



# Vilken nytta har man av kvalitetsregisterdata?

*Ett par exempel från:*

Svenskt Kvalitetsregister för Huvud- och Halscancer

**Swedish Head and Neck Cancer Register  
(SweHNCR)**

Johan Wennerberg  
ÖNH-kliniken, Lund

Eva Brun  
Onkologiska kliniken, Lund

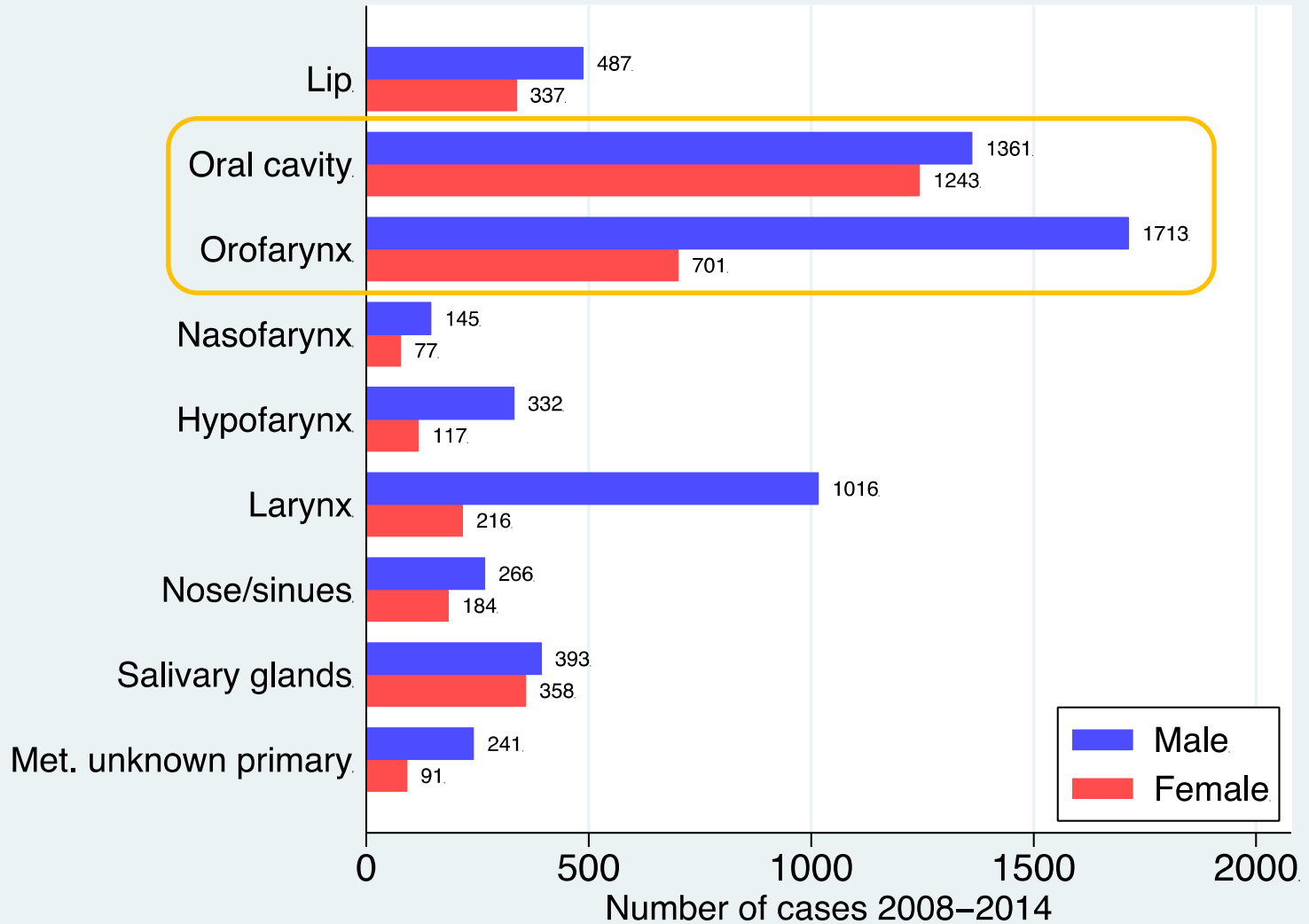
# Lite om registret:

- Initierades 2005 av professionen (ÖNH-läkare och Onkologer).
- Stöds av SKL.
- Körs i "skarpt läge" sedan 2008-01-01
- Har registrerat mer än 10.000 patienter.
- Har mer än 99% täckningsgrad 2008-2014.

# Vad kommer jag att tala om?

1. bara detta att vi i Sydsverige börjat tala om och registrera ledtider ledde till kortad ledtider.
2. att ledtidsdata från SweHNCR gjorde att vi 2013 kunde etablera vårt Sydsvenska "fast track" till radioterapi av HH-cancer.
3. att vi upptäckt den "inverterade" skillnaden i överlevnaden mellan stämbandscancer T3 och T4 och studerar orsaken.
4. att vi noterat uttalade skillnader mellan sjukvårdsregionerna i behandling av stämbandscancer T1 och av tungbascancer.

# Lite "basics" – HH-cancer "is a mixed bag of tumours"

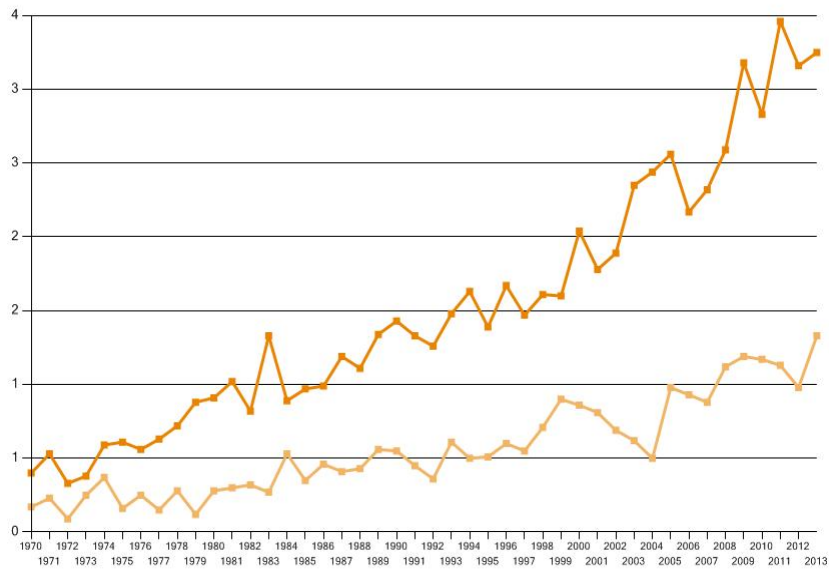


Vi står inför en epidemi av  
orofaryngeal cancer

# Några trender

## Orofarynxcancer

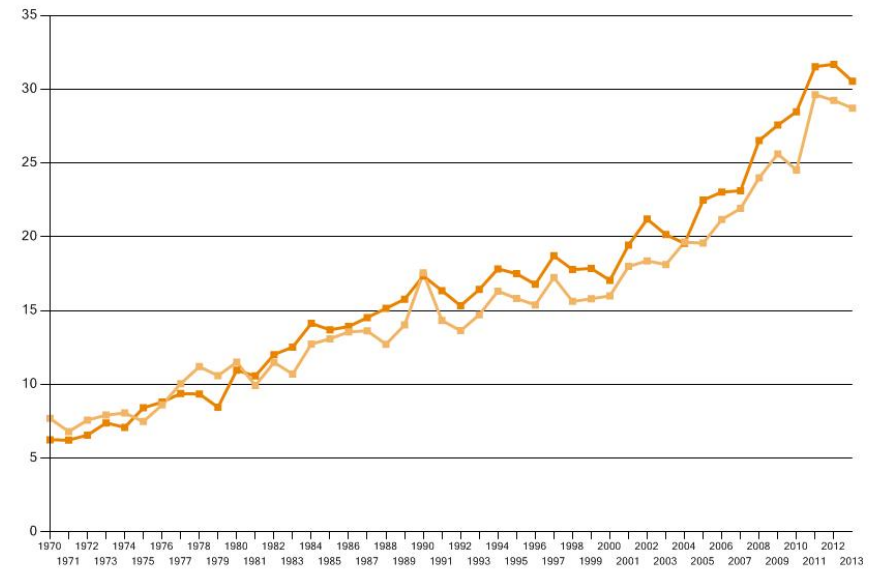
Nya cancerfall. Åldersstandardiserad incidens per 100 000 enligt FoB 70, Ålder: 0-85+, Riket, Diagnos:145  
Mellansvalget, Tumörtyper:146 Skivepitelcancer



— Män — Kvinnor  
Socialstyrelsens statistikdatabas 2015-03-12

## Malignt melanom

Nya cancerfall. Åldersstandardiserad incidens per 100 000 enligt FoB 70, Ålder: 0-85+, Riket, Diagnos:190  
Malignt melanom i huden, oavsett tumörtyper

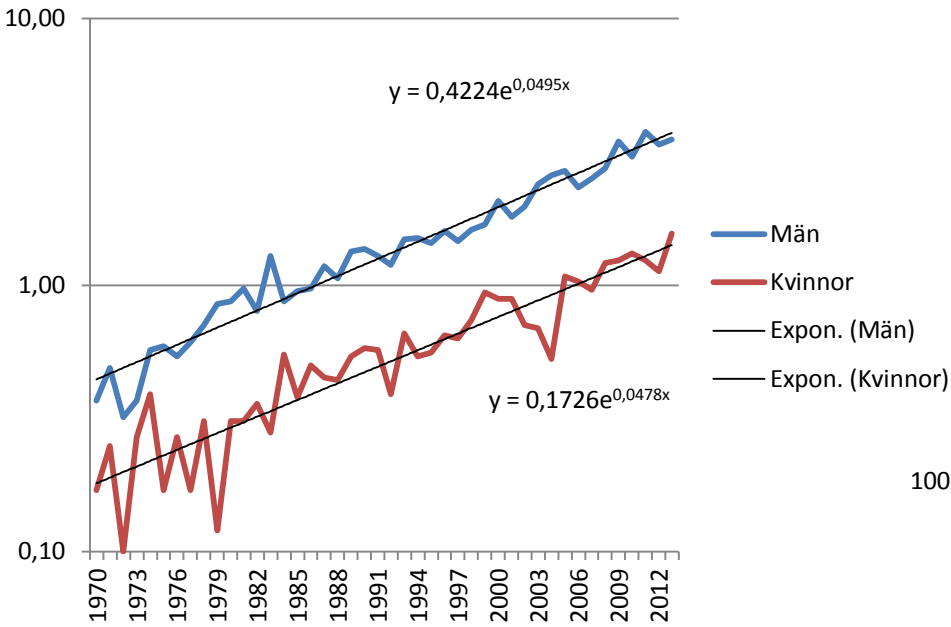


— Män — Kvinnor  
Socialstyrelsens statistikdatabas 2015-03-12

Nya cancerfall, åldersstandardiserad incidens, 1970 - 2013

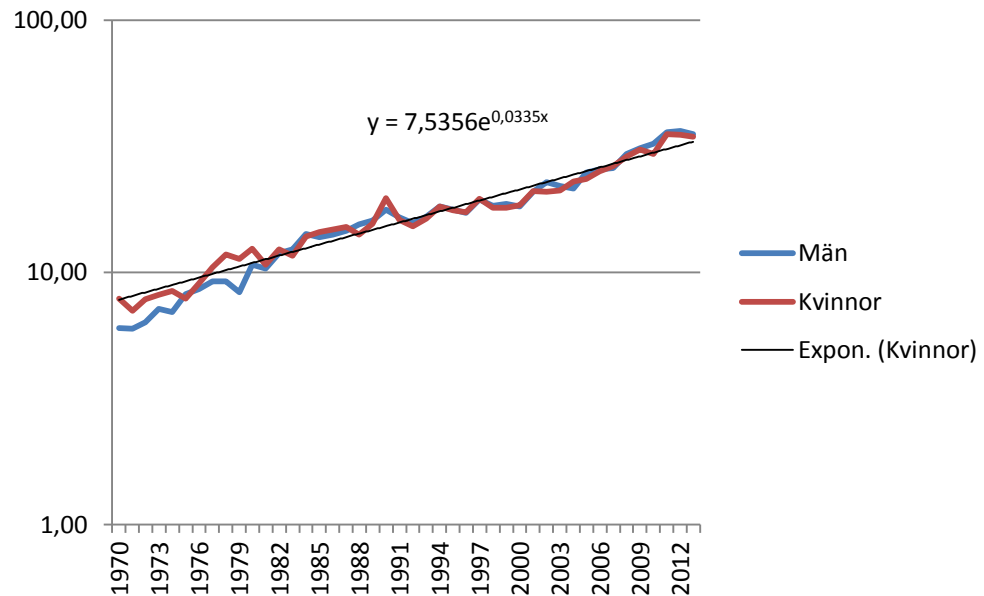
# Överkurs

## Orofarynx ca, ålderstand



[Obs, logaritmerade Y-axlar]

## Mal Melanom, ålderstand



# Lite matematik

- ”Ökningstakten”, incidensförändringen per tidsenhet (år), är konstanten framför ”x” i ekvationen, dvs. för melanom  $3.35\%/år$  och för oropharynx cancer  $4.95\%/4.78\%$  per år för män/kvinnor.
- Man kan också roa sig med att räkna ut *fördubblingstiden* för incidensen som man får genom att dividera  $\ln(2)$  med konstanten.
- För melanom blir den  $\ln(2)/0.0335 = 21$  år
- För oropharynxca är  $\ln(2)/0.049 = 14$  år.

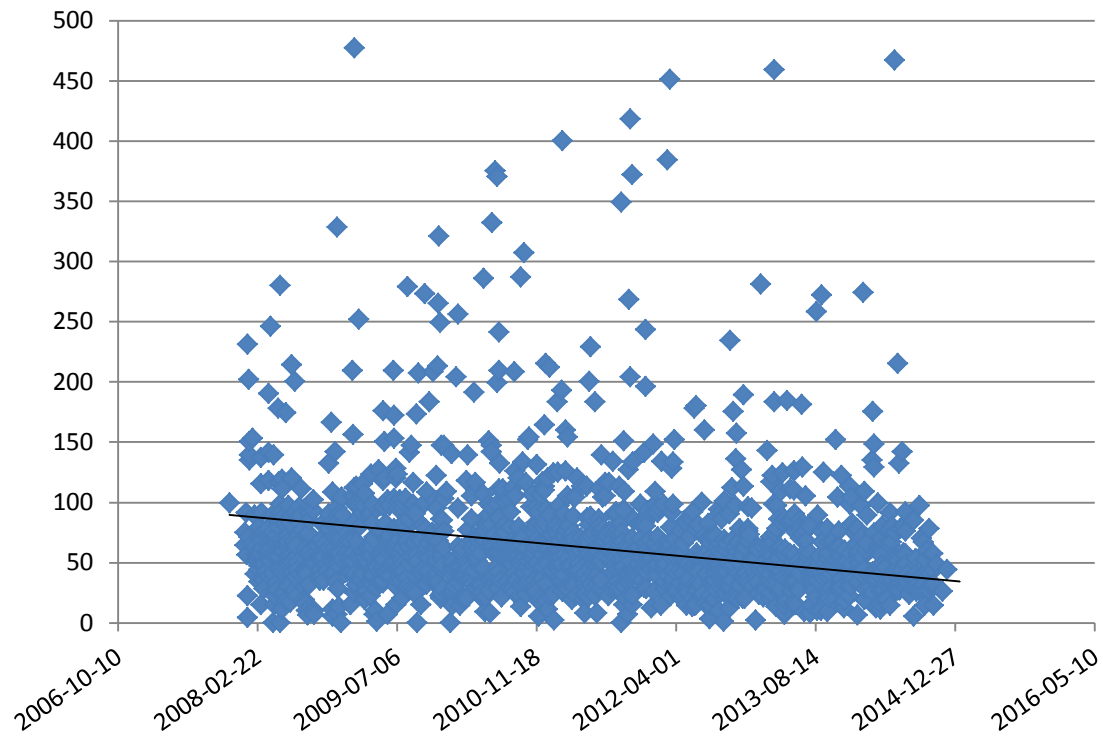


**1/ Vad hände när vi började mäta?**

**Ledtiderna kortades!**

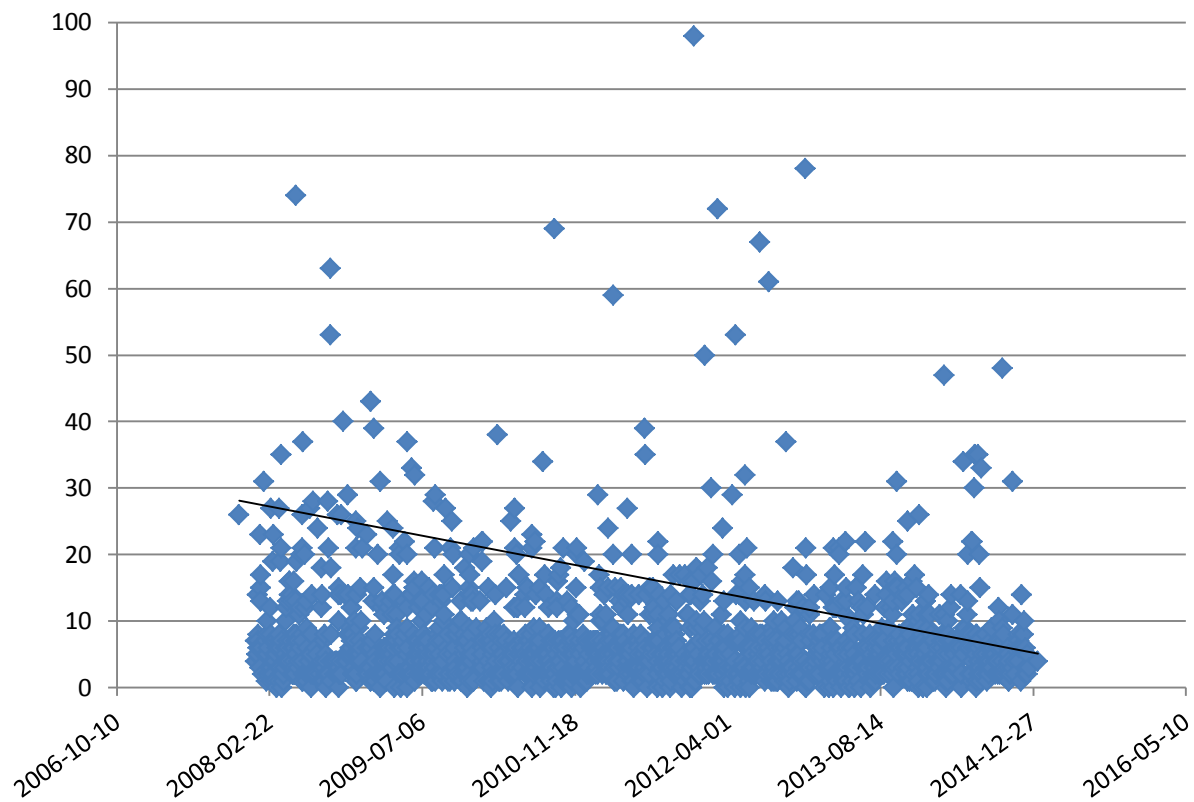
# Hur blev det?

Remiss => beh.start



	2008	2014	Diff.
Median	59	43	-16
p80	89	74	-15

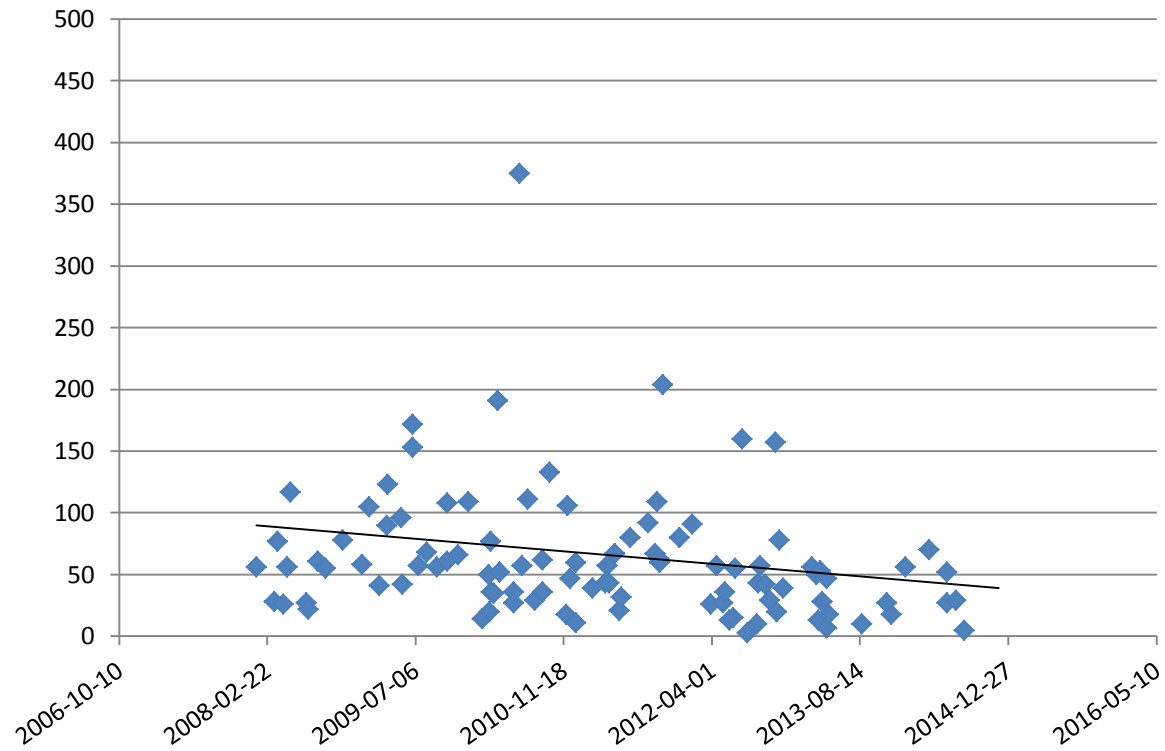
## Px => Svar



	2008	2014	Diff.
Median	5	5	+/- 0
p80	14	8	-6

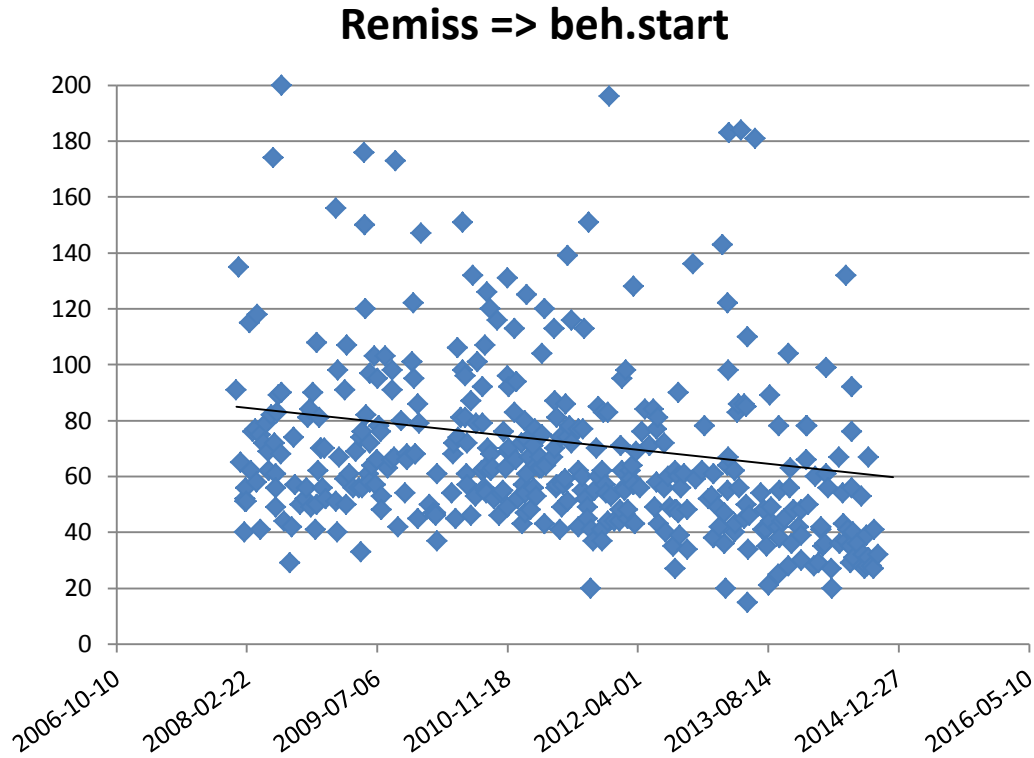
# Stämbandscancer (T1)

Remiss => beh.start



	2008	2014	Diff.
Median	61	28	-33
p80	107	53	-54

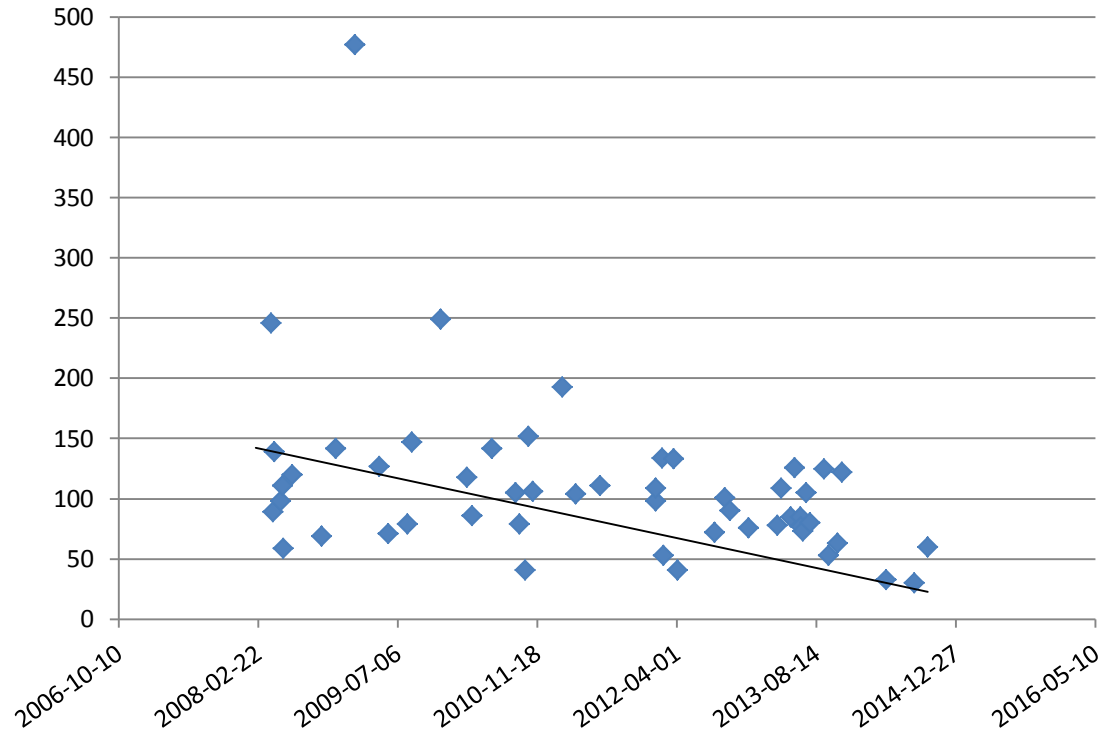
# Orofarynx (Tonsill och tungbas)



	2008	2014	Diff.
Median	68	41	-27
p80	85	74	-11

# Halslymfkörtelmetastas med okänt origo (CUP)

Remiss => beh.start



	2008	2014	Diff.
Median	120	63	-57
p80	167	118	-49

# Hur går vi vidare?

- ”Flaskhalsanalys”
  - Olika för olika diagnosgrupper
  - Olika på olika utredande sjukhus
- Studera ”outliers”
- Undersöka hur många remisser med malignitetsmisstanke som får malign diagnos
- Undersöka hur många diagnosticerade maligniteter som kommer med malign frågeställning.

**2/ Ledtidsdata kan användas för  
att påverka "ledningen"**

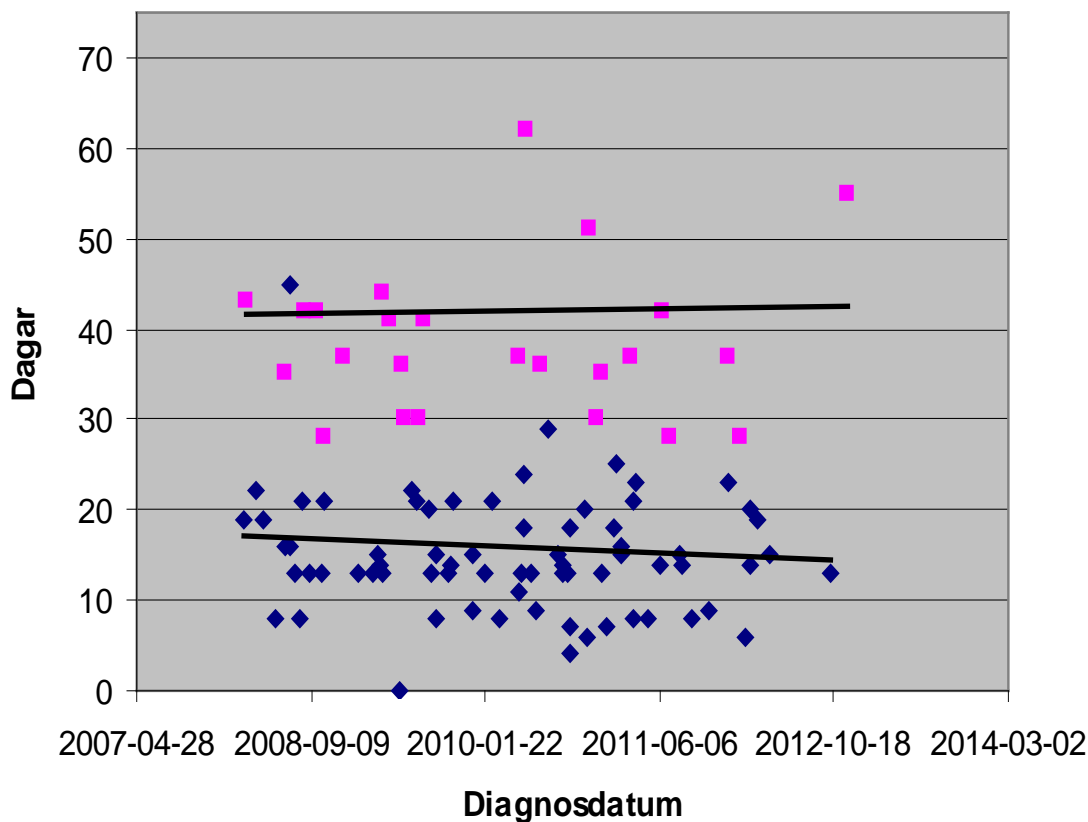
**"What get measured get's done"**



Vi gjorde vår första hemläxa 2013

# Ledtider för tungcancer i Lund, maj 2013

Tid: Beslut => behandling (tungca.)

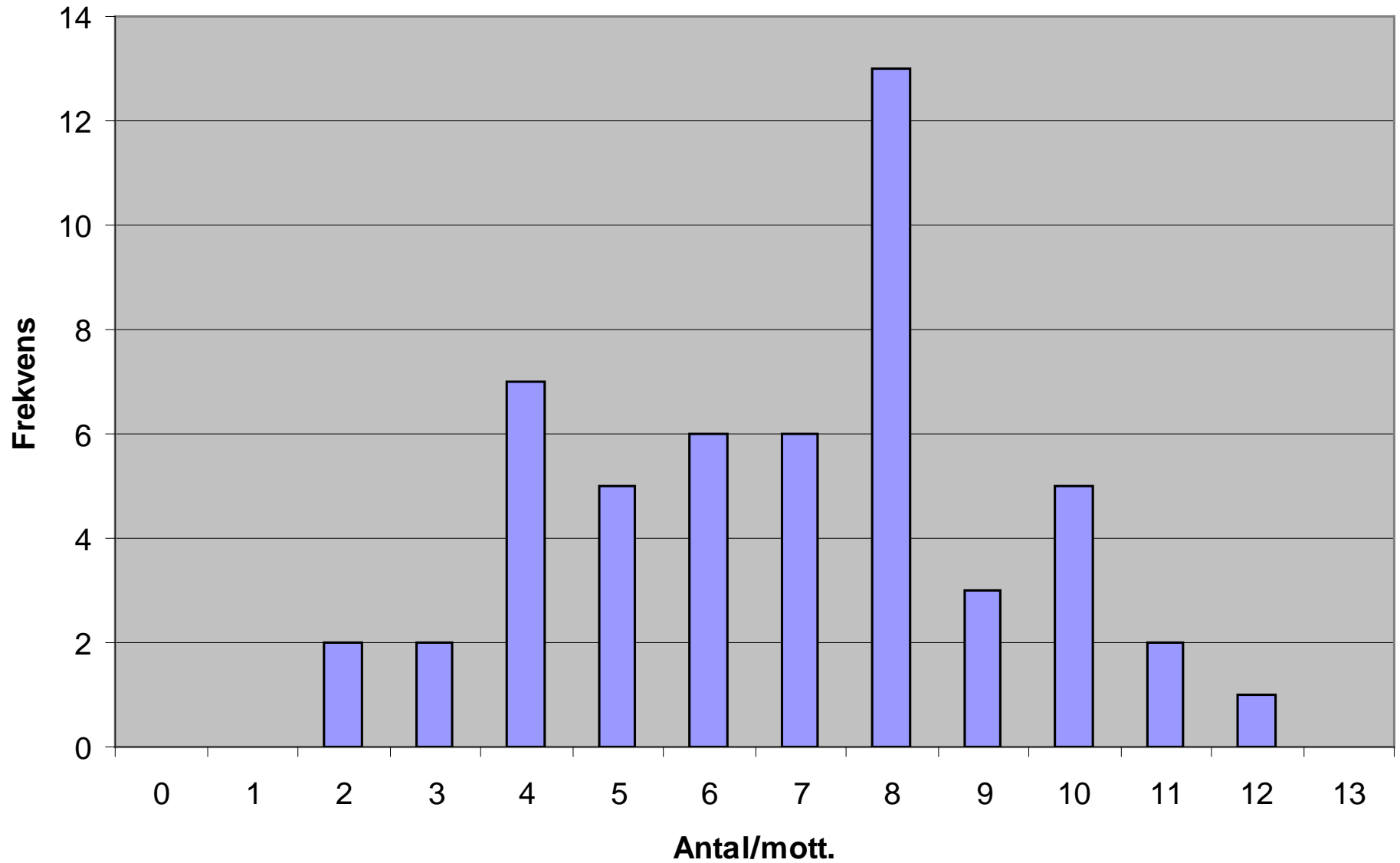


Median:	18
p80:	35
n:	97
Median (op):	14
p80 (op):	21
n:	72
Median (RT)	37
p80 (RT)	43
n:	25

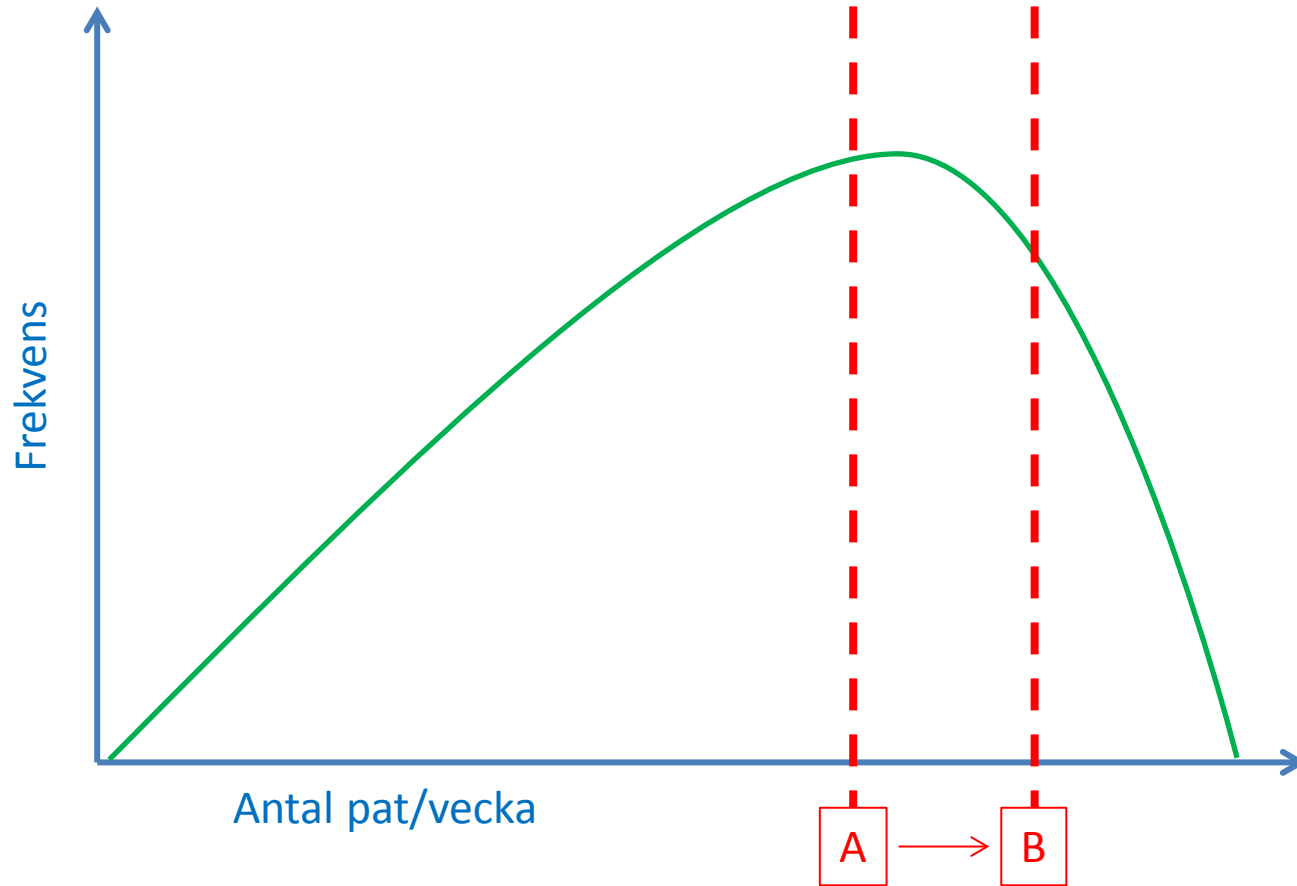
Om ledtider konstant är oförändrat långa beror detta inte på bristande resurser utan på dålig struktur och logistik.

# Antal nybesök/vecka; 2012

(median: 7)



# Behovet av "redundancy"

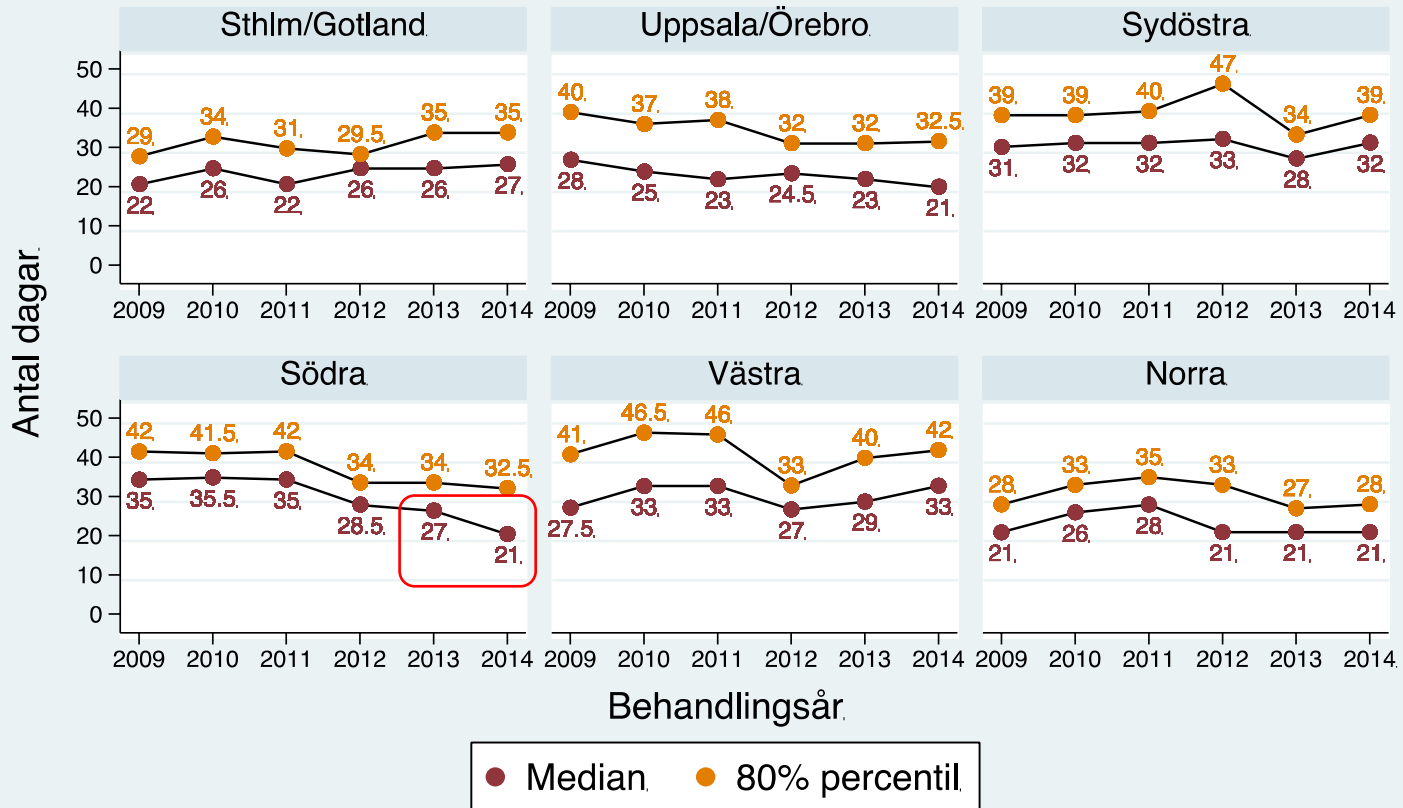


# Vårt "Fast Track"

Vecka	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
1		Behandlingsbeslut (MDT konferens)			Nybesök 1, 2, 3
2		PET/CT tid 1,2	PET/CT tid 3		
3		Behandlingsstart 1,2	Behandlingsstart 3		

# Hur blev det?

Ledtid från behandlingsbeslut till behandlingsstart  
Första behandling onkologisk 2009–2014.



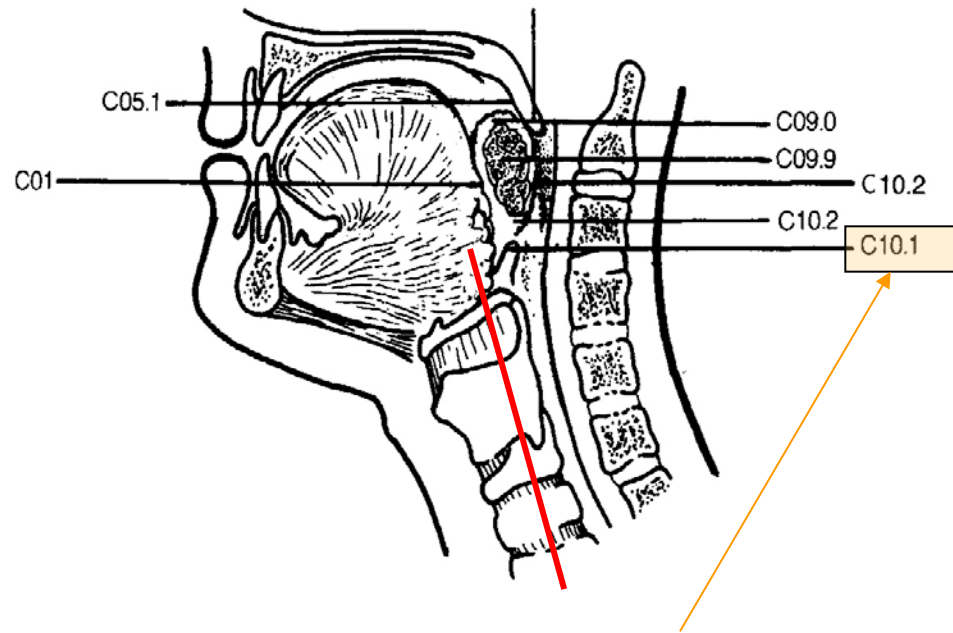
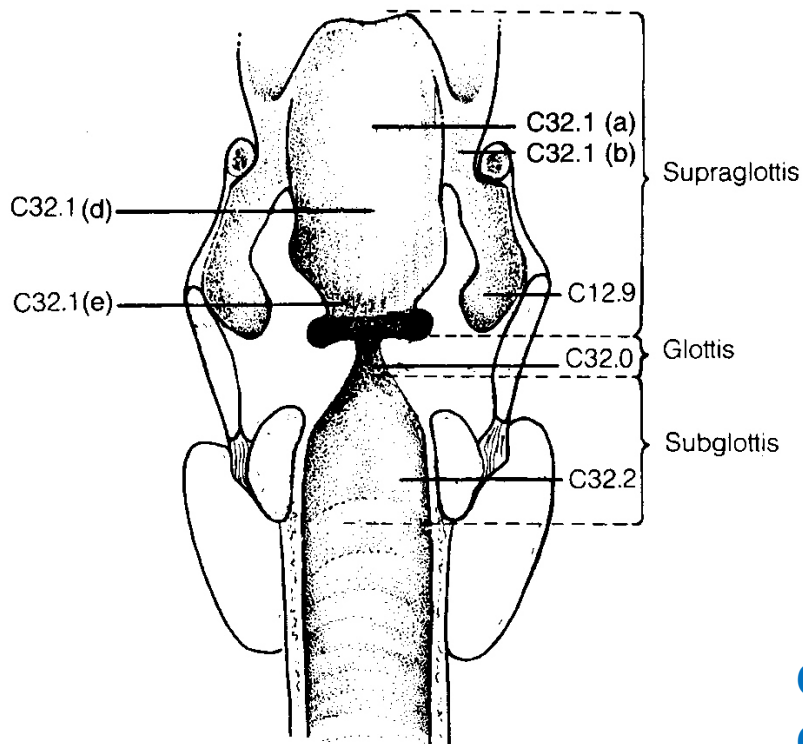
**3/ Den oväntat "inverterade"  
skillnaden i överlevnaden mellan  
stämbandscancer stadium T3 och T4**



## Varför får man stämbandscancer?

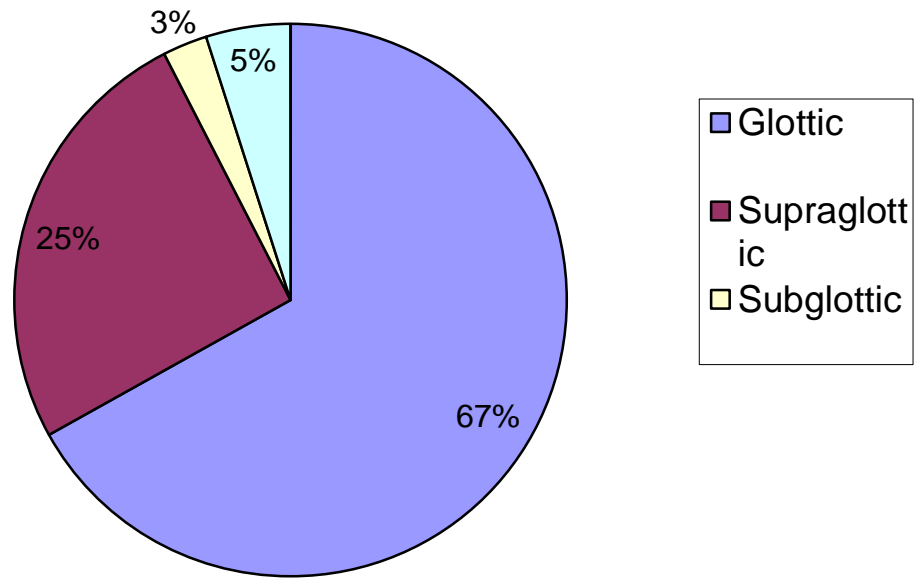


# Liten anatomilektion

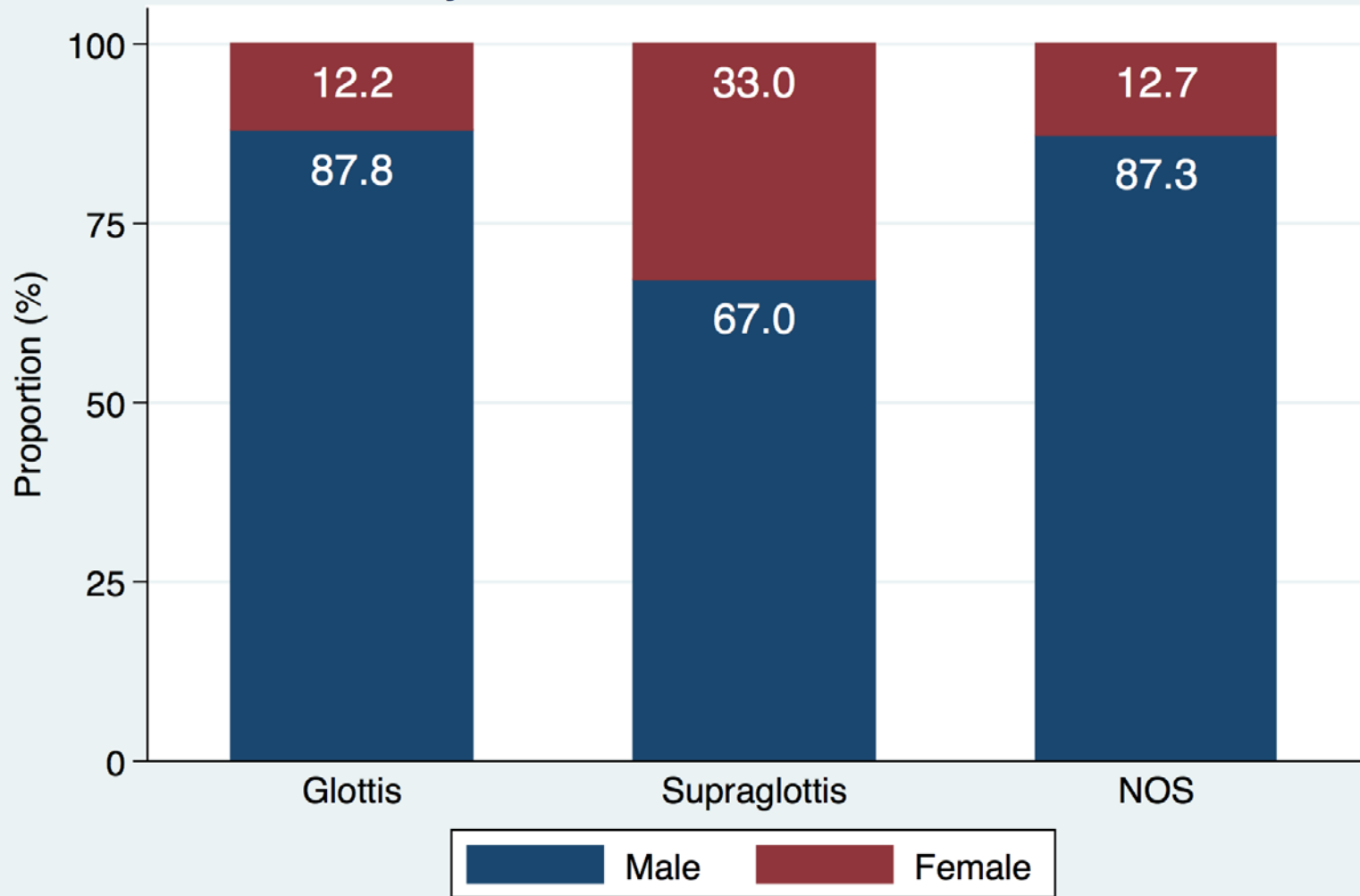


- C10.1** Främre ytan av epiglottis (=struplock)
- C32.0** Glottis (=stämband)
- C32.1** Supraglottis (=fickband och struplock)
- C32.2** Subglottis
- C32.3** Larynxbrosk
- C32.8** Övergripande växt
- C32.9** Icke specificerad lokalisation

## Distribution in relation to localization



## Larynx - Male/female ratios vs. site



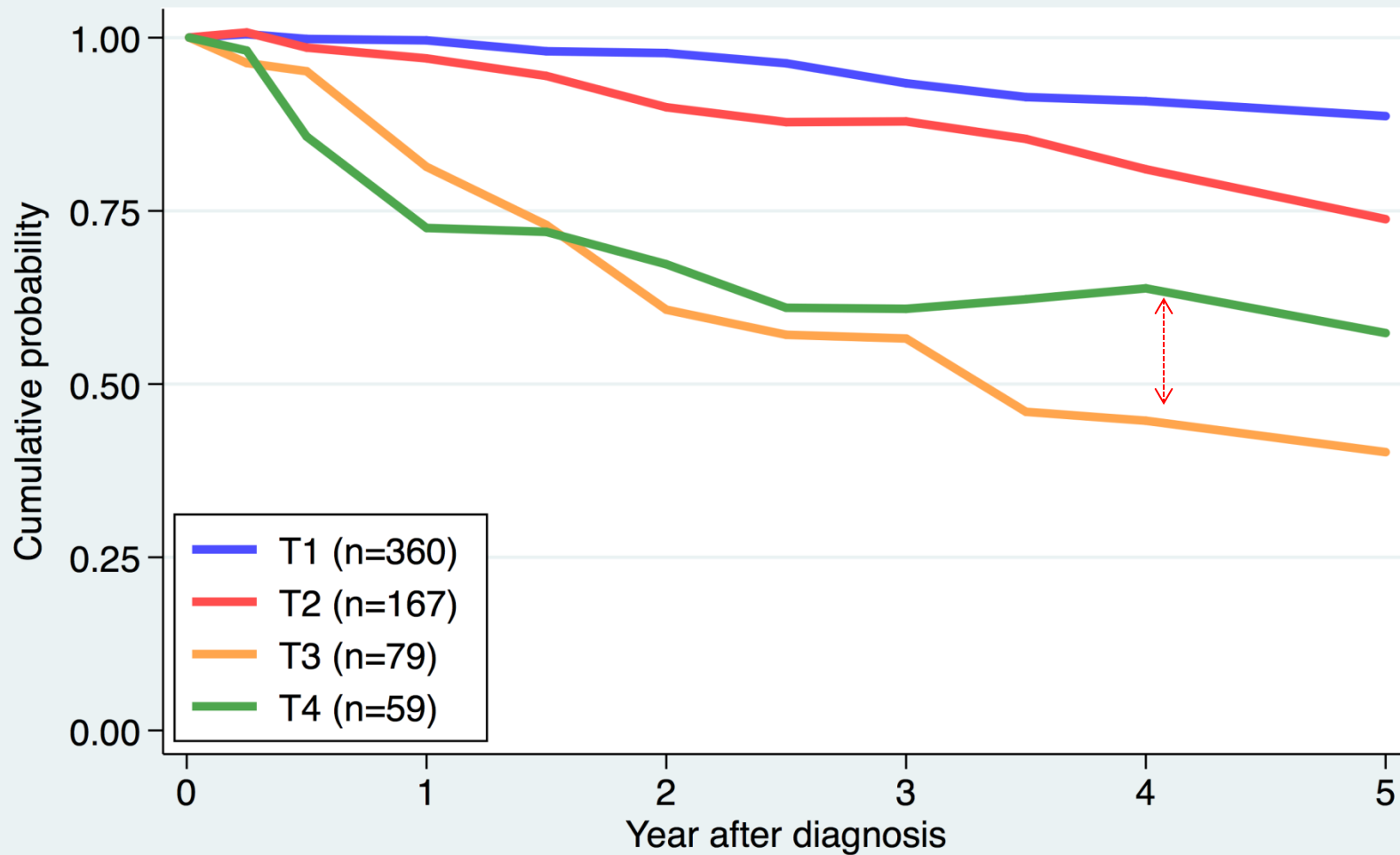
[p: < 0.001]

# TNM-systemet

(Tumour / Node / Metastasis)

- T** Ju större T-stadium (1-4) desto mer avancerad lokal tumörväxt
- N** Ju större N-stadium (1-3) desto mer avancerad lymfkörtelmetastasering på halsen
- M** M0 = ingen fjärrmetastasering / M1 = förekomst av fjärrmetastaser

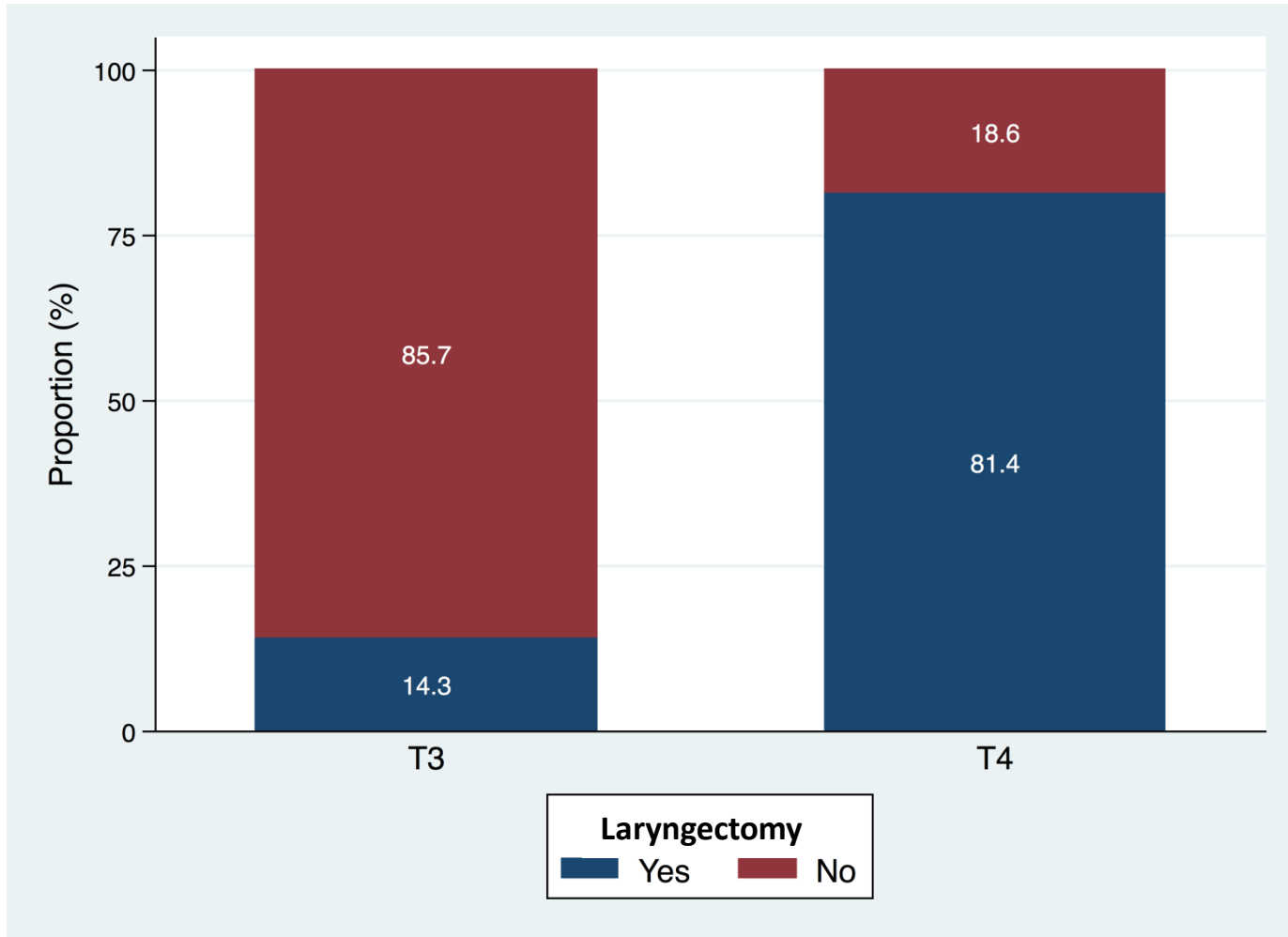
# Relative survival for glottic cancer, treated with curative intention SweHNCR 2008-2013



# Hur behandlar vi?

- Om möjligt – ”*Organ preservation*”
- T3 – fulldos strålbehandling och laryngektomi vid kvarvarande tumör
- T4 – primär laryngektomi

# Varför blev det så - behandlingsprinciper?

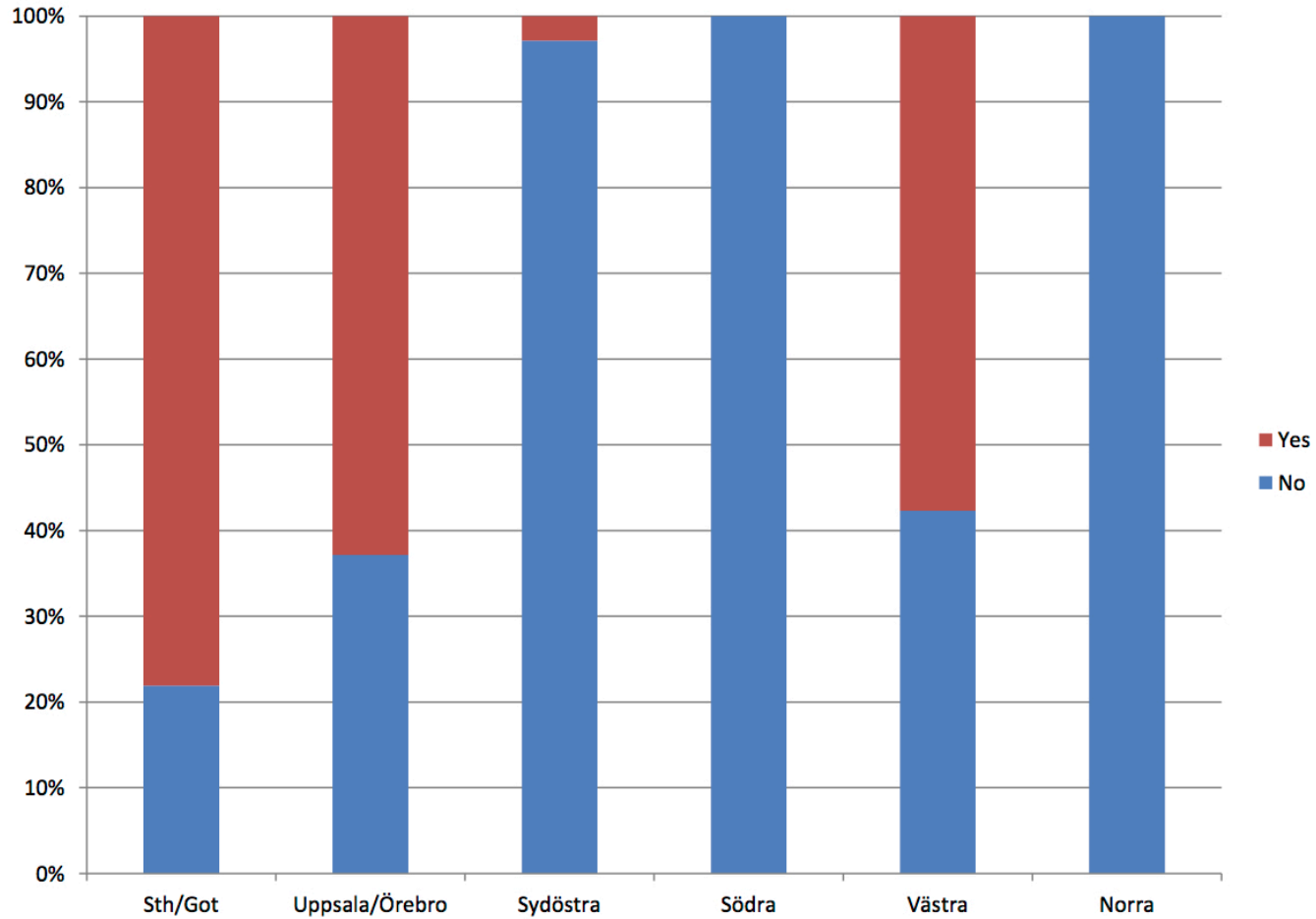




# **4/ Skillnader mellan sjukvårds- regionerna i behandling**

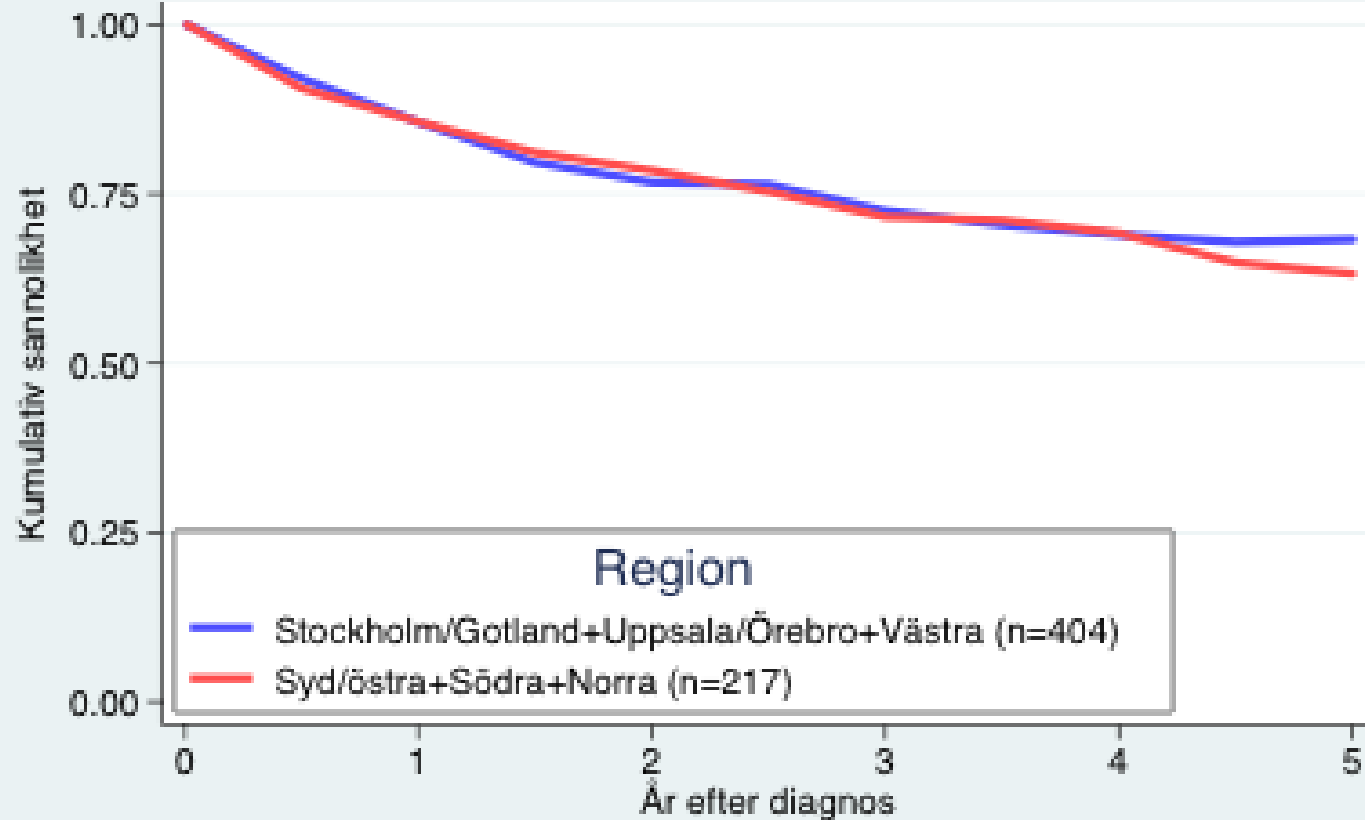
**a/ Tungbascancer**

**Brachyterapi vid tungbascancer 2008-12 (n: 389)**



## Relativ överlevnad för patienter med tungbascancer\*

Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR) 2008–2014



\*Alla fall med tungbascancer ingår

# Återstår att göra:

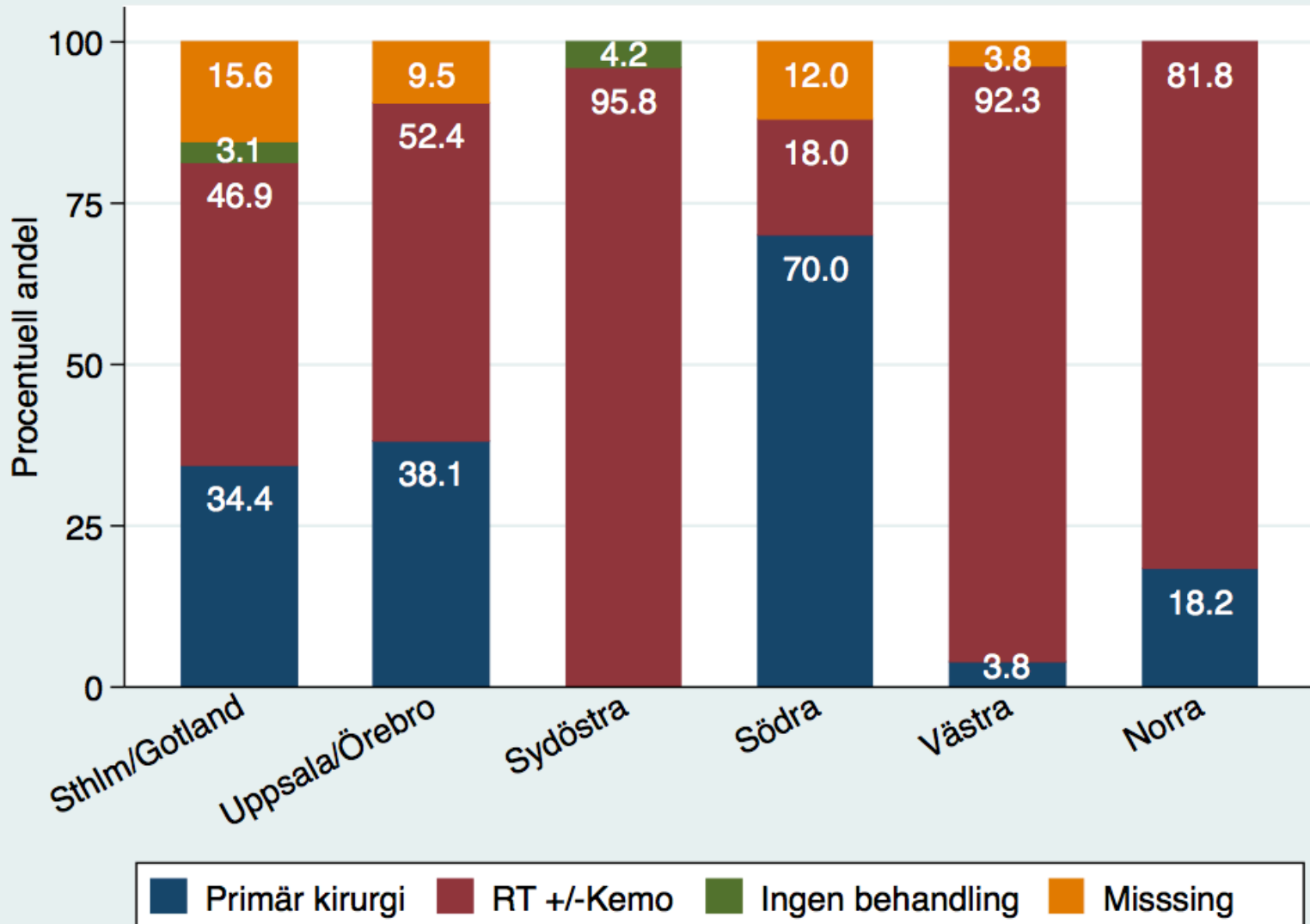
- Finns det skillnader i "case mix"?
- Finns det "selection bias"?
- Skillnader i biverkningar?
- Skillnader i QoL?
- Hälsoekonomi?

# **4/ Skillnader mellan sjukvårds- regionerna i behandling**

**a/ Stämbandscancer stadium T1**

# Behandling av glottisk T1

(SweHNCR 2008-10)



# Återstår att göra:

- Skillnader i biverkningar?
- Skillnader i QoL?
- Hälsoekonomi?

# Slutsatser:

- Kvalitetsregister är en kunskapsmässig guldgruva
- Stora tal gör att vi kan hitta små, men viktiga skillnader inom en patientgrupp
- Sjukvårdsregionerna fungerar som kohorter, vilket gör att vi kan utvärdera skillnader i behandlingskoncept.
- Kopplat till andra register kan vi även studera exv. hälsoekonomi.
- Dessa studier kräver avsatta resurser, personellt och ekonomiskt.



# Tack för er uppmärksamhet!

Ordet är fritt.

[\[johan.wennerberg@med.lu.se\]](mailto:johan.wennerberg@med.lu.se)

