

Utvecklingsplan bröstcancer 2019-2021

Bakgrund

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor i Sverige och globalt och svarar för cirka 30 procent av alla nydiagnostiserade cancerfall i landet. I Sverige rapporterades 9444 bröstcancerdiagnoser år 2015, varav ett 60-tal var män. Omkring 1450 personer avlider i sjukdomen per år. Norra regionen handlägger ca 800 nya fall per år. I Sverige ställdes knappt 2000 bröstcancerdiagnoser 1960. Trots en kraftig ökning av nyinsjuknande har inte antalet som avlidit i sjukdomen ökat. Förutom operation av primärtumören är diagnostiska möjligheter, införandet av mammografiscreening, användning av cytostatika, hormonsänkande läkemedel, antikroppsbehandling och strålbehandling viktiga bidrag till denna utveckling. Femårsöverlevnaden ligger idag i riket på 83 procent. Men det finns variationer mellan i landstingen 72 -91 procent.

Utredning av förändring i bröst sker enligt nationella riktlinjer med så kallad trippeldiagnostik vilket innebär klinisk undersökning, bildiagnostik (mammografi, ultraljud, magnetkameraundersökning) och punktion (cytologi och/eller mellannålsbiopsi). En fastställd diagnos innan operation är viktig dels för att kvinnan ska slippa ovisshet samt för att kunna ta ställning till rätt typ av operation. Den nationella målnivån ligger på 90 % för fastställd diagnos innan operation. I norra regionen ligger andelen med fastställd diagnos innan operation på 94 %.

Organisation

Bröstcancerpatienterna kommer till sjukvården vanligtvis via två ”spår” antingen via mammografins screening eller med en klinisk förändring då patienten själv kontakter primärvården, slutenvården eller mammografienheten. Av alla fall av bröstcancer upptäcks ca 64 % via screening.

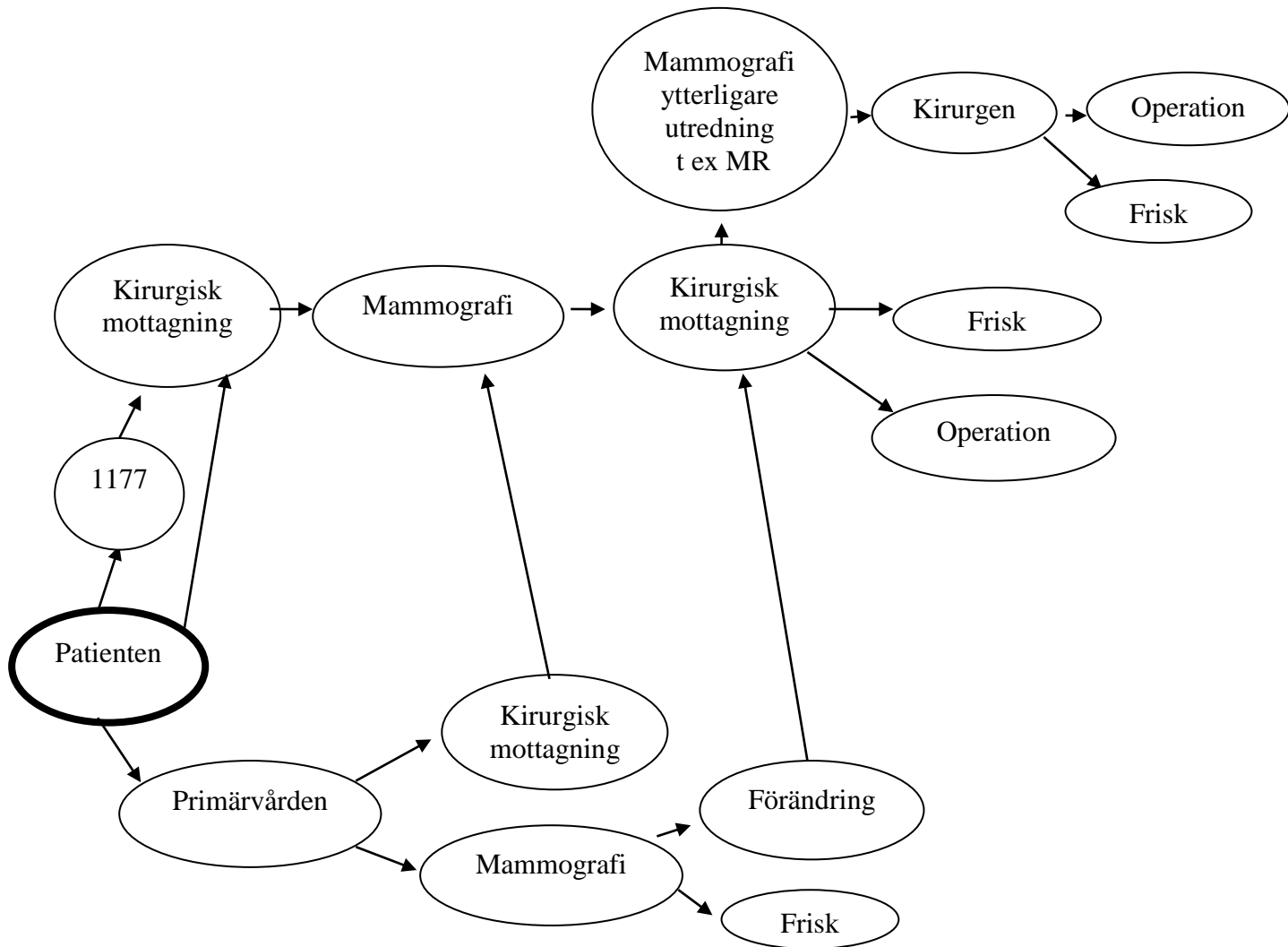
De patienter inom regionen som utreds inom mammografins screening har idag en väl fungerade vårdkedja som sköts av Mammografienheten, från fynd upptäckta i samband med screening, vidare utredning av fyndet (upparbetning), diskussion på multidisciplinär terapi konferens (MDK) fram till diagnosbesked. Mammografienheten skickar så kallat ”friskbrev” till patienter som inte visar sig ha cancer.

För patienterna med en klinisk förändring ser handläggningen olika ut i regionen. I Västerbotten finns sen många år tillbaka ett politiskt beslut där patient som känner knöl i bröstet kan ringa direkt till Kirurgmottagningen för att initiera utredning och går således ej via primärvården. Norrbotten är det enda landstinget i norra regionen där patienten som känner knöl i bröstet själva kan ta kontakt direkt med Mammografienheten. Därefter utreder Mammografienheten patienten på samma sätt som patienter med screeningfynd - ”trippeldiagnostik”. Patienten remitteras därefter till Kirurgen om det krävs kirurgisk bedömning/operation. De patienter som bedöms som friska får besked på Mammografienheten i samband med utförda undersökningar. I Västernorrland går patienten till primärvården som remitterar till Mammografi och om det visar något avvikande/misstanke till malignitet går remiss till Kirurgmottagningen.

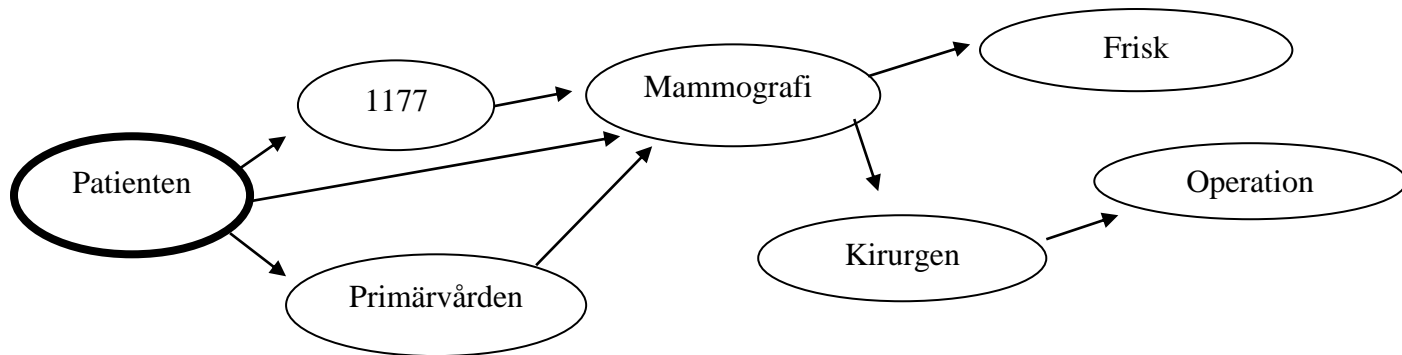
För patienten som söker för klinisk förändring är vägen således inte lika rak som för patienter som utreds via mammografins screening, se bild nästa sida (exempel NUS). Patienten remitteras mellan olika vårdgivare, primärvård, specialistvård och Mammografienheten. Det gör att väntetid till klar diagnos blir klart längre än för screeningpatienten som selekteras och

utreds till klar diagnos via Mammografienheten. Som tidigare är känt uppstår väntetider när patientens utredning inte är sammanhållen av en vårdgivare.

Översikt utredningsväg NUS



Översikt utredningsväg Sunderbyn



Införandet av standardiserat vårdförlopp ”SVF” gjordes 2016. SVF har kortat väntetid till mammografi och diagnos inom hela regionen. Volymen av patienter som utreds enligt SVF bröstcancer är en av de största SVF-flöden i regionen och nationellt. Som exempel utreddes under 2017 utreddes på två Kirurgmottagningarna inom VLL ca 900 fall varav 162 patienter diagnostiserades med bröstcancer. En snabb handläggning med kort väntetid till start av behandling är av största värde för patienten. Navet i processen är kontaktsjuksköterska och att alla patienter diskuteras pre- och postoperativt på MDK samt att alla yrkeskategorier närvarar vid dessa MDK. Värdeskapande är att alla patienter får kontaktsjuksköterska och är informerade om nästa steg i utredning/behandling. Svårigheter att koda SVF uppstår när rutinen finns att patienten kontaktar mammografienheten direkt eller när primärvården skickar remiss till mammografienheten utan att koda. Mammografienheterna har i sitt datasystem ingen möjlighet att registrera SVF. Detta gäller Norrbotten och Västernorrland och därmed blir statistiken ej korrekt. För att kodning ska kunna ske behöver sjukvården IT-system som smidigt möjliggör möjligheten att kodning.

Bröstcancerteamet består av Onkolog, Kirurg, Mammografiläkare, Patolog och Kontaktsjuksköterska. I vissa team ingår även forskningssjuksköterska, Plastikkirurg och Cancergenetiker.

Inom regionen opereras bröstcancer i Sundsvall, Östersund, Sunderbyn, NUS och Skellefteå. NUS och Skellefteå är en gemensam bröstenhet med gemensam MDK via videolänk. Skellefteå opererar bröstkirurgi där man har en palpabel tumör och gör sentinelnodebiopsi men gör av naturliga skäl mindre bröstbevarande kirurgi då de i huvudsak opererar patienter med större tumörer. Direktrekonstruktioner inom regionen utförs på NUS och i Sunderbyn.

Nivåstruktureringen idag inom regionen fungerar väl. I regionen finns onkologiska kliniker i Umeå och Sundsvall. Norrbotten har en specialist i onkologi anställd vid kirurgiska kliniken i Sunderbyns sjukhus. Jämtland och Härjedalen har idag en onkolog och samarbete med NUS. Att säkerställa tillgång till specialistkompetens inom onkologi vis samtliga länsjukhus är idag nödvändigt för att möjliggöra en likvärdig och säker onkologisk behandling i hela regionen.

Kompetensförsörjningssituationen är särskilt kritisk när det gäller:

Jämtland och Härjedalen: bröstkirurger, kontaktsjuksköterskor, läkare och sjuksköterskor inom bild och funktion samt onkologer.

VLL: Mammografiläkare idag 2 läkare av 4, Patologer och operationssjuksköterskor.

Norrbottnen:

Västernorrland: Plastikkirurgisk kompetens samt fler operationssjuksköterskor.

Förslag till förändringar

Områden med tydlig förbättringspotential:

Om man som i Norrbotten låter Mammografienheten ta över ansvaret även för kliniska patienter och ej enbart screeningen upparbetas ett flöde för patienterna som medför snabbare handläggning som går väl i hand med SVF. Patienten remitteras vidare till Kirurgen vid fynd. En sammanhållen utredning är mindre resurskrävande och säkrare ur patientperspektiv.

Det förekommer svårigheter att kunna erbjuda patienter i regionen möjlighet att inkluderas i kliniska studier. Vi bör sikta på att utveckla en målnivå för antal patienter som erbjuds inklusion i studier. De största skillnaderna avseende detta är mellan landsting som har onkologiska kliniker och de som saknar. Avseende kirurgiska studier kan skillnaderna inte förklaras av detta och vi bör stärka de landsting som upplever sig ha svårigheter att skapa utrymme för kliniska studier att förbättra möjligheten att delta.

Kompetensförstärkande åtgärder:

Patienter som gör mastektomi bör i större utsträckning erbjudas omedelbar bröstrekonstruktion med implantat. Dessa operationer utförs i regionen på NUS och Sunderbyn. Enligt de europeiska riktlinjerna för kvalitetssäkring av bröstcancer ska kvinnorna informeras om och erbjudas lämplig typ av bröstrekonstruktion vid primära operationen eller senare. Den nationella målnivån ligger idag på 20 % men kan komma att ändras. Enbart Stockholm Gotland uppnår idag denna målnivå. Omedelbar rekonstruktion är billigare än sen rekonstruktion samt är onkologiskt säkert. Patienter med en kirurgisk botbar sjukdom (tex så kallat förstadium DCIS) bör erbjudas detta som ett alternativ till bröstbevarande kirurgi och strålbehandling, då man på detta sätt kan undvika långtidsskada av strålbehandling hos kvinnor med en kirurgisk botar sjukdom.

Andelen omedelbara rekonstruktioner bland mastektomerade fall utan fjärrmetastaser, diagnos-år 2016:

Norrbottnen:	17 %
Västerbotten	9 %
Västernorrland	8 %
Jämtland Härjedalen	0 %

Cancerrehabilitering

I samband med diagnosbeskedet träffar patienten kontaktsjuksköterska och läkare. Nationellt finns en lång tradition med kontaktsjuksköterska och alla patienter i regionen erhåller kontaktsjuksköterska. Man har kommit lite olika långt gällande ”Min vårdplan” där 80-100 % av patienterna inom regionen erhåller vårdplan. Kontakt initieras med kurator för patienter med särskilda behov av stöd. Vissa enheter har börjat skatta rehabiliteringsbehovet enligt strukturerat skattningsformulär.

Alla patienter informeras muntligt och skriftligt om patientföreningen. Vissa enheter erbjuder deltagande i rehabiliteringsgrupp. Sjukgymnast träffar samtliga patienter preoperativt och patienter med särskilda behov även postoperativt. Så långt det är möjligt eftersträvas bröstbevarande kirurgi där målnivån ligger på 80 %. I regionen görs 67-83 % bröstbevarande operation. Patienter som genomgår mastektomi, en operation där hela bröstet tas bort, ska erbjudas omedelbar bröstrekonstruktion när det anses lämpligt eller bröstrekonstruktion i senare skede som då görs av Plastikkirurgen. Vilken rekonstruktiv kirurgi som erbjuds skiljer sig åt i regionen. Generellt ligger andelen patienter i regionen som genomgått omedelbar rekonstruktion lågt, ca 9 %, emedan andelen i Stockholm och internationellt ligger på ca 31 %. I det nationella vårdprogrammet anges en låg och hög målnivå på 15 % respektive 20 %. För att uppnå en jämlik vård behöver man öka andelen omedelbara rekonstruktioner vid bröstcancer i norra regionen. Patienter som genomgår mastektomi och ej väljer att rekonstrueras erbjuds extern bröstprotes.

Forskning visar att ”förlusten av ett bröst” kan ha en negativ inverkan på kvinnans livskvalitet och att rekonstruktiv kirurgi kan ses som en möjlighet till ökat psykiskt och fysiskt välbefinnande. Att genomgå bröstrekonstruktion motiveras inte sällan av praktiska skäl men även av en önskan om att känna sig hel och mer attraktiv i en kirurgiskt förändrad kropp. Bröstrekonstruktion kan ses som en betydelsefull del för att komma vidare i livet efter bröstcancer.

Prevention

Cancergenetisk mottagning utreder familjer där misstanke om ärftlighet finns. Enheten ansvarar för uppföljning av de som bedöms ha en ärftlig belastning. I vissa fall diskuteras och rekommenderas profylaktisk kirurgi.

Nationellt vårdprogram togs fram 2014 och reviderades senast januari 2018. Följsamheten bedöms som god. Vid årliga regionala möten, där hela teamen deltar, diskuteras förändringar i behandlingregimer och rutiner. Här är deltagandet högt.

Gällande nivåstrukturering har regionen enats om att patienter där mastektomi i profylaktiskt syfte planeras ska dessa patienter remitteras till kirurgisk enhet och diskuteras på MDK där Plastikkirurg och Cancergenetiker närvarar. Detta för att undvika att eventuell bröstcancer missas i denna högriskpopulation och att samtliga patienter inför operation har genomgått den rekommenderade preoperativa utredningen med bl.a MRT bröst. Operationen bör utföras gemensamt av bröstkirurg eller plastikkirurg beroende på kompetensen på enheten.

Palliativ vård

Individuell bedömning. Där Onkologisk klinik finns sköts patienterna här i samarbete med primärvården/ avancerad hemsjukvårdsteam/ hospice/hemortssjukhus. Där Onkologisk klinik

ej finns och Onkologisk kompetens finns på konsultbas sköts patienten i samarbete med dessa och Kirurgklinikerna.

Sammanfattning av målnivåer för bröstcancerområdet

Mål (målnivå)	Läge Regionen 2016/2017	Kommentar, ev. åtgärdsförslag
90 % av kvinnor med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	65,3 % opereras < 3 veckor. 82,8 % opereras < 4 veckor. Här har väntetiden ökat i hela regionen	Stor skillnad ses inom regionen 3v (4v). Här har väntetiden ökat inom regionen förutom i Skellefteå som har kortat väntetiden Sunderbyn 69,7 % (89,9) Östersund 72,5 % (82,5) Sundsvall 71,6 % (91) Skellefteå 94,7 % (97,4) NUS 32,3 % (54) NUS har den längsta väntetiden till operation i hela Sverige (data 2017) och orsakas av bristande resurs på operationsenheten i förhållande till antalet patienter som behöver opereras. Patienter från NUS som kan opereras i Skellefteå skickas idag i högre omfattning. Mera operationsresurs krävs på NUS för att nå målnivån.
95 % av alla PAD-svar ska vara klara inom 3 veckor från operation Målnivå: 95%	67,3 %	Här har antalet svar inom 3 veckor ökat från 45-67,3 %, vilket är en stor förbättring. Sunderbyn 81,1 % Östersund 85,5 % Sundsvall 58,5 % Skellefteå 15,4 % NUS 58 % Då Skellefteå, NUS och Östersund har samma Patologiska enhet som besvarar patologin bör väntetiden vara densamma. Detta ska följas upp.
90 % av alla patienter som ska ha systemisk onkologisk behandling ska ha påbörjat denna inom 6 veckor Målnivå: 90 %	89,3 %	Här har tiden kortats till start av behandling och målnivån är nästan uppnådd inom alla län. Längre handläggningstid ses i de län där man har Onkolog på konsultbas. Norrbotten 87,2 % Jämtland Härjedalen 83,9 % Västernorrland 95,5 %

Bilaga 2 D Regional cancerplan för norra sjukvårdsregionen 2019–2021

		Västerbotten 92,3 %
5-års överlevnad ska vara >90 % Målnivå 90 %	82 %	Riket 83 % Norrbotten 81 % Jämtland Härjedalen 81 % Västernorrland 88 % Västerbotten 83 % (69 %)
Höja andelen patienter som genomgår omedelbar bröstrekonstruktion med implantat Denna nivå kan nationellt komma att ändras	12 %	Riket 12 % Norrbotten 11 % Jämtland Härjedalen 0 % Västernorrland 4 % Västerbotten 12 %
70 % av nya bröstcancerfall ska utredas enligt SVF		Målet ska vara uppnått 2020
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden.		Målet ska vara uppnått 2020
Patientens rehabiliteringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär		Målet bör vara uppnått 2020. Uppföljning kommer att ske via vårdprocessen för rehabilitering
Task-shifting Vissa återbesök överförs från läkare till kontakt-sjuksköterska. Mammografiläkare tar ansvar för att kliniska patienten som visar sig vara friska, får sina besked på samma sätt som patienter inom screening. Patient som behöver bedömas av kirurg remitteras till kirurgen.		Målet ska vara uppnått 2020. Gäller både inom kirurgi och onkologi. Studier visar att patientnöjdheten är likvärdig om man träffar läkare och sjuksköterska, samt att det inte är någon högre risk för recidiv. Idag ser flödet olika ut i regionen. Patienter där inget avvikande ses på mammografi och ultraljud handläggs efter undersökning på kirurgmottagning eller primärvård. Om dessa patienter får besked via Mammografienheten när undersökningen är gjord frigörs resurser inom primärvården och kirurgen. Handläggningstiden kortas.

SWOT- ANALYS av respektive målnivå. Styrkor och svagheter inom egna organisationen på landstings och sjukvårdsregional nivå som kan påverka möjligheten att lyckas med förändringarna. Yttre faktorer som kan gynna eller försvåra genomförandet.

SWOT-analys för bröstcancer

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Höja andelen kvinnor som genomgår omedelbar bröst-rekonstruktion med implantat	Resurssparande med direkt istället för sen rekonstruktion	Otillräcklig plastikkirurgisk kompetens	Utbilda kirurger	Resursbrist
90 % av kvinnor med misstänkt eller bekräftad bröstcancer ska erbjudas operation inom 3 veckor och 98 % inom 4 veckor	Välfungerande ”controllerfunktion” med kontaktsjuksköterskor på alla opererande enheter. En stor del kan opereras dagkirurgiskt med minimalt behov av vårdplatser	Brist på operationsresurser framförallt på NUS, men även i andra delar av regionen. Avsaknad av vårdplatser för inneliggande patienter.	Omprioritering av operationsresurser. Öka operationskapaciteten	Resursbrist, felprioritering av resurser. När behovet av operationstid ökar för att genomföra direkt-rekonstruktion kan det innebära längre väntetider totalt för bröstcancerpatienterna som grupp.
80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden.	Välfungerande vårdkedja	Resursbrist på operation samt brist på mammografiläkare	Omprioritering av operationsresurser. Öka operationskapaciteten. Rekrytera mammografiläkare	Resursbrist, bristande IT-stöd vilket medför dålig översikt, kommunikation och svårigheter att koda SVF
Vissa patientbesök överförs från läkare till kontaktsjuksköterska	Välfungerande teamarbete kontaktsjuksköterska och läkare	Kontaktsjuksköterskan har redan andra arbetsuppgifter. Omprioritering behöver göras	Ändra rutiner Utbilda befintliga kontaktsjuksköterskor	Resursbrist

Långsiktigt förbättringsarbete/ områden med förbättringspotential, se sidan 3 förslag till förändringar.