

Kvalitetsregister och kunskapsstyrning inom cancerområdet

Björn Ohlsson, medicinsk chef RCC Syd

Maria Rejmyr Davis, verksamhetschef RCC Syd

Alla dessa förkortningar...



Registercentrum (RC) Syd är ett av Sveriges sex registercentrum.

Regionalt cancercentrum (RCC) Syd utgör, tillsammans med landets övriga fem regionala cancercentrum, registerstöd för ca 30 nationella kvalitetsregister inom cancerområdet och ansvarar även för insamling, kvalitetssäkring och avrapportering av data till Socialstyrelsens Cancerregister.



Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2021

Överenskommelse mellan staten och Sveriges
Kommuner och Regioner

”En av de viktigaste uppgifterna för RCC i samverkan är att arbeta med kunskapsstöd och kunskapsimplementering i cancervården. RCC i samverkan utgör också nationellt programområde cancer i regionernas system för kunskapsstyrning. Nationella vårdprogram, som kan följas upp via nationella kvalitetsregister, utgör grunden i detta arbete. Det finns i dagsläget över 40 vårdprogram på cancerområdet.”

Sid 19

RCCs roll i Nationella modellen för kunskapsstyrning

Nationella Programområden (NPO)

(Regionalt värdskap)

Respektive NPO speglar hela vårdkedjan: prevention, primärvård, specialistvård, rehabilitering, omvårdnad etc.

Akut vård	Barn och ungdomars hälsa	Cancersjukdomar (utgörs av RCC i samverkan)	Endokrina sjukdomar	Hjärt- och kärlsjukdomar	Hud- och könssjukdomar	Infektionssjukdomar	Kvinnosjukdomar och förlossning	Levnadsvanor	Lung- och allergisjukdomar Nervsystemets sjukdomar	Njur- och urinrörsjukdomar	Mag- och tarmsjukdomar	Medicinsk diagnostik	Psykisk hälsa	Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin	Reumatologiska sjukdomar	Rörelseorganens sjukdomar	Sällsynta sjukdomar	Tandvård	Äldres hälsa	Ögonsjukdomar	Öron-, näsa- och halssjukdomar
Nationella primärvårdsrådet																					

Nationella samverkansgrupper (NSG)

Metoder för kunskapsstöd

Kvalitetsregister

RCC i samverkan=

Registerstöd för kvalitetsregistren på cancerområdet

Uppföljning och analys

Läkemedel/medicinteknik

Forskning/Life Science

Patientsäkerhet

Strukturerad vårdinformation

Tillfälliga satsningar

Sveriges sex RCC i samverkan

Gemensamt stöd till kvalitetsregister & vårdprogram fördelat per RCC.



REGIONALT
CANCERCENTRUM
NORR

Esofagus-
/Ventrikelcancer

CNS-tumörer

Analcancer

Kolorektal

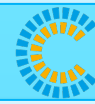
Ärftlig



REGIONALT
CANCERCENTRUM
STOCKHOLM GOTLAND

Blodcancer
KLL & MPN

Bröstcancer

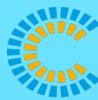


REGIONALT
CANCERCENTRUM
SYD

Blodcancer
ALL, AML & Lymfom

Cancerläkemedel

Sarkom



REGIONALT
CANCERCENTRUM
SYD

Hudmelan

Pankreascancer

GEP-NET

Lungcancer

Peniscancer

Prostatacancer

Gynekologisk cancer

Huvud-/halscancer

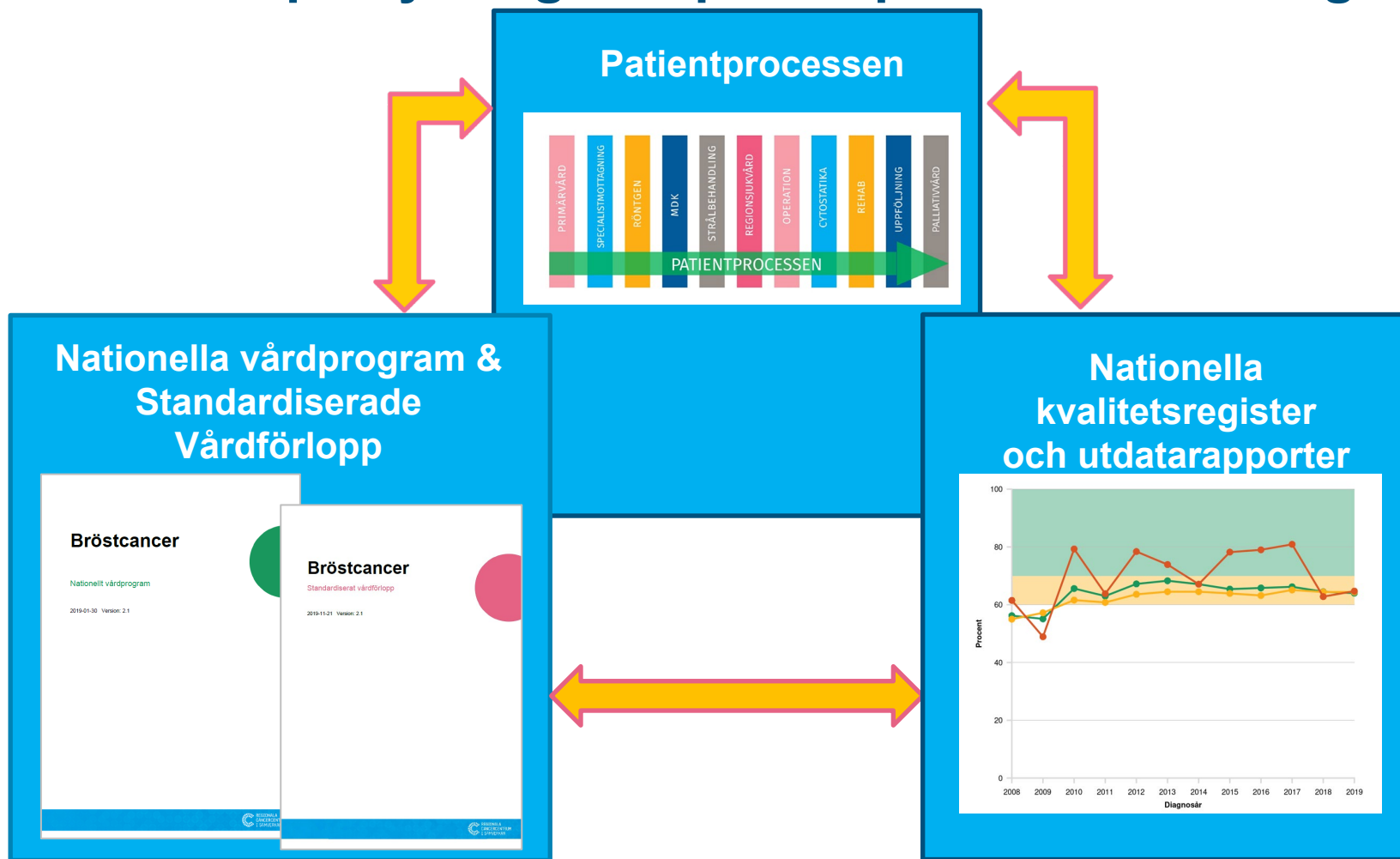
Cancer i Lever & Galla

Tyroideacancer

En gemensam IT-plattform för register: INCA.

Det nationella stödet till nationella vårdprogram och nationella kvalitetsregister följer en gemensam arbetsmodell.

Kunskapsstyrning och patientprocessutveckling

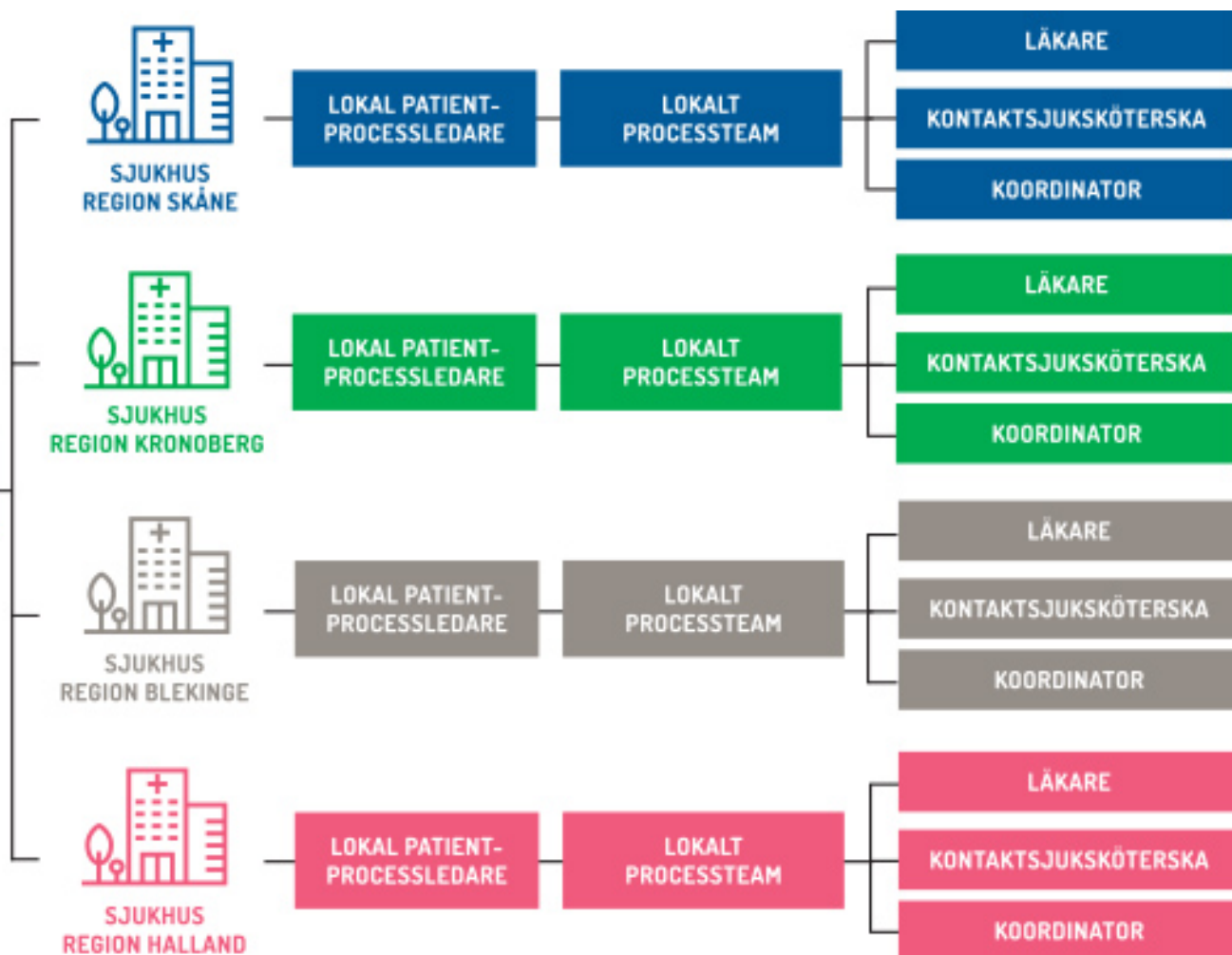


Varje RCC har i uppdrag att inom sin respektive sjukvårdsregion stödja implementering av nationella vårdprogram samt att utveckla och följa upp cancervården med data från nationella kvalitetsregister som underlag.

Drygt 40 regionala patientprocessledare (RPPL) som ansvarar för att samordna och följa upp patientprocessutveckling på sjukvårdsregional nivå



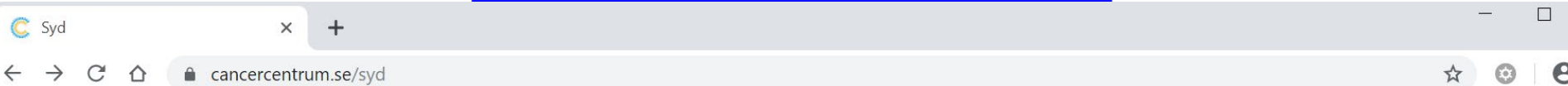
REGIONAL PATIENT-PROCESSLEDARE
Del av tjänst finansierad av RCC Syd



En viktig del i RPPL-uppdraget är att, i relation till nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp, analysera och diskutera klinisk kvalitet och väntetider baserat på registerdata.

Vårdprogram och kvalitetsregister

www.cancercentrum.se



Syd | Välj region ▼

Hej, vad letar du efter?



Cancerdiagnoser

Våra uppdrag

Patient och närstående

Om RCC Syd

→] INCA Login

REGIONALA CANCERCENTRUM

Kunskapsstöd för dig som arbetar i cancervården



Standardiserade
vårdförlopp (SVF)



Statistik



Cancerstudier i Sverige



Cancerregistret



Vårdprogram



Kvalitetsregister



Regimbibliotek för
cancerläkemedel



Min vårdplan

Nyhetsbrev



Cancerplan för Södra
siukvårdsregionen

Spridning till lymfkörtlarna vid operation

Bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos.

Begränsa till sjukvårdsregion

Södra

Sjukhus av intresse

Växjö

Ålder vid diagnos

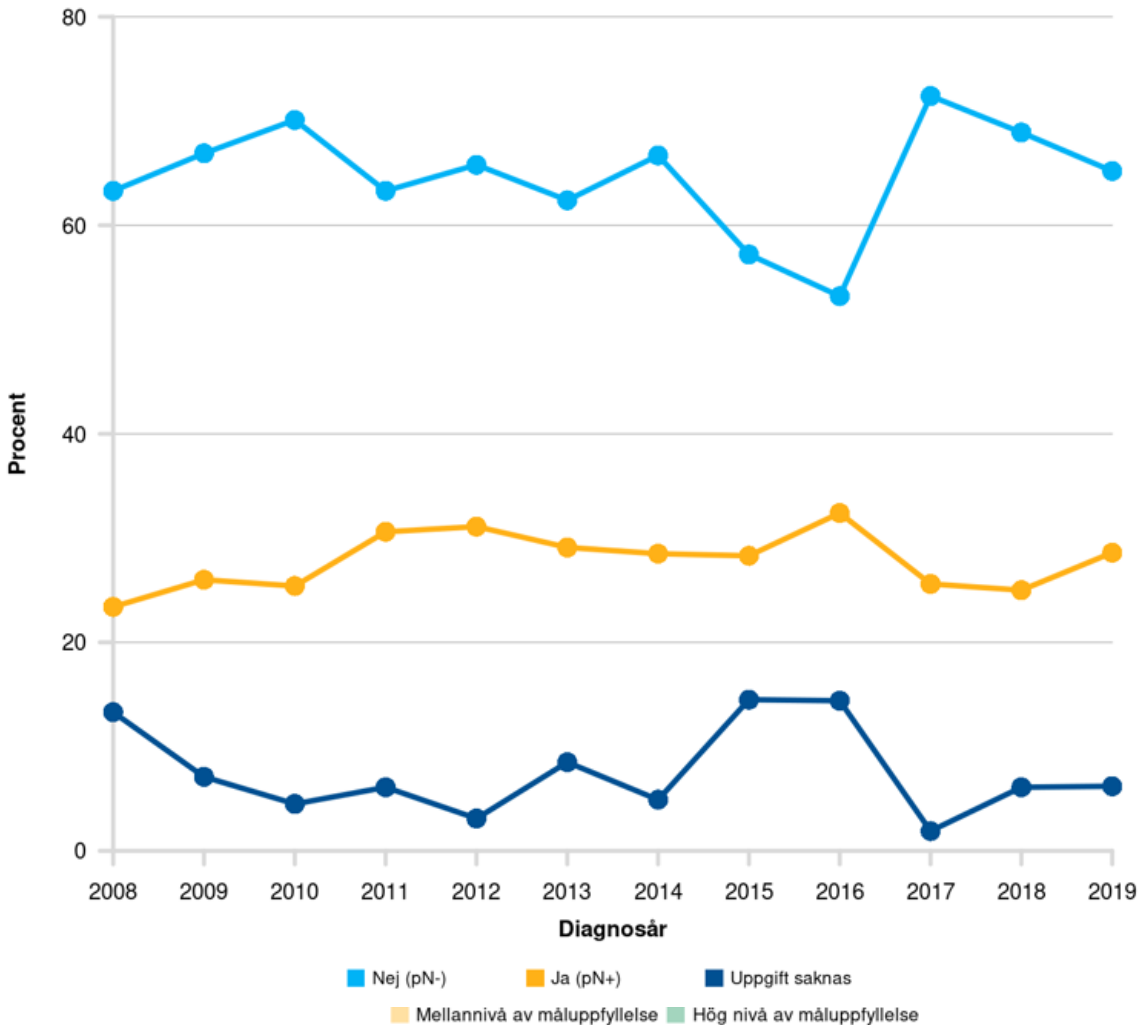
18102

Invasivitet vid diagnos

Invasiv cancer, Enbart cancer in situ, Uppgift saknas

JämförelseTabell (antal)Tabell (andel)TrendBeskrivning

Växjö



Välj vårdprogram eller vårdförlopp

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z Å Ä Ö

Aggressiva B-cellslymfom →

Akut myeloisk leukemi, AML →

Akut onkologi →

Alarmsymtom i SVF →

Allvarliga ospecifika symtom →

Analcancer →

Binjuretumörer →

Bröstcancer →

Interaktiva rapporter

Uppgifterna i tabellen uppdateras två gånger per år och kan skilja sig från data i de interaktiva rapporterna, som kan ha en annan uppdateringsfrekvens. Tabellen länkar till de kvalitetsregister som erbjuder interaktiv rapport. För rapporter från övriga kvalitetsregister, se Årsrapporter.

Diagnos	Registrerade fall 2018	Registrerade fall totalt*	Täckningsgrad i register	Kontaktsjuksköterska 2018
☑ AML	398	8 430	84 %	
☑ Analcancer	115	901	94 %	76 %
☑ Bröstcancer	8 755	85 581	99 %	98 %
☑ CNS	796	12 660****	87 %	75 %*****
☑ Hudmelanom	4 543	67 710	99 %	74 %**
☑ Huvud- och halscancer	1500	15 437	94 %	
☑ Hypofys	423	8 736	83 %*****	
☑ Lever- gallblåse och gallvägscancer	1788	15 417	97 %	
☑ Lungcancer	3 968	61 149	85 %	81 %
☑ Lymfom	1770	36 000	78 %	
☑ Matstrups- och magsäckscancer	1235	17 406	95 %	92 %
☑ Myelom	765	7 765	99 %	92 %
☑ Njurcancer	1335	15 261	99 %	80 %
☑ Peniscancer	175	2 804	99 %	70 %
☑ Prostatacancer	10 902	202 669	98 %	85 %
☑ Sköldkörtelcancer	521	3 139	73 %	86 %***
☑ Tjocktarmscancer	4 580	5 3000	99 %	
☑ Urinblåsecancer	3 363	54 551	97 %	61 %
☑ Ändtarmscancer	1915	44 066	100 %	

Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör

Nationellt vårdprogram

2019-04-10 Version: 3.1

Kvalitetsindikatorer

Följande kvalitetsindikatorer vid blåscancersjukdom stödjer kvalitetsjämförelser, förbättringsarbete och forskning och utveckling, och de föreslås därför som lämpliga. Angivna målnivåer ska ses som en rekommendation.

- Tid från utfärdande av remiss till urolog/välgrundad misstanke till blåscancerdiagnos (datum för diagnostisk TUR/px). Målvärde: Enligt standardiserade vårdförlopp för urotelial cancer 14 dagar för 80 % av patienterna.
- Andel patienter med urinblåscancer som utreds enligt SVF. Målvärde: 70 %
- Andel patienter med blåscancer stadium T1 G2/G3 som får intravesikal flergångsbehandling. Målvärde: 75 %
- Andel patienter med urotelial cancer i övre urinvägarna, T1-sjukdom eller muskelinvasiv sjukdom som diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK). Målvärde: 100 %
- Andel patienter med T2–T4 (muskelinvasiv sjukdom) utan påvisbar metastatisk sjukdom som får kurativ behandling. Målvärde: 60 %
- Andel patienter med T2–T4 (muskelinvasiv sjukdom) 75 år eller yngre som får neoadjuvant cytostatikabehandling före radikal cystektomi pga. muskelinvasiv sjukdom. Målvärde: 60 %
- Andel som genomgått cystektomi utan neoadjuvant cytostatikabehandling från remiss/välgrundad misstanke inom 37 dagar. Målvärde: 70 %
- Andel tumörer i urinblåsa, njurbäcken uretar och uretra registrerade (täckningsgrad). Målvärde: 100 %
- Andel där blåstumörstorlek och antal blåstumörer angivits i registreringen. Målvärde: 100 %
- Andel inregistrerade behandlingsformulär inom 90 dagar från TURB eller diagnos av urotelial tumör i övre urinvägarna. Målvärde: 85 %
- Lokalrecidiv inom 5 år för TaG1 och TaG2. Målvärde: < 25 %

Svenska nationella kvalitetsregistret för Urinblåse- och urinvägscancer(SNRUBC)

Start

Vårdprogrammets indikatorer

Täckningsgrad

Diagnostik

Behandling

Ledtider

Cystektomi

Uppföljning

Andel Tur/px inom 14 dagar från utfärdad remiss

Andel patienter med urinblåsecancer som utreds enligt SVF

Andel urinblåsecancer stadium T1 G2/G3 med intravesikal behandling

Andel som diskuterats på MDK

Andel urinblåsecancer T2-T4 som får kurativ behandling

Andel patienter T2-T4 yngre än 75 år som får neo före cystektomi

Andel cystektomi utan neo inom 37 dagar från remiss

Täckningsgrad

Andel där blåstumörstorlek angivits i registreringen

Andel där antal blåstumörer angivits i registreringen

Andel inregistrerade behandlingsformulär inom 90 dagar från diagnos

Andel lokalrecidiv inom 5 år för urinblåsecancer TaG1 och TaG2

Sjukvårdsregionala utdatarapporter med kommentarer från regionala patientprocessledare (RPPL) en gång per år

Lund 2020-09-01

1(8)



Utdatarapport för bröstcancer RCC syd augusti 2020

Om kvalitetsregister, utdatarapporter och nationella vårdprogram

Det är respektive **registerstyrgrupp** som ytterst ansvarar för vad som samlas in och redovisas. Den som vill påverka innehåll i register/redovisning kan kontakta respektive registerstyrgrupp alt nationellt stödteam på RCC. Kontaktuppgifter på <https://www.cancercentrum.se/syd/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/>

Den **öppna interaktiva utdatarapport** som denna sammanställning baserad på finns här:

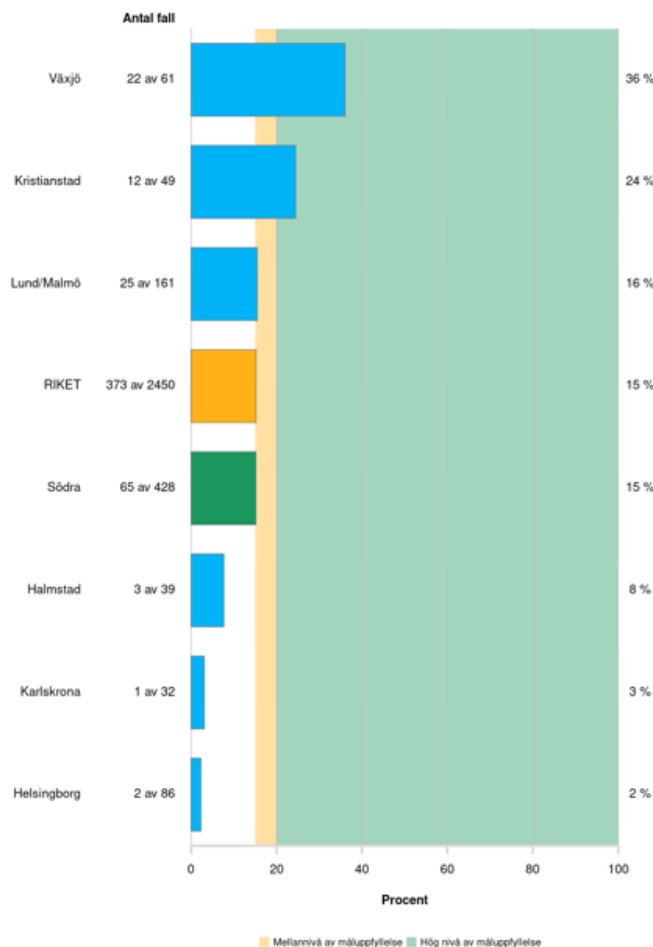
<https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/statistik/kvalitetsregisterstatistik/interaktiva-rapporter/>

Pga eftersläpning i inrapportering tar det ett tag innan täckningsgraden i registret når en nivå som gör att det är lämpligt att presentera data öppet. För den som har INCA-behörighet är det dock möjligt att ta del av dagsaktuella data innanför inloggning. Ta kontakt med lokal processledare (LPPL) eller verksamhetschef för att ta del av data innanför inloggning.

I samband med att **nationella vårdprogram** tas fram anger den nationella vårdprogramgruppen ett antal **kvalitetsindikatorer** som den bedömer som viktiga för att följa upp vårdprogrammet. Dessa ingår i varierande grad i RCC:s interaktiva utdatarapport.

Bröstcancer

9. Omedelbara rekonstruktioner vid borttagande av hela bröstet (mastektomi). Bland mastektomerade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos. Målnivåer. 20 % resp 15 %.



Om indikatorn:

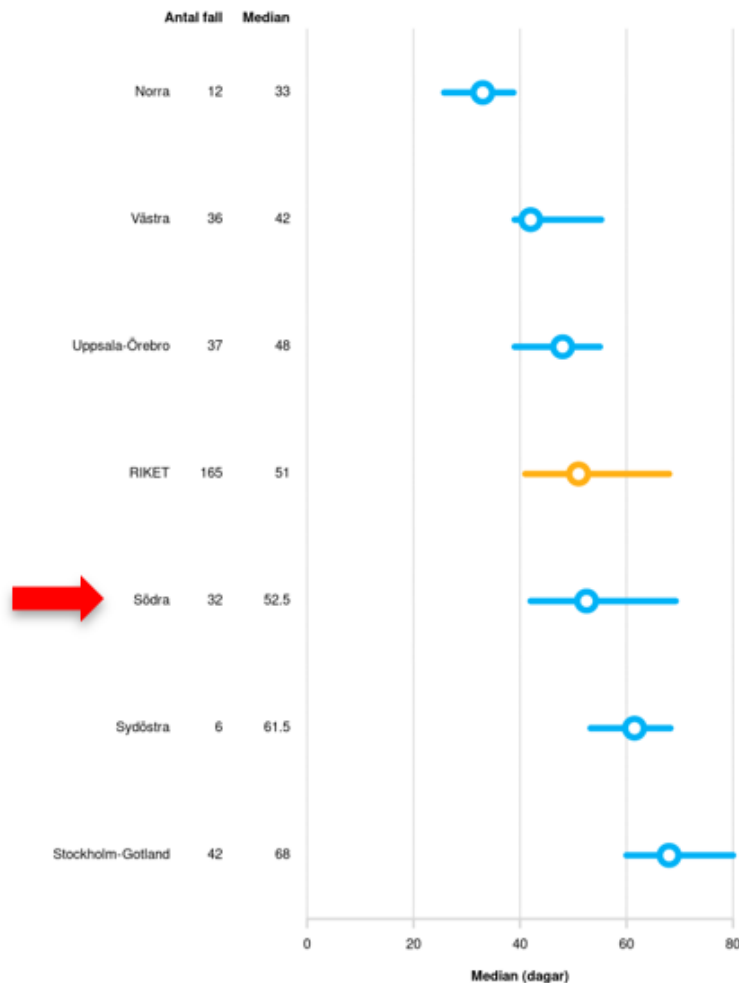
Omedelbar rekonstruktion innebär att en bröstform återskapas i samband med att ett helt bröst opereras bort. Bröstrekonstruktion kan göras senare efter avslutad onkologisk behandling

Kommentar från RPPL:

I Växjö och Kristianstad som har hög måluppfyllnad har man inom bröstteamet en plastikkirurg med stor erfarenhet av direktrekonstruktioner.

Analcancer

3. Tid från diagnos till start av behandling.



Om indikatorn:

Tid mellan diagnos och start av strålbehandling för de patienter som strålats med kurativ intention.

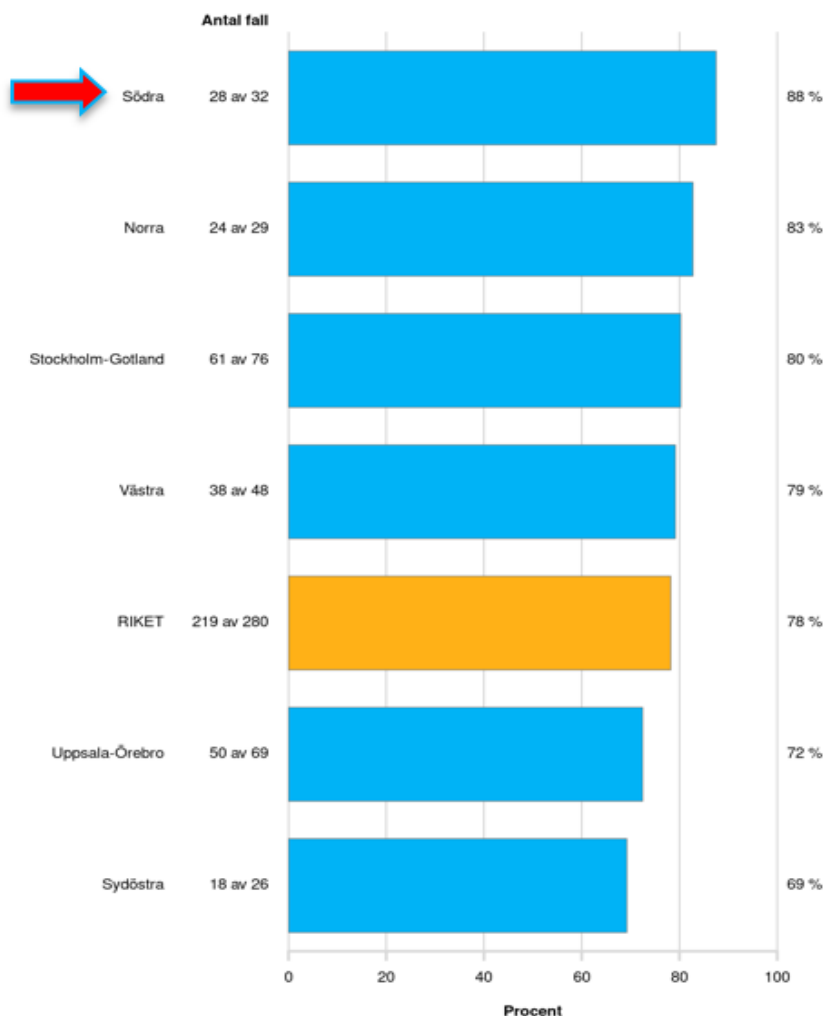
SVF (max 46 dagar från välgrundad misstanke till beh-start) infördes under 2017 och presenteras inte. Det som mest liknar SVF är "tid från diagnos till start av kurativt syftande strålbehandling".

Kommentar från RPPL:

Se kommentaren under föregående indikator "2. Tid från MDK till start av behandling."

Lever- gallblåse- och gallvägscancer

2. Andel i livet 2 år efter diagnos (lever-, gallblåse- och gallvägscancer).



Om indikatorn:

Andel patienter som har genomgått ingrepp som lever två år efter diagnos. Tid från diagnos till ingrepp skiljer sig åt, där tid till transplantation oftast är längst, vilket man bör vara medveten om vid bedömning.

Kommentar från RPPL:

Skillnaderna är trots allt rel små. Ibland hävdas att man opererar mera avancerade fall (selection bias) vid de enheter som har sämre resultat men vi har inga säkra hållpunkter för detta. Skillnaden är störst för metastaser från kolorektal cancer där Lund har nästan 20% bättre 5-årsöverlevnad (>70%) än sämsta enhet för dem som har 1-3 metastaser. Vi ar tittat närmare utan att kunna påvisa någon säker förklaring. Ett stort problem är att vi saknar detaljerad data avseende medicinsk onkologisk behandling. Onkologmodul är under utarbetande.

Lymfom

1. Andel anmälningsformulär inrapporterade till kvalitetsregistret inom 3 månader



Om indikatorn:

Målnivå: 80 %

Kommentar från RPDI:

Arbete för att möjliggöra direktöverföring från vårdadministrativa system till kvalitetsregister bör prioriteras!

relativt kort sikt (6 mån). Våra sekreterare arbetar ganska hårt på att förbättra resultaten.

- **De sjukvårdsregionala kvalitetsdatabaserarna** ger en snabb uppfattning om läget per sjukhus eller region
 - Vill man titta närmare på presenterade data och andra indikatorer kan man gå in i den interaktiva utdatapresentationen på www.cancercentrum.se .
 - För mer detaljerad analys behöver man i regel få behörighet att titta på klinikdata innanför inloggning på INCA.
- Arbetet med de regionala kvalitetsdatabaserarna visar på vikten av att analysera data tillsammans med dem som bäst kan det område som studeras. Kontinuerlig analys av data ger ett värdefullt underlag för att förbättra utdatapresentationerna i dialog med berörd registerhållare, registerstyrgrupp och nationellt stödteam.

RCC Syds nästa steg för datadriven uppföljning och kvalitetsutveckling av cancervården i Södra sjukvårdsregionen:

Utbildning i hantering av data från kvalitetsregistren för cancer på klinisk nivå.

Att registrera i kvalitetsregister utan att använda data från registren för att bedriva förbättringsarbete och utveckla sjukvården är slöseri med medarbetarnas tid och skattebetalarnas pengar.

Men rätt använda är utdata guld värda.



Ett bra exempel på datadriven kvalitetsutveckling i praktiken

Datadriven kvalitetsutveckling – ett praktiskt exempel från Odense universitetssjukhus

På Odense universitetssjukhus i Danmark arbetar de aktivt med förbättringsarbete baserat på kvalitetsregisterdata. I filmen nedan berättar Kim Brixen, medicinsk direktör, och Anders Eggert Gravegaard, överläkare i plastikkirurgi, bland annat hur de har använt kvalitetsregistren för att korta tiden från remiss till behandling av patienter med malignt melanom. Filmen är en inspirationsfilm till sjukhus- och klinikchefer samt processansvariga i Sverige med syfte att använda sig av data från kvalitetsregister för att förbättra cancervården.



Foto: Lars Lanhed



Kontaktuppgifter:
bjorn.ohlsson@skane.se
maria.rejmyrdavis@skane.se