

# Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer (NKBC)

Sammanfattning och vägledning till interaktiva  
rapporter för 2016

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2017-10-06	Version A

Ansvarig utgivare: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland  
Detta dokument publiceras enbart som pdf och finns att laddas ner på  
<http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/rapporter/> .

Tillhörande tabeller över 2016 års statistik finns på webben  
<http://statistik.incanet.se/brostcancer/>

# Innehåll

<b>ÅRETS RAPPORT</b> .....	<b>4</b>
<b>RAPPORTERANDE SJUKHUS</b> .....	<b>5</b>
<b>ORGANISATION</b> .....	<b>7</b>
Stadgar, styrgrupp ledamöter för NKBC.....	7
Stödteam/support .....	7
Rapporten har utarbetats av .....	7
<b>UTVECKLING AV REGISTRET</b> .....	<b>8</b>
Onkologisk behandling .....	8
Patientupplevda utfallsdata (PROM).....	8
Revision och ombyggnad av kvalitetsregistret .....	8
Dataöverföring från journal till registret .....	8
<b>BASFAKTA OM REGISTRET</b> .....	<b>9</b>
Om kvalitetsindikatorer och målnivåer .....	9
<b>SAMMANFATTANDE TABELL MED MÅLNIVÅER</b> .....	<b>11</b>
<b>SYNPUNKTER FRÅN ETT PATIENTREPRESENTANT-PERSPEKTIV</b> .....	<b>14</b>
<b>ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR</b> .....	<b>15</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>18</b>

## ÅRETS RAPPORT

I år redovisas data för 2016 som interaktiva rapporter on line. Siffrorna uppdateras två gånger per år, dels i april och dels i september.

Rapporterna baseras på data som extraherats ur NKBC (Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer) 2017-08-29. De finns på <http://statistik.incanet.se/brostcancer/>

Sammanställningen innehåller resultat både från 2015 och 2016.

The yearly report from the National Breast Cancer Register is published as a condensed summary with link to interactive reports <http://statistik.incanet.se/brostcancer/>

Data will be updated twice yearly. Currently all reports are in Swedish.

## RAPPORTERANDE SJUKHUS

REGION	RAPPORTERANDE SJUKHUS	KIRURGI	ONKOLOGI
RCC Stockholm/ Gotland	Capio S:t Görans sjukhus	Kirurgkliniken	Onkologi integrerad på kirurgkliniken
	Karolinska Universitetssjukhuset, Solna	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Sophiahemmet	Försäkringsmottagn	Christinakliniken
	Södersjukhuset	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Visby lasarett	Kirurgkliniken	Mottagning, behandling och slutenvård
RCC Uppsala Örebro	Akademiska sjukhuset Uppsala	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Västmanlands sjukhus Västerås	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Centralsjukhuset Karlstad	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Falu lasarett	Kirurgkliniken	Mottagning och behandling
	Lasarettet i Enköping	Kirurgkliniken	Utredning
	Mora lasarett	Kirurgkliniken	Behandlings- avdelning
	Mälarsjukhuset Eskilstuna	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Sjukhuset i Arvika	Kirurgkliniken	Del av Karlstad
	Sjukhuset i Gävle	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
Universitetssjukhuset Örebro	Kirurgkliniken	Onkologkliniken	
RCC Sydost	Höglandssjukhuset Eksjö	Kirurgkliniken	Jönköping
	Länssjukhuset Ryhov Jönköping	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Länssjukhuset i Kalmar	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Universitetssjukhuset Linköping	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Värnamo sjukhus	Kirurgkliniken	Jönköping
	Västerviks sjukhus	Kirurgkliniken	Kalmar
RCC Syd	Blekingesjukhuset Karlskrona	Kirurgkliniken	
	Centrallasarettet Växjö	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Centralsjukhuset Kristianstad	Kirurgkliniken	Mottagning
	Hallands sjukhus Halmstad	Kirurgkliniken	Mottagning, behandlings- avdelning
	Helsingborgs lasarett	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Skånes universitetssjukhus Lund	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Skånes universitetssjukhus Malmö	Kirurgkliniken	Onkologkliniken

<b>REGION</b>	<b>RAPPORTERANDE SJUKHUS</b>	<b>KIRURGI</b>	<b>ONKOLOGI</b>
RCC Väst	Hallands sjukhus Varberg	Kirurgkliniken	Mottagning, behandlings- avdelning
	Sahlgrenska universitetssjukhuset	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Skaraborgs sjukhus Lidköping**	Kirurgkliniken	Mottagning
	Skaraborgs sjukhus Skövde**	Kirurgkliniken	Mottagning
	Södra Älvsborgs sjukhus Borås	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Uddevalla sjukhus	Kirurgkliniken	Mottagning, behandlings- avdelning
RCC Norr	Länssjukhuset Sundsvall	Kirurgkliniken	Onkologkliniken
	Norrlands universitetssjukhus Umeå	Kirurgcentrum	Onkologkliniken
	Skellefteå lasarett	Kirurgkliniken	Behandlings- avdelning inom Kirurgkliniken
	Sunderby sjukhus, Luleå	Kirurgkliniken	Behandlings- avdelning inom Kirurgkliniken
	Östersunds sjukhus	Kirurgkliniken	Onkologkliniken

\*\* *Samma enhet.*

## ORGANISATION

Registret har regional representation av bröstcancerspecialister från olika professioner i styrgruppen. Deltagande sjukhus rapporterar via det webbaserade kvalitetsregistret till respektive Regionalt cancercentrum, där Stockholm-Gotlandregionen är primärt samordnande.

Registret använder INCA, en nationell generisk IT-plattform för hantering av register

<http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/om-inca/>

Anslag för registrets utveckling har mottagits från Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister vid Sveriges Kommuner och Landsting sedan 2007.

### Stadgar, styrgrupp ledamöter för NKBC

På

<http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/dokument>

finns uppgifter om styrdokument, manualer och variabelbeskrivningar.

På

<http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/registergrupp>

/ finns uppgifter om registerhållare och styrgrupp.

### Stödteam/support

På

<http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/support/>

finns uppgifter om nationellt stödteam vid RCC.

### Rapporten har utarbetats av

#### **Från exekutiva ledningsgruppen i NKBC:**

Anna Ehinger, Mariann Iristo, Lars Löfgren, Lena-Marie Petersson, Kerstin Sandelin.

#### **Från stödteamet RCC Stockholm Gotland:**

Annette Asterkvist, Lina Enqvist Benson, Lena Grönlund, Charlotta Lönnqvist, Ann-Sofi Oddestad.

## UTVECKLING AV REGISTRET

### Onkologisk behandling

För onkologi-indikatorerna där adjuvant strål-, endokrin-, cytostatika- och målstyrd behandling redovisas blir det ett års eftersläpning då behandlingarna ofta tar lång tid och först kan rapporteras efter att cytostatika och strålbehandlingsdelen är färdig. Täckningsgraden är fortfarande relativt låg på många håll.

### Patientupplevda utfallsdata (PROM)

PROM (patient rapporterade utfallsmått) kommer att testas i klinisk verksamhet på Karolinska Universitetssjukhuset. Arbetet pågår med journalmallarna för inrapportering till Take Care (journalssystem). Ett pilottest av frågeformulär och logistik kring utskick och inrapportering gjordes 2015 och finns sammanfattad i Patientrapporterade utfallsmått- PROM (pilotprojekt våren 2015 för NKBC

<http://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/rapporter/>

Patienterna rapporterade ett flertal symtom efter bröstcancerbehandling såväl den kirurgiska som den onkologiska. PROM-instrumentet kunde identifiera symtomen och kan därmed användas till ökad kunskap och förbättringsåtgärder både för den enskilde patienten och för verksamheten.

### Revision och ombyggnad av kvalitetsregistret

Under 2016 och 2017 har en revision och ombyggnad av kvalitetsregistret gjorts med syfte att underlätta underhållet av registret och få en bättre struktur. Formulären har blivit fler, men kortare, vilket gör inrapporteringen enklare och snabbare. Inrapporterade data kommer att sparas direkt i databasen vilket möjliggör färskare statistik vid uttag. För att undvika uppenbara fel vid inmatning av uppgifter har fler kontroller och spärrar byggts in.

### Dataöverföring från journal till registret

Pilottestet med Nationellt kvalitetsregisterrapportering (NKRR) och NKBC pågår avseende direktöverföring mellan journaler och kvalitetsregistret. Ett första test att kunna överföra data direkt till formulären ”Anmälan” och ”Operation” pågår i Örebro och Skåne läns landsting. Arbetet med införandet av strukturerade vårddata i journaler är en förutsättning för att i framtiden kunna automatisera så mycket som möjligt.



## BASFAKTA OM REGISTRET

Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC) finns sedan 1 januari 2008.

### Om kvalitetsindikatorer och målnivåer

En grundtanke med registrets funktion är att faktorer av betydelse för den enskilda bröstcancerdrabbade individen ska belysas.

Nya primära fall av invasiv cancer och cancer in situ hos kvinnor och män registreras, även de som inte blir opererade. I kvalitetsregistret rapporteras endast en cancer per bröst. Socialstyrelsen rapporterar däremot antal anmälda cancerfall per bröst, vilket kan vara fler än en. Därför redovisar Socialstyrelsen betydligt fler fall än kvalitetsregistret. Rapportering till Cancerregistret är obligatorisk. Då det är frivilligt från patientens sida att registreras i NKBC så har täckningsgraden varit strax under 100 % mot cancerregistret.

Registerdata ger möjligheter att på ett objektivt och standardiserat sätt följa vårdkedjan från diagnos till eventuellt återfall och död. Skillnader mellan regioner och vårdgivare kan kartläggas och relatera till aktuella, nationella och internationella riktlinjer och kvalitetsmål som ställs upp av specialistföreningar, Svenska Bröstcancergruppen, Socialstyrelsen, EUSOMA och EU. Patientföreträdare finns representerade i Svenska Bröstcancergruppen.

Kvalitetsindikatorer kan delas in i vad man gör (struktur), hur man gör (processmått) och vad utfallet blir (resultatmått). Här rapporteras i huvudsak processmått

Målnivåerna har i första hand utgått från EUSOMA:s riktlinjer, men när dessa saknats har målnivåerna utgått från Socialstyrelsen eller professionen. Det är rimligt att man årligen omprövar målnivåerna med tanke på ny forskning och ändrade riktlinjer.

Rapporten ligger främst på den primära handläggningen vid kirurgiska enheter i samband med operation. Den medicinska preoperativa onkologiska behandlingen och adjuvanta behandlingen i form av endokrin-, strål-, cytostatika- samt antikroppsbehandling rapporteras i form av genomförd behandling. Man bör komma ihåg att de onkologiska behandlingarna genomförs under en längre period, upp emot sex månader och längre vid antikroppsbehandling varför rapporteringen av dessa indikatorer sker med en tidsfördröjning.

Den fullständiga patologirapporten innehåller uppgifter om den borttagna vävnaden från bröst och lymfkörtlar i armhålan. Tumöregenskaper som hormonkänslighet (östrogen och progesteronreceptorer), tillväxtfaktorer (HER2) och celledelningshastighet (Ki67) och antal friska och/eller cancerangripna lymfkörtlar är underlag till den medicinska behandlingsrekommendationen (endokrin-, strål-, cytostatika-, och antikroppsbehandling).

De uppföljningsdata som samlas avser postoperativ uppföljning under 5–10 år främst den endokrina behandlingen, därtill lokalrecidiv och första fjärrmetastas. Uppföljningsrapporteringen är inkomplett. Här finns ett logistiskt problem, då allt mer av uppföljningen sker via telefon eller brev. Vem som ansvarar för uppföljningen skiljer sig även i regionerna. I socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2014 rekommenderas strukturerad årlig uppföljning med bröstradiologi i minst 5 år. Den medicinska nyttan av annan regelbunden uppföljning är inte bevisad men fyller andra patientbehov.

Det pågår arbeten med olika lösningar för att öka och förbättra antalet uppföljningsrapporter. Det är angeläget när registret framöver skall rapportera patienternas upplevelser av behandlingar och vårdprocesser.

Data från de sjukhus i landet som primärt handlägger bröstcancer ingår i redovisningen. Enheter med 5 eller färre patienter redovisas inte separat i tabellerna, för att enskilda fall inte ska kunna identifieras. Redovisning presenteras på riksnivå, uppdelat på landets sex regioner (Norra, Uppsala-Örebro, Stockholm-Gotland, Sydöstra, Södra och Västra), per landsting och per sjukhus i den interaktiva rapporten.

Denna rapport omfattar inte behandlingen av återfall eller av spridd (metastatisk) bröstcancer. Ett arbete pågår med ett Patientöversiktsregister där hela patientens vårdförlopp kan följas inklusive återfall.

## SAMMANFATTANDE TABELL MED MÅLNIVÅER

Andel bröstcancerfall (%) för utvalda indikatorer per landsting (se text under tabell). Datauttag gjorda 2017-08-29.

Landsting	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stockholm	54	97	98	98	95	41	84	92	31	76	83	96	96
Uppsala	61	98	98	98	92	52	81	93	11	90	89	87	76
Södermanland	73	99	100	100	95	4	84	95	12	74	73	81	82
Östergötland	60	95	96	87	93	7	76	90	14	80	76	92	79
Jönköping	53	98	98	99	95	60	70	93	3	76	87	87	100
Kronoberg	49	95	97	100	95	94	78	83	14	100	68	75	90
Kalmar	73	55	100	100	93	36	76	86	12	93	87	93	100
Gotland	35	95	98	98	97	67	76	86	13	–	57	95	100
Blekinge	79	100	100	100	100	64	85	87	3	67	92	69	–
Skåne	68	68	99	99	95	51	81	92	7	75	76	79	97
Halland	65	99	99	99	93	48	84	92	5	–	–	80	–
Västra Götaland	66	98	98	100	96	23	73	94	4	76	77	88	92
Värmland	79	94	97	100	95	55	80	86	7	74	86	84	100
Örebro	60	98	98	95	99	58	75	96	5	83	71	81	91
Västmanland	73	100	100	100	98	59	88	95	21	54	57	79	100
Dalarna	75	100	100	100	95	69	76	95	3	–	62	100	–
Gävleborg	68	86	93	100	97	58	80	95	1	89	86	78	100
Västernorrland	69	97	99	98	97	33	81	96	8	50	84	81	85
Jämtland	63	80	99	99	96	57	80	97	0	–	–	75	–
Västerbotten	61	83	96	99	95	48	67	90	9	79	77	81	97
Norrbotten	66	100	100	100	98	66	83	90	17	–	–	–	–
RIKET	64	91	98	98	95	42	79	92	12	77	79	87	92

”–” Resultat från grupper med färre än 5 fall redovisas ej separat.

Statistik från 2016 gäller för kirurgi- och omvårdnadsindikatorerna.

Statistik från 2015 gäller för onkologi-indikatorerna.



Hög



Låg

Målnivå (målnivåer inom parentes för respektive tabell).

- 1. Screeningsupptäckt bröstcancer bland kvinnor i åldrarna 40–74 år vid diagnos (70/60)**  
Sverige har ett högt deltagande i mammografiscreeningen. De senaste två åren har 2/3 av alla bröstcancerfall upptäckts via mammografiscreening.
- 2. Individuell vårdplan (Min Vårdplan) har upprättats i samråd med patienten. Bland alla anmälda fall. (95/80)**  
Införandet av en individuell vårdplan skall stödja och främja patientdelaktighet och öka tryggheten. Registerdata visar att den lägre målnivån uppnås på riksnivå.
- 3. Patienten har erbjudits, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska. Bland alla anmälda fall. (95/80)**  
Registerdata visar att de allra flesta erbjuds en kontaktsjuksköterska, helt i enlighet med socialstyrelsens rekommendationer
- 4. Multidisciplinär konferens (MDK) inför behandlingsstart. Bland alla anmälda fall. (99/90)**  
MDK säkrar en allsidig bedömning av behandlingsrekommendationer och följsamheten till socialstyrelsens riktlinjer är mycket hög.
- 5. Fastställd diagnos innan operation. Bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos. (90/80)**  
Majoriteten av alla fall, 95 % har diagnos klar innan operation och resultaten är stabila över tid och pekar på en effektiv utredningsprocess.
- 6. Tid från välgrundad misstanke om cancer (före 2016 från första kontakt) till primär operation inom 28 dagar. Bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos. (90/75)**  
Standardiserat vårdförlopp infördes 2016 för att säkra utredning och vård i rimlig tid. Bara Kronoberg når de uppsatta målnivåerna. Resultaten bör tolkas med försiktighet då start av vårdprocessen varierar.
- 7. Bröstbevarande operation vid invasiv cancer  $\leq 30$  mm eller ej invasiv cancer  $\leq 20$  mm utan fjärrmetastaser vid diagnos. (80/70)**  
Alla landsting utom ett når den lägre målnivån, majoriteten når även den högre målnivån.
- 8. Enbart en operation (ingen omoperation på grund av tumördata) i bröst. Bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos. (90/80)**  
Ur ett patientperspektiv är det angeläget med få omoperationer. Kvaliteten på preoperativ utredning och utförd operation är hög vilket återspeglas i generellt låg andel omoperationer. Resultaten illustrerar betydelsen av ett välfungerande teamarbete där i 9 av 10 fall enbart en operation utförs.
- 9. Omedelbara rekonstruktioner vid mastektomi. Bland mastektomerade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos. (20/15)**  
I SVF finns angivet att patienten bör erbjudas denna möjlighet. Resultaten varierar mycket vilket bland annat speglar ojämn tillgång på plastikkirurgisk kompetens. En långsam ökning från 7 % till 12 % har skett sedan 2009. Målnivåerna baserar sig på rekommendationer från patientorganisationen EUROPA DONNA och från NICE Storbritannien.

**10. Postoperativ cytostatikabehandling primärt opererade östrogenreceptor-negativa invasiva fall med tumörstorlek > 10 mm eller spridning till lymfkörtlar utan fjärrmetastaser vid diagnos. (90/80)**

Det är svårt att fastslå vilken nivå på andelen cytostatikabehandlade som är den rimliga men det finns en stor samsyn på att patienter med icke hormonkänslig tumör eller med mer omfattande spridning till axillen skall erbjudas cytostatikabehandling. Arbete med att likrikta vårdprogrammen fortsätter.

**11. Strålbehandling efter mastektomi bland invasiva fall, spridning till lymfkörtlarna och utan fjärrmetastaser vid diagnos. (95/90)**

Resultaten i Sverige når inte de europeiska målen. Det finns avsevärda skillnader inom landet och fortfarande stor förbättringspotential.

**12. Endokrin behandling bland opererade östrogenreceptor-positiva invasiva fall utan fjärrmetastaser vid diagnos. (95/90)**

Endokrin behandling rekommenderas i princip till alla patienter med ER + bröstcancer. Data presenteras för påbörjad behandling. Endast två regioner når målnivåerna. Svenska studier har visat att följsamheten till den långa behandlingstiden är relativt låg.

**13. Antikroppsbehandling bland opererade, cytostatikabehandlade HER2-positiva invasiva fall utan fjärrmetastaser vid diagnos. (95/90)**

Användningen är etablerad i Sverige. Nationellt uppnås den lägre målnivån och man ser relativt små skillnader mellan regionerna.

## **SYNPUNKTER FRÅN ETT PATIENTREPRESENTANT-PERSPEKTIV**

Patientrepresentanterna betonar vikten av kvalitetsregisterarbete och att data registreras på samma sätt och utan eftersläpning. Vidare framförs önskemål att även patienter med spridd sjukdom följs upp i kvalitetsregister. Ett projekt med ett register (Patientöversikt) för registrering av både adjuvant- och återfallsbehandlingar har startat. Patienternas upplevelser av symtom under hela behandlingsperioden bör följas upp. De betonar även att hälsoekonomiska aspekter av bröstcancerbehandling borde följas upp.

## ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR

**Adjuvant behandling** – Förebyggande medicinsk efterbehandling i form av strålning, cytostatika, endokrin och/eller antikroppsbehandling. Sköts vanligen av onkologiska kliniker baserat på nationella eller regionala riktlinjer.

**Axill** – Armhåla.

**Bröstbevarande operation** – Endast en del av bröstet tas bort i samband med canceroperationen. Lämplig metod vid små och medelstora tumörer. Följs av strålbehandling mot kvarvarande bröst.

**Bröstrekonstruktion** – Återskapande av en bröstform efter mastektomi med eller utan sparande av bröstvårta/vårtgård.

**Cancer in situ (CIS) – Duktal cancer in situ (DCIS)** – Förstadium till bröstcancer där cancercellerna ligger inuti bröstets utförsgångar och körtlar. Kan inte spridas, det vill säga, ge upphov till metastaser.

**Cytostatika** – Läkemedel som direkt kan döda cancerceller. Är mest verksamt på snabbväxande celler och innebär nästan alltid biverkningar på friska organ.

**Endokrin behandling** – Ges i princip till alla patienter med ER-positiv och/eller PgR-positiv bröstcancer. Består av hormonblockerande substanser, till exempel tamoxifen och aromatashämmare. Ges oftast under fem till tio år.

**ER** – Östrogenreceptor. De flesta bröstcancrar uttrycker östrogenreceptorer och kallas då ER-positiva (ER+), vilket betyder att de är mottagliga för östrogen som stimulerar cellerna till att växa. Antiöstrogen behandling = endokrin behandling, rekommenderas vid ER-positiva tumörer. Om tumören saknar receptorer för östrogen har denna behandling ingen effekt.

**EUSOMA** – European Society of Breast Cancer Specialists, definierar standard för bröstsjukdomars utredning och behandling. I denna europeiska samarbetsorganisation för bröstcancer ingår både profession och patientföreningar (<http://www.eusoma.org/>).

**HER2** – HER2 (Human Epidermal Growth Factor receptor 2) är en gen som normalt finns i alla celler i kroppen och som kontrollerar cellväxt och cellreparation. HER2-positiva tumörer har många kopior av HER2-genen (amplifiering) vilket leder till en kraftig ökning av antalet HER2-receptorer på cellytan. Detta i sin tur stimulerar till snabb cancertillväxt. HER2-positiva tumörer är känsliga för behandlingar mot HER2-receptorn i form av antikroppar eller tyrosinkinashämmare.

**INCA** – Informationsnätverk för Cancervården.

**Invasiv cancer** – Cancercellerna infiltrerar i bröstkörtelns stödjevävnad och kan sprida sig via lymfa eller blodbanan till andra organ.

**Ki67** – Markör för cellproliferation. I cancer med högt Ki67 delar sig cellerna oftare och tumören är mer snabbväxande. Omvänt, lågt Ki67 innebär mer långsamväxande cancer.

**Luminal A + B** – Tumörer som uttrycker östrogenreceptorer(ER)och/eller progesteronreceptorer (PgR), det vill säga, är ER-positiva och/ eller PgR-positiva kallas luminala.

**NICE** – The National Institute for Health and Care Excellence publicerar råd och riktlinjer för att förbättra hälsa och social välfärd i England.

**Mammografiscreening** – Allmänt program i den offentliga vården, där kvinnor med regelbundna intervall kallas för mammografi för tidig upptäckt av bröstcancer. Socialstyrelsen rekommenderar att alla kvinnor mellan 40–74 år bjuds in till screeningprogrammet.

**Mastektomi** – En operation där hela bröstet tas bort. Om samtidig bröstrekonstruktion utförs sparas mer hud och ibland även bröstvårta och vårtgård.

**MDK** – Multidisciplinära konferenser före och efter behandling av bröstcancer där alla specialister närvarar och ger rekommendation om behandling.

**Målnivåer** – Relaterar till nationella och internationella riktlinjer för bröstcancervården. Illustreras med färg i tabellerna med procentnivåerna hög respektive låg.

**PgR** – Progesteronreceptor. De flesta bröstcancrar uttrycker progesteronreceptorer tillsammans med östrogenreceptorer, vilket betyder att de är mottagliga för östrogen som stimulerar cellerna till att växa. Endokrin behandling med olika former av antiöstrogena substanser rekommenderas vid PgR-positiva tumörer. Om tumören saknar receptorer för både progesteron och östrogen har denna behandling ingen effekt.

**PROM** – Patient Reported Outcome Measures. Patientrapporterade utfallsmått är patientens skattningar av hur de själva i samband med sjukdom bedömer sina symtom, funktion och livskvalitet.

**RCC** – Regionalt cancercentrum (<http://www.cancercentrum.se/samverkan/>).

**Sentinel node operation -SN** – Vid denna operation identifieras den första lymfkörteln ("portvaktskörteln") i lymfavflödet från bröstet. Påvisande av cancerceller i 1-4 lymfkörtlar leder antingen till borttagande av fler lymfkörtlar och/eller adjuvant behandling. Om körteln är fri från cancer undviks borttagande av friska lymfkörtlar, vilket minskar risken för biverkningar med armbesvär till exempel i form av armsvullnad.

**SFFB** – Svensk Förening för Bröstkirurgi (<http://sffb.se/wp/>).

**SVF** – Standardiserat vårdförlopp är ett led i den statliga satsningen på kortare väntetider i cancervården. SVF innebär att vården ska följa ett definierat schema för att vara så effektivt som möjligt.

**Subtyper** – Invasiv bröstcancer delas i grupper (subtyper) enligt biologiska egenskaper. Tumörerna inom varje subtyp har likartad prognos och är känslig för särskilda behandlingar. Experimentellt och baserat på genetiska analyser (genuttrycksanalyser) delas bröstcancer vanligen in i subtyperna Luminal A, Luminal B, HER2-rik och basallik.



Inom rutinsjukvården används immunohistokemiska analyser för denna indelning då genuttrycksanalyser ännu ej är en standardmetod. Fördelarna med den metoden är att behandlingsnyttan med endokrin behandling och anti-HER2-behandling säkrare kan bedömas. Vid immunohistokemisk metod benämns subtyperna: Luminal A-lik, Luminal B-lik HER2-negativ, Luminal B-lik HER2-positiv, HER2-positiv och trippelnegativ. Vanligen används begreppen Luminal A, Luminal B, HER2-positiv och trippelnegativ, där HER2-positiv omfattar alla tumörer som överuttrycker HER2.

Överensstämmelse mellan genuttrycksanalysen och analysen med immunohistokemi är hög, dock inte 100 %. Den svåraste avgränsningen är mellan Luminal A och Luminal B, där man inom rutinsjukvård idag i första hand använder tumörgrad och Ki67 som hjälp.

**TNM** – Är ett system för stadiindelning av cancer, som försöker klarlägga utbredningen av patientens tumörsjukdom. Parametern T relaterar till storlek och utbredning av primärtumören, N till utbredning i regionala lymfkörtlar och M till förekomst av fjärrmetastaser.

**Tumörgrad** – (histologisk grad, Elstongrad, Nottinghamgrad) System för att dela upp bröstcancer i tre kategorier baserat på vävnadsanalys. Grad 1 (G1), liknar mest normal bröstvävnad. Grad 3 (G3), liknar minst normal bröstvävnad. Grad 2 (G2), intermediär grupp mellan G1 och G3.

**Trippelnegativ** – En cancer som saknar östrogenreceptorer (ER) och progesteronreceptorer (PgR) men inte överuttrycker HER2. Den är varken hormonkänslig eller känslig för behandling riktad mot HER2-receptorn.

## REFERENSER

Referenser till skrifter/publikationer som använt data från kvalitetsregistret för Bröstcancer kan hittas på

<http://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/dokument/>



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)