

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Kvalitetsindikatordefinisjon

Pasienter diagnostisert med melanom i tidlig stadium	
1. Definisjon	Andel av pasienter som er diagnostisert med melanom i tidlig stadium (T1) (1).
2. Sektor	Primærhelsetjeneste/ Spesialisthelsetjeneste
3. Fagområde	Kommunale helse- og omsorgstjenester
4. Type	Resultat
5. Dimensjon av kvalitet	Virkningsfulle/Involverer bruker/Tilgjengelig og rettferdig fordelt
6. Måleområde	Diagnostikk
Godkjenning	
7. Dato publisert første gang	1.0 – september 2024 – etablert som ny nasjonal kvalitetsindikator (saksnr. 24/15262)
8. Revisjonshistorikk	Ingen. Indikatoren er ny.
Faglig begrunnelse/målsetting	
9. Begrunnelse for valg	<p>Melanom er blant de kreftformer som øker mest i den vestlige verden. Mer enn ni av ti dødsfall som skyldes hudkreft i Europa, tilskrives melanom. Melanom i hud er den alvorligste formen for hudkreft, og er den kreftformen som øker mest i Norge. For aldersgruppen 25-49 år er melanom i hud den nest vanligste kreftformen. Den viktigste ytre risikofaktor er eksponering for UV-stråling gjennom sollys, og spesielt korte intense eksponeringer som medfører solbrenthet.</p> <p>Norge har høy og økende forekomst av melanom. Vi har også høy dødelighet sammenlignet med land med tilsvarende forekomst. Det er sannsynlig at den høye dødeligheten skyldes forsinkelse i diagnose, både grunnet pasient og lege (Robsahm et al., 2018), men behandling av melanom kan også ha betydning.</p> <p>Det er derfor behov for økt bevissthet og kunnskap i befolkningen, og blant fastleger, om risiko og faresignaler ved melanom. Det er gunstig for pasienten å få stilt diagnosen så tidlig som mulig – helst i stadium T1 (T1 angir tykkelse på svulsten, se punkt 11) – for å ha best mulig sjanse for å overleve – da tynne svulster normalt har god (kurativ) prognose etter kirurgisk behandling. Overlevelsen faller med økende svulsttykkelse fordi risikoen for spredning da er høyere (2).</p>
10. Målsetting	<p>Fagrådet for melanom har satt målsetting for indikatoren for hva som ansees som høy, moderat og lav måloppnåelse:</p> <p>Andel pasienter diagnostisert i stadium T1 skal være over 60 % for pasienter med melanom.</p> <p>Resultater innenfor < 50 %, 50–59 % og ≥ 60 % viser til henholdsvis lav, moderat og høy måloppnåelse.</p>
11. Begrepsavklaringer	<p>Andel: «Del av» totalantallet. Her; Prosentandel av pasienter diagnostisert i stadium T1.</p> <p>Diagnostisert: Tidspunkt hvor diagnose bekreftes.</p> <p>TNM-klassifisering: Er et system for å beskrive utbredelse av en kreftsykdom ved diagnosetidspunktet før definitiv behandling gis. TNM-klassifiseringen beskriver kreftsykdommen med utgangspunkt i svulsten (tumor), om det er spredning til lymfeknuter (nodes), og om det er øvrige spredningssvulster (metastaser).</p> <p>T-stadium: Angir tykkelsen på primærtumor.</p> <p>T1: T1 defineres som svulsttykkelse ≤ 1,0 mm, uavhengig av ulcerasjonsstatus (1).</p>
Beregning av indikator	
12. Hovedmåltall	<p>Hovedmåltall: Andel pasienter diagnostisert med melanom i stadium T1.</p> <p>Teller/Utvalg i fokus: Antall pasienter diagnostisert med melanom (C43) i stadium T1.</p> <p>Nevner/sammenligningsgrunnlag: Totalt antall pasienter diagnostisert med melanom (C43), uavhengig av tumortykkelse, i perioden.</p>

13. Andre måltall	Ingen.
14. Klassifikasjoner og kodeverk	ICD-10 diagnosekode brukes for å definere pasienter med melanom i hud. TNM-klassifikasjonen, versjon 8, brukes for å definere T-stadium (1).
15. Presiseringer rundt utvalg	Personer i live på diagnosetidspunktet. 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.
16. Teknisk beregning og bearbeiding av datagrunnlag	Kvalitetssikring av data gjøres som en integrert del av kode- og registreringsprosessen i Kreftregisteret. I tillegg bidrar følgende eksempler med å sikre datakvaliteten: <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. Helsedirektoratet får hovedmåltallet ferdig beregnet av Kreftregisteret.
17. Nivå for publisering	Nasjonalt, RHF og HF med bakgrunn i opptaksområdet til helseforetaket. Analysen tar dermed utgangspunkt i pasientenes bosted ved diagnosetidspunktet.
Datainnsamling/datakilde	
18. Datakilde(r)	Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet. Kildene til Kreftregisterets tall er patologiremisser innsendt fra patologiavdelingene. Disse dataene får Kreftregisteret gjennom systematisk datafangst, med nær komplett rapportering.
19. Publiseringsfrekvens	Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Årlig
20. Lovhjemmel	Helseregisterloven av 01.01.2015 nr. 4 § 11 (3) og Kreftregisterforskriften § 1-3 (4)
Tolkning av tallene	
21. Sammenlignbarhet over tid og sted	Resultatene er sammenlignbare under forutsetning av lik alder-, kjønn- og komorbiditet for pasientene i gruppene man sammenligner.
22. Feilkilder og usikkerhet	Det er flere faktorer som påvirker diagnostiseringen og kan forklare forskjeller, blant annet: <ul style="list-style-type: none"> • Faktorer knyttet til svulsten, som utbredelse ved diagnosetidspunkt, histologisk type og svulstens biologiske egenskaper. • Faktorer knyttet til pasienten selv, som alder, komorbiditet (flere ulike sykdommer samtidig hos samme person), sosioøkonomisk status og etnisitet. • Faktorer knyttet til helsetjenesten, som kvaliteten av behandlingen som er utført. • Faktorer knyttet til datakvalitet, som forskjeller i komplettethet i registrering.
23. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Regionalt helseforetak og helseforetak er definert ut fra pasientens bostedskommune eller bydel og de geografiske områdene som helseforetakene har ansvar for å betjene. Det betyr med andre ord at det er helsetjenesten til pasienter i et geografisk område som blir målt, ikke helsetjenesten som ytes ved et behandlingssted eller foretak, selv om dette ofte er sammenfallende. Ved å bruke denne definisjonen kan man også se bort ifra at noen helseforetak får henvist pasienter som har en mer utbredt kreftsykdom enn andre.
Publisering	
24. Publiseringsarenaer	Helsedirektoratet.no , Kreftregisteret.no , Kvalitetsregistre.no

Referanser

25. Referanser

1. TNM-klassifikasjonen, versjon 8;
<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.3322/caac.21409>
2. Nasjonal faglig retningslinje, nasjonalt handlingsprogram for melanom, Helsedirektoratet: Oslo;
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/melanomer-handlingsprogram>
3. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven);
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
4. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret (Kreftregisterforskriften);
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1477>