Uppföljning av sjukvårdsregional processplan för bröstcancer i norra sjukvårdsregionen 2024

Uppföljning av kortsiktiga mål och målnivåer

Tabell 1 Sammanfattning av mål och målnivåer för bröstcancer

Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
1: 80 % av kvinnor med välgrundad misstanke om bröstcancer ska erbjudas operation inom 4 veckor	68 % erbjuds operation inom 4 veckor.			Kvalitetsregister
2: 80 % av alla patienter som ska ha postoperativ cytostatikabehandling ska påbörja denna inom 24 dagar efter operation och 80% som ska ha postoperativ strålbehandling ska påbörja denna inom 42 dagar efter operation Målnivå: 80 %	7 % respektive 51 % Mediantid 37 dagar respektive 42 dagar			Kvalitetsregister
3: Andelen patienter med ER-positiv bröstcancer som påbörjar endokrin behandling	87 % för hela sjukvårdsregionen Varierar mellan 85-90 %			Kvalitetsregister

Målnivå låg: 85 % Målnivå hög: 90 %				
4: 5-årsöverlevnad ska vara >90%	83,9 %			Kvalitetsregister
5: Höja andelen patienter som genomgår omedelbar bröstrekonstruktion med implantat Målnivå låg: 15 % Målnivå hög: 20 %.	16 % för hela sjukvårdsregionen. Varierar mellan 7-28 %			Kvalitetsregister
6: Höja andelen preoperativ behandling för patienter som rekommenderas det enligt nationella vårdprogrammet	Varierar mycket mellan regionerna	Bör vara relativt lika mellan regionerna och jämfört med riket		Kvalitetsregister
7: 80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden.	Kirurgi Västerbotten: 41 % Västernorrland 55 % Norrbotten 81 % Jämtland 42 % Läkemedel Västerbotten 41 % Västernorrland 48 % Norrbotten 42 % Jämtland 37 %	80%		Kvalitetsregister
8: Patientens rehabiliterings-behov ska bedömas enligt strukturerat formulär	Hela sjukvårds-regioner utför idag bedömning av rehabiliteringsbehov			Uppföljning via nätverket för kontaktssk Norr.

	enligt strukturerat formulär.			Uppföljning via vårdprocessen för rehabilitering. Nu finns en kod att använda när bedömning görs
9: Patienten ska erbjudas nationell Min vårdplan	Alla patienter i regionen erbjuds nationell Min vårdplan. Cancercentrum NUS erbjuder fortfarande enbart analog Min vårdplan och ej digital.			Uppföljning via nätverket för kontaktssk Norr
10: Task-shifting Vissa återbesök överförs från läkare till kontaktsjuk-sköterska. 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.	Arbete pågår. Vissa återbesök/ kontroller i hela regionen sköts idag av kontaktsjuk-sköterskan			Uppföljning via processarbetsgrupp en om 1 år

Kommentarer till respektive mål. Mål 1–6 är baserade på data från kvalitetsregistret som uppdaterats 250505 och justerade efter ändringar i målnivåer som genomförts under 2024. Uttaget är baserat på patientens bostadslän. Mål 7 är baserat på data som erhållits från nationell statistiker från RCC. Mål 8–10 är baserade på kontakt med kontaktsjuksköterskorna i alla de fyra regionerna.

- Mål 1: 80 % av kvinnor med välgrundadmisstanke om bröstcancer ska erbjudas operation inom 4 veckor. Denna målnivå är nu ändrad andel opererade inom 5 veckor. År 2024

  Riket: 45%

Norra regionen: 66%

Västernorrland: 57%

Jämtland: 48%

Västerbotten: 54%

Norrbotten: 93%

- Mål 2: 80 % av alla patienter som ska ha postoperativ cytostatikabehandling ska påbörja denna inom 24 dagar efter operation och 80% som ska ha postoperativ strålbehandling ska påbörja denna inom 42 dagar efter operation. Målnivån avseende tid från operation till cytostatikabehandling är ändrad till 28 dagar. År 2023.

Tid från operation till cytostatikabehandling:

Riket: 11%

Norra regionen: 12%

Västernorrland: 15%

Jämtland: 26%

Västerbotten: 4%

Norrbotten: 9%

Tid från operation till strålbehandling:

Riket: 13%

Norra regionen: 47%

Västernorrland: 61%

Jämtland: 45%

Västerbotten: 48%

Norrbotten: 31%

- Mål 3: Andelen patienter med ER-positiv bröstcancer som påbörjar endokrin behandling. Målnivå låg: 85 %. Målnivå hög: 90 %. Målnivåerna har ändrats till låg: 90% och hög: 95%. År 2023.

Riket: 92%

Norra regionen: 92%

Västernorrland: 96%

Jämtland: 94%

Västerbotten: 96%

Norrbotten: 83%

- Mål 4: 5-årsöverlevnad ska vara >90%. Baserat på patienter med diagnos 2019.

  Riket: 84%

  Norra regionen: 83%

- Mål 5: Höja andelen patienter som genomgång omedelbar bröstrekonstruktion med implantat. Målnivå låg: 15 %. Målnivå hög: 20 %. År 2023:

  Riket: 17%

  Norra regionen: 9%

  Västernorrland: 9%

  Jämtland: 9%

  Västerbotten: 6%

  Norrbotten: 13%

- Mål 6: Höja andelen preoperativ behandling för patienter som rekommenderas det enligt nationella vårdprogrammet. Inga målnivåer är satt för målindikatorn men under 2024 har nya indikatorer med målnivåer tillförts gällande trippelnegativ och HER-2 positiv bröstcancer samt för behandling med immunterapi och dubbel HER-2 blockad. År 2023:

  Riket: 18%

  Norra regionen: 15%

  Västernorrland: 17%

  Jämtland: 11%

  Västerbotten: 19%

  Norrbotten: 9%

- Mål 7: 80 % av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden. Data från nationell statistiker på RCC. År 2023:

  Riket: 31%

  Norra regionen: 49%

  Västernorrland: 36%

  Jämtland: 31%

  Västerbotten: 38%

  Norrbotten: 88%

- Patientens rehabiliteringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär.

  I samtliga regioner följer kontaktsjuksköterskan upp rehabiliteringsbehovet enligt strukturerat formulär.

  Västernorrland: Hälsoskattning utförs enligt strukturerat formulär.

  Jämtland: Hälsoskattning utförs enligt strukturerat formulär.

  Västerbotten: Hälsoskattning utförs enligt strukturerat formulär.

  Norrbotten: Hälsoskattning utförs enligt strukturerat formulär.

- Patienten ska erbjudas nationell Min vårdplan

  Västernorrland: Erbjuder analog och digital nationell Min vårdplan.

  Jämtland: Erbjuder analog och digital nationell Min vårdplan.

  Västerbotten: Kirurgen erbjuder analog och digital nationell Min vårdplan.
  Cancercentrum erbjuder enbart analog Min vårdplan och erbjuder fortfarande ***inte*** digital Min vårdplan.

  Norrbotten: Erbjuder analog och digital Min vårdplan.

- Task-shifting.
  - Vissa återbesök överförs från läkare till kontaktsjuksköterska.

- Mammografiläkare tar ansvar för att kliniska patienter som visar sig vara friska, får sina besked på samma sätt som patienter inom screening. Patient som behöver bedömas av kirurg remitteras till kirurgen. Detta arbetssätt ses i Jämtland Härjedalen och Norrbotten.

Västernorrland: Vissa återbesök är sedan flera år överförda från läkare till kontaktsjuksköterska.

Västerbotten: Vissa återbesök är sedan flera år överförda från läkare till kontaktsjuksköterska. Kirurgen ansvarar för att lämna besked om utförd mammografi.

Jämtland Härjedalen: Vissa återbesök görs av kontaktsjuksköterska men de flesta görs av läkare.

Norrbotten: Vissa återbesök görs av kontaktsjuksköterska.

Långsiktigt förbättringsarbete

- Långsiktigt förbättringsarbete 1: *Harmoniera ledtider och andra kvalitetsvariabler som mäts inom NKBC inom de olika regionerna.*

  Utveckling: Det är fortfarande skillnader i ledtider mellan de olika regionerna och de flesta har svårigheter att uppnå de mål som är satta för SVF, detta gäller även för riket i stort. Skillnader i norra regionen beror delvis på hur vägen in i bröstcancervården ser ut. Det tydligaste exemplet är att patienter i Norrbotten kan söka direkt till mammografienheten vid symptom till skillnad från de andra regionerna där remiss krävs till mammografienheten från primärvården eller kirurgklinikerna. Detta bidrar till att Norrbotten har de kortaste ledtiderna från symptom till kirurgi i landet. Ett problem är dock att man har dokumenterat tidpunkten för starten av SVF olika i de olika regionerna. Detta påverkar ledtiderna och gör tolkningar osäkra.
  Skillnader i den medicinska behandlingen finns fortfarande, t.ex. avseende hur många patienter som erhåller preoperativ behandling, opereras med direktrekonstruktion och hur stora axillingrepp som görs men i samtliga fall har skillnader blivit mindre över tid.

- Långsiktigt förbättringsarbete 2: *Underlätta för regionerna att följa det nationella vårdprogrammet*

  Utveckling:

  Regelbundna möten i processarbetsgruppen samt stående punkter avseende uppdateringar i nationella vårdprogrammet och återkoppling från nationella kvalitetsregistret för bröstcancer på det årliga regionmötet. Dialogmöten har också genomförts i samtliga regioner under 2024 där uppdateringar från nationella vårdprogrammet diskuterades samt data från kvalitetsregistret för respektive region presenterades och diskuterades. Detta upplevdes som mycket positivt. Ett mycket stort och akut problem är bristen på onkologer i de regioner som saknar onkologklinik, framför allt i Norrbotten. Detta befarar vi kommer att försämra möjligheterna att följa rekommendationer i nationella vårdprogrammet.

- Långsiktigt förbättringsarbete 3: *Förbereda för att nya tekniker och arbetssätt införs inom bröst-patologin. Digital patologi är en förutsättning för att man ska kunna införa AI-baserad bildanalys vilket sannolikt kommer att minska behovet av manuell bedömning och ge en högre kvalité och mer jämlik diagnostik.*
  Sätta upp teknik för gensekvensering alternativt jobba fram rutiner för att skicka prov för extern analys för patienter med spridd bröstcancer. Gensekvensering är en metod som används för att undersöka olika typer av genmutationer i tumörvävnad och kan också användas för att bedöma möjlighet till behandlingssvar av olika typer av behandling.

  Utveckling:

  Digital patologi är införd i samtliga regioner. Gensekvensering på mindre paneler ”bröstpaneler” görs i via patologen NUS och täcker de mutationer som är prediktiva för dagens godkända läkemedel. Att genomföra bredare genomisk profilering kommer sannolikt att bli möjligt när projektet med Genomic Medicine Sweden är implementerat i klinisk praxis. Under 2025 så kommer även genexpressions analyser med Prosigna (PAM-50) att kunna genomföras på NUS.

- Långsiktigt förbättringsarbete 4: *Förbättra och likrikta cancerrehabiliteringen*

  Utveckling:
  Mötas och diskutera goda exempel i regionen. Kontaktsjuksköterskan är den centrala personen att bedöma och följa upp rehabiliteringsbehov. De patienter som har ett avancerat rehabiliteringsbehov behöver få möjligheten till stöd via specifika rehabiliterings-team/rehabiliteringsenheter.

Nivåstrukturering

Inom bröstcancer så finns det ingen beslutad nationell eller sjukvårdsregional nivåstrukturering.

Finns det någon/några åtgärder inom processen som skulle vinna på att centraliseras eller decentraliseras? Om ja, motivera på vilket sätt.

Nej, inte som vi kan se i nuläget.

Patientsamverkan

Vi har en patientrepresentant i processarbetsgruppen som deltar i regelbundna möten samt på regionmöten.

Övrigt aktuellt

Bemanningen avseende onkologin är alldeles för låg i de två regioner som saknar onkologkliniker, Norrbotten och Jämtland. I Norrbotten är detta ett akut problem som måste lösas för att man ska kunna ge patienter den behandling som krävs enligt Nationellt vårdprogram samt för att kunna hålla ledtider inom SVF. För att lösa denna situation behövs långsiktig rekrytering men även akuta insatser, förslagsvis konsulter från NUS. Detta kommer sannolikt att behövas om NUS ska kunna gå vidare med ackrediteringsprocessen för att bli ett CCC.