



| N-032 | | 5 års relativ overlevelse etter brystkreft | |
|--|---|--|--|
| 1. Definisjon | Relativ overlevelse er overlevelse for brystkreftpasienter delt på forventet overlevelse i normalbefolkningen med tilsvarende alders-, kjønns- og bostedssammensetning i samme periode. | | |
| 2. Sektor | Spesialisthelsetjeneste | | |
| 3. Fagområde | Somatisk helsetjeneste | | |
| 4. Type | Resultat | | |
| 5. Primær dimensjon av kvalitet | Virkningsfulle | | |
| 6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet | Tilgjengelig og rettferdig fordelt | | |
| 7. Måleområde | Overlevelse | | |
| Godkjenning | | | |
| 8. Godkjent dato først gang | November 2012 | | |
| 9. Godkjent av | Helsedirektoratet | | |
| 10. Revisjonshistorikk | Revidert august 2017 – overført definisjon fra gammel mal til ny mal | | |
| Faglig begrunnelse/målsetning | | | |
| 11. Begrunnelse for valg | Behandling og oppfølging av brystkreftpasienter er i dag mer persontilpasset enn tidligere (1). Stadig flere overlever brystkreft. Denne økningen er i stor grad et resultat av tidlig oppdagelse (mammografiscreening) og forbedrede behandlingsopplegg (2). Samtidig er det flere undergrupper av pasienter som i de siste år har fått nye behandlingsopplegg hvor effekten av disse på overlevelse er nødvendig å måle og for å avklare kvaliteten. | | |
| 12. Målsetning | Målsetningen er å avdekke endringer i relativ overlevelse for pasienter med brystkreft. Fem års relativ overlevelse etter brystkreft skal være over 88 % for pasienter med brystkreft i Norge (3) | | |
| 13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe) | 13.1 Politiske aktører | Politiske ledelse skal varsles ved uakseptabel variasjon | |
| | 13.2 Ledelse i sektor | Ledere i helsesektoren har sørget for ansvaret for utøvelse av helsetjenestene. Kunnskap om overlevelse kan benyttes til å gi enda bedre forutsetninger for god pasientbehandling. | |
| | 13.3 Helsepersonell | Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp. De bør derfor ha tilgang på informasjon om eget resultat, for å forbedre egne helsetjenester | |
| | 13.4 Innbygger/ pasient/bruker/ pårørende/media | Pasienter, brukere- og pårørende har behov for trygge helsetjenester i en sårbar situasjon som brystkreft medfører. I tillegg ønsker de informasjon om tjenestene for å velge behandlingssted der de er mest forutsigbare og bedre koordinert. Offentligheten ønsker å ha innsikt i kvaliteten på helsetjenestene, og se at helsetjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt, slik at det ikke er uønsket variasjon i landet. | |
| 14. Begrepsavklaringer | Relativ overlevelse - en metode for å estimere sannsynligheten for at en pasient overlever sin kreftsykdom i en hypotetisk verden der man ikke kan dø av andre årsaker. For brystkreft estimeres dette mer konkret ved å sammenligne dødeligheten for personer diagnostisert med brystkreft med dødeligheten for en sammenlignbar tilnærmet brystkreftfri befolkning. Relativ overlevelse er nyttig for å sammenligne kreftoverlevelse over tid, mellom pasientgrupper eller geografiske enheter. En stor fordel ved dette målet er at det ikke er nødvendig med informasjon om dødsårsaker. | | |

| | |
|---|--|
| | <p>Kurativ behandling - Behandling som gis med siktemål å kurere sykdommen, eksempelvis kirurgi, stråleterapi og medikamentell behandling, ofte i kombinasjon.</p> <p>Palliativ behandling - Tumorrettet og symptomlindrende behandling som gis med tanke på å lindre symptomer, bremse sykdomsutviklingen, og forlenge levetiden.</p> |
| Beregning | |
| 15. Utvalg i fokus (teller) | Observerte overlevelse for pasienter som har fått eller lever med diagnosen brystkreft (C50) i perioden. |
| 16. Sammenligningsgrunnlag (nevner) | Forventet overlevelse i normalbefolkningen med tilsvarende alders-, kjønns- og bostedssammensetning beregnet med Ederer II-metoden (Ederer F., 1959) (4). |
| 17. Hovedmåltall | Fem års relativ overlevelse etter brystkreft |
| 18. Andre måltall | |
| 19. Presiseringer rundt utvalg | <p>Kvinner i live på diagnosetidspunktet.</p> <p>Regionalt helseforetak, helseforetak og behandlingssted er definert ut fra pasientens bostedskommune eller bydel og de geografiske områdene som behandlingsstedene/helseforetakene har ansvar for å betjene.</p> |
| 20. Manglende rapportering | Manglende rapportering er ikke relevant for indikatoren. Dekningsgrad for brystkreftpasienter i Kreftregisteret er 99.9 % og informasjon om død hentes regelmessig fra Folkeregisteret. |
| 21. Teknisk beregning av indikator | <p>Periodetilnærmingen (Brenner H., 2004) (5) er brukt for å beregne relativ overlevelse i en femårsperiode. For å følge utviklingen sammenlignes to ulike perioder. Periodetilnærmingen forutsetter ikke 5 års oppfølgingstid for alle pasienter, og er derfor egnet til å predikere overlevelsen for nylig diagnostiserte pasienter. Ved beregning av forventet overlevelse er det brukt dødelighetsrater, oppgitt per kalenderår, ettårig alder, kjønn og bosted. Tallene er beregnet med 95 % konfidensintervall.</p> <p>Helsedirektoratet får hovedmåltallet ferdigberegnet av Kreftregisteret.</p> |
| 22. Nivå for publisering eksternt | Nasjonalt, RHF og HF med bakgrunn i opptaksområdet til sykehuset. Analysen tar dermed utgangspunkt i pasientenes bosted ved diagnosetidspunktet |
| 23. Standard klassifikasjoner | ICD-10 diagnosekode brukes for å definere pasienter med brystkreft. |
| Datainnsamling/kilder | |
| 24. Datakilder | Kreftregisteret |
| 25. Bearbeiding/revisjon av data | <p>Kvalitetssikring av data gjøres som en integrert del av kode- og registreringsprosessen. I tillegg bidrar følgende eksempler med å sikre datakvaliteten i Kreftregisteret:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere uavhengige kilder rapporterer inn opplysninger. • Opplysningene rapporteres inn på flere tidspunkter i sykdomsforløpet • Medarbeiderne har unik kompetanse på koding av krefttilfeller i henhold til Kreftregisterets egen kodebok og internasjonale kodeverk • IT-systemene har regler og sperrer for ulogiske kombinasjoner, feilaktige opplysninger med mer • Kreftregisteret gjør analyser og kontrollkjøringer som avdekker inkonsistens i dataene • Datauttrekk til forskere gir mulighet til å kontrollere et mindre datasett av opplysninger som kan avdekke enkeltfeil (for eksempel feiltasting av sykehuskoder) eller systematiske ulikheter som skyldes ulik tolkning av kodeverk og regler |
| 26. Type datakilde og lov hjemmel | <p>Dataene er registrert i Kreftregisteret og kildene til Kreftregisterets tall er patologiremisser innsendt fra patologilaboratoriene, kliniske meldinger rapportert av klinikere, dødattester fra Dødsårsaksregisteret og stråledata fra alle landets strålesentre.</p> <p>Lov hjemmel er Helseregisterloven av 01.01.15 nr. 4 § 11 (6) og Kreftregisterforskriften § 1-3 (7)</p> |
| 27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde | Kontinuerlig. |

| | |
|--|---|
| 28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator | Årlig |
| Tolkning av tallene | |
| 29. Sammenlignbarhet over tid og sted | Estimatene er sammenlignbare under forutsetning av lik alder-, kjønn- og sykdomsutbredelse(stadiefordeling) for pasientene i gruppene man sammenligner. |
| 30. Feilkilder og usikkerhet | <p>Det er flere faktorer som påvirker overlevelsestill og kan forklare regionale forskjeller, blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktorer knyttet til svulsten, som utbredelse ved diagnosetidspunkt, histologisk type og svulstens biologiske egenskaper • Brystkreftscreening er viktig for tidlig diagnose. Hvor stor oppslutningen er i screeningprogrammet kan variere mellom fylkene og vil påvirke hvor stor andel av kvinnene som blir diagnostisert i tidlig stadium • Faktorer knyttet til pasienten selv, som i alder, komorbiditet (flere ulike sykdommer samtidig hos samme person), sosial status og etnisitet • Faktorer knyttet til helsetjenesten, som kvaliteten av behandlingen som er utført • Faktorer knyttet til datakvalitet, som forskjeller i komplettethet i registrering <p>Det er viktig å merke seg effekten av tidlig diagnose på overlevelsestill. Tidlig diagnose gir lenger tid fra diagnose til død. Hvis kun diagnosetidspunkt endrer seg, og ikke dødstidspunkt, gir det utslag i en kunstig økt nivå for relativ overlevelse.</p> |
| 31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren | Relativ overlevelse kan ikke tolkes som den faktiske sannsynligheten for at en pasient overlever 5 år. |
| 32. Relaterte indikatorer | <p>Pakkeforløp for brystkreft</p> <p>Denne kvalitetsindikatoren er en av fem kvalitetsindikatorer som viser 5 års relativ overlevelse for de fire store kreftformene: Brystkreft, høy-risiko prostatakraft, lungekreft og tykk- og endetarmskreft</p> |
| Videreutvikling | |
| 33. Videre utvikling av datakilder/indikator | <p>Det er ønskelig å vise resultater på behandlende sykehus/lokalsykehus. Kreftregisteret og Helsedirektoratet vil jobbe videre med definisjonen av behandlende sykehus på bakgrunn sykehusets opptaksområde og pasientens bosted.</p> <p>Det kan være nyttig å vise indikatoren for ulike sykdomsutbredelse (kreftstadium), fordi den relative overlevelsen er ulik for de ulike stadiene. Pasienter i lavere stadium er i større grad aktuelle for kurativ behandling enn pasienter i høyere stadium. Pasienter som mottar behandling i kurativ hensikt har større sannsynlighet for å overleve fem år enn pasienter som mottar palliativ behandling.</p> <p>Det ønskes også måltall som viser 10 og 15 års overlevelse. Det er få som dør i løpet av de første 5 år som følge av at mange av tilbakefallene først kommer etter flere år og med gode muligheter for effekt av tilbakefallsbehandlingen. Derfor vil den fremtidige kvalitet bedre kunne følges ved å se på 10 og 15 års overlevelse.</p> |
| Publisering | |
| 34. Publiseringsarena | Helsenorge.no |
| 35. Andre publiseringsarena | kreftregisteret.no, Cancer in Norway (8), NORDCAN og Kvalitetsregistre.no |
| Referanser | |
| 36. Referanser | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pakkeforløp for brystkreft 2015, Helsedirektoratet: Oslo; https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-brystkreft 2. Njor S, Nyström L, Moss S, Paci E, Broeders M, Segnan N, et al. <i>Breast cancer mortality in mammographic screening in Europe: a review of incidence-based mortality studies</i>. J Med screen 2012;19 (Suppl 1):33–41. 3. NORDCAN, ; http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/NO/frame.asp 4. Ederer F, Heise H. <i>Instructions to Ibm 650 Programmers in Processing Survival Computations</i>. Technical, End Results Evaluation Section: National Cancer Institute; 1959. |

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none">5. Brenner, H., Gefeller, O., & Hakulinen, T. (2004). Period analysis for 'up-to-date' cancer survival data: theory, empirical evaluation, computational realisation and applications. <i>European Journal of Cancer</i>, 40(3), 326-335.6. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (høyseregisterloven); https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-437. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret (Kreftregisterforskriften); https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-14778. Cancer in Norway – Kreft (Kreftregisterets årlige rapport med komplette forekomstdata); https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/ |
|--|---|