

Koloncancer

Regional kvalitetsrapport för 2016

Uppsala-Örebroregionen

Oktober 2017



Regionalt cancercentrum, Uppsala Örebro
Akademiska sjukhuset
SE-751 85 UPPSALA

INNEHÅLL

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 6 |
| SAMMANFATTNING | 7 |
| VÄNTETIDER | 8 |
| UTREDNING | 13 |
| BEHANDLING | 14 |
| Kirurgi, komplikationer och PAD | 14 |
| Adjuvant cytostatika | 15 |
| UPPFÖLJNING OCH ÖVERLEVAD | 44 |
| SENKOMPLIKATIONER | 48 |
| EFFEKT- OCH PROCESSMÅTT | 49 |
| UTVECKLINGSPUNKTER | 51 |

TABELLER

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Poängbedömning för effektmått per sjukhus, 2016. | 50 |
| 2 | Poängbedömning för processmått per sjukhus, 2016. | 50 |

FIGURER

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Andel opererade patienter med högst 39 dagar mellan utfärdande av remiss och behandlingsstart (preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2014-2016. | 9 |
| 2 | Median antal dagar mellan utfärdande av remiss och behandlingsstart (preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2014-2016. | 10 |
| 3 | Median antal dagar för ingående delväntetider samt för hela kedjan från utfärdande av remiss till behandlingsstart (preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2016. | 11 |
| 4 | Andel patienter med högst 8 veckor mellan operation och start av adjuvant behandling, per sjukhus, 2014-2016. | 12 |
| 5 | Andel patienter med komplett staging (avseende primärtumör, lungmetastaser och levermetastaser), per sjukhus, 2014-2016. | 13 |
| 6 | Andel av samtliga patienter som inkluderats i studie, 2014-2016. | 16 |
| 7 | Andel resecerade ¹ fall per sjukhus, 2014-2016. | 17 |
| 8 | Andel operationer där ackrediterad kolorektalkirurg och/eller specialist med kolorektal inriktning deltagit, per sjukhus, 2014-2016. | 18 |
| 9 | Fördelning av operationstyp bland resecerade fall per år, 2007-2016. | 19 |
| 10 | Andel laparoskopiskt opererade per sjukhus, elektiv operation, 2014-2016. | 20 |
| 11 | Andel postoperativa komplikationer per sjukhus, elektiv operation, 2011-2016. | 21 |
| 12 | Andel postoperativa komplikationer per sjukhus, akut operation, 2011-2016. | 22 |
| 13 | Andel postoperativa komplikationer, elektiv operation, per typ av komplikation och sjukhus, 2014-2016. | 23 |
| 14 | Andel postoperativa komplikationer, akut operation, per typ av komplikation och sjukhus, 2014-2016. | 24 |
| 15 | Andel anastomosinsufficiens och/eller intradbominell infektion per sjukhus, elektiv operation, 2008-2016. | 25 |
| 16 | Andel anastomosinsufficiens och/eller intradbominell infektion per sjukhus, akut operation, 2008-2016. | 26 |
| 17 | Andel skyddande eller permanent stomi per sjukhus, elektiv operation, 2008-2016. | 27 |
| 18 | Andel skyddande eller permanent stomi per sjukhus, akut operation, 2008-2016. | 28 |
| 19 | Andel sårruptur per sjukhus, elektiv operation, 2008-2016. | 29 |

| | | |
|----|--|----|
| 20 | Andel reoperationer per sjukhus, elektiv operation, 2008-2016. | 30 |
| 21 | Andel reoperationer per sjukhus, akut operation, 2008-2016. | 31 |
| 22 | Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), elektiv öppen kirurgi, 2008-2016. | 32 |
| 23 | Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), elektiv laparoskopisk kirurgi, 2008-2016. | 33 |
| 24 | Andel av elektivt opererade patienter som avlidit inom 90 dagar från operation, per sjukhus, 2008-2016. | 34 |
| 25 | Andel av akut opererade patienter som avlidit inom 90 dagar från operation, per sjukhus, 2008-2016. | 35 |
| 26 | Andel av opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0) som opererats radikalt enligt både kirurg och patologi, per sjukhus, 2014-2016. | 36 |
| 27 | Andel tumörnära perforation bland elektivt opererade patienter, per sjukhus, 2008-2016. | 37 |
| 28 | Andel av opererade patienter, ej pT0, med minst 1 mm cirkumferentiell resektionsmarginal, per sjukhus, 2014-2016. | 38 |
| 29 | Andel av opererade patienter med minst 12 undersökta körtlar, per sjukhus, 2014-2016. | 39 |
| 30 | Andel adjuvant cytostatika given bland stadium II per sjukhus, 2008-2016. | 40 |
| 31 | Andel adjuvant cytostatika given bland patienter äldre än 75 år i stadium II per sjukhus, 2008-2016. | 41 |
| 32 | Andel adjuvant cytostatika given bland stadium III per sjukhus, 2008-2016. | 42 |
| 33 | Andel adjuvant cytostatika given bland patienter äldre än 75 år i stadium III per sjukhus, 2008-2016. | 43 |
| 34 | Andel av opererade patienter som fått lokalrecidiv inom 3 år från operation, per sjukhus, 2011-2013. | 45 |
| 35 | Relativ 3-årsöverlevnad för elektivt opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0), per sjukhus, 2010-2016. | 46 |
| 36 | Relativ 3-årsöverlevnad för akut opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0), per sjukhus, 2010-2016. | 47 |
| 37 | Andel komplikationer och kvarstående besvär 3 år efter operation, 2009-2013. | 48 |

INLEDNING

Kvalitetsdata på koloncancer började registreras 2007. Webbaserad inmatning sker via INCA, www.cancercentrum.se. Där återfinnes nationella vårdprogrammet, information om Standardiserade vårdförlopp avseende kolorektalcancer samt de nationella rapporterna mm.

Syftet med kolorektalcancerregistret är att förbättra omhändertagandet av individer som drabbas av kolorektalcancer. Denna rapport vänder sig därför i första hand till professionen med syftet att ge underlag för att utvärdera den egna verksamheten samt för regionalt kvalitetsarbete. Många figurer redovisas på kliniknivå och förhoppningen är att detta skall stimulera till interna diskussioner och förbättringsarbete. Framst skall varje enhet kunna följa sin egen utveckling. Jämförelser med regions- och riksgenomsnittet och andra behandlande enheter kräver kunskap om potentiella störfaktorer såsom exempelvis case-mix.

I denna rapport redovisas data kring patienter med koloncancer som diagnosticerades 2016 samt uppföljning efter 3 och 5 år, dvs. patienter diagnosticerade 2013 och 2011. I flertal figurer presenteras även sjukhusdata från de två föregående åren eller i tre treårsperioder som jämförelse för att varje sjukhus skall kunna se hur verksamheten utvecklas. Samtliga figurer, med undantag för analyser gällande mortalitet, baseras på antal operations-eller diagnostifällen.

Täckningsgraden för inrapportering är genomgående mycket hög och validiteten höjs om data förs in löpande i processen. Inte minst gäller det operationsfynd. Registrering och kvalitetsarbete måste vara en naturlig del i den kliniska vardagen.

Denna rapport utgår från de 7 landstingen/regionerna i Uppsala-Örebroregionen: Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro. Elva sjukhus resecerade totalt mellan 18–128 patienter under 2016. Täckningsgraden ligger på fantastiska 100 %. Ett bekymmer för validiteten är dock att data från flertal sjukhus inte rapporteras prospektivt ”online” tex vid återbesöket efter en månad, utan långt i efterhand.

Denna rapport har precis som nationella rapporten bantats ner och mer information kan sökas från nationella rapporten 2016 på www.cancercentrum.se. Övriga data är tänkta att återfinnas som ”online” dokument till den nationella rapporten.

Den regionala rapporten är framtagen av undertecknad på uppdrag från regionala vårdprocessgruppen i samarbete med statistiker Fredrik Sandin vid Regionalt cancercentrum Uppsala-Örebro och baseras på datauttag från Svenska kolorektalcancerregistret på INCA-plattformen.

Med hopp om inspirerande läsning

Kenneth Smedh

Regional processledare

Västerås

SAMMANFATTNING

Täckningsgraden är lysande, 100 % i regionen. Målet nu är att få data inrapporterade direkt online i INCA. Från januari 2017 skall även radiologer och patologer rapportera in sina fynd direkt i INCA. Här kvarstår säkert en hel del arbete från vårdprocessgruppen för att få detta att fungera.

Väntetiderna är fortfarande ett stort problem, särskilt tiden mellan MDK och start av behandling = operation. Tid till start av adjuvans har förbättrats något genom att över 80 % av patienterna vid de flesta sjukhusen får cytostatika inom 8 veckor. Standardiserade vårdförlopp (SVF), som startade under 2016, kommer sannolikt visa en avsevärd förbättring av ledtiderna vid nästa års rapport.

De kirurgiska indikatorerna varierar fortfarande betydligt mellan sjukhusen. Här finns stor potential till förbättring. I processgruppen förespråkas att kolorektalcancer behandlas på ett sjukhus i varje län. Detta för att en viss volym är viktig för att hela vårdkedjan skall få erfarenhet och ökande kunskap om handläggningen av dessa patienter. Antalet opererande kirurger bör också begränsas för att dessa skall utveckla/behålla sin kompetens. I Värmland, Dalarna, Södermanland och Gävleborg har man valt att fördela kirurgi/resektioner på två sjukhus. Nivåstrukturering är komplicerat då hänsyn också måste tagas till akutverksamheten samt befintliga vårdplats- och operationsresurser. Enligt RCC Uppsala-Örebros utvecklingsplan/cancerplan skall kolorektalcancer opereras på ett sjukhus i varje län/region.

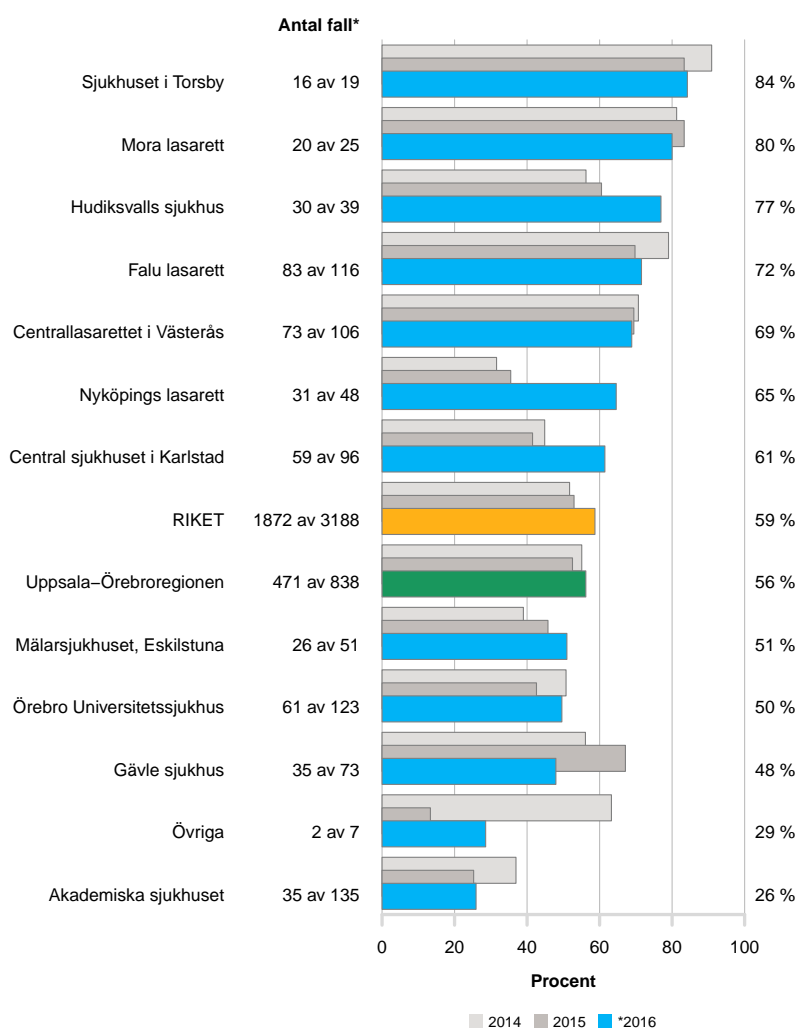
Glädjande nog har indikationen för den adjuvanta onkologiska behandlingen av patienter med stadium III blivit mer likartad i regionen.

VÄNTETIDER

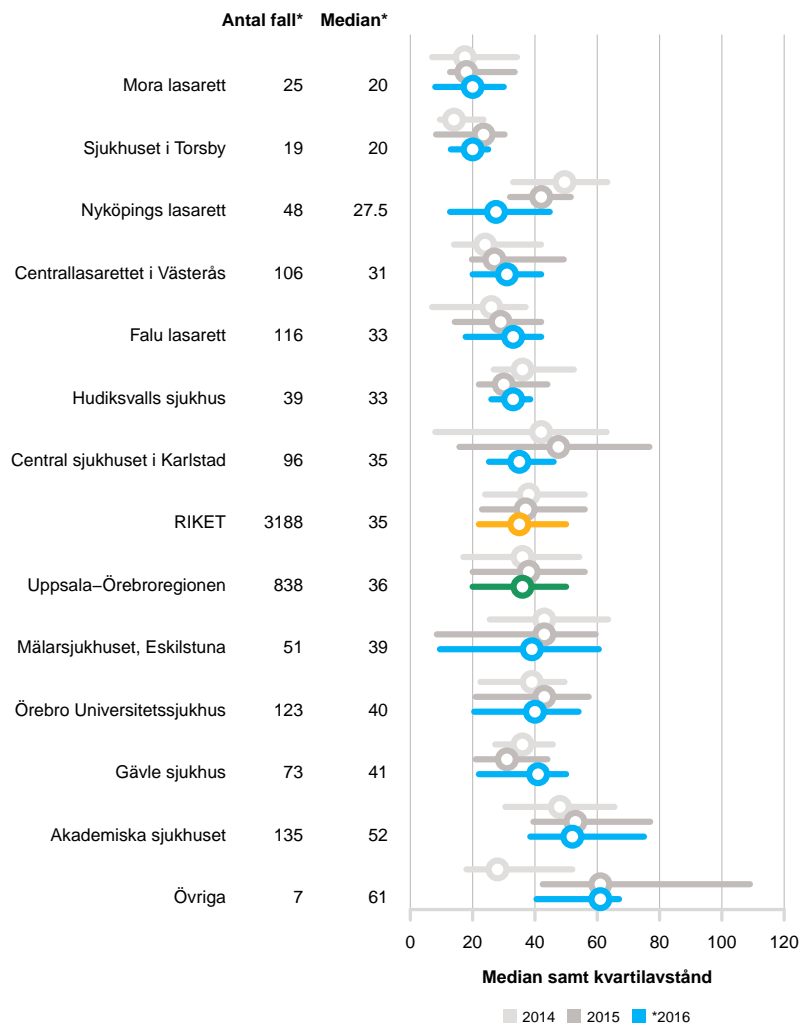
Andel patienter med högst 39 dagar från utfärdande av remiss till start av behandling (operation och i några få fall cytostatika) för sin koloncancer framgår av figur 1. Inget sjukhus klarar helt målet på 39 dagar enligt Standardiserade vårdförlopp (SVF). Ledtiderna har förbättrats betydligt i Hudiksvall, Nyköping och Karlstad medan övriga sjukhus har väsentligen oförändrade ledtider eller tom sämre än 2014–15. Mediantiderna ses i figur 2. Uppsala uppvisar väldigt lång väntetid till behandling medan de små sjukhusen har klart kortare ledtider.

I figur 3 framgår att det är tiden från MDK till behandlingsstart/operation som står för huvudparten av väntetiderna i vårdkedjan. För några sjukhus runt en månads väntan. En uppenbar brist på vårdplatser/operationsresurser framkommer. Mediantiden från remiss till diagnos är 0 dagar för de flesta sjukhusen vilket rimligen måste innebära att patienterna i hälften av fallen presenteras med diagnos till kirurgkliniken varför ledtiderna i realiteten är längre. Visserligen opereras 18 % av patienterna akut men i övrigt skickas remiss med diagnos till kirurgkliniken från annan klinik eller primärvård.

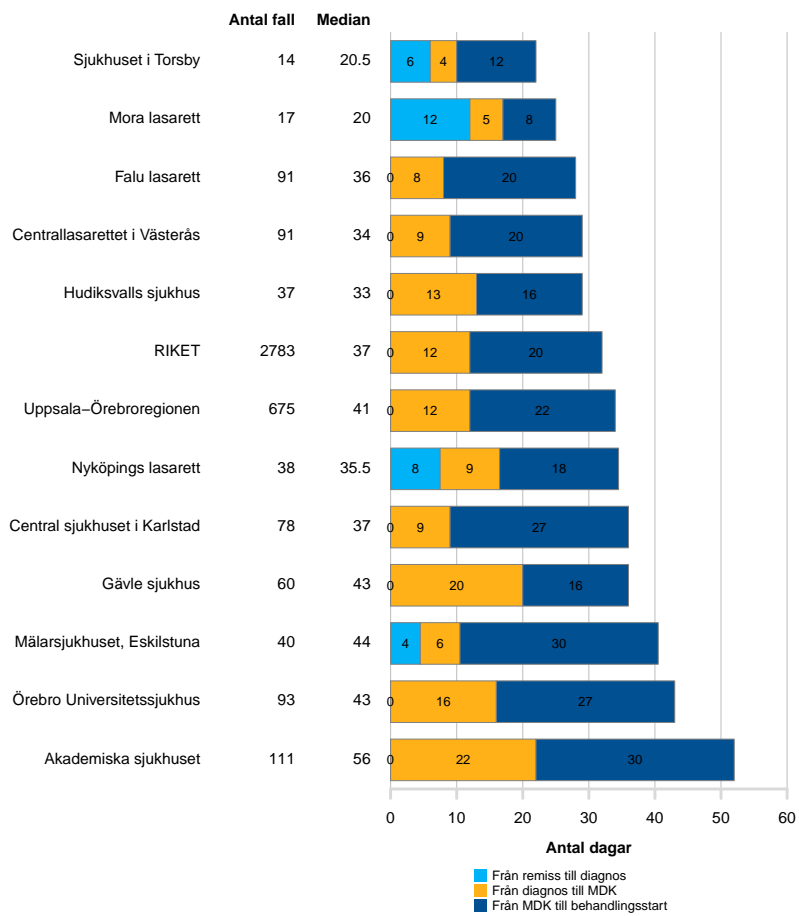
På sjukhusen startar över 80 % av patienterna sin adjuvans inom stipulerad tid (8 veckor), förutom Gävle och Nyköping som ökat sina ledtider jämfört med 2015 (Figur 4).



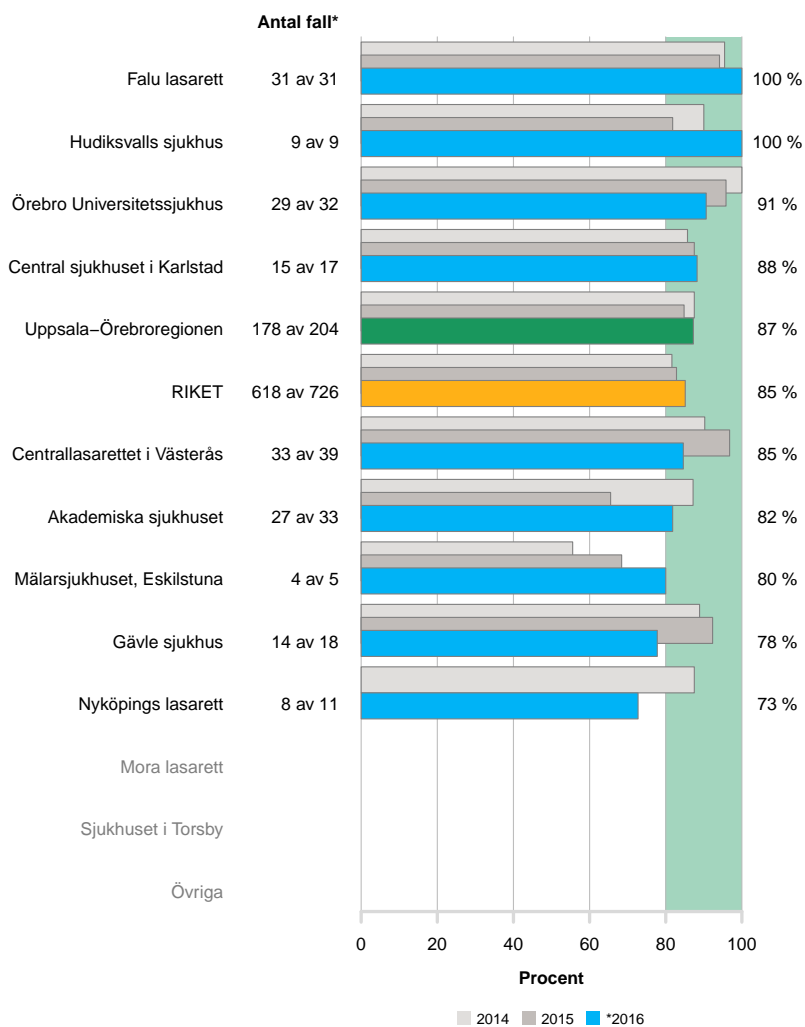
Figur 1. Andel opererade patienter med högst 39 dagar mellan utfärdande av remiss och behandlingsstart (preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2014-2016.



Figur 2. Median antal dagar mellan utfärdande av remiss och behandlingsstart (preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2014-2016.



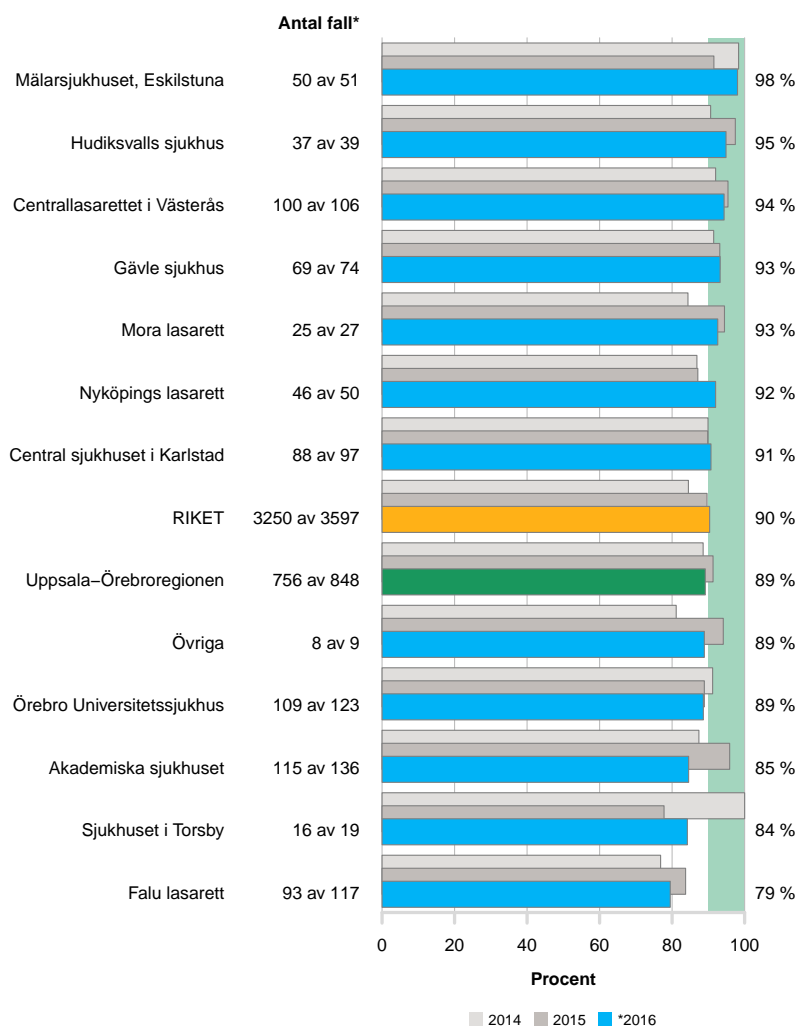
Figur 3. Median antal dagar för ingående delväntetider samt för hela kedjan från utfärdande av remiss till behandlingsstart (preoperativ cytostatikabehandling/operation), per sjukhus, 2016.



Figur 4. Andel patienter med högst 8 veckor mellan operation och start av adjuvant behandling, per sjukhus, 2014-2016.
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

UTREDNING

Andelen med komplett preoperativ stadiindelning (primärtumör, lunga-lever) har generellt minskat något i regionen, från 91 till 89 %, med en variation mellan sjukhusen på 79–98 % (Figur 5). Några sjukhus med lägre andel bör kunna tillse att man får en komplett utredd patient inför MDK, men sannolikt är en del patienter bedömda att de inte klarar vare sig kirurgi eller cytostatika eller blir akut resecerade och blir därför inte komplett utredda. En annan förklaring kan var att radiologer inte anger TN –stadium, men stadiindelning skall drivas på MDK.



Figur 5. Andel patienter med komplett staging (avseende primärtumör, lungmetastaser och levermetastaser), per sjukhus, 2014-2016.

BEHANDLING

I regionen har 96 % av elektivt resecerade patienter tagits upp på preoperativ MDK samt 98 % på postoperativ MDK. Mora skiljer sig här med 79 respektive 85 % MDK. Bör kunna organiseras bättre.

Andelen patienter som inkluderats i studier har minskat något i regionen men variationen är stor (Figur 6).

Kirurgi, komplikationer och PAD

Under 2016 utfördes tumörresektion på 77 % av patienterna i regionen, med en variation mellan sjukhusen på 59 till 95 % (Figur 7). Andelen växlar lite år från år och det finns sannolikt många förklaringar till varför man avstår från resektion. Viktigt ändå att diskutera på klinikerna.

Cirka 11 % av resecerade fall hade metastaser vilket är en högre andel än motsvarande för rektalcancer, sannolikt pga. att koloncancer har högre risk för obstruktion och att kolonresektion betraktas som ett något mindre riskfyllt ingrepp jämfört rektumingrepp. Dessutom utfördes 18 % av kolonresektionerna akut.

Över 95 % av elektiva resektioner utförs med deltagande av ackrediterad kolorektal kirurg eller specialist med kolorektal inriktning men andelen har sjunkit på några sjukhus, särskilt i Nyköping ner till 82 % (Figur 8). Detta måste ses som ett observandum.

En succesiv ökning har under åren skett av högersidiga hemikolektomier som nu utgör knappt 60 % av alla kolonresektioner (Figur 9). Laparoskopiska kolonresektioner har under 2016 inte ökat ytterligare i regionen (36 %), men stor variation ses mellan sjukhusen (14-60 %) (Figur 10).

Stor variation ses som tidigare vid registrering av postoperativa komplikationer efter elektiv kirurgi, från 17 upp till 39 %. Snittet i regionen ligger på 27 % (Figur 11). Samtidigt finns en trend till ökning av de postoperativa komplikationerna. Bättre registrering och/eller äldre, sjukare patienter? Variationen är ännu större efter akut operation (Figur 12). Full registrering enligt Clavien saknas emellertid vid de flesta sjukhus, där behöver vi bli mer noggranna vid registreringen. Ser vi på typ av komplikation så varierar detta en del mellan sjukhusen för infektioner och kardiovaskulära komplikationer men de kirurgiska dominerar (Figur 13). Efter akut kolonresektion ses fler infektiösa och kardiovaskulära komplikationer men inte kirurgiska, lite oväntat (Figur 14). Ett sjukhus registrerar t.o.m. ingen kirurgisk komplikation.

Andelen anastomoskomplikationer efter elektiv operation ligger runt 6 % och efter akut operation något högre (Figur 15-16). Vi har i år inkluderat intraabdominella infektioner i denna variabel. Några sjukhus ligger högre, särskilt efter akuta resektioner och här finns möjligheter till förbättring. Akut resektion är en känd riskfaktor och då många patienter är sjukliga med försämrat allmäntillstånd, kan det vara klokt att avlasta eller lägga permanent stomi. Ibland t.o.m. avstå från operation. Man skall inte alltid operera på s.k. vitalindikation.

Vi har i år tagit fram andelen tillfälliga eller permanenta stomier vid resektioner elektivt och akut (Figur 17-18). Detta mot bakgrunden av att vi idag opererar allt äldre och sjukare patienter och för att se hur detta hanteras. Andelen stomier har ökat både elektivt men framför allt efter akut resektion. Elektivt ses som förväntat färre läckage för en del sjukhus som avlastar, t.ex. Västerås med ganska hög frekvens avlastning eller permanent stomi. Vid akut resektion ses en högre mortalitet på flera sjukhus som anlägger stomi i lägre frekvens. Kirurgi på åldriga och sköra, kommer bli en allt vanligare situation, då

kirurgen ihop med anestesilog och medicinkonsulter, noga måste överväga om patienten skall reseceras och i så fall få en anastomos eller ej.

Andelen sårrupturer ligger fortfarande klart för högt för några sjukhus, bör inte var mer än 1–2 procent med rätt suturteknik (Figur 19). Efter akut operation ligger några sjukhus över 10 %.

Andelen reoperationer efter elektiv operation har ökat vid de flesta sjukhusen i regionen, vid några ses en riktigt hög frekvens (Figur 20). Däremot har reoperationerna minskat vid de flesta sjukhus efter akut resektion, möjligen pga. av ökad frekvens stomier (Figur 21).

Vårdtiden efter elektiv öppen kolonresektion i regionen har ökat till 8 dagar för öppna och ligger kvar på 4 dagar för laparoskopiska ingrepp (Figur 22-23). Oplanerad återinläggning ses bland 7 % av elektiva resektioner, men några sjukhus ligger klart högre som Mora och Torsby på 15 respektive 17 %. Efter laparoskopisk resektion ligger återinläggning på 8 % men med mindre variation.

Den postoperativa mortaliteten efter kolonresektion i regionen presenterar vi i år efter 90 dagar. Mortaliteten ökar då elektivt från 2 till 4 % (Figur 24) och efter akut resektion från 4 till 10 % i regionen (Figur 25). Några sjukhus bör titta på sina siffror som ligger för högt på 6–11 % mortalitet elektivt och 16 % efter akut resektion. Här kommer frågan in om kirurger utan kolorektalkirurgisk träning opererar akut?

Andelen radikalopererade patienter (enligt kirurg och patolog) utan metastaser ligger på godkända 90–100 % i regionen förutom Uppsala som fallit tillbaka under 2016 med 83 % radikalitet vid tarmresektion (Figur 26).

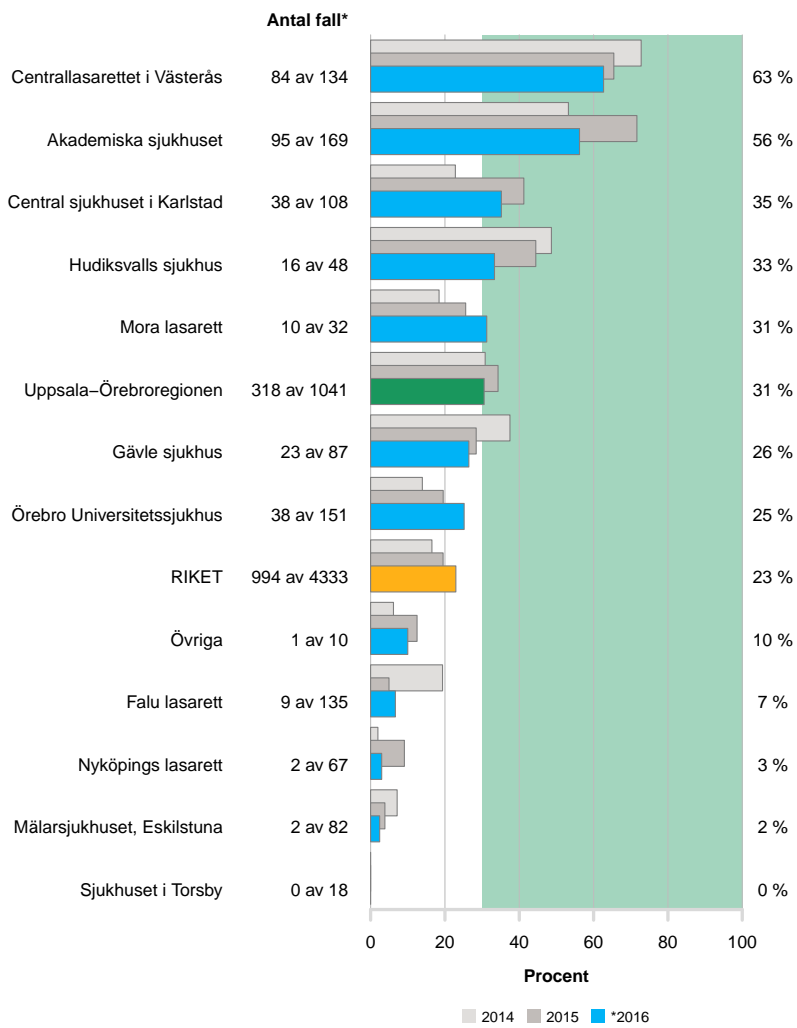
Andelen tumörnära perforationer har minskat i regionen ner till 1 %, och flera sjukhus registrerar att de aldrig haft någon perforation sedan 2008 (Figur 27).

Andel av opererade patienter, ej pT0, med minst 1 mm cirkumferentiell resektionsmarginal är något lägre 2016 och Dalarna sticker ut med klart lägst andelar (Figur 28). Detsamma gäller för andel av opererade patienter med minst 12 undersökta körtlar (Figur 29). Intressant emellertid att Dalarna är klart snabbast med 90 % PAD-svar inom 2 veckor. Kan detta vara en förklaring? I Västerås har man 12 körtlar i 98 % av fallen men endast 1 % är utsvarade inom 2 veckor. Noggrannhet vid PAD måste vara viktigare än snabba svar förutsatt att kirurgen är optimal. Här behövs en diskussion lokalt mellan kirurger och patologer.

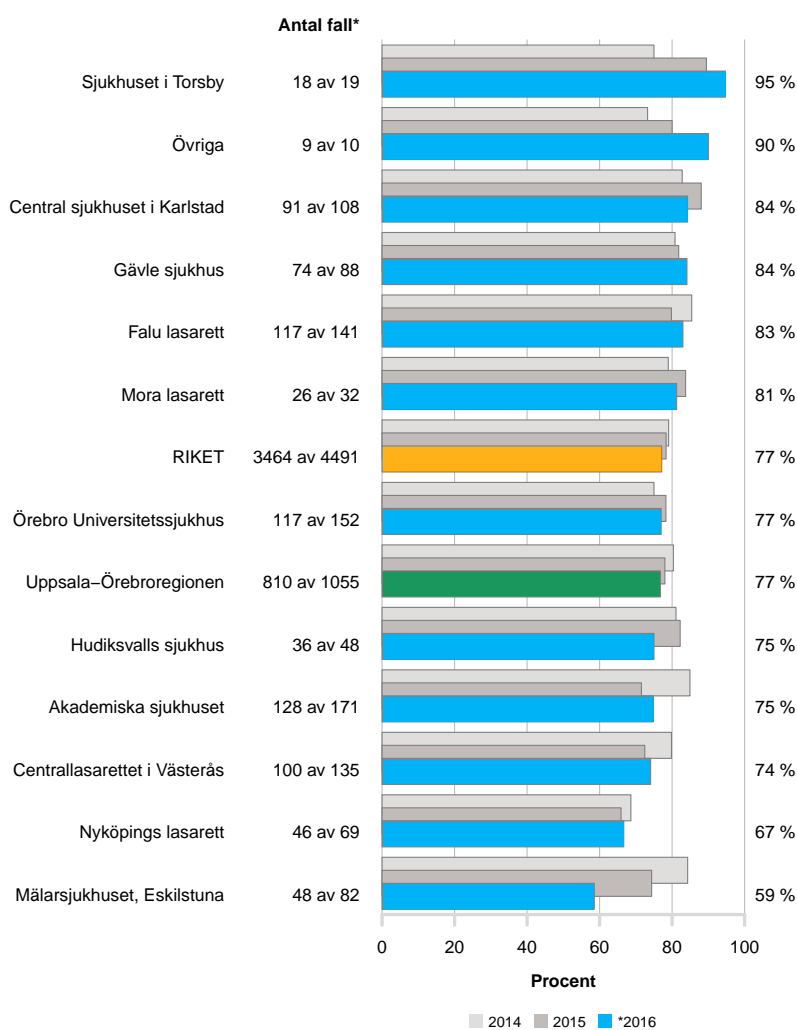
Adjuvant cytostatika

Adjuvant cytostatika till patienter med stadium II har minskat i regionen ner till 15 % men fortfarande en stor variation mellan 0 till 43 %. Västerås fortfarande i topp men har minskat sista åren (Figur 30). Bland patienter äldre än 75 år får fortsatt få patienter adjuvans, undantaget Västerås där dock en minskning skett sista åren (figur 31). I stadium III har det skett stora förändringar där nu Gävleborg toppar med runt 60–70 % adjuvans. Uppsala och Västerås har minskat och Örebro och Falun ökat (Figur 32). Skillnaderna mellan sjukhusen har minskat och majoriteten ger nu adjuvans till mellan 45 och 58 % av patienterna. För de äldre över 75 år ses fortfarande större skillnader mellan sjukhusen där Gävle och Uppsala emellertid ökat andelen behandlade, medan Västerås, som tidigare toppat, har halverat andelen behandlade.

Stadium II är fortsatt omdiskuterat men för koloncancer stadium III finns bra dokumentation för adjuvans. En del skillnader förklaras av att vissa onkologer erbjuder behandling även vid hög ålder.

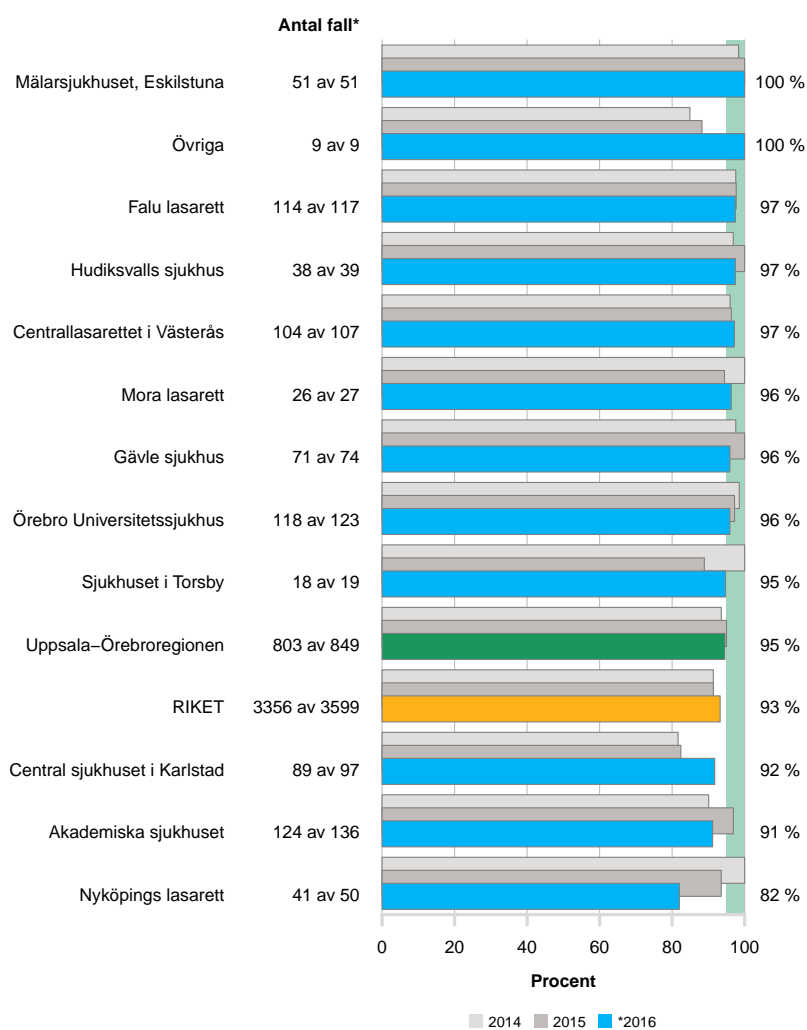


Figur 6. Andel av samtliga patienter som inkluderats i studie, 2014-2016.

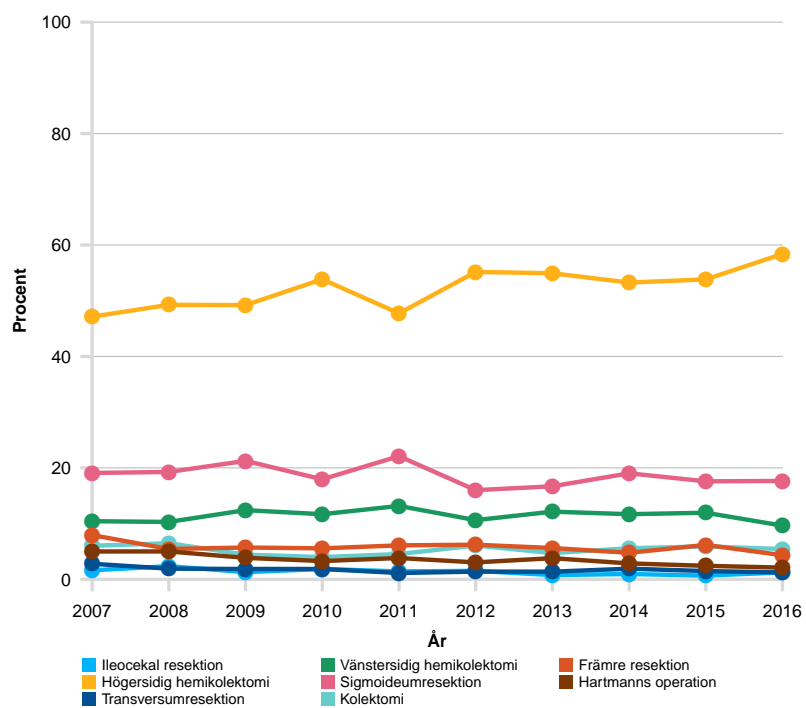


Figur 7. Andel resecerade¹ fall per sjukhus, 2014-2016.

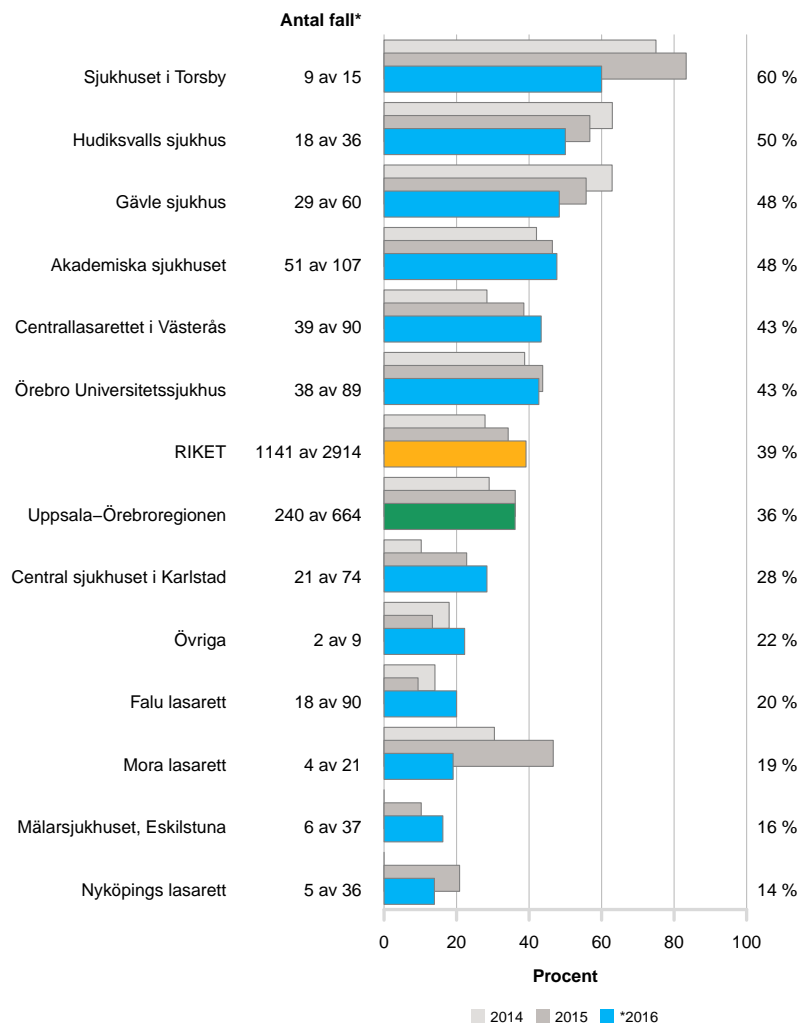
¹ Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation.



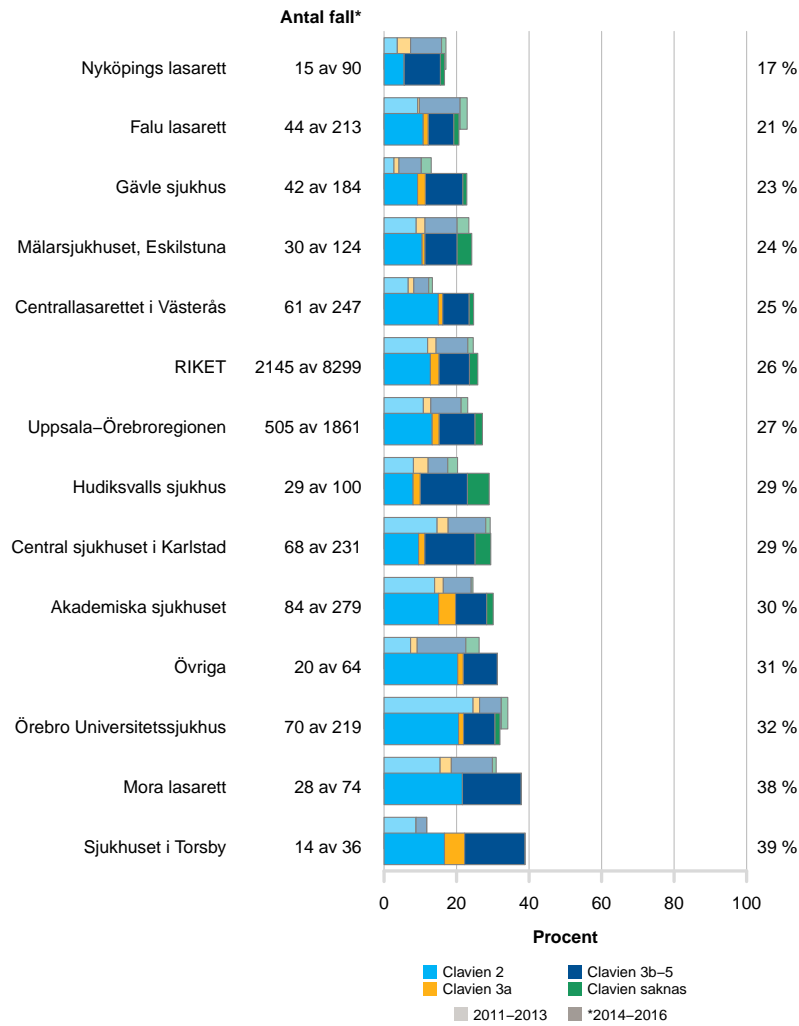
Figur 8. Andel operationer där ackrediterad kolorektalkirurg och/eller specialist med kolorektal inriktning deltagit, per sjukhus, 2014-2016.



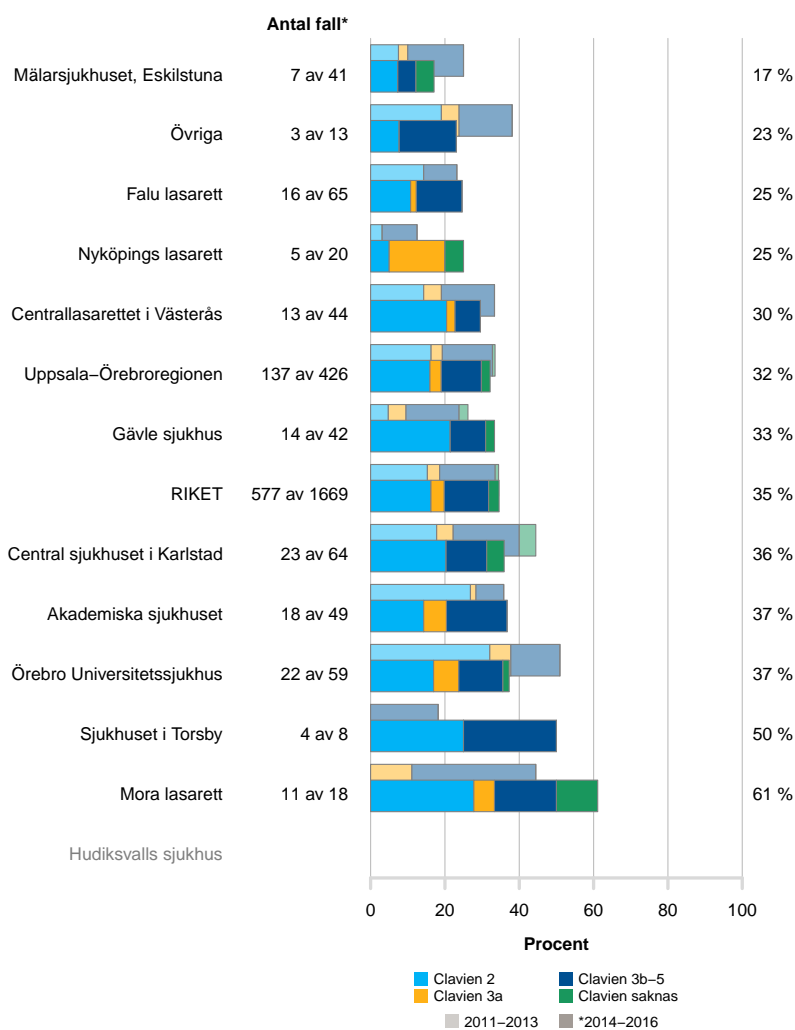
Figur 9. Fördelning av operationstyp bland resecerade fall per år, 2007-2016.



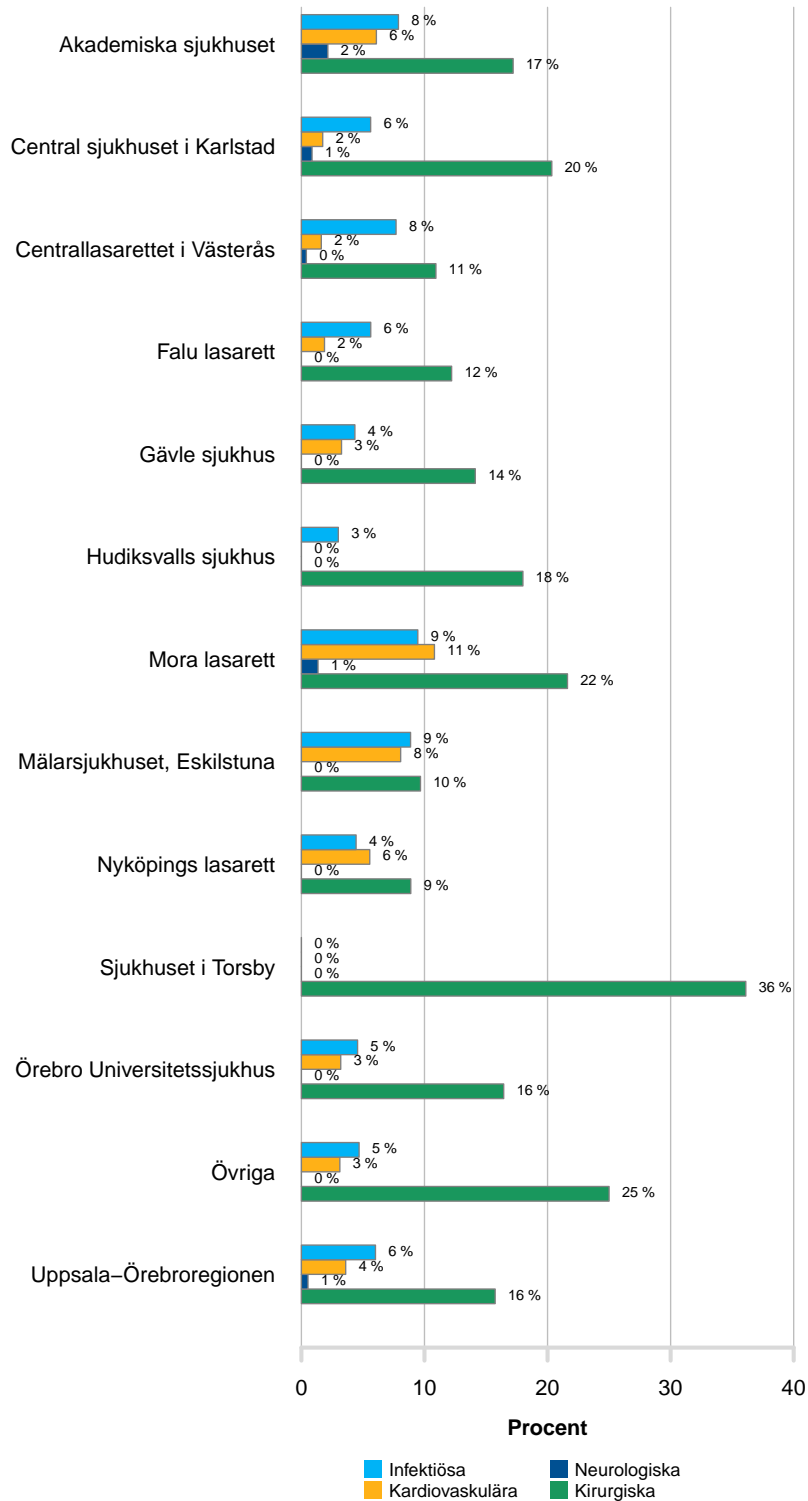
Figur 10. Andel laparoskopiskt opererade per sjukhus, elektiv operation, 2014-2016.
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



Figur 11. Andel postoperativa komplikationer per sjukhus, elektiv operation, 2011-2016.
 (Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

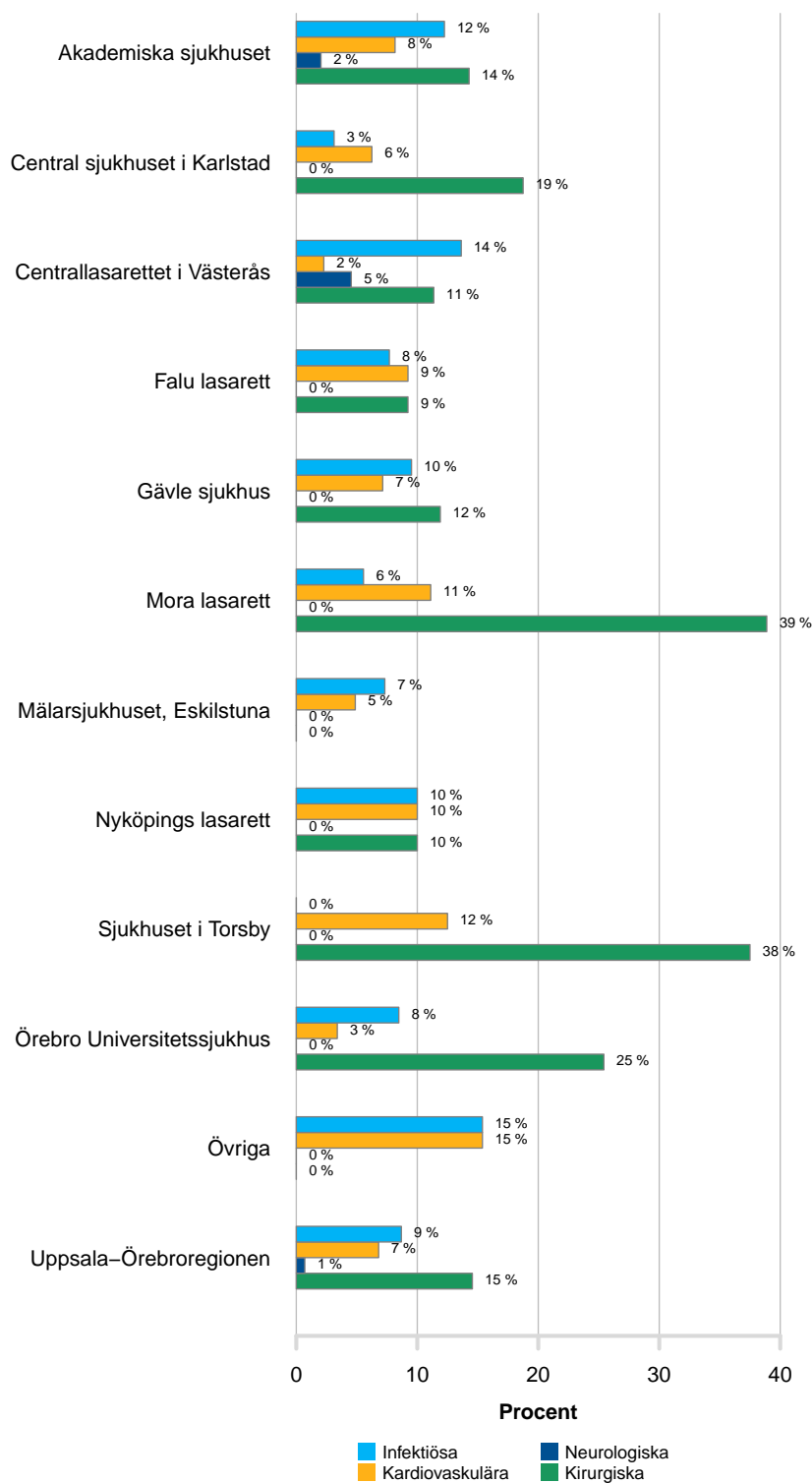


Figur 12. Andel postoperativa komplikationer per sjukhus, akut operation, 2011-2016.
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



Figur 13. Andel postoperativa komplikationer, elektiv operation, per typ av komplikation och sjukhus, 2014-2016.

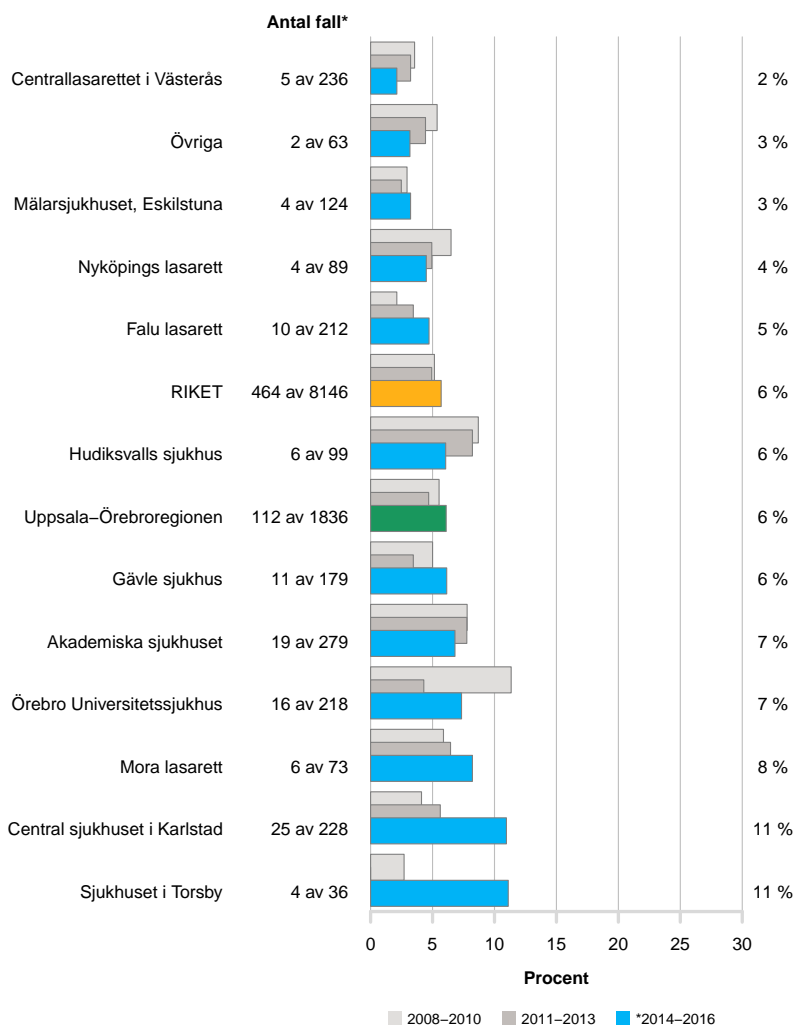
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



Figur 14. Andel postoperativa komplikationer, akut operation, per typ av komplikation och sjukhus, 2014-2016.

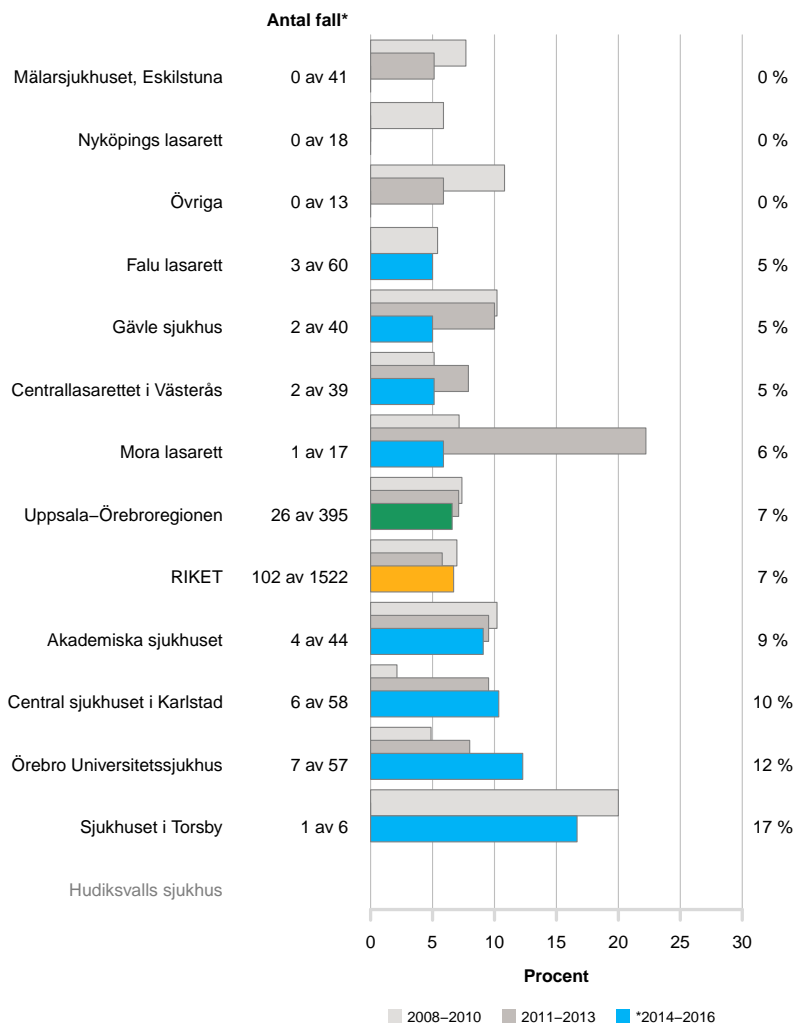
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

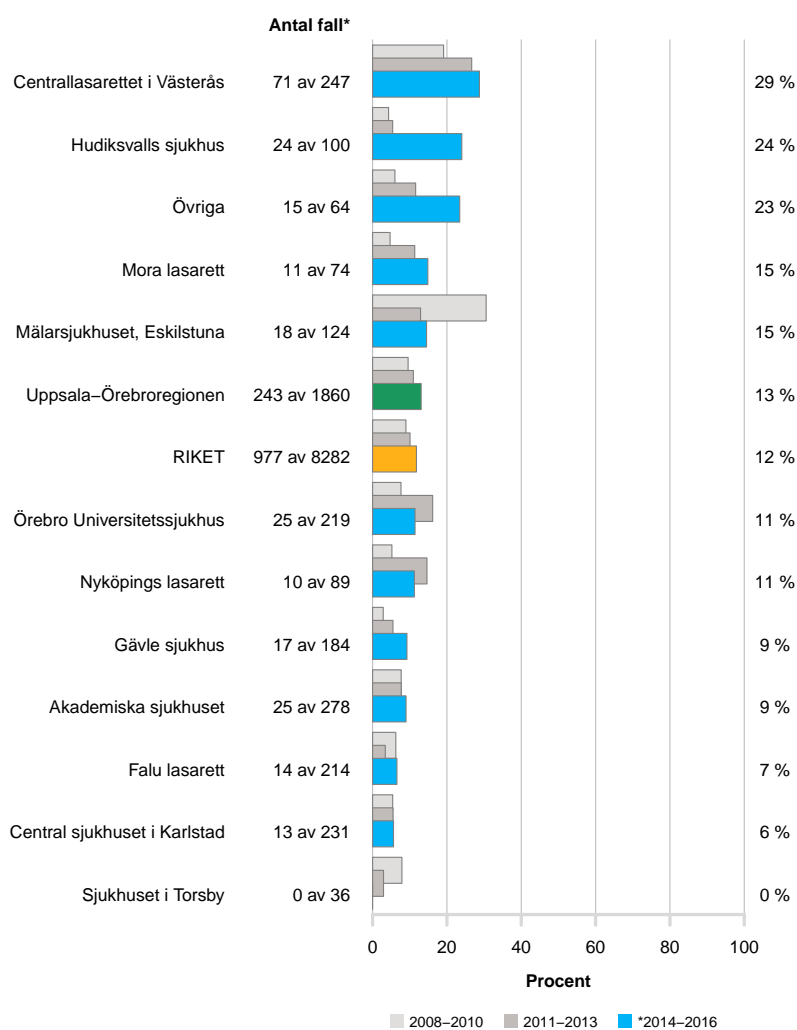


Figur 15. Andel anastomosinsufficiens och/eller intrabdominell infektion per sjukhus, elektiv operation, 2008-2016.

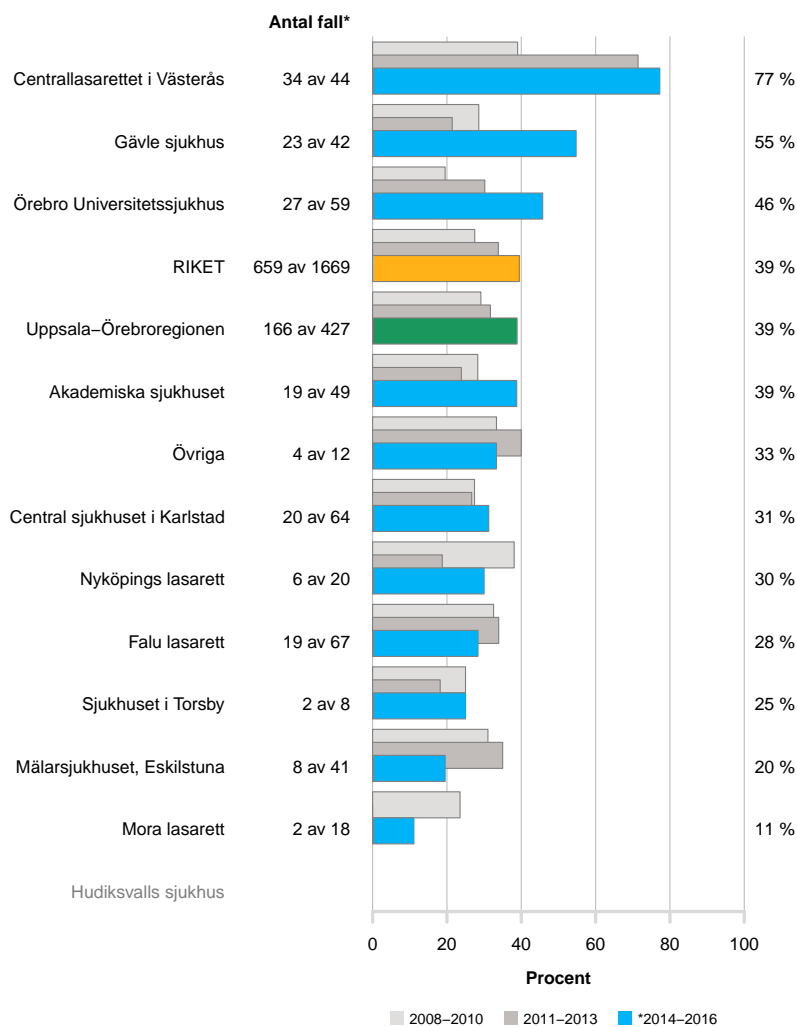
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi och främre resektion)



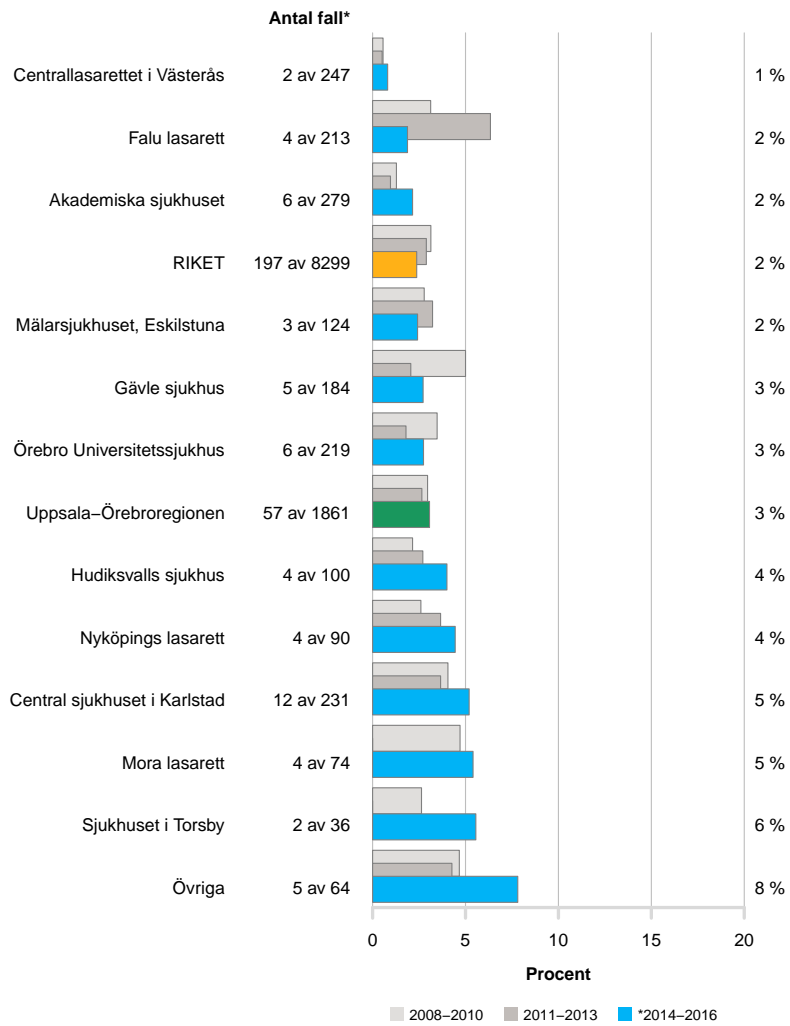
Figur 16. Andel anastomosinsufficiens och/eller intrabdominell infektion per sjukhus, akut operation, 2008-2016.
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi och främre resektion)



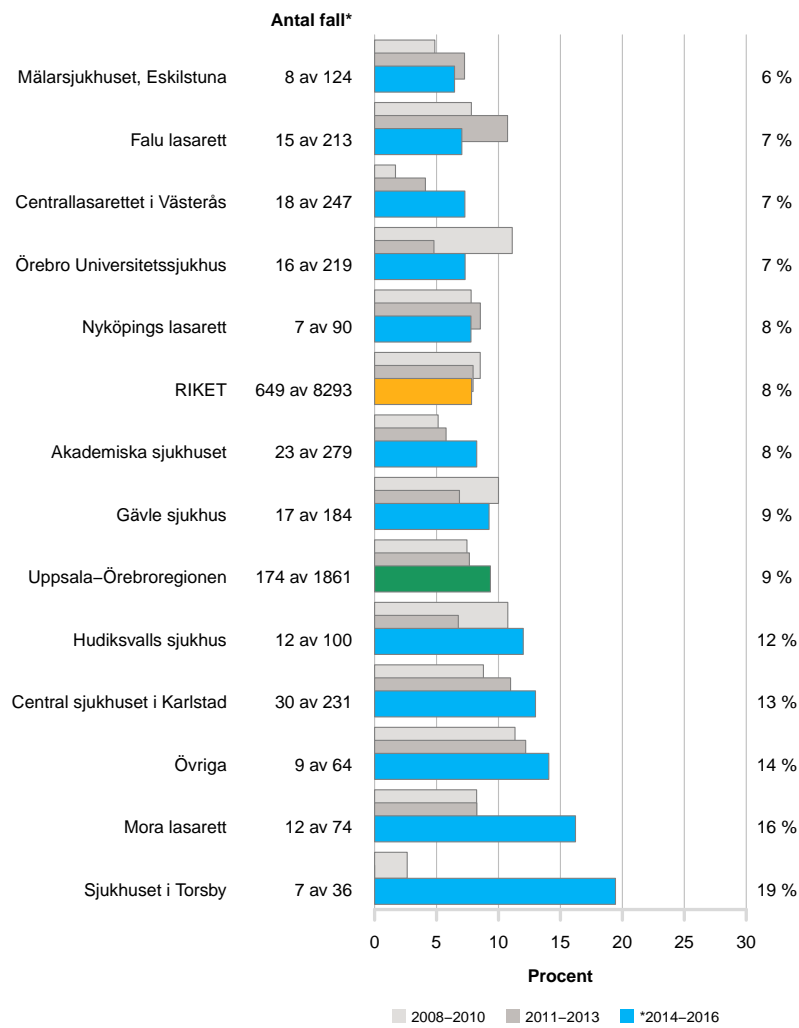
Figur 17. Andel skyddande eller permanent stomi per sjukhus, elektiv operation, 2008-2016.
*(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemi-
 kolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)*



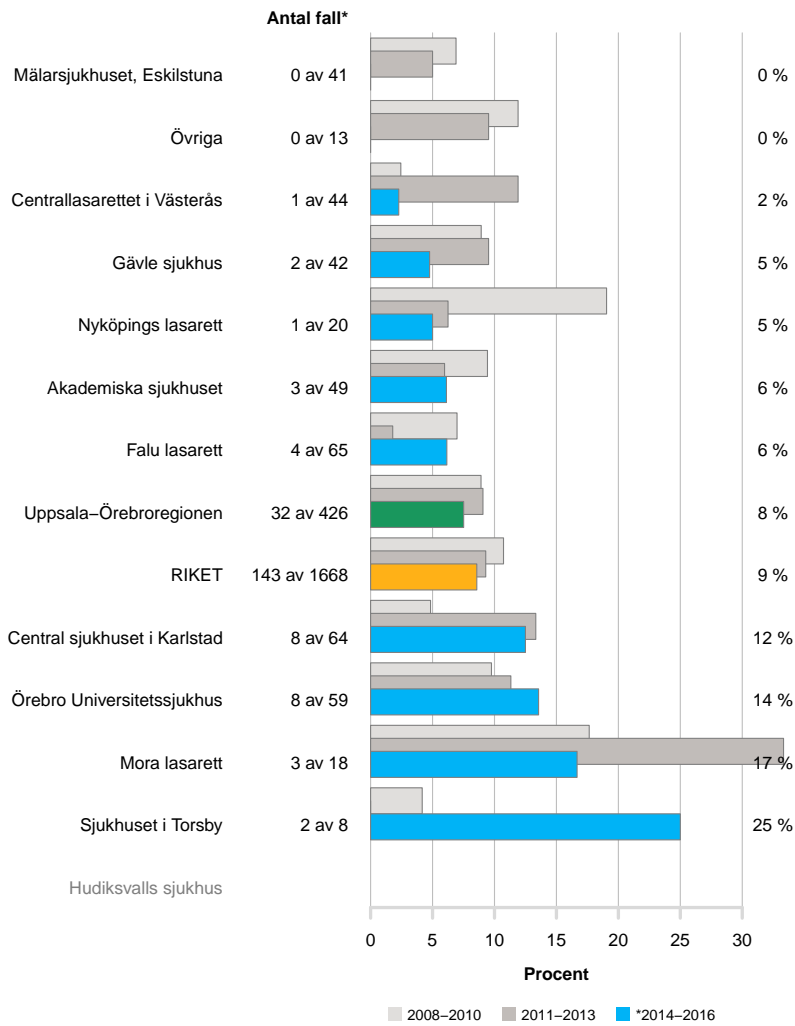
Figur 18. Andel skyddande eller permanent stomi per sjukhus, akut operation, 2008-2016. (Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



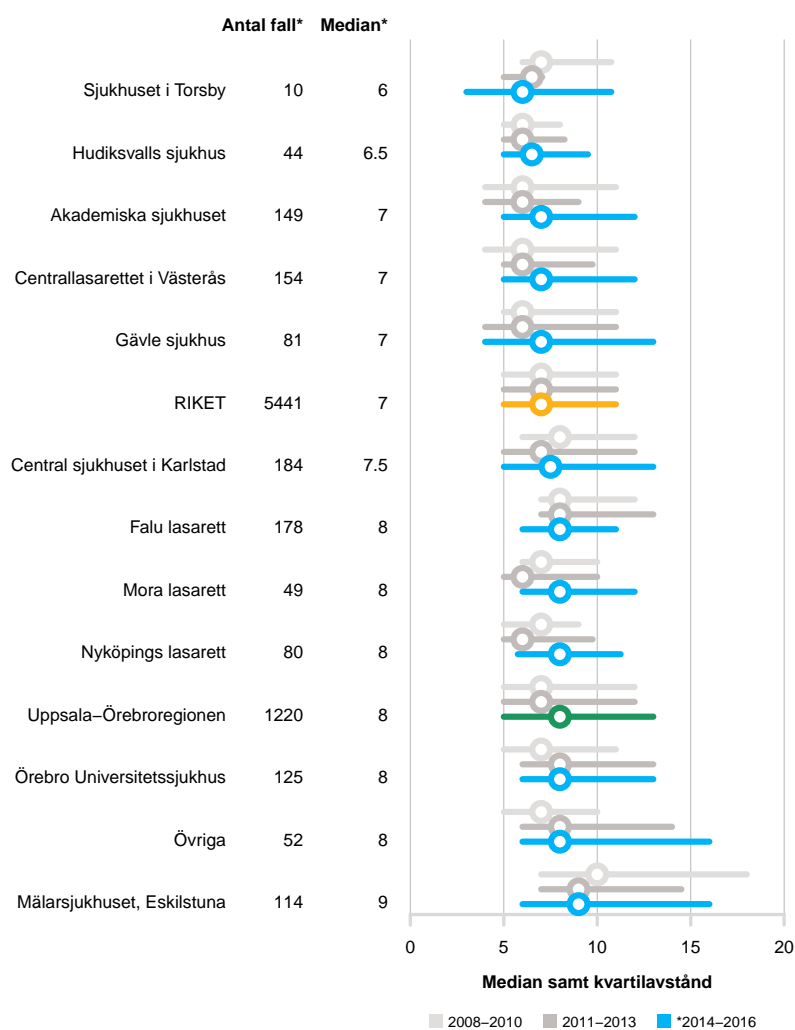
Figur 19. Andel sårruptur per sjukhus, elektiv operation, 2008-2016.
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



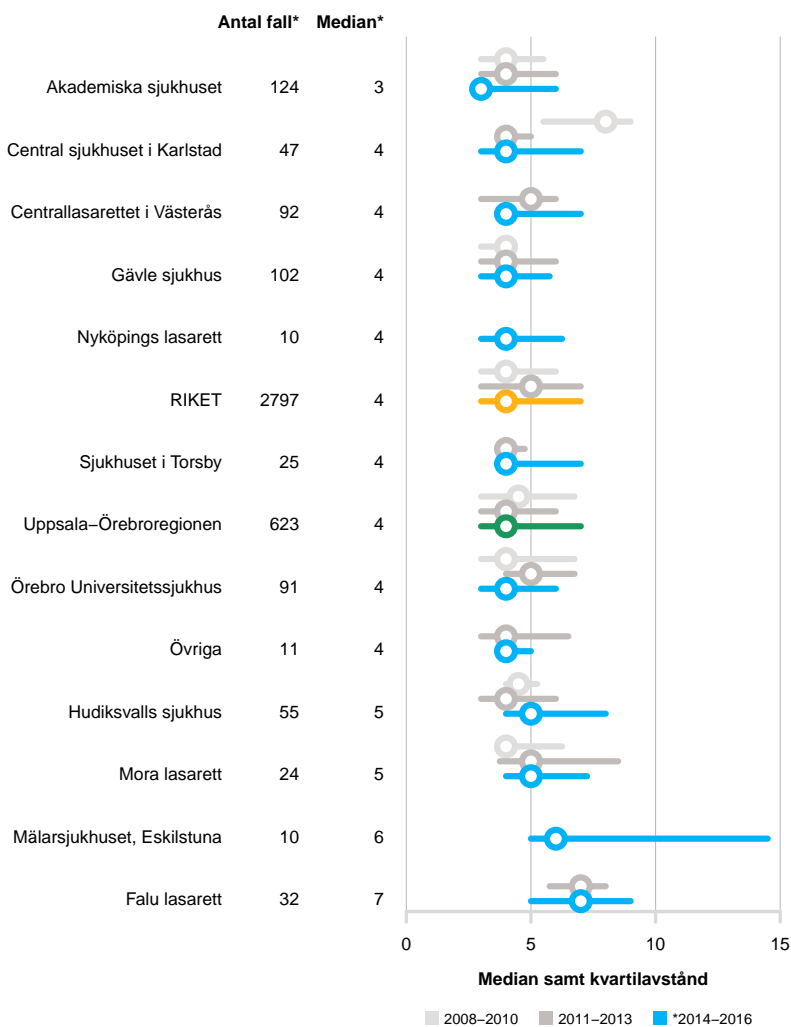
Figur 20. Andel reoperationer per sjukhus, elektiv operation, 2008-2016.
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



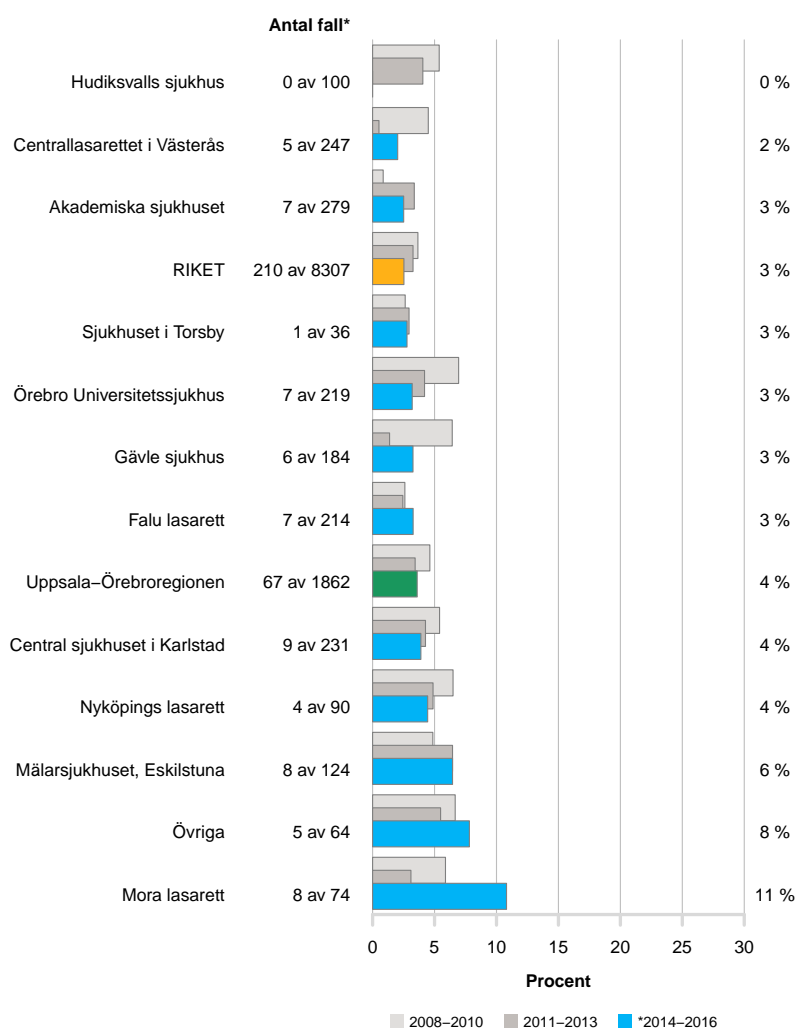
Figur 21. Andel reoperationer per sjukhus, akut operation, 2008-2016.
 (Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



Figur 22. Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), elektiv öppen kirurgi, 2008-2016. (Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

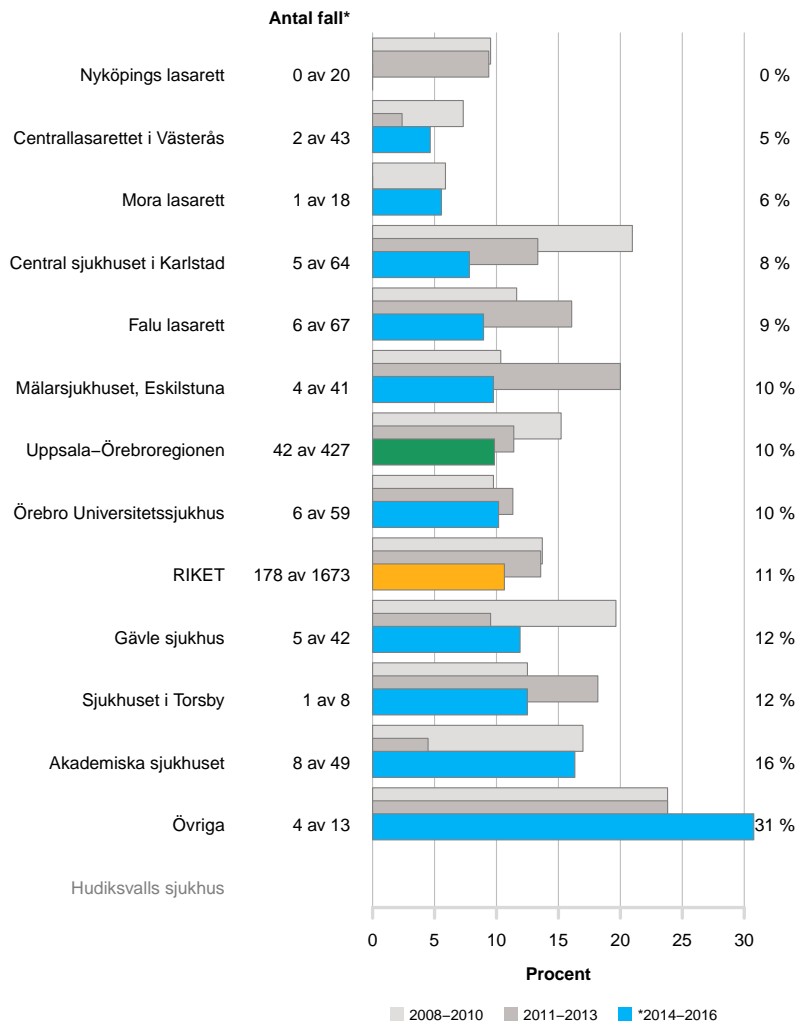


Figur 23. Antal dagar mellan operation och utskrivning (vårdtid), elektiv laparoskopisk kirurgi, 2008-2016. (Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



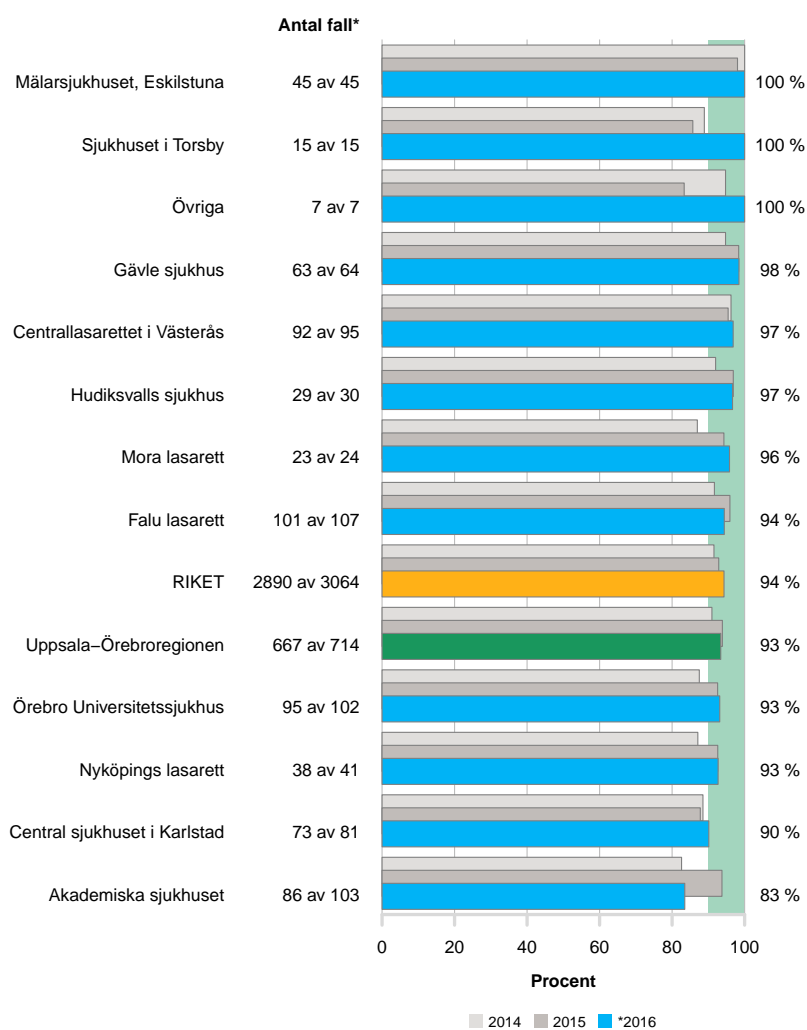
Figur 24. Andel av elektivt opererade patienter som avlidit inom 90 dagar från operation, per sjukhus, 2008-2016.

(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

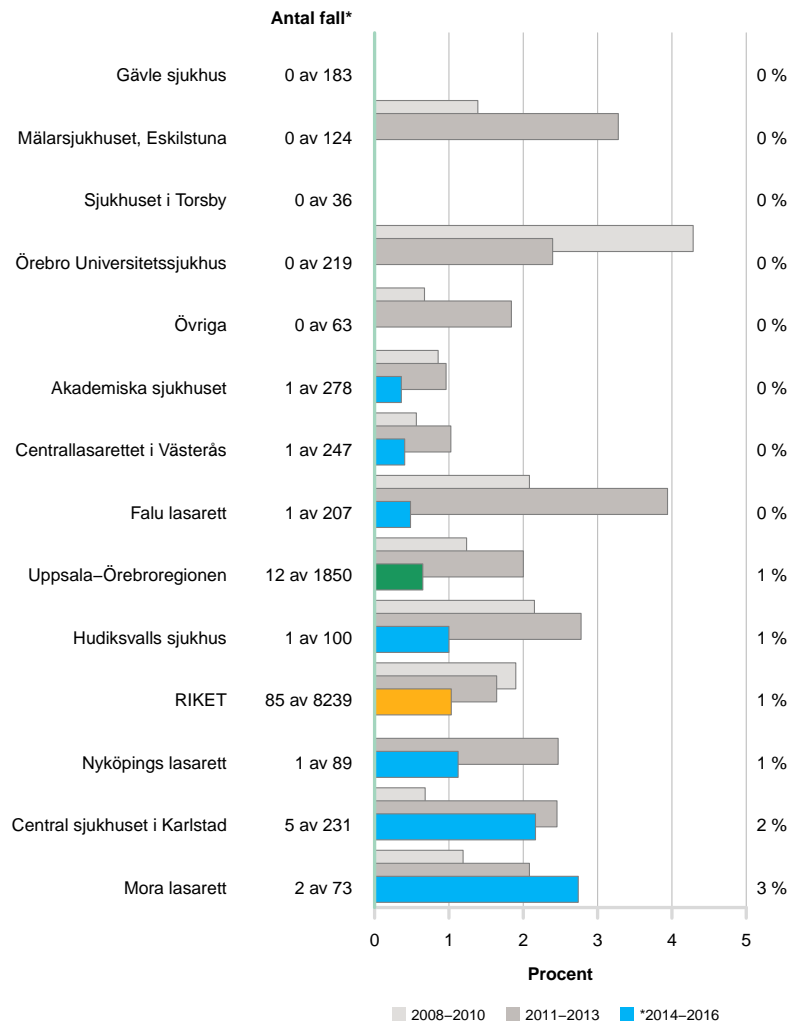


Figur 25. Andel av akut opererade patienter som avlidit inom 90 dagar från operation, per sjukhus, 2008-2016.

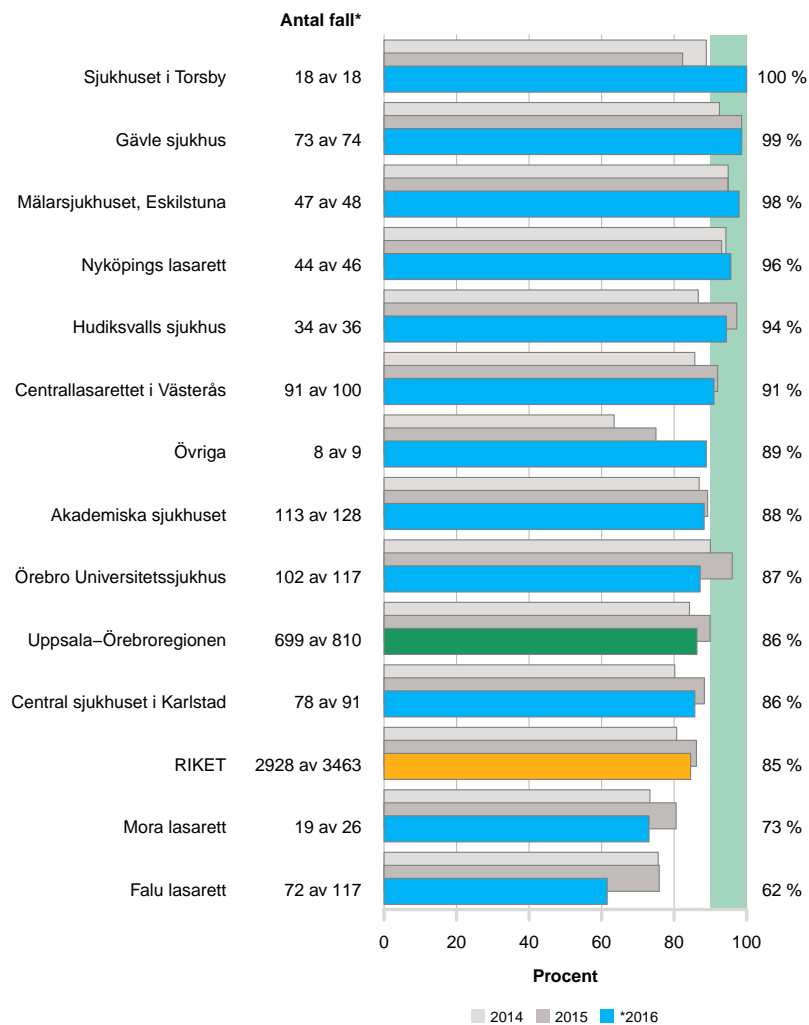
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



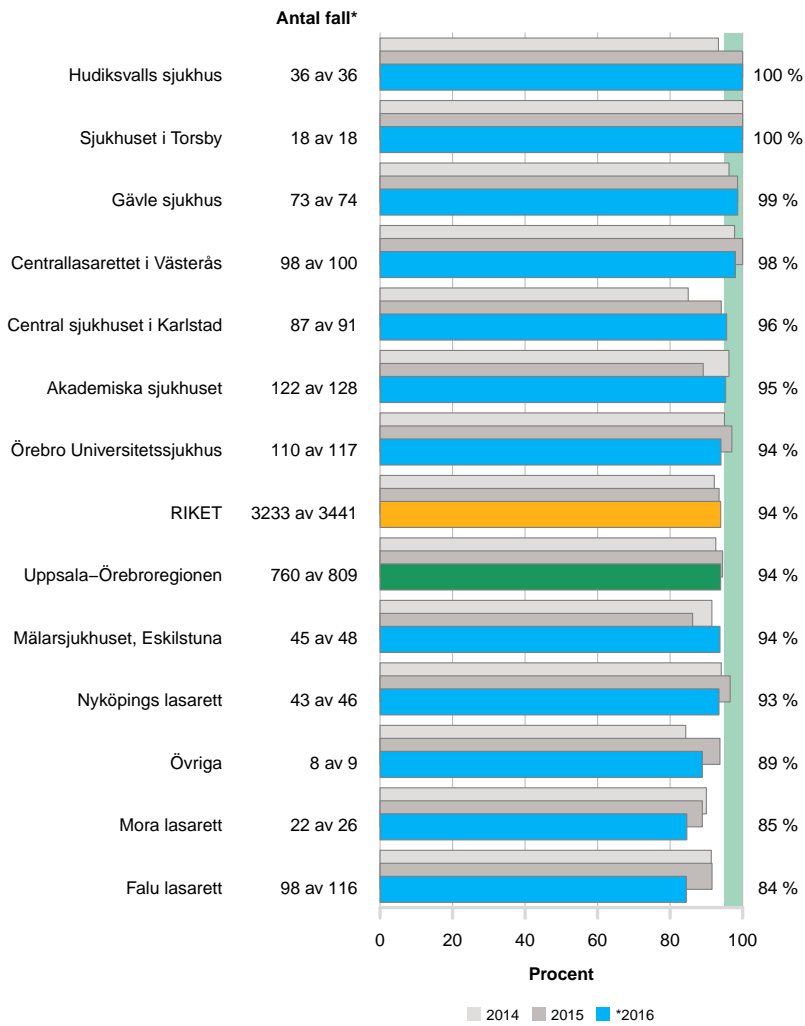
Figur 26. Andel av opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0) som opererats radikalt enligt både kirurg och patolog, per sjukhus, 2014-2016.
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



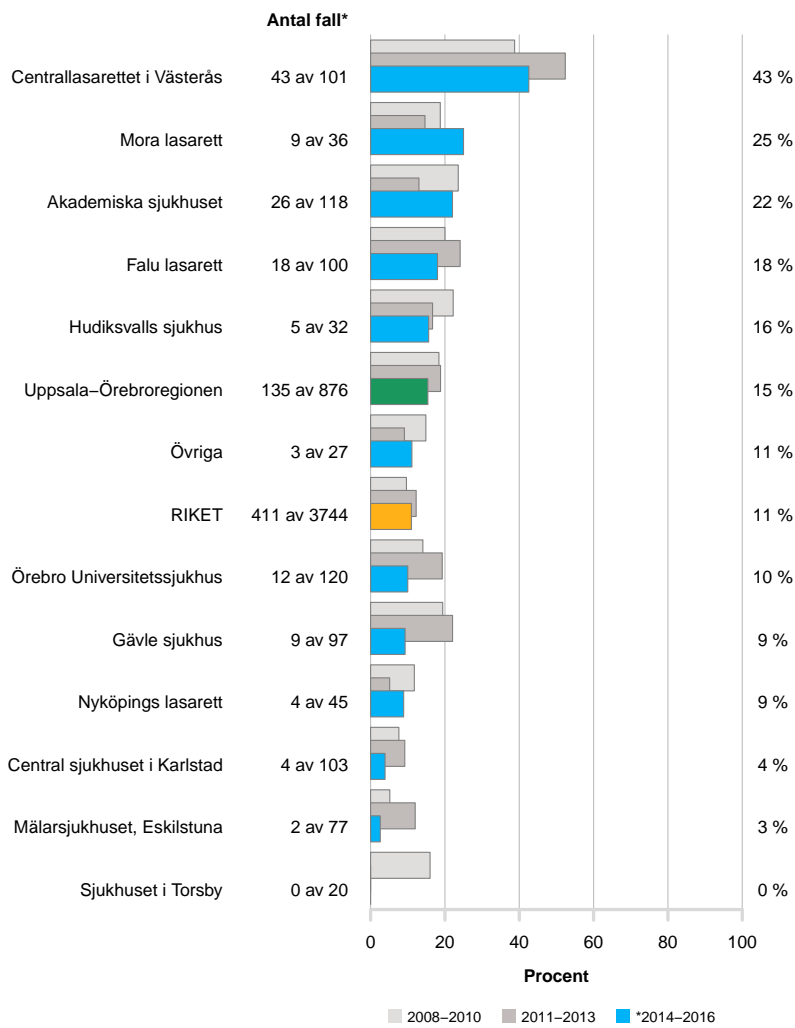
Figur 27. Andel tumörnära perforation bland elektivt opererade patienter, per sjukhus, 2008-2016. (Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



Figur 28. Andel av opererade patienter, ej pT0, med minst 1 mm cirkumferentiell resektionsmarginal, per sjukhus, 2014-2016. (Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

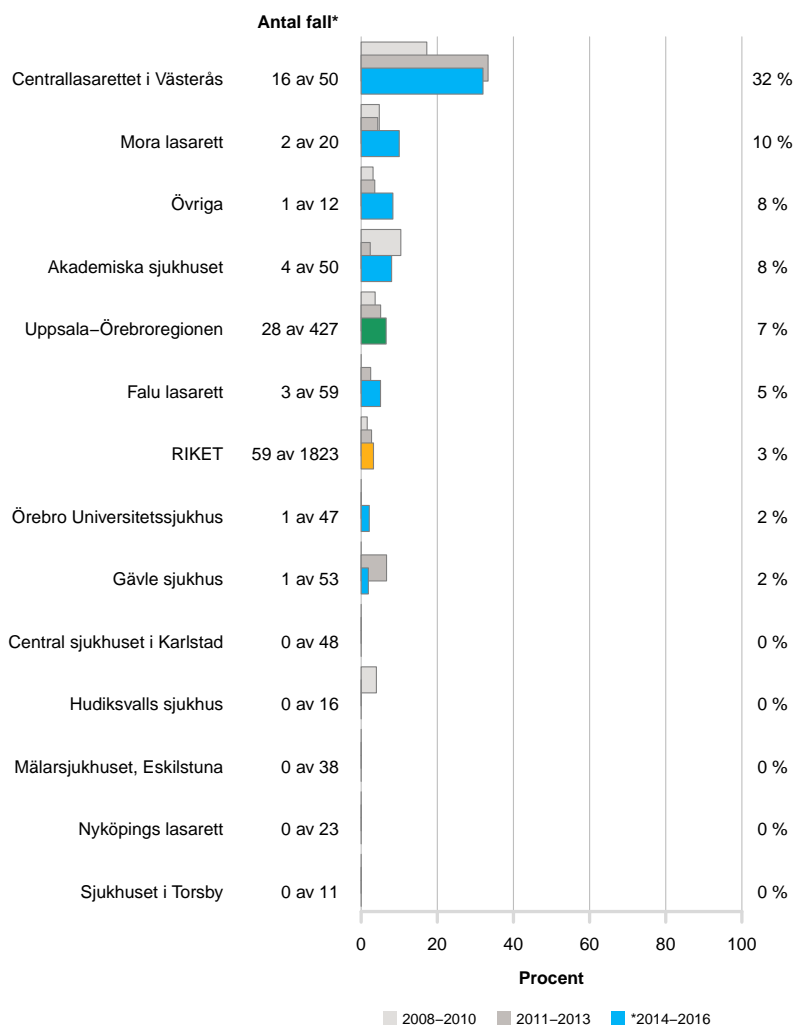


Figur 29. Andel av opererade patienter med minst 12 undersökta körtlar, per sjukhus, 2014-2016. (Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



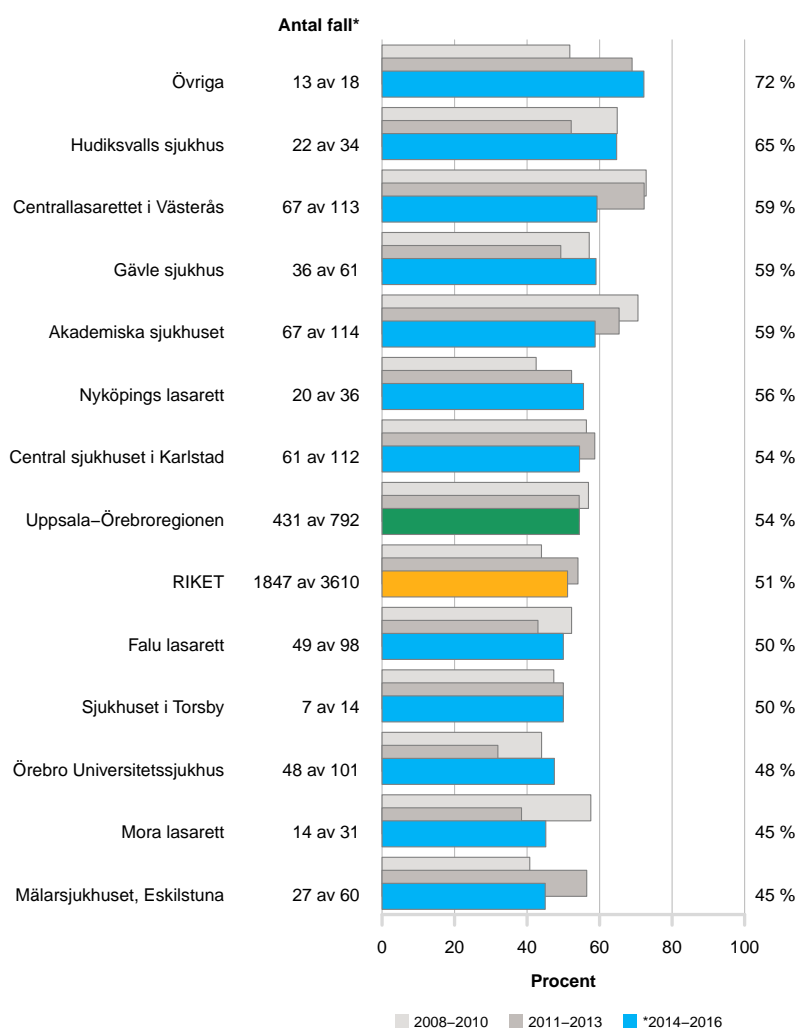
Figur 30. Andel adjuvant cytostatika given bland stadium II per sjukhus, 2008-2016.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



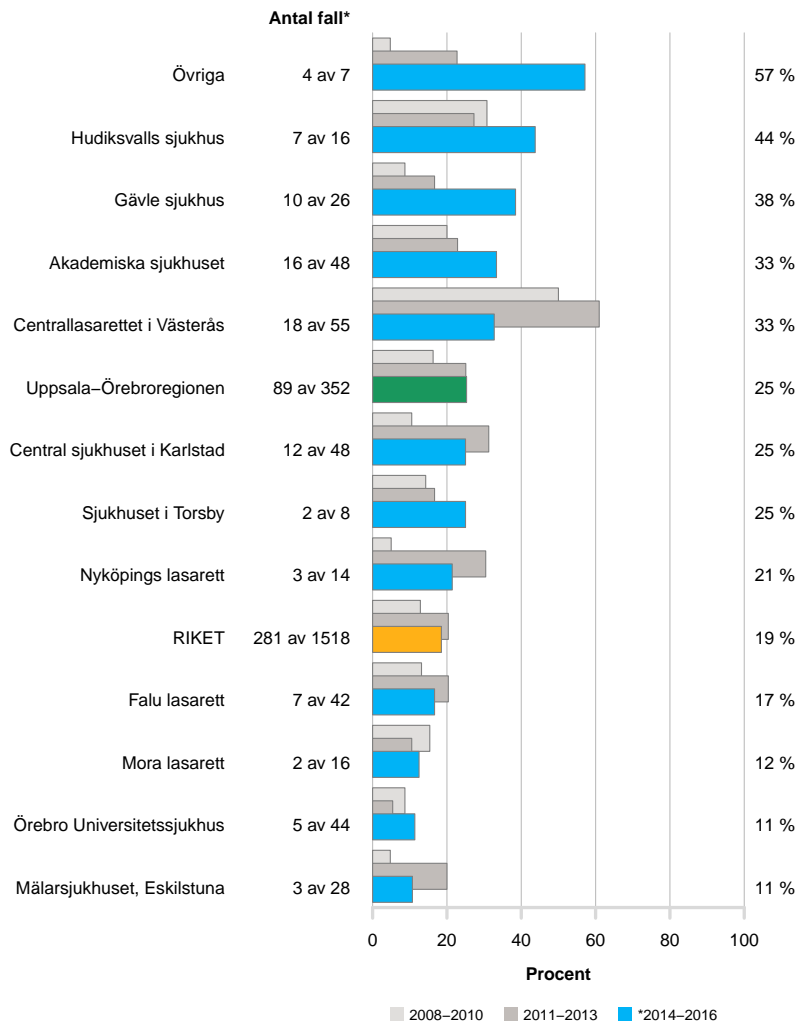
Figur 31. Andel adjuvant cytostatika given bland patienter äldre än 75 år i stadium II per sjukhus, 2008-2016.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



Figur 32. Andel adjuvant cytostatika given bland stadium III per sjukhus, 2008-2016.

Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.



Figur 33. Andel adjuvant cytostatika given bland patienter äldre än 75 år i stadium III per sjukhus, 2008-2016.

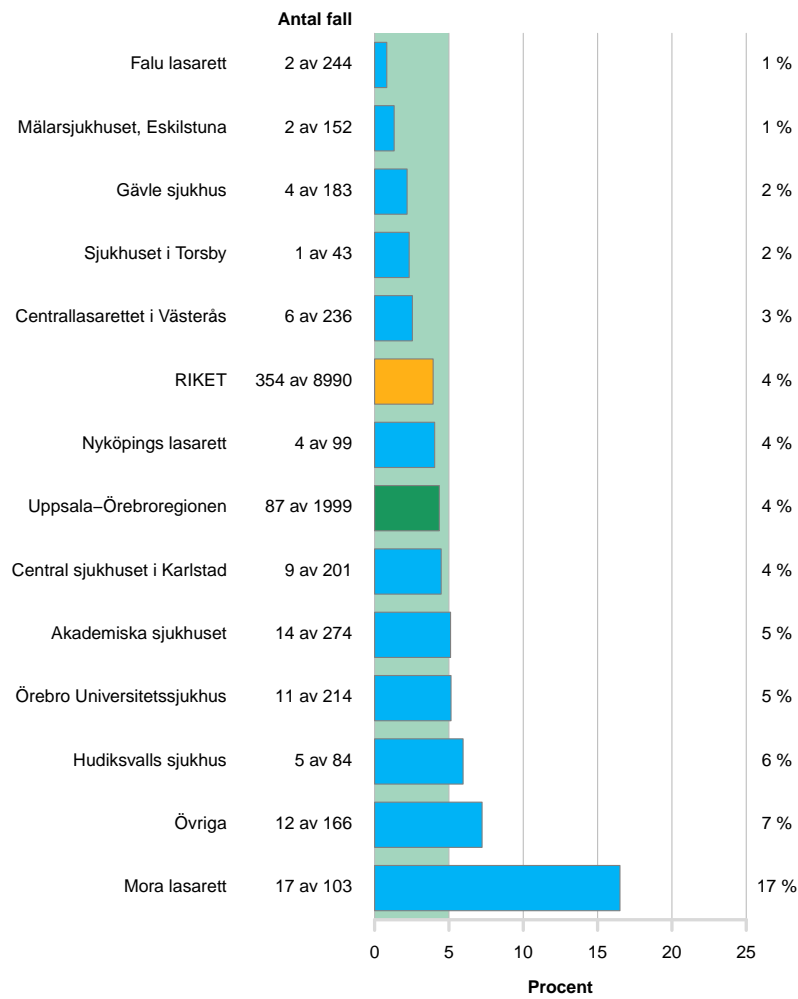
Sjukhus som i aktuellt urval bidrog med färre än 5 fall redovisas ej separat.

UPPFÖLJNING OCH ÖVERLEVNAD

Täckningsgraden för 3 och 5-årsuppföljningen ligger i regionen för åren 2013 respektive 2011 på 97–100 %, förutom Falun och Nyköping som ligger på 95 respektive 94 %.

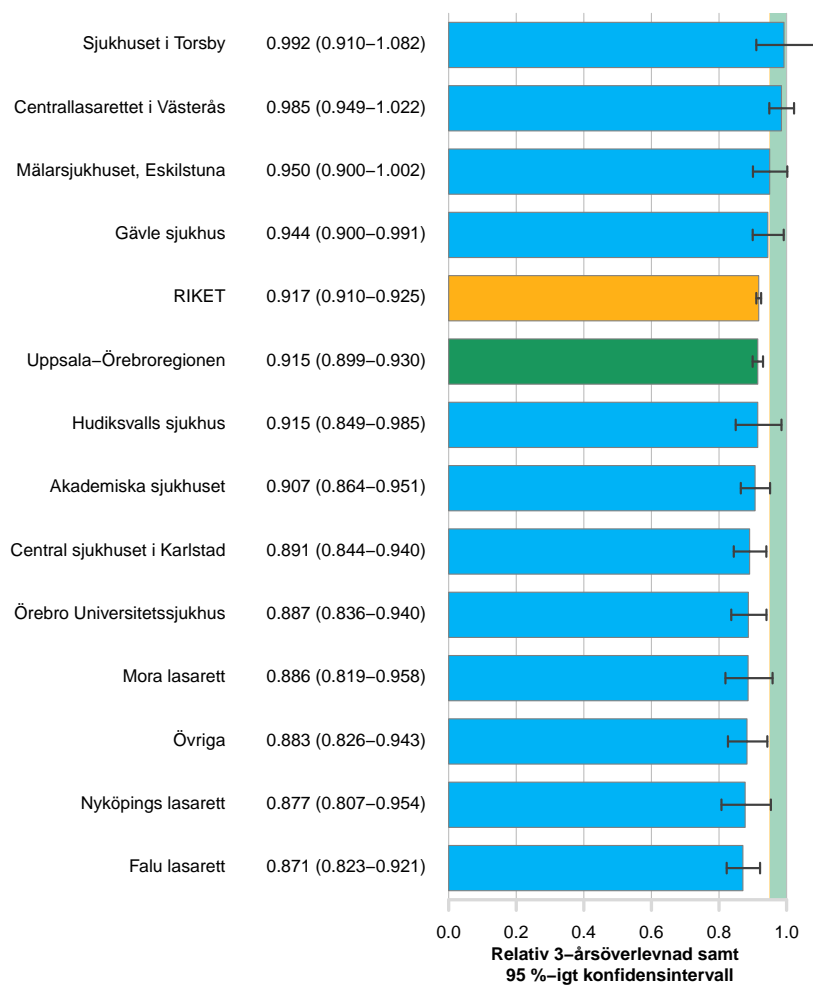
Lokalrecidiv inom 3 år från operation sågs i regionen bland 1-6 % av de resecerade men i hela 17 % för Mora sjukhus (Figur 34). Här måste ansvariga titta på operatörer och operationsteknik.

Den relativa 3-årsöverlevnaden för elektivt tarmresecerade utan fjärrmetastaser visar skillnader räknat åren 2010–2016, mellan 87-99 % (Figur 35). För akut resecerade patienter är skillnaderna mycket stora men samtidigt ingår klart färre patienter. Spridning mellan 51–92 % (Figur 36). Överlevnaden i Gävleborg utmärker sig negativt. Relativ överlevnad är en skattning i en hypotetisk värld där koloncancer är det enda en individ kan dö av. Den är uträknad per sjukhus utan hänsyn till eventuella skillnader i ålder, kön, stadium och ASA. Här kan då förekomma selektionsmekanismer som kan komplicera utfallet. Uträkningen har sina brister men ger ändå en fingervisning då uträkningen utförs på samma sätt för alla sjukhus.



Figur 34. Andel av opererade patienter som fått lokalrecidiv inom 3 år från operation, per sjukhus, 2011-2013.

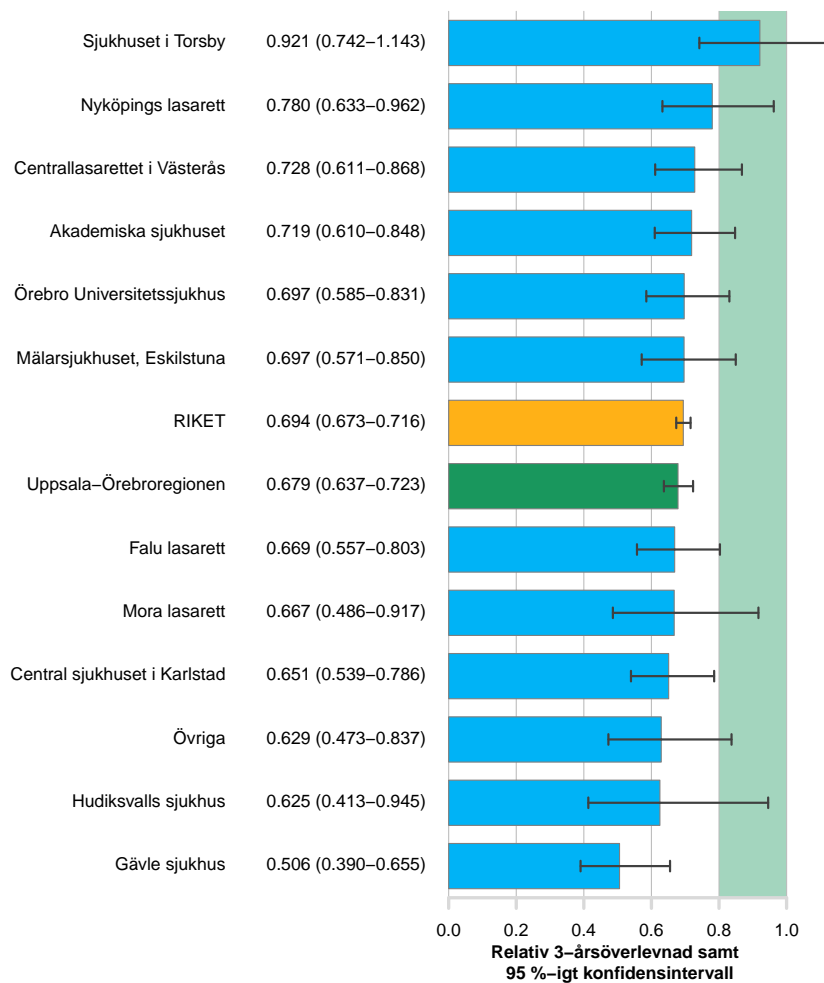
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)



Figur 35. Relativ 3-årsöverlevnad för elektivt opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0), per sjukhus, 2010-2016.

(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

Sjukhus med färre än 10 fall presenteras ej separat, men ingår i estimatet för hela regionen/riket.



Figur 36. Relativ 3-årsöverlevnad för akut opererade patienter utan fjärrmetastaser (M0), per sjukhus, 2010-2016.

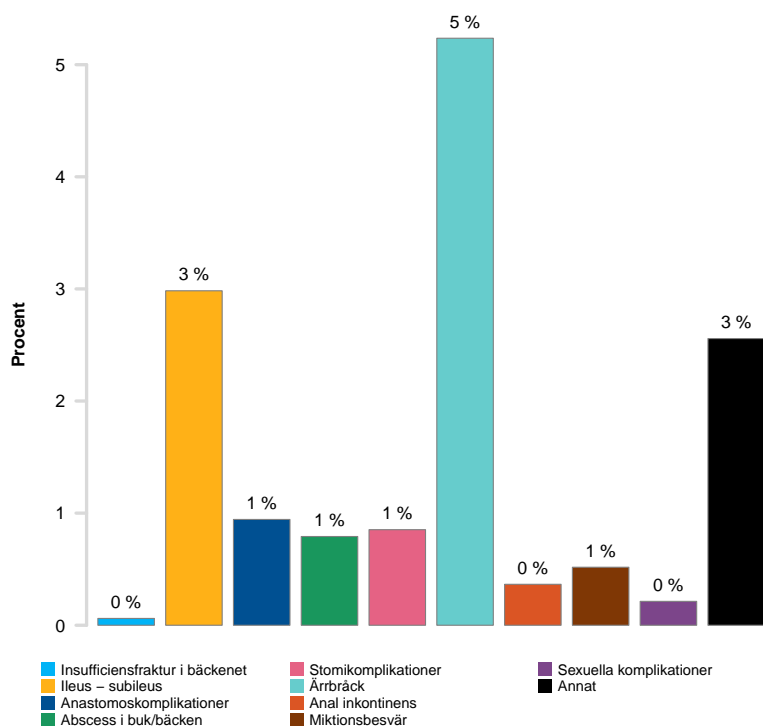
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

Sjukhus med färre än 10 fall presenteras ej separat, men ingår i estimatet för hela regionen/riket.

SENKOMPLIKATIONER

Vi har tagit fram andel komplikationer och kvarstående besvär 3 år efter operation 2009–2013 (Figur 37). Som kan ses är uppföljningsdata så dåliga att figuren framstår som ett dåligt skämt. Samtliga senkomplikationer ligger under 9 %. Vi vet då att enbart stomibräck ses hos runt 50 % av patienterna.

Magtarmförbundet har också påpekat att enligt Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering skall ”vid patientens alla kontakter med sjukvården, förekomsten av besvärande symptom kartläggas”! I vårdprocessgruppen försöker vi nu i samråd med en patientrepresentant i Magtarmförbundet att införa ett anpassat uppföljningsprotokoll i regionen, förhoppningsvis med stöd från RCC Uppsala-Örebro. Förhoppningen är att starta ett pilotprojekt från 2018.



Figur 37. Andel komplikationer och kvarstående besvär 3 år efter operation, 2009-2013.
(Ileocekal resektion, högersidig hemikolektomi, transversumresektion, vänstersidig hemikolektomi, sigmoideumresektion, kolektomi, främre resektion och Hartmanns operation)

EFFEKT- OCH PROCESSMÅTT

Enligt tabellen med målnivåer för poängbedömning av effekt- och processmått, finns en målnivå för varje parameter. Noll poäng ges om ett sjukhus nått upp till det satta målet. Detta är tänkt som en hjälp i det interna kvalitetsarbetet. Kvalitetsindikatorerna har diskuterats mycket genom åren och fått mycket kritik. Nationella styrgruppen vill nu tona ner poängbedömningen och vi presenterar nu bara enkla tabeller i bokstavsordning (Tabell 1-2). Generellt har skillnaderna avseende poängen mellan sjukhusen blivit klart mindre genom åren vilket får tolkas som en framgång.

| Urval | Poäng | | | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|-------|---------|---------|--------|--------|-------|
| | 0 | -1 | -2 | -3 | -4 | -5 | |
| Effektmått | | | | | | | |
| A | Resecerade, M0 | ≥ 90% | 80-89% | 70-79% | < 70% | | |
| B | Resecerade | < 4% | 4-5,9% | 6-7,9% | 8-8,9% | ≥ 10% | |
| C | Resecerade | < 1% | 1-1,9% | 2-2,9% | 3-3,9% | ≥ 4% | |
| D | Resecerade, M0 | ≥ 80% | 75-79% | 70-74% | 65-69% | 60-64% | < 60% |
| E | Resecerade, M0 | ≥ 95% | 90-94% | 85-89% | 80-84% | 75-79% | < 75% |
| F | Resecerade | < 5% | 5-7% | 7-10% | 11-14% | ≥ 15% | |
| G | Elektivt resecerade, ej uppg saknas | 0% | 0.01-2% | 2.01-5% | > 5% | | |
| H | Resecerade, ej pT0 | ≥ 90% | 80-89% | 70-79% | < 70% | | |
| Processmått | | | | | | | |
| I | Elektivt op, cyt/strål/op | ≥ 80% | 70-79% | 60-69% | < 60% | | |
| J | Resecerade | ≥ 80% | 70-79% | < 70% | | | |
| K | Resecerade, adjuv beh planerad | ≥ 80% | 75-79% | 70-74% | 65-69% | < 65% | |
| L | Alla | 100% | 97-99% | 90-96% | < 90% | | |
| M | Opererade | ≥ 90% | 80-89% | 70-79% | < 70% | | |
| N | Alla men ej end polyp o ej akut op | ≥ 90% | 80-89% | 70-79% | < 70% | | |
| O | Resecerade | ≥ 95% | 90-94% | 80-89% | < 80% | | |
| P | Resecerade | ≥ 95% | 90-94% | 80-89% | 70-79% | < 70 | |
| Q | Resecerade | ≥ 95% | 85-94% | 75-84% | < 75% | | |
| R | Op eller end polyp, ej 30d mort | ≥ 90% | 80-89% | 70-79% | < 70% | | |
| S | Resecerade, stad III och ≤ 75 år | ≥ 80% | 70-79% | 60-69% | < 60% | | |
| T | Alla | ≥ 30% | 20-29% | 10-19% | < 10% | | |
| U | Op eller end polyp, ej 30d mort | 100% | 97-99% | 90-96% | < 90% | | |

Effektmått

- A) Radikalt opererad enligt kirurg och patolog, 2016
- B) 30 dagars mortalitet, akut opererad, 2014-2016
- C) 30 dagars mortalitet, elektivt opererad, 2014-2016
- D) Relativ 3-års överlevnad, akut opererad, diagnosår 2010-2016
- E) Relativ 3-års överlevnad, elektivt opererad, diagnosår 2010-2016
- F) Lokalrecidiv inom 3 år, 2011-2013
- G) Perop tarmperforation, 2014-2016
- H) Cirkumferentiell marginal (CRM), andel ≥ 1.0 mm, 2016

Processmått

- I) Väntetid från diagnos till behandlingsstart, andel inom 4 veckor, 2016
- J) Väntetid från operation till PAD svar, andel inom 2 veckor, 2016
- K) Väntetid från operation till start av adjuvant behandling, andel inom 8 veckor, 2016
- L) Täckningsgrad, anmälan, 2016
- M) Kompletst staging, 2016
- N) Preoperativ MDK, 2016
- O) Ackrediterad kolorektalkirurg och/eller specialist med kolorektal inriktning, 2016
- P) Antal undersökta körtlar ≥ 12, 2016
- Q) Ikryssade PAD-rutor, 2016
- R) Postoperativ MDK, 2016
- S) Adjuvant behandling planerad, 2014-2016
- T) Inkluderad i kirurgiska eller onkologiska studier, 2016
- U) Täckningsgrad, 3- och 5-års uppföljning, 2011 och 2013

Tabell 1. Poängbedömning för effektmått per sjukhus, 2016.

Källa: Nationell kvalitetsregisterrapport tjocktarmscancer 2016, www.cancercentrum.se.

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Akademiska sjukhuset | -1 | -1 | -1 | -2 | -1 | -1 | -1 | -1 |
| Central sjukhuset i Karlstad | 0 | -2 | -1 | -3 | -1 | -1 | -2 | -1 |
| Centrallasarettet i Västerås | 0 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 0 |
| Falu lasarett | 0 | -2 | -1 | -2 | -1 | 0 | -1 | -3 |
| Gävle sjukhus | 0 | 0 | -1 | -5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hudiksvalls sjukhus | 0 | 0 | 0 | -4 | -2 | -1 | -1 | 0 |
| Mora lasarett | 0 | -1 | -4 | -2 | -2 | -4 | -2 | -2 |
| Mälarsjukhuset, Eskilstuna | 0 | -1 | -4 | -3 | -1 | 0 | 0 | 0 |
| Nyköpings lasarett | 0 | 0 | -1 | -1 | -1 | 0 | -1 | 0 |
| Sjukhuset i Torsby | 0 | -4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Örebro Universitetssjukhus | 0 | 0 | -1 | -2 | -2 | -1 | 0 | -1 |

Tabell 2. Poängbedömning för processmått per sjukhus, 2016.

Källa: Nationell kvalitetsregisterrapport tjocktarmscancer 2016, www.cancercentrum.se.

| | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U |
|------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Akademiska sjukhuset | -3 | -2 | 0 | -1 | -1 | -1 | -1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 |
| Central sjukhuset i Karlstad | -3 | -2 | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -2 |
| Centrallasarettet i Västerås | -3 | -2 | 0 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 |
| Falu lasarett | -3 | 0 | 0 | -1 | -1 | -1 | 0 | -2 | 0 | 0 | -1 | -3 | -2 |
| Gävle sjukhus | -3 | -2 | 0 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 |
| Hudiksvalls sjukhus | -3 | -2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 | 0 | -2 |
| Mora lasarett | 0 | -1 | 0 | 0 | 0 | -3 | 0 | -2 | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 |
| Mälarsjukhuset, Eskilstuna | -3 | -2 | 0 | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | 0 | 0 | 0 | -3 | -1 |
| Nyköpings lasarett | -3 | -2 | -2 | -1 | 0 | -2 | -2 | -1 | 0 | 0 | 0 | -3 | -2 |
| Sjukhuset i Torsby | 0 | -2 | -3 | 0 | -1 | -2 | -1 | 0 | -1 | 0 | 0 | -3 | 0 |
| Örebro Universitetssjukhus | -3 | -1 | 0 | -1 | -1 | -1 | 0 | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | -2 |

UTVECKLINGSPUNKTER

- Korta väntetiderna från MDK till operation i enlighet med angivna ledtider i Standardiserade vårdförlopp för kolorektalcancer.
- Laparoskopiska resektioner ökar i regionen och sker i linje med rekommendationer från kolorektalkirurgiföreningen. Utvecklingen bör ske kontrollerat på varje sjukhus och utföras av få kirurger med erfarenhet av öppen teknik.
- Komplikationsregistreringen måste bli bättre och mer likartad i regionen. Fortfarande alltför stora variationer mellan sjukhusen. Här önskvärt med onlineregistrering.
- Sjukhus med hög andel komplikationer, reoperationer samt postoperativ mortalitet behöver analysera sina data och försöka åstadkomma förbättringar framöver.
- Strategin framför allt vid akuta resektioner behöver noggrant diskuteras lokalt. Avlastning behöver övervägas på åldriga, co-morbida och sköra. Vid vänstersidig kolonileus även överväga enbart avlastning utan resektion akut.
- Vid behandling med adjuvant cytostatika kvarstår skillnader framför allt för patienter med stadium II och för äldre över 75 års ålder. Här bör onkologerna komma till consensus.
- Organisera lokalt så att inrapportering i kvalitetsregistret sker online. Detta är en förutsättning för att kvalitetsparametrar skall kunna visas som ögonblicksbilder i "Koll på läget". Varje sjukhus bör ha en forskningssköterska som även kan sköta registreringen.
- Det gäller att vi lokalt engagerar våra radiologer och patologer för registrering direkt i INCA.
- En förbättrad uppmärksamhet och registrering av patienternas sena komplikationer och besvär måste vi arbeta för att få till stånd. Detta för att följa Vårdprogrammet för cancerrehabilitering.
- Andelen patienter som inkluderas i studier har minskat. Vi bör tänka på inklusion i de stora multicenterstudier som bl.a. finns angivna på anmälningsblanketten.