Processmål för tjock- och ändtarmscancer i norra sjukvårdsregionen 2025–2028

Tabell 1. Sammanfattning av målindikatorer

Mål nr	Mål	Nuläge*	Målnivå	Planerad tidpunkt för måluppfyllelse
1	Inklusion i kliniska studier	6 resp. 10%	30 %	2026
2	Tid från preterapeutisk MDK till strålstart av rektalcancer, andel inom inom 3 veckor	12 % (2022)	90 %	2028
3	Tid från diagnos till behandlingsstart, andel inom 5 veckor	44 resp. 42 %	80 %	2028

**Beskriv nuläget med så aktuella siffror/information som möjligt.*

Motivering till val av målindikatorer och planerade insatser för att utvecklingen ska gå mot målen

Mål 1:

Inklusion i kliniska studier är avgörande för att driva utvecklingen av vården framåt. För den enskilde patienten som inkluderas blir ofta upplevelsen och omhändertagandet bättre.

På senare år har andelen patienter i kliniska studier inom diagnosprocessen hastigt dalat. Mycket på grund av försämrad infrastruktur och minskade resurser. Till viss del kan det även bero av fel i registrering men denna faktor torde ha marginell påverkan. Nuläget är långt under målet på 30 % och på flera opererande sjukhus finns ingen studieaktivitet alls.

Processgruppen avser arbeta för förbättrad infrastruktur, tydliggöra vilka kliniska studier som är aktuella och påtala vikten av forskningssköterskor.

Mål 2:

Ledtiderna blir allt längre. Tiden mellan preterapeutisk MDK och start av (ofta) neaoadjuvant strålbehandling vid rektalcancer är inget undantag utan är en av de ledtider som är längst ifrån uppsatta nationella kvalitetsmål. Orsaken är säkert multifaktoriell där dock framför allt logistiska utmaningar spelar betydande roll. Fokus på området, förbättrat remissförfarande och kommunikation mellan berörda enheter bör kunna förbättra situationen avsevärt.

Mål 3:

I likhet med förgående mål ser vi att tiden mellan diagnos och behandlingsstart blir allt längre och är långt från uppsatta nationella mål. Perioden mellan diagnos och behandlingsstart är för många patienter psykiskt utmanande med bland annat oro för progress av sjukdomen.

Vid adekvat resurssatt process är målen uppnåeliga i de flesta fall där komorbida patienter i behov av preoperativ optimering kan utgöra undantag.

Processgruppen avser verka för adekvata resurser till processen och optimerat resursutnyttjande. Vidare kommer denna ledtid analyseras på respektive sjukhus för att identifiera åtgärdbara flaskhalsar.

Hur ska målindikatorer som inte är nationella kvalitetsindikatorer följas upp?

Samtliga är nationella kvalitetsindikatorer

Regionalt cancercentrum norr
Norrlands universitetssjukhus | 901 85 UMEÅ
Besök: Nus, byggnad 5B, plan 0, målpunkt PA | Telefon: 090-785 19 90
E-post: rccnorr@regionvasterbotten.se | www.rccnorr.se