Rektalcancer 2021

Nationell kvalitetsrapport för år 2021 från Svenska Kolorektalcancerregistret

maj 2022

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Beställningsadress

Regionalt cancercentrum Norr
Norrlands universitetssjukhus
SE-901 85 UMEÅ

Tel 090-785 19 90

Mailadress - rccnorr@vll.se

Rapporterna kan laddas ner från
rapporter

©2021 Regionalt cancercentrum Norr, Norra sjukvårdsregionen

Innehållsförteckning

Kapitel 1:
Inledning **1**
Kapitel 2:
Organisation av styrgrupp **2**
Kapitel 3:
Förklaringar/Definitioner **3**
Kapitel 4:
Cancerregisterdata **4**
Kapitel 5:
Kvalitetsregisterdata **6**
Kapitel 6:
Vårdprogrammets kvalitetsindikatorer **12**
Kapitel 7:
Utredning **19**
Kapitel 8:
Behandling och operation **22**
Kapitel 9:
Tumörstadium, operationsfynd och PAD **30**
Kapitel 10:
Korttidsuppföljning **39**
Kapitel 11:
Långtidsuppföljning och överlevnad **46**

KAPITEL 1
Inledning

Detta är den 20:e rektalcancerrapporten från Kolorektalcancerregistret (SCRCR). Rapporten omfattar patienter diagnosticerade 2021 och innehåller även uppföljningsdata för patienter diagnosticerade 2018 och 2016. Det finns en motsvarande årsrapport för koloncancer. Registret är även viktig källa för forskning och för 2021 noterar vi 30 vetenskapliga publikationer baserade på registret - forskning på svenska kolorektalcancerregistret.

Registerdata presenteras också i form av interaktiva online-rapporter för rektalcancer respektive koloncancer. Sjukvårdspersonal kan även ta del av data innanför inloggningen på INCA-plattformen, t.ex. rapporten *Koll på läget* där det egna sjukhusets resultat presenteras, för valt diagnosår eller för de senaste 12 månaderna.

Denna årsrapport vänder sig i första hand till professionen och ger underlag för förbättringsarbete och utvärdering på det lokala och regionala planet. Framför allt skall varje enhet kunna följa sina resultat från år till år. Jämförelser med riksgenomsnitt och andra sjukhus kräver ofta en djupare analys och kunskap om selektionsmekanismer och potentiella störfaktorer.

För registervariablerna som ingår i poängbedömningen är bortfallet exkluderat ur analysen. Med det menas att patienter som saknar inrapporterat värde för den aktuella variabeln när datauttaget görs inte ingår i nämnaren. Bortfallet redovisas separat i figurer och tabeller.

Vi eftersträvar ett register som är både heltäckande och prospektivt i sann bemärkelse. Täckningsgrader redovisas för registrets samtliga delformulär, både på regional nivå och per registrerande enhet. För flera delformulär redovisas ledtiden från den kliniska ”händelsen” till inrapportering i registret. Målet är att data rapporteras in med så liten fördröjning som möjligt, för att möjliggöra en tätare återkoppling av registerdata online t ex.

Förutom i denna rapport samt i den motsvarande rapporten för koloncancer så presenteras registerdata i PDF-format även i onkologirapporten samt i patientrapporten, som främst vänder sig till allmänheten.

Vi hoppas att rektalcancerrapporten 2021 motsvarar era förväntningar! Återkom gärna med kommentarer och synpunkter på rapporten, eftersom vi hela tiden strävar efter att förbättra den.

Rapporten är framtagen av nationella kvalitetsregistergruppen i samarbete med Erik Lindberg och Lena Nathanaelsson vid Regionalt cancercentrum Norr och baseras på datauttag från Kolorektalcancerregistret på INCA-plattformen 2022-04-01.

Trevlig läsning!
För styrgruppen,
Martin Rutegård
Umeå

KAPITEL 2
Organisation av styrgrupp

Ordförande: Ingvar Syk, Ingvar.K.Syk@skane.se
Forskningsansvarig: Peter Matthiessen, peter.matthiessen@regionorebrolan.se
Kolon huvudansvar: Mattias Söderholm, mattias.soderholm@regionblekinge.se
Rektum huvudansvar: Martin Rutegård, martin.rutegard@umu.se
Interaktiva rapporter huvudansvar: Dan Asplund, dan.asplund@vgregion.se

Kirurgrepresentanter
Caroline Nordenvall och Per J Nilsson, Stockholm/Gotland
Peter Matthiessen och Åsa Collin, Mellansverige
Niklas Zar och Bärbel Jung, Sydöstra
Ingvar Syk och Mattias Söderholm, Södra
Dan Asplund och Mattias Prytz, Västra
Christoffer Odensten och Martin Rutegård, Norra

Onkologrepresentanter
Caroline Staff, Stockholm/Gotland
Peter Nygren, Mellansverige
Aristotelis Stefanis, Sydöstra
Helga Hagman, Södra
Sofia Heyman, Västra
Petra Flygare, Norra

Patologrepresentanter
Richard Palmqvist, Norra
Hampus Gustafsson Nobin, Sydöstra
Csaba Miklos Kindler, Mellansverige

Radiologrepresentanter
Lennart Blomqvist, Stockholm/Gotland
Cecilia Forsman, Mellansverige
Jenny Öhman, Sydöstra
Peter Kälebo, Västra
Johanna Berg, Södra

Sjuksköterskerepresentant
Hanna Rosén, Stockholm/Gotland

Adjungerade
Annika Sjövall, Stockholm/Gotland
Marie-Louise Lydrup, Södra
Bengt Glimelius, Mellansverige (seniorrepresentant)

Patientrepresentanter
Vuokko Elner, Göteborg, ILCO
Maria Boqvist Olsson, Göteborg, ILCO
Fredrik Hopfgarten, Söderhamn, Mag- och tarmförbundet

Nationellt stödteam vid Regionalt Cancercentrum Norr, Umeå
Gunilla Andersson, Koordinator, gunilla.andersson@regionvasterbotten.se
Anna Stecksén, Stödteamskoordinator, anna.stecksen@regionvasterbotten.se
Päivi Persson, Registerproduktägare, paivi.persson@regionvasterbotten.se
Lena Nathanaelsson, Statistiker, lena.nathanaelsson@regionvasterbotten.se
Erik Lindberg, Statistiker, erik.g.lindberg@regionvasterbotten.se
Elin Moritz, Statistiker, elin.moritz@regionvasterbotten.se
Arvid Widenlou-Nordmark, Nationell registersamordnare

KAPITEL 3
Förklaringar/Definitioner

I denna rapport är redovisningen på patientnivå. För patienter med synkrona tumörer redovisas bara den tumör som har högst T-stadium (därefter lägst belägen tumör), medan metakrona tumörer redovisas separat. Till synkrona tumörer räknas de med samma diagnosdatum och/eller samma operationsdatum. Patienter som opererats akut är exkluderade ur rapporten och 9 patienter är exkluderade för 2021.

Rapporten utgår ifrån diagnosår (gäller rapporter fr.o.m. 2017).

Struktur på figur-/tabelltexter är följande: täljare, nämnare, år.
Exempelvis: *Komplett preoperativ staging, opererade patienter, 2021.*

För beräkning av täckningsgrad per formulär gäller att följande nyckelvariabler måste vara ifyllda för att ett formulär ska räknas som ”komplett”:

- Radiologi: MDT-konferens/rtg-rond datum (R2_mdtrtgronddat) och Tumör (R4_tumor)
- Operation/Behandling: Kirurgisk åtgärd mot primärtumör (A2_oper) och Utförd operation (A2_optyp2)
- Patologi: Adenocarcinom (A3_adeno) eller Resektion ej utförd (A3_ejresektion)
- 30-dagarsuppföljning: Patienten inkluderad i studie (A5_studie) och Död inom 30 dagar postop eller under samma vårdtillfälle (A4_dod30) och Behandlingskrävande postop komplikation (A4_kompl)

I figurer över ledtider redovisas medianer i dagar.

I figurer som redovisar data på sjukhusnivå avses opererande sjukhus om inget annat anges.

Sjukhus som opererar färre än tio patienter ingår i gruppen ”övriga”, som i årets rapport och för 2021 utgörs av Alingsås, Eksjö, Hudiksvall, Kungälv, Ljungby, Mora, Norrköping, Norrtälje, Nyköping, Skellefteå, Torsby, Visby, Värnamo, Västervik, Ystad, Örnsköldsvik. I gruppen ”övriga” inkluderas även det fåtal patienter där uppgift om behandlande enhet saknas.

Med ”resektion” avses i denna rapport följande åtgärder: Främre resektion (AR), abdominoperineal excision (APE) och Hartmanns operation (HA).

Registret har både 3- och 5-årsuppföljning. De som inte behöver följas upp är de som har något av följande ifyllt i anmälningsformuläret: Terapeutisk åtgärd = Nej, Kirurgisk åtgärd = Enbart stent, Utförd operation = Laparotomi utan resektion, Utskriven till = Avliden och Död inom 30 dagar = Ja.

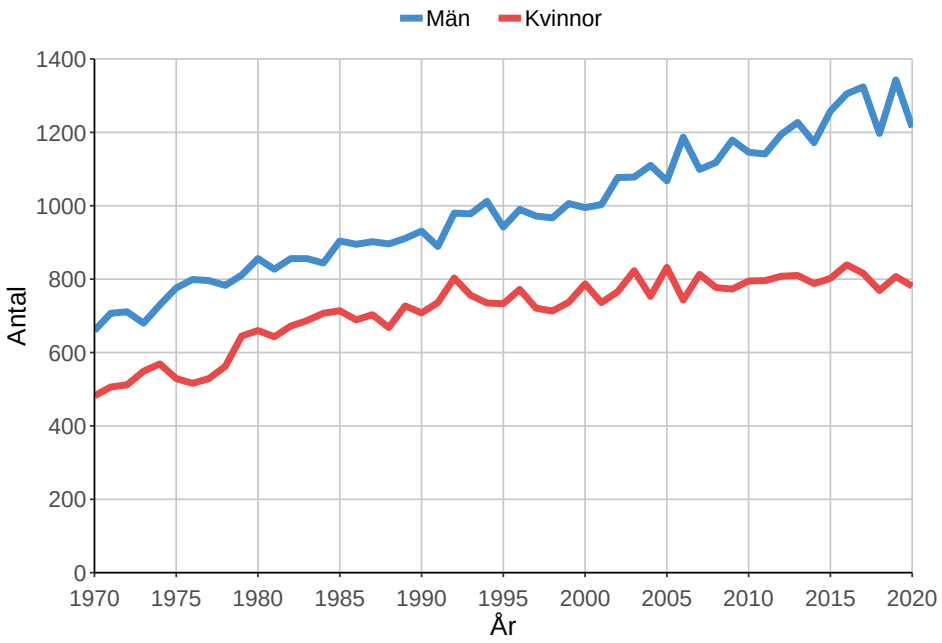
Det kan finnas en slumpvariation över tid och extremvärden är därför troligare för ”sällanhändelser” och för sjukhus med låg patientvolym. I några fall har vi därför valt att redovisa data för flera konsekutiva år så att patientvolymen blir högre.

Sedan några år har vi presenterat s.k. *funnel plots* där sjukhus med mindre volym har ett bredare konfidensintervall. Som synes ligger sjukhus med större volym och därmed högre statistisk säkerhet till höger där konfidensintervallen är smalare. Enkelt uttryckt bör alla ”hålla sig inom tratten”. Vi har valt att sätta ut 95- och 99-procentiga konfidensintervall, där det senare representeras av den streckade linjen. I dessa figurer representerar den röda streckade linjen målnivån (gäller även i flera andra figurer) och den svarta linjen genomsnittet i Sverige. Sjukhus som ligger utanför det 99-procentiga konfidensintervallet anges i figurtexten. Du kan i de flesta fall identifiera var ditt sjukhus befinner sig i grafen genom att se på patientvolym på x-axeln och på värdet av den undersökta variabeln på y-axeln. Dessa data återfinns i de flesta fall i angränsande figur.

För registervariabler som ingår i poängbedömningen har bortfallet (”uppgift saknas”) exkluderats ur analysen (gäller rapporter fr.o.m. 2018). Där så är möjligt presenteras andelen ”uppgift saknas” i en separat tabell. Andel ”uppgift saknas” presenteras även i motsvarande figurer i en separat kolumn med rubriken ”%Sakn”.

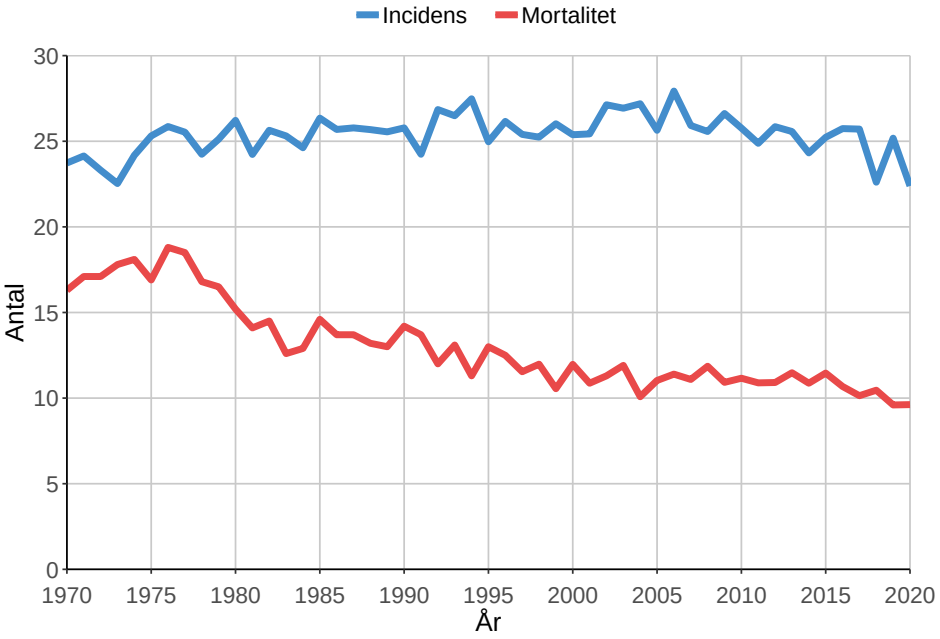
När det gäller postoperativa komplikationer så definieras milda komplikationer som Clavien-Dindo grad 2 och 3a, allvarliga komplikationer som grad 3b, 4 och 5.

KAPITEL 4
Cancerregisterdata

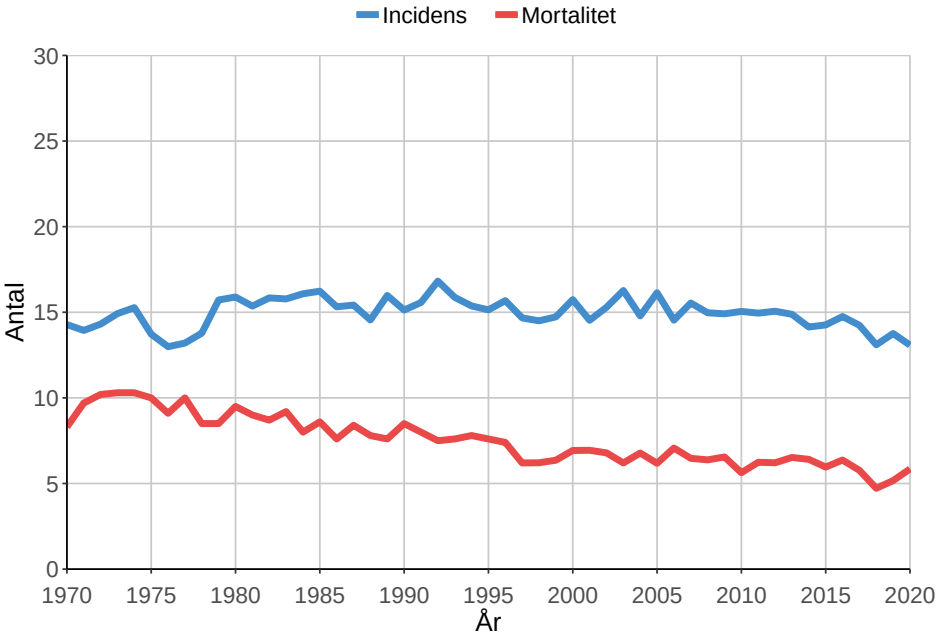


Figur 4.1. Antal fall av rektalcancer i Sverige, 1970-2020.

Figur 4.1. Detta är data från Cancerregistret, som till skillnad från Kolorektalcancerregistret även omfattar polyper med höggradig dysplasi samt andra tumörformer än adenocarcinom, liksom patienter diagnosticerade vid obduktion. Av de drygt 2000 patienter som årligen drabbas av rektalcancer är majoriteten män och könsskillnaden verkar öka över tid.



Figur 4.2. Ålderstandardiserad incidens och mortalitet per 100 000 invånare i Sverige, män, 1970-2020.



Figur 4.3. Ålderstandardiserad incidens och mortalitet per 100 000 invånare i Sverige, kvinnor, 1970-2020.

Figur 4.2-4.3. Den åldersstandardiserade incidensen har länge varit relativt stabil för både män och kvinnor, medan mortaliteten sjunkit långsamt över tid.

KAPITEL 5
Kvalitetsregisterdata

Tabell 5.1. Tabellsammanfattning, 2021.

	Män		Kvinnor		Totalt	
Antal	1269		843		2112	
Täckningsgrad						(97.7)
Komplett staging, opererade*	769	(99)	490	(99)	1259	(99)
Preterapeutisk MDK, ej end polypektomi*	762	(99)	490	(99)	1252	(99)
Opererade**	776	(61)	497	(59)	1273	(60)
Patienter som genomgått resektion**	703	(55)	461	(55)	1164	(55)
Perop tarmperforation, resecerade, 2019-2021*	118	(4.9)	54	(3.7)	172	(4.4)
Ackrediterad och/eller specinr, resecerade*	699	(100)	459	(100)	1158	(100)
Radikalt opererade enligt PAD och kirurg, resecerade, M0*	570	(96)	359	(95)	929	(95)
Antal undersökta körtlar ≥ 12, resecerade*	585	(90)	372	(91)	957	(90)
Postop mort inom 30 dagar, resecerade, 2019-2021	22	(0.9)	9	(0.6)	31	(0.8)
Vårdtid i dagar (median), opererade	6		6		6	
Postop MDK, op el end polypektomi, ej mort inom 30 dagar*	715	(99)	465	(99)	1180	(99)
Remitt till onkklin, resecerade, stad III, ≤ 75 år, 2019-2021	387	(65)	250	(70)	637	(67)
Inkluderad i kirurgiska och onkologiska studier*	208	(24)	152	(26)	360	(25)
3 års relativ överlevnad, resecerade, M0, 2015-2021		(94)		(95)		(95)
Lokalrecidiv inom 3 år, resecerade, M0, T1-T3, 2016-2018*	59	(3)	25	(2)	84	(2.6)

**För dessa indikatorer är "uppgift saknas" exkluderad.*
***Vi vet av erfarenhet att dessa siffror är för låga, eftersom en del patienter i den aktuella årskohorten ännu inte hunnit bli opererade/inrapporterade vid datauttaget till rapporten. Jämför med Figur 5.3 och 7.9 nedan, där vi av denna anledning valt att redovisa data för patienter diagnosticerade under 2020.*

Tabell 5.1. Täckningsgraden är sämre än förra året (99,7 % år 2020). Möjligtvis ses en trend mot färre lokalrecidiv samt lägre forskningsdeltagande. Dessa och övriga förändringar är dock små. Liksom förra året är bortfallet exkluderat ur analysen för de registervariabler som ingår i poängbedömningen.

Tabell 5.2. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för anmälningsformuläret, 2021.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	370	100
Mellansverige	489	99.8
Sydöstra	230	90.7
Södra	420	99.8
Västra	395	95.6
Norra	208	97.2
Totalt	2112	97.7

Täckningsgraden är i förhållande till antal tumörer i Cancerregistret.

Tabell 5.2. Täckningsgraden för anmälningsformuläret är beräknad i förhållande till antalet registrerade fall av rektalcancer i Cancerregistret (diagnoskod C20.9 och PAD-kod 096 och 996). Täckningsgraden på sjukhusnivå visas i figur 7.1 längre ner i rapporten.

Tabell 5.3. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för radiologiformuläret, någon preterapeutisk staging genomförd, ej endast klinisk diagnos, 2021.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	274	75.7
Mellansverige	344	72.4
Sydöstra	191	84.1
Södra	37	9.3
Västra	292	78.1
Norra	170	83.7
Totalt	1308	64.1

Tabell 5.4. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för operationsformuläret, de med endast klinisk diagnos och ingen planerad operation av primärtumör är exkluderade, 2021.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	270	84.1
Mellansverige	343	84.1
Sydöstra	158	81
Södra	270	83.9
Västra	279	89.1
Norra	130	81.8
Totalt	1450	84.4

Tabell 5.5. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för patologiformuläret, opererade patienter och endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd), 2021.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	208	89.7
Mellansverige	257	90.8
Sydöstra	138	93.2
Södra	245	79.3
Västra	262	95.3
Norra	104	88.1
Totalt	1214	88.9

Tabell 5.6. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för 30-dagarsuppföljningen, opererade patienter och endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd), 2021.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	200	86.2
Mellansverige	266	94
Sydöstra	129	87.2
Södra	244	79
Västra	255	92.7
Norra	106	89.8
Totalt	1200	87.9

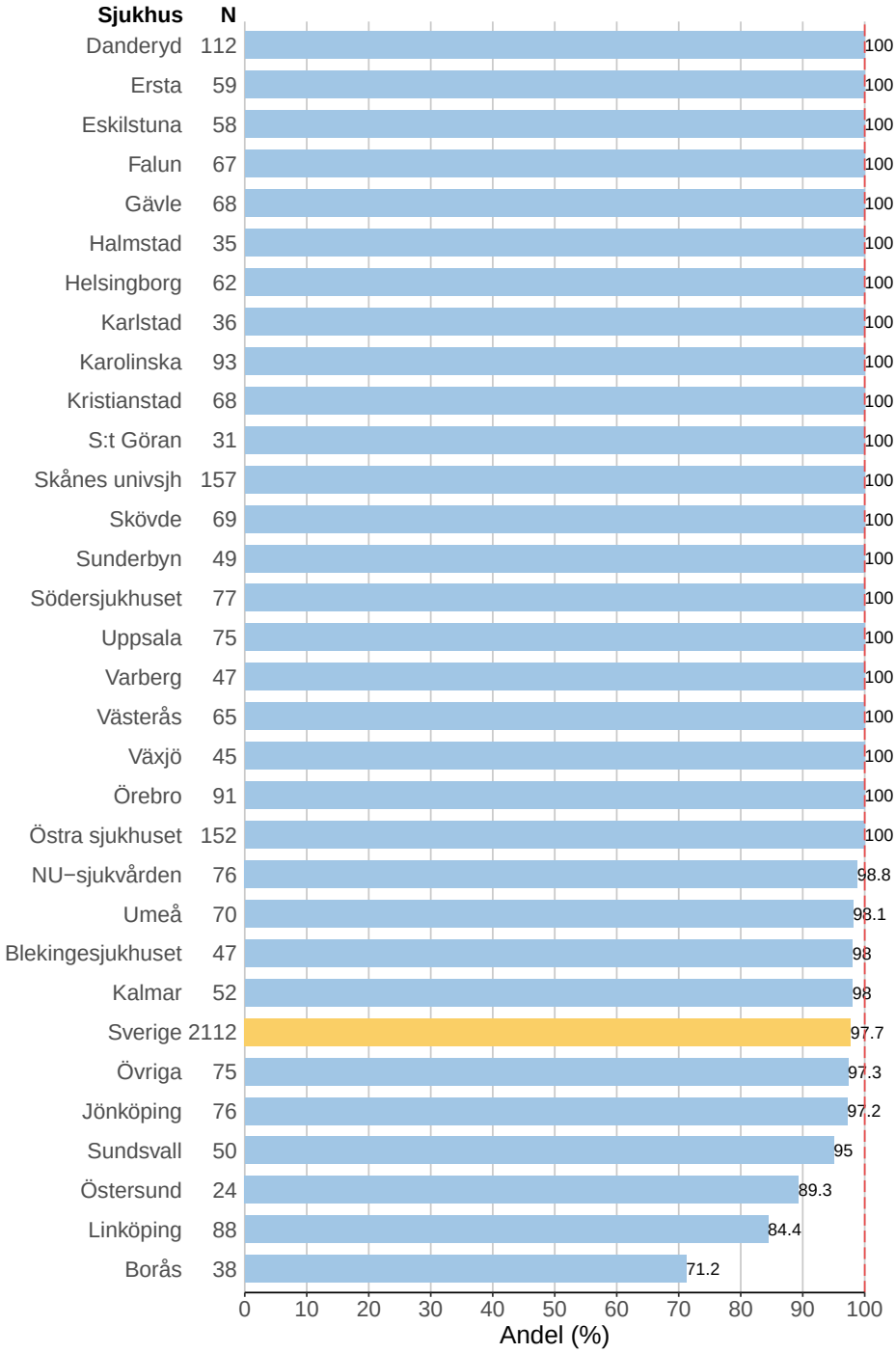
Tabell 5.7. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för 3-årsuppföljningen.

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	235	98.3
Mellansverige	318	96.7
Sydöstra	144	94.1
Södra	246	94.3
Västra	190	66.7
Norra	91	56.9
Totalt	1224	85.8

Tabell 5.8. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för 5-årsuppföljningen.

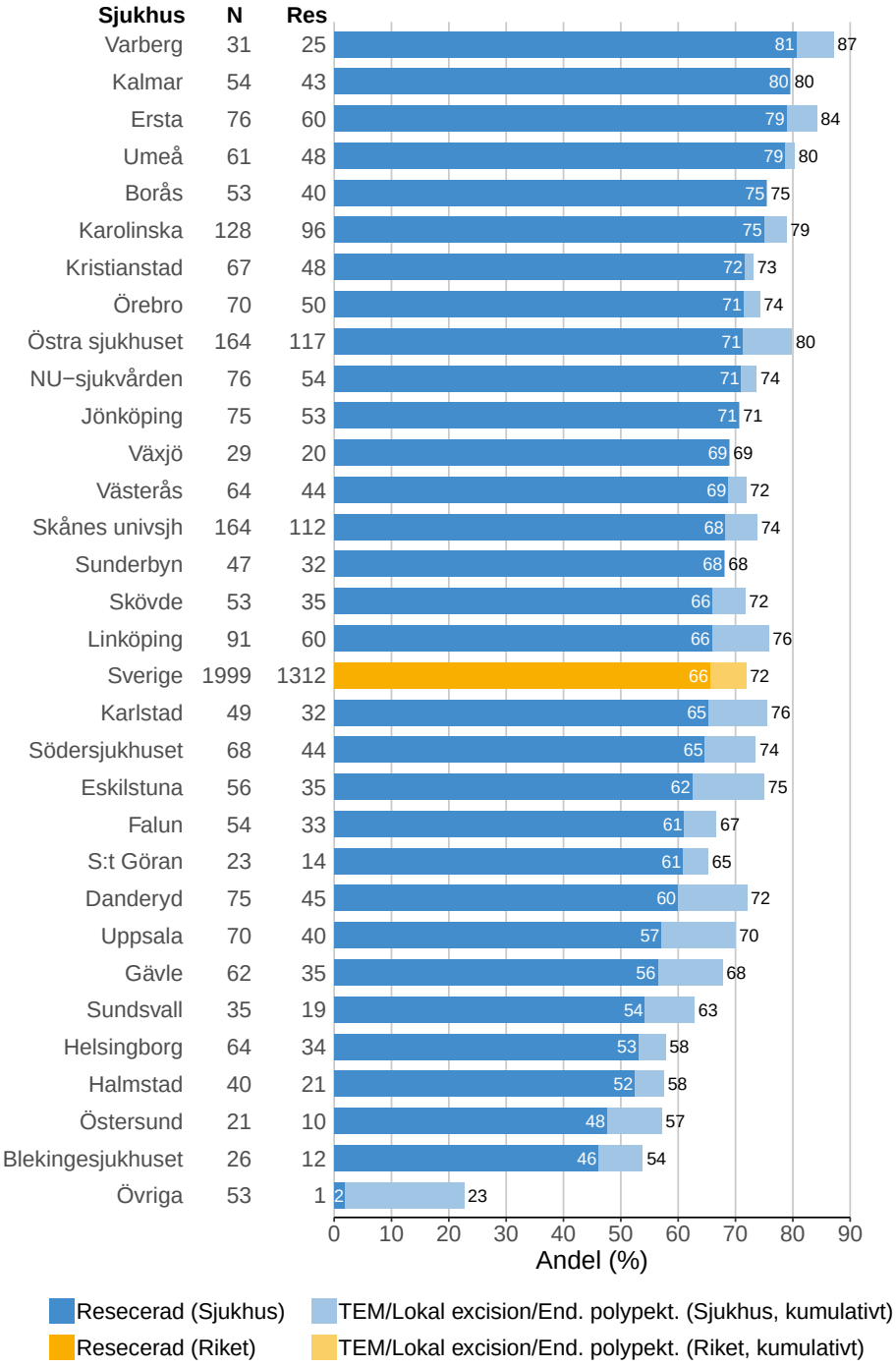
	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	265	100
Mellansverige	373	99.7
Sydöstra	152	83.1
Södra	300	99.3
Västra	202	68.9
Norra	98	74.8
Totalt	1390	89.8

Tabell 5.3-5.8. Här presenteras täckningsgraden för de olika registerformulären på regionnivå. Täckningsgraderna på sjukhusnivå återfinns i början av respektive kapitel. Jämfört med förra året ses viss försämring generellt, där särskilt uppföljningsformulären utmärker sig. Radiologiformuläret har som tidigare lägst täckningsgrad och precis som de föregående åren är det en region som utmärker sig negativt. Ett antal sjukhus har inte rapporterat in ett enda radiologiformulär (Figur 7.1).



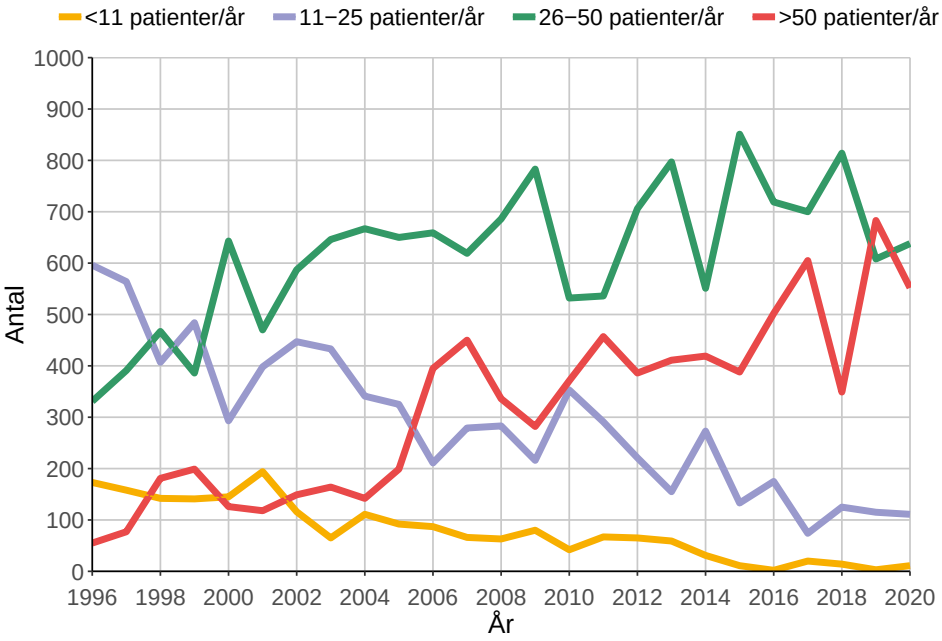
Figur 5.1. Antal registrerade patienter i kvalitetsregistret och täckningsgrad för anmälningsformuläret, 2021. Täckningsgraden är i förhållande till antal tumörer i Cancerregistret. Vilka sjukhus som ingår i ”Övriga” anges i kapitel 3.

Figur 5.1. En majoritet av sjukhusen har en komplett täckningsgrad, men färre än förra året uppnår komplett registrering (99,7 % år 2020). Flera sjukhus som nu inte når fullständig registrering gjorde det 2020. Sjukhusen i gruppen ”övriga” opererar färre än tio patienter per år.



Figur 5.2. Patienter som genomgått resektion eller TEM/Lokal excision/Endoskopisk polypektomi, alla patienter, 2020.

Figur 5.2. I denna figur (liksom i Figur 8.9 nedan) har vi valt att presentera data för patienter diagnosticerade under 2020 istället för 2021 för att få tillförlitliga siffror. Detta har att göra med att många patienter i en årskohort inte hunnit opereras – eller inrapporteras – vid datauttaget till rapporten i början av efterföljande år och saknas data avseende operation så faller patienten ut som ej opererad, vilket ger en felaktigt för låg resektionsfrekvens. Resektionsfrekvensen varierar mellan sjukhusen, vilket delvis torde förklaras av skillnader i patientunderlag (p g a remisströmmar t ex), men är stationär sedan förra året. Observera att kumulativ frekvens resektion (inkluderar lokala ingrepp) visas med ljusa färger. Avseende gruppen ”övriga”, se kapitel 3.



Figur 5.3. Antal operationer med resektion av primärtumören, uppdelade på sjukhus med små, mellanstora och stora volymer, 1996-2020.

Figur 5.3. Här illustreras centraliseringen av rektalcancerkirurgin. Få patienter opereras på enheter med låg volym. Definitioner av olika kategorier volym kan diskuteras.

KAPITEL 6
Vårdprogrammets kvalitetsindikatorer

Tabell 6.1. Målnivå för poängbedömningen.

		Poäng					
	Urval	0	-1	-2	-3	-4	-5
Effektmått							
A	Resecerade, M0	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
B	Resecerade	< 1%	1-1,9%	2-2,9%	3-3,9%	≥ 4%	
C	Resecerade, M0	≥ 95%	90-94%	85-89%	80-84%	75-79%	< 75%
D	Resecerade, T1-T3, ej preop strål	< 5%	5-7%	7-10%	11-14%	≥ 15%	
E	Resecerade, T1-T3, preop strål	< 5%	5-7%	7-10%	11-14%	≥ 15%	
F	Resecerade	0%	0.01-2%	2.01-5%	> 5%		
G	Resecerade, ej pT0	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
Processmått							
H	Cyt/strål/op	≥ 80%	70-79%	60-69%	< 60%		
I	Resecerade	≥ 80%	70-79%	< 70%			
J	Resecerade, stadium I-III, remitt till onkklin	≥ 80%	75-79%	70-74%	65-69%	< 65%	
K	Preterapeutisk MDK och preop strålbeh	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
L	Alla	100%	97-99%	90-96%	< 90%		
M	Alla op	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
N	Alla utom end polyp	≥ 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	Op med främre res eller Hartmann	100%	95-99%	90-94%	< 90%		
R	Op eller end polyp, ej 30d mort	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
S	30d uppf eller onk formulär finns	≥ 30%	20-29%	10-19%	< 10%		
T	Op eller end polyp, ej 30d mort	100%	97-99%	90-96%	< 90%		

Effektmått

A) Radikalt opererad enligt kirurg och patolog, 2021*
B) 30 dagars mortalitet, 2019-2021
C) Relativ 3-årsöverlevnad, diagnosår 2015-2021
D) Lokalrecidiv inom 3 år, ej preop strål, 2016-2018*
E) Lokalrecidiv inom 3 år, preop strål, 2016-2018*
F) Perop tarmperforation, 2019-2021*
G) Cirkumferentiell marginal (CRM), andel > 1.0 mm, 2021

Processmått

H) Väntetid från diagnos till behandlingsstart, andel inom 4 veckor, 2021*
I) Väntetid från operation till PAD svar, andel inom 3 veckor, 2021*
J) Väntetid från operation till adjuvant behandling, andel inom 8 veckor, 2018-2020* **
K) Väntetid från preterapeutisk MDK till start av preop strålbeh, andel inom 2 veckor, 2020* **
L) Täckningsgrad, anmälan, 2021
M) Komplett staging, 2021*
N) Preterapeutisk MDK, 2021*
O) Ackrediterad kolorektal kirurg och/eller specialist med kolorektal inriktning, 2021*
P) Antal undersökta körtlar ≥ 12, 2021*
Q) Sköljning, 2021*
R) Postoperativ MDK, 2021*
S) Inkluderad i kirurgiska eller onkologiska studier, 2021*
T) Täckningsgrad, 3- och 5-årsuppföljning, 2016 och 2018

**) "Uppgift saknas" är exkluderad.*
***) Data avseende onkologisk behandling hämtas från onkologiformuläret, som av nödvändighet registreras med viss fördröjning. Därför presenteras inte data för 2021 för dessa variabler.*

Tabell 6.2. Poängbedömning för effektmått, 2021.

	A	B	C	D	E	F	G
Blekingesjukhuset	0	−3	0	0	0	−3	0
Borås	*	0	0	0	0	−2	*
Danderyd	*	0	0	0	−1	−3	*
Ersta	0	0	0	0	−1	−1	0
Eskilstuna	*	−2	−1	0	0	−1	*
Falun	*	−1	−2	0	0	−2	*
Gävle	*	0	0	0	0	−1	*
Halmstad	0	−1	−2	0	0	−3	−1
Helsingborg	*	0	0	0	0	−2	*
Jönköping	0	0	−1	0	−1	−2	0
Kalmar	0	0	−1	−1	0	−2	0
Karlstad	*	−1	0	0	0	−2	*
Karolinska	*	0	−2	0	−2	−3	*
Kristianstad	0	0	−1	0	0	−2	−1
Linköping	0	0	0	0	−1	−1	0
NU−sjukvården	0	0	0	0	0	−2	0
S:t Göran	*	0	−1	0	−1	−2	0
Skånes univsjh	0	0	−1	0	0	−3	−1
Skövde	0	−1	−1	0	0	−3	0
Sunderbyn	*	−1	0	0	0	−2	*
Sundsvall	0	−1	0	0	0	−2	*
Södersjukhuset	*	−2	−1	0	0	−3	*
Umeå	*	0	−1	−1	0	−2	*
Uppsala	0	0	−1	−1	0	−2	−1
Varberg	−1	−1	−1	0	0	0	−1
Västerås	0	0	0	0	0	−3	0
Växjö	0	0	0	0	0	−1	−1
Örebro	0	0	−2	0	0	−1	0
Östersund	0	0	−2	−1	−1	0	0
Östra sjukhuset	0	0	0	0	0	−3	0
Övriga	0	−4	0	0	0	−3	0

**) Täckningsgraden för variabeln är mindre än 90% och poängen redovisas därför inte.*

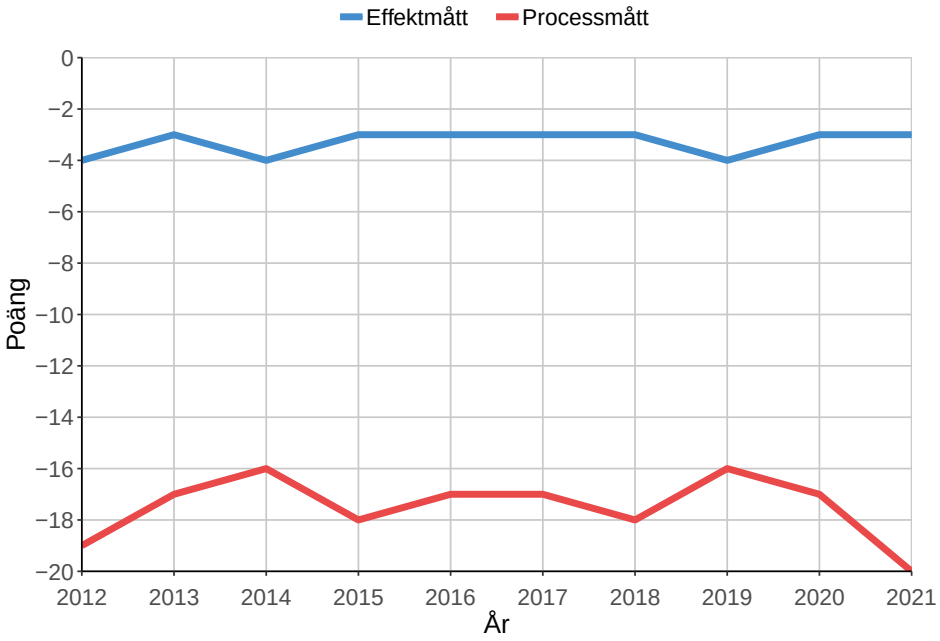
Tabell 6.3. Poängbedömning för processmått, 2021.

	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Blekingesjukhuset	−3	−1	−2	−3	−1	0	0	0	0	0	*	−3	−1
Borås	−3	0	0	−3	−3	0	0	0	*	0	*	−3	−3
Danderyd	−3	0	−1	−3	0	0	0	0	*	−2	*	0	−1
Ersta	−3	0	0	−3	0	0	0	0	−2	−3	0	0	−2
Eskilstuna	−3	0	−4	−3	0	0	0	0	*	−3	0	−3	−2
Falun	−3	0	0	−3	0	0	0	0	*	−1	0	−3	−2
Gävle	−3	−2	0	−3	0	0	0	0	*	0	0	−1	−3
Halmstad	−2	0	0	−3	0	0	0	0	0	−3	0	−3	−2
Helsingborg	−3	0	0	−3	0	0	0	0	*	−3	*	−1	−2
Jönköping	−3	−2	0	−3	−1	0	0	0	−1	0	0	0	−2
Kalmar	−3	0	0	−3	−1	0	0	0	−3	−3	0	0	−2
Karlstad	−3	0	0	−3	0	0	0	0	*	−3	*	−3	−2
Karolinska	−3	−2	−1	−3	0	0	0	0	*	−3	*	0	−2
Kristianstad	−3	0	0	−3	0	0	0	0	0	−2	*	−3	0
Linköping	−3	−2	0	−3	−3	0	0	0	−2	0	*	−3	−3
NU−sjukvården	−3	−1	0	−	−1	0	0	0	−1	−2	0	−3	−3
S:t Göran	−3	0	0	−3	0	0	0	0	0	−3	0	−3	−1
Skånes univsjh	−3	0	0	−3	0	0	0	0	−2	−3	*	−1	−2
Skövde	−3	−1	0	−3	0	0	0	0	0	−1	0	0	−3
Sunderbyn	−3	0	0	−3	0	0	0	0	−2	0	*	−3	−3
Sundsvall	−3	0	−1	−3	−2	0	0	0	0	−2	0	0	−3
Södersjukhuset	−3	0	0	−3	0	0	0	0	*	−2	0	−2	0
Umeå	−3	0	−1	−3	−1	0	0	0	*	−2	*	−3	−3
Uppsala	−3	−2	−3	−3	0	0	0	0	−1	−1	0	−3	0
Varberg	−3	0	0	−3	0	0	0	0	−2	−3	0	−3	−3
Västerås	−3	−2	0	−3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Växjö	−3	0	0	−	0	0	0	0	−1	−3	0	−2	0
Örebro	−3	0	0	−3	0	0	0	0	0	0	0	−3	0
Östersund	−3	0	−4	−3	−3	0	0	−1	−1	−3	0	−3	−3
Östra sjukhuset	−3	−2	0	−3	0	0	0	0	−2	−2	*	0	−3
Övriga	−3	0	−4	−3	−1	0	0	0	0	−3	*	−3	−3

*) *Täckningsgraden för variabeln är mindre än 90% och poängen redovisas därför inte.*

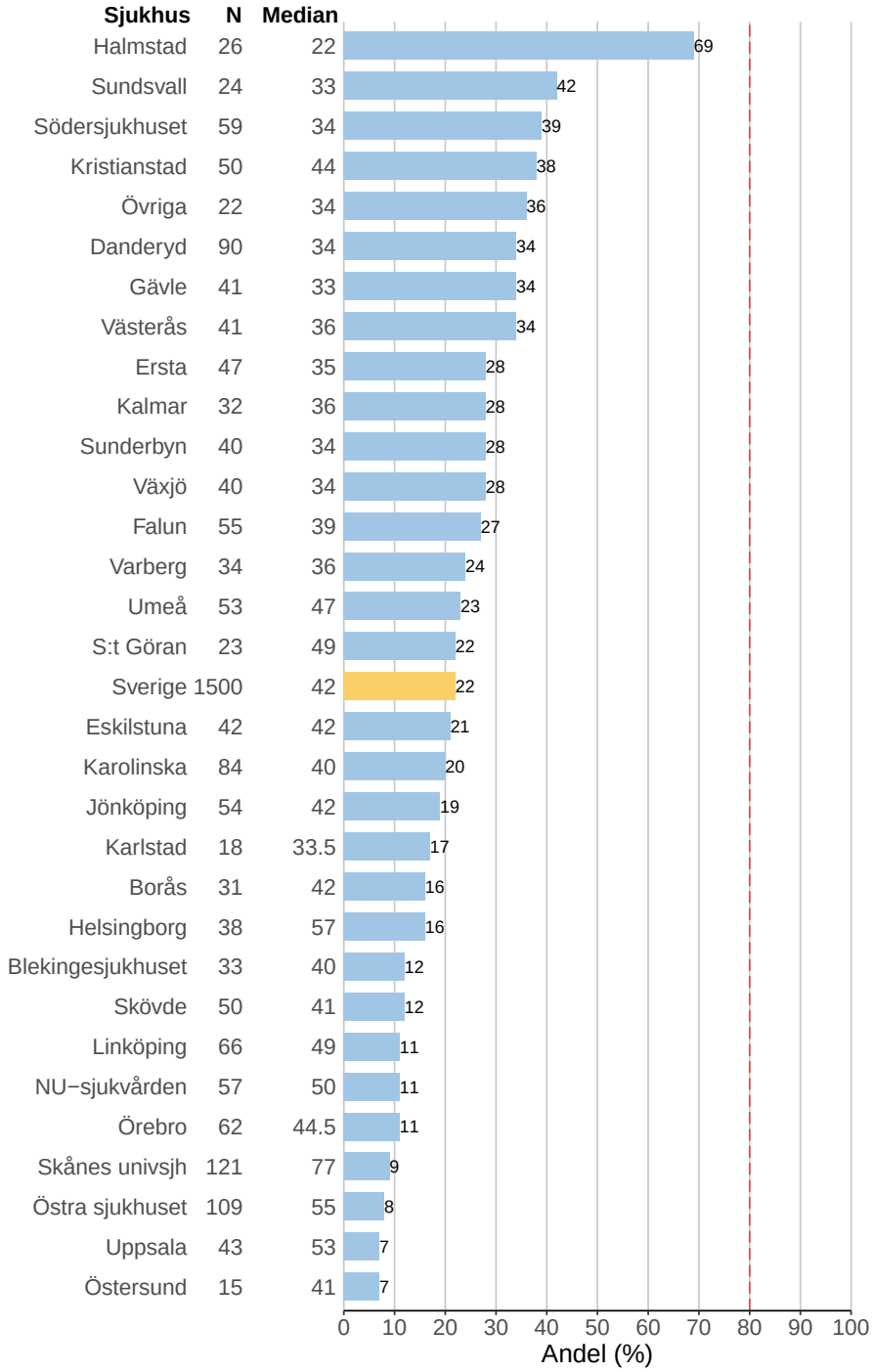
Tabell 6.4. Täckningsgrader för effekt- och processmått, 2021.

	A	D	E	F	G	M	N	O	P	Q	R	S
Blekingesjukhuset	95	100	100	98	91	100	100	96	96	100	68	100
Borås	84	100	100	100	77	100	100	100	78	100	82	100
Danderyd	83	100	100	100	79	98	100	100	88	100	76	100
Ersta	97	100	100	100	97	100	100	100	97	100	95	100
Eskilstuna	69	100	100	100	76	100	100	100	85	100	92	100
Falun	76	100	100	99	81	100	100	100	83	100	96	100
Gävle	76	100	100	99	72	100	100	93	79	100	97	100
Halmstad	100	100	100	100	95	100	100	100	95	100	96	100
Helsingborg	62	100	100	99	68	97	98	97	70	100	89	100
Jönköping	94	97	98	100	96	100	100	100	96	100	93	100
Kalmar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Karlstad	86	100	100	99	86	100	100	100	86	100	88	100
Karolinska	56	100	98	100	60	100	100	100	63	100	90	100
Kristianstad	97	100	100	100	97	100	100	100	97	100	73	100
Linköping	91	100	100	99	90	100	99	100	91	100	80	100
NU−sjukvården	96	100	100	100	96	100	93	96	96	100	100	100
S:t Göran	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	93	100
Skånes univsjh	96	100	100	100	97	100	97	100	98	100	73	100
Skövde	91	100	100	100	91	100	99	100	91	100	100	100
Sunderbyn	88	100	100	99	88	100	100	100	93	100	89	100
Sundsvall	100	100	100	100	82	100	100	100	100	100	100	100
Södersjukhuset	88	100	100	100	87	100	99	100	89	100	90	100
Umeå	77	96	94	100	76	98	100	100	79	100	83	100
Uppsala	100	100	100	100	94	100	100	100	97	100	98	100
Varberg	100	100	100	100	96	100	98	100	100	100	100	100
Västerås	91	100	100	100	94	100	100	100	94	100	95	100
Växjö	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92	100
Örebro	100	100	100	100	98	100	100	100	100	100	94	100
Östersund	100	100	100	97	100	100	100	100	100	100	100	100
Östra sjukhuset	98	100	100	100	98	100	99	100	98	100	87	100
Övriga	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	60	93



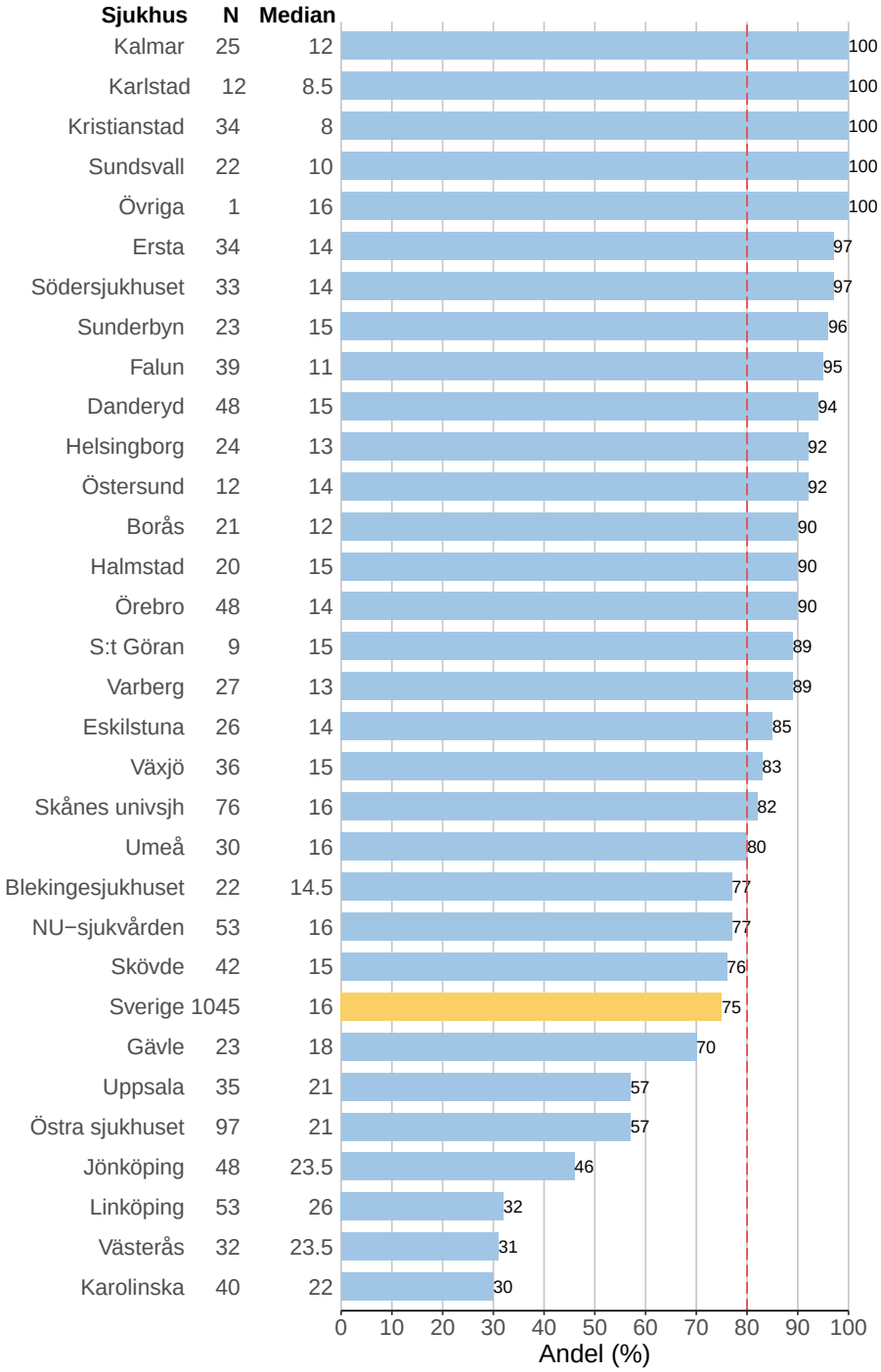
Figur 6.1. Poäng för effekt- och processmått, Sverige, 2012-2021.

Tabell 6.1-6.4 och Figur 6.1. För vart och ett av de olika effekt- och processmåtten finns en målnivå och ligger man under den erhålles ett eller flera minuspoäng. Som bekant så är tanken med poängbedömningen inte att jämföra sjukhusen med varandra utan att ge varje enhet möjlighet att reflektera över sina minusposter – och täckningsgrader – och försöka förbättra sig. Bortfallet är exkluderat ur analysen för flertalet variabler. Om täckningsgraden understiger 90 % redovisas inte poängen. Generellt försämras poängen för processmått senaste åren, vilket månne reflekterar pandemin och krympande resurser; effektmått förefaller dock vara stationära.



Figur 6.2. Väntetid från diagnos till behandlingsstart, andel inom 4 veckor, 2021.
De som saknar uppgift eller har negativ ledtid är exkluderade.

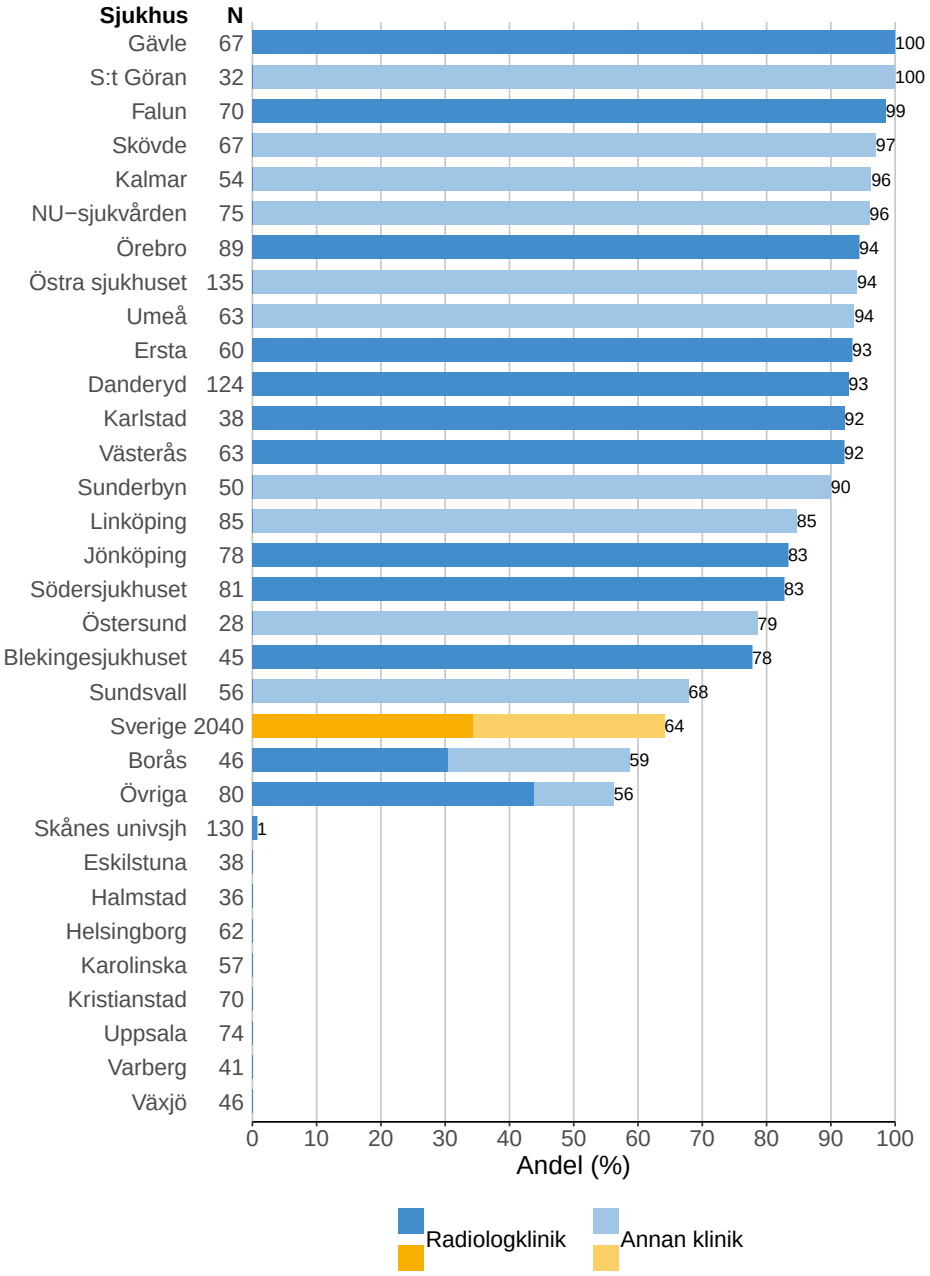
Figur 6.2. Mediantiden från diagnos till behandling (neoadjuvant behandling eller operation) är 42 dagar i riket som helhet. Detta innebär att endast en mindre andel av patienterna påbörjar behandling inom fyra veckor efter diagnos. Spridningen är stor mellan sjukhusen och inte något når upp till aktuell målnivå. Jämfört med förra året ses en minimal förbättring på nationell nivå.



Figur 6.3. Väntetid från operation till PAD-svar, andel inom 3 veckor, patienter som genomgått resektion, 2021. De som saknar uppgift eller har negativ ledtid är exkluderade.

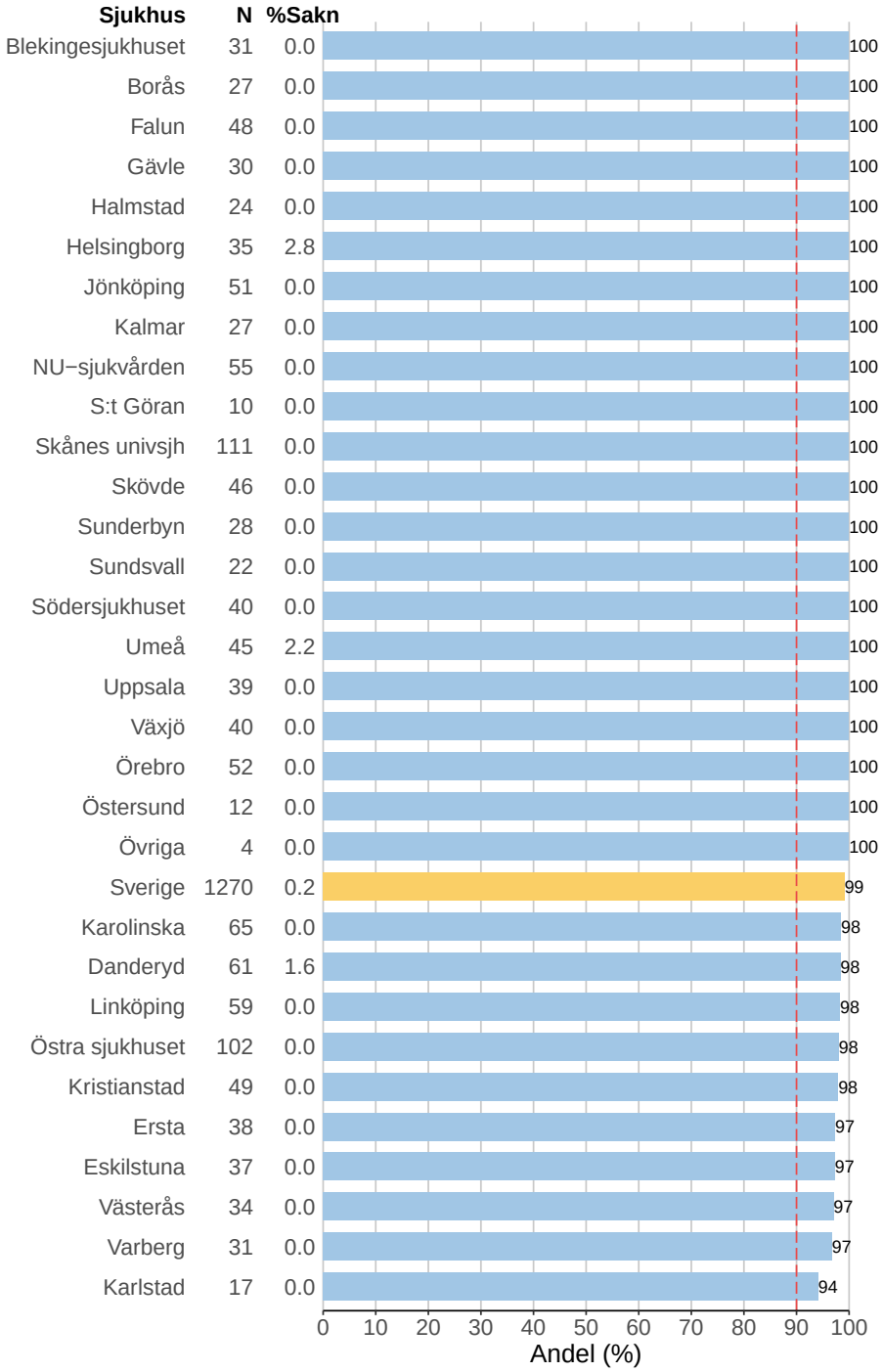
Figur 6.3. Mediantiden från operation till PAD-svar är 16 dagar i riket som helhet. En majoritet av sjukhusen når målvärdet, dvs att 80 % av patienterna skall ha ett färdigt PAD-svar inom tre veckor; däremot är andelen försämrad jämfört förra året. Det viktigaste är att PAD-svaret kommer i tillräckligt god tid för att möjliggöra start av adjuvant cytostatikabehandling inom 6-8 veckor.

KAPITEL 7
Utredning



Figur 7.1. Täckningsgrad radiologiformuläret, någon preterapeutisk staging genomförd, ej endast klinisk diagnos, uppdelat på anmälande sjukhus, 2021.

Figur 7.1. Täckningsgraden för radiologiformuläret är fortsatt alltför låg på flera sjukhus och många sjukhus har inte rapporterat in några data alls. Detta påverkar förstås registrets validitet avseende klinisk stadieindelning mm. Av figuren framgår vilken enhet som ansvarat för inrapporteringen, radiologikliniken eller annan klinik (sannolikt oftast kirurgkliniken). Det är glädjande att se att registreringen i ganska stor utsträckning sköts av radiologiklinikerna själva och vi i styrgruppen vill gärna uppmuntra den utvecklingen.



Figur 7.2. Komplett preoperativ staging, opererade patienter, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 7.2. Denna variabel hämtas från anmälningsformuläret och påverkas således inte av den låga täckningsgraden för radiologiformuläret.

Tabell 7.1. cT vs pT, patienter som genomgått resektion utan preop strålbehandling, 2021.

	pT1–2		pT3		pT4		pTX		Uppgift saknas		Totalt
cT1–2	184	(63)	79	(27)	10	(3)	2	(1)	15	(5)	290
cT3	102	(30)	207	(60)	15	(4)	0	(0)	20	(6)	344
cT4	5	(10)	30	(58)	13	(25)	0	(0)	4	(8)	52
cTX	13	(52)	6	(24)	0	(0)	0	(0)	6	(24)	25
Uppgift saknas	1	(25)	2	(50)	0	(0)	0	(0)	1	(25)	4
Totalt	305	(43)	324	(45)	38	(5)	2	(0)	46	(6)	715

Tabell 7.2. cT vs ypT, patienter som genomgått resektion med preop strålbehandling, 2021.

	ypT0		ypT1–2		ypT3		ypT4		ypTX		Uppgift saknas		Totalt
cT1–2	1	(2)	32	(73)	4	(9)	1	(2)	1	(2)	5	(11)	44
cT3	17	(7)	68	(26)	134	(51)	8	(3)	2	(1)	32	(12)	261
cT4	9	(6)	17	(12)	61	(43)	30	(21)	2	(1)	22	(16)	141
cTX	0	(0)	1	(100)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1
Uppgift saknas	0	(0)	0	(0)	1	(50)	0	(0)	0	(0)	1	(50)	2
Totalt	27	(6)	118	(26)	200	(45)	39	(9)	5	(1)	60	(13)	449

Tabell 7.3. cN vs pN, patienter som genomgått resektion utan preop strålbehandling, 2021.

	pN0		pN1–2		pNX		Uppgift saknas		Totalt
cN0	320	(69)	108	(23)	3	(1)	30	(7)	461
cN1–2	104	(42)	126	(51)	1	(0)	15	(6)	246
cNX	5	(71)	1	(14)	0	(0)	1	(14)	7
Uppgift saknas	3	(60)	1	(20)	0	(0)	1	(20)	5
Totalt	432	(60)	236	(33)	4	(1)	47	(7)	719

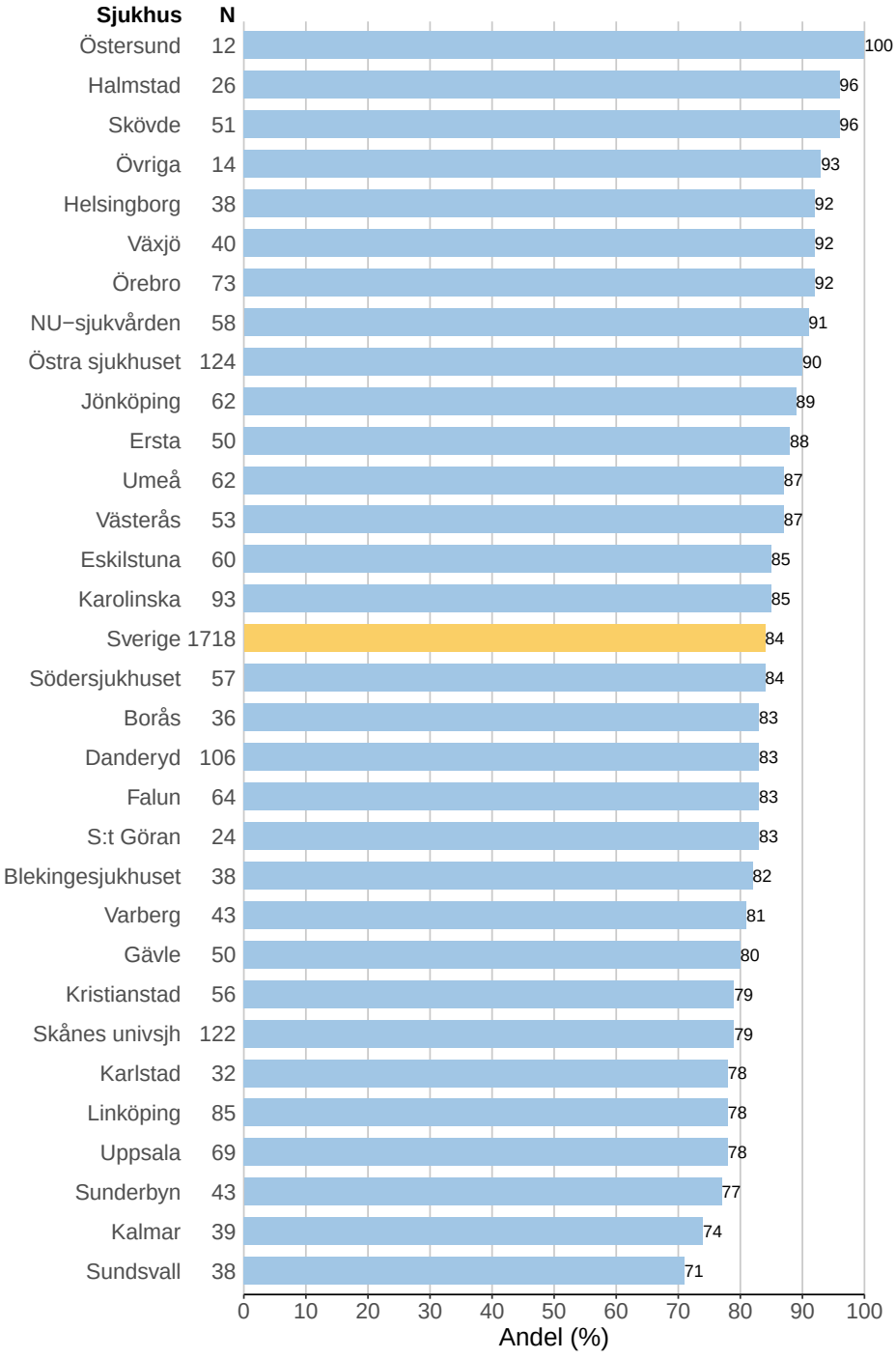
Tabell 7.4. cN vs ypN, patienter som genomgått resektion med preop strålbehandling, 2021.

	ypN0		ypN1–2		ypNX		Uppgift saknas		Totalt
cN0	76	(70)	21	(19)	1	(1)	11	(10)	109
cN1–2	154	(46)	130	(39)	0	(0)	51	(15)	335
cNX	1	(33)	2	(67)	0	(0)	0	(0)	3
Uppgift saknas	1	(50)	0	(0)	0	(0)	1	(50)	2
Totalt	232	(52)	153	(34)	1	(0)	63	(14)	449

Tabell 7.1-7.4. Dessa tabeller visar korrelationen mellan den preoperativa stadieindelningen och patologin för ostrålade respektive strålade patienter. Man kan ana en regressionseffekt (downstaging) av strålningen och en tendens att överskatta T-och N-stadiet med MR hos ostrålade. Det finns ännu ingen registrering för T- och N-stadium efter neoadjuvant terapi.

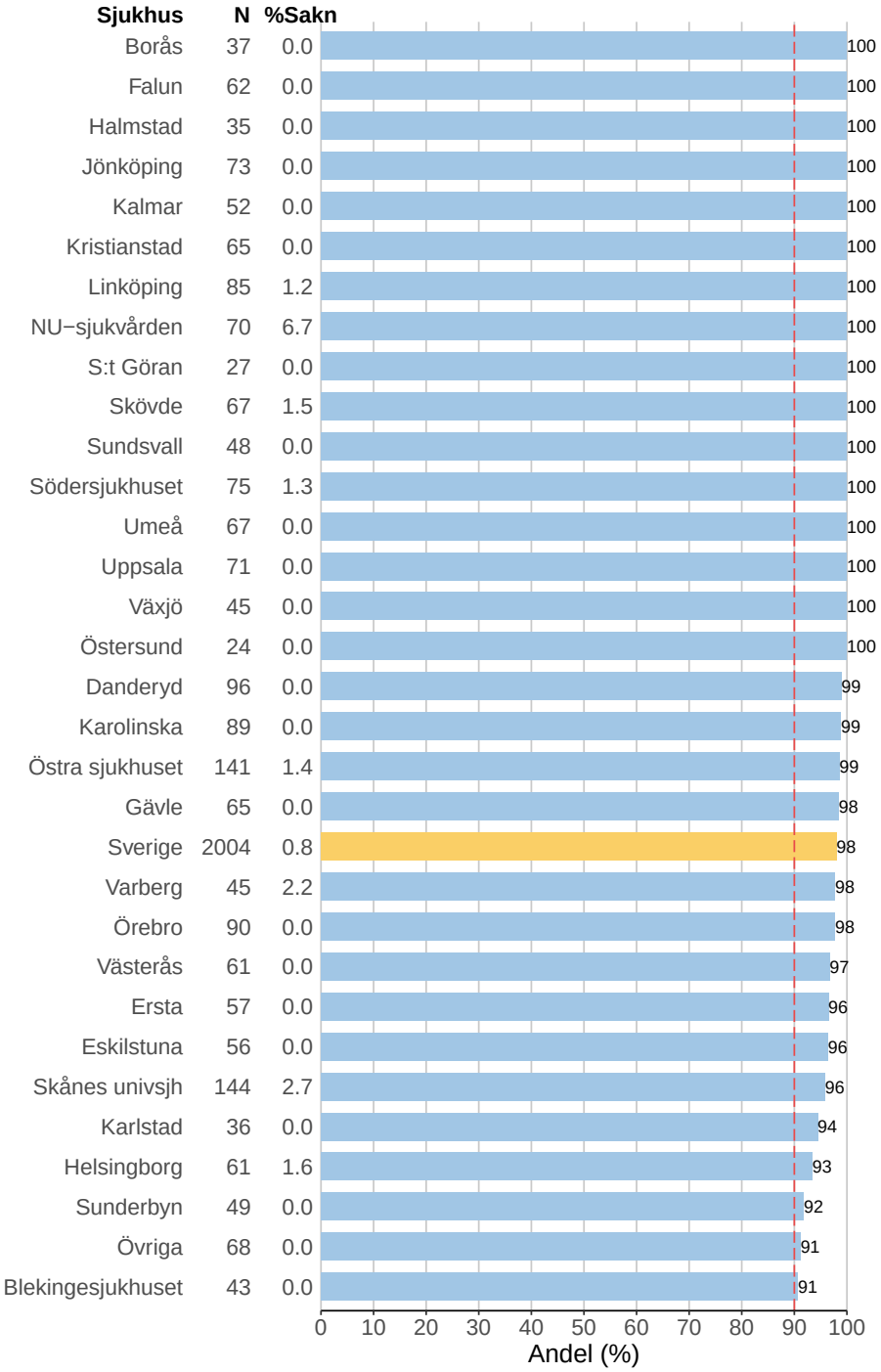
cTNM = kliniskt stadium. pTNM = patologiskt stadium. ypTNM = patologiskt stadium efter strålbehandling.

KAPITEL 8
Behandling och operation



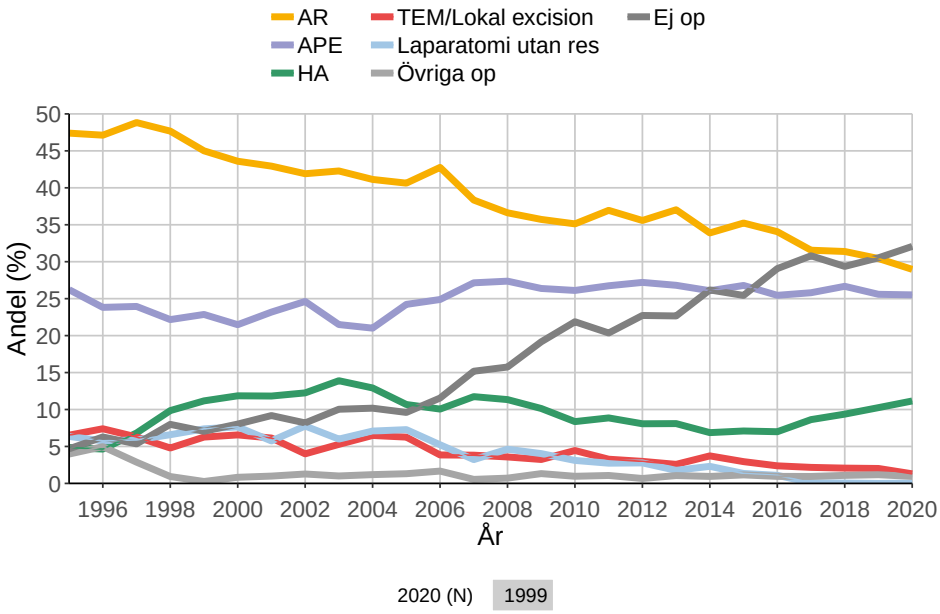
Figur 8.1. Täckningsgrad för operationsformuläret, de med endast klinisk diagnos och ingen planerad operation av primärtumör är exkluderade, 2021.

Figur 8.1. Operationsformuläret är förmodligen registrets mest centrala formulär och dessutom det som så att säga ligger i kirurgens händer, så här borde vi ytterligare kunna förbättra täckningsgraden. Dessvärre är täckningsgraden år 2021 försämrad (86 % år 2020).

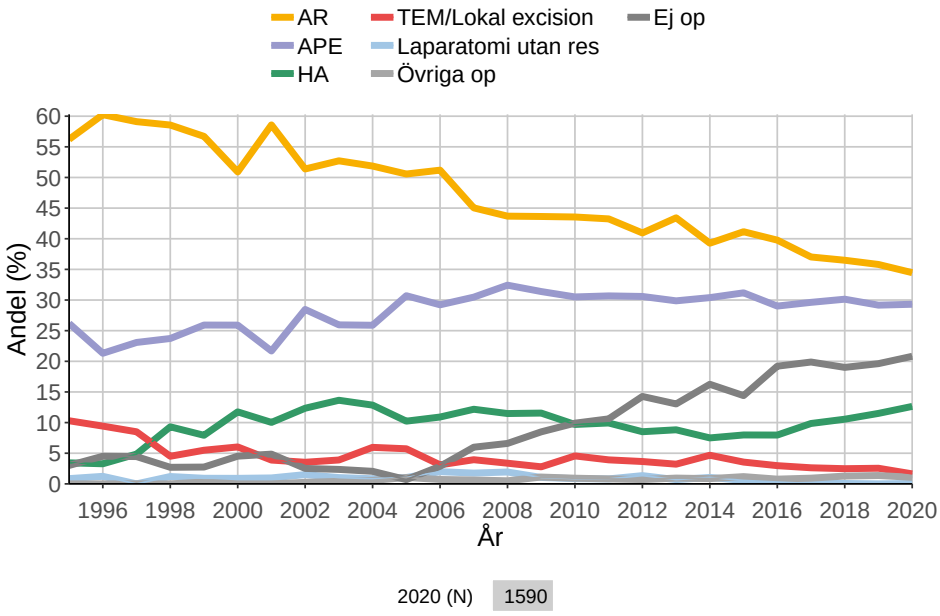


Figur 8.2. Preterapeutisk bedömning på MDK, ej endoskopisk polypektomi som enda åtgärd 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 8.2. Konceptet preterapeutisk multidisciplinär konferens är väletablerat och alla sjukhus i riket klarar målvärdet på 90 %. Figur 8.2 belyser att det ofta sker en nationell likriktning över tid efter det att en ny variabel införs i registret – något som registret möjligen inte bara påvisar utan eventuellt även bidrar till.



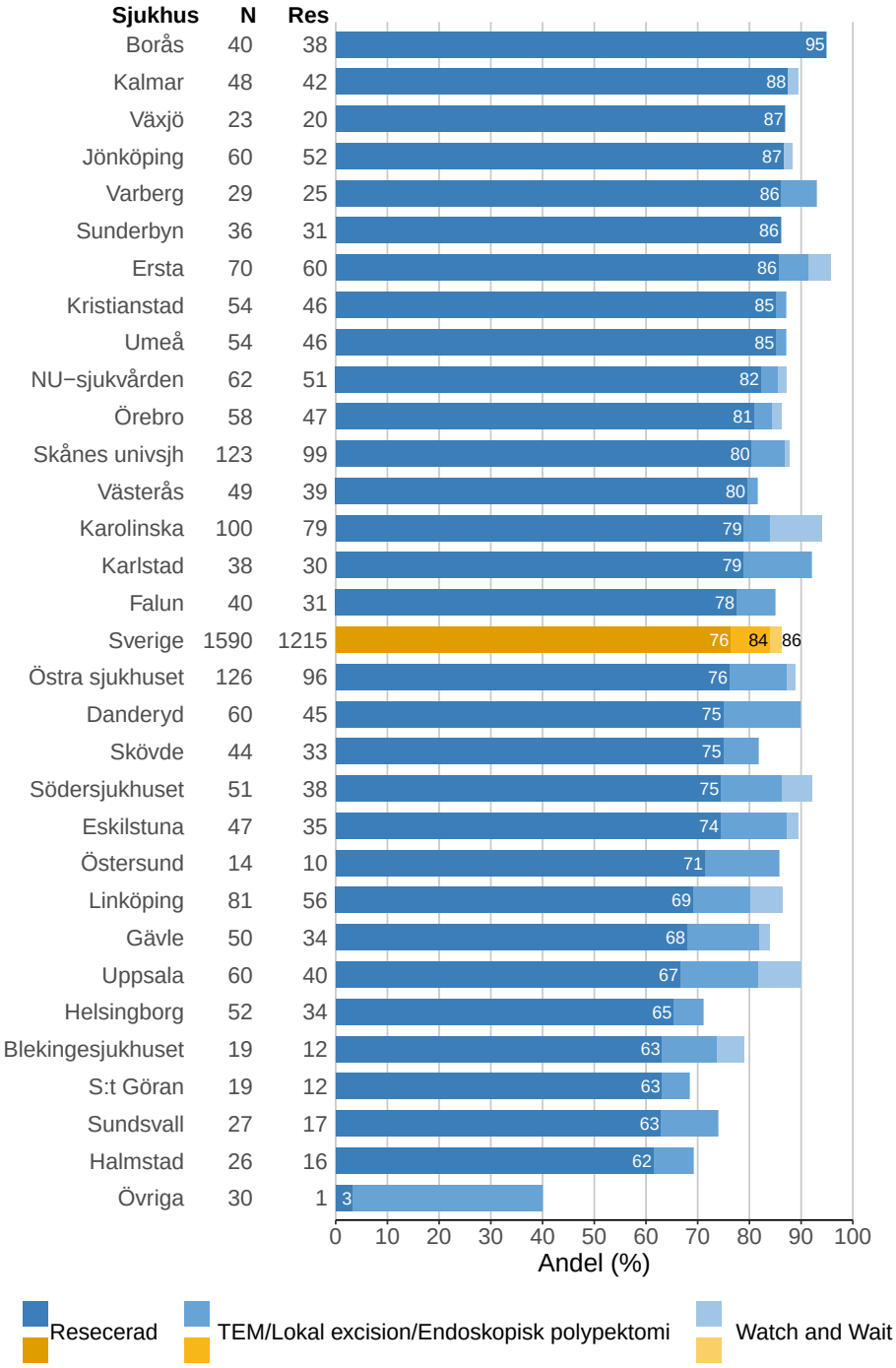
Figur 8.3. Fördelning av operationstyp, alla patienter, 1995-2020.



Figur 8.4. Fördelning av operationstyp, M0-patienter, 1995-2020.

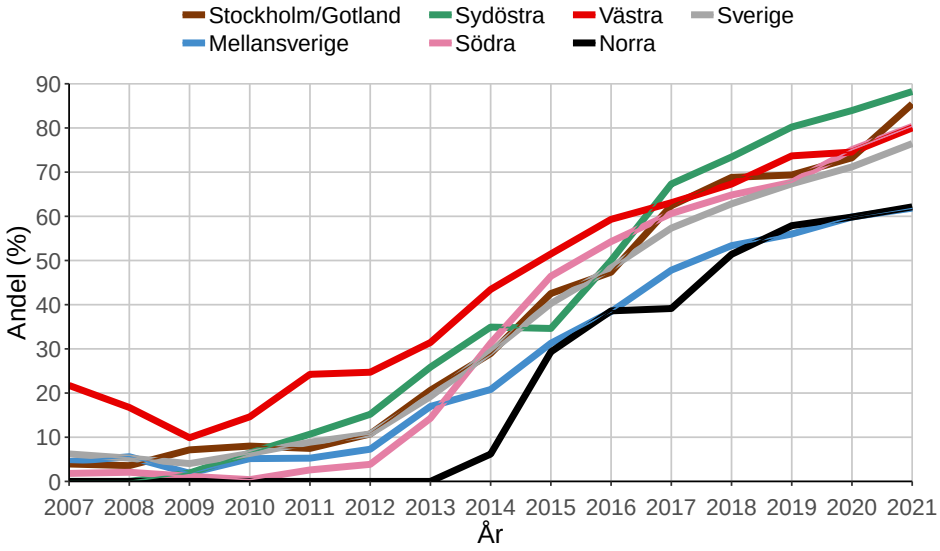
Figur 8.3-8.4. Figurerna beskriver fortsatt en minskning av andelen främre resektioner över tid samt en ökning av andelen icke opererade patienter, även i frånvaro av metastaserad sjukdom. Watch and wait kan rimligen förklara enbart en del av ökningen av icke opererade. Data för 2021 presenteras inte i denna figur, eftersom alla operationsformulär för årskohorten ännu inte är inrapporterade vid datauttaget till rapporten, vilket påverkar kurvorna – saknas uppgift om operation faller patienten ut som ej opererad.

AR=främre resektion med anastomos. APE=abdominoperineal excision inklusive såväl intersfinkterisk som extralevatorisk APE. TEM/lokal excision= främst transanal endoskopisk mikrokirurgi men kan även omfatta annan typ av lokal excision utan laparotomi. HA=Hartmanns operation d.v.s. resektion av det tumörbärande segmentet med blind förslutning av rektalstumpen och kolostomi.



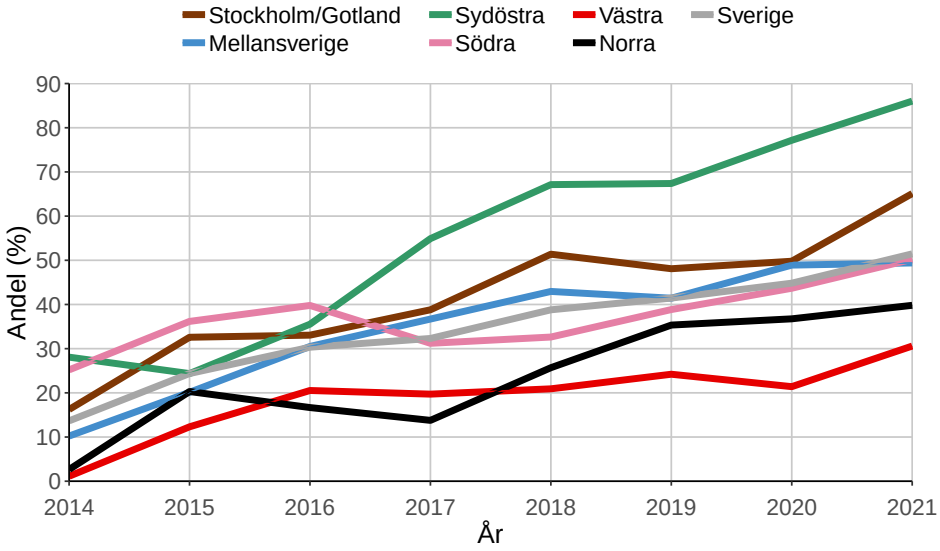
Figur 8.5. Andel resecerade, TEM/Lokal excision/Endoskopisk polypektomi och watch and wait av alla M0-patienter, 2020.

Figur 8.5. Figuren visar andelen av samtliga M0-patienter som genomgått resektion, TEM/lokal excision eller som påbörjat uppföljning enligt watch and wait-protokollet. Liksom i Figur 5.2 presenteras data för patienter diagnosticerade under 2020 för att få tillförlitliga siffror. Detta har att göra med att många patienter i den senaste årskohorten ännu inte hunnit opereras/inrapporteras vid datauttaget till rapporten. Avseende gruppen ”övriga”, se kapitel 3.



	Stockholm/Gotland	Mellansverige	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Sverige
2021 (N)	192	249	136	229	255	103	1164

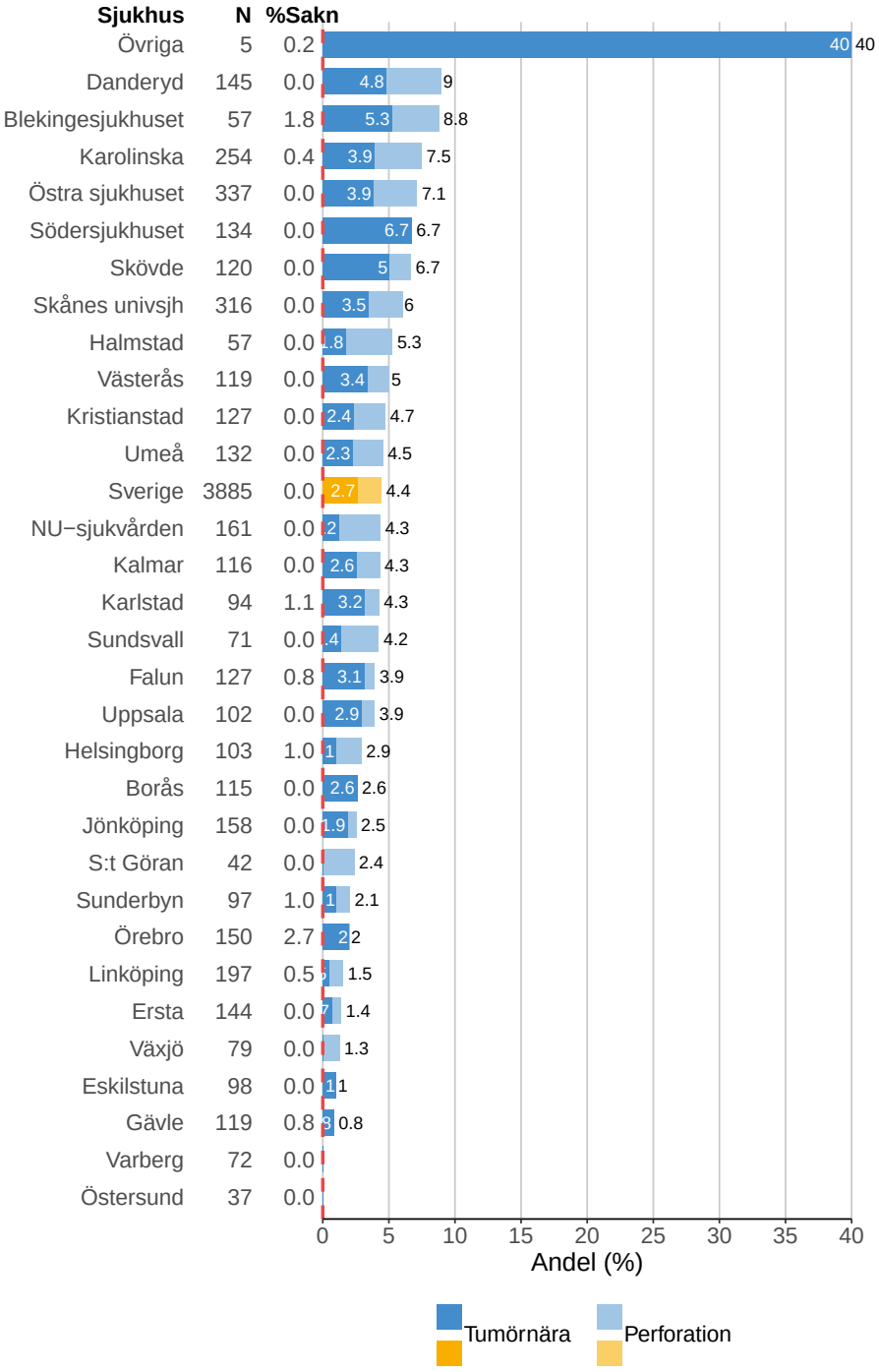
Figur 8.6. Minimalinvasivt opererade, patienter som genomgått resektion, 2007-2021.



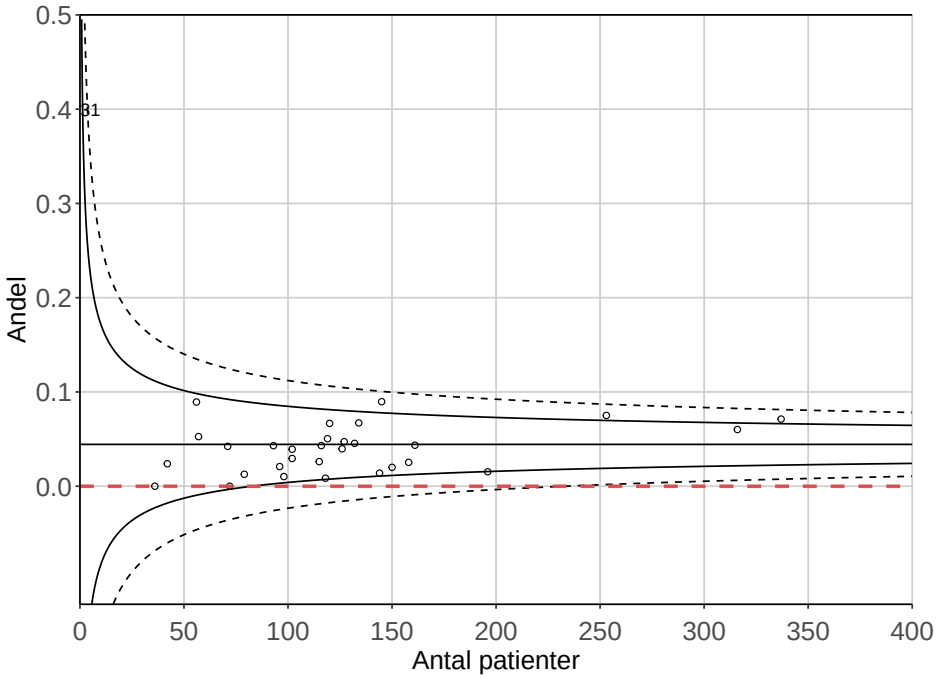
	Stockholm/Gotland	Mellansverige	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Sverige
2021 (N)	192	249	136	229	255	103	1164

Figur 8.7. Robotassisterad operation, andel av samtliga patienter som genomgått resektion (såväl öppet som minimalinvasivt), 2014-2021.

Figur 8.6-8.7. En allt större andel patienter opereras minimalinvasivt. Hela riket ökar sin andel, men ett par regioner släpar efter något. Detta beror på enskilda sjukhus och tillgång till exempelvis operationsrobot, där användningen fortsätter öka i flera regioner.

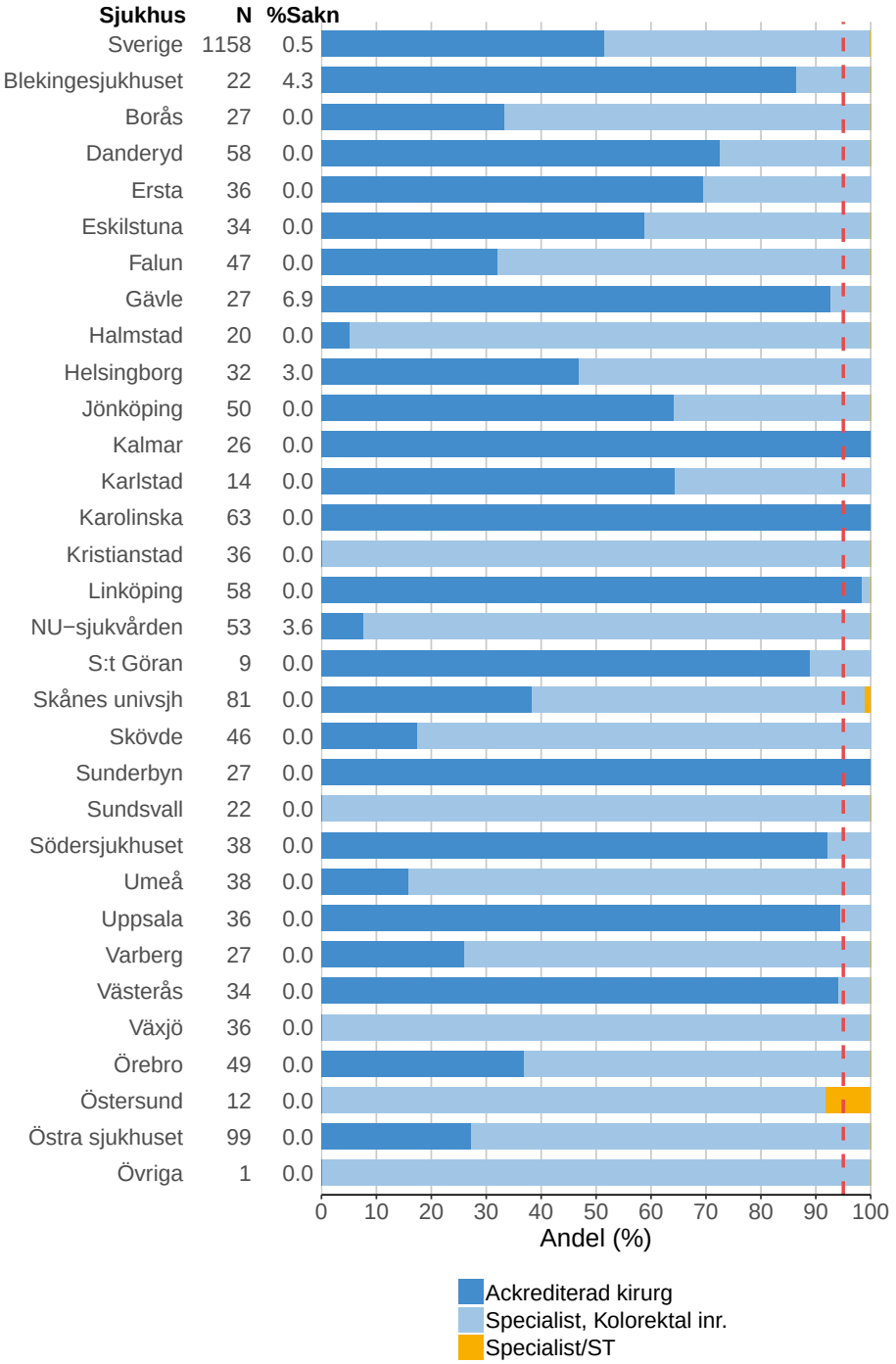


Figur 8.8. Peroperativ tarmperforation och tumörnära perforation, patienter som genomgått resektion, 2019-2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.



Figur 8.9. Funnel plot, peroperativ tarmperforation, patienter som genomgått resektion, 2019-2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.
Sjukhus utanför konfidensintervall: 31 Övriga.

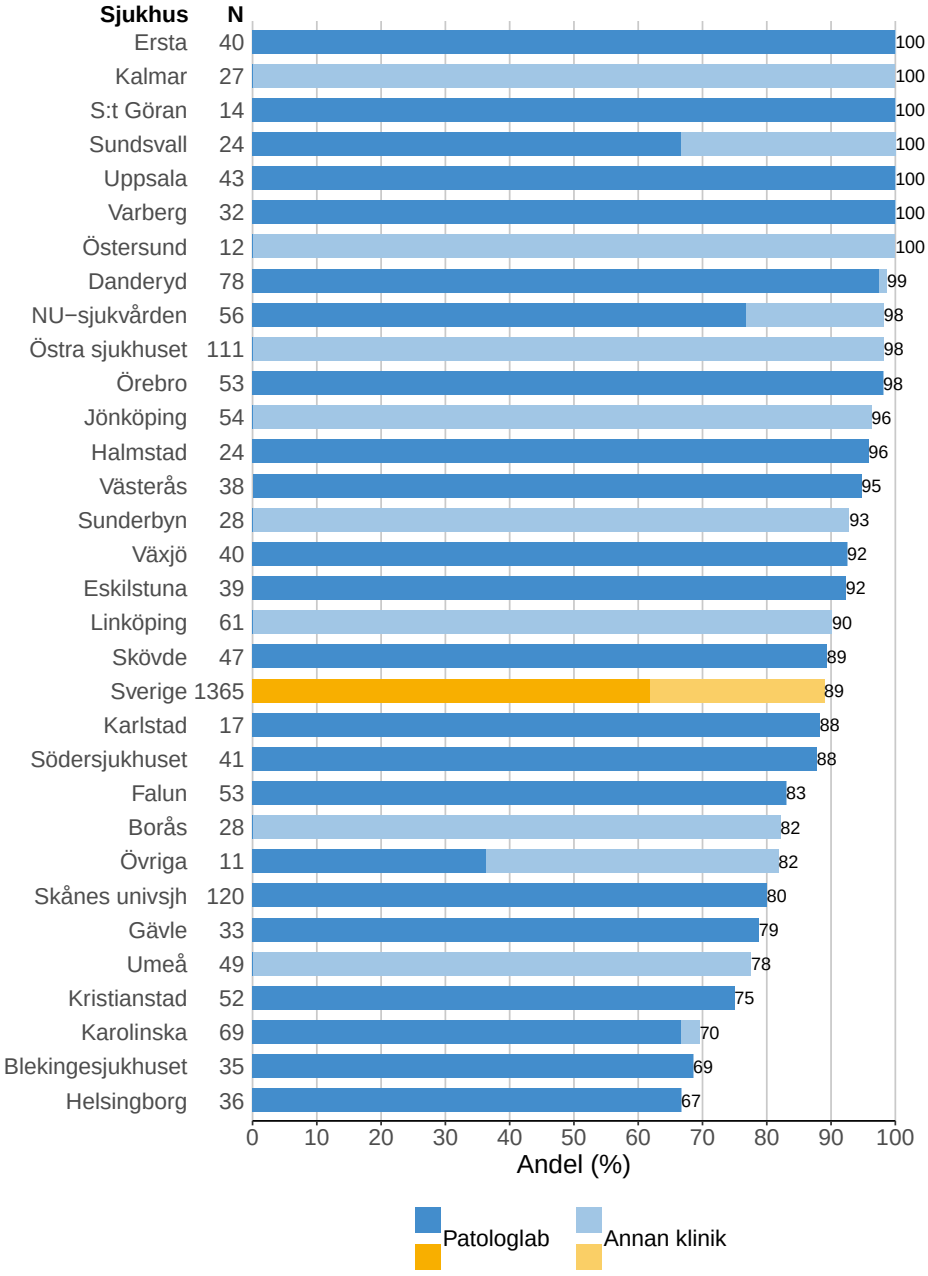
Figur 8.8-8.9. Denna variabel är en viktig kvalitetsindikator. Observera att ljusare färger indikerar kumulativ perforation (tumörnära och ej tumörnära). För tolkningshjälp avseende *funnel plot*, se kapitel 3.



Figur 8.10. Högsta kompetens vid operation, patienter som genomgått resektion, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

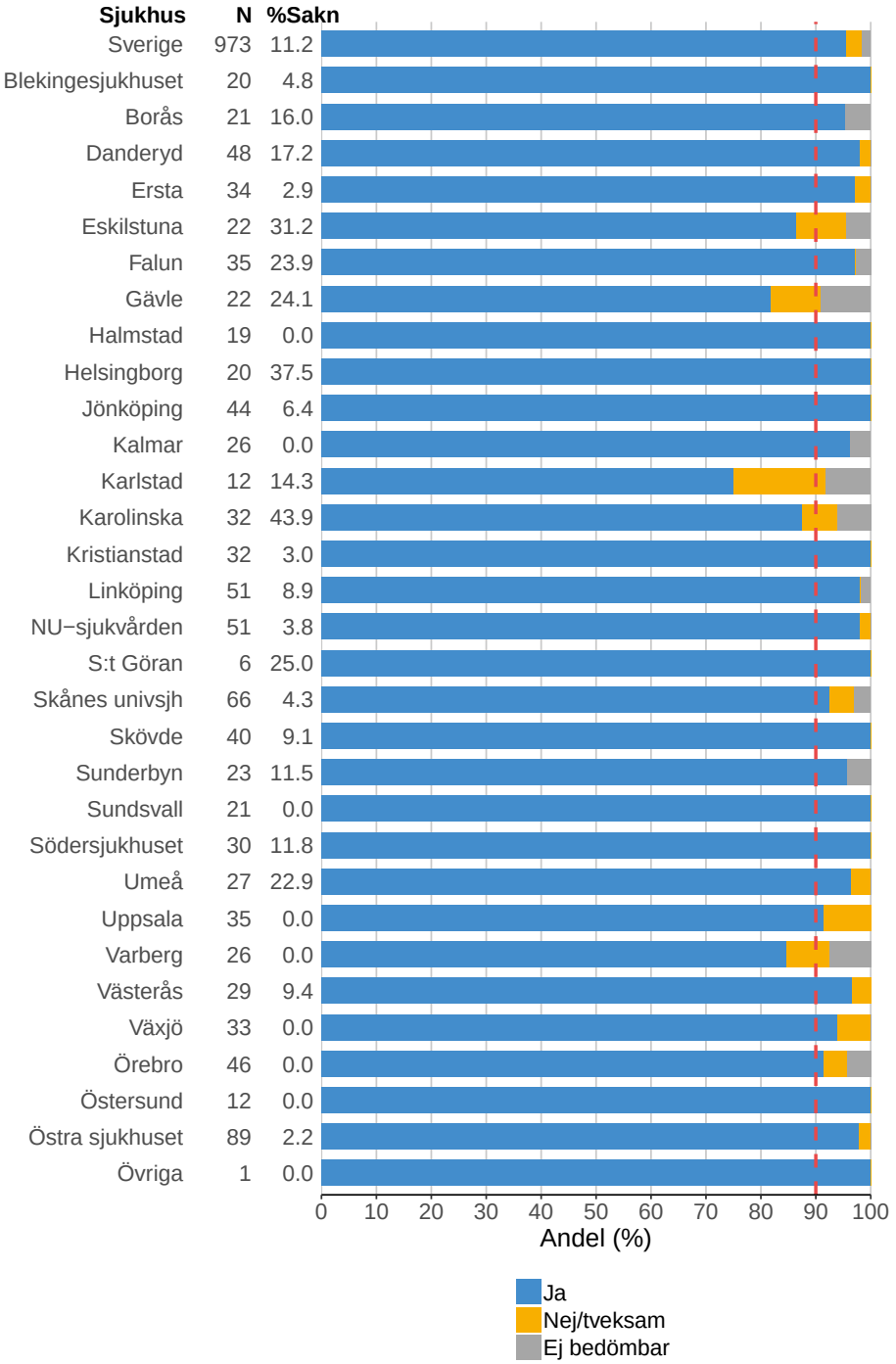
Figur 8.10. Med något undantag görs idag alla rektumresektioner av kolorektalkirurger och en knapp majoritet av patienterna opereras dessutom av en ackrediterad kolorektalkirurg. Den senare gruppens andel är i sjunkande, vilket månne reflekterar dels att svensk ackreditering inte längre finns tillgänglig, dels att svensk rektalcancerkirurgi bedrivs så pass centraliserat att det inte med lätthet på sitt ordinarie sjukhus går att ackumulera tillräcklig kolorektalkirurgisk bredd för ackreditering.

KAPITEL 9
Tumörstadium, operationsfynd och PAD

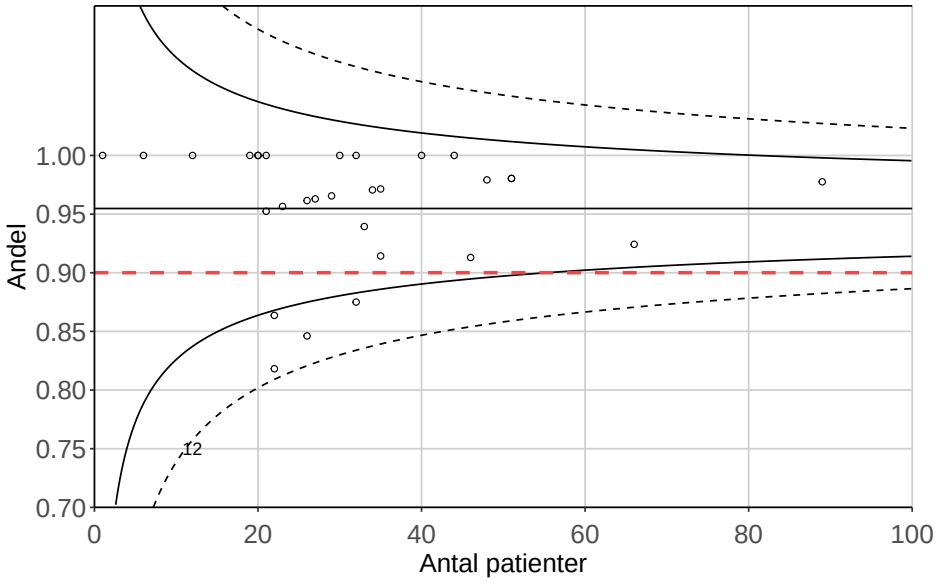


Figur 9.1. Täckningsgrad patologiformuläret, opererade patienter och endoskopisk polypektomi (som enda åtgärd), 2021.

Figur 9.1. Täckningsgraden för patologidata är bra i jämförelse med radiologidata, men är något försämrad från förra året (92 % år 2020). Här illustreras också att inrapporteringen kan organiseras på olika sätt. På en majoritet av sjukhusen sköts inrapporteringen av patologen, vilket vi i styrgruppen ser som något positivt.

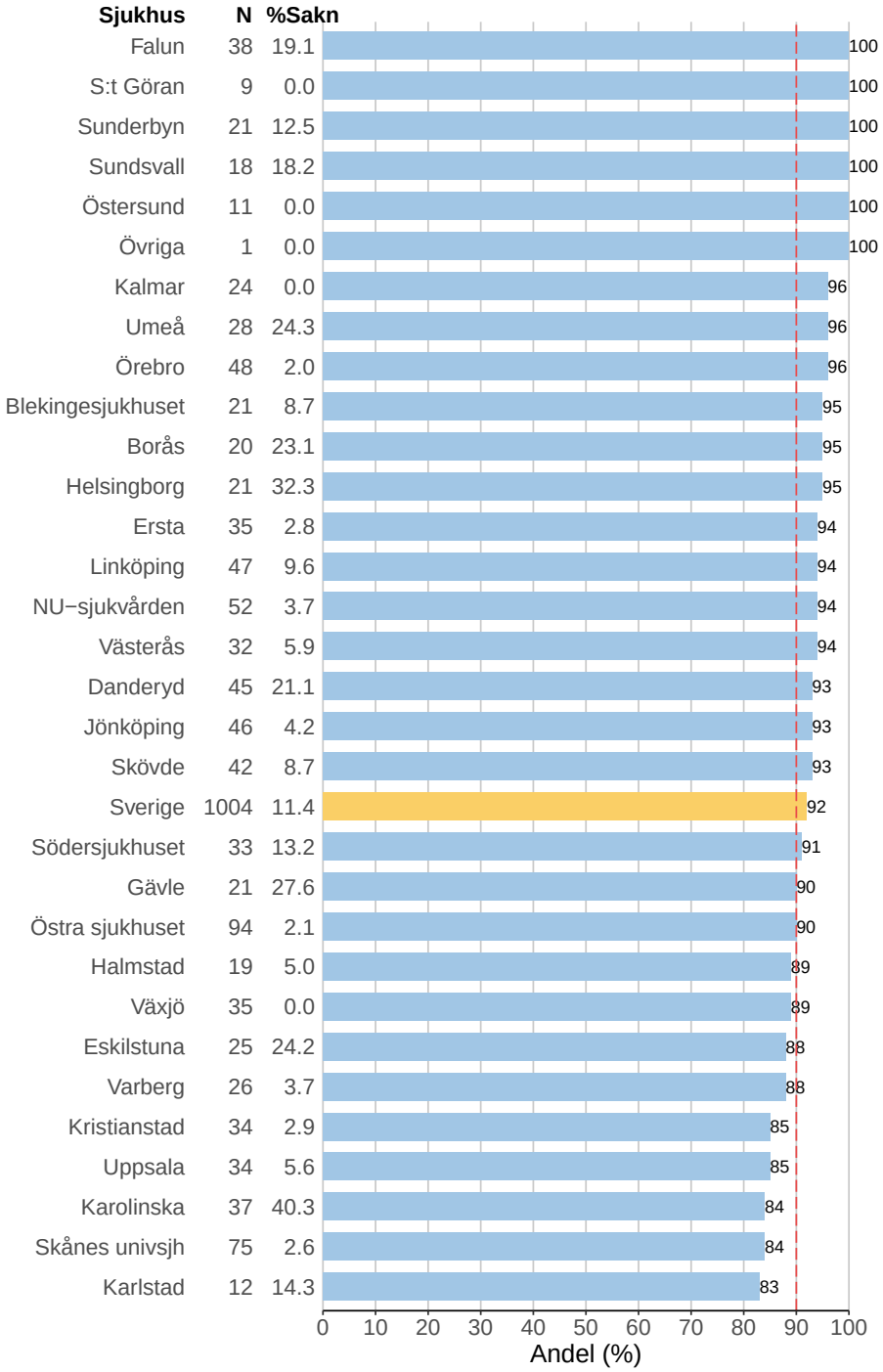


Figur 9.2. Radikalt opererade enligt kirurg och patolog, M0 patienter som genomgått resektion, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

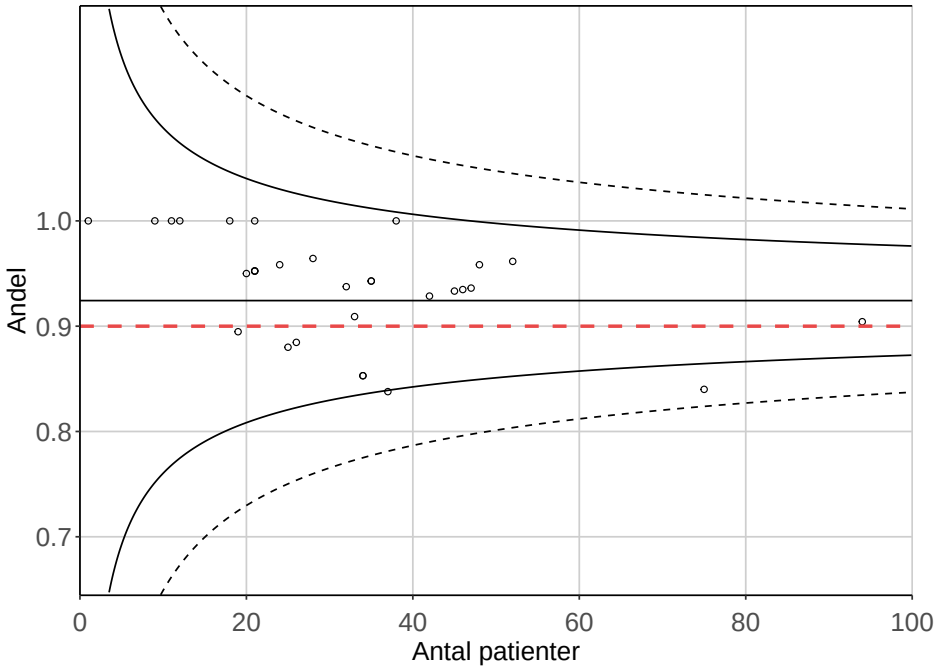


Figur 9.3. Funnel plot, radikalt opererade enligt kirurg och patolog, M0 patienter som genomgått resektion, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad. Sjukhus utanför konfidensintervall: 12 Karlstad.

Figur 9.2-9.3. Bara ett sjukhus ligger alldeles under målnivån, resten ligger över. Ett sjukhus ligger utanför det 99-procentiga konfidensintervallet i *funnel plot* (se kapitel 3 för tolkningshjälp). Bortfallet är inte obetydligt, vilket gör att siffrorna får tolkas med viss försiktighet.



Figur 9.4. Circumferentiell marginal, andel där CRM > 1 mm, patienter som genomgått resektion, pT0 exkluderad, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.



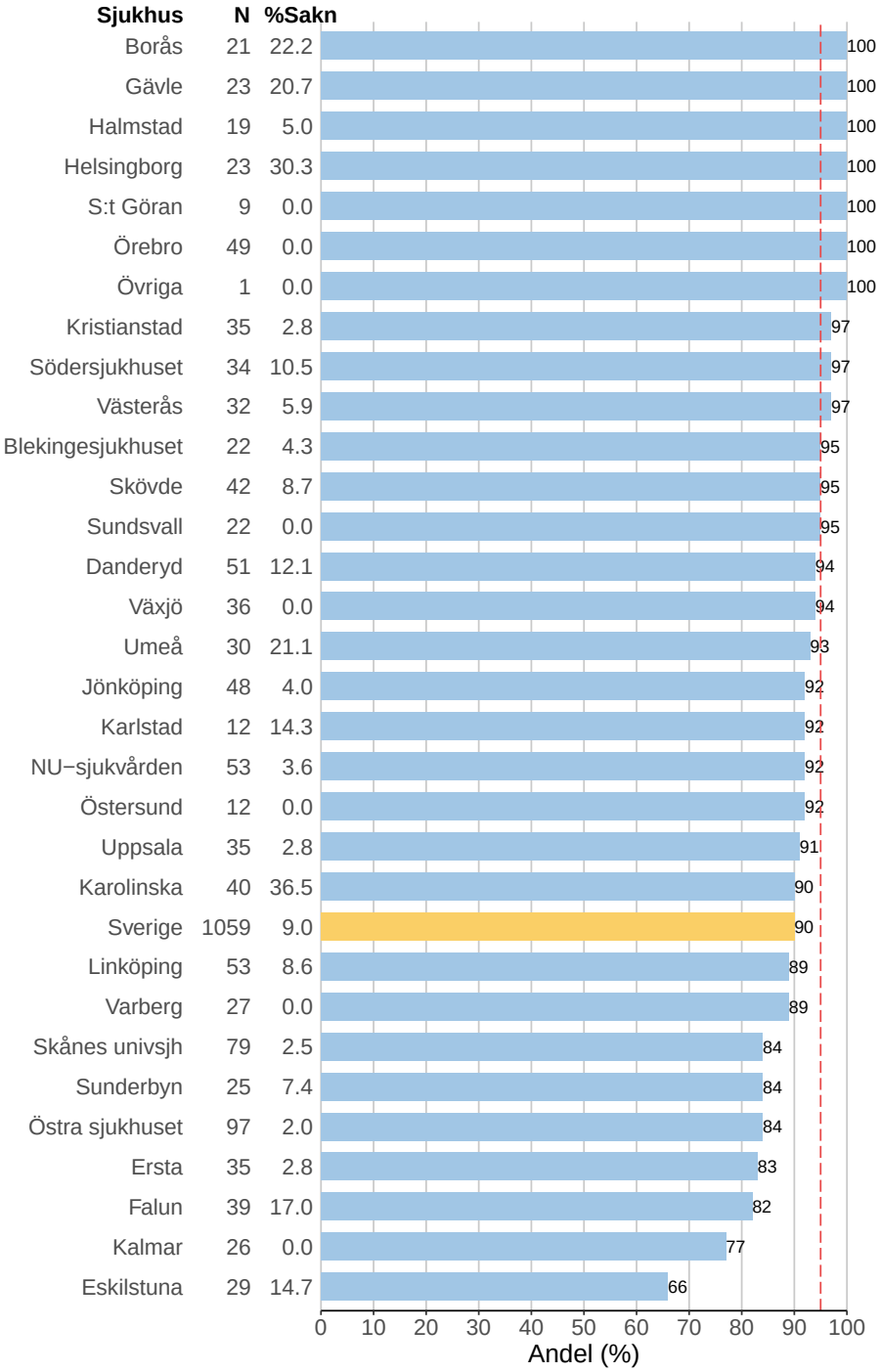
Figur 9.5. Funnel plot, circumferentiell marginal, andel där CRM > 1 mm, patienter som genomgått resektion, pT0 exkluderad, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 9.4-9.5. Detta är ytterligare en viktig kvalitetsindikator. En majoritet av sjukhusen klarar målvärdet. Vid jämförelser mellan sjukhus får man beakta skillnader i patientunderlag (som t ex kan ha med remissströmmar att göra) liksom kanske även skillnader i selektion till behandling. Bortfallet är stort – och kraftigt varierande mellan sjukhusen – vilket påverkar validiteten.

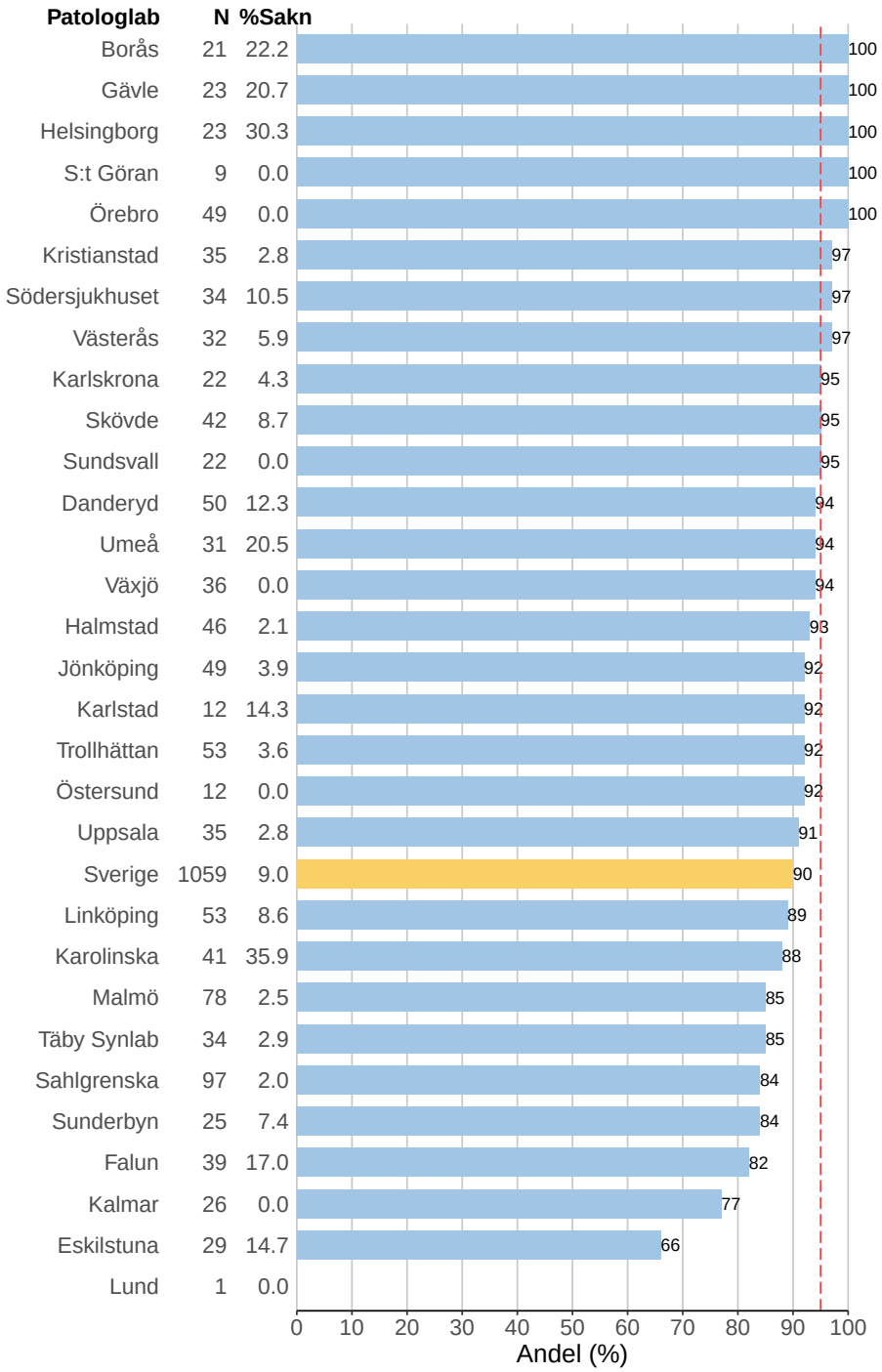
Tabell 9.1. Operationsmetod vid tidig cancer (T1), andel resektionskirurgi respektive TEM/lokal excision, 2019-2021.

	T1sm1		T1sm2		T1sm3		Uppgift saknas	Totalt	
Op med AR, APE eller HA	59	(77)	68	(81)	135	(90)	57	319	(84)
Op med TEM/Lokal excision	18	(23)	16	(19)	15	(10)	10	59	(16)
Totalt	77		84		150		67	378	

Tabell 9.1. Jämfört med förra året (8 % år 2020) har fler tidiga tumörer opererats med TEM/lokal excision i denna årskohort. ”Uppgift saknas” avser uppgift om submukosal invasionsgrad. Observera att här ingår även förbehandlade tumörer, men trots det skulle sannolikt fler patienter kunna erbjudas lokala operationer.

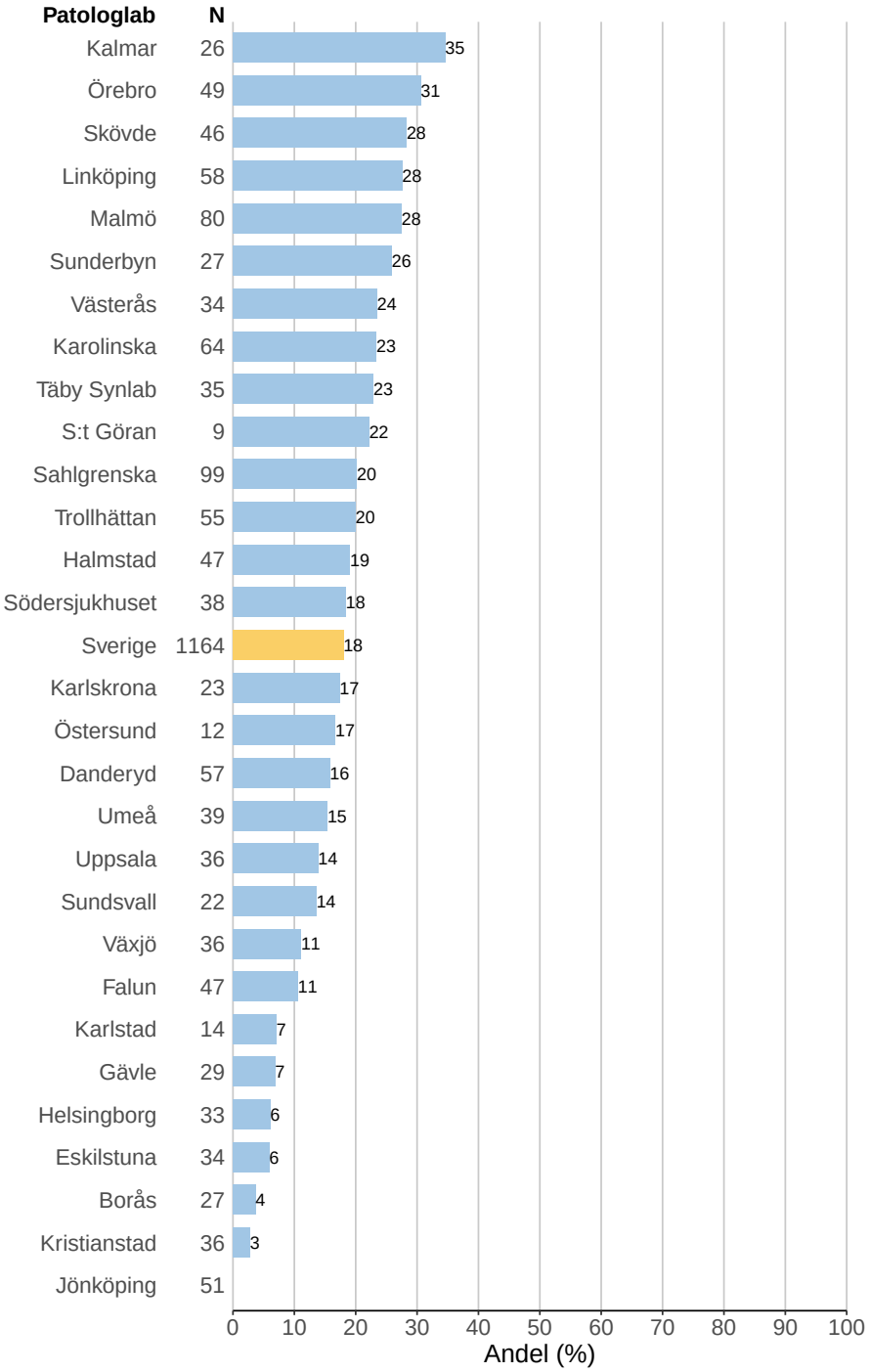


Figur 9.6. Andel med ≥ 12 undersökta körtlar, patienter som genomgått resektion, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.



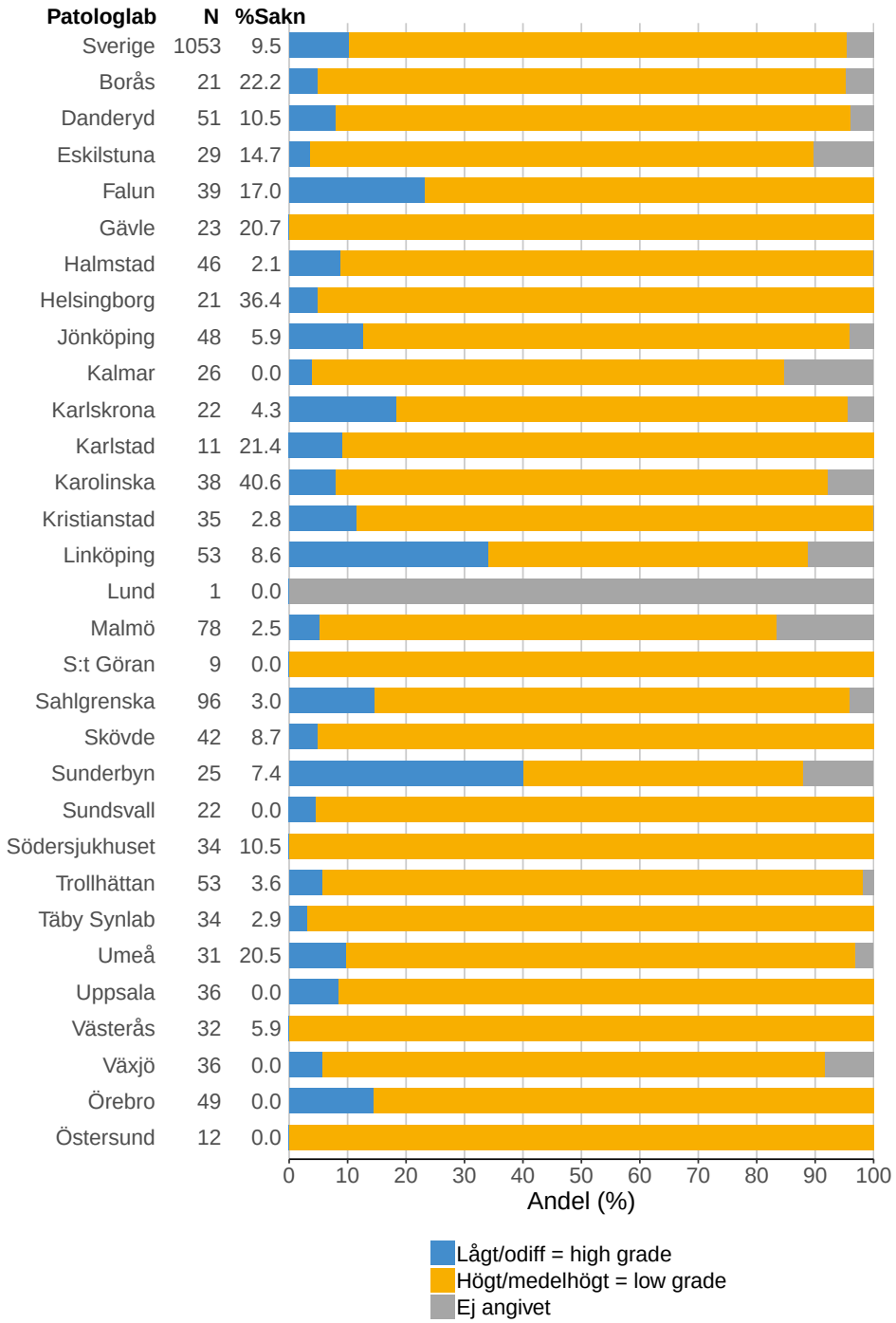
Figur 9.7. Andel med ≥ 12 undersökta körtlar, patienter som genomgått resektion, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 9.7. En majoritet av patologilabben klarar målvärdet eller ligger strax under, men några har sämre resultat. Bortfallet är varierande och stort på flera ställen.



Figur 9.8. Extramural veninväxt (EMVI), patienter som genomgått resektion, 2021.

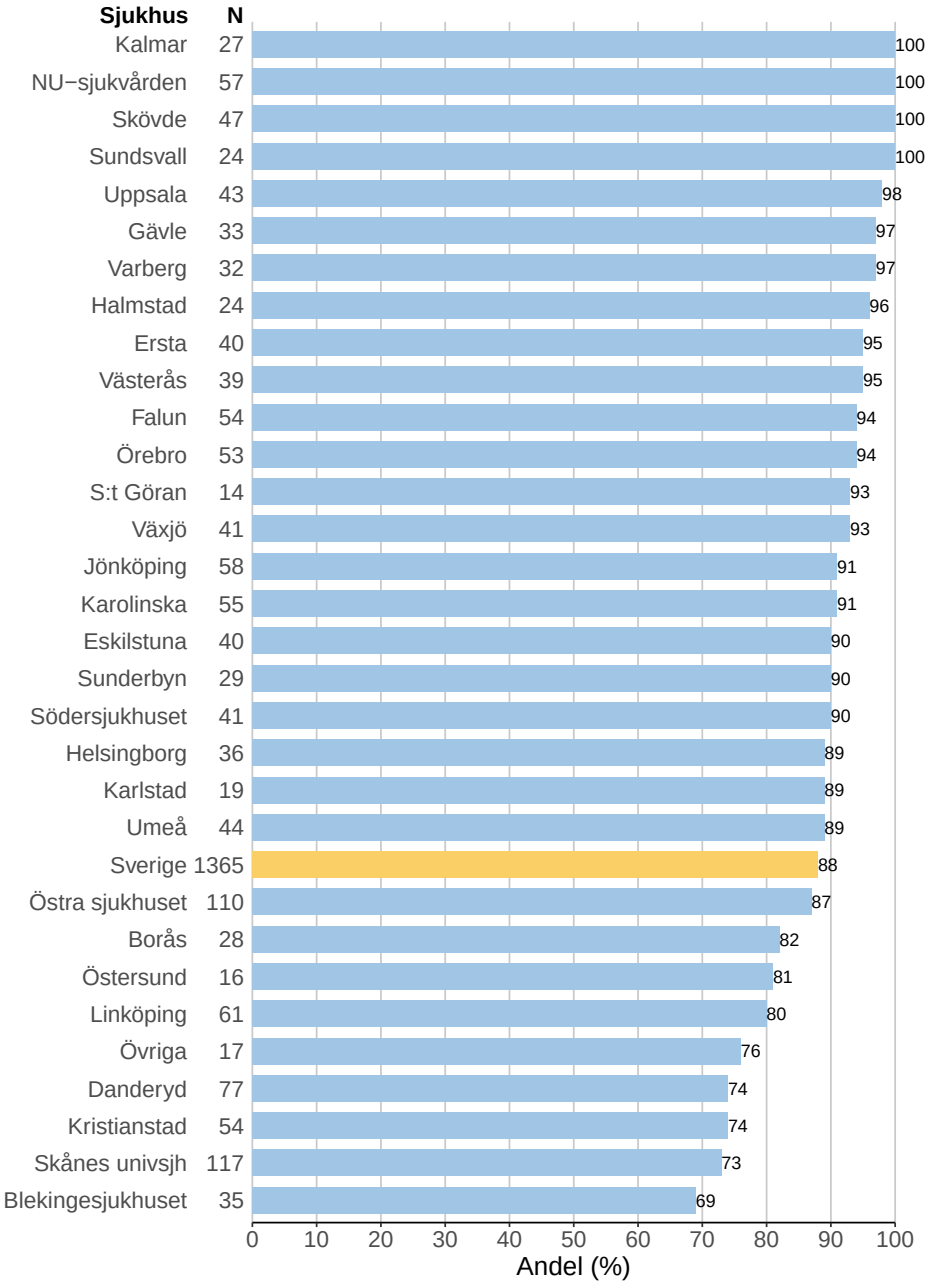
Figur 9.8. Andelen tumörer med angiven extramural veninväxt (EMVI) ökar över tid. Detta torde bero på ökad medvetenhet och noggrannhet hos patologerna. Samtidigt är andelen EMVI liknande som förra året (19 % år 2020). Denna variabel visar på stor variation mellan laboratorierna i landet som sannolikt inte enbart kan förklaras med biologiska skillnader; vissa laboratorier med hög andel förra året har lägre nu och rimligen behöver flera år i taget redovisas framöver för att undvika slumpeffekter.



Figur 9.9. Differentieringsgrad, patienter som genomgått resektion, 2021.

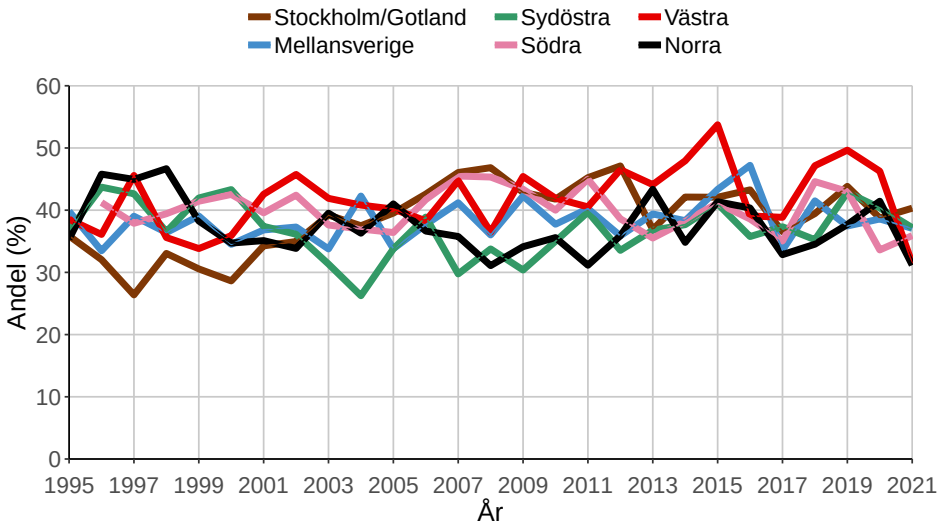
Figur 9.9. Differentieringsgrad har tidigare inte redovisats nationellt. Andelen låggradig/odifferentierad cancer har över tid varit stationär. En del variationer förekommer mellan laboratorier, men de små talen gör att detta kan vara slumpmässigt. Variabeln behöver rimligen redovisas flera år i taget.

KAPITEL 10
Korttidsuppföljning



Figur 10.1. Täckningsgrad 30-dagarsuppföljningen, opererade patienter eller endoskopisk polypektomi som enda åtgärd, 2021.

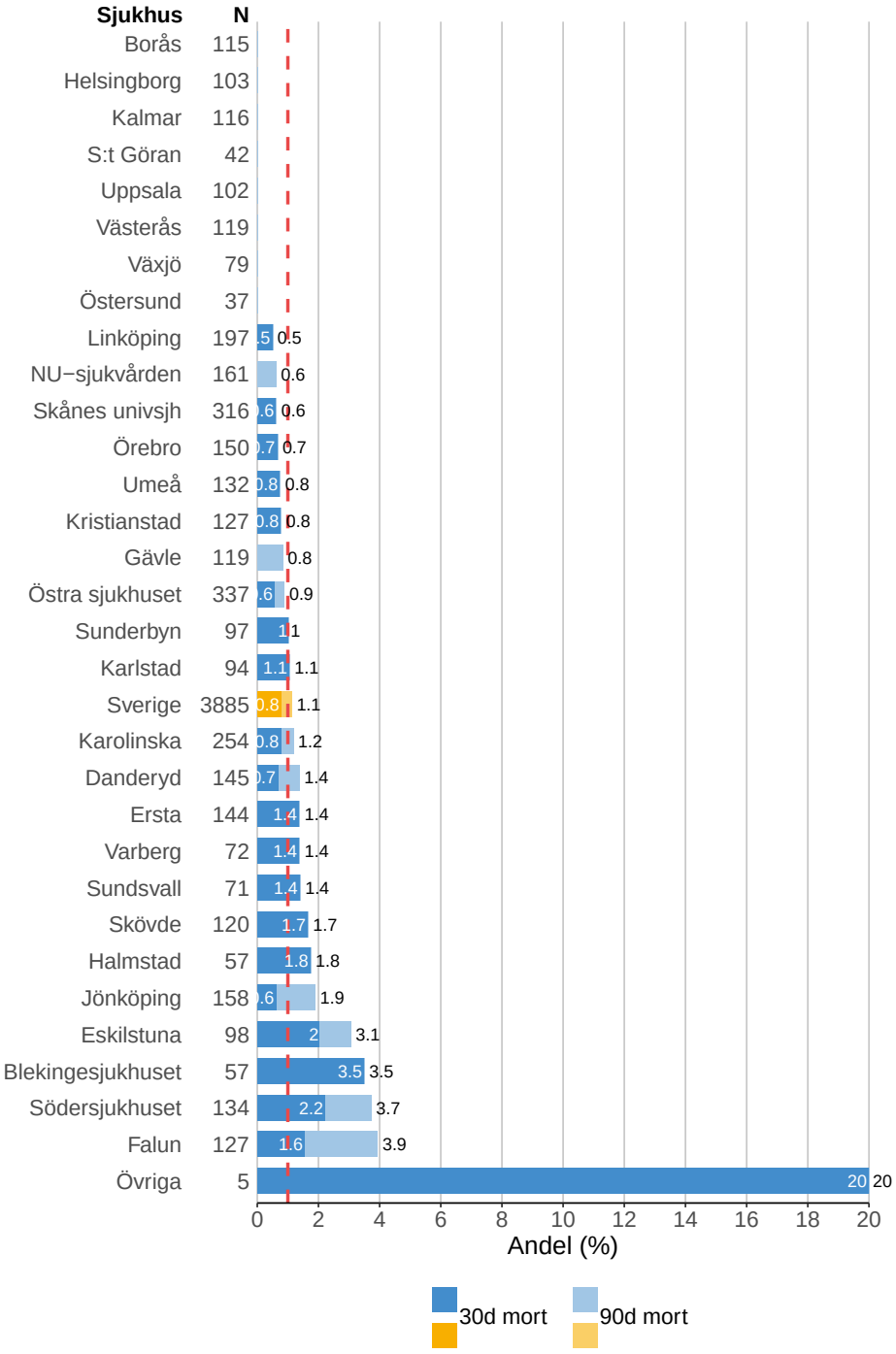
Figur 10.1. Jämfört med förra året är täckningsgraden nationellt något försämrad (88 % år 2020). För de mest aktuella täckningsgraderna (inkluderande efterregistrering), se gärna den interaktiva online-rapporten avseende såväl 2021 som för tidigare år.



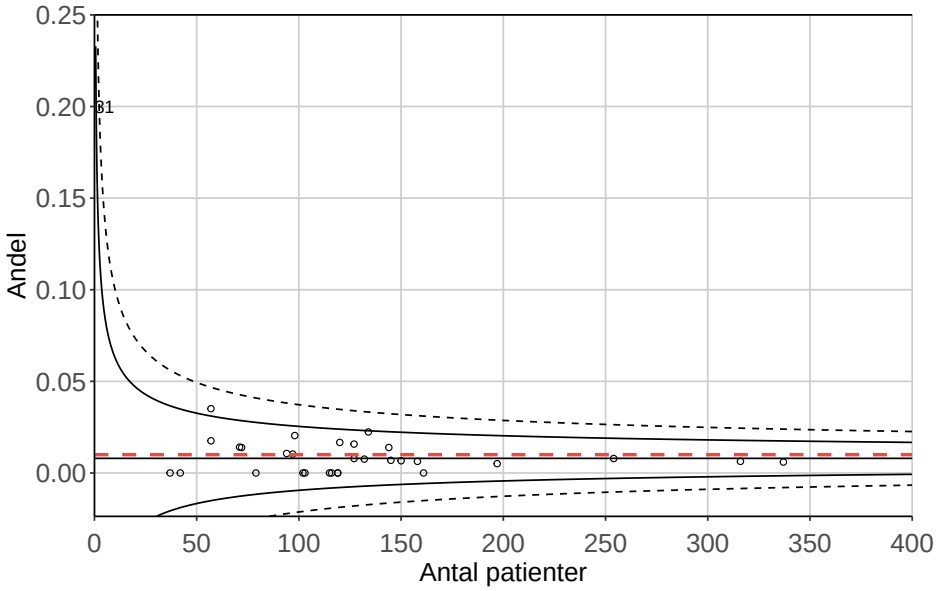
	Stockholm/Gotland	Mellansverige	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2021 (N)	186	240	121	220	245	93
2021 (%Sakn)	3.1	3.6	11.0	3.9	3.9	9.7

Figur 10.2. Postoperativa komplikationer, patienter som genomgått resektion, 1995-2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 10.2. Postoperativa komplikationer överhuvudtaget är vanligt förekommande efter resektionskirurgi för rektalcancer. Över tid ses inga stora förändringar och variationen inom landet är måttlig. För mer detaljerad redovisning av särskilda komplikationer såsom anastomosinsufficiens eller reoperationer, hänvisas till den interaktiva rapporten.



Figur 10.3. Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation, patienter som genomgått resektion, 2019-2021. Målnivån avser 30-dagarsmortalitet.



Figur 10.4. Funnel plot, avlidna inom 30 dagar efter operation, patienter som genomgått resektion, 2019-2021.
Sjukhus utanför konfidensintervall: 31 Övriga.

Figur 10.3-10.4. Tidig postoperativ död efter rektalcancerkirurgi är en sällanhändelse i Sverige varför slumpvariation får stor betydelse. Vi presenterar därför aggregerade data för de senaste tre åren. För hjälp med tolkningen av *funnel plot*, var god se kapitel 3.

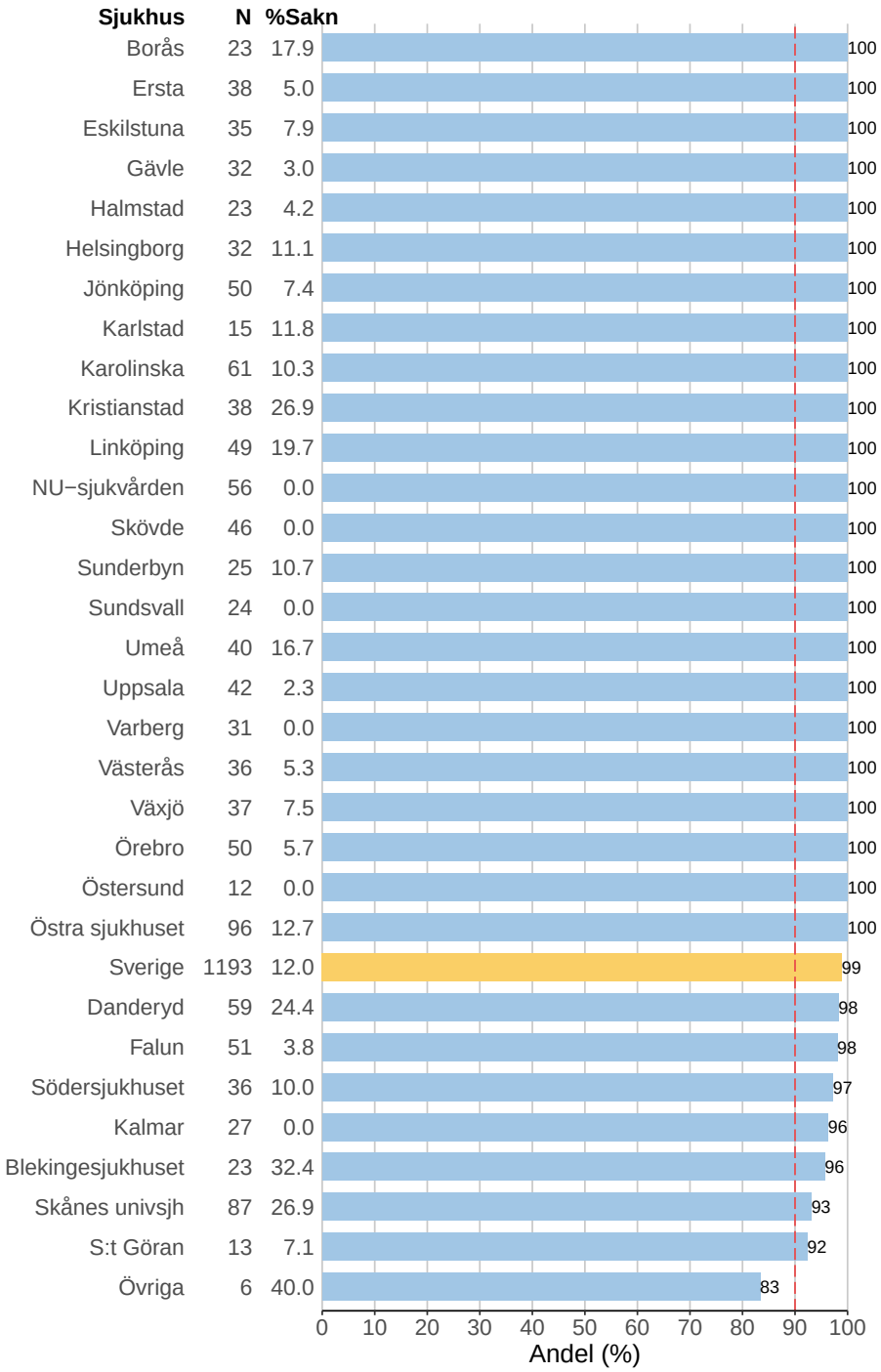
Tabell 10.1. Avlidna inom 30 dagar, opererade patienter, 2017-2021.

	< 75 år			75-84 år			≥ 85 år		
	Ja		Totalt	Ja		Totalt	Ja		Totalt
Kurativt op	11	(0)	4403	21	(1)	1741	9	(3)	266
Ej kurativt op	0	(0)	51	3	(9)	33	2	(22)	9
Totalt	12	(0)	4639	25	(1)	1848	11	(4)	291
ASA-klass I-II	7	(0)	3538	9	(1)	1038	5	(4)	119
ASA-klass III	3	(0)	962	15	(2)	713	5	(3)	155
ASA-klass IV	1	(3)	39	1	(2)	50	0	(0)	10
AR	7	(0)	2408	8	(1)	599	1	(3)	35
APE	1	(0)	1681	11	(1)	763	3	(3)	107
HA	3	(1)	444	5	(1)	419	6	(5)	129

Tabell 10.2. Avlidna inom 90 dagar, opererade patienter, 2017-2021.

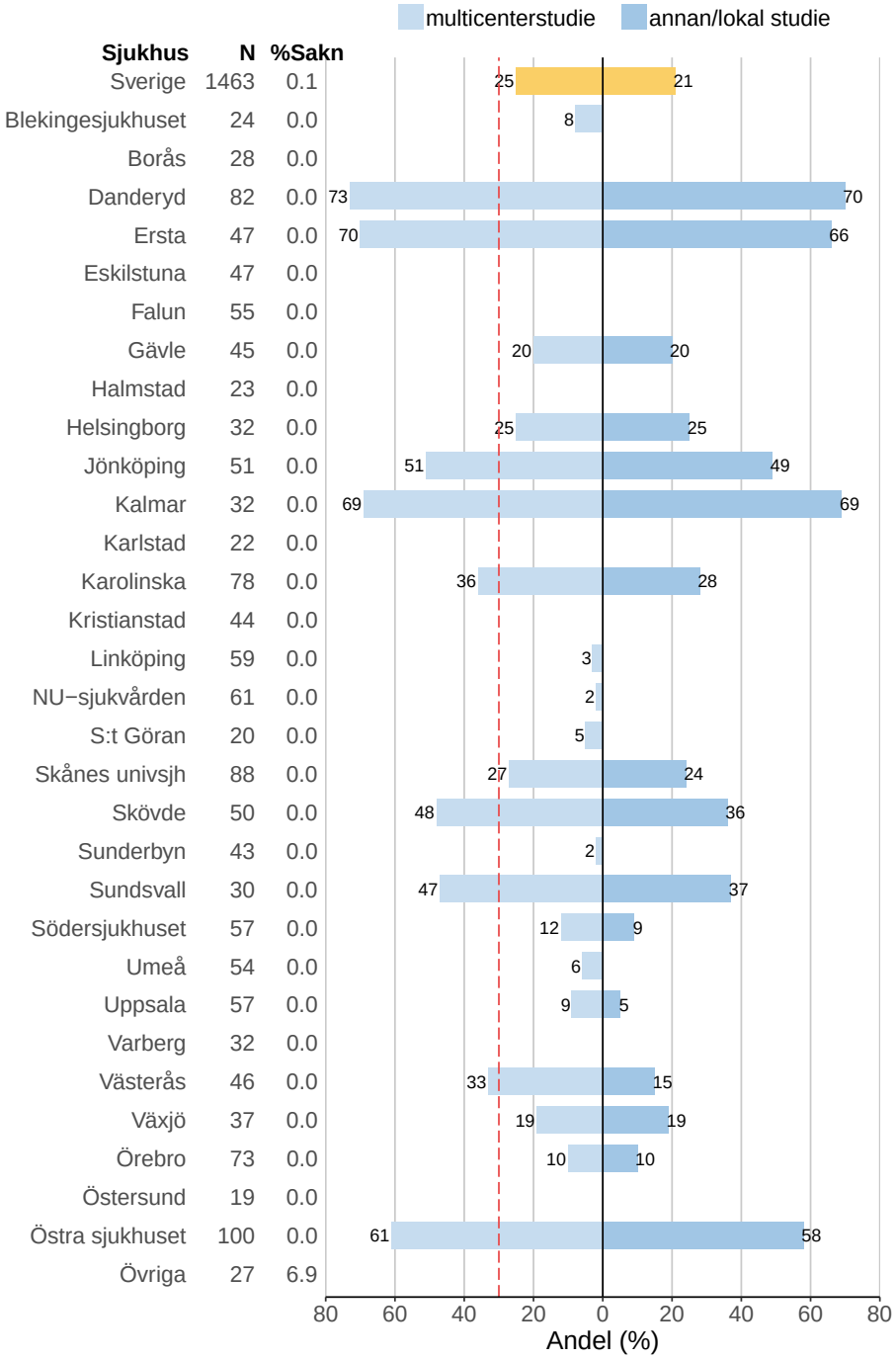
	< 75 år			75-84 år			≥ 85 år		
	Ja		Totalt	Ja		Totalt	Ja		Totalt
Kurativt op	25	(1)	4403	32	(2)	1741	15	(6)	266
Ej kurativt op	1	(2)	51	3	(9)	33	2	(22)	9
Totalt	28	(1)	4639	36	(2)	1848	17	(6)	291
ASA-klass I-II	16	(0)	3538	12	(1)	1038	6	(5)	119
ASA-klass III	8	(1)	962	18	(3)	713	8	(5)	155
ASA-klass IV	2	(5)	39	5	(10)	50	1	(10)	10
AR	13	(1)	2408	9	(2)	599	4	(11)	35
APE	8	(0)	1681	17	(2)	763	4	(4)	107
HA	6	(1)	444	8	(2)	419	8	(6)	129

Tabell 10.1-10.2. Dessa data kan tolkas som stöd för tidigare kunskap om att risken för tidig postoperativ död ökar med ålder och komorbiditet, samtidigt som händelsen död är så pass ovanlig att betydande osäkerhet kvarstår.



Figur 10.5. Postoperativ bedömning på MDK för opererade patienter eller där endoskopisk polypektomi varit enda åtgärd, avlidna inom 30 dagar ingår ej, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

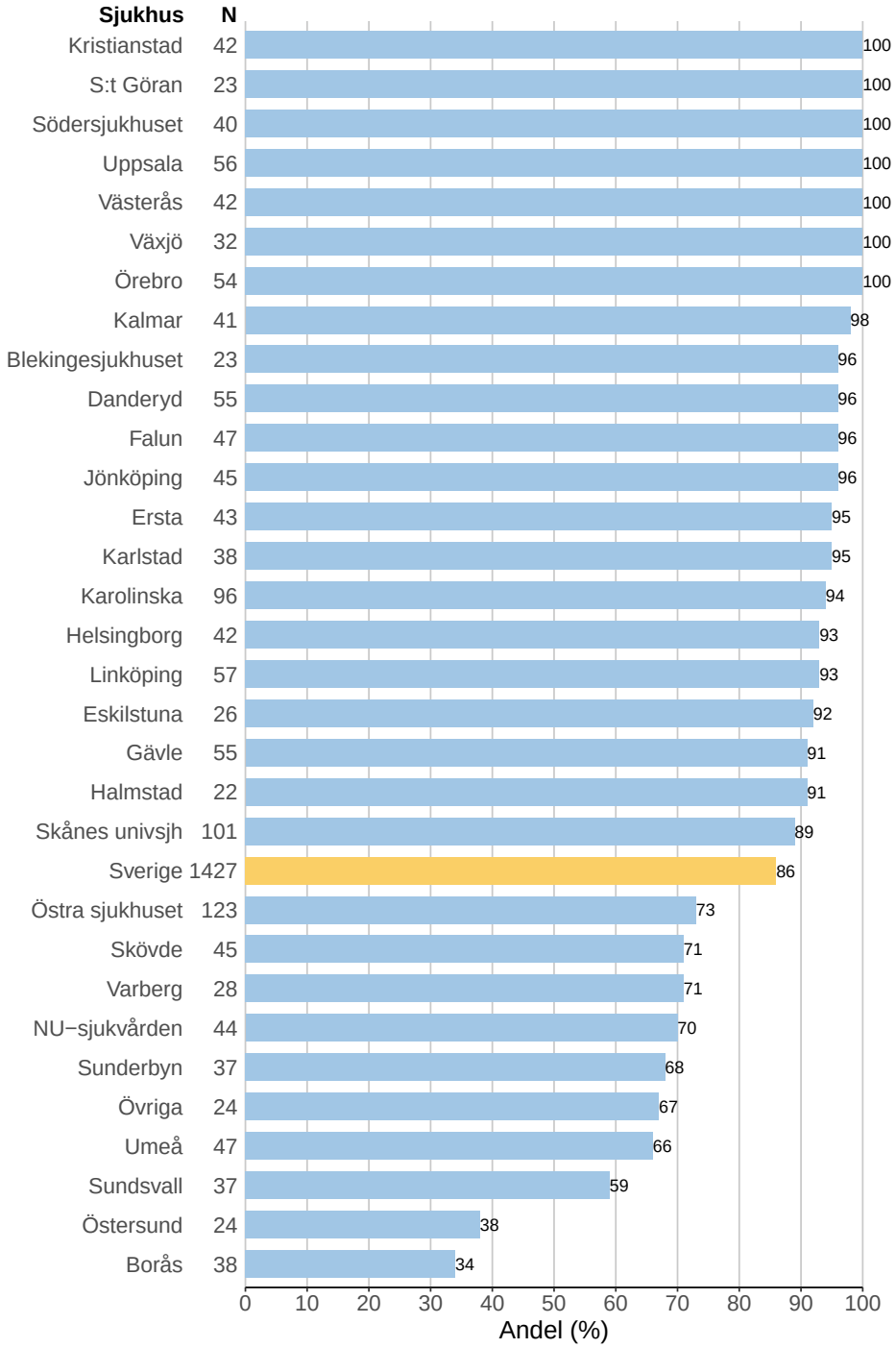
Figur 10.5. Få patienter missas, men enstaka sjukhus har anledning att försöka förbättra sig. Olika sjukhus verkar prestera olika bra olika år. Multidisciplinär diskussion om indikationen för adjuvant behandling är central.



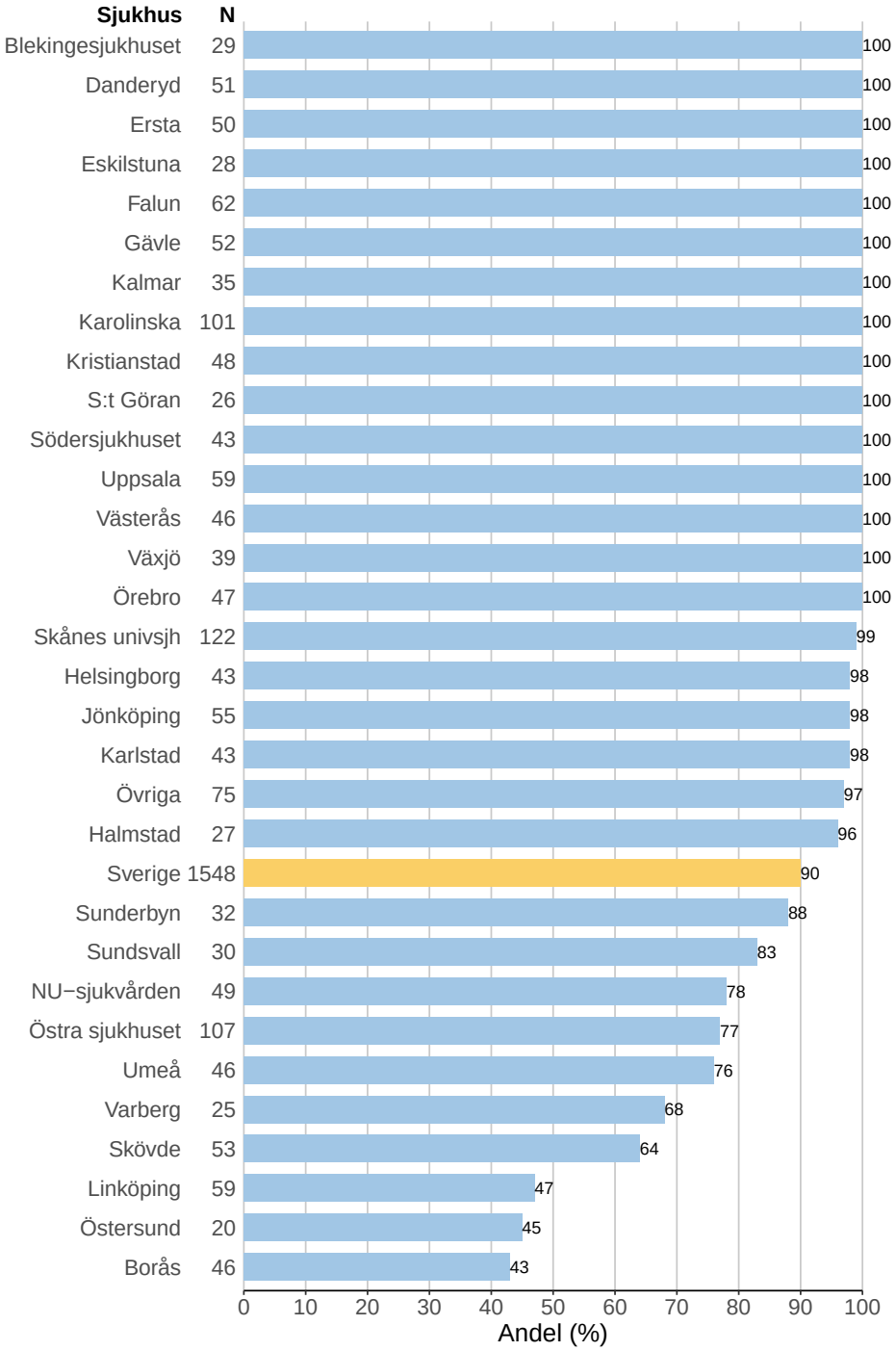
Figur 10.6. Patienter som inkluderats i kirurgiska eller onkologiska studier samt annan/lokal studie, 30-dagarsuppföljningsformulär eller ett onkologiskt formulär finns inrapporterat, 2021. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 10.6. Studiedeltagandet minskar fortsatt under 2021. Enstaka sjukhus inkluderar inte alls medan andra har en hög inklusionsgrad. Detta varierar också över tid, sannolikt dels beroende på avslutade studier utan efterföljare, dels beroende på bristande registrering av studiedeltagande. Vi välkomnar studieansvariga att höra av sig till registret för att få sin studie tillagd som förval i inrapporteringsformuläret. Den totala andelen patienter som inkluderats i *någon* studie på respektive sjukhus kan vara högre än vad den längsta stapeln i Figur 10.6 anger.

KAPITEL 11
Långtidsuppföljning och överlevnad

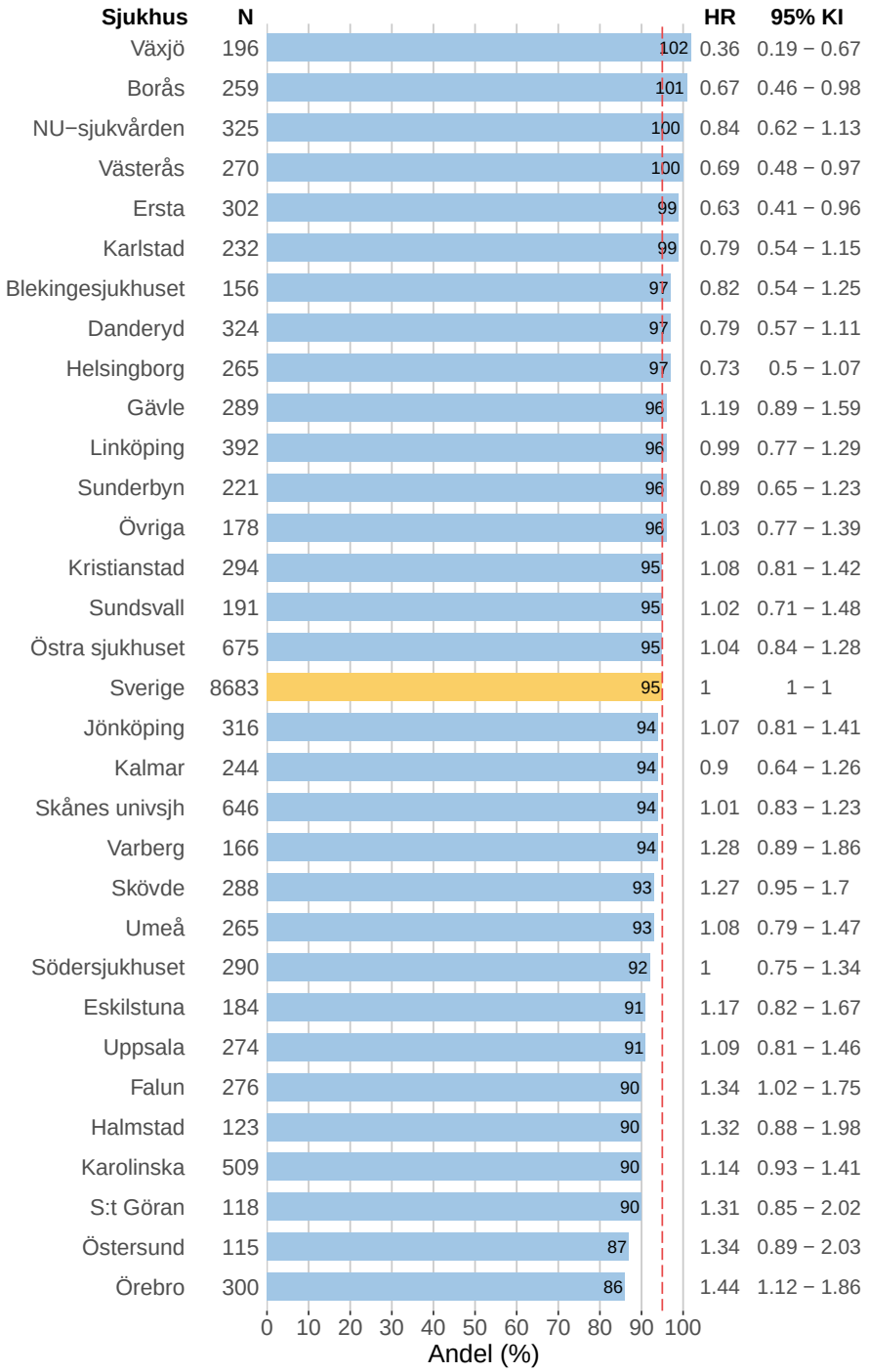


Figur 11.1. Täckningsgrad för 3-årsuppföljningen.



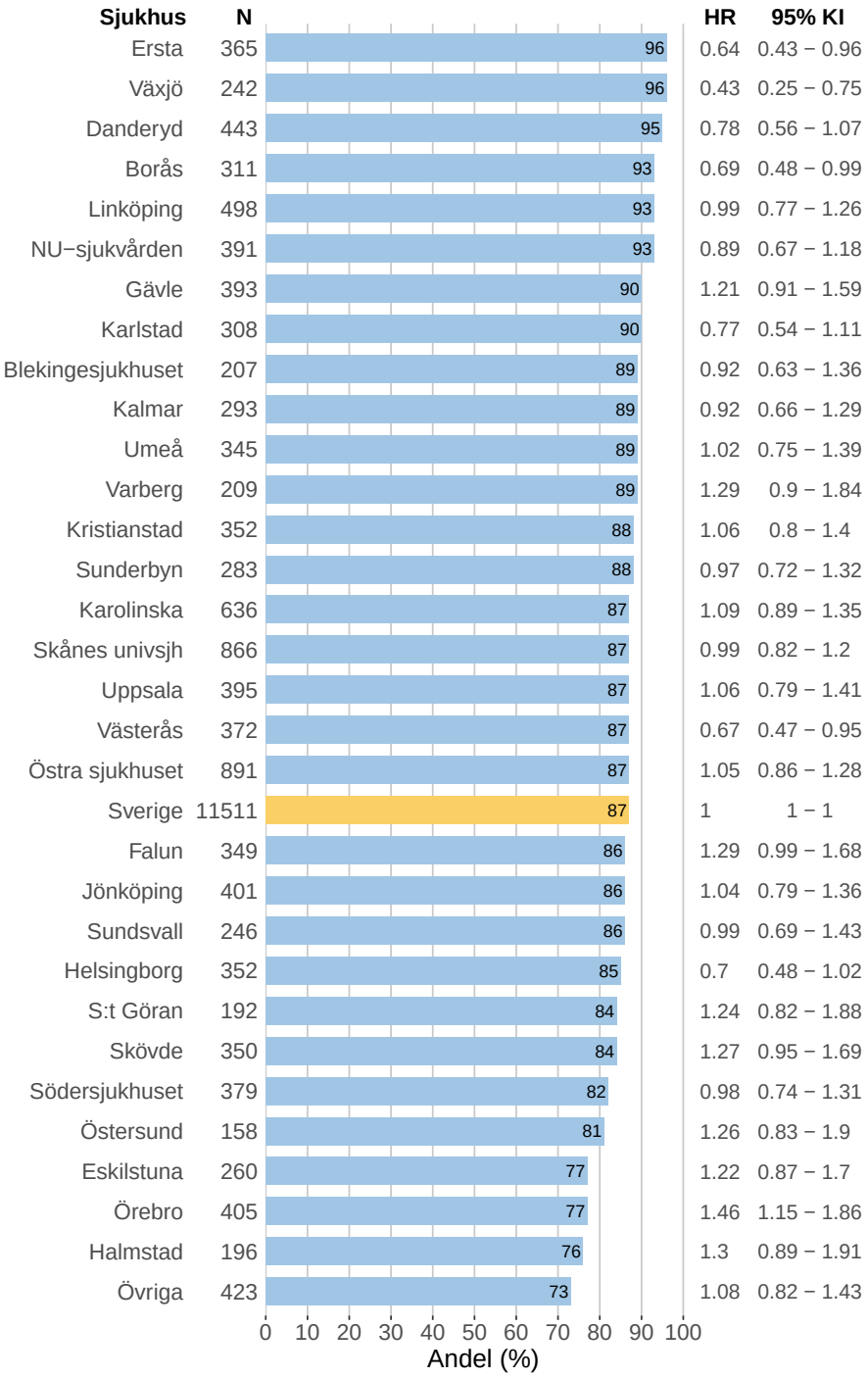
Figur 11.2. Täckningsgrad för 5-årsuppföljningen.

Figur 11.1-11.2. Täckningsgraden är relativt hög för 3-årsuppföljningen, men försämrad sedan förra året (89 % år 2020). Motsvarande täckningsgrad för 5-årsuppföljningen är bättre, men likaledes försämrad (97 % år 2020). Vissa sjukhus bör se över sina rutiner för registrering. Även om detta tas igen i efterhand är det angeläget att undvika fördröjd inrapportering så att vi kan lita på den data som presenteras. För att kunna värdera sällanhändelser som t ex lokalrecidiv är en hög täckningsgrad av största vikt.



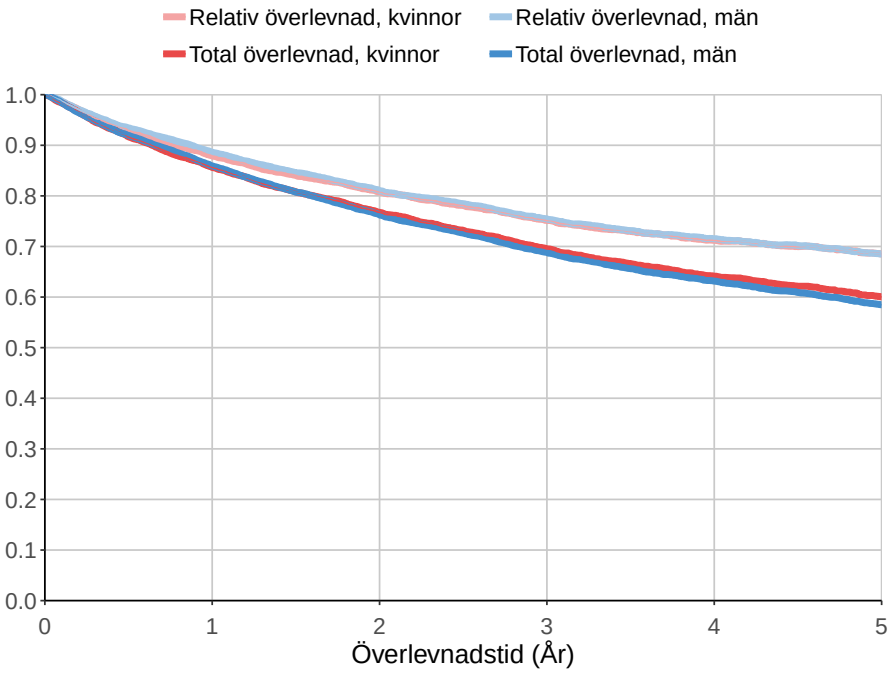
Figur 11.3. Relativ 3-årsöverlevnad, M0, patienter som genomgått resektion med diagnos 2015-2021, samt hazard ratio (död oavsett dödsorsak) justerat för ålder, kön, tumörstadium och ASA-klass.

Figur 11.3. Bra överlevnadssiffror i riket som helhet och små skillnader gentemot förra året. Faktorer utöver själva behandlingen (neoadjuvant, kirurgisk, adjuvant) kan spela in, såsom skillnader i patientunderlag (p g a exempelvis remissströmmar).



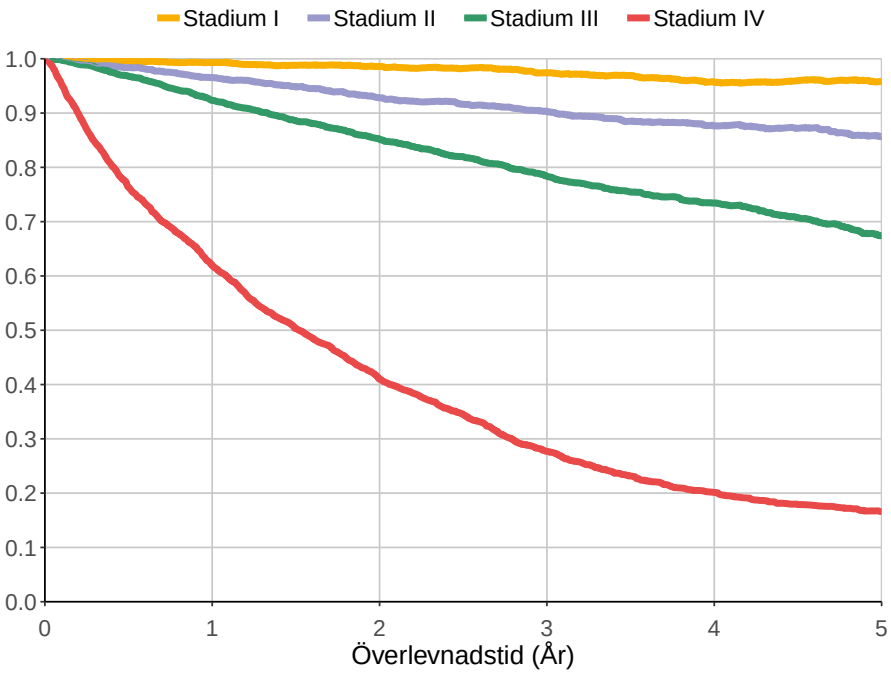
Figur 11.4. Relativ 3-årsöverlevnad, alla M0-patienter med diagnos 2015-2021, samt hazard ratio (död oavsett dödsorsak) justerat för ålder, kön, tumörstadium och ASA-klass.

Figur 11.4. Som förväntat är överlevnaden för hela patientgruppen med icke-generaliserad sjukdom lägre än för gruppen som genomgått resektion.



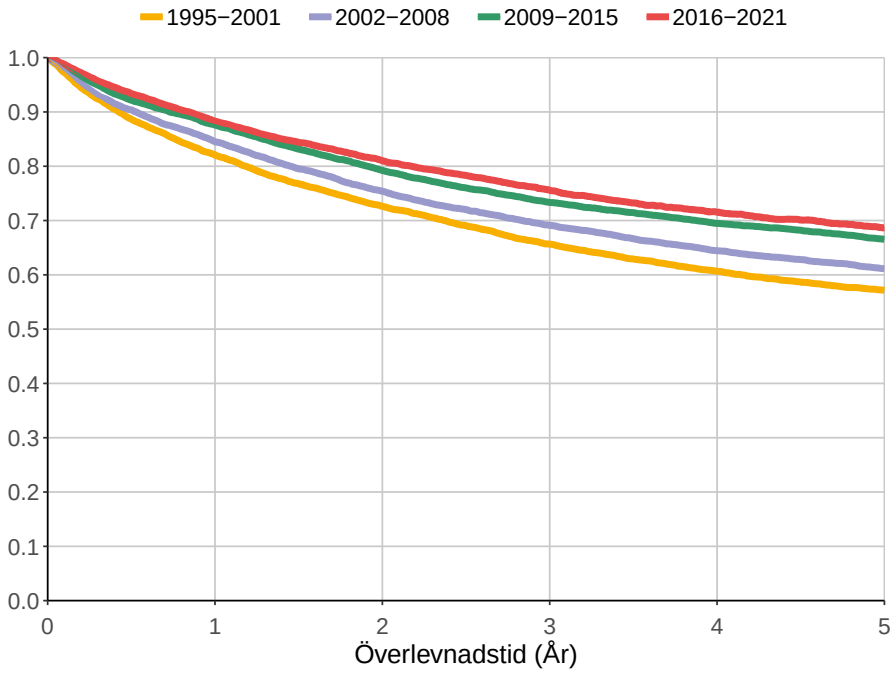
Figur 11.5. Total och relativ överlevnad, alla patienter med diagnos 2015-2021.

Figur 11.5. Det finns en liten könsskillnad när det gäller överlevnad.

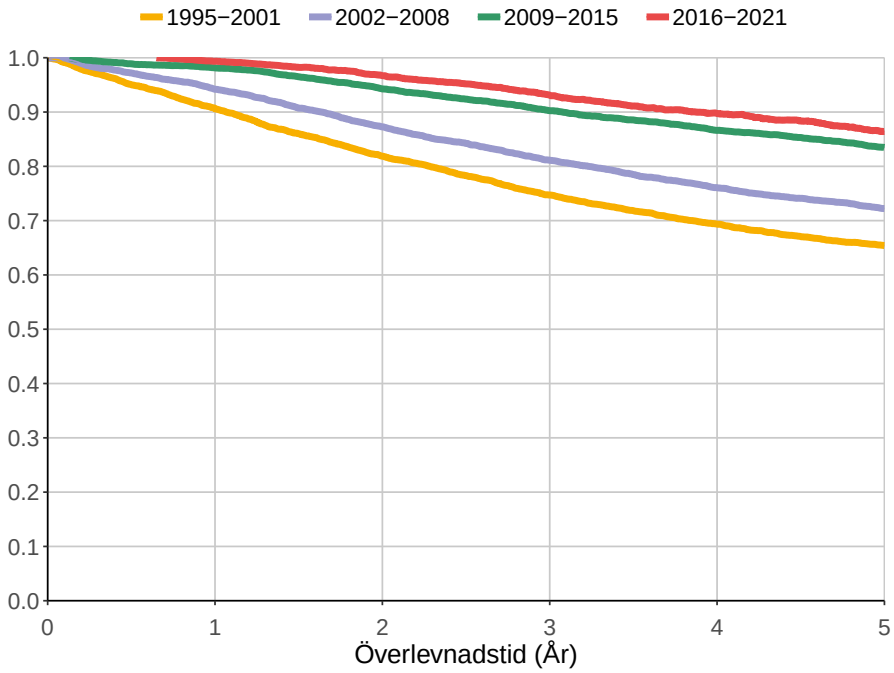


Figur 11.6. Relativ överlevnad uppdelat på stadium, alla patienter med diagnos 2015-2021.

Figur 11.6. Figuren illustrerar att överlevnaden vid rektalcancer är stadieberoende.

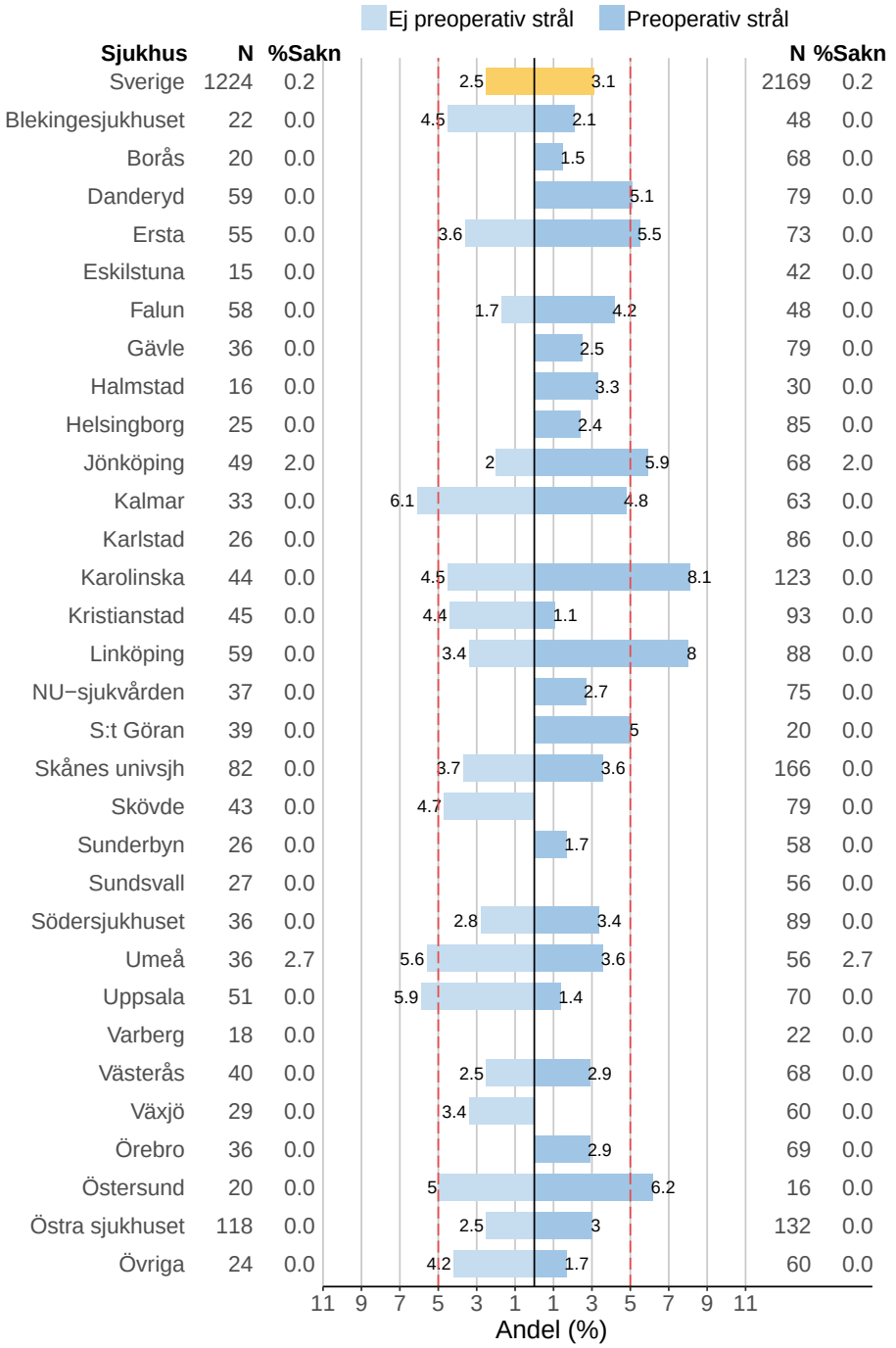


Figur 11.7. Relativ överlevnad uppdelat på tidsperiod, alla patienter med diagnos 1995-2021.

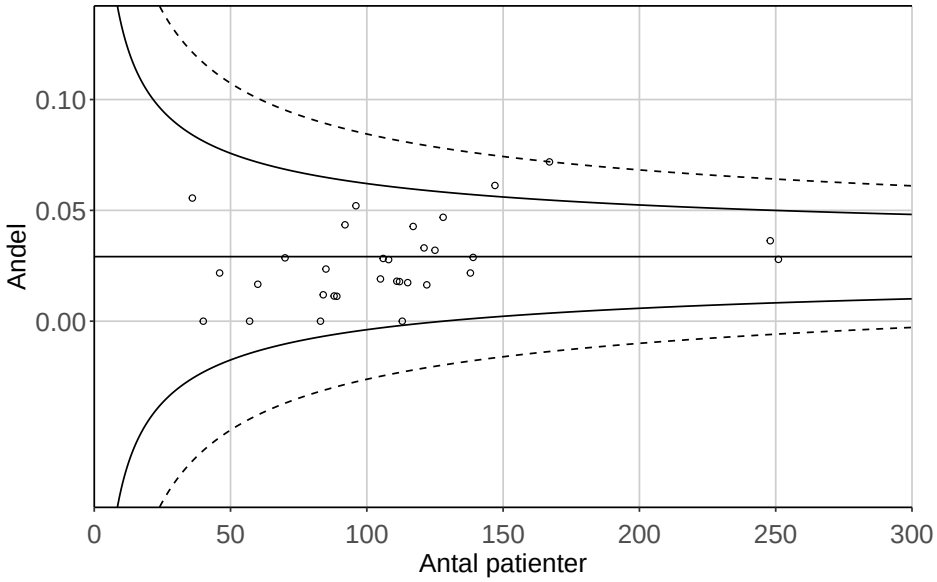


Figur 11.8. Relativ överlevnad uppdelat på tidsperiod, patienter som genomgått resektion 1995-2021.

Figur 11.7-11.8. Den relativa överlevnaden har successivt förbättrats, vilket syns tydligt när materialet delas upp i tidsperioder.



Figur 11.9. Lokalrecidiv inom 3 år, T1-T3, patienter som genomgått resektion, 2016-2018. ”Uppgift saknas” är exkluderad.



Figur 11.10. Funnel plot, Lokalrecidiv inom 3 år, T1-T3, patienter som genomgått resektion, 2016-2018. ”Uppgift saknas” är exkluderad.

Figur 11.9-11.10. Lokalrecidivsfrekvensen är en av de viktigaste kvalitetsparametrarna vid rektalcancerkirurgi. I ett internationellt perspektiv är våra resultat på populationsnivå mycket bra. Det pågår forskning för att belysa validiteten för lokalrecidiv i registret. Det är viktigt att långtidsuppföljningen blir komplett och att man eftersöker eventuella recidiv systematiskt och omsorgsfullt. I dessa analyser avser T1-T3 patologiskt stadium. För hjälp med tolkningen av *funnel plot*, var god se kapitel 3.