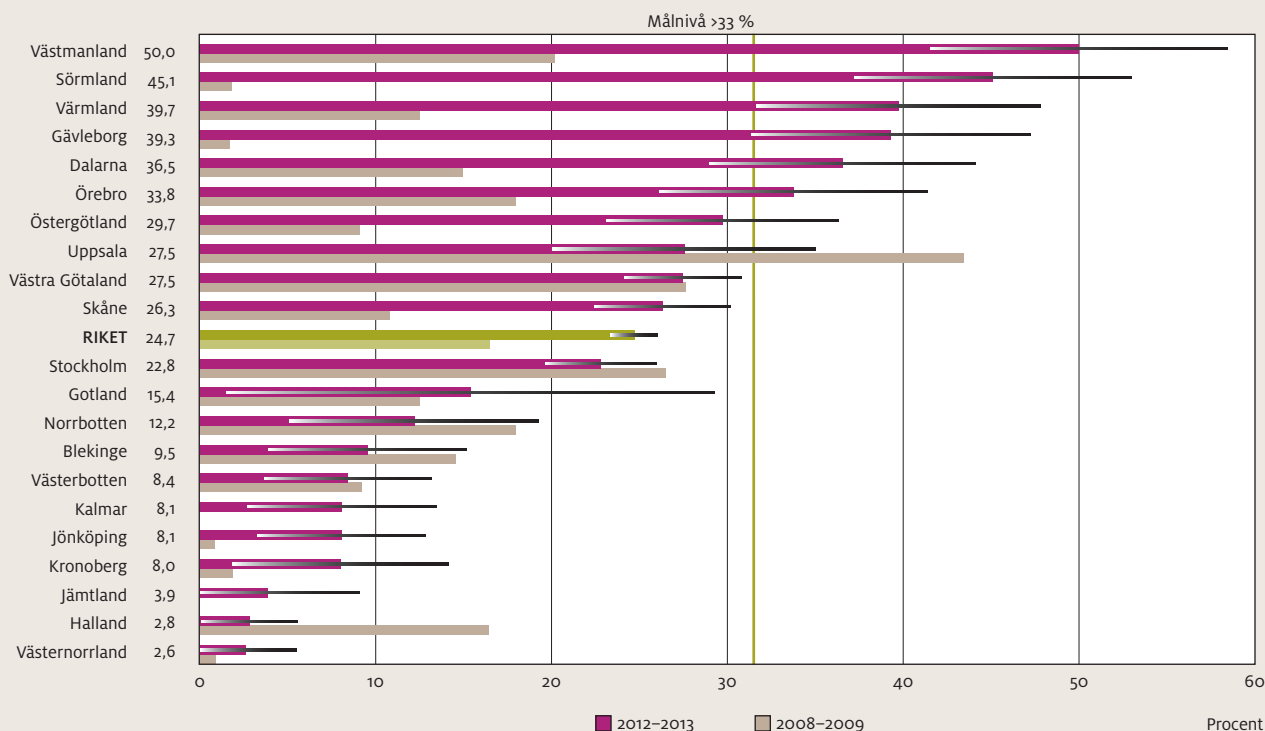
har satt upp en eftersträvarvärd målsättning på mer än 33 procents deltagande i kliniska studier. En bedömning utifrån målnivån kan endast göras utifrån en längre tidsperiod och vilka studier som gjordes under den perioden. Resultatet på riksnivå visar på ett ökat deltagande i kliniska studier.

DIAGRAM 63 – RIKET: Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

DIAGRAM 63 – TOTALT: Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie för ändtarmscancer, 2012–2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

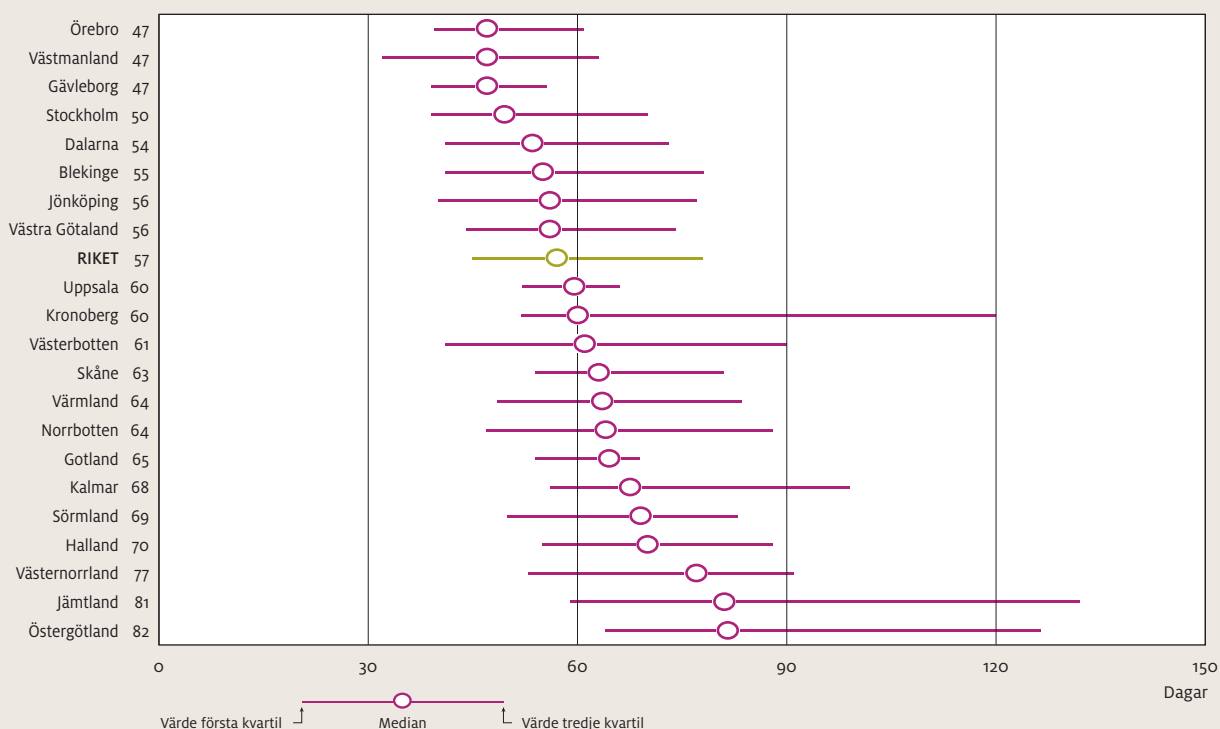
64 VÄNTETID FRÅN REMISSBESLUT TILL START AV BEHANDLING

För patientens skull bör vården eftersträva så korta väntetider som möjligt. Här redovisas väntetiden från beslut om att skicka en remiss till en specialist på grund av misstanke om cancer, till det att en behandling har påbörjats. Vid ändtarmscancer vanligtvis en operation.

Diagram 64 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissbeslut till start av

behandling. Jämförelsen omfattar 1 458 patienter som behandlades under 2013. 25 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 45 dagar, 50 procent inom 57 dagar och 75 procent inom 78 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 78 dagar på att behandlingen skulle påbörjas. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var 47–82 dagar.

DIAGRAM 64 – TOTALT: Väntetid från remissbeslut till start av behandling för ändtarmscancer, 2013.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Vad har hänt sedan 2011?

Förbättringar ses inom flera områden sedan 2011. Fler patienter bedöms vid multidisciplinära konferenser, fler patienter har genomgått kartläggning av tumörutbredning inför operation och på båda dessa områden ses mindre

variationer över landet jämfört med tjocktarmscancer. En positiv utveckling ses också för andelen patienter som fått undersökning av adekvat antal lymfkörtlar efter operation. Liksom för tjocktarmscancer kan registret redovisa andel patienter som inkluderats i behandlingsstudie.

LUNCANCER

Statistik 2012	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	1 798	1 823
Andel av alla cancerfall	6 %	6 %
Prevalens, totalt	5 012	3 848
Relativ 1-årsöverlevnad	38,1 %	45,2 %
Antal dödsfall	1 705	1 875

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och år 2012 fick sammanlagt 3 621 personer lungcancer, 1 798 kvinnor och 1 823 män. Ungefär hälften av alla som insjuknar är över 70 år och mindre än 1 procent är under 40 år. Varje år dör ungefär 3 500 personer i sjukdomen och lungcancer är därmed den cancersjukdom som tar flest liv i Sverige. Den dominerande orsaken är rökning.

Fallen av lungcancer har minskat bland män sedan 1980-talet men samtidigt ökat bland kvinnor, vilket troligen beror på kvinnors ändrade rökvanor sedan 1950-talet. Antalet rökare har minskat under de senaste årtiondena, men den stadiga ökningen av antalet lungcancerfall bland kvinnor speglar deras rökvanor för 20 år sedan och ännu längre tillbaka. Under den senaste perioden har dock antalet fall ökat igen bland män.

Lungcancer är en aggressiv tumörsjukdom men den går att bota hos en del om sjukdomen inte har spridit sig. Det finns två olika cancerformer: småcellig och icke småcellig cancer. Icke småcellig lungcancer utgör cirka 80 procent av all lungcancer och småcellig cirka 15 procent. Resterande 5 procent går inte att klassificera. Cancern kan också vara i olika stadier där stadium I och II av icke småcellig cancer är tumörer som kan opereras om inte patienten har nedsatt lungkapacitet, dåligt allmäntillstånd eller andra sjukdomar som lägger hinder i vägen. Stadium III betyder att tumören är begränsad till brösthålan och i vissa fall kan opereras. Stadium IV är en tumör som har spridit sig till andra delar av kroppen och den går inte att bota genom operation.

Cirka 70 procent av alla drabbade har en långt framskriden sjukdom (stadium IIIB–IV) redan vid diagnosen, och den går då oftast inte att bota. Ungefär 75 procent av patienterna med lungcancer i dessa stadier dör inom ett år. För dessa patienter finns det olika palliativa behandlingsmetoder (läkemedelsbehandling, strålning eller någon annan symtomlindring) som alla går ut på att patienten ska få färre och minskade symtom och en bättre livskvalitet.

Här redovisas resultatet för sju indikatorer som berör både kurativa insatser (som syftar till att bota patienten) och palliativa insatser. Indikatorerna tar upp överlevnad vid lungcancer, diagnostik, kurativt syftande kirurgi, behandlingsinsatser i palliativt syfte, multidisciplinära kon-

ferenser och avslutningsvis ett mått på väntetiden. Sex av indikatorerna bygger på uppgifter från Nationella lungcancerregistret och indikatorn om överlevnad är hämtad från cancerregistret.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancer-vård som utkom 2011 finns målnivåer för flera av indikatorerna. Målformuleringsarbetet, som gjordes våren 2011, bygger på data från lungcancerregistret och för att få ett tillförlitligt underlag samlades uppgifter för alla som fick diagnosen lungcancer under åren 2002–2009. Sedan användes en statistisk metod som innebär att den 90:e percentilen av resultaten i riket blir målnivån. På så sätt får man en realistisk målnivå eftersom några landsting redan har nått upp till den nivån, samtidigt som målet blir en utmaning för de övriga landstingen. Denna metod skiljer sig från den som Socialstyrelsen tillämpar när mål sattes för indikatorer i Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014. Då sattes målnivån inte bara utifrån ett statistiskt underlag utan värderades även av en expertgrupp vid ett konsensusmöte.

TÄCKNINGSGRAD

Under mätperioden 2010–2013 var kvalitetsregistrets täckningsgrad 95 procent för åren 2010–2012. För 2013 var dock täckningsgraden lägre, cirka 80 procent, vilket innebär att det för 2013 saknades uppgifter för ungefär 20 procent av patienterna i denna grupp, om de till exempel fått en bedömning vid en multidisciplinär konferens eller inte. Genom att ha en mätperiod på fyra år är förhoppningen att den låga täckningsgraden för 2013 inte ska påverka redovisningen allt för mycket.

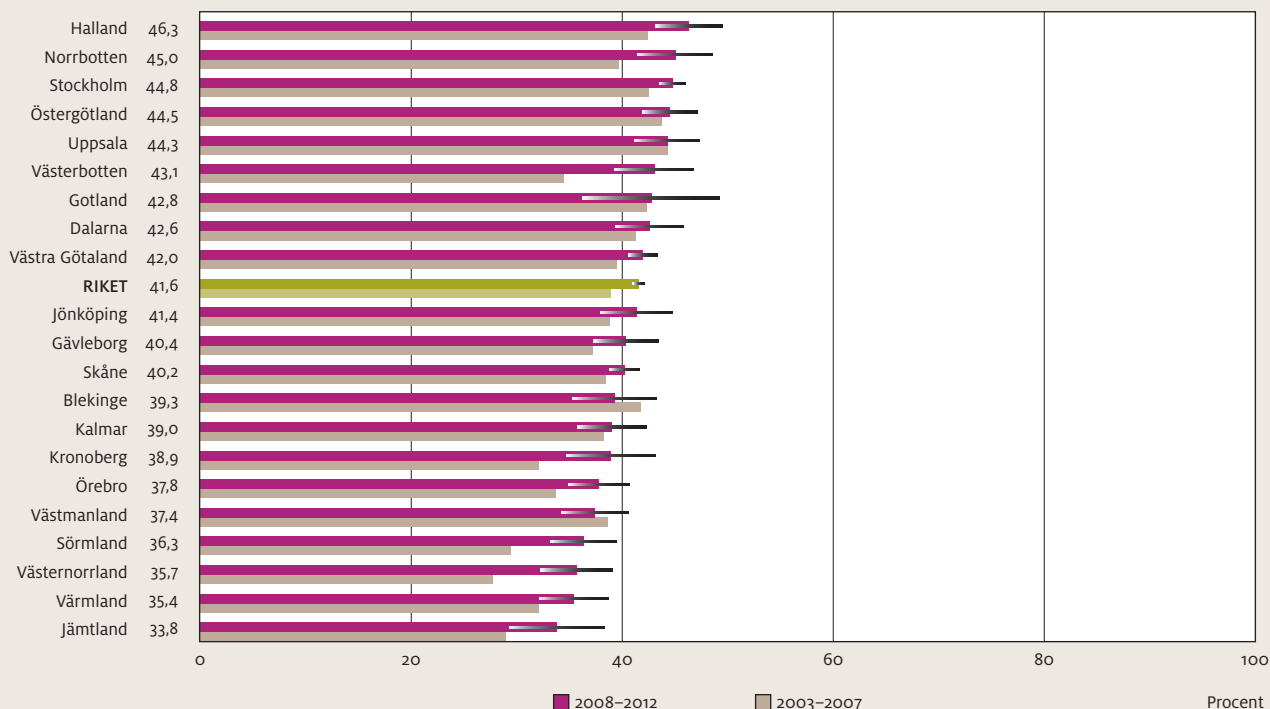
65 ÖVERLEVNADE VID LUNCANCER

Den relativa överlevnaden vid lungcancer är låg men lite högre bland kvinnor än män. Sedan början av 1990-talet har trenden varit något ökande, framför allt när det gäller överlevnaden på kort sikt. Fler kvinnor än män insjuknar och dör i lungcancer före 60 års ålder och i de högre åldersgrupperna dominerar männen.

Diagram 65 visar att under perioden 2008–2012 var den relativa 1-årsöverlevnaden bland män 38,1 procent jämfört med 45,2 procent för kvinnor. Överlevnaden varierade mellan landstingen: 33,8–46,3 procent. Överlevnaden sjunker ju äldre patienten är när diagnosen ställs.

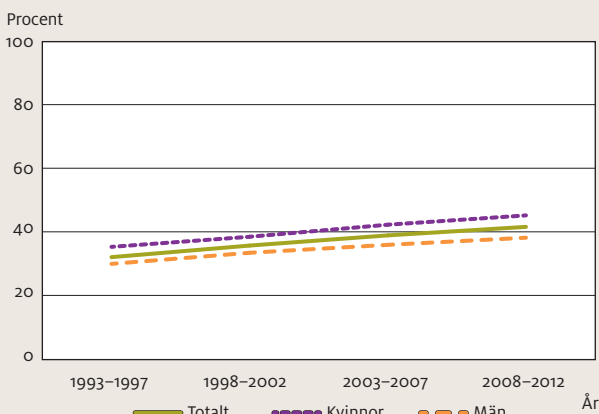
Lungcancer är en av de cancersjukdomar som har sämst prognos. 5-årsöverlevnaden är 13,6 procent bland män och 19,4 procent bland kvinnor. Förklaring är att de flesta som får diagnosen lungcancer har långt gånge sjukdom, är äldre och även har andra sjukdomar som till exempel KOL eller hjärt-kärlsjukdom. Allt detta kan i sig påverka den totala överlevnaden men det kan också minska möjligheterna att genomgå en påfrestande, botande behandling.

DIAGRAM 65 – TOTALT: Relativ 1-årsöverlevnad vid lungcancer, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 65 – RIKET: Relativ 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

66 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS INFÖR BEHANDLING

Inför primärbehandlingen av lungcancer genomförs 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, lungmedicinsk specialist, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. 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.

I diagram 66 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens inför primärbehandlingen. Resultaten speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med lungcancer och i vilken grad denna erbjuds.

Diagram 66 visar att av 13 625 diagnostiserade patienter åren 2010–2013 var det 68 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens. Variationen är dock mycket stor mellan landstingen: 36–90 procent, men har minskat sedan föregående *Öppna jämförelse av cancersjukvården*.

Andelen multidisciplinära konferenser har ökat under de senaste 10 åren från 51 procent 2004 till 74 procent 2013. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är målnivån 74 procent. Åtta landsting uppfyller målnivån under perioden 2010–2013. I riktlinjerna står att alla landsting bör kunna uppnå den nivån och att den på sikt bör höjas ännu mer.

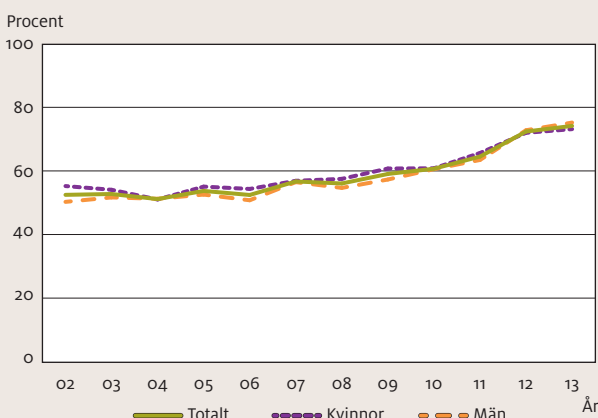
Det finns vissa registreringsskillnader som påverkar resultaten i diagrammen. Vissa landsting rapporterar bara de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av multidisciplinär konferens.

DIAGRAM 66 – TOTALT: Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens inför primärbehandling av lungcancer, 2010–2013.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

DIAGRAM 66 – RIKET: Andel patienter som bedömts vid multidisciplinär konferens inför primärbehandling av lungcancer.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

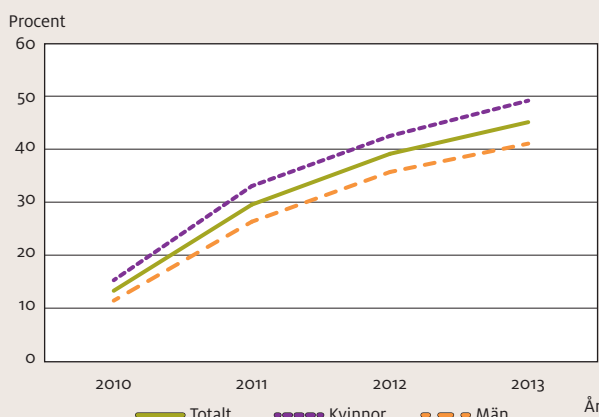
67 EGFR-ANALYS VID ICKE SMÅCELLIG LUNGCANCER

Icke småcellig lungcancer är den vanligaste formen av lungcancer, den finns hos cirka 80 procent av alla fall. Svenska lungcancerstudiegruppen rekommenderar EGFR (epidermal growth factor receptor) mutationsanalys till alla patienter med icke småcellig lungcancer där medicinsk behandling kan komma i fråga. Studiegruppen vill att alla fall med icke småcellig lungcancer bör få en mutationsanalys och att dessa ska registreras i det nationella kvalitetsregistret för att på så sätt samla erfarenhet och

kunskap. EGFR är en receptor på cells yta som bland annat stimulerar cellens tillväxt. Mutationer i genen för denna receptor kan leda till okontrollerad celltillväxt. Det finns målstyrda behandlingar som är effektiva för många patienter som har genmutationer på EGFR.

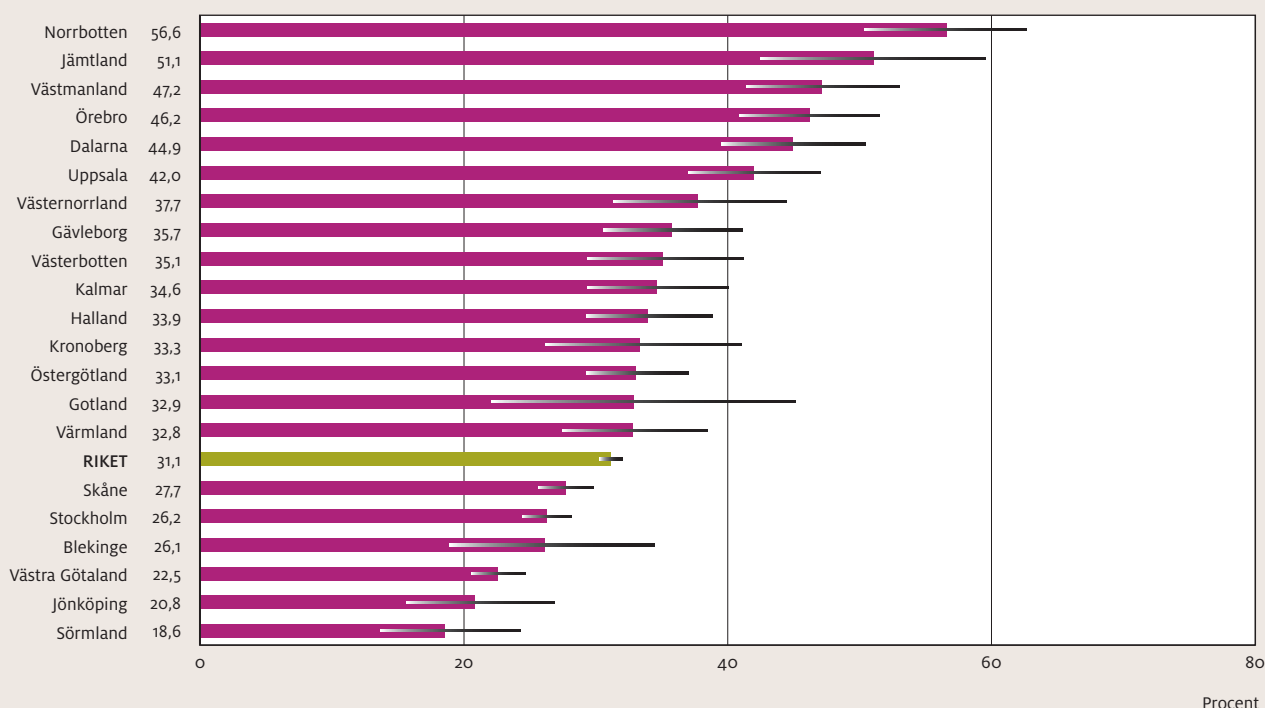
Diagram 67 visar andelen patienter med icke småcellig lungcancer som fick en EGFR-analys 2010–2013. Av 10 652 patienter fick 31 procent en sådan analys. Variationen mellan landstingen var stor: 19–57 procent. Andelen analyser har dock ökat markant under de senaste fyra åren, från 13 procent 2010 till 45 procent 2013.

DIAGRAM 67 – RIKET: Andel patienter med icke småcellig lungcancer som fått EGFR mutationsanalys.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

DIAGRAM 67 – TOTALT: Andel patienter med icke småcellig lungcancer som fått EGFR mutationsanalys, 2010–2013.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

68 PET-DT INFÖR KURATIVT SYFTANDE BEHANDLING

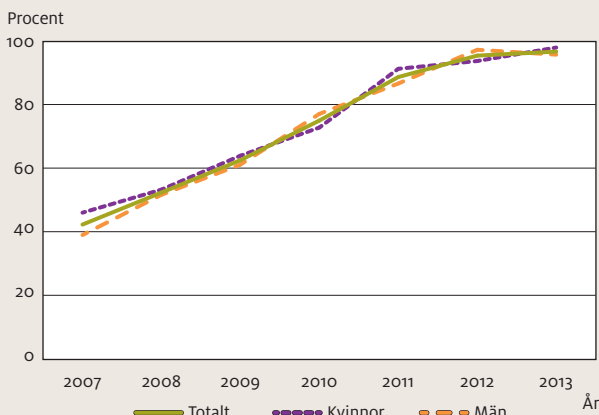
För att ge bästa möjliga behandling behöver man veta så exakt som möjligt var i kroppen cancersjukdomen finns. Vid en utredning av lungcancer undersöks bland annat övre delen av buken med hjälp av röntgen, datortomografi med mera. För personer med icke småcellig lungcancer i stadium IB–IIIB kan man med hjälp av PET-DT (positron-emissionstomografi kombinerad med datortomografi) avgöra vilka patienter som kan vara aktuella för en kurativt syftande behandling som en operation eller en kombination av cytostatika och strålbehandling. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har undersökningar med PET-DT fått en mycket hög prioritet för denna patientgrupp.

I diagram 68 visas andelen patienter som genomgick PET-DT inför starten av en kurativt syftande behandling 2010–2013. Av 2 110 patienter med icke småcellig lungcancer i stadium IB–IIIB var det 1 863 patienter som undersöktes med PET-DT, vilket motsvarar 88 procent, en förbättring jämfört med 2007–2009 då 53 procent fick en sådan undersökning. Variationen mellan landstingen var 70–98 procent 2010–2013, med undantag för ett landsting som låg på 41 procent under denna period. Underlaget bygger på relativt få uppgifter i vissa landsting, vilket gör att konfidensintervallen är breda.

Enligt de nationella riktlinjerna bör minst 82 procent i denna patientgrupp utredas med PET-DT. Det var endast fem landsting som inte uppnådde målnivån under mätperioden.

I riket har andelen PET-DT undersökningar för denna patientgrupp ökat från 42 procent 2007 till 97 procent 2013.

DIAGRAM 68 – RIKET: Andel patienter med icke småcellig lungcancer som genomgår PET-DT inför start av kurativt syftande behandling. Avser stadium IB – IIIB.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

DIAGRAM 68 – TOTALT: Andel patienter med icke småcellig lungcancer som genomgår PET-DT inför start av kurativt syftande behandling, 2010–2013. Avser stadium IB - IIIB.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

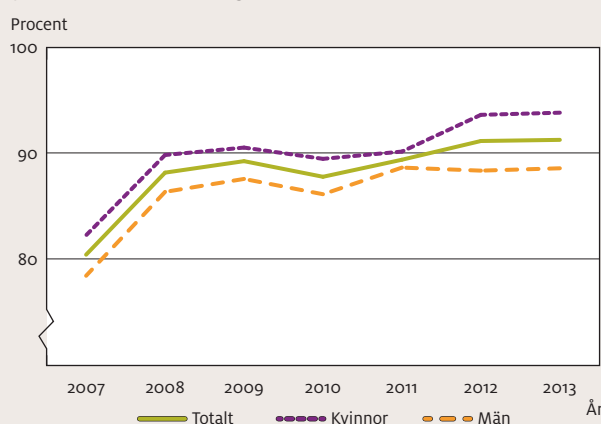
69 KURATIVT SYFTANDE BEHANDLING VID ICKE SMÅCELLIG LUNCANCER I STADIUM I OCH II

Kirurgi är den metod som botar flest patienter med icke småcellig lungcancer. Alla patienter med lungcancer kan dock inte opereras, utan det beror på var i lungan cancer växer, hur stor tumören är och om cancer har spridit sig till några andra organ. I Öppna jämförelser 2011 gjordes en jämförelse av de patienter som opererades eller inte. Sedan dess har ny kunskap tillkommit och Svenska lungcancerstudiegruppen rekommenderar nu även precisionsstrålbehandling (SBRT) som en kurativt syftande åtgärd. Det är framför allt patienter med icke småcellig lungcancer i stadium I och II som kan få kurativt syftande kirurgi eller precisionsstrålbehandling. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancer är åtgärden en viktig indikator för uppföljning. Om metoderna underutnyttjas kan vården missa tillfällen att bota sjukdomen.

Denna indikator mäter landstingens behandlingsinsatser för personer med icke småcellig lungcancer i ett tidigt stadium. Jämförelsen redovisar andelen patienter som planerades få kurativt syftande kirurgi eller precisionsstrålbehandling.

I diagram 69 visas andelen planerade operationer eller precisionsstrålbehandlingar under 2010–2013. Av 2 504 patienter med icke småcellig lungcancer i stadium I och II var det 2 249 som skulle få kirurgi eller strålbehandling, vilket motsvarar 90 procent. Variationen mellan lands-

DIAGRAM 69 – RIKET: Andel patienter med icke småcellig lungcancer som planeras för kurativt syftande kirurgi eller precisionsstrålbehandling. Avser stadium I och II.

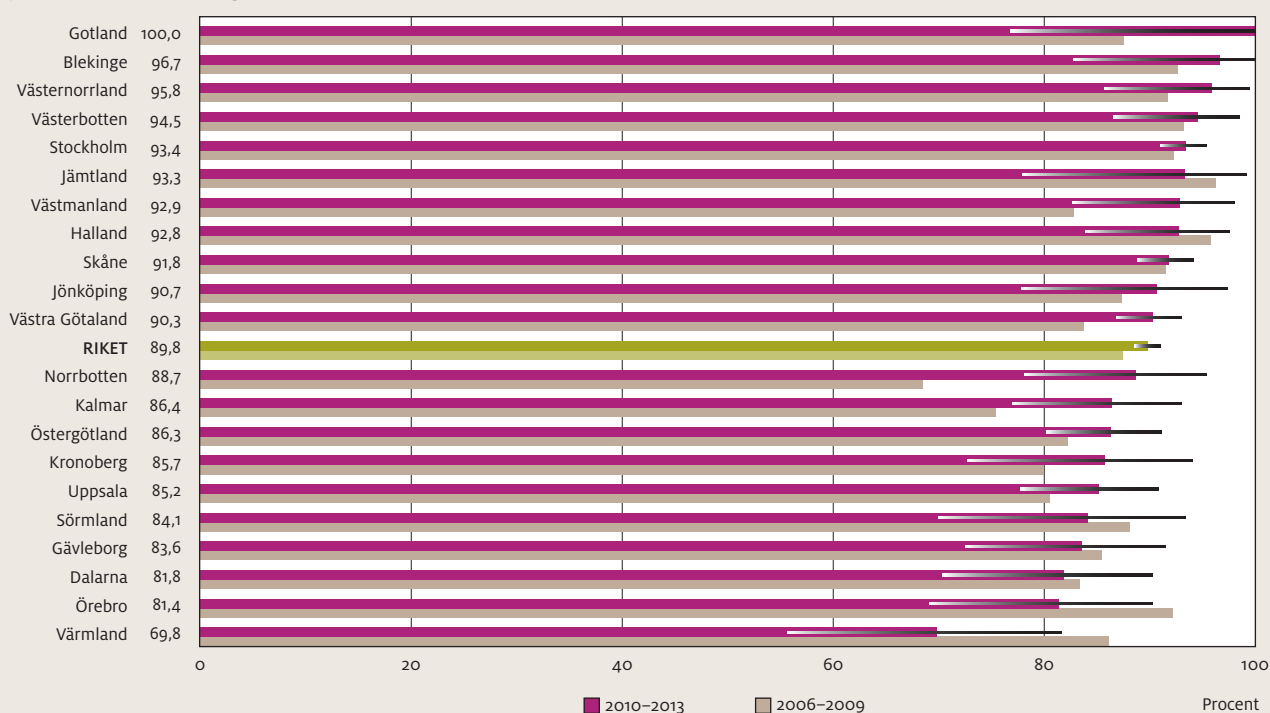


Källa: Nationella lungcancerregistret.

tingen var 70–100 procent. Precisionsstrålbehandling ges idag endast vid ett fåtal sjukhus, men detta förklarar inte variationen mellan landstingen. I riket planerades ett kirurgiskt ingrepp eller strålbehandling för fler kvinnor än män, 92 respektive 88 procent.

Det finns vissa registreringsproblem att ta hänsyn till när man jämför de första och sista åren. Precisionsstrålbehandling började registreras från om med 2008, innan dess var det endast några få fall per år som inrapporterades till kvalitetsregistret.

DIAGRAM 69 – TOTALT: Andel patienter med icke småcellig lungcancer som planeras för kurativt syftande kirurgi eller precisionsstrålbehandling, 2010–2013. Avser stadium I och II.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

70 PALLIATIVT SYFTANDE KEMOTERAPI VID OBOTLIG LUNGCANCER

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 nationella vårdprogrammet 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 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.

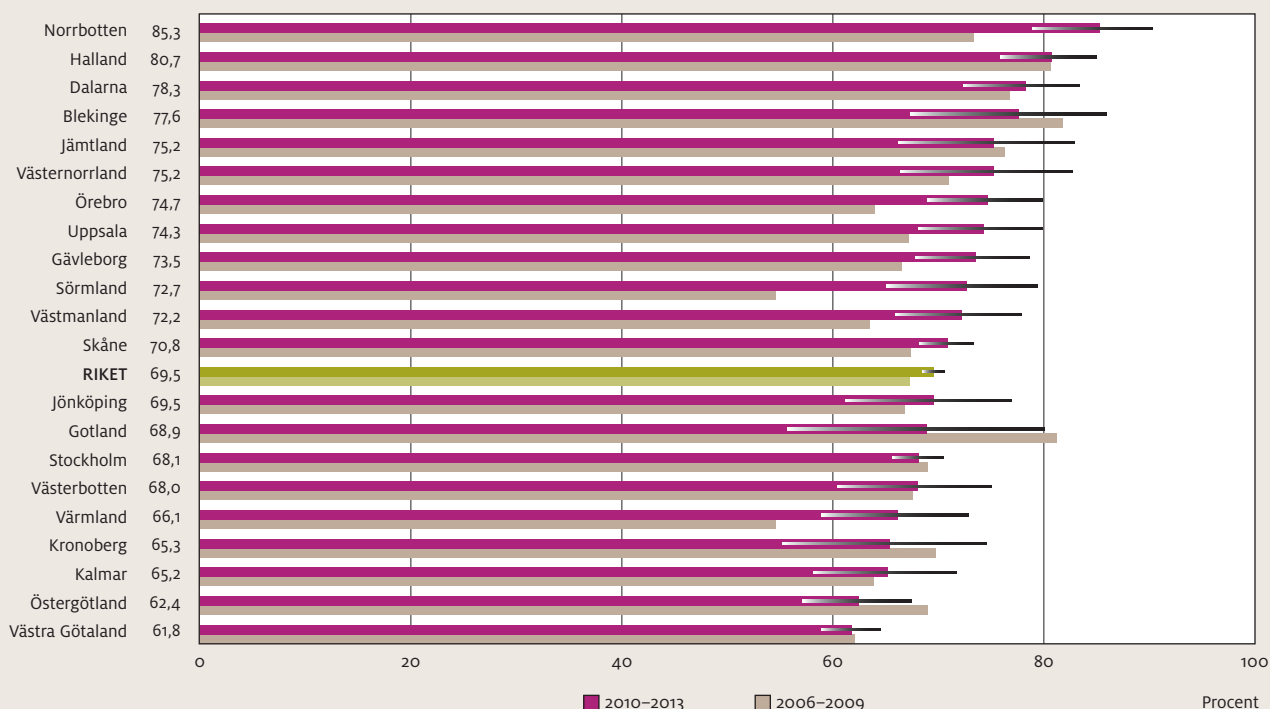
Performance status (PS) beskriver patientens funktionsnivå på skalan 0–4. En fullt aktiv person får PS 0 medan PS 2 gäller en person som klarar normala aktiviteter och är uppe mer än halva dagarna, dock med nedsatta krafter. PS är viktig för att bedöma om en patient kan klara en behandling med kemoterapi och ha nytta av den.

Diagram 70 visar andelen patienter som aktivt erbjöds palliativ kemoterapi 2010–2013. Jämförelsen omfattar 7 274 patienter med lungcancer i stadium IV. Av dem erbjöds 5 059 patienter kemoterapi, vilket motsvarar 70 procent. Diagrammet visar att spridningen mellan landstingen var stor: 62–85 procent. Andelen har ökat något under de senaste 10 åren, från 63 procent 2004 till dagens värde på 69 procent, även om ökningen har avtagit under de senaste åren.

Resultaten för enskilda sjukhus kan påverkas av att de registrerar stadierna på olika sätt och underrapporterar äldre patienter till kvalitetsregistret. Resultatet kan också påverkas av att de kan ha en större andel patienter med

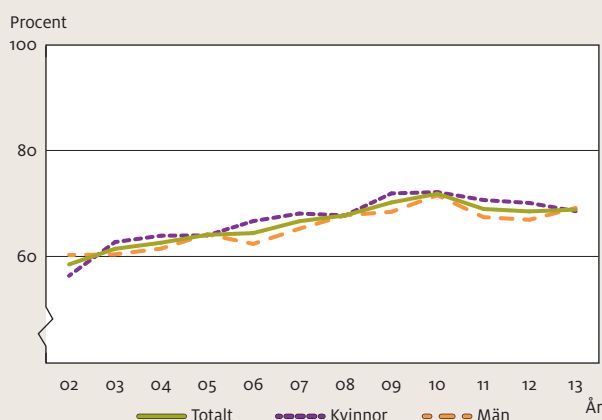
performance status 3–4, det vill säga patienter som inte klarar cytostatikabehandling. En del av variationen mellan landstingen kan förklaras av detta, men uppgifterna talar ändå för att en viss underbehandling kan förekomma.

DIAGRAM 70 – TOTALT: Andel patienter med lungcancer som erbjuds kemoterapi i palliativt syfte, 2010–2013. Avser stadium IV.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

DIAGRAM 70 – RIKET: Andel patienter med lungcancer som erbjuds kemoterapi i palliativt syfte. Avser stadium IV.



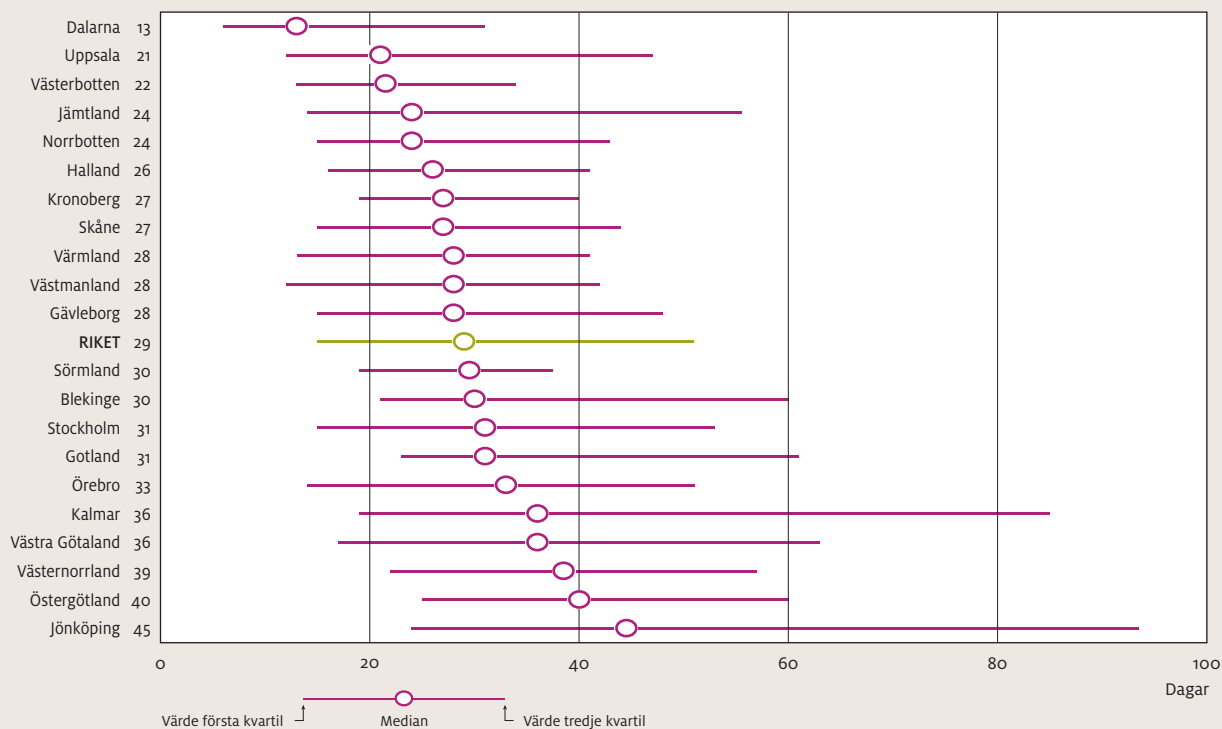
Källa: Nationella lungcancerregistret.

71 VÄNTETID FRÅN REMISSANKOMST TILL BEHANDLINGSBESLUT

För patientens skull bör vården eftersträva så korta väntetider som möjligt. Här redovisas väntetiden från det att en remiss kommit till en specialistmottagning till det att beslut om behandling har fattats. Ett sådant beslut tas oftast vid en multidisciplinär konferens. Specialistkliniken är vanligtvis en lungmedicinsk eller onkologisk klinik.

Diagram 71 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissankomst till behandlingsbeslut. Jämförelsen omfattar 3 396 patienter som behandlades under 2012–2013. För 25 procent av patienterna fattades beslut om behandling inom 15 dagar, för 50 procent inom 29 dagar och för 75 procent inom 51 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 51 dagar på ett behandlingsbeslut. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade fått ett behandlingsbeslut) var 13–45 dagar.

DIAGRAM 71 – TOTALT: Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling för lungcancer, 2012–2013.



Källa: Nationella lungcancerregistret.

Vad har hänt sedan 2011?

En uttalad förbättring ses över hela landet i andelen patienter som gör PET-DT inför kurativt syftande behandling. Det är också flera patienter som bedöms vid multidisciplinära konferenser jämfört med 2011. En ny indikator i

årets öppna jämförelse är EGFR-mutationsanalys utförd på tumören, där är skillnaderna över landet stora. Även för andelen patienter med metastatisk sjukdom som erbjuds palliativ behandling med kemoterapi är skillnaderna stora mellan landstingen.

HUVUD- OCH HALSCANCER

Statistik 2012	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	513	843
Andel av alla cancerfall	2 %	3 %
Prevalens, totalt	4 203	6 722
Relativ 5-årsöverlevnad	66,2 %	61 %
Antal dödsfall	138	239

Huvud- och halscancer innefattar cancer i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa, bihålor och spottkörtlar. De många lokalerna gör att det finns stora skillnader mellan cancersjukdomarna när det gäller utredning, behandling och prognos. Idag lever drygt 10 900 personer som har eller har haft huvud- och halscancer. Den relativa femårsöverlevnaden är 66 procent för kvinnor och 61 procent för män. Sjukdomen är vanligare bland män och drabbar främst personer över 60 år.

Huvud- och halscancer kan orsaka stort lidande eftersom sjukdomen kan göra det svårt att andas och äta, men även andra viktiga funktioner som tal, syn, hörsel och lukt kan påverkas.

Här redovisas tre indikatorer. Den första är ett överlevnadsmått och sedan följer en indikator som gäller multidisciplinära konferenser och ett väntetidsmått. Femårsöverlevnaden är fördelad på landsting och bygger på data från cancerregistret. De andra uppgifterna är hämtade från Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer. Registret har funnits sedan 2008 och täcker både kirurgisk och onkologisk behandling.

För patienter med huvud- och halscancer sker cirka 90 procent av all behandling på regionnivå medan länssjukhusen utreder patienterna fram till behandlingsbeslutet. De flesta beslut tas på en multidisciplinär konferens på regionnivå. Därför har vi valt att presentera andelen patienter som har bedömts vid en multidisciplinär konferens per region.

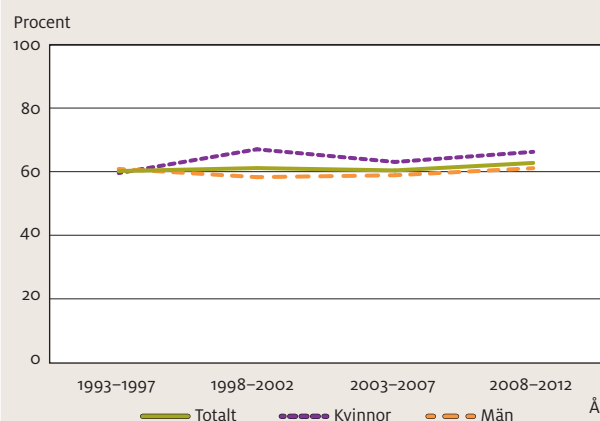
TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden i Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer var 91 procent 2013. Variationen mellan landstingen var 76–100 procent. 5 landsting hade en täckningsgrad på 100 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till september 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013. En redovisning av täckningsgraden per landsting finns i bilaga 3.

72 ÖVERLEVNAID VID HUVUD- OCH HALSCANCER

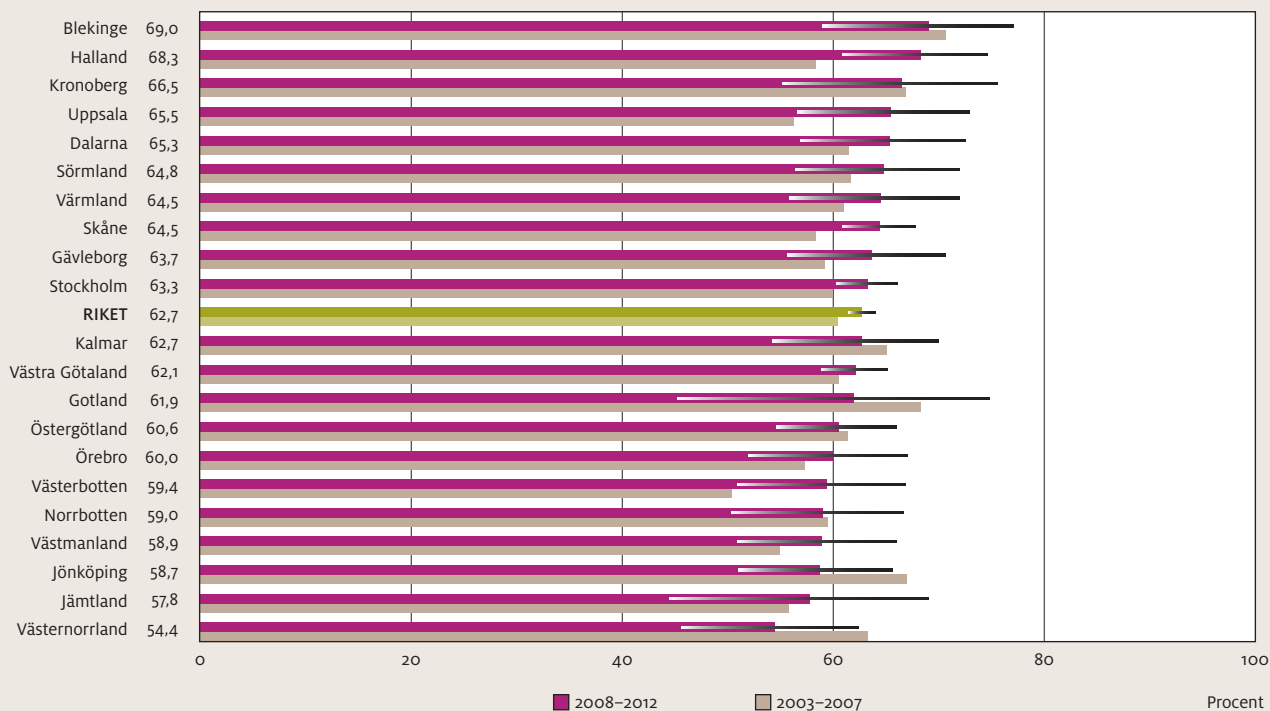
Femårsöverlevnaden redovisas sammantaget för all huvud- och halscancer, även om det finns stora skillnader i överlevnad beroende på var canceren har sitt ursprung. Diagram 72 visar att femårsöverlevnaden var 62,7 procent under perioden 2008–2012. Det finns vissa skillnader mellan landstingen men konfidensintervallen är breda och variationen beroende på slumpen kan inte uteslutas. Sedan 1990 har överlevnaden ökat något bland kvinnor men legat på en konstant nivå bland männen. Femårsöverlevnaden var 2008–2012 för kvinnor 66,2 procent och 61,1 procent för män.

DIAGRAM 72 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid huvud- och halscancer. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 72 – TOTALT: Relativ 5-årsöverlevnad vid huvud- och halscancer, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



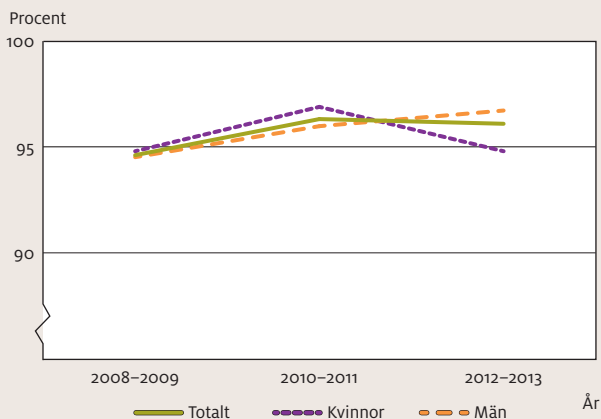
Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

73 MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS INFÖR BEHANDLING

Inför primärbehandlingen av huvud- eller halscancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis öron-, näs- och halskirurg, onkolog, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska.

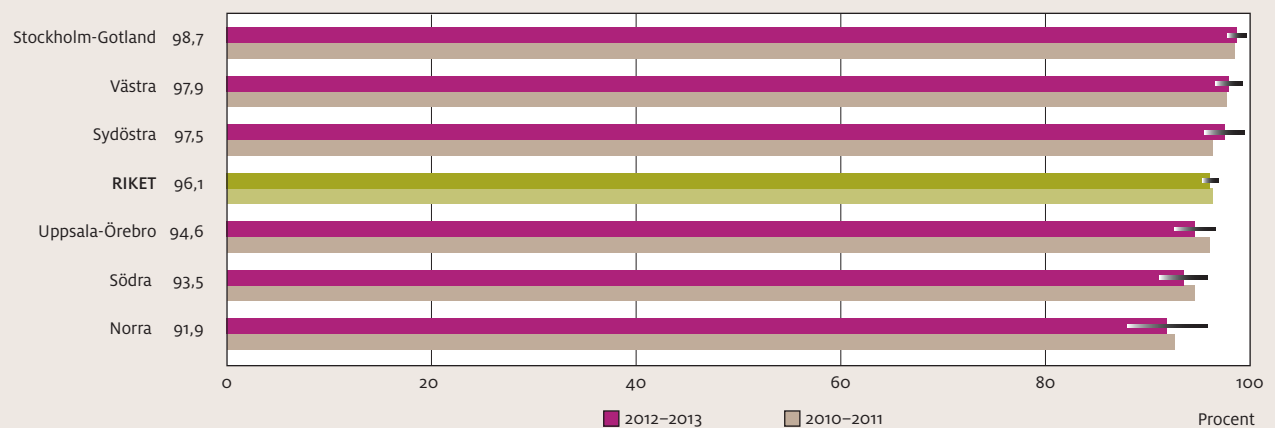
Av 2 031 diagnostiserade patienter åren 2012–2013 var det 96 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens, se diagram 73. Det fanns en liten variation mellan sjukvårdsregionerna, 92–99 procent. Det var ingen större skillnad mellan män och kvinnor. Under de senaste fem åren har andelen legat kring 95 procent.

DIAGRAM 73 – RIKET: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandlingsstart för huvud- och halscancer.



Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer.

DIAGRAM 73 – TOTALT: Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandlingsstart för huvud- och halscancer, 2012–2013.



Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer.

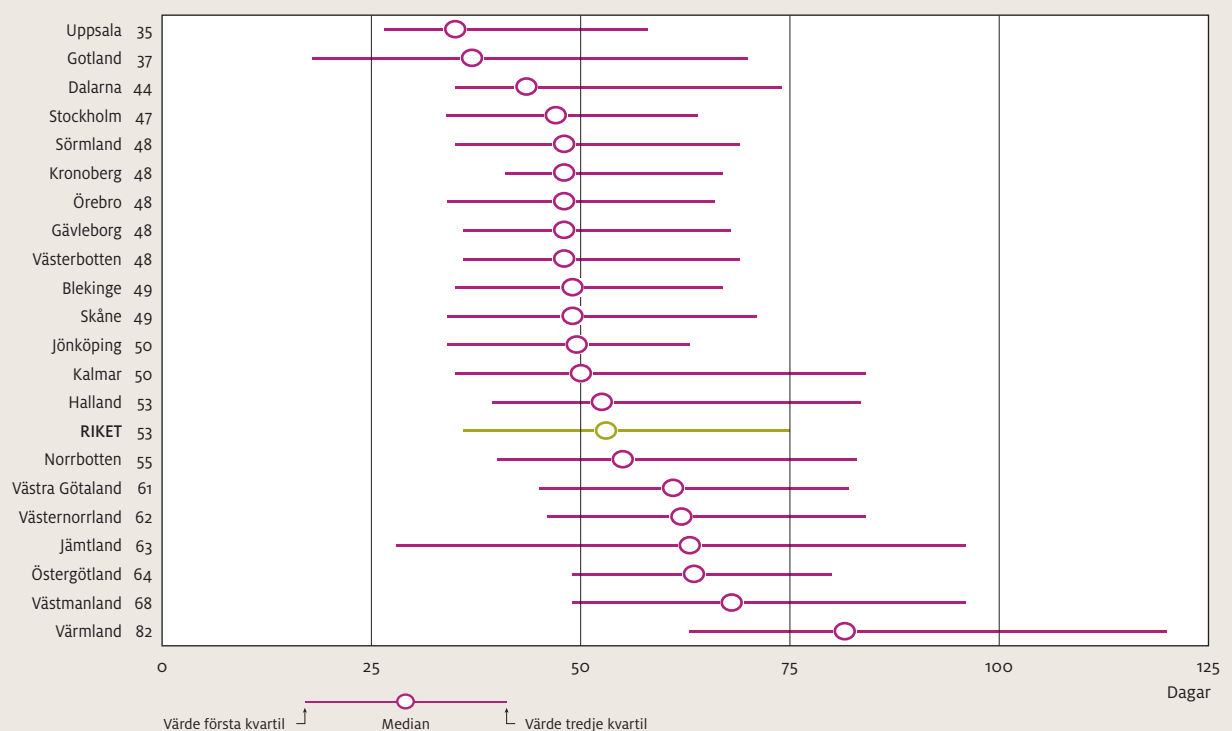
74 VÄNTETID FRÅN REMISSANKOMST TILL START AV BEHANDLING

För patientens skull bör vården eftersträva så korta väntetider som möjligt. Här redovisas väntetiden från det att en remiss kommit till en specialistmottagning till det att behandlingen har påbörjats. Behandlingen sker oftast på regionnivå medan utredning fram till behandlingsbeslut till stor del sker vid länssjukhusen. I de allra flesta fall fattas beslut om behandling vid en multidisciplinär konferens.

Diagram 74 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissens ankomst till spe-

cialistklinik till start av behandling. Jämförelsen omfattar 2 146 patienter som behandlades under 2013. 25 procent av patienterna påbörjade sin behandling inom 36 dagar, 50 procent inom 53 dagar och 75 procent inom 75 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 75 dagar på att behandlingen skulle påbörjas. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade påbörjat en behandling) var 35–82 dagar. Det är stora skillnader i utredning och behandling av de olika cancerformerna inom huvud- och halscancer, därför bör väntetiderna tolkas med viss försiktighet.

DIAGRAM 74 – TOTALT: Väntetid från remissankomst till specialistklinik till start av behandling för huvud- och halscancer, 2013.



Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer.

Vad har hänt sedan 2011?

Sammantaget för hela gruppen ligger den relativa fem-årsöverlevnaden relativt konstant under senare år.

Det finns en betydande variation i täckningsgrad mellan landstingen (76–100 procent) vilket avspeglar avsevärt fördröjd inrapportering i vissa fall.

Andelen patienter som bedömdes vid multidisciplinär konferens har ökat och variationen mellan regionerna har minskat avsevärt.

Huvud- och halscancer innefattar flera olika diagnoser med stora skillnader såväl avseende prognos som rutiner vid utredning och behandling. Väntetiderna redovisas sammantaget för alla diagnoser och ska därför tolkas med försiktighet. Väntetiderna uppvisar i denna rapport en blygsam minskning jämfört med 2011.

MALIGNT HUDMELANOM

Statistik 2012	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	1 659	1 709
Andel av alla cancerfall	6 %	6 %
Prevalens, totalt	19 780	15 777
Relativ 5-årsöverlevnad	93 %	87,7 %
Antal dödsfall	220	308

Malignt hudmelanom är den allvarligaste av hudens tre vanliga cancerformer. Den står för 6 procent av all cancer-sjukdom hos män och kvinnor. År 2012 fick 3 368 personer diagnosen, varav 1 659 kvinnor och 1 709 män. I Sverige lever i dag mer än 51 000 personer som har eller har haft malignt melanom. Incidensen (antalet insjuknade) har ökat med nästan 5 procent per år under 2000-talet, från att ha legat tämligen stilla under 1990-talet. Incidensen varierar dock inom landet och är generellt sett högst i södra delen av landet och lägre i norra delen. Dödligheten har också ökat, från cirka 4 till cirka 5 procent. Den största riskfaktorn för malignt melanom är solens ultraviolette strålning.

Tidigt upptäckta melanom (1 millimeter tjocka eller mindre) går oftast att bota med enkel kirurgi. Tjocka melanom (större än 4 millimeter) innebär dock en betydande risk för återfall och död i sjukdomen.

Medianåldern vid diagnosen är 67 år hos män och 62 år hos kvinnor, men även unga människor kan drabbas. Melanom är dock mycket ovanligt hos barn. Två tredjedelar av alla melanom diagnostiseras hos personer som är äldre än 60 år.

Här redovisas resultatet för fyra indikatorer, varav tre kommer från Nationella kvalitetsregistret för hudmelanom. En mäter väntetider, en mäter andelen patienter med hudmelanom där tumören är 1,0 millimeter tjock eller mindre och en mäter andelen patienter som fått portvaktskörtelbiopsi enligt rekommendation i nationellt vårdprogram. Uppgiften om överlevnad har hämtats från cancerregistret.

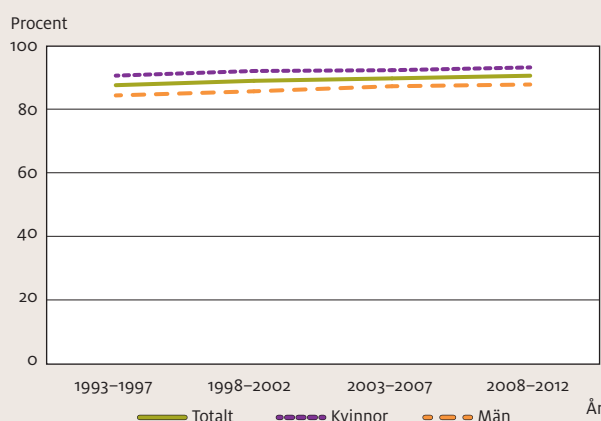
TÄCKNINGSGRAD

Nationella hudmelanomregistret rapporterar en täckningsgrad på 93 procent 2013. Variationen mellan sjukvårdsregionerna var 81–100 procent. En sjukvårdsregion hade en täckningsgrad på 100 procent. Hur snabbt vårdgivarna rapporterar in sina fall till registret påverkar täckningsgraden. Denna avstämning avser inrapporterade fall till kvalitetsregistret till juni 2014, för vård och behandling som utfördes under 2013.

75 ÖVERLEVAD VID MALIGNT HUDMELANOM

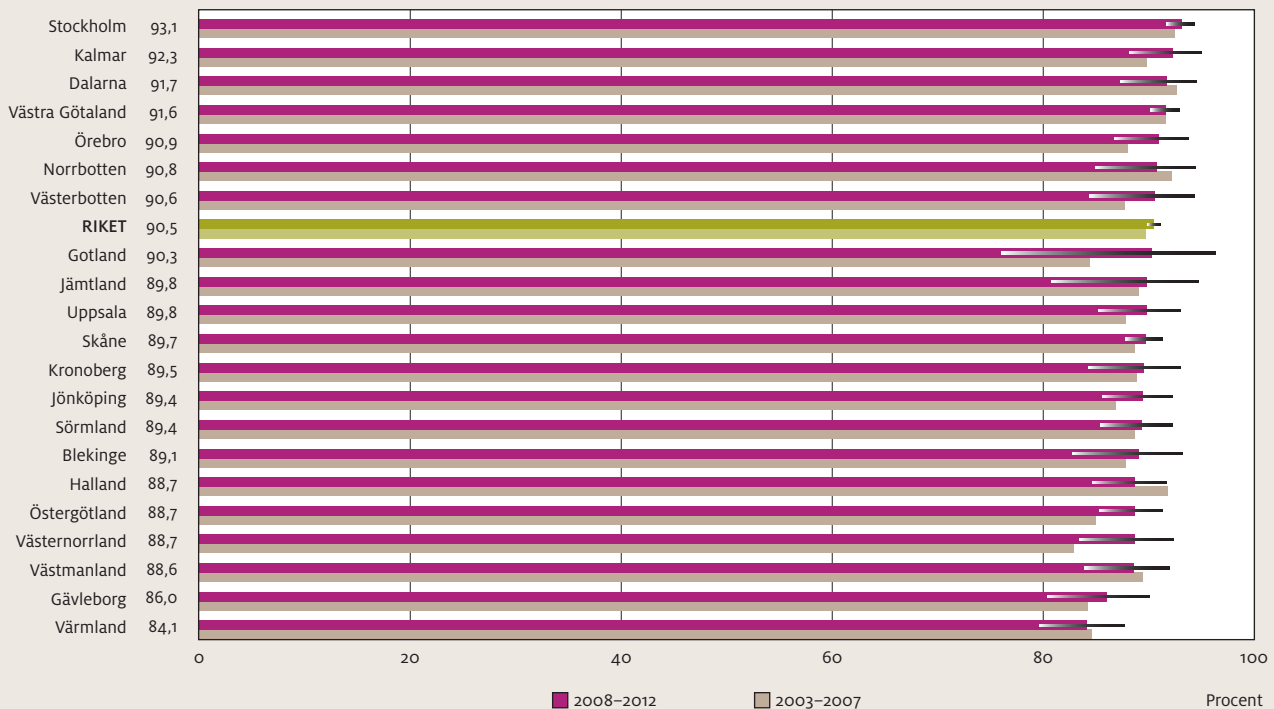
Diagram 75 visar att den relativa femårsöverlevnaden var 90,5 för perioden 2008–2013. Den var 87,7 procent för män och 93,1 procent för kvinnor. För män förbättrades överlevnaden under 1990-talet för att sedan mattas av något, medan kvinnors överlevnad har förbättrats något sedan 1990-talet. Det finns regionala variationer i överlevnad inom landet.

DIAGRAM 75 – RIKET: Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt hudmelanom. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

DIAGRAM 75 – TOTALT: Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt hudmelanom, 2008–2012. Avser patienter 30–89 år vid diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

76 MALIGNT HUDMELANOM MED EN TUMÖRTJOCKLEK PÅ 1,0 MILLIMETER ELLER MINDRE

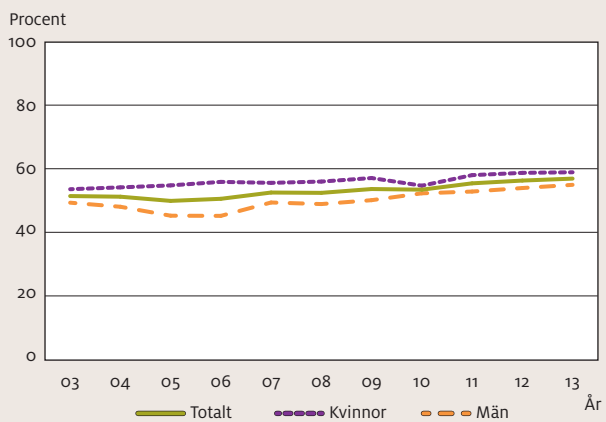
Indikatorn kan sägas mäta befolkningens allmänna kunskapsnivå och observans som gör att människor söker hjälp när de misstänker en hudtumör. Den mäter även läkarnas kunskap när det gäller att göra rätt bedömning av allvarlighetsgraden av en hudförändring när en patient söker sig till vården. Det är viktigt att upptäcka hudmelanom tidigt medan de är tunna (mindre än eller lika med 1 millimeter) och överlevnaden är mycket god. Denna indikator mäter andelen patienter med tumörer som är högst 1,0 millimeter tjocka. För att få en större säkerhet i materialet har de fyra senaste årens data lagts samman.

Diagram 76 visar att cirka 56 procent av alla tumörer som diagnosticerades under perioden hade en tjocklek på 1,0 mm eller mindre, med landstingsvariationen 40–62 procent. Kvinnor hade en något högre andel än män, 58 respektive 54 procent, men skillnaden mellan könen var denna gång mindre än i föregående Öppna jämförelse. Jämförelsen omfattar 12 775 patienter som diagnostiserades under perioden 2010–2013. Enligt kvalitetsregistret åter-

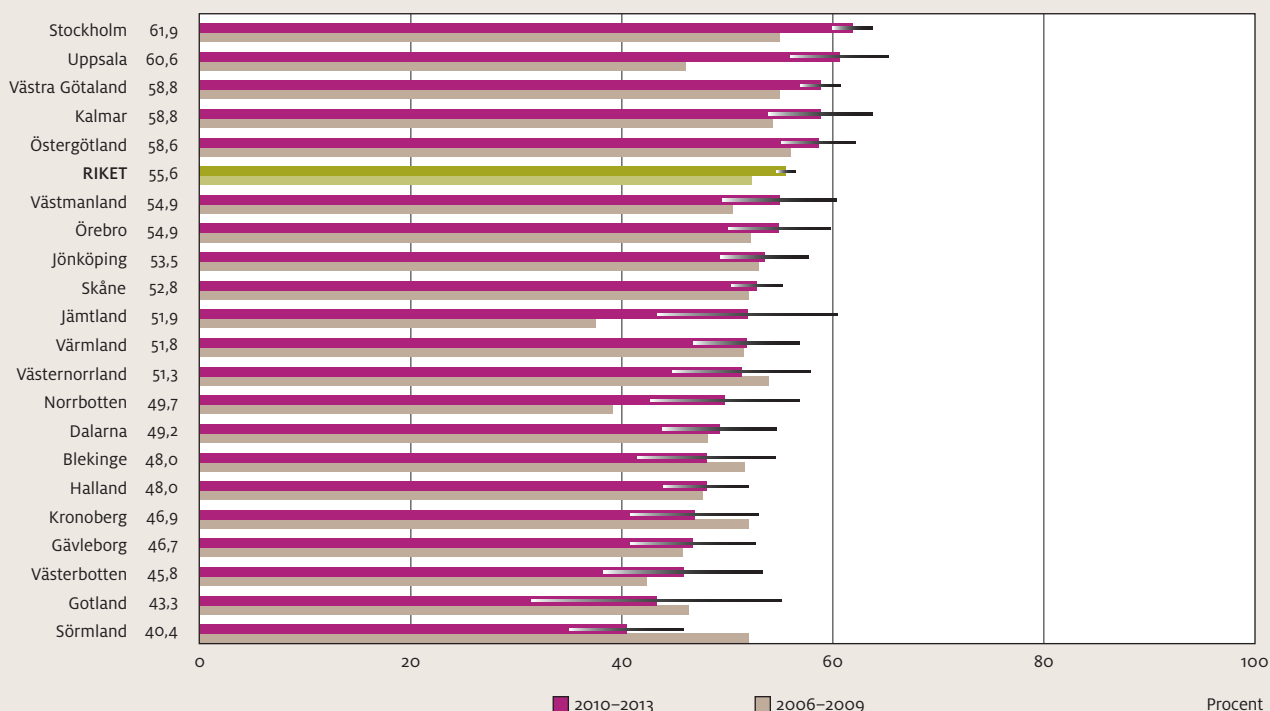
fanns cirka 98 procent av cancerregistrets fall hos kvalitetsregistret under de här åren.

I riket har andelen melanom som upptäcks med en tjocklek på högst 1,0 millimeter ökat från 51 procent 2004 till 57 procent 2013.

DIAGRAM 76 – RIKET: Andel patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på $\leq 1,0$ mm.



Källa: Nationella hudmelanomregistret.

DIAGRAM 76 – TOTALT: Andel patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på $\leq 1,0$ mm, 2010–2013.

Källa: Nationella hudmelanomregistret.

77 PORTVAKTSKÖRTELBIOPSI VID MALIGNT MELANOM

Portvaktskörtelbiopsi (sentinel node biopsi, SNB) innebär att den första lymfkörteln som tar emot dränerande lymfa från området där melanomet suttit analyseras mikroskopiskt på förekomst av tumörceller. Om analysen visar på att det finns spridning till lymfkörteln kan en kompletterande körtelutrymning göras. SNB ger den starkaste prognostiska informationen för sjukdomens framtida utveckling. I Sverige började SNB användas i början av 2000-talet. Det nationella vårdprogrammet rekommenderar att SNB bör göras på hudmelanom som är tjockare än 1,0 mm. Indikatoren här mäter andelen patienter som var 75 år eller yngre och hade ett melanom som var tjockare än 1 mm på bålen eller armar och ben. Åldersavgränsning är gjord främst för att kunna göra jämförelser mellan landstingen, eftersom denna åldersgrupp bör få SNB vid detta tillstånd. För alla patienter i denna grupp är inte SNB aktuellt, till exempel på grund av hög biologisk ålder och samsjuklighet.

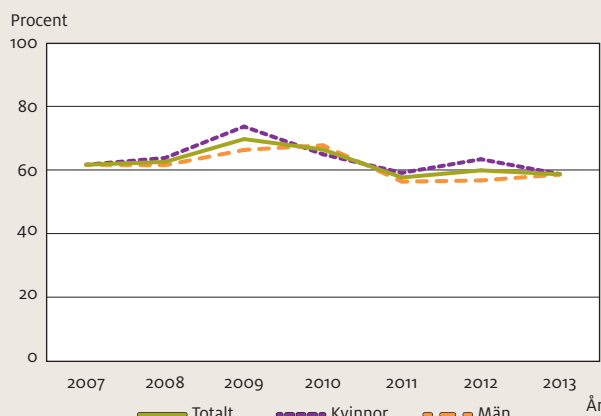
Diagram 77 visar att av 2 339 patienter som hade ett melanom med en tjocklek på mer än 1,00 mm på bålen, armar eller ben gjordes SNB i 59 procent av fallen 2011–2013. Variationen i registrerade data mellan landstingen är stor, 4–90 procent. Diagrammet omfattar antalet opererade under tre år, men konfidensintervallen är ändå breda

eftersom alla utom de större landstingen hade få sådana fall inrapporterade till kvalitetsregistret.

Trenden för riket har under åren 2007–2013 varierat mellan 58–65 procent.

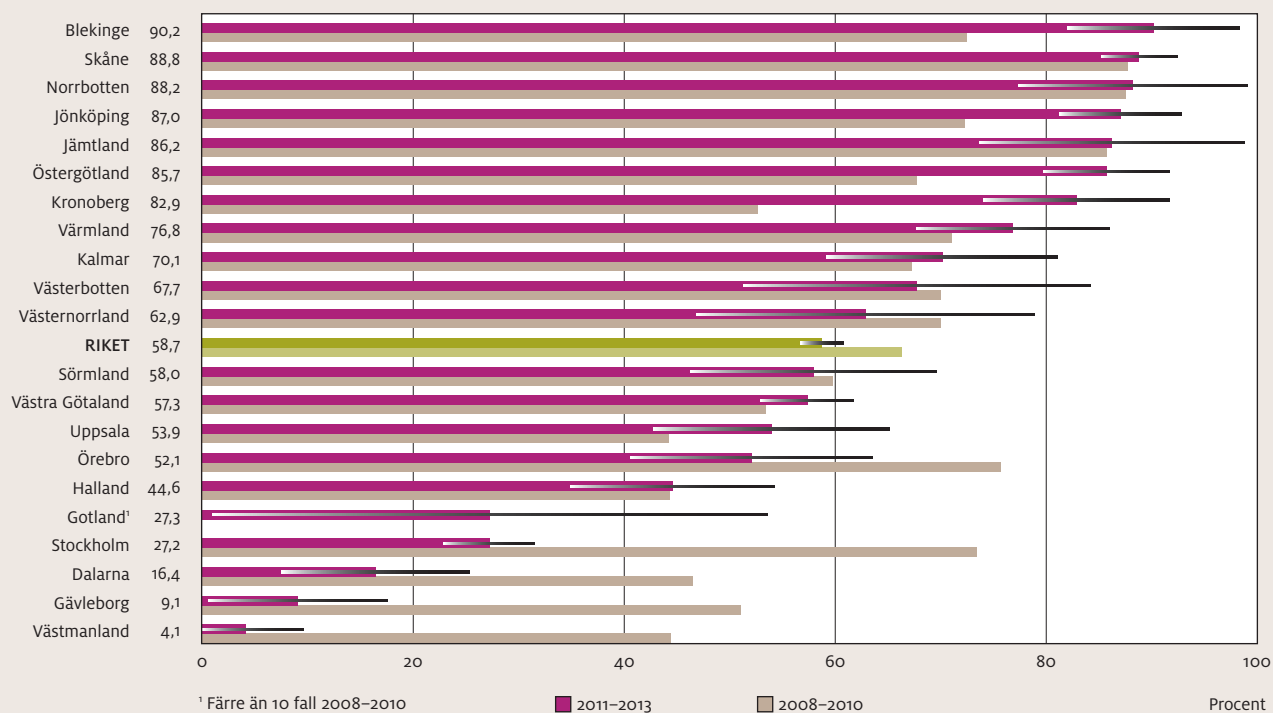
En sannolik felkälla är nog att alla fall som opereras med SNB inte rapporteras till kvalitetsregistret.

DIAGRAM 77 – RIKET: Andel patienter med malignt hudmelanom som fått rekommenderad portvaktskörtelbiopsi (sentinel node-teknik).



Källa: Nationella hudmelanomregistret.

DIAGRAM 77 – TOTALT: Andel patienter med malignt hudmelanom som fått rekommenderad portvaktsskörtelbiopsi (sentinel node-teknik), 2011–2013.



Källa: Nationella hudmelanomregistret.

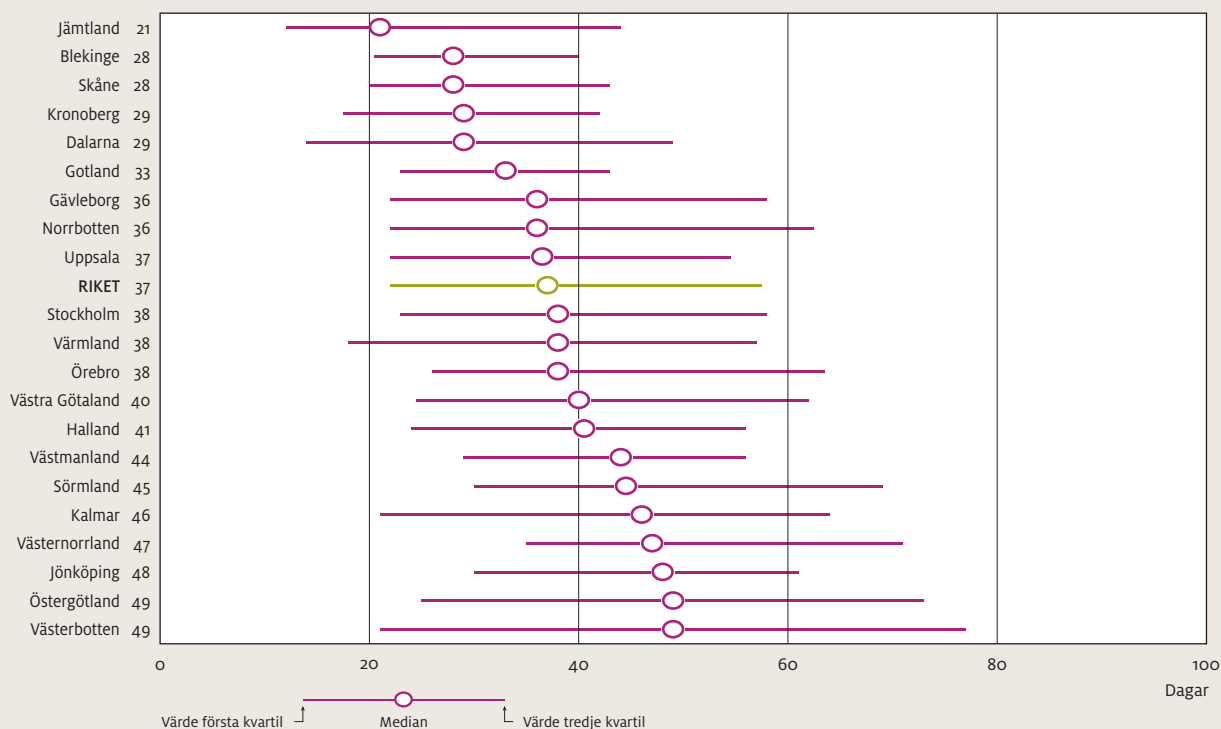
78 VÄNTETID FRÅN FÖRSTA LÄKARBESÖK TILL BESKED OM DIAGNOS

För patientens skull bör vården eftersträva så korta väntetider som möjligt. Här redovisas väntetiden från första läkarbesök till dess att patienten får besked om diagnos, det vill säga om det var en allvarlig hudförändring eller inte.

Vid första besöket på en vårdcentral eller hudläkarmottagning tas oftast hudförändringen bort, en så kallad primärkirurgisk åtgärd. Den borttagna hudförändringen skickas sedan för analys. Efter att analysen är gjord får patienten besked om eventuell diagnos. Kvalitetsregistret har under de senaste åren koncentrerat sig på att mäta väntetiden mellan första läkarbesöket och diagnosbeskedet till patienten.

Diagram 78 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från första läkarbesök till besked om diagnos. Jämförelsen omfattar 2 496 patienter som diagnostiserades under 2013. 25 procent av patienterna fick diagnosbesked inom 22 dagar, 50 procent inom 37 dagar och 75 procent inom 58 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 58 dagar på diagnosbesked. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade fått ett diagnosbesked) var 21–49 dagar. Registrering av tidpunkten för första läkarbesöket infördes 2011 i kvalitetsregistret, varför täckningsgraden ännu är relativt låg och väntetiderna bör tolkas med viss försiktighet.

DIAGRAM 78 – TOTALT: Väntetid från första läkarbesök till besked om diagnos till patient vid malignt hudmelanom, 2013.



Källa: Nationella hudmelanomregistret.

Vad har hänt sedan 2011?

Täckningsgraden i nationella melanomregistret för 2013 är 93 procent med en variation mellan sjukvårdsregionerna på 81–100 procent. Detta innebär att för vissa regioner saknades i juni 2014 fortfarande inrapportering för cirka 20 procent av patienterna.

Andelen patienter med tunna hudmelanom med tumörtjocklek på högst 1 mm har ökat något. Variationen mellan landstingen har ökat något genom att fler lands-

ting nu redovisar en högre andel patienter med tunna hudmelanom.

Väntetiden redovisades 2011 som tiden mellan provtagning och diagnosbesked. I denna rapport redovisas väntetiden från första läkarbesök till diagnosbesked. Definitionen av startpunkt skiljer sig något och registrering av datum för första läkarbesök i kvalitetsregistret infördes först 2011. Detta innebär att tillförlitliga jämförelser mellan 2011 och 2013 inte kan göras.

Personer som lämnat underlag till rapporten

Socialstyrelsen

Lisa Engström, bilaga 1 om vårdkonsumtion och kostnader
Staffan Khan, Cancerregistret
Henny Rydberg, Läkemedelsregistret
Lisbeth Serdén, KPP-databasen, patientregistret

SKL

Åke Karlsson och Leif Lundstedt, KPP-databasen

Nationella kvalitetsregister

Greger Fransson, Svenska Palliativregistret
Joakim Dillner, Nationellt Kvalitetsregister för Cervix-cancerprevention
Kerstin Sandelin och Kamilla Krawiec, Nationella Bröst-cancerregistret
Thomas Högberg och Christian Staaf, Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer

Börje Ljungberg och Soheila Hosseinnia, Nationellt kvalitetsregister för njurcancer
Staffan Jahnson och Oskar Hagberg, Nationellt kvalitetsregister för urinblåsecancer
Pär Stattin och Fredrik Sandin, Nationella prostatacancerregistret
Ingvar Syk och Robert Johansson, Svenska Kolorektal-cancerregistret
Gunnar Wagenius och Marit Holmqvist, Nationella lungcancerregistret
Martin Beran och Erik Holmberg, Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer
Christian Ingvar och Johan Lyth, Nationella hudmelanomregistret

Bilaga 1

Kostnader och vårdkonsumtion

Denna bilaga beskriver delar av de kostnader för att behandla de cancersjukdomar som ingår i rapporten. Kostnaderna som ingår i avsnittet har beräknats med hjälp av patientregistret (PAR), Socialstyrelsen och databasen för kostnad per patient (KPP-databasen), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Dessa kostnader omfattar en del av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna för de olika cancersjukdomarna och en ännu mindre del av de samhällsekonomiska kostnaderna för cancer. Bland annat saknas kostnader för primärvården och kostnaderna för besök hos andra än läkare i den öppna specialiserade vården. Cancer leder även till andra kostnader, till exempel produktionsbortfall som en följd av sjukskrivningar och förtida död vilka inte heller redovisas i dessa beräkningar. Hälso- och sjukvårdskostnaderna i denna bilaga baseras på patientregistret 2012 och databasen för kostnad per patient (KPP) från 2012. De vårdtillfällen och vårdkontakter som är inkluderade är där cancersjukdomen registrerats som huvuddiagnos eller där cytostatika- eller stålbehandling (Z51.0 och Z51.1) har angetts som huvuddiagnos och cancersjukdomar som bidiagnos. Detta görs för att kodning och registrering av huvud- respektive bidiagnos vid cytostatika- och strålbehandling inte görs på ett likartat sätt över landet. Läkemedel är också en viktig och resurskrävande del av cancerbehandlingen och kommer därför också att tas upp i detta avsnitt.

Bilagan inleds med ett avsnitt om hälso- och sjukvårdskostnader och vårdkonsumtion och därefter följer ett avsnitt om kostnader för cancerläkemedel.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSKOSTNADER OCH VÅRDKONSUMTION

Tabell 1 visar kostnader för olika cancersjukdomar, år 2012. Beloppen avser slutenvårdskostnader och öppenvårdskostnader och totala kostnader för de olika cancersjukdomarna. Enligt 2012 års beräkningar kostade prostatacancer mest, 868 miljoner kronor. Näst störst var kostnaderna för bröstcancer, 845 miljoner kronor. Dessa två cancersjukdomar är de som drabbar flest människor. För bröstcancer stod öppenvårdskostnaderna i specia-

listsjukvård för drygt 51 procent av de totala kostnaderna. För prostatacancer däremot utgjordes den större delen av slutenvårdskostnader, drygt 59 procent. Av de tio cancersjukdomarna var kostnaderna lägst för malignt melanom med 147 miljoner kronor, följt av njur- och bäckencancer med 165 miljoner kronor. De totala kostnaderna, räknat på detta sätt, för de tio cancersjukdomar som presenteras i denna rapport var 4,9 miljarder kronor.

Även om kostnaderna inkluderar både slutenvård och öppenvård, är slutenvårdskostnaderna mer tillförlitliga och heltäckande. När det gäller öppenvårdskostnaderna är som tidigare nämnts bortfallet stort på grund av att enbart läkarbesök rapporteras. De totala kostnaderna kommer därmed närmare sanningen för de cancersjukdomar där de huvudsakliga kostnaderna uppkommer inom slutenvården. Ett sådant exempel är tjocktarmscancer där det kirurgiska ingreppet är stort och medelvårdstiderna långa (15,3 dagar år 2012). För till exempel bröstcancer är det kirurgiska ingreppet mindre, efter en mastektomi var medelvårdstiden 2012 i genomsnitt 2,9 dagar bland de sjukhus som ingår i KPP-databasen. Ofta tillkommer en behandling inom öppenvården som kan vara kostsam. Sammanfattningsvis innebär detta att tabell 1 undervärderar kostnaderna för alla de cancersjukdomar som ingår, men i större utstäckning för de cancerformer där en stor del av behandlingen sker inom den öppna vården, till exempel bröstcancer.

Av tabell 1 framgår också antal vårdkontakter inom slutenvården och öppenvården för olika cancersjukdomar. Bröstcancer var den cancerform som gav upphov till flest vårdkontakter inom slutenvården år 2012, cirka 9 183 vårdkontakter. Malignt melanom och njurcancer har minst antal vårdtillfällen, 1 847 respektive 1 927 vårdtillfällen. Prostatacancer var den cancerform som hade flest vårdkontakter inom öppenvården år 2012, cirka 102 636 vårdkontakter. Äggstockscancer och njurcancer har minst antal vårdkontakter inom öppenvården, cirka 8 814 respektive 6 783 vårdkontakter.

TABELL 1: Kostnader och vårdkontakter för slutenvård och öppenvård för olika cancersjukdomar 2012.

Cancersjukdom	Slutenvård Vårdkontakter	Slutenvård Miljoner kr	Öppenvård Vårdkontakter	Öppenvård Miljoner kr	Totalt Miljoner kr
Bröstcancer	9 183	412	99 941	433	845
Lungcancer	9 055	602	39 056	206	808
Malignt melanom	1 847	84	14 323	63	147
Njur- exkl. njurbäckencancer	1 927	136	6 783	29	165
Prostata cancer	8 995	509	102 636	359	868
Tjocktarmscancer (Adenocarcinom)	6 546	610	19 831	106	716
Urinblåsecancer exkl. urinledare	6 724	323	24 746	95	418
Äggstockscancer (ovarialcancer)	2 511	174	8 814	42	216
Ändtarmscancer (Adenocarcinom)	3 538	354	17 234	84	438
Huvud- och Halstumörer	4 048	287	24 078	77	364
Totalt	54 392	3 491	357 442	1 494	4 985

Källa: KPP-databas, SKL och PAR, Socialstyrelsen.

KOSTNAD FÖR CANCERLÄKEMEDEL

För att beräkna kostnader för cancerläkemedel har data hämtats från Concise, eHälsomyndigheten. Analysen omfattar den totala läkemedelsförsäljningen, det vill säga läkemedelsförmånerna, receptfria läkemedel, egenavgifter och läkemedel som rekvideras till öppen- och slutenvården. Notera att cancerläkemedel inte finns som receptfria läkemedel och ingår inte i analysen. Läkemedel som landstingen köper in och som ges inom slutenvården eller på öppna specialistmottagningar, kallas rekvisitionsläkemedel. Kostnaden för rekvisitionsläkemedel redovisas på behandlande sjukhus medan de läkemedel som är förskrivna på recept och till stor del hämtas ut på apoteken, registreras där patienten är folkbokförd. Till Läkemedelskostnader i denna rapport inkluderas cancerläkemedel som cytostatika eller cytotoxiska medel, medel för endokrin terapi och talidomid från 2000-2013 och lenalidomid inkluderat från 2006. Till läkemedelskostnaderna för behandling av cancer kan även läggas kostnader för antiemetika (läkemedel mot illamående). För antiemetika inkluderas här ATC-koderna: A03F A01 och A04A. Kostnaderna för cancerläkemedel och kostnaderna för antiemetika i Sverige för perioden 2000-2013 presenteras i tabell 2 och tabell 3.

Mellan åren 2000 och 2013 har försäljning av cancerläkemedel ökat med 2,18 miljarder (tabell 2). För respektive år 2000-2013 har drygt 53 procent av kostnaden för cancerläkemedel utgjorts av läkemedel i slutenvård och knappt 46 procent av receptförskrivna läkemedel (mindre än 1

procent har varit öppenvårdsrekvirerade läkemedel). För antiemetika har kostnaderna minskat med drygt 29 miljoner kronor mellan 2000 och 2013 eller med 32 procent.

TABELL 2: Kostnad för cancerläkemedel 2000-2013 uppräknat till 2013.

År	Kostnad i miljarder kronor
2000	0,75
2001	0,84
2002	1,08
2003	1,23
2004	1,53
2005	1,89
2006	2,28
2007	2,64
2008	2,84
2009	2,93
2010	2,85
2011	2,79
2012	2,65
2013	2,94

Källa: Concise, eHälsomyndighet.

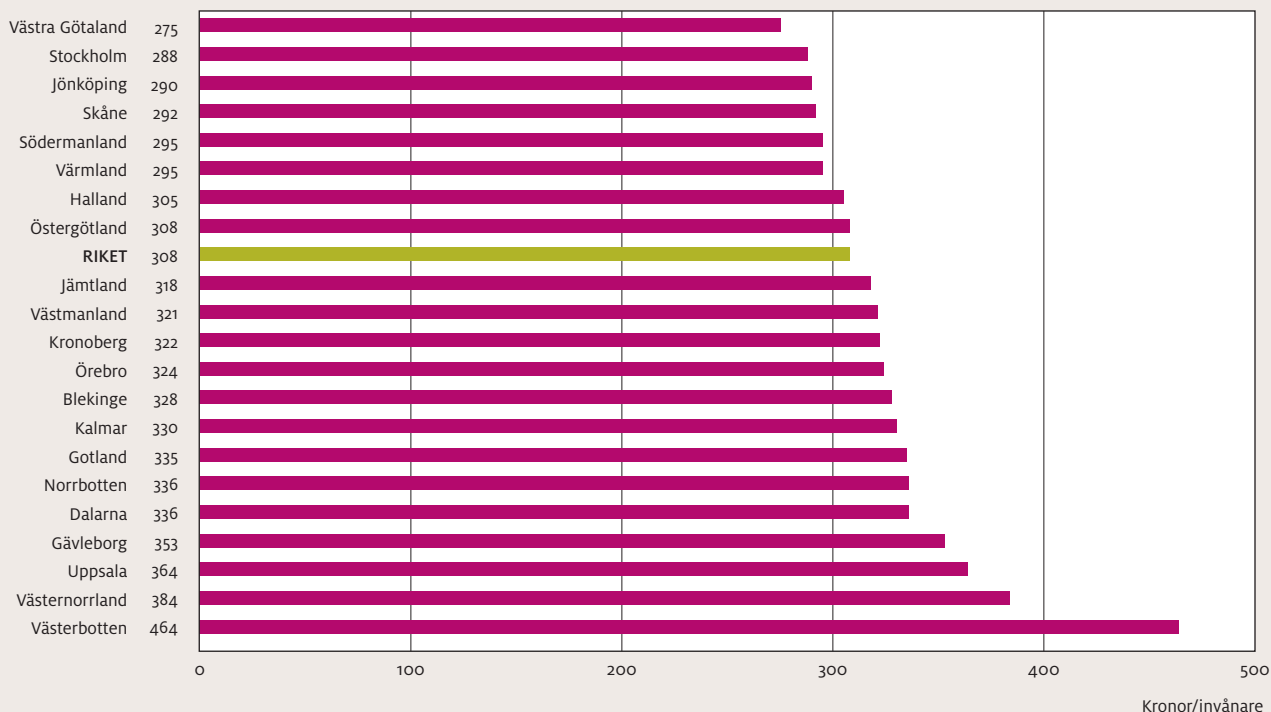
TABELL 3: Kostnad för antiemetika 2000-2013 uppräknat till 2013.

År	Kostnad i miljoner kronor
2000	91,62
2001	92,65
2002	95,17
2003	96,00
2004	100,04
2005	110,78
2006	108,94
2007	92,93
2008	84,35
2009	74,52
2010	70,68
2011	64,08
2012	63,05
2013	62,50

Källa: Concise, eHälsomyndighet.

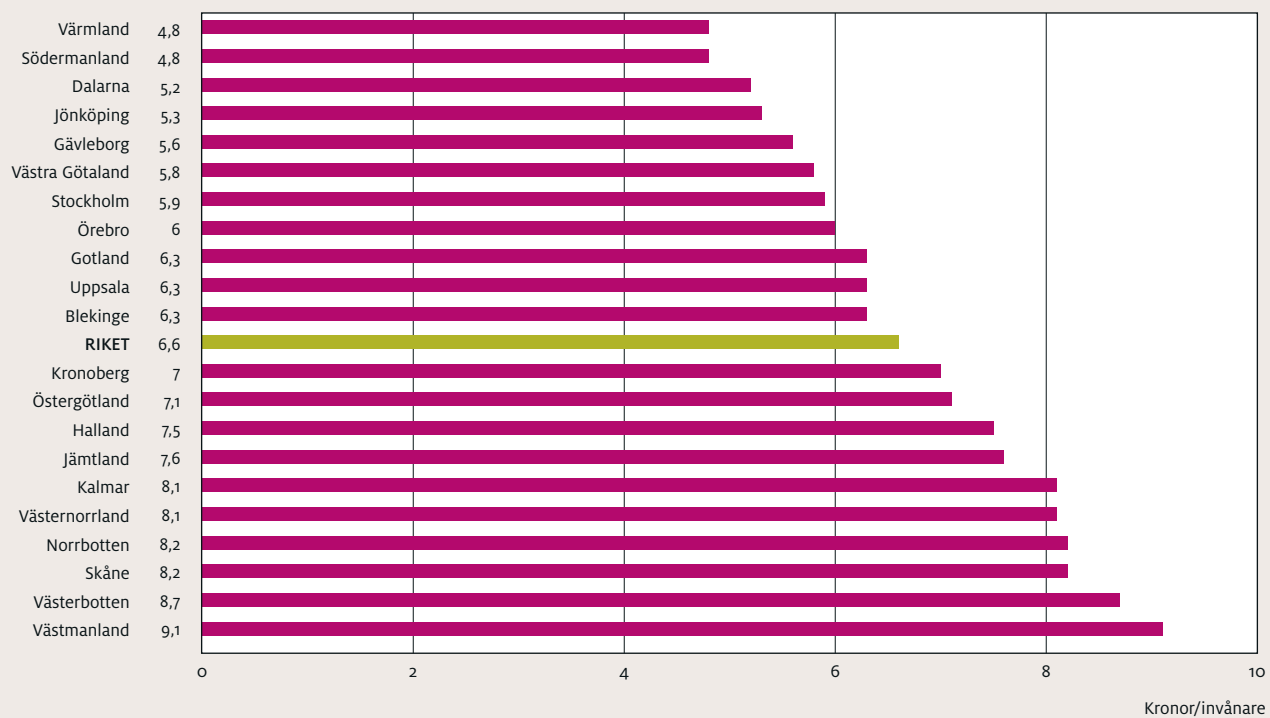
Diagram 1 och 2 visar kostnaderna för urvalet av cancerläkemedel och antiemetika per invånare, 2013 uppdelat på olika landsting. Diagrammen visar att det är stor variation mellan landstingen både vad gäller kostnaden för cancerläkemedel och kostnaden för antiemetika. Kostnaden för cancerläkemedel varierade från 275 kronor per invånare i det landsting med lägst kostnader till 464 kronor per invånare för det landsting med högst kostnader. Genomsnittet för samtliga är 308 kronor per invånare och landsting. Skillnaderna mellan landstingen kan troligen förklaras av olika behandlingsstrategier och förskrivningsmönster och demografiska skillnader.

DIAGRAM 1: Kostnad för cancerläkemedel per invånare och landsting, 2013.



Källa: Concise, eHälsomyndighet.

DIAGRAM 2: Kostnad för antiemetika per invånare och landsting, 2013.



Källa: Concise, eHälsomyndighet.

Öppna jämförelser 2014

Cancersjukvård

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTING

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting redovisar för andra gången en öppen jämförelse av cancersjukvården – jämförelser mellan landsting. Den tidigare jämförelsen publicerades 2011.

Den här rapporten omfattar tio cancersjukdomar, palliativ vård och gynekologisk cellprovtagning. Totalt presenteras resultatet för 78 indikatorer som belyser olika aspekter av cancersjukvården, till exempel medicinska resultat, väntetider och i viss mån kostnader. Majoriteten av indikatorerna redovisas på landstingsnivå, men i vissa fall är det enbart möjligt på regionnivå. För några cancersjukdomar redovisas indikatorerna även på sjukhusnivå.

Avsikten med öppna jämförelser är att ge landstingen underlag för styrning, fördjupad analys och förbättringsarbeten av den egna verksamheten samt att skapa öppenhet och insyn i den offentligt finansierade vården.

Öppna jämförelser 2014: Cancersjukvård kan laddas ner eller beställas från:

SOCIALSTYRELSEN

www.socialstyrelsen.se/publikationer

Artikelnummer: 2014-12-2

ISBN: 978-91-7555-222-4

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

webbutik.skl.se

ISBN-nummer: 978-91-7585-158-7

E-post: publikationer@sklfs.se

Telefon: 08-452 75 50