

Målnivåer

Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-,
tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014

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

ISBN	ISBN läggs in i större rapporter som ska vara maximalt sökbara
Artikelnr	Har de flesta rapporterna. Artikelnummer erhålls av produktionsledaren.

Omslag	Om formgivet omslag
Foto	Om det finns foton i rapporten
Sättning	Om sättning gjorts externt
Tryck	Tryckeri, ort, månad årtal alt. om den publiceras på webbplatsen

Innehåll

<i>Socialstyrelsens arbete med nationella målnivåer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård</i>	7
Ett regeringsuppdrag att sätta mål	7
Varför sätta mål?	7
Målarbetets genomförande	7
Indikatorer och målnivåer för kvalitet	9
Lungcancer har redan målnivåer	10
Presentation av målnivåer	10
<i>Bröstcancer</i>	12
Indikator 1.1: Överlevnad vid bröstcancer	12
Indikator 1.2: Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	13
Indikator 1.3: Patienter som inkluderats i strukturerad behandlingsstudie	14
Indikator 1.4 a: Multidisciplinär konferens inför behandlingsstart	15
Indikator 1.4 b: Multidisciplinär konferens efter operation	16
Indikator 1.5: Fullständigt, strukturerat PAD-svar efter operation	18
Indikator 1.10: Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska	19
Indikator 2.1: Fastställd diagnos före operation	19
Indikator 2.2: Operation med sentinel node-teknik vid bröstcancer	21
Indikator 2.3: Omoperation på grund av tumördata	22
Indikator 2.4: Omoperation på grund av komplikation	24
Indikator 2.6: Lokalt återfall inom fem år efter primäroperation med bröstbevarande kirurgi	25
Indikator 2.7: Läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare efter operation	26
Indikator 2.8: Lokal strålbehandling efter operation vid regionala lymfkörtelmetastaser	27
Indikator 2.9: Taxaner och antracyklin efter operation vid lymfkörtelpositiv bröstcancer med hög risk för återfall	27
Indikator 2.10: Cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab efter operation vid HER2-positiv bröstcancer	28
<i>Prostatacancer</i>	30
Indikator 1.1: Överlevnad vid prostatacancer med mellanrisk	30
Indikator 1.2: Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	31

Indikator 1.4: Multidisciplinär konferens inför behandling av prostatacancer med hög risk	32
Indikator 1.5: Fullständigt, strukturerat PAD-svar	33
Indikator 1.10: Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska	34
Indikator 3.1: Skelettundersökning vid prostatacancer med låg risk	35
Indikator 3.2: Aktiv monitorering av prostatacancer med mycket låg risk	36
Indikator 3.3: Kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk	38
Indikator 3.4: Strålbehandling i kombination med hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk	39
<i>Tjocktarmscancer</i>	40
Indikator 1.1: Överlevnad vid tjocktarmscancer	41
Indikator 1.2: Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	42
Indikator 1.3: Patienter som inkluderats i strukturerad behandlingsstudie	43
Indikator 1.4 a: Multidisciplinär konferens inför behandlingsstart	45
Indikator 1.4 b: Multidisciplinär konferens efter operation	47
Indikator 1.5: Fullständigt, strukturerat PAD-svar	48
Indikator 1.10: Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska	49
Indikator 4.1: Omoperation på grund av komplikation	50
Indikator 4.2: Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	51
Indikator 4.3: Minst 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat	54
Indikator 4.4: Avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling	57
Indikator 4.6: Läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	58
Indikator 4.7: Start av läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	59
Indikator 4.8: Kartläggning inför operation vid nydiagnostiserad tjocktarmscancer av cancers utbredning med röntgenundersökningar	60
<i>Ändtarmscancer</i>	62
Indikator 1.1: Överlevnad vid ändtarmscancer	62
Indikator 1.2: Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	63
Indikator 1.3: Patienter som inkluderats i strukturerad behandlingsstudie	64
Indikator 1.4 a: Multidisciplinär konferens inför behandlingsstart	66
Indikator 1.4 b: Multidisciplinär konferens efter operation	68
Indikator 1.5: Fullständigt, strukturerat PAD-svar	69
Indikator 1.10: Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska	70
Indikator 4.1: Omoperation på grund av komplikation	71
Indikator 4.2: Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	72
Indikator 4.3: Minst 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat	74

Indikator 4.4: Avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling	76
Indikator 4.5: Återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation	77
Indikator 4.7: Start av läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	78
Indikator 4.8: Kartläggning inför operation vid nydiagnostiserad ändtarmscancer av cancers utbredning med röntgenundersökningar	79
Referenser	81

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

Ett regeringsuppdrag att sätta mål

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram målnivåer för de indikatorer som finns i de nationella riktlinjerna för cancervården. Uppdraget gäller riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. I dessa finns både övergripande indikatorer som gäller oavsett cancersjukdom (till exempel överlevnad, multidisciplinära konferenser, erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska) och tumörspecifika indikatorer för respektive bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer.

Varför sätta mål?

En viktig del av regeringens arbete med den nationella cancerstrategin, *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11), är att förbättra kvaliteten och effektiviteten i cancervården. I uppdraget till Socialstyrelsen framhåller regeringen att ett sätt att uppnå detta kan vara att införa målnivåer.

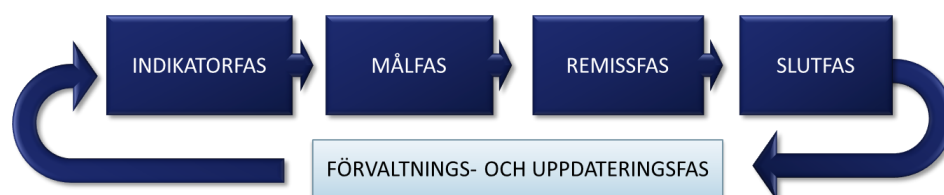
I oktober 2010 genomförde Socialdepartementet en workshop, där samtliga blivande regionala cancercentrum (RCC) var representerade. Deltagarna i workshoppen var överens om behovet av målnivåer inom centrala delar av cancervården. De var också överens om att vissa målnivåer borde sättas på nationell nivå. I Socialdepartementets pm om vilka kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum står det att RCC ska stödja att nationella riktlinjer implementeras i hela sjukvårdsregionen. Detta omfattar även den regionala tillämpningen av kommande nationella målnivåer [1].

Målarbetets genomförande

När Socialstyrelsen har satt mål utgick myndigheten från den modell som finns beskrivet i pm *Att sätta mål* [2]. Modellen består av fyra faser: indikatorfas, målfas, remissfas och slutfas. Under arbetets gång har ytterligare ett steg tillkommit, en förvaltnings- och uppdateringsfas.

Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt under arbetet.

Figur 1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfas

För att ta fram indikatorer i nationella riktlinjer tillsattes en indikatorexpertgrupp med uppgift att ta fram relevanta indikatorer. Till expertgruppen utsåg Socialstyrelsen deltagare från riktlinjernas fakta- och prioriteringsarbete samt representanter från hälsodataregister och kvalitetsregister. Indikatorexpertgruppen tog fram riktlinjernas indikatorer och valde sedan ut vilka av dem som ska målsättas.

Målfas

Målnivåerna har satts vid ett målformuleringsseminarium. Detta har skett genom ett konsensusförfarande med deltagare från läkar- och sjuksköterskeprofessionen, processledare från RCC samt företrädare från nationella kvalitetsregister, sjukvårdshuvudmännen och patientföreningarna. Under konsensusmötet diskuterade gruppen varje enskild indikator utifrån framtaget underlag och gruppen enades om ett gemensamt förslag till målnivå. Förslagen gick sedan vidare till nästa fas.

I några fall har målnivåerna satts endast av Socialstyrelsens indikatorexpertgrupp för de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård.

Remissfas

Det bredare förankringsarbetet har skett under riktlinjernas remissfas. En preliminär version av de nationella riktlinjerna gick på remiss till berörda intressenter som beslutsfattare hos huvudmännen, professionens specialistföreningar och patientföreningarna. Syftet var att bedöma hur målsättningarna kan implementeras så att de får maximal verkningsgrad för patienterna.

Under remissfasen deltog Socialstyrelsen i fem regionala seminarier med sjukvårdshuvudmännen, anordnade egna programpunkter vid två av specialistföreningarnas årsmöten (för dem inom onkologi och urologi) samt hade möten med patientföreningarna. Samtliga sjukvårdsregioner har lämnat synpunkter på riktlinjerna men även på de föreslagna målnivåerna.

Samtidigt som remissversionen av målnivåerna utkom publicerade Socialstyrelsen en utvärdering av de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata- tjocktarms- och ändtarmscancervård. I utvärderingen finns underlag som beskriver varje landstings utvecklingsbehov i förhållande till de föreslagna målnivåerna [3].

Beslutsfas

Efter att berörda intressenter lämnat synpunkter på målnivåerna har indikatorexpertgruppen tagit ställning till eventuella justeringar av målnivåerna. Gruppen har tagit fram ett slutgiltigt förslag som fastställts av Socialstyrelsen och publiceras nu tillsammans med riktlinjen.

Förvaltnings- och uppdateringsfas

De målnivåer som fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, exempelvis när kunskapsläget inom området förändras. Socialstyrelsen håller för närvarande på att bygga upp en organisation för detta.

Indikatorer och målnivåer för kvalitet

Målnivåerna är i första hand tänkta att användas för att utvärdera kvalitet och effektivitet på nationell nivå. Dessutom kan målnivåerna bidra till en mer jämlik vård. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utveckling- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Däremot lämpar sig inte indikatorerna och målnivåerna att direkt användas i prestationsbaserade ersättningsmodeller. Det ställer ytterligare krav på indikatorernas och målnivåernas utformning.

Grunder för målnivåerna

Vid målformuleringsseminariet diskuterades målnivåerna fram i konsensus utifrån ett underlag som beskrev indikatorn, registerutdrag som visade utfallet för de senaste åren och exempel från andra aktörers målnivåer inom samma område.

Målnivåerna har satts utifrån följande grunder som gäller för samtliga indikatorer:

- att det ska finnas kunskap om och evidens (vetenskapligt belägg) för åtgärdens patientnytta
- att åtgärden har fått en hög prioritet eller prioriteten *icke-göra* i de nationella riktlinjerna
- att de bästa landstingens resultat har varit vägledande, vilket innebär att målnivån i praktiken är möjlig att uppnå redan med dagens kunskap och resurser.

Vid några tillfällen har ytterligare avvägningar och avgränsningar gjorts. I dessa fall kommenteras dessa i samband med att målnivån presenteras.

Olika målnivåer för samma indikator

Indikatorn *Deltagande i behandlingsstudier* har inte samma målnivå för bröstcancer som för tjocktarms- eller ändtarmscancer. Orsaken är att deltagarna vid målformuleringsseminariet i konsensus kom fram till att det in-

ledningsvis blir skilda målnivåer, utifrån dagens förutsättningar och traditioner inom vården av respektive cancersjukdom.

För prostatacancer saknades vid tiden för seminariet både kunskap om nuläget och registeruppgifter. Socialstyrelsen avstår därför att sätta mål för denna indikator men har ambitionen att målsätta den vid nästa uppdatering av riktlinjerna.

Alla indikatorer har inte målnivåer

Till de uppdaterade *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014* har en ny indikatorlista tagits fram. Den omfattar både etablerade och nytillkomna indikatorer. Vissa av de nytillkomna indikatorerna har Socialstyrelsen avstått från att sätta upp mål för. Det beror på att det saknas kunskap om nuläget eller registeruppgifter.

I indikatorlistan till de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer finns även så kallade utvecklingsindikatorer. Dessa indikatorer är i dagsläget inte möjliga att följa upp på nationell nivå eftersom de saknar nationella datakällor. Inga mål har satts för dem med undantag för *Namngiven kontaktsjuksköterska*.

Några av kvalitetsregistren planerar att börja registrera utvecklingsindikatorn *Namngiven kontaktsjuksköterska*. Socialstyrelsen har valt att sätta upp mål för den indikatorn, eftersom denna funktion har lyfts fram i den nationella cancerstrategin. Inom några år kommer det förmodligen att vara möjligt att följa upp indikatorn.

Vid nästa uppdatering av riktlinjerna kommer Socialstyrelsen att pröva om det är möjligt att sätta upp mål även för nytillkomna indikatorer och flera av utvecklingsindikatorerna.

Lungcancer har redan målnivåer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård kom ut 2011. I dessa sattes det mål för flera av indikatorerna, dock med en metodik som skiljer sig från den som har använts för riktlinjerna i den här rapporten. Landstingen har sedan dess påbörjat ett arbete med att tillämpa riktlinjerna och målnivåerna. Därmed kvarstår de uppsatta målnivåerna i *Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011*, och de kommer att omprövas först vid en uppdatering av riktlinjerna.

Presentation av målnivåer

På de följande sidorna presenteras Socialstyrelsens nationella målnivåer för respektive indikator. För varje cancersjukdom redovisas målnivåerna för såväl de övergripande cancerindikatorerna som de tumorspecifika indikatorerna.

Varje indikator presenteras på följande sätt:

1. En kort beskrivning av vad indikatorn visar och varför den är intressant att följa.
2. Ett statistiskt underlag som beskriver de senaste årens utfall på landstingsnivå.

3. Exempel på andra aktörers målnivåer (främst på regional och nationell nivå, exempelvis kvalitetsregistrens målnivåer).
4. Socialstyrelsens nationella målnivå (i en gråtonad ruta). Nivån är satt utifrån ovan angivna *grunder för målnivåerna*. I en del fall har ytterligare ställningstaganden varit vägledande för att sätta målnivån eller andra avgränsningar gjorts. Dessa kommenteras då i direkt i anslutning till målnivån.
5. Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån. Uppgifterna bygger på de underlag som togs fram till målformuleringsseminariet. Utvecklingsbehovet redovisas endast när tillförlitliga uppgifter från hälso-dataregister eller nationellt kvalitetsregister har funnits tillgängligt.

Bröstcancer

Indikator 1.1: Överlevnad vid bröstcancer

Indikatorn visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter som diagnostiserats med bröstcancer. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patientgruppens överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte har diagnostiserats med cancer. Överlevnad (och dödlighet) är ett mått på effekten av det totala omhändertagandet av patienter med bröstcancer. Indikatorn har hög vetenskaplig validitet (giltighet) och är viktig att följa över tid.

Underlag

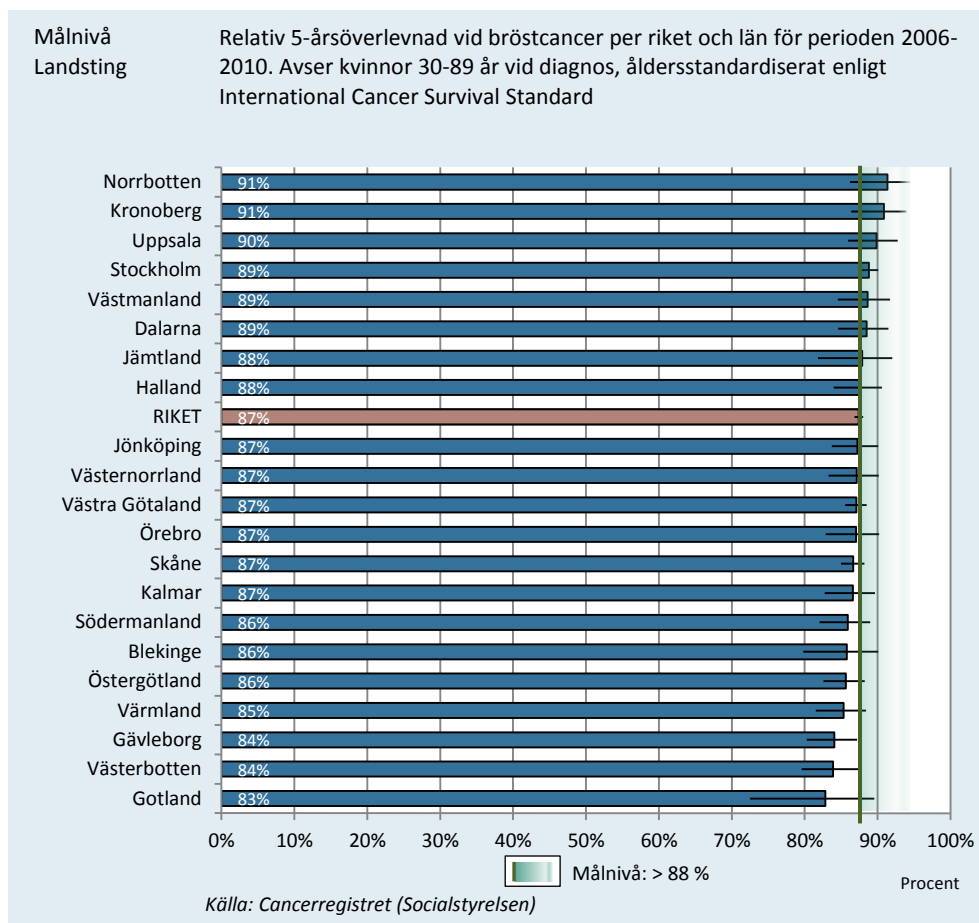
Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Socialstyrelsens cancerregister och dödsorsaksregister från 2006–2010 visade att rikets genomsnitt var 87 procent, variationen mellan landstingen 83–91 procent och 90:e percentilen 90 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 88 procent.

Målnivå i förhållande till 2006–2010 års resultat



De bästa landstingens resultat har varit vägledande när målnivån fastställts.

Indikator 1.2: Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister

Indikatorn visar andelen patienter som har registrerats i ett nationellt kvalitetsregister.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer liksom vårdprogrammen bygger på rekommendationer inom diagnostik, vård och behandling som är utarbetade utifrån patientnytta och evidens. Om riktlinjer och vårdprogram inte följs finns det en risk för att icke evidensbaserade metoder etableras. Till vårdprogrammen finns kvalitetsregister kopplade. Indikatorn är relevant att följa eftersom uppföljningar visat att en hög anslutning till kvalitetsregistren främjar kvaliteten. Det är viktigt för kliniker att delta aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp den egna klinikens resultat, hur de förändras över tid och hur de står sig i jämförelse med resultat från andra kliniker.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Socialstyrelsens cancerregister och Nationella bröstcancerregistret från 2011 visade att rikets genomsnitt var 98 procent, variationen mellan landstingen 88–100 procent och 90:e percentilen 100 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

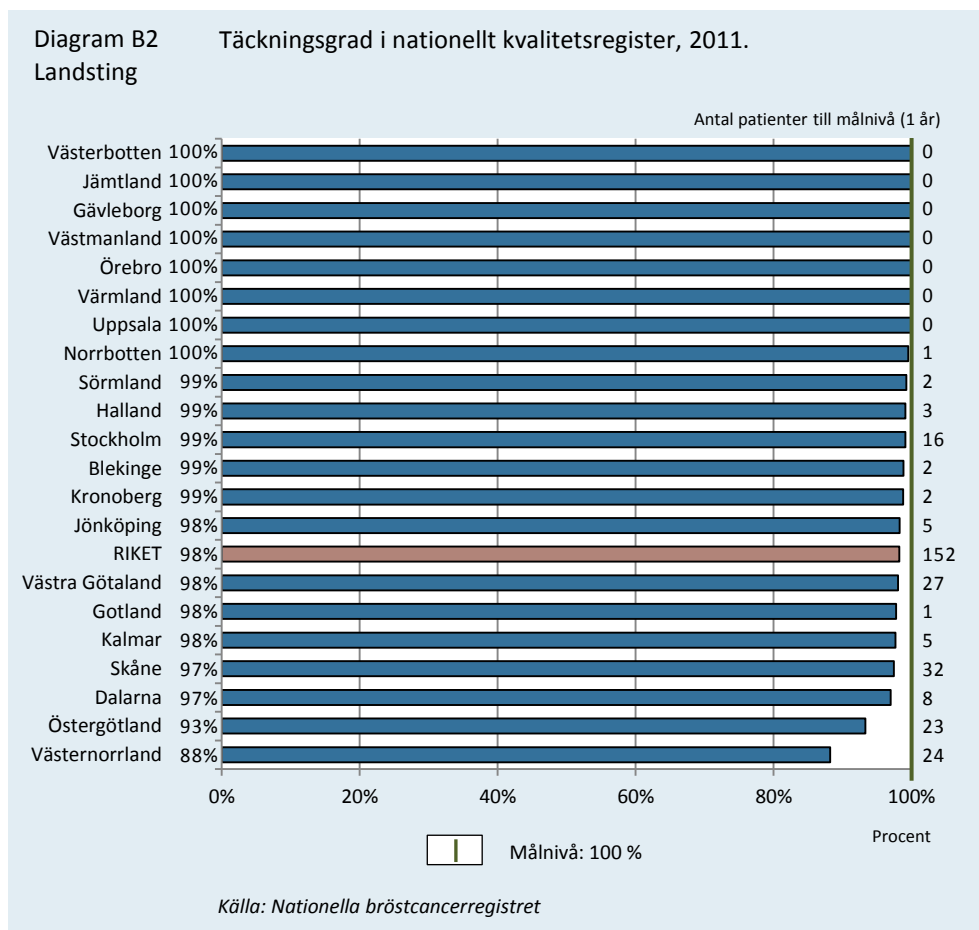
- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Kommentar: Målnivån omfattar inte personer som väljer att avstå från deltagande i nationellt kvalitetsregister.

Målnivå i förhållande till 2011 års resultat



Det är viktigt att landstingens alla verksamheter delta aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp och förbättra sina resultat. Därför

har Socialstyrelsen en målnivå på 100 procent. De flesta landstingen visade ett bra resultat redan under 2011.

Indikator 1.3: Patienter som inkluderats i strukturerad behandlingsstudie

Indikatorn visar andelen kvinnor med bröstcancer som har inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie

Andelen patienter som ingår i behandlingsstudier är ett mått på landstingens och sjukhusens aktivitetsgrad i den kliniska forskningen. Indikatorn avspeglar även indirekt graden av specialisering och intresse för att behandla bröstcancerpatienter. Indikatorn är relevant att följa av dessa skäl.

Med behandlingsstudie avser Socialstyrelsen såväl randomiserade studier som observationsstudier. Studien ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd.

Underlag

I dagsläget sker ingen registrering av indikatorn, därför saknas underlag.

Målnivån har i stället satts utifrån konsensusgruppens bedömning vid målformuleringsseminariet om vad som är en rimlig nivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 25 procent.

Kommentar: Målnivån gäller för primärbehandlingsstudier med botande ansats och vid cancersjukdom utan metastaser.

Indikator 1.4 a: Multidisciplinär konferens inför behandlingsstart

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B019)

Indikatorn visar andelen patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av nyupptäckt bröstcancer.

En multidisciplinär konferens är en omfattande granskning av cancersjukdomen, för att vården ska kunna optimera behandlingen. Konferensen är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och när flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om en sådan konferens fått hög prioritet.

Indikatorn visar hur aktiva kliniker och sjukhus är i att genomföra multidisciplinära konferenser inför beslut om behandling. Indirekt visar den även om sjukhus och regioner har en struktur för omhändertagandet av patienter med bröstcancer.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella bröstcancerregistret från 2009–2011 visade att rikets genomsnitt var 93 procent, variationen mellan landstingen 51–99 procent och 90:e percentilen 99 procent.

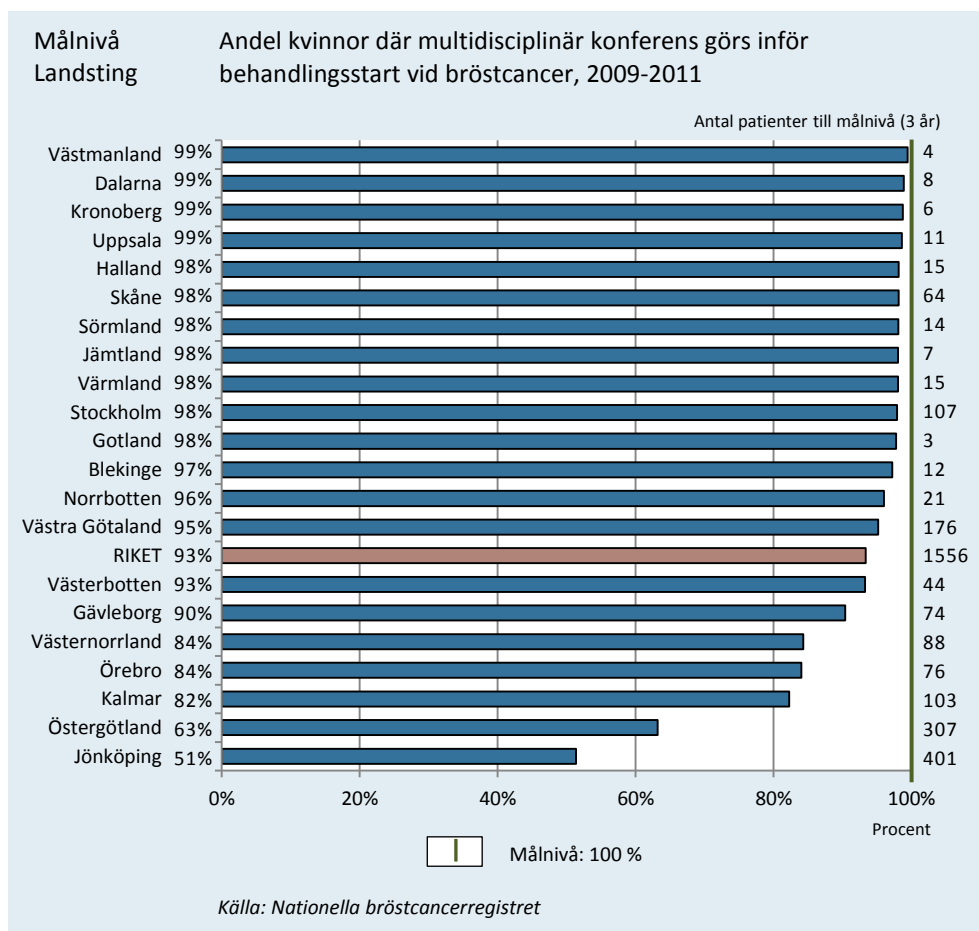
Exempel på andra aktörers målnivåer

- Regionalt cancercentrum syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat



Socialstyrelsens målnivå innebär att alla kvinnor bör bedömas vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten. Under denna period var det inget landsting som nådde upp till målnivån men flera var mycket nära. I förhållande till målnivån var det under åren 2009–2011 ytterligare 1 556 kvinnor som borde ha fått en bedömning vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten.

Indikator 1.4 b: Multidisciplinär konferens efter operation

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B019)

Indikatorn visar andelen patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens efter att de hade opererats för bröstcancer.

En multidisciplinär konferens är en omfattande granskning av cancer-sjukdomen efter en operation. Syftet är att sjukvården ska kunna optimera den fortsatta behandlingen. Konferensen är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av strålbehandling och läkemedelsbehandling och när flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om en sådan konferens fått hög prioritet.

Indikatorn visar hur aktiva kliniker och sjukhus är i att genomföra multidisciplinära konferenser inför beslut om fortsatt behandling efter operation. Indirekt visar den även om sjukhus och regioner har en struktur för omhändertagandet av patienter med bröstcancer.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella bröstcancerregistret från 2009–2011 visade att rikets genomsnitt var 97 procent, variationen mellan landstingen 58–100 procent och 90:e percentilen 100 procent.

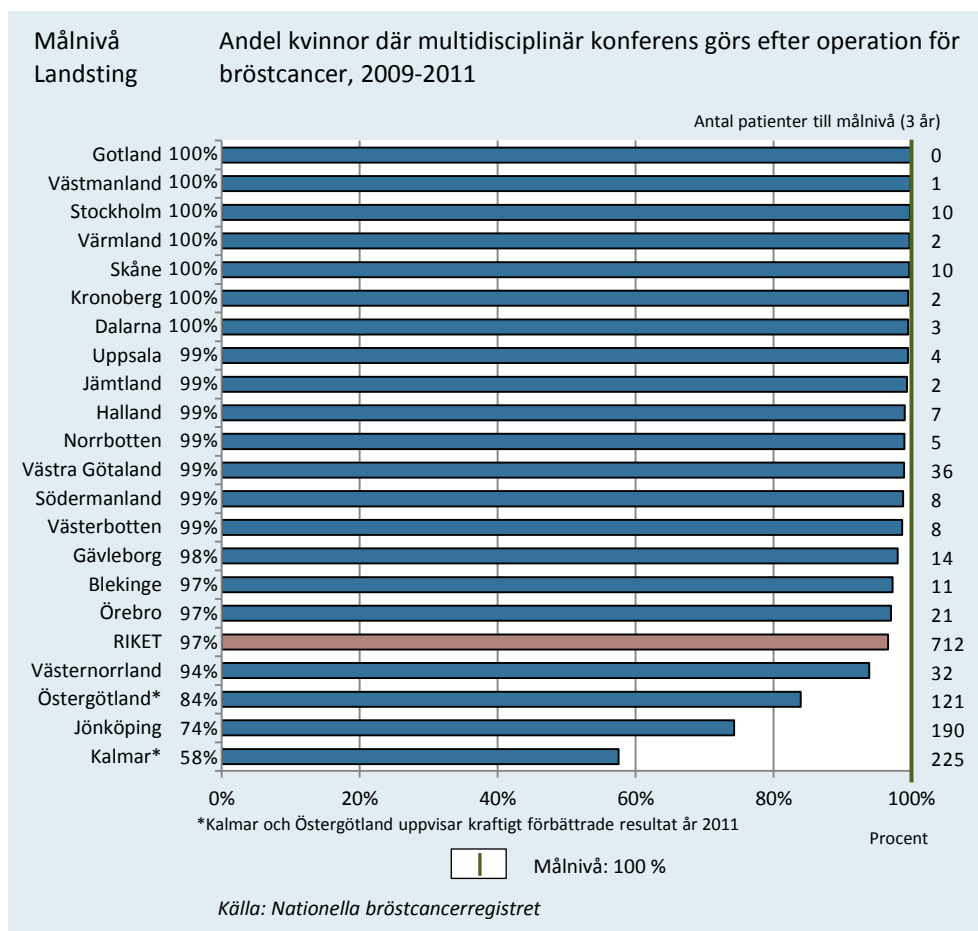
Exempel på andra aktörers målnivåer

- Regionalt cancercentrum syd (2012): 100 procent.
- Svensk Förening för Bröstkirurgi (2009): ”Varje patient med bröstcancer ska bli föremål för en postoperativ konferens där kirurg, mammografiläkare, onkolog eller onkologutbildad kirurg, patolog och bröstsjuksköterska deltar” [4].

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat



Socialstyrelsens målnivå innebär att alla kvinnor bör bedömas vid en multidisciplinär konferens efter operation. Utfallet för perioden 2009–2011 visar att det var sju landsting som nådde upp till målnivån, men flera var mycket nära. I förhållande till målnivån var det ytterligare 712 kvinnor som borde ha fått en bedömning vid en multidisciplinär konferens efter operation.

Indikator 1.5: Fullständigt, strukturerat PAD-svar efter operation

Indikatorn visar andelen patienter där undersökning av bortopererad vävnad (ett så kallat operationspreparat) resulterat i ett fullständigt, strukturerat PAD-svar.

För att kunna ställa rätt diagnos och klassificera en tumör gör en patolog en makroskopisk och mikroskopisk undersökning av ett vävnads- eller 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 viktigt för att kunna förutsäga sjukdomsut-

vecklingen och välja den fortsatta behandlingen och uppföljningen. Indikatorn är relevant att följa för att kunna bedöma kvaliteten i PAD-svaren.

För att den patologiska analysen och handläggningen ska genomföras på ett strukturerat sätt finns det dokumentations- och svarsmallar som anger vilka prognostiska faktorer som patologen ska bestämma, värdera och redovisa.

Underlag

Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer, därför saknades underlag vid målformuleringsseminariet.

Målnivån har i stället satts utifrån konsensusgruppens bedömning vid målformuleringsseminariet om vad som är en rimlig nivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Indikator 1.10: Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: D006)

Indikatorn visar andelen patienter med cancer som har fått erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska.

En kontaktsjuksköterska kan ge cancerpatienten psykosocialt stöd och vägledning, råd om symtomlindring, förmedla kontakter med andra vårdinstanser samt säkerställa patientens delaktighet och inflytande i vården.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om en kontaktsjuksköterska fått hög prioritet.

Underlag

I dagsläget sker ingen registrering av antalet patienter som fått erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska. Därför saknas underlag.

Målnivån har i stället satts utifrån den höga prioritering som kontaktsjuksköterska har fått i de nationella riktlinjerna.

Exempel på andras målnivåer

- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Indikator 2.1: Fastställd diagnos före operation

Indikatorn visar andelen kvinnor som får en fastställd diagnos innan de opereras för bröstcancer.

När en läkare utreder och diagnosticerar oklara förändringar i bröstet eller misstänker malignitet (en elakartad tumör) bör en så korrekt diagnos som möjligt före operation eftersträvas. Detta ökar möjligheten att välja den bästa operationsmetoden vilket i sin tur kan minska behovet av omoperationer på grund av att en analys av operationspreparatet visar att det finns kvar tumörvävnad i bröstet.

Indikatorn är relevant att följa eftersom den speglar hur aktiv kliniken är att diagnosticera före operationer.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella bröstcancerregistret från 2009–2011 visade att rikets genomsnitt var 91 procent, variationen mellan landstingen 78–96 procent och 90:e percentilen 95 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

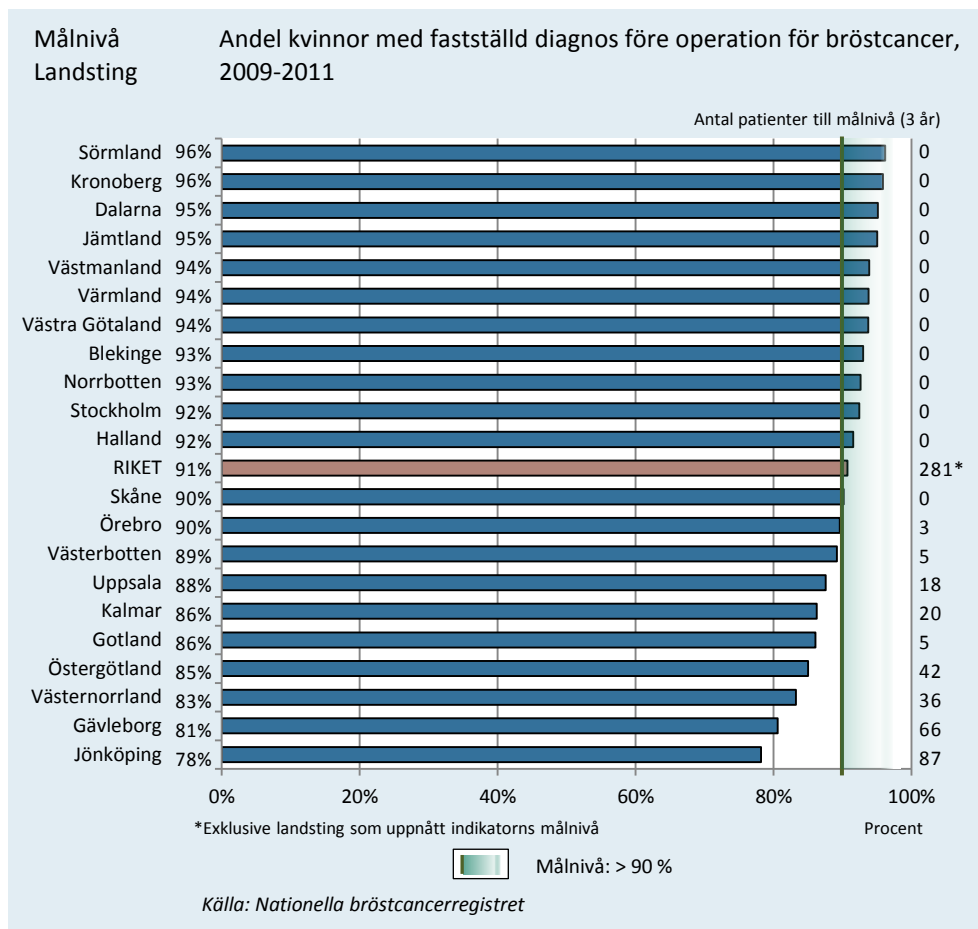
- Svensk Förening för Bröstkirurgi (2009): mer än 90 procent av patienter med cancer ska få diagnosen före operation [4].

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 90 procent.

Kommentar: Vid målsättningen har Socialstyrelsen tagit hänsyn till att tiden till operation inte ska bli fördröjd på grund av utdragna utredningstider och att det inte är möjligt att alla kvinnor har en fullständig diagnos före operation.

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat



Socialstyrelsens målnivå innebär att minst 90 procent av kvinnorna bör ha en fastställd diagnos före operation. Under åren 2009–2011 var det i förhållande till målnivån ytterligare 281 kvinnor som borde ha fått en fastställd diagnos före operation.

Indikator 2.2: Operation med sentinel node-teknik vid bröstcancer

Indikatorn visar andelen kvinnor som har opererats med sentinel node-teknik. Avser inte kvinnor med cancer in situ.

Sentinel node-tekniken innebär att den första lymfkörteln som eventuellt är tumörbärande avlägsnas under operationen. Körteln analyseras sedan för att se om det förekommer tumörspridning eller inte.

Indikatorn är relevant att följa eftersom metoden minskar andelen patienter som måste genomgå en fullständig operation på grund av tumörspridning till lymfknutorna. Detta minskar bland annat risken för besvärande lymfsvullnad i armen efter operationen.

Underlag

Statistiskt underlag

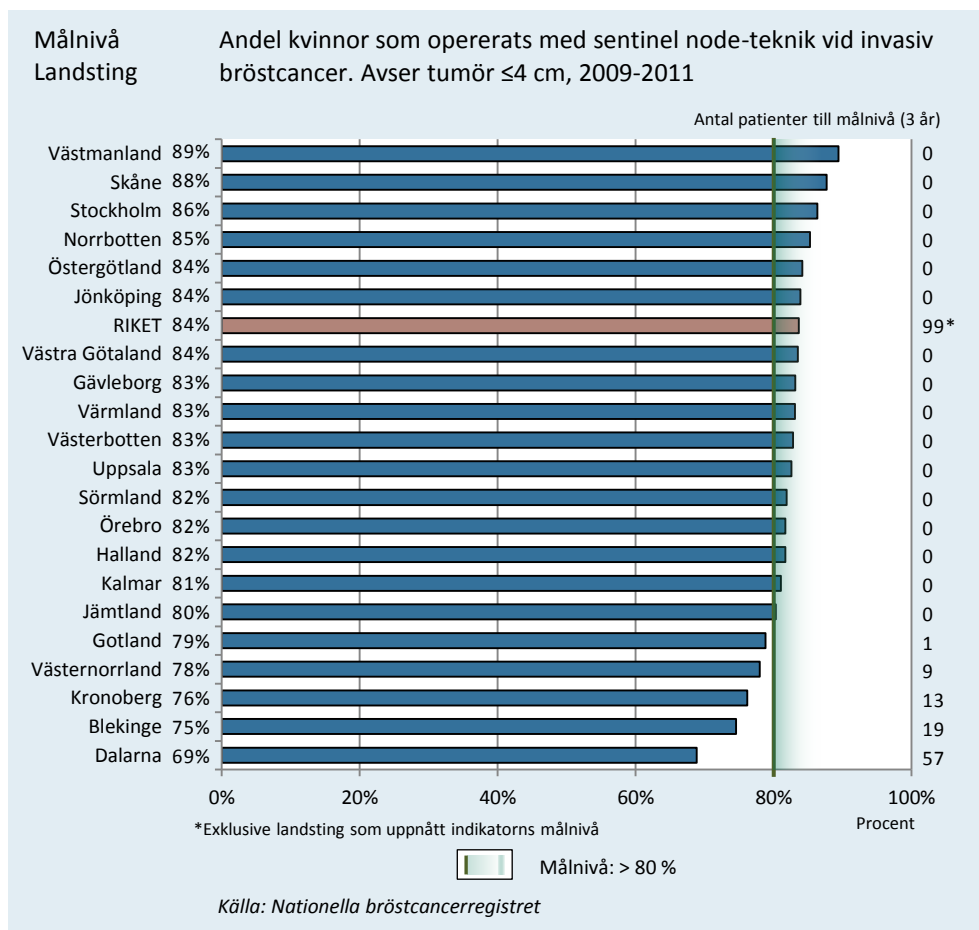
Ett statistiskt underlag från Nationella bröstcancerregistret från 2009–2011 visade att rikets genomsnitt var 84 procent, variationen mellan landstingen 69–89 procent och 90:e percentilen 86 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 80 procent.

Kommentar: Målnivån har satts med hänsyn till att alla kvinnor inte behöver sentinel node-tekniken vid bröstcanceroperation, exempelvis behövs den inte i de fall där utredning och diagnostik före operation visar att patientens lymfkörtlar bör avlägsnas.

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat



De flesta landstingen har redan uppnått målnivån, utom fem som ännu inte når den. Jämförelsen visar att under åren 2009–2011 var det ytterligare 99 kvinnor som borde ha fått tillgång till sentinel node-tekniken vid operation.

Indikator 2.3: Omoperation på grund av tumördata

Indikatorn visar andelen kvinnor med bröstcancer som omopererats på grund av att analys av operationspreparatet (tumördata) visar att cancer kan finnas kvar i bröstet. Vid misstanke om kvarvarande cancer i bröstet bör kvinnan omopereras. Detta för att minska risken för återfall (så kallat lokalt recidiv). Indikatorn är relevant att följa hos kvinnor som genomgått bröstbevarande kirurgi (så kallad partiell mastektomi) på grund av att tumörvävnad kan ha lämnats kvar vid operationen.

Indikatorn mäter både kvaliteten i utredning och diagnostiken före operationen och hur väl kirurgen lyckats avlägsna tumören vid operationen.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella bröstcancerregistret från 2009–2011 visade att rikets genomsnitt var 17 procent, variationen mellan landstingen 8–41 procent och 10:e percentilen 12 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

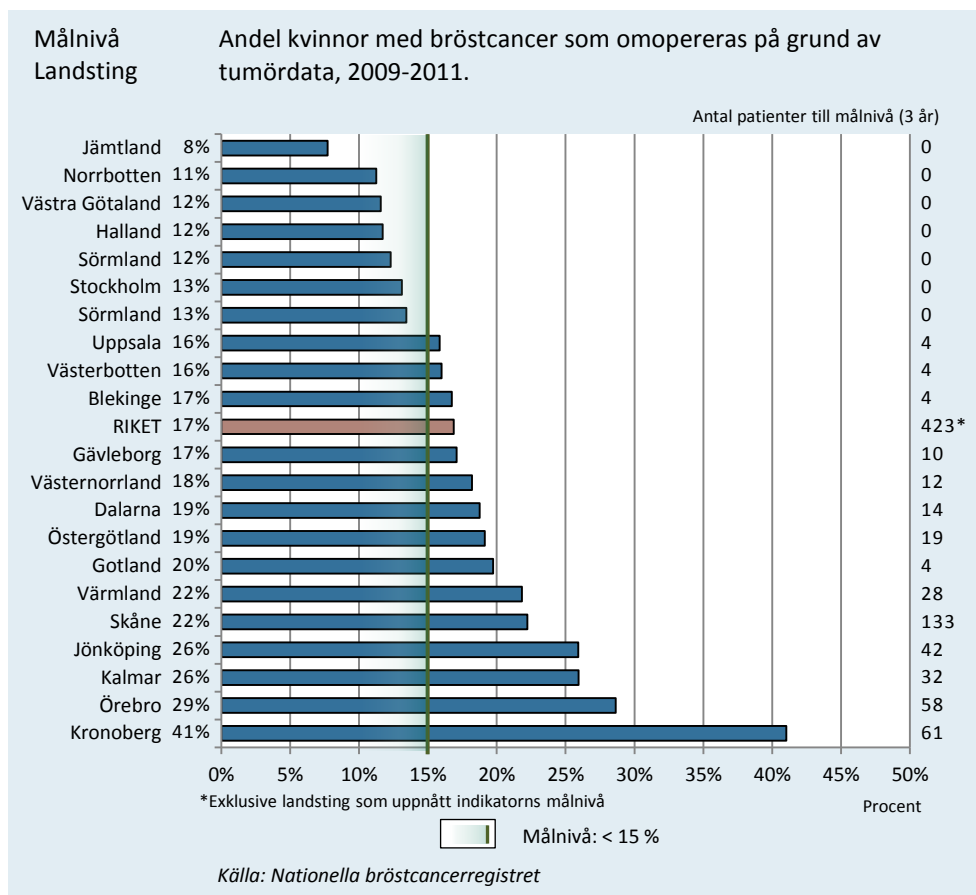
- Svensk Förening för Bröstkirurgi (2009): ”Mindre än 10 procent av patienterna ska behöva reopereras på grund av bristande radikalitet vid primäringreppet” (avser alla operationer, såväl partiell som total mastektomi) [4].

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mindre än 15 procent.

Kommentar: Målnivån avser endast kvinnor som genomgått bröstbevarande kirurgi (så kallad partiell mastektomi).

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat



Alla landsting utom sju behöver minska antalet omoperationer för att nå upp till målnivån på 15 procent. Om man tittar på antalet omoperationer som överskred målnivån motsvara det 423 kvinnor för åren 2009–2011.

Indikator 2.4: Omoperation på grund av komplikation

Indikatorn visar andelen kvinnor med bröstcancer som måste omopereras inom 30 dagar efter den första operationen på grund av komplikationer.

Varje kirurgiskt ingrepp innebär en viss risk för komplikationer, som blödning eller infektion, vilket kan leda till omoperation. Indikatorn är relevant att följa eftersom antalet omoperationer bör vara så litet som möjligt.

Underlag

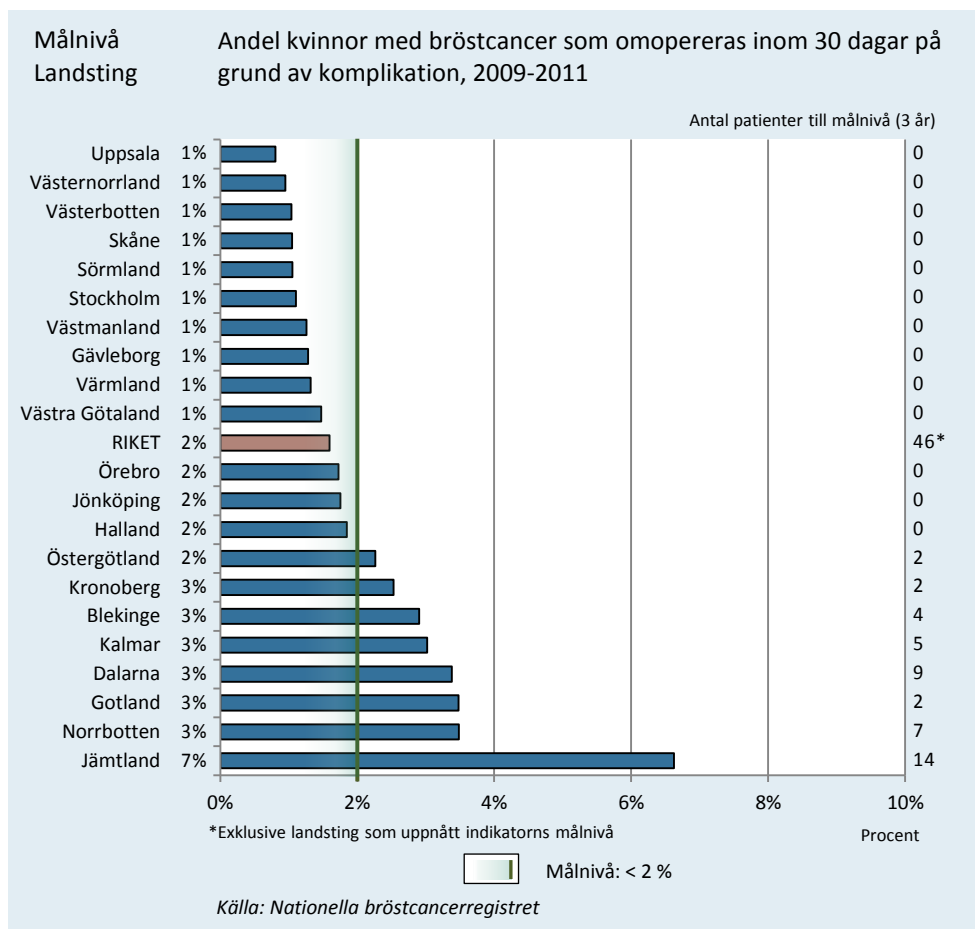
Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella bröstcancerregistret från 2009–2011 visade att rikets genomsnitt var 2 procent, variationen mellan landstingen 1–7 procent och 10:e percentilen 1 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mindre än 2 procent.

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat



Det är viktigt att så få kvinnor som möjligt omopereras på grund av komplikation. Socialstyrelsen har därför en målnivå på mindre än 2 procent för omoperationer på grund av komplikationer. Myndigheten bedömer att det är kliniskt möjligt att uppnå denna målnivå. I underlaget var det åtta landsting som under åren 2009–2011 överskred målnivån, vilket motsvarar 46 kvinnor.

Indikator 2.6: Lokalt återfall inom fem år efter primäroperation med bröstbevarande kirurgi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: bl.a. B058)

Indikatorn visar andelen kvinnor som inom fem år efter en bröstbevarande operation (partiell mastektomi) har fått återfall av cancer i bröstet (så kallat lokalt recidiv).

Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar förmågan att uppnå goda resultat vid den primära behandlingen, operation och eventuell strålbehandling.

Underlag

Vid målformuleringsseminariet saknades ett tillförlitligt underlag. Andelen kvinnor som får lokalt återfall inom fem år efter primäroperation registreras i Nationella bröstcancerregistret, men kvaliteten på uppgifterna är osäker eftersom inrapporteringen till registret är bristfällig. Vid målformuleringsseminariet sattes målnivån istället utifrån deltagarnas kunskap och erfarenhet om vad som är en rimlig målnivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mindre än 5 procent.

Indikator 2.7: Läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare efter operation

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B057–B059, B061)

Indikatorn visar andelen kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer som efter operationen får läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare.

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 2014 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.

Underlag

En uppföljning av Nationella bröstcancerregistret visar ett riksgenomsnitt på 90 procent av patienterna i den aktuella gruppen som planerades att få behandling och att de bästa landstingen har ett resultat på 97–98 procent. Det saknas dock uppgifter om hur många som faktiskt fick behandlingen [5].

Vid målformuleringsseminariet sattes målnivån istället utifrån deltagarnas kunskap och erfarenhet om vad som är en rimlig målnivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 95 procent.

Kommentar: Målnivån har satts med hänsyn till att det finns kontraindikationer, vilket innebär att alla kvinnor inte kan få behandlingen.

Indikator 2.8: Lokal strålbehandling efter operation vid regionala lymfkörtelmetastaser

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: bl.a. B050)

Indikatorn visar andelen kvinnor med regionala lymfkörtelmetastaser som efter operation av hela eller delar av bröstet får lokal strålbehandling.

Det finns vetenskapliga studier som visar en minskad risk för återfall när kvinnor med regionala lymfkörtelmetastaser strålbehandlas lokalt efter operationen. Det finns nya studier som visar att även personer med en mindre spridd cancer kan ha nytta av åtgärden. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om lokal strålbehandling vid en till tre regionala lymfkörtelmetastaser fått hög prioritet. Strålbehandling vid fyra eller fler påvisade regionala lymfkörtelmetastaser är idag en standardbehandling.

Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar hur aktiv kliniken är i att ge denna patientgrupp lokal strålbehandling efter operation.

Underlag

En uppföljning av Nationella bröstcancerregistret visar att i genomsnitt 80 procent av patienterna med regionala lymfkörtelmetastaser planerades att få denna behandling. Den bästa regionen hade ett resultat på 90 procent. Det saknas dock uppgifter om hur många som faktiskt fick lokal strålbehandling [5].

Vid målformuleringsseminariet sattes målnivån istället utifrån deltagarnas kunskap och erfarenhet om vad som är en rimlig målnivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 90 procent.

Kommentar: Målnivån har satts med hänsyn till att det finns kontraindikationer och att viss försiktighet krävs vid vänstersidig bröstcancer, eftersom det då finns risk för hjärtpåverkan. Detta talar emot att alla kvinnor kan få behandlingen.

Indikator 2.9: Taxaner och antracyklin efter operation vid lymfkörtelpositiv bröstcancer med hög risk för återfall

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B053)

Indikatorn visar andelen kvinnor som får läkemedelsbehandling med taxaner i kombination med antracyklin efter operation vid lymfkörtelpositiv bröstcancer med hög risk för återfall.

Det finns vetenskapliga studier som visar att kvinnor med lymfkörtelpositiv bröstcancer och som har en hög risk för återfall efter opererad bröstcan-

cer får en minskad dödlighet om de behandlas med taxaner i kombination med antracyklin, jämfört med om de får enbart antracyklinbehandling. 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 taxaner i kombination med antracyklin.

Underlag

En uppföljning av Nationella bröstcancerregistret visade att i genomsnitt 66 procent av patienterna i den aktuella gruppen hade planerats få denna behandling och att det bästa landstinget hade ett resultat på 78 procent. Det saknas dock uppgifter om hur många som faktiskt fick behandlingen [5].

Vid målformuleringsseminariet sattes målnivån istället utifrån deltagarnas kunskap och erfarenhet om vad som är en rimlig målnivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 80 procent.

Kommentar: Målnivån har satts med hänsyn till att det finns kontraindikationer, vilket innebär att alla kvinnor inte kan få behandlingen.

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

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B055)

Indikatorn visar andelen kvinnor med HER2-positiv invasiv bröstcancer med hög risk för återfall som får cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab i ett år efter operationen.

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 operation. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om denna behandling fått hög prioritet.

Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar hur aktiv kliniken är i att ge denna patientgrupp trastuzumab som tilläggsbehandling i ett år.

Underlag

Denna indikator är ny i 2014 års nationella riktlinjer. En uppföljning av Nationella bröstcancerregistret visade att 73 procent av patienterna i den aktuella gruppen hade planerats få denna behandling. Det saknas dock uppgifter om hur många som faktiskt fick den [5].

Målnivån har satts med utgångspunkt i de kunskapsbaserade ställningstaganden som gjordes i arbetet med de nationella riktlinjerna och utifrån konsensusgruppens erfarenhet om vad som är en rimlig målnivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 80 procent som fått minst ett års behandling.

Kommentar: Målnivån har satts med hänsyn till att det finns kontraindikationer och samsjuklighet, särskilt hos äldre kvinnor. Detta innebär att alla kvinnor inte kan få behandlingen.

Prostatacancer

Indikator 1.1: Överlevnad vid prostatacancer med mellanrisk

Indikatorn visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter som har diagnostiserats med prostatacancer med mellanrisk utan metastaser. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patientgruppens överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte har diagnostiserats med cancer. Överlevnad (och dödlighet) är ett mått på effekten av det totala omhändertagandet av patienter med prostatacancer. Indikatorn har hög vetenskaplig validitet (giltighet) och är viktig att följa över tid.

Underlag

Statistiskt underlag

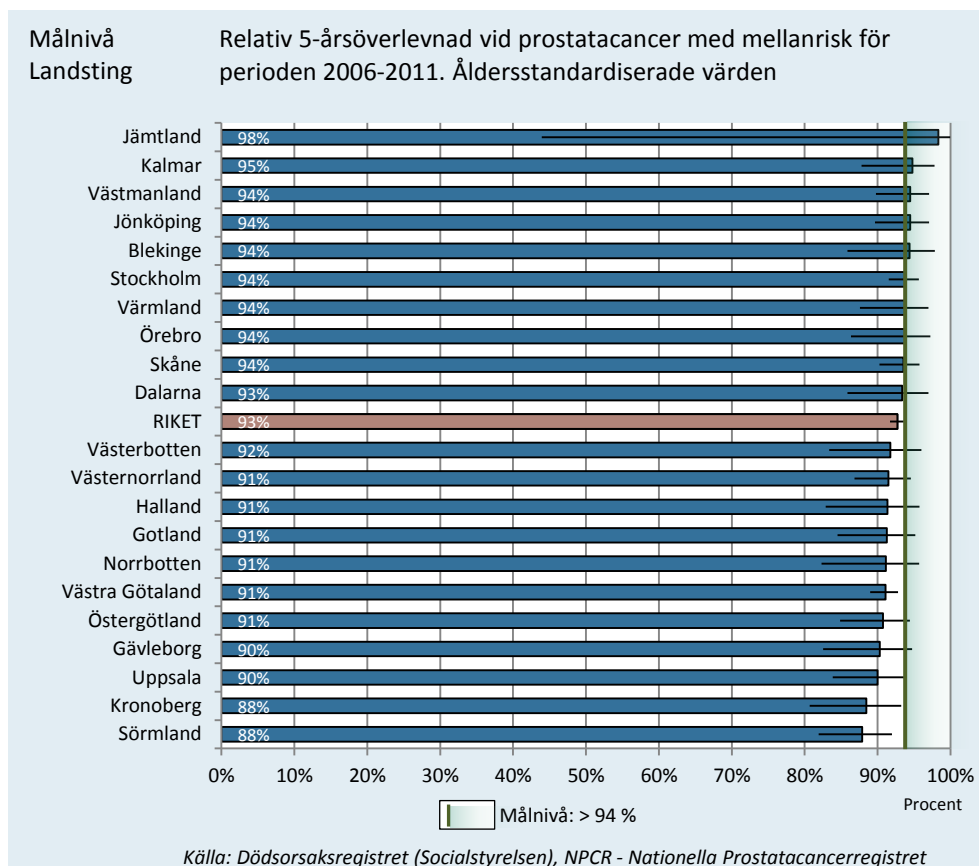
Ett statistiskt underlag från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och Nationella prostatacancerregistret från 2006–2011 visade att rikets genomsnitt var 93 procent, variationen mellan landstingen 88–98 procent och 90:e percentilen 94 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 94 procent. Målet avser prostatacancer med mellanrisk utan metastaser.

Kommentar: Målnivån har avgränsats till den riskgrupp av prostatacancer för vilken det är mest intressant att följa femårsöverlevnaden.

Målnivå i förhållande till 2006–2011 års resultat



De bästa landstingens resultat har varit vägledande när målnivån fastställts.

Indikator 1.2: Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister

Indikatorn visar andelen patienter som har registrerats i ett nationellt kvalitetsregister.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer liksom vårdprogrammen bygger på rekommendationer inom diagnostik, vård och behandling som är utarbetade utifrån patientnytta och evidens. Om riktlinjer och vårdprogram inte följs finns det en risk för att icke evidensbaserade metoder etableras. Till vårdprogrammen finns kvalitetsregister kopplade. Indikatorn är relevant att följa eftersom uppföljningar har visat att en hög anslutning till kvalitetsregistren främjar kvaliteten. Det är viktigt för kliniker att delta aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp den egna klinikens resultat, hur de förändras över tid och hur de står sig i jämförelse med resultat från andra kliniker.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella prostatacancerregistret från 2011 visade att rikets genomsnitt var 96 procent, variationen mellan landstingen 86–100 procent och 90:e percentilen 100 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

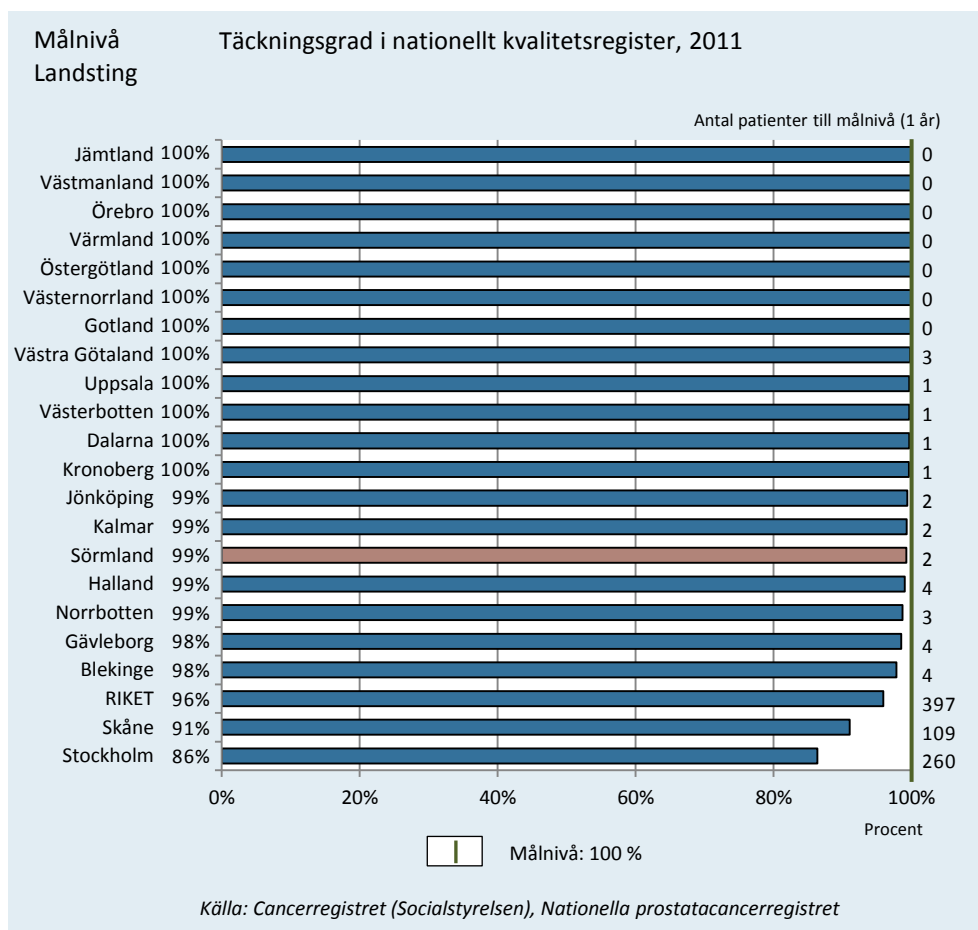
- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Kommentar: Målnivån omfattar inte personer som väljer att avstå från deltagande i nationellt kvalitetsregister

Målnivå i förhållande till 2011 års resultat



Det är viktigt att landstingens alla enheter delta aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp och förbättra sina resultat. Därför är Socialstyrelsens målnivå 100 procent. De flesta landstingen uppnår detta resultat redan under 2011.

Indikator 1.4: Multidisciplinär konferens inför behandling av prostatacancer med hög risk

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: P124)

Indikatorn visar andelen patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av nyupptäckt prostatacancer. Indikatorn avser män med prostatacancer med hög risk.

En multidisciplinär konferens är en omfattande granskning av cancersjukdomen, för att vården ska kunna optimera behandlingen. Konferensen är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och när flera behandlingar kan behöva kombineras.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om multidisciplinär konferens avgränsats till män med prostatacancer med hög risk och med en förväntad kvarstående livstid på minst fem år. En sådan konferens har fått hög prioritet. Indikatorn visar hur aktiva kliniker och sjukhus är i att genomföra multidisciplinära konferenser inför beslut om behandling. Indirekt visar den även om sjukhus och regioner har en struktur för omhändertagandet av patienter med prostatacancer.

Underlag

Det saknas underlag som ger en aktuell bild. Nationella prostatacancerregistret (NPCR) har påbörjat registreringen av indikatorn under 2013.

Målnivån har i stället satts utifrån den höga prioritering som åtgärden har fått i de nationella riktlinjerna.

Exempel på andra aktörers målnivåer

- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Kommentar: Målnivån är avgränsad till den grupp som behandlats i de nationella riktlinjerna, prostatacancer med hög risk.

Indikator 1.5: Fullständigt, strukturerat PAD-svar

Indikatorn visar andelen patienter där undersökning av vävnadsprov eller bortopererad vävnad (ett så kallat operationspreparat) resulterat i ett fullständigt, strukturerat PAD-svar.

För att kunna ställa rätt diagnos och klassificera en tumör gör en patolog en makroskopisk och mikroskopisk undersökning av ett vävnads- eller 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 viktigt för att kunna förutsäga sjukdomsut-

vecklingen och välja den fortsatta behandlingen och uppföljningen. Indikatorn är relevant att följa för att kunna bedöma kvaliteten i PAD-svaren.

För att den patologiska analysen och handläggningen ska genomföras på ett strukturerat sätt finns det dokumentations- och svarsmallar som anger vilka prognostiska faktorer som patologen ska bestämma, värdera och redovisa.

Underlag

Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer, därför saknas underlag.

Målnivån har i stället satts utifrån konsensusgruppens bedömning vid målformuleringsseminariet om vad som är en rimlig nivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Indikator 1.10: Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: D006)

Indikatorn visar andelen patienter med cancer som fått erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska.

En kontaktsjuksköterska kan ge cancerpatienten psykosocialt stöd och vägledning, råd om symtomlindring, förmedla kontakter med andra vårdinstanser samt säkerställa patientens delaktighet och inflytande i vården.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om en kontaktsjuksköterska fått hög prioritet.

Underlag

I dagsläget sker ingen registrering av antalet patienter som fått erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska. Därför saknas underlag.

Målnivån har i stället satts utifrån den höga prioritering som kontaktsjuksköterska har fått i de nationella riktlinjerna.

Exempel på andra aktörers målnivåer

- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Indikator 3.1: Skelettundersökning vid prostatacancer med låg risk

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: P020)

Indikatorn visar andelen män med prostatacancer med låg risk som genomgår en skelettundersökning för att se om det förekommer skelettmetastaser eller inte.

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 innebär en mycket låg risk att avstå från undersökningen i denna patientgrupp. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om undersökningen fått prioritet *icke-göra*. Enstaka män kan dock ha symtom från skelettet, som i så fall motiverar att en skelettundersökning görs. Indikatorn är relevant att följa för att se hur stor andel av männen med prostatacancer med låg risk som får skelettundersökning.

Definition av målgruppen prostatacancer med låg risk: T1-T2, Gleasongrad 6 eller lägre och PSA < 10 µg/L.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella prostatacancerregistret från 2009–2010 visade att rikets genomsnitt var 7 procent, variationen mellan landstingen 2–18 procent och 10:e percentilen 3 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

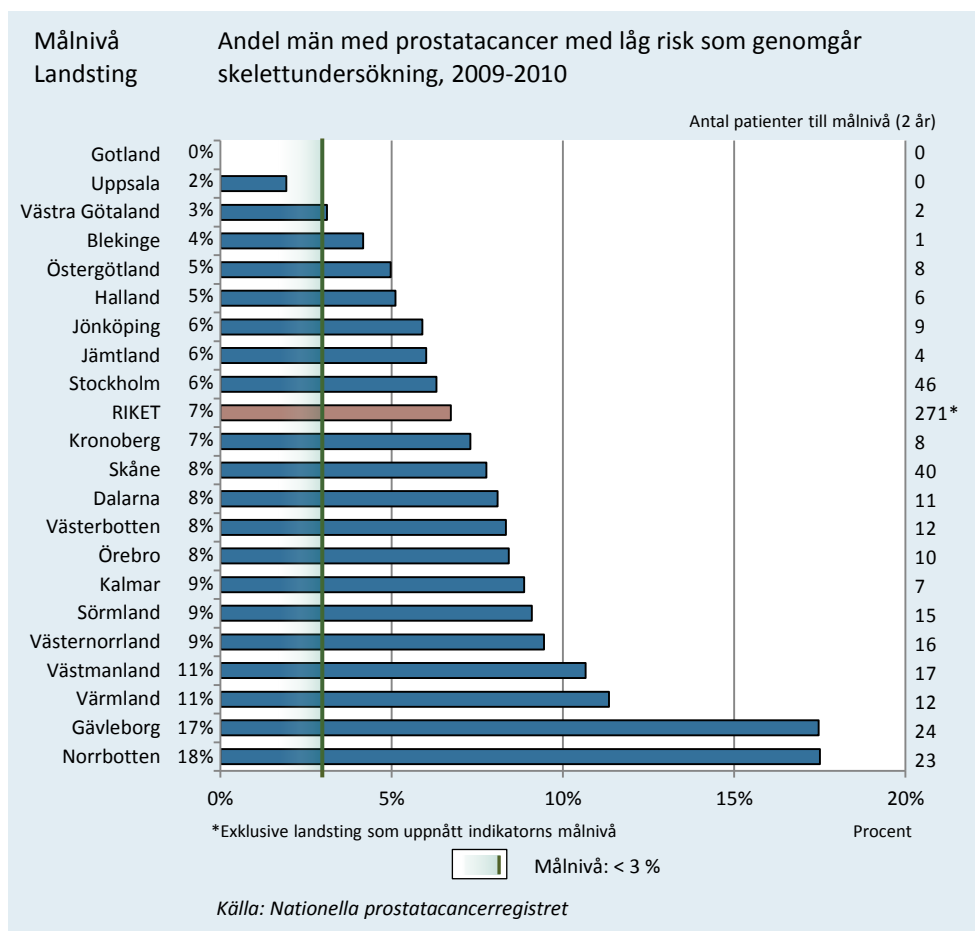
- Nationella prostatacancerregistret (2012): mindre än 5 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mindre än 3 procent.

Kommentar: I denna lågriskgrupp finns det enstaka män som har symtom som kan komma från metastaser, och de ska få en skelettundersökning. Målnivån är därför inte noll, trots att det i de nationella riktlinjerna är en rekommendation med prioritet *icke-göra*.

Målnivå i förhållande till 2009–2010 års resultat



Det är viktigt att endast män med prostatacancer med låg risk som har symptom får skelettundersökning. Uppföljningen kan inte avgränsas till symptomfria män, utan är endast möjlig för hela gruppen män med lågrisk prostatacancer. Av dessa skäl måste en liten andel skelettundersökningar accepteras för män med lågrisk prostatacancer. Socialstyrelsens målnivå är mindre än 3 procent. För 2009–2010 motsvarar det 271 undersökningar som översteg målnivån.

Indikator 3.2: Aktiv monitorering av prostatacancer med mycket låg risk

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: P041a)

Indikatorn visar andelen män med prostatacancer med mycket låg risk som har fått aktiv monitorering.

För män med prostatacancer med låg risk är dödligheten i prostatacancer cirka tre procent i upp till tio år efter diagnosen. För patientgruppen med prostatacancer med mycket låg risk är aktiv monitorering den behandlingsstrategi som fått högst prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014, vid en förväntad kvarvarande livstid på mer än tio år. Behandlingsalternativ som operation eller strålning har fått rekommendationen *icke-göra*.

Indikatoren är relevant att följa eftersom den visar hur stor andel av männen med prostatacancer med mycket låg risk som får aktiv monitorering. Aktiv monitorering innebär att man följer utvecklingen genom regelbundna kontroller med PSA-prov, palpationer (undersökning av prostatan med fingrarna) och vävnadsprov av prostatan. Om det finns tecken på tumörtillväxt behandlas patienten vanligen med operation eller strålning. Genom aktiv monitorering är det möjligt att undvika överbehandling.

Definition av målgruppen prostatacancer med mycket låg risk: T1c, PSA < 10 µg/L, Gleasongrad 6 eller lägre, inte mer än 2 biopsier med cancer, total cancerlängd i biopsier < 4 mm. Nationella prostatacancerregistret genomför en översyn av definitionen, bland annat avseende cancerlängden i biopsierna. En justering av definitionen kommer att ske inom den närmaste tiden utifrån registrets dataunderlag.

Underlag

Statistiskt underlag

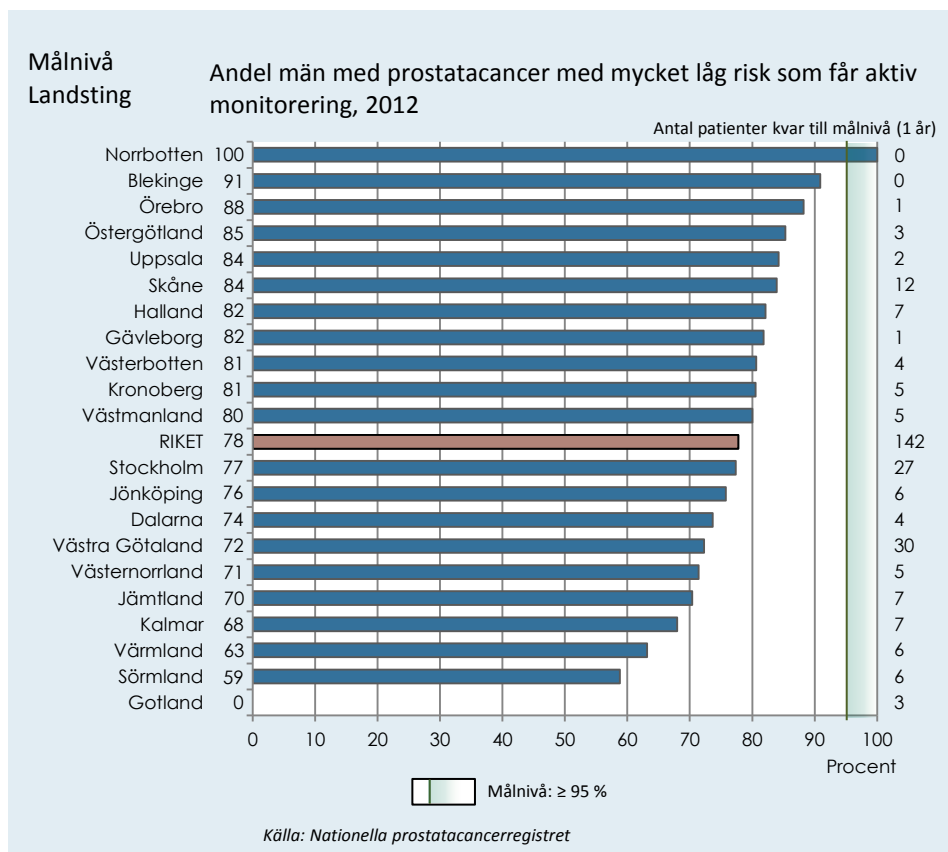
Ett statistiskt underlag från Nationella prostatacancerregistret från 2012 visade att rikets genomsnitt var 78 procent, variationen mellan landstingen 59–100 procent och 90:e percentilen 88 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 95 procent och mer.

Kommentar: Målnivån har satts utifrån den höga prioritering som primärbehandling med aktiv monitorering vid prostatacancer med mycket låg risk fått i de nationella riktlinjerna och att behandlingsalternativ som operation eller strålning har fått rekommendationen *icke-göra*. Ett arbete med att förtydliga definitionen av målgruppen pågår. Det medför att målnivån inte kan sättas till 100 procent eftersom vissa patienter kan komma ifråga för en annan åtgärd än aktiv monitorering som förstahandsval. Målnivån kommer att omprövas inom 2 år, efter att ett förtydligande av definitionen för prostatacancer med mycket låg risk har genomförts.

Målnivå i förhållande till 2012 års resultat



För att uppnå Socialstyrelsens målnivå på minst 95 procent skulle ytterligare 142 män ha påbörjat aktiv monitorering som primär behandlingsstrategi under 2012. I jämförelsen ligger bara ett landsting över målnivån.

Indikator 3.3: Kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: P061a, P101)

Indikatorn visar andelen män med lokaliserad prostatacancer med hög risk utan metastaser som får kurativt syftande behandling i form av radikal prostatektomi eller strålbehandling, eventuellt kombinerat med olika typer av hormonbehandling.

Det finns vetenskapliga studier som visar att patienter i denna grupp som får kurativt syftande behandling har lägre dödlighet jämfört med dem som får symptomstyrd behandling. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationerna om kurativt syftande behandling fått hög prioritet, vid en förväntad kvarvarande livstid på mer än tio år.

Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar hur stor andel av männen med lokaliserad prostatacancer med hög risk utan metastaser som får operation eller strålbehandling.

Definition av målgruppen lokaliserad prostatacancer med hög risk: T1-2, PSA-värde > 20µg/L och Gleasongrad 8–10, N0, M0.

Underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella prostatacancerregistret från 2010–2011 visade att för dem som fått kirurgisk behandling med radikal prostatektomi vid lokaliserad prostatacancer med hög risk var rikets genomsnitt 18 procent, variationen mellan landstingen 6–33 procent och 90:e percentilen 31 procent.

En uppföljning i Nationella prostatacancerregistret visar att cirka 60 procent av männen som var 75 år och yngre fick något av behandlingsalternativen, men det var en stor variation mellan landstingen [6].

Målnivån har satts utifrån konsensusgruppens bedömning vid målformuleringsseminariet om vad som är en rimlig nivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 60 procent inom tre år.

Kommentar: Det är en sammanlagd målnivå för behandlingsalternativen operation eller strålning. I de nationella riktlinjerna 2014 har både rekommendationen för radikal prostatektomi och den om strålning med olika tekniker fått lika hög prioritet.

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

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: P113)

Indikatorn visar andelen män som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling. Den avser män med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk utan metastaser.

Det finns vetenskapliga studier som visar att patienter i denna grupp som genomgår strålbehandling i kombination med hormonbehandling har lägre dödlighet jämfört med dem som enbart får hormonbehandling. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om behandlingen fått hög prioritet.

Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar hur stor andel av männen med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk utan metastaser som får strålbehandling i kombination med hormonbehandling.

Definition av målgruppen lokalt avancerad prostatacancer med hög risk: T3–4 och/eller PSA ≥ 20 – < 50 µg/L, N0/N1, M0.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationella prostatacancerregistret från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 18 procent, variationen mellan landstingen 5–50 procent och 90:e percentilen 35 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

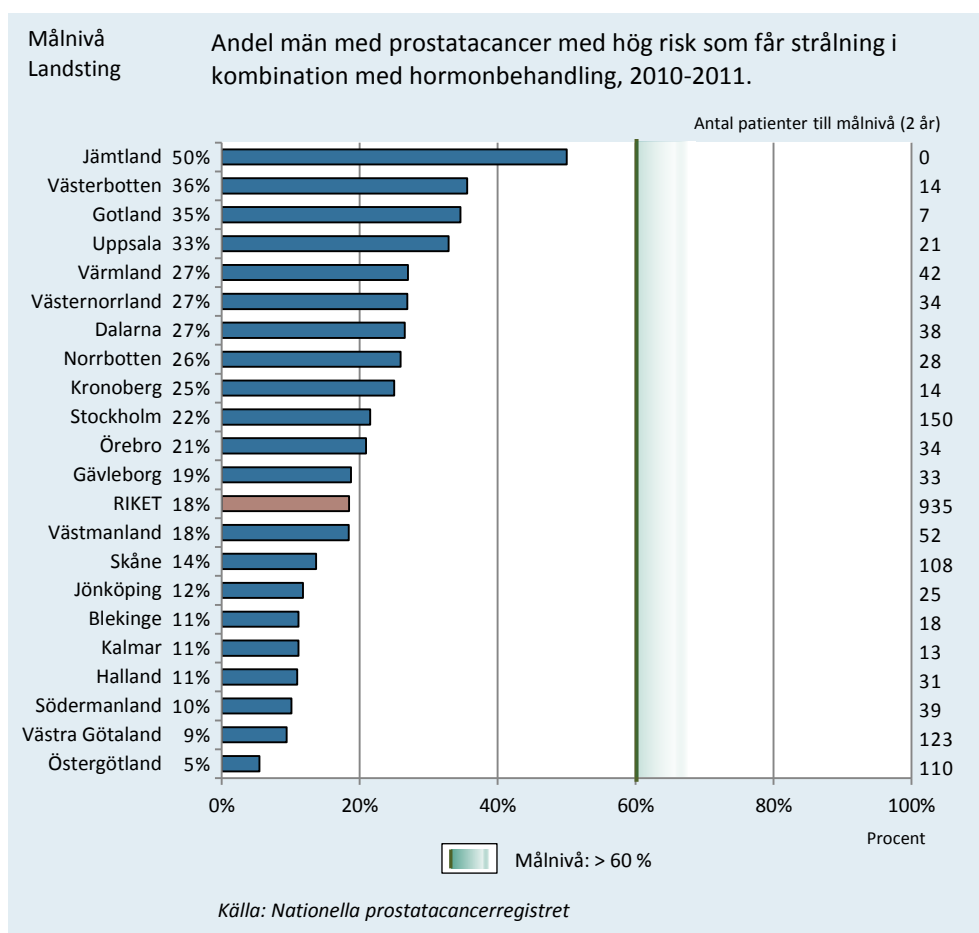
- Nationella prostatacancerregistret (2012): ”För lokalt avancerad tumör är en rimlig målnivå 90 procent för män 75 år eller yngre. För män äldre än 75 år anges ingen målnivå utan individuella ställningstaganden måste göras” [6].

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 60 procent inom tre år.

Kommentar: Målnivån har satts med hänsyn till att det finns andra behandlingsalternativ för denna patientgrupp. I de nationella riktlinjerna har rekommendationen fått en hög prioritet, och därför har den föreslagna målnivån höjts jämfört med utfallet i underlaget. Målnivån innebär en höjning från dagens förhållandevis låga nivåer och har därför tidssatts.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



För att uppnå Socialstyrelsens målnivå på mer än 60 procent borde ytterligare 935 män med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk fått strålning i kombination med hormonbehandling under 2010–2011. I jämförelsen ligger inget landsting över målnivån.

Tjocktarmscancer

Indikator 1.1: Överlevnad vid tjocktarmscancer

Indikatorn visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patientgruppens överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte har diagnostiserats med cancer. Överlevnad (och dödlighet) är ett mått på effekten av det totala omhändertagandet av patienter med tjocktarmscancer. Indikatorn har hög vetenskaplig validitet (giltighet) och är viktig att följa över tid.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Socialstyrelsens cancerregister och dödsorsaksregister från 2004–2010 med uppföljning till och med 2011 visade att rikets genomsnitt var 64 procent, variationen mellan landstingen 54–71 procent och 90:e percentilen 66 procent.

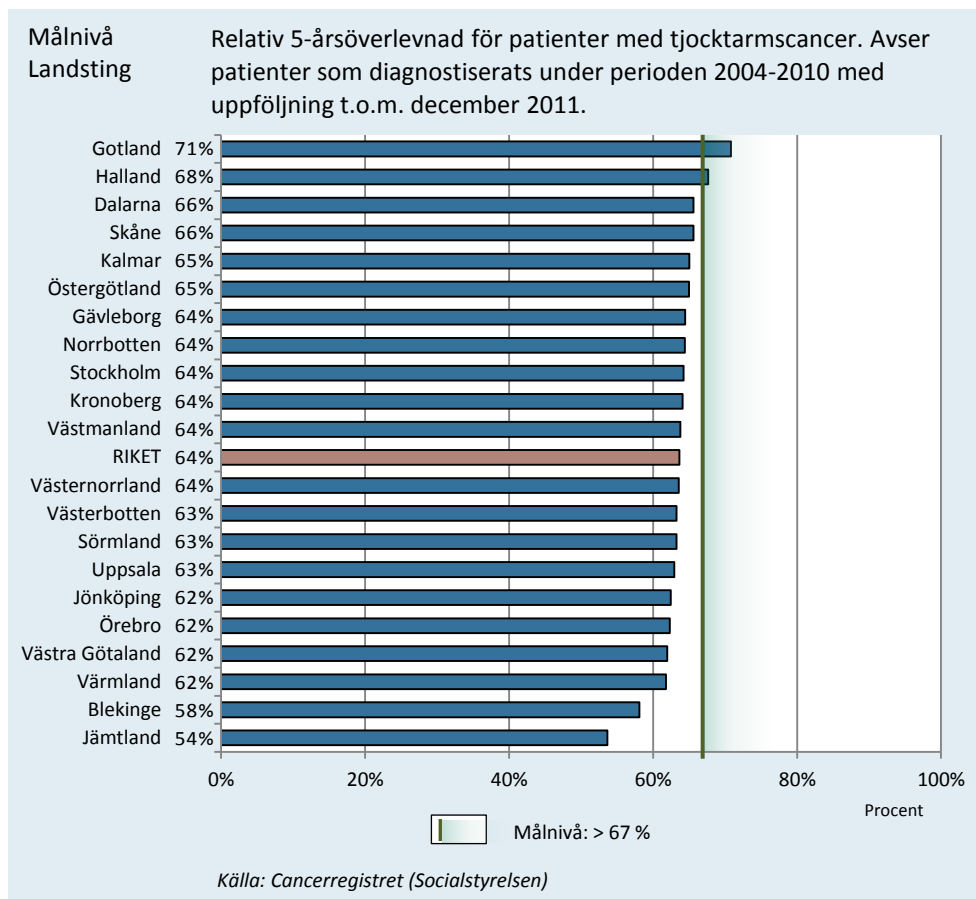
Exempel på andra aktörers målnivåer

- Nationellt kvalitetsregister för koloncancer (2012): relativ treårsöverlevnad – mer än 65 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 67 procent.

Målnivå i förhållande till 2004–2010 års resultat



De bästa landstingens resultat har varit vägledande när målnivån fastställts. Socialstyrelsens rekommendation om att hälso- och sjukvården bör erbjuda screening för tjock- och ändtarmscancer med test av blod i avföringen förväntas bidra till att ytterligare öka 5-årsöverlevnaden.

Indikator 1.2: Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister

Indikatorn visar andelen patienter som har registrerats i ett nationellt kvalitetsregister.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer liksom vårdprogrammen bygger på rekommendationer inom diagnostik, vård och behandling som är utarbetade utifrån patientnytta och evidens. Om riktlinjer och vårdprogram inte följs finns det en risk för att icke evidensbaserade metoder etableras. Till vårdprogrammen finns kvalitetsregister kopplade. Indikatorn är relevant att följa eftersom uppföljningar visat att en hög anslutning till kvalitetsregistren främjar kvaliteten. Det är viktigt för kliniker att delta aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp den egna kliniken resultat, hur de förändras över tid och hur de står sig i jämförelse med resultat från andra kliniker.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Socialstyrelsens cancerregister och Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2011 visade att rikets genomsnitt var 99 procent, variationen mellan landstingen 95–100 procent och 90:e percentilen 100 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

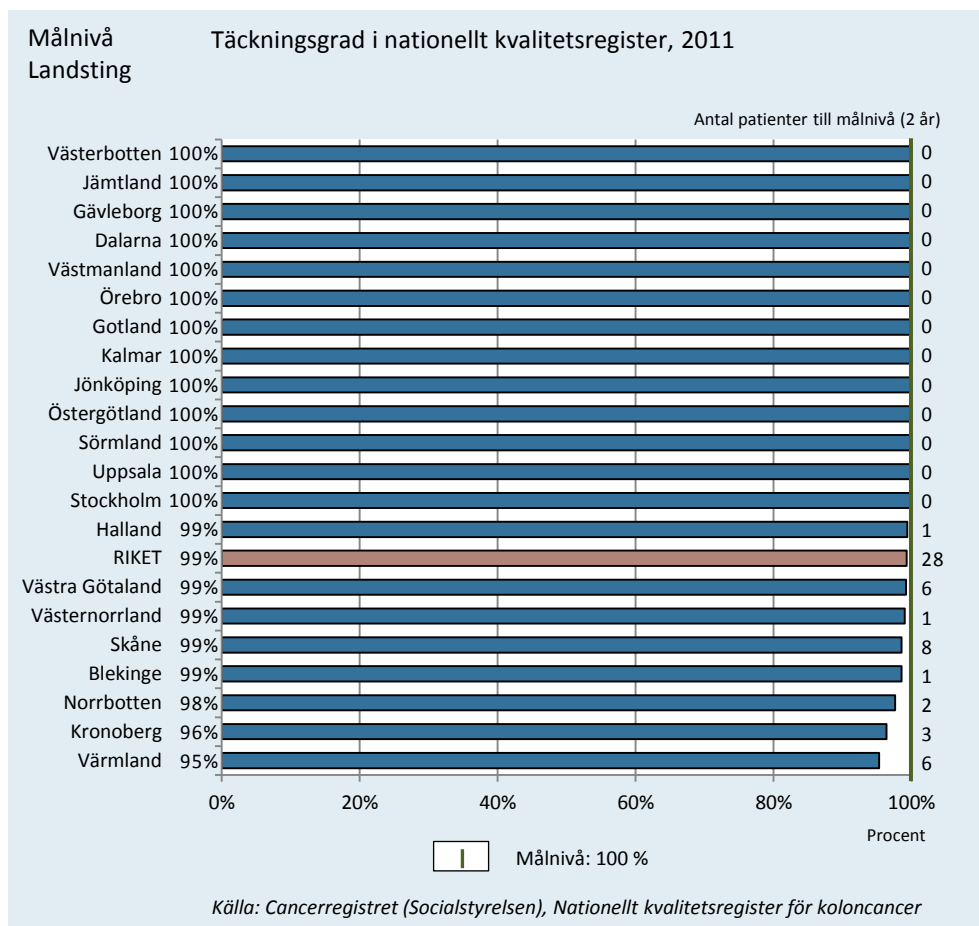
- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.
- Nationellt kvalitetsregister för koloncancer (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Kommentar: Målnivån omfattar inte personer som väljer att avstå från deltagande i nationellt kvalitetsregister.

Målnivå utifrån 2011 års resultat



Det är viktigt att landstingens alla verksamheter deltar aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp och förbättra sina resultat. Därför

har Socialstyrelsen en målnivå på 100 procent. De flesta landstingen uppnår detta resultat redan under 2011.

Indikator 1.3: Patienter som inkluderats i strukturerad behandlingsstudie

Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarmscancer som har inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie.

Andelen patienter som ingår i behandlingsstudier är ett mått på landstingens och sjukhusens aktivitetsgrad i den kliniska forskningen. Indikatorn avspeglar även indirekt graden av specialisering och intresse för att behandla tjocktarmscancerpatienter. Indikatorn är intressant att följa av dessa skäl.

Med behandlingsstudie avser vi såväl randomiserade studier som observationsstudier. Studien ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 11 procent, variationen mellan landstingen 0–55 procent och 90:e percentilen 11 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

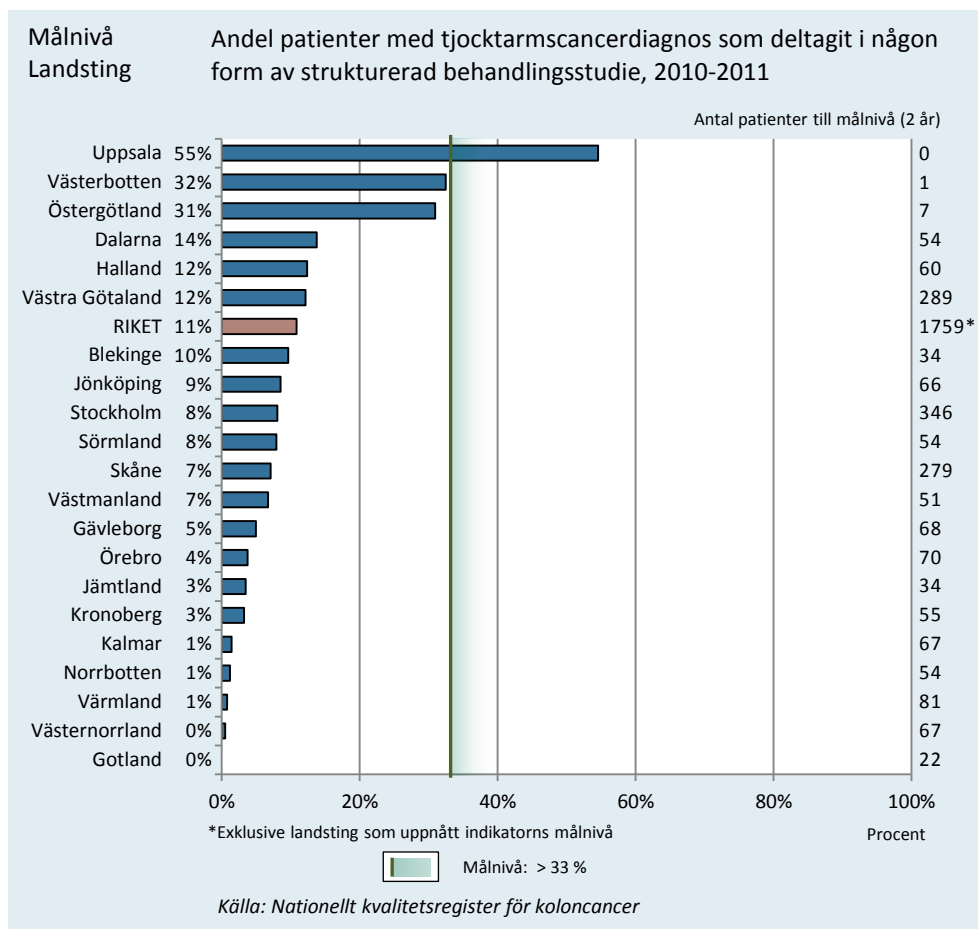
- Nationellt kvalitetsregister för koloncancer (2012): mer än 30 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 33 procent.

Kommentar: Målnivån gäller för primärbehandlingsstudier med botande ansats och vid cancersjukdom utan metastaser.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



Det är viktigt att sjukhus deltar i strukturerade behandlingsstudier, vilket på sikt ger förbättrad kunskap och ökad kvalitet i cancervården. Socialstyrelsens målnivå är därför minst 33 procents deltagande. Målnivån påverkas av antalet pågående studier och därför är strävan att upprätthålla målnivån över en längre tidsperiod intressant att följa.

Indikator 1.4 a: Multidisciplinär konferens inför behandlingsstart

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: K024)

Indikatorn visar andelen patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av nypptäckt tjocktarmscancer. I indikatorn ingår inte de som blev akut opererade.

En multidisciplinär konferens är en omfattande granskning av cancer-sjukdomen, för att vården ska kunna optimera behandlingen. Konferensen är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och när flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om en sådan konferens fått hög prioritet.

Indikatoren visar hur aktiva kliniker och sjukhus är i att genomföra multidisciplinära konferenser inför beslut om behandling. Indirekt visar den även om sjukhus och regioner har en struktur för omhändertagandet av patienter med tjocktarmscancer.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 52 procent, variationen mellan landstingen 13–87 procent och 90:e percentilen 76 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

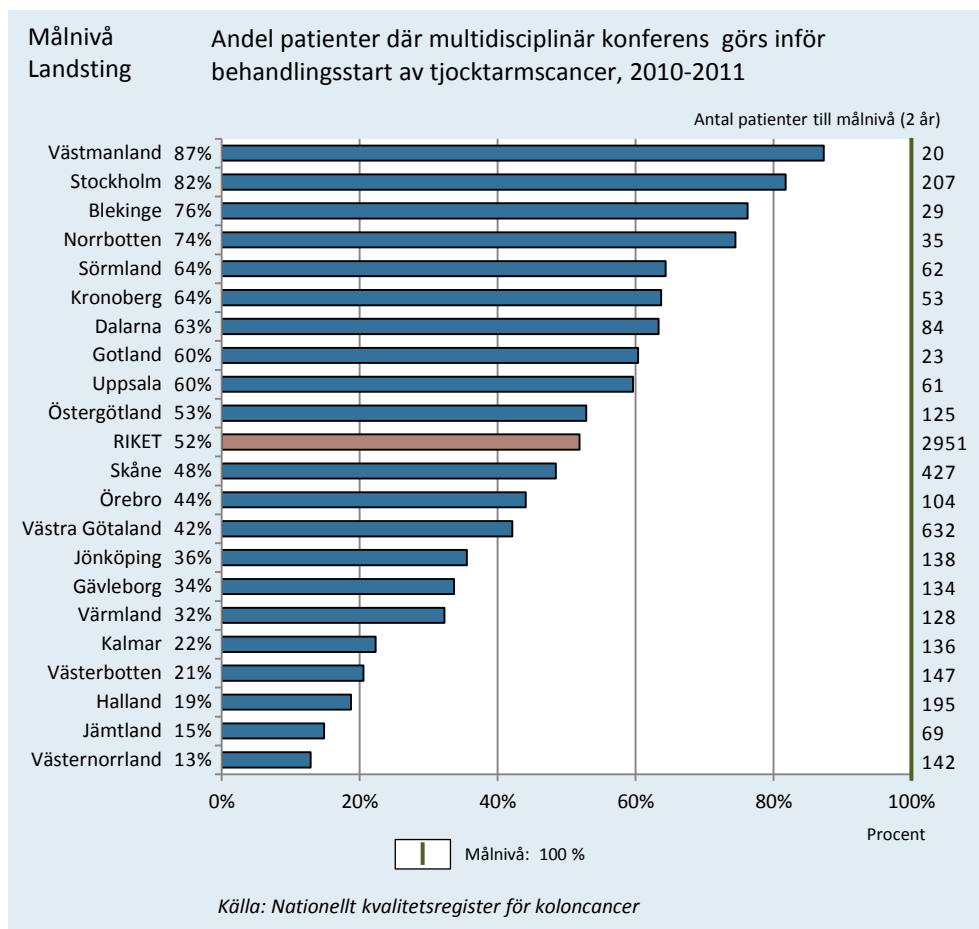
- Nationellt kvalitetsregister för koloncancer (2012): mer än 90 procent.
- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Kommentar: Målnivån avser inte de patienter som opererades akut eller de som opererades för polyper.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



Socialstyrelsens målnivå innebär att alla patienter bör bedömas vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten. Inget landsting uppnår målnivån i denna jämförelse. I förhållande till målnivån var det ytterligare 2 951 patienter 2010–2011 som borde ha fått en bedömning vid en multidisciplinär konferens.

Indikator 1.4 b: Multidisciplinär konferens efter operation

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: K024)

Indikatorn visar andelen patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens efter att de hade opererats för tjocktarmscancer.

En multidisciplinär konferens är en omfattande granskning av cancer-sjukdomen efter en operation. Syftet är att sjukvården ska kunna optimera den fortsatta behandlingen. Konferensen är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av strålbehandling och läkemedelsbehandling och när flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om en sådan konferens fått hög prioritet.

Indikatorn visar hur aktiva kliniker och sjukhus är i att genomföra multidisciplinära konferenser inför beslut om fortsatt behandling efter operation.

Indirekt visar den även om sjukhus och regioner har en struktur för omhändertagandet av patienter med tjocktarmscancer.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 69 procent, variationen mellan landstingen 16–96 procent och 90:e percentilen 91 procent.

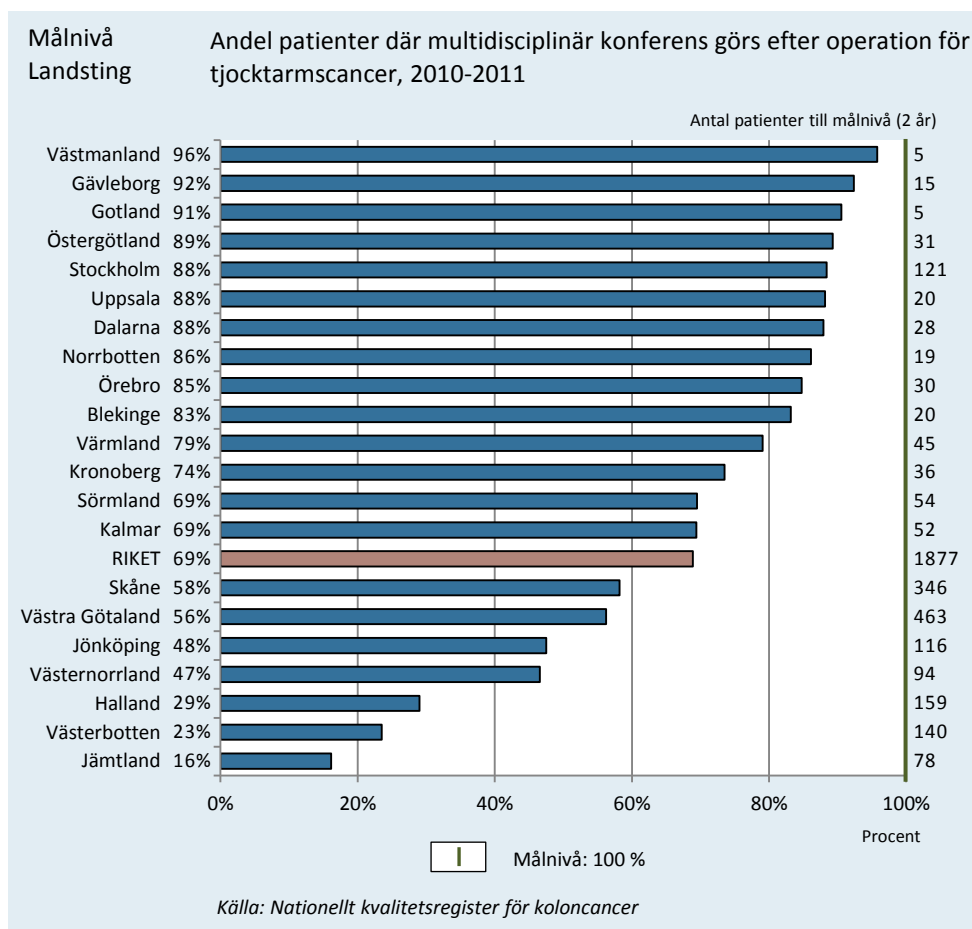
Exempel på andra aktörers målnivåer

- Nationellt kvalitetsregister för koloncancer (2012): mer än 90 procent.
- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



Socialstyrelsens målnivå innebär att alla patienter bör bedömas vid en multidisciplinär konferens efter operation. Inget landsting uppnår målnivån i denna jämförelse. Utifrån målnivån var det ytterligare 1 877 patienter 2010–2011 som borde ha fått en bedömning vid en multidisciplinär konferens.

Indikator 1.5: Fullständigt, strukturerat PAD-svar

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: K066)

Indikatorn visar andelen patienter där undersökning av vävnadsprov eller bortopererad tarm och tumör (ett så kallat operationspreparat) resulterat i ett fullständigt, strukturerat PAD-svar.

För att kunna ställa rätt diagnos och klassificera en tumör gör en patolog en makroskopisk och mikroskopisk undersökning av ett vävnads- eller 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 viktigt för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen och uppföljningen. Indikatorn är relevant att följa för att kunna bedöma kvaliteten i PAD-svaren.

För att den patologiska analysen och handläggningen ska genomföras på ett strukturerat sätt finns det dokumentations- och svarsmallar som anger vilka prognostiska faktorer som patologen ska bestämma, värdera och redovisa.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har denna åtgärd fått mycket hög prioritet.

Underlag

Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer, därför saknas underlag.

Målnivån har i stället satts utifrån den höga prioritering som åtgärden har fått i de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Indikator 1.10: Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: D006)

Indikatorn visar andelen patienter med cancer som fått erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska.

En kontaktsjuksköterska kan ge cancerpatienten psykosocialt stöd och vägledning, råd om symtomlindring, förmedla kontakter med andra vårdinstanser samt säkerställa patientens delaktighet och inflytande i vården.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om en kontaktsjuksköterska fått hög prioritet.

Underlag

I dagsläget sker ingen registrering av antalet patienter som fått erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska. Därför saknas underlag.

Målnivån har i stället satts utifrån den höga prioritering som kontaktsjuksköterska har fått i de nationella riktlinjerna.

Exempel på andra aktörers målnivåer

- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Indikator 4.1: Omoperation på grund av komplikation

Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarmscancer som måste opereras igen på grund av komplikation inom 30 dagar efter den första operationen.

Varje kirurgiskt ingrepp innebär en viss risk för komplikationer som kan leda till att patienten måste opereras igen. En omoperation innebär ökad risk för infektioner och andra komplikationer, lidande för patienten och förlängd vårdtid.

Indikatorn är relevant att följa eftersom antalet omoperationer bör vara så lågt som möjligt.

Med omoperation avses förnyad laparotomi (ett kirurgiskt ingrepp som innebär att bukhålan öppnas) på grund av att komplikation som blödning, infektion eller tarmläckage tillstött, alltså en operation som inte var förutsedd.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2007–2011 visade att för omoperation inom 30 dagar efter akut primäroperation var rikets genomsnitt 10 procent, variationen mellan landstingen 5–21 procent och 90:e percentilen 6 procent.

Rikets genomsnitt för andelen omoperation inom 30 dagar efter elektiv (planerad) primäroperation var 8 procent, variationen mellan landstingen 3–12 procent och 10:e percentilen 6 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

- Nationellt kvalitetsregister för koloncancer (2012): mindre än 5 procent.

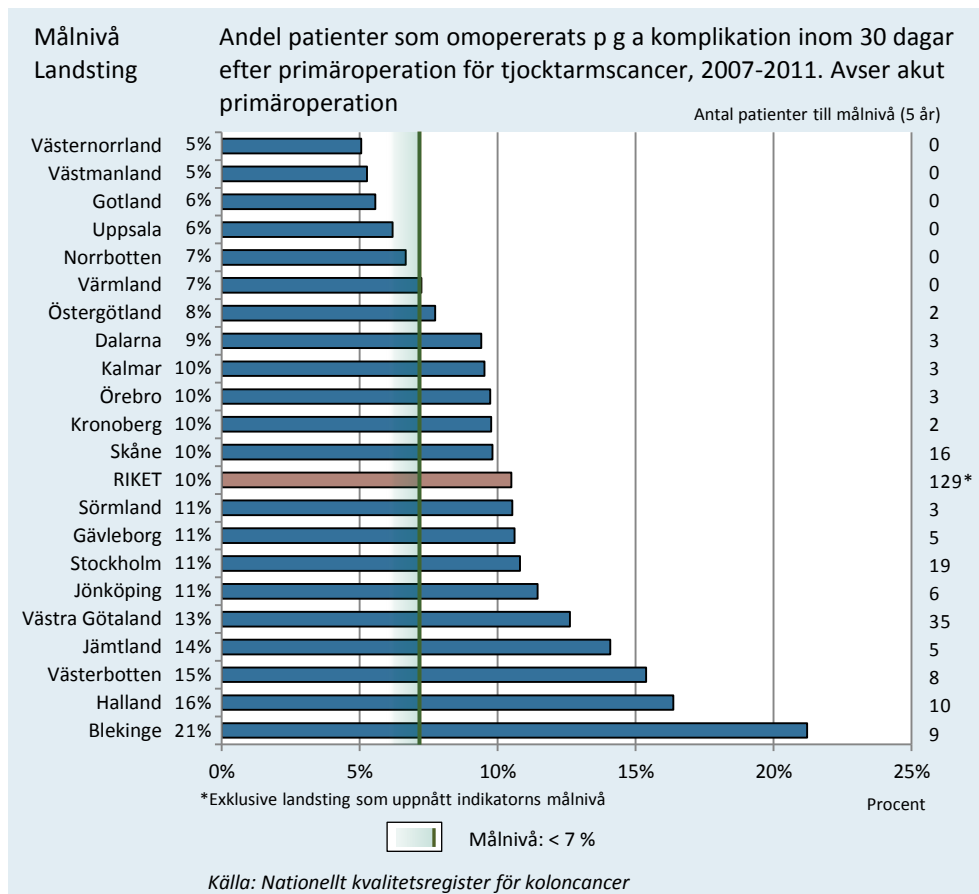
Socialstyrelsens nationella målnivå

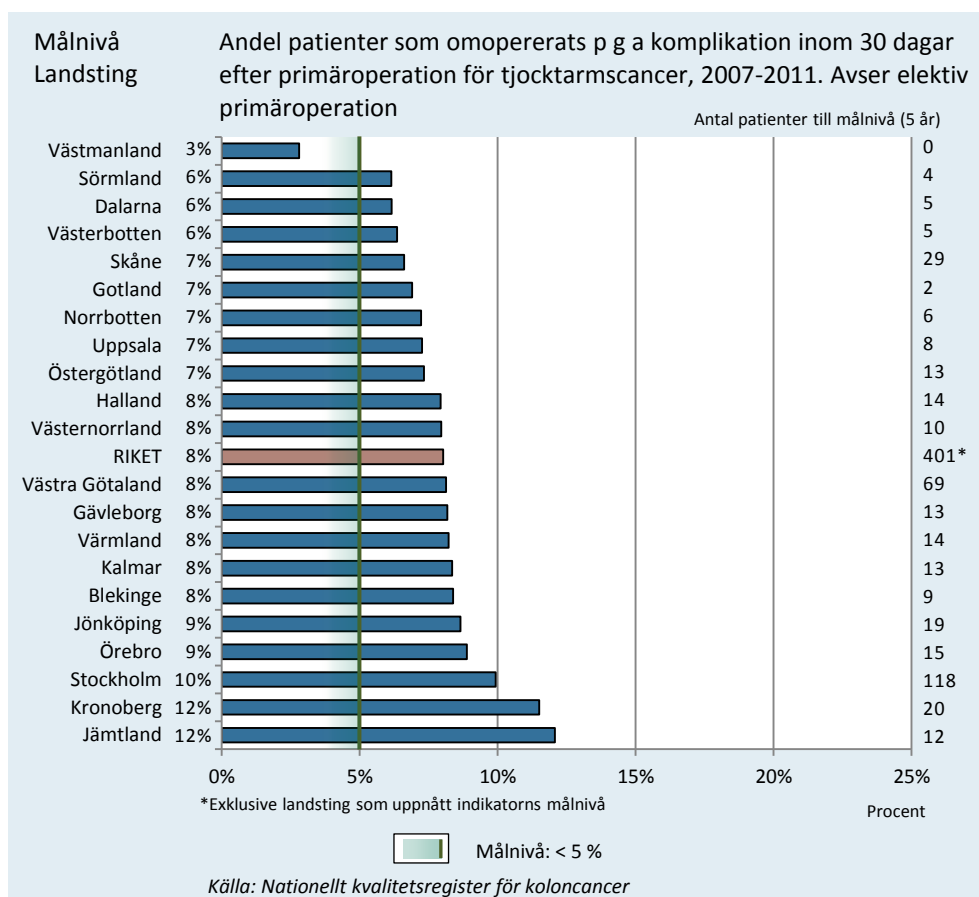
Mål: Akut opererade - mindre än 7 procent.

Elektivt (planerat) opererade - mindre än 5 procent.

Kommentar: Hänsyn har tagits till att en alltför låg målnivå innebär en risk för selektion av patienter till operation, vilket kan medföra en risk för underbehandling.

Målnivå i förhållande till 2007–2011 års resultat





Socialstyrelsens målnivåer är satta utifrån att det är viktigt att så få patienter som möjligt omopereras på grund av komplikationer. Under perioden 2007–2011 var det 129 respektive 401 patienter som omopererades och som översteg målnivåerna. I flera landsting ingår ganska få fall i underlaget och resultaten måste då tolkas med viss försiktighet.

Indikator 4.2: Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation

Indikatorn visar andelen patienter som avlider inom 30 respektive 90 dagar efter att de har opererats för tjocktarmscancer.

Indikatorn är relevant att följa eftersom den speglar dels urvalet av patienter för operation, dels omhändertagandet av patienter inför, under och efter operationen.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2007–2011 visade att andelen avlidna inom 30 dagar efter en akut operation var för rikets genomsnitt 8 procent, variationen mellan landstingen 4–18 procent och 10:e percentilen 5 procent.

Rikets genomsnitt för andelen avlidna inom 90 dagar efter akut operation var 13 procent, variationen mellan landstingen 5–24 procent och 10:e percentilen 7 procent.

Motsvarande värden för att andelen avlidna inom 30 dagar efter en elektiv (planerad) operation var för rikets genomsnitt 2 procent, variationen mellan landstingen 0–4 procent och 10:e percentilen 1 procent.

Andelen avlidna inom 90 dagar efter en elektiv operation var för rikets genomsnitt 3 procent, variationen mellan landstingen 1–7 procent och 10:e percentilen 2 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

- Nationellt kvalitetsregister för koloncancer (2012): Inom 30 dagar – akut opererade mindre än 4 procent, elektivt (planerat) opererade mindre än 1 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

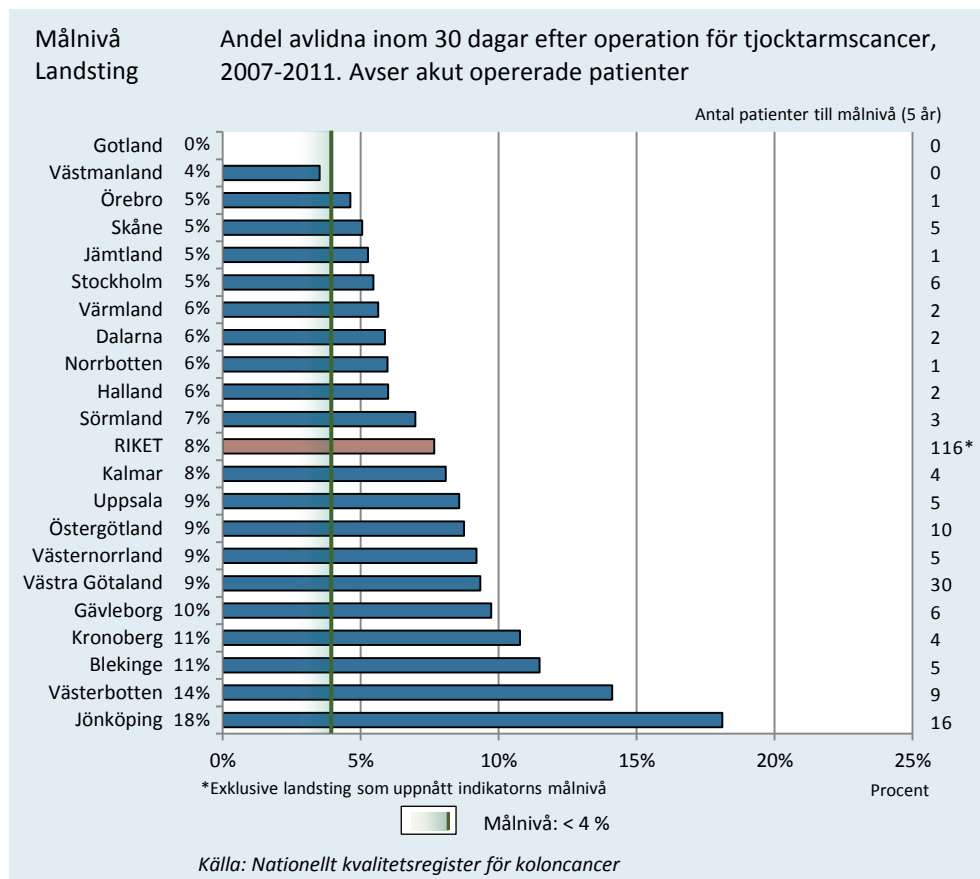
Mål: Avlidna inom 30 dagar – mindre än 4 procent av de akut opererade och mindre än 1 procent av de elektivt (planerat) opererade.

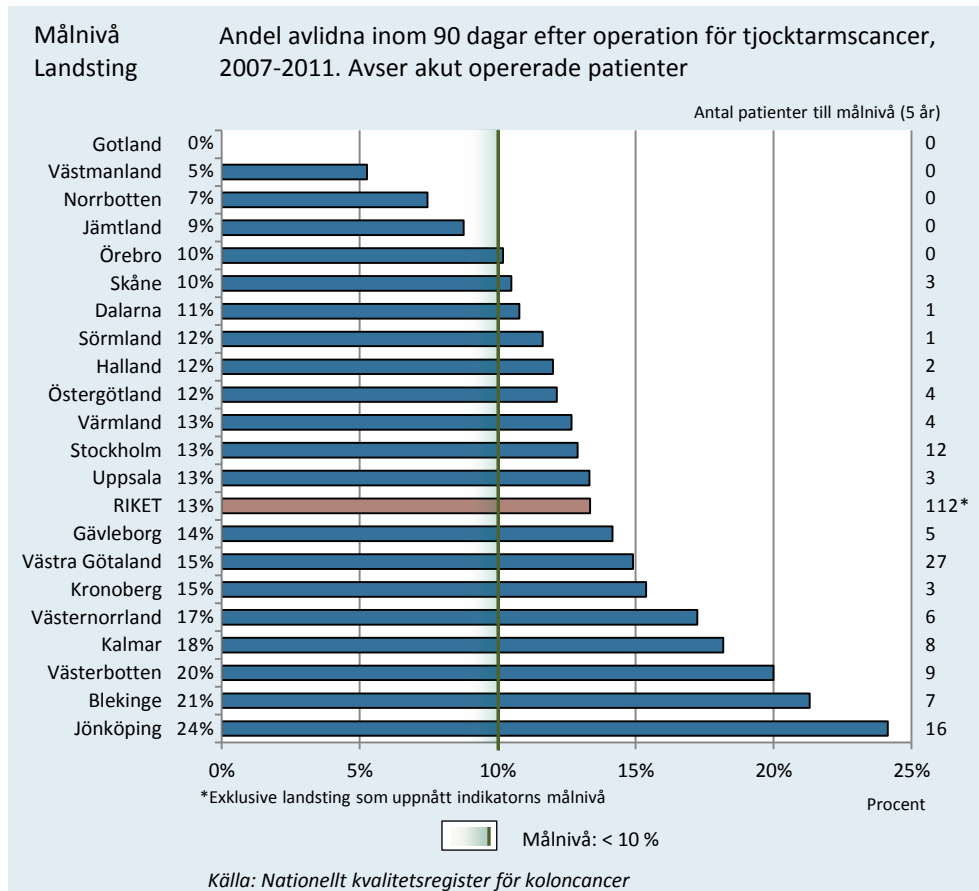
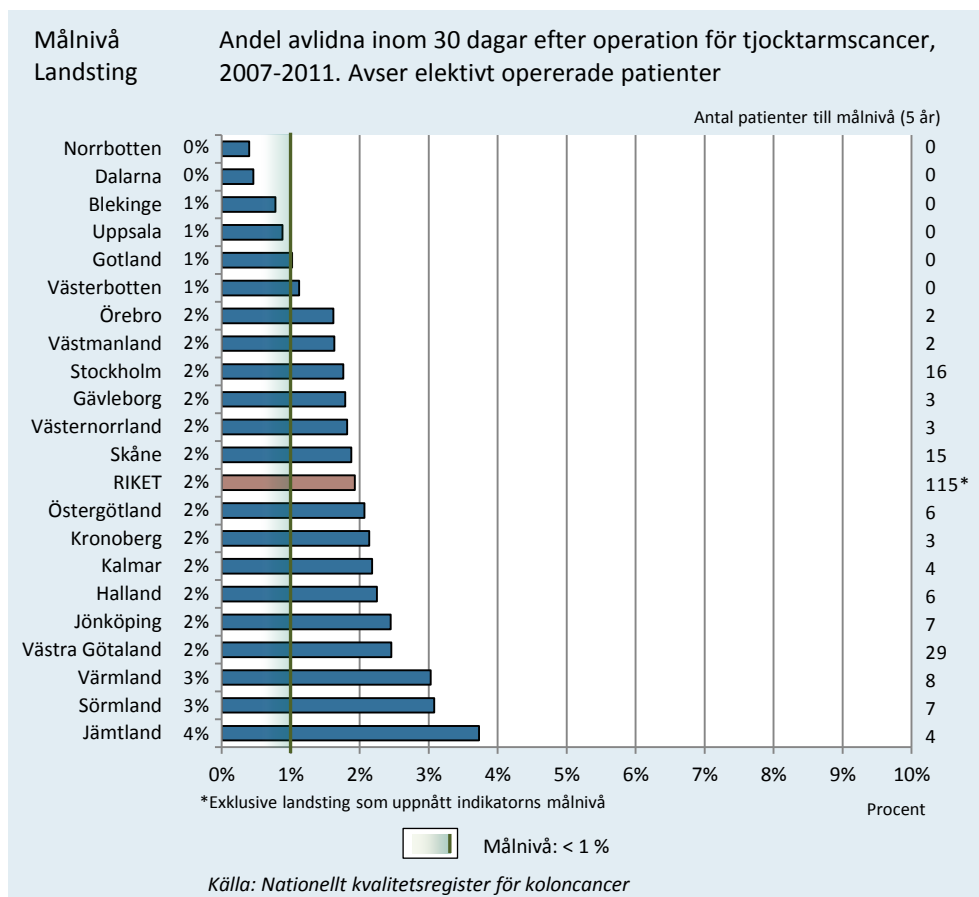
Avlidna inom 90 dagar – mindre än 10 procent av de akut opererade och mindre än 3 procent av de elektivt opererade.

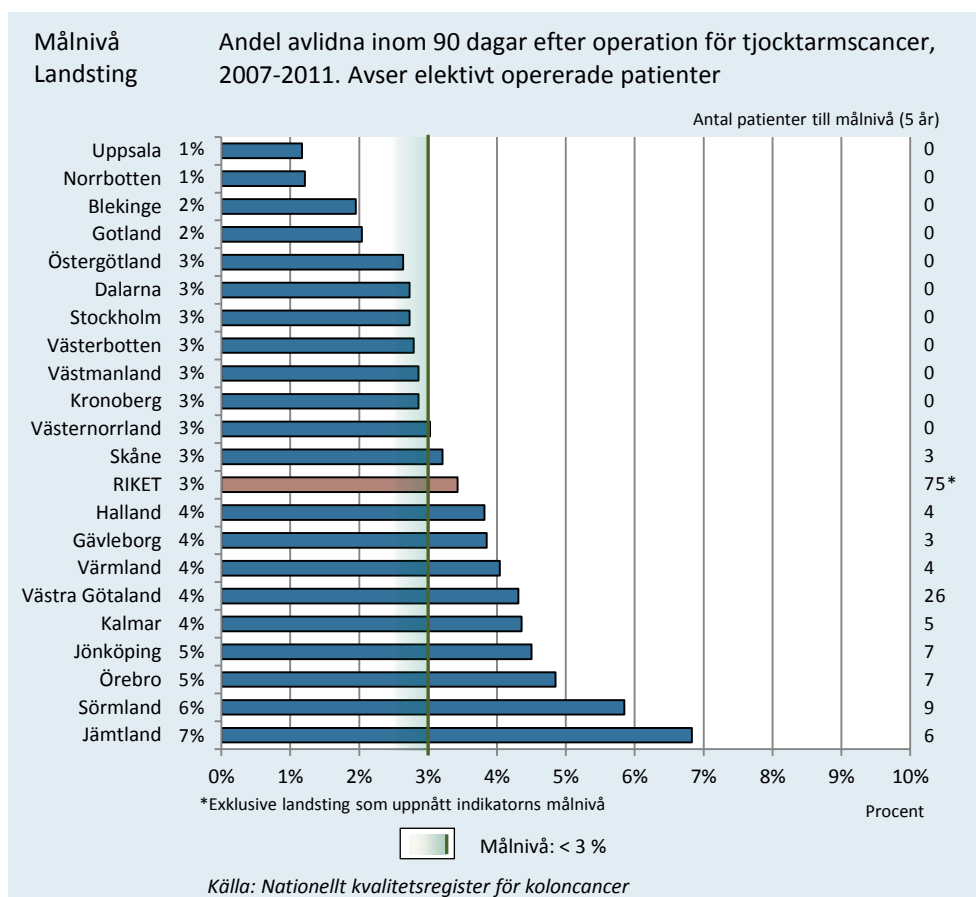
Målnivån avser patienter utan kända metastaser.

Kommentar: Hänsyn har tagits till att en alltför låg målnivå innebär en risk för selektion av patienter till operation, vilket kan medföra en risk för underbehandling. Socialstyrelsen bedömer dock att målnivån för akut opererade inte kan ligga på en lägre nivå.

Målnivå i förhållande till 2007–2011 års resultat







För akut opererade patienter uppnår 1–4 landsting målnivåerna under 2007–2011. För elektivt opererade är det fyra landsting som uppnår målnivån på mindre än 10 procent inom 30 dagar, och tio landsting uppnår målnivån på mindre än 3 procent inom 90 dagar.

Även om det är en rätt lång uppföljningsperiod är underlaget litet per landsting, vilket gör att bedömningen utifrån målnivån måste tolkas med en viss försiktighet.

Indikator 4.3: Minst 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat

Indikatorn visar andelen patienter som fått minst 12 av lymfkörtlarna i operationspreparatet undersökta, efter att de har opererats för tjocktarmscancer.

Flera studier har visat att antalet lymfkörtlar som patologen undersöker är av betydelse för prognosen: ju fler undersökta lymfkörtlar desto bättre prognos. Det finns vetenskapliga studier som visar att minst 12 lymfkörtlar bör undersökas från den bortopererade tarmen för att kvaliteten på diagnosställningen ska bli acceptabel. Att få en korrekt klassifikation av tumören är viktigt för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen.

Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar kirurgens skicklighet vid operation och patologens skicklighet i att undersöka operationspreparatet.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 83 procent, variationen mellan landstingen 56–97 procent och 10:e percentilen 93 procent.

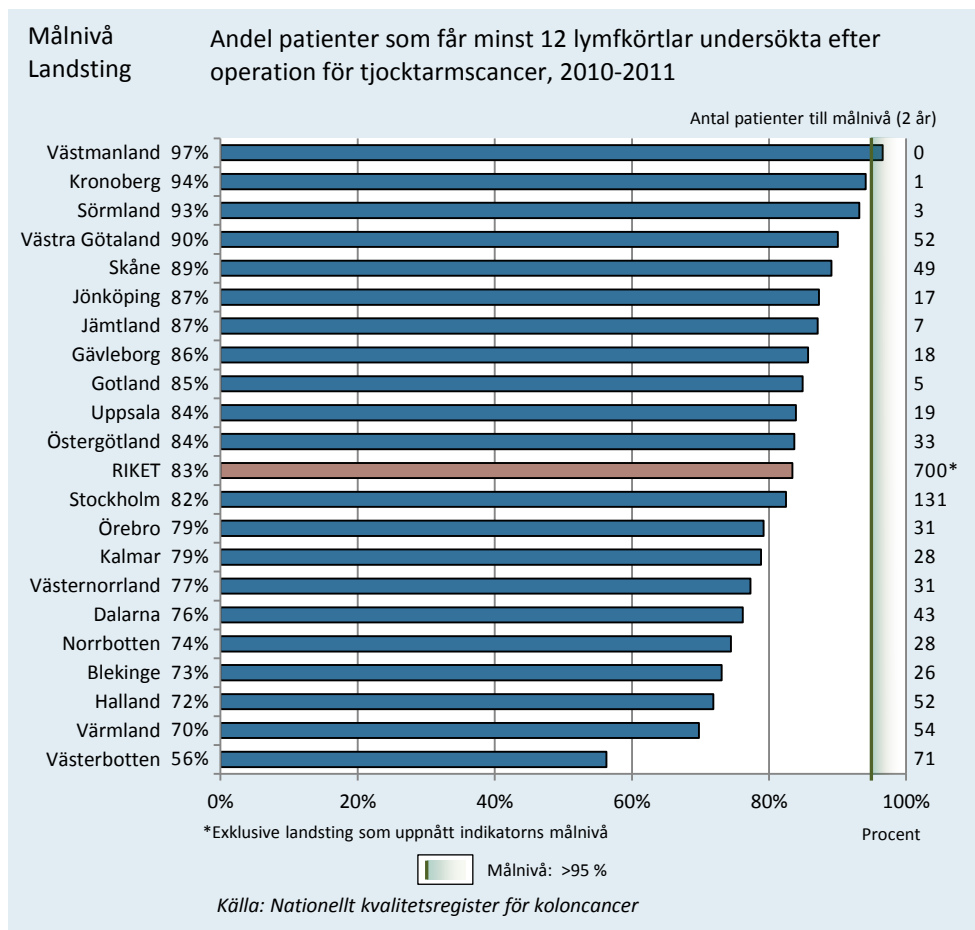
Exempel på andra aktörers målnivåer

- Nationellt kvalitetsregister för koloncancer (2012): 95 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 95 procent av patienterna. Målnivån avser patienter utan metastaser.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



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 en målnivå på minst 95 procent. Endast ett landsting når under 2010–2011 upp till den nivån. Totalt var det

ytterligare 700 patienter som borde fått minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparat för att nå upp till målnivån.

Indikator 4.4: Avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling

Indikatorn visar andelen patienter som avlidit inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling för tjocktarmscancer.

Såväl i studier av adjuvant som palliativ behandling har detta mått visat sig vara relevant för att bedöma kvaliteten på omhändertagandet i samband med cytostatikabehandling. Det är även relevant för att bedöma urvalet av patienter till behandlingen.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2009–2011 visade att andelen avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling var för rikets genomsnitt 1 procent, variationen mellan lands-tingen 0–4 procent och 10:e percentilen 0 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mindre än 1 procent vid adjuvant cytostatikabehandling, 1–4 procent vid palliativ cytostatikabehandling.

Kommentar: Målnivåerna har satts med hänsyn till patienternas hälsotillstånd och deras möjlighet att genomgå cytostatikabehandling. Målnivån vid palliativ cytostatikabehandling har satts inom ett intervall med hänsyn till att det kan förekomma såväl under- som överbehandling vid en klinik.

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat

Det var 21 patienter som avled inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling vilket motsvarar 0,9 procent av alla patienter som ingick i jämförelsen. Av dem var det 7 som hade metastaserad sjukdom.

Underlaget innehåller bara ett fåtal fall vilket gör att det är svårt att dra några slutsatser.

Indikator 4.6: Läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III

(Rader i tillstånds- åtgärdslistan: K082a–K083b)

Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarmscancer i stadium II med riskfaktorer (exempelvis pT4, perforation av tumören i samband med operation eller mycket högt preoperativt CEA-värde) och i stadium III som påbörjat adjuvant cytostatikabehandling med ett eller två läkemedel efter en radikalt opererad tjocktarmscancer.

Patienter med en tjocktarmscancer som har spritt sig till regionala lymfkörtlar bör erbjudas en behandling med ett eller två läkemedel, en tilläggsbehandling till operationen för att minska återfall i sjukdomen, om det inte finns några kontraindikationer som talar emot det. I vetenskapliga studier har en sådan behandling visat sig ha en gynnsam effekt på såväl återfallsfrekvens som överlevnad, jämfört med om man inte sätter in en läkemedelsbehandling. Det är viktigt att den läkemedelsbehandlingen kommer i gång så fort som möjligt efter operationen.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationerna om denna läkemedelsbehandling fått hög till medelhög prioritet.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer från 2009–2011 visade att rikets genomsnitt var 69 procent, variationen mellan landstingen 40–95 procent och 10:e percentilen 93 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mellan 60–90 procent.

Kommentar: Målnivån har satts inom ett intervall med hänsyn till att det kan förekomma såväl under- som överbehandling vid en klinik. Målnivån tar även hänsyn till samsjuklighet och att patienten kan tacka nej till behandlingen.

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat

Redovisning av utfall se nästa indikator 4:7.

Indikator 4.7: Start av läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III

(Rader i tillstånds- åtgärdslistan: K082a–K083b, K078, K080)

Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarmscancer i stadium II med riskfaktorer och i stadium III som påbörjat behandling med ett eller två läkemedel inom 8 veckor, inom 9–12 veckor, respektive senare än 12 veckor efter operation.

För denna patientgrupp är det viktigt att en läkemedelsbehandling med ett eller två läkemedel kommer i gång så fort som möjligt efter operationen. I de nationella riktlinjerna 2014 gäller hög prioritet för att påbörja läkemedelsbehandling inom åtta veckor efter operationen och låg prioritet för att börja senare än åtta veckor efter operationen. Att påbörja behandlingen senare än tolv veckor efter operationen är en rekommendation med prioriteten *icke-göra*.

Indikatorn är relevant att följa utifrån dessa tidsramar eftersom patientens nytta av läkemedelsbehandlingen blir mindre om behandlingen startar senare än åtta veckor efter operationen.

Underlag

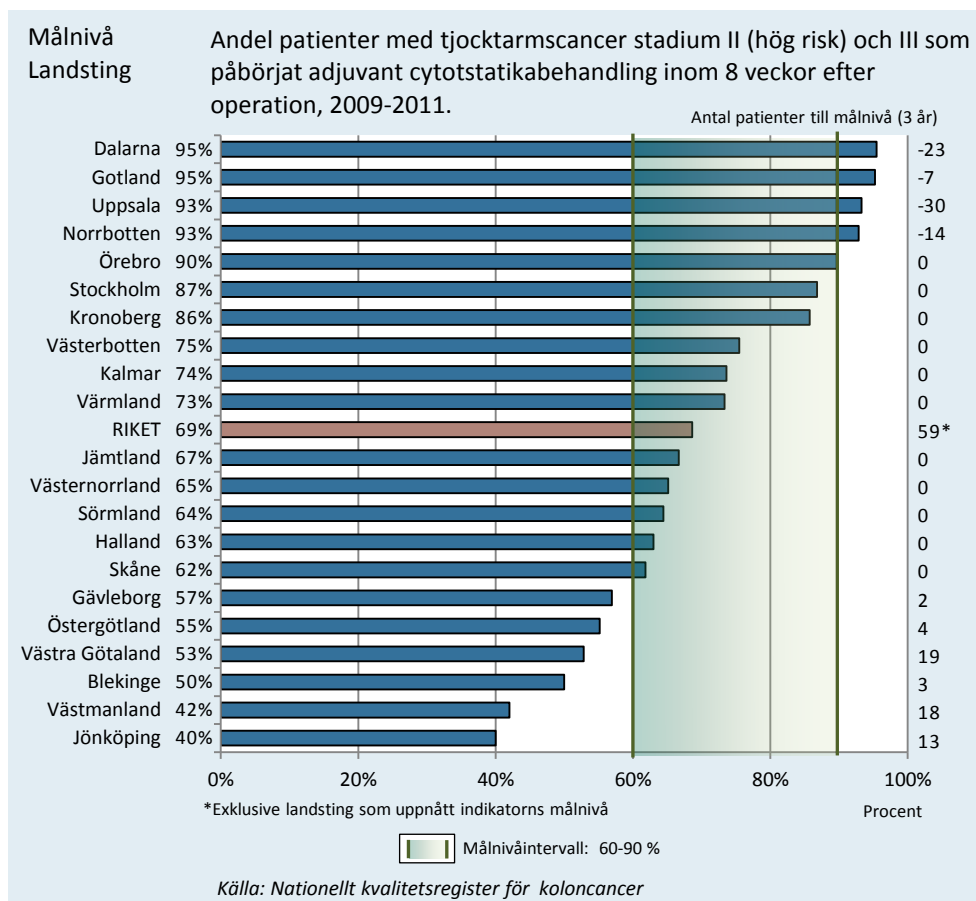
Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer. Målnivåer har satts med utgångspunkt i de kunskapsbaserade ställningstaganden och prioriteringar som gjordes i arbetet med de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Minst 95 procent av patienterna bör ha påbörjat adjuvant behandling inom 8 veckor efter operationen, högst 5 procent bör ha påbörjat behandlingen 9–12 veckor efter operationen och ingen patient senare än 12 veckor efter operationen.

Kommentar: Målnivåerna är satta utifrån den prioritering av läkemedelsbehandling som gjordes i arbetet med de nationella riktlinjerna. Hänsyn har tagits till att några patienter kan påbörja behandlingen senare än åtta veckor på grund av operationskomplikationer.

Målnivå i förhållande till 2009–2011 års resultat



Diagrammet visar andel patienter som påbörjat en behandling med ett eller två läkemedel inom åtta veckor efter operationen. Även målintervall 60–90 procent, som visar andelen patienter som bör få en sådan behandling, finns inlagt i diagrammet.

Två landsting uppnådde målnivån att påbörja behandling inom åtta veckor. Olika rutiner förekommer vid bedömning och registrering av risk-

faktorer i stadium II. Därför finns en viss osäkerhet för uppgifterna om stadium II.

Indikator 4.8: Kartläggning inför operation vid nydiagnostiserad tjocktarmscancer av cancers utbredning med röntgenundersökningar

(Rader i tillstånds- åtgärdslistan: K019, K022)

Indikatorn visar andelen patienter med nydiagnostiserad tjocktarmscancer som har fått en kartläggning av cancers utbredning med röntgenundersökningar före operationen.

Det finns vetenskapliga studier som visar att en kartläggning med radiologiska metoder (till exempel datortomografi) kan skilja patienter med tidiga tumörstadier från dem som har mer avancerade tumörer vilket ger stor vägledning inför kommande operation. Indikatorn är relevant att följa för att se hur aktivt sjukhuset är i diagnostisering inför en operation.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om denna kartläggning fått mycket hög prioritet.

Underlag

Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer, därför saknas underlag. Målnivån har i stället satts med utgångspunkt i den höga prioritering som åtgärden fått i de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 98 procent.

Kommentar: Hänsyn har tagits till andelen patienter som blivit akut opererade för tarmvred på grund av risken för tarmperforation.

Ändtarmscancer

Indikator 1.1: Överlevnad vid ändtarmscancer

Indikatorn visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patientgruppens överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte har diagnostiserats med cancer. Överlevnad (och dödlighet) är ett mått på effekten av det totala omhändertagandet av patienter med ändtarmscancer. Indikatorn har hög vetenskaplig validitet (giltighet) och är viktig att följa över tid.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Socialstyrelsens cancerregister och dödsorsaksregister från 2004–2010 med uppföljning till och med 2011 visade att rikets genomsnitt var 62 procent, variationen mellan landstingen 53–68 procent och 90:e percentilen 66 procent.

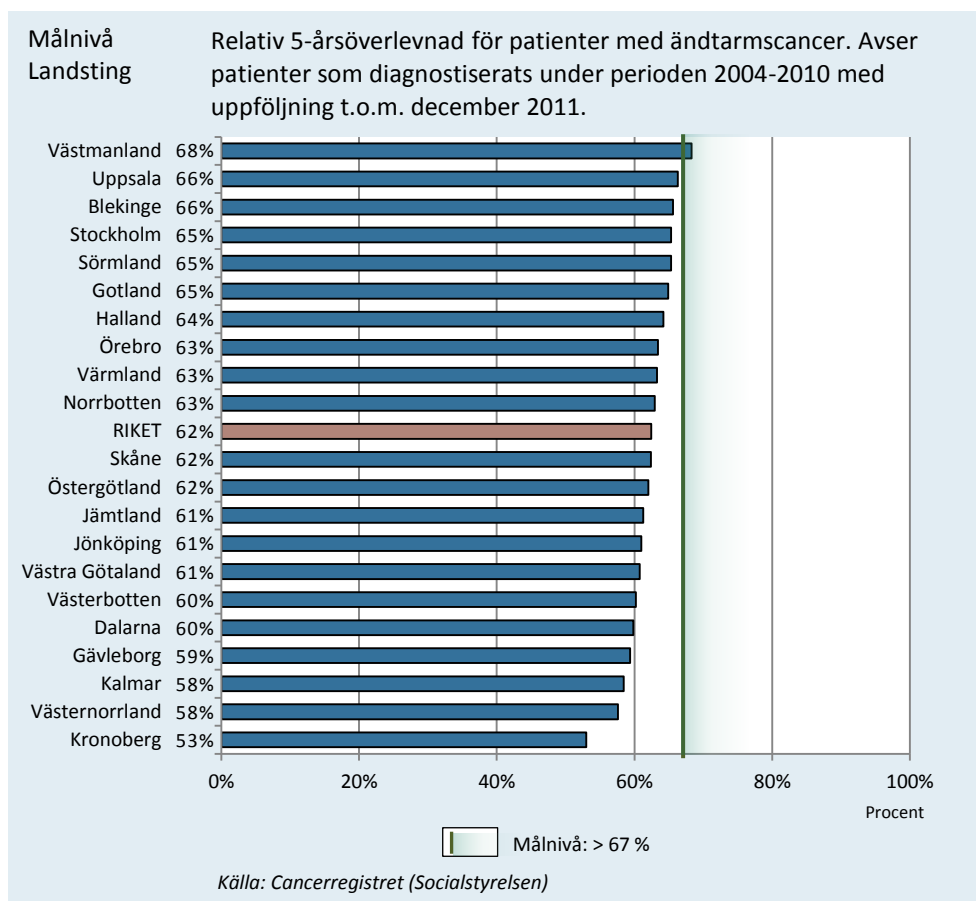
Exempel på andras målnivåer

- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): mer än 65 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 67 procent.

Målnivå i förhållande till 2004–2010 års resultat



De bästa landstingens resultat har varit vägledande när målnivån fastställts. Socialstyrelsens rekommendation om att hälso- och sjukvården bör erbjuda screening för tjock- och ändtarmscancer med test av blod i avföringen förväntas bidra till att ytterligare öka 5-årsöverlevnaden.

Indikator 1.2: Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister

Indikatorn visar andelen patienter som har registrerats i ett nationellt kvalitetsregister.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer liksom vårdprogrammen bygger på rekommendationer inom diagnostik, vård och behandling som är utarbetade utifrån patientnytta och evidens. Om riktlinjer och vårdprogram inte följs finns det en risk för att icke evidensbaserade metoder etableras. Till vårdprogrammen finns kvalitetsregister kopplade. Indikatorn är relevant att följa eftersom uppföljningar visat att en hög anslutning till kvalitetsregistren främjar kvaliteten. Det är viktigt för kliniker att delta aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp den egna kliniken resultat, hur de förändras över tid och hur de står sig i jämförelse med resultat från andra kliniker.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Socialstyrelsens cancerregister och Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer från 2011 visade att rikets genomsnitt var 100 procent, variationen mellan landstingen 97–100 procent och 90:e percentilen 100 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

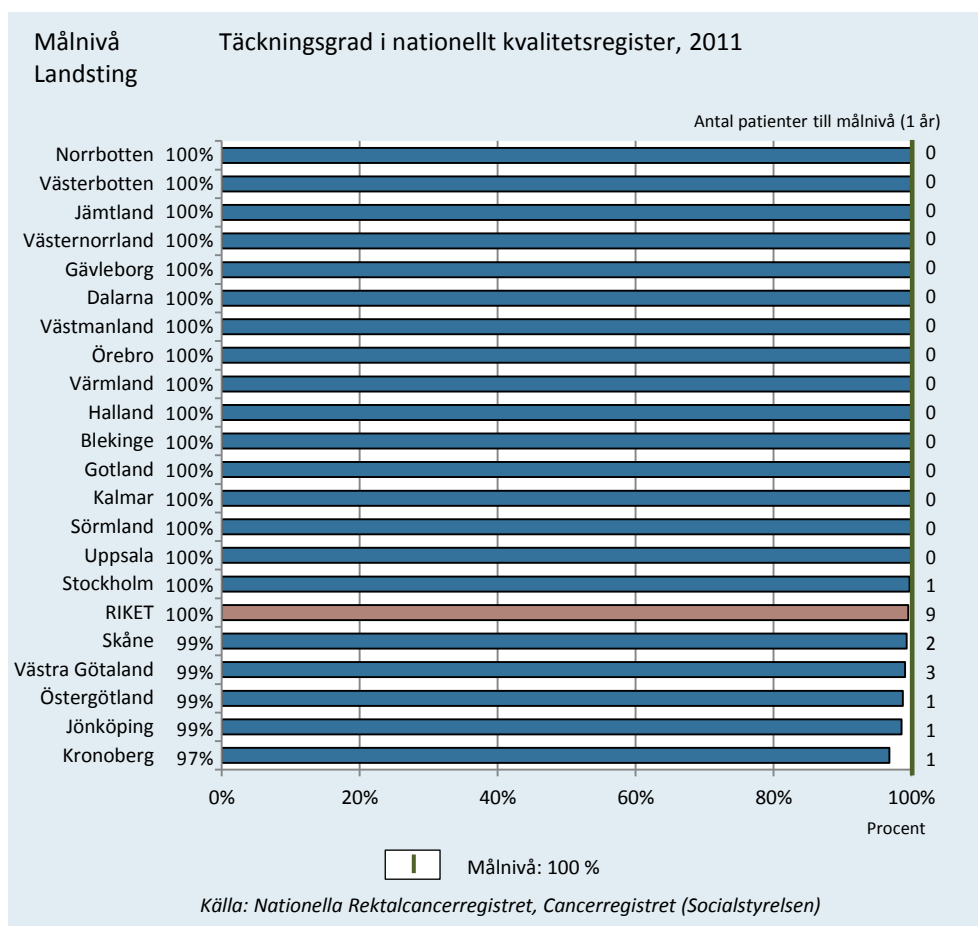
- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.
- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Kommentar: Målnivån omfattar inte personer som väljer att avstå från deltagande i nationellt kvalitetsregister.

Målnivå i förhållande till 2011 års resultat



Det är viktigt att landstingens alla verksamheter deltar aktivt i de nationella kvalitetsregistren för att kunna följa upp och förbättra sina resultat. Därför

har Socialstyrelsen en målnivå för täckningsgrad på 100 procent. De flesta landstingen når detta mål redan under 2011.

Indikator 1.3: Patienter som inkluderats i strukturerad behandlingsstudie

Indikatorn visar andelen patienter med ändtarmscancer som har inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie.

Andelen patienter som ingår i behandlingsstudier är ett mått på landstingens och sjukhusens aktivitetsgrad i den kliniska forskningen. Indikatorn avspeglar även indirekt graden av specialisering och intresse för att behandla ändtarmscancerpatienter. Indikatorn är relevant att följa av dessa skäl.

Med behandlingsstudie avser vi såväl randomiserade studier som observationsstudier. Studien ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 18 procent, variationen mellan landstingen 0–62 procent och 90:e percentilen 39 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

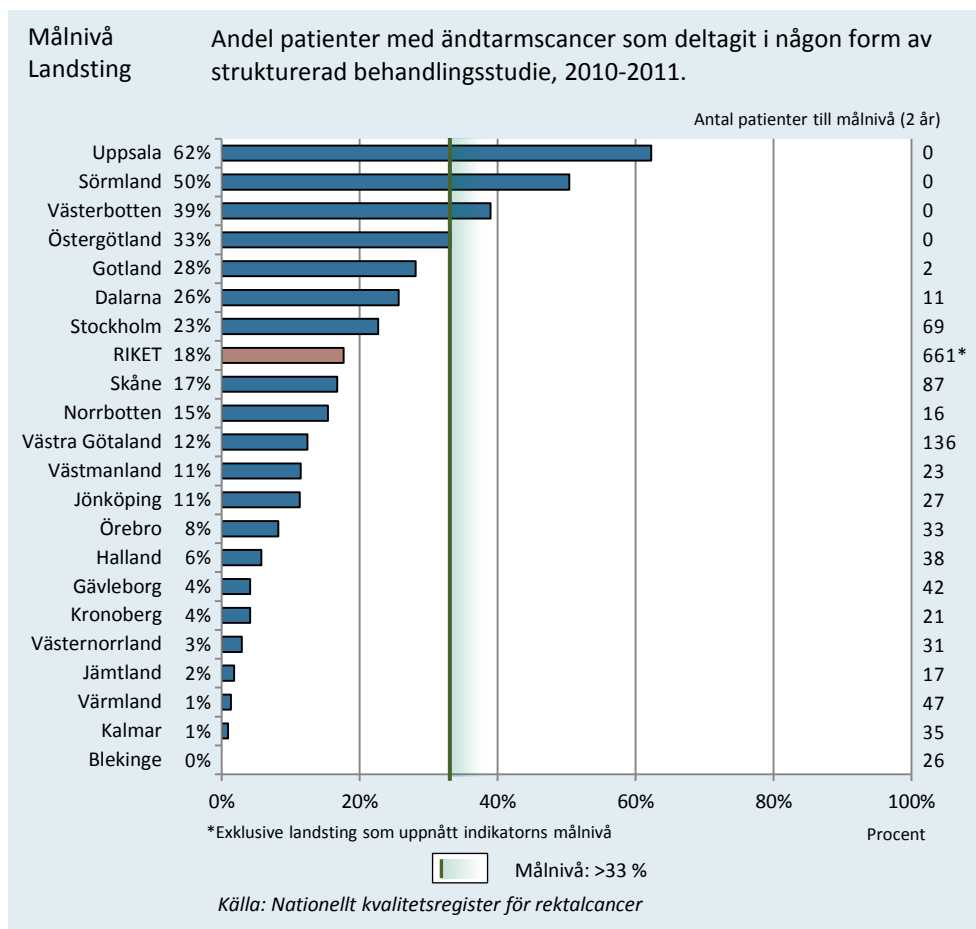
- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): mer än 30 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 33 procent.

Kommentar: Målnivån gäller för primärbehandlingsstudier med botande ansats och vid cancersjukdom utan metastaser.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



Det är viktigt att sjukhus deltar i strukturerade behandlingsstudier, vilket på sikt ger förbättrad kunskap och en ökad kvalitet i cancervården. Socialstyrelsen har därför en målnivå på minst 33 procent. Målnivån påverkas av antalet pågående studier och därför är strävan att upprätthålla målnivån över en längre tidsperiod intressant att följa.

Indikator 1.4 a: Multidisciplinär konferens inför behandlingsstart

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: K025)

Indikatorn visar andelen patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av nyupptäckt ändtarmscancer.

En multidisciplinär konferens är en omfattande granskning av cancer-sjukdomen, för att vården ska kunna optimera behandlingen. Konferensen är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och när flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om en sådan konferens fått hög prioritet.

Indikatorn visar hur aktiva kliniker och sjukhus är i att genomföra multidisciplinära konferenser inför beslut om behandling. Indirekt visar den även

om sjukhus och regioner har en struktur för omhändertagandet av patienter med ändtarmscancer.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 85 procent, variationen mellan landstingen 53–95 procent och 90:e percentilen 93 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

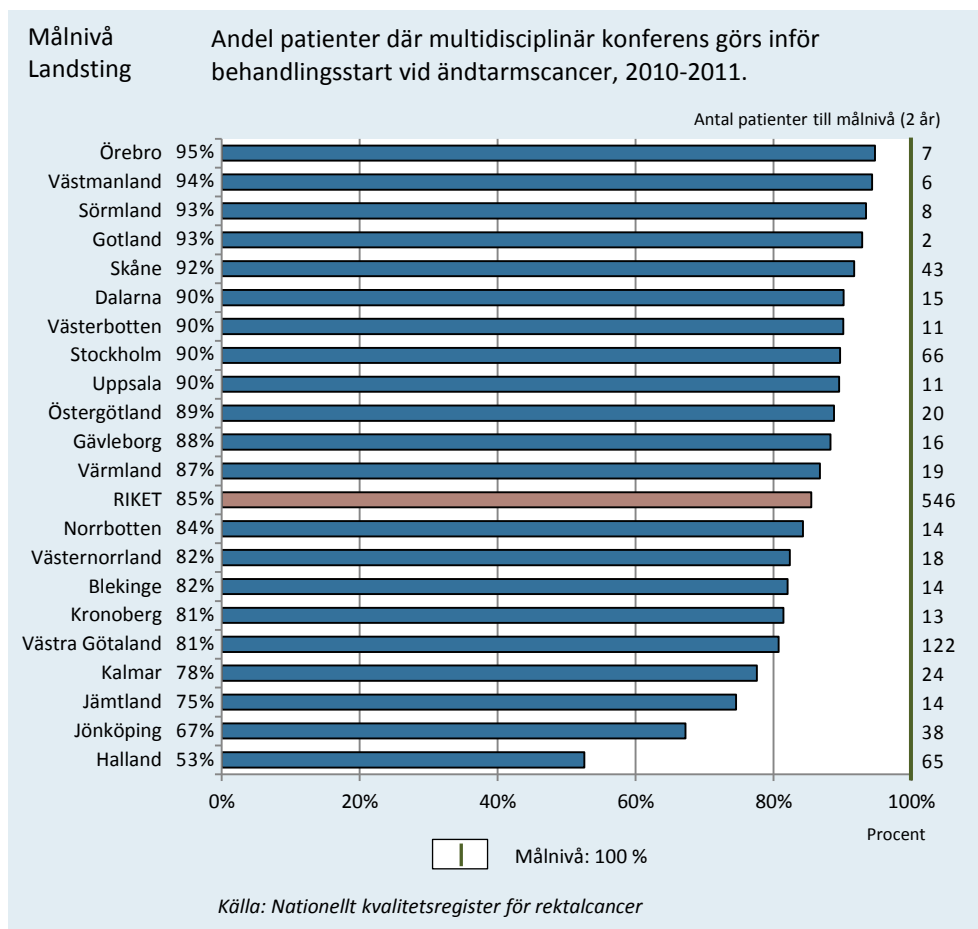
- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): mer än 90 procent.
- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Kommentar: Målnivån omfattar inte patienter som gick igenom lokal excision och transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM), för vilka det inte är rimligt att ha en preoperativ konferens eftersom diagnosen ställs efter genomgången behandling.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



Socialstyrelsens målnivå innebär att alla patienter bör bedömas vid en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten. Inget landsting uppnår målnivån i denna jämförelse. I förhållande till målnivån var det 546 patienter som inte fick en bedömning vid en multidisciplinär konferens under åren 2010–2011.

Indikator 1.4 b: Multidisciplinär konferens efter operation

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: K025)

Indikatorn visar andelen patienter som bedömts vid en multidisciplinär konferens efter att de hade opererats för ändtarmscancer.

En multidisciplinär konferens är en omfattande granskning av cancer-sjukdomen efter en operation. Syftet är att sjukvården ska kunna optimera den fortsatta behandlingen. Konferensen är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av strålbehandling och läkemedelsbehandling och när flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer 2014 har rekommendationen om en sådan konferens fått hög prioritet.

Indikatorn visar hur aktiva kliniker och sjukhus är i att genomföra multidisciplinära konferenser inför beslut om fortsatt behandling efter operation.

Indirekt visar den även om sjukhus och regioner har en struktur för omhändertagandet av patienter med ändtarmscancer.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 80 procent, variationen mellan landstingen 26–100 procent och 90:e percentilen 97 procent.

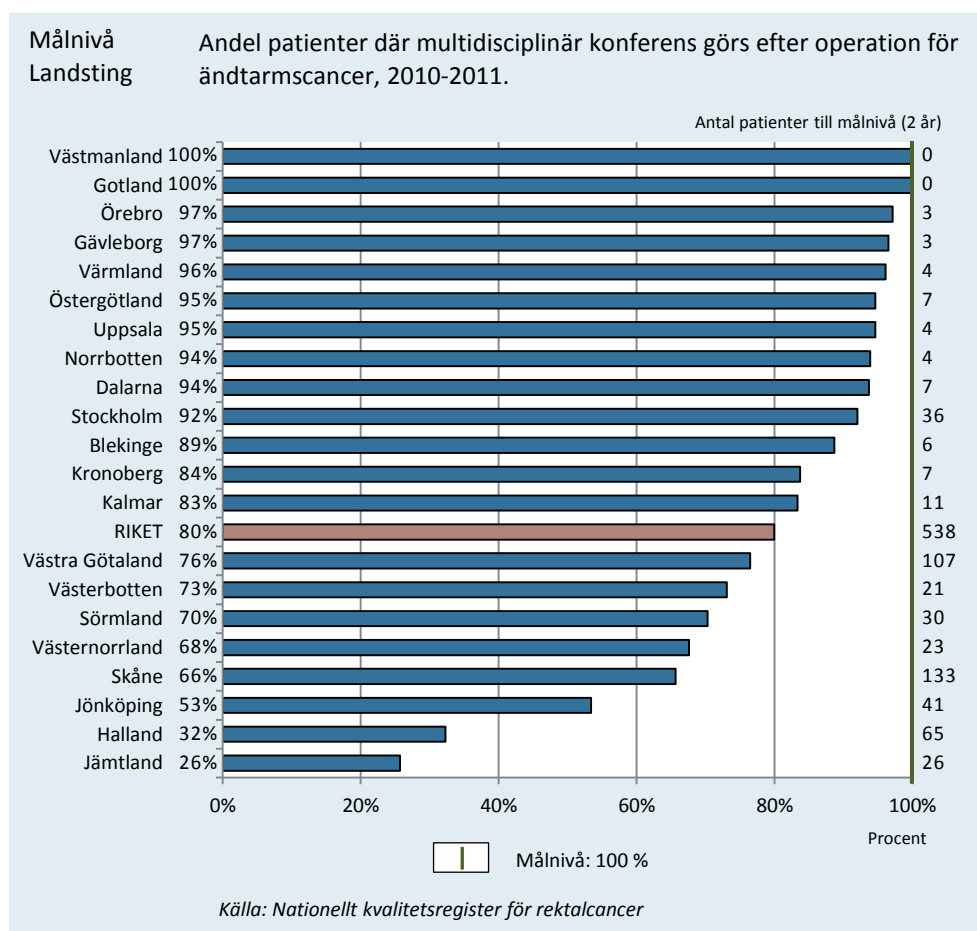
Exempel på andra aktörers målnivåer

- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): mer än 90 procent.
- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



Socialstyrelsens målnivå innebär att alla patienter bör bedömas vid en multidisciplinär konferens efter operation. Två landsting uppnår redan målnivån under mätperioden. I förhållande till målnivån var det 538 patienter som inte fick en bedömning vid en multidisciplinär konferens 2010–2011.

Indikator 1.5: Fullständigt, strukturerat PAD-svar

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: K066)

Indikatorn visar andelen patienter där undersökning av vävnadsprov eller bortopererad tarm och tumör (ett så kallat operationspreparat) resulterat i ett fullständigt, strukturerat PAD-svar.

För att kunna ställa rätt diagnos och klassificera en tumör gör en patolog en makroskopisk och mikroskopisk undersökning av ett vävnads- eller 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 viktigt för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen och uppföljningen. Indikatorn är relevant att följa för att kunna bedöma kvaliteten i PAD-svaren.

För att den patologiska analysen och handläggningen ska genomföras på ett strukturerat sätt finns det dokumentations- och svarsmallar som anger vilka prognostiska faktorer som patologen ska bestämma, värdera och redovisa.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tjocktarms- och ändtarmscancer har denna åtgärd fått mycket hög prioritet.

Underlag

Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer, därför saknas underlag. Målnivån har i stället satts utifrån den höga prioritering som åtgärden har fått i de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Indikator 1.10: Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: D006)

Indikatorn visar andelen patienter med cancer som fått erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska.

En kontaktsjuksköterska kan ge cancerpatienten psykosocialt stöd och vägledning, råd om symtomlindring, förmedla kontakter med andra vårdinstanser samt säkerställa patientens delaktighet och inflytande i vården.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om en kontaktsjuksköterska fått hög prioritet.

Underlag

I dagsläget sker ingen registrering av antalet patienter som fått erbjudande om en namngiven kontaktsjuksköterska. Därför saknas underlag.

Målnivån har i stället satts utifrån den höga prioritering som kontaktsjuksköterska har fått i de nationella riktlinjerna.

Exempel på andra aktörers målnivåer

- Regionalt cancercentrum Syd (2012): 100 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: 100 procent.

Indikator 4.1: Omoperation på grund av komplikation

Indikatorn visar andelen patienter med ändtarmscancer som måste opereras igen på grund av komplikation inom 30 dagar efter den första operationen.

Varje kirurgiskt ingrepp innebär viss risk för komplikationer som kan leda till omoperation. Omoperation innebär ökad risk för infektioner och andra komplikationer, lidande för patienten och förlängd vårdtid. Indikatorn är relevant att följa eftersom antalet omoperationer bör vara så litet som möjligt.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer från 2007–2011 visade att rikets genomsnitt var 10 procent, variationen mellan landstingen 3–14 procent och 10:e percentilen 6 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

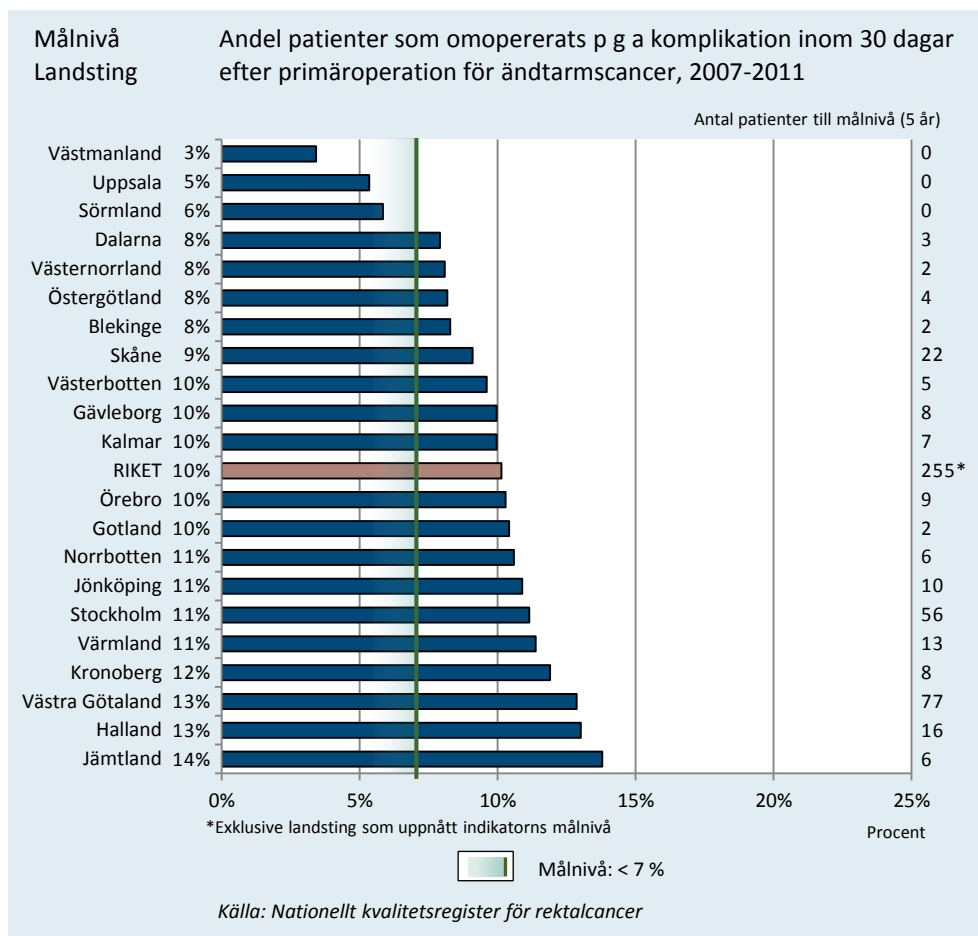
- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): mindre än 5 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mindre än 7 procent.

Kommentar: Hänsyn har tagits till att en alltför låg målnivå innebär en risk för selektion av patienter till operation, vilket kan medföra en risk för underbehandling.

Målnivå i förhållande till 2007–2011 års resultat



Det är viktigt att så få patienter som möjligt omopereras på grund av komplikationer. Socialstyrelsen har därför en målnivå på mindre än 7 procent. I jämförelsen var det tre landsting som nådde målnivån under mätperioden. Antalet omoperationer som översteg målnivån motsvarar 255 patienter 2007–2011. I flera landsting ingår ganska få fall i underlaget, resultaten bör då tolkas med viss försiktighet.

Indikator 4.2: Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation

Indikatorn visar andelen patienter som avlider inom 30 respektive 90 dagar efter att de har opererats för ändtarmscancer.

Indikatorn är relevant att följa eftersom den speglar dels urvalet av patienter för operation, dels omhändertagandet av patienter inför, under och efter operationen.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer från 2007–2011 visade att andelen avlidna inom 30 dagar efter operationen var för rikets genomsnitt 2 procent, variationen mellan landstingen 1–4 procent och 10:e percentilen 1 procent.

Andelen avlidna inom 90 dagar efter operationen under samma period var för rikets genomsnitt 3 procent, variationen mellan landstingen 1–6 procent och 10:e percentilen 1,5 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): mindre än 1 procent inom 30 dagar.

Socialstyrelsens nationella målnivå

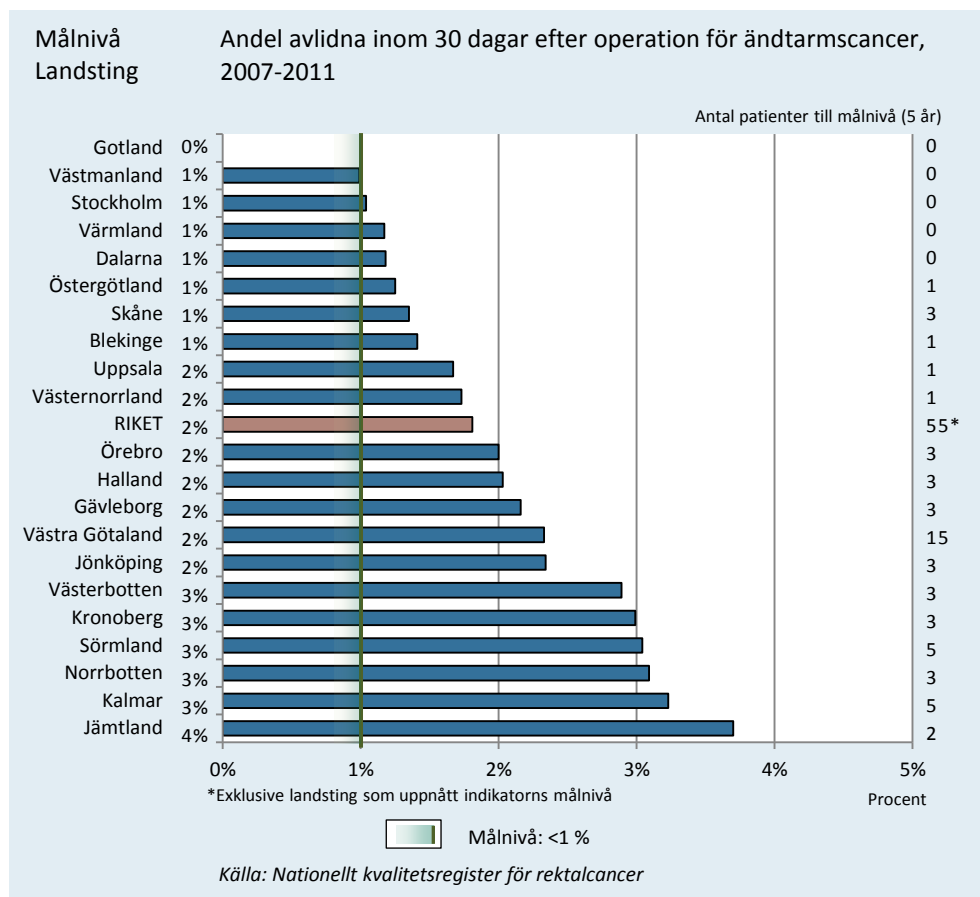
Mål: Avlidna inom 30 dagar – mindre än 1 procent.

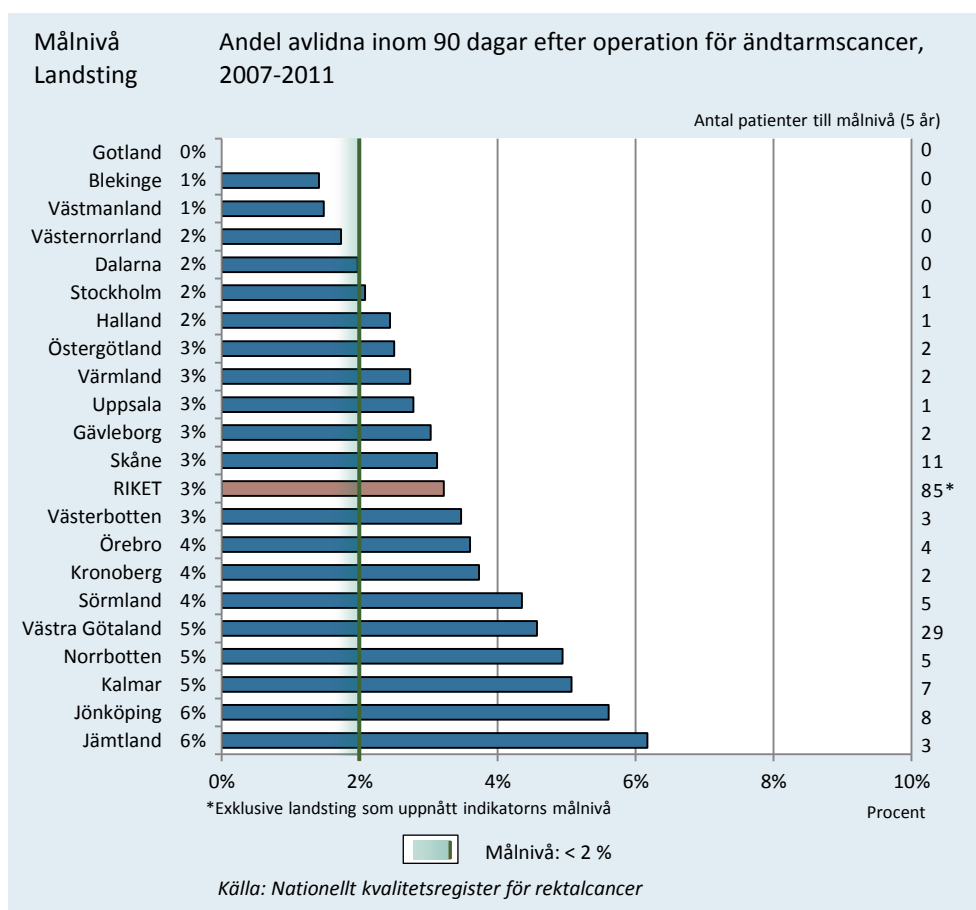
Avlidna inom 90 dagar – mindre än 2 procent.

Målnivån avser patienter utan kända metastaser.

Kommentar: Hänsyn har tagits till att en alltför låg målnivå innebär en risk för selektion av patienter till operation, vilket kan medföra en risk för underbehandling.

Målnivå i förhållande till 2007–2011 års data





När Socialstyrelsen fastställt målnivån har hänsyn tagits till att en allt för lågt satt målnivå kan innebära en risk för underbehandling. Fem landsting var inom målnivån för 90 dagar i jämförelsen. Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad. I flera landsting ingår ganska få fall i underlaget och därför måste uppgifterna tolkas med viss försiktighet.

Indikator 4.3: Minst 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat

Indikatorn visar andelen patienter som fått minst 12 av lymfkörtlarna i operationspreparatet undersökta, efter att de har opererats för ändtarmscancer.

Flera studier har visat att antalet lymfkörtlar som patologen undersöker är av betydelse för prognosen: ju fler undersökta lymfkörtlar desto bättre prognos. Det finns vetenskapliga studier som visar att minst 12 lymfkörtlar bör undersökas från den bortopererade tarmen för att kvaliteten på diagnossättningen ska bli acceptabel. Att få en korrekt klassifikation av tumören är viktigt för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen.

Indikatoren är relevant att följa eftersom den visar kirurgens skicklighet vid operation och patologens skicklighet i att undersöka operationspreparatet.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer från 2010–2011 visade att rikets genomsnitt var 76 procent, variationen mellan landstingen 52–93 procent och 90:e percentilen 89 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

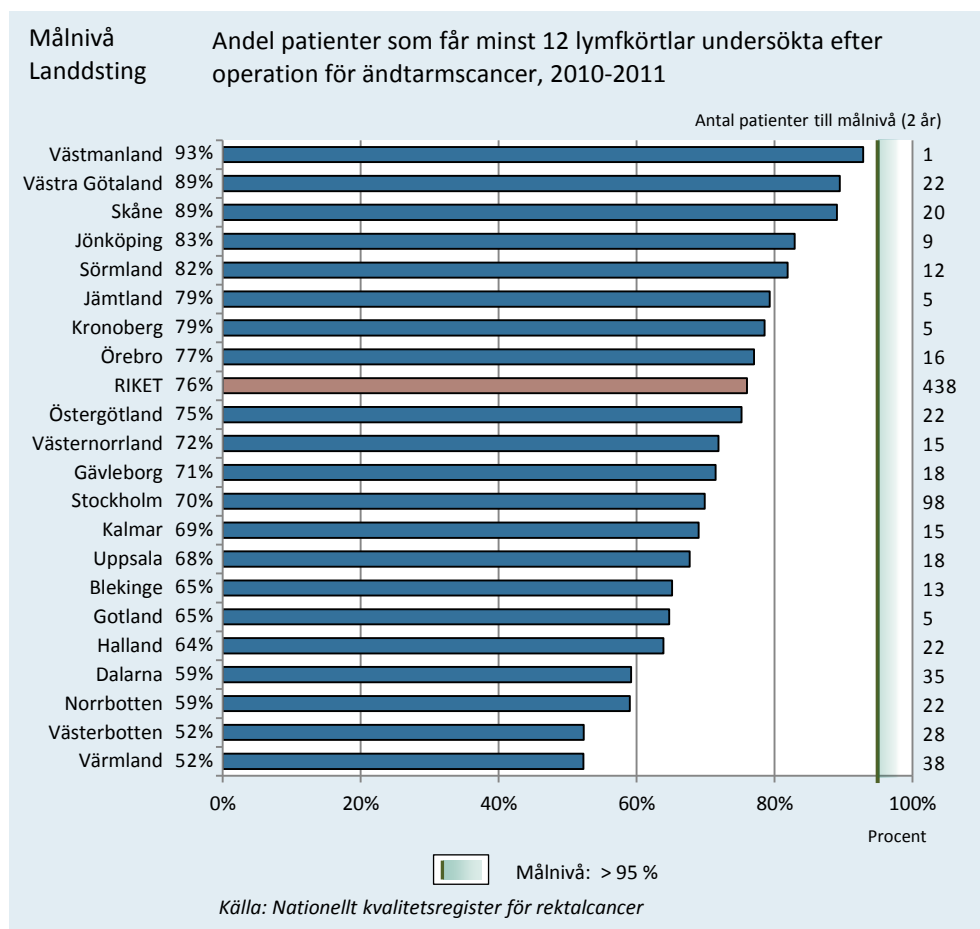
- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): 95 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 95 procent av patienterna.

Kommentar: Målnivån avser patienter utan metastaser.

Målnivå i förhållande till 2010–2011 års resultat



Det är viktigt att få minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparatet, eftersom det ökar förutsättningar för att bedöma prognosen och välja fortsatt behandling. Socialstyrelsens målnivå är därför minst 95 procent. Inget landsting når i jämförelsen upp till den nivån. Totalt var det ytterligare 438 patienter under 2010–2011 som borde fått minst 12 lymfkörtlar undersökta i operationspreparatet för att målnivån ska uppnås.

Indikator 4.4: Avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling

Indikatorn visar andelen patienter som avlidit inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling för ändtarmscancer.

Såväl i studier av adjuvant som palliativa behandling har detta mått visat sig vara relevant för att bedöma kvaliteten på omhändertagandet i samband med cytostatikabehandling. Det är även relevant för att bedöma urvalet av patienter till behandlingen.

Underlag

Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer, därför saknas underlag. Målnivån har i stället satts utifrån konsensusgruppens bedömning vid målformuleringsseminariet om vad som är en rimlig nivå.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mindre än 1 procent vid adjuvant cytostatikabehandling, mindre än 4 procent vid palliativ cytostatikabehandling.

Kommentar: Målnivåerna har satts med hänsyn till patienternas hälsotillstånd och därmed deras möjlighet att genomgå behandling.

Indikator 4.5: Återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation

Indikatorn visar andelen patienter som får återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter att de har opererats för ändtarmscancer.

Indikatorn är relevant att följa eftersom en tumörväxt som återkommit inom fem år efter en operation innebär en mycket stor risk för antingen en obotlig sjukdom eller en mycket omfattande kirurgisk och onkologisk behandling.

Underlag

Statistiskt underlag

Ett statistiskt underlag från Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer från 2003–2006 med uppföljning upp till fem år efter operationen visade att rikets genomsnitt var 6 procent, variationen mellan landstingen 2–13 procent och 10:e percentilen 4 procent.

Exempel på andra aktörers målnivåer

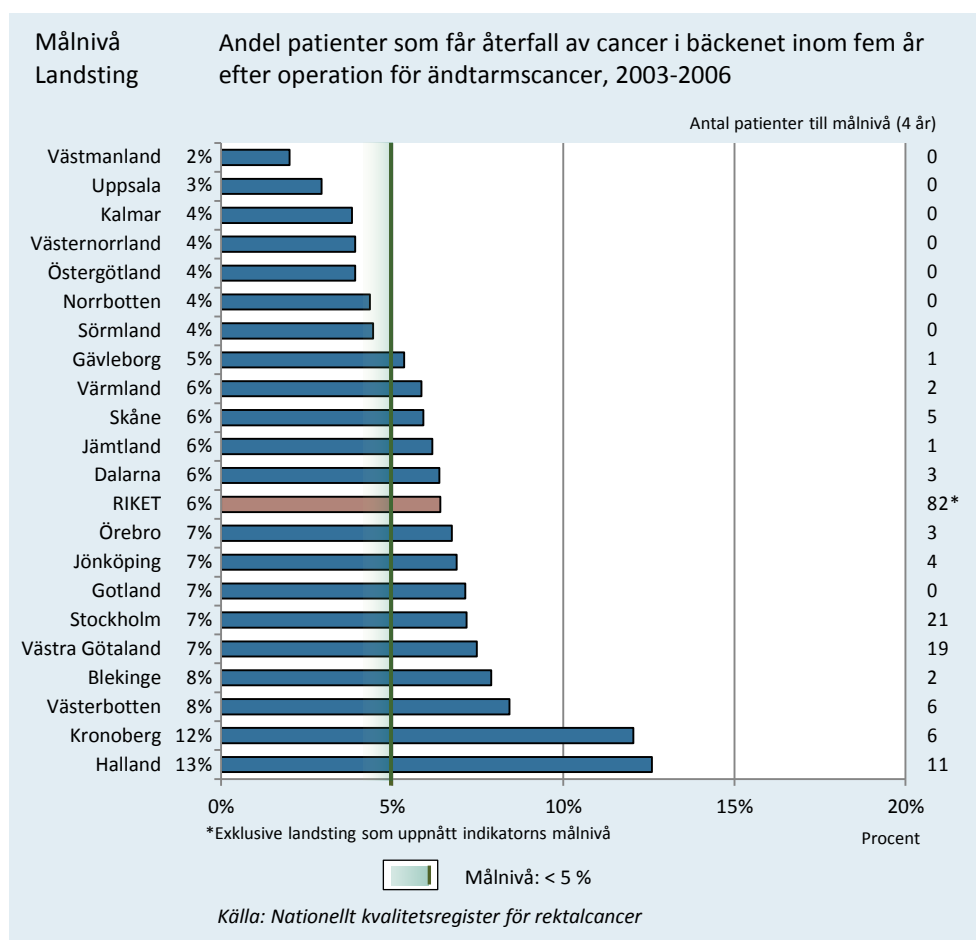
- Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer (2012): mindre än 5 procent.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mindre än 5 procent.

Kommentar: Målnivån gäller oavsett om patienterna fått strålbehandling eller inte.

Målnivå i förhållande till resultat



Det är viktigt att så få patienter som möjligt får återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation. Därför har Socialstyrelsen en målnivå på mindre än 5 procent, en målnivå som bedömts som kliniskt rimlig att uppnå. I ovanstående jämförelsen var det sju landsting som uppnådde målnivån. Antalet återfall av ny cancer i bäckenet som översteg målnivån motsvarade 82 patienter under jämförelseperioden. Resultatet påverkas i viss mån av patientens sjuklighet vid operation.

De värden som presenteras för denna indikator är i många fall baserade på små tal och bör därför tolkas med försiktighet.

Indikator 4.7: Start av läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III

(Rader i tillstånds- åtgärdslistan: K091–K093, K078, K080)

Indikatorn visar andelen patienter med ändtarmscancer i stadium II med riskfaktorer och III som påbörjat adjuvant cytostatikabehandling med ett eller två läkemedel inom 8 veckor, inom 9–12 veckor, respektive senare än 12 veckor efter operation.

För denna patientgrupp är det viktigt att en adjuvant behandling med ett eller två läkemedel kommer i gång så fort som möjligt efter operationen. Att påbörja adjuvant behandling inom åtta veckor efter operationen har fått högst prioritet i de nationella riktlinjerna. Att påbörja behandlingen senare än tolv veckor efter operationen är en rekommendation med prioriteten *icke-göra*.

Indikatorn är relevant att följa utifrån dessa tidsramar eftersom patientens nytta av läkemedelsbehandlingen blir mindre om behandlingen startar senare än efter åtta veckor efter operationen.

Underlag

Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer, därför saknas underlag. Målnivåer har istället satts med utgångspunkt i de kunskapsbaserade ställningstaganden och prioriteringar som gjordes i arbetet med de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Minst 95 procent av patienterna bör ha påbörjat adjuvant behandling inom 8 veckor efter operationen, högst 5 procent bör ha påbörjat behandlingen 9–12 veckor efter operationen och ingen patient senare än 12 veckor efter operationen.

Kommentar: Målnivåerna är satta utifrån den prioritering av adjuvant cytostatikabehandling som gjordes i arbetet med de nationella riktlinjerna. Hänsyn har tagits till att några patienter kan påbörja behandlingen senare än åtta veckor på grund av operationskomplikationer.

Indikator 4.8: Kartläggning inför operation vid nydiagnostiserad ändtarmscancer av cancers utbredning med röntgenundersökningar

(Rad i tillstånds- åtgärdslistan: K020)

Indikatorn visar andelen patienter med nydiagnostiserad ändtarmscancer som har fått en kartläggning av cancers utbredning med röntgenundersökningar före operationen.

Det finns vetenskapliga studier som visar att en kartläggning med radiologiska metoder (till exempel datortomografi och magnetkameraundersökning) kan skilja patienter med tidiga tumörstadier från dem som har mer

avancerade tumörer vilket ger stor vägledning inför kommande operation. Indikatorn är relevant att följa för att se hur aktivt sjukhuset är i diagnostisering inför en operation.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer har rekommendationen om denna kartläggning fått mycket hög prioritet.

Underlag

Indikatorn är ny i 2014 års nationella riktlinjer, därför saknas underlag. Målnivån har i stället satts med utgångspunkt i den höga prioritering som åtgärden fått i de nationella riktlinjerna.

Socialstyrelsens nationella målnivå

Mål: Mer än 98 procent.

Referenser

1. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (RCC). PM. Stockholm: Socialdepartementet; 2011-01-31.
2. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/attsattamal>.
3. Socialstyrelsen (2013), Nationell utvärdering av bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård: Stockholm.
4. Svensk Förening för Bröstkirurgi. Riktlinjer för bröstcancerkirurgi i Sverige. 2009.
5. Regionalt cancercentrum Stockholm–Gotland. Nationella Bröstcancerregistret, Nationell rapport diagnosåret 2011.
6. Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro. Nationella prostatacancerregistret, Nationell kvalitetsrapport för diagnosår 2011.