Rektalcancer

Nationell kvalitetsrapport för år 2015 från Svenska Kolorektalcancerregistret

maj 2017

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

REGIONALT CANCERCENTRUM NORR
Regionalt cancercentrum, Norr
Norrlands universitetssjukhus
SE-901 85 UMEÅ

rccnorr@vll.se
ISBN 91-89048-69-5

Innehållsförteckning

1 Inledning **4**

2 Organisation av styrgrupp **6**

2.1 Ledningsgrupp 6

2.2 Kirurgrepresentanter 6

2.3 Onkologrepresentanter 6

2.4 Patologrepresentant 6

2.5 Radiologrepresentanter 6

2.6 Sjuksköterskerepresentant 6

2.7 Seniorrepresentant 6

2.8 Patientrepresentanter 6

2.9 Nationellt stödteam vid Regionalt Cancercentrum norr, Umeå 7

2.10 RCC:s representanter i styrgruppen 7

3 Förklaringar/Definitioner **8**

4 Cancerregisterdata **10**

5 Kvalitetsregisterdata **12**

6 Utredning **24**

7 Behandling och operation **27**

8 Tumörstadium, operationsfynd och PAD **42**

9 Postoperativa komplikationer **56**

10 Fortsatt planering och behandling **64**

11 Uppföljning **71**

1 Inledning

Data rörande rektalcancer började registreras 1995 och detta är den 34:e rektalcancerrapporten från Svenska Kolorektalcancerregistret. Här redovisas data kring de patienter som diagnosticerades 2015 samt uppföljning efter 3 och 5 år, d.v.s. patienter diagnosticerade 2012 och 2010. Rektalcancerdelen av registret inkluderar nu totalt drygt 36 000 patienter. Liksom de senaste åren, har vi mycket god täckningsgrad (ca 99 procent).

Årets rapport är något mindre omfattande än tidigare rapporter i syfte att underlätta för läsaren. Detta har varit möjligt eftersom onkologirapporten innehåller en hel del data, som tidigare fanns i denna rapport. Övriga data som flyttats från rapporten kan återfinnas som on-line dokument.

Den övergripande målsättningen för oss som arbetar med kolorektalcancerregistret är att förbättra omhändertagandet av de individer som drabbas av kolorektal cancer. Denna rapport vänder sig därför i första hand till professionen med syftet att ge underlag för att utvärdera sin egen verksamhet samt regionalt kvalitetsarbete. Många figurer och tabeller redovisas på kliniknivå och förhoppningen är att detta skall stimulera till interna diskussioner och förbättringsarbete. Främst skall varje enhet kunna följa sin egen utveckling. Jämförelser med riksgenomsnitt och andra behandlande enheter kräver kunskap om potentiella störfaktorer såsom exempelvis case-mix.

Data i rapporten är ej primärt tänkta att användas som ekonomiska styrmedel. Vi hoppas däremot att skillnader kan inspirera till givande diskussioner om potentiella samband som kan utveckla vården vidare. Din kliniks egna data som inte framgår av denna rapport kan Du få från Ditt regionala cancercentrum eller direkt genom inloggning i INCA. De kvalitetsvariabler som presenteras i form av process- och effektmått har väckt mycken diskussion och vi vill uppmana till att vi håller diskussionen vid liv. Det är viktigt att varje klinik begrundar sina data och förhoppningsvis levererar bättre siffror nästa år som ett led i kvalitetsarbetet.

Täckningsgraden för inrapportering är genomgående mycket hög vilket är glädjande, men täckningsgraden för uppföljningsblanketten är lägre. Inrapportering av utfallsdata måste vara ett minimikrav vid handläggning av patienter med rektalcancer och är en förutsättning för kvalitetsförbättring. Det är förstås minst lika viktigt att data som läggs in är korrekta. Styrgruppen är övertygad om att validiteten höjs om data förs in löpande i processen. Inte minst gäller det radiologiska fynd och operationsfynd. Registrering och kvalitetsarbete måste vara en naturlig del i den kliniska vardagen.

Det kan uppstå tveksamheter angående definitionen av en variabel vid registrering. Använd då informationsfunktionen genom att högerklicka på ”i-knappen” och om det inte hjälper, fråga din regionalt ansvariga. Nationellt registeransvariga försöker även löpande förbättra den manual som ligger på INCA:s hemsida. Strukturerade, standardiserade protokoll för PAD-svar, röntgenutlåtande och även operationsberättelser torde underlätta en prospektiv och korrekt registrering. Avseende strukturerade PAD-svar och radiologisvar är formulär utarbetade. Det nya flikbaserad INCA formuläret är i drift sedan årsskiftet. Tanken är att radiologer och patologer skall fylla i respektive formulär.

Det är av stor vikt att kvalitetsdata kan tas ut så snabbt och lätt som möjligt för att alla kliniker ska kunna använda data i sitt kliniska kvalitetsutvecklingsarbete. Ju mer man lokalt har användning för data, desto större chans är det att data kommer in. Styrgruppen arbetar på att få fram mallar för online-uttag av vissa data, till att börja med de effekt- och processmått som är utvalda som kvalitetsindikatorer. Om dessa data ska kunna användas förutsätter det dock att inrapporteringen sker prospektivt så data blir robusta vid punktmätning.

Vi går en spännande tid till mötes inom rektalcancervården med ökad användning av laparoskopi och utvärdering av andra innovativa tekniker såsom transanal-TME och robotassisterad laparoskopi. Delvis ändrad timing m.m. av neoadjuvant och adjuvant behandling förväntas, liksom nya onkologiska metoder. Organbevarande behandling måste införas kontrollerat och i studieform. Såväl radiologin som patologin utvecklas fort. Standardiserat vårdförlopp kommer förkorta våra vårdkedjor. I denna föränderliga värld får vi dock inte glömma att kirurgisk precision ännu är helt central för att uppnå goda resultat. Vårt gemensamma register ger unika möjligheter att följa och utvärdera utvecklingen om vi hjälps åt att registrera med hög kvalitet.

För den vetgirige finns även motsvarande rapport för koloncancer. Denna återfinns på rapporter. Där återfinns även en ”onkologirapport”, med utförligare detaljer kring våra patienters onkologiska behandling samt nu även en ”patientrapport” som i första hand vänder sig till allmänheten.

Kommentarerna kan i vissa fall uppfattas ha fokus på det som bör förbättras, men det bör understrykas att det överlag är imponerande siffror på populationsnivå. Vi hoppas att denna rapport motsvarar Era förväntningar. Förhoppningsvis finns här intressanta fynd för varje enskild kirurg! Återigen ser vi gärna kommentarer till rapporten av såväl positiv som negativ karaktär, då ett mål är att förbättra även rapporten successivt.

Denna sammanställning är framtagen av nationella kvalitetsregistergruppen i samarbete med David Norman, Lena Nathanaelsson och Erik Lindberg vid Regionalt cancercentrum Norr och baseras på datauttag från svenska Kolorektalregistret på INCA-plattformen 2016-04-02.

Trevlig läsning!
För styrgruppen,
Bärbel Jung
Linköping

2 Organisation av styrgrupp

2.1 Ledningsgrupp

Ordförande: Ingvar Syk, Ingvar.K.Syk@skane.se
Forskningsansvarig: Anna Martling, anna.martling@ki.se
Forskningsansvarig from 2017: Peter Matthiessen, peter.matthiessen@regionorebrolan.se
Kolon huvudansvar: Annika Sjövall, annika.sjovall@karolinska.se
Kolon huvudansvar from 2017: Håkan Olsson, hakan.olsson@vll.se
Rektum huvudansvar: Bärbel Jung, barbel.jung@regionostergotland.se

2.2 Kirurgrepresentanter

Anna Martling och Annika Sjövall, Stockholm/Gotlandregionen
Peter Matthiessen och Kenneth Smedh, Uppsala/Örebroregionen
Niklas Zar och Bärbel Jung, Sydöstra regionen
Ingvar Syk och Mattias Söderholm, Södra regionen
Dan Asplund och Stefan Skullman, Västra regionen
Christoffer Odensten och Håkan Olsson, Norra regionen

2.3 Onkologrepresentanter

Maria Gustafsson-Liljefors, Stockholm/Gotlandregionen
Peter Nygren, Uppsala/Örebroregionen
Maria Albertsson och Karin Adolfsson (from 2017), Sydöstra regionen
Anders Johnsson, Södra regionen
Susanne Ottosson, Västra regionen
Ingrid Ljuslinder (2016) och Petra Flygare (from 2017), Norra regionen

2.4 Patologrepresentant

Vakant (2016)
From 2017: Richard Palmqvist, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

2.5 Radiologrepresentanter

Lennart Blomqvist, Röntgenkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Peter Kälebo, Röntgenkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

2.6 Sjuksköterskerepresentant

Hanna Rosén, kirurgkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm

2.7 Seniorrepresentant

Bengt Glimelius, Uppsala/Örebroregionen

2.8 Patientrepresentanter

Christina Christoffersson, ILCO
From 2017: Maria Boqvist Olsson och Vuokko Elner, ILCO
Fredrik Hopfgarten, Söderhamn, Riksförbundet mag- och tarmsjuka

2.9 Nationellt stödteam vid Regionalt Cancercentrum norr, Umeå

Gunilla Andersson, Koordinator, gunilla.andersson@vll.se
Lisa Tykosson, Registerproduktägare, lisa.tykosson@vll.se
Lena Nathanaelsson, Statistiker (kolon), lena.nathanaelsson@vll.se
David Norman, Statistiker (rektum), david.b.norman@vll.se

2.10 RCC:s representanter i styrgruppen

Erik Holmberg, RCC Väst
Lena Damber, nationell samordnare, kvalitetsregistren för cancer

3 Förklaringar/Definitioner

I denna rapport är redovisningen per patient. För patienter med synkrona tumörer sparas bara en tumör. Till synkrona tumörer räknas de med samma diagnosdatum och/eller samma operationsdatum. Patienter med akut operation är exkluderade ur rapporten.

De sjukhus som opererar färre än tio patienter ingår i gruppen ”Övriga”.

Följande operationstyper ingår i ”resecerade fall”: Främre resektion (AR), abdominoperineal rektumexcision (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 anmälan: 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.

I ett flertal figurer anges ”nämnare”. Detta för att läsaren skall kunna bilda sig en uppfattning om urval/bortfall kan påverka analysen. Tillsammans har vi större möjligheter att upptäcka felaktigheter! Med hjälp av procentsatsen på y-xeln får läsaren även enkelt en grov uppskattning av antalet fall/händelser i sin region.

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 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 är streckat. I dessa figurer representerar röda linjen målnivån för respektive parameter och svarta linjen genomsnittet i Sverige.

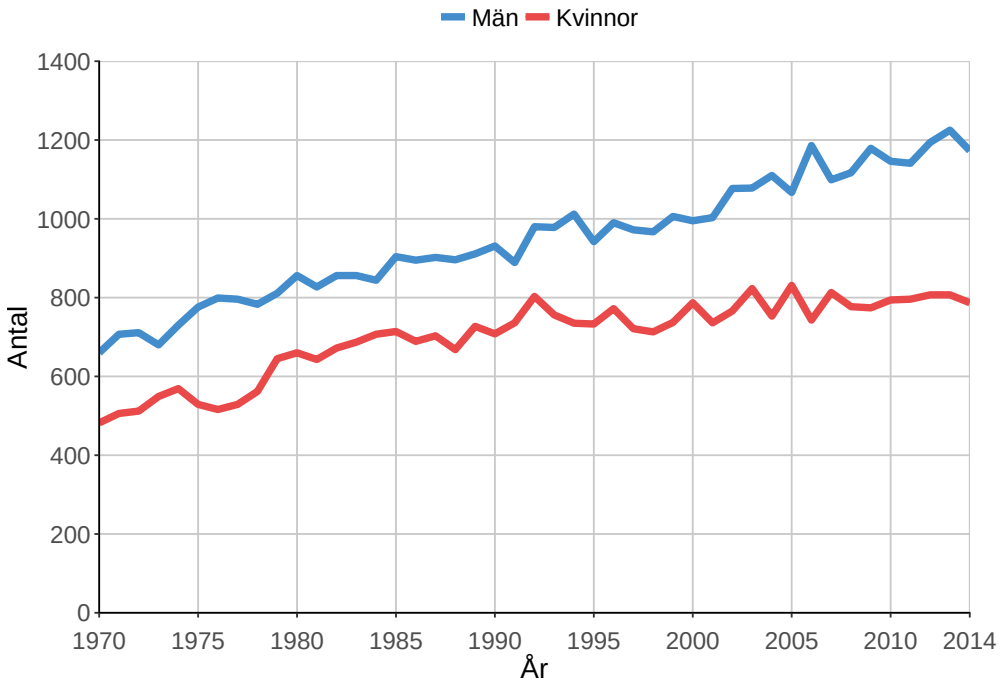
Vi har vidare valt att endast sätta ut en förklarande siffra för de enheter som ligger utanför 99-iga konfidensintervallet (siffrorna går annars på varandra och blir oläsbara). Siffran för ditt sjukhus finner du i tabell 1. Du kan i de flesta fall identifiera var Ditt sjukhus befinner sig i grafen genom 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 tabell.

Även i flera andra figurer har vi i år valt att sätta ut respektive målnivå med röd streckad linje.

Tabell 3.1. Sjukhusnamn och nummer till funnelplots

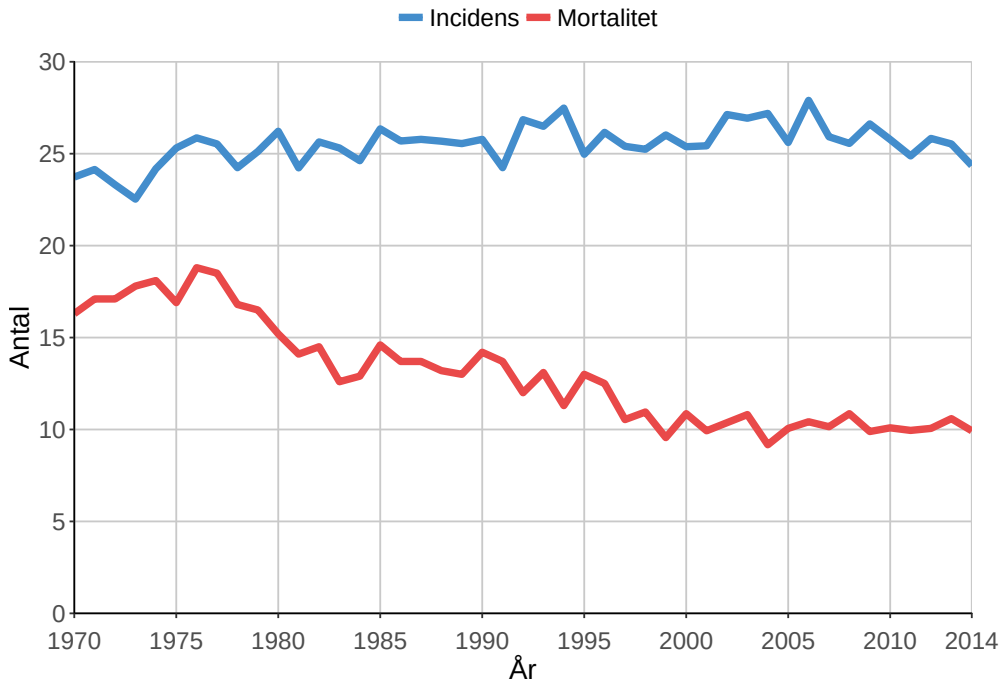
Sjukhus	Nummer
Blekingesjukhuset	1
Borås	2
Danderyd	3
Ersta	4
Eskilstuna	5
Falun	6
Gävle	7
Halmstad	8
Helsingborg	9
Jönköping	10
Kalmar	11
Karlstad	12
Karolinska	13
Kristianstad	14
Linköping	15
Mora	16
Norrköping	17
NU−sjukvården	18
Nyköping	19
Skånes univsjh	20
Skövde	21
St Görans	22
Sunderbyn	23
Sundsvall	24
Södersjukhuset	25
Umeå	26
Uppsala	27
Varberg	28
Västervik	29
Västerås	30
Växjö	31
Örebro	32
Örnsköldsvik	33
Östersund	34
Östra sjukhuset	35
Övriga	36

4 Cancerregisterdata

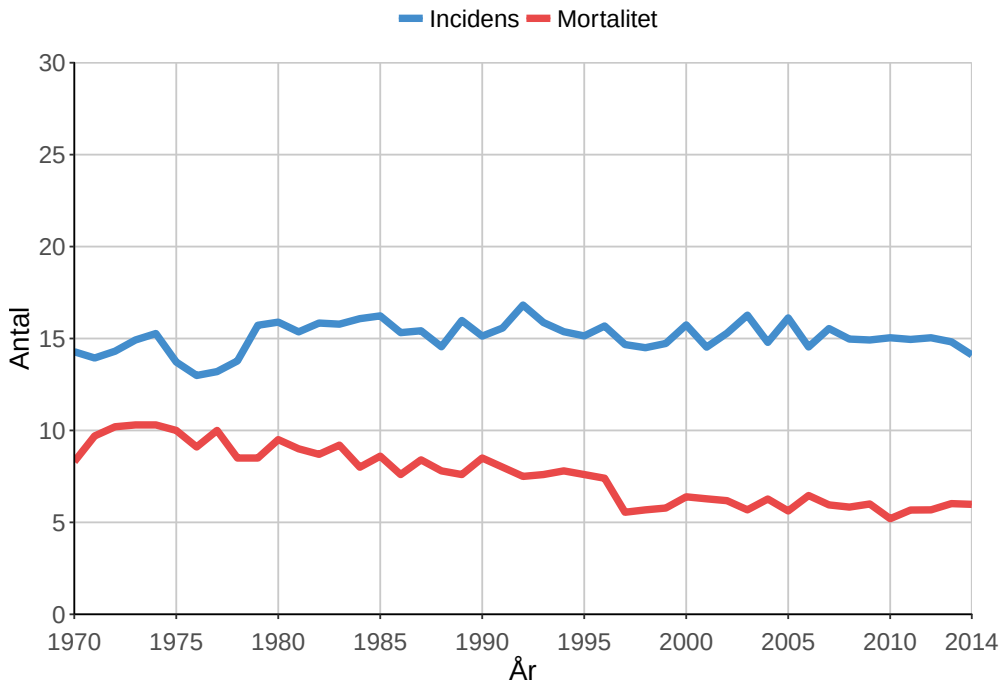


Figur 4.1. Antal fall i Sverige, 1970-2014

Figur 4.1. Dessa data kommer från cancerregistret och som framgår diagnostiseras något högre andel män och totalt varje år kring 2000 patienter med rektalcancer. Bland dessa kan det finnas obduktionsfall, något vi valt att inte ha med i kvalitetsregistret. Cancerregistret registrerar dessutom även polyper med höggradig dysplasi samt andra tumörformer medan vi endast har med invasivt adenocarcinom i rektum. Således finns en diskrepans mellan antalet fall i cancerregistret och antalet fall i kolorektalcancerregistret som är på några procent.



Figur 4.2. Ålderstandardiserad incidens och mortalitet per 100 000 invånare i Sverige, män, 1970-2014



Figur 4.3. Ålderstandardiserad incidens och mortalitet per 100 000 invånare i Sverige, kvinnor, 1970-2014

Figur 4.2-4.3. Åldersstandardiserad incidens och mortalitet förefaller nu stabil sedan 15 år om inte data delas upp på subgrupper, Det blir intressant att följa utvecklingen framöver när screening införs.

5 Kvalitetsregisterdata

Tabell 5.1. Tabellsammanfattning, 2015

	Män		Kvinnor		Totalt	
Antal	1288		807		2095	
Täckningsgrad						(98.8)
Komplett staging, opererade	888	(98)	544	(97)	1432	(98)
Preop MDK, ej end polypektomi	890	(99)	542	(97)	1432	(98)
Opererade	902	(70)	559	(69)	1461	(70)
Resecerade patienter	838	(65)	501	(62)	1339	(64)
Perop tarmperforation, resecerade, ej uppg sakn, 2013-2015	138	(5.6)	62	(4.1)	200	(5)
Ackrediterad och/eller specinr, resecerade	830	(99)	497	(99)	1327	(99)
Radikalt opererade enligt PAD och kirurg, resecerade, M0	724	(94)	435	(94)	1159	(94)
Antal undersökta körtlar ≥ 12, resecerade	735	(88)	435	(87)	1170	(87)
Postop mort inom 30 dagar, resecerade, 2013-2015	42	(1.7)	12	(0.8)	54	(1.3)
Vårdtid i dagar (median), opererade	9		8		8	
Postop MDK, op el end polypektomi, ej mort inom 30 dagar	882	(97)	554	(96)	1436	(97)
Adjuv beh planerad, resecerade, stad III, ≤ 75 år, 2013-2015	483	(75)	290	(81)	773	(77)
Inkluderad i kirurgiska och onkologiska studier	374	(29)	193	(24)	567	(27)
3 års relativ överlevnad, resecerade, M0, 2009-2015		(93)		(93)		(93)
Lokalrecidiv inom 3 år, resecerade, M0, T1-T3, 2010-2012	44	(2.4)	35	(2.8)	79	(2.6)

Tabell 5.1. Täckningsgraden är hög och data visar på en hög kvalitet avseende valda parametrar.

Tabell 5.2. Antal registrerade fall samt täckningsgrad, 2015

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	330	99.3
Uppsala/Örebro	525	100
Sydöstra	231	94.2
Södra	404	99
Västra	418	99.7
Norra	187	98.3
Totalt	2095	98.8

**) Täckningsgraden är i förhållande till antal fall i cancerregistret.*

Tabell 5.2. Denna tabell anger nämnaren i de analyser som fortsättningsvis presenteras på regionnivå avseende alla diagnostiserade fall. Täckningsgraden är beräknad gentemot cancerregistret med selektion för ICD-10 C20.9 samt PAD 096 och 996. Som nämnts i kommentar till figur 1 ingår ej obduktionsfynd eller höggradig dysplasi.

En region utmärker sig negativt med täckningsgrad på 94,2 %. Detta manar till analys och förbättringsarbete. Övriga regioner har en bra täckningsgrad för anmälningsblanketten.

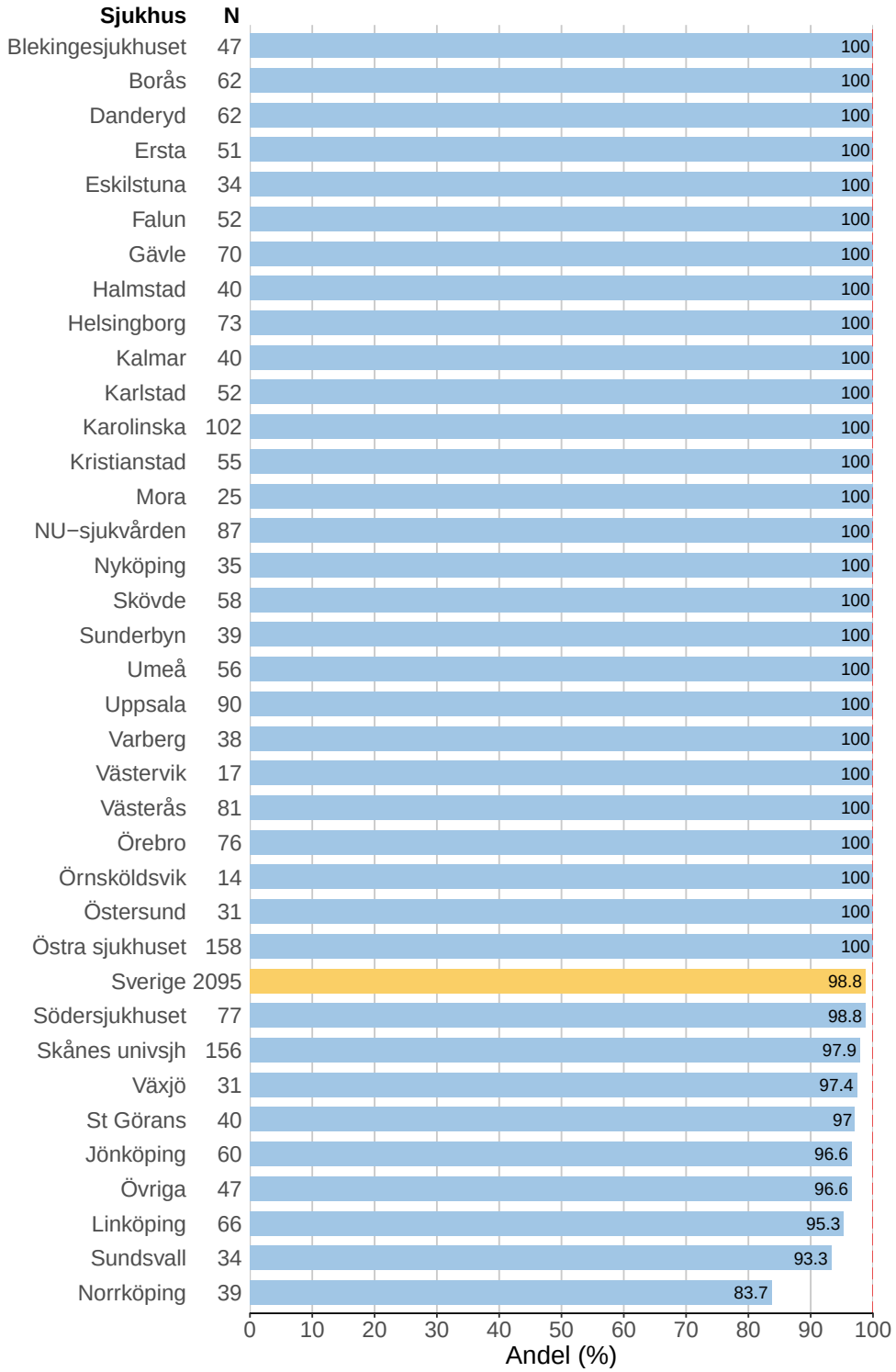
Samtliga vidare analyser bygger på att vi har en så komplett täckningsgrad som möjligt av diagnostiserade patienter. Det är inte orimligt att samtliga enheter skall uppnå en täckningsgrad mycket nära 100 %. Eftersom arbetet tids nog ändå görs är det vår starka rekommendation och önskan att det prioriteras före slutdatum. Dessutom är det helt centralt med hög täckningsgrad för att vi som arbetar med att analysera data skall kunna återrapportera på ett adekvat sätt. Sydöstra regionen måste nog tolka de data som presenteras i denna rapport med vetskap om att ett systematiskt bortfall kan föreligga. När vi inför återrapportering online och i automatiska nyhetsbrev kommer det förhoppningsvis bli lättare för beslutsfattare att prioritera en löpande inrapportering med hög validitet.

Tabell 5.3. Antal registrerade patienter samt täckningsgrad för uppföljningen, 2010 och 2012

	Antal registrerade patienter	Täckningsgrad (%)
Stockholm/Gotland	509	99.6
Uppsala/Örebro	653	99.1
Sydöstra	313	97.2
Södra	484	94.9
Västra	434	74.2
Norra	246	96.5
Totalt	2639	92.9

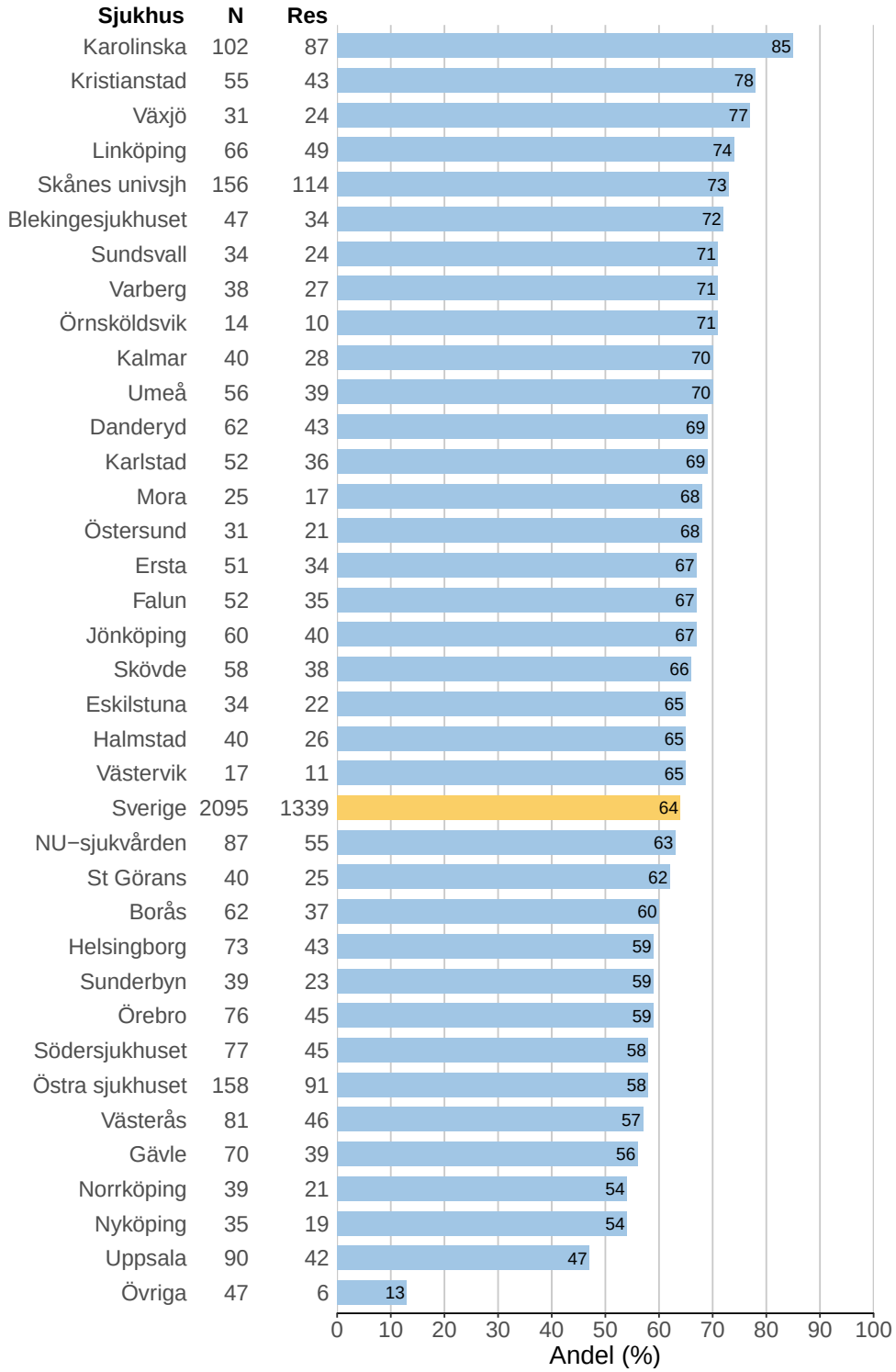
Tabell 5.3. En förutsättning för att kunna tolka och jämföra uppföljningsdata är en hög täckningsgrad. Som synes i Figur 11.1 är detta ett problem för ett fåtal sjukhus, som därmed inte kan räkna med tillförlitliga uppföljningsdata. Vi rekommenderar att dessa sjukhus kontinuerligt under året rapporterar in uppföljningsdata tre respektive fem år efter operation och inte väntar till nästa årsskifte.

Även om alla data inte är med i årets rapport är det viktigt att det som inte rapporterats in i tid görs i efterhand. Data i registret är ”levande” och korrigerbara. Varje uttag, inklusive det till denna rapport, får därför ses om en ”ögonblicksbild”. Dock används data flitigt efter uttaget för rapporten varför saknade uppgifter och felaktigheter skall åtgärdas.



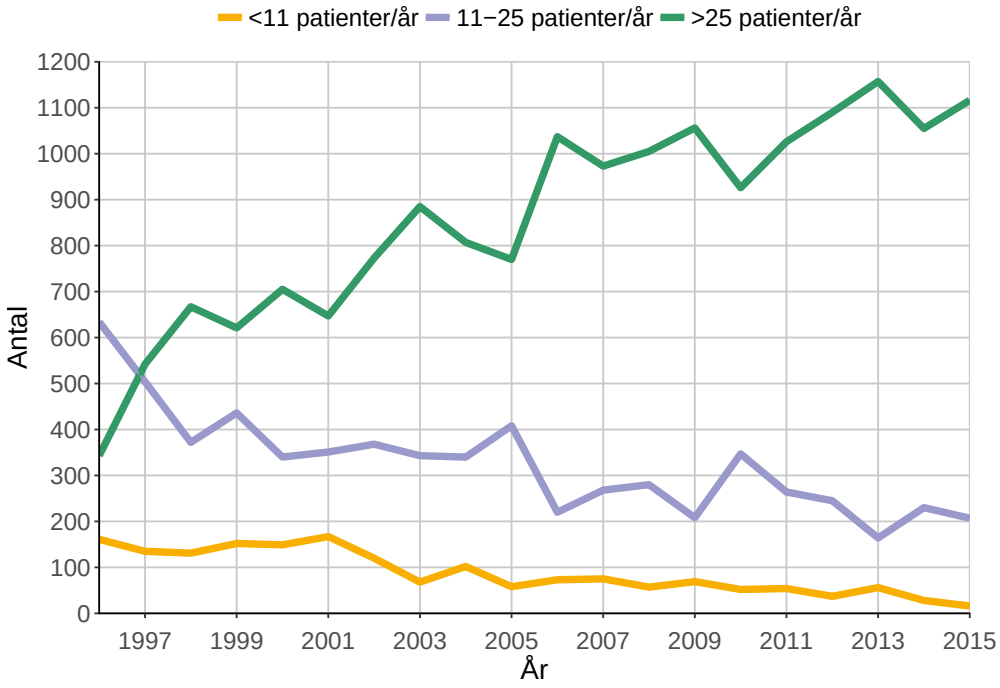
Figur 5.1. Antal registrerade patienter och täckningsgrad, 2015. I övriga sjukhus ingår Alingsås, Avesta, Eksjö, Hudiksvall, Karlskoga, Kungälv, Lidköping, Ljungby, Sahlgrenska, Skellefteå, Södertälje, Torsby, Trelleborg, Visby, Värnamo, Ystad

Figur 5.1. Detta är en viktig kvalitetsparameter och som synes uppnår flertalet sjukhus 100 %! De få som inte gör det måste åtgärda eventuella systemfel och förbättra sina rutiner. Sjukhusen i gruppen ”övriga” opererar färre än tio patienter per år (specificeras i rapportens inledande sidor). Styrgruppen anser att ett så litet antal inte går att redovisa på ett tillförlitligt sätt. Vi har därför valt att ”bunta ihop” dem så man får en uppfattning av hur det går på dessa sjukhus. Är inrapporteringsgraden under 80 % på ett sjukhus anser vi det inte heller vara möjligt att bedöma kvalitén.



Figur 5.2. Resecerade patienter, 2015

Figur 5.2. En anmärkningsvärd skillnad mellan sjukhusen, som möjligen speglar variationer i casemix pga remittering mellan sjukhusen. Variationer i operationsindikationer är en tänkbar möjlighet och bör bevakas för att minska risken för en ojämlik vård nationellt.



Figur 5.3. Antal resecerade operationer, uppdelat på små, mellanstora och stora volymer, 1996-2015

Figur 5.3. Här illustreras tydligt en centraliseringstendens. Det är väldigt få patienter som idag opereras på enheter med riktigt låg volym. Notera att ett sjukhus ena året kan vara högvolymssjukhus och nästa år mellanvolymssjukhus beroende på variation i patientvolym.

Tabell 5.4. Målnivå för poängbedömningen

	Urval	Poäng 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, M0, ej preop strål	< 5%	5-7%	7-10%	11-14%	≥ 15%	
E	Resecerade, T1-T3, M0, preop strål	< 5%	5-7%	7-10%	11-14%	≥ 15%	
F	Resecerade, ej uppgift saknas	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, adjuv beh planerad	≥ 80%	75-79%	70-74%	65-69%	< 65%	
K	Preop 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	Resecerade	≥ 95%	85-94%	75-84%	< 75%		
S	Op eller end polyp, ej 30d mort	≥ 90%	80-89%	70-79%	< 70%		
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, 2015

B) 30 dagars mortalitet, 2013-2015

C) Relativ 3-års överlevnad, diagnosår 2009-2015

D) Lokalrecidiv inom 3 år, ej preop strål, 2010-2012

E) Lokalrecidiv inom 3 år, preop strål, 2010-2012

F) Perop tarmperforation, 2013-2015

G) Cirkumferentiell marginal (CRM), andel $\geq$ 1.0 mm, 2015

Processmått

H) Väntetid från diagnos till behandlingsstart, andel inom 4 veckor, 2015

I) Väntetid från operation till PAD svar, andel inom 2 veckor, 2015

J) Väntetid från operation till adjuvant behandling, andel inom 8 veckor, 2013-2015

K) Väntetid från preop MDK till start av preop stålbehandling, andel inom 2 veckor, 2015

L) Täckningsgrad, anmälan, 2015

M) Komplett staging, 2015

N) Preoperativ MDK, 2015

O) Ackrediterad kolorektal kirurg och/eller specialist med kolorektal inriktning, 2015

P) Antal undersökta körtlar $\geq$ 12, 2015

Q) Sköljning, 2015

R) Ikryssade PAD-rutor, 2015

S) Postoperativ MDK, 2015

T) Inkluderad i kirurgiska eller onkologiska studier, 2015

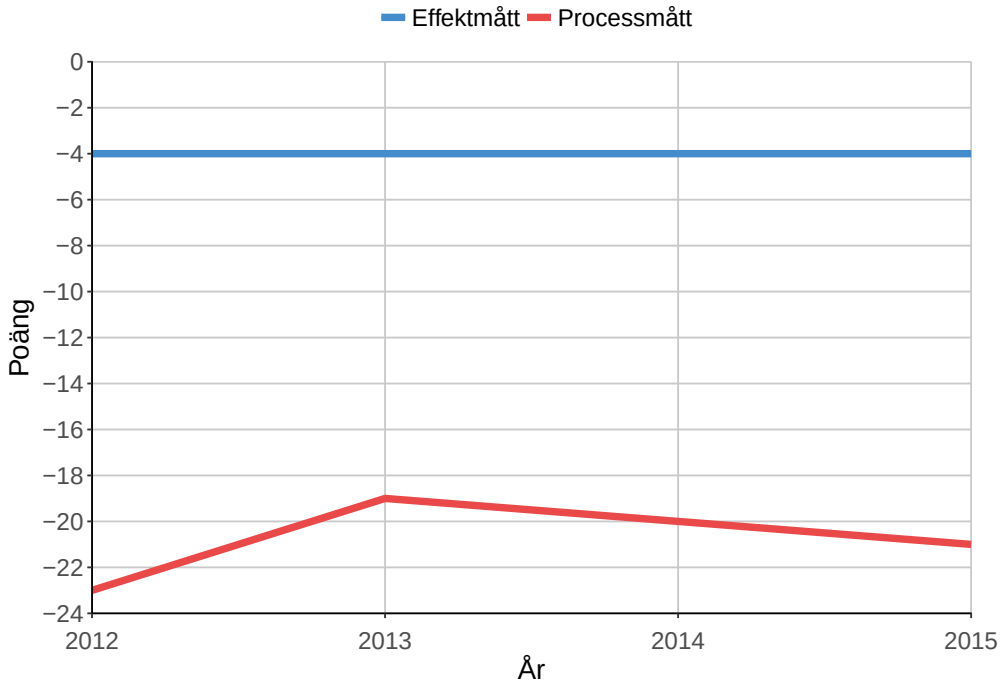
U) Täckningsgrad, 3- och 5-års uppföljning, 2010 och 2012

Tabell 5.5. Poängbedömning för effektmått, 2015.

	A	B	C	D	E	F	G
Blekingesjukhuset	0	−1	−2	0	0	−3	0
Borås	0	0	0	0	0	−2	−1
Danderyd	0	−2	0	0	0	−2	−1
Ersta	0	0	0	0	0	−2	0
Eskilstuna	0	−1	0	−2	0	0	0
Falun	0	0	−1	0	0	−3	−2
Gävle	0	−1	−1	0	0	−1	0
Halmstad	0	0	−2	−2	0	−2	−2
Helsingborg	−1	0	0	0	−1	−2	0
Jönköping	0	0	−1	0	−1	−1	0
Kalmar	−1	−1	−1	0	0	−3	0
Karlstad	−1	−1	−2	0	0	−2	−1
Karolinska	0	−2	−2	0	0	−3	0
Kristianstad	0	−3	−1	0	0	−2	0
Linköping	0	0	−2	0	0	−2	−1
Mora	−1	−4	0	−1	0	−3	−1
Norrköping	0	−1	−2	0	−1	−3	0
NU−sjukvården	0	0	−1	0	0	−2	0
Nyköping	0	−1	−3	0	0	−3	−1
Skånes univsjh	0	−1	−1	0	0	−3	0
Skövde	0	−1	−2	−3	−2	−3	0
St Görans	0	−1	0	0	0	−1	0
Sunderbyn	0	−1	−1	−2	0	0	0
Sundsvall	0	−1	−1	0	0	−2	0
Södersjukhuset	0	0	0	0	0	−2	0
Umeå	0	−1	−1	0	0	−3	0
Uppsala	−1	0	−1	0	0	−2	−1
Varberg	0	−1	0	0	0	0	0
Västervik	−1	0	−3	0	0	−2	0
Västerås	0	0	0	0	0	0	0
Växjö	0	0	0	0	0	−3	−1
Örebro	0	−2	−2	−1	0	−2	0
Örnsköldsvik	−1	−2	0	0	−2	−2	0
Östersund	0	0	0	0	0	−3	0
Östra sjukhuset	0	−1	−1	0	−1	−3	−1
Övriga	−3	−2	−2	0	0	−2	−1

Tabell 5.6. Poängbedömning för processmåttmått, 2015.

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



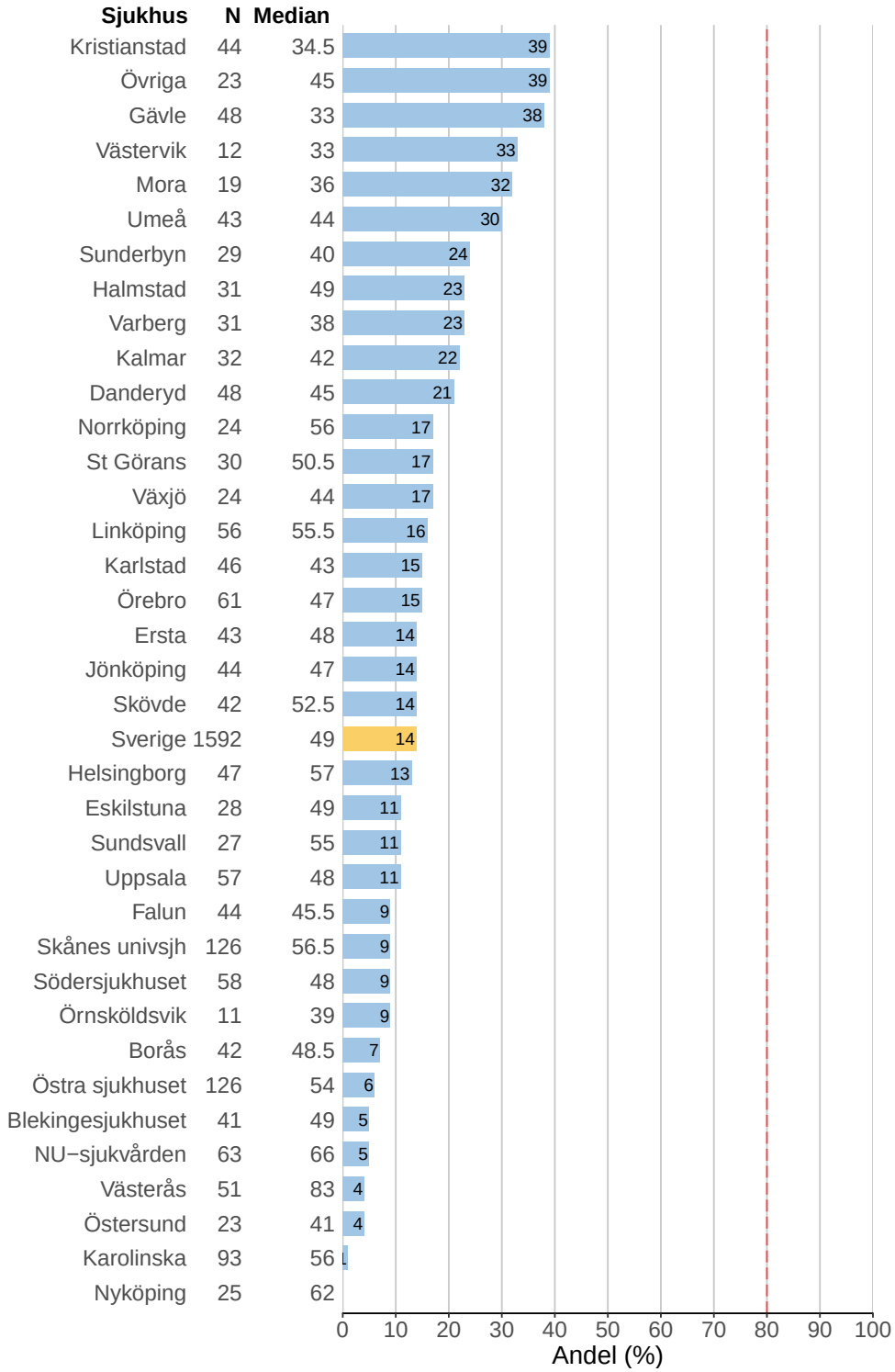
Figur 5.4. Poäng för effekt och processmått, Sverige, 2012-2015

Tabell 5.4-5.6 och figur 5.4. Vi har valt att redovisa effektmått och processmått separat. Som framgår av tabell 5.4 finns en målnivå för varje parameter. Noll poäng ges om ett sjukhus nått upp till det satta målet. Målen är högt satta men inte orealistiska.

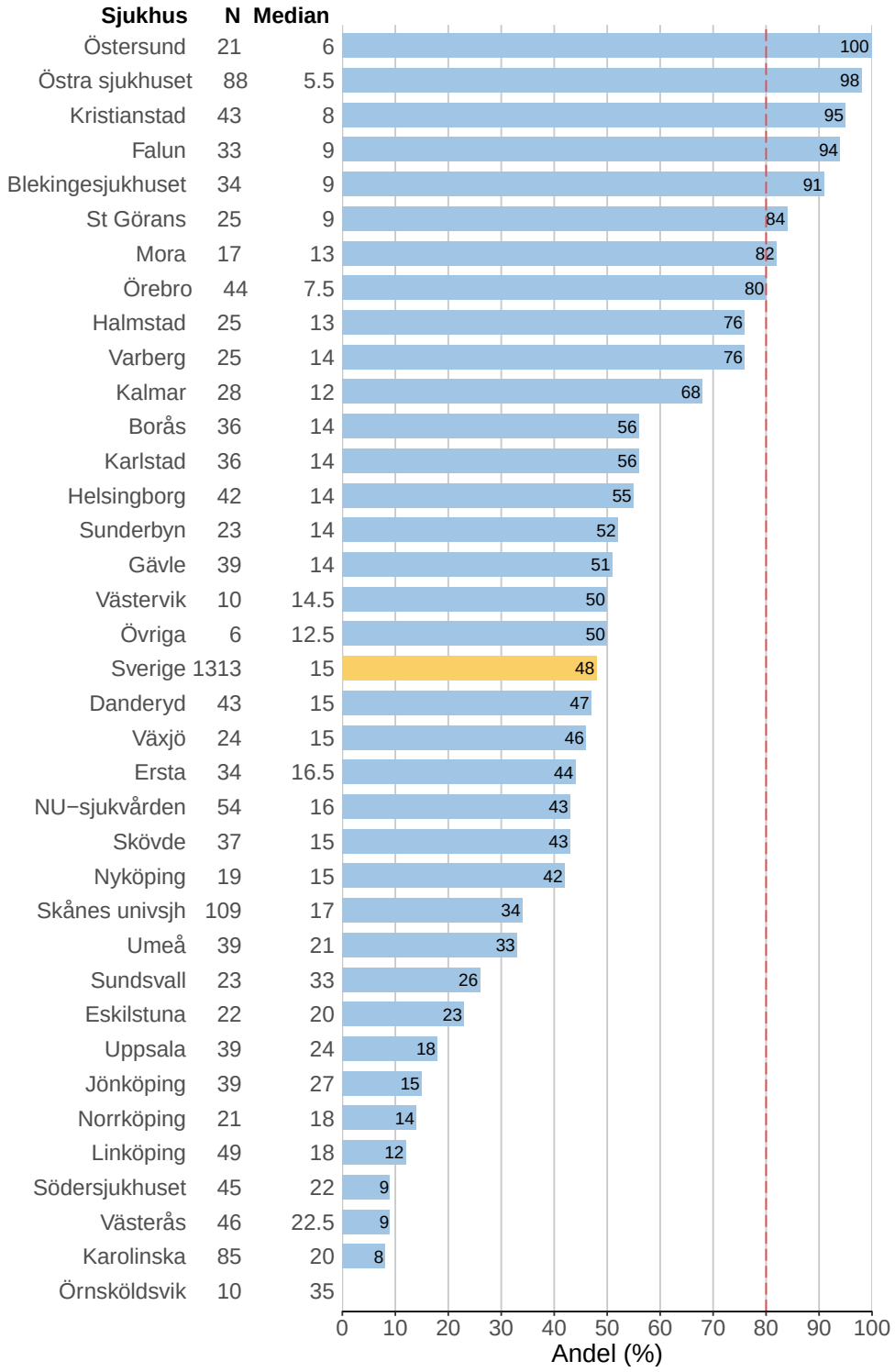
Tanken är inte att rangordna sjukhusen utan vara en hjälp i det interna kvalitetsarbetet, förbättra vården och därmed sina poäng. Sjukhusen är därför ordnade i bokstavsordning och inte poängordning. Härvid är det viktigt att inte fokusera på totalsumman och åter igen inte jämföra sig med andra sjukhus utan verkligen granska alla sina respektive minusposter eftersom de olika parametrarna väger olika tungt ur patientens perspektiv, målnivåerna är delvis arbiträra och definitivt inte viktade. Vi har därför medvetet inte skrivit ut totalsumman.

Notera att effektmåtten bara handlar om fall där tumören är resecerad. Har man en låg andel resecerade (se Figur 7.8), så har man inga effektmått för en stor del av patienterna.

Spridningen i landet på enskilda parametrar, som i flera fall återkommer från tidigare år, indikerar att det finns förbättringspotential.



Figur 5.5. Väntetid från diagnos till behandlingsstart, andel inom 4 veckor, 2015. De som saknar uppgift eller har negativ ledtid är exkluderade.

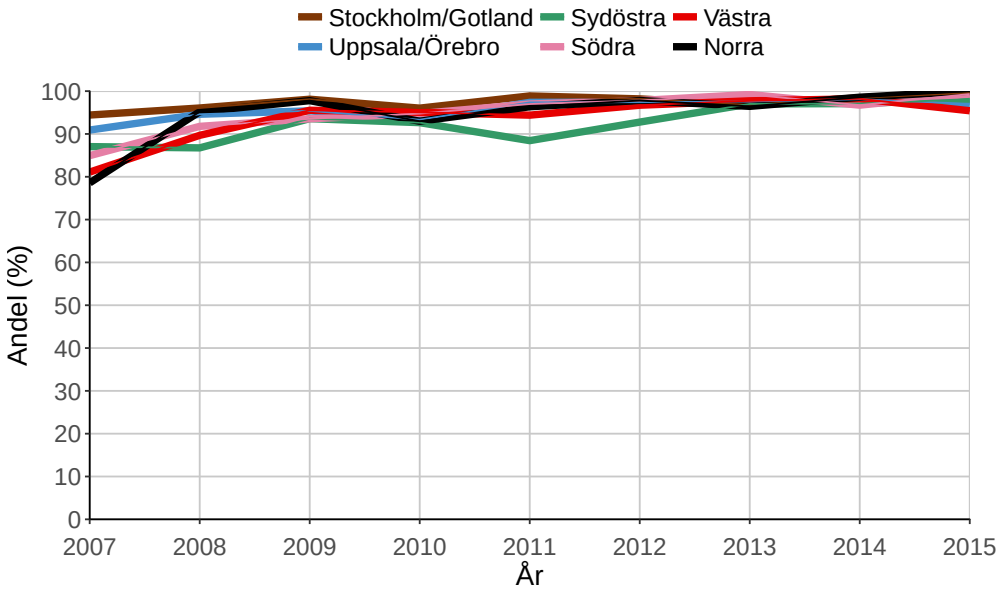


Figur 5.6. Väntetid från operation till PAD svar, andel inom 2 veckor, resecerade patienter, 2015. De som saknar uppgift eller har negativ ledtid är exkluderade.

Figur 5.5-5.6. Stor spridning i landet mellan sjukhusen och många som inte når upp till aktuell målnivå. Det bör understrykas att evidensläget rörande betydelsen av väntetider i många fall är skralt. Exempelvis extrapoleras kunskap om väntetid från operation till start av adjuvant behandling inom åtta veckor från studier på koloncancer. Dock förefaller det mindre troligt att de patienter, som påbörjar adjuvant behandling senare än åtta veckor skulle ha något att vinna på den extra väntetiden. Vidare är väntetiden ett stort orosmoment för patienterna vilket påverkar deras upplevelse av vården. Ökad aktualitet för detta kommer naturligtvis med standardiserade vårdförlopp för kolorektal cancer som nu införts i hela landet, där målet är att

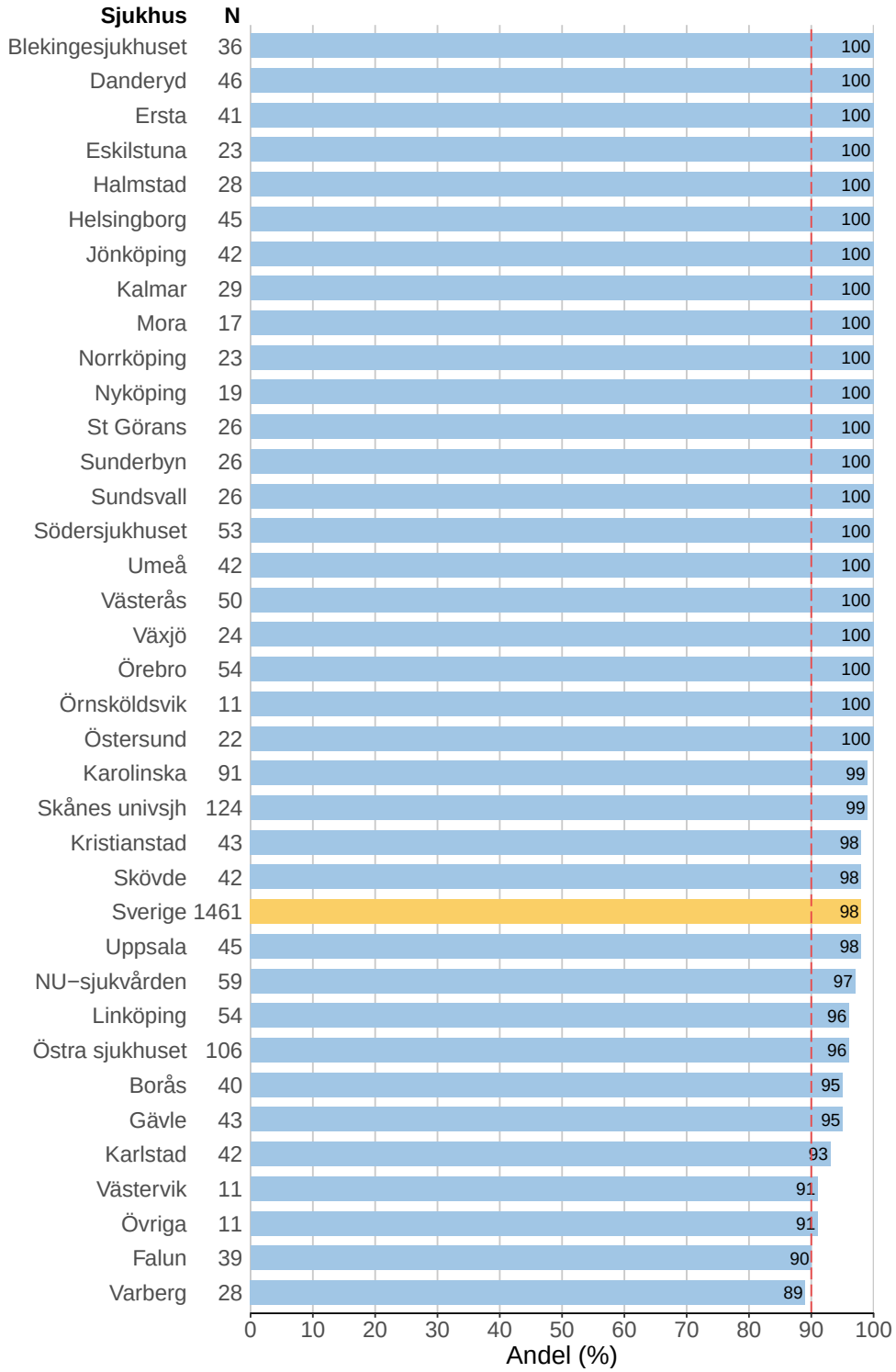
ledtiderna dramatiskt sänks. Totala ledtiden kan anses mest relevant, men vi har valt att redovisa deltider i syfte att ge varje klinik underlag för det egna förbättringsarbetet. Man får ha i beaktande att man valt att organisera vårdkedjan med olika ordningsföljd vid olika kliniker, vilket också kan påverka deltider.

6 Utredning



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	250	337	161	296	284	133

Figur 6.1. Komplett preoperativ staging, opererade patienter, 2007-2015



Figur 6.2. Komplett preoperativ staging, opererade patienter, 2015

Figur 6.1-6.2. Detta är bra! Nästan alla nådde upp till målet på över 90 % och endast 2 % av patienterna i Sverige saknade komplett staging. Motivet att vi inte satt denna målnivå högre är att det kanske inte är relevant att utreda exempelvis alla patienter med inkurabel fjärrmetastasering med en dedikerad bäcken-MR.

Man bör vara medveten om att redovisningen inte tar hänsyn till vilken radiologisk modalitet som använts för staging. Exempelvis förespråkas MR av primärtumören starkt.

Tabell 6.1. cT vs pT, resecerade patienter som ej fått preop strålbehandling, 2015

	pT1–2		pT3		pT4		Uppgift saknas		Totalt
cT1–2	138	(67)	61	(30)	4	(2)	2	(1)	205
cT3	41	(20)	135	(68)	24	(12)	0	(0)	200
cT4	6	(19)	16	(50)	10	(31)	0	(0)	32
cTX	14	(61)	7	(30)	0	(0)	2	(9)	23
Uppgift saknas	1	(25)	2	(50)	0	(0)	1	(25)	4
Totalt	200	(43)	221	(48)	38	(8)	5	(1)	464

Tabell 6.2. cT vs ypT, resecerade patienter som fått preop strålbehandling, 2015

	ypT1–2		ypT3		ypT4		Uppgift saknas		Totalt
cT1–2	75	(68)	29	(26)	3	(3)	3	(3)	110
cT3	162	(31)	339	(65)	18	(3)	1	(0)	520
cT4	40	(20)	103	(53)	50	(26)	3	(2)	196
cTX	5	(71)	2	(29)	0	(0)	0	(0)	7
Uppgift saknas	0	(–)	0	(–)	0	(–)	0	(–)	0
Totalt	282	(34)	473	(57)	71	(9)	7	(1)	833

Tabell 6.3. cN vs pN, resecerade patienter som ej fått preop strålbehandling, 2015

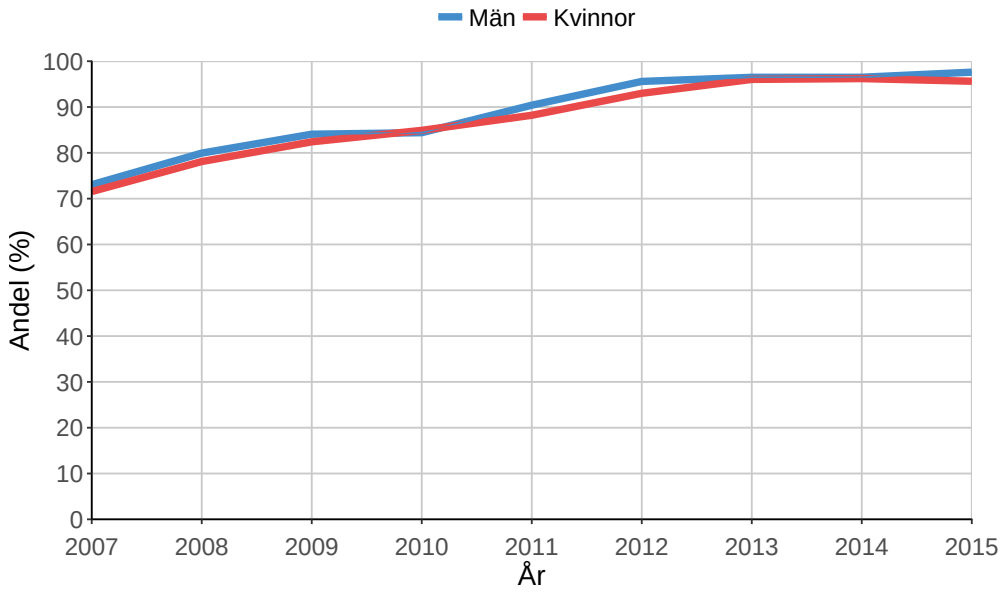
	pN0		pN1–2		pNX		Uppgift saknas		Totalt
cN0	217	(73)	74	(25)	2	(1)	3	(1)	296
cN1–2	68	(45)	84	(55)	0	(0)	0	(0)	152
cNX	11	(69)	3	(19)	1	(6)	1	(6)	16
Totalt	296	(64)	161	(35)	3	(1)	4	(1)	464

Tabell 6.4. cN vs ypN, resecerade patienter som fått preop strålbehandling, 2015

	ypN0		ypN1–2		ypNX		Uppgift saknas		Totalt
cN0	124	(69)	54	(30)	0	(0)	2	(1)	180
cN1–2	369	(54)	310	(45)	2	(0)	4	(1)	685
cNX	4	(36)	7	(64)	0	(0)	0	(0)	11
Totalt	497	(57)	371	(42)	2	(0)	6	(1)	876

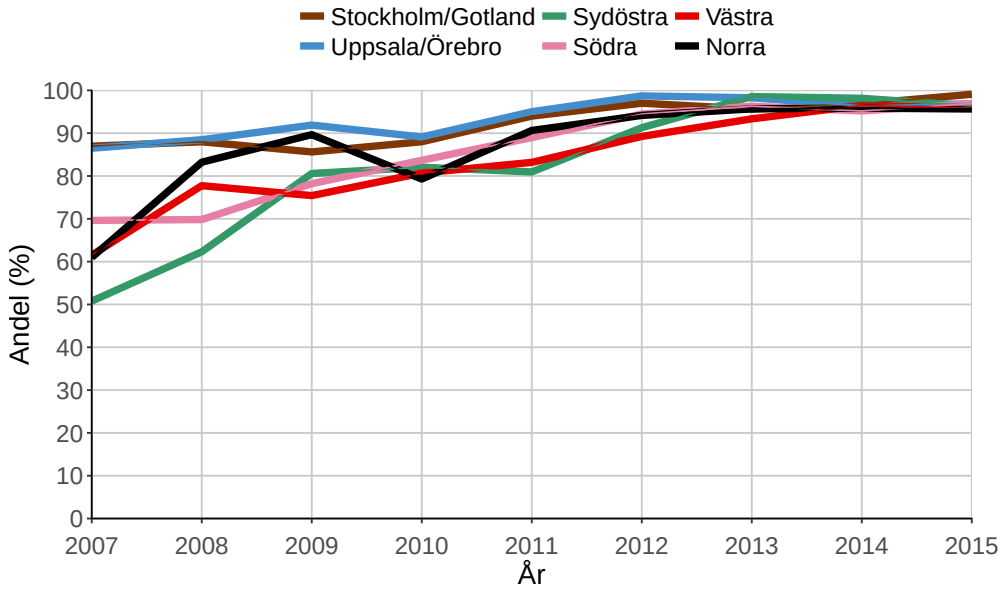
Tabell 6.1-6.4. Den preoperativa stadieindelningen korrelerar relativt väl med patologin. Man kan ana en down-staging effekt av strålning samt en överdiagnostik med MR. Dock redovisas här alla strålade och resonemanget om downstaging inte relevant efter 5x5Gy med direkt operation.

7 Behandling och operation



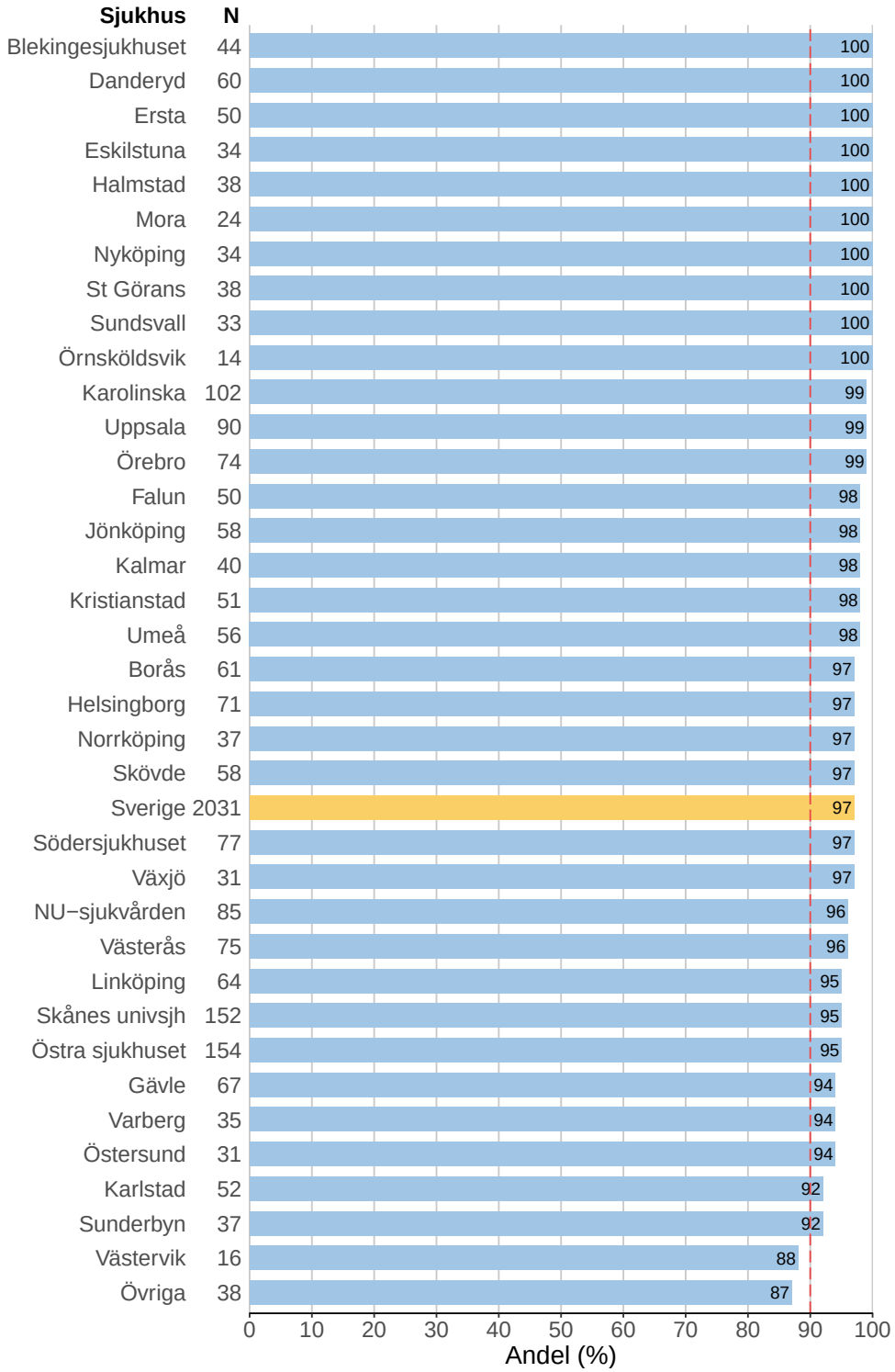
	Män	Kvinnor
2015 (N)	1253	778

Figur 7.1. Preoperativ bedömning i MDK, uppdelat på kön, för patienter utom de där endoskopisk polypektomi var enda åtgärd, 2007-2015



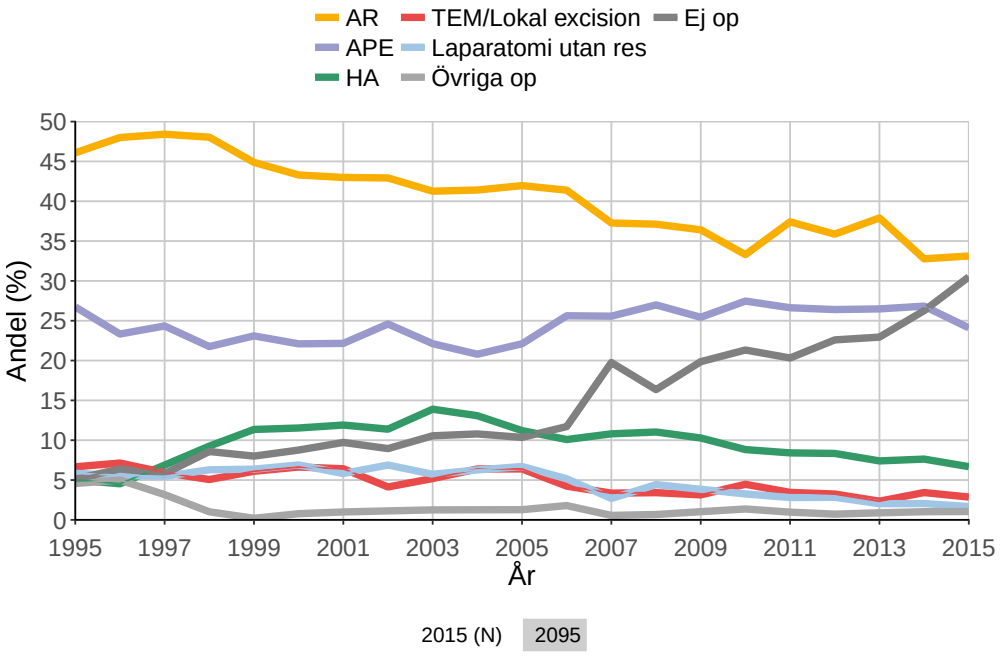
	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	325	508	220	388	406	184

Figur 7.2. Preoperativ bedömning i MDK, uppdelat på region, för patienter utom de där endoskopisk polypektomi var enda åtgärd 2007-2015

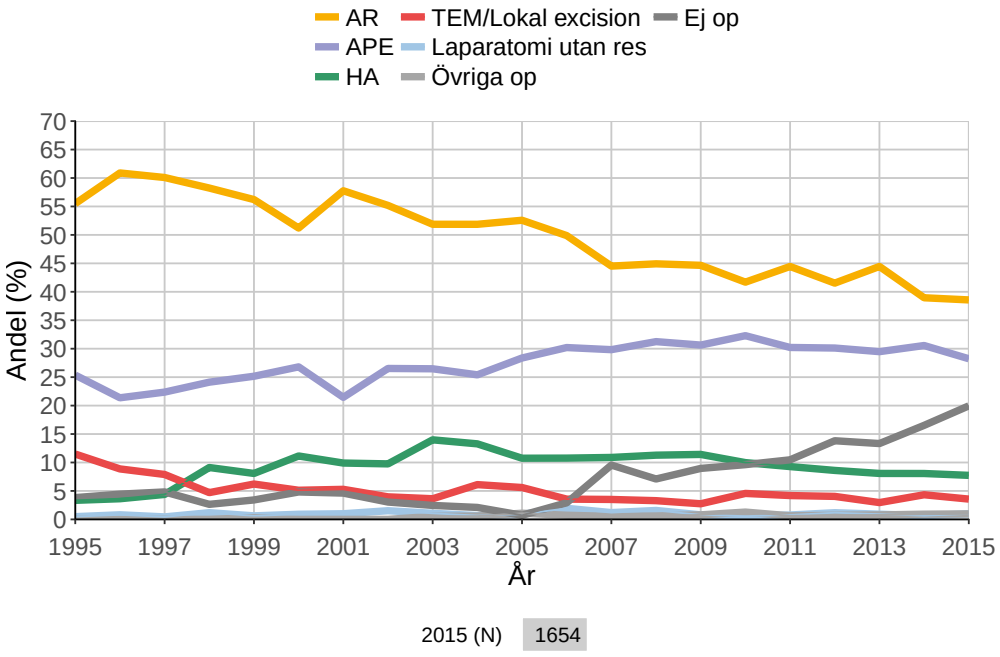


Figur 7.3. Preoperativ bedömning i MDK, för patienter utom de där endoskopisk polypektomi var enda åtgärd, 2015

Figur 7.1-7.3. Bra! Förefaller vara en självklarhet att patienter med rektalcancer idag diskuteras på multidisciplinär terapikonferens. Detta skall även ske enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer och vårdprogrammet. Som på så många andra områden ser vi en spridning när vi inför och efterfrågar en ny variabel. Sedan får man ett visuellt intryck av likriktning och att alla närmar sig det bättre (Fig 7.2). Visst finns det en takeffekt och mycket kunde hänt utan att variabeln monitorerats men förhoppningsvis har kvalitetsregistret haft en viss effekt och inte bara passivt observerat utvecklingen.



Figur 7.4. Fördelning av operationstyp, alla patienter, 1995-2015



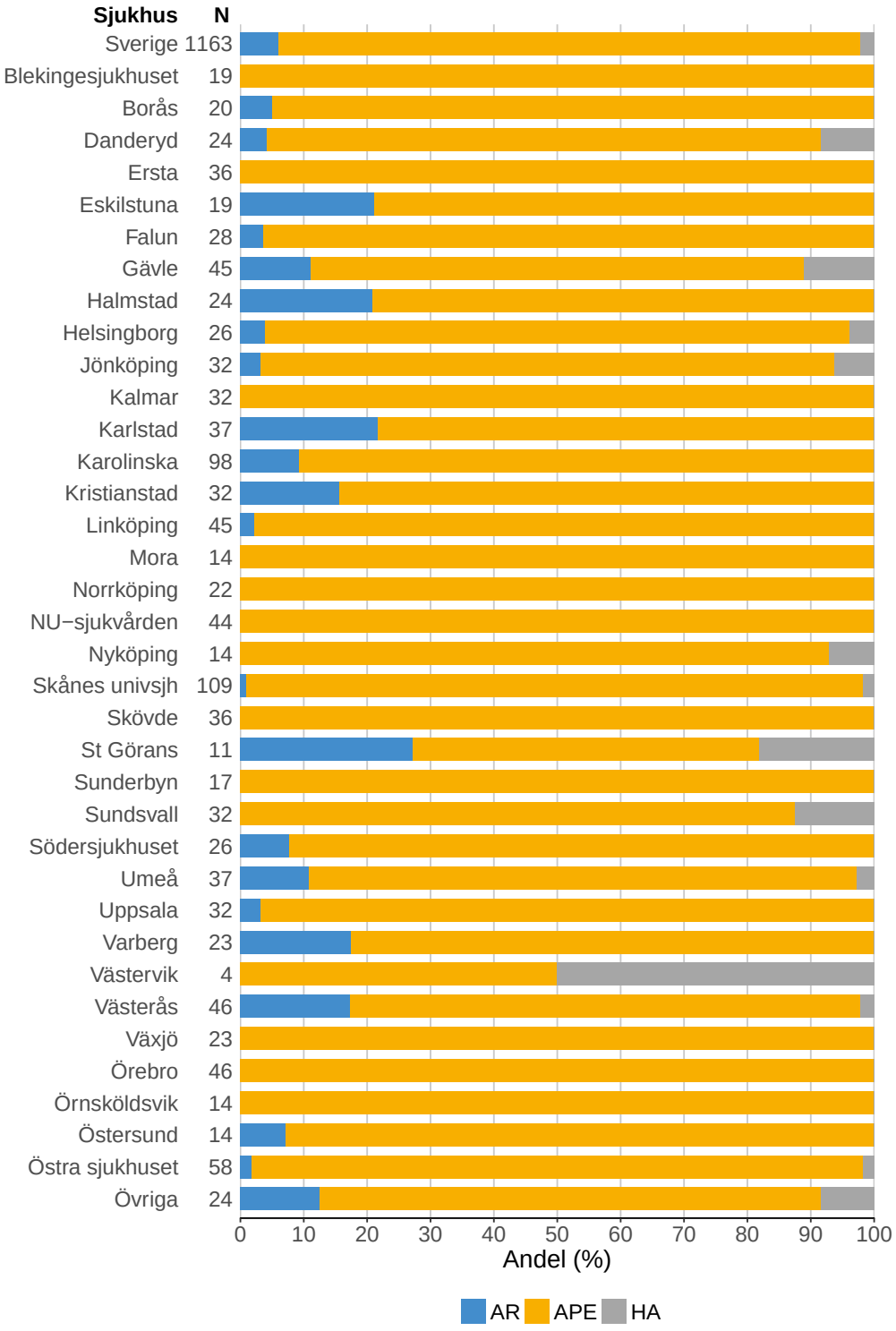
Figur 7.5. Fördelning av operationstyp, M0-patienter, 1995-2015

Figur 7.4-7.5. Med en främre resektion menas att patienten har fått en anastomos oavsett om man har gjort en kolonreservoar eller anastomos sida till ända eller möjligen ända till ända. Med lokal excision menas att tumören tagits bort endoskopiskt eller lokalt utan att en abdominell canceroperation utförs. Hit räknas även bakre proktektomi, laserbehandling elkoagulation mm. I dessa figurer ingår även TEM-operationer i gruppen. Med Hartmanns operation menas att man gjort en resektion av det tumörbärande segmentet samt anlagt en kolostomi med en blind förslutning av rektalstumpen. Har det utförts en intersfinkterisk resektion bör den klassificeras som en rektumexcision, dvs. excision av anorektum plus

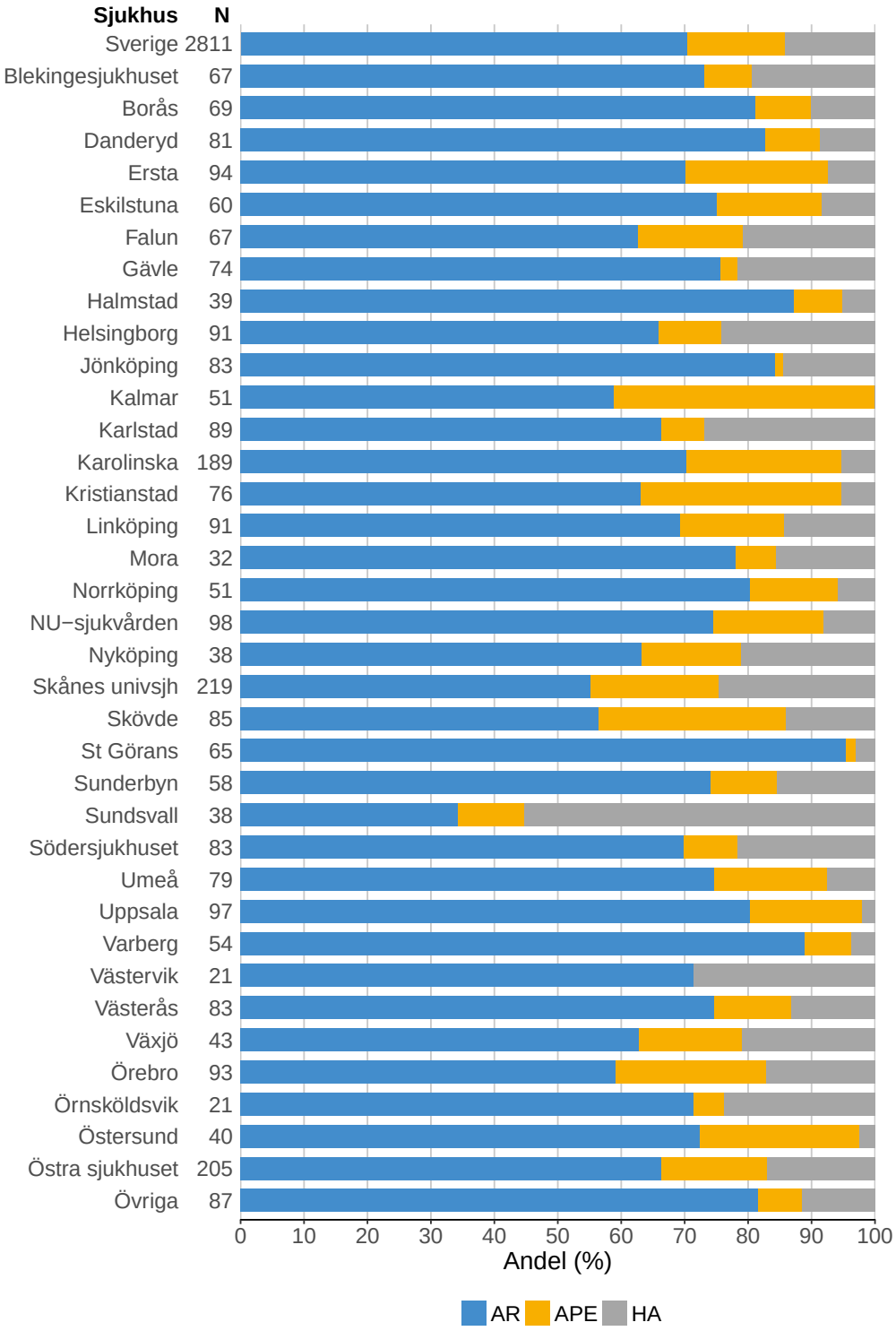
permanent kolostomi. Rektalcanceroperation med intersfinkterisk dissektion har idag en egen operationskod. Hartmanns operation och APE med intersfinkterisk dissektion kan ha samma indikation och utvärderas för närvarande i HAPIrect-studien. APE (Abdominoperineal excision) beskriver borttagande av hela ändtarmen, analkanalen samt sfinktern och i vissa fall stora delar av bäckenbottenmuskulaturen.

Den lilla gruppen ”övriga” beror sannolikt på felregistrering och vi ser helst att den försvinner och grupperas in enligt ovan. Laparoskopiska, laparoskopiassisterade och robotassisterade ingrepp fördelas enligt grundprincipen för operationen. Den ökning man ser av andelen icke opererade patienter väcker frågor. Detta utreds för närvarande, bland annat inom ramen för ett forskningsprojekt. Det kan finnas flera bidragande orsaker. Andelen ”palliativa” rektumresektioner minskar klart över tiden. Vi har dessutom en åldrande befolkning och förbättrad stadieindelning avseende fjärrmetastaser vilket kan påverka beslutet om operation. Vi känner inte till på vilken nivå ”rätt” andel opererade skall ligga. Dessutom vet vi att det sker en viss överrapportering där de patienter som är under behandling kring årsskiftet inte är ”färdiga” innan data för rapporten tas ut. Om man exempelvis tittar på 2012 års kohort angavs andelen icke opererade till 27 % i rapport för 2012 års patienter, medan samma årskohort i ett år senare låg på cirka 22 % och nu på 14 %. I fjolårets rapport angavs andelen till 20 % för 2014 års patienter och till 16 % nu ett år senare, vilket fortfarande är en hög andel, men betydligt lägre än när data extraherades för 2014 års rapport. Detta är en effekt av att vi försöker tillmötesgå önskemålet om att publicera rapporten tidigare under året. Sannolikt borde det dock gå att rapportera in den slutliga ”korrekta” uppgiften tidigare.

Vi diskuterar idag det ”organbevarande konceptet” (”watch and wait”), som styrgruppen hyser en viss oro riskerar att införas på ett okontrollerat sätt. Det är ett lovande koncept som har potential att komma många patienter till gagn, men det föreligger inte evidens för att vi idag skall ändra våra rekommendationer för preoperativ strålning eller radiokemobehandling med en organbevarande målsättning. Om det inte sker en indikationsglidning kommer det finnas möjlighet att utvärdera konceptet inom ramen för den nationella studie som nu är under uppstart.

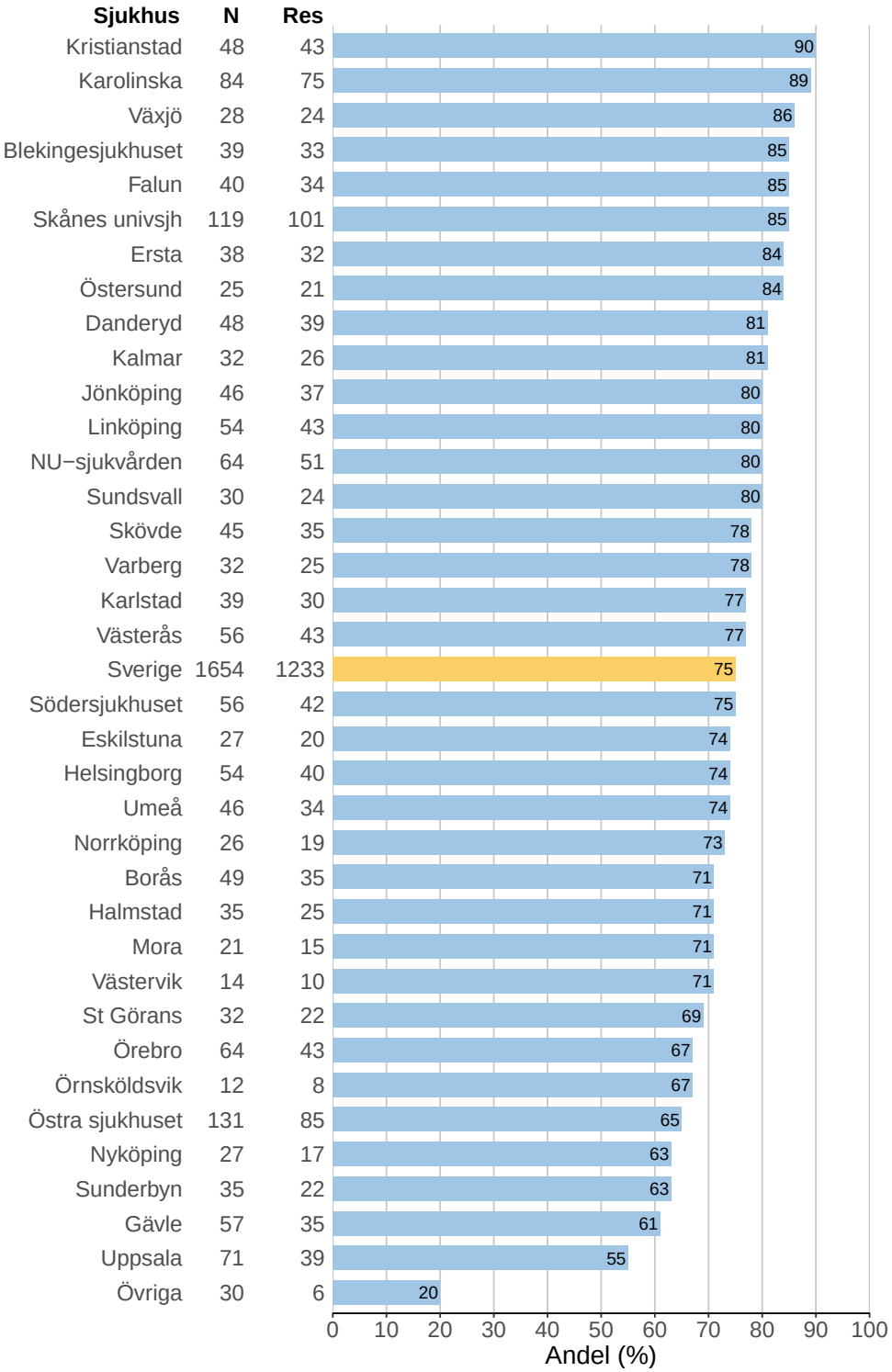


Figur 7.6. Fördelning av operationstyp, tumörnivå 0-5 cm, resecerade patienter, 2013-2015



Figur 7.7. Fördelning av operationstyp, tumörnivå 6-15 cm, resecerade patienter, 2013-2015

Figur 7.6-7.7. Sedan registret startade har andelen främre resektioner minskat och särskilt tydligt är detta för patienter med nedre gräns på tumören inom fem centimeter från analöppningen. Sannolikt är medvetenheten hög om att det funktionella resultatet här inte är optimalt för majoriteten av dessa patienter. Skillnaderna mellan sjukhusen förefaller här ha minskat. Dock är det ganska stora skillnader mellan sjukhusen på tumörnivå sex till femton centimeter där vissa sjukhus gör en hög andel operationer som inte är sfinkterbevarande. I valet mellan Hartmanns operation och intersfinkterisk APE kan patienterna randomiseras i HAPIrect-studien.

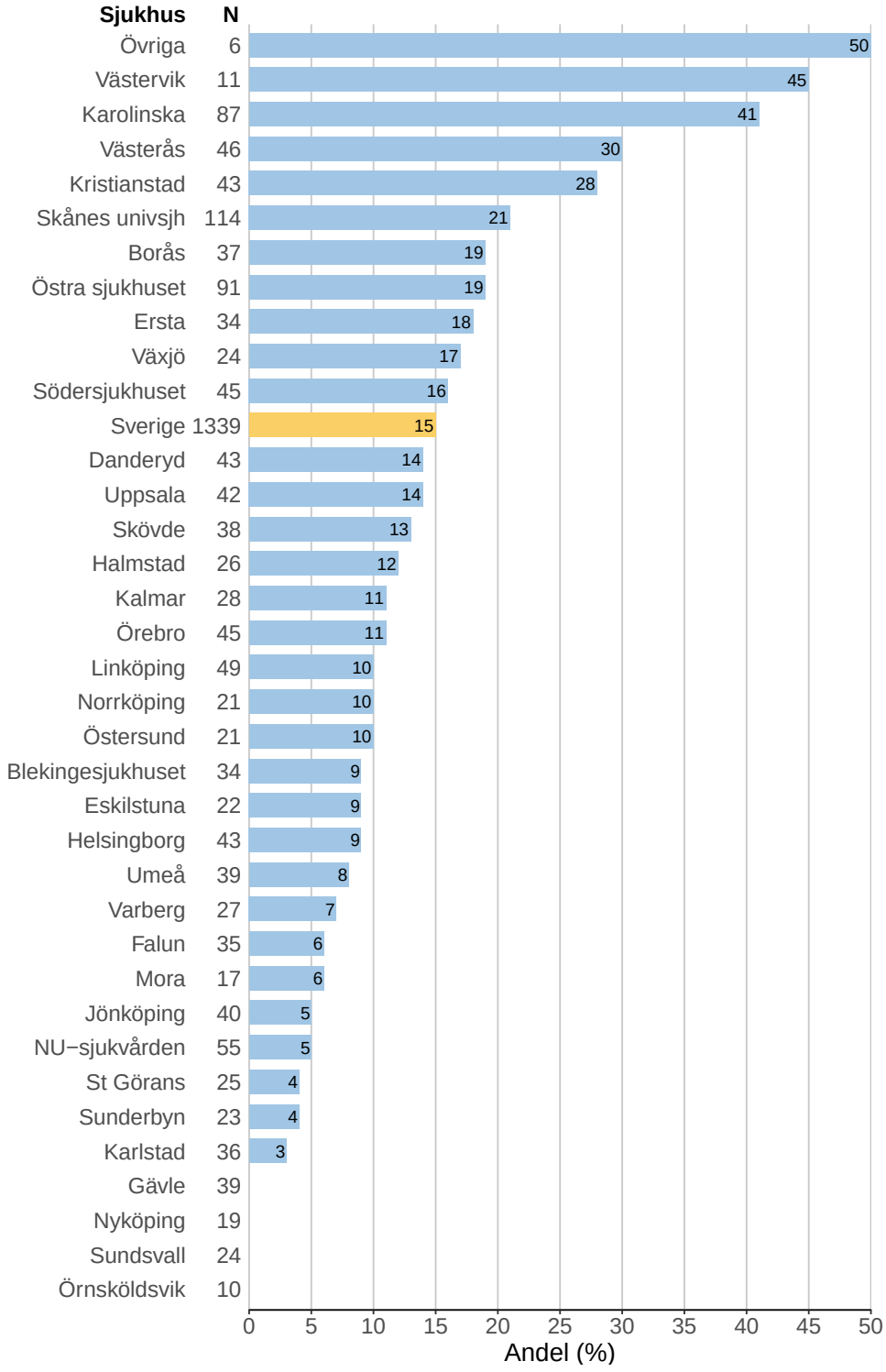


Figur 7.8. Andel resecerade av alla M0-patienter, 2015

Figur 7.8. Detta är relativt nya figurer som har debatterats flitigt. Vi oroas av skillnaden mellan sjukhusen inte bara på grund av risken för ojämlik vård, utan även då eventuella skillnader i patientselektion mellan sjukhusen måste hållas i åtanke vid tolkning av utfallsmått. Vi vill uppmana att alla enheter ser över fördelningen av icke-opererade patienter senaste åren innan man låter sig nöjas med slumpvariation som förklaring.

Det kan tänkas att remitteringsmönstret mellan sjukhus kan ha en viss inverkan på både andelen opererade och tidpunkten för operation om de genomgår lång onkologisk förbehandling. Dock tittar vi på detta närmare och eventuella fel i registrering måste uteslutas

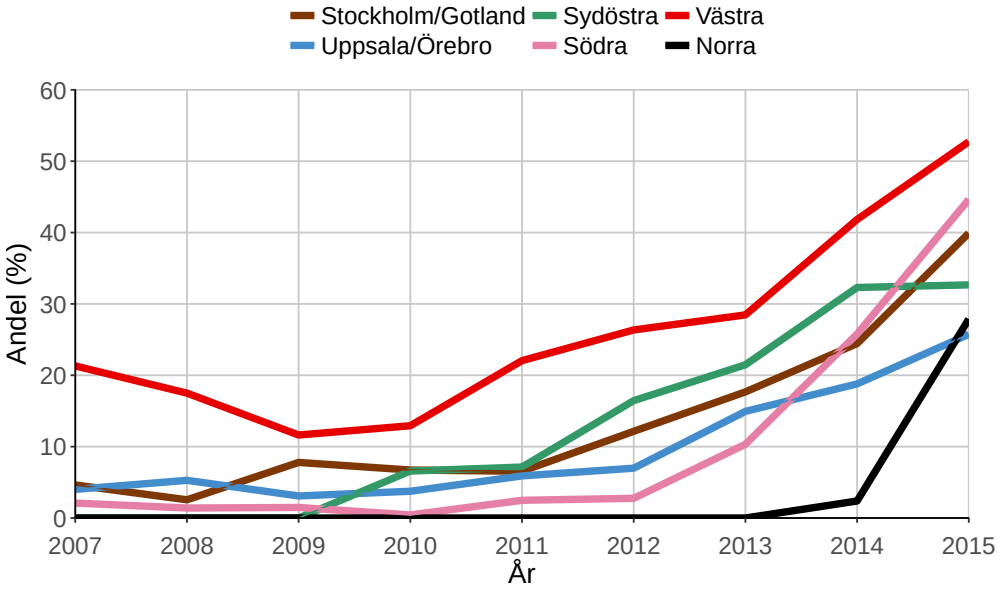
innan långtgående slutsatser dras. Det är därför av stor vikt att alla rapporterar in sina patienter med korrekt behandling i tid och att man kompletterar data för de patienter som inte är färdigbehandlade vid data-uttag för denna rapport. Som ovan nämnts, så skall konceptet watch and wait (tumörfria patienter efter onkologisk behandling, som följs utan att opereras) utvärderas kontrollerat och detta kommer sannolikt att ge en ytterligare ökning av andelen ej opererade.



Figur 7.9. Resektion av annat organ, resecerade patienter, 2015

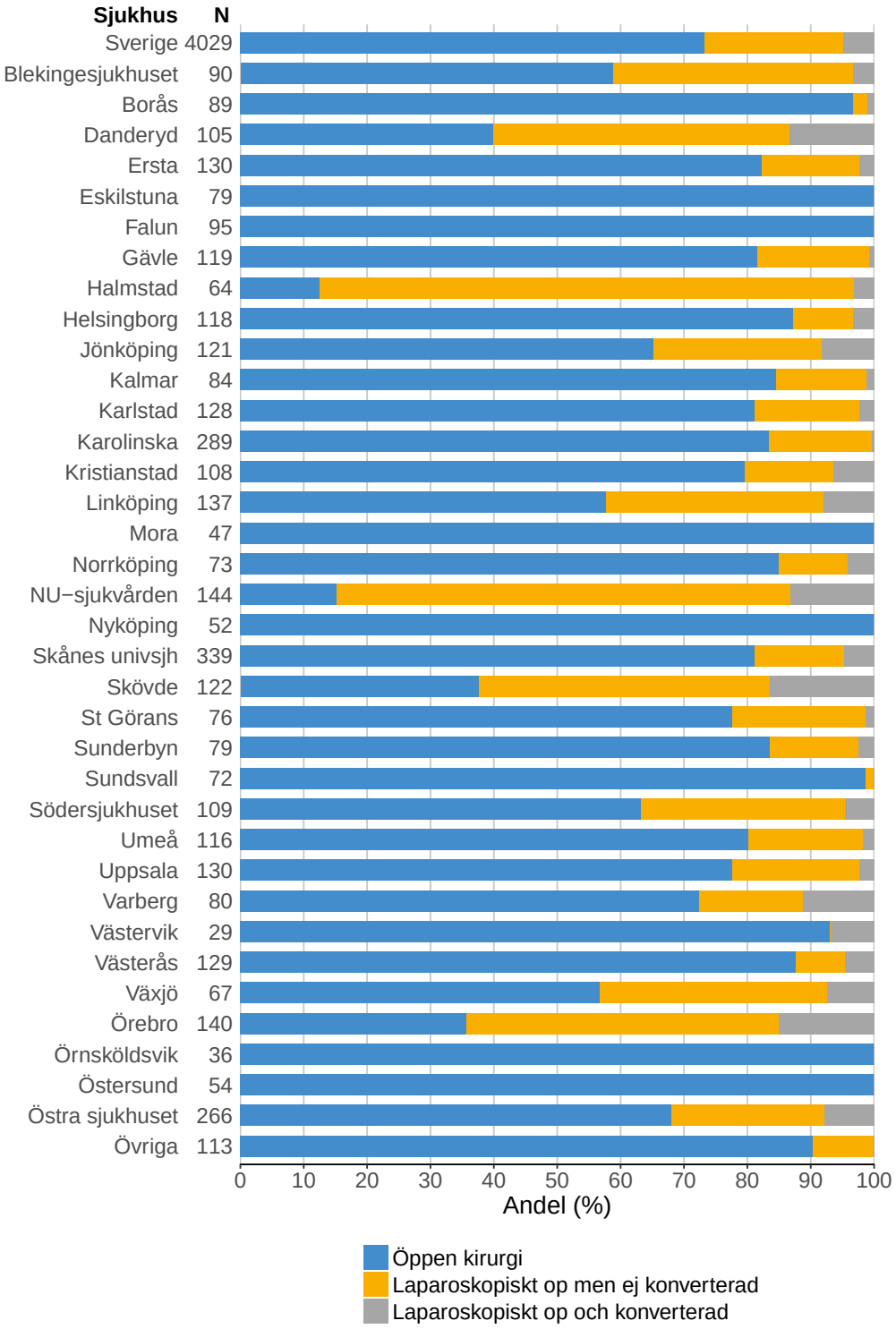
Figur 7.9. Andelen förefaller ha planat ut senaste åren. Skall ses mot bakgrund av att vi idag opererar en lägre andel patienter, utför allt färre palliativa resektioner samt även har ökad

precision och kvalitet i kirurgin. Vänligen konsultera manualen för inrapportering så vi definierar ”annat organ” på samma sätt på alla opererande enheter.

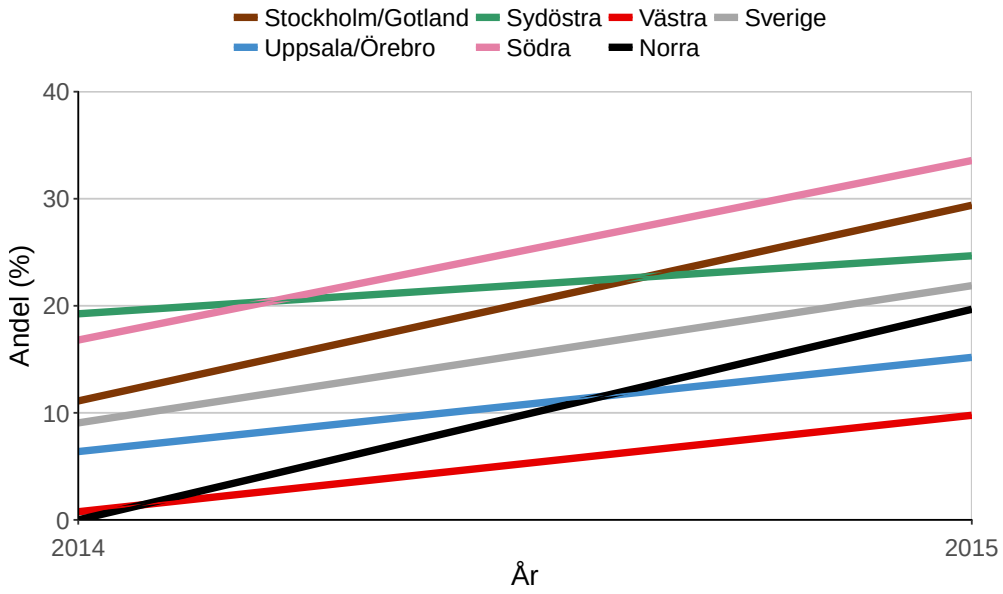


	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	228	303	150	280	256	122

Figur 7.10. Laparoskopiskt opererade, resecerade patienter, 2007-2015



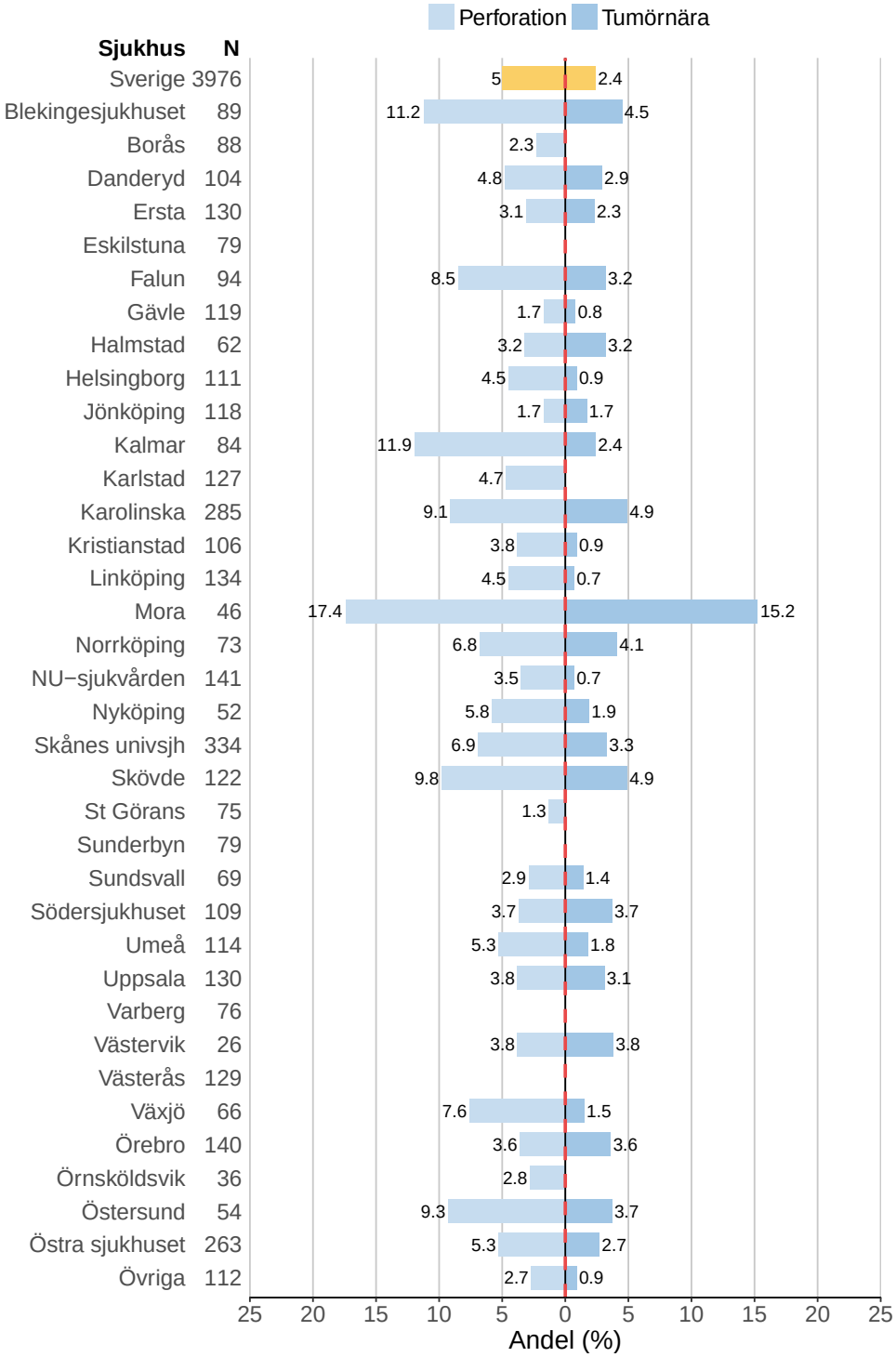
Figur 7.11. Öppen kirurgi, laparoskopiskt opererade och konverterade, resecerade patienter, 2013-2015



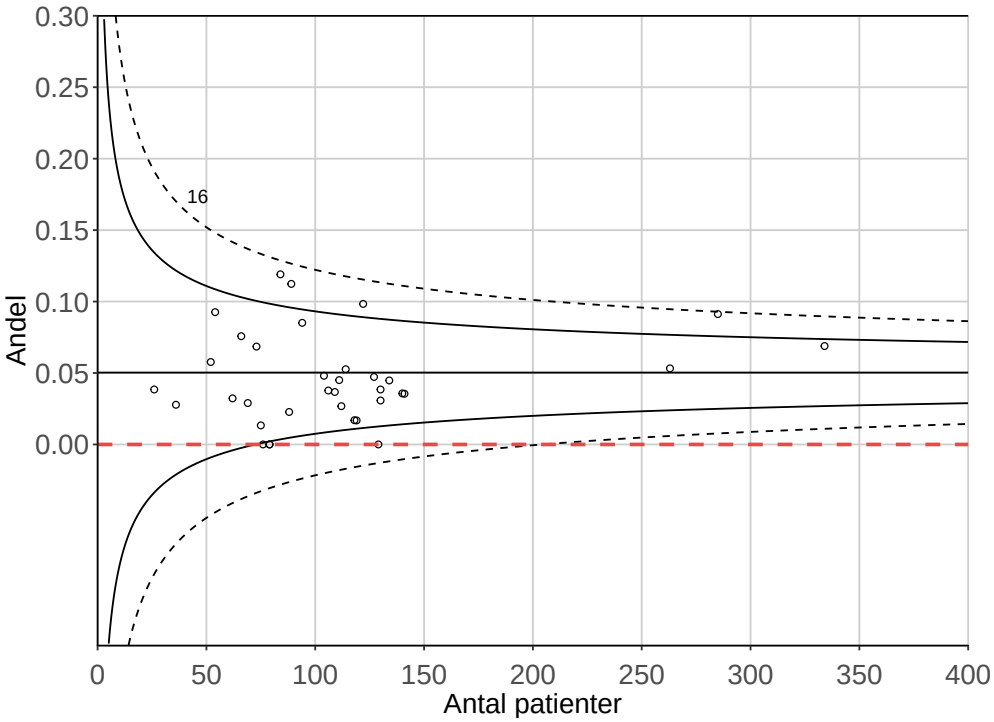
	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Sverige
2015 (N)	228	303	150	280	256	122	1339

Figur 7.12. Robotassisterad kirurgi, resecerade patienter, 2014-2015

Figur 7.10-7.12. Andelen laparoskopiskt opererade har länge varit blygsam jämfört med vår nära omvärld men vi verkar nu ha nått en kritisk massa av laparoskopister för att trendbrottet skall vara befäst! Det finns anledning att anta att andelen kommer att öka på sikt och då finns möjligheter till mer detaljerad redovisning. Socialstyrelsens riktlinjer har sannolikt bidragit liksom att det nu finns en nationell intressegruppering som driver frågan. Styrgruppen är positiv till utvecklingen, men anser det dock viktigt att följa utvecklingen i den laparoskopiskt opererade gruppen avseende exempelvis radikalitet, perforation och komplikationer när metoden breddinförs i landet. Inte minst mot bakgrund av två mindre positiva randomiserade studier som publicerats i närtid (Fleshman et al, JAMA 2015 och Stevenson et al, JAMA 2015).



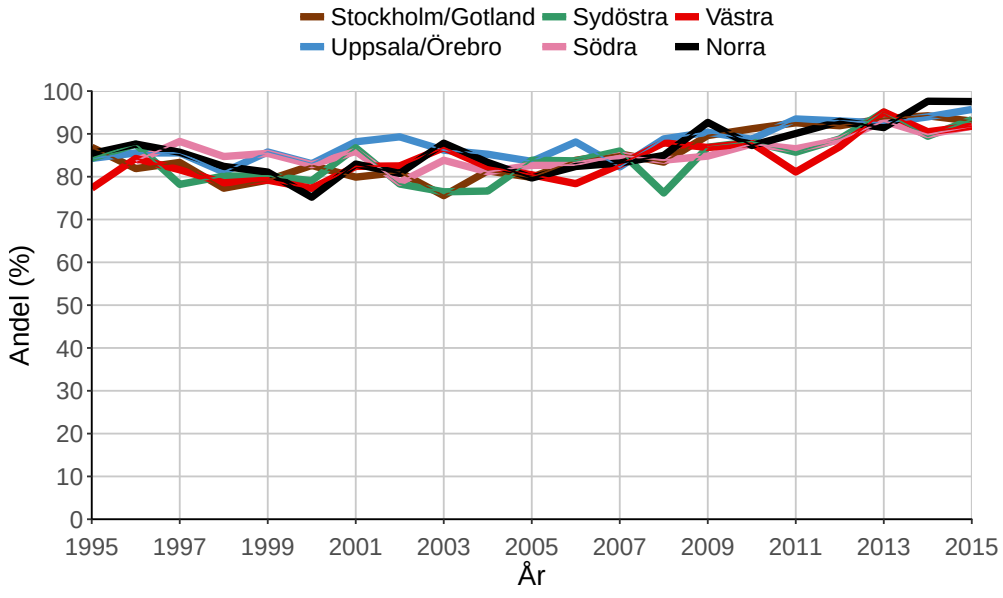
Figur 7.13. Peroperativ tarmperforation och tumörnära perforation, resecerade patienter, 2013-2015. Uppgift saknas för tarmperforation är exkluderade.



Figur 7.14. Funnelplot, peroperativ tarmperforation, resecerade patienter, 2013-2015. Uppgift saknas för tarmperforation är exkluderade.

figur 7.13-7.14. Andel tumörnära perforationer varierar mellan sjukhusen. Med tanke på att perforation ökar lokalrecidivfrekvensen avsevärt, så bör den kirurgiska tekniken diskuteras i allmänhet, men särskilt avseende hur man kan undvika peroperativa perforationer.

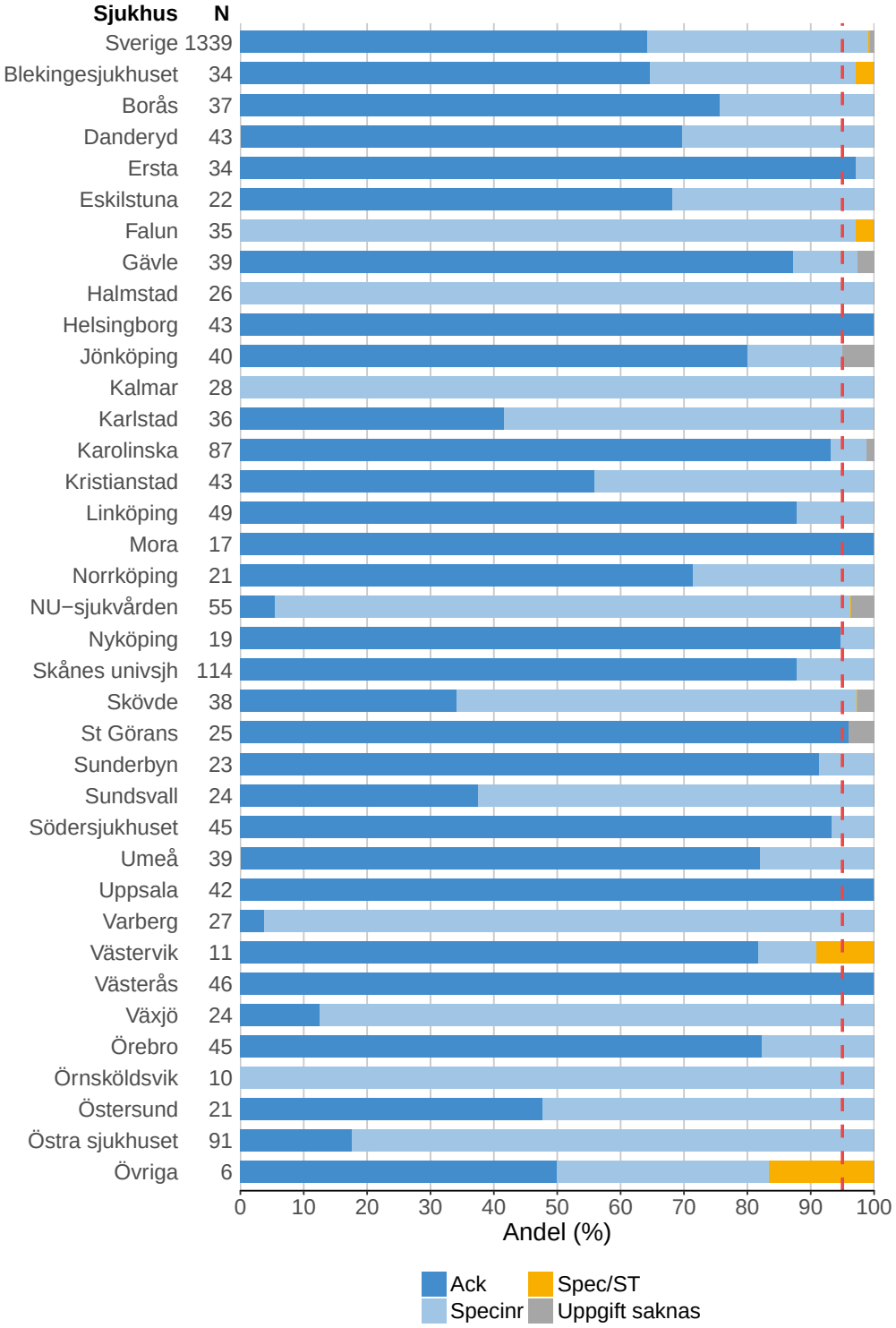
Observera att patienter där uppgift saknas avseende perforation är exkluderade ur nämnaren vilket kan påverka siffrorna. Detta för att ofullständig registrering inte skall gynna utfallet i registret.



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	228	303	150	280	256	122

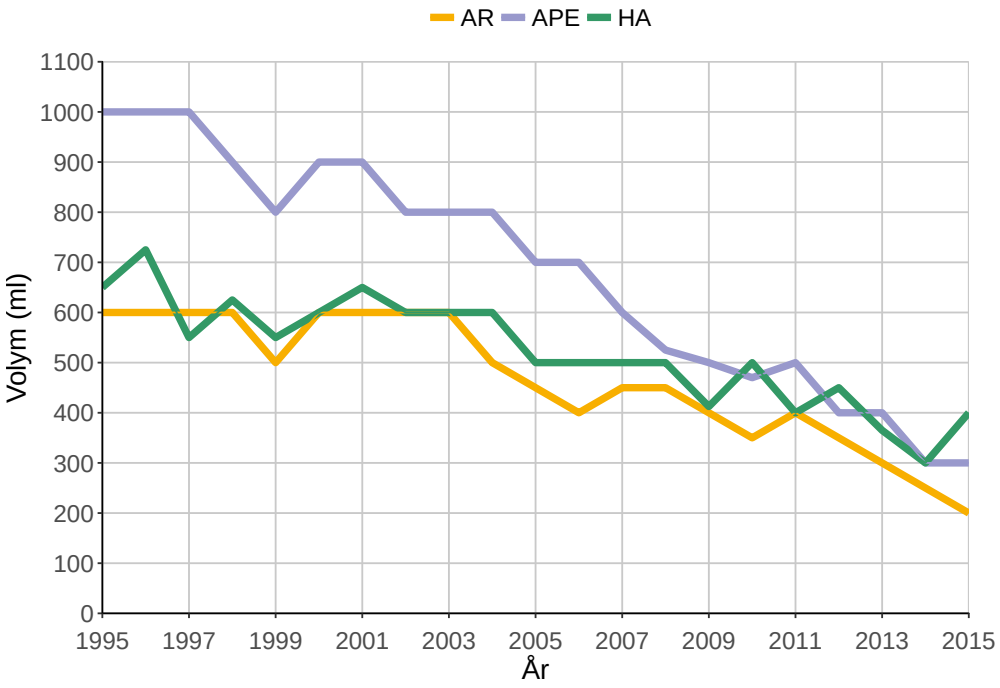
Figur 7.15. Kurativt syftande operation, resecerade patienter, 1995-2015

Figur 7.15. Det förefaller som att vi i Sverige idag opererar en lägre andel av patienterna samtidigt som vi har en mer restriktiv syn på palliativa resektioner och att de operationer som utförs, görs med högre kirurgisk precision och kvalitet. Som denna figur visar så har andelen kurativt syftande rektumresektioner ökat i hela landet. Vänligen se se också Figur 8.1-8.2.



Figur 7.16. Högsta kompetens vid operation, resecerade patienter, 2015

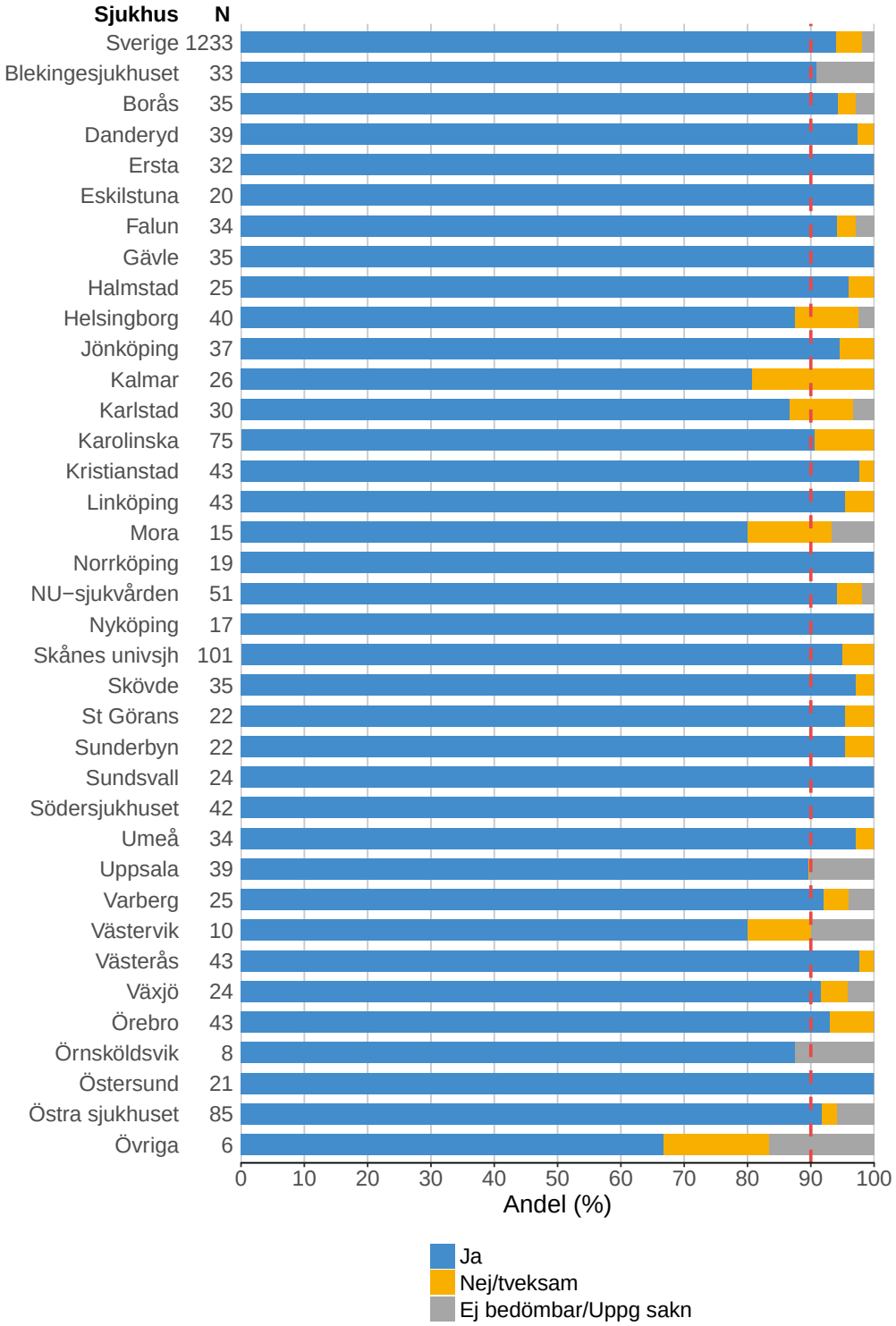
Figur 7.16. Det är uppenbart att majoriteten av patienterna opereras av en formellt mycket kompentent kirurg. Förhoppningsvis är det ett registreringsfel att en ST/ul varit högsta formella kompetens vid resektion av rektalcancer.



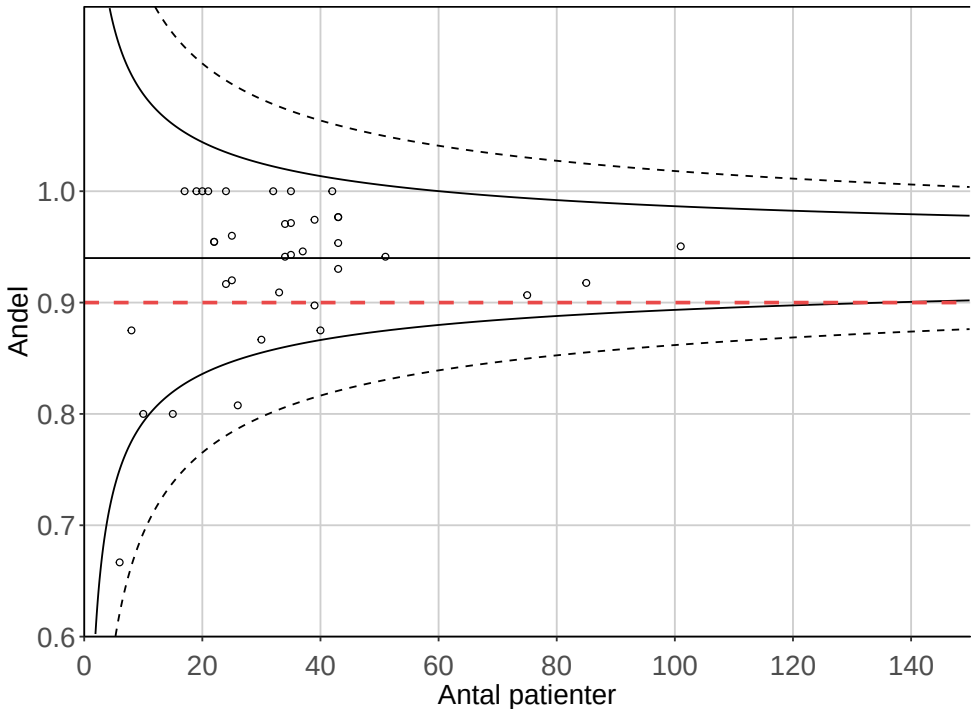
Figur 7.17. Peroperativ blödning i ml (median), resecerade patienter, 1995-2015

Figur 7.17. Bra! Roligt att se förbättringar över tid. Med ökad andel patienter som opereras laparoskopiskt eller robotassisterat kanske vi kan förvänta oss ännu lägre blödningsmängder.

8 Tumörstadium, operationsfynd och PAD

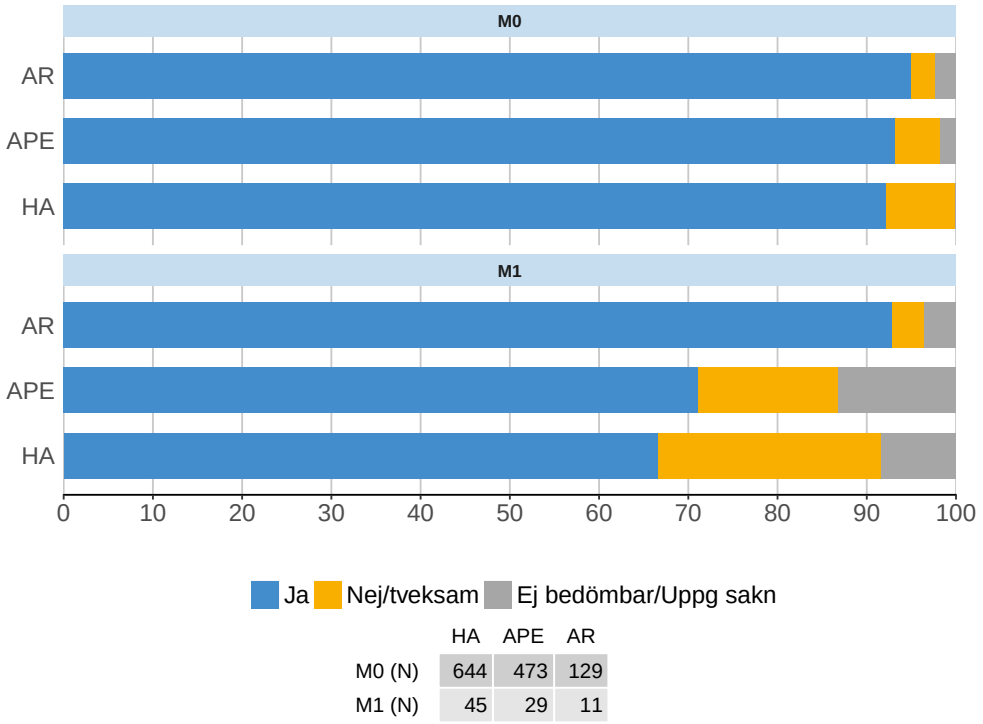


Figur 8.1. Radikalt opererade enligt kirurg och patolog, M0, resecerade patienter, 2015



Figur 8.2. Funnelplot, radikalt opererade enligt kirurg och patolog, M0, resecerade patienter, 2015

Figur 8.1-8.2. Viss spridning men funnel-plot visar ganska tydligt att relativt operationsvolymen ligger flertalet inom 95-% konfidensintervall. För hjälp med tolkning av funnel-plot och tips på hur man hittar sitt eget sjukhus var god se sidan 8.

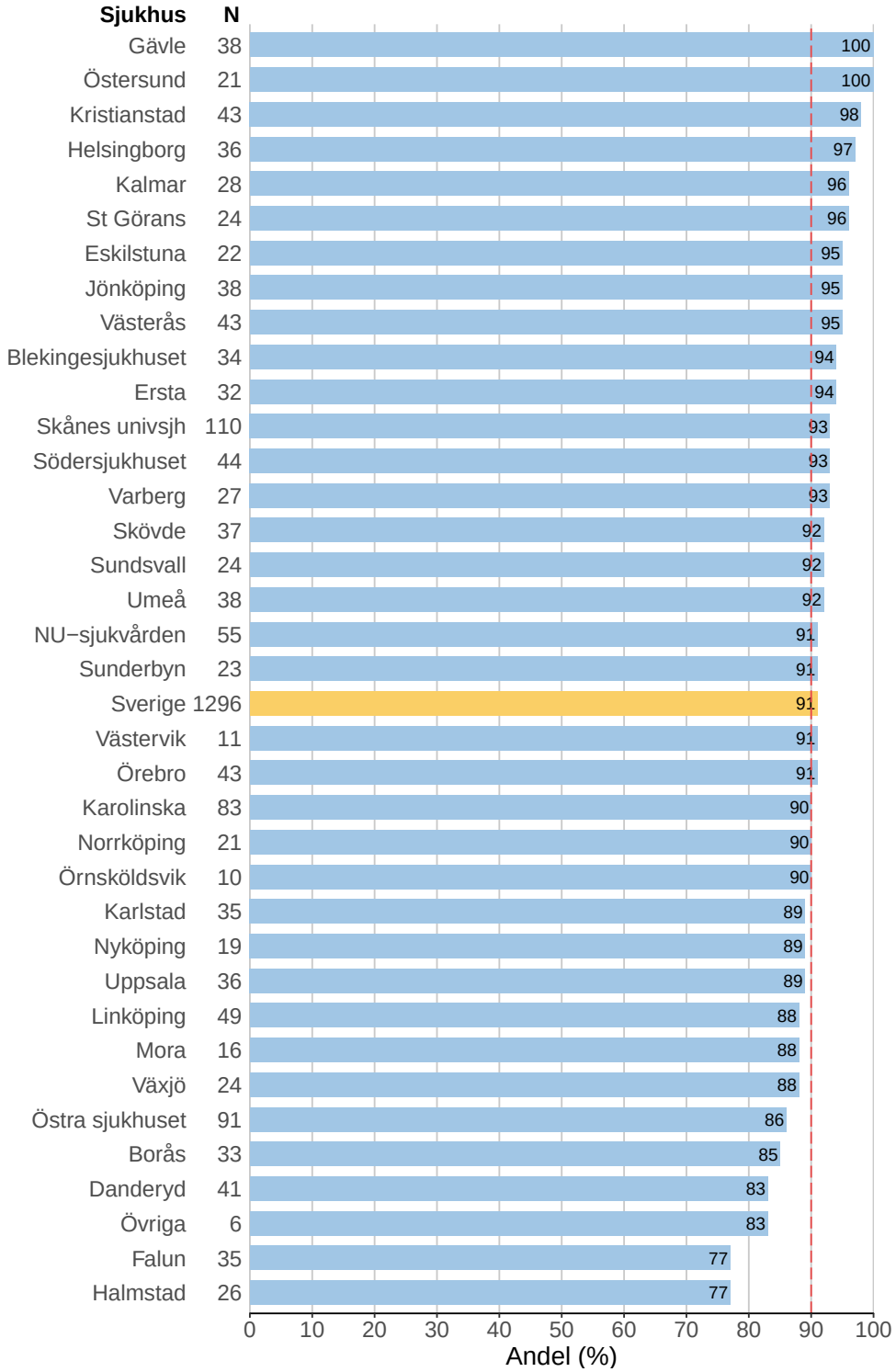


	HA	APE	AR
M0 (N)	644	473	129
M1 (N)	45	29	11

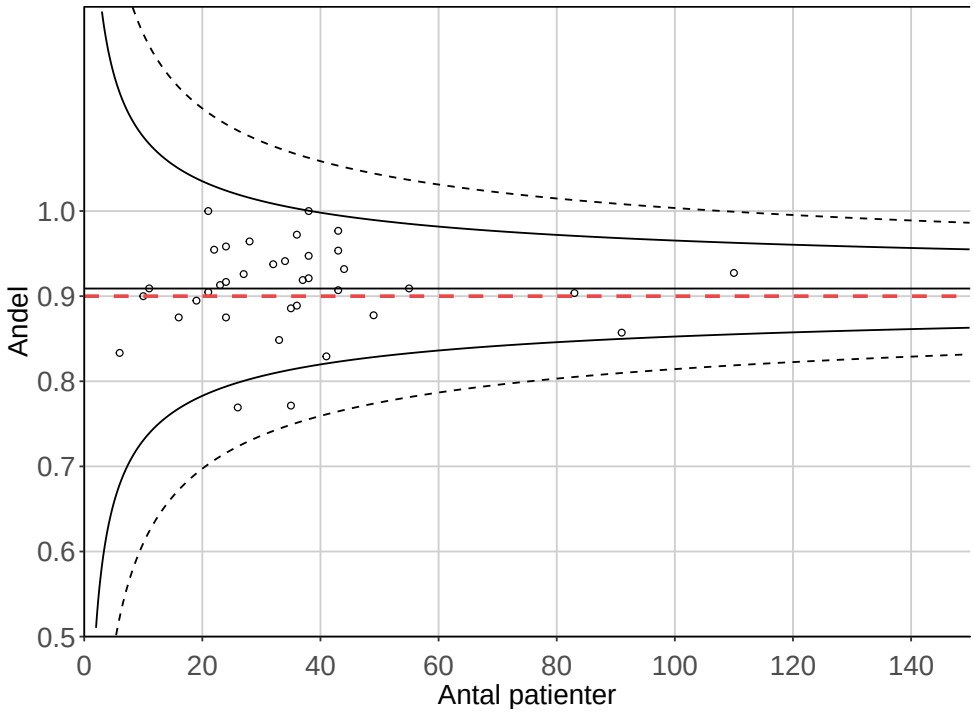
Figur 8.3. Radikalt opererade enligt kirurg och patolog för de patienter som opererats med främre resektion, rektumamputation eller Hartmann uppdelat på m-stadium, 2015

Figur 8.3. Förvånade hög andel icke lokalt radikal kirurgi hos patienter med spridd sjukdom. Är detta sant? Skiljer vi noga mellan variablerna ”lokalt radikal” respektive ”kurativ intention”? I och för sig svårt att dra slutsatser då totalnumerären blir så pass liten i delmängder. Den

välvilliga tolkningen av att proportionen radikala ingrepp står i omvänd proportion till formell kompetensgrad är patientselektion. Det omvända förhållandet vore mer oroande.

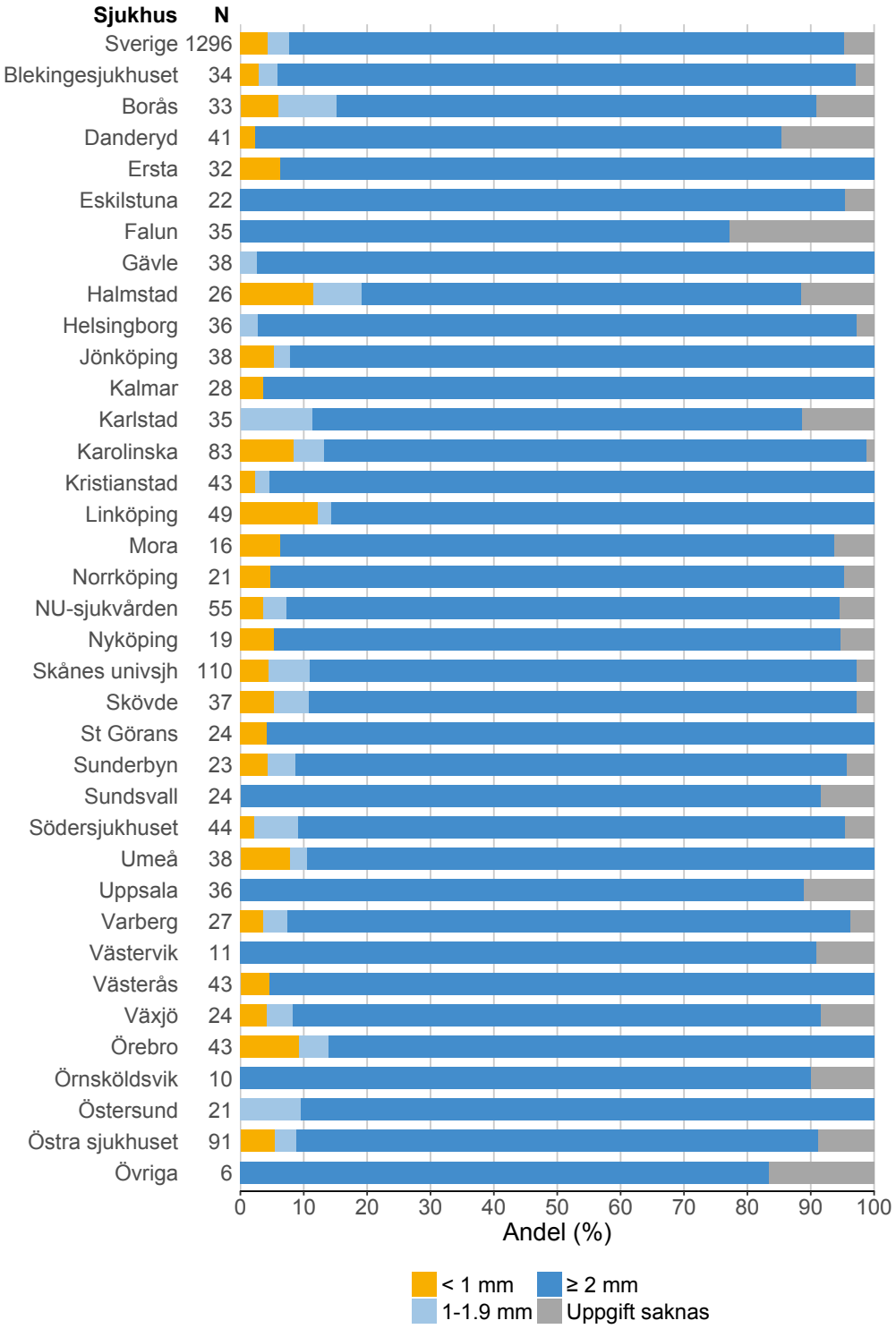


Figur 8.4. Circumferentiell marginal, andel där CRM $\geq$ 1 mm, resecerade patienter, pT0 exkluderad, 2015

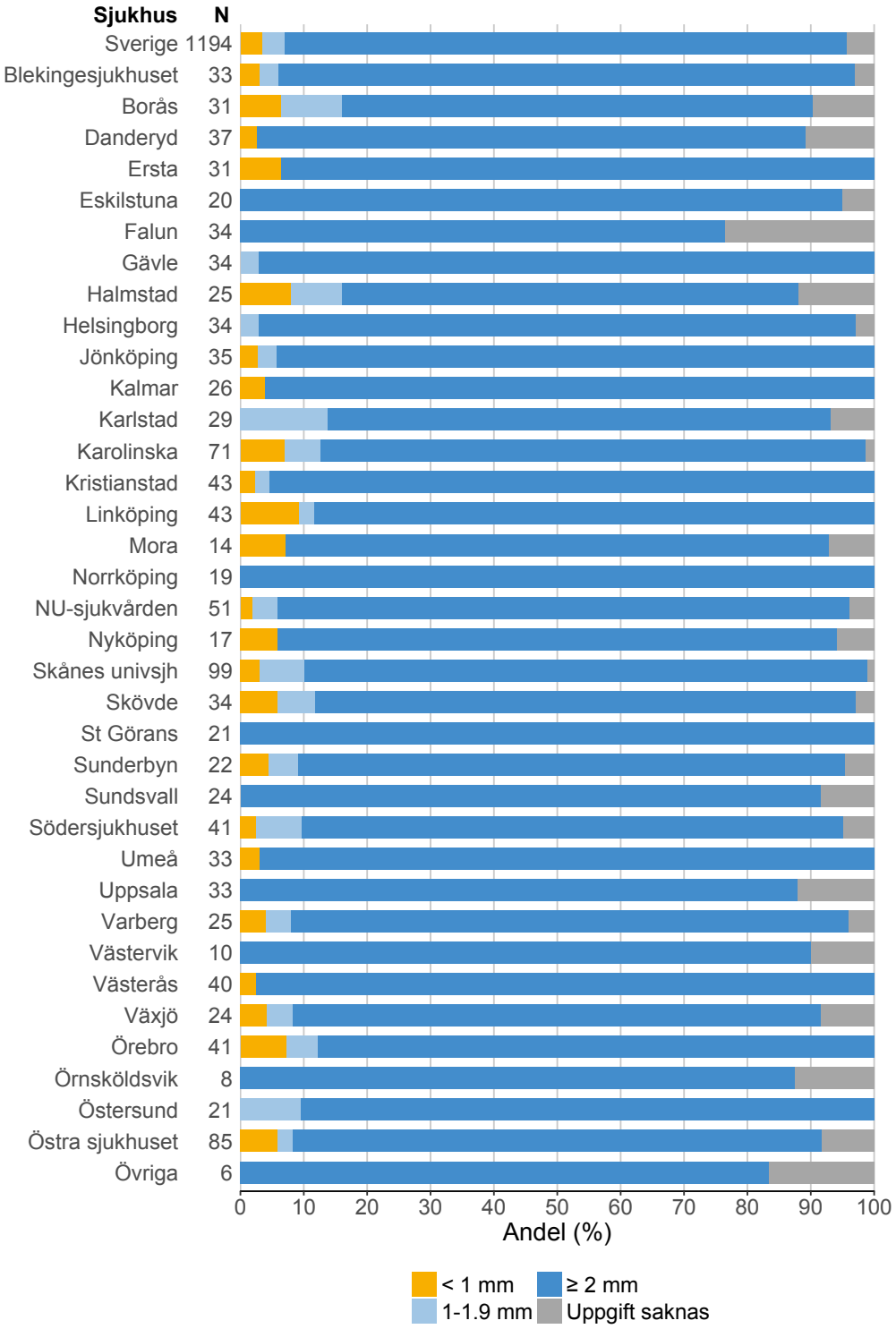


Figur 8.5. Funnelplot, circumferentiell marginal, andel där CRM $\geq$ 1 mm, resecerade patienter, pT0 exkluderad, 2015

Figur 8.4-8.5. Ganska tydligt att man med en funnel-plot lättare åskådliggör att konfidensintervallen blir vidare vid mindre volym. Dock bör de sjukhus med en låg andel CRM>1 millimeter gå tillbaka och jämföra sina resultat från tidigare år innan man slår sig till ro med slumpvariation som förklaringsmodell. Här bör nog lyftas fram att detta utfallsmått påverkas av case-mix i vid bemärkelse från remitteringsflöden, faktisk selektion och även det faktum att uppgiften saknas i cirka 5 % av fallen, enligt figur 8.6. Betydelsen CRM $\leq$ 1mm vid optimal kirurgi med intakt mesorektal fascia är vidare diskutabel mot bakgrund av flera publikationer senaste åren, där det sannolikt är skillnad om CRM mäts från primärtumör eller lymfkörtelmetastas, men styrgruppen har valt att tillsvidare lämna denna målvariabel oförändrad.



Figur 8.6. Circumferentiell marginal, resecerade patienter, pT0 exkluderad, 2015



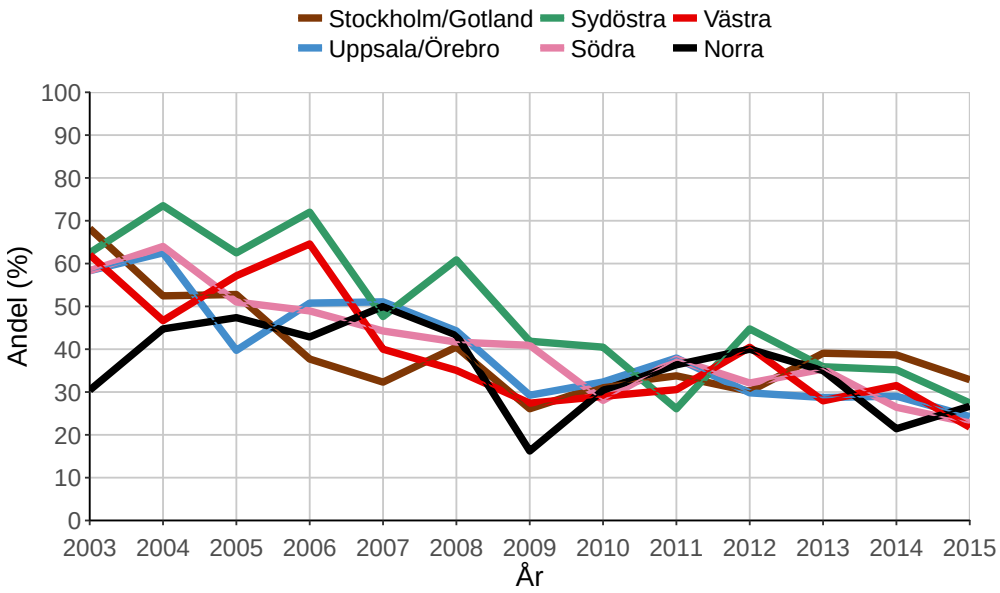
Figur 8.7. Circumferentiell marginal, M0, resecerade patienter, pT0 exkluderad, 2015

Figur 8.6-8.7. Detta bör vi få svar på i PAD-utlåtanden. I samarbete med KVAST lanseras i år en ny patologdel i registret varför vi hoppas detta förbättras. Denna blankett skall även kunna användas som mall för ett strukturerat och standardiserat patologsvar. När inrapporteringen även sker direkt på patologenheterna minskar sannolikt även risken för fel i överföringen. På sikt bör vi arbeta för att data automatiskt förs över från journalsystemen till registret.

Tabell 8.1. T1-Stadium, för de patienter som resecerats eller opererats med TEM eller lokal excision, 2015

	T1sm1		T1sm2		T1sm3		sm−klass okänd		Uppgift saknas		Totalt
Op med AR, APE eller HA	18	(19)	16	(17)	41	(44)	11	(12)	8	(9)	94
Op med LE eller TEM	17	(42)	9	(22)	9	(22)	5	(12)	0	(0)	40

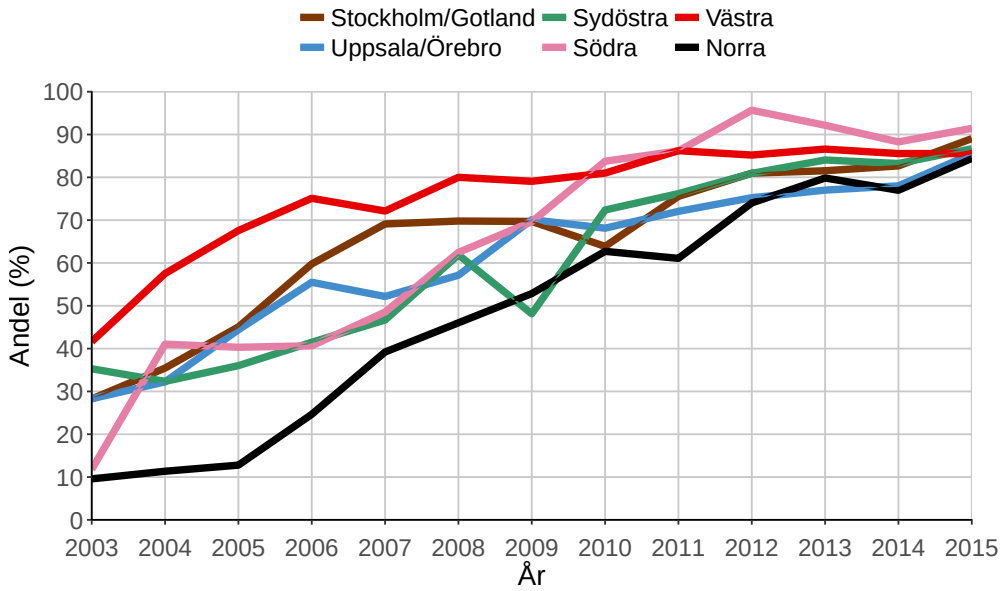
Tabell 8.1. Det förefaller som om tidiga tumörer handläggs korrekt, där T1 Sm2 o3, med en högre risk för lymfkörtelmetastaser, opereras med abdominell kirurgi med excision av lokala lymfkörtlar.



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	73	103	51	79	78	30

Figur 8.8. Andel resecerade patienter av M1, 2003-2015

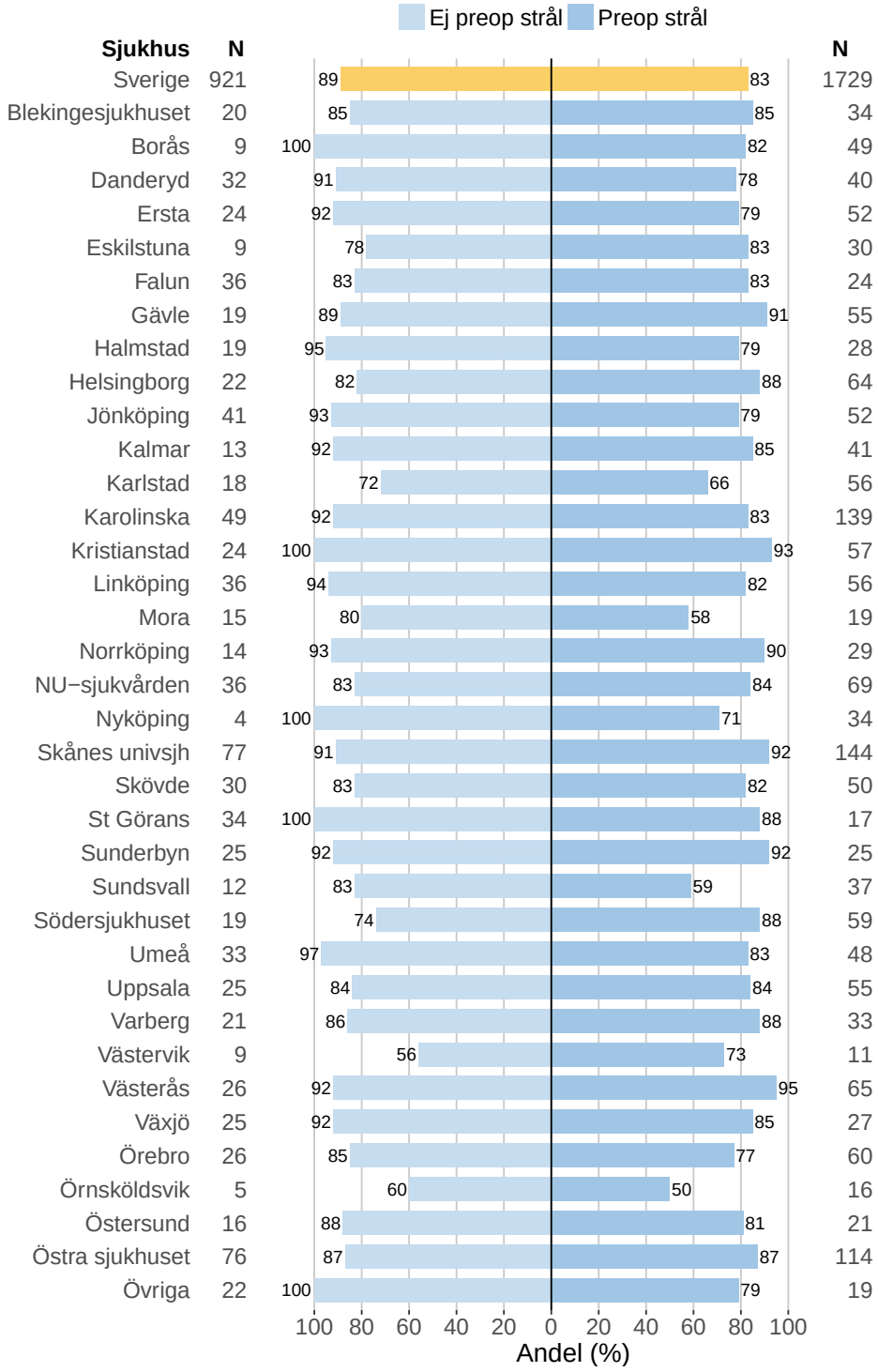
Figur 8.8. Vi ser en tydlig trend över tid att avstå från palliativa rektumresektioner. Om patienten har metastatisk sjukdom, så övervägs resektion i regel först när metastassjukdomen är under kontroll.



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	228	303	150	280	256	122

Figur 8.9. Andel med ≥12 undersökta körtlar, resecerade patienter, 2003-2015

Figur 8.9. En klar förbättring kan skönjas, men vi kan bättre! Glädjande att skillnaderna mellan regionerna förefaller minska.

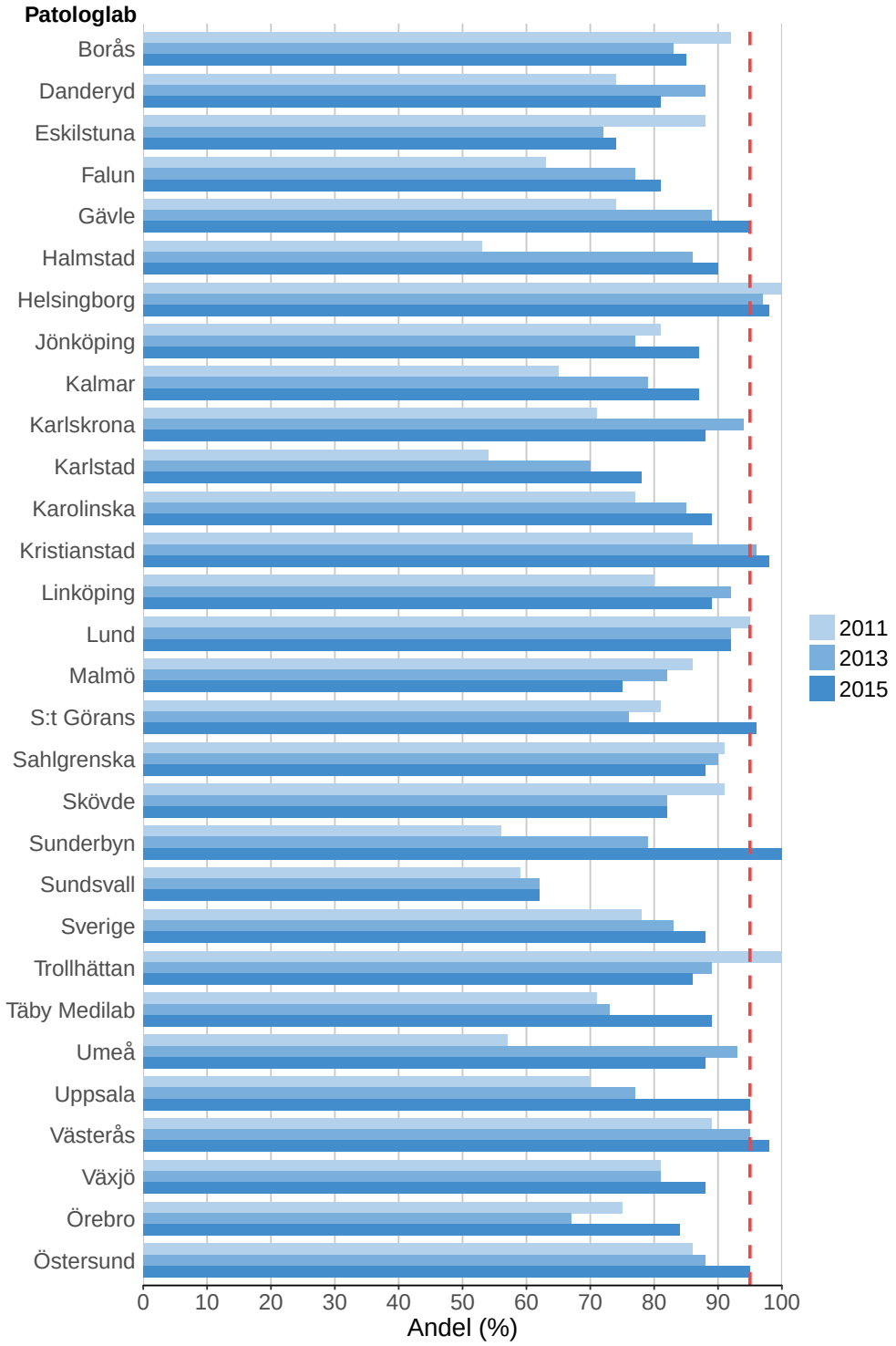


Figur 8.10. Andel med ≥12 undersökta körtlar, resecerade patienter, 2014-2015

Tabell 8.2. Antal undersökta körtlar, resecerade patienter, 2015

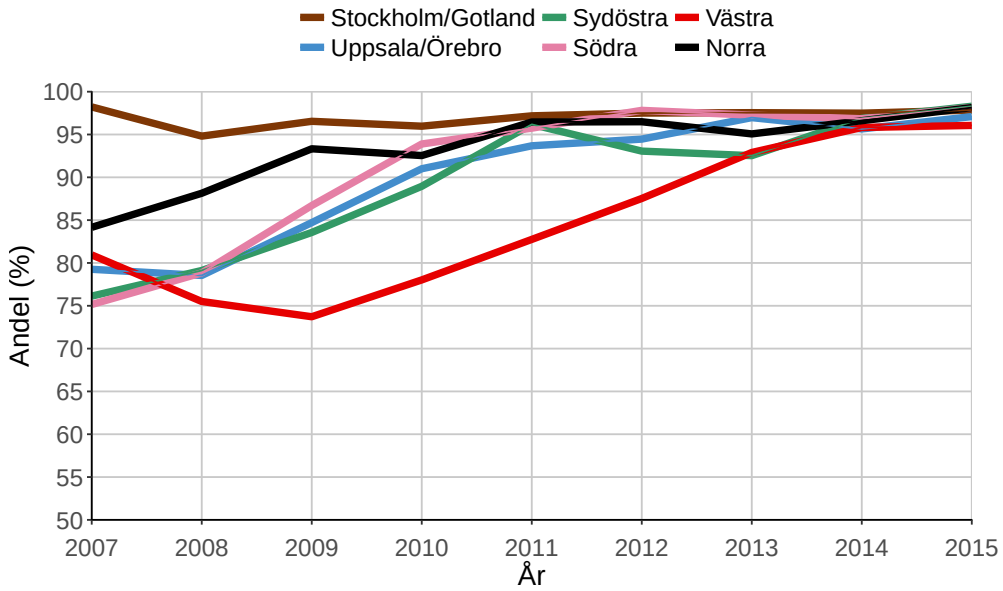
	0		1-6		7-11		12-19		≥ 20		Uppg sakn		Totalt	Median
Ej preop strål	0	(0)	12	(3)	19	(4)	220	(48)	206	(44)	6	(1)	463	18
Preop strål	1	(0)	25	(3)	99	(11)	395	(45)	349	(40)	6	(1)	875	18
Öppen kir	1	(0)	25	(3)	73	(9)	381	(46)	337	(41)	6	(1)	823	18
Lapa op	0	(0)	12	(2)	45	(9)	231	(45)	218	(43)	6	(1)	512	18
Uppg sakn	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(75)	0	(0)	1	(25)	4	

Figur 8.10 och tabell 8.2. En hel del av patienterna är strålade 5x5 Gy med direkt efterföljande operation varför vi inte ser någon större skillnad mellan strålbehandlade och icke strålbehandlade. En annan förklaringsmodell är att patologin har blivit bättre på att identifiera lymfkörtlar även i strålade preparat. Sannolikt skulle det vara mer relevant att jämföra radiokemobehandlade och 5x5 med väntan med ostrålade patienter och detta kommer att ske framgent när vi enligt Stockholm III studiens analys överger direktoperation efter 5x5 Gy. Rimligen bör preparat med mindre än tolv undersökta lymfkörtlar föranleda eftergranskning. Antalet lymfkörtlar i median är 18 för laparoskopiskt samt öppet opererade, varför det är logiskt att anta att valet av operationsmetod inte påverkar antalet funna lymfkörtlar.



Figur 8.11. Andel med $\geq$ 12 undersökta körtlar, resecerade patienter, 2011, 2013, 2015

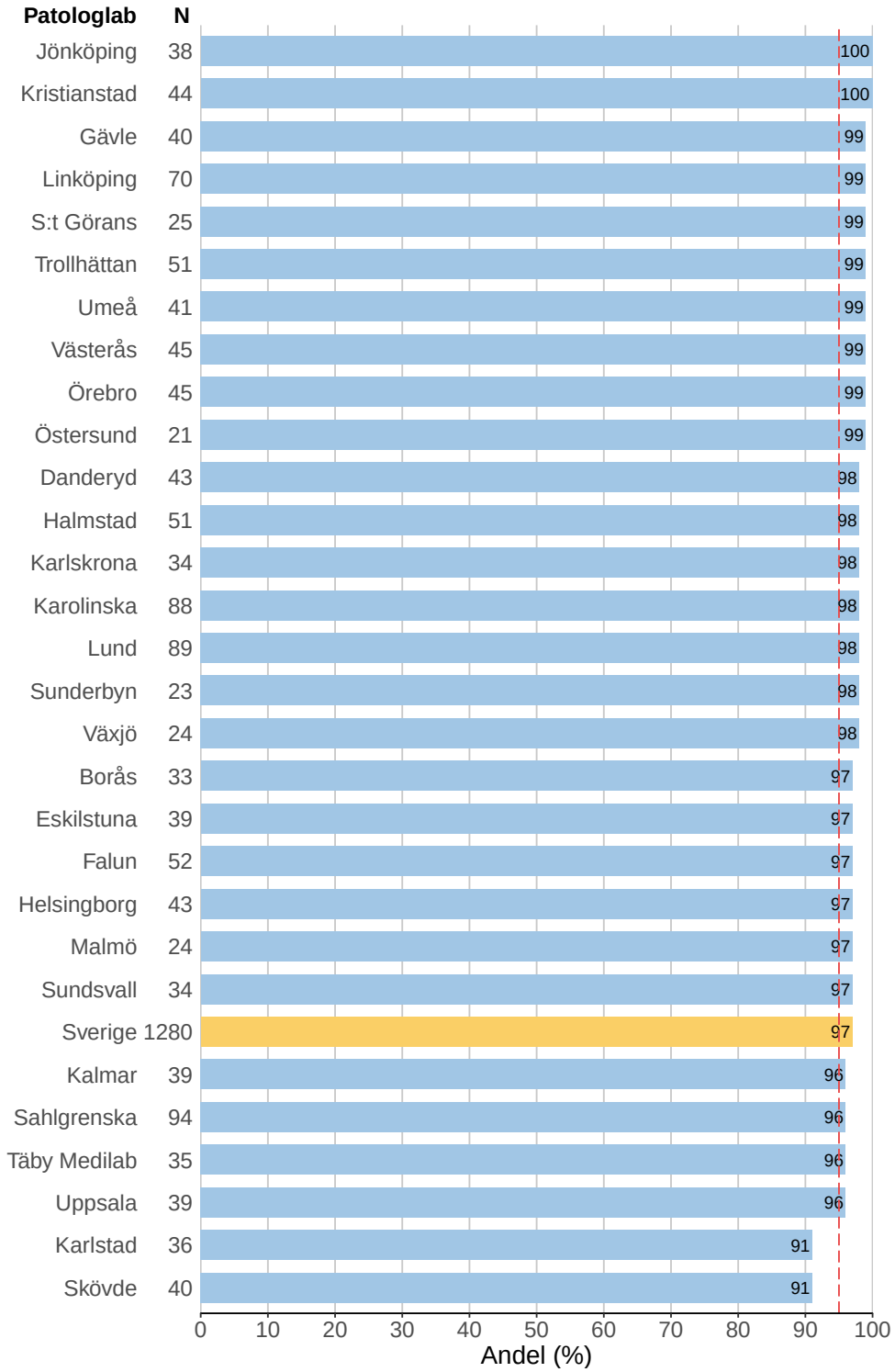
Figur 8.11. Fortfarande stora skillnader, men på de flesta patologienheterna ser vi dock förbättring över tid. Låt patologerna förstå att detta är viktigt för våra patienter och ett prioriterat område. Låt oss också underlätta för dem och förbättra samarbetet så mycket som möjligt.



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	228	303	150	280	256	122

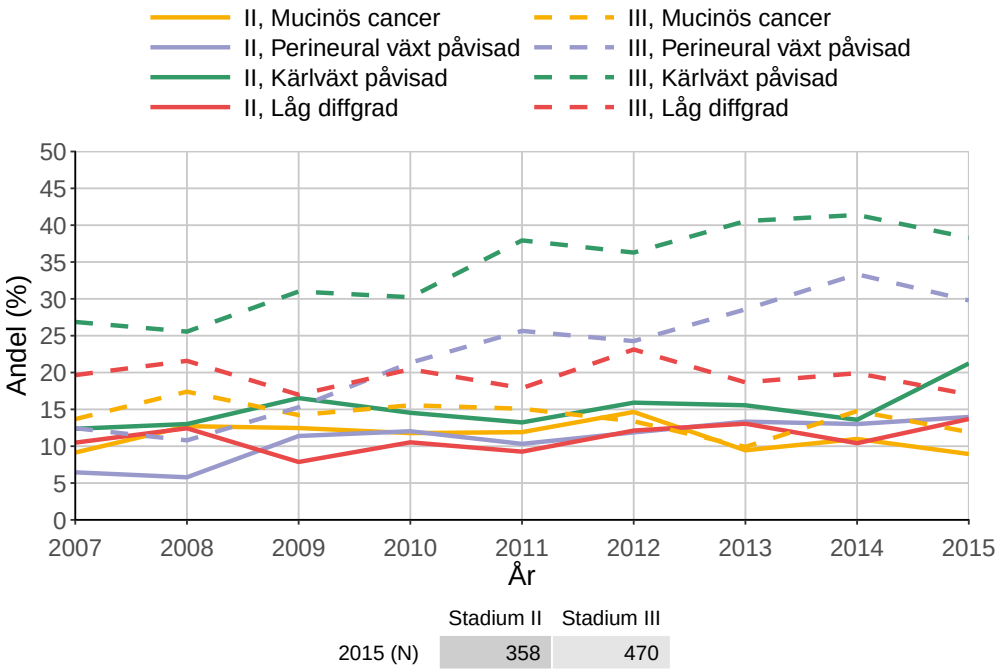
Figur 8.12. PAD-rutor ifyllda, resecerade patienter, 2007-2015

Figur 8.12. Klar förbättring! Återkoppla även detta till era patologer. Vi ligger väl samlade på regionnivå.



Figur 8.13. PAD-rutor ifyllda, resecerade patienter, 2015

Figur 8.13. Nytt för i år är att dessa siffror redovisas för respektive patologlab istället för som tidigare på respektive kirurgklinik. Detta är helt i linje med att patologerna framgent skall registrera PAD svaret själva.

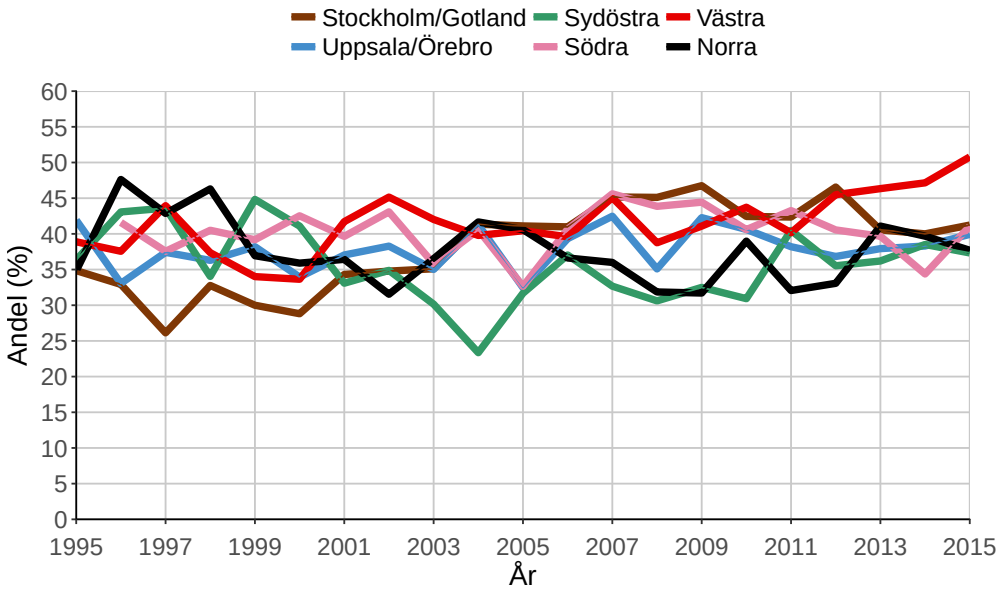


	Stadium II	Stadium III
2015 (N)	358	470

Figur 8.14. Mucinös cancer, perineural växt påvisad, kärlväxt påvisad och låg differentieringsgrad, resecerade patienter, 2007-2015

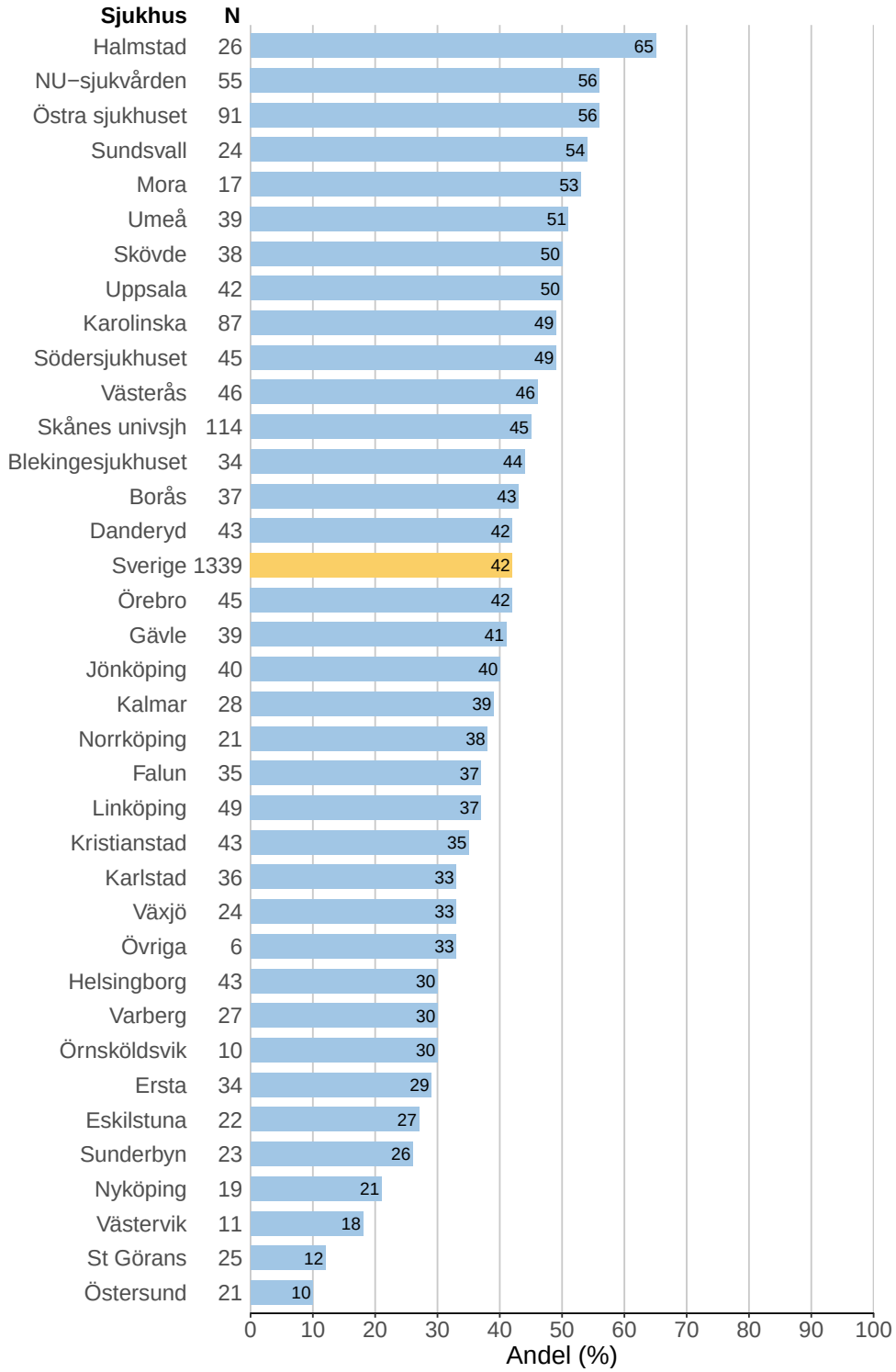
Figur 8.14. Intressant och hypotesgenererand! Biologin betydelsefull och kommer sannolikt påverka handläggningen i större omfattning i framtiden.

9 Postoperativa komplikationer



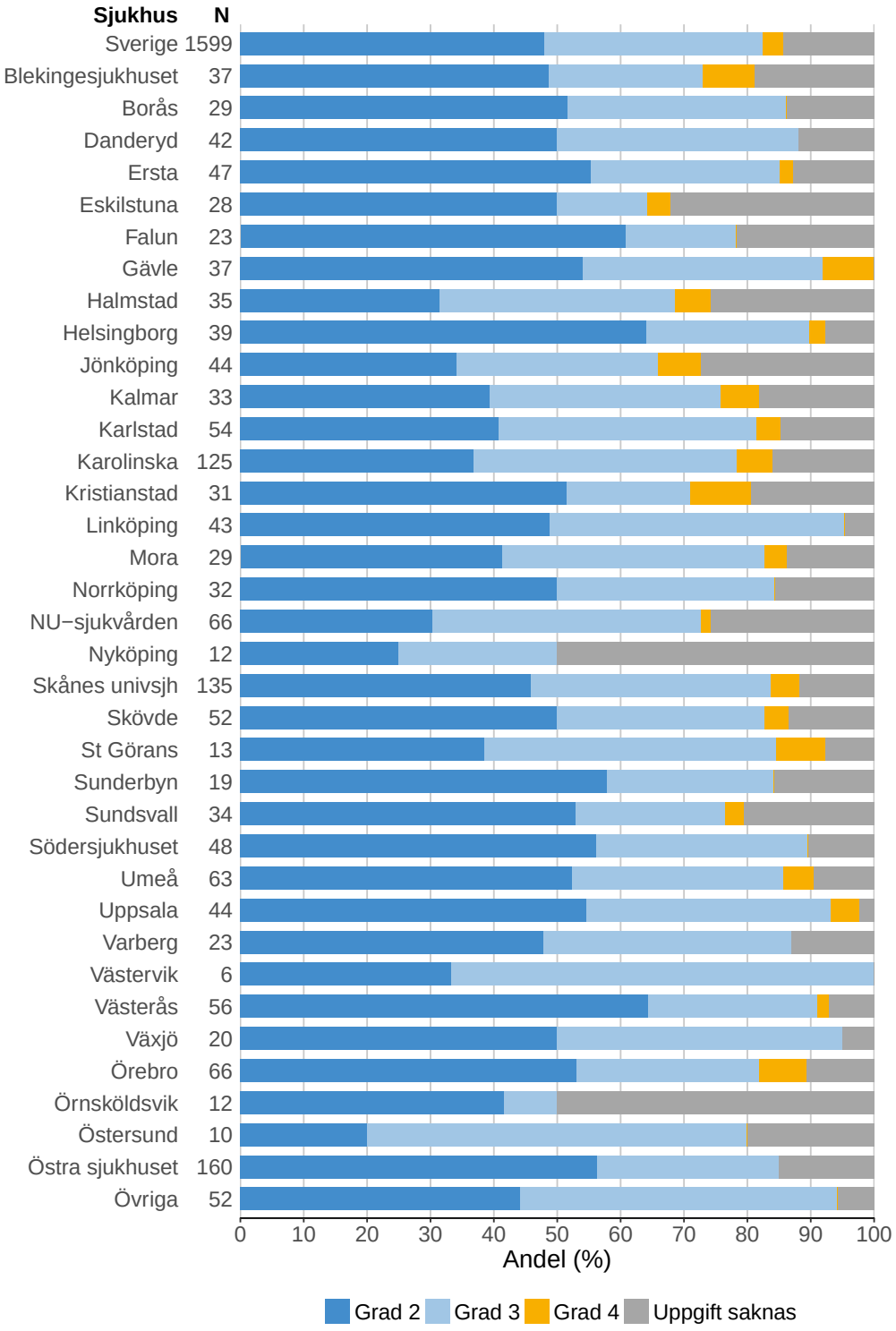
	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	228	303	150	280	256	122

Figur 9.1. Postoperativa komplikationer, resecerade patienter, 1995-2015



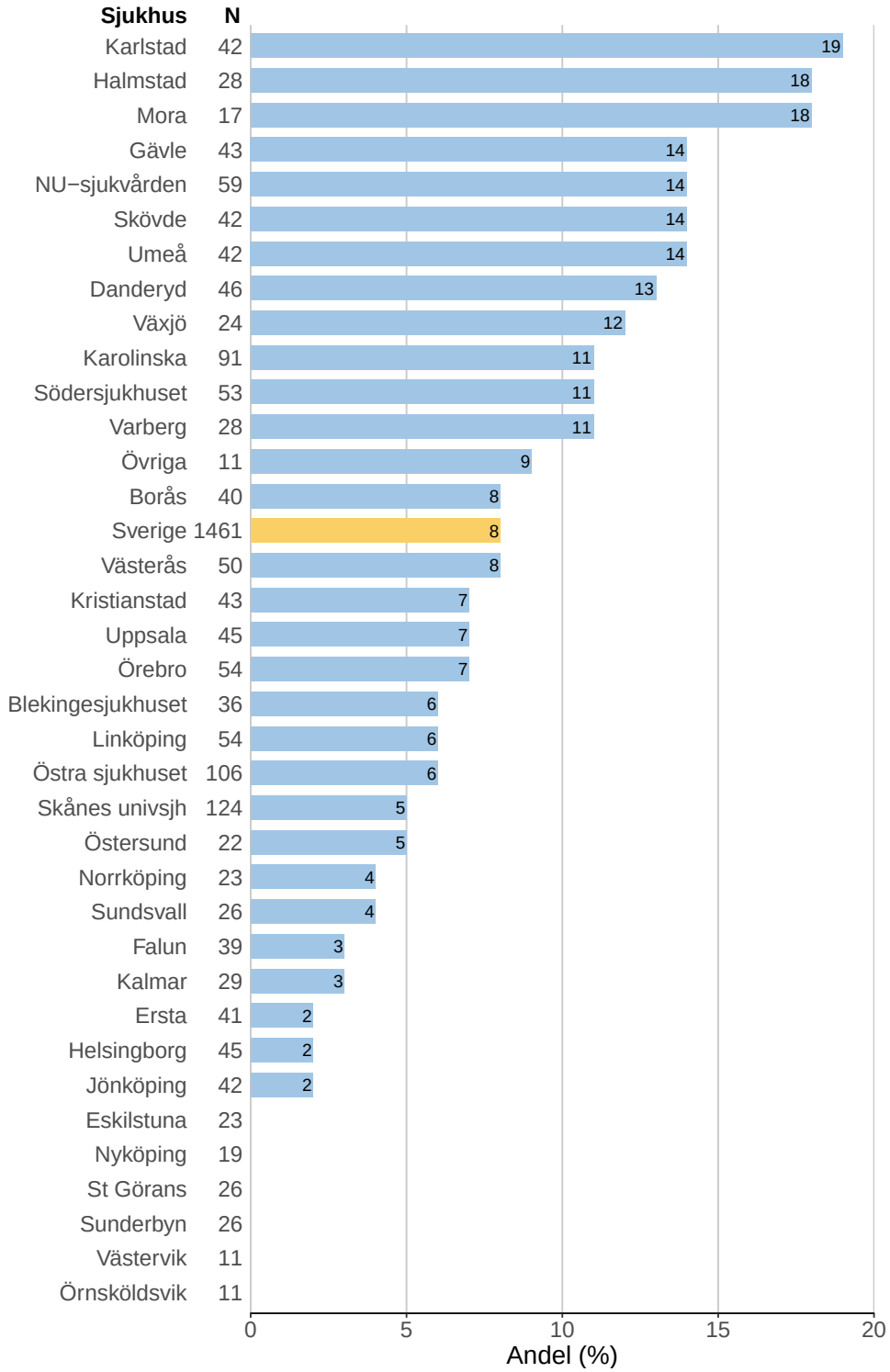
Figur 9.2. Postoperativa komplikationer, resecerade patienter, 2015

Figur 9.1-9.2. Den stora spridningen på sjukhusnivå väcker frågor. Slumpvariationen över tid kan nog bara i viss utsträckning förklara den stora spridningen. Frågan om validiteten av komplikationsrapporteringen bör lyftas. Detta gör naturligtvis fortsatt tolkning av data i hela detta kapitel vansklig. Kvalitetsregistergruppen skulle vilja uppmana alla sjukhusansvariga till ökad observans och stringens i rapporteringen av komplikationer. Detta är en förutsättning för att kunna använda sig av registerdata i klinikens förbättringsarbete. Det finns även verktyg i registret för att kunna bevaka exempelvis dessa data på kliniknivå löpande under året och funktionalitet med automatiska nyhetsbrev är under utarbetande.



Figur 9.3. Svårighetsgrad (Clavien), för de med postoperativ komplikation, resecerade patienter, 2013-2015

Figur 9.3. Var god se kommentar till föregående figur. Vill vi inte veta hur det går för våra patienter? Vänligen se manualens definitioner av komplikationsgradering.



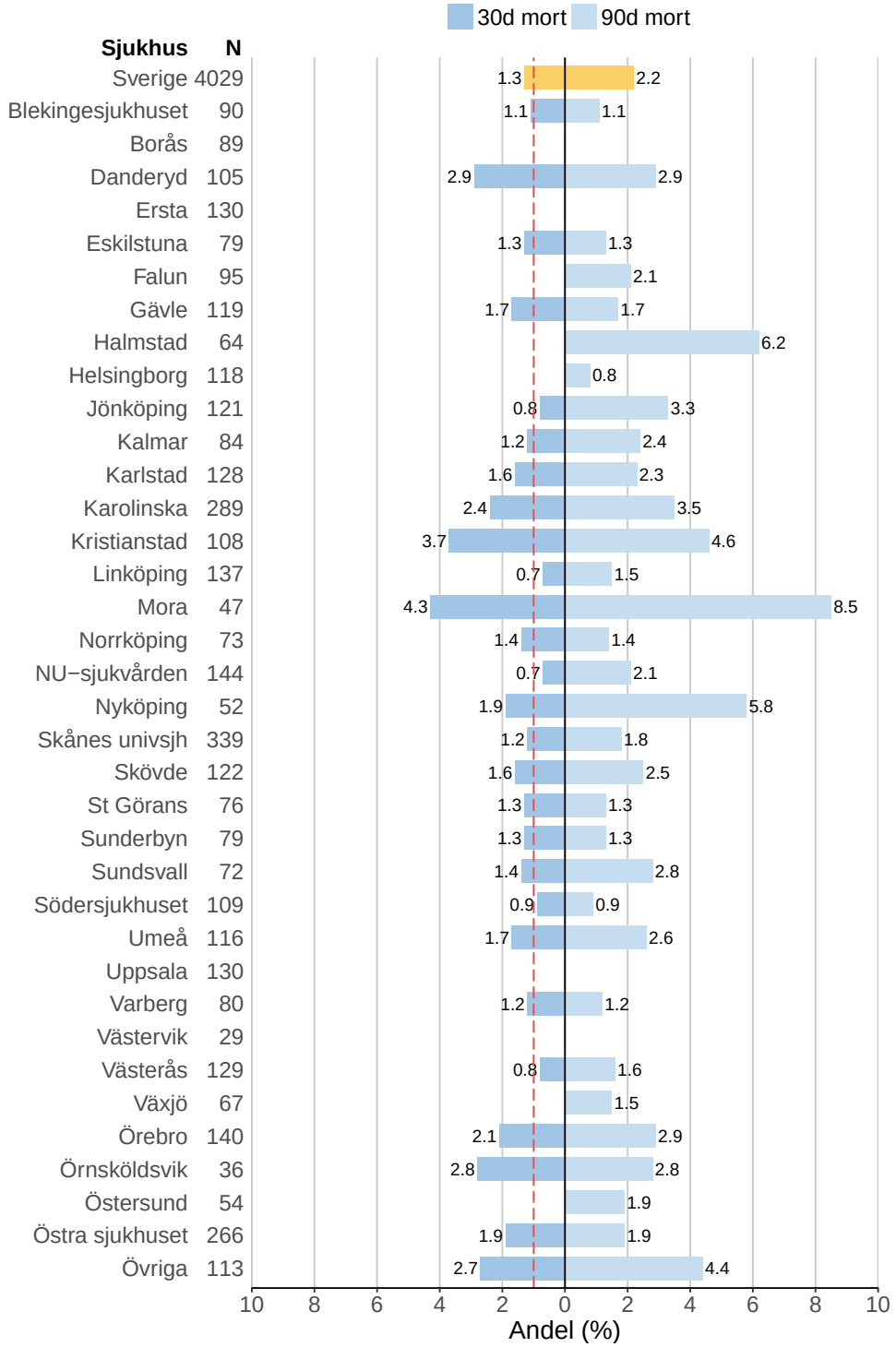
Figur 9.4. Reopererade inom 30 dagar, opererade patienter,2015

Figur 9.4. Stora variationer. Vi har valt att inte ha med denna variabel i poängsystemet då man kan ifrågasätta att försöka ha så få reoperationer som möjligt. Det får även beaktas att en tidig reoperation kan vara livräddande och att en negativ relaparoskopi/tomi i det tidiga postoperativa förloppet inte behöver ha stora konsekvenser ur patientperspektivet, Av intresse för respektive enhet att jämföra med figur 9.5 huruvida reoperationssiffrorna kan översättas i mortalitet.

Tabell 9.1. Oplanerad intagning inom 30 dagar, opererade patienter, 2015

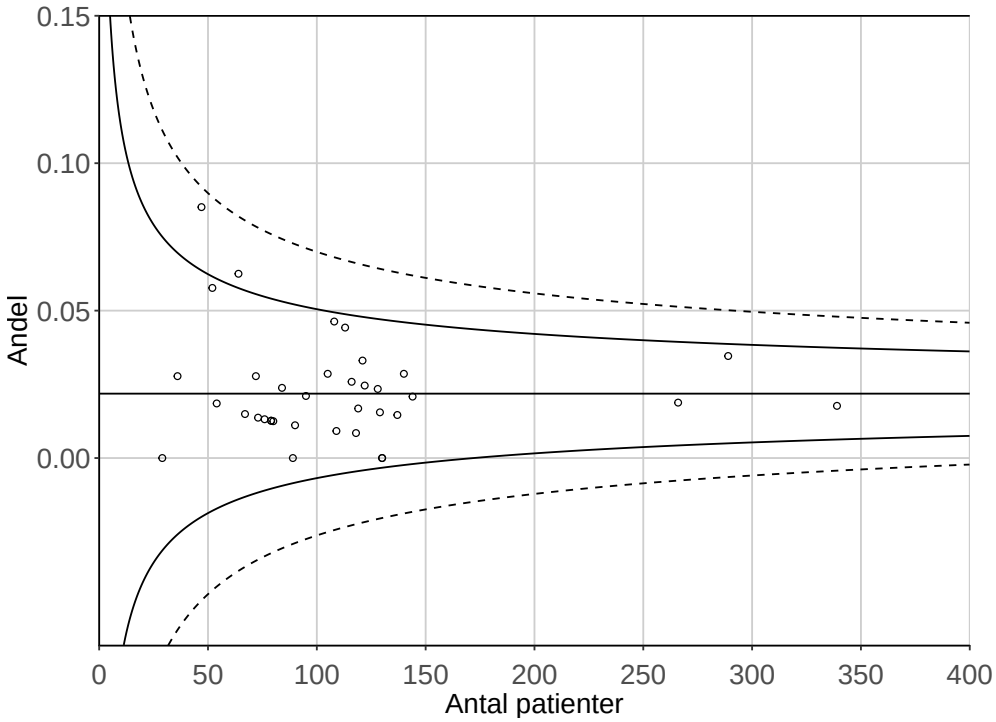
	Ja		Nej		Uppgift saknas		Totalt
Postop vårdtid							
≤ 3 dagar	14	(13)	91	(87)	0	(0)	105
4-5 dagar	25	(16)	135	(84)	1	(1)	161
> 5 dagar	169	(14)	1011	(85)	3	(0)	1183
ASA-klass							
I-II	147	(14)	891	(86)	3	(0)	1041
III	53	(14)	318	(85)	3	(1)	374
IV	5	(29)	12	(71)	0	(0)	17

Tabell 9.1. Kortare vårdtid tycks ej associerad till högre återinläggningsfrekvens. Avseende ASA-klass är det troligen för få i klass IV för att kunna dra några säkra slutsatser. Vore intressant med en fördjupad analys vari orsaken till återinläggning ligger.



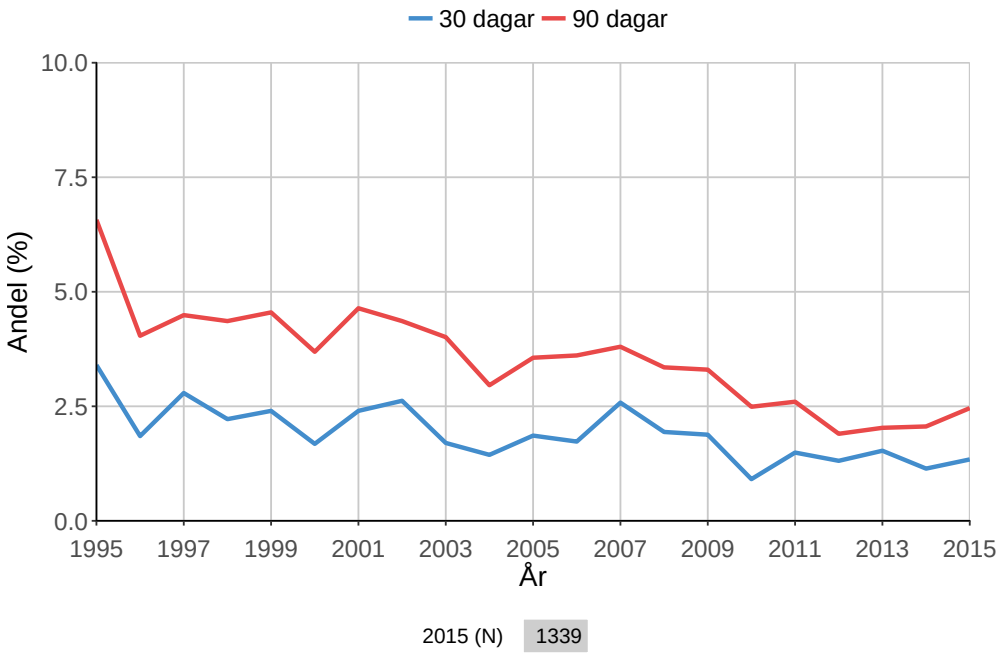
Figur 9.5. Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation, resecerade patienter, 2013-2015.

Figur 9.5. Tidig postoperativ död efter rektalcancerkirurgi i Sverige får glädjande nog betraktas som en sällanhändelse varför slumpvariationen kan ge stora skillnader mellan sjukhus enstaka år. Vi har därför valt att presentera data för de tre senaste åren.



Figur 9.6. Funnelplot, avlidna inom 90 dagar efter operation, resecerade patienter, 2013-2015.

Figur 9.6. Åskådliggör fint att spridningsmåtten är större vid lägre patientvolym, men även att några sjukhus ligger mellan 95- och 99-% konfidensintervallen. För ytterligare information hur ni identifierar ett sjukhus och tolkningshjälp var god se sid 8.



Figur 9.7. Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation, resecerade patienter, 1995-2015

Figur 9.7. Vi ser en tendens till ytterligare lägre postoperativ mortalitet. Förklaringen till detta är sannolikt multifaktoriell. Vi ökar andelen icke opererade där kirurgiska högriskpatienter identifieras samt fokuserar på ett optimalt perioperativt omhändertagande. Däremot kunde man inte se någon skillnad i 30 dagars mortalitet i Color II studien varför ökningen av

laparoskopisk kirurgi inte torde påverka postoperativ mortaliteten. Validiteten borde i princip vara 100 % eftersom vi hämtar dödsdatum från befolkningsregistret. Beakta dock att selektion kan spela in och att vi idag opererar lägre andel än för några år sedan.

Tabell 9.2. Avlidna inom 30 dagar, opererade patienter, 2011-2015

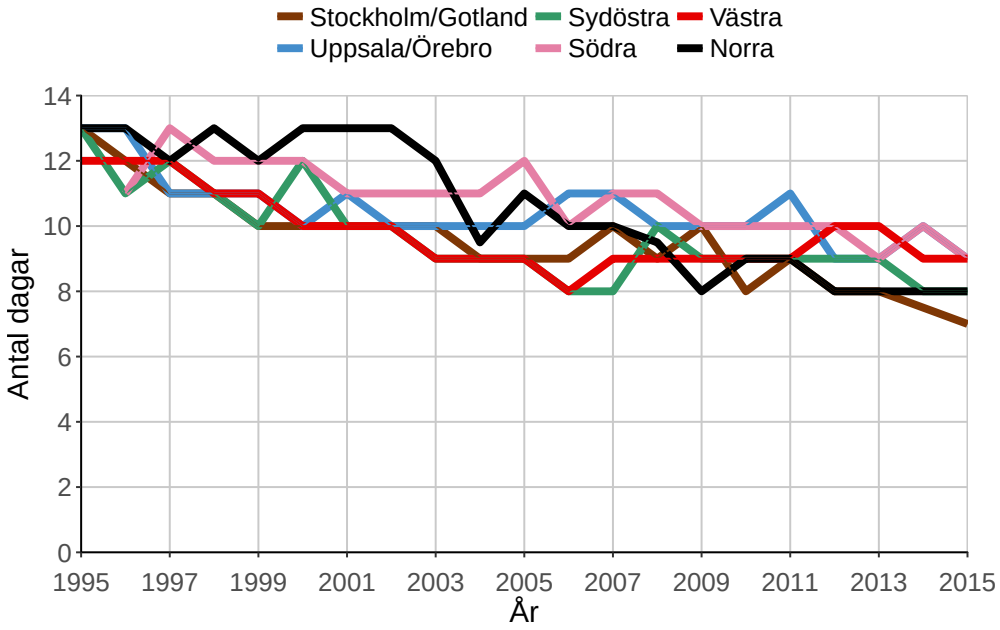
	< 75 år					75-84 år					≥ 85 år				
	Ja		Nej		Totalt	Ja		Nej		Totalt	Ja		Nej		Totalt
Kurativt op	25	(1)	4439	(99)	4464	40	(2)	1566	(98)	1606	18	(6)	309	(94)	327
Ej kurativt op	1	(1)	104	(99)	105	2	(4)	52	(96)	54	1	(6)	17	(94)	18
Totalt	29	(1)	4841	(99)	4870	46	(3)	1741	(97)	1787	19	(5)	368	(95)	387
ASA-klass I-II	18	(0)	3973	(100)	3991	18	(2)	1090	(98)	1108	6	(3)	171	(97)	177
ASA-klass III	8	(1)	793	(99)	801	28	(4)	599	(96)	627	12	(6)	184	(94)	196
ASA-klass IV	1	(3)	37	(97)	38	0	(0)	31	(100)	31	1	(10)	9	(90)	10
AR	15	(1)	2669	(99)	2684	13	(2)	679	(98)	692	4	(5)	72	(95)	76
APE	11	(1)	1729	(99)	1740	24	(3)	669	(97)	693	9	(8)	102	(92)	111
HA	3	(1)	305	(99)	308	8	(3)	297	(97)	305	5	(4)	131	(96)	136

Tabell 9.3. Avlidna inom 90 dagar, opererade patienter, 2011-2015

	< 75 år					75-84 år					≥ 85 år				
	Ja		Nej		Totalt	Ja		Nej		Totalt	Ja		Nej		Totalt
Kurativt op	51	(1)	4413	(99)	4464	61	(4)	1545	(96)	1606	19	(6)	308	(94)	327
Ej kurativt op	2	(2)	103	(98)	105	3	(6)	51	(94)	54	2	(11)	16	(89)	18
Totalt	59	(1)	4811	(99)	4870	72	(4)	1715	(96)	1787	23	(6)	364	(94)	387
ASA-klass I-II	34	(1)	3957	(99)	3991	28	(3)	1080	(97)	1108	6	(3)	171	(97)	177
ASA-klass III	22	(3)	779	(97)	801	41	(7)	586	(93)	627	15	(8)	181	(92)	196
ASA-klass IV	1	(3)	37	(97)	38	3	(10)	28	(90)	31	2	(20)	8	(80)	10
AR	31	(1)	2653	(99)	2684	21	(3)	671	(97)	692	4	(5)	72	(95)	76
APE	20	(1)	1720	(99)	1740	33	(5)	660	(95)	693	9	(8)	102	(92)	111
HA	8	(3)	300	(97)	308	17	(6)	288	(94)	305	6	(4)	130	(96)	136

Tabell 9.2-9.3. Små numerärer varför tolkning vansklig. Flera års registerdata stödjer dock tidigare kunskap att risken för tidig postoperativ död ökar med ålder och komorbiditet. De äldre och sjuka bör riskstratifieras och göras delaktiga i beslut. Hur hög risk för tidig postoperativ död kan vi acceptera?

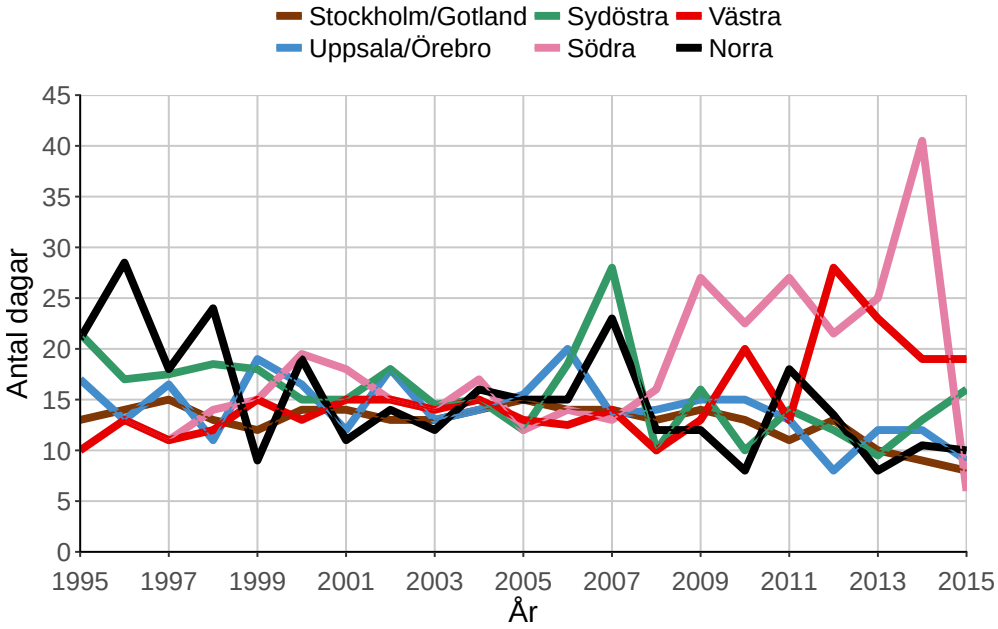
10 Fortsatt planering och behandling



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	137	281	146	270	243	112

Figur 10.1. Postoperativ vårdtid i dagar (median), resecerade patienter som är utskrivna till hemmet, 1995-2015

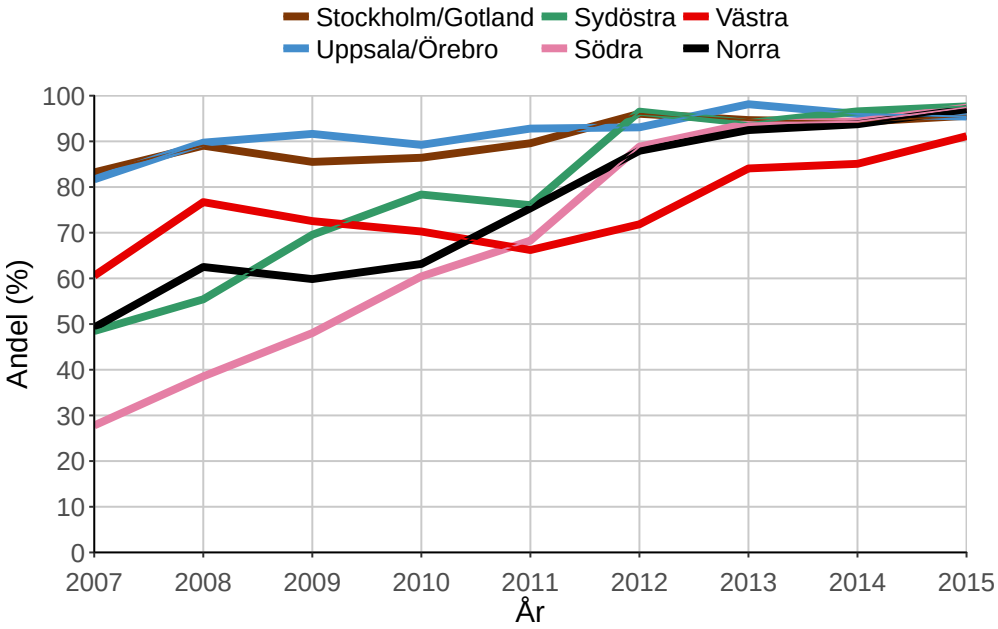
Figur 10.1. Vårdtider på median åtta dagar förefaller ganska långt? Hur väletablerat är ERAS-konceptet i Sverige? Kort vårdtid kanske inte är ett självändamål i sig ur patientperspektivet, men väl de åtgärder som kan underlätta en snabb återhämtning och tidigare utskrivning? Vad kan vi åstadkomma med i kombinationen laparoskopi + ERAS på populationsnivå?



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	86	13	4	5	8	9

Figur 10.2. Postoperativ vårdtid i dagar (median), resecerade patienter som är utskrivna till annan vård, 1995-2015

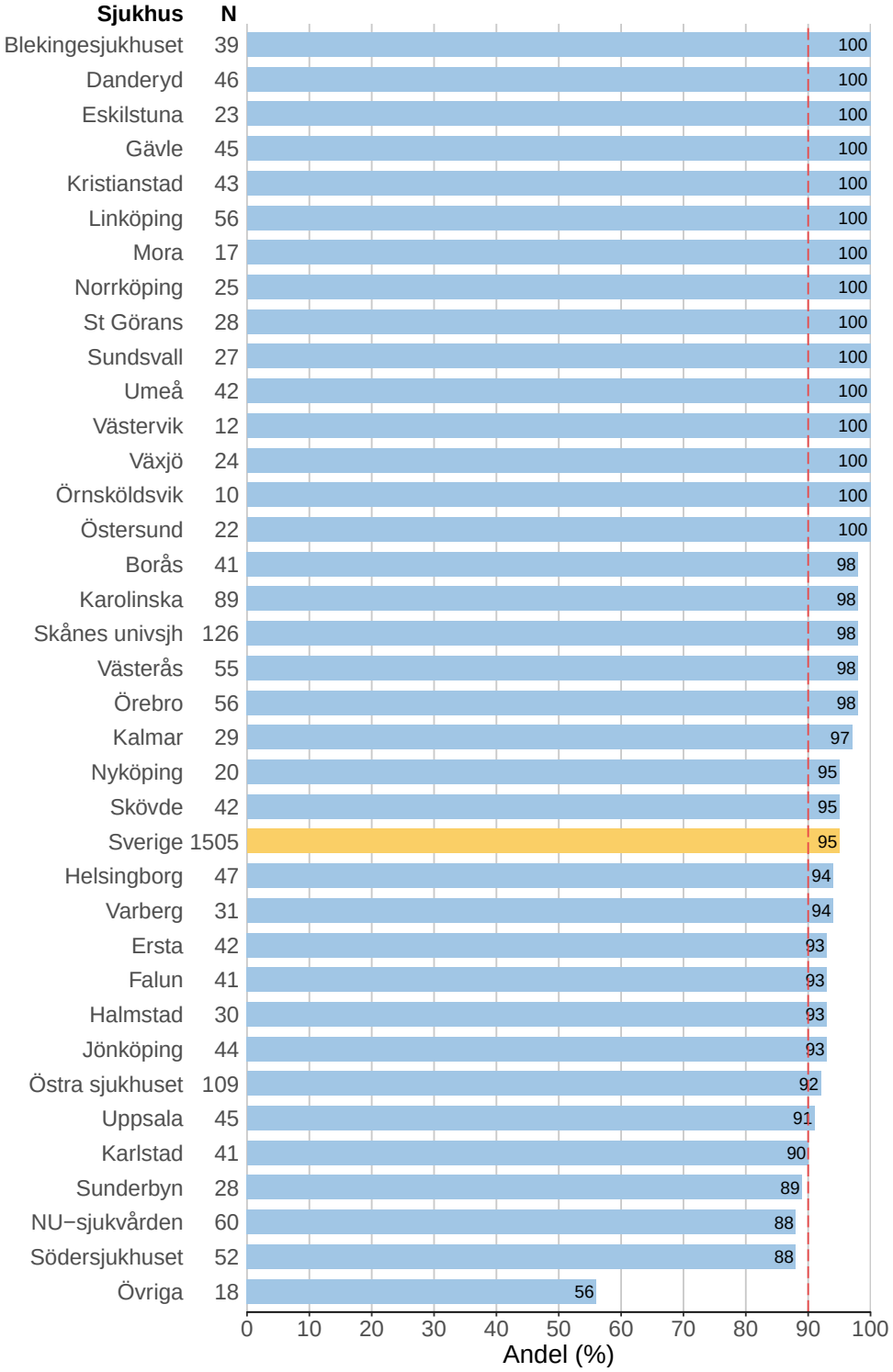
Figur 10.2. Uppenbarligen finns det stora skillnader i landet i möjligheten för patienterna att skrivas ut till annan vård än hemmet och möjligen finns här en delförklaring till de långa vårdtiderna? Vad kan vi andra lära av södra regionen?



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	250	350	171	306	293	135

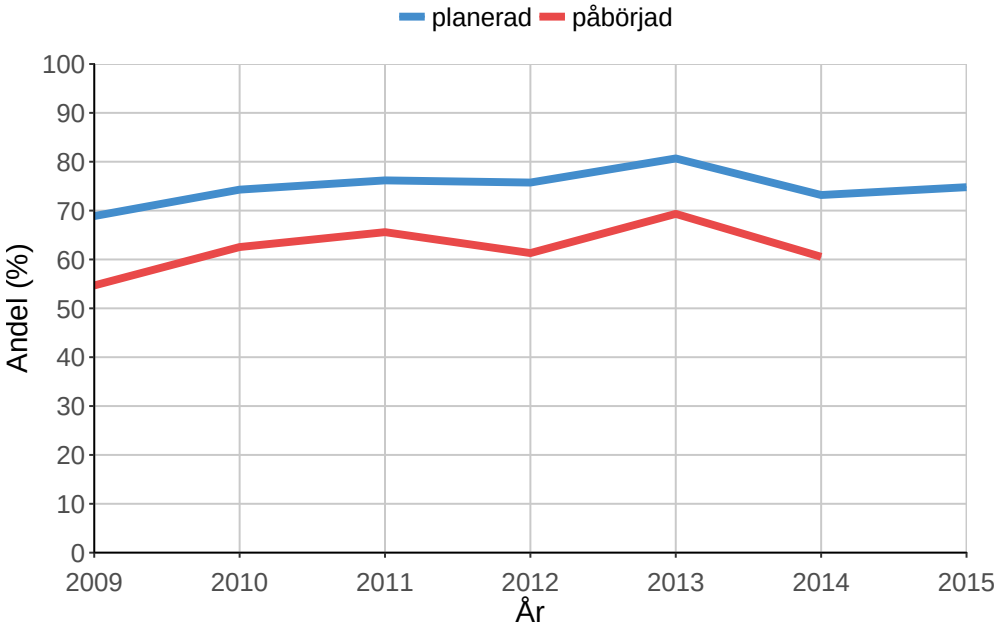
Figur 10.3. Postoperativ bedömning i MDK för opererade patienter eller där endoskopisk polypektomi varit enda åtgärd, avlidna inom 30 dagar ingår ej, 2007-2015

Figur 10.3. Ännu en mycket glädjande figur! Det är visat att postoperativ multidisciplinär terapikonferens är viktig. Andelen som övervägs för adjuvant cytostatika är exempelvis klart relaterad till om patienten diskuteras i postoperativ MDK. Kvalitetsregistergruppen anser att alla patienter bör ha rätten till att tas upp på postoperativ MDK.



Figur 10.4. Postoperativ bedömning i MDK för opererade patienter eller där endoskopisk polypektomi varit enda åtgärd, avlidna inom 30 dagar ingår ej, 2015.

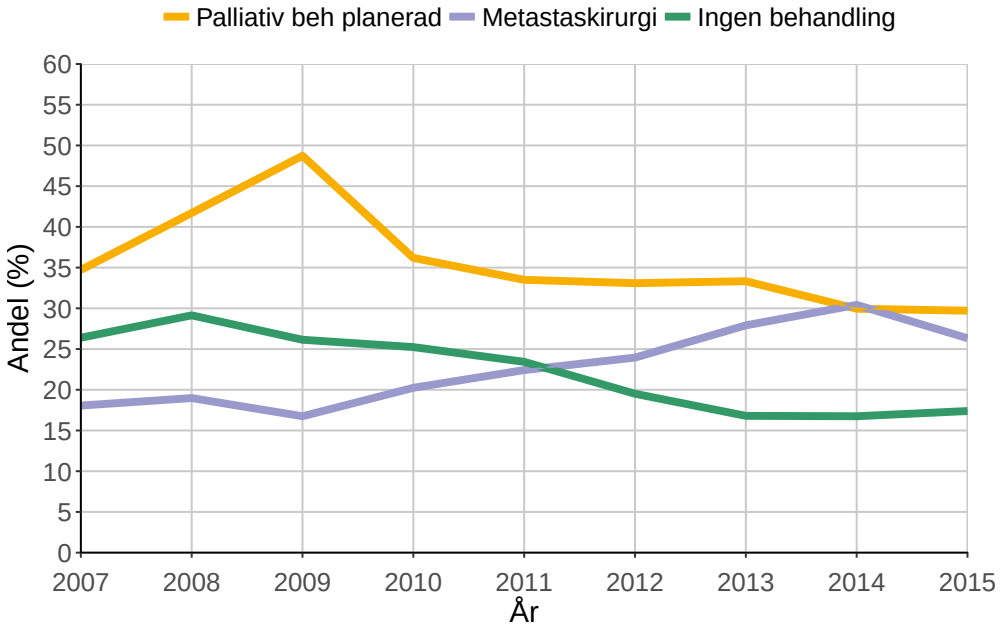
Figur 10.4. Fantastisk förbättring på få år i riksgenomsnitt. Några sjukhus bör dock aktivt arbeta med detta. Dags att höja målnivån?



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totalt antal (N)	331	315	340	305	326	332	357

Figur 10.5. Adjuvant behandling planerad respektive påbörjad, resecerade patienter, stadium III, $\leq$ 75 år, 2009-2015

Figur 10.5. Denna figur bör tolkas med stor försiktighet mot bakgrund av den varierande inrapporteringsgraden av onkologidata och den tidigare kommenterade eftersläpningen i relation till operativ åtgärd. I kirurgdelen av registret noteras andelen patienter där behandlingen planeras. Däremot vet vi inte om behandlingen startats eller hur många cykler som givits eller hur många patienter som fullföljer behandlingen. Däremot finns betydligt mycket mer data i onkologdelen. En första onkologirapport publicerades hösten 2014 och ytterligare följer på cancercentrums hemsida: rapporter



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Totalt antal (N)	288	374	394	420	397	405	387	424	414

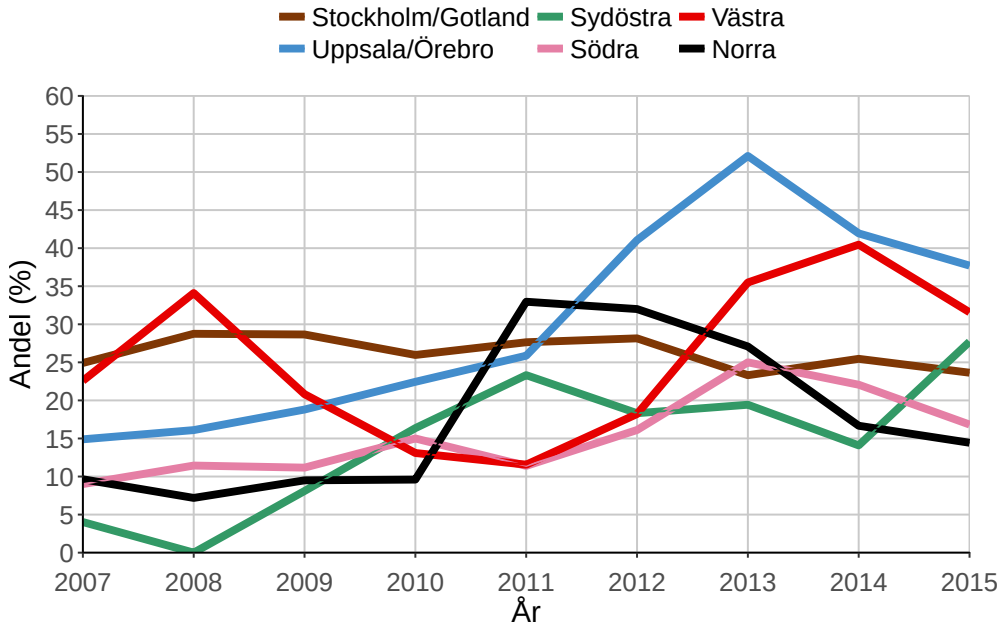
Figur 10.6. Palliativ behandling planerad, bedömd/remitterad till metastaskirurgi eller ingen behandling, M1-patienter,2007-2015

Figur 10.6. Här ser man en tydlig trend för en mera aktiv behandling av sjukdom. Det är dock av vikt att förstå att dessa kurvor baseras på uppgifter från anmälningsblanketten där endast intentionen avspeglas. Det är sannolikt att en del av patienterna bedömda för palliativ cytostatikabehandling senare blir föremål för meastaskirurgi.

Tabell 10.1. Bedömda eller remitterade för ställningstagande till metastaskirurgi, M1-patienter, 2015

	Stockholm/Gotland		Uppsala/Örebro		Sydöstra		Södra		Västra		Norra		Totalt	
Män														
Ja	17	(38)	17	(25)	12	(44)	11	(25)	7	(14)	8	(35)	72	(28)
Nej	25	(56)	27	(39)	8	(30)	21	(48)	16	(32)	11	(48)	108	(42)
Vet ej/Uppg sakn	3	(7)	25	(36)	7	(26)	12	(27)	27	(54)	4	(17)	78	(30)
Totalt	45		69		27		44		50		23		258	
Kvinnor														
Ja	11	(39)	3	(9)	6	(25)	9	(26)	7	(25)	1	(14)	37	(24)
Nej	11	(39)	16	(47)	13	(54)	16	(46)	14	(50)	4	(57)	74	(47)
Vet ej/Uppg sakn	6	(21)	15	(44)	5	(21)	10	(29)	7	(25)	2	(29)	45	(29)
Totalt	28		34		24		35		28		7		156	

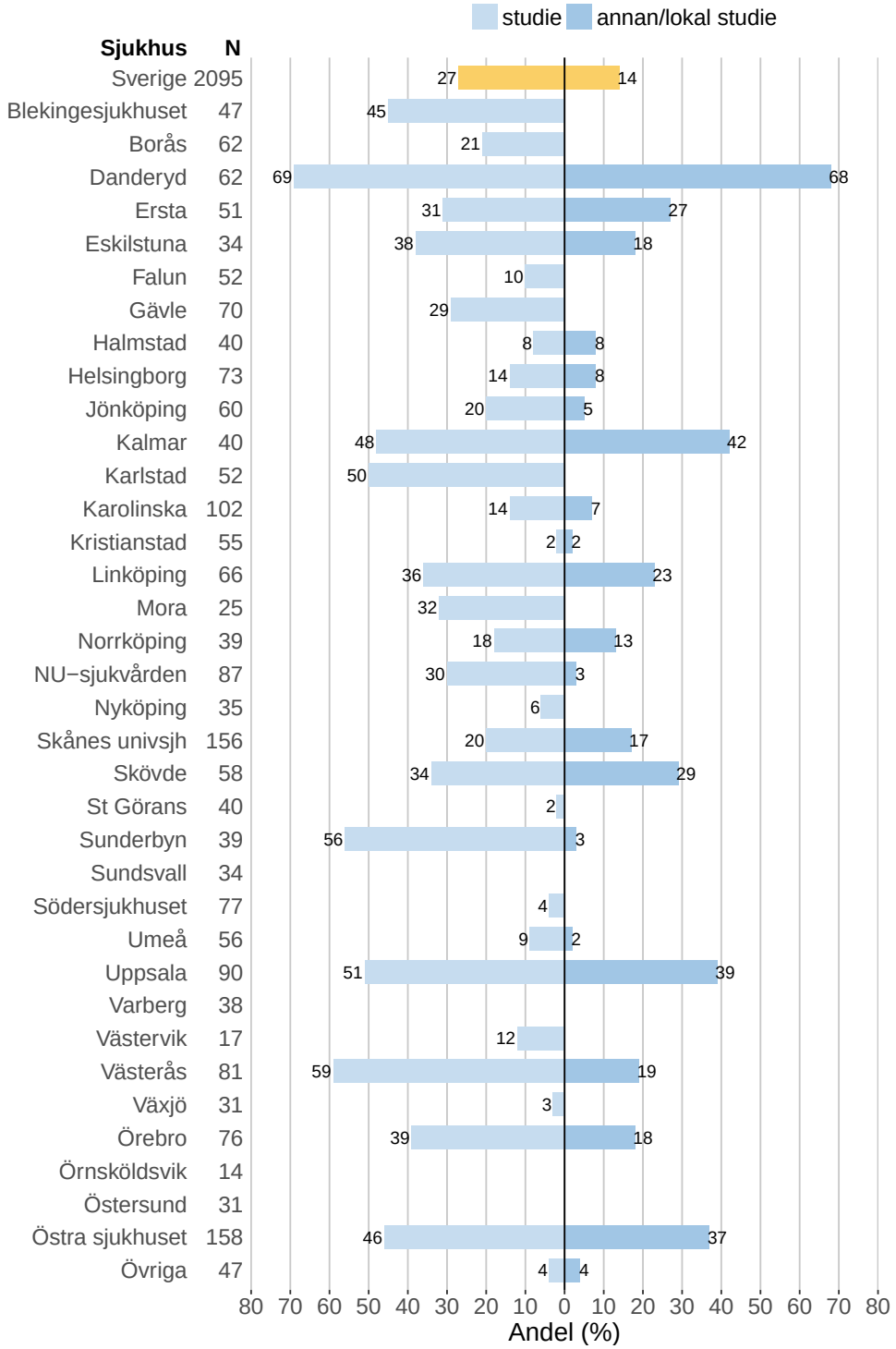
Tabell 10.1. Andelen patienter med metastaser, som remitterats för ställningstagande till metastaskirurgi är relativt lika i landet men andelen vet ej/uppgift saknas är hög. Det är av yttersta vikt att patienter med metastaser får en bedömning utifrån radiologi och performancestatus. Sannolikheten att bli opererad för levermetstaser ökar påtagligt om bedömningen görs av en leverkirurg.



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2015 (N)	330	525	231	404	418	187

Figur 10.7. Patienter som inkluderats i kirurgiska eller onkologiska studier, 2007-2015

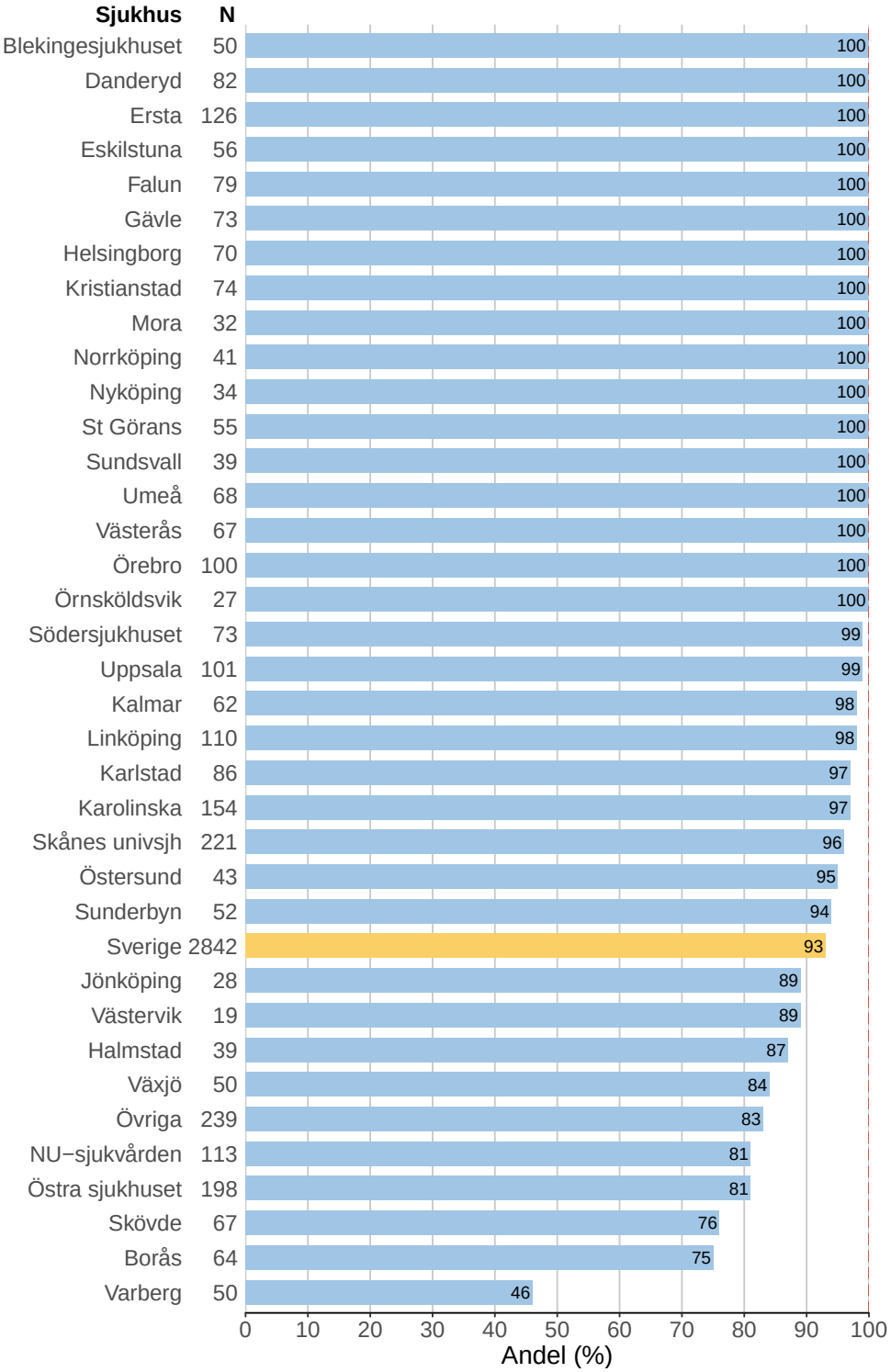
Figur 10.7. Endast en region når upp till målvärdet på 30 % och totalandelen kan förbättras. Positivt med hög andel studiedeltagande ur flera perspektiv.



Figur 10.8. Patienter som inkluderats i kirurgiska eller onkologiska studier samt annan/lokal studie, 2015.

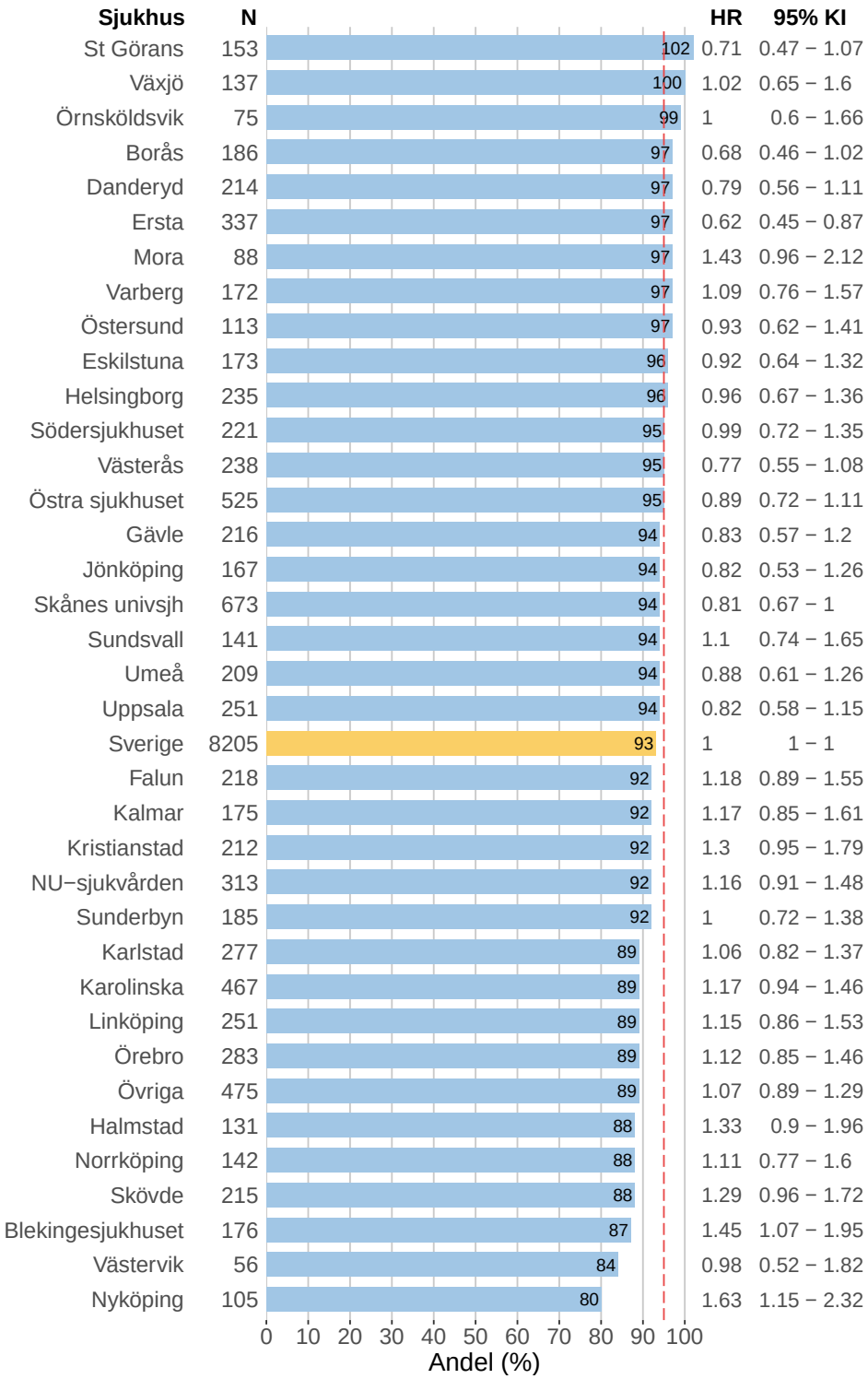
Figur 10.8. En mindre del av rektalcancerpatienterna är inkluderade i någon behandlingsrelaterad studie. Även flera stora enheter har en förvånande låg andel patienter med i studier. Det är ett förbättringsområde och det finns ett antal studier öppna för de centra som önskar. Ett antal studier som kvalitetsregistergruppen vill lyfta fram som betydelsefulla finns som förval på blanketten. Vi välkomnar fler studieansvariga att kontakta oss för att få sin studie som förval på blanketten i syfte att öka inklusionstakten. Vi måste alla hjälpas åt att inkludera för att göra klart pågående studier under en begränsad tid och får svar på viktiga frågor. Även ur patientperspektivet är studiedeltagande positivt.

11 Uppföljning



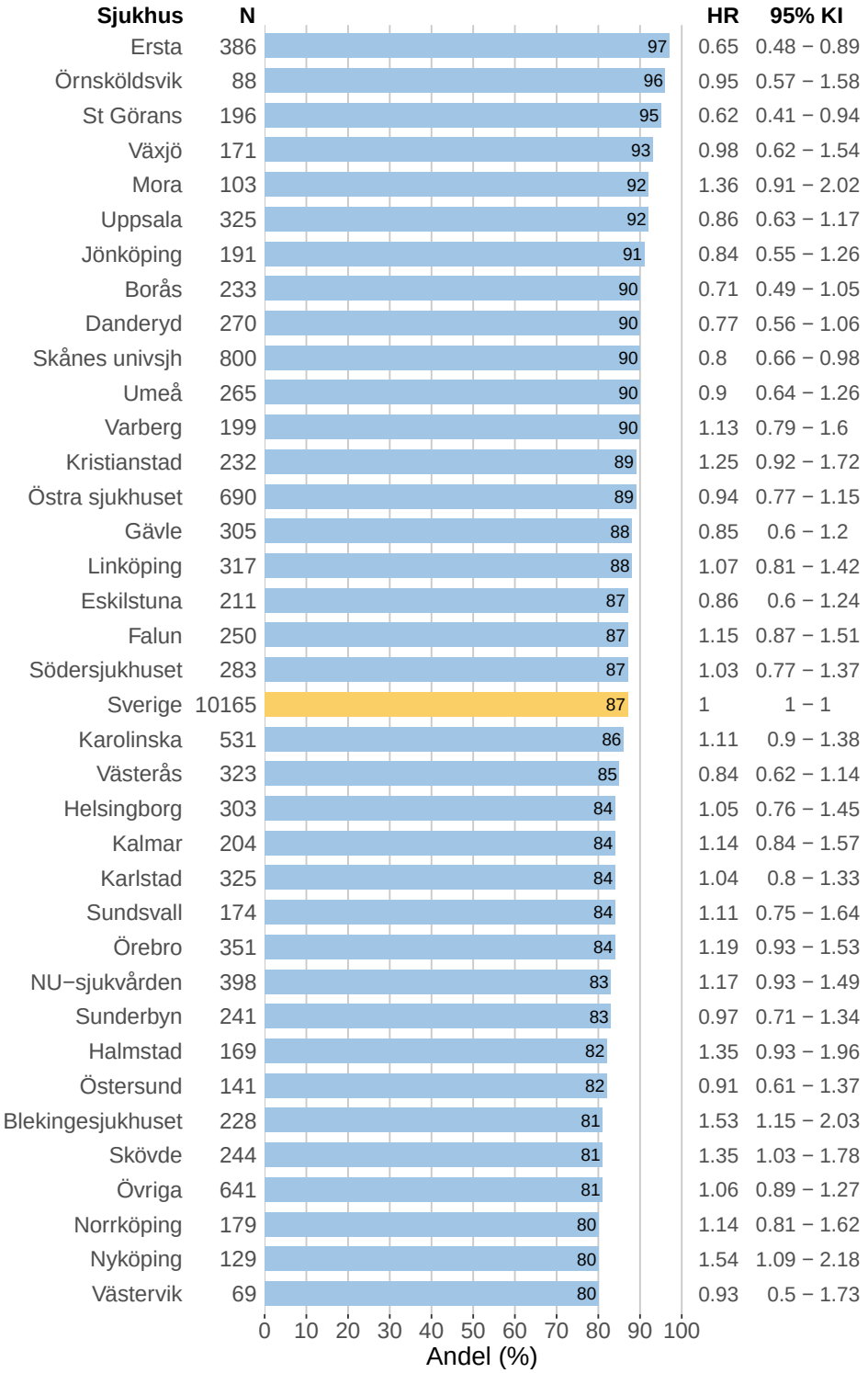
Figur 11.1. Täckningsgrad uppföljningen, 2010 och 2012

Figur 11.1. Det är viktigt att följa våra patienter i flera år, inte bara från registersynpunkt (för exempelvis en sann lokalrecidivfrekvens) men också för att många patienter har funktionella besvär med bland annat tarm och urogenitalia där det finns hjälp att erbjuda. Som nämnts i inledningen till denna rapport krävs närmare 100 % täckning på alla sjukhus för att kunna värdera sällanhändelser. Ett sjukhus utmärker sig negativt i detta avseende i årets rapport. En probleminventering och åtgärdsplan lokalt bör vidtas.



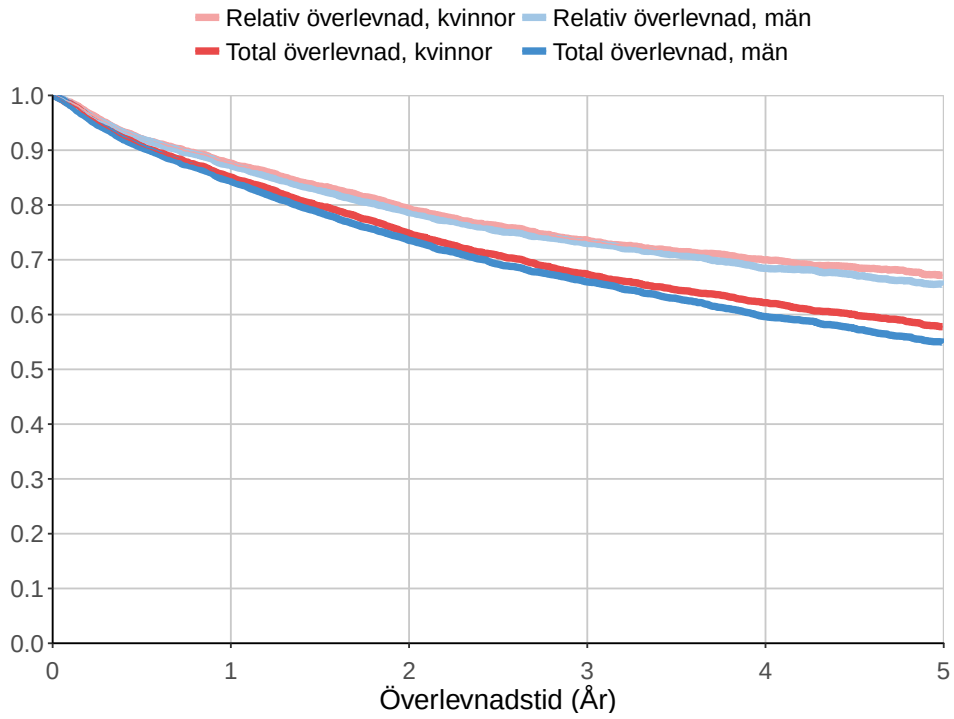
Figur 11.2. Relativ 3-årsöverlevnad, M0, resecerade patienter med diagnos 2009-2015. Samt hazard ratio (död oavsett dödsorsak) justerat för ålder, kön, tumörstadium och ASA-klass.

Figur 11.2. Bra siffror i riket som helhet. Intressant för respektive enhet. Bör värderas med hänsyn tagen till case-mix p.g.a. selektion m.m..

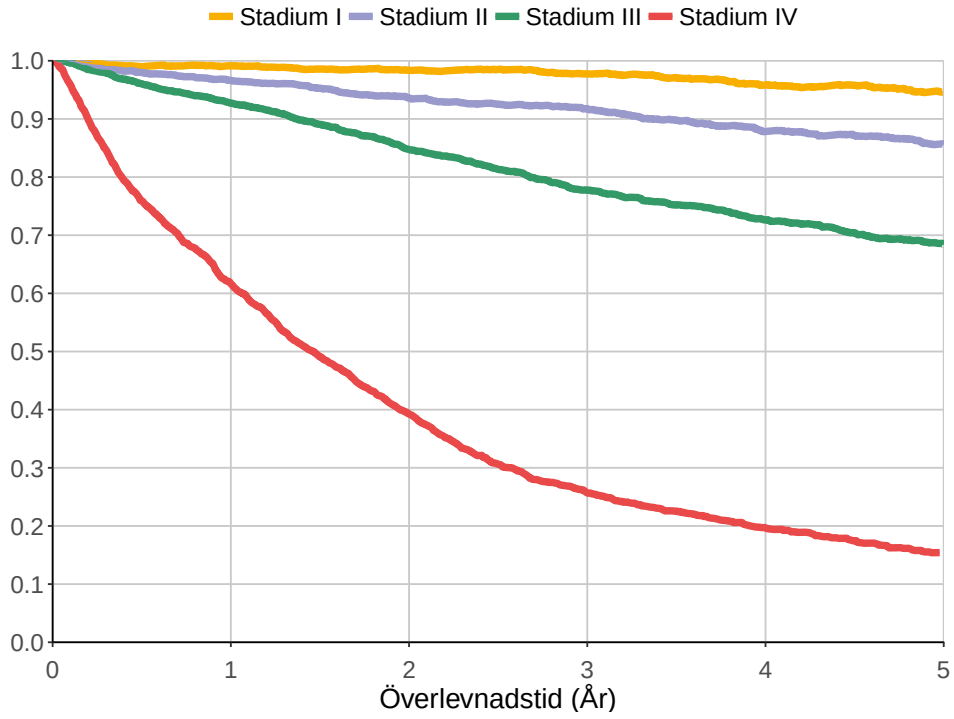


Figur 11.3. Relativ 3-årsöverlevnad,M0-patienter med diagnos 2009-2015. Samt hazard ratio (död oavsett dödsorsak) justerat för ålder, kön, tumörstadium och ASA-klass.

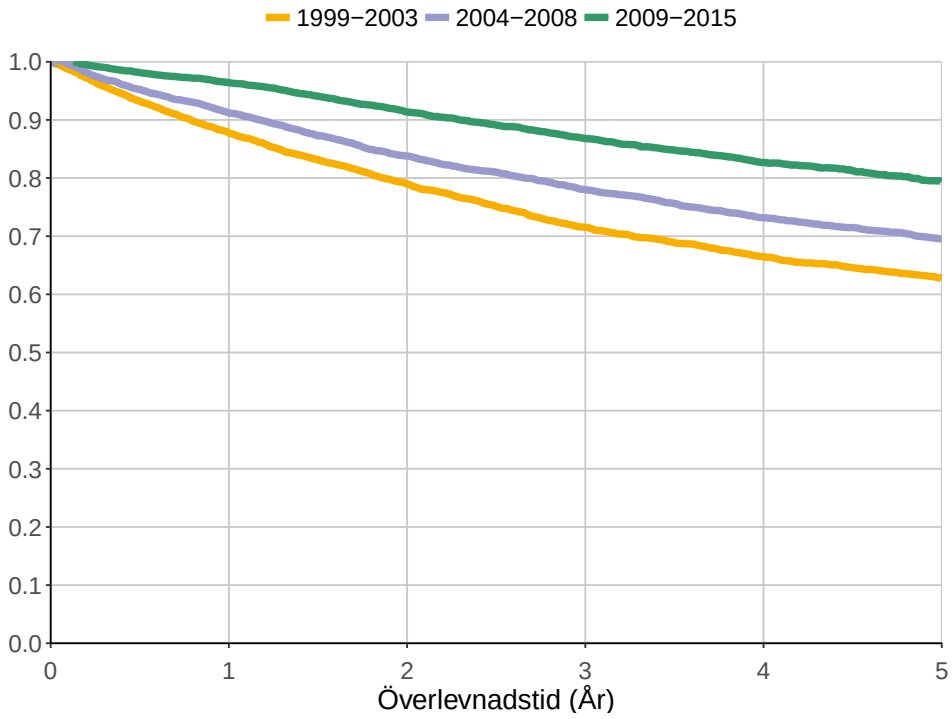
Figur 11.3. Skillnaderna bör kunna likriktas. Selektion till olika behandlingsalternativ? Detta behöver dock utredas vidare i särskilt forskningsprojekt.



Figur 11.4. Total och relativ överlevnad, uppdelat på kön, patienter med diagnos 2009-2015

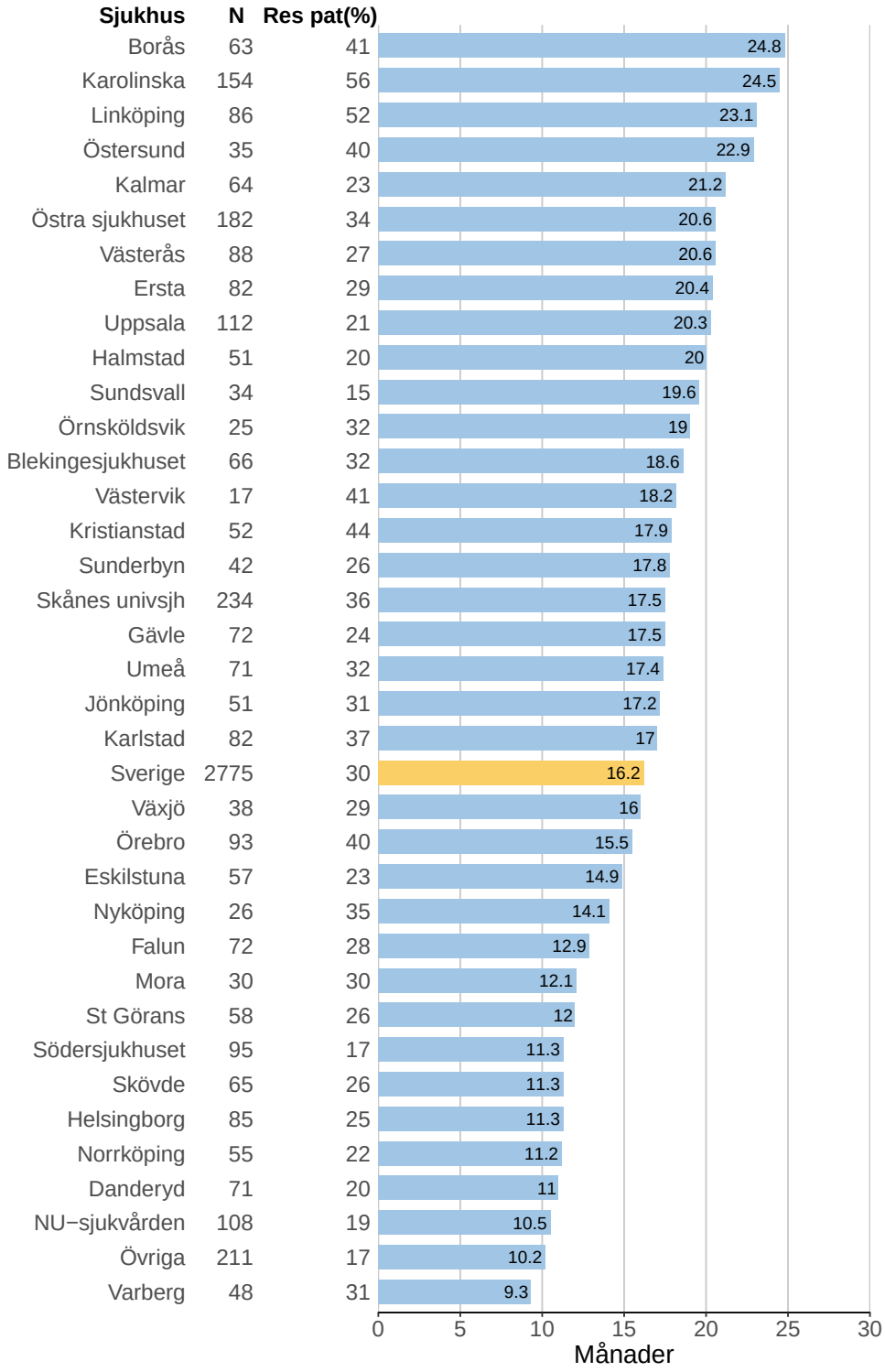


Figur 11.5. Relativ överlevnad uppdelat på stadium, patienter med diagnos 2009-2015



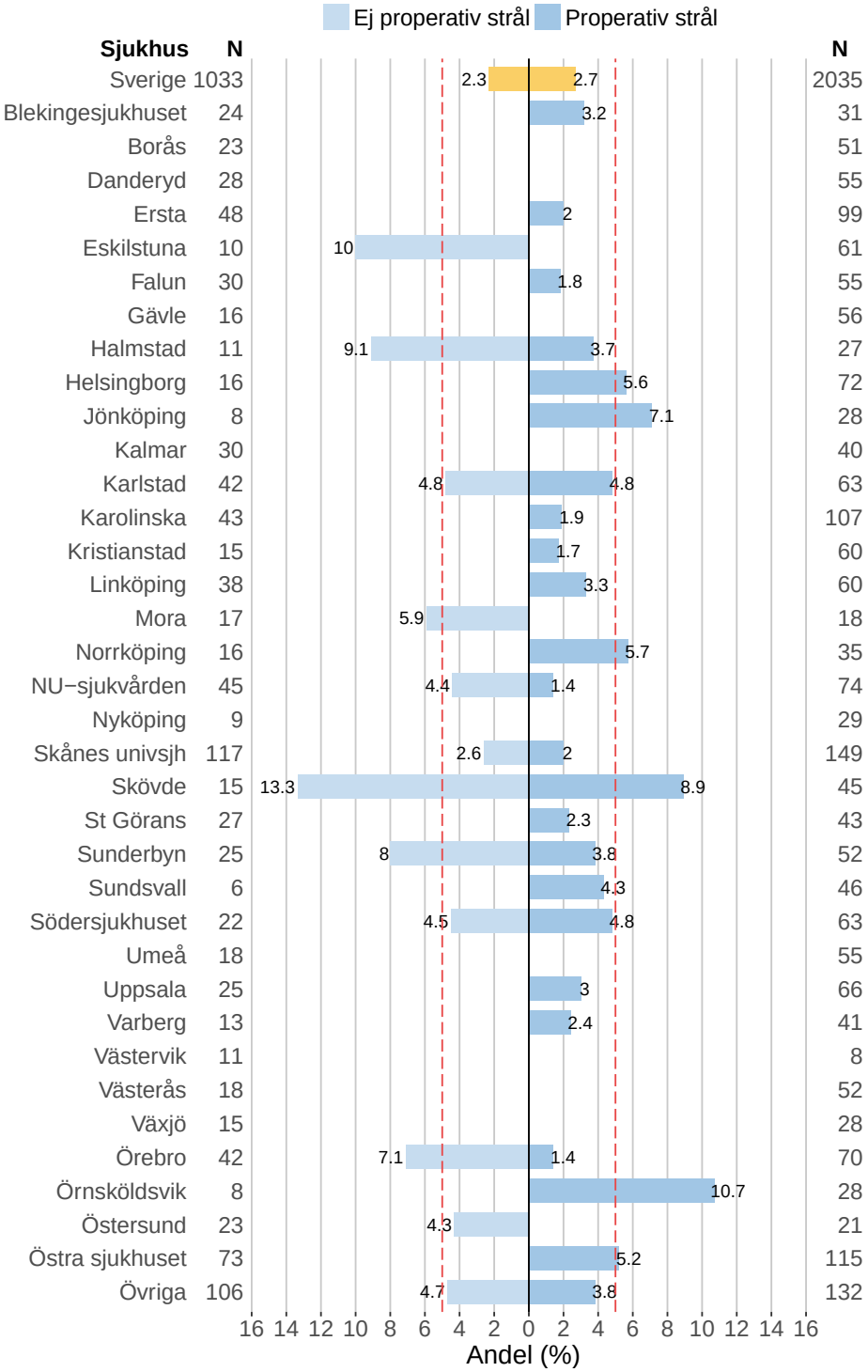
Figur 11.6. Relativ överlevnad uppdelat på tidsperiod, opererade patienter med diagnos 1999-2015

Figur 11.6. Den relativa överlevnaden har successivt förbättrats, vilket syns tydligt när materialet delas upp på tre tidsperioder.

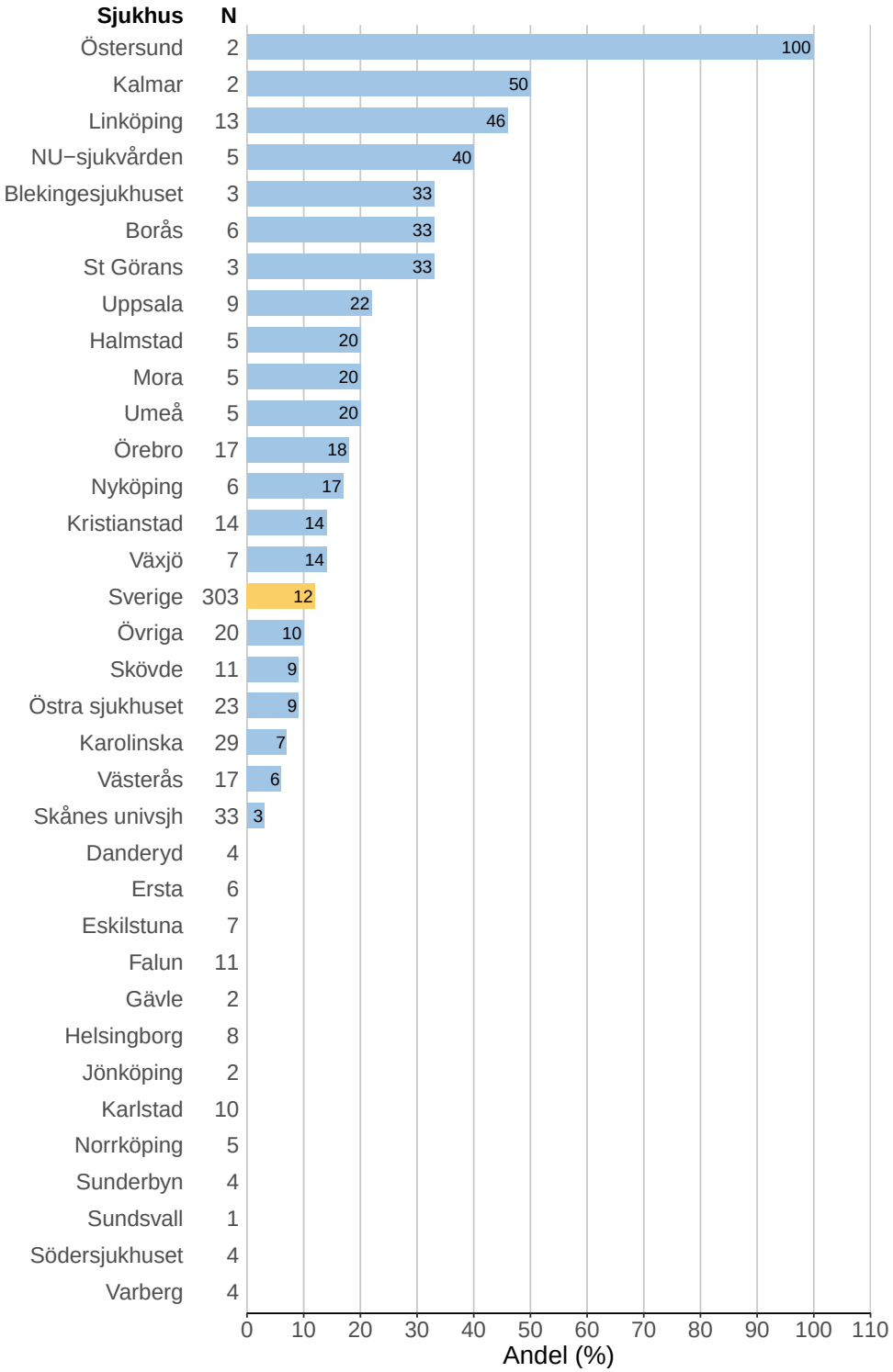


Figur 11.7. Medianöverlevnad i månader (total), synkrona M1-patienter vid diagnos 2009-2015

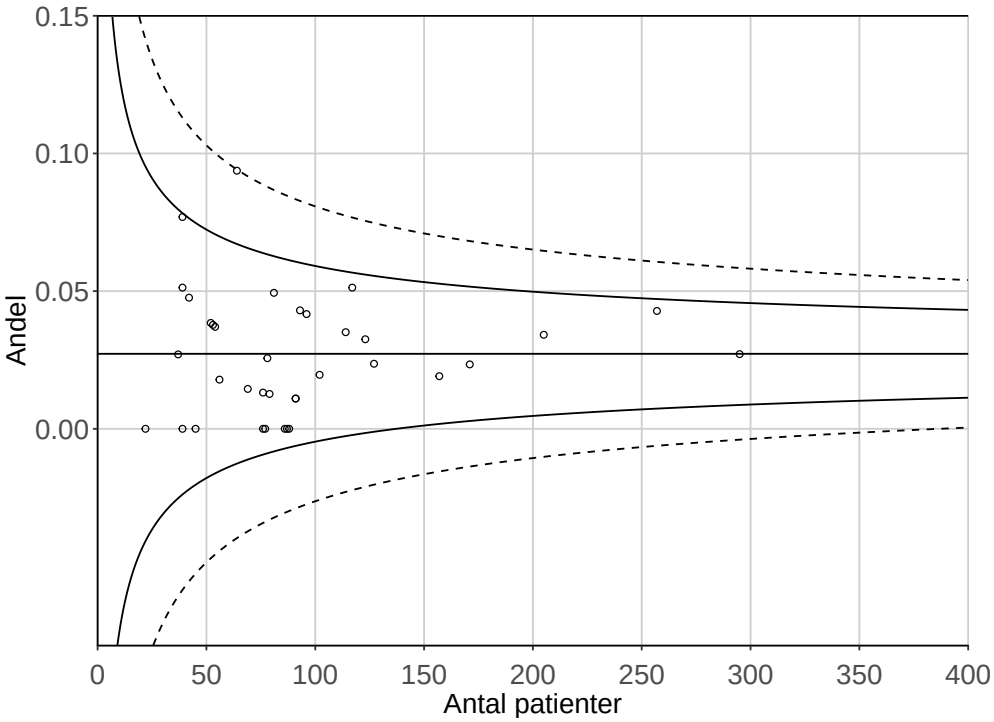
Figur 11.7. Stora skillnader mellan olika enheter, vilket antyder att vården i detta avseende är ojämlik. Styrgruppen understryker att behandling av metastaserna sjukdom bör bedömas multidisciplinärt.



Figur 11.8. Lokalrecidiv inom 3 år, M0, T1-T3, resecerade patienter, 2010-2012

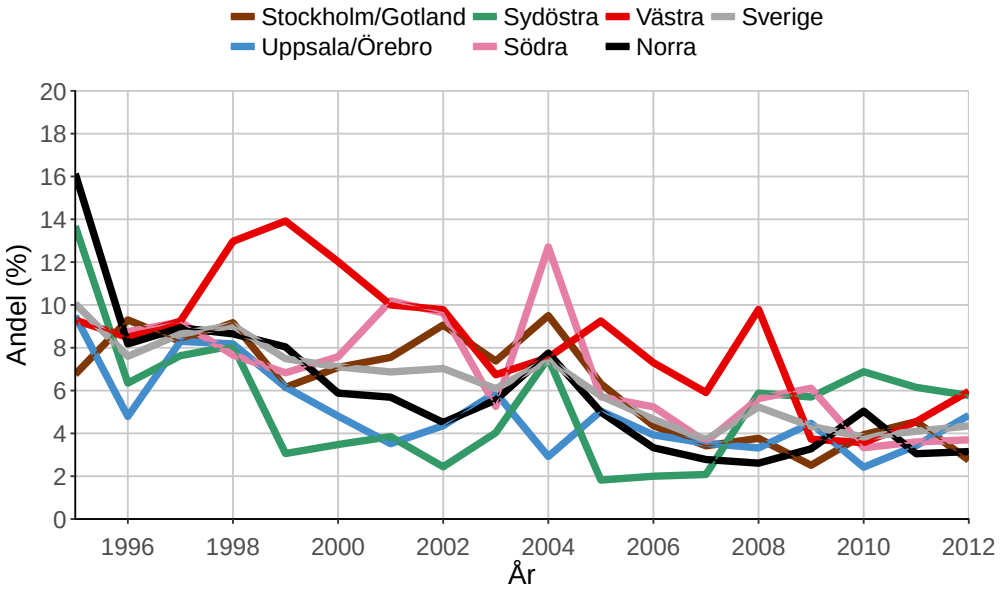


Figur 11.9. Lokalrecidiv inom 3 år, T4, resecerade patienter, 2010-2012



Figur 11.10. Funnelplot, Lokalrecidiv inom 3 år, T1-T3, resecerade patienter, 2010-2012

Figur 11.8-11.10. Få ”händelser per sjukhus” men man får anta att dessa figurer är högintressanta att diskutera på alla kliniker som ägnar sig åt denna kirurgi. För tolkningshjälp av funnel-plot och tips på hur man kan identifiera sig sitt eget sjukhus var god se sidan 8. Stadium T4 baserar sig i dessa analyser på radiologisk värdering (cTNM) och stadium T1-3 på patologisk klassificering (pTNM och ypTNM). Variabeln cTNM registrerades först från och med 2007.



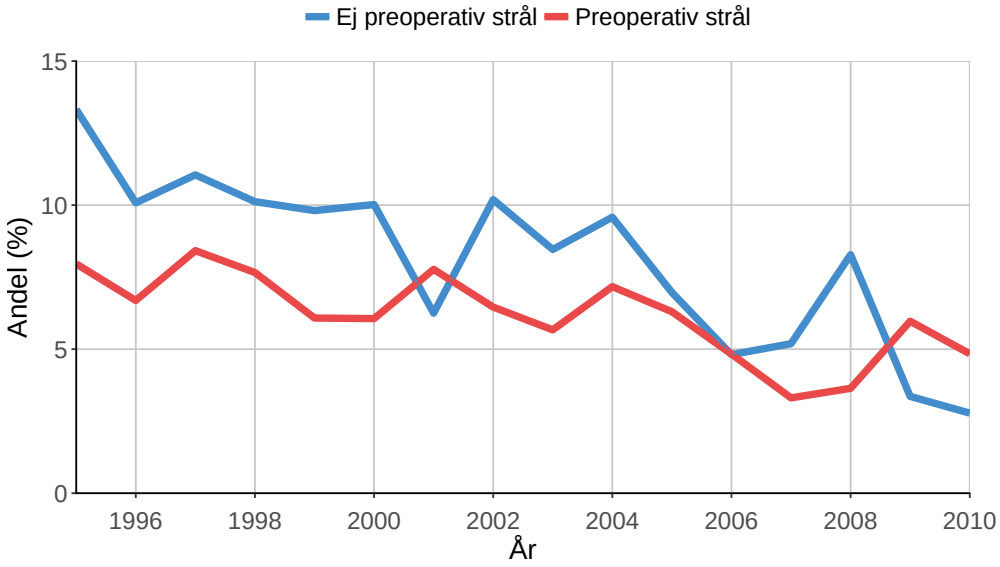
	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra	Sverige
2012 (N)	255	310	156	243	218	127	1309

Figur 11.11. Lokalrecidiv inom 3 år, opererade patienter, 1995-2010

Figur 11.11. Lokalrecidiv är en av de viktigaste kvalitetsparametrarna vid rektalcancerkirurgi.

Ur ett internationellt perspektiv har vi fantastiskt fina siffror på populationsnivå. Det är viktigt att vi följer upp våra patienter och verkligen letar efter sjukhuskontakter efter rektalcancerkirurgi i syfte av att få en så ”sann” lokalrecidivandel som möjligt. Återigen skäl att understryka vikten av en hög täckningsgrad i registrets uppföljning.

Sedan ett par år har vi valt att redovisa lokalrecidiv även inom tre år och i denna rapport endast inom tre år för de som opereras. Skälet till detta är att man ibland inte vill kännas vid ”gamla” data från operationer på sjukhuset fem-sex år tidigare. De regioner som skiljer sig ofördelaktigt på tre årsuppföljning har då även möjlighet att agera tidigare. Det finns de som hävdar att varje enskilt lokalrecidiv på kliniken bör föranleda en sorts ”haveriutredning” i syfte att lära av misstag och förbättra för framtiden.



	2008 (N)	2009 (N)	2010 (N)
Ej preoperativ stråk	447	417	395
Preoperativ stråk	824	837	847

Figur 11.12. Lokalrecidiv inom 5 år, resecerade patienter, 1995-2010

Figur 11.12. Målet är att vid alla opererande kliniker skall komma under 5 % i bägge dessa grupper. Fantastiska resultat på populationsnivå men kanske är variationen mellan enheterna lite väl stor (se figur 11.8)? Jämför gärna din enhets resultat över tid. Åter igen vill vi understryka vikten av en hög täckningsgrad och stringens i inrapporteringen.

Tabell 11.1. Lokalrecidiv inom 5 år, resecerade patienter, 1995-2010

	2010					1995–2010				
	Ej recidiv		Recidiv		Totalt	Ej recidiv		Recidiv		Totalt
Stadium I	277	(99)	3	(1)	280	4215	(98)	105	(2)	4320
Stadium II	365	(96)	14	(4)	379	5065	(94)	344	(6)	5409
Stadium III	401	(94)	26	(6)	427	5298	(89)	624	(11)	5922
Stadium IV	119	(92)	10	(8)	129	1935	(92)	169	(8)	2104
Totalt	1162	(96)	53	(4)	1215	16513	(93)	1242	(7)	17755

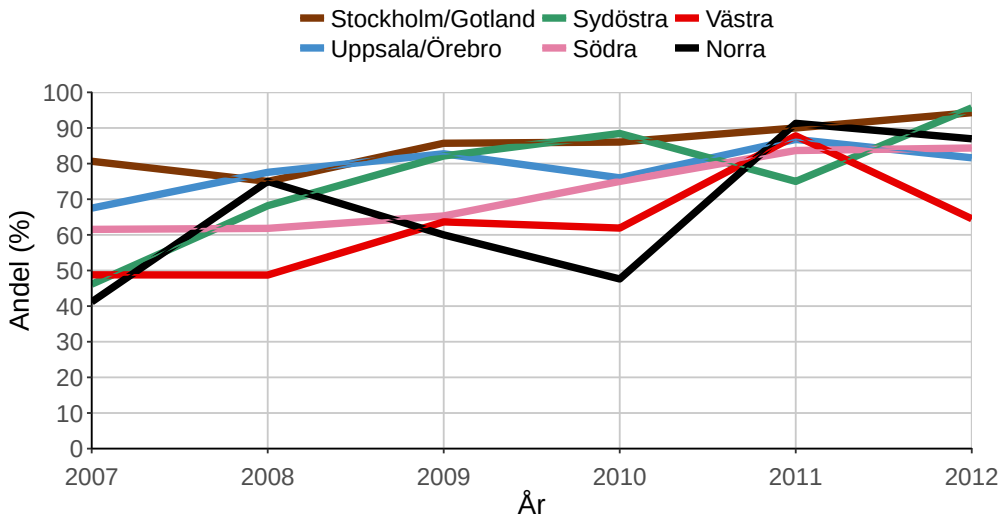
Tabell 11.1. Glädjande är att lokalrecidfrekvensen för T4 har minskat. Viss försiktighet bör iakttas vid tolkning på grund av liten grupp (jmf T1-T3), men det blir intressant att se om

denna trend står sig med tanke på nivåstrukturering och tilltagande remittering mellan enheterna.

Tabell 11.2. Täckningsgrad för 3-års uppföljningen samt fjärrmetastaser inom 3 år, stadium I-III, resecerade patienter, 2012

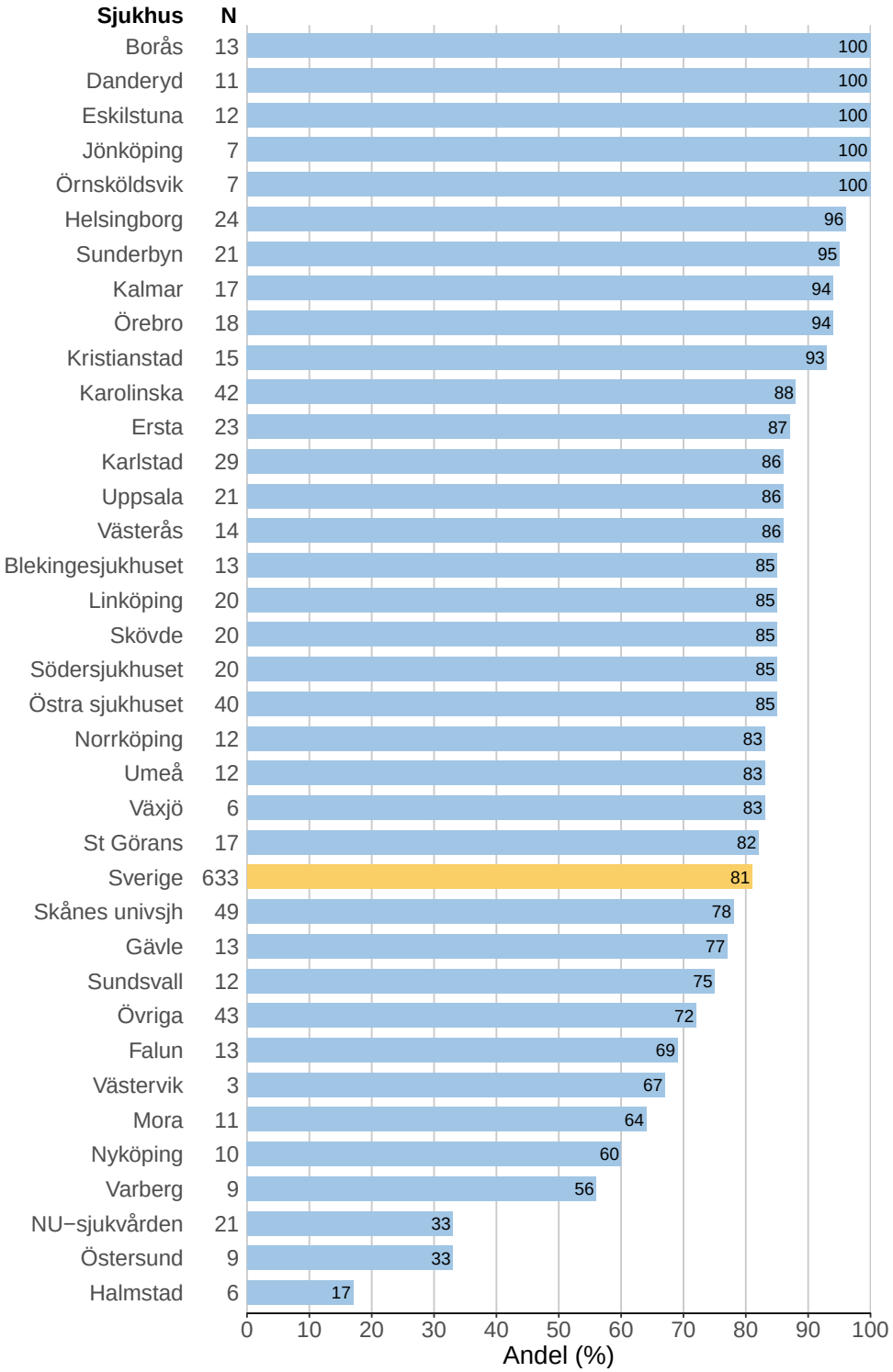
	Stockholm/Gotland		Uppsala/Örebro		Sydöstra		Södra		Västra		Norra		Totalt	
Täckningsgrad														
3−års uppfoljning	99.2		98.4		95.7		93.8		72.9		94.8		91.9	
Operationstyp														
Främre resektion	23	(19)	18	(13)	13	(20)	10	(10)	13	(14)	9	(18)	86	(15)
Rektumamputation	10	(14)	22	(26)	7	(14)	12	(15)	13	(20)	10	(22)	74	(19)
Hartmann´s operation	2	(11)	2	(7)	3	(25)	6	(21)	2	(13)	4	(29)	19	(16)
Kön														
Män	17	(14)	18	(12)	14	(18)	19	(16)	12	(12)	15	(24)	95	(15)
Kvinnor	18	(20)	24	(24)	9	(18)	9	(10)	16	(22)	8	(17)	84	(19)
Totalt	35	(17)	42	(16)	23	(18)	28	(14)	28	(16)	23	(21)	179	(17)

Tabell 11.2. Är skillnaderna mellan regionerna slumpvariation över tid eller letar vi olika mycket? Har vi olika indikationer för resektion? Andelen i större material, såsom riket ligger kring 20 % efter 5 år. Jämför gärna Ditt sjukhus med tidigare år.



	Stockholm/Gotland	Uppsala/Örebro	Sydöstra	Södra	Västra	Norra
2012 (N)	35	49	23	32	31	23

Figur 11.13. Bedömda på MDK pga lokalrecidiv och/eller fjärrmetastas inom 3 år, stadium I-III, resecerade patienter, 2007-2012



Figur 11.14. Bedömda på MDK pga lokalrecidiv och/eller fjärrmetastas inom 3 år, stadium I-III, resecerade patienter, 2010-2012

Figur 11.13-11.14. Det är förvånansvärt att inte fler patienter av dessa, som ofta är komplexa, har diskuterats på MDK som kanske är förutsättningen för att vi ska få en mer jämlik vård. Gränserna för vad som är möjligt att behandla med kurativ intention flyttas gradvis framåt och patienterna bör få chansen att diskuteras på MDK och övervägas utifrån sina individuella förutsättningar. Spridningen mellan sjukhusen är ännu alldeles för stor och totalandelen för låg. Förhoppningsvis fortsätter dock den positiva långsiktiga trenden!