



TÄCKNINGSGRAD I KVALITETSREGISTER FÖR CANCER

Vad är det?

Med täckningsgrad avses hur stor andel av en definierad patientgrupp, registrerad i cancerregistret, som också finns rapporterad med anmälningsblankett till INCA. Patientgruppens definition beslutas av registrens styrgrupp och meddelas i form av så kallade inklusionskriterier (tillgängliga via www.incanet.se).

Vad visar det?

Hur stor andel av en definierad patientgrupp, registrerad i cancerregistret, som också finns rapporterad med anmälningsblankett till INCA.

Vad visar det inte?

Det visar inte täckningsgrad i Cancerregistret

Det visar inte täckningsgrad för behandlings och uppföljningsblanketter i INCA. Dessa täckningsgrader rapporteras separat och på begäran t ex från onkologiska kliniken.

Hur mäts det?

Antal fall med anmälningsblankett i INCA (täljaren) divideras med antal fall i Cancerregistret (nämnaren)

Vad är Cancerregistret?

Cancerregistret är ett av Socialstyrelsens Hälsodataregister. Det föreligger anmälningsplikt (SOSFS 2006:15) till Cancerregistret. Såväl ansvarig kliniker som patolog/cytolog ska göra anmälan, för varje tumör inkommer därför minst två oberoende anmälningar. Anmälan sker till det regionala Cancerregistret vid RCC vilka en gång årligen rapporterar data till Socialstyrelsen. Leveransen sker 31 oktober för föregående år och innan leverans sker multipla kontroller av inrapporterade data samt efterforskningar.

Vad används täckningsgradsmåttet till?

Tidigare har täckningsgrader varit ett "cirka" mått som vi använt som ett steg i efterforskning av saknade uppgifter och för att visa de stora klinikerna hur de "ligger till".

Alltmer används täckningsgrad som kvalitetsindikator med en målnivå på 95% vilken rapporteras till beställarna.

Vilka begär uppgifter om täckningsgrad?

Registrens styrgrupper, klinikledningar, sjukhusledningar samt beställarenheter vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Uppgifter för samtliga anmälade kliniker vid samtliga sjukhus i regionen ska lämnas för alla stora tumörgrupper (prostata-, urinblåse-, njur-, kolorektal-, lung-, gynekologisk- och bröstcancer samt för melanom och blodmaligniteter). Begäran har hittills kommit in till RCC spritt över året från många olika intressenter.

Hur och när kan RCC lämna kvalitetssäkrade siffror?

Det är först när leveransen till SoS Cancerregister skett som vi har ett kontrollerat komplett antal i "nämnaren" (se ovan).

Täckningsgrad för regionen

Det är relativt enkelt att få fram täckningsgrad för hela regionen för ett kvalitetsregister. Det vi gör är att ta med hela beståndet av cancerregistret, väljer ut de cancerfall som enligt inklusionskriterierna (se ovan) ska finnas i kvalitetsregistret och ser hur många av dessa finns rapporterade med anmälningsblankett i INCA. Täckningsgrad för respektive kvalitetsregister redovisas per diagnosår. Det är diagnosdatum från Cancerregistret som styr.

Täckningsgrad för enskilt sjukhus eller klinik

Denna redovisning är svårare. En förutsättning är att RCC vet vilken klinik som har ansvaret för anmälan till ett kvalitetsregister. Vet RCC det? Inte alltid.

Vilken klinik/vårdinrättning har anmält till cancerregistret? Det är inte alltid samma klinik som ska anmäla till kvalitetsregistret.

- Är det en allmänläkare, privatläkare eller en mindre klinik, har patienten med största sannolikhet blivit remitterad vidare till en specialistklinik. Det är sällan RCC har uppgift om detta förrän den mottagande kliniken själv har rapporterat det.
- Det kan ibland finnas två eller tre enheter som har anmält ett cancerfall till cancerregistret och/eller INCA.
- I INCA registrerar vi enbart en inrapporterande enhet oavsett hur många kliniker som ska bidra/har bidragit till blanketten. Det finns därför risk att klinik nr 2, 3... går miste om det fallet i klinikens täckningsgradsredovisning. Ett exempel är om anmälan kommer från både onkologen och kirurgen.
- Även om klinik nr 2 har anmält till cancerregistret kan vi inte bekräfta att denna klinik även har anmält till INCA.

Det kan ta tid att få in en anmälan till INCA

Vilket inte alltid betyder att kliniken inte gör "sitt" jobb

- eftersom anmälan oftast kan skickas in först när den primära behandlingen är avslutad. Detta gäller till exempel de bröstcancerpatienter som får en annan primärbehandling (neoadjuvant) än kirurgi (cirka 14%) vars INCA-anmälan ska skickas in först när kirurgi skett eller i de fall när man bestämt att patienten inte kommer att opereras.
- eftersom det ibland krävs att två kliniker anmäler varsin del av blanketten innan den kan registreras. Detta gäller t ex melanom där primärbehandlande hudläkare är nr 1 och plastikkirurgisk klinik är nr 2.

Slutgiltiga siffror för 2012 kan levereras till HSF först i slutet på 2013 – Varför?

- Cancerregistret betraktas som komplett först när leveransen till SoS är klar, dvs. sista oktober efterföljande år. Det är Cancerregistret som utgör grunden för beräkning av täckningsgrad när det gäller anmälan (se ovan).
- Olika kvalitetsregister har olika deadlines när allt ska vara rapporterat.
- Anmälan till vissa kvalitetsregister ska rapporteras till RCC först när primärbehandling är avslutad. Det kan ta olika lång tid beroende på vilken behandling det handlar om (se ovan).

LEVERANSER FRÅN RCC Stockholm Gotland VARJE KVARTAL

RCC Stockholm Gotland kommer från 2013 varje kvartal att leverera täckningsgrader för regionen, per sjukhus och per klinik, från kvalitetsregistren för prostata-, urinblåse-, njur-, kolorektal-, lung-, bröst- och gynekologisk cancer samt för melanom och blodmaligniteter.

15 mars	(data för första halvåret föregående år),
15 juni	(data för de tre första kvartalen föregående år),
15 september	(hela föregående år)
15 december	(hela föregående år med det årets kompletta siffror från Cancerregistret, se ovan)
