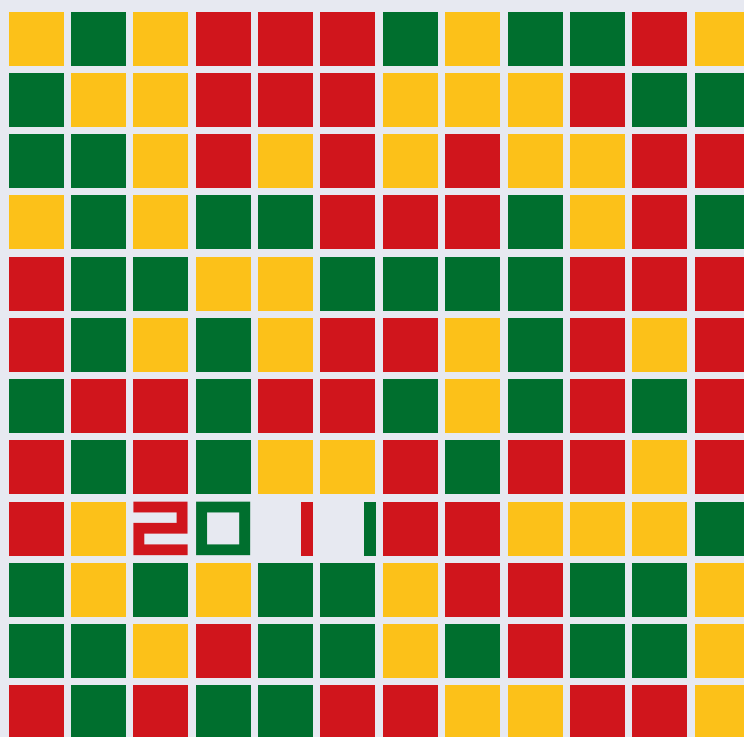


Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting
2011



Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet

Jämförelser mellan landsting 2011

**Öppna jämförelser av cancersjukvårdens
kvalitet och effektivitet**

kan beställas eller laddas ner från

Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm

Fax: 08-779 96 67

e-post: socialstyrelsen@strd.se

www.socialstyrelsen.se/publikationer

Artikelnr: 2011-8-1

eller

Sveriges Kommuner och Landsting

www.skl.se/publikationer

tel: 020-31 32 30, fax: 020-31 32 40

e-post: order@kommentus.se

ISBN 978-91-7164-707-8

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen 2011

Upplaga: 2 000 ex

Produktion: Ordförrådet AB

Tryck: åtta.45, Solna

Förord

Varje år ger Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ut rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att i samverkan med SKL ta fram en särskild utgåva för cancersjukvården.

Denna utgåva har tagits fram inom den gemensamma organisation som skapats av Socialstyrelsen och SKL för att utveckla och driva öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården.

Rapporten har två syften, dels att utgöra underlag för beslutsfattare på olika nivåer som vill förbättra cancersjukvården, dels att ge medborgarna insyn i vad den offentligt finansierade cancer vården åstadkommer.

Ansvarig chef vid Socialstyrelsen för rapporten har varit *Mona Heurgren*. Projektledare har varit *Göran Zetterström* (Socialstyrelsen) och *Katarina Wiberg Hedman* (SKL).

Arbetet har bedrivits i dialog med kontaktpersoner från samtliga landsting.

Flera av indikatorerna bygger på uppgifter från externa datakällor och underlag, framför allt nationella kvalitetsregister inom cancersjukvården. Ett särskilt tack riktas därför till företrädare för kvalitetsregistren, till de regionala cancercentrumen/ onkologiska centrumen och till övriga som har bidragit till rapporten.

Lars Erik Holm
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Sammanfattning

För första gången visas här en samlad öppen jämförelse av vårdens kvalitet för tio vanligt förekommande cancersjukdomar i Sverige. Rapporten innehåller jämförelser mellan landstingen när det gäller medicinska resultat, patienterfarenheter, väntetider och i viss mån kostnader.

Överlevnaden vid cancersjukdom ökar

Dödligheten i cancer har sjunkit de senaste 40 åren och överlevnaden efter insjuknandet har ökat. Den relativa femårsöverlevnaden bland män har ökat från drygt 50 procent under åren 1990–1994 till nästan 70 procent under perioden 2005–2009. Motsvarande resultat för kvinnor var en ökning från cirka 60 till 68 procent.

Den högsta överlevnaden har patienter med bröstcancer och malignt hudmelanom. Den relativa femårsöverlevnaden vid bröstcancer var 87 procent för kvinnor under perioden 2005–2009. Vid malignt hudmelanom var den 93 procent för kvinnor och 86 procent för män under samma period.

Lungcancer är den cancerform som tar flest liv i Sverige varje år. Den relativa överlevnaden är låg men har ökat något sedan början av 1990-talet, framför allt ettårsöverlevnaden. Den relativa femårsöverlevnaden vid lungcancer är cirka 15 procent för kvinnor och cirka 12 procent för män.

När det gäller överlevnad vid cancersjukdom finns det inget landsting som konsekvent avviker såväl för flera cancersjukdomar som för både män och kvinnor. För vissa diagnoser, lungcancer och blåscancer, finns dock stora variationer mellan landstingen.

Förekomsten av kvalificerad bedömning varierar

För att kunna bedöma patientens medicinska behov och göra en individuell behandlingsplan är det ofta viktigt med en bedömning där flera specialister deltar – en så kallad multidisciplinär konferens. Rapporten visar att skillnaderna är stora, antalet patienter med nyupptäckt cancer som får en sådan kvalificerad bedömning varierar mellan 4–100 procent. Variationen gäller både mellan olika cancerformer och mellan landstingen. Det finns dock situationer där multidisciplinär konferens inte behövs eller hinns med, exempelvis vid akutoperation för tjocktarmscancer.

Stora variationer i väntetider

Väntetiderna som redovisas i rapporten visar att det finns stora variationer mellan landstingen men även mellan respektive cancersjukdom. Medianväntetiden från

remissankomsten till det första besöket hos en specialist varierade exempelvis mellan 17–43 dagar för de olika cancersjukdomarna.

Under de senaste åren har särskilda satsningar gjorts för att förkorta väntetiderna inom sjukvården. De väntetider som presenteras avser en period när dessa satsningar påbörjades men inte var helt genomförda. Underlaget kan nu användas vid framtida jämförelser.

Effektivare diagnostik inom vissa områden

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

- Andelen män som undersöktes med skelettscintigrafi vid lokaliserad lågrisk-tumör av prostatacancer minskade från 38 till 4,5 procent under perioden 2000–2009. Detta är en positiv utveckling då få män i denna tumörgrupp behöver en sådan undersökning.
- 83 procent av patienterna med njurcancer utreds med datortomografi, vilket är mycket nära nationella vårdprogrammets målsättning.
- Enligt lungcancerriktlinjerna bör 99 procent av lungcancerfallen undersökas med vävnadsprov. Rapporten visar att nästan alla landsting når upp till målnivån.

Några resultat från cancersjukvården

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

- Fler män med en mellan- och högrisktumör av prostatacancer får en kurativt syftande behandling. Andelen har ökat under 2000-talet, från 48 procent till 68 procent år 2009.
- Vid bröstcanceroperationer används allt oftare den så kallade sentinel node-tekniken för att identifiera de fall där en fullständig operation med lymfkörtelutrymning behöver göras. Användandet av denna teknik har ökat och tillämpades vid 80 procent av alla operationer 2009.
- Under 2009 omopererades 1,5 procent efter bröstcancerkirurgi på grund av komplikationer som exempelvis blödningar eller infektioner. Andelen har i stort sett varit oförändrad under de senaste åren.
- Vid tjocktarmscancer omopererades 8,7 procent under 2007–2009 på grund av komplikationer och 10,8 procent av patienterna med ändtarmscancer.
- Vid blåscancer får 42 procent av patienterna med en T1-tumör en intravesikal behandling (läkemedelsbehandling inuti urinblåsan). Enligt urologernas egna europeiska guidelines bör andelen vara större.

Öppna jämförelser ger en ögonblicksbild

Denna rapport är beskrivande i sin karaktär och har som målsättning att ge en aktuell ögonblicksbild av cancersjukvården.

Rapporten har två syften, dels att utgöra underlag för beslutsfattare på olika nivåer som vill förbättra cancersjukvården, dels att ge medborgarna insyn i vad den gemensamt finansierade cancersjukvården åstadkommer.

Landstingens resultat för var och en av indikatorerna redovisas i rangordnade diagram, men det finns ingen sammanvägd rangordning av landstingen genom ett samlat mått på deras kvalitet och effektivitet. Detta är ett medvetet val då en nationellt säkerställd metod för viktning av indikatorer ännu inte finns framtagen. Resultaten ska tolkas med hänsyn till datakvaliteten och andra aspekter som tas upp i anslutning till respektive indikator.

Vid tolkning av sjukhusdata bör beaktas att patienterna kan vara olika svårt sjuka trots att diagnosen är densamma. Sjukhusen kan dessutom ha olika patientsammansättning, vilket försvårar direkta jämförelser mellan sjukhusen.

Vissa områden saknas i rapporten, till exempel rehabilitering, omvårdnad och psykosocialt omhändertagande samt hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandlingen (så kallade patientrapporterade utfallsmått). Register och andra datakällor samt indikatorer behöver utvecklas för dessa områden innan de kan ingå i framtida jämförelser.

Innehåll

Inledning	10
Indikatorer och datakällor	14
Resultatredovisning och tolkning	19
Cancersjukvård	25
1 Överlevnad vid cancersjukdom	26
Övergripande indikatorer	28
PALLIATIV VÅRD VID CANCERSJUKDOM	
2 Andel patienter där VAS/NRS användes för att skatta smärta under sista veckan i livet	29
3 Vidbehovsordination mot smärta under patientens sista levnadsdagar	30
PATIENTERFARENHETER	
4 Upplevt bemötande på onkologisk klinik.....	32
5 Upplevd delaktighet på onkologisk klinik	33
6 Upplevd information på onkologisk klinik.....	34
7 Fortsatt vårdplanering på onkologisk mottagning	34
8 Ansvarig läkare vid vård på onkologisk avdelning.....	35
Tumörspecifika indikatorer	36
BRÖSTCANCER	
9 Överlevnad vid bröstcancer.....	37
10 Multidisciplinär konferens inför behandling	38
11 Multidisciplinär konferens efter operation	38
12 Väntetid från första besök hos specialist till operation.....	39
13 Väntetid från operation till provsvar	40
14 Fastställd diagnos före operation	41
15 Operation med sentinel node-teknik	42
16 Omoperation på grund av tumördata	43
17 Omoperation inom fyra veckor på grund av komplikation	44
ÄGGSTOCKSCANCER	
18 Överlevnad vid äggstockscancer	46
19 Väntetid från diagnos till beslut om behandling	48
20 Väntetid från beslut om behandling till påbörjad kemoterapi.....	48
21 Andel vävnadsprov som bedöms av referenspatolog	49

NJURCANCER

22	Överlevnad vid njurcancer	51
23	Väntetid från remiss till första besök hos specialist.....	53
24	Väntetid från beslut om behandling till operation	53
25	Primär utredning med datortomografi av bröstkorgen före operation.....	53

BLÅSCANCER

26	Överlevnad vid blåscancer	55
27	Väntetid från remissankomst till första besök hos specialist.....	57
28	Väntetid från första besök hos specialist till transuretral resektion	57
29	Intravesikal behandling av tumör i stadium T1	58
30	Kurativt syftande behandling av tumörer i stadium T2–T4	59

PROSTATACANCER

31	Väntetid till första besöket hos specialist	61
32	Skelettscintigrafi vid prostatacancer av lågrisktyp	63
33	Aktiv monitorering vid prostatacancer av lågrisktyp	64
34	Kurativ behandling vid prostatacancer av lokaliserad mellan- och högrisktyp	65
35	Behandling vid lokalt avancerad prostatacancer	67

TJOCKTARMSCANCER

36	Överlevnad vid tjocktarmscancer	69
37	Multidisciplinär konferens inför behandling	71
38	Multidisciplinär konferens efter operation	71
39	Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat	75
40	Komplikation i form av perforerad tarm under operation	77
41	Mer än 15 dagars vårdtid efter operation	78
42	Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation	80
43	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	82

ÄNDTARMSCANCER

44	Överlevnad vid ändtarmscancer	86
45	Multidisciplinär konferens inför behandling	88
46	Multidisciplinär konferens efter operation	88
47	Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat	92
48	Strålbehandling inför operation	95
49	Komplikation i form av perforerad tarm under operation	97
50	Anastomosinsufficiens efter operation	99
51	Mer än 21 dagars vårdtid efter operation	102
52	Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation	104
53	Ny cancer i bäckenet inom fem år efter operation	107
54	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	110

LUNGCANCER

55	Överlevnad vid lungcancer	115
56	Multidisciplinär konferens inför behandling	116
57	Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling	118
58	Lungcancer bekräftat med vävnadsprov	119
59	Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling	120
60	Kurativt syftande kirurgi vid icke småcellig lungcancer i stadium I och II	121
61	Palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV	124
62	Palliativt syftande kemoterapi vid obotlig lungcancer	125

HUVUD- OCH HALSCANCER

63	Överlevnad vid huvud- och halscancer	128
64	Multidisciplinär konferens inför behandling	129
65	Väntetid från remiss till beslut om behandling.....	130
66	Väntetid från remiss till behandlingsstart.....	131

MALIGNT HUDMELANOM

67	Överlevnad vid malignt hudmelanom	133
68	Väntetid från första läkarbesök till primärkirurgi	135
69	Väntetid från provtagning till diagnosbesked till patient.....	136
70	Malignt hudmelanom med en tumörtjocklek på 1,0 millimeter eller mindre.....	136

Projektorganisation	140
----------------------------	------------

Referenser	141
-------------------	------------

Resultat för alla landsting och indikatorer	143
--	------------

Bilaga 1, Kostnader	150
----------------------------	------------

Inledning

Öppna jämförelser inom cancersjukvården

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

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att i samverkan med SKL ta fram en särskild utgåva av *Öppna jämförelser* som belyser cancersjukvården. De data som finns i de nationella kvalitetsregistren och Socialstyrelsens hälsodataregister ger redan i dag goda förutsättningar för att göra öppna jämförelser inom cancersjukvården. Detta är särskilt viktigt eftersom regeringen har beslutat om en nationell strategi för cancersjukvården.

Rapportens övergripande syfte är att jämföra kvaliteten i svensk cancersjukvård för att därigenom bidra till ett lokalt, regionalt och nationellt förbättringsarbete. Jämförelserna bör stimulera landstingen till att göra fördjupade analyser av sina resultat och på så sätt leda till ett fortsatt arbete med att förbättra kvaliteten och effektiviteten inom cancersjukvården. För hälso- och sjukvårdens beslutsfattare och chefer utgör rapporten ett underlag och kunskapsstöd när det gäller att styra och följa upp den egna verksamheten. Rapporten ska därutöver ge medborgarna insyn i den offentligt finansierade cancersjukvården.

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

Öppna jämförelser innehåller ett avsnitt där ett knappt tiotal indikatorer avser att spegla cancersjukvård. I den här rapporten redovisas fler indikatorer fördelat på fler cancersjukdomar än i *Öppna jämförelser*.

Nationella cancerstrategin

När regeringen år 2007 tillsatte en särskild utredning med uppgift att lämna förslag till en nationell cancerstrategi för framtiden var syftet bland annat att förhindra

insjuknande och död i cancer samt att förbättra kvaliteten i omhändertagandet vid cancer. I En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) har regeringen tagit initiativ till en rad insatser. Sex regionala cancercentrum är under uppbyggnad och överenskommelser mellan staten och SKL omfattar för närvarande elva insatser för att ge en ännu bättre cancervård. Socialstyrelsen och andra myndigheter har erhållit uppdrag inom cancerområdet. Ett viktigt förslag i betänkandet är satsningar på kunskapsstöd och uppföljning av cancervårdens resultat. Enligt betänkandet bör till exempel kvalitetsregisterdata om väntetider, hälsorelaterad livskvalitet och patientnöjdhet inkluderas i ledningsinformation. Det finns tio kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum, bland annat att de ska ha system för uppföljning av vårdens kvalitet. Uppföljningen ska göras verksamhets- och klinikövergripande utifrån ett patientperspektiv.

Öppna jämförelser är ett sätt att ta fram uppgifter som kan användas för uppföljnings- och förbättringsarbete.

Tio cancersjukdomar ingår i denna rapport

Våren 2011 utkom Socialstyrelsens rapport *Cancer i Sverige*, som beskriver insjuknandet och överlevnaden för tolv av de vanligaste cancerformerna. Cancersjukdomarna som ingår i den rapporten valdes utifrån olika kriterier som frekvens, etiologi (orsaker till sjukdomen) och prognos samt för att de representerar ett brett kliniskt omhändertagande och många olika behandlingsmöjligheter. Sammantaget står de för nästan 70 procent av samtliga maligna tumörer som har rapporterats till cancerregistret [1].

Rapporten utgår från nio av sjukdomarna som redovisas i *Cancer i Sverige* för att på ett motsvarande sätt få en bred presentation av cancersjukdomar. Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer deltar sedan tidigare i *Öppna jämförelser*. Därmed ingår följande tio cancersjukdomar i denna rapport:

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

Totalt redovisas 70 indikatorer i rapporten. För var och en av cancersjukdomarna redovisas jämförelser för fyra till tio indikatorer.

De tio utvalda cancersjukdomarna är mycket ovanliga hos barn och ungdomar. Därför omfattar inte rapporten cancer hos barn och ungdomar som generellt sett sällan drabbas av cancer.

God vård och öppna jämförelser

Socialstyrelsen introducerade och behandlade begreppet god vård i handboken till föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12). Där anges sex kriterier som betecknar en god vård: hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik samt ges i rimlig tid. Begreppet god vård har sedan dess utvidgats till att handla om god hälsa, vård och omsorg. För att få en helhetssyn på vården ska Socialstyrelsens jämförelser, uppföljningar och utvärderingar ta hänsyn till alla dessa perspektiv, så långt det är möjligt.

Öppna jämförelser utgår alltid från befintliga datakällor, vilket i sig påverkar möjligheten att ha en sådan helhetssyn. Det märks också i denna rapport att det kunskapsbaserade perspektivet ofta är bäst tillgodosett. Socialstyrelsens hälsodataregister och de nationella kvalitetsregistren på cancerområdet är inte tillräckligt heltäckande för att kunna belysa området säker vård (exempelvis förekommer underrapportering av vårdrelaterade infektioner, biverkningar och komplikationer) eller perspektivet patientfokuserad vård (exempelvis finns brist på patientrapporterade utfallsmått). Socialstyrelsen har dock i uppdrag att ta fram ett förslag till en patientenkät för cancersjukvården. För att belysa jämlik vård ses oftast till skillnader utifrån geografi samt patienternas kön och ålder. Så långt det är möjligt görs detta även i denna jämförelse. Möjligheten att beskriva om vården är effektiv tas upp i rapportens bilaga om kostnader. Perspektivet att vården ska ges i rimlig tid har slutligen delvis kunnat belysas med hjälp av kvalitetsregistrens registrering av väntetider, exempelvis tiden från remiss till det första besöket hos en specialist. Socialstyrelsen arbetar också med ett uppdrag inom nationella cancerstrategin som går ut på att studera förutsättningarna för att kunna följa patientens hela väg genom cancersjukvården.

När det gäller helhetsperspektivet bör hela vårdkedjan täckas in i den öppna jämförelsen. Den här rapporten omfattar dock inte den del av cancersjukvården som till exempel rör omvårdnadsinsatser och rehabilitering. Dessutom saknas indikatorer som beskriver så kallade patientrapporterade utfallsmått.

Rapportens disposition och bilagor

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

Nästa kapitel om resultatredovisning och tolkning är viktigt för att förstå rapportens jämförelser. I detta kapitel framgår hur resultaten presenteras och hur de bör

tolkas, samt innebörden av rangordningen i diagrammen, kvaliteten i data, statistisk osäkerhet och andra tolkningsproblem.

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

Rapporten avslutas med en tablå där landstingens och rikets resultat för indikatorerna redovisas i samlad form.

Rapporten har tre bilagor:

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

Bilaga 2 och 3 finns tillgängliga enbart i elektronisk form.

Indikatorer och datakällor

Urval av indikatorer

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

Inom vissa tumörgrupper finns förhållandevis bra tillgång på data och då publiceras fler indikatorer. Inom andra tumörgrupper är antalet patienter få, vilket gör det svårt att publicera detaljerat material om dessa sjukdomar. I vissa fall är kvalitetsregistret relativt nystartat och inrapporteringen inte helt etablerad från alla kliniker och enheter, vilket också påverkar datakvaliteten.

För fem av de tio cancersjukdomarna som ingår i denna rapport finns nationella riktlinjer framtagna. Sådana riktlinjer finns för bröst-, kolorektal- och prostatacancer, som utkom 2007, och för lungcancer som utkom 2011. De nationella riktlinjerna innehåller indikatorer för uppföljning som ska spegla de viktigaste aspekterna av god cancersjukvård samt rekommendationerna i respektive riktlinje. Av indikatorerna för lungcancer ingår ett urval i denna rapport, och för de övriga fyra cancersjukdomarna ingår i stort sett alla tumörspecifika indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna. När det gäller de övriga fem cancersjukdomarna som saknar nationella riktlinjer har kvalitetsregistren hjälpt till med att välja ut lämpliga indikatorer. Målet har varit att redovisa samma typ av indikatorer som finns i riktlinjerna. Företrädare för landstingen och regionerna har också bidragit med viktiga synpunkter till de föreslagna indikatorerna.

De nationella riktlinjerna för bröst-, kolorektal- och prostatacancer innehåller även indikatorer som är av övergripande karaktär, det vill säga intressanta att följa upp oavsett cancersjukdom [2]. Några av de övergripande cancerindikatorerna ingår i denna rapport och beskrivs lite utförligare längre fram i detta kapitel.

De indikatorer som ingår redovisar både process- och resultatmått. Processmått speglar vad man gör i sjukvården och är valda för att de bedöms ha stor betydelse för resultaten och kvaliteten. Resultatmått belyser hur det gick för patienten eller för befolkningen.

Överlevnad vid cancersjukdom

Överlevnad är ett av de slutgiltiga kvalitetsmått på effekten av det totala omhändertagandet av cancerpatienten. När diagnosen är satt bidrar alla delar i vårdkedjan

till överlevnaden. Samtidigt är överlevnad ett tämligen trubbigt mått eftersom man inte alltid vet i vilken del av vårdkedjan som förbättringen har uppstått.

I denna rapport beskrivs överlevnaden vid cancersjukdomar med hjälp av måtten relativ ett- eller femårsöverlevnad. Den relativa canceröverlevnaden beskriver patientgruppens överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte har diagnostiserats med cancer. En relativ överlevnad på 50 procent innebär att hälften av cancerpatienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om cancer var den enda möjliga dödsorsaken. Beräkningen tar hänsyn till eventuella skillnader i medellivslängd mellan landstingens befolkningar.

Uppgifterna om relativ överlevnad är hämtade från Socialstyrelsens rapport *Cancer i Sverige* som utkom våren 2011 [1]. Det gäller för alla cancersjukdomar förutom huvud- och halscancer, där data har hämtats direkt från cancerregistret. Den relativa överlevnaden beräknas med en statistisk metod som kallas periodanalys. I metoden används bara de dödsfall som inträffar under uppföljningsperioden, till exempel 2005–2009. De utvärderingar som har gjorts av metoden visar att överlevnaden från periodanalyser kommer betydligt närmare den framtida faktiska överlevnaden än de andra statistiska metoder som vanligtvis används [3].

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

Multidisciplinära konferenser

Den som har en upptäckt cancersjukdom genomgår en rad provtagningar och undersökningar för att man ska kunna fastställa typen av tumör och dess lokala utbredning samt eventuella fjärrspridning med metastaser. Inför behandlingsbeslutet genomförs en multidisciplinär konferens, som är en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. Fördelen med en multidisciplinär konferens är att de relevanta kompetenserna gemensamt bedömer patientens medicinska behov och behandlingen kan då skraddarsys efter behoven. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras.

I denna rapport redovisas andelen patienter som får en multidisciplinär konferens som en indikator för fem av cancersjukdomarna. För de övriga sjukdomarna är förstahandsvalet av primärbehandling givet (exempelvis för de flesta fallen av blåscancer eller malignt hudmelanom) eller så saknade kvalitetsregistret tillräckligt bra underlag för att vi i nuläget ska kunna redovisa tillförlitliga uppgifter.

Väntetiderna i rapporten

I oktober 2010 kom Socialstyrelsens rapport *I väntan på besked – väntetider inom cancervården*. Rapporten innehåller en kartläggning av väntetiderna och ett förslag till en modell för att mäta dem. Kartläggningen visade att det saknas en gemensam uppfattning om vilka väntetider som ska mätas och hur mätpunkterna ska definieras. De uppgifter som finns om väntetider gäller i princip enbart specialistvården då det inte finns några data från primärvården [4]. I rapporten finns förslag på fem olika väntetidsmått, dessa mått ska under de närmaste åren införas i de kvalitetsregister inom cancersjukvården som använder den webbaserade inrapporteringsportalen INCA. I denna rapport redovisas trots nämnda brister, väntetider även om de inte alltid överensstämmer med de mått som förelås i rapporten *I väntan på besked*.

De väntetider som presenteras här överensstämmer delvis med de cancerövergripande indikatorerna i nationella riktlinjerna. Uppgifterna för väntetider kommer från kvalitetsregistren som kan ha olika definitioner på väntetiderna. Under respektive cancersjukdom i resultatdelen anges hur aktuellt register mäter väntetiden.

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

Under de senaste åren har särskilda satsningar gjorts för att förkorta väntetiderna inom sjukvården. De väntetider som presenteras avser en period när satsningarna påbörjats men inte var helt genomförda.

Utvecklingsområden för jämförelser inom cancersjukvården

Indikatorerna i denna rapport täcker inte in hela cancersjukvårdens vårdprocess. Ett av de områden som inte har kunnat täckas in är patientens syn på resultatet av vården. De patientrapporterade utfallsmåtten, PROM (patient reported outcome measures), utgår från hur patienterna själva upplever sin sjukdom och sin hälsa efter en behandling eller intervention och inkluderar mått på sjukdomssymtom, funktionsförmåga samt hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet. Det är därmed en subjektiv bedömning. Oftast mäts PROM med någon form av frågeformulär, ett generiskt (till exempel EQ-5D eller SF-36) eller ett sjukdomsspecifikt formulär.

För närvarande arbetar man inom bröstcancerregistret och prostatacancerregistret med att också registrera patienternas hälsorelaterade livskvalitet. De övriga cancerregistren har inte rapporterat något pågående utvecklingsarbete som gäller patientrapporterat utfall.

Flera av de besvär som kan uppstå under en cancerbehandling måste mätas subjektivt, som smärta, illamående och ångest. Det patientrapporterade utfallet i form av illamående och kräkningar kan till exempel sedan användas för att kvalitetssäkra och följa upp kemoterapibehandlingar som i Svenska emesisregistret. Registret

bygger på ett kvalitetssäkringssystem på Linköpings universitetssjukhus, och sedan 2006 är det ett nationellt webbaserat system. Registret innehåller riktlinjer för antiemetikabehandling (läkemedelsbehandling vid illamående och kräkningar) vid alla vanligt förekommande kemoterapibehandlingar, baserade på internationella konsensusrekommendationer. Innan en patient ordineras antiemetika gör man en individuell riskbedömning, och patienten får en dagbok där han eller hon själv skat- tar sitt illamående och välbefinnande morgon och kväll. Vid nästa behandling går den ansvariga sjuksköterskan igenom dagboken tillsammans med patienten. Vid behov revideras antiemetikabehandlingen och dagboken används därmed i den individuella behandlingsuppföljningen. Uppgifterna lagras även i en databas som ger en möjlighet att analysera data på aggregerad nivå, för att till exempel ändra klinikens rutiner, utvärdera effekten av en antiemetikabehandling och prioritera resurser till patienterna som bäst behöver dem [5]. För närvarande är registret så begränsat att det inte kan användas i en nationell jämförelse.

De traditionella patientenkäterna mäter oftast hur nöjd patienten är med bemötandet, informationen och delaktigheten. I framtiden bör de uppgifterna kompletteras med patientens egen upplevelse av vårdresultatet. Svenska emesisregistret är ett exempel på den typen av komplement.

Som tidigare har påtalats saknas också indikatorer inom till exempel områdena rehabilitering, omvårdnad och psykosociala insatser. Även där behövs indikatorer för att kunna göra jämförelser.

Använda datakällor

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

De medicinska kvalitetsmåttan bygger framför allt på uppgifter från cancerregistret vid Socialstyrelsen (som startade 1958) och de nationella kvalitetsregistren. Information om dessa datakällor finns via webbplatserna www.socialstyrelsen.se och www.kvalitetsregister.se/cancer. Alla uppgifter om patienterfarenheter kommer från den nationella patientenkäten (www.skl.se/nationellpatientenkät). Kostnader inom cancersjukvården presenteras i bilaga 1, med kostnadsuppgifter som har hämtats från KPP-databasen (kostnad per patient) vid SKL för att redovisa sjukhusens kostnader för specifika behandlingar. Volymer har beräknats med hjälp av Socialstyrelsens patientregister. Kostnader för läkemedel har hämtats från Apotekens service AB:s nationella statistiksystem Concise. Mer information om ekonomisk statistik finns på www.skl.se.

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

DATAKÄLLOR

Socialstyrelsen

Cancerregistret
Patientregistret
Läkemedelsregistret
Dödsorsaksregistret

Sveriges Kommuner och Landsting

KPP-databasen
Nationell Patientenkät

Nationella kvalitetsregister

Svenska Palliativregistret
Nationella Bröstcancerregistret
Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer
Nationella Njurcancerregistret
Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer
Nationella Prostatacancerregistret
Nationella Koloncancerregistret
Nationella Rektalcancerregistret
Nationellt lungcancerregister
Svensk kvalitetsregister för huvud- och halscancer
Nationellt kvalitetsregister för malignt hudmelanom

Resultatredovisning och tolkning

I detta kapitel beskrivs hur data presenteras i rapporten och hur jämförelserna har utformats. Framför allt poängteras olika faktorer som läsaren bör uppmärksamma när jämförelserna ska tolkas. Den här rapporten och andra publiceringar som jämför och värderar vårddata går ut på att popularisera komplexa frågor och att presentera dem med en acceptabel förenkling. Ju mer förenklat innehållet är, desto viktigare är det att läsaren förmår tolka informationen på ett omdömesgillt vis.

Jämförelser av kvalitet och effektivitet kan innehålla både missvisande informationsbrus och äkta signaler om verkliga variationer i kvaliteten. Förhållandet mellan brus och signal beror både på presentationens utformning och på läsarens kunskap och förmåga att hantera informationen: Det gäller att kunna filtrera bort bruset och uppfatta signalen.

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

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

Hur presenteras indikatorerna?

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

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

I slutet av rapporten finns en tablå som visar respektive landstings resultat för alla indikatorer.

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

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

Målet är att redovisa så aktuella uppgifter som möjligt eftersom det är dagens sjukvård som ska beskrivas. Dessutom finns det andra fördelar med att utforma en indikator så att förbättringar snabbt syns. Om en klinik förändrar sina rutiner och får bättre resultat bör det synas i uppföljningsmättet, inte spädas ut av tidigare års sämre resultat. För de indikatorer där det är möjligt och fungerar bra används data för ett år, vanligtvis 2009 men ibland 2010. För vissa indikatorer som gäller få fall och/eller kvalitetshändelser (till exempel dödsfall, infektioner, omoperationer) har längre tidsperioder använts. I dessa situationer riskerar annars den statistiska osäkerheten att bli för stor. Som regel visas processmått med tvåårsperioder och resultatmått med treårsperioder.

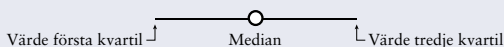
I huvudsak beskrivs indikatorerna som andelen patienter med ett visst utfall av totalt antal patienter. Indikatorerna presenteras då med ett liggande stapeldiagram. Väntetidsindikatorer beskrivs med medianväntetiden i dagar tillsammans med första och tredje kvartilen, vilket ger en god bild av variationen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

Jämförelser med rangordnade landsting och indikatorer

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

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

MEDIAN OCH KVARTILER



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

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

I denna rapport presenteras värden för första kvartilen, medianen och tredje kvartilen i tunna stolpdigram. Den nedre änden av strecket markerar värdet för första kvartilen. Cirkeln markerar värdet för medianen och övre änden av strecket anger värdet för tredje kvartilen. Diagrammen är fördelade på landsting eller regioner och illustrerar spridningen inom landstinget/regionen.

dock skillnader i hälsotillstånd eller sjuklighet som inte hänger ihop med ålder och som inte har korrigerats för.

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

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

För några indikatorer finns det underlag för att värdera utfallet, till exempel med hjälp av nationella riktlinjer. I dessa fall innehåller texten en bedömning av om resultaten som helhet lever upp till rekommendationerna i riktlinjerna eller liknande. De nationella riktlinjerna innehåller inga formella målnivåer, förutom i de nationella riktlinjerna för lungcancervård. I vissa fall har specialitetsföreningar och liknande satt upp egna målnivåer, de anges då för den aktuella indikatorn.

Redovisning av data för kliniker och sjukhus

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

Sjukhusen redovisas per landsting, utan någon rangordning. Detta gör det lättare att hitta ett visst sjukhus, men redovisningen är inte en värdering av kvaliteten på sjukhusnivå. De enskilda sjukhusens utfall värderas eller kommenteras inte heller, utöver rena metod- eller datakvalitetsaspekter. För sjukhusnivån är det viktigt att tona ned jämförelsen mellan enheter och i stället betona att sjukhusen bör jämföra och förbättra sina egna resultat över tid.

Oftast används samma tidsperiod som vid landstingsredovisningarna och konfidensintervall anges för att visa att få fall kan göra resultaten osäkra. Indelningen i sjukhus eller kliniker är densamma som i det aktuella kvalitetsregistret. Utfallen har inte justerats för patientsammansättningen.

Målet har varit att redovisa sjukhusdata för alla indikatorer där det är relevant, men av olika skäl är redovisningen inte komplett. I något fall ville kvalitetsregistrets företrädare inte redovisa sjukhusnivån eftersom det inte fanns någon överenskomst om offentlig publicering inom registret. I andra fall finns det så få patienter per sjukhus att det blir meningslöst med en sådan redovisning och dessutom en risk för röjande av uppgifter om en enskild person. Flera cancersjukdomar behandlas inom den högspecialiserade vården som är centraliserad till regionsjukvården, för vissa av dessa sjukdomar redovisas indikatorerna på regionnivån.

Rikets genomsnitt är ingen måttstock

I diagrammen rangordnas landstingen oftast utan några explicita målvärden, där emot markeras resultatet för riket i diagrammen. Det finns en risk för att rikets genomsnitt ses som en norm för det acceptabla eller det medelgoda resultatet. Detta vore en feltolkning.

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

enskilda sjukhus i Sverige, med andra länder eller helt enkelt bara jämfört med vad som potentiellt är möjligt.

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

Läsaren ska således inte utgå från att rikets eller medianlandstingets värde är ett bra resultat. Ett medel- eller medianvärde är bara ett statistiskt utfall av allas resultat och rymmer ingen värdering av vad som är bra eller dåligt eller möjligt att uppnå. Resultaten ska analyseras i relation till tidigare resultat och till andras resultat för att hitta förbättringsmöjligheter, oavsett placeringen.

Kvalitetsregisters representativitet

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

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

Statistiska aspekter och slump


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

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

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

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

KONFIDENSINTERVALL



Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel, ett medeltal eller en oddskvot. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde. Vanligen anger man den övre och nedre gränsen för det intervall som med 95 procents säkerhet rymmer det "sanna" värdet.

De flesta jämförelser i denna rapport bygger inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer inom en tidsperiod. Detta gäller för alla jämförelser av uppgifter från cancerregister eller kvalitetsregistren. Ändå kan det finnas en slumpvariation över tid. Denna slumpvariation leder till en osäkerhet som här beskrivs med 95 procents konfidensintervall. Även för rikets värden finns en slumpmässig variation över tid, även om den är mindre. Också rikets värde redovisas i de flesta fall med konfidensintervall i diagrammen.

Observera att konfidensintervallen inte avspeglar andra felkällor, till exempel data som inte är representativa eftersom urvalet kan vara snedfördelat.

Dessa statistiska aspekter ska hjälpa läsaren att tolka jämförelserna, trots detta är det möjligt att göra meningsfulla tolkningar av resultaten. De misslyckanden eller framgångar i vårdprocessen (dödsfall, omoperationer etc.) som leder till det redovisade resultatet har faktiskt inträffat. De kan inte avfärdas med hänvisning till slumpen eller statistisk osäkerhet, utan bör granskas och värderas.

Cancersjukvård

Vad är cancer?

Människokroppen består av mellan 50 000 och 100 000 miljarder celler som dör och hela tiden ersätts av nya celler. Cancer uppstår genom förändringar i de arvsanlag som reglerar cellens tillväxt och delning. Då börjar celler dela sig okontrollerat och fortsätter att föröka sig utan hänsyn till friska omgivande celler. Så småningom bildas i de flesta fall en tumör som kan sprida sig och bilda dottertumörer, så kallade metastaser. Hur fort denna process går varierar mellan olika cancertumörer och individer. Vissa cancerformer utvecklas relativt långsamt medan andra har ett snabbt förlopp. Ofta samverkar en mängd olika faktorer på ett komplicerat sätt för att en cancersjukdom ska uppstå [6].

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

Det finns cirka 200 olika cancersjukdomar med olika svårighetsgrad. Chansen att botas har ökat under de senaste årtiondena, tack vare ökad kunskap, bättre behandling och större möjlighet att upptäcka cancer i ett tidigt stadium. Ändå dör cirka 20 000 personer om året i en cancersjukdom i Sverige. Det gör cancer till den näst vanligaste dödsorsaken, efter hjärt- och kärlsjukdomar [7].

Insjuknade i cancer

Statistik 2009	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	25 721	28 890
Prevalens, total	228 665	183 294
Relativ femårsöverlevnad	67,6 %	69,2 %
Antal dödsfall	10 769	11 686

Var tredje person i Sverige drabbas någon gång av cancer. År 2009 diagnostiserades 54 611 nya fall i Sverige, varav 25 721 kvinnor och 28 890 män. Sjukdomen är ungefär lika vanlig bland båda könen men män och kvinnor drabbas av olika cancerformer. I Sverige är prostatacancer den vanligaste cancerformen bland män och bland kvinnor är bröstcancer vanligast. Tillsammans med lung-, tjocktarms- och ändtarmscancer står dessa fem cancersjukdomar för hälften av alla nya cancerfall hos kvinnor och män.

Cancer drabbar ofta äldre personer, och cirka 60 procent av dem som drabbas av cancer är över 65 år eller äldre. Alla åldrar kan dock drabbas även om sjukdomen är mycket ovanlig bland barn och ungdomar. Endast 1 procent av all cancer diagnostiseras hos personer som är yngre än 25 år [6].

I Sverige lever i dag mer än 412 000 personer som har eller har haft cancer (Prevalens), cirka 229 000 kvinnor och 183 000 män. Antalet personer som lever med en cancerdiagnos beräknas öka i framtiden på grund av ökad diagnostisering, förlängd överlevnad och befolkningsförändringar (framför allt befolkningens storlek och åldersstruktur). Enligt En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) beräknas männen med cancer vara nästan 130 procent fler år 2030 än i dag, motsvarande ökning för kvinnor är cirka 70 procent.

1 Överlevnad vid cancersjukdom

Dödligheten i cancer har sjunkit under de senaste 40 åren och överlevnaden efter diagnosen har ökat. Dessa förbättringar beror bland annat på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och att erbjuda effektivare behandlingar [8].

Den relativa överlevnaden har ökat bland cancerpatienter sedan början av 1990-talet, mer för män än för kvinnor. Den relativa ettårsöverlevnaden för kvinnor ökade med cirka 5 procentenheter från 1990–1994 till 2005–2009 och för män ökade den med cirka 10 procentenheter.

Diagram 1 visar att den relativa femårsöverlevnaden bland män med cancer också har ökat, från drygt 50 procent under perioden 1990–1994 till knappt 70 procent under perioden 2005–2009. För kvinnor var ökningen under 10 procentenheter, från cirka 60 till 68 procent.

Under perioden 2005–2009 var den relativa ettårsöverlevnaden 82,3 procent för kvinnor och 83,6 procent för män. Av diagram 1 framgår att den relativa femårsöverlevnaden under samma period var 67,6 procent för kvinnor och 69,2 procent för män.

Att läsa mer om cancer:

Råd om vård på webb och telefon: www.1177.se/Tema/Cancer

Cancer i siffror: www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-127

Om projekt inom cancersjukvården:

www.skl.se/cancervard

Om riktlinjer och uppföljning: www.socialstyrelsen.se/sjukdomar/cancer

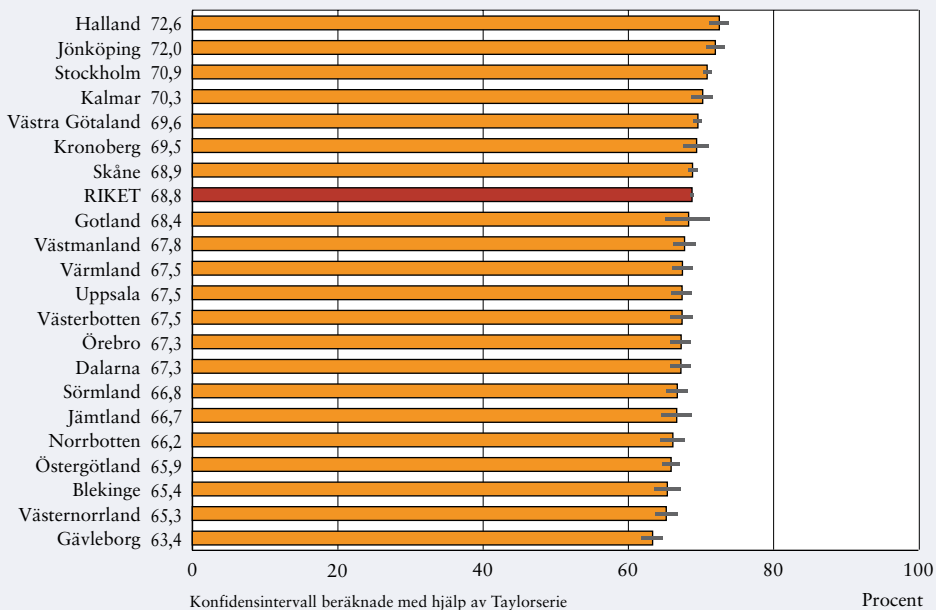


Diagram 1 Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.
Totalt
 Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

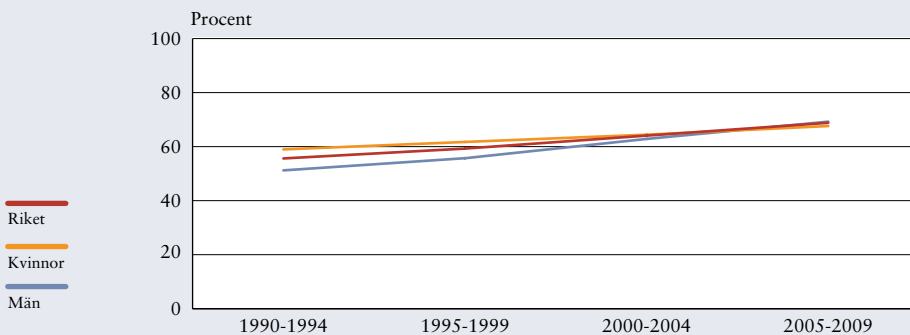


Diagram 1 Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom. Trend 1990–2009.
Riket
 Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

Övergripande indikatorer

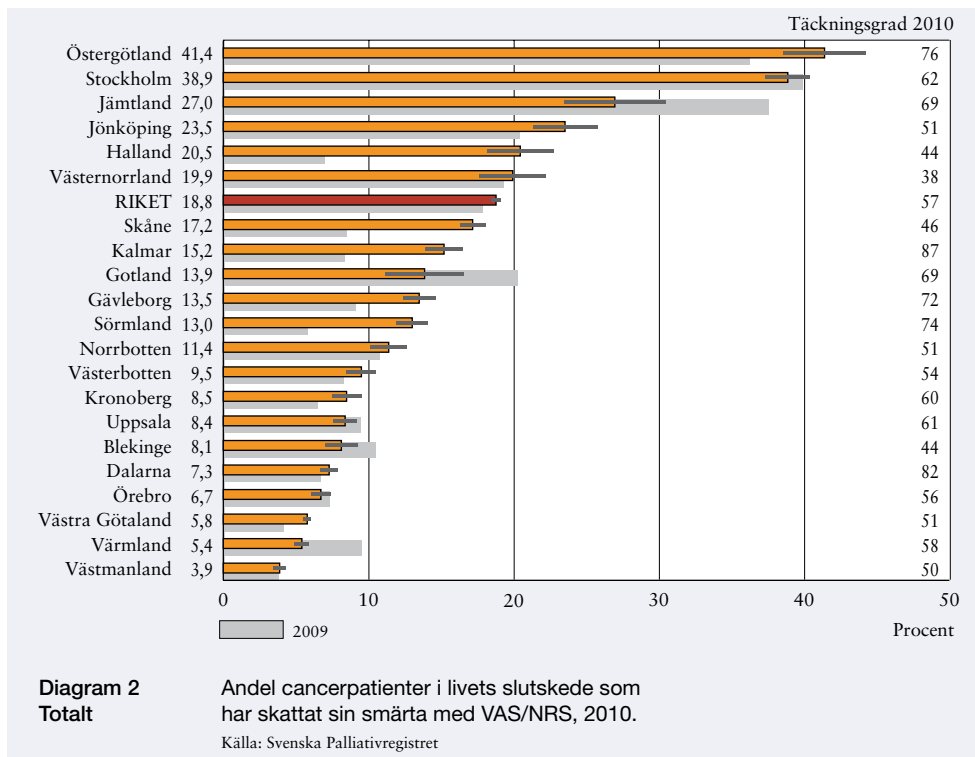
I detta avsnitt redovisas de indikatorer som berör palliativ vård och patienterfarenheter. Indikatorerna är övergripande, det vill säga de är intressanta att följa upp oavsett vilken typ av cancersjukdom som analyseras. Det finns fler indikatorer av övergripande karaktär, till exempel överlevnad vid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

PALLIATIV VÅRD VID CANCERSJUKDOM

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård och redovisa det senast den 1 juli 2012. I uppdraget ingår bland annat att utarbeta indikatorer och stödja utvecklingen av register för palliativ vård, att definiera gemensamma termer och främja en systematisk begreppsanvändning inom området. Termarbetet, där till exempel begreppen "palliativ vård" och "palliativa insatser" ingår, kommer att slutföras under hösten 2011. Dessutom ingår i uppdraget att ta fram riktlinjer och vägledning för palliativ vård. Därmed innehåller den här rapporten ingen diskussion om vad begreppen står för. Det är dock viktigt att poängtera att palliativ vård inte enbart handlar om cancersjukdomar.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancersjukvården (bröst-, kolorektal- och prostatacancer) omfattar även den palliativa vården vid de aktuella sjukdomarna. I riktlinjerna har några åtgärder fått högsta prioritet, till exempel att skatta och behandla smärta och att vid behov ordinera opioider till patienter i livets slutskede [2]. Riktlinjen innehåller också indikatorer för bland annat dessa två åtgärder. Indikatorerna har tidigare publicerats i *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Här redovisas två indikatorer från Svenska palliativregistret. De bygger på uppgifter om förväntade dödsfall i cancer. Indikatorernas innehåll följer i stort sett riktlinjerna men är formulerade på ett något annorlunda sätt.

Svenska palliativregistret startade år 2005 och täckte 42 procent av alla dödsfall efter första kvartalet 2011. Täckningsgraden var högre när det gäller förväntade dödsfall i cancer, drygt 57 procent [9].

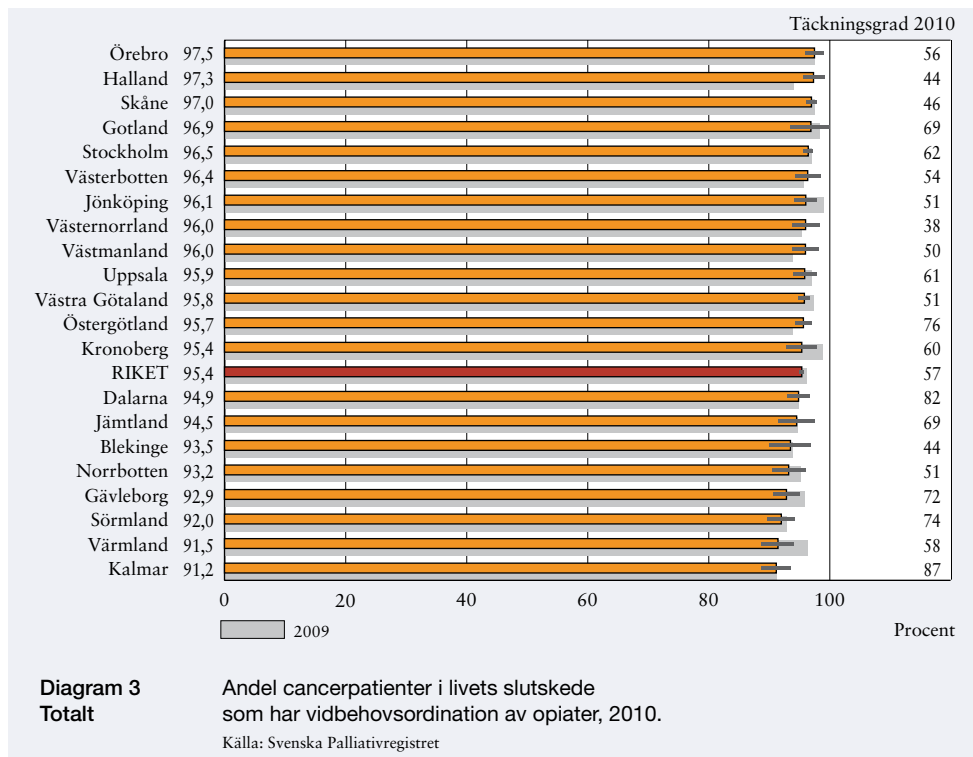


2 Andel patienter där VAS/NRS användes för att skatta smärta under sista veckan i livet

För att kunna ge en bra smärtlindring måste vården ha ett strukturerat förhållningssätt till smärtbehandling, vilket bland annat innebär att smärtan ska mätas på ett enhetligt sätt. Med rutinemässiga och strukturerade mätningar går det att få en effektiv behandling. VAS (Visual Analogue Scale 0–10)/ NRS (Numeric Rating Scale, 0–10) rekommenderas för att göra en skattning av smärtan [2].

Diagram 2 visar att cirka 19 procent av de registrerade patienterna fick en systematisk smärtskattning under sin sista vecka i livet. Skillnaden mellan könen var marginell, men det fanns en kraftig variation mellan landstingen: 4–41 procent. Uppgifterna gäller år 2010.

Resultaten bör tolkas med försiktighet eftersom registret generellt har en begränsad täckningsgrad under år 2010 och några landsting hade en låg täckningsgrad och få registrerade fall.



3 Vidbehovsordination mot smärta under patientens sista levnadsdagar

De flesta patienter som dör i cancersjukdomen har smärtor under sista levnadsveckan. Mycket av denna smärta kan lindras genom att behandla med opioider vid smärtgenombrott. Enligt nationella riktlinjerna ska möjligheten att ge läkemedel vid behov vara ordinerat i förväg [2]. I Svenska palliativregistret registreras antalet patienter som hade en vidbehovsordination senast ett dygn före dödsfallet.

Diagram 3 visar att cirka 95 procent av de registrerade patienterna hade en ordination av opioider vid behov, med en marginell skillnad mellan män och kvinnor. Variationen mellan landstingen var 91–97 procent. Uppgifterna kommer från år 2010.

PATIENTERFARENHETER

Nationell Patientenkät är en undersökning som genomförs av Sveriges Kommuner och Landsting på uppdrag av Sveriges landsting och regioner. I denna rapport presenteras ett delresultat från Nationell patientenkät till den specialiserade somatiska vården rörande besök eller vistelse på onkologisk klinik eller enhet 2010. Patientenkäten innehåller frågor om den information och det bemötande patienterna fick samt hur delaktiga de kände sig i vården. Dessa aspekter är viktiga områden för en patientfokuserad vård enligt de nationella indikatorerna för god vård [10].

I En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) påpekas att det idag finns kritik mot information, kommunikation, osäkra och oklara besked samt bristande kontinuitet inom cancersjukvården. Betänkandet framhåller vikten av en systematisk återföring av patientupplevelser genom regelbundna enkätundersökningar och införande av mätningar om patientnöjdhet i samtliga kvalitetsregister. För närvarande pågår i SKL:s regi ett projekt för införande av patientrapporterade mått i kvalitetsregister och Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram en nationell patientenkät inom cancerområdet. I avvaktan på dessa arbeten hämtas patienterfarenheter till denna rapport från den befintliga nationella patientenkät som genomförs av SKL.

Nationell Patientenkät genomfördes första gången 2009 inom primärvården i 19 landsting. Under våren 2010 genomfördes undersökningen inom den specialiserade vården. Cirka 200 000 enkäter skickades ut till slumpvis utvalda patienter som hade besökt den öppna somatiska vården eller varit inskrivna i den slutna somatiska vården under vissa veckor våren 2010. Cirka 120 000 patienter svarade på enkäten, drygt 88 000 inom den öppna vården och 34 000 inom den slutna. Svarsfrekvensen för riket var cirka 61 procent inom öppenvården och 67 procent inom slutenvården. Patienterna fick möjlighet att berätta om sitt besök eller sin vistelse och gradera erfarenheten. Frågorna handlar bland annat om bemötande, delaktighet och information.

Stockholms läns landsting samt Norrbottens läns landsting ingick inte i mätningen men deltar i arbetet med den nationella patientenkäten under 2011. Resultaten från hela enkätundersökningen finns på den publika webbplatsen www.indikator.org/publik och via www.skil.se/nationellpatientenkat. Här visas resultaten för riket, per landsting och ner på enhetsnivå.

Nationella kvalitetsregister inom cancersjukvården kan i dagsläget inte redovisa patientrapporterade utfall. Underlag har därför hämtats från Nationell Patientenkät, men endast ett fåtal sjukhus kan redovisa resultaten från sina onkologiska kliniker eller enheter. Detta gör att endast tretton landsting är representerade inom den öppna vården och sex inom den slutna vården. Svarsfrekvensen på enkäten var 75 procent både för onkologisk vårdavdelning och mottagning. Denna redovisning omfattar inte patienter med en cancerdiagnos som under mätperioden besökte eller

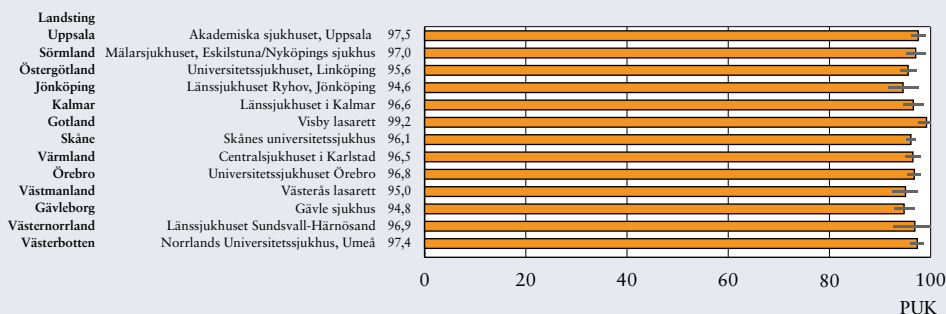


Diagram 4A
Sjukhus,
mottagning

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"
Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010.
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

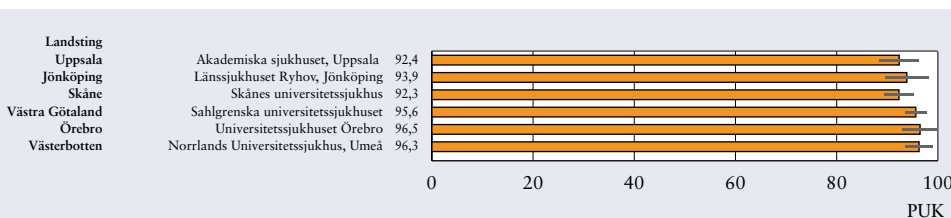


Diagram 4B
Sjukhus,
vårdavdelning

"Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"
Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010.
Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

vistades på en mottagning eller avdelning som inte är onkologisk. Däremot ingår de patienter som sökte en onkologisk klinik eller enhet utan att ha en cancerdiagnos.

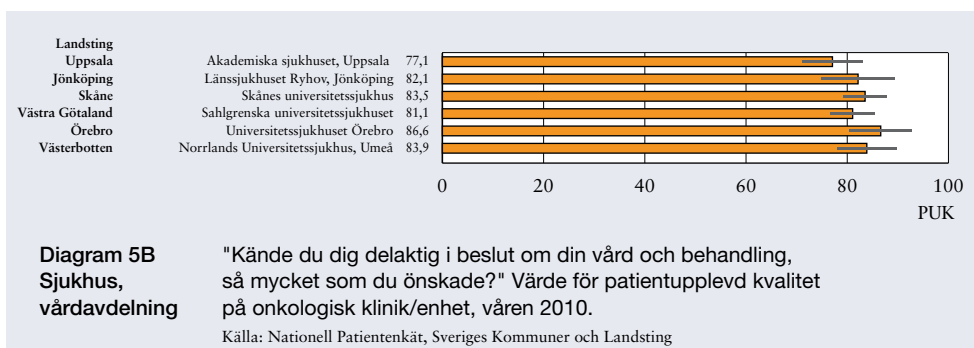
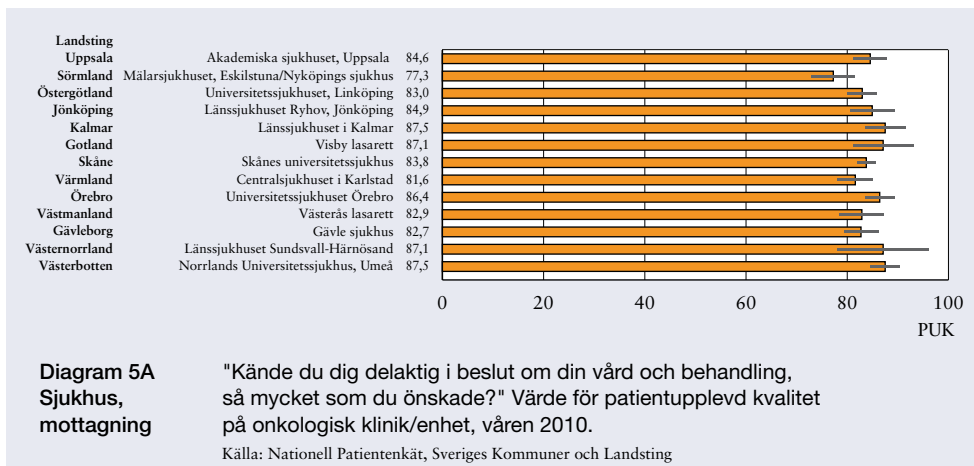
De indikatorer från Nationell Patientenkät som visas i denna rapport belyser bemötande, delaktighet och information för både den öppna och den slutna vården. Dessutom presenteras resultat som gäller ansvarig läkare för den slutna vården samt planeringen för den fortsatta vården inom öppenvården. Resultaten visas på sjukhusnivå för de sjukhus som har särredovisat en onkologisk klinik eller enhet.

Resultaten som bygger på den nationella patientenkäten presenteras som ett framräknat viktat värde på den patientupplevda kvaliteten (PUK). Resultaten redovisas som ett heltal mellan 0 till 100, där 100 är det bästa värdet.

4 Upplevt bemötande på onkologisk klinik

Bemötandet tas upp i en av frågorna i den nationella patientenkäten: "Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?"

I diagram 4A redovisas resultatet för patienternas upplevelse av bemötandet vid deras besök på en onkologisk mottagning på ett sjukhus. Skillnaderna mellan sjuk-



husen är små och värdena för den patientupplevda kvaliteten (PUK) är 95–99. I diagram 4B redovisas motsvarande resultat för värden på onkologiska avdelningar. Även här var skillnaderna små mellan sjukhusen och PUK-värdet var 92–96.

5 Upplevd delaktighet på onkologisk klinik

I diagram 5A redovisas resultatet för patienternas upplevelse av delaktighet vid deras läkarbesök på en onkologisk mottagning. PUK-värdet varierade mellan sjukhusen: 77–88. Värdet för delaktigheten är lägre än bemötandet och variationen mellan sjukhusen är också något större.

I diagram 5B redovisas resultatet för delaktigheten vid vård på onkologiska avdelningar. Här var PUK-värdet 77–87 för sjukhusen, vilket är lägre än värdet för bemötande.

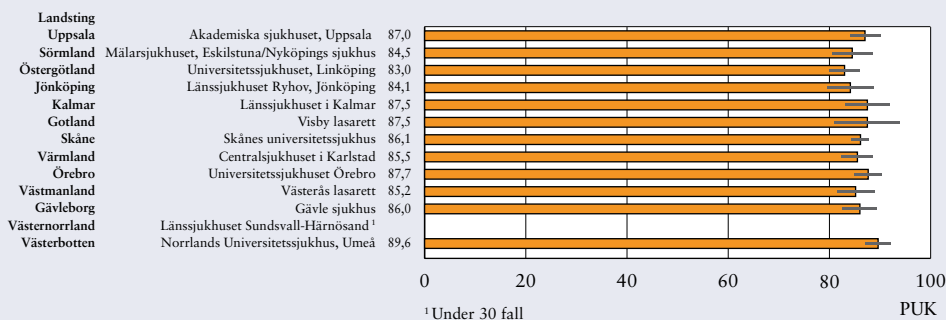


Diagram 6A
Sjukhus,
mottagning

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

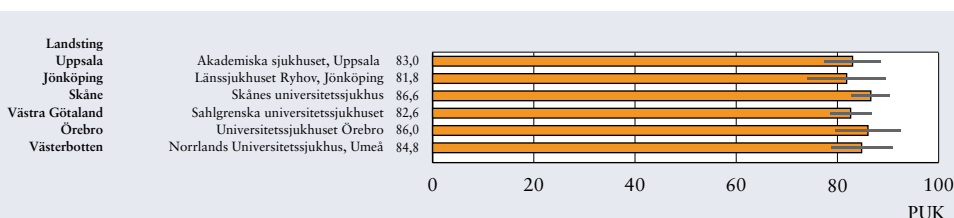


Diagram 6B
Sjukhus,
vårdavdelning

"Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010.

Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

6 Upplevd information på onkologisk klinik

Diagram 6A visar huruvida respondenterna tyckte att de fick tillräcklig information om sitt tillstånd vid besöket på en onkologisk mottagning. Värdet för den patientupplevda kvaliteten var 83–90. Patienterna verkar alltså vara något nöjdare med informationen om sitt tillstånd än delaktigheten i vården, men bemötandet tycks fungera bäst.

Diagram 6B visar motsvarande värde för vård vid en onkologisk avdelning. PUK-värdet varierar mellan 82–87. Även inom den slutna vården verkar en större andel av patienterna vara mer nöjda med bemötandet än med den information de fick.

7 Fortsatt vårdplanering på onkologisk mottagning

En fråga gällde om patienten upplevde att man gjorde en fortsatt planering för vården vid besöket på en mottagning. Diagram 7 visar att sjukhusens PUK-värde var 81–94. Indikatorn speglar enbart den öppna vården. PUK-värdena för öppenvården har ungefär samma nivå för samtliga indikatorer, möjligtvis med undantag för delaktighet som ligger något lägre.

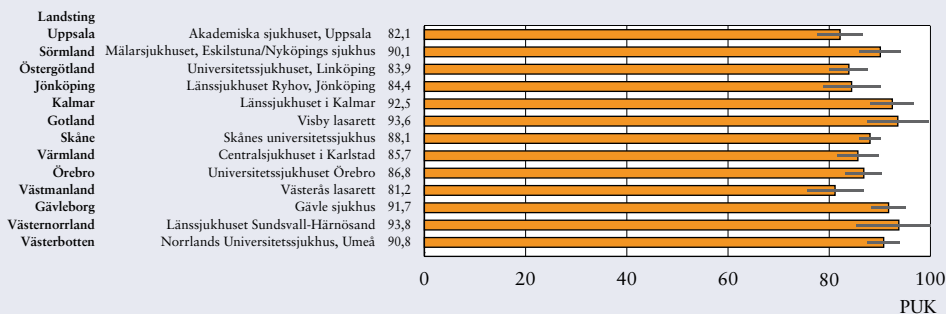


Diagram 7 "Gjordes någon planering för din fortsatta vård vid besöket?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010.
Sjukhus, mottagning Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

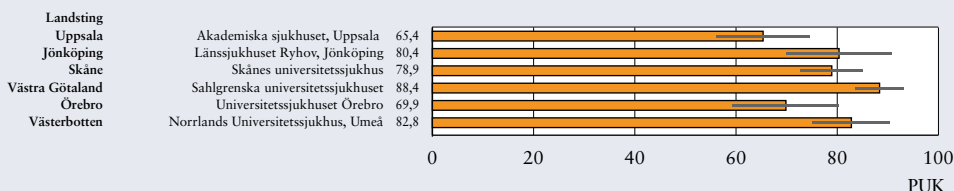


Diagram 8 "Vet du vilken läkare som var ansvarig för din vård?" Värde för patientupplevd kvalitet på onkologisk klinik/enhet, våren 2010.
Sjukhus, vårdavdelning Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting

8 Ansvarig läkare vid vård på onkologisk avdelning

Diagram 8 visar huruvida patienten kände till vilken läkare som var ansvarig för hans eller hennes vård på den onkologiska avdelningen. Det är relativt stora skillnader mellan sjukhusen och PUK-värdet var 65–88. Indikatorn speglar enbart den slutna vården.

Tumörspecifika indikatorer

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

Avsnittet om varje cancersjukdom inleds med en kort beskrivning av sjukdomens förekomst i landet 2009, vilket är de senast tillgängliga uppgifterna från cancerregistret och dödsorsaksregistret. Därefter följer en redovisning av utfallet för de olika indikatorerna.

BRÖSTCANCER

Statistik 2009	Kvinnor
Antal diagnostiserade fall	7 380
Andel av alla cancerfall	29 %
Prevalens, totalt	88 825
Relativ femårsöverlevnad	87 %
Antal dödsfall	1 378

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos medelålders kvinnor. År 2009 fick 7 380 kvinnor diagnosen och i Sverige lever idag omkring 88 800 kvinnor som har eller har haft bröstcancer. Genomsnittsåldern vid diagnosen är 60 år. År 2009 avled 1 378 kvinnor i bröstcancer.

Även män kan få bröstcancer även om det är ytterst sällsynt och år 2009 drabbades 30 män. På grund av de få fallen bland män omfattar rapporten bara bröstcancer hos kvinnor.

Nästan alla bröstcancerfall i Sverige kan opereras. Bröstcancerregistrets uppföljning för 2008 visade att 93 procent opererades och andelen varierade endast med några enstaka procent mellan regionerna [11].

Här redovisas nio indikatorer, varav fyra berör kvaliteten vid operationer av bröstcancer. En indikator berör överlevnaden, två rör frekvensen av multidisciplinära konferenser och två gäller väntetider för patienterna. Uppgifterna har hämtats från Nationella bröstcancerregistret utom den för överlevnad som är från cancerregistret.

Svensk Förening för Bröstkirurgi (SFBK) har tagit fram riktlinjer för bröstcancerkirurgi som innehåller både process- och resultatmått [12]. SFBK:s föreslagna målvärden anges för de indikatorer där målnivåer finns uppsatta.

9 Överlevnad vid bröstcancer

Den relativa överlevnaden vid bröstcancer är hög och har varit det sedan början av 1990-talet. Diagram 9 visar att under perioden 1990–1994 var den relativa femårs-

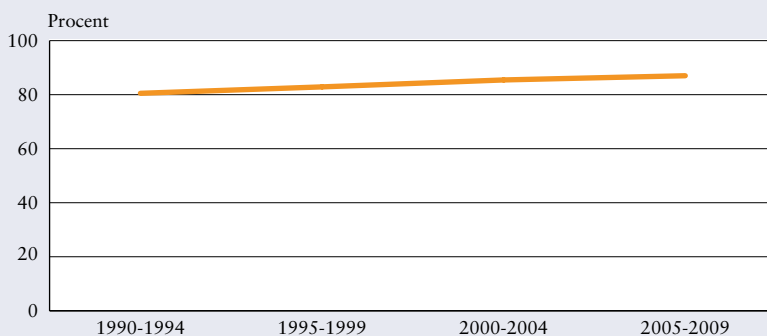


Diagram 9
Riket

Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer. Trend 1990–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

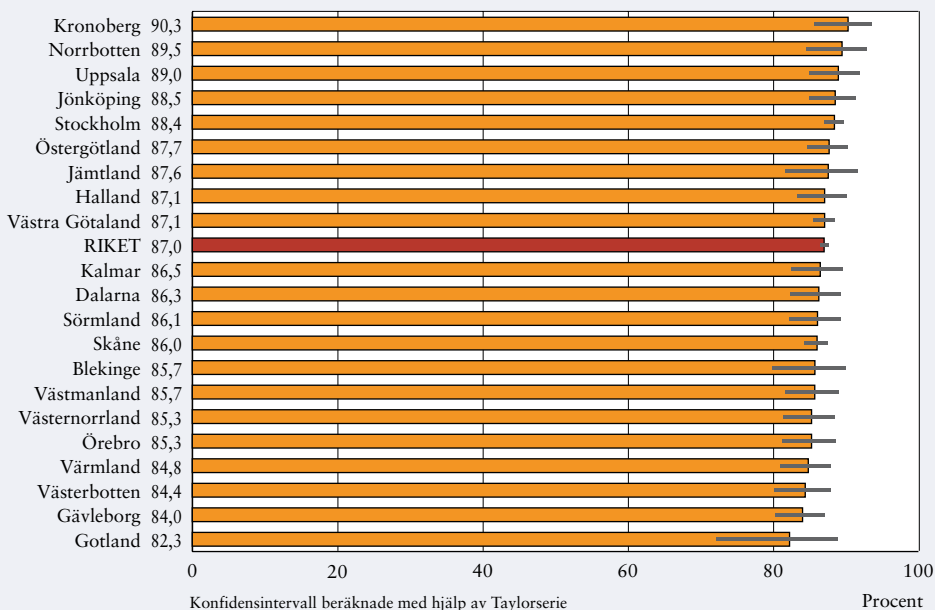


Diagram 9
Kvinnor

Relativ 5-årsöverlevnad vid bröstcancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

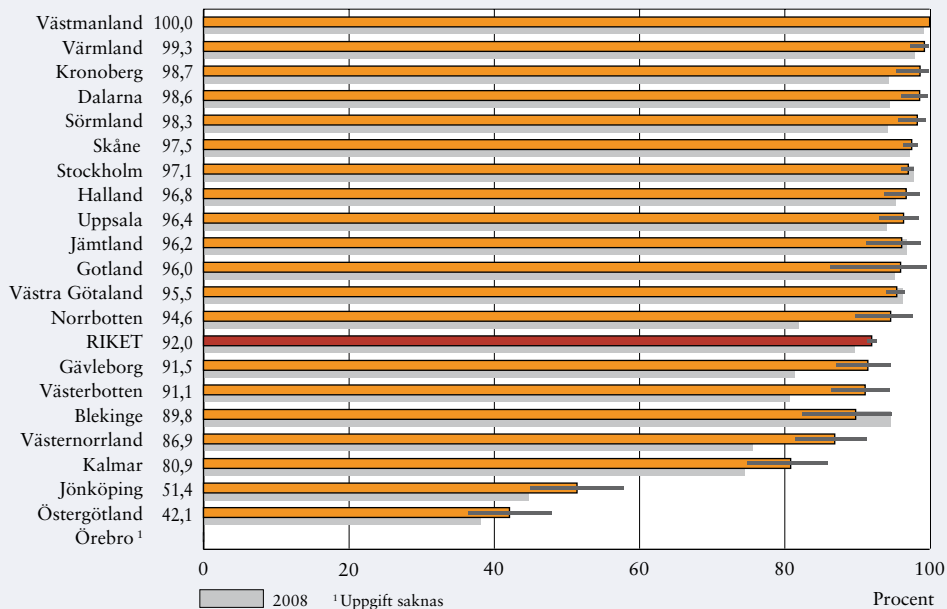


Diagram 10 Andel kvinnor där multidisciplinär konferens görs inför beslut om behandling vid bröstcancer, 2009.
Kvinnor

Källa: Nationella Bröstcancerregistret

överlevnaden cirka 80 procent och den ökade sedan till 87 procent under perioden 2005–2009. Det finns nästan inga regionala skillnader i överlevnaden utan ettårsöverlevnaden är 97,0–97,7 procent och femårsöverlevnaden 85,9–88,3 procent. Vid en jämförelse mellan landstingen blir variationen något större vilket framgår av diagram 9.

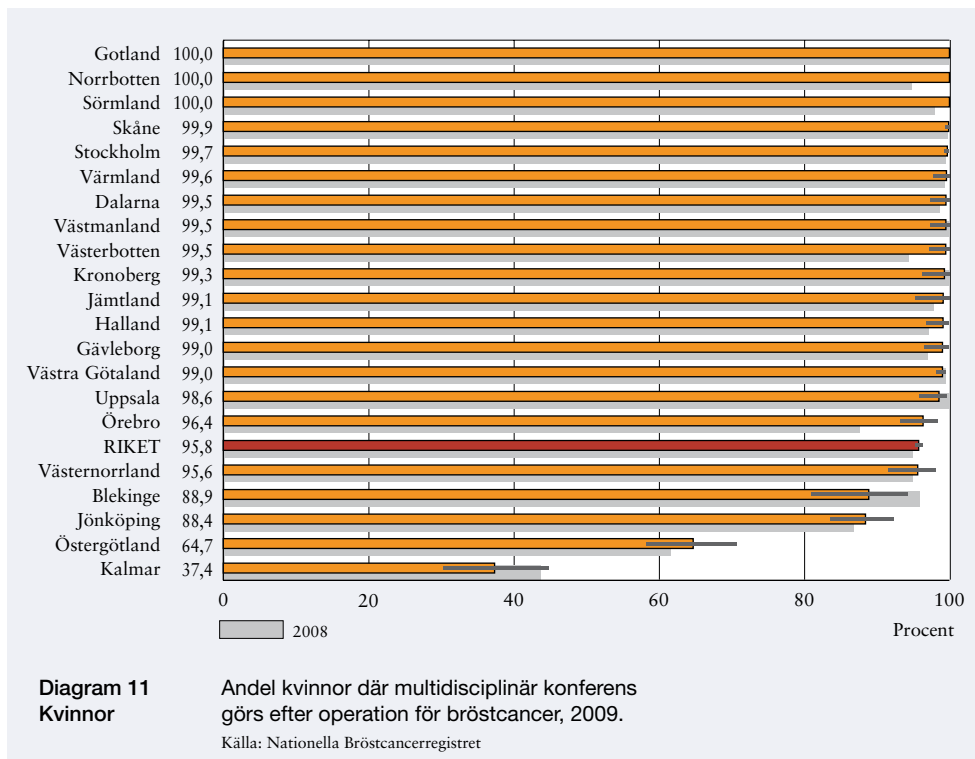
I mitten av 1960-talet var femårsöverlevnaden 65 procent. Sedan ökade den till 84 procent för dem som fick sin diagnos i mitten av 1990-talet och är nu 87 procent.

Den mest intressanta iakttagelsen för denna indikator är det goda och jämna resultatet över hela landet.

10–11 Multidisciplinär konferens

Inför primärbehandlingen av bröstcancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, radiolog och patolog samt bröstsjuksköterska. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård rekommenderas en multidisciplinär konferens både inför behandlingsstarten av en nyupptäckt brösttumör och efter operationen av tumören [2].

I diagram 10 och 11 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens inför behandlingen av en nyupptäckt tumör och efter operationen



för bröstcancer. Resultaten speglar om landstinget har en struktur för omhändertagandet av patienter med bröstcancer och i vilken grad denna erbjuds.

Diagram 10 visar att av 7 170 diagnostiserade kvinnor 2009 var det 92,0 procent som bedömdes vid en inledande multidisciplinär konferens. Variationen kan verka mycket stor mellan landstingen, 42,1–100 procent, men de flesta ligger samlade i intervallet 90–100 procent.

Diagram 11 visar att av 6 607 kvinnor som opererades 2009 var det 95,8 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens efter operationen. Även här är variationen stor mellan landstingen, 37,4–100 procent, men nästan alla ligger samlade inom intervallet 95,6–100 procent. I vissa landsting diskuteras patienten av kirurg och onkolog enbart.

Jämförelsen visar ett mycket bra resultat för de allra flesta landsting. De multidisciplinära konferenserna, både före och efter operationen, tillämpas också i mycket högre utsträckning inom bröstcancersjukvården än för de flesta andra cancersjukdomar.

12 Väntetid från första besök hos specialist till operation

SFBK arbetar för att patienterna ska få ett snabbt omhändertagande, och har angett att mer än 90 procent av alla patienter med verifierad bröstcancer ska erbjudas en operation inom tre veckor och ingen bör vänta mer än fyra veckor [12]. Indikatorn

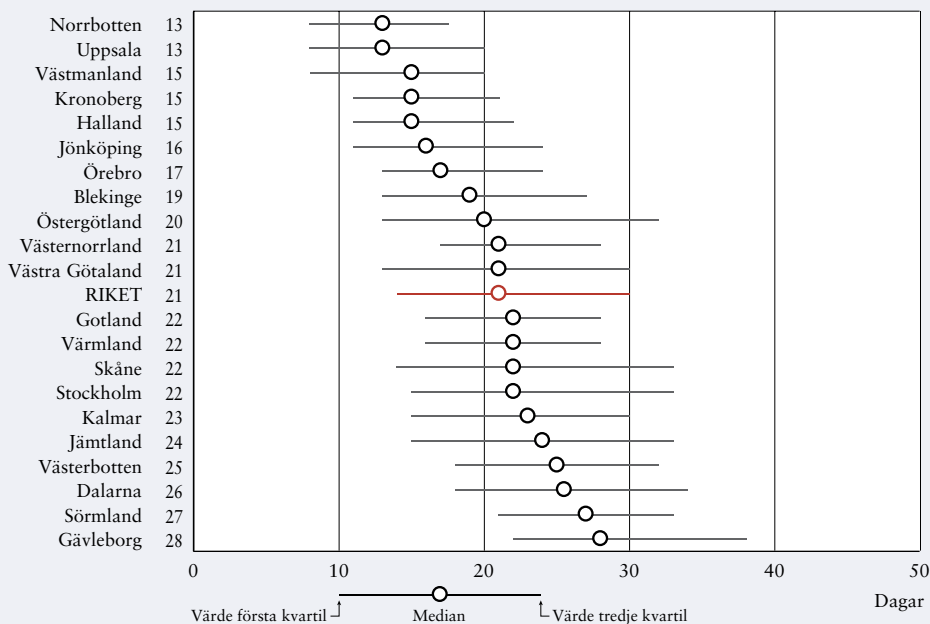


Diagram 12
Kvinnor

Väntetid från första besök hos specialist till operation vid bröstcancer, 2009.

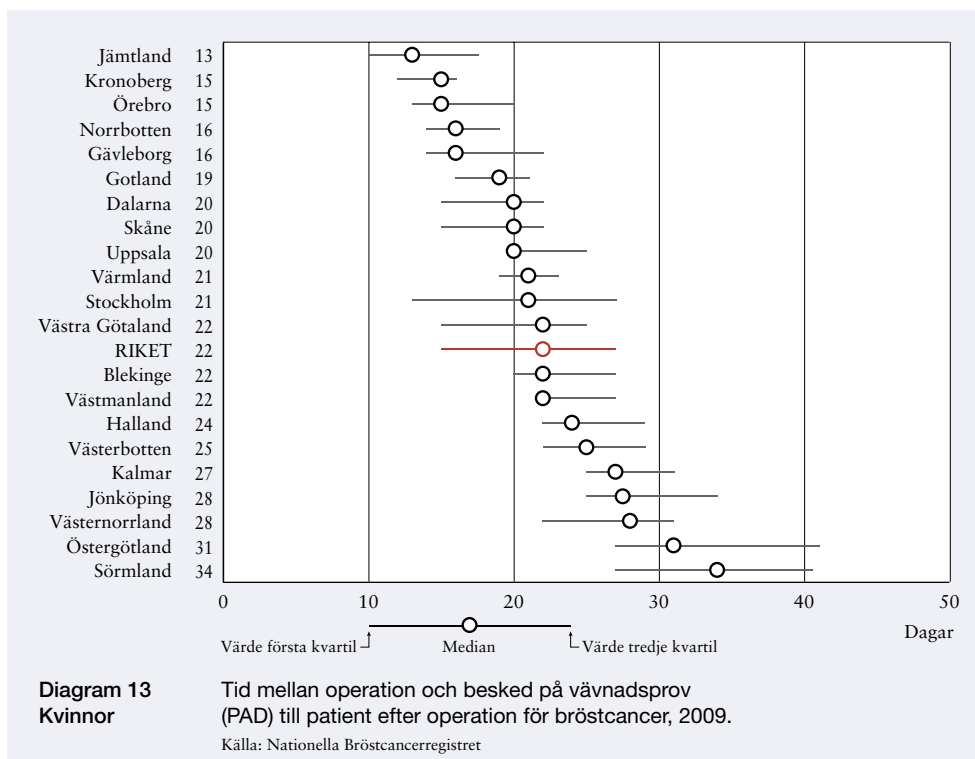
Källa: Nationella Bröstcancerregistret

anger väntetiden från det första besöket hos en specialist, i detta fall en kirurg, till dagen för operationen. Väntetiden påverkas av hur bröstcancervårdkedjan är utformad lokalt. I vissa landsting är till exempel utredningen påbörjad eller redan avslutad innan patienten remitteras till specialistkliniken för behandling.

Diagram 12 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från det första besöket hos en specialist till operationen. Jämförelsen omfattar 6 728 kvinnor som primäropererades för bröstcancer under 2009. 25 procent av patienterna opererades inom 14 dagar, 50 procent inom 21 dagar och 75 procent inom 30 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 30 dagar på sin operation. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade fått en operation) var 13–28 dagar.

13 Väntetid från operation till provsvar

Efter operationen skickas den borttagna tumören tillsammans med omgivande vävnad för patologisk anatomisk diagnostik (PAD), en vävnads- och cellanalys. Indikationerna gäller väntetiden från operationsdagen till den dag patienten får besked om resultatet av vävnadsprovet. SFBK har målsättningen att patienten bör få ett besked inom en vecka efter operationen [12]. Väntetiden påverkas av tillgången till patologer och av de rutiner som finns för att hantera prover och provsvar.



Stapeln i diagram 13 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta, från operationen till beskedet om PAD-provet. Jämförelsen omfattar 7 018 kvinnor som opererades för bröstcancer under 2009. 25 procent av patienterna fick ett besked inom 15 dagar, 50 procent inom 22 dagar och 75 procent inom 27 dagar. Ytterligare 25 procent fick vänta mer än 27 dagar på besked. Variationen mellan landstingen för medianen (då 50 procent av patienterna hade fått ett besked) var 13–34 dagar.

14 Fastställd diagnos före operation

När man utreder och diagnostiserar oklara förändringar i bröstet och misstänker malignitet (en elakartad tumör) bör man sträva efter att ge patienterna en så korrekt diagnos som möjligt inför operationen. På så sätt minskar behovet av omoperationer på grund av feldiagnostik. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård är fastställd malignitet före operation en av de indikatorer som är viktiga att följa upp [2].

Diagram 14 visar andelen kvinnor som år 2009 hade en fastställd diagnos före operationen för bröstcancer. Jämförelsen omfattar 6 660 kvinnor, varav 5 982 eller 89,8 procent hade en fastställd diagnos före operationen. Det finns en viss variation mellan landstingen: 77,6–97,9 procent. Resultatet var i stort sett detsamma år 2008.

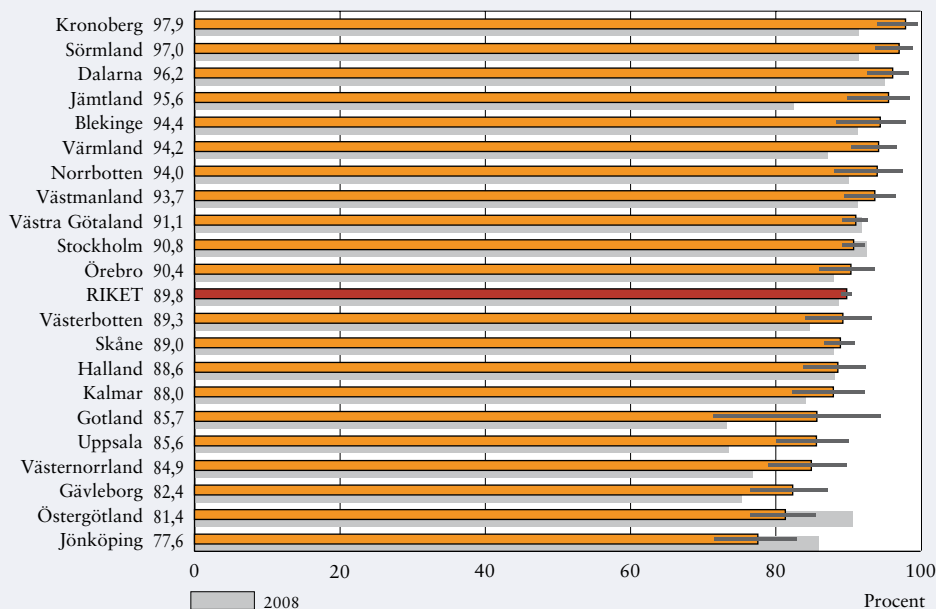


Diagram 14 Andel kvinnor med fastställd diagnos innan operation för bröstcancer, 2009.
Kvinnor Källa: Nationella Bröstcancerregistret

Enligt SFBK ska minst 90 procent av patienterna ha en fastställd diagnos innan de opereras [12]. Jämförelsen visar att elva av landstingen når upp till den rekommenderade nivån.

15 Operation med sentinel node-teknik

Sentinel node-tekniken innebär att den eventuellt tumörbärande första lymfkörteln avlägsnas vid operationen. Ett spårämne som injiceras i bröstet lokaliserar den första lymfkörteln (sentinel node, även kallad portvaktskörteln) som sedan kan återfinnas vid operationen. Körteln analyseras mikroskopiskt om förekomst av tumörspridning eller inte. Det minskar andelen patienter som måste genomgå en fullständig operation på grund av spridning till lymfkörtlarna. Därmed minskar risken för besvärande lymfsvullnad i armen efter operationen.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan sentinel node-tekniken användas vid tumörer som är upp till fyra centimeter stora. Den bör användas på kvinnor med invasiv bröstcancer, vilket innebär att tumören har bildat cellstråk in i den omgivande normala vävnaden [2]. Tekniken med sentinel node har använts nationellt sedan 1997 och i de flesta landsting finns i dag minst ett sjukhus som har tillgång till sentinel node-teknik. Det är främst mindre sjukhus som inte har tillgång till denna teknik, och patienterna erbjuds då operation vid ett annat sjukhus i närheten.

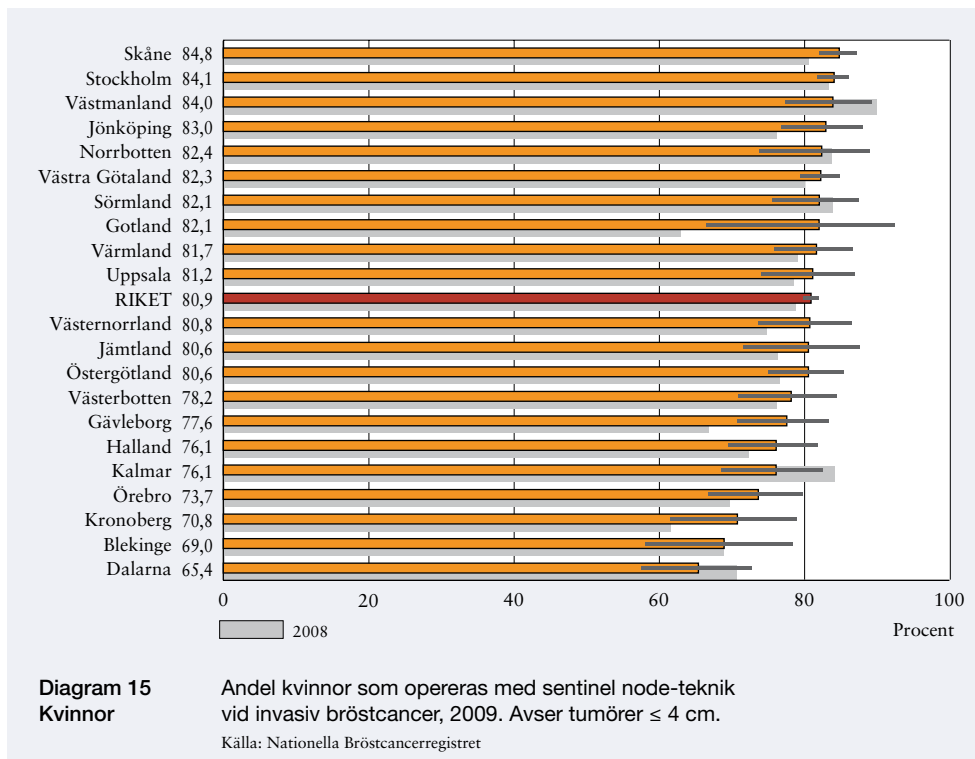


Diagram 15 visar andelen kvinnor med invasiv bröstcancer som bröstopererades med sentinel node-teknik 2009. Av 5 744 diagnostiserade kvinnor utfördes operationen med sentinel node-teknik i 4 433 fall, vilket motsvarar 80,9 procent. Andelen varierade mellan landstingen: 65,4–84,8 procent. År 2008 var det 71,6 procent av patienterna som opererades som fick sentinel node-undersökning [11].

16 Omoperation på grund av tumördata

Efter operationen skickas den borttagna tumören tillsammans med omgivande vävnad (till exempel lymfkörtlar) för patologisk anatomisk diagnostik (PAD). Om analysen visar att det finns tumörceller kvar i bröstet (så kallade multipla tumörer) eller cancer inom ett större område än tidigare känt rekommenderas en omoperation för att minska risken för återfall i cancersjukdomen. Den andra operationen kan innebära ett lidande för patienten.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård är andelen patienter som omopereras på grund av tumördata en av de indikatorer som är viktiga att följa upp [2]. Den här indikatorn mäter både kvaliteten på malignitetsutredningen före operationen och hur väl kirurgen lyckades avlägsna tumören vid operationen.

Diagram 16 visar andelen kvinnor som omopererades på grund av tumördata år 2009. Jämförelsen omfattar 6 709 kvinnor och av dem omopererades 798, vilket

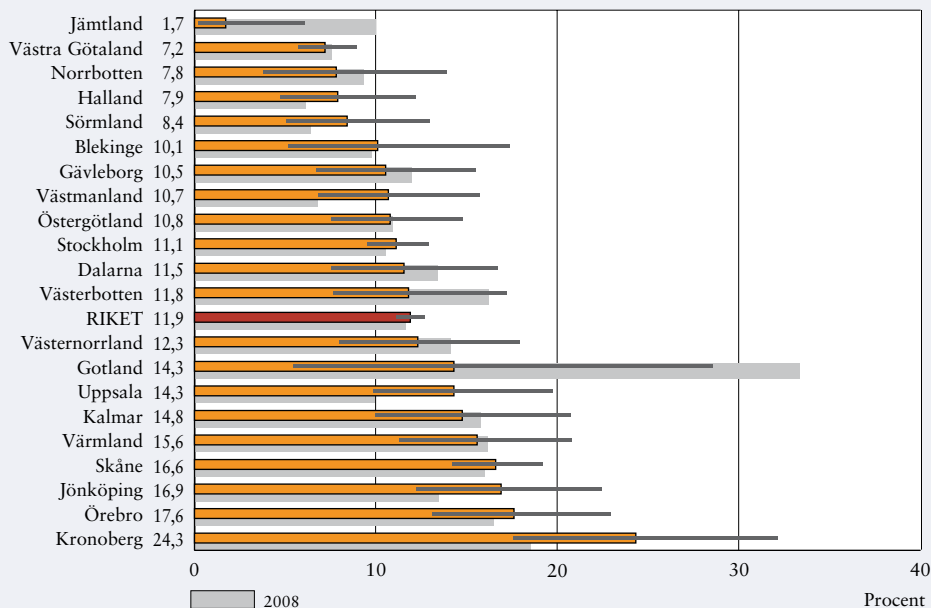


Diagram 16 Andel kvinnor med bröstcancer som omopereras på grund av tumördata, 2009.
Kvinnor

Källa: Nationella Bröstcancerregistret

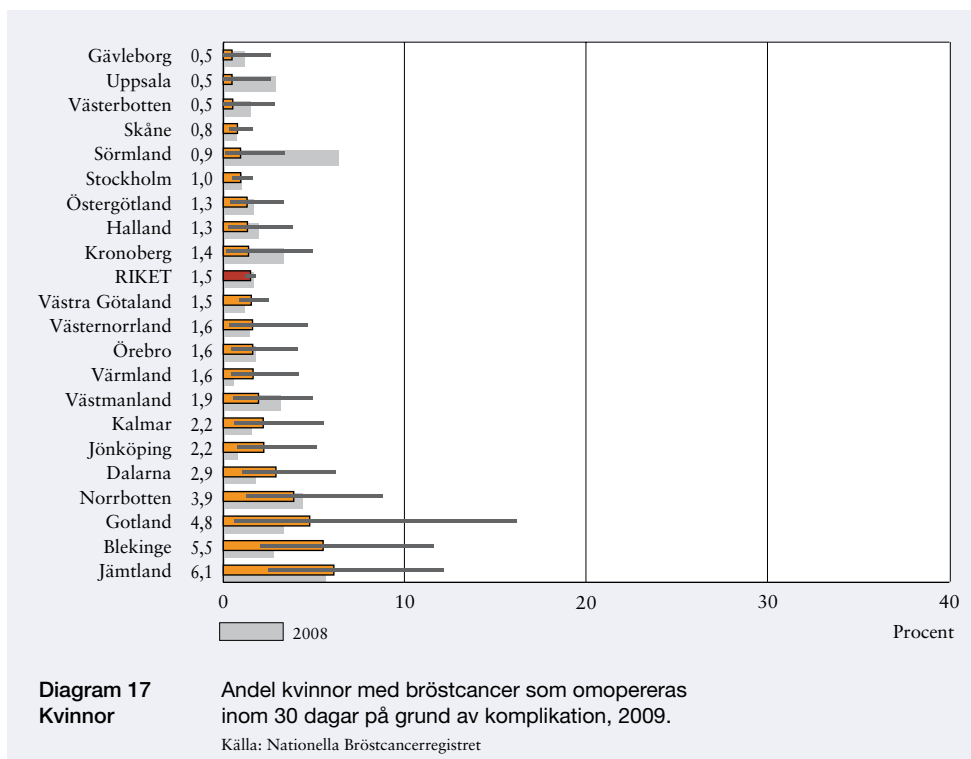
motsvarar 11,9 procent. Andelen omopererade har i genomsnitt legat på denna nivå under de senaste åren. Landstingens värden var 1,7–24,3 procent.

Underlaget bygger på relativt få uppgifter, vilket gör att konfidensintervallen är breda. Dessutom kan det finnas fel som beror på att vissa sjukhus inte rapporterar alla sina omoperationer till bröstcancerregistret. Resultatet bör även relateras till i vilken grad bröstbevarande kirurgi har utförts vilket ökar risken för omoperation. Likaså i vilken utsträckning den första operationen syftade till att bekräfta cancerdiagnos.

Enligt SFBK bör den kirurgiska behandlingen vara så definitiv som möjligt för att patienten ska slippa en ny operation, och mindre än 10 procent av patienterna bör genomgå en omoperation på grund av tumördata [12]. Jämförelsen visar att endast fem landsting inte överstiger den rekommenderade nivån.

17 Omoperation inom fyra veckor på grund av komplikation

Mer än 90 procent av patienterna med bröstcancer opereras, vilket innebär att kirurgi är den primära åtgärden. Operationerna kan vara olika omfattande beroende på tumörens läge, mikroskopiska bild och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten drabbas av komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man



måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning, som oftast inträffar inom det första dygnet efter operationen, eller en infektion, vars symtom uppkommer inom en vecka. Den andra operationen kan innebära ett lidande för patienten. Bröstcancerregistrets uppföljning visar att de flesta omoperationer berodde på blödningar inom det första dygnet [11]. Eftersom bröstkirurgi är en så kallad ren operation bör infektioner vara sällsynta, och det var också mycket få omoperationer som gjordes på grund av en sårinfektion. Infektioner som inte leder till omoperationer registreras dock inte i registret.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård är omoperation inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp [2].

I diagram 17 redovisas andelen omoperationer under 2009. Av de 6 688 kvinnor som primäropererades var det 100 som omopererades, vilket motsvarar 1,5 procent. Andelen omoperationer har varit i stort sett oförändrad de senaste åren. Landstingens värden var 0,5–6,1 procent.

Underlaget bygger på relativt få uppgifter, vilket gör att konfidensintervallen är breda. Dessutom kan det finnas registreringskillnader där vissa sjukhus missar att rapportera in omoperationer till bröstcancerregistret. Andelen omoperationer på grund av oförutsedda händelser ska självfallet vara så låg som möjligt. Riksgenomsnittet på någon procentenhet är ett bra riktvärde.

ÄGGSTOCKSCANCER

Statistik 2009	Kvinnor
Antal diagnostiserade fall	780
Procent av alla cancerfall	3 %
Prevalens, total	8 752
Relativ femårsöverlevnad	44,0 %
Antal dödsfall	675

Äggstockscancer, det vill säga elakartade tumörer som utgår från äggstockarna, drabbar cirka 800 kvinnor varje år. Prognosen är förhållandevis dålig och den relativa femårsöverlevnaden är 44 procent. Under 2009 dog 675 kvinnor till följd av sin sjukdom. Incidensen (antal insjuknade) har dock sjunkit sedan 1975, vilket delvis beror på p-pillrets skyddande effekt. [6]

Många cancersjukdomar delas in i fyra stadier grundat på tumörutbredningen. Stadium I innebär för äggstockscancer att tumören är begränsad till äggstockarna, och stadium IV innebär att sjukdomen har spridit sig även utanför bukhålan. Sjukdomen har ett smygande förlopp och diagnostiseras ofta sent eftersom den inte ger några symtom i ett tidigt stadium. Cirka 60 procent är i stadium III–IV vid tidpunkten för diagnos.

Här redovisas fyra indikatorer, varav en gäller överlevnaden, en beskriver vårdprocessen och två är väntetidsmått. Femårsöverlevnaden fördelad på landsting bygger på uppgifter från cancerregistret. De andra är hämtade från Nationell kvalitetsregister för ovarialcancer, som är ett av tre delregister inom Svenska gynekologiregistret, och presenteras på regionnivå. Registret startade år 2008. Generellt presenteras indikatorer på landstingsnivå i denna rapport, men företrädarna för kvalitetsregistret anser att materialet ännu bara kan redovisas på regionnivå.

18 Överlevnad vid äggstockscancer

Överlevnaden vid äggstockscancer har ökat sedan 1990. Ökningen gäller framför allt korttidsöverlevnad, i ett respektive två år. Även femårsöverlevnaden har dock ökat något och var 44 procent för perioden 2005–2009, se diagram 18. Det finns vissa skillnader mellan landstingen men konfidensintervallen är breda och variation beroende på slumpen kan inte uteslutas.

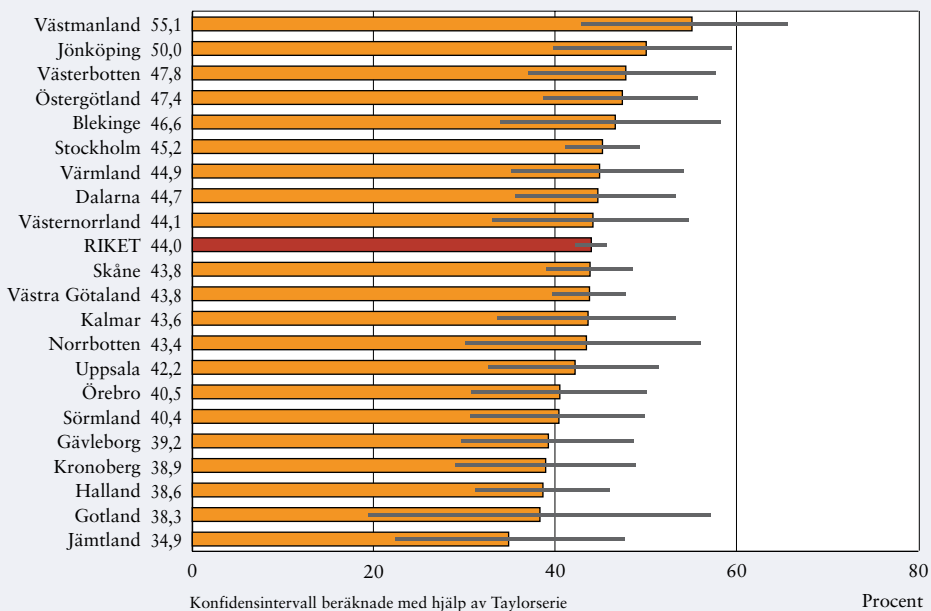


Diagram 18
Kvinnor

Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

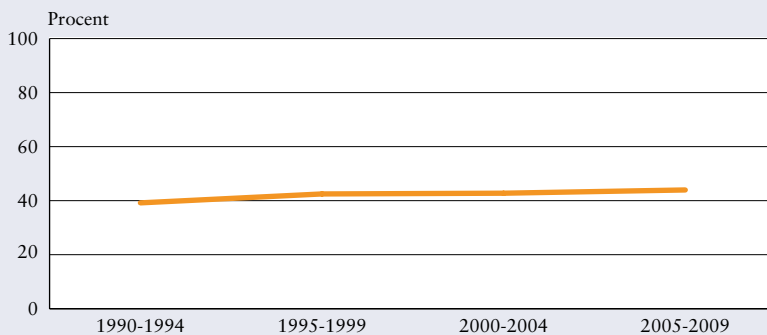
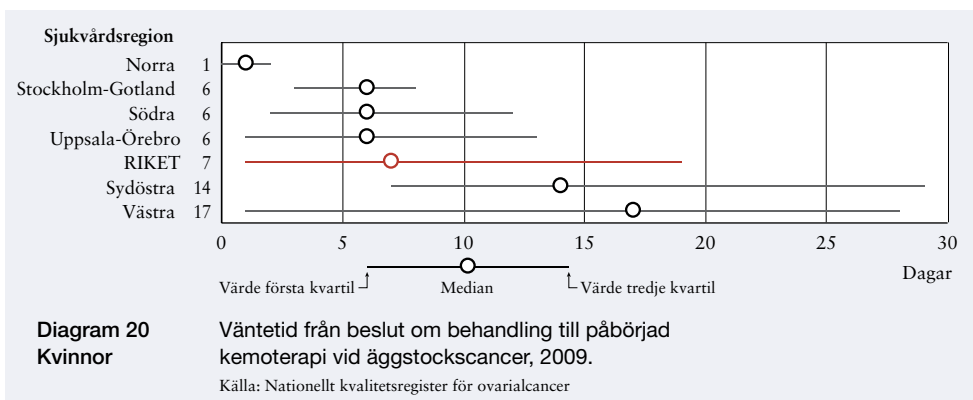
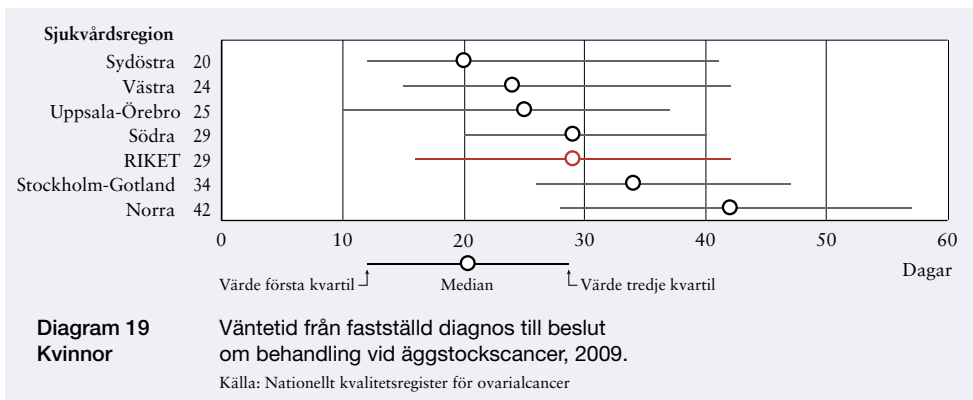


Diagram 18
Riket

Relativ 5-årsöverlevnad vid äggstockscancer. Trend 1990–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen



19 Väntetid från diagnos till beslut om behandling

Cancer i äggstockarna upptäcks ofta sent och då är sjukdomen redan i ett allvarligt stadium. Det är därför viktigt att väntetiden är så kort som möjligt från diagnosen till beslutet om behandling.

Diagram 19 bygger på uppgifter om 766 kvinnor och visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta mellan diagnosen och beslutet om behandlingen. 50 procent av kvinnorna fick vänta i 29 dagar, det vill säga närmare en månad. 25 procent av kvinnorna fick vänta längre än 42 dagar. Det är relativt stor variation mellan regionerna och framför allt inom varje region varierar antalet dagar som en kvinna får vänta på beslut om behandling. I Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer finns uppgifter om väntetiden för 75 procent av de patienter som finns i registret.

20 Väntetid från beslut om behandling till påbörjad kemoterapi

Cirka 80 procent av alla kvinnor med äggstockscancer bör få kemoterapi, och på grund av sjukdomens förlopp bör behandlingen starta så snart som möjligt. Enligt

den nationella vårdgarantin ska en behandling påbörjas inom 90 dagar efter det att beslutet om behandlingen har fattats.

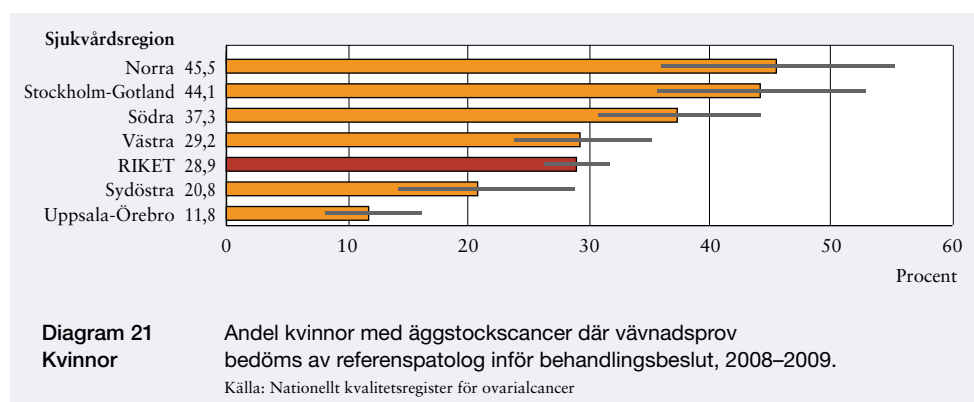
Diagram 20 bygger på uppgifter om 452 kvinnor och visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta mellan beslutet om behandling och behandlingens början. I riket påbörjade 50 procent av kvinnorna en cellgiftsbehandling inom en vecka och 75 procent av kvinnorna behövde inte vänta längre än 19 dagar. I den norra regionen började dock 75 procent av kvinnorna sin behandling redan inom två dagar.

Nationellt kvalitetsregister för ovarialcancer innehåller uppgifter om väntetiden för 60 procent av de patienter som fanns registrerade för ett beslut om behandling enligt indikator 20 ovan. Det finns alltså ett relativt stort bortfall, vilket påverkar resultatet i den här indikatorn.

21 Andel vävnadsprov som bedöms av referenspatolog

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

Diagram 21 bygger på uppgifter om 1 120 kvinnor för åren 2008–2009 och visar att knappt 30 procent av fallen bedömdes av en referenspatolog. Det var också stora skillnader mellan regionerna. Den rådande bristen på patologer gör att många landsting kan ha svårt att genomföra sådana bedömningar.



NJURCANCER

Statistik 2009	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	342	517
Andel av alla cancerfall	1 %	2 %
Prevalens, total	3 555	4 529
Relativ femårsöverlevnad	66,1 %	63,7 %
Antal dödsfall	198	344

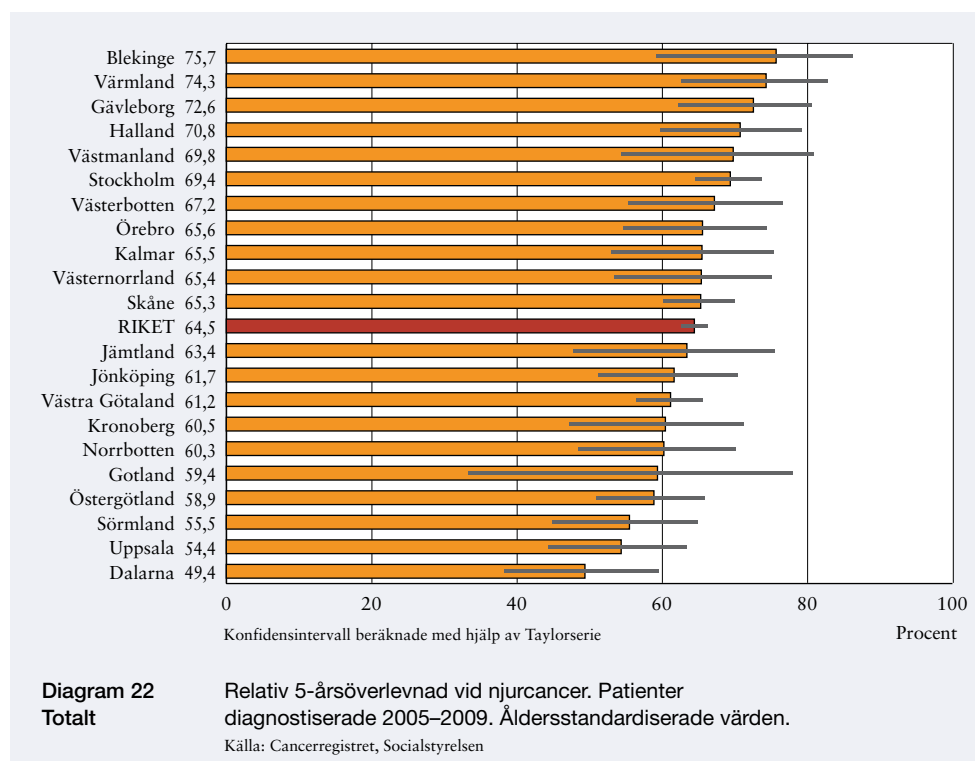
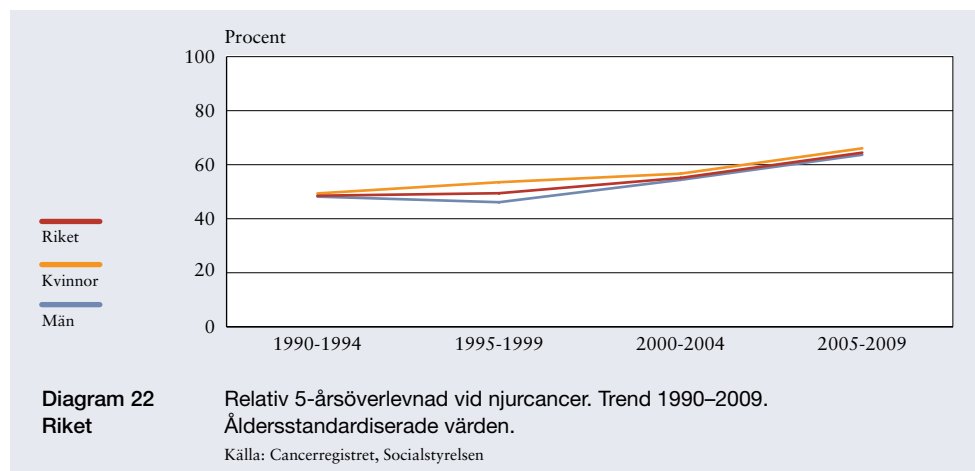
Njurcancer utgör cirka två procent av all cancer hos vuxna i Sverige. Incidensen (antalet insjuknade) är högre hos män än hos kvinnor och cirka 60 procent som får diagnosen är män. Det finns inga stora skillnader mellan sjukvårdsregionerna och under de senaste två decennierna har incidensen minskat. Knappt 900 personer om året diagnosticeras med njurcancer, varav de flesta är över 65 år. Orsakerna till njurcancer är inte helt klarlagda men bland annat tobaksrökning och njursvikt är två kända riskfaktorer [6].

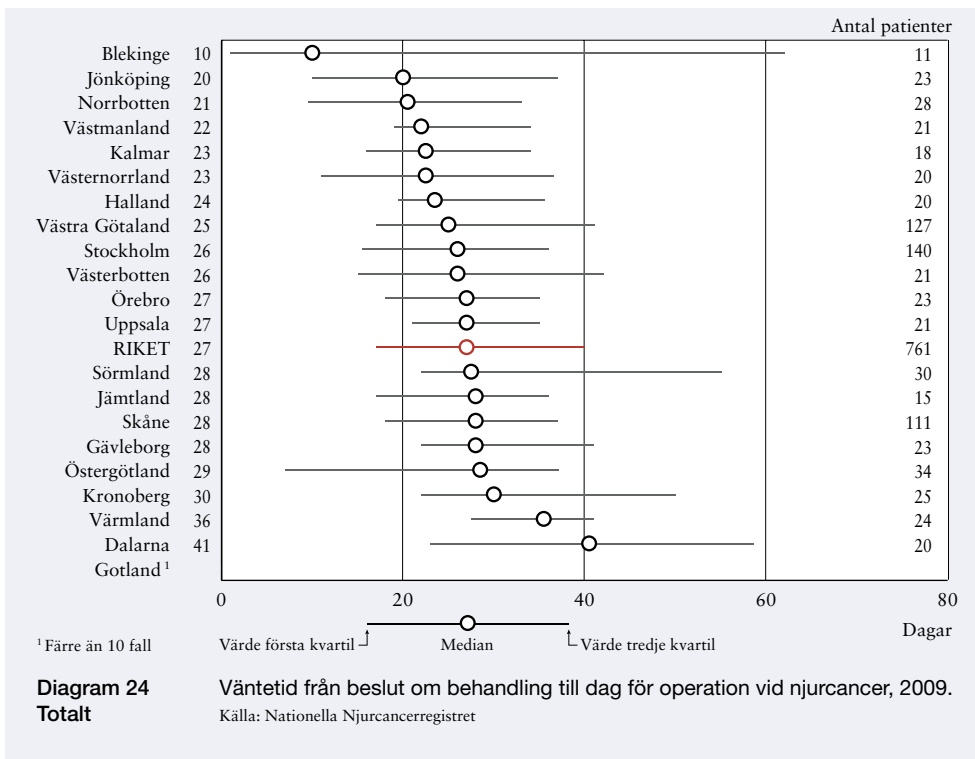
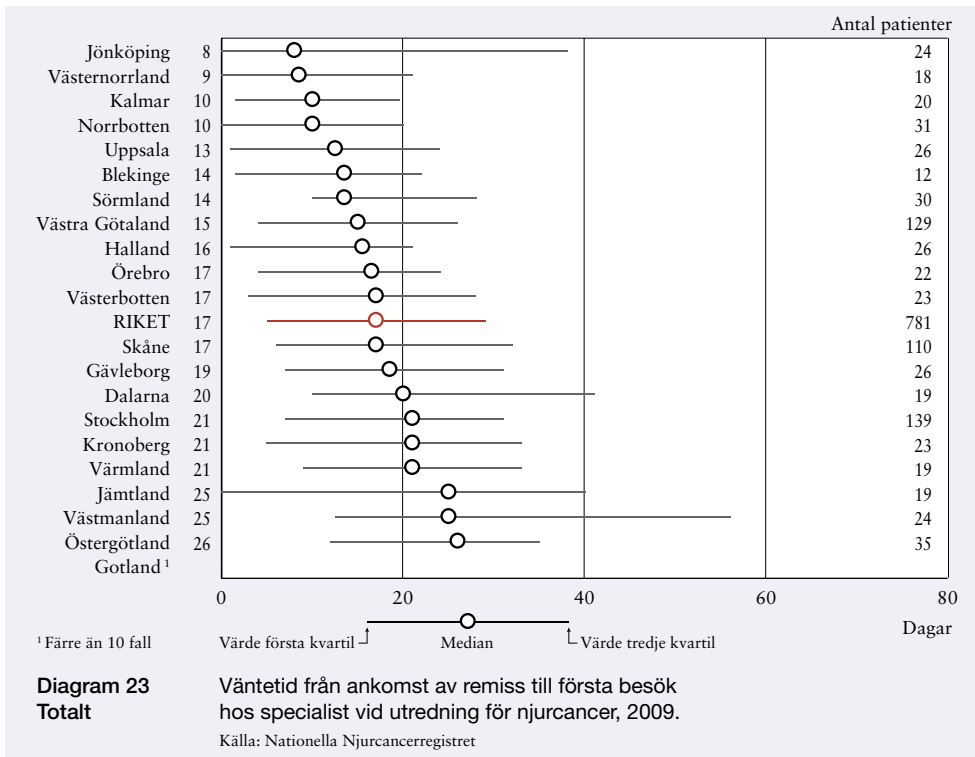
Prognosen har förbättrats under det senaste årtiondet. Femårsöverlevnaden är mycket hög, 90–95 procent, för patienter med små tumörer som inte har hunnit växa igenom njurkapseln [13]. Totalt är femårsöverlevnaden över 60 procent för båda könen.

Här redovisas resultatet för fyra indikatorer, varav tre med data från njurcancerregistret. En gäller överlevnaden, där data hämtats från cancerregistret, och två handlar om väntetiderna i olika delar av vårdkedjan. Den fjärde beskriver andelen patienter som har blivit utredda med datortomografi av bröstkorgen, vilket är rekommendationen i det nationella vårdprogrammet.

22 Överlevnad vid njurcancer

Efter att ha legat på en stabil nivå under 1990-talet ökade den relativa femårsöverlevnaden för både män och kvinnor under början av 2000-talet. Diagram 22 visar att överlevnaden för män var nära 64 procent under perioden 2005–2009 och drygt 66 procent för kvinnor. Det finns en spridning i överlevnaden mellan landstingen från 49,4 till 75,7 procent.





23 Väntetid från remiss till första besök hos specialist

För patientens skull eftersträvar man en så kort väntetid som möjligt, från datumet för remissen till en specialist på grund av en misstanke om cancer, till det första besöket i specialistvården. Denna väntetid har rapporterats till registret sedan år 2009.

Diagram 23 visar att medianväntetiden var 17 dagar, med variationen 8–26 dagar mellan landstingen.

24 Väntetid från beslut om behandling till operation

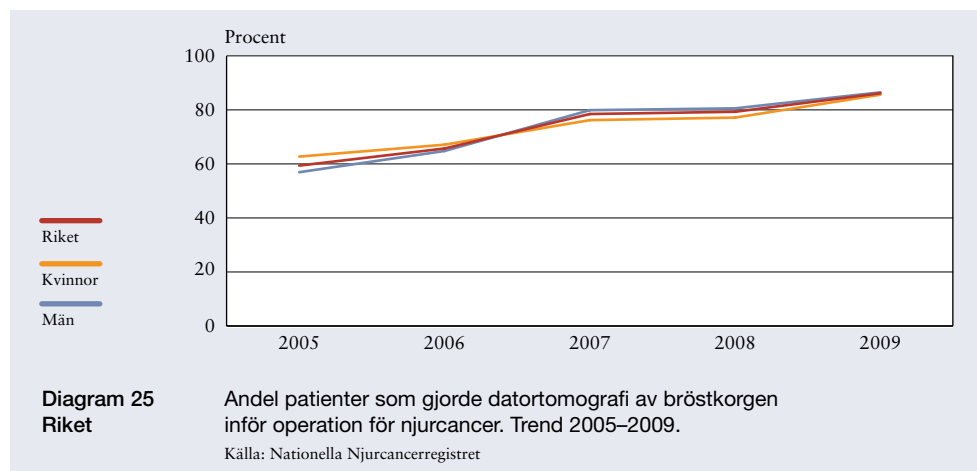
För patienten bör väntetiden vara så kort som möjligt mellan beslutet om en operation och själva operationen. Indikatorn speglar sjukvårdens resurser och organisation. Även denna väntetid har rapporterats till registret sedan 2009.

Diagram 24 visar att medianväntetiden var 27 dagar år 2009 och variation mellan landstingen var 10–41 dagar. Förutom i de tre största landstingen finns det relativt få registrerade fall, vilket gör att jämförelserna är osäkra.

25 Primär utredning med datortomografi av bröstkorgen före operation

Fjärrmetastaser från njurcancer sitter ofta i lungorna. Inför operation är det avgörande att veta om det finns tumörspridning till lungorna vilket bäst undersöks med datortomografi av bröstkorgen (thorax). Enligt det nationella vårdprogrammet bör 85 procent av alla fall utredas med datortomografi av bröstkorgen [14].

Diagram 25 visar att nära 83 procent av alla patienter undersöktes med datortomografi av bröstkorgen under åren 2008–2009, vilket är nära målnivån. Användningen har också ökat sedan 2005 när njurcancerregistret startade. Andelen varierar mellan 66–96 procent i landstingen. Variabeln registrerades i mycket hög utsträckning i registret.



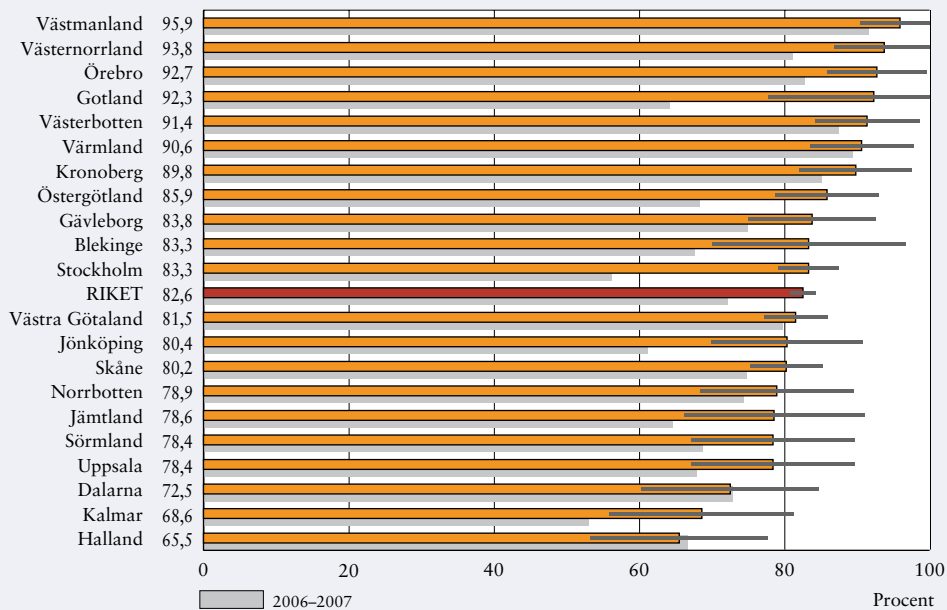


Diagram 25
Totalt

Andel patienter som gjorde datortomografi av bröstkorgen inför operation för njurcancer, 2008–2009.

Källa: Nationella Njurcancerregistret

BLÅSCANCER

Statistik 2009	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	587	1 667
Andel av alla cancerfall	2 %	6 %
Prevalens, total	5 397	15 119
Relativ femårsöverlevnad	73,0 %	76,0 %
Antal dödsfall	214	473

Drygt 2 000 personer insjuknar i cancer i urinblåsan varje år, varav tre fjärdedelar är män. Många patienter söker vård för en förmodad urinvägsinfektion med blod i urinen. Antalet fall ökade markant från 1960-talet och framåt, men ökningen ser ut att ha planat ut under 2000-talet. Medelåldern vid diagnosen är cirka 70 år och den viktigaste kända riskfaktorn är rökning [6].

Blåscancer delas in i de olika typerna Tis, Ta och T1–T4, varav Tis, Ta och T1 är icke-muskelinvasiva. Det innebär att tumören inte har vuxit in i urinblåsans muskulatur. I genomsnitt är cirka tre fjärdedelar av alla fall icke-muskelinvasiva, med en viss variation mellan sjukvårdsregionerna.

Här visas resultatet av fem indikatorer. Den första indikatorn behandlar överlevnaden i sjukdomen. Två indikatorer handlar om väntetiderna i vården. De sista två visar andelen patienter som har fått någon av de aktuella behandlingarna eller en kombination av dem, vilket beror på tumörstadiet. Uppgifterna har hämtats från Nationellt kvalitetsregister för blåscancer, förutom överlevnad där data kommer från Socialstyrelsens cancerregister.

26 Överlevnad vid blåscancer

Diagram 26 visar den relativa femårsöverlevnaden för patienter med blåscancer. För riket var den 75,2 procent under åren 2005–2009 och variationen mellan lands-tingen var 65,1–81,1 procent. Överlevnaden sjunker också ju äldre patienten är vid diagnosen.

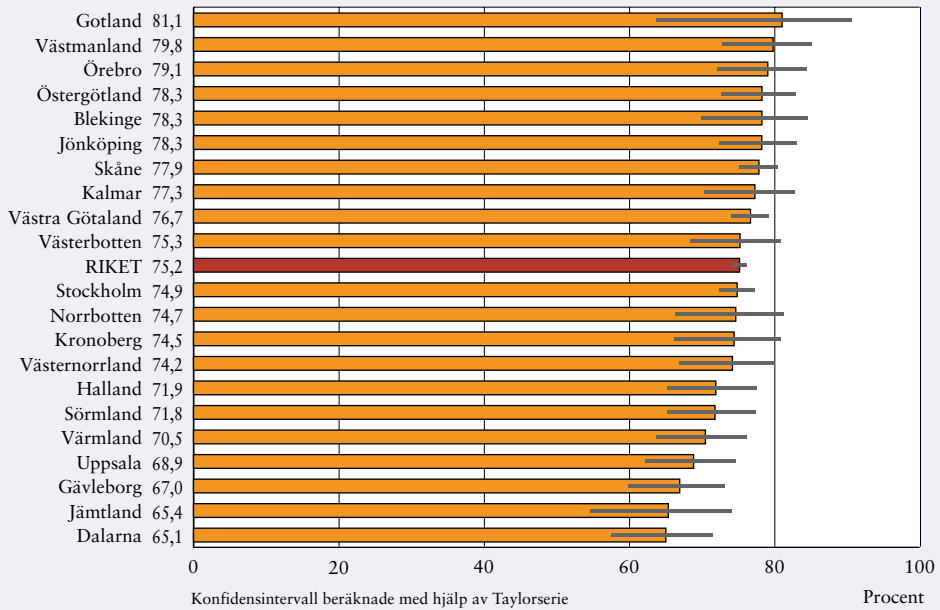


Diagram 26
Totalt

Relativ 5-årsöverlevnad vid blåscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

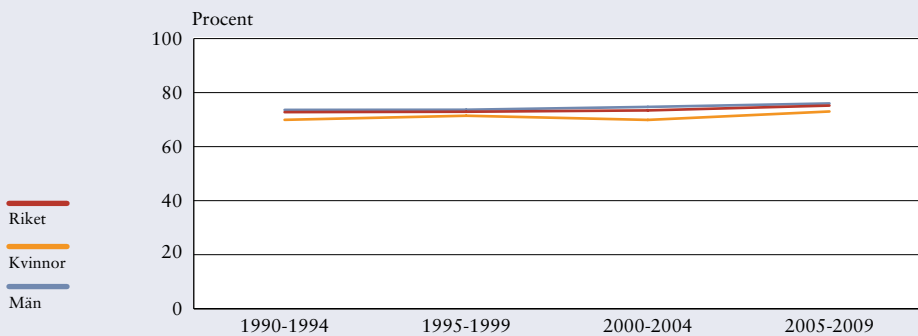
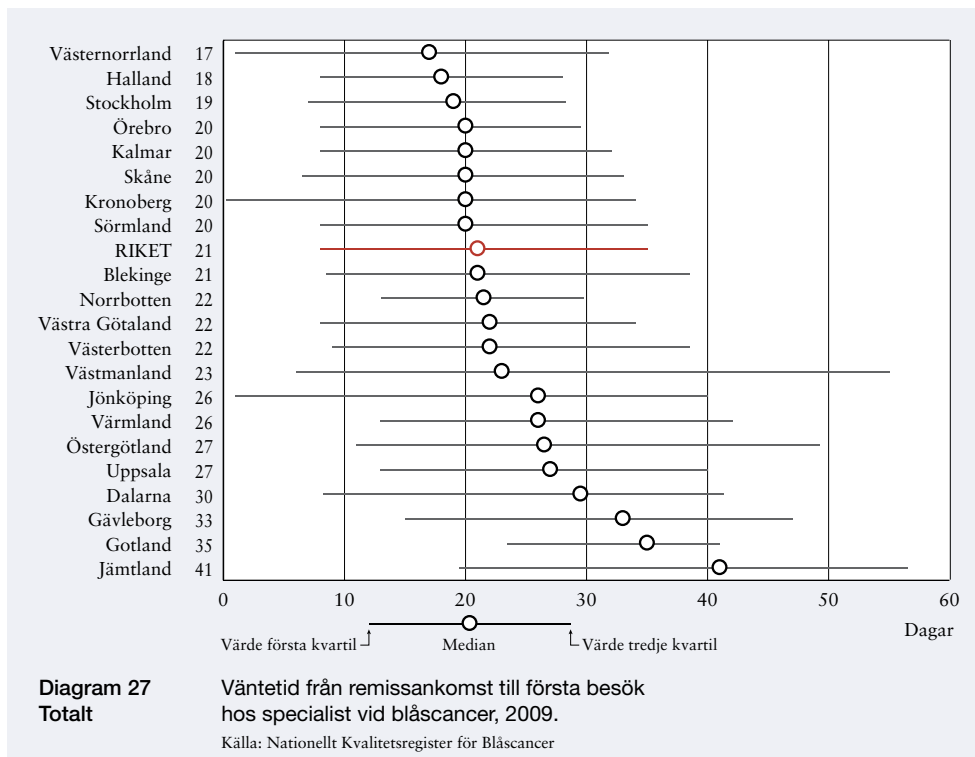


Diagram 26
Riket

Relativ 5-årsöverlevnad vid blåscancer. Trend 1990–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen



27 Väntetid från remissankomst till första besök hos specialist

Vid det första besöket för misstänkt urinblåsecancer gör specialistläkaren oftast en cystoskopi där urinröret och blåsan undersöks inifrån. I de flesta fall räcker det för att upptäcka en tumör och man kan då fatta ett beslut om den fortsatta behandlingen. Indikatorn gäller väntetiden från remissankomsten till det första besöket hos specialisten.

Diagram 27 visar att medianväntetiden år 2009 var 21 dagar, och variationen mellan landstingen var 17–41 dagar.

28 Väntetid från första besök hos specialist till transuretral resektion

I samband med cystoskopi bestämmer läkaren om det är aktuellt att göra en transuretral resektion (TUR), vilken ofta är både diagnostik och operation. Indikatorn gäller väntetiden från det första besöket hos en specialist till en TUR.

Diagram 28 visar att medianväntetiden var 21 dagar även här, med landstingsvariationen 16–34 dagar. Om man ser på denna indikator tillsammans med den föregående får patienterna totalt vänta 35–75 dagar på en TUR, beroende på vilket landsting det gäller. På regionnivå är dock skillnaden i väntetid endast några få dagar.

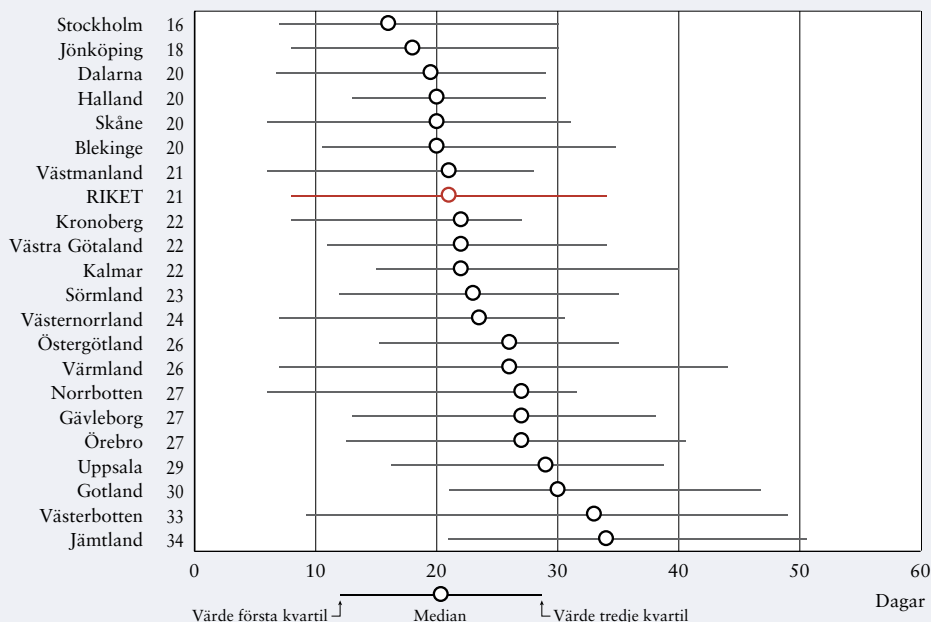


Diagram 28
Totalt

Väntetid från första besök hos specialist till transuretral resektion (TUR) vid blåscancer, 2009.

Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer

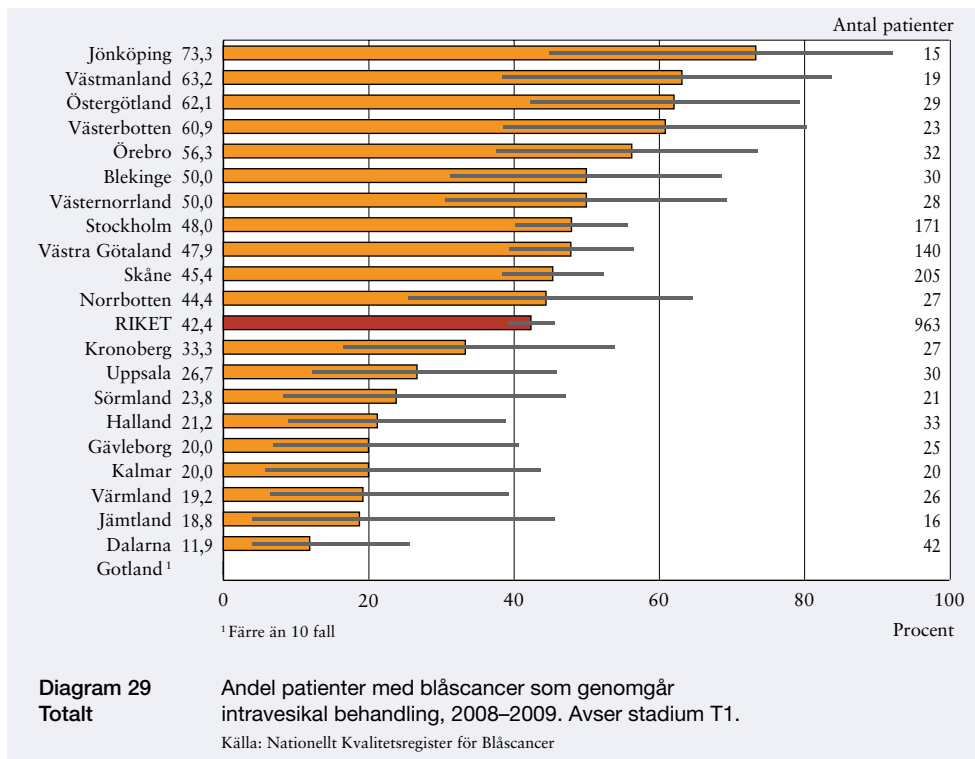
De två väntetiderna tillsammans speglar alltså väntetiderna inom specialistvården, från en remiss till ett behandlande ingrepp. Däremot säger de inget om den sammanlagda tiden från det att patienten söker vård för sina symtom.

De data som används i indikatorn registreras i hög utsträckning i blåscancerregistret. Den här indikatorn bygger inte på exakt samma material som den föregående och har en bättre täckning.

29 Intravesikal behandling av tumör i stadium T1

Vid nästan alla blåstumörer görs en TUR. T1-tumörer är icke-invasiva men tillhör ändå en högriskkategori. De flesta patienter med en T1-tumör bör förutom TUR även erbjudas en intravesikal behandling (insprutning i urinblåsan via kateter) av kemo- eller immunoterapi för att förebygga återfall och hindra tumören från att förvärras, enligt European Association of Urologys guidelines [15]. Undantag kan göras om patienten även har någon annan allvarlig sjukdom (samsjuklighet) och har nått en mycket hög ålder.

Varje år får cirka 400 personer en T1-diagnos. Diagram 29 visar att 42,4 procent av de diagnostiserade patienterna fick en intravesikal behandling under 2008–2009. Jämförelsen omfattar 963 patienter under 2008–2009 som hade en tumör i stadium T1.



Data för indikatorn i diagram 29 gäller två år för att uppgifterna på landstingsnivå ska bli mer tillförlitliga. Trots det har några landsting så få fall att resultaten blir osäkra, men siffrorna tyder ändå på anmärkningsvärda skillnader mellan landstingen.

30 Kurativt syftande behandling av tumörer i stadium T2–T4

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

Varje år får cirka 500 personer en diagnos av blåstumören som ingår i stadium T2–T4. Diagram 30 visar att under perioden 2008–2009 fick 48 procent av patienterna någon av ovanstående behandlingar. Det är stora skillnader mellan landstingen när det gäller andelen som får en kurativt syftande behandling. Indikatorn är inte könsuppdelad eftersom det gäller ett litet antal fall. Jämförelsen omfattar 1 029 patienter som under åren 2008–2009 hade en tumör i stadium T2–T4.

För att få säkrare data innehåller diagrammet uppgifter från två år. Trots det har några landsting så få fall att resultaten blir osäkra.

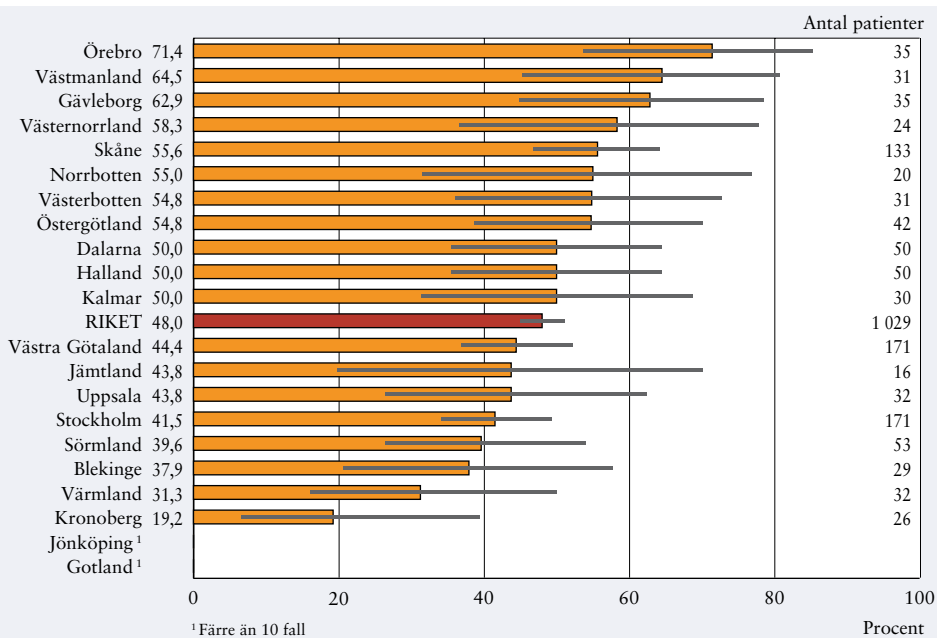


Diagram 30
Totalt

Andel patienter med blåscancer som genomgår kurativt syftande primärbehandling, 2008–2009. Avser stadium T2–T4.

Källa: Nationellt Kvalitetsregister för Blåscancer

PROSTATACANCER

Statistik 2009	Män
Antal diagnostiserade fall	10 317
Andel av alla cancerfall	36 %
Prevalens, total	75 753
Relativ femårsöverlevnad	86,5 %
Antal dödsfall	2 424

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige och den står för drygt 36 procent av all cancersjukdom hos män. År 2009 diagnostiserades 10 317 fall och i Sverige lever idag mer än 75 700 män som har eller har haft prostatacancer. Sjukdomen är sällsynt före 50 års ålder. Medianåldern vid diagnosen har sjunkit och är för närvarande 70 år.

Antalet nya fall var stabilt mellan 1990 och 1995, men sedan ökade antalet prostatacancerfall kraftigt till och med 2005 då trenden avstannade under några år. År 2009 kom återigen en ökning. Denna ökning beror till allra största delen på att allt fler män utan symtom undersöker sin nivå av prostataspecifikt antigen (PSA) i ett blodprov och på att män med förhöjt PSA, som förekommer bland cirka 10 procent av alla symtomfria män, utreds med biopsi (ett vävnadsprov) av prostatan. Ökningen av antalet provtagningar förklarar varför prostatacancer diagnostiseras i allt tidigare stadier och varför åldern vid diagnosen har sjunkit [1].

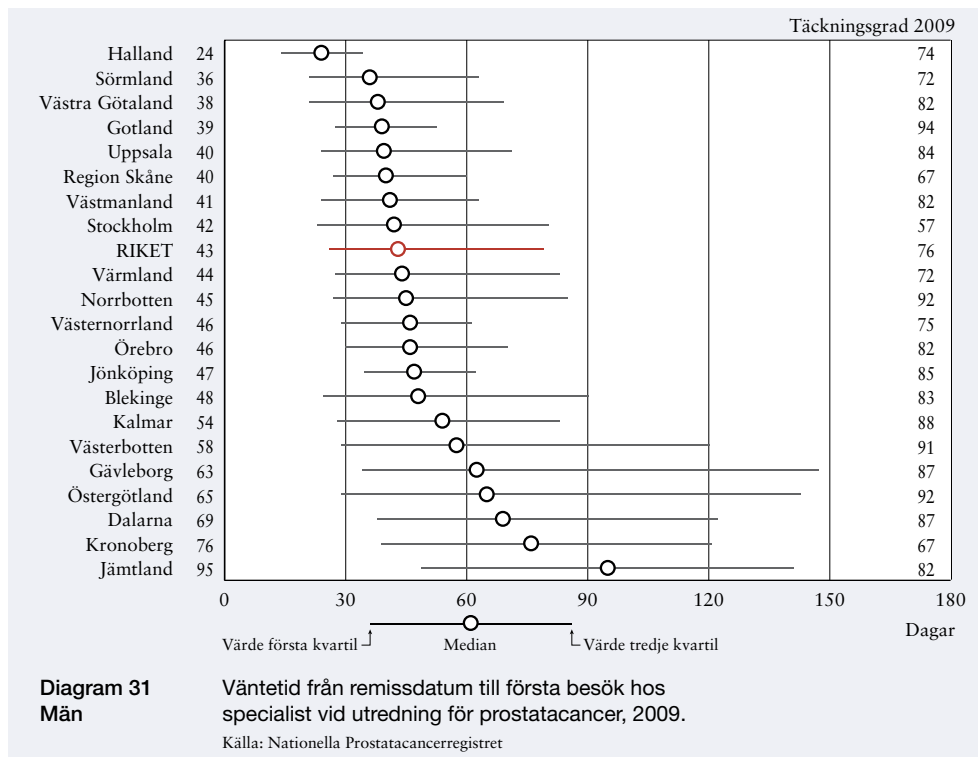
Risken att avlida av prostatacancer beror på tumörens stadium och grad. Allt fler män diagnostiseras i dag med små och väldifferentierade tumörer, och därför har den relativa femårsöverlevnaden ökat och är nu 86,5 procent. År 2009 dog 2 424 män av prostatacancer.

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

31 Väntetid till första besöket hos specialist

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

Enligt den nationella vårdgarantin ska remitterade patienter få sitt första specialistläkarbesök inom 90 dagar från det att remissen skickas. Prostatacancer är oftast en långsamväxande tumör, vilket innebär att väntetiden sällan är avgörande för be-



handlingens resultat. Till viss del kan man också bedöma behovet av en snabb utredning med hjälp av PSA-värdet som speglar tumörens utbredning. Men det första besöket bör ändå komma snabbt eftersom en lång väntetid innebär onödig oro för patienten.

Jämförelsen gäller tiden från det att remissen inkommer till urologkliniken, eller patienten själv kontaktar urologen, till dagen för det första besöket hos specialistläkaren.

Stapeln i diagram 31 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta till första besöket hos en specialist. 25 procent av patienterna fick sitt första besök inom 26 dagar, 50 procent inom 43 dagar och 75 procent inom 79 dagar. Det innebär att 25 procent av samtliga patienter med bekräftad prostatacancer väntade längre än 79 dagar på det första besöket till en specialist. Jämförelsen avser 7 753 män under 2009.

Det var stora variationer mellan landstingen. Exempelvis hade Halland kortast medianväntetid till det första besöket, och endast 25 procent av patienterna fick vänta mer än 34 dagar. Ingen väntetid fanns dock redovisad för 26 procent av fallen och därför är siffrorna osäkra.

I sju landsting fick minst 25 procent av patienterna vänta längre än tre månader för att komma till ett första besök. Det talar för att många landsting, under 2009, inte hade kapacitet att klara den tidsgräns på 90 dagar som finns uppsatt i vårdgarantin, trots att den kan anses vara rimlig.

Denna uppföljning tar inte hänsyn till män som under väntetiden erbjöds tid hos någon annan urologmottagning men tackade nej.

I sifferkolumnen till höger i diagrammet står hur stor andel som ingår i jämförelsen. Sifferkolumnen visar stora variationer mellan landstingen och en hög andel "bortfall" kan påverka de redovisade väntetiderna.

32 Skelettscintigrafi vid prostatacancer av lågrisktyp

Skelettscintigrafi är en isotopundersökning av skelettet som visar ben i omvandling, till exempel vid metastaser från prostatacancer. Syftet är att undersöka om prostatacancern har spridit sig till skelettet, vanligtvis ryggraden eller bäckenet.

En skelettscintigrafi behövs ytterst sällan vid lokaliserade lågrisktumörer. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prostatacancervård och i samtliga regionala vårdprogram anges därför att skelettscintigrafier inte ska utföras på män med lågrisktumörer [2]. Enstaka män kan dock ha symtom från skelettet som motiverar en scintigrafi, och därför är det rimligt att ett mindre antal skelettscintigrafier utförs bland män i denna grupp.

Diagram 32 visar att användningen av skelettscintigrafi sjönk kraftigt mellan år 2000 och 2009: från 38,4 procent av alla män med lågrisktumörer till 4,5 procent. Definitionen av en lågrisktumör framgår av bilaga 2, indikatorbeskrivning.

Jämförelsen avser 3 680 män som diagnostiserades under 2009. I vissa landsting diagnostiserades ganska få fall med lågrisktumörer, vilket avspeglas i de breda konfidensintervallen.

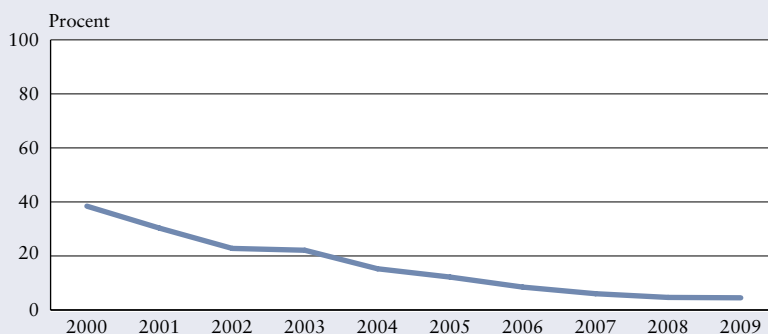


Diagram 32
Riket

Andel män med lokaliserad prostatacancer som genomgår skelettscintigrafi. Avser män med lågrisktumör. Trend 2000–2009

Källa: Nationella Prostatacancerregistret

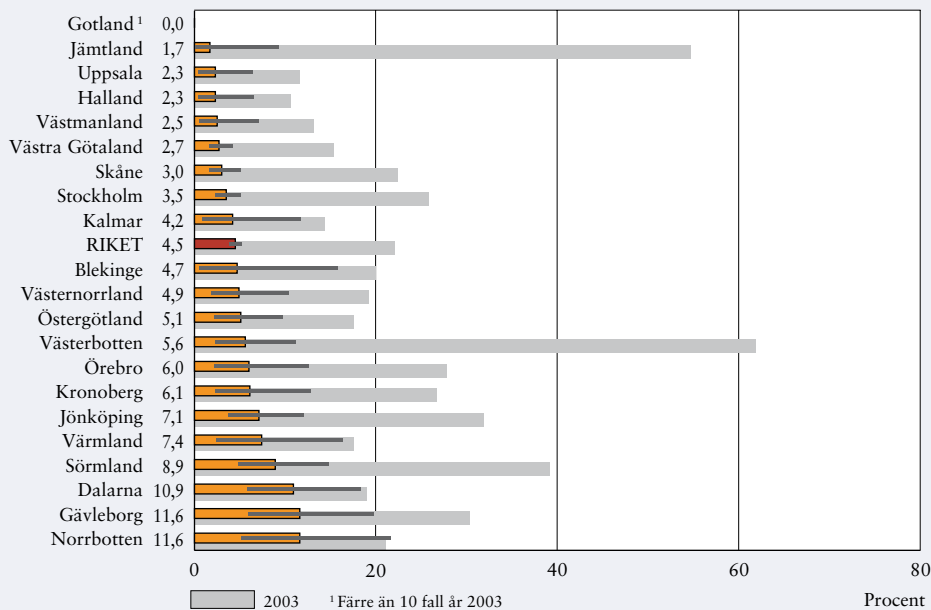
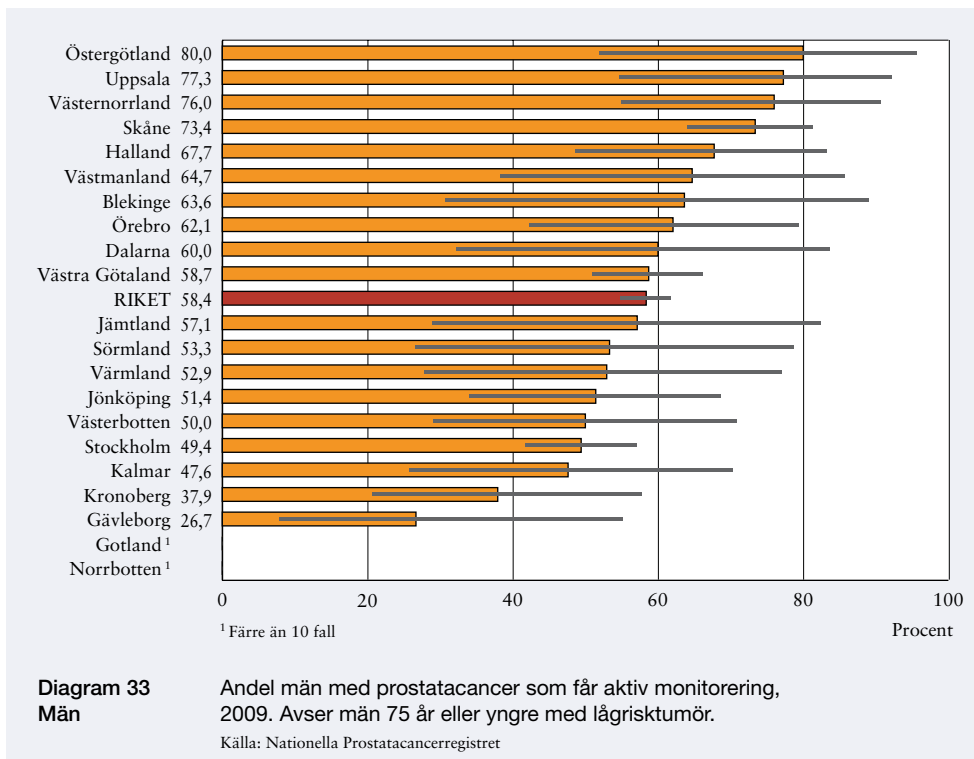


Diagram 32 Andel män med lokaliserad prostatacancer som genomgår skelettscintigrafi, 2009. Avser män med lågrisktumör.
Män Källa: Nationella Prostatacancerregistret

33 Aktiv monitorering vid prostatacancer av lågrisktyp

När det gäller män med lågriskkräftumörer är dödligheten i prostatacancer bara cirka 3 procent i upp till tio år efter diagnosen [16]. Den behandlingsstrategi som rekommenderas starkast i Socialstyrelsens nationella riktlinjer är aktiv monitorering för män med en förväntad överlevnad mellan 10–20 år och prostataektomi (bortopererande av prostata) eller strålterapi för män med en förväntad överlevnad över 20 år [2]. Aktiv monitorering innebär att man kontrollerar PSA (prostata-specifikt antigen) med täta intervall och gör biopsier (vävnadsprov) av prostatan med glesa intervall. Om det finns några tecken på tumörtillväxt opereras eller strålas patienten. Sedan riktlinjerna kom har kvalitetsregistret ytterligare avgränsat kriterierna för vilka lågriskkräftumörer som är aktuella för aktiv monitorering, vilket innebär att något färre män nu räknas till denna grupp.

Diagram 33 visar andelen män med lågriskkräftumörer (definitionen av en lågriskkräftumör framgår av bilaga 2, indikatorbeskrivning) som startade aktiv monitorering år 2009. Underlaget är 800 män som diagnostiserades 2009 och av dem fick 58,4 procent aktiv monitorering. Det finns en stor spridning mellan landstingen. Vissa landsting har också få fall, och resultaten måste då tolkas med försiktighet eftersom slumpen kan ha stort inflytande på ett enda års resultat.



Man kan konstatera att landets urologer inte är överens om vad som är den optimala behandlingen av prostatacancer i kategorin lågrisktumörer. Aktiv monitorering innebär dock att färre patienter överbehandlas, men kanske till priset av att en del män får sin behandling för sent.

Kvalitetsregistret ändrade registreringssättet inför 2009 och därför går det inte att göra någon jämförelse med tidigare års resultat.

34 Kurativ behandling vid prostatacancer av lokaliserad mellan- och högrisktyp

Vid mellanrisktumörer och framför allt högrisktumörer i prostatan är risken att dö betydligt större än vid lågrisktumörer, och därför brukar män med dessa former av prostatacancer erbjudas en kurativ behandling (definitionen av mellanrisktumör och högrisktumör framgår av bilaga 2, indikatorbeskrivning). Kurativ behandling innebär att prostatan opereras bort eller strålas med någon av flera olika tekniker. Detta gäller dock bara om cancern är lokaliserad, det vill säga avgränsad till prostatan och inte har spridit sig utanför denna. Här redovisas en uppföljning av män under 75 års ålder eftersom de oftast har mer än tio års förväntad överlevnad.

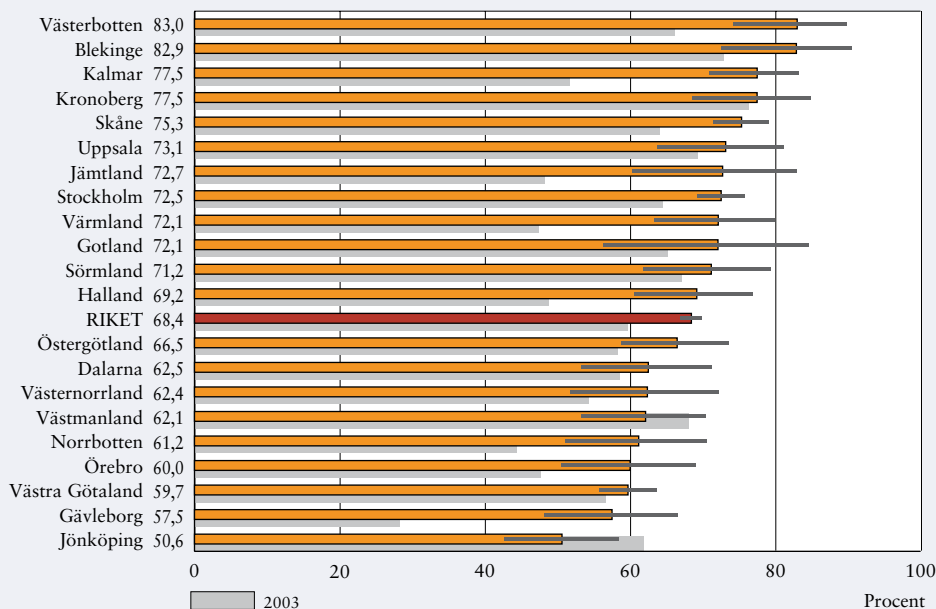


Diagram 34 Män Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande behandling, 2009. Avser män 75 år eller yngre med mellan- och högrisktumörer. Källa: Nationella Prostatacancerregistret

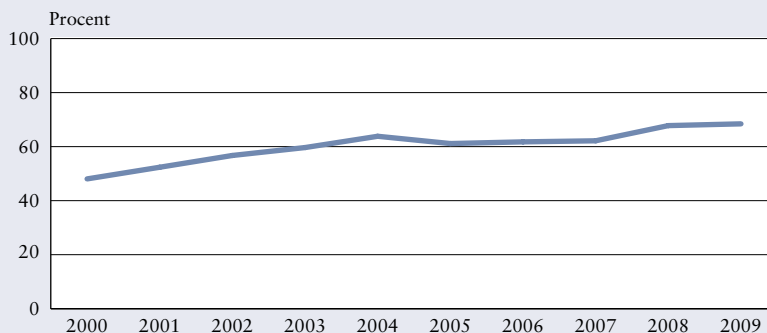


Diagram 34 Riket Andel män med prostatacancer som får kurativt syftande behandling. Avser män 75 år eller yngre med mellan- och högrisktumörer. Trend 2000–2009. Källa: Nationella Prostatacancerregistret

Diagram 34 visar andelen män med en lokaliserad mellan- eller högrisktumör som 2009 fick en kurativt syftande behandling. I denna grupp fanns 3 944 män under 75 år, varav 68,4 procent fick en sådan behandling. Variationen mellan landstingen var 50,6–83,0 procent. Andelen män med mellan- och högrisktumörer som får en kurativ behandling har ökat stadigt under 2000-talet, från som lägst 48,0 procent år 2000 till 68,4 procent 2009.

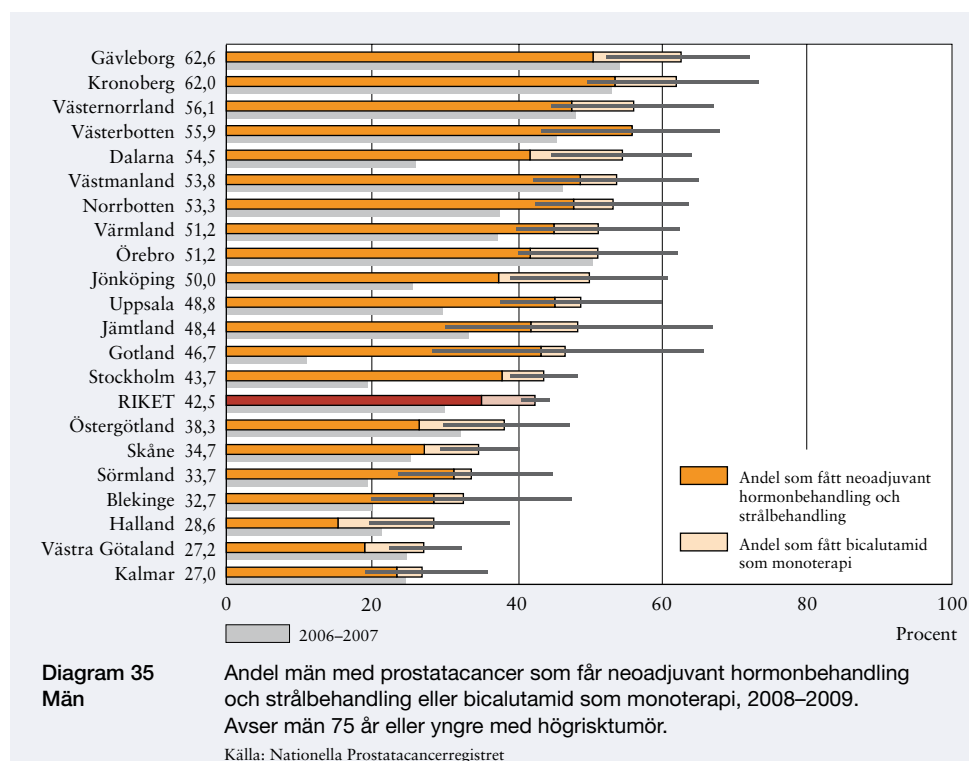
Vissa landsting har en andel som understiger riksgenomsnittet på nästan 70 procent, och där finns sannolikt en underbehandling av denna patientgrupp.

35 Behandling vid lokalt avancerad prostatacancer

Lokalt avancerad prostatacancer växer aggressivt och det finns risk för att den sprider sig. Tillståndet innebär en stor risk för förtida död, redan inom fem år efter diagnosen.

Det finns olika kurativt syftande behandlingar för denna patientgrupp. Den behandling som enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prostatacancervård har högst prioritet är en kombinationsbehandling: neoadjuvant hormonbehandling följt av extern strålbehandling [2]. Den kombinerade behandlingen rekommenderas till patienter med mer än fem års förväntad överlevnad. Patienter med begränsad förväntad överlevnad kan i stället få en ”bromsmedicin”, och i riktlinjerna fick anti-androgenerapi (läkemedel som blockerar testosteron, det manliga könshormonets stimulerande effekt på cancercellerna) med bicalutamid högsta rangordning.

Diagram 35 visar en ökning av antalet män med lokalt avancerade tumörer som får någon av dessa behandlingar, från 30,1 procent 2006–2007 till 42,5 procent 2008–2009. Enbart män 75 år och yngre ingår i jämförelsen som omfattar 2 550 män. Det fanns en mycket stor spridning mellan landstingen, 27,0–62,6 procent. Under



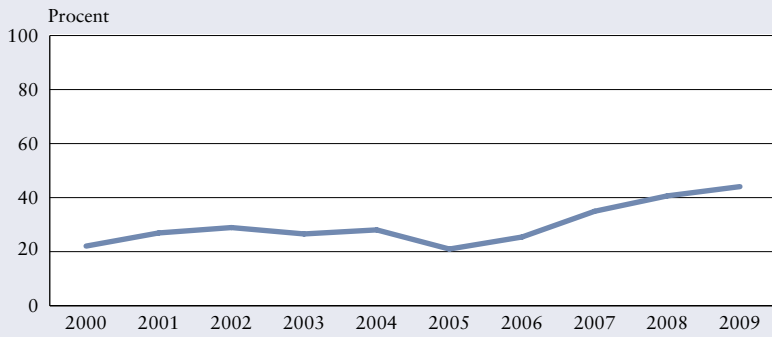


Diagram 35
Riket

Andel män med prostatacancer som får neoadjuvant hormonbehandling och strålbehandling eller bicalutamid som monoterapi. Avser män 75 år eller yngre med högrisktumör. Trend 2000–2009.

Källa: Nationella Prostatacancerregistret

jämförelseperioden ökade bägge behandlingsalternativen i alla landsting, vilket kan bero på att studier som bekräftade nyttan med dessa strategier publicerades under de här åren.

TJOCKTARMSCANCER

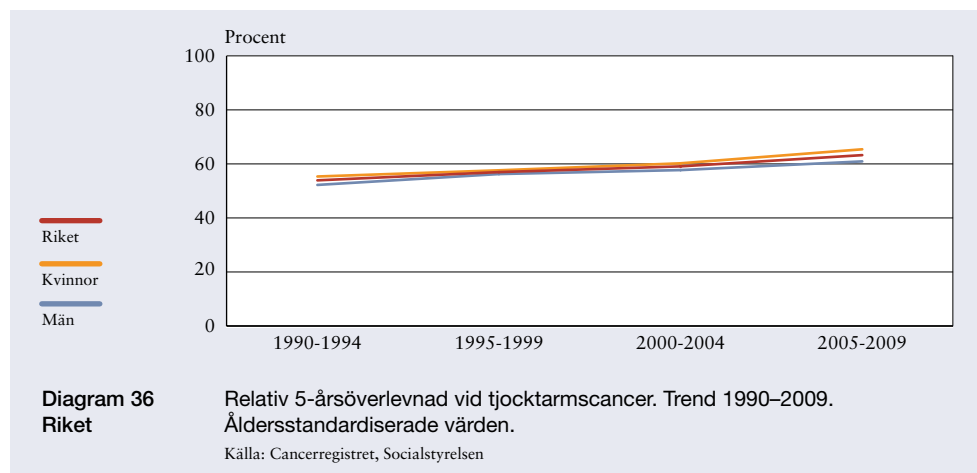
Statistik 2009	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	2 036	2 023
Andel av alla cancerfall	8 %	7 %
Prevalens, total	15 745	12 594
Relativ femårsöverlevnad	65,4 %	60,9 %
Antal dödsfall	907	886

Cancer i tjocktarmen, även kallad koloncancer, är den tredje vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor och män. År 2009 fick sammanlagt 4 059 personer tjocktarmscancer, 2 036 kvinnor och 2 023 män. I Sverige lever idag mer än 28 000 personer som har eller har haft tjocktarmscancer. Tjocktarmscancer är ovanligt i åldersgruppen under 49 år och av dem som insjuknar är cirka 75 procent över 65 år. Antalet nya fall i tjocktarmscancer har varit stabilt sedan 1990 men en svag tendens till ökning kan ses under perioden. Till viss del beror det på att befolkningen blir äldre.

Här redovisas resultatet för åtta indikatorer. Fem av dem berör resultaten under och efter operation eftersom de flesta patienter med tjocktarmscancer opereras. En indikator berör överlevnaden och två gäller de multidisciplinära konferenserna. Sju av indikatorerna bygger på uppgifter från Nationellt kvalitetsregister för koloncancer som startade 2007 och den åttonde bygger på data från cancerregistret. Jämförelsernas mätperioder omfattar två till tre år, nästan hela den tid som koloncancerregistret har funnit som ett nationellt kvalitetsregister. Därför går det inte att göra några jämförelser med tidigare års resultat.

36 Överlevnad vid tjocktarmscancer

Den relativa överlevnaden vid tjocktarmscancer har ökat för både män och kvinnor sedan 1990-talets början och under perioden 2005–2009 var den 65,4 procent för



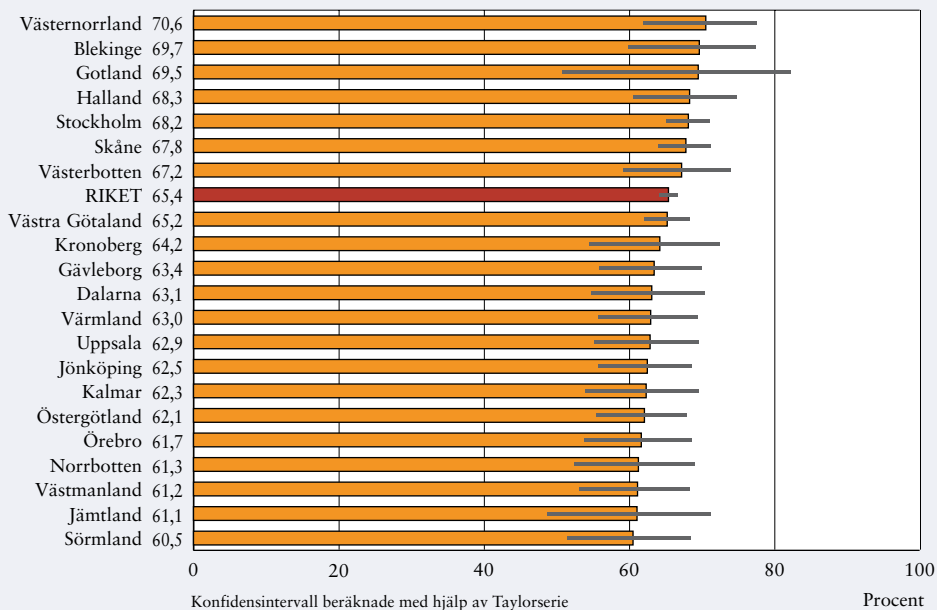


Diagram 36
Kvinnor

Relativ 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

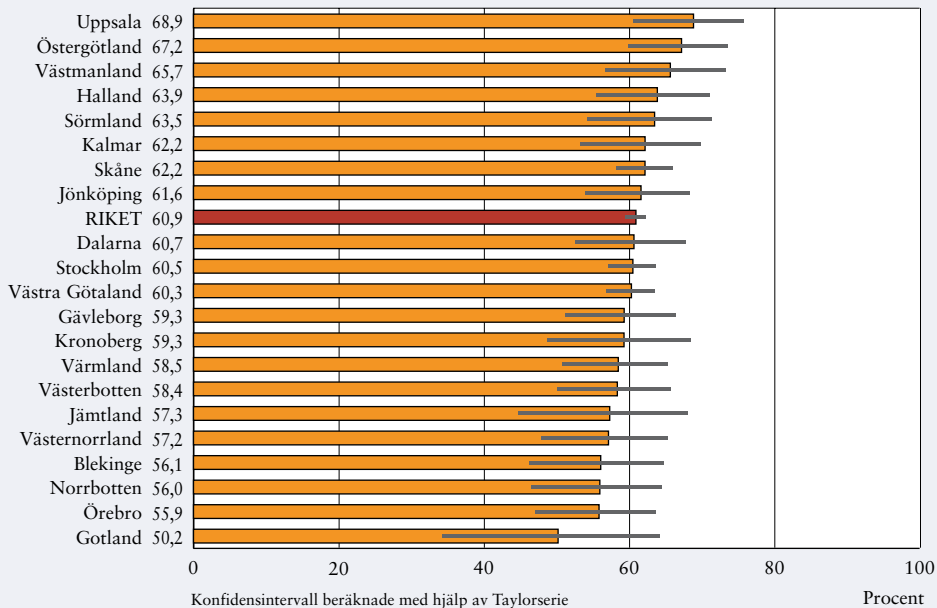
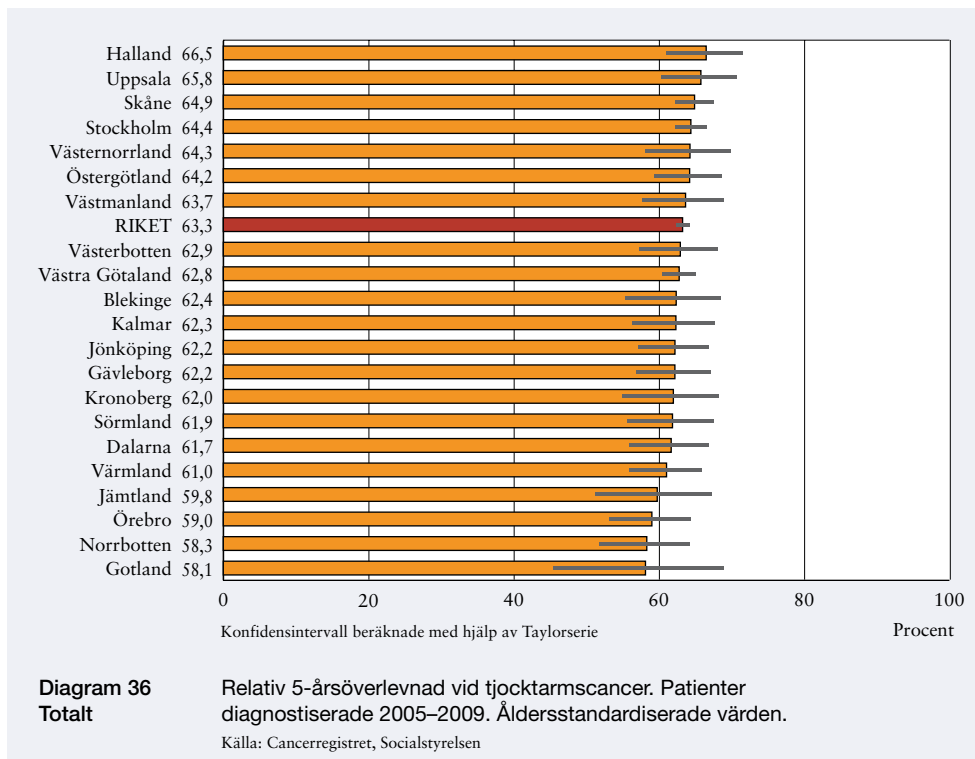


Diagram 36
Män

Relativ 5-årsöverlevnad vid tjocktarmscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen



kvinnor och 60,9 procent för män, det vill säga något högre bland kvinnorna. Av diagram 36 framgår att skillnaden mellan landstingen är större för männen: 50,2–68,9 procent jämfört med 60,5–70,6 procent för kvinnor.

37–38 Multidisciplinär konferens

Inför primärbehandlingen av tjocktarmscancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. Efter operationen har man en andra multidisciplinär konferens då specialisterna främst tar ställning till PAD-data (data från en patologisk anatomisk diagnos) från operationen och planerar den fortsatta onkologiska behandlingen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer rekommenderas en multidisciplinär konferens både inför behandlingsstart av en nyupptäckt tjocktarmscancer och efter operationen av tumören [2].

Enligt kolorektalregistret bör på sikt minst 90 procent av alla patienter få en multidisciplinär bedömning, både vid behandlingsstarten och efter operationen.

I diagram 37 och 38 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens i samband med behandlingsstarten av nyupptäckt cancer respektive

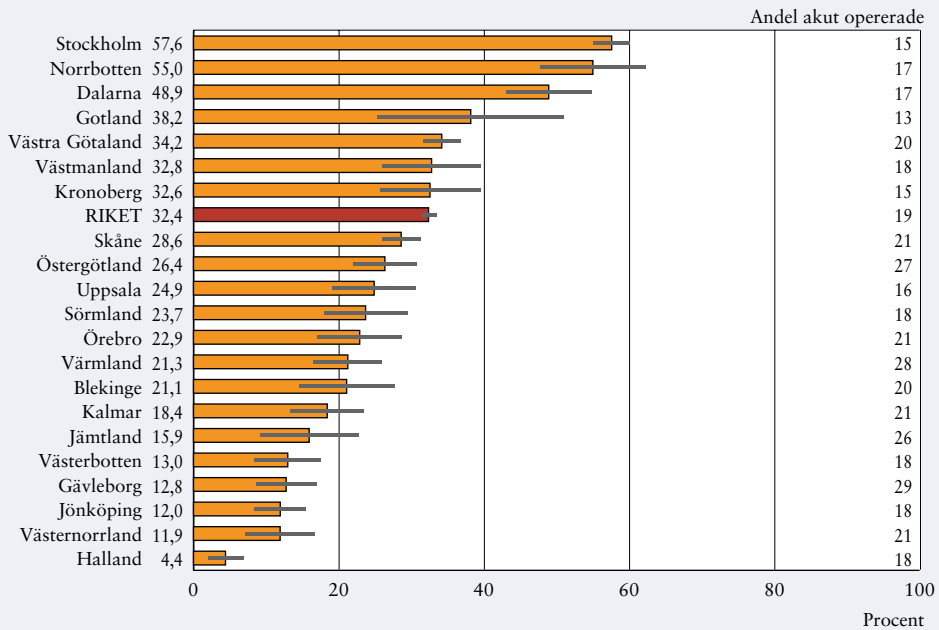


Diagram 37 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av tjocktarmscancer, 2008–2009.

Totalt

Källa: Nationella Koloncancerregistret

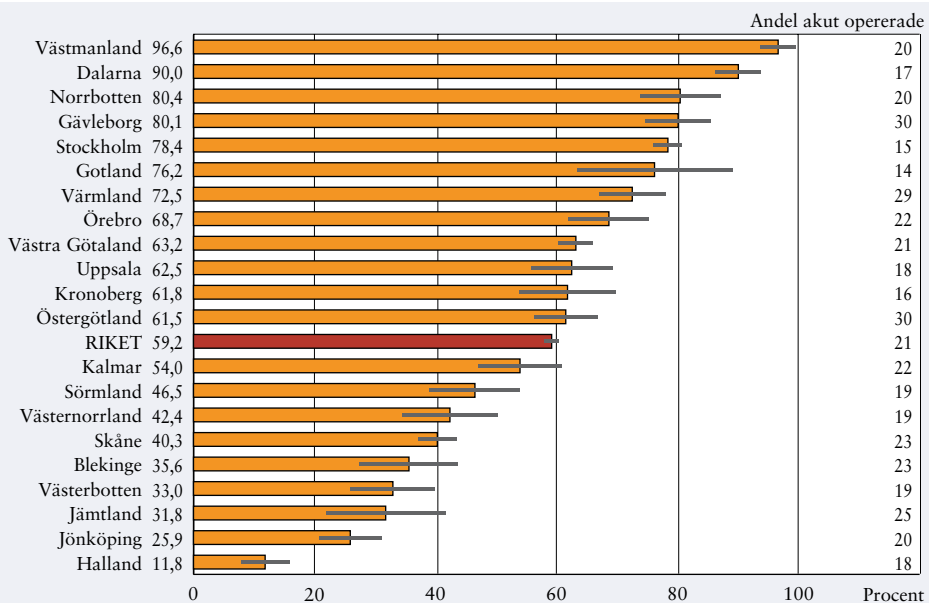


Diagram 38 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för tjocktarmscancer, 2008–2009.

Totalt

Källa: Nationella Koloncancerregistret

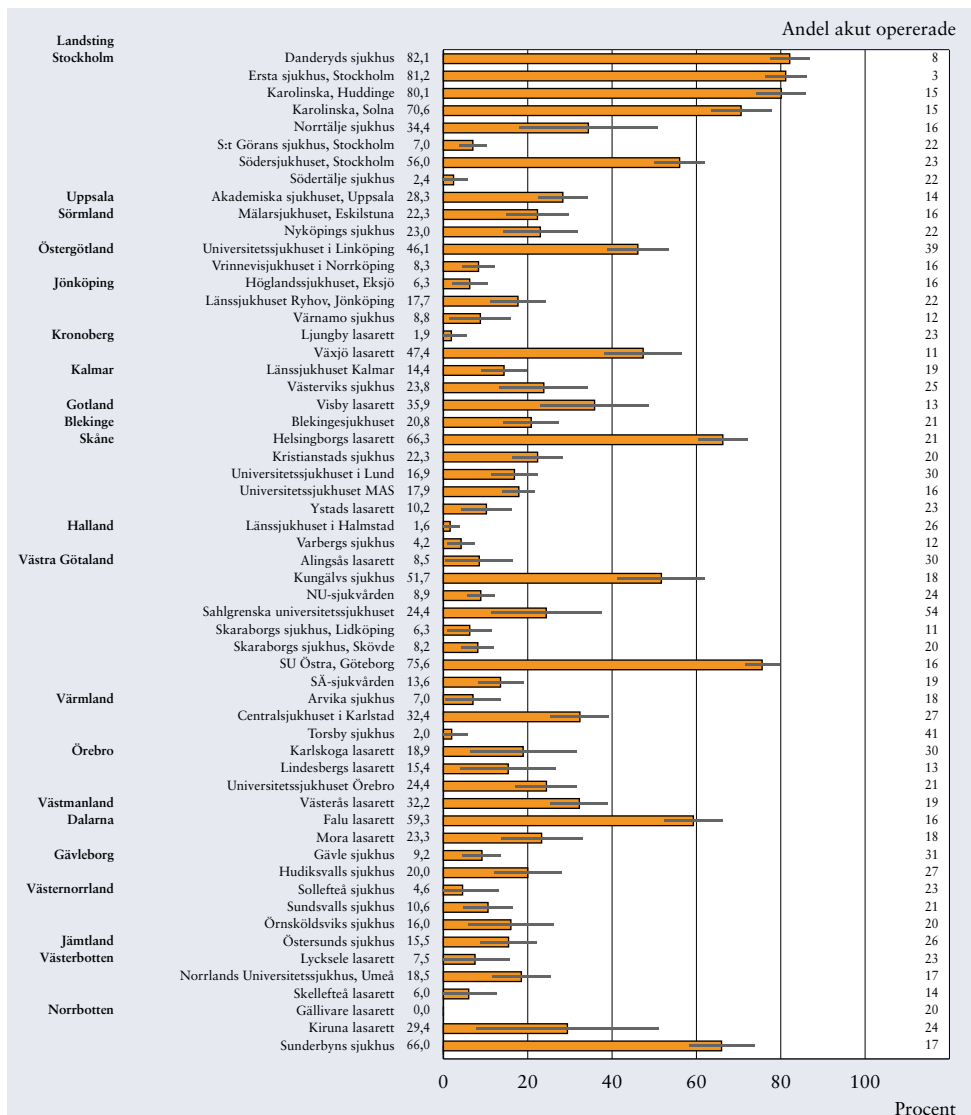


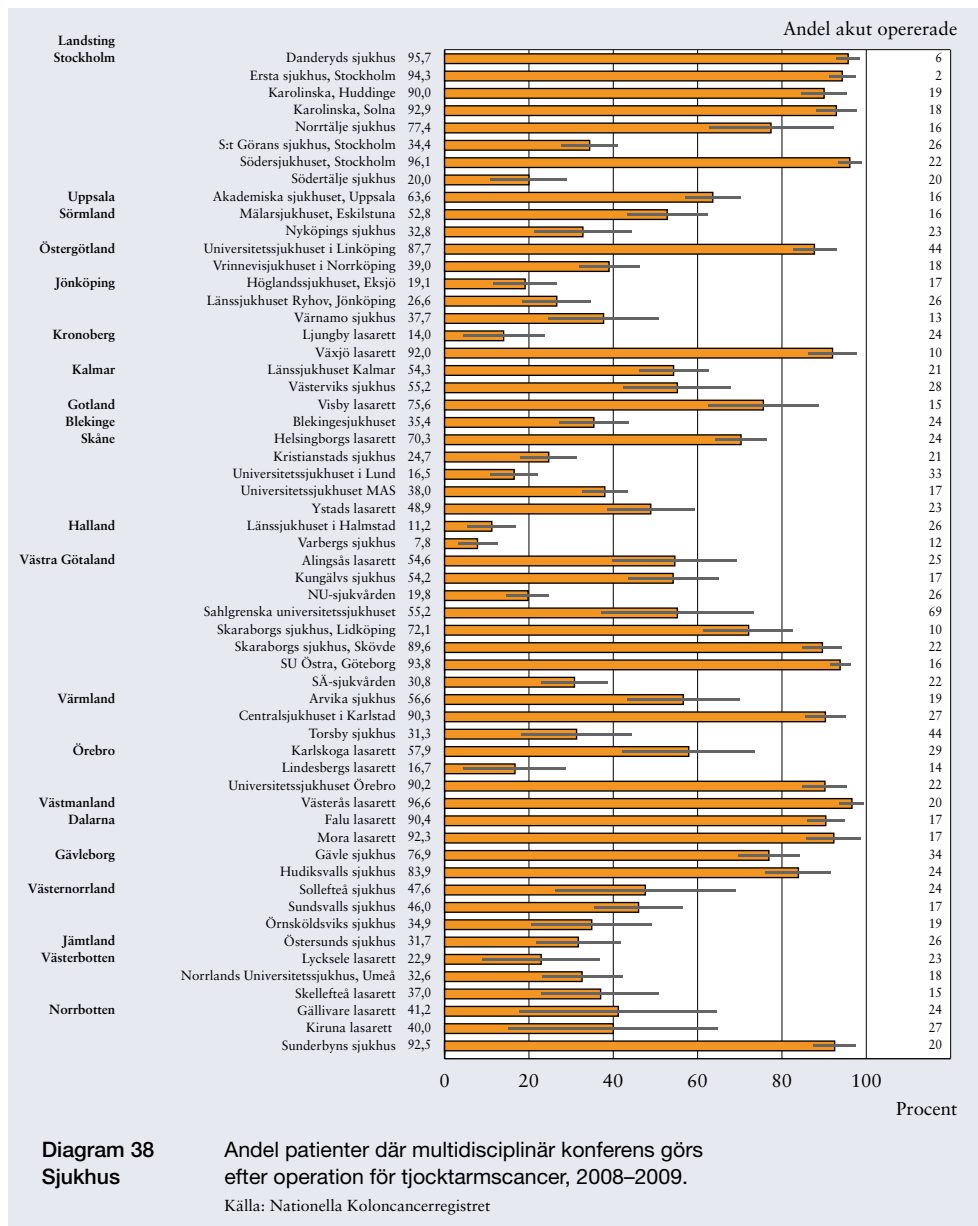
Diagram 37
Sjukhus

Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av tjocktarmscancer, 2008–2009.

Källa: Nationella Koloncancerregistret

efter en genomgången operation. Resultaten speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med tjocktarmscancer och i vilken grad denna erbjuds.

Diagram 37 visar att av 7 754 diagnostiserade personer 2008–2009 var det 32,4 procent som fick en bedömning genom en multidisciplinär konferens när de började behandlingen mot sin cancersjukdom. Variationen var mycket stor mellan lands-tingen: 4,4–57,6 procent. Situationen med dessa låga andelar är inte optimal. Det är bara cirka 6 procent av patienterna som inte opereras, men alla patienter bör ha en



multidisciplinär konferens även när en primäroperation av tumören är det självklara behandlingsalternativet.

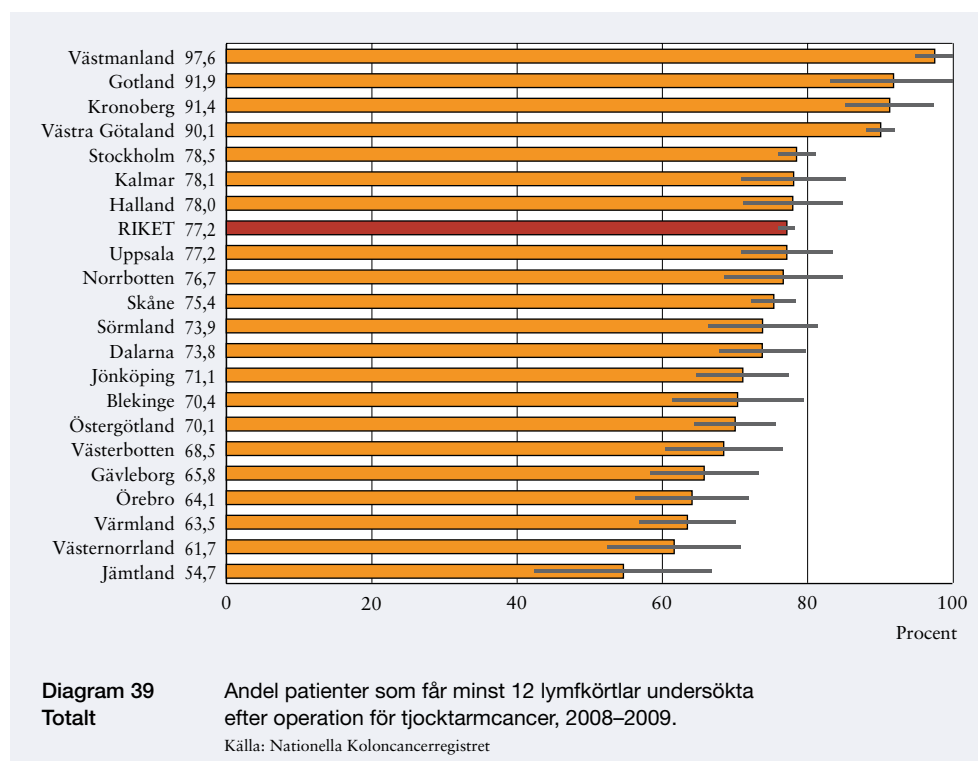
Diagram 38 visar att av 6 518 personer som opererades 2008–2009 var det 59,2 procent som fick en bedömning genom en multidisciplinär konferens efter primäroperationen för tjocktarmscancer. Variationen var dock mycket stor mellan landskapen: 11,8–96,6 procent.

Det finns vissa registreringsskillnader som påverkar resultaten i diagrammen. För det första finns det ingen enhetlig definition av vilka kompetenser som ska delta för att det ska räknas som en multidisciplinär konferens, och detta kan leda till skillnader mellan landstingen. Vissa landsting rapporterar endast de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av en multidisciplinär konferens. För det andra har landstingen även olika definitioner av vilka patientgrupper som behöver en multidisciplinär konferens.

Sifferkolumnen till höger i diagrammen visar andelen akuta operationer per landsting. Denna andel kan påverka hur stor andel av patienterna som får en bedömning genom en multidisciplinär konferens eftersom den inte är möjlig att genomföra vid akuta tillstånd. Men andelen multidisciplinära konferenser efter en operation ska inte påverkas av om operationen var akut eller planerad.

39 Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat

Efter primäroperationen av tjocktarmscancer skickas den bortopererade tarmen och tumören till ett patologilaboratorium för både en makroskopisk och en mikroskopisk undersökning. Undersökningen ska ge tydliga svar på vilken typ av tumör det gäller och vilket stadium den befinner sig i. Det är viktigt att få en korrekt klassifikation av tumören för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja



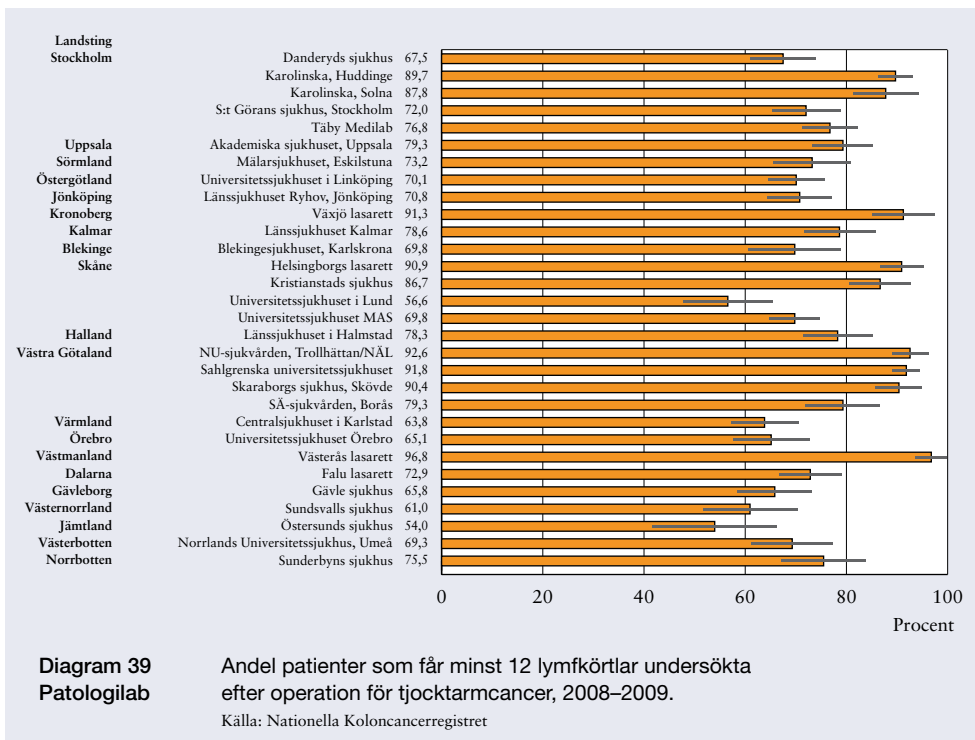


Diagram 39 Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta efter operation för tjocktarmcancer, 2008–2009.

Källa: Nationella Koloncancerregistret

den fortsatta behandlingen. Det finns vetenskapliga studier som visar att minst tolv lymfkörtlar bör undersökas från den bortopererade tarmen för att den diagnostiska kvaliteten ska bli acceptabel [17]. Undersökningen påverkas av tekniken i samband med operationen, det vill säga om kirurgen tar bort tarmen med tillräckligt goda marginaler, men också av patologens skicklighet i att analysera preparaten.

Diagram 39 visar att minst tolv lymfkörtlar undersöktes hos 77,2 procent av de 5 040 patienters vävnadsprov som analyserades under 2008–2009. Variationen mellan landstingen var dock stor: 54,7–97,6 procent. Diagrammet visar patientens hemort-landsting, inte vilket laboratorium som analyserade preparaten. Diagram 39 visar även en jämförelse mellan laboratorerna.

Koloncancerregistret har analyserat 2008 års data och kommit fram till att antalet undersökta lymfkörtlar inte påverkades av om preparatet togs vid en akut eller en planerad operation. Däremot fann man att provsvarets kvalitet sannolikt beror mer på patologens förmåga att analysera minst tolv lymfkörtlar än på preparatets storlek, eftersom kirurgin är ganska standardiserad [18].

Redovisningen omfattar en period av två år. Trots det innehöll kvalitetsregistret få inrapporterade fall, förutom från de större landstingen, vilket också avspeglar sig i breda konfidensintervall.

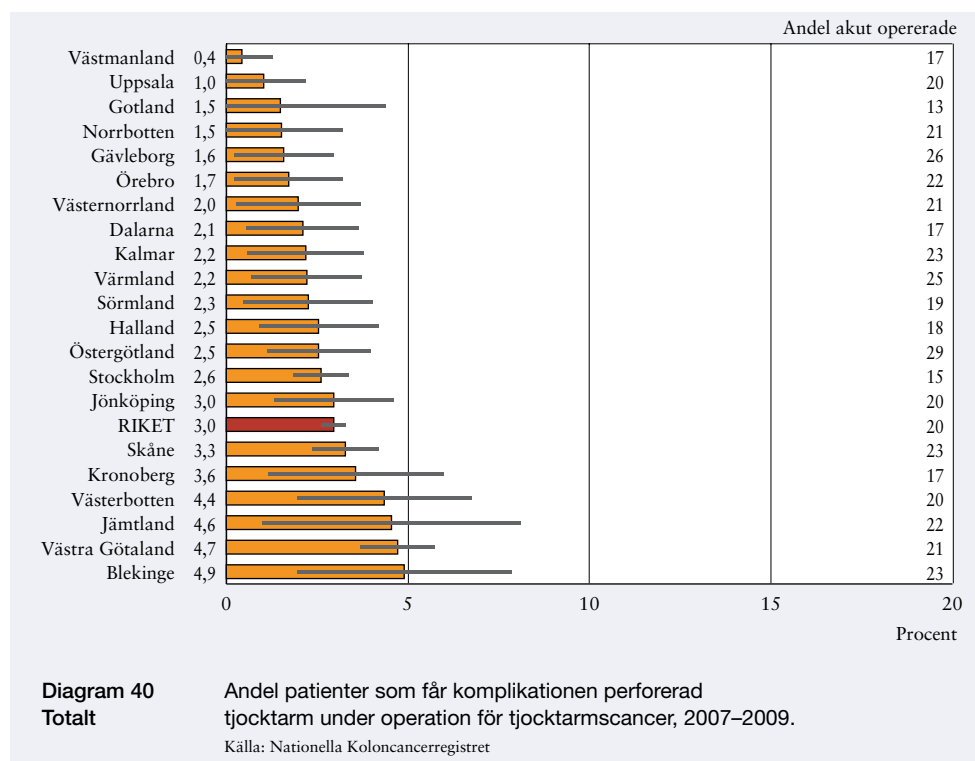
De landsting som har en andel som understiger 95 procent bör se över sina resurser, kanske främst på patologsidan.

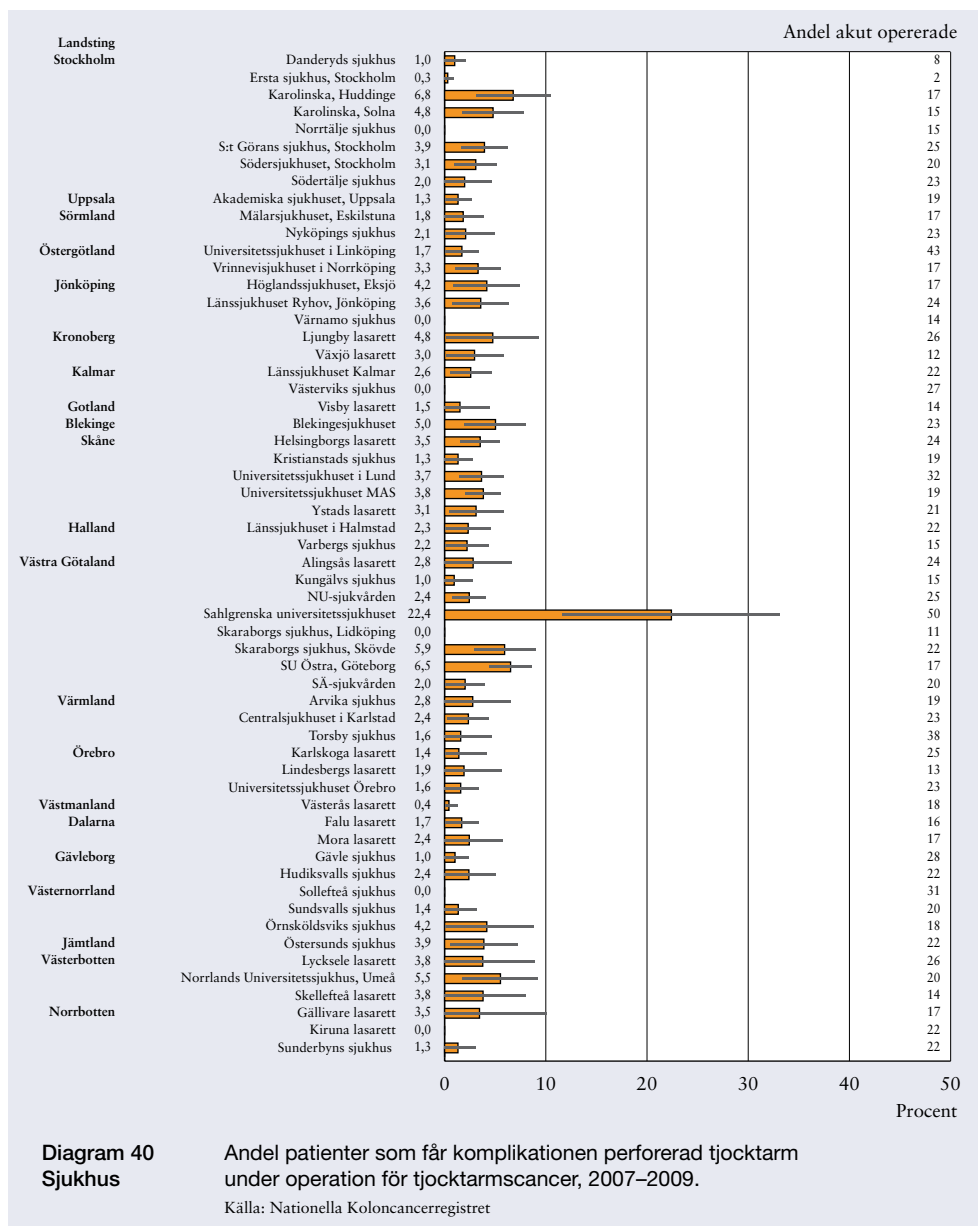
40 Komplikation i form av perforerad tarm under operation

Under operationen kan komplikationer inträffa och en viktig sådan är perforering av tjocktarmen. Om tarmen perforeras under operationen ökar risken för tumöråterfall i efterförloppet, vilket kan medföra lidande för patienten. Akuta operationer ökar risken för perforation.

I diagram 40 visas andelen operationer med komplikationen perforerad tjocktarm. I jämförelsen ingår 9 772 personer som opererades för tjocktarmscancer 2007–2009 och av dem fick 289 personer, motsvarande 3 procent, en tarmperforation under operationen. Variationen mellan landstingen var 0,4–4,9 procent, men den statistiska osäkerheten är stor.

En strävan är att minimera antalet komplikationer som beror på sjukvårdens åtgärder, som i detta fall en skada som inträffar under en pågående operation. Däremot kan antalet perforationer under operation aldrig vara noll eftersom komplikationen också kan orsakas av patientens sjukdomstillstånd, exempelvis som en följd av ett akut tarmvred.





41 Mer än 15 dagars vårdtid efter operation

Vårdtiden efter en operation bör inte vara längre än 15 dagar, förutsatt att vårdförloppet är okomplicerat. Antagandet bygger på koloncancerregistrets uppföljning 2008 som visade att medianvårdtiden vid primäroperationer av tjocktarmscancer var 7 dagar för de patienter som skrevs ut till hemmet och 14 dagar för dem som skrevs ut till en annan vårdinrättning [18].

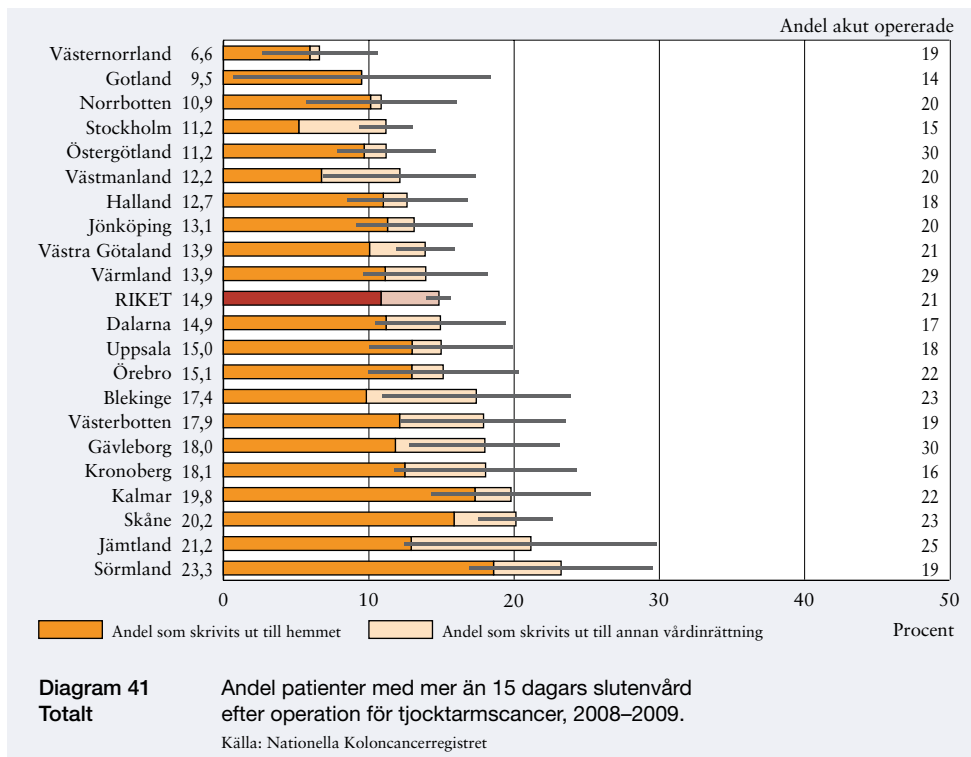
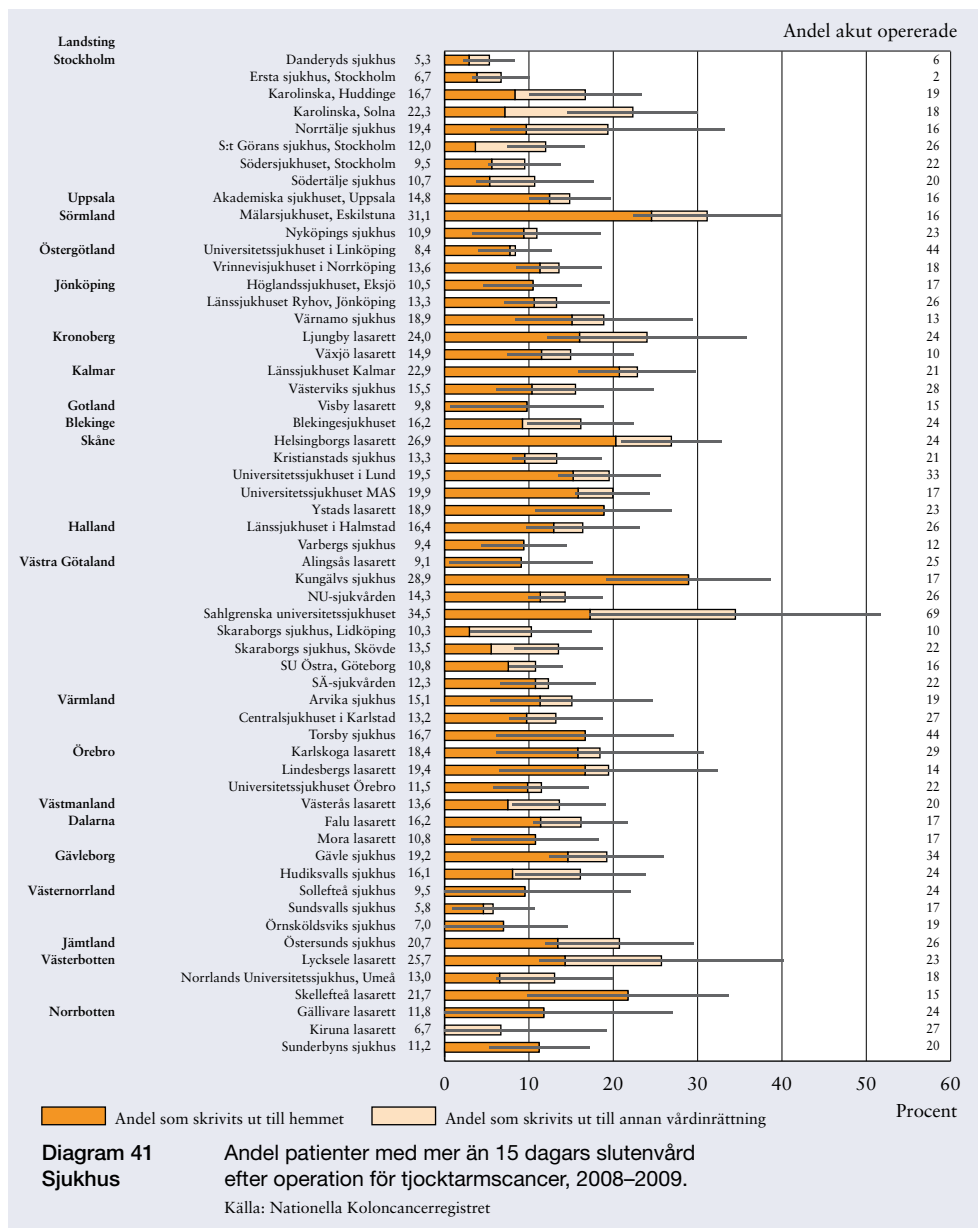


Diagram 41 jämför 6 518 personer som opererades 2008–2009. Av dem hade 968 personer eller 14,9 procent en vårdtid som översteg 15 dagar vid kirurgkliniken. Variationen mellan landstingen var dock stor: 6,6–23,3 procent. Diagrammet omfattar antalet opererade under två år, men konfidensintervallen är ändå breda eftersom alla utom de större landstingen hade få sådana fall.

Sifferkolumnen till höger i diagrammet visar andelen akut opererade. Andelen var ungefär lika stor i landsting som sällan vårdar patienterna i över 15 dagar som i landsting som oftare gör det. Riksgenomsnittet var 21 procent akuta operationer.

27 procent av patienterna med en vårdtid som översteg 15 dagar skrivs ut till en annan vårdinrättning, till exempel en annan klinik eller ett särskilt boende, men variationen mellan landstingen var stor: 6,7–53,5 procent.

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



42 Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation

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

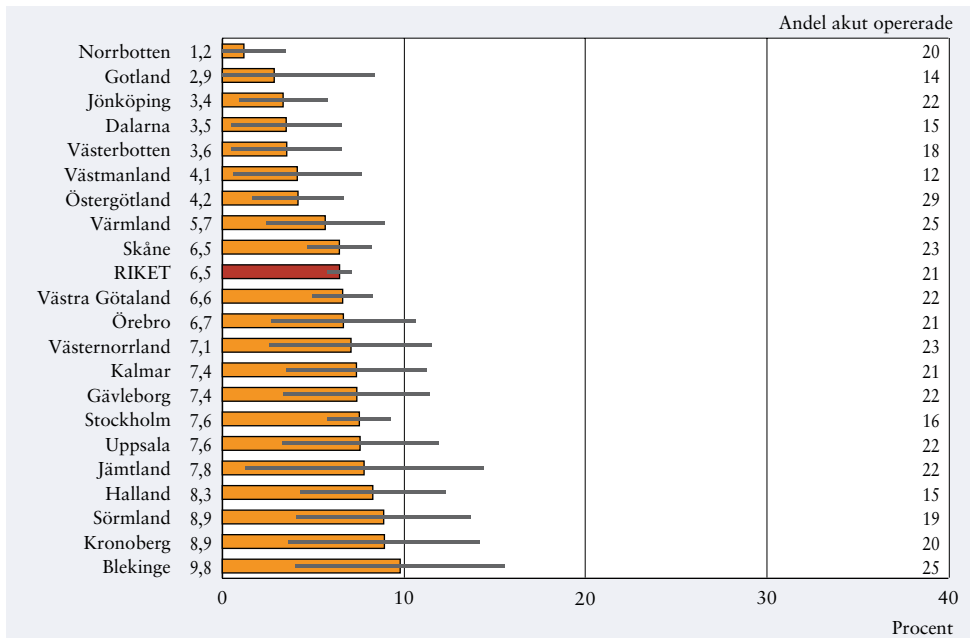


Diagram 42
Kvinnor

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, 2007–2009.

Källa: Nationella Koloncancerregistret

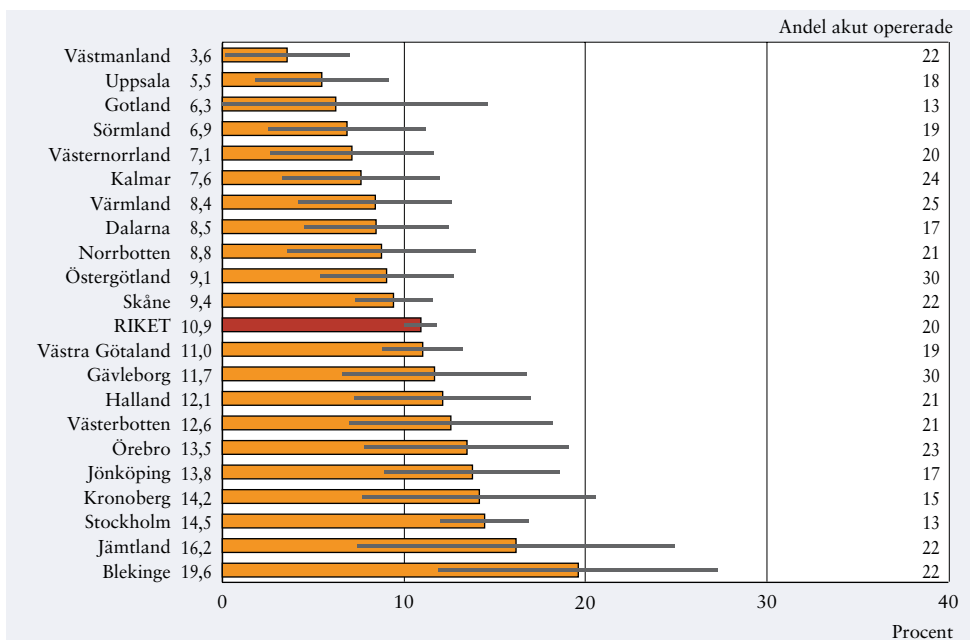
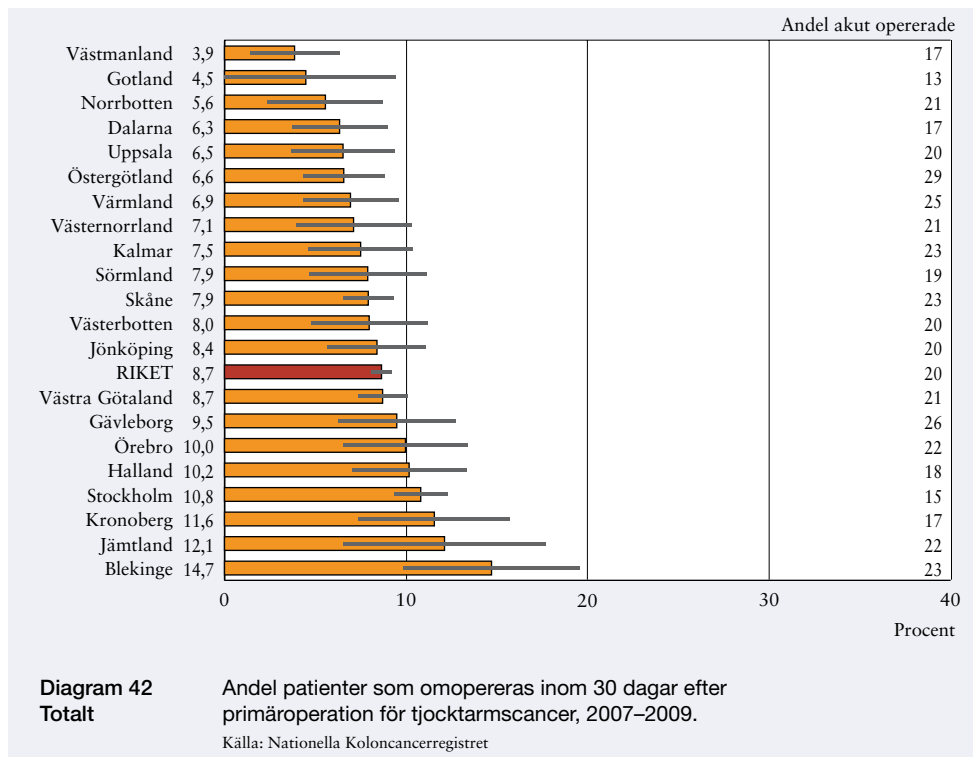


Diagram 42
Män

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, 2007–2009.

Källa: Nationella Koloncancerregistret



från tarmen. Omoperationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp [2].

I diagram 42 redovisas andelen omoperationer under 2007–2009. Av de 9 772 personer som primäropererades var det 845 som omopererades, vilket motsvarar 8,7 procent. Andelen varierar mellan landstingen: 3,9–14,7 procent. Nästan lika många kvinnor och män primäropererades under perioden, men fler män behövde en omoperation: 10,9 procent jämfört med 6,5 procent.

En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.

43 Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för koloncancer är andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen [2].

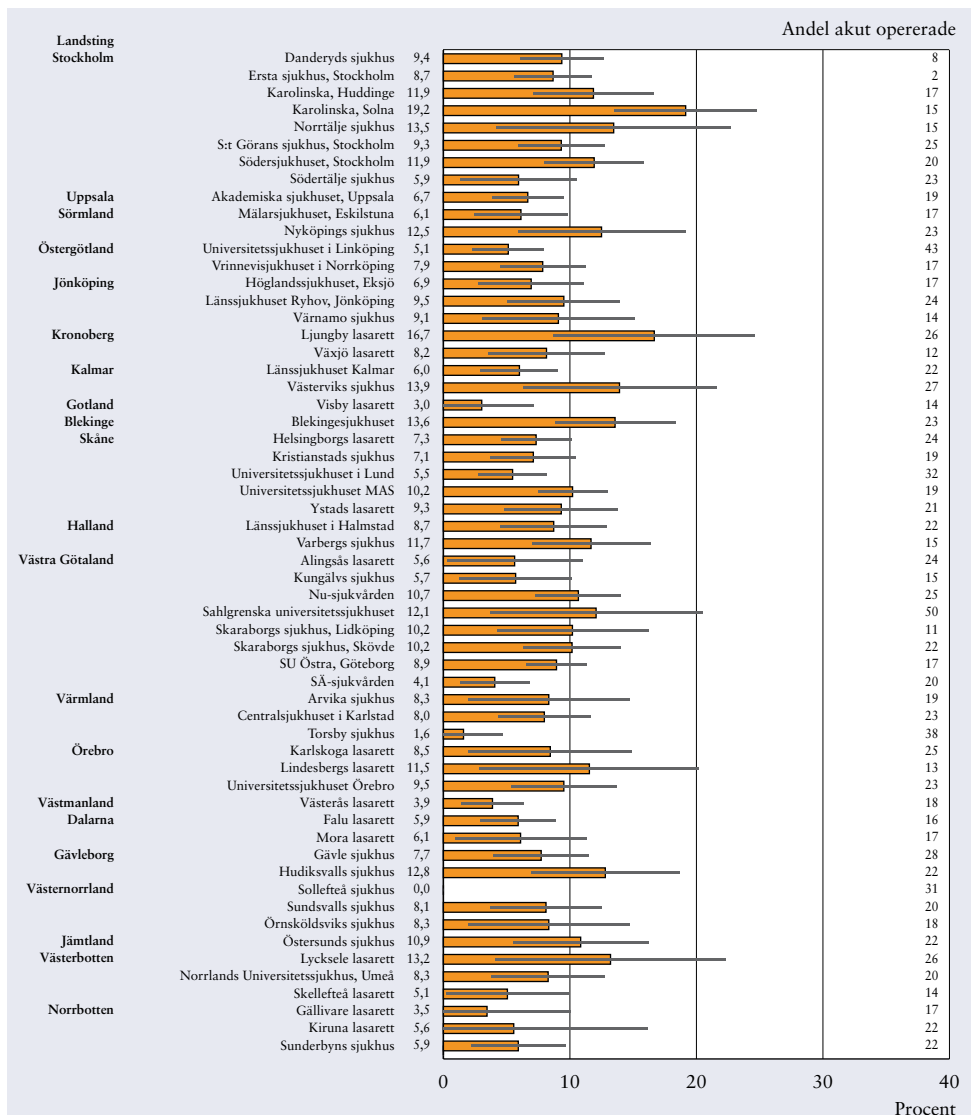
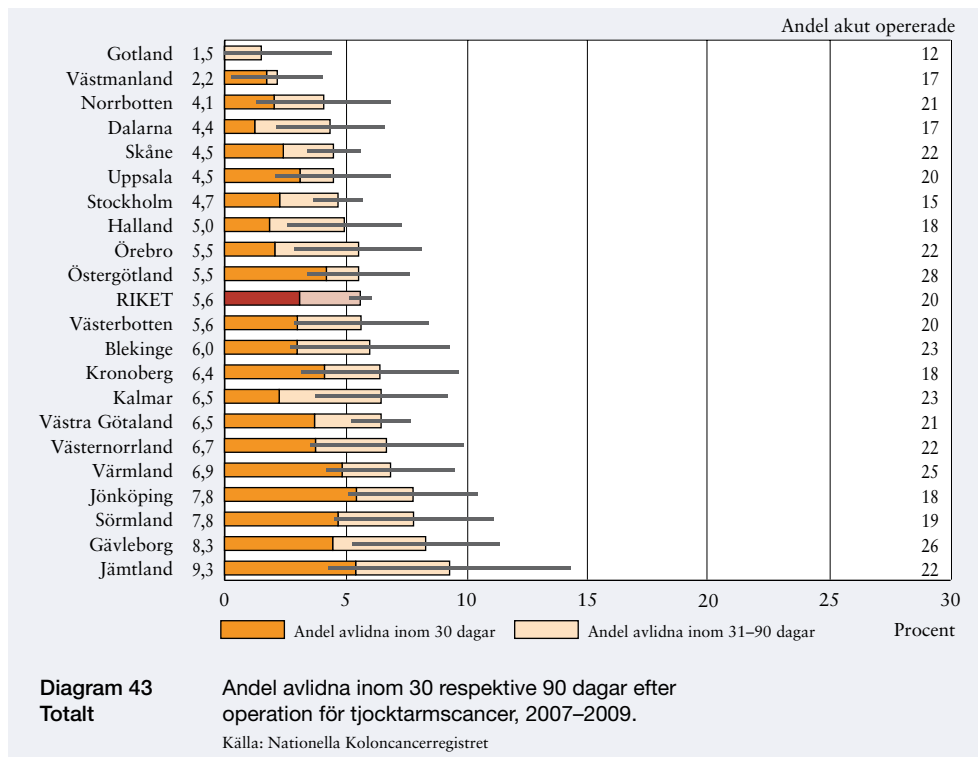


Diagram 42
Sjukhus

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för tjocktarmscancer, 2007–2009.

Källa: Nationella Koloncancerregistret

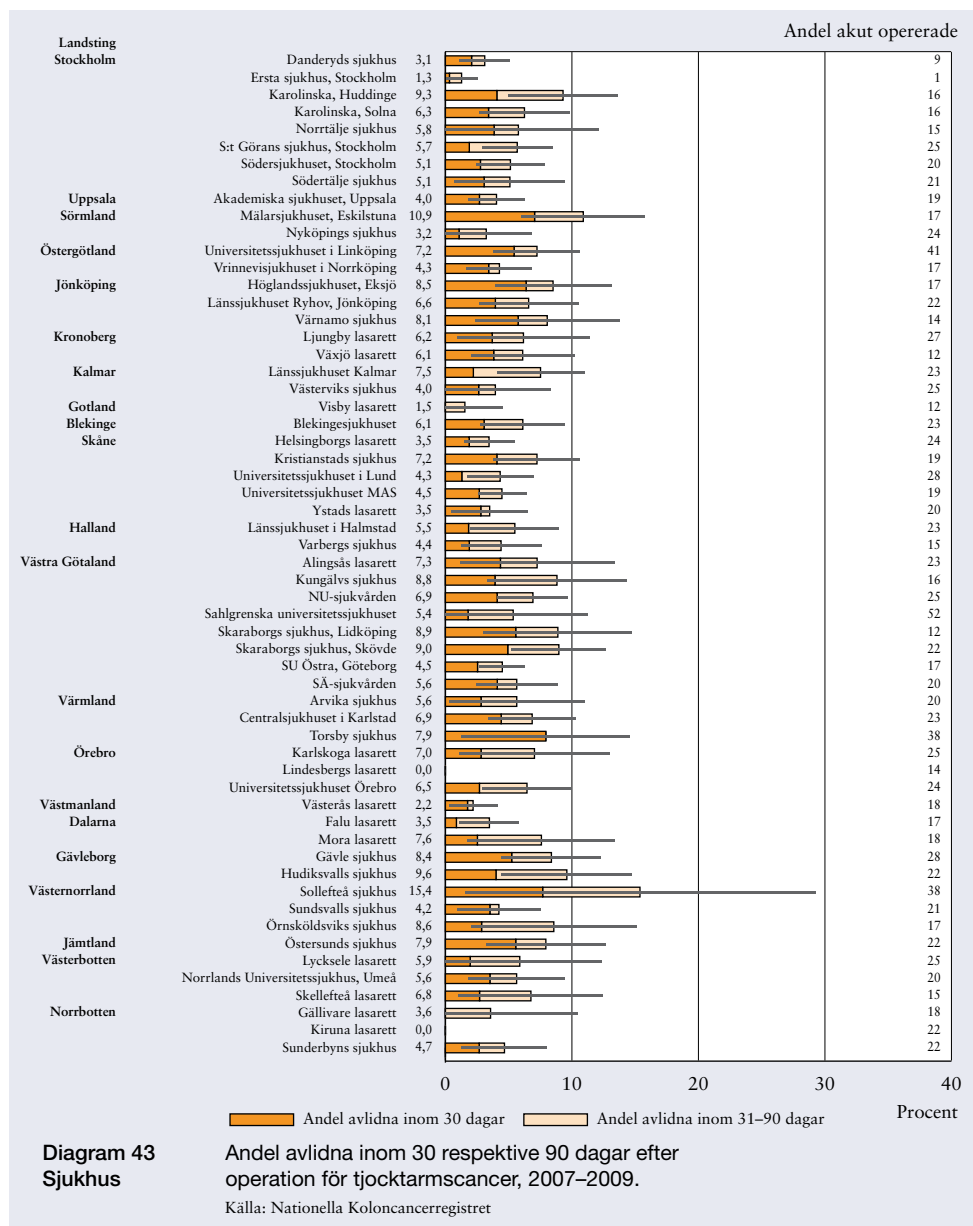
I diagram 43 återges landstingens resultat för perioden 2007–2009. Jämförelsen omfattar 9 364 patienter som under perioden genomgick så kallad resektionskirurgi, vilket omfattar cirka 90 procent av alla som opererades. Den delade stapeln i diagrammet redovisar utfallet för andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar. 290 personer avled inom 30 dagar efter operationen, och totalt 525 personer avled inom 90 dagar, vilket motsvarar 5,6 procent. Andelen avlidna inom 90 dagar var 1,5–9,3 procent men den statistiska osäkerheten är stor. Det går inte att göra någon jäm-



Tabell 1					
Landsting	Oddsquot	95 % Konfidensintervall	Landsting	Oddsquot	95 % Konfidensintervall
Stockholm	0,96	0,74–1,23	V. Götaland	1,11	0,88–1,40
Uppsala	0,91	0,51–1,62	Värmland	1,29	0,83–2,00
Sörmland	1,26	0,77–2,06	Örebro	1,01	0,60–1,72
Östergötland	0,94	0,61–1,43	Västmanland	0,41	0,17–1,03
Jönköping	1,23	0,83–1,84	Dalarna	0,92	0,53–1,61
Kronoberg	0,95	0,54–1,67	Gävleborg	1,46	0,94–2,25
Kalmar	0,96	0,60–1,55	Västernorrland	1,27	0,75–2,16
Gotland	0,30	0,04–2,21	Jämtland	1,78	0,95–3,33
Blekinge	1,07	0,58–1,96	Västerbotten	1,05	0,61–1,81
Region Skåne	0,79	0,60–1,05	Norrbottnen	0,70	0,34–1,45
Halland	0,76	0,45–1,29			

föreelse med tidigare år eftersom koloncancerregistret startade 2007. Resultatet för riket är dock i linje med de resultat som förekommer internationellt.

Till höger i diagrammet anges andelen patienter som opererades akut och som löper en högre risk för att avlida efter operationen. Av de patienter som avled inom



90 dagar efter operationen hade cirka 20 procent opererats akut, med variationen 12-28 procent.

Andelen avlidna påvekas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancers svårighetsgrad. Tabell 1 redovisar oddskvoten när hänsyn har tagits till ålder, kön och tumörstadium, fördelat på landsting. Värdet 1 motsvarar riksgenomsnittet. Ett värde under 1 anger att andelen avlidna inom 90 dagar understiger riksgenomsnittet och ett värde över 1 anger att andelen överstiger riksgenomsnittet.

ÄNDTARMSCANCER

Statistik 2009	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	888	1 233
Andel av alla cancerfall	3 %	4 %
Prevalens, total	7 991	8 426
Relativ femårsöverlevnad	64,1 %	60,9 %
Antal dödsfall	344	451

Cancer i ändtarmen, även kallad rektalcancer, är vanligare bland män än kvinnor. År 2009 drabbades sammanlagt 2 121 personer, 888 kvinnor och 1 233 män. I Sverige lever idag omkring 16 400 personer som har eller har haft ändtarmscancer. Sjukdomen är relativt ovanlig före 50 års ålder.

Här redovisas resultatet för elva indikatorer. Sju av dem berör resultaten i samband med och efter operation. Urvalet av indikatorer belyser alltså i hög grad kvaliteten vid operationerna eftersom de flesta personer med ändtarmscancer opereras. De övriga fyra indikatorerna berör överlevnaden, andelen återfall inom fem år efter operationen och multidisciplinära konferenser. Tio av indikatorerna bygger på uppgifter från Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer som startade 1995. En indikator innehåller data från cancerregistret.

44 Överlevnad vid ändtarmscancer

Den relativa femårsöverlevnaden vid ändtarmscancer har ökat för både män och kvinnor sedan 1990-talets början. Diagram 44 visar att den var 64,1 procent för kvinnor och 60,9 procent för män, det vill säga något högre för kvinnor, under perioden 2005–2009. Spridningen mellan landstingen var dock mycket stor: 48,6–81,8 procent för kvinnor och 55,2–77,5 procent för män.

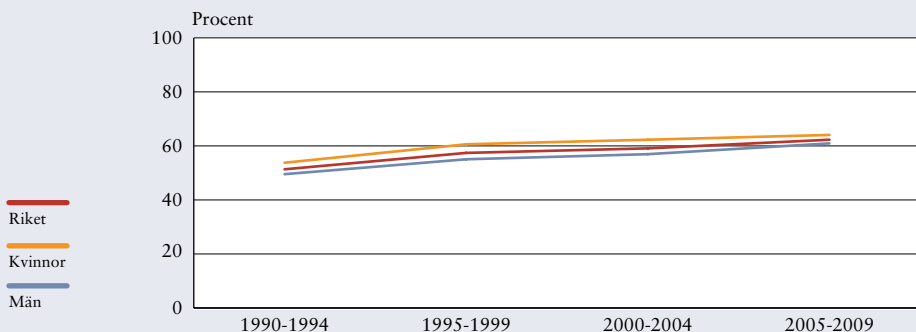


Diagram 44
Riket

Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Trend 1990-2009.
Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

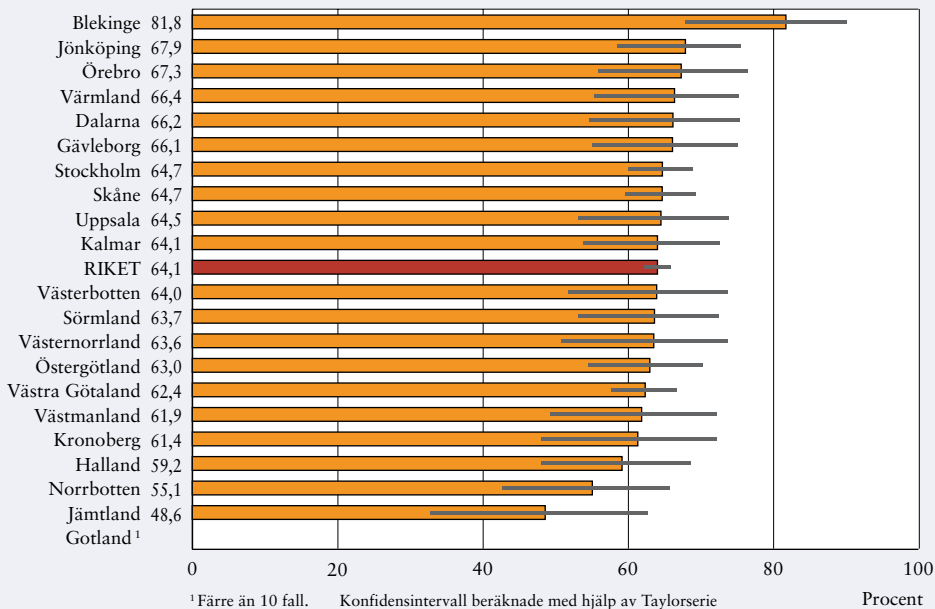


Diagram 44
Kvinnor

Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

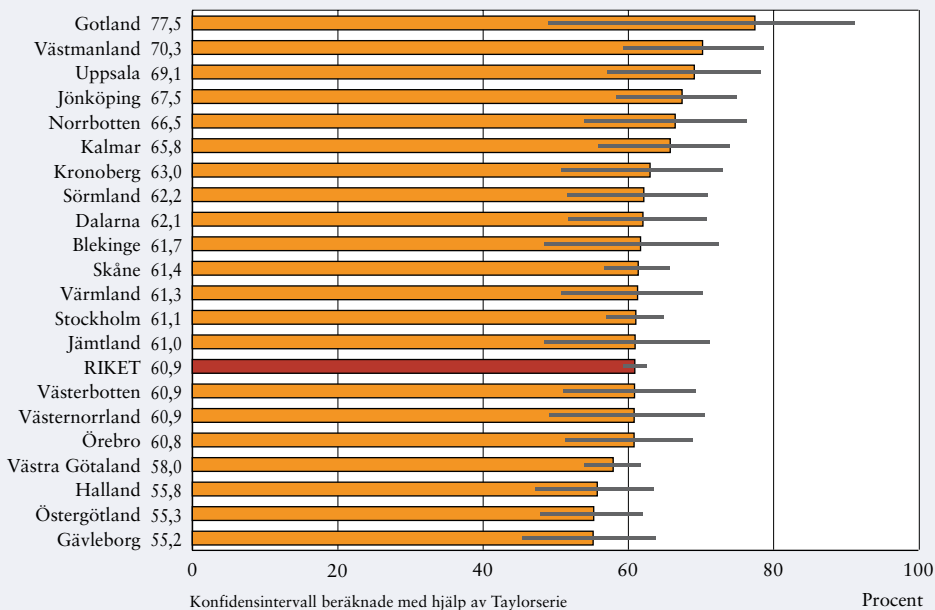


Diagram 44
Män

Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

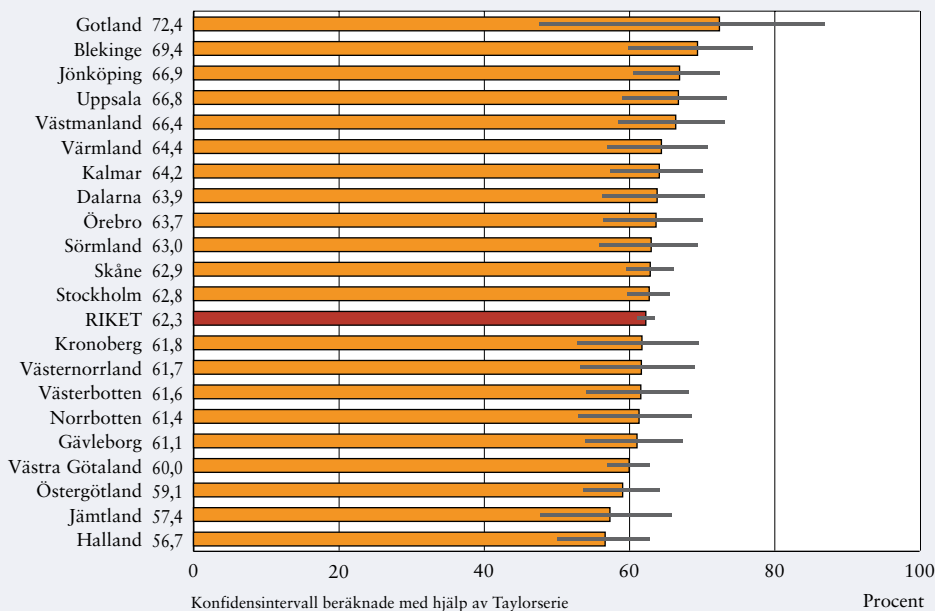


Diagram 44 Relativ 5-årsöverlevnad vid ändtarmscancer. Patienter
Totalt diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

45–46 Multidisciplinär konferens

Inför primärbehandlingen av ändtarmscancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. Efter operationen har man en andra multidisciplinär konferens då specialisterna främst tar ställning till PAD-data (data från en patologisk anatomisk diagnos) från operationen och planerar den fortsatta onkologiska behandlingen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer rekommenderas en multidisciplinär konferens både inför behandlingsstart av en nypupptäckt ändtarmscancer och efter operationen av tumören [2].

Rektalcancerregistret har också ett långsiktigt mål som anger att minst 90 procent av patienterna med ändtarmscancer ska få en multidisciplinär bedömning både vid behandlingsstarten och efter primäroperationen.

I diagram 45 och 46 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens i samband med behandlingsstarten respektive efter en genomgången operation. Resultaten speglar om sjukhus och landsting har en struktur för omhändertagandet av patienter med ändtarmscancer och i vilken grad denna erbjuds.

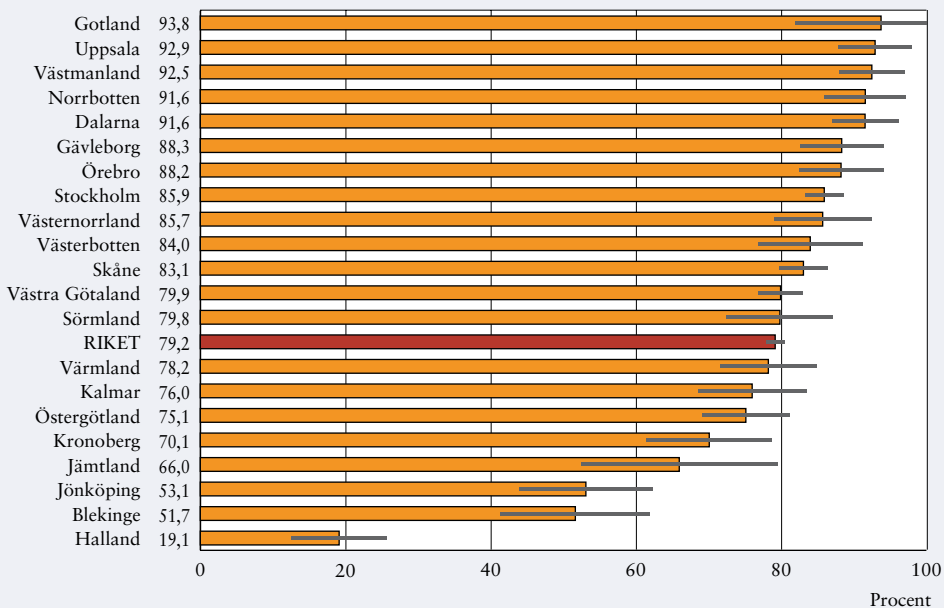


Diagram 45 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av ändtarmscancer, 2008–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

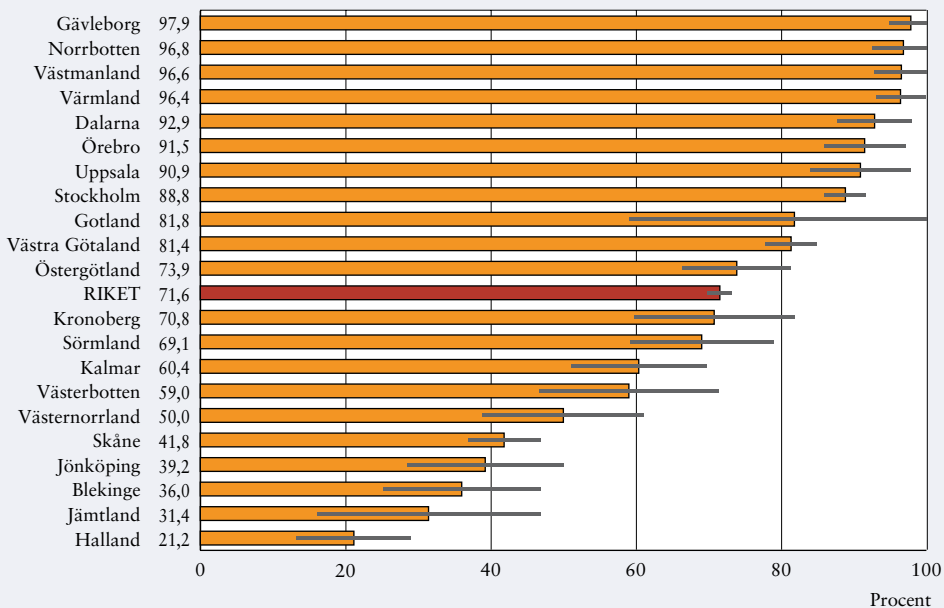


Diagram 46 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för ändtarmscancer, 2008–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

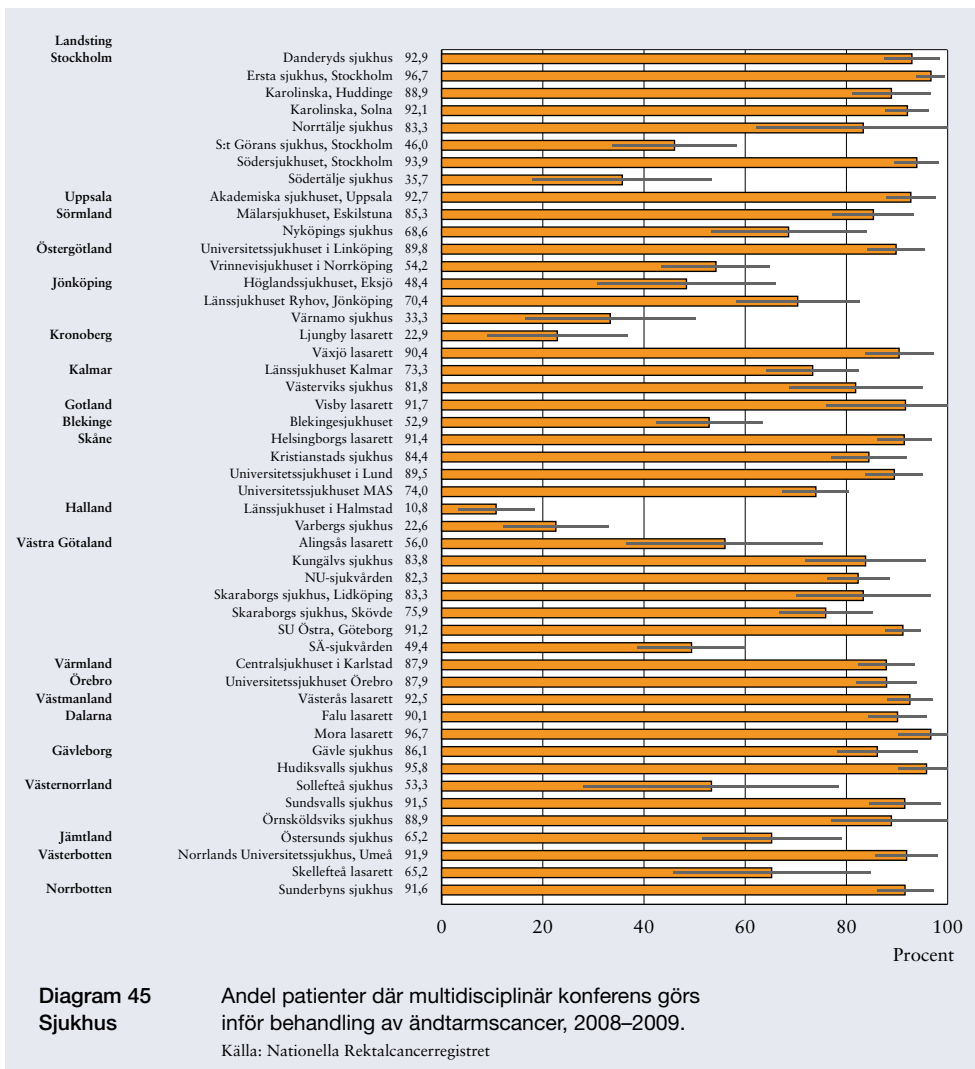


Diagram 45 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandling av ändtarmscancer, 2008–2009.
Sjukhus

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

Diagram 45 visar att av 3 807 diagnostiserade personer 2008–2009 var det 79,2 procent som fick en multidisciplinär bedömning i samband med att de började en behandling mot sin cancersjukdom. Variationen var stor mellan landstingen: 51,7–93,8 procent. Ett landsting avvek med en andel på endast 19,1 procent.

En uppföljning från rektalcancerregistret 2009 visar att endast 58 procent av dem som är 85 år och äldre fick en bedömning vid en multidisciplinär konferens före behandlingsstarten av nypupptäckt cancer [19].

Diagram 46 visar att av 2 738 personer som opererades 2008–2009 var det 71,6 procent som fick en bedömning vid en multidisciplinär konferens efter primäroperationen för ändtarmscancer. Variationen var dock mycket stor mellan landstingen:

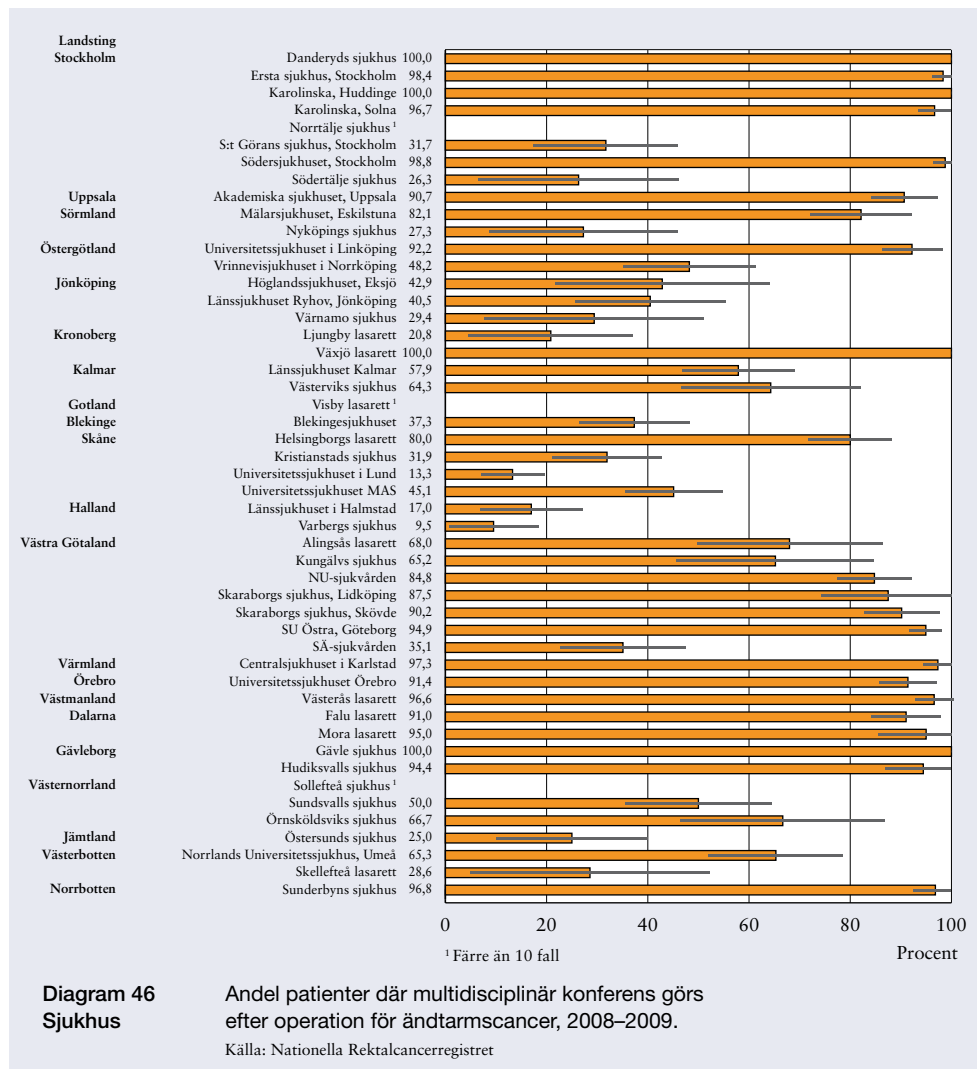


Diagram 46
Sjukhus

Andel patienter där multidisciplinär konferens görs efter operation för ändtarmscancer, 2008–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

21,2–97,9 procent. Det är främst de äldre som inte får en bedömning. Uppgifter från rektalcancerregistret visar att endast 54 procent av de som är 85 år och äldre fick en multidisciplinär bedömning efter operationen [19].

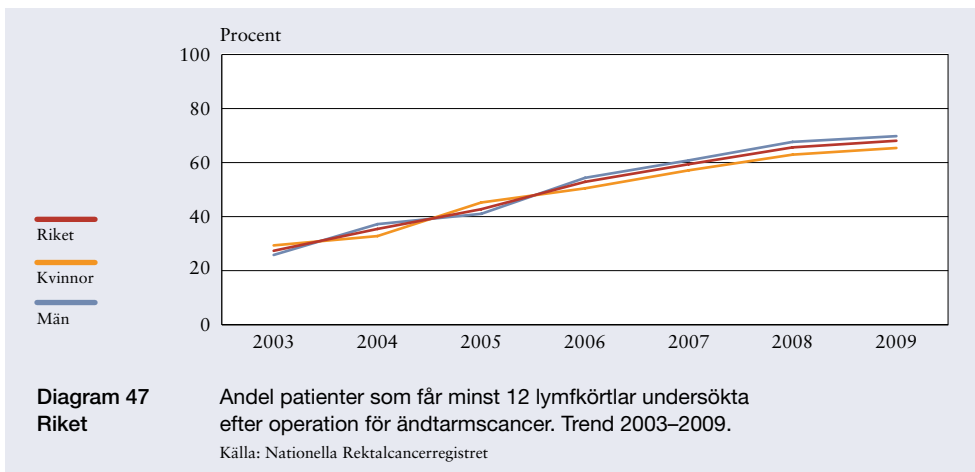
Det finns vissa registreringskillnader som påverkar resultaten i diagrammen. För det första finns det ingen enhetlig definition av vilka kompetenser som ska delta för att det ska räknas som en multidisciplinär konferens, och detta kan leda till skillnader mellan landstingen. Vissa landsting rapporterar endast de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av en multidisciplinär konferens. För det andra har landstingen även olika definitioner av vilka patientgrupper som behöver en multidisciplinär konferens.

47 Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat

Efter primäroperationen av ändtarmscancern skickas den bortopererade tarmen och tumören till ett patologilaboratorium för både en makroskopisk och en mikroskopisk undersökning. Undersökningen ska ge tydliga svar på vilken typ av tumör det gäller och vilket stadium den befinner sig i. Det är viktigt att få en korrekt klassifikation av tumören för att kunna förutsäga sjukdomsutvecklingen och välja den fortsatta behandlingen. Det finns vetenskapliga studier som visar att minst tolv lymfkörtlar bör undersökas från den bortopererade tarmen för att den diagnostiska kvaliteten ska bli acceptabel [17]. Undersökningen påverkas av tekniken i samband med operationen, det vill säga om kirurgen tar bort tarmen med tillräckligt goda marginaler, men också av patologens skicklighet i att analysera preparaten.

Diagram 47 visar en påtaglig förbättring i hela riket av andelen patientprover där minst tolv lymfkörtlar undersöktes, från 27,0 procent 2003 till 66,9 procent 2009. Variationen mellan landstingen var dock stor: 38,2–84,4 procent. Jämförelsen avser 2 273 patienter vars vävnadsprov analyserades under 2008–2009. Det var fler män än kvinnor som fick minst tolv lymfkörtlar undersökta, 68,8 respektive 64,1 procent. Diagrammet visar patientens hemortlandsting, inte vilket laboratorium som analyserade preparaten. Diagram 47 innehåller även en jämförelse mellan laboratorierna.

Redovisningen omfattar en period av två år. Trots det innehöll kvalitetsregistret få inrapporterade fall, förutom från de större landstingen, vilket också avspeglar sig i breda konfidensintervall.



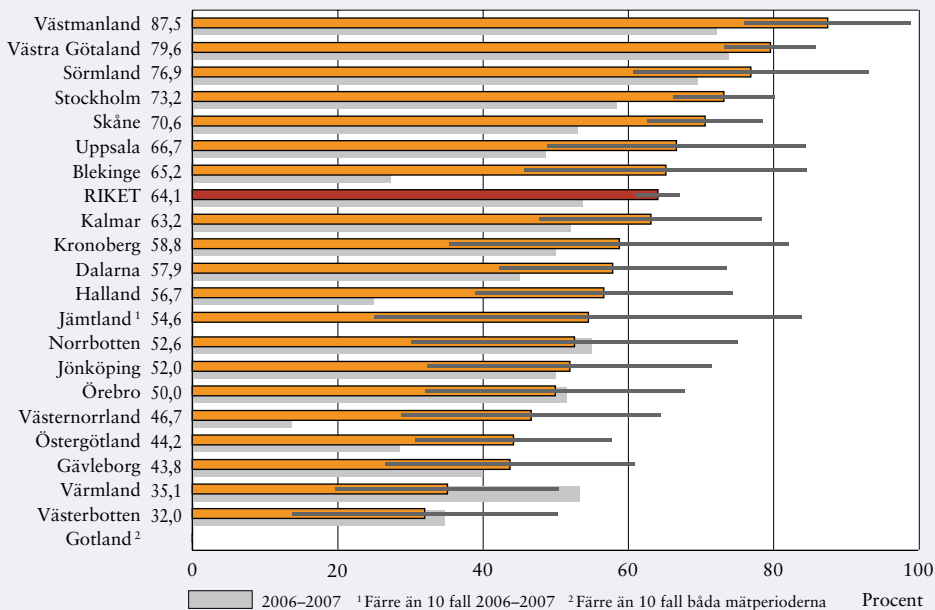


Diagram 47 Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta efter operation för ändtarmscancer, 2008–2009. **Kvinnor**

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

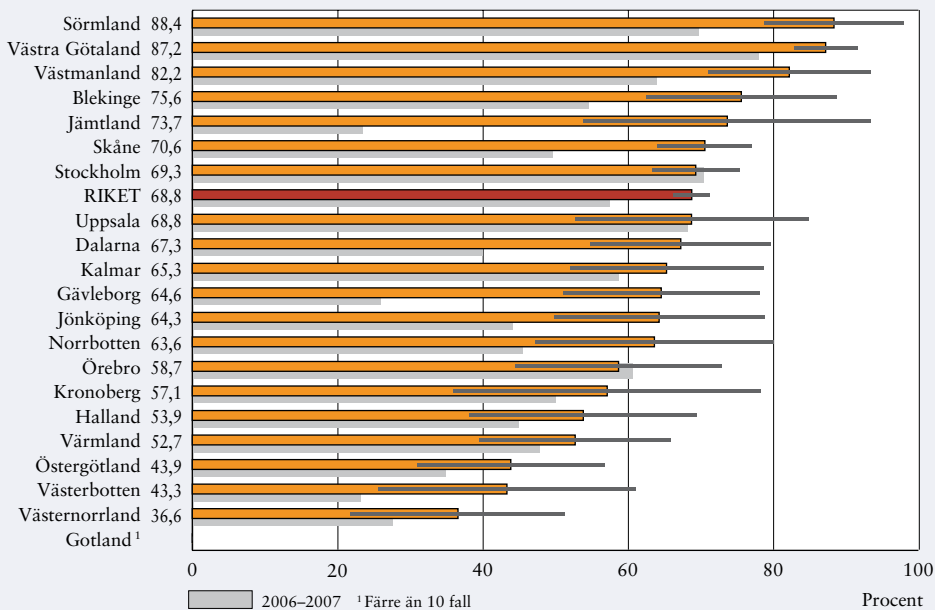


Diagram 47 Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta efter operation för ändtarmscancer, 2008–2009. **Män**

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

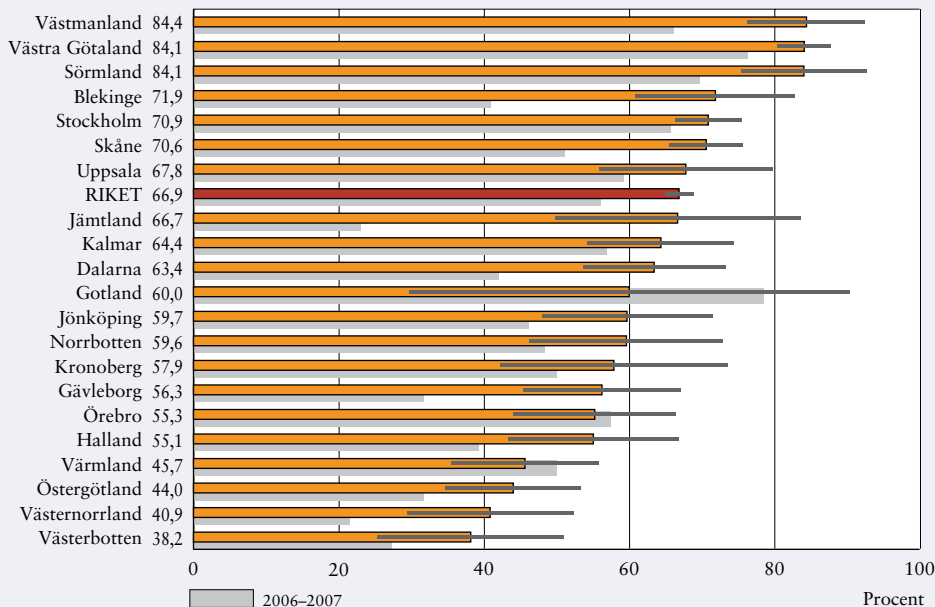


Diagram 47 **Totalt** Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta efter operation för ändrtarmscancer, 2008-2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

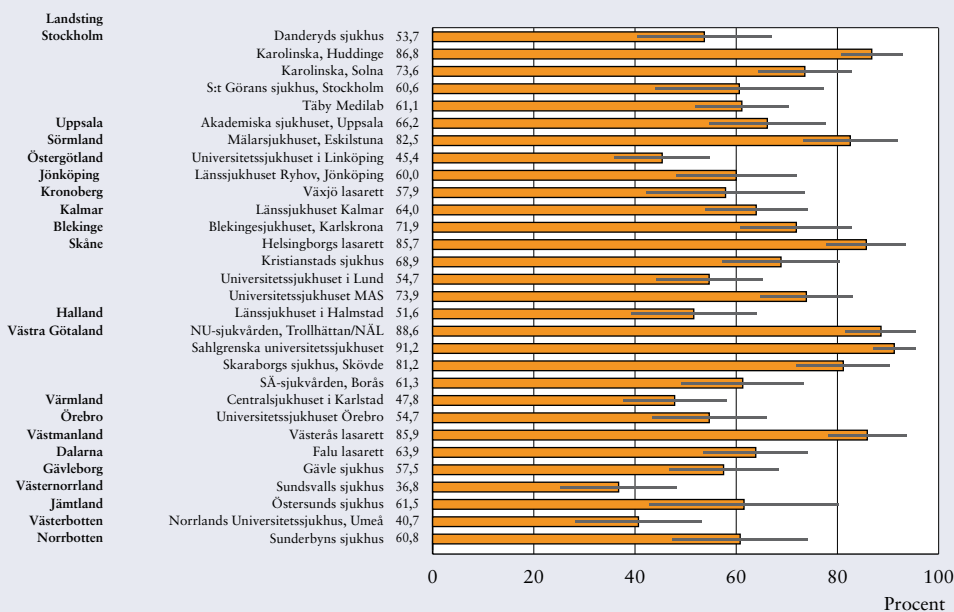


Diagram 47 **Patologilab** Andel patienter som får minst 12 lymfkörtlar undersökta efter operation för ändrtarmscancer, 2008-2009.

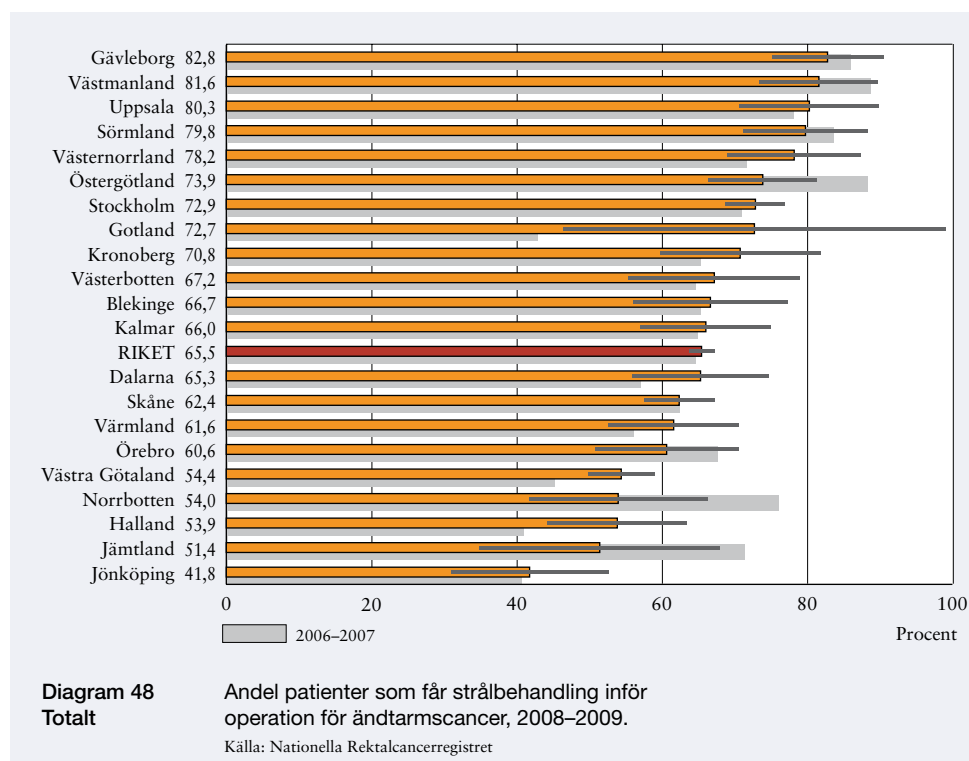
Källa: Nationella Rektalcancerregistret

48 Strålbehandling inför operation

Inför en operation kan en strålbehandling göras för att minska risken för lokalt återfall och i enstaka fall för att avgränsa tumörens utbredning. Åtgärden har fått en relativt hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer, särskilt när patienten bedöms ha en cancer som är svår att operera bort [2]. Alla patienter får dock inte en strålbehandling. I vissa fall är tumören så liten att risken för återfall inte står i proportion till riskerna med strålning.

I diagram 48 redovisas andelen patienter som fick en strålbehandling inför sin operation under 2008–2009. Jämförelsen omfattar 2 738 patienter, varav 1 792 eller 65,5 procent fick en preoperativ strålbehandling. Andelen som strålbehandlas har ökat under de senaste tio åren, från 52,1 procent 2000 till 65,5 procent 2009. Variationen mellan landstingen var 41,8–82,8 procent. Det var dock bara de större landstingen som registrerade fler än några få fall, vilket avspeglar sig i breda konfidensintervall. Skillnaden mellan landstingen antas bero på olika behandlingstraditioner.

En uppföljning i rektalcancerregistret från 2009 visar att det är färre patienter över 80 år som får en strålbehandling inför sin operation [19].



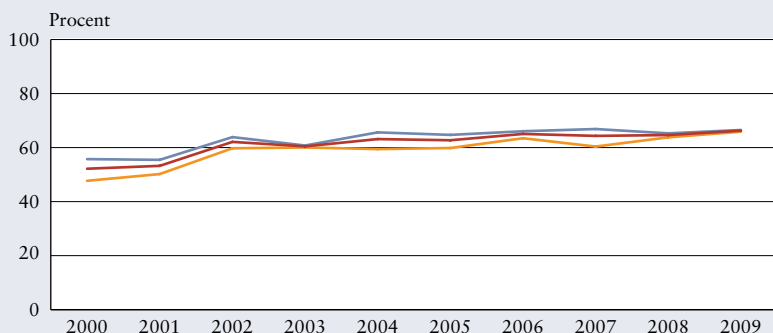


Diagram 48
Riket

Andel patienter som får strålbehandling inför operation för ändtarmscancer. Trend 2000–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

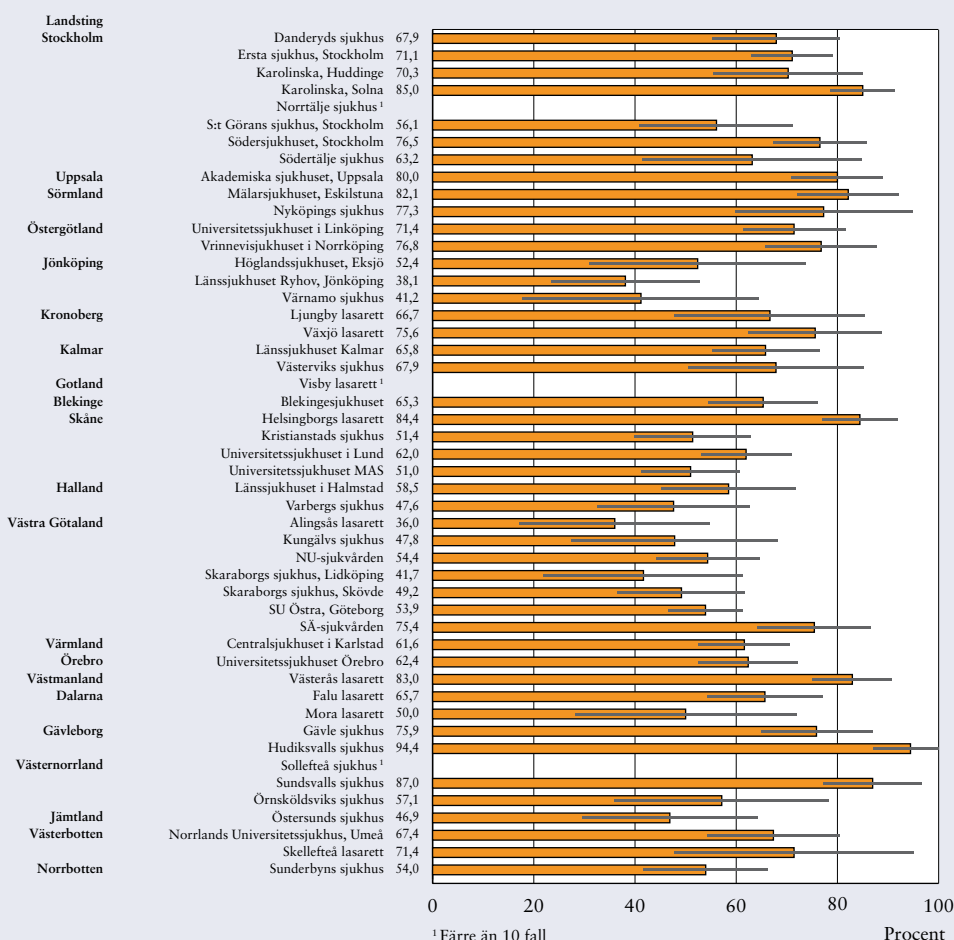


Diagram 48
Sjukhus

Andel patienter som får strålbehandling inför operation för ändtarmscancer, 2008–2009.

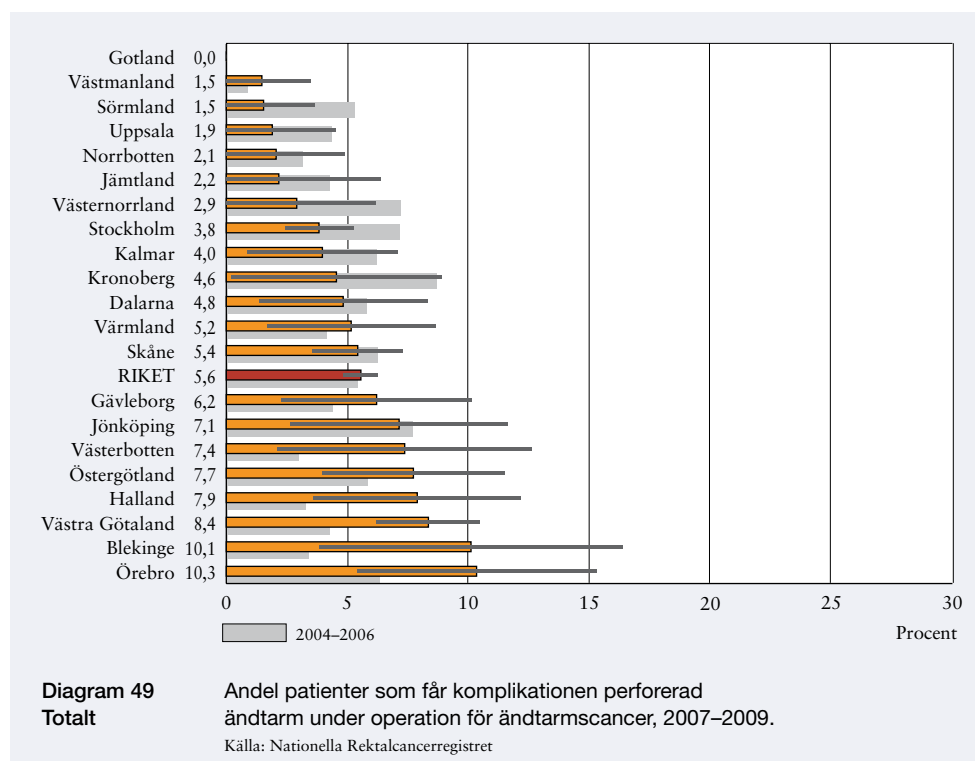
Källa: Nationella Rektalcancerregistret

49 Komplikation i form av perforerad tarm under operation

Under operationen kan komplikationer inträffa och en viktig sådan är perforering av ändtarmen. Om tarmen perforeras under operationen ökar risken för tumöråterfall i efterförloppet, vilket kan medföra lidande för patienten.

I diagram 49 visas andelen operationer med komplikationen perforerad ändtarm. I jämförelsen ingår 4 047 personer som opererades för ändtarmscancer 2007–2009 och av dem fick 225 personer, motsvarande 5,6 procent, en tarmperforation under operationen. Variationen mellan landstingen var 0–10,3 procent, men den statistiska osäkerheten är stor. Den genomsnittliga andelen har dock minskat över tid, från 7,5 procent 2000 till dryga 5 procent 2009.

En strävan är att minimera antalet komplikationer som beror på sjukvårdens åtgärder, som i detta fall en skada som inträffar under en pågående operation. Däremot kan antalet perforationer under operation aldrig vara noll eftersom komplikationen också kan orsakas av patientens sjukdomstillstånd.



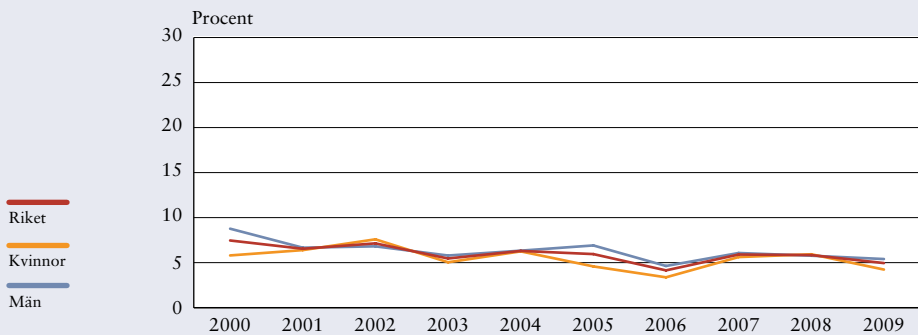


Diagram 49
Riket

Andel patienter som får komplikationen perforerad ändtarm under operation för ändtarmscancer, Trend 2000–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

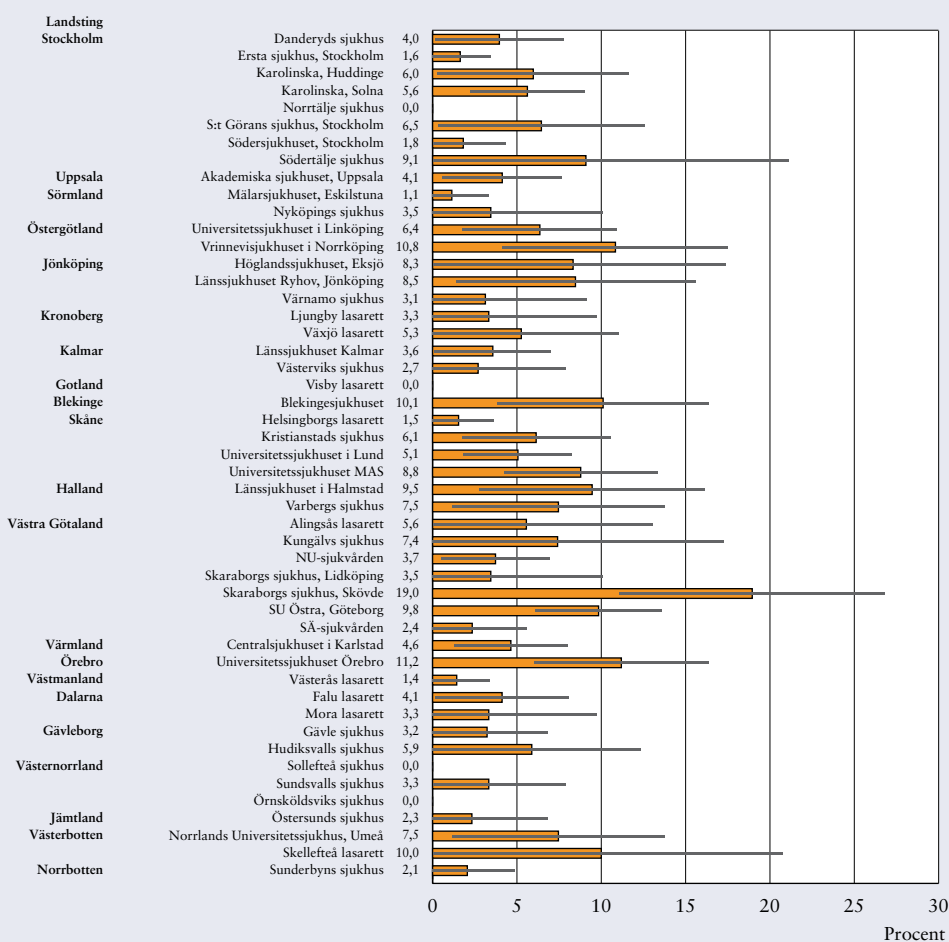


Diagram 49
Sjukhus

Andel patienter som får komplikationen perforerad ändtarm under operation för ändtarmscancer, 2007–2009.

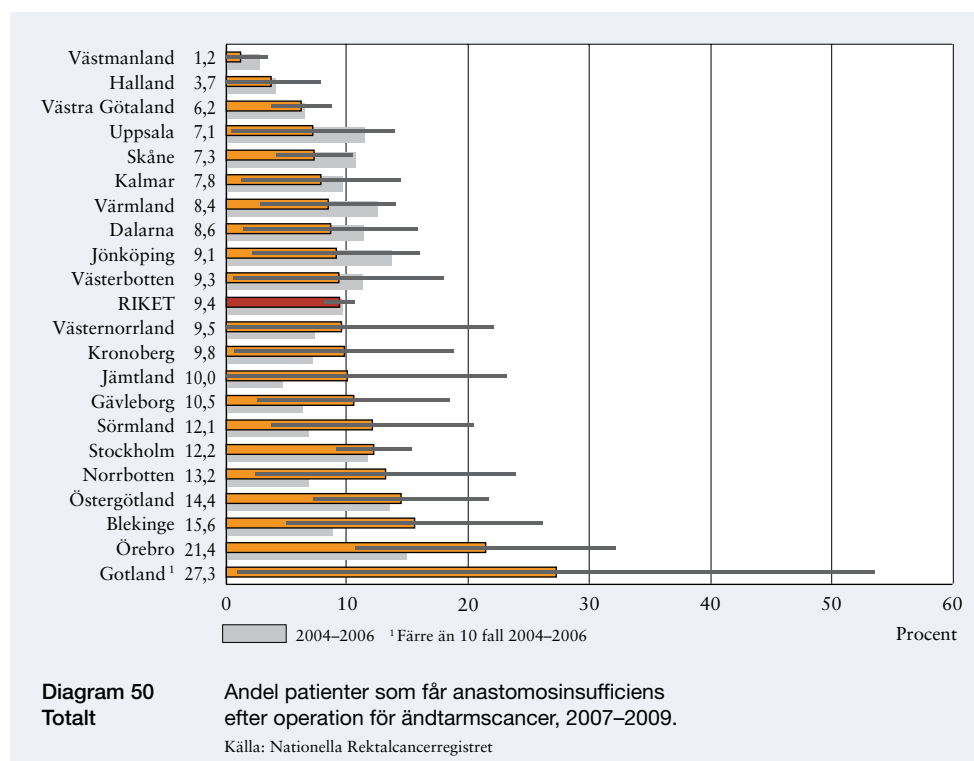
Källa: Nationella Rektalcancerregistret

50 Anastomosinsufficiens efter operation

Vid en operation avlägsnas först tumören och hos cirka 50 procent av patienterna skarvas sedan tarmändarna ihop, vilket kan ske med olika tekniker. Det hopsydd området kallas anastomos. En allvarlig komplikation efter en operation är anastomosinsufficiens, en otäthet i anastomosen. Då läcker tarminnehållet ut i buken, vilket kan ge peritonit (bukhinneinflammation) och sepsis (blodförgiftning). Detta är livshotande tillstånd som kräver en ny operation och kan leda till att patienten får en permanent stomi. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer finns andelen patienter som utvecklade en anastomosinsufficiens efter operationen upptagen som en viktig indikator för uppföljning [2].

Diagram 50 bygger på 2 030 opererade patienter under 2007–2009, varav 9,4 procent eller 190 patienter fick en anastomosinsufficiens efter en så kallad resektionsoperation. Variationen mellan landstingen var 1,2–27,3 procent, men den statistiska osäkerheten är stor. Anastomosinsufficiens var vanligare hos män med 10,5 procent jämfört med 7,6 procent för kvinnor. I riket har andelen anastomosinsufficienser varierat mellan 9 och dryga 10 procent under de senaste tio åren, och det bästa resultatet var 8,1 procent år 2005.

Resultatet påverkas i viss mån av om patienten fick någon strålbehandling inför operationen och av tidpunkten mellan strålningen och operationen. Jämförelsen



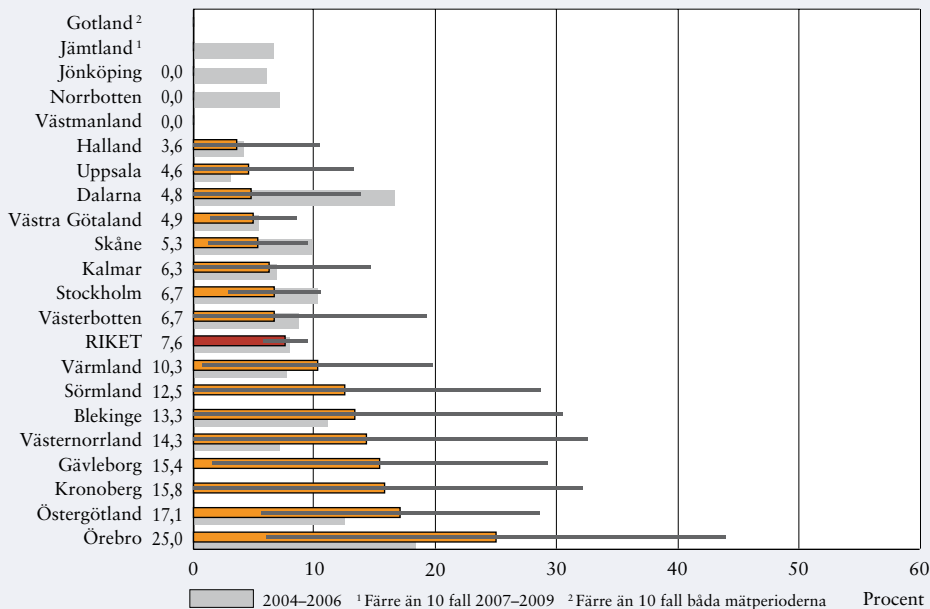


Diagram 50
Kvinnor

Andel patienter som får anastomosinsufficiens efter operation för ändtarmscancer, 2007-2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

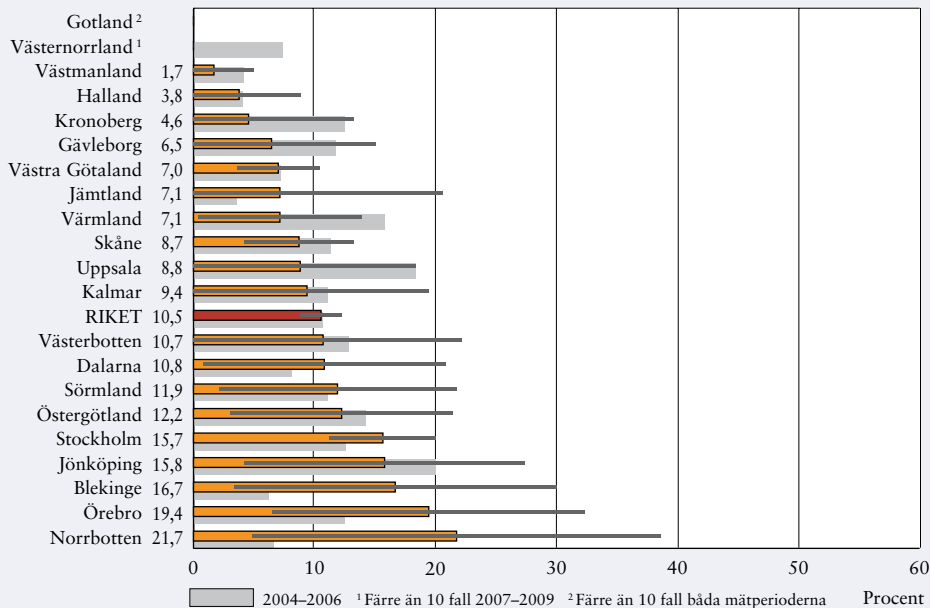


Diagram 50
Män

Andel patienter som får anastomosinsufficiens efter operation för ändtarmscancer, 2007-2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

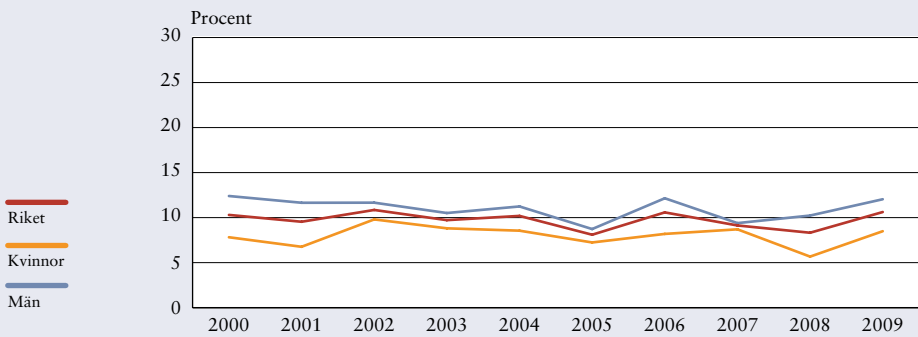


Diagram 50 Andel patienter som får anastomosinsufficiens efter operation för ändtarmscancer. Trend 2000–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

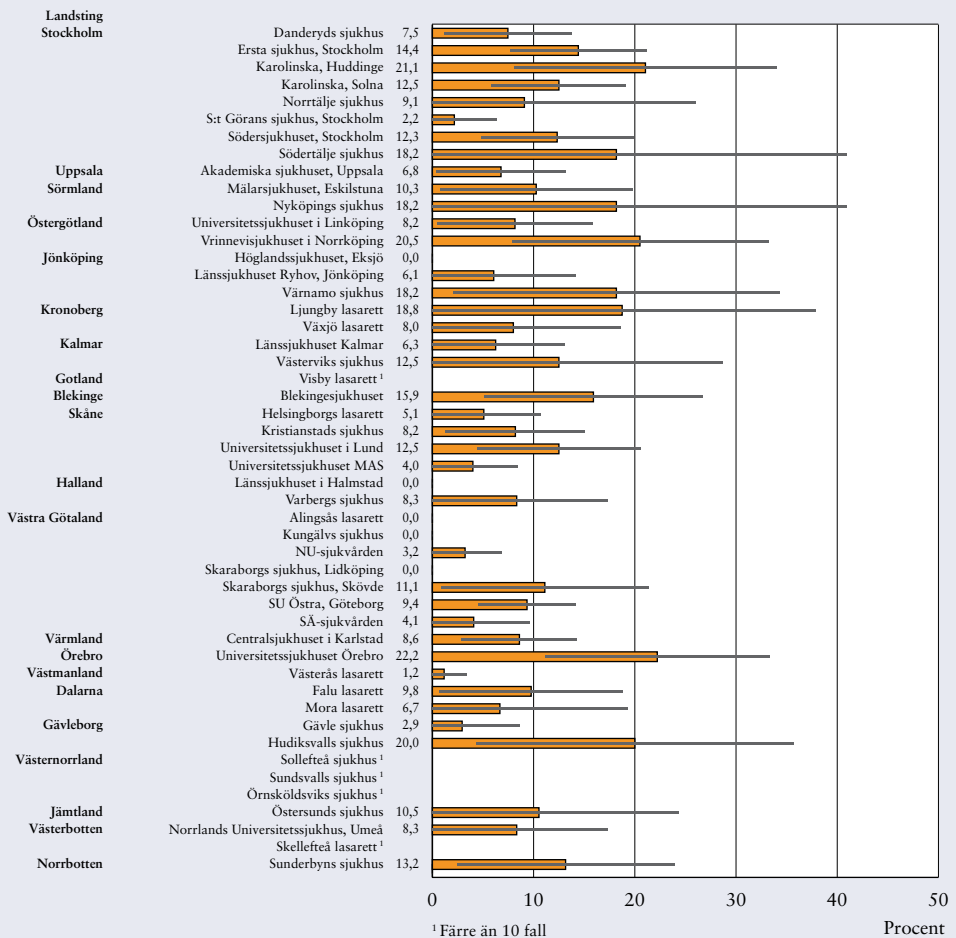


Diagram 50 Andel patienter som får anastomosinsufficiens efter operation för ändtarmscancer, 2007–2009.

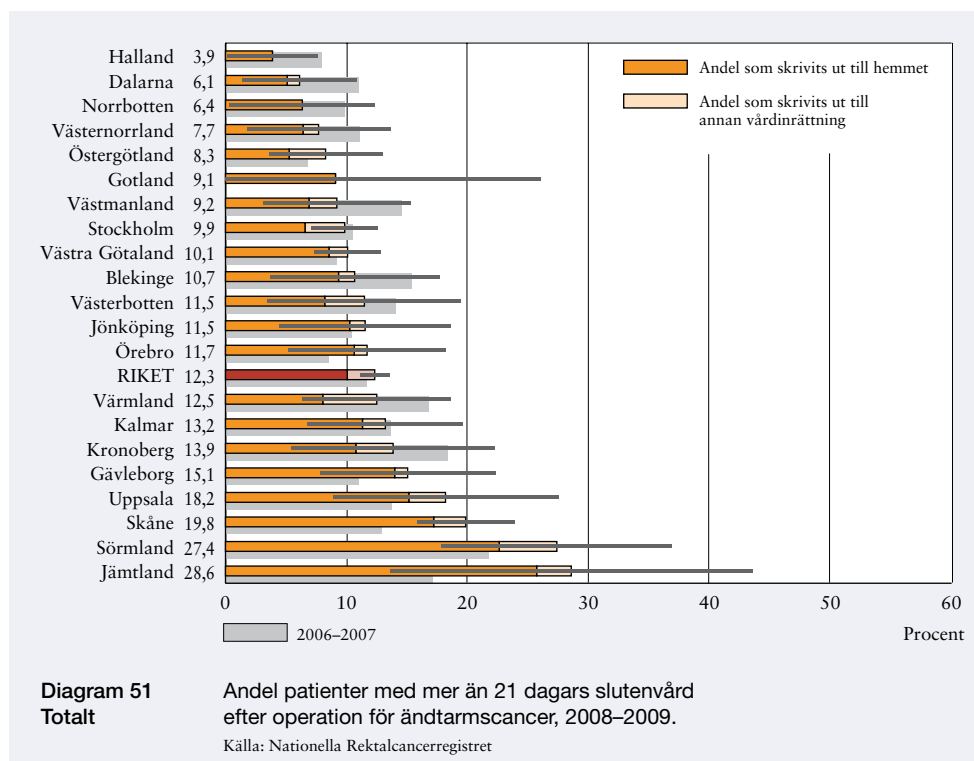
Källa: Nationella Rektalcancerregistret

tar inte hänsyn till patientsammansättningen vid ett sjukhus, med faktorer som patienternas ålder och sjuklighet inför operationen samt tumörstadiet. De kan också påverka andelen anastomosinsufficienser.

51 Mer än 21 dagars vårdtid efter operation

Vårdtiden efter en operation bör inte vara längre än 21 dagar, förutsatt att vårdförloppet är okomplicerat. Antagandet bygger på rektalcancerregistrets uppföljning för perioden 1995–2009 som visar att medianvårdtiden var mindre än 13 dagar för de patienter som skrevs ut till hemmet och mindre än 21 dagar för dem som skrevs ut till en annan vårdinrättning [19]. Bara några enstaka år avviker från det. Vårdtiderna var alltså generellt längre för patienterna som skrevs ut till en annan vårdinrättning, det vill säga från en kirurgisk vårdavdelning till en annan klinik eller till ett särskilt boende.

Diagram 51 jämför 2 733 personer som opererades 2008–2009. Av dem hade 337 personer eller 12,3 procent en vårdtid som översteg 21 dagar vid kirurgikliniken. Variationen mellan landstingen var dock stor: 3,9–28,6 procent. Diagrammet omfattar antalet opererade under två år, men konfidensintervallen är ändå breda eftersom alla utom de större landstingen hade få sådana fall. De senaste tio åren har andelen varit 9–13,5 procent.



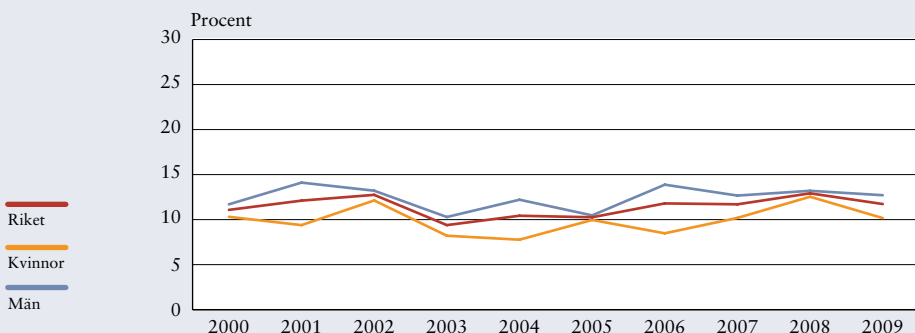


Diagram 51
Riket

Andel patienter med mer än 21 dagars slutvård efter operation för ändtarmscancer. Trend 2000–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

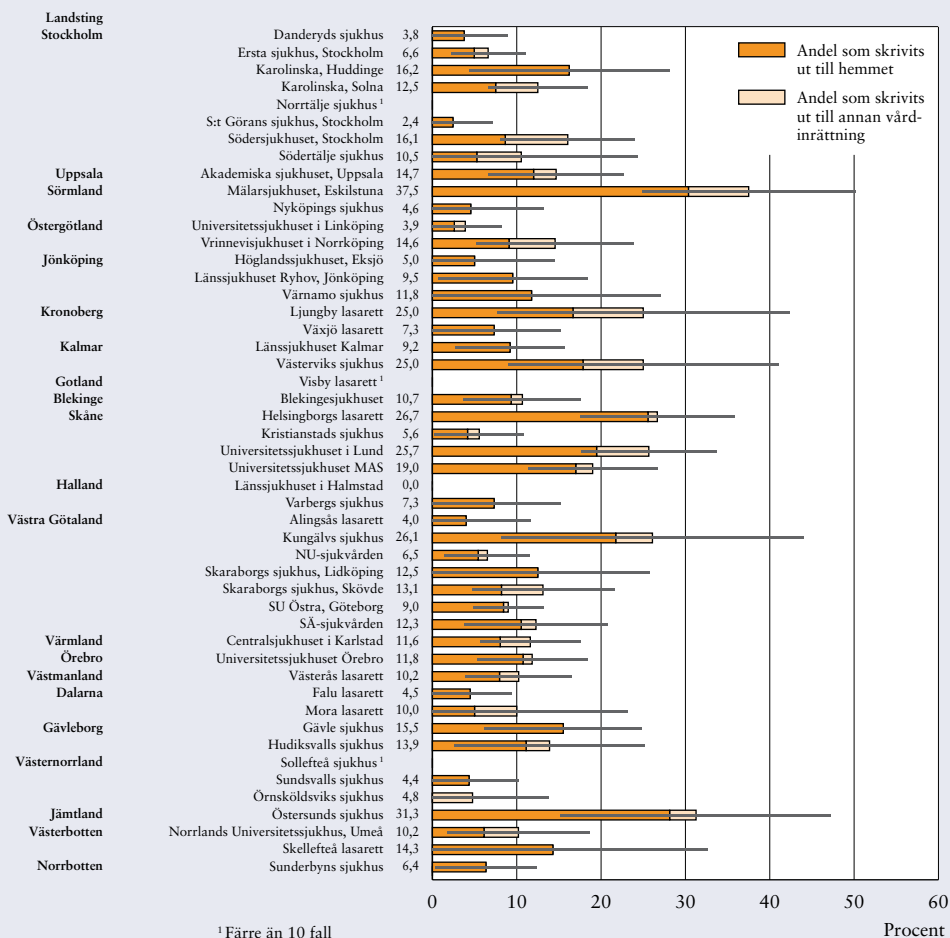


Diagram 51
Sjukhus

Andel patienter med mer än 21 dagars slutvård efter operation för ändtarmscancer, 2008–2009.

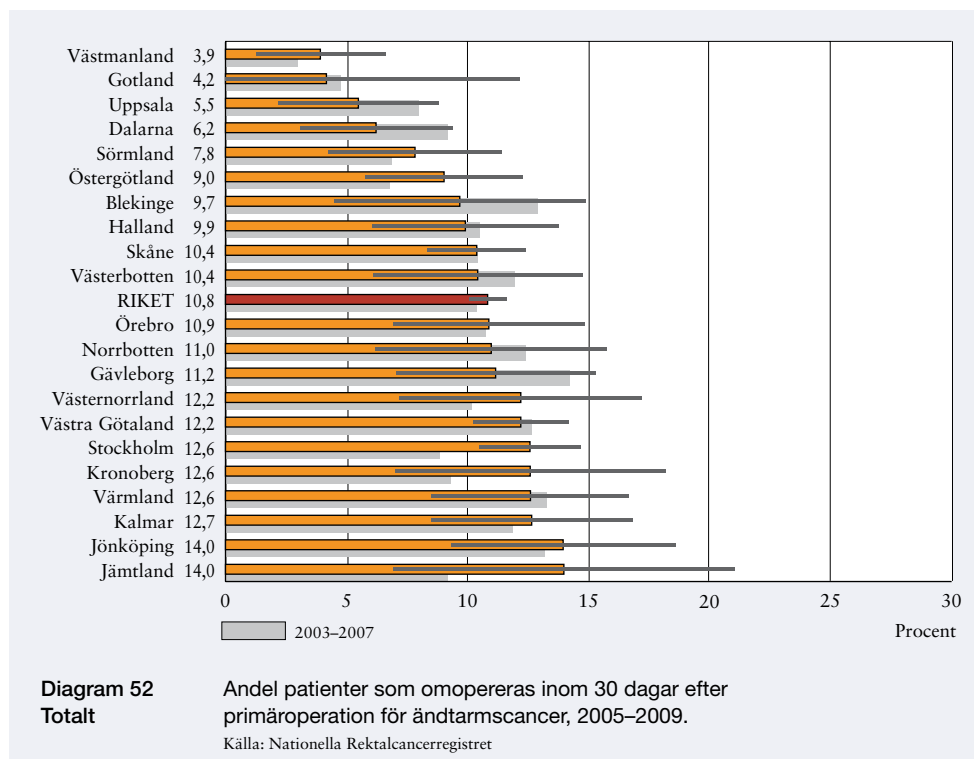
Källa: Nationella Rektalcancerregistret

Diagrammets staplar är uppdelade i två delar som visar andelen utskrivna till hemmet respektive utskrivna till en annan vårdinrättning. Andelen med mer än 21 vård-dagar som skrevs ut till någon annan vårdinrättning var 2,3 procent för riket, och i landstingen var den 1,0–4,76 procent. Det var dock genomgående få personer som skrevs ut till en annan vårdinrättning och några landsting hade inte registrerat någon sådan patient.

Jämförelsen tar inte hänsyn till patientens sjukdomstillstånd före operationen eller eventuell samsjuklighet som kan påverka vårdtidens längd.

52 Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation

Ungefär 82 procent av alla patienter med cancer i ändtarmen opereras med ett stort ingrepp där hela tumören tas bort. Operationerna kan vara olika omfattande och riskfyllda beroende på tumörens läge, lokala utbredning och patientens allmänna hälsotillstånd. Dessutom kan patienten få komplikationer som kräver en omoperation inom relativt kort tid efter den första operationen. En omoperation innebär att man måste göra en ny och oförutsedd operation, exempelvis på grund av en blödning eller en infektion eller läckage från tarmen. Den andra operationen medför lidande för patienten och ökar risken för ytterligare komplikationer.



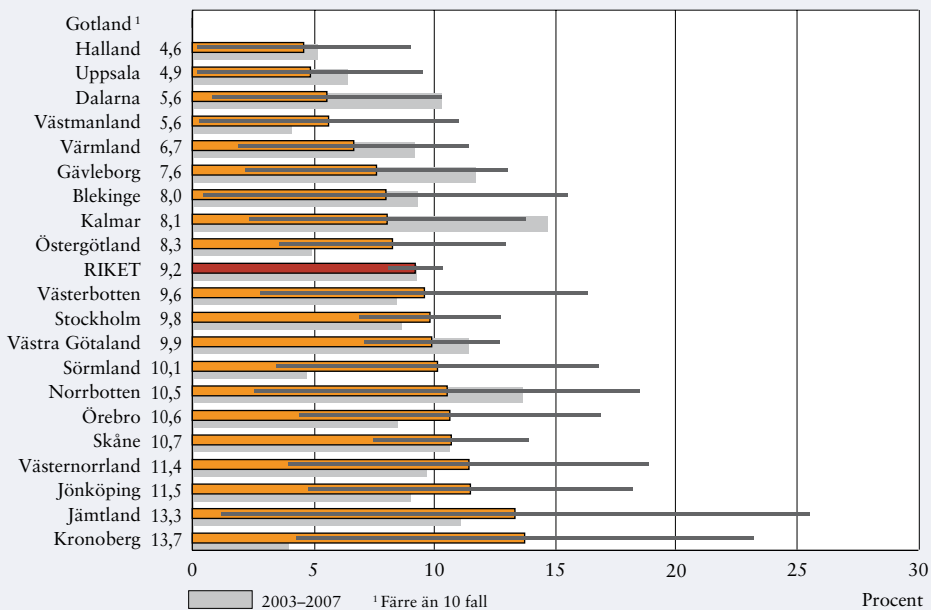


Diagram 52
Kvinnor

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, 2005-2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

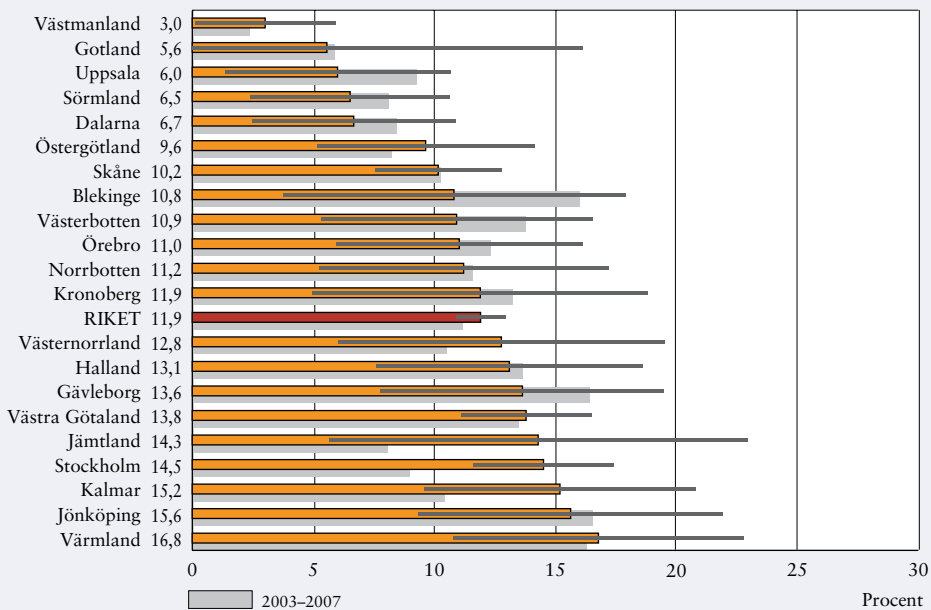


Diagram 52
Män

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, 2005-2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

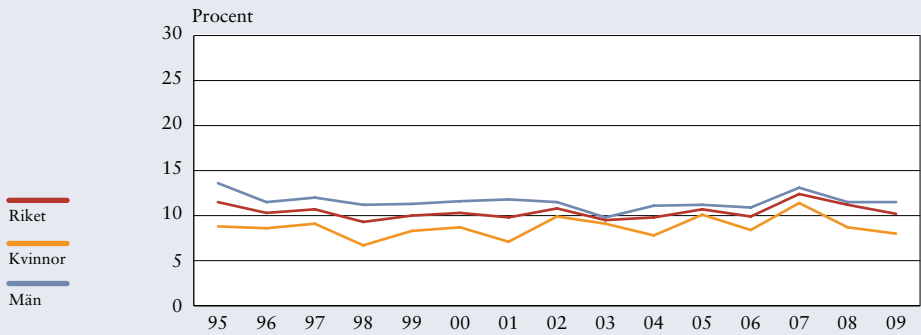


Diagram 52
Riket

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer. Trend 1995–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

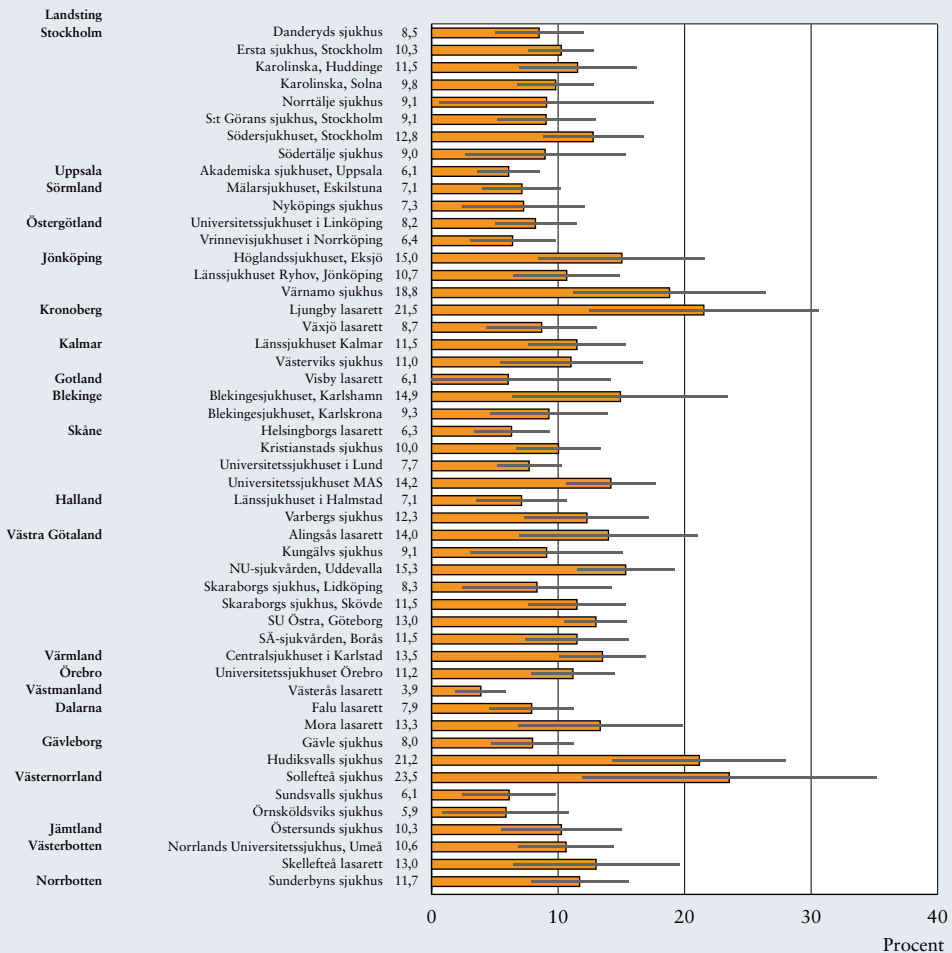


Diagram 52
Sjukhus

Andel patienter som omopereras inom 30 dagar efter primäroperation för ändtarmscancer, 2005–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är omoperationer inom 30 dagar efter den första operationen en av de indikatorer som är viktiga att följa upp [2].

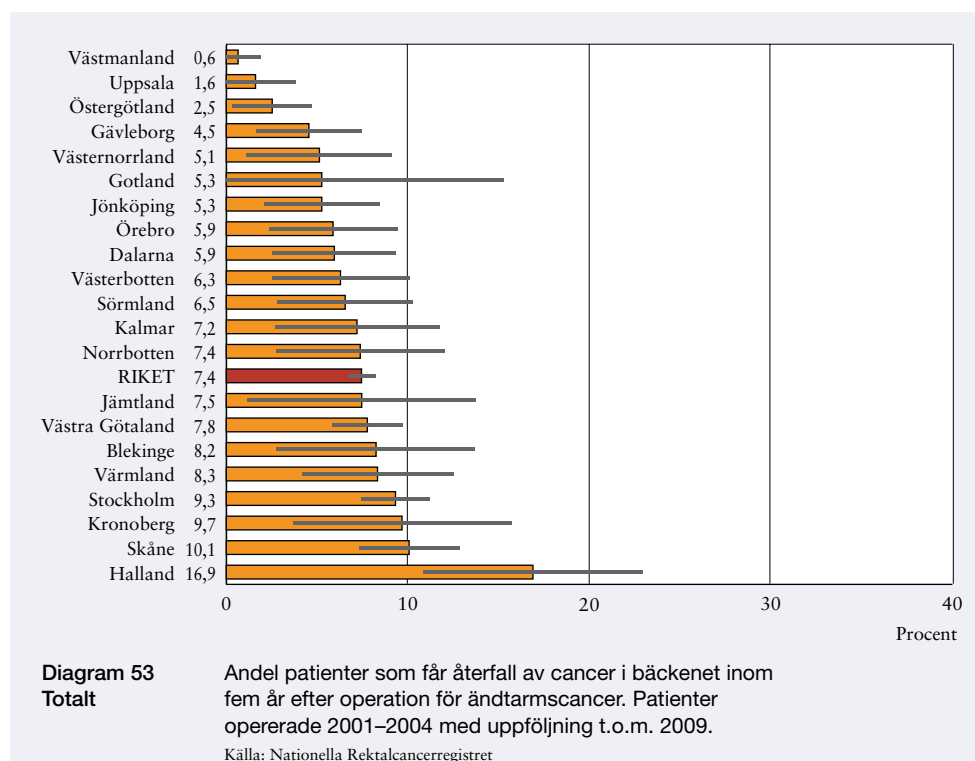
I diagram 52 redovisas andelen omoperationer under 2005–2009. Av de 6 327 personer som primäropererades var det 685 som omopererades, vilket motsvarar 10,8 procent. Andelen varierar mellan landstingen: 3,9–14,0 procent. Rektalcancerregistret bedömer att det är en hög andel, och registrets uppföljningar visar att andelen omopererade har legat på denna nivå under de senaste åren. Jämfört med perioden 2003–2007 var dock detta en förbättring i tio landsting.

Fler män än kvinnor omopererades, 11,9 procent respektive 9,2 procent.

En felkälla är att vissa sjukhus registrerar små operationsingrepp som omoperationer medan andra inte gör det. Andelen omoperationer påverkas även av hur primäroperationen utfördes och av patientens sjuklighet vid operationstillfället.

53 Ny cancer i bäckenet inom fem år efter operation

Ett recidiv (återfall) innebär att en tumörväxt återkommer inom ett område som tidigare har behandlats med operation och eventuellt strålning. Recidivet innebär en mycket stor risk för en obotlig sjukdom alternativt en mycket omfattande kirurgisk och onkologisk behandling. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer



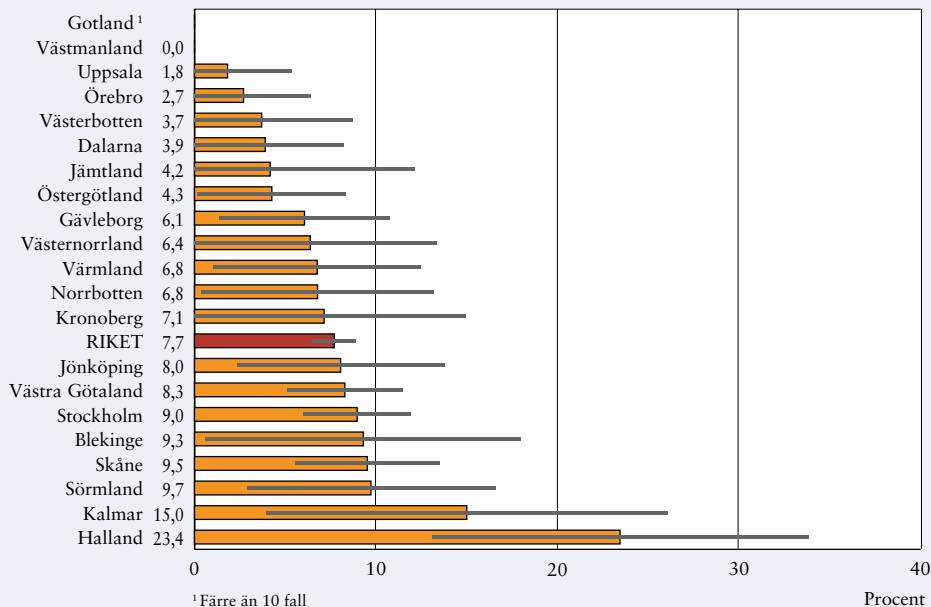


Diagram 53
Kvinnor

Andel patienter som får återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation för ändtarmscancer. Patienter opererade 2001–2004 med uppföljning t.o.m. 2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

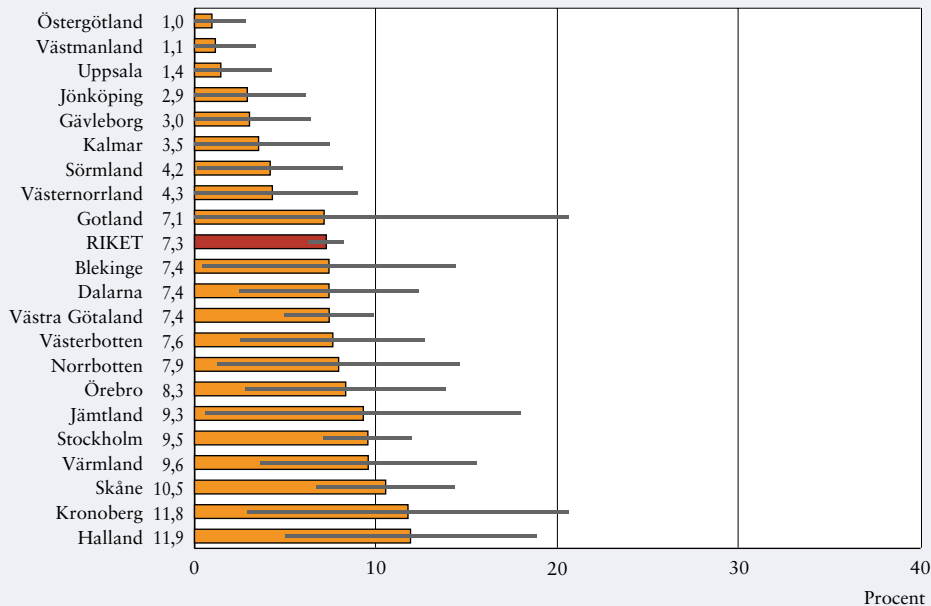


Diagram 53
Män

Andel patienter som får återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation för ändtarmscancer. Patienter opererade 2001–2004 med uppföljning t.o.m. 2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

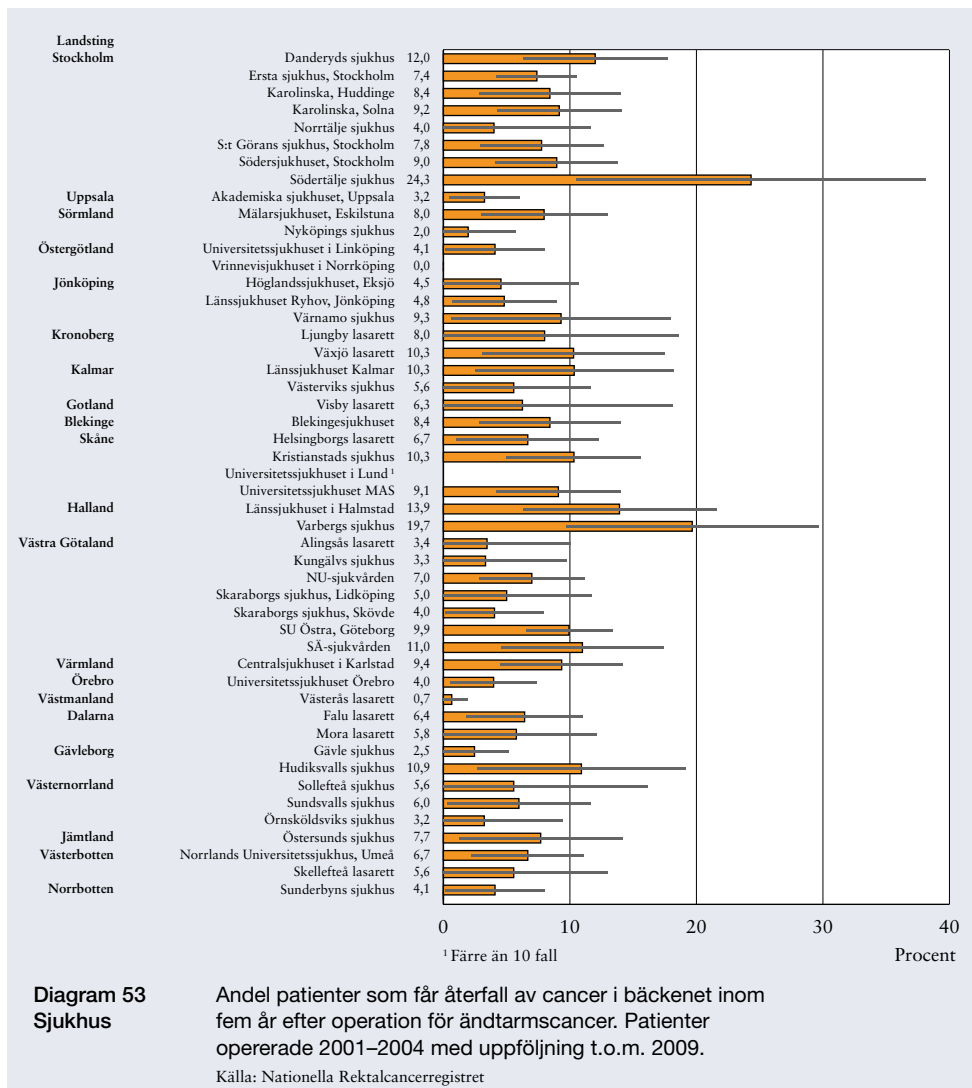


Diagram 53
Sjukhus

Andel patienter som får återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operation för ändtarmscancer. Patienter opererade 2001–2004 med uppföljning t.o.m. 2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

är andelen recidiv av cancer i bäckenet inom två år efter operation en viktig indikator för uppföljning [2]. Rektalcancerregistret har fem års uppföljning för tumörrecidiv efter en operation, och den uppföljningstiden redovisas i denna jämförelse.

I diagram 53 visas andelen patienter som utvecklade återfall av cancer i bäckenet inom fem år efter operationen för ändtarmscancer. Under 2001–2004 primäropererades 4 592 patienter och av dem fick 342 patienter, vilket motsvarar 7,4 procent, återfall i bäckenet inom fem år. Variationen mellan landstingen var 0,6–16,9 procent, men den statistiska osäkerheten är stor. Variationen var större för kvinnor än män: 1,8–23,4 procent respektive 1–11,9 procent.

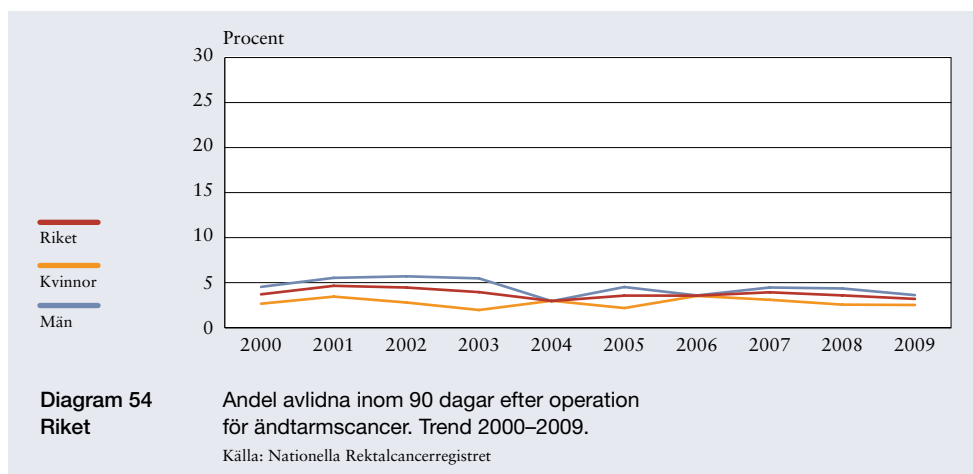
Resultatet påverkas i viss mån av patientens sjuklighet inför operationen.

54 Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rektalcancer är andelen avlidna inom 30 dagar efter operationen en viktig indikator för att följa vårdkvaliteten [2]. Den speglar urvalet av patienter för operation och omhändertagandet inför, under och efter operationen. I denna jämförelse redovisas även andelen avlidna inom 90 dagar eftersom patienter som får komplikationer oftast överlever de första 30 dagarna, bland annat tack vare intensivvårdsinsatser.

I diagram 54 återges landstingens resultat för perioden 2007–2009. Jämförelsen omfattar alla de 4 037 patienter som genomgick så kallad resektionskirurgi, vilket motsvarar nästan 90 procent av alla som opererades för ändtarmscancer. Den delade stapeln i diagrammet redovisar andelen avlidna inom 30 respektive 90 dagar. 87 personer avled inom 30 dagar efter operationen, vilket motsvarar 2,2 procent, och totalt 144 personer avled inom 90 dagar, vilket motsvarar 3,6 procent. Mellan landstingen var andelen avlidna inom 90 dagar 0–8,7 procent men den statistiska osäkerheten är stor. Det var fler män än kvinnor som avled inom 90 dagar efter operationen, 4,1 respektive 2,7 procent.

Andelen avlidna påverkas i viss mån av faktorer som patientens ålder och kön samt cancerens svårighetsgrad. Tabell 2 redovisar oddskvoten när hänsyn har tagits till ålder, kön och tumörstadium, fördelat på landsting. Värdet 1 motsvarar riksgenomsnittet. Ett värde under 1 anger att andelen avlidna inom 90 dagar understiger riksgenomsnittet och ett värde över 1 anger att andelen överstiger riksgenomsnittet.



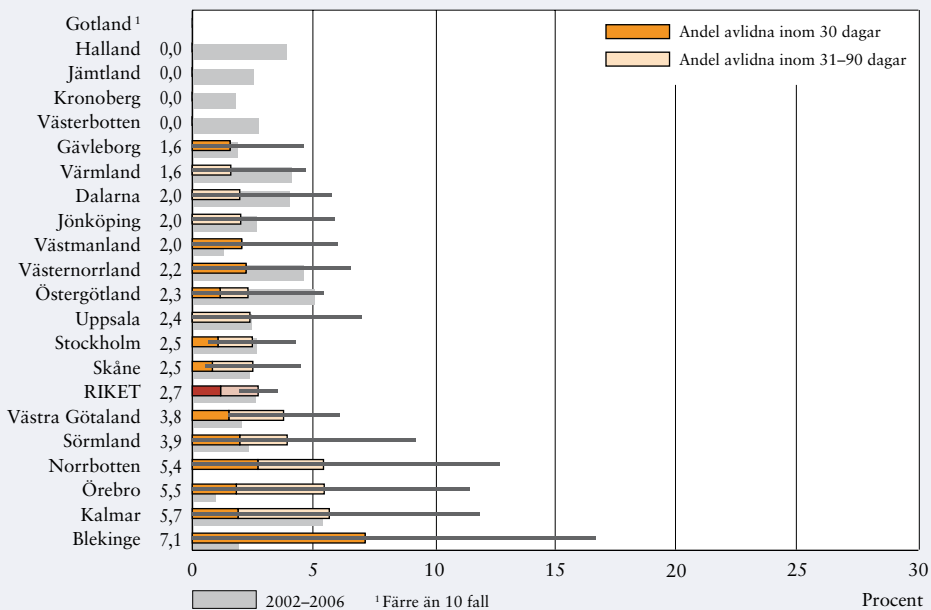


Diagram 54 Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2007–2009. **Kvinnor**

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

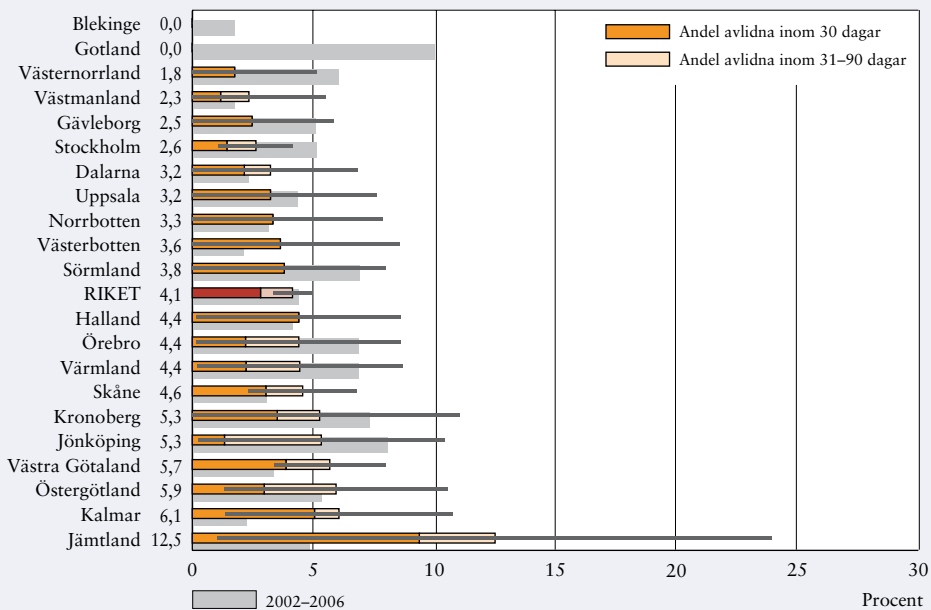


Diagram 54 Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2007–2009. **Män**

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

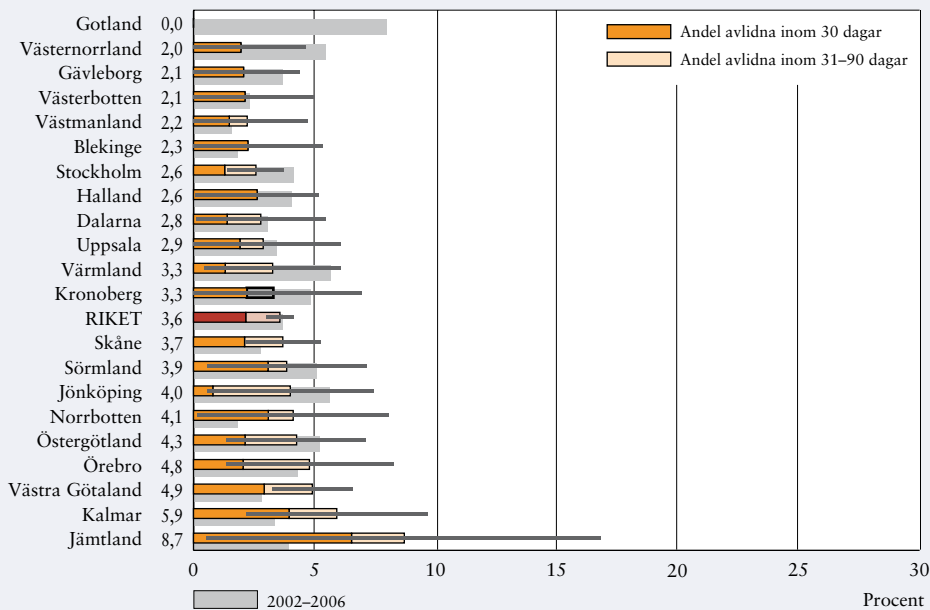


Diagram 54 Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2007–2009. **Totalt**

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

Landsting	Oddsquot	95 % Konfidensintervall	Landsting	Oddsquot	95 % Konfidensintervall
Stockholm	0,84	0,51–1,39	V. Götaland	1,37	0,90–2,09
Uppsala	0,58	0,14–2,41	Värmland	0,93	0,37–2,32
Sörmland	1,18	0,46–2,99	Örebro	1,25	0,56–2,81
Östergötland	1,33	0,63–2,82	Västmanland	0,74	0,23–2,38
Jönköping	1,08	0,42–2,73	Dalarna	0,74	0,27–2,08
Kronoberg	0,85	0,26–2,83	Gävleborg	0,40	0,10–1,65
Kalmar	1,57	0,77–3,23	Västernorrland	0,68	0,16–2,80
Gotland	0,00		Jämtland	2,34	0,80–6,81
Blekinge	0,69	0,17–2,88	Västerbotten	0,52	0,13–2,18
Region Skåne	1,09	0,68–1,76	Norrbottn	1,23	0,44–3,43
Halland	0,30	0,07–1,23			

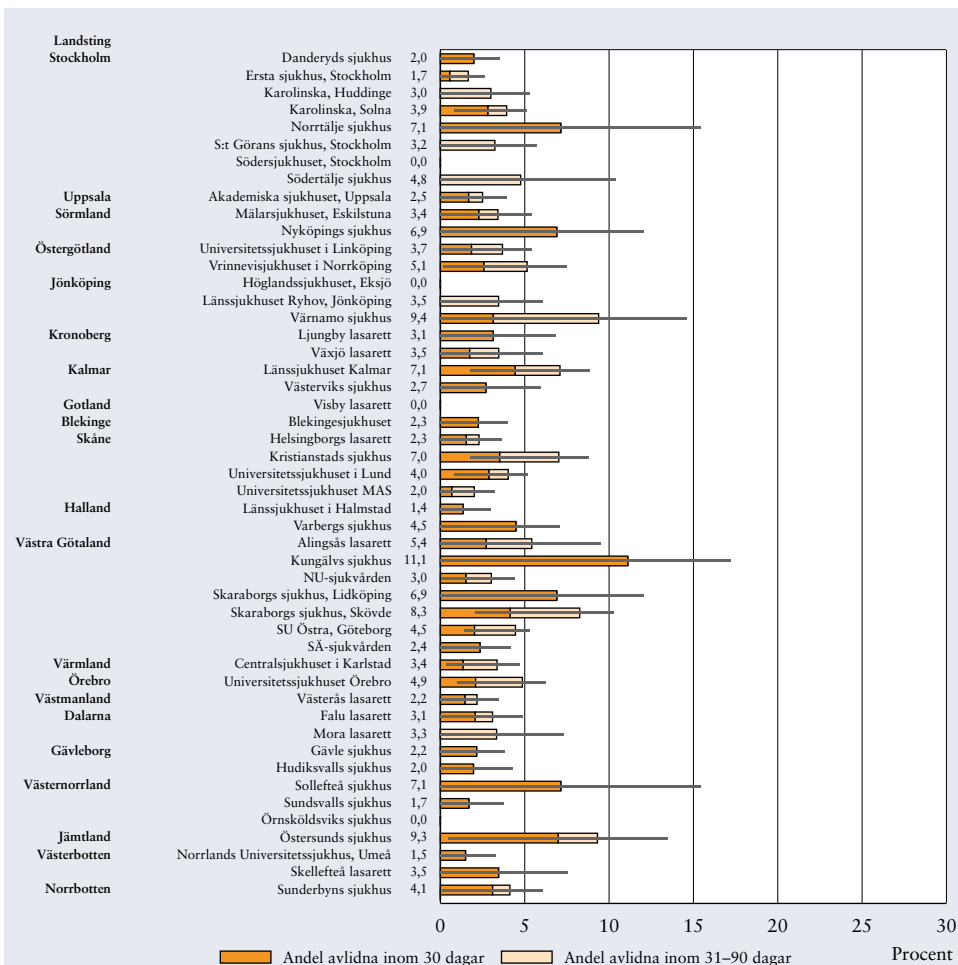


Diagram 54
Sjukhus

Andel avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation för ändtarmscancer, 2007–2009.

Källa: Nationella Rektalcancerregistret

LUNGCANCER

Statistik 2009	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	1 772	1 696
Andel av alla cancerfall	7 %	6 %
Prevalens, total	4 248	3 419
Relativ ettårsöverlevnad	43 %	37,7 %
Antal dödsfall	1 656	1 830

Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige och år 2009 fick sammanlagt 3 468 personer lungcancer, 1 772 kvinnor och 1 696 män. Ungefär hälften av alla som insjuknar är över 70 år och mindre än 1 procent är under 40 år. Varje år dör ungefär 3 500 personer i sjukdomen och lungcancer är därmed den cancersjukdom som tar flest liv i Sverige. Den dominerande orsaken är rökning.

Fallen av lungcancer har minskat bland män sedan 1980-talet men samtidigt ökat bland kvinnor, vilket troligen beror på kvinnors ändrade rökvanor sedan 1950-talet. Antalet rökare har minskat under de senaste årtiondena, men den stadiga ökningen av antalet lungcancerfall bland kvinnor speglar deras rökvanor för 20 år sedan och ännu längre tillbaka [6].

Lungcancer är en aggressiv tumörsjukdom men den går att bota hos en del om sjukdomen inte har spridit sig. Det finns två olika cancerformer: småcellig och icke småcellig cancer. Icke småcellig lungcancer utgör cirka 80 procent av all lungcancer och småcellig cirka 15 procent. Resterande 5 procent går inte att klassificera. Cancern kan också vara i olika stadier där stadium I och II av icke småcellig cancer är tumörer som kan opereras om inte patienten har nedsatt lungkapacitet, dåligt allmäntillstånd eller andra sjukdomar som lägger hinder i vägen. Stadium III betyder att tumören är begränsad till brösthålan och i vissa fall kan opereras. Stadium IV är en tumör som har spridit sig till andra delar av kroppen och den går inte att bota genom operation [20].

Cirka 70 procent av alla drabbade har en långt framskriden sjukdom (stadium IIIB–IV) redan vid diagnosen, och den går då oftast inte att bota. Ungefär 75 procent av patienterna med lungcancer i dessa stadier dör inom ett år. För dessa patienter finns det olika palliativa behandlingsmetoder (läkemedelsbehandling, strålning eller någon annan symtomlindring) som alla går ut på att patienten ska få färre och minskade symtom och en bättre livskvalitet [20].

Här redovisas resultatet för åtta indikatorer som berör både kurativa insatser (som ska bota patienten) och palliativa insatser. Indikatorerna tar upp överlevnad vid lungcancer, diagnostik, kurativt syftande kirurgi, behandlingsinsatser i palliativt syfte, multidisciplinära konferenser och avslutningsvis ett mått på väntetiden. Sju

av indikatorerna bygger på uppgifter från Nationella lungcancerregistret och indikatorn om överlevnad är hämtad från cancerregistret.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård som utkom 2011 finns målnivåer för flera av indikatorerna. Målformuleringsarbetet, som gjordes våren 2011, bygger på data från lungcancerregistret och för att få ett tillförlitligt underlag samlades uppgifter för alla som fick diagnosen lungcancer under åren 2002–2009. Sedan användes en statistisk metod som innebär att den 90:e percentilen av resultaten i riket blir målnivån. På så sätt får man en realistisk målnivå eftersom några landsting redan har nått upp till den nivån, samtidigt som målet blir en utmaning för de övriga landstingen [20].

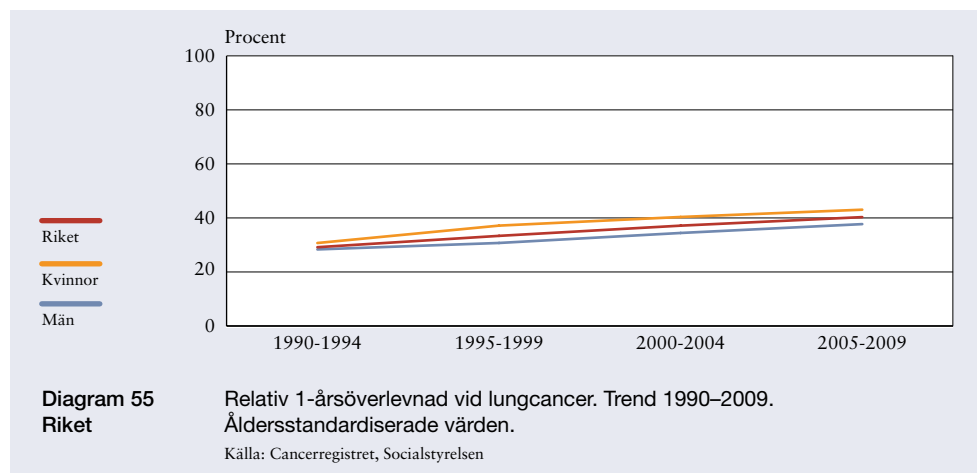
De jämförelser som presenteras avser perioden 2002–2009 då det inte fanns några formulerade målnivåer. Tillsammans med resultatet för respektive indikator anges dock de framtida målnivåerna som nu kan användas för att analysera det utvecklingsbehov som kan finnas inom lungcancersjukvården.

Här används samma underlag från lungcancerregistret som vid målformuleringsarbetet. Det innebär att resultaten presenteras för en längre tidsperiod än vad som är normalt i *Öppna jämförelser*.

55 Överlevnad vid lungcancer

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

Diagram 55 visar att männens relativa ettårsöverlevnad ökade med nästan 10 procent från 1990–1994 till 2005–2009. För kvinnor var ökningen något större. Under perioden 2005–2009 var den relativa ettårsöverlevnaden bland män 37,7 procent



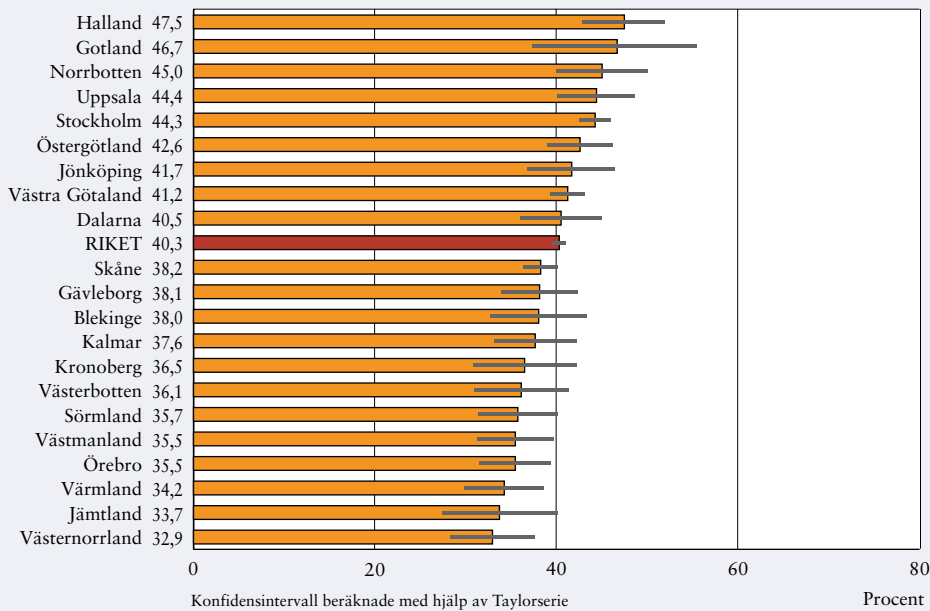


Diagram 55 Relativ 1-årsöverlevnad vid lungcancer. Patienter totalt diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.
 Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

och tvåårsöverlevanden 20,9 procent jämfört med 43 procent respektive 27 procent bland kvinnor. Överlevnaden varierade mellan landstingen: 32,9–47,5 procent. Överlevnaden sjunker ju äldre patienten är när diagnosen ställs.

Femårsöverlevnaden är cirka 12 procent bland män och cirka 15 procent bland kvinnor.

56 Multidisciplinär konferens inför behandling

Inför primärbehandlingen av lungcancer genomförs en multidisciplinär konferens, en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. I konferensen deltar specialister från flera discipliner, exempelvis kirurg, onkolog, lungmedicinsk specialist, radiolog och patolog samt kontaktsjuksköterska. En multidisciplinär konferens är särskilt viktig när det är svårt att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och flera behandlingar kan behöva kombineras. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har en multidisciplinär konferens inför behandlingsstarten av en nyupptäckt lungcancer fått en hög prioritet [20].

I diagram 56 redovisas andelen patienter som bedömdes vid en multidisciplinär konferens inför primärbehandlingen. Resultaten speglar om sjukhuset och regionen har en struktur för omhändertagandet av patienter med lungcancer och i vilken grad denna erbjuds.

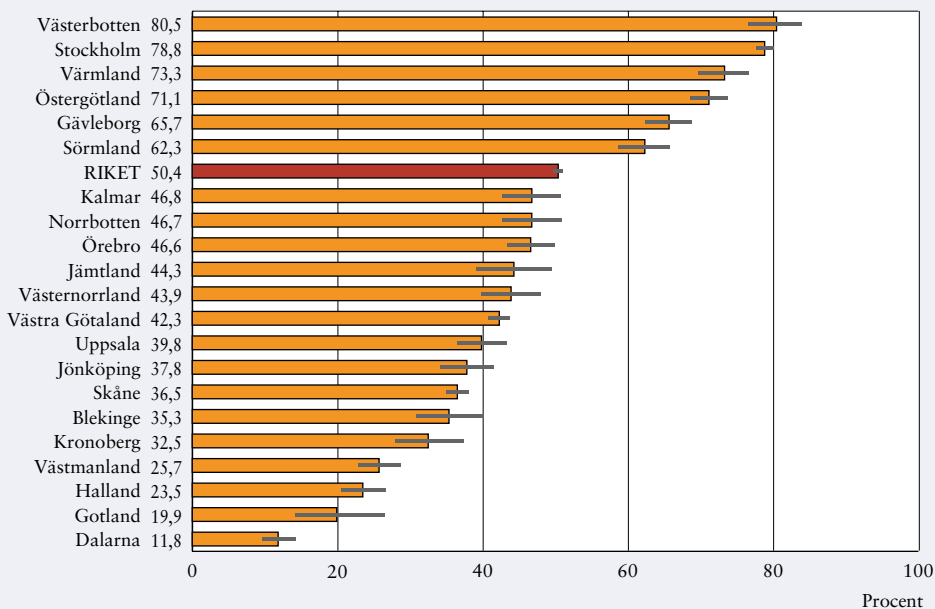


Diagram 56 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer, 2002–2009. **Totalt**

Källa: Nationellt lungcancerregister

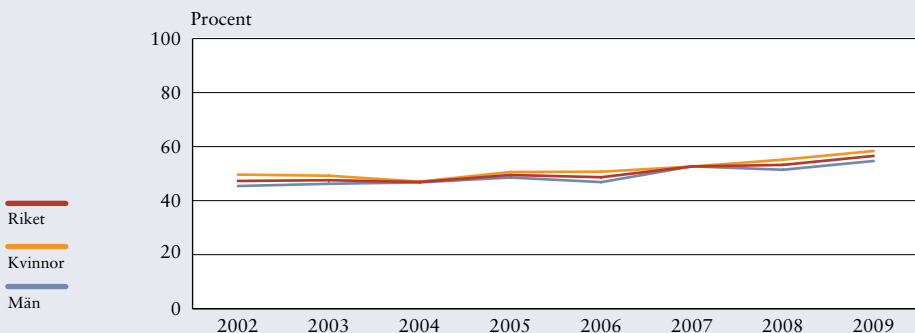


Diagram 56 Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför primärbehandling av lungcancer. Trend 2002–2009. **Riket**

Källa: Nationellt lungcancerregister

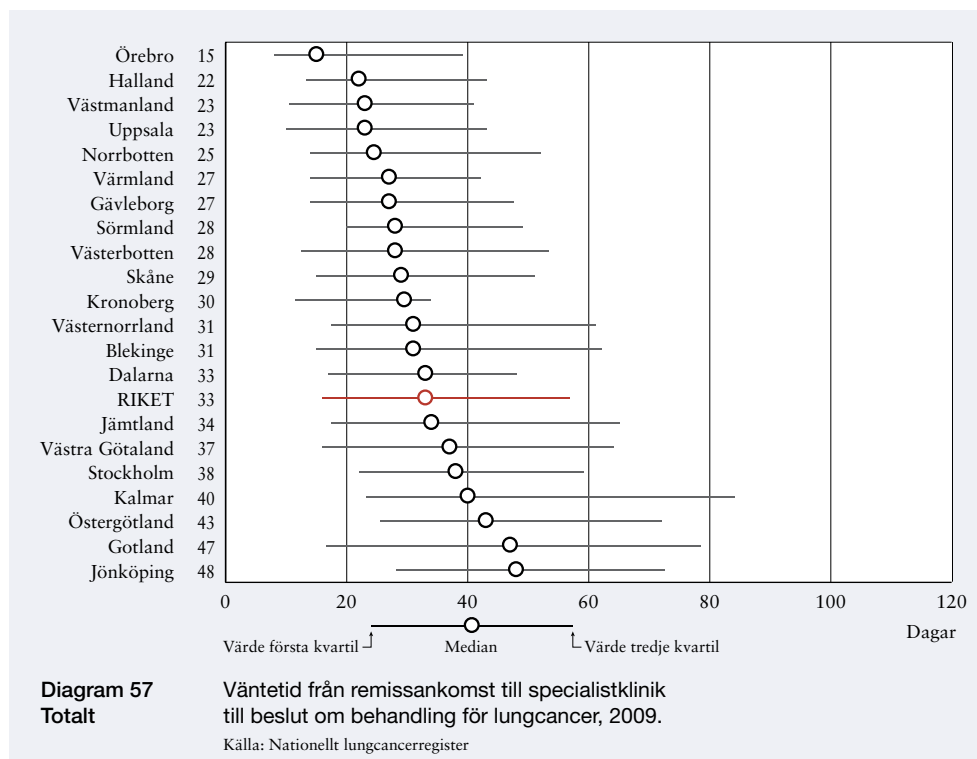
Diagram 56 visar att av 24 576 diagnostiserade patienter åren 2002–2009 var det 50,4 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens. Variationen är dock mycket stor mellan landstingen: 11,8–80,5 procent. Det är något fler kvinnor än män som bedöms vid en sådan konferens, 51,9 procent jämfört med 49,1 procent för män.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer är målnivån 74 procent, men det är få landsting som når upp till detta mål. I riktlinjerna står att alla landsting bör kunna uppnå den nivån och att den på sikt bör höjas ännu mer.

Det finns vissa registreringskillnader som påverkar resultaten i diagrammen. Det finns ingen enhetlig definition för vilka kompetenser som ska delta vid en multidisciplinär konferens och detta kan leda till skillnader mellan landstingen. Vissa landsting rapporterar bara de konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har för få registreringar jämfört med landsting som har en mindre krävande definition av multidisciplinär konferens.

57 Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling

En viktig indikator för omhändertagandet av lungcancerpatienter är tiden från det att en remiss inkommer till den utredande kliniken (en specialistklinik) fram till dagen för beslutet om behandling. Jämförelsen gäller tiden från det att remissen kommer till specialistkliniken, eller patienten själv tar kontakt med kliniken. Väntetiden omfattar tiden för utredning och diagnossättning tills beslutet om behandlingsinsatserna har fattats, exempelvis vid en multidisciplinär konferens. Specialistkliniken är vanligtvis en lungmedicinsk eller onkologisk klinik. Enligt Svenska

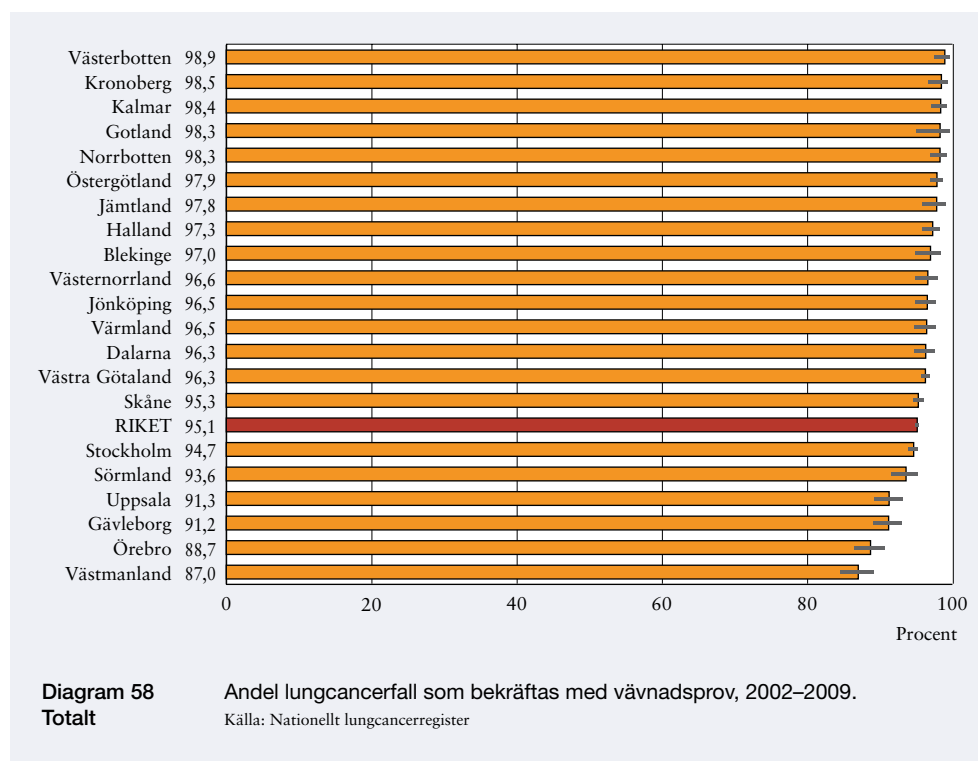


lungcancergruppen bör väntetiden vara maximalt 28 dagar för minst 80 procent av patienterna [21].

Diagram 57 visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta, från remissankomsten till beslutet om behandling, år 2009. 25 procent av patienterna fick ett behandlingsbeslut inom 16 dagar, 50 procent inom 33 dagar och 75 procent inom 57 dagar. Ytterligare 25 procent av patienterna fick vänta längre än 57 dagar. Väntetiderna för riket var i stort sett oförändrade jämfört med år 2007. Variationen var stor mellan landstingen och medianen (då minst 50 procent av patienterna hade fått ett behandlingsbeslut) var 15–48 dagar.

58 Lungcancer bekräftat med vävnadsprov

För att ta reda på vilken typ av tumör patienten har behövs ett vävnadsprov som skickas för analys. Undersökningen av vävnadsprovet ska bekräfta diagnosen lungcancer, ange typen av lungtumör och bekräfta att det rör sig om primär lungcancer och inte dottersvulster från en annan tumör. Efter en sådan utredning kan lungcancerpatienter få ett korrekt och optimalt omhändertagande. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancerterapi fick diagnos med ett vävnadsprov en mycket hög prioritet [20].



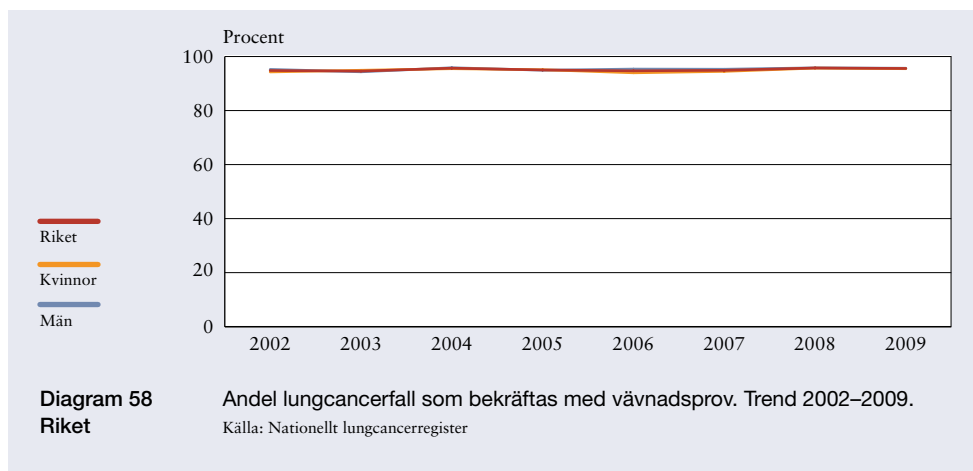


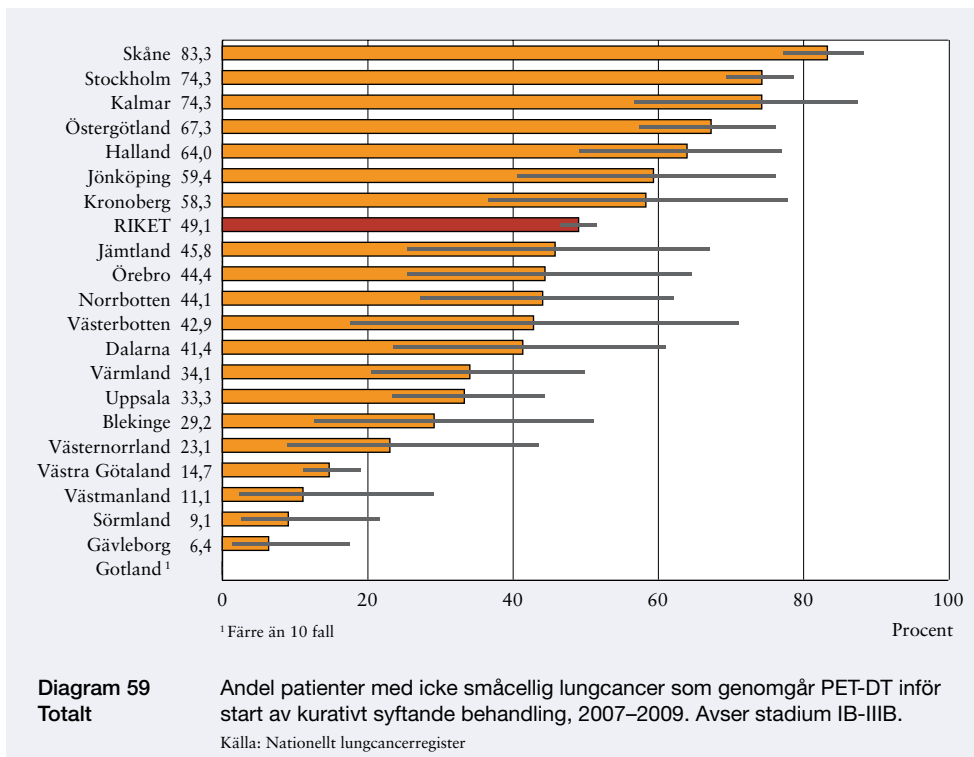
Diagram 58 visar andelen lungcancerfall som bekräftades med ett vävnadsprov 2002–2009. Av 24 576 patienter fick 95,1 procent sin diagnos bekräftad med ett vävnadsprov. Variationen mellan landstingen var också liten: 87,0–98,9 procent. Under perioden 2002–2009 var andelen lungcancerfall som bekräftas med ett vävnadsprov i stort sett oförändrad, runt 95 procent av alla lungcancerfall.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målnivån 99 procent och de flesta landsting är nära att uppnå detta mål. För några landsting skulle den lägre nivån kunna bero på att de inte rapporterar alla sina fall till lungcancerregistret. Framst gäller det för äldre och multisjuka patienter.

59 Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling

För att ge bästa möjliga behandling behöver man veta så exakt som möjligt var i kroppen cancersjukdomen finns. Vid en utredning av lungcancer undersöks bland annat övre delen av buken med hjälp av röntgen, datortomografi med mera. För personer med icke småcellig lungcancer i stadium IB–IIIB kan man med hjälp av PET-DT (positronemissionstomografi kombinerad med datortomografi) avgöra vilka patienter som kan vara aktuella för en kurativt syftande behandling som en operation eller en kombination av cytostatika och strålbehandling. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård har undersökningar med PET-DT fått en mycket hög prioritet för denna patientgrupp [20].

I diagram 59 visas andelen patienter som genomgick PET-DT inför starten av en kurativt syftande behandling 2007–2009. Av 1 557 patienter med icke småcellig lungcancer i stadium IB–IIIB var det 764 patienter som undersöktes med PET-DT, vilket motsvarar 49,1 procent. Variationen var stor mellan landstingen: 6,4–83,3 procent. Underlaget bygger på relativt få uppgifter, vilket gör att konfidensintervallen är breda.



Detta är en ny variabel i lungcancerregistret och därför redovisas bara uppgifter från 2007–2009. Underlaget är alltså litet, men enligt de nationella riktlinjerna bör ändå minst 82 procent i denna patientgrupp utredas med PET-DT.

Under mätperioden var nyttan av att använda PET-DT inte allmänt känd. Det innebär att resultatet gäller en period när metoden fortfarande var under uppbyggnad i landstingen.

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

Kirurgi är den metod som botar absolut flest patienter med icke småcellig lungcancer. Alla patienter med lungcancer kan dock inte opereras, utan det beror på var i lungan cancer växer, hur stor tumören är och om cancer har spridit sig till några andra organ. Det är framför allt patienter med icke småcellig lungcancer i stadium I och II som kan få kurativt syftande kirurgi. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancer är åtgärden en viktig indikator för uppföljning [20]. Om metoden underutnyttjas kan vården faktiskt missa tillfällen att bota sjukdomen.

Denna indikator mäter landstingens behandlingsinsatser för personer med lungcancer i ett tidigt stadium. Jämförelsen redovisar andelen patienter som planerades

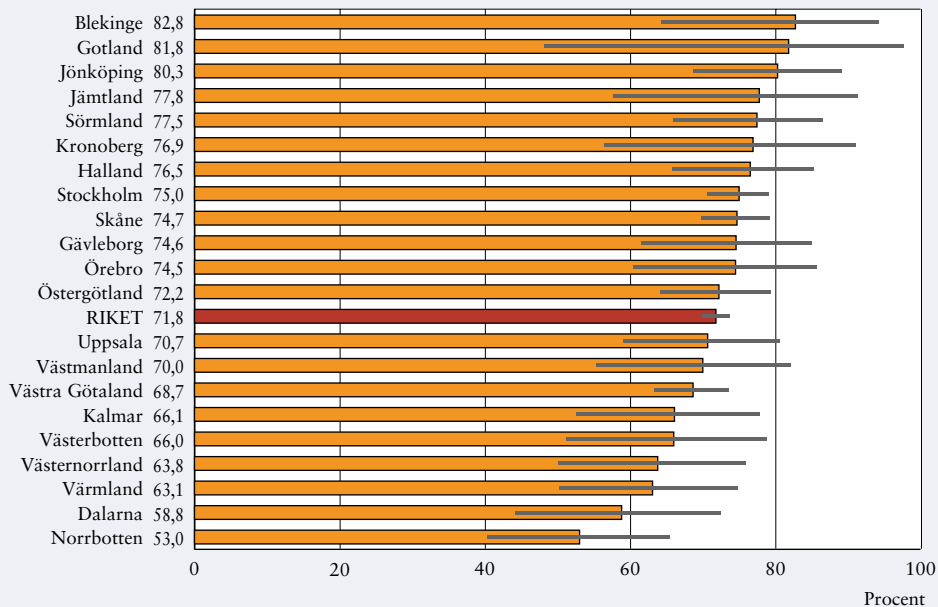


Diagram 60
Kvinnor

Andel patienter med icke småcellig lungcancer som planeras för kurativt syftande kirurgi, 2002–2009. Avser stadium I och II.

Källa: Nationellt lungcancerregister

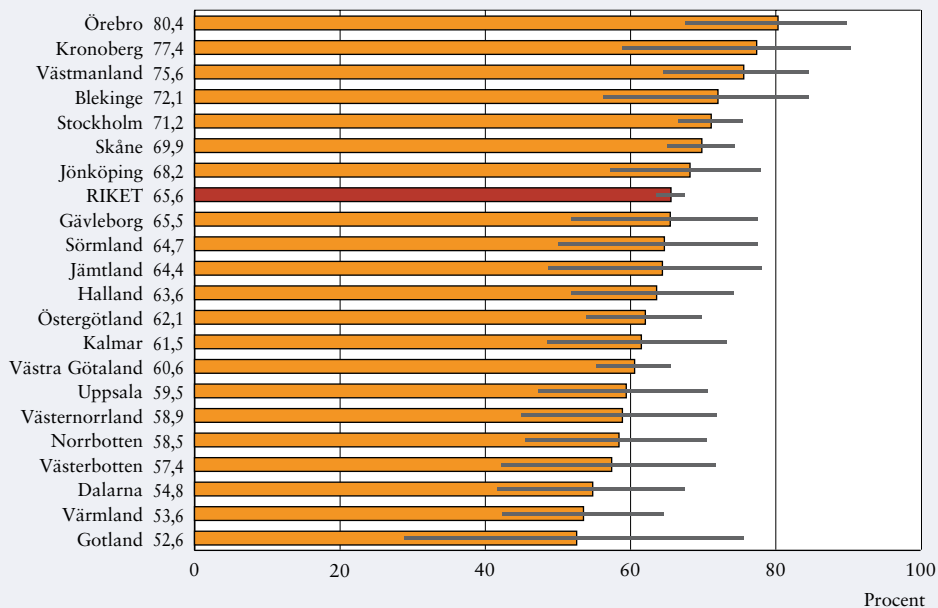


Diagram 60
Män

Andel patienter med icke småcellig lungcancer som planeras för kurativt syftande kirurgi, 2002–2009. Avser stadium I och II.

Källa: Nationellt lungcancerregister

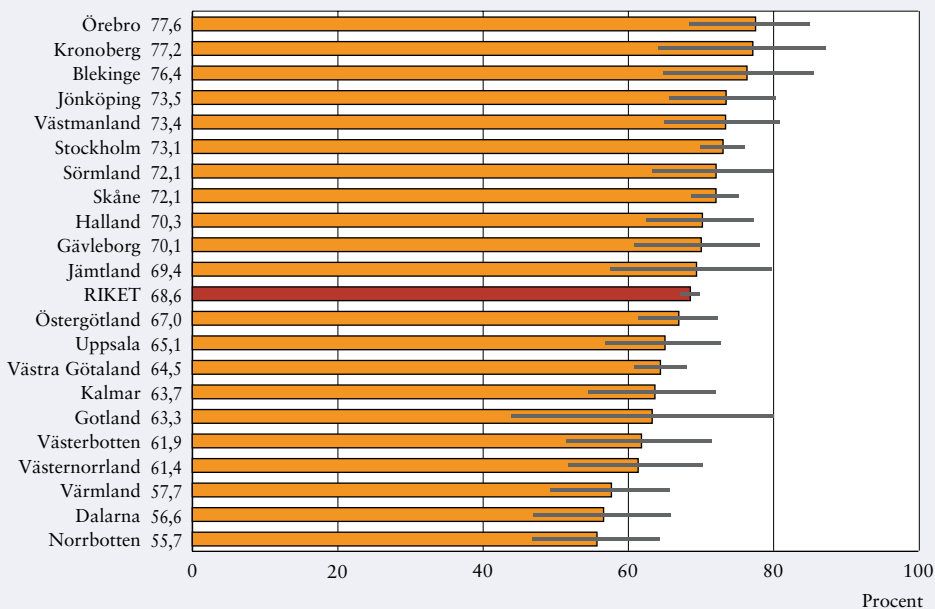


Diagram 60 Andel patienter med icke småcellig lungcancer som planeras för kurativt syftande kirurgi, 2002–2009. Avser stadium I och II.
Totalt
 Källa: Nationellt lungcancerregister

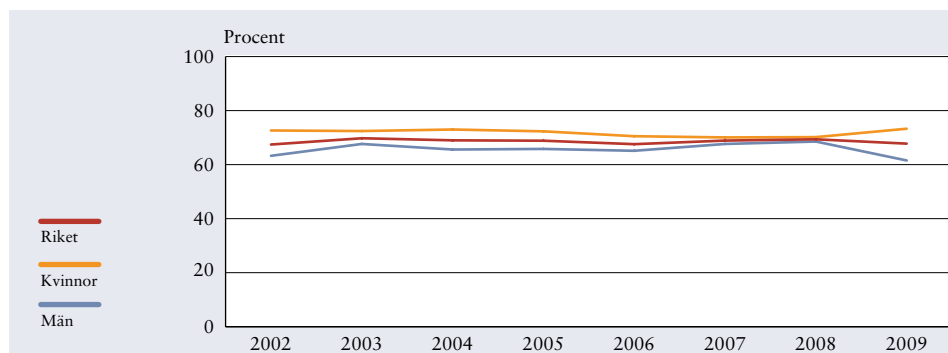


Diagram 60 Andel patienter med icke småcellig lungcancer som planeras för kurativt syftande kirurgi. Avser stadium I och II. Trend 2002–2009.
Riket
 Källa: Nationellt lungcancerregister

få kurativt syftande kirurgi. En uppföljning i lungcancerregistret visar att operationen genomfördes i 90 procent av fallen.

I diagram 60 visas andelen operationer under 2002–2009. Av 4 476 patienter med småcellig lungcancer i stadium I och II var det 3 070 som skulle få kirurgi, vilket motsvarar 68,6 procent. Under de senaste åtta åren har andelen varit 67,8–69,7 procent och variationen mellan landstingen 55,7–77,6 procent. I riket planerades ett

kirurgiskt ingrepp för fler kvinnor än män, 71,8 respektive 65,6 procent. Vissa landsting har haft få fall att rapportera in till kvalitetsregistret, vilket gör att konfidensintervallen blir breda.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målet för 2011 att 79 procent bör få kurativt syftande kirurgi vid icke småcellig lungcancer i stadium I och II.

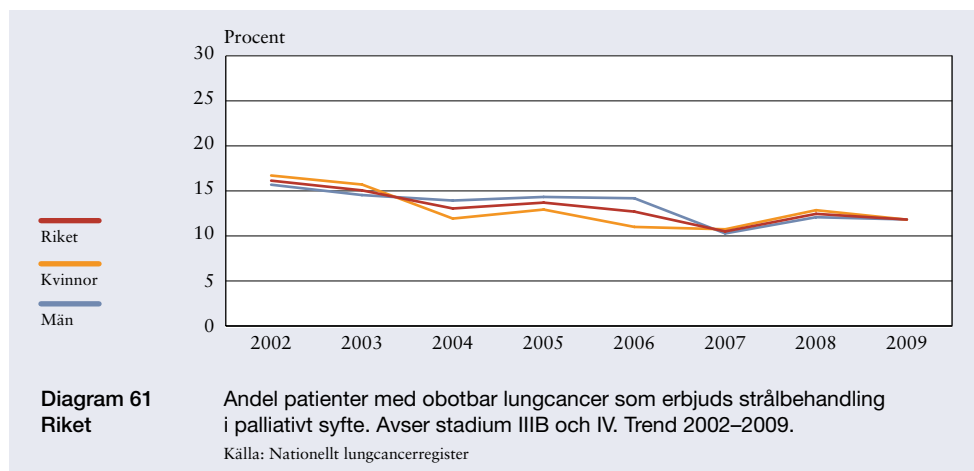
61 Palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV

Syftet med palliativ strålbehandling är att skada cancercellerna och förhindra att tumören växer, och på så sätt kan man fördröja eller lindra symtomen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancerterapi har palliativ strålbehandling fått hög prioritet när den ges till personer med obotlig lungcancer i stadium IIIB och IV och som har symptom från bröstorganen [20]. Symtomen kan vara smärta, hosta, blodig hosta och andnöd. Alla patienter är dock inte aktuella för strålbehandling eftersom biverkningarna av strålbehandlingen kan försämra allmäntillståndet. Vissa väljer också att avstå från behandlingen.

I diagram 61 visas andelen patienter med obotlig lungcancer i stadium IIIB och IV som fick strålbehandling mot bröstorganen under perioden 2002–2009. Av 16 899 patienter fick 2 210 strålbehandling, vilket motsvarar 13,1 procent. Det fanns ingen större skillnad mellan könen. År 2002 fick 16,4 procent i denna patientgrupp en palliativ strålbehandling, och det innebär en minskning med över 3 procentenheter under de senaste åren.

Indikatoren speglar om patienter med obotlig lungcancer i stadium IIIB och IV aktivt erbjuds en palliativ strålbehandling, och stora regionala skillnader kan tyda på att det finns kvalitetsskillnader i vården. Variationen mellan landstingen var också stor: 2,4–27,5 procent.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målnivån 22 procent och flera landsting bör därför överväga om den palliativa strålbehandlingen är underutnyttjad.



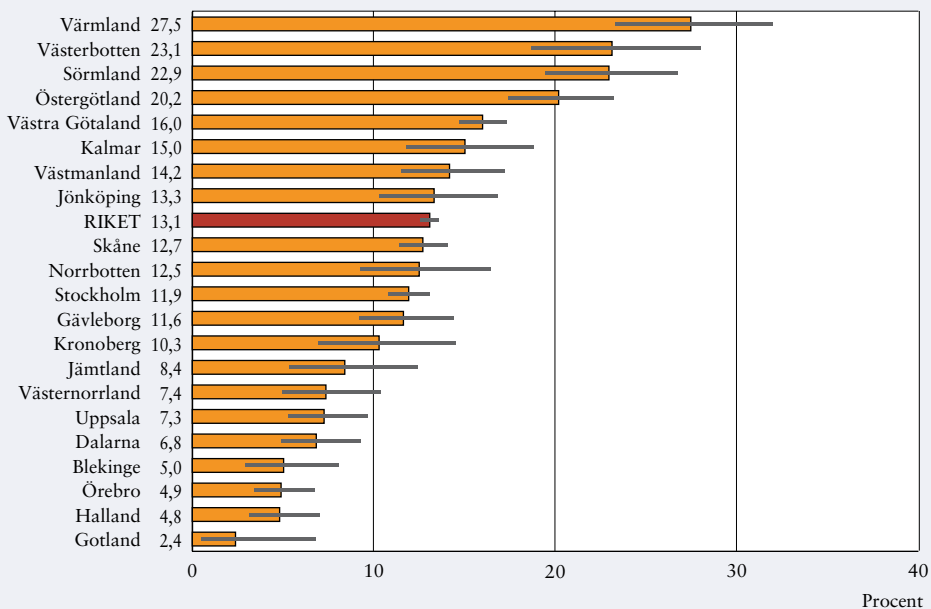


Diagram 61 Andel patienter med obotbar lungcancer som erbjuds strålbehandling i palliativt syfte, 2002–2009. Avser stadium IIIB och IV.

Källa: Nationellt lungcancerregister

62 Palliativt syftande kemoterapi vid obotlig lungcancer

Kemoterapi innebär behandling med läkemedel som dödar cancerceller eller hindrar att de växer och blir fler. Det finns flera olika läkemedel som, ofta i kombination, kan användas med likartad verkan på sjukdomen. Däremot kan biverkningarna variera något. Vid en obotlig lungcancer rekommenderar vårdprogrammen att man ska pröva med kemoterapi för att lindra patientens symtom. I Socialstyrelsens na-

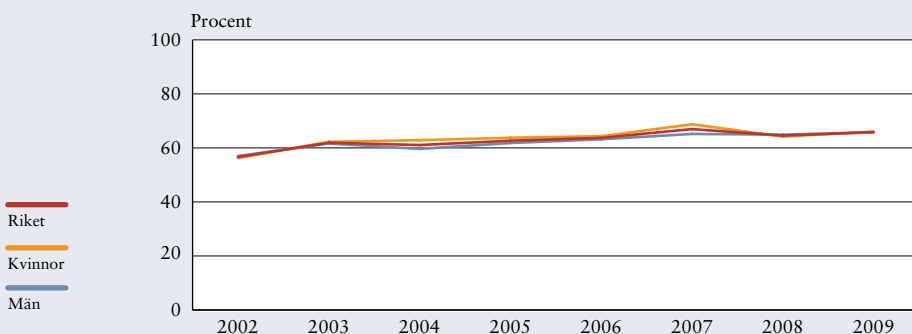


Diagram 62 Andel patienter med lungcancer som erbjuds kemoterapi i palliativt syfte. Avser stadium IIIB och IV. Trend 2002–2009.

Källa: Nationellt lungcancerregister

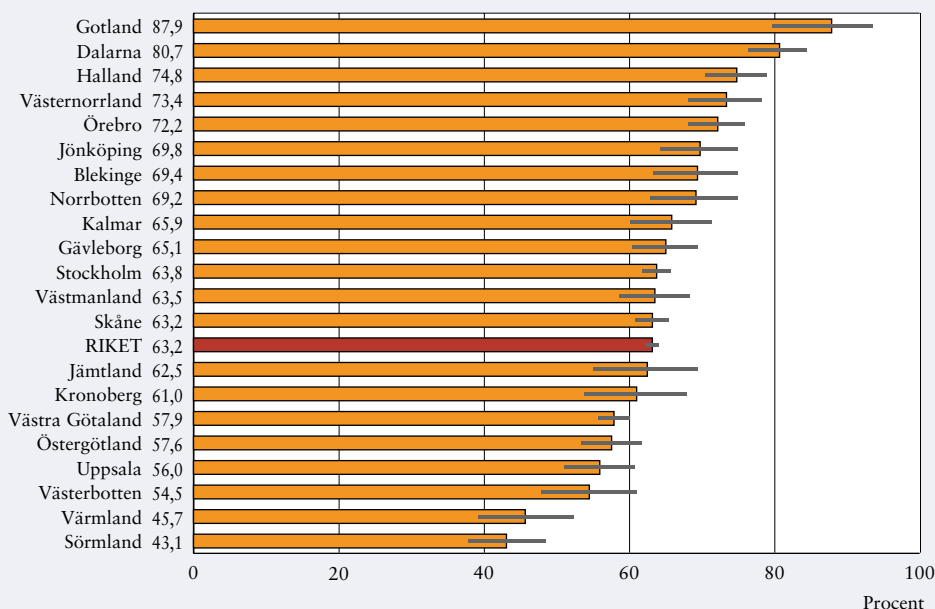


Diagram 62 Andel patienter med lungcancer som erbjuds kemoterapi i palliativt syfte, 2002–2009. Avser stadium IIIB och IV.

Totalt

Källa: Nationellt lungcancerregister

tionella riktlinjer för lungcancervård är palliativt syftande kemoterapi vid lungcancer i stadium IIIB och IV och med performance status 0–2 en av de indikatorer som är viktiga att följa upp [20]. Alla patienter i stadium IV ska inte behandlas med en palliativ kemoterapi men indikatorn är intressant för jämförelser av regionala variationer och kan indikera kvalitetsskillnader i vården.

”Performance status” (PS) beskriver patientens funktionsnivå på skalan 0–4. En fullt aktiv person får PS 0 medan PS 2 gäller en person som klarar normala aktiviteter och är uppe mer än halva dagarna, dock med nedsatta krafter. PS är viktig för att bedöma om en patient kan klara en behandling med kemoterapi och ha nytta av den [20].

Diagram 62 visar andelen patienter som aktivt erbjöds palliativ kemoterapi 2002–2009. Jämförelsen omfattar 11 939 patienter med lungcancer i de aktuella tumörstadierna. Av dem erbjöds 7 544 patienter kemoterapi, vilket motsvarar 63,2 procent. Diagrammet visar att spridningen mellan landstingen är stor: 43,1–87,9 procent. Andelen har också ökat stadigt, från 56,7 procent 2002 till dagens värde på 63,2 procent, även om ökningen har avtagit något under de senaste åren.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer är målnivån att 78 procent ska erbjudas en palliativ kemoterapi. Nivån tar bland annat hänsyn till att alla patienter i sta-

dium IIIB inte ska ha palliativt syftande kemoterapi, utan vissa av dem får i stället en kurativt syftande behandling i form av strålning och cytostatikabehandling.

Resultaten för enskilda sjukhus kan påverkas av att de registrerar stadierna på olika sätt och underrapporterar äldre patienter till kvalitetsregistret. Resultatet kan också påverkas av att de kan ha en större andel patienter med performance status 3–4, det vill säga patienter som inte klarar cytostatikabehandling. En del av variationen mellan landstingen kan förklaras av detta, men uppgifterna talar ändå för att en viss underbehandling kan förekomma.

HUVUD- OCH HALSCANCER

Statistik 2009	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	426	789
Procent av alla cancerfall	2 %	3 %
Prevalens, total	3 777	6 258
Relativ femårsöverlevnad	65 %	60 %
Antal dödsfall	115	234

Huvud- och halscancer innefattar cancer i läpp, munhåla, svalg, struphuvud, näsa, bihålor och spottkörtlar. De många lokalerna gör att det finns stora skillnader mellan cancersjukdomarna när det gäller utredning, behandling och prognos. Idag lever cirka 10 000 personer som har eller har haft huvud- och halscancer. Den samlade femårsöverlevnaden är 65 procent för kvinnor och 60 procent för män. Sjukdomen är vanligare bland män och drabbar främst personer över 60 år.

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

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

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

63 Överlevnad vid huvud- och halscancer

Femårsöverlevnaden redovisas sammantaget för all huvud- och halscancer, även om det finns stora skillnader i överlevnad beroende på var canceren har sitt ursprung. Sedan 1990 har överlevnaden ökat något bland kvinnor men legat på en konstant nivå bland männen. Diagram 63 visar att femårsöverlevnaden var 62 procent under perioden 2005–2009. Det finns vissa skillnader mellan landstingen men konfidensintervallen är breda och variation beroende på slumpen kan inte uteslutas.

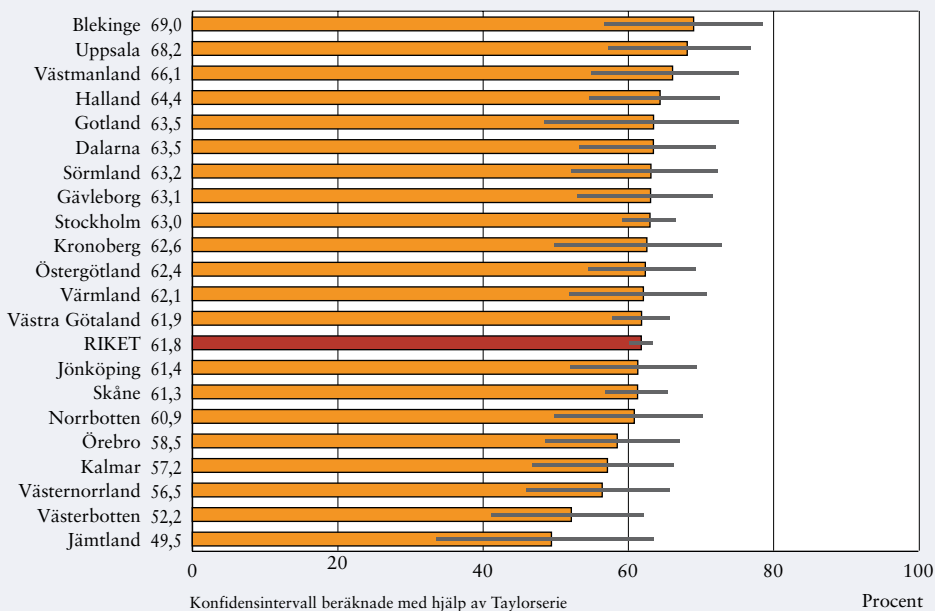


Diagram 63 Relativ 5-årsöverlevnad vid huvud- och halscancer. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

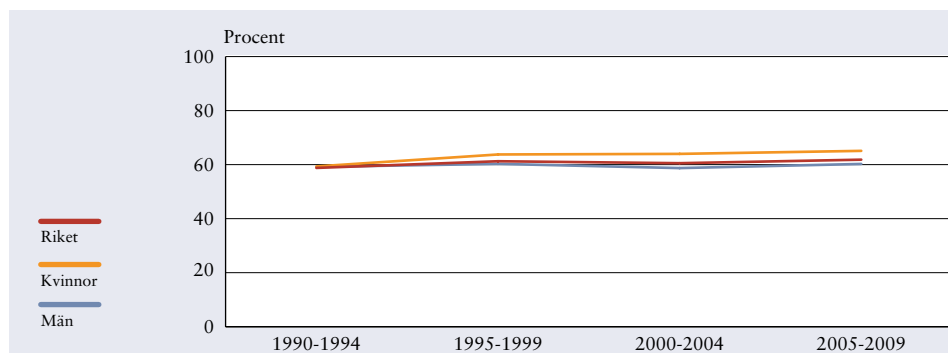
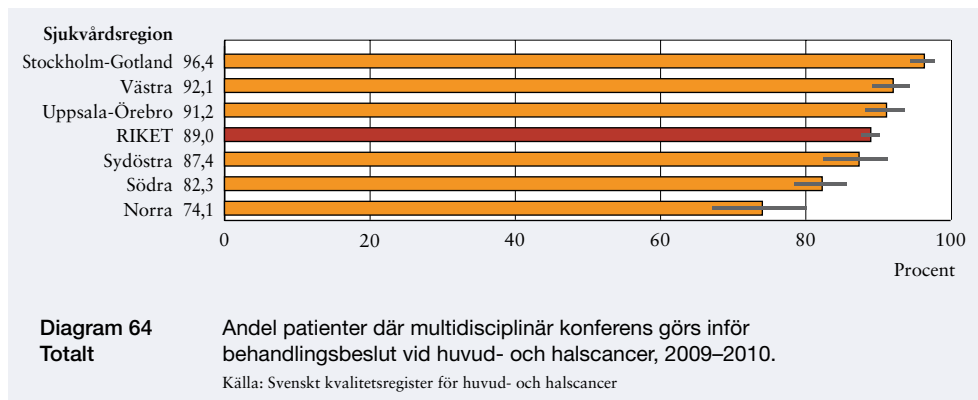


Diagram 63 Relativ 5-årsöverlevnad vid huvud- och halscancer. Trend 1990–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

64 Multidisciplinär konferens inför behandling

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

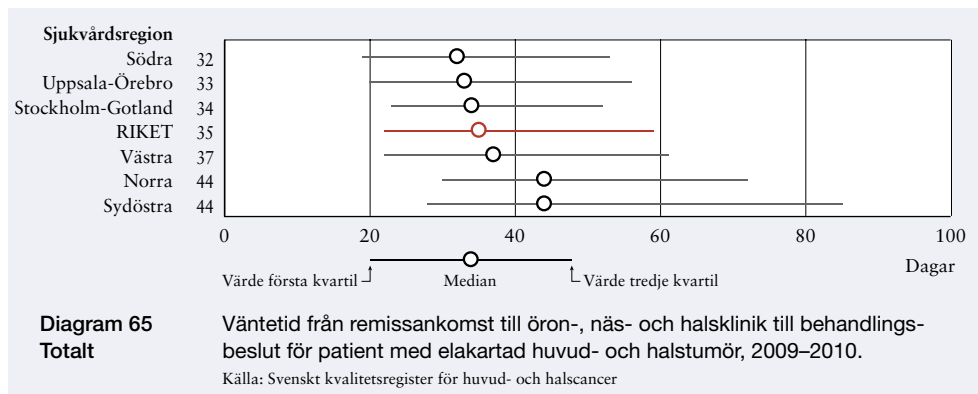


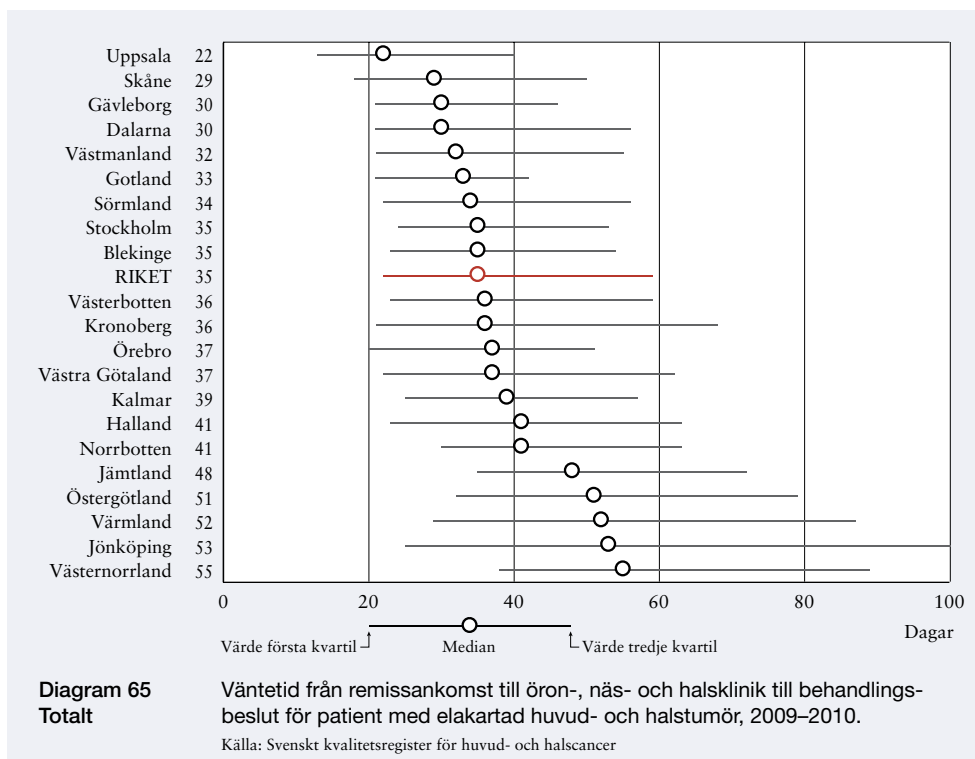
Av 2 318 diagnostiserade patienter åren 2009–2010 var det 89 procent som bedömdes vid en multidisciplinär konferens, se diagram 64. Det fanns en viss variation mellan regionerna. Det var ingen skillnad mellan män och kvinnor.

65 Väntetid från remiss till beslut om behandling

Denna indikator har tidigare redovisats i *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2010* [22]. När man misstänker cancer är det viktigt att utredningen kan genomföras snabbt så patienten kan få behandling innan cancer växer eller sprider sig. Utredningens planering och resurserna som finns på de enheter som behöver utnyttjas avgör hur lång tid det tar från att patienten söker vård eller remissen kommer in till den utredande kliniken, till dess att beslutet om behandling kan tas.

Diagram 65 bygger på information om 2291 patienter och visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta från remissankomsten till beslutet om behandling. 50 procent av patienterna fick vänta i 35 dagar och 25 procent fick vänta längre än 59 dagar. Det är relativt stor variation mellan landstingen och även inom varje landsting. Det finns också skillnader i väntetider mellan regionerna där den norra och sydöstra regionen har längre väntetider än de övriga.





66 Väntetid från remiss till behandlingsstart

Väntetiden från remissankomsten till behandlingsstarten visar ytterligare ett led i processen, och som har beskrivits ovan är tiden till behandlingsstarten viktig för sjukdomens fortsatta utveckling. Det är också viktigt för patienterna att snabbt komma igång med en beslutad behandling.

Observera att mätperioden avviker från mätperioden för indikator 65.

Diagram 66 bygger på information om 2132 patienter och visar antalet dagar som 25, 50 och 75 procent av patienterna fick vänta, från remissankomsten till behandlingsstarten, under åren 2008–2009. I riket påbörjade 50 procent av patienterna behandlingen efter 57 dagar, vilket innebär att de fick vänta i ytterligare cirka tre veckor efter beslutet om behandling innan den påbörjades. 25 procent av patienterna fick vänta längre än 83 dagar. Variationen mellan landstingen är stor och det är även en stor variation inom varje landsting.

Sydöstra och norra regionen har längre väntetider fram till behandlingsstarten än de övriga regionerna. Sannolikt beror detta inte på en längre väntan från beslutet till behandlingsstarten utan på en längre väntan från remissankomsten till behandlingsbeslutet.

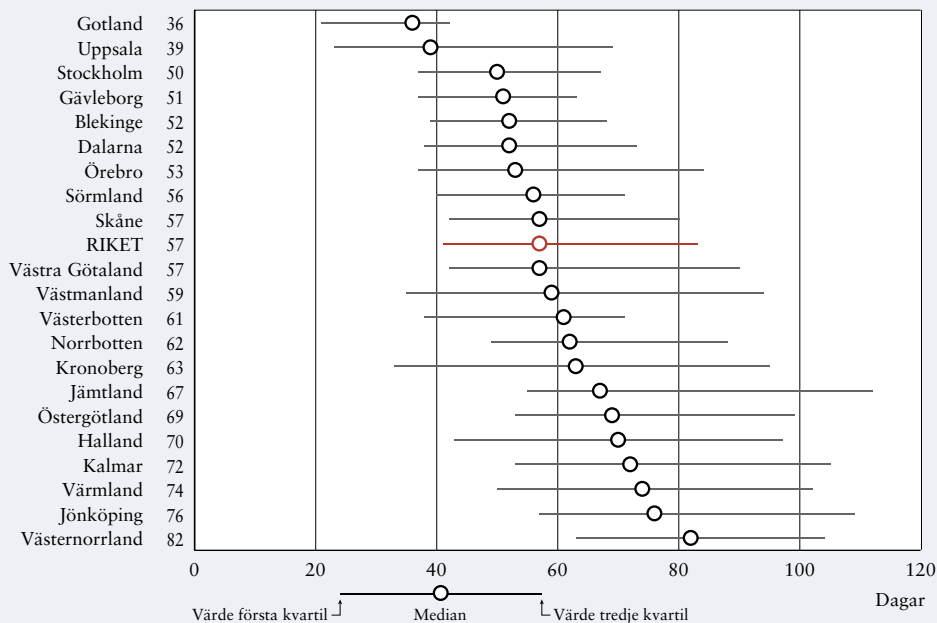


Diagram 66
Totalt

Väntetid från remissankomst till öron-, näs- och halsklinik till behandlingsstart för patient med elakartad huvud- och halstumör, 2008-2009.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

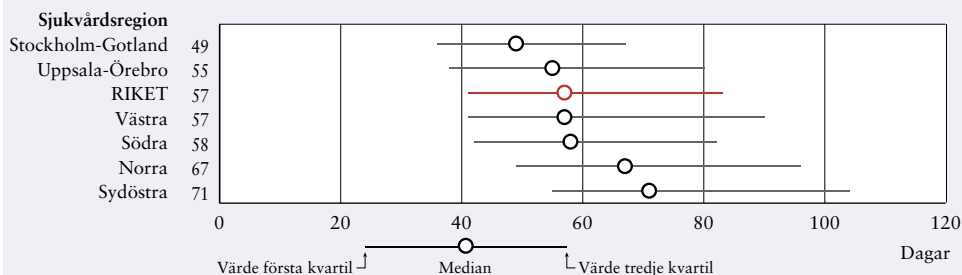


Diagram 66
Totalt

Väntetid från remissankomst till öron-, näs- och halsklinik till behandlingsstart för patient med elakartad huvud- och halstumör, 2008-2009.

Källa: Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer

MALIGNT HUDMELANOM

Statistik 2009	Kvinnor	Män
Antal diagnostiserade fall	1 411	1 408
Andel av alla cancerfall	5 %	5 %
Prevalens, total	17 119	13 401
Relativ femårsöverlevnad	92,6 %	86,0 %
Antal dödsfall	217	282

Malignt hudmelanom är den allvarligaste av hudens tre vanliga cancerformer. Den står för 5 procent av all cancersjukdom hos män och kvinnor. År 2009 fick 2 819 personer diagnosen, varav 1 411 kvinnor och 1 408 män. I Sverige lever i dag mer än 30 500 personer som har eller har haft malignt melanom. Incidensen (antalet insjuknade) har ökat med nästan 5 procent per år under 2000-talet, från att ha legat tämligen stilla under 1990-talet. Incidensen varierar dock inom landet och är generellt sett högst i södra delen av landet och lägre i norra delen. Dödligheten har också ökat, från cirka 4 till cirka 5 procent. Den största riskfaktorn för malignt melanom är solens ultraviolettera strålning.

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

Medianåldern vid diagnosen är 64 år hos män och 60 år hos kvinnor, men även unga människor kan drabbas. Melanom är dock mycket ovanligt hos barn. Cirka 40 procent av kvinnorna får sin diagnos före 55 års ålder jämfört med 30 procent av männen.

Här redovisas resultatet för fyra indikatorer, varav tre kommer från Nationella kvalitetsregistret för hudmelanom. Två mäter de väntetider som är viktiga ur patientens synvinkel och en mäter andelen tunna maligna melanom. Den sista indikatorn mäter andelen patienter med hudmelanom där tumören är 1,0 millimeter tjock eller mindre. Uppgiften om överlevnad har hämtats från cancerregistret.

67 Överlevnad vid malignt hudmelanom

Diagram 67 visar att den relativa femårsöverlevnaden för perioden 2005–2009 var 86,0 procent för män och 92,6 procent för kvinnor. För män ökade överlevnaden under 1990-talet för att sedan gå tillbaka något, medan kvinnors överlevnad har ökat något sedan 1990-talet. Det finns variationer i överlevnad inom landet.

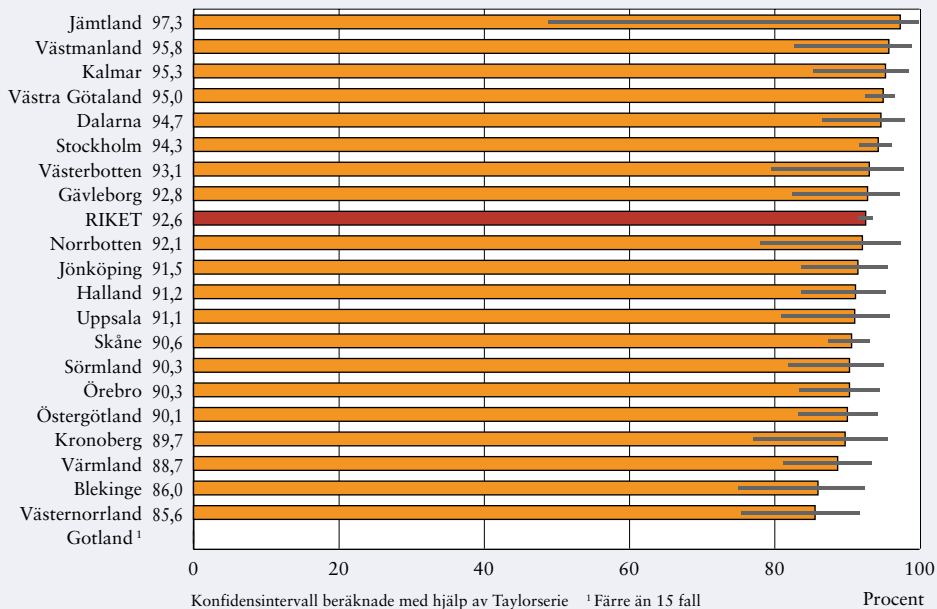


Diagram 67
Kvinnor

Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt hudmelanom. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

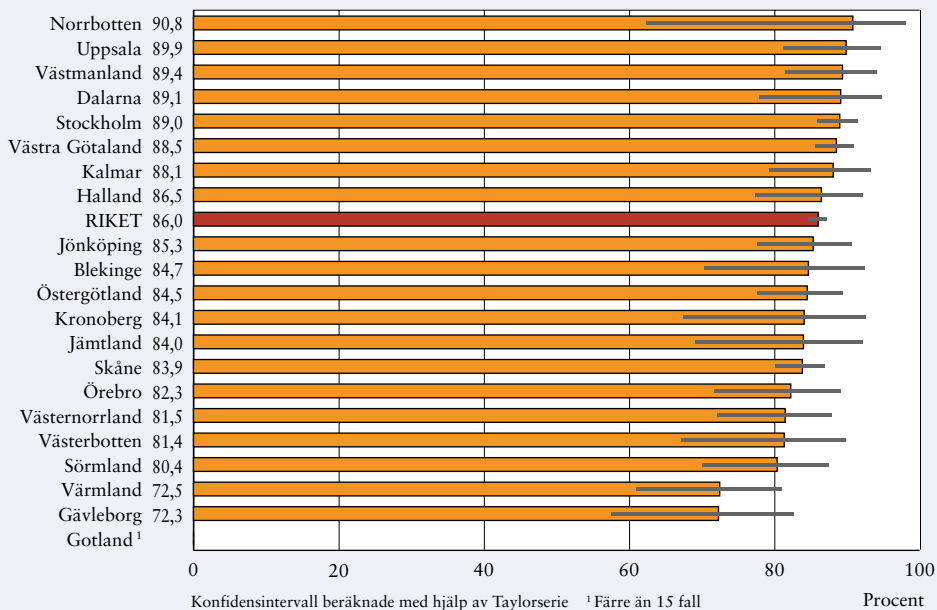


Diagram 67
Män

Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt hudmelanom. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

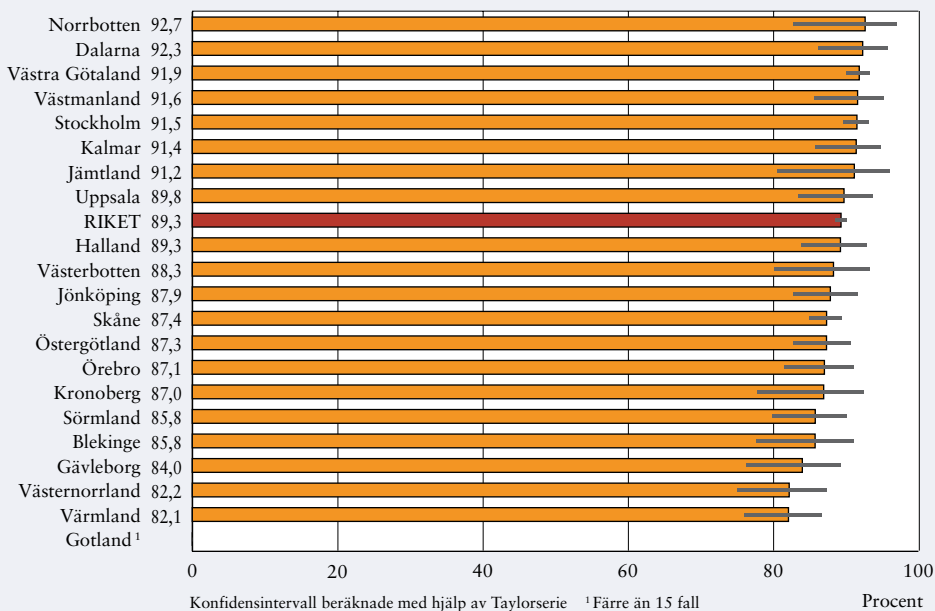


Diagram 67
Totalt

Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt hudmelanom. Patienter diagnostiserade 2005–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

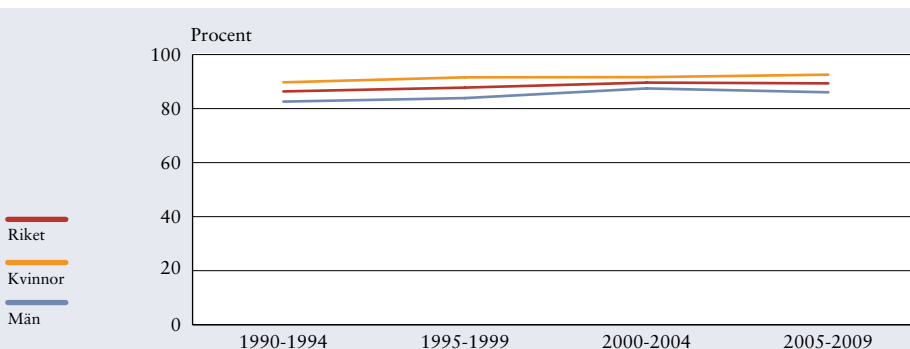


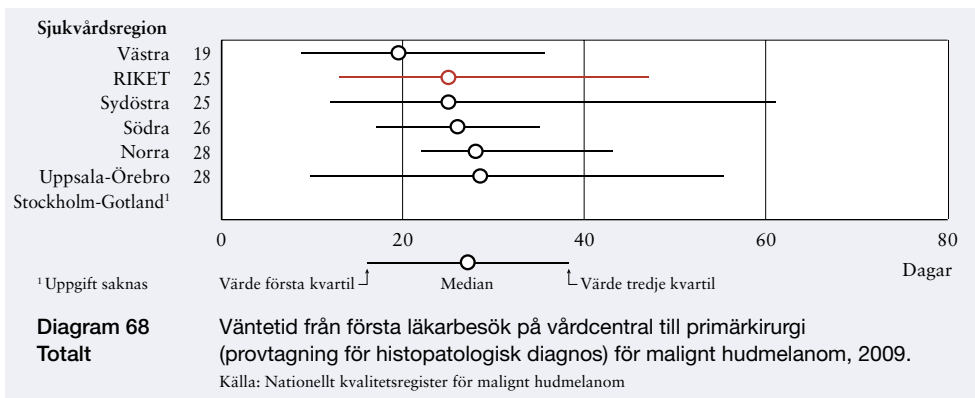
Diagram 67
Riket

Relativ 5-årsöverlevnad vid malignt hudmelanom. Trend 1990–2009. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

68 Väntetid från första läkarbesök till primärkirurgi

Sedan 2009 går det att registrera väntetider i hudmelanomregistret. Bortfallet är dock fortfarande högt och endast omkring hälften av landstingen kan redovisa väntetiden från det första läkarbesöket till primärkirurgin (som innebär borttagande av hudförändringen som skickas för histopatologisk diagnos). Måttet mäts regionvis för att få säkrare värden.



För en hög andel av patienterna görs primärkirurgin redan vid första besöket på vårdcentralen. Denna jämförelse avser endast de patienter som remitteras och där ingreppet sker på en specialistklinik, vilket var en mindre andel av patientgruppen. Av diagram 68 framgår att för dem var variationen i medianväntetiden 2009 mellan regionerna: 19–28 dagar. Regionala rutiner och remitteringsvägar kan ha betydelse för väntetiden, och om specialistkliniken i sin tur remitterar patienten vidare till en annan specialistklinik blir väntan ännu längre. Medianen var då 25 dagar i riket.

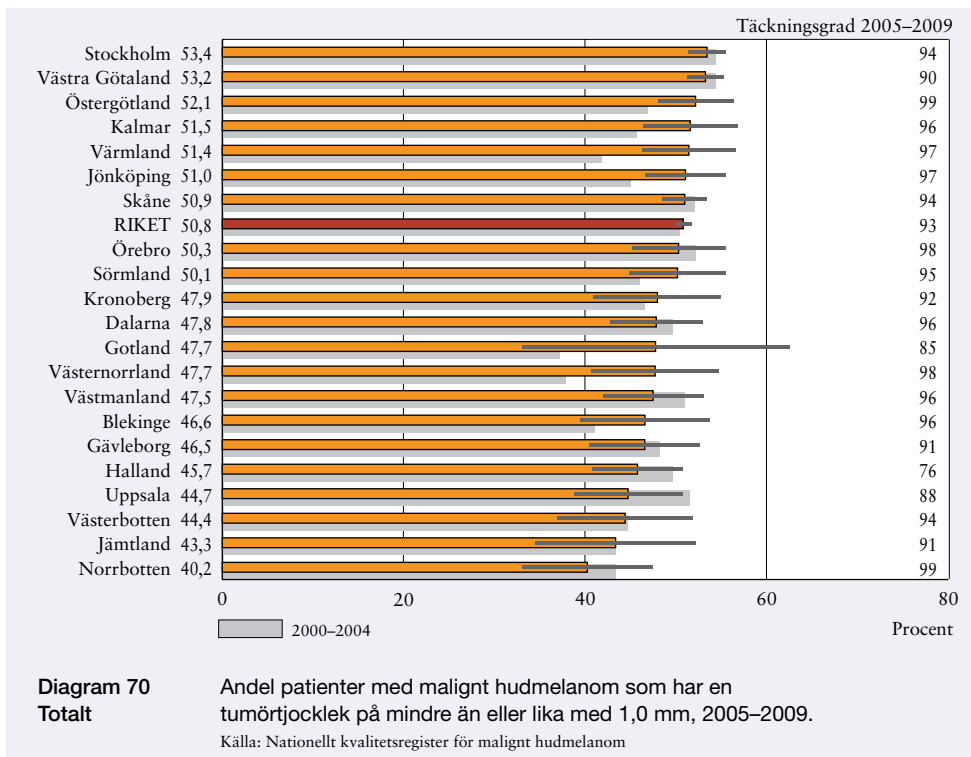
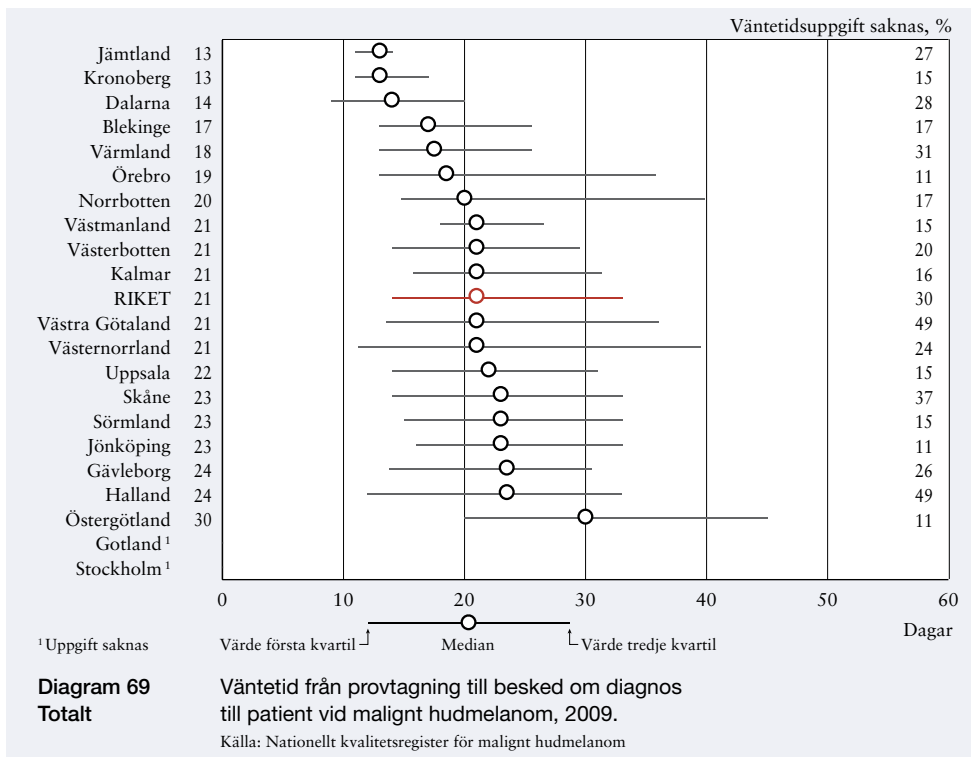
Variabeln är förhållandevis ny i registret vilket påverkar möjligheten att göra fullständiga bedömningar.

69 Väntetid från provtagning till diagnosbesked till patient

Diagram 69 visar att medianväntetiden i riket var 21 dagar, från provtagningen till diagnosbeskedet, men i landstingen varierar den mellan 13–30 dagar. I denna tid ingår även väntan på en histopatologisk diagnostik och väntan på att svaret ska komma till den inremitterande läkaren. Från och med 2011 analyseras även väntetiderna för diagnostik. För denna indikator är det endast Stockholms- och Gotlandsregionen som inte kan redovisa data eftersom de har kommit igång sent med sin onlineregistrering.

70 Malignt hudmelanom med en tumörtjocklek på 1,0 millimeter eller mindre

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



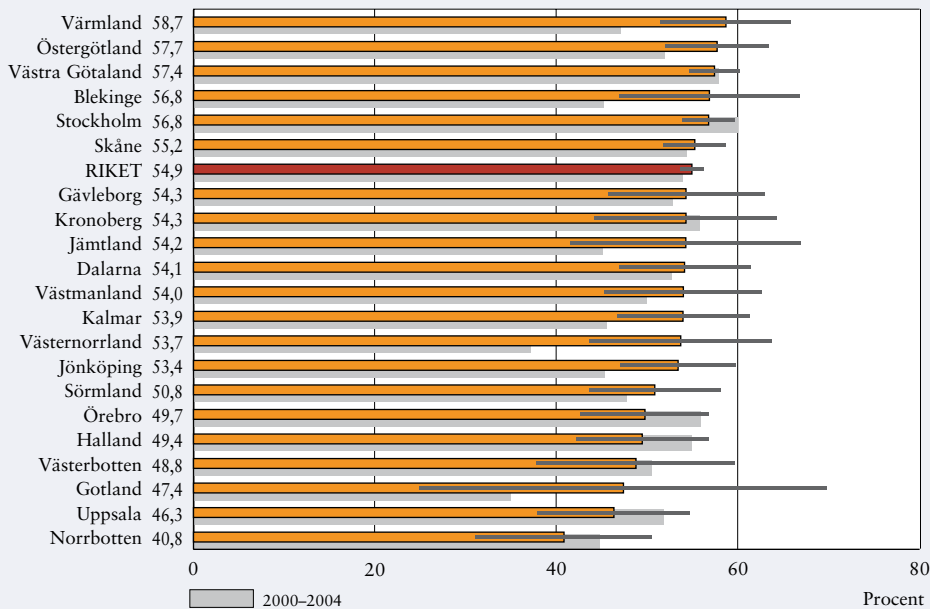


Diagram 70
Kvinnor

Andel patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på mindre än eller lika med 1,0 mm, 2005–2009.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för malignt hudmelanom

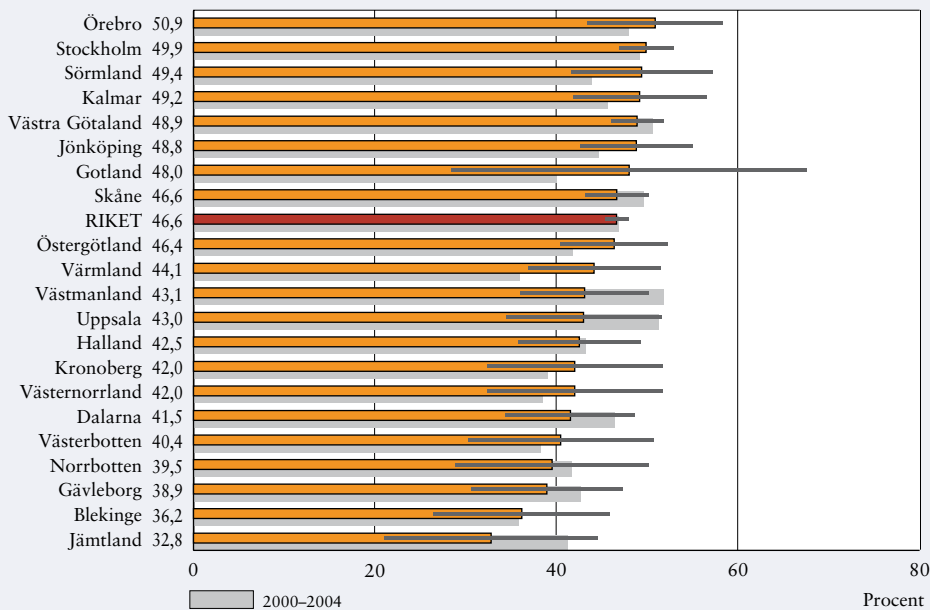


Diagram 70
Män

Andel patienter med malignt hudmelanom som har en tumörtjocklek på mindre än eller lika med 1,0 mm, 2005–2009.

Källa: Nationellt kvalitetsregister för malignt hudmelanom

Diagram 70 visar att cirka 50,8 procent av alla tumörer som diagnosticerades under perioden hade en tjocklek på 1,0 mm eller mindre, med landstingsvariationen 40,2–53,4 procent. Andelen kvinnor var högre än andelen män, 54,9 respektive 46,6 procent. Jämförelsen omfattar 11 280 patienter som diagnostiserades under perioden 2005–2009. Enligt kvalitetsregistret återfanns (täckningsgrad) cirka 95 procent av cancerregistrets fall hos registret.

En jämförelse mellan 1990–1999 och 2000–2008 visar en viss minskning av andelen maligna hudmelanom som var tunna vid diagnosen, vilket är negativt eftersom överlevnaden hänger ihop med tumörens tjocklek. Skillnaden mellan män och kvinnor tycks minska.

Projektorganisation

Styrgrupp

Stefan Ackerby, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Mona Heurgren, Socialstyrelsen

Marie Lawrence, Socialstyrelsen

Roger Molin, SKL

Arbetsgrupp

Cecilia Dahlgren, Socialstyrelsen

Camilla Eriksson, SKL

Behzad Koucheki, Socialstyrelsen

Birgitta Lindelius, Socialstyrelsen

Katarina Wiberg Hedman, projektledare, SKL

Göran Zetterström, projektledare, Socialstyrelsen

Övriga deltagare

Mats Fernström, Socialstyrelsen

Gunilla Gunnarsson, SKL

Staffan Khan, Socialstyrelsen

Åsa Klint, Socialstyrelsen

Bodil Klintberg, SKL

Max Köster, Socialstyrelsen

Pinelopi Lundqvist, Socialstyrelsen

Lisbeth Serdén, Socialstyrelsen

Sofia Tullberg, SKL

Fredrik Westander, konsult

Medicinskt sakkunniga

Jan Adolfsson

Gunilla Gunnarsson

Lars Holmberg

Referenser

1. Socialstyrelsen (2011), Cancer i Sverige: Stockholm.
2. Socialstyrelsen (2007), Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal och prostatacancer, beslutsstöd för prioriteringar: Stockholm.
3. Brenner, H., o. Gefeller, and T. Hakulinen, Period analysis for "up-to-date" cancer survival data: theory, empirical evaluation, computational realisation and applications. *Eur J Cancer*, 2004. 40(3): p 326–35.
4. Socialstyrelsen (2010), I väntan på besked, väntetider inom cancervården: Stockholm.
5. Börjesson, S., Svenska emesisregistret: Säkra kvaliteten i behandling av illamående, *Onkologi i Sverige*, 2009;2: 14–20.
6. Socialstyrelsen och Cancerfonden (2009): Cancer i siffror 2009: Stockholm.
7. Socialstyrelsen (2011), Dödsorsaker 2009, Sveriges officiella statistik, Statistik hälso- och sjukvård: Stockholm.
8. Socialstyrelsen (2009), Hälso- och sjukvårdsrapport 2009: Stockholm.
9. Svenska palliativregistret, Årsrapport för verksamhetsåret 2009.
10. Socialstyrelsen (2009), Nationella indikatorer för God vård: Stockholm.
11. Onkologiskt centrum Stockholm-Gotland (2010), Nationella bröstcancerregistret, Nationell rapport diagnosåret 2008.
12. Svensk Förening för Bröstkirurgi, Riktlinjer för bröstcancerkirurgi i Sverige 2009.
13. Onkologiskt centrum Stockholm-Gotland (2010), Nationella njurcancerregistret, rapport från åren 2005–2008.
14. Onkologiskt centrum Stockholm-Gotland (2010), Nationella arbetsgruppen för njurcancer, Nationellt vårdprogram 2010.
15. Babjuk, M., Oosterlinck, W., Sylvester, R., Kaasinen, E., Böhle, A., Palou, J., et al, European Association of Urology (2011), Guidelines on Non-muscle invasive Bladder Cancer.
16. Socialstyrelsen (2007), Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvård, medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument: Stockholm.
17. Socialstyrelsen (2007), Nationella riktlinjer för kolorektalcancersjukvård, medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument: Stockholm.

18. Onkologiskt centrum Norrlands universitetssjukhus (2009), Nationellt kvalitetsregister för koloncancer, Årsrapport 2008.
19. Onkologiskt centrum Norrlands universitetssjukhus (2009) Nationellt kvalitetsregister för cancer rekti, Årsrapport 2009.
20. Socialstyrelsen (2011), Nationella riktlinjer för lungcancervård 2011, stöd för styrning och ledning: Stockholm.
21. Regionalt onkologiskt centrum Uppsala–Örebroregionen, Nationella lungcancerregistret, Redovisning av material 2002–2008.
22. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen (2010), Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, jämförelser mellan landsting 2010: Stockholm.

Resultat för alla landsting och indikatorer

Följande uppslag innehåller en tablå med alla landstingsutfall för indikatorerna. Horisontellt kan utfallet för varje indikator följas för landstingen. Vertikalt redovisas för varje landsting det totala utfallet för samtliga indikatorer, fördelat på män och kvinnor när det är relevant. Även värdet för riket redovisas.

Varje utfall bör främst värderas för sig och inte utifrån ett landstings position i förhållande till andras.

Kv. = Kvinnor M. = Män		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland
Övergripande indikatorer						
1	Överlevnad vid cancersjukdom, Kv.	67,6	69,5	67,0	67,2	65,2
	Överlevnad vid cancersjukdom, M.	69,2	71,6	67,1	65,2	65,5
	Överlevnad vid cancersjukdom	68,8	70,9	67,5	66,8	65,9
2	Andel patienter där VAS/NRS användes för att skatta smärta under sista veckan i livet, Kv.	18,2	37,7	8,0	11,5	42,0
	Andel patienter där VAS/NRS användes för att skatta smärta under sista veckan i livet, M.	19,4	40,1	8,8	14,3	40,8
	Andel patienter där VAS/NRS användes för att skatta smärta under sista veckan i livet	18,8	38,9	8,4	13,0	41,4
3	Vidbehovsordination mot smärta under patientens sista levnadsdagar, Kv.	96,1	97,2	98,6	93,7	96,7
	Vidbehovsordination mot smärta under patientens sista levnadsdagar, M.	94,7	95,7	92,9	90,5	94,7
	Vidbehovsordination mot smärta under patientens sista levnadsdagar	95,4	96,5	95,9	92,0	95,7
Tumörspecifika indikatorer						
Bröstcancer						
9	Överlevnad vid bröstcancer	87,0	88,4	89,0	86,1	87,7
10	Multidisciplinär konferens inför behandling	92,0	97,1	96,4	98,3	42,1
11	Multidisciplinär konferens efter operation	95,8	99,7	98,6	100,0	64,7
12	Väntetid från första besök hos specialist till operation	21	22	13	27	20
13	Väntetid från operation till provsvar	22	21	20	34	31
14	Fastställd diagnos före operation	89,8	90,8	85,6	97,0	81,4
15	Operation med sentinel node-teknik	80,9	84,1	81,2	82,1	80,6
16	Omoperation på grund av tumördata	11,9	11,1	14,3	8,4	10,8
17	Omoperation inom fyra veckor på grund av komplikation	1,5	1,0	0,5	0,9	1,3
Äggstockscancer						
18	Överlevnad vid äggstockscancer	44,0	45,2	42,2	40,4	47,4
Njurcancer						
22	Överlevnad vid njurcancer, Kv.	66,1	70,2	52,4	49,3	60,0
	Överlevnad vid njurcancer, M.	63,7	69,9	57,5	58,7	57,7
	Överlevnad vid njurcancer	64,5	69,4	54,4	55,5	58,9
23	Väntetid från remiss till första besök hos specialist	17	21	13	14	26
24	Väntetid från beslut om behandling till operation	27	26	27	28	29
25	Primär utredning med datortomografi av bröstkorgen före operation, Kv.	81,4	84,3	80,0	78,6	85,3
	Primär utredning med datortomografi av bröstkorgen före operation, M.	83,3	82,7	76,9	78,4	86,2
	Primär utredning med datortomografi av bröstkorgen före operation	82,6	83,3	78,4	78,4	85,9
Blåscancer						
26	Överlevnad vid blåscancer, Kv.	73,0	73,0	62,3	78,3	75,9
	Överlevnad vid blåscancer, M.	76,0	75,5	70,8	71,0	78,8
	Överlevnad vid blåscancer	75,2	74,9	68,9	71,8	78,3
27	Väntetid från remissankomst till första besök hos specialist	21	19	27	20	27
28	Väntetid från första besök hos specialist till transuretral resektion	21	16	29	23	26
29	Intravesikal behandling av tumör i stadium T1	42,4	48,0	26,7	23,8	62,1
30	Kurativt syftande behandling av tumörer i stadium T2–T4	48,0	41,5	43,8	39,6	54,8
Prostatacancer						
31	Väntetid till första besöket hos specialist	43	42	40	36	65
32	Skelettscintigrafi vid prostatacancer av lågrisktyp	4,5	3,5	2,3	8,9	5,1
33	Aktiv monitorering vid prostatacancer av lågrisktyp	58,4	49,4	77,3	53,3	80,0
34	Kurativ behandling vid prostatacancer av lokaliserad mellan- och högrisktyp	68,4	72,5	73,1	71,2	66,5
35	Behandling vid lokalt avancerad prostatacancer	42,5	43,7	48,8	33,7	38,3
Tjocktarmscancer						
36	Överlevnad vid tjocktarmscancer, Kv.	65,4	68,2	62,9	60,5	62,1
	Överlevnad vid tjocktarmscancer, M.	60,9	60,5	68,9	63,5	67,2
	Överlevnad vid tjocktarmscancer	63,3	64,4	65,8	61,9	64,2

	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Region Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	69,2	68,0	67,0	65,8	65,7	67,5	70,6	68,6	67,1	65,5	65,8	65,5	64,9	64,5	64,6	66,5	66,7
	74,0	69,7	72,3	69,9	63,7	69,7	73,6	70,1	67,5	67,8	68,8	68,1	61,5	65,0	68,1	67,6	65,1
	72,0	69,5	70,3	68,4	65,4	68,9	72,6	69,6	67,5	67,3	67,8	67,3	63,4	65,3	66,7	67,5	66,2
	24,2	6,9	19,0	12,8	4,9	16,5	15,1	6,0	5,1	6,6	1,5	6,3	13,2	19,0	25,6	7,5	8,9
	22,9	9,9	12,2	14,8	11,3	17,8	25,6	5,5	5,7	6,8	5,7	8,2	13,7	20,8	28,3	11,8	13,5
	23,5	8,5	15,2	13,9	8,1	17,2	20,5	5,8	5,4	6,7	3,9	7,3	13,5	19,9	27,0	9,5	11,4
	96,6	94,4	93,5	97,7	95,0	97,5	98,0	96,2	88,4	97,1	95,5	94,9	94,4	96,2	97,3	97,0	93,1
	95,5	96,3	89,3	96,2	92,1	96,5	96,7	95,4	94,0	97,9	96,4	94,8	91,5	95,9	91,8	95,7	93,4
	96,1	95,4	91,2	96,9	93,5	97,0	97,3	95,8	91,5	97,5	96,0	94,9	92,9	96,0	94,5	96,4	93,2
	88,5	90,3	86,5	82,3	85,7	86,0	87,1	87,1	84,8	85,3	85,7	86,3	84,0	85,3	87,6	84,4	89,5
	51,4	98,7	80,9	96,0	89,8	97,5	96,8	95,5	99,3		100,0	98,6	91,5	86,9	96,2	91,1	94,6
	88,4	99,3	37,4	100,0	88,9	99,9	99,1	99,0	99,6	96,4	99,5	99,5	99,0	95,6	99,1	99,5	100,0
	16	15	23	22	19	22	15	21	22	17	15	26	28	21	24	25	13
	28	15	27	19	22	20	24	22	21	15	22	20	16	28	13	25	16
	77,6	97,9	88,0	85,7	94,4	89,0	88,6	91,1	94,2	90,4	93,7	96,2	82,4	84,9	95,6	89,3	94,0
	83,0	70,8	76,1	82,1	69,0	84,8	76,1	82,3	81,7	73,7	84,0	65,4	77,6	80,8	80,6	78,2	82,4
	16,9	24,3	14,8	14,3	10,1	16,6	7,9	7,2	15,6	17,6	10,7	11,5	10,5	12,3	1,7	11,8	7,8
	2,2	1,4	2,2	4,8	5,5	0,8	1,3	1,5	1,6	1,6	1,9	2,9	0,5	1,6	6,1	0,5	3,9
	50,0	38,9	43,6	38,3	46,6	43,8	38,6	43,8	44,9	40,5	55,1	44,7	39,2	44,1	34,9	47,8	43,4
	64,8	62,1	60,6	68,3	75,9	66,2	71,3	61,4	82,6	71,7	66,5	49,9	87,4	74,8	70,3	71,9	65,9
	62,8	64,2	73,3	58,9	76,3	64,6	71,2	61,7	67,6	64,3	80,0	49,5	63,5	61,8	58,2	65,5	55,6
	61,7	60,5	65,5	59,4	75,7	65,3	70,8	61,2	74,3	65,6	69,8	49,4	72,6	65,4	63,4	67,2	60,3
	8	21	10		14	17	16	15	21	17	25	20	19	9	25	17	10
	20	30	23		10	28	24	25	36	27	22	41	28	23	28	26	21
	60,9	92,9	68,0		85,7	78,3	72,0	80,0	91,7	90,5	100,0	94,1	80,0	91,3	73,7	88,5	69,2
	93,9	88,9	69,2		81,3	81,5	60,6	82,5	90,0	94,1	93,9	61,8	86,0	96,0	82,6	93,8	87,1
	80,4	89,8	68,6	92,3	83,3	80,2	65,5	81,5	90,6	92,7	95,9	72,5	83,8	93,8	78,6	91,4	78,9
	72,4	68,4	75,4		84,9	75,6	61,6	77,1	70,9	69,1	67,0	75,2	61,8	67,7	53,1	71,0	87,0
	79,9	75,8	78,5	82,9	76,6	78,7	74,8	76,7	71,0	82,9	83,5	59,8	70,2	76,0	72,3	77,2	70,7
	78,3	74,5	77,3	81,1	78,3	77,9	71,9	76,7	70,5	79,1	79,8	65,1	67,0	74,2	65,4	75,3	74,7
	26	20	20	35	21	20	18	22	26	20	23	30	33	17	41	22	22
	18	22	22	30	20	20	20	22	26	27	21	20	27	24	34	33	27
	73,3	33,3	20,0		50,0	45,4	21,2	47,9	19,2	56,3	63,2	11,9	20,0	50,0	18,8	60,9	44,4
		19,2	50,0		37,9	55,6	50,0	44,4	31,3	71,4	64,5	50,0	62,9	58,3	43,8	54,8	55,0
	47	76	54	39	48	40	24	38	44	46	41	69	63	46	95	58	45
	7,1	6,1	4,2	0,0	4,7	3,0	2,3	2,7	7,4	6,0	2,5	10,9	11,6	4,9	1,7	5,6	11,6
	51,4	37,9	47,6		63,6	73,4	67,7	58,7	52,9	62,1	64,7	60,0	26,7	76,0	57,1	50,0	
	50,6	77,5	77,5	72,1	82,9	75,3	69,2	59,7	72,1	60,0	62,1	62,5	57,5	62,4	72,7	83,0	61,2
	50,0	62,0	27,0	46,7	32,7	34,7	28,6	27,2	51,2	51,2	53,8	54,5	62,6	56,1	48,4	55,9	53,3
	62,5	64,2	62,3	69,5	69,7	67,8	68,3	65,2	63,0	61,7	61,2	63,1	63,4	70,6	61,1	67,2	61,3
	61,6	59,3	62,2	50,2	56,1	62,2	63,9	60,3	58,5	55,9	65,7	60,7	59,3	57,2	57,3	58,4	56,0
	62,2	62,0	62,3	58,1	62,4	64,9	66,5	62,8	61,0	59,0	63,7	61,7	62,2	64,3	59,8	62,9	58,3

Kv. = Kvinnor M. = Män		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland
37	Multidisciplinär konferens inför behandling, Kv.	31,5	56,5	25,9	23,3	24,0
	Multidisciplinär konferens inför behandling, M.	33,2	58,7	23,9	24,2	28,8
	Multidisciplinär konferens inför behandling	32,4	57,6	24,9	23,7	26,4
38	Multidisciplinär konferens efter operation, Kv.	58,6	79,9	62,0	40,9	57,8
	Multidisciplinär konferens efter operation, M.	59,8	76,8	63,0	52,4	65,6
	Multidisciplinär konferens efter operation	59,2	78,4	62,5	46,5	61,5
39	Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat	77,2	78,5	77,2	73,9	70,1
40	Komplikation i form av perforerad tarm under operation, Kv.	2,8	2,5	1,4	0,7	2,5
	Komplikation i form av perforerad tarm under operation, M.	3,1	2,8	0,7	3,8	2,6
	Komplikation i form av perforerad tarm under operation	3,0	2,6	1,0	2,3	2,5
41	Mer än 15 dagars vårdtid efter operation, Kv.	13,6	8,2	18,0	17,1	12,1
	Mer än 15 dagars vårdtid efter operation, M.	16,1	14,4	12,0	29,8	10,2
	Mer än 15 dagars vårdtid efter operation	14,9	11,2	15,0	23,3	11,2
42	Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation, Kv.	6,5	7,6	7,6	8,9	4,2
	Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation, M.	10,9	14,5	5,5	6,9	9,1
	Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation	8,7	10,8	6,5	7,9	6,6
43	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation, Kv.	5,3	4,5	4,2	9,3	6,1
	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation, M.	5,9	5,0	4,8	6,3	5,0
	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	5,6	4,7	4,5	7,8	5,5
Ändtarmscancer						
44	Överlevnad vid ändtarmscancer, Kv.	64,1	64,7	64,5	63,7	63,0
	Överlevnad vid ändtarmscancer, M.	60,9	61,1	69,1	62,2	55,3
	Överlevnad vid ändtarmscancer	62,3	62,8	66,8	63,0	59,1
45	Multidisciplinär konferens inför behandling, Kv.	77,0	85,7	91,7	86,7	75,6
	Multidisciplinär konferens inför behandling, M.	80,7	86,1	94,1	75,4	74,8
	Multidisciplinär konferens inför behandling	79,2	85,9	92,9	79,8	75,1
46	Multidisciplinär konferens efter operation, Kv.	71,0	89,3	86,7	74,3	76,2
	Multidisciplinär konferens efter operation, M.	71,9	88,6	94,4	65,3	71,8
	Multidisciplinär konferens efter operation	71,6	88,8	90,9	69,1	73,9
47	Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat, Kv.	64,1	73,2	66,7	76,9	44,2
	Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat, M.	68,8	69,3	68,8	88,4	43,9
	Minst tolv lymfkörtlar undersökta i operationspreparat	66,9	70,9	67,8	84,1	44,0
48	Strålbehandling inför operation, Kv.	64,8	70,4	76,7	80,0	76,2
	Strålbehandling inför operation, M.	65,9	74,5	83,3	79,6	71,8
	Strålbehandling inför operation	65,5	72,9	80,3	79,8	73,9
49	Komplikation i form av perforerad tarm under operation, Kv.	5,3	1,8	2,4	2,0	5,6
	Komplikation i form av perforerad tarm under operation, M.	5,7	5,2	1,6	1,3	9,5
	Komplikation i form av perforerad tarm under operation	5,6	3,8	1,9	1,5	7,7
50	Anastomosinsufficiens efter operation, Kv.	7,6	6,7	4,6	12,5	17,1
	Anastomosinsufficiens efter operation, M.	10,5	15,7	8,8	11,9	12,2
	Anastomosinsufficiens efter operation	9,4	12,2	7,1	12,1	14,4
51	Mer än 21 dagars vårdtid efter operation, Kv.	11,4	9,7	26,7	40,0	12,9
	Mer än 21 dagars vårdtid efter operation, M.	13,0	10,0	11,1	18,4	4,2
	Mer än 21 dagars vårdtid efter operation	12,3	9,9	18,2	27,4	8,3
52	Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation, Kv.	9,2	9,8	4,9	10,1	8,3
	Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation, M.	11,9	14,5	6,0	6,5	9,6
	Omoperation inom 30 dagar efter primäroperation på grund av komplikation	10,8	12,6	5,5	7,8	9,0
53	Ny cancer i bäckenet inom fem år efter operation, Kv.	7,7	9,0	1,8	9,7	4,3
	Ny cancer i bäckenet inom fem år efter operation, M.	7,3	9,5	1,4	4,2	1,0
	Ny cancer i bäckenet inom fem år efter operation	7,4	9,3	1,6	6,5	2,5

	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Region Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	11,5	33,3	14,7	39,3	20,3	25,3	5,3	33,4	24,2	25,7	34,4	52,6	12,4	13,3	15,7	15,8	52,4
	12,4	31,8	22,3	37,0	21,8	31,8	3,6	35,0	18,1	20,0	31,1	46,3	13,1	10,3	16,1	9,6	57,1
	12,0	32,6	18,4	38,2	21,1	28,6	4,4	34,2	21,3	22,9	32,8	48,9	12,8	11,9	15,9	13,0	55,0
	25,7	68,4	53,3	57,9	29,0	38,7	11,5	61,6	74,8	66,3	96,1	89,3	83,0	46,3	32,5	33,0	82,5
	26,1	54,4	54,6	91,3	41,4	41,9	12,2	64,9	69,8	71,0	97,2	90,6	77,1	38,0	31,1	32,9	79,0
	25,9	61,8	54,0	76,2	35,6	40,3	11,8	63,2	72,5	68,7	96,6	90,0	80,1	42,4	31,8	33,0	80,4
	71,1	91,4	78,1	91,9	70,4	75,4	78,0	90,1	63,5	64,1	97,6	73,8	65,8	61,7	54,7	68,5	76,7
	2,4	0,9	1,1	0,0	5,9	3,6	2,8	5,1	3,1	1,3	0,0	1,4	1,9	0,8	6,3	2,1	0,0
	3,6	6,2	3,5	3,1	3,9	2,9	2,3	4,3	1,2	2,1	0,9	2,7	1,3	3,2	2,9	6,7	2,6
	3,0	3,6	2,2	1,5	4,9	3,3	2,5	4,7	2,2	1,7	0,4	2,1	1,6	2,0	4,6	4,4	1,5
	9,3	18,4	15,2	5,3	19,4	20,4	10,7	14,3	13,3	10,9	14,5	17,5	16,0	7,5	15,0	12,8	3,5
	17,2	17,7	24,7	13,0	15,7	19,9	14,6	13,5	14,7	19,4	9,7	13,0	20,0	5,6	26,7	24,1	16,1
	13,1	18,1	19,8	9,5	17,4	20,2	12,7	13,9	13,9	15,1	12,2	14,9	18,0	6,6	21,2	17,9	10,9
	3,4	8,9	7,4	2,9	9,8	6,5	8,3	6,6	5,7	6,7	4,1	3,5	7,4	7,1	7,8	3,6	1,2
	13,8	14,2	7,6	6,3	19,6	9,4	12,1	11,0	8,4	13,5	3,6	8,5	11,7	7,1	16,2	12,6	8,8
	8,4	11,6	7,5	4,5	14,7	7,9	10,2	8,7	6,9	10,0	3,9	6,3	9,5	7,1	12,1	8,0	5,6
	9,0	4,7	5,9	2,9	5,1	4,2	3,1	6,9	4,8	6,0	1,7	4,4	6,8	3,3	9,5	5,1	2,5
	6,5	8,1	7,1	0,0	6,9	4,8	6,9	6,0	9,2	5,0	2,7	4,4	9,9	10,2	9,1	6,2	5,3
	7,8	6,4	6,5	1,5	6,0	4,5	5,0	6,5	6,9	5,5	2,2	4,4	8,3	6,7	9,3	5,6	4,1

	67,9	61,4	64,1		81,8	64,7	59,2	62,4	66,4	67,3	61,9	66,2	66,1	63,6	48,6	64,0	55,1
	67,5	63,0	65,8	77,5	61,7	61,4	55,8	58,0	61,3	60,8	70,3	62,1	55,2	60,9	61,0	60,9	66,5
	66,9	61,8	64,2	72,4	69,4	62,9	56,7	60,0	64,4	63,7	66,4	63,9	61,1	61,7	57,4	61,6	61,4
	52,0	73,9	68,1		43,8	79,9	19,0	75,8	73,7	82,6	92,2	93,2	80,9	86,1	53,3	81,8	89,7
	54,0	67,2	80,8	100,0	55,9	85,2	19,2	82,9	81,1	91,8	92,7	90,4	93,2	85,5	71,9	85,7	92,4
	53,1	70,1	76,0	93,8	51,7	83,1	19,1	79,9	78,2	88,2	92,5	91,6	88,3	85,7	66,0	84,0	91,6
	37,5	73,1	57,1		20,0	43,4	25,0	77,6	100,0	89,2	97,1	90,2	97,4	50,0	27,3	51,9	95,7
	40,4	69,2	62,5		44,0	40,8	18,3	83,9	94,0	93,0	96,2	94,7	98,2	50,0	33,3	64,7	97,5
	39,2	70,8	60,4	81,8	36,0	41,8	21,2	81,4	96,4	91,5	96,6	92,9	97,9	50,0	31,4	59,0	96,8
	52,0	58,8	63,2		65,2	70,6	56,7	79,6	35,1	50,0	87,5	57,9	43,8	46,7	54,6	32,0	52,6
	64,3	57,1	65,3		75,6	70,6	53,9	87,2	52,7	58,7	82,2	67,3	64,6	36,6	73,7	43,3	63,6
	59,7	57,9	64,4	60,0	71,9	70,6	55,1	84,1	45,7	55,3	84,4	63,4	56,3	40,9	66,7	38,2	59,6
	40,6	80,8	54,8		64,0	60,5	54,6	51,9	64,4	67,6	88,6	65,9	79,0	73,5	45,5	63,0	60,9
	42,6	64,1	73,4		68,0	63,6	53,3	56,0	59,7	56,1	76,9	64,9	85,5	81,8	54,2	70,6	50,0
	41,8	70,8	66,0	72,7	66,7	62,4	53,9	54,4	61,6	60,6	81,6	65,3	82,8	78,2	51,4	67,2	54,0
	5,9	0,0	5,6		10,7	4,2	4,9	10,2	7,8	10,9	2,0	5,9	4,7	2,2	7,1	10,0	2,7
	8,0	7,4	3,1	0,0	9,8	6,3	9,9	7,1	3,3	10,0	1,2	4,3	7,4	3,5	0,0	5,5	1,7
	7,1	4,6	4,0	0,0	10,1	5,4	7,9	8,4	5,2	10,3	1,5	4,8	6,2	2,9	2,2	7,4	2,1
	0,0	15,8	6,3		13,3	5,3	3,6	4,9	10,3	25,0	0,0	4,8	15,4	14,3	16,7	6,7	0,0
	15,8	4,6	9,4		16,7	8,7	3,8	7,0	7,1	19,4	1,7	10,8	6,5	0,0	7,1	10,7	21,7
	9,1	9,8	7,8	27,3	15,6	7,3	3,7	6,2	8,4	21,4	1,2	8,6	10,5	9,5	10,0	9,3	13,2
	6,3	19,2	4,8		4,0	17,2	2,3	8,2	2,2	13,5	11,4	4,9	13,2	11,8	18,2	14,8	0,0
	15,2	10,3	18,8		14,0	21,6	5,1	11,4	19,4	10,5	7,7	7,0	16,4	4,6	33,3	8,8	10,0
	11,5	13,9	13,2	9,1	10,7	19,8	3,9	10,1	12,5	11,7	9,2	6,1	15,1	7,7	28,6	11,5	6,4
	11,5	13,7	8,1		8,0	10,7	4,6	9,9	6,7	10,6	5,6	5,6	7,6	11,4	13,3	9,6	10,5
	15,6	11,9	15,2	5,6	10,8	10,2	13,1	13,8	16,8	11,0	3,0	6,7	13,6	12,8	14,3	10,9	11,2
	14,0	12,6	12,7	4,2	9,7	10,4	9,9	12,2	12,6	10,9	3,9	6,2	11,2	12,2	14,0	10,4	11,0
	8,0	7,1	15,0		9,3	9,5	23,4	8,3	6,8	2,7	0,0	3,9	6,1	6,4	4,2	3,7	6,8
	2,9	11,8	3,5	7,1	7,4	10,5	11,9	7,4	9,6	8,3	1,1	7,4	3,0	4,3	9,3	7,6	7,9
	5,3	9,7	7,2	5,3	8,2	10,1	16,9	7,8	8,3	5,9	0,6	5,9	4,5	5,1	7,5	6,3	7,4

Kv. = Kvinnor M. = Män		RIKET	Stockholm	Uppsala	Sörmland	Östergötland
54	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation, Kv.	2,7	2,5	2,4	3,9	2,3
	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation, M.	4,1	2,6	3,2	3,8	5,9
	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	3,6	2,6	2,9	3,9	4,3
Lungcancer						
55	Överlevnad vid lungcancer, Kv.	43,0	47,2	53,9	40,6	44,5
	Överlevnad vid lungcancer, M.	37,7	41,2	36,5	30,8	41,5
	Överlevnad vid lungcancer	40,3	44,3	44,4	35,7	42,6
56	Multidisciplinär konferens inför behandling, Kv.	51,9	80,3	40,0	62,2	72,1
	Multidisciplinär konferens inför behandling, M.	49,1	77,4	39,7	62,4	70,4
	Multidisciplinär konferens inför behandling	50,4	78,8	39,8	62,3	71,1
57	Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling, Kv.	33	38	25	29	44
	Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling, M.	33	38	23	28	42
	Väntetid från remissankomst till specialistklinik till beslut om behandling	33	38	23	28	43
58	Lungcancer bekräftat med vävnadsprov, Kv.	95,0	94,9	89,4	94,4	97,8
	Lungcancer bekräftat med vävnadsprov, M.	95,3	94,5	93,1	92,9	97,9
	Lungcancer bekräftat med vävnadsprov	95,1	94,7	91,3	93,6	97,9
59	Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling, Kv.	50,4	73,8	39,0	13,0	67,3
	Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling, M.	47,9	74,7	27,9	4,8	67,3
	Användning av PET-DT inför kurativt syftande behandling	49,1	74,3	33,3	9,1	67,3
60	Kurativt syftande kirurgi vid icke småcellig lungcancer i stadium I och II, Kv.	71,8	75,0	70,7	77,5	72,2
	Kurativt syftande kirurgi vid icke småcellig lungcancer i stadium I och II, M.	65,6	71,2	59,5	64,7	62,1
	Kurativt syftande kirurgi vid icke småcellig lungcancer i stadium I och II	68,6	73,1	65,1	72,1	67,0
61	Palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV, Kv.	12,8	10,9	7,3	20,0	18,3
	Palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV, M.	13,3	12,9	7,2	25,4	21,6
	Palliativ strålbehandling vid lungcancer i stadium IIIB och IV	13,1	11,9	7,3	22,9	20,2
62	Palliativt syftande kemoterapi vid obotlig lungcancer, Kv.	64,0	65,7	59,2	46,3	63,2
	Palliativt syftande kemoterapi vid obotlig lungcancer, M.	62,5	61,7	52,8	40,3	53,1
	Palliativt syftande kemoterapi vid obotlig lungcancer	63,2	63,8	56,0	43,1	57,6
Huvud- och halscancer						
63	Överlevnad vid huvud- och halscancer, Kv.	65,1	66,9	68,1	74,3	57,3
	Överlevnad vid huvud- och halscancer, M.	60,3	61,6	67,9	59,1	62,8
	Överlevnad vid huvud- och halscancer	61,8	63,0	68,2	63,2	62,4
65	Väntetid från remiss till beslut om behandling	35	35	22	34	51
66	Väntetid från remiss till behandlingsstart	57	50	39	56	69
Maligt hudmelanom						
67	Överlevnad vid maligt hudmelanom, Kv.	92,6	94,3	91,1	90,3	90,1
	Överlevnad vid maligt hudmelanom, M.	86,0	89,0	89,9	80,4	84,5
	Överlevnad vid maligt hudmelanom	89,3	91,5	89,8	85,8	87,3
69	Väntetid från provtagning till diagnosbesked till patient	21,0		22,0	23,0	30,0
70	Maligt hudmelanom med en tumörtjocklek på 1,0 millimeter eller mindre, Kv.	54,9	56,8	46,3	50,8	57,7
	Maligt hudmelanom med en tumörtjocklek på 1,0 millimeter eller mindre, M.	46,6	49,9	43,0	49,4	46,4
	Maligt hudmelanom med en tumörtjocklek på 1,0 millimeter eller mindre	50,8	53,4	44,7	50,1	52,1

	Jönköping	Kronoberg	Kalmar	Gotland	Blekinge	Region Skåne	Halland	Västra Götaland	Värmland	Örebro	Västmanland	Dalarna	Gävleborg	Väster-norrland	Jämtland	Västerbotten	Norrbotten
	2,0	0,0	5,7		7,1	2,5	0,0	3,8	1,6	5,5	2,0	2,0	1,6	2,2	0,0	0,0	5,4
	5,3	5,3	6,1	0,0	0,0	4,6	4,4	5,7	4,4	4,4	2,3	3,2	2,5	1,8	12,5	3,6	3,3
	4,0	3,3	5,9	0,0	2,3	3,7	2,6	4,9	3,3	4,8	2,2	2,8	2,1	2,0	8,7	2,1	4,1
	45,5	39,3	40,6	50,9	38,7	41,7	48,9	43,9	32,5	41,9	31,3	41,5	39,7	35,3	35,1	41,7	47,0
	38,6	34,4	34,9	46,6	37,2	35,0	45,9	38,8	36,2	29,4	39,8	39,1	38,9	30,3	32,5	30,2	42,6
	41,7	36,5	37,6	46,7	38,0	38,2	47,5	41,2	34,2	35,5	35,5	40,5	38,1	32,9	33,7	36,1	45,0
	40,4	33,7	48,9	19,2	34,9	36,7	28,1	44,4	72,6	48,7	25,9	11,7	66,8	46,8	42,5	82,3	46,5
	35,8	31,5	45,1	20,4	35,7	36,4	19,5	40,5	74,0	44,7	25,6	11,9	64,7	41,4	45,8	79,0	47,0
	37,8	32,5	46,8	19,9	35,3	36,5	23,5	42,3	73,3	46,6	25,7	11,8	65,7	43,9	44,3	80,5	46,7
	48	25	34	57	18	29	21	39	27	15	23	35	28	29	25	28	22
	48	30	48	29	35	29	26	35	26	16	26	29	27	34	59	28	36
	48	30	40	47	31	29	22	37	27	15	23	33	27	31	34	28	25
	96,1	98,9	97,8	95,9	96,2	94,9	97,8	96,5	96,5	87,9	85,0	95,1	93,2	96,3	96,4	98,6	98,2
	96,9	98,1	98,8	100,0	97,5	95,6	96,9	96,1	96,4	89,5	88,7	97,5	89,5	96,9	99,0	99,3	98,3
	96,5	98,5	98,4	98,3	97,0	95,3	97,3	96,3	96,5	88,7	87,0	96,3	91,2	96,6	97,8	98,9	98,3
	50,0		66,7			84,0	63,0	15,6	35,0	41,7		35,7	10,5	22,2			42,9
	65,0	53,3	82,4		29,4	82,7	65,2	14,0	33,3	46,7	5,3	46,7	3,6		41,2	50,0	45,0
	59,4	58,3	74,3		29,2	83,3	64,0	14,7	34,1	44,4	11,1	41,4	6,4	23,1	45,8	42,9	44,1
	80,3	76,9	66,1	81,8	82,8	74,7	76,5	68,7	63,1	74,5	70,0	58,8	74,6	63,8	77,8	66,0	53,0
	68,2	77,4	61,5	52,6	72,1	69,9	63,6	60,6	53,6	80,4	75,6	54,8	65,5	58,9	64,4	57,4	58,5
	73,5	77,2	63,7	63,3	76,4	72,1	70,3	64,5	57,7	77,6	73,4	56,6	70,1	61,4	69,4	61,9	55,7
	12,8	7,3	15,8	5,7	4,4	12,1	5,6	16,7	27,4	5,3	12,5	6,6	13,9	9,4	10,8	21,0	12,4
	13,7	12,8	14,5	0,0	5,5	13,2	4,2	15,4	27,5	4,5	15,6	7,1	9,7	5,6	6,3	24,6	12,6
	13,3	10,3	15,0	2,4	5,0	12,7	4,8	16,0	27,5	4,9	14,2	6,8	11,6	7,4	8,4	23,1	12,5
	69,4	56,2	63,5	85,4	67,9	64,3	73,4	56,6	43,8	75,8	61,1	81,2	62,7	77,9	66,3	53,6	69,8
	70,1	65,1	67,7	89,7	70,6	62,3	75,9	59,0	47,5	68,9	65,6	80,2	67,1	69,5	59,4	55,1	68,6
	69,8	61,0	65,9	87,9	69,4	63,2	74,8	57,9	45,7	72,2	63,5	80,7	65,1	73,4	62,5	54,5	69,2
	52,2	65,7	73,1	77,0	97,5	62,0	64,5	63,2	65,5	61,8	66,5	67,7	67,6	61,2	43,0	53,4	64,1
	65,8	60,9	49,7	59,0	59,3	61,6	64,5	61,2	60,8	57,8	66,2	59,0	59,2	50,7	54,8	47,6	62,5
	61,4	62,6	57,2	63,5	69,0	61,3	64,4	61,9	62,1	58,5	66,1	63,5	63,1	56,5	49,5	52,2	60,9
	53	36	39	33	35	29	41	37	52	37	32	30	30	55	48	36	41
	76	63	72	36	52	57	70	57	74	53	59	52	51	82	67	61	62
	91,5	89,7	95,3	106,7	86,0	90,6	91,2	95,0	88,7	90,3	95,8	94,7	92,8	85,6	97,3	93,1	92,1
	85,3	84,1	88,1	80,3	84,7	83,9	86,5	88,5	72,5	82,3	89,4	89,1	72,3	81,5	84,0	81,4	90,8
	87,9	87,0	91,4	93,6	85,8	87,4	89,3	91,9	82,1	87,1	91,6	92,3	84,0	82,2	91,2	88,3	92,7
	23,0	13,0	21,0		17,0	23,0	23,5	21,0	17,5	18,5	21,0	14,0	23,5	21,0	13,0	21,0	20,0
	53,4	54,3	53,9	47,4	56,8	55,2	49,4	57,4	58,7	49,7	54,0	54,1	54,3	53,7	54,2	48,8	40,8
	48,8	42,0	49,2	48,0	36,2	46,6	42,5	48,9	44,1	50,9	43,1	41,5	38,9	42,0	32,8	40,4	39,5
	51,0	47,9	51,5	47,7	46,6	50,9	45,7	53,2	51,4	50,3	47,5	47,8	46,5	47,7	43,3	44,4	40,2

Kostnader och vårdkonsumtion

Denna bilaga beskriver delar av kostnaderna för att behandla de cancersjukdomar som ingår i rapporten. De vanligaste cancersjukdomarna, prostatacancer och bröstcancer, är också de cancerformer som ger upphov till störst kostnader. Läkemedel är en viktig och resurskrävande del av cancerbehandlingen. När det gäller cancerläkemedel gick kostnaderna för första gången ner 2010 efter flera decennier med stora kostnadsökningar. Det finns stora skillnader mellan sjukhusen när det gäller kostnad per vårdtillfälle för olika kirurgiska ingrepp vid cancersjukdomar och det finns stora skillnader mellan sjukvårdregionerna när det gäller kostnaderna för läkemedel för cancerområdet.

De kostnader som redovisas i den här bilagan täcker inte alla kostnader som cancer ger upphov till, utan avsnittet tar endast upp de direkta hälso- och sjukvårdskostnaderna för behandling av cancer som går att fånga med hjälp av patientregistret och kostnader för cancerläkemedel. Uppgifter om kostnader inom primärvården ingår inte och inte heller indirekta kostnader som till exempel för produktionsbortfall. Uppgifter om kostnader för slutenvården och för cancerläkemedel är mer tillförlitliga än de som avser den öppna vården. Detta beror på att vårduppgifter från läkare är den enda yrkeskategori som enligt förordning får tas in till patientregistret, och därmed saknas uppgifter om vård som utförs av andra yrkeskategorier inom öppenvården.

Bilagan inleds med ett avsnitt om vårdkonsumtion och kostnader inom slutenvården och den specialiserade öppenvården och därefter följer ett avsnitt om kostnader för cancerläkemedel.

Hälso- och sjukvårdskostnader och vårdkonsumtion

De direkta hälso- och sjukvårdskostnaderna för behandling av cancer inom slutenvården och den specialiserade öppenvården har beräknats med hjälp av patientregistret och databasen för kostnad per patient (KPP-databasen). Uppgifter om kostnader bygger på de vårdkontakter där cancersjukdomen anges som huvuddiagnos samt där cytostatika- och strålbehandling anges som huvudorsak till vårdkontakten. Anledningen till detta är att kodningspraxis vad gäller användandet av huvud- och

bidiagnos ännu inte är enhetlig i landet. I övrigt ingår inga vårdkontakter där cancer registreras som bidiagnos.

Kostnaderna är beräknade utifrån antal vårdtillfällen i slutenvården och antal vårdkontakter i öppenvården 2009 för de diagnoser som ingår i de olika cancergrupperna. Vårdkontakterna inom öppenvården avsåg de besök och behandlingar på sjukhus där en läkare var ansvarig. För att få fram kostnaderna multipliceras antal vårdtillfällen och vårdkontakter med de genomsnittliga kostnaderna för varje typ av vårdtillfälle och typ av behandling eller besök. Dessa kostnadsuppgifter hämtas från KPP-databasen.

I KPP-databasen ska bland annat dyra läkemedel särredovisas. Det är dock inte alla sjukhus som anger läkemedelskostnaderna separat, vilket gör det svårt att avgöra hur stora dessa kostnader är och hur stor andel av de totala kostnaderna som de motsvarar.

För att tolka uppgifterna bör man känna till att dessa kostnader bara omfattar en del av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna för de olika cancersjukdomarna och en ännu mindre del av de samhällsekonomiska kostnaderna för cancer. Bland annat saknas kostnader för primärvården och kostnader för besök hos andra än läkare i den öppna specialiserade vården. Cancer leder även till andra kostnader, till exempel produktionsbortfall som en följd av sjukskrivningar och förtida död vilka inte heller redovisas i dessa beräkningar. Tidigare studier har visat att de indirekta kostnaderna vid till exempel bröstcancer kan vara dubbelt så stora som de direkta kostnaderna [1].

Tabell 1 Kalkylerade direkta kostnader för slutenvård och specialiserad öppenvård utförd av läkare för olika cancersjukdomar 2009, miljoner kronor

	Slutenvård (miljoner kr)	Öppenvård (miljoner kr)	Totalt (miljoner kr)
Bröstcancer	454	391	845
Lungcancer	626	202	828
Malignt melanom	83	47	129
Njurcancer exkl. njurbäcken	149	31	179
Prostatacancer	611	287	897
Tjocktarmscancer (adenocarcinom)	616	100	716
Urinblåsecancer exkl. urinledare	324	100	424
Äggstockscancer (ovarialcancer)	202	65	267
Ändtarmscancer (adenocarcinom)	356	81	437
Huvud- och halstumörer	255	73	328
Summa	3 675	1 375	5 050

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och KPP-databasen, SKL

Tabell 1 visar de kalkylerade direkta kostnaderna för olika cancersjukdomar i den specialiserade vården 2009. Beloppen avser slutenvårdskostnader och kostnader för läkarbesök och läkarbehandlingar inom den öppna specialiserade vården. Prostatacancer var den cancersjukdom som 2009 kostade mest, 897 miljoner kronor. Näst störst var kostnaderna för bröstcancer, 845 miljoner kronor. Dessa två cancersjukdomar är också de som drabbar flest människor. Av de tio cancersjukdomarna var kostnaderna lägst för malignt melanom med 129 miljoner kronor, följt av njurcancer med 179 miljoner kronor. De totala kostnaderna, räknat på detta sätt, för de tio cancersjukdomar som presenteras i denna rapport var 5 miljarder kronor för 2009.

Även om kostnaderna inkluderar både slutenvården och öppenvården, är slutenvårdskostnaderna mer tillförlitliga och heltäckande. När det gäller öppenvårdskostnaderna är som tidigare nämnts bortfallet stort på grund av att enbart läkarbesök rapporteras. De totala kostnaderna kommer därmed närmare sanningen för de cancersjukdomar där de huvudsakliga kostnaderna uppkommer inom slutenvården. Ett sådant exempel är tjocktarmscancer där det kirurgiska ingreppet är stort och medelvårdtiderna långa (10,5 dagar år 2009). För till exempel bröstcancer är det kirurgiska ingreppet mindre, efter en mastektomi var medelvårdtiden 2009 i genomsnitt två dagar bland de sjukhus som ingår i KPP-databasen. Ofta tillkommer dock en behandling inom öppenvården som kan vara kostsam. Sammanfattningsvis innebär detta att tabellen ovan undervärderar kostnaderna för alla de cancersjukdomar som ingår, men i större utsträckning för de cancerformer där en stor del av behandlingen sker inom den öppna vården, till exempel bröstcancer.

Tabell 2 Antal vårdtillfällen och genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle inom olika cancersjukdomar 2009

	Antal vårdtillfällen	Kostnad per vårdtillfälle (kr)
Bröstcancer	10 427	39 400
Lungcancer	8 569	57 700
Malignt melanom	1 974	35 200
Njurcancer exkl. njurbäcken	2 187	62 600
Prostatacancer	11 462	51 100
Tjocktarmscancer (adenocarcinom)	7 150	78 400
Urinblåsecancer exkl. urinledare	7 247	40 300
Äggstockscancer (ovarialcancer)	4 444	36 100
Ändtarmscancer (adenocarcinom)	3 816	84 300
Huvud- och halstumörer	4 133	50 400

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och KPP-databasen, SKL

Av tabell 2 framgår antal vårdtillfällen inom slutenvård 2009 och den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle. Genomsnittskostnaderna inkluderar inte så kallade ytterfall, det vill säga vårdtillfällen som är betydligt dyrare än det genomsnittliga vårdtillfället inom en viss DRG. Totalt innehåller KPP-databasen fem procent ytterfall. Prostatacancer och bröstcancer var de cancerformer som gav upphov till flest vårdtillfällen år 2009, cirka 11 500 respektive 10 400 stycken. Malignt melanom och njurcancer ledde till minst antal vårdtillfällen, 2 000 respektive 2 200 stycken.

När det gäller kostnaderna låg ändtarmscancer högst, med en genomsnittlig kostnad på 84 300 kronor per vårdtillfälle. Den lägsta kostnaden hade malignt melanom med i genomsnitt 35 200 kronor per vårdtillfälle.

Kostnaden per vårdtillfälle varierar mellan de olika sjukhusen i landet. Med hjälp av KPP-databasen går det att få fram uppgifter om hur mycket ett enskilt vårdtillfälle har kostat. Tabell 3 visar kostnaden per vårdtillfälle vid några olika kirurgiska ingrepp för de sjukhus som rapporterar in till KPP-databasen. Tabellen visar den genomsnittliga kostnaden per vårdtillfälle för alla sjukhus som rapporterar till databasen samt de genomsnittliga kostnaderna för de sjukhus som har lägst respektive högst genomsnittliga kostnader för dessa vårdtillfällen.

Tabell 3 Genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle för olika kirurgiska ingrepp vid sex olika cancersjukdomar för de sjukhus som ingår i KPP-databasen med minst tio fall samt genomsnittlig kostnad per vårdtillfälle för de sjukhus som har lägst respektive högst genomsnittlig kostnad

	Medel	Min	Max
Rektal resektion och extirpation vid ändtarmscancer	141 000	78 000	209 200
Större tarm- och tjocktarmsoperation vid tjocktarmscancer	105 700	72 200	160 000
Total eller subtotal mastektomi för malign tumör vid bröstcancer	38 800	28 800	60 800
Större thoraxoperation vid lungcancer	102 100	89 900	135 800
Njuroperation för maligna tumörer	98 000	66 400	139 300
Radikal hysterektomi och operationer på uterus och adnex för malignitet	85 700	53 900	111 100

Källa: KPP-databasen, SKL

Den genomsnittliga kostnaden för de vårdtillfällen som ingår i tabell 3 varierar stort mellan sjukhusen. I nästan samtliga fall är den genomsnittliga kostnaden för det sjukhus med högst kostnad mer än dubbelt så stor som för det sjukhus med lägst kostnad.

Tabell 4 Genomsnittligt antal vårddagar per vårdtillfälle för olika kirurgiska ingrepp vid sex olika cancersjukdomar samt genomsnittlig vårdtid för de sjukhus som har kortast respektive längst genomsnittlig vårdtid. Sjukhus som rapporterar till KPP-databasen med minst tio vårdtillfällen för respektive ingrepp

	Medel	Min	Max
Rektal resektion och exstirpation vid ändtarmscancer	12,5	7,3	16,7
Större tarm- och tjocktarmsoperation vid tjocktarmscancer	10,5	6,3	19,6
Total eller subtotal mastektomi för malign tumör vid bröstcancer	2,0	1,0	4,6
Större toraxoperation vid lungcancer	8,3	7,3	10,4
Njuropoperation för maligna tumörer	8,0	5,2	11,4
Radikal hysterektomi och operationer på uterus och adnex för malignitet i ovarier/adnex	6,9	5,2	11,3

Källa: KPP-databasen, SKL

Tabell 4 visar motsvarande information som tabell 3, men med det genomsnittliga antalet vårddagar per vårdtillfälle istället för kostnader. Även när det gäller genomsnittlig vårdtid är variationen stor mellan sjukhusen.

Tabell 5 Antal vårdkontakter i specialiserad öppenvård med läkare för olika cancersjukdomar och genomsnittlig kostnad per vårdkontakt 2009

	Antal vårdkontakter med läkare	Kostnad per vårdkontakt (kr)
Bröstcancer	91 913	4 300
Lungcancer	38 034	5 300
Malignt melanom	12 403	3 800
Njurcancer exkl. njurbäcken	7 281	4 200
Prostatacancer	90 420	3 200
Tjocktarmscancer (adenocarcinom)	19 165	5 200
Urinblåsecancer exkl. urinledare	24 903	4 000
Äggstockscancer (ovarialcancer)	12 319	5 200
Ändtarmscancer (adenocarcinom)	17 215	4 700
Huvud- och halstumörer	23 560	3 100

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och KPP-databasen, SKL

Tabell 5 visar antalet öppenvårdskontakter med läkare år 2009 och den genomsnittliga kostnaden per besök. Vårdkontaktarna var flest inom de vanligaste cancerformerna bröstcancer och prostatacancer med 92 000 respektive 90 000 kontakter.

Den genomsnittliga kostnaden per vårdkontakt varierade mellan 3 100 kronor för huvud- och halstumörer och 5 300 kronor för lungcancer.

Av patientregistret framgår att antal vårdkontakter för bröstcancer och prostatacancer ökade stort mellan 2007 och 2009. Ökningen verkar bero på en ändrad kodningspraxis när det gäller cytostatika- och strålbehandlingar som gör att de nu i högre utsträckning rapporteras till patientregistret. År 2007 innehöll registret bara drygt 600 vårdkontakter för cytostatika- och strålbehandlingar mot bröstcancer och 2009 var de över 30 000 stycken. När det gäller prostatacancer var 2007 antalet vårdkontakter i patientregistret för dessa behandlingar också drygt 600 och 2009 uppgick de till över 16 000.

Kostnader för cancerläkemedel

Kostnaderna för cancerläkemedel var 2,75 miljarder kronor 2010, vilket motsvarar 294 kronor per invånare och 7,7 procent av de totala kostnaderna för läkemedel. Cancerläkemedel definieras som cytostatiska eller cytotoxiska medel, medel för endokrin terapi samt talidomid och lenalidomid (ATC-koder L01, L02, L04AX02 och L04AX04). Kostnaderna avser både receptförskrivna läkemedel och slutenvårds-läkemedel.

Kostnaderna för cancerläkemedel har ökat stort under de senaste decennierna. Mellan 1998 och 2008 femdubblades försäljningen av cancerläkemedel [2] och det är därför intressant att kostnaderna för 2010 var något lägre än för 2009. Denna minskning beror främst på patentutgångar som har inneburit prissänkningar för flera stora onkologiska läkemedel.

Tabell 6 *Kostnaden för cancerläkemedel 2007–2010, uppräknat till 2010 års prinsnivå med hjälp av Landstingsprisindex (LPI)*

År	Miljarder kronor
2007	2,61
2008	2,81
2009	2,86
2010	2,75

Källa: Concise, Apotekens Servicebolag AB

Diagram B1 visar kostnaderna för cancerläkemedel per invånare 2010, uppdelat på de olika sjukvårdsregionerna. Högst var kostnaderna i Norra sjukvårdsregionen med 334 kronor per invånare, och lägst kostnad hade Västra sjukvårdsregionen med 256 kronor per invånare.

Skillnaderna mellan de olika regionerna kan bland annat bero på budgetrestriktioner som till exempel Västra och Sydöstra regionen har arbetat aktivt med. Dessa regioner har också en låg kostnad per invånare. En annan förklaring är att landstingen

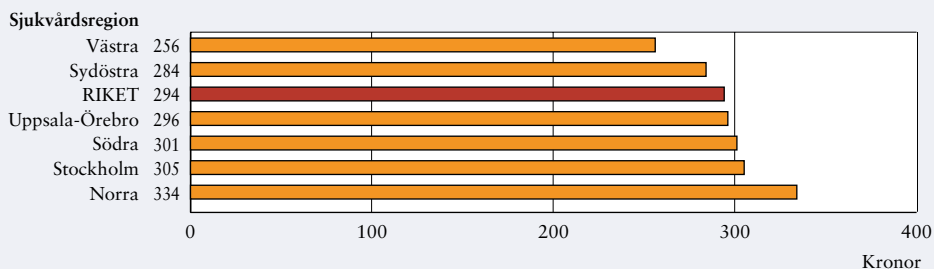


Diagram B1 Kostnad för cancerläkemedel per invånare, 2010.
Totalt Källa: Concice, Apotekens Service AB

kan göra olika medicinska tolkningar av tillgänglig data och att de kan ha skilda förskrivningsmönster [3].

REFERENSER

1. Lidgren M, Jönsson B, Wilking N. Cost of breast cancer in Sweden in 2002. Eur J Health Econ 2007;8(1):5–15.
2. Wilking N, Jönsson B, Wettermark B. Användningen av cancerläkemedel i Sverige och Europa. Läkartidningen 2010;107(16):1075–80.
3. Wilking, Nils. E-postkorrespondens juni 2011.

Öppna jämförelser av cancer- sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Detta är en särskild utgåva av *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet* som enbart belyser cancersjukvården i Sverige. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har gemensamt tagit fram rapporten där tio cancersjukdomar ingår och ett sjuttiootal indikatorer. Dessa indikatorer speglar olika aspekter av cancersjukvården så som medicinska resultat, patienterfarenheter, väntetider och i viss mån kostnader.

Rapportens övergripande syfte är att jämföra kvaliteten i svensk cancersjukvård för att därigenom bidra till lokalt, regionalt och nationellt förbättringsarbete. Rapporten syftar även till att ge medborgarna insyn i den offentligt finansierade cancersjukvården.

Majoriteten av indikatorerna redovisas på landstingsnivå, men i vissa fall var redovisning enbart på regionnivå nödvändig. För några cancersjukdomar redovisas indikatorerna även på sjukhusnivå. Flera indikatorer redovisas uppdelat på män och kvinnor så att eventuella könsskillnader framgår.

Sveriges Kommuner och Landsting
ISBN 978-91-7164-707-8

Socialstyrelsen
Artikelnr. 2011-8-1

