



Processplan för bröstcancer 2022–2024

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 8288 bröstcancerdiagnoser år 2019, varav ett 60-tal var män. Under 2019 avled 1353 kvinnor i bröstcancer som underliggande dödsorsak. Norra regionen handlägger ca 800 nya fall per år. Incidensen har ökat kraftigt sedan 1960-talet då ca 2000 fall per år diagnosticerades men däremot har dödligheten sjunkit.

Förutom operation av primärtumören är diagnostiska möjligheter, införandet av mammografiscreening, användning av cytostatika, hormonsänkande läkemedel, antikroppsbehandling och strålbehandling viktiga bidrag till denna utveckling. Mutationer i ett antal identifierade bröstcancer gener ökar kraftigt risken för bröstcancer. Risken för bröstcancer ökar vid långvarig hormonell behandling för klimakteriebesvär och vid hög alkoholkonsumtion samt vid övervikt. Mycket talar för att fysisk aktivitet minskar risken för bröstcancer.

Femårsöverlevnaden ligger idag i riket på 84 procent. Men det finns variationer mellan regionerna på 82–86%. Totalt har dödligheten i bröstcancer minskat med 19% under perioden 2006–2019 i åldrarna 30 år och äldre.

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, dels för att kunna ta ställning till rätt typ av operation.

Kirurgin är central för att kunna bota sjukdomen och kan genomföras med ett bröstbevarande ingrepp eller med mastektomi då hela bröstet opereras bort. Direktrekonstruktion är en alternativ operationsmetod vid mastektomi och innebär att ett-implantat sätts in redan vid första operationen. Sen rekonstruktion i syfte att bygga upp ett nytt bröst, är också ett alternativ för kvinnor som genomgått mastektomi.

Onkologisk behandling ges framför allt i adjuvant (förebyggande) syfte och innefattar hormonell (endokrin terapi), cytostatika och strålbehandling. Preoperativ behandling kan också ges i tumörkrympande syfte vid lokalt avancerad bröstcancer eller för att möjliggöra bröstbevarande kirurgi. De senaste åren ges även preoperativ behandling vid vissa tumörtyper för att avgöra typ av fortsatt adjuvant behandling.

Uppföljning efter behandling innefattas av årliga mammografikontroller i 5 år och kliniska kontroller hos läkare och kontaktsjuksköterska. Alla patienter erbjuds kontaktsjuksköterska och kuratorkontakt och behov av cancerrehabilitering bedöms individuellt. Vid behov kopplas fysioterapeut, arbetsterapeut och psykolog in.

Organisation

Utredning /diagnostik

Bröstcancerteamet består av läkare inom mammografi, patologi, kirurgi, onkologi och kontaktsjuksköterska. I vissa team ingår även forskningssjuksköterska, plastikkirurg och cancergenetiker.

Bröstcancerpatienterna kommer till sjukvården vanligtvis via två ”spår” antingen via mammografins screening eller med en klinisk förändring då patienten själv kontaktar 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 välfungerande vårdkedja som sköts av mammografienheten, från fynd upptäckta i samband med screening, vidare utredning av fyndet (upparbetning), diskussion på multidisciplinär terapikonferens (MDK) fram till diagnosbesked. Mammografienheten skickar så kallat ”frisk brev” till patienter som inte visar sig ha cancer.

För patienterna med en klinisk förändring ser handläggningen olika ut i regionen. I Västerbotten finns sedan många år tillbaka ett politiskt beslut där en patient som känner en knöl i bröstet kan ringa direkt till kirurgmottagningen för att initiera utredning och går således ej via primärvården.

Norrbotten är den enda regionen i norra sjukvårdsregionen 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, dvs med ”trippeldiagnostik”.

Patienten remitteras därefter till kirurgkliniken om det krävs kirurgisk bedömning eller operation. De patienter som bedöms som friska får besked på mammografienheten i samband med utförda undersökningar. I Västernorrland söker patienten primärvården som remitterar till mammografienheten som i sin tur remitterar patienten till kirurgkliniken vid avvikande fynd. RJH?

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). Patienter remitteras mellan olika vårdgivare; primärvård, specialistvård och mammografienheten. Det gör att väntetid till klar diagnos blir 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.

Norrbottnen har två specialister i onkologi samt två ST-läkare, samtliga anställda på halvtid vid kirurgiska kliniken på Sunderby sjukhus. Jämtland och Härjedalen har två specialister i onkologi som tillsammans arbetar 70%, och därutöver samarbete med NUS med onkologkonsult två dagar per vecka. Cytostatikabehandling ges på ett flertal sjukhus i sjukvårdsregionen. Strålbehandling ges i Sundsvall och Umeå.

Prevention

Cancerogenetisk 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.

Cancerrehabilitering

I samband med diagnosbeskedet träffar patienten kontaktsjuksköterska och läkare. Nationellt finns en lång tradition med kontaktsjuksköterska och alla patienter i regionen erhåller kontaktsjuksköterska. Kontakt initieras med kurator för patienter med särskilda behov av stöd. Vissa enheter har börjat skatta rehabiliteringsbehovet enligt strukturerat skattningsformulär. Vissa enheter erbjuder deltagande i rehabiliteringsgrupp. Sjukgymnast finns tillgänglig på alla enheter. Alla patienter informeras muntligt och skriftligt om patientföreningen.

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. 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 utförs av plastikkirurg. Patienter som genomgår mastektomi och ej väljer att rekonstrueras erbjuds extern bröstprotes.

Palliativ vård

Individuell bedömning. Där onkologiklinik finns sköts patienterna här i samarbete med primärvården/ avancerad hemsjukvårdsteam/ hospice/hemortssjukhus. Där onkologiklinik ej finns och onkologisk kompetens finns på konsultbasis sköts patienten i samarbete med dessa och kirurgklinikerna.

Nivåstrukturering

Nivåstruktureringen idag inom sjukvårdsregionen fungerar relativt väl. Att säkerställa tillgång till specialistkompetens inom onkologi vid samtliga länssjukhus är idag nödvändigt för att möjliggöra en likvärdig och säker onkologisk behandling i hela regionen.

Patienter där mastektomi i profylaktiskt syfte planeras ska remitteras till kirurgisk enhet där plastikkirurg och cancerogenetiker närvarar vid MDK. 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.



Kompetensförsörjning

Jämtland och Härjedalen

Radiologi: 2,5 mammografiläkartjänster, varav 1 arbetar 85%, 1 är i pensionsålder och arbetar 50 %, 1 specialist under utbildning och 1 stafettläkare varannan vecka. Röntgensjuksköterskor 6,5 tjänster varav 2 går i pension inom en 3-årsperiod.

Onkologi: 1 specialistläkare som arbetar 20% med 50% som mål om 1,5 år, 1 färdig specialist som arbetar 5%, 1 ST-läkare startar preliminärt till hösten. Konsultverksamhet från NUS 2 dagar/ vecka. Denna bemanning räcker inte till för att täcka nuvarande behov.

Kirurgi: 2 specialistläkare varav 1 ska vara tjänstledig 6 månader from hösten 2021 och 1 kommer att vara i pensionsålder inom de närmaste 5 åren. Ev. en blivande specialist. Utöver de uppgifter som vanligen tillfaller specialist i kirurgi tillkommer arbete som i andra regioner sköts av onkolog, detta ökar arbetsbördan ytterligare och påverkar rekryteringsmöjligheterna negativt.

Behov av ytterligare 1 kontaktsjuksköterska inom de kommande 5 åren.

Patologi: Behov av 3–4 specialistläkare. I nuläget 1 anställd specialistläkare. Alternerande stafettläkare varav 1 är anställd i Västerbotten, 1 i pensionsålder samt 1 i pensionsålder inom de kommande 5 åren. From hösten 2021 har endast 1 läkare cytologikompetens.

Sammanfattning: Kritiskt ffa gällande läkarbemanning inom kirurgi och onkologi men även inom radiologi och patologi. Behöver rekryteras/nyutbildas fler specialistläkare

Läget är särskilt akut gällande läkarbemanning och sjuksköterskebemanningen på kirurgkliniken

Västerbotten

Radiologi: 4 mammografiläkartjänster varav 1 arbetar 100% och en 1 arbetar 50%. 1 ST-läkare som även arbetar med forskning. Läkare från Norrbotten och Jämtland /Härjedalen kommer växelvis vissa veckor för att stötta upp verksamheten. Röntgensjuksköterskor 12 tjänster.

Onkologi: God läkarbemanning, 2 kontaktsjuksköterskor som arbetar 50% vardera.

Kirurgi: 5 specialister som även sköter barnkirurgi och endokrinkirurgi anställda på NUS, varav två specialister med kompetens att utföra direktrekonstruktion samt 3 specialister anställda i Skellefteå. 4 specialister inom plastikkirurgi som med direktrekonstruktioner samt sena rekonstruktioner. 1,75 kontaktsjukskötersketjänster fördelat på 2 sjuksköterskor.

Patologi: Välbemannade. Inga pensionsavgångar kommande åren.

Sammanfattning: Kritiskt ffa gällande läkarbemanning inom radiologi och kontaktsjuksköterskebemanning inom onkologi.

Norrbotten

Radiologi: 4 mammografiläkare varav 2 förväntade pensionsavgångar inom en 3-5 årsperiod samt 1 i pensionsålder som arbetar 50%. Röntgensjuksköterskor 12 tjänster varav 2 är vakanta och 2 pensionsavgångar inom kort.

Onkologi: 2 specialistläkare som arbetar 50%, varav en är i pensionsålder, 2 ST-läkare som arbetar 50% varav en av dessa är snart färdig specialist.

Kirurgi: 2 specialistläkare varav 1 arbetar 75% med bröstkirurgi. Ytterligare 1 läkartjänst behövs på sikt. 2 kontaktsjukskötersketjänster

Patologi: Sköts av Unilabs, fungerar bra i nuläget.

Sammanfattning: Kritiskt ffa gällande läkarbemanningen inom onkologin. Behöver rekryteras/nyutbildas fler alternativt behöver konsultverksamhet från Umeå utökas. Läkarbemanningen inom kirurgin är också skör och en till specialist behövs på sikt. Inom radiologin kommer nyrekrytering att krävas inom närmaste åren pga väntade pensionsavgångar

Västernorrland

Radiologi: 5 mammografiläkare där nyrekrytering kommer att behövas om 4-5 år för 2 tjänster. Röntgensjuksköterskor 9 tjänster varav 1 är vakant.

Onkologi: 3 specialistläkare varav 2 även arbetar med andra cancerdiagnoser och 2 arbetar 80%. 1 kontaktsjukskötersketjänst. Ytterligare en specialist behövs inom närmaste åren samt ytterligare 1 kontaktsjuksköterska.

Kirurgi: 4 specialistläkare och 1 snart färdig specialist, motsvarar ungefär 4 heltidsarbetande. Nära hälften av det går till melanom/endokrin och allmänkirurgi.

Ytterligare 1 läkartjänst kommer att behövas inom de närmaste åren.

Patologi: 2 specialister och 6 ST-läkare samt 2 pensionerade överläkare som arbetar vissa dagar.

Sammanfattning: Kritiskt ffa gällande läkarbemanningen inom patologin samt gällande sjuksköterskerekrytering. Inom onkologi och kirurgi behövs ytterligare en specialistläkare inom närmaste åren

Resultat i sjukvårdsregionen

Nationellt vårdprogram för bröstcancer finns och reviderades 2020. Följsamheten i regionen bedöms som över lag god. Vid årliga regionala möten, med god uppslutning representation från samtliga enheter inom vårdkedjan, presenteras förändringar i vårdprogrammet och förändringar i rutiner diskuteras.

Inom regionen sker en effektiv inrapportering till Nationellt kvalitetsregisterbröstcancer (NKBC) med en täckningsgrad på 100%. Senaste två åren har ett digitalt nationellt möte genomförts arrangerat av svenska bröstcancergruppen för att presentera senaste forskning (mini-SOTA).

Införandet av standardiserat vårdförlopp ”SVF” gjordes 2016. SVF har kortat väntetid till start av behandling inom hela sjukvårdsregionen. Volymen av patienter som utreds enligt SVF bröstcancer är en av de största SVF-flöden i regionen och nationellt. 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.

I NKBC registreras ledtider till diagnos, kirurgi och onkologisk behandling samt ett stort antal variabler gällande population, tumördata och behandling. Norra sjukvårdsregionen når upp till de satta målnivåerna i de flesta variabler och skiljer sig inte nämnvärt från övriga regioner i landet. Sett över tid har ledtiderna förkortats betydligt och antalet patienter som når målnivåerna för olika behandlingar ökat.

Under föregående år har ett så kallat ”Cancer genetiskt snabbspår” för molekyलगenetisk testning påbörjats i hela regionen. Cancer genetisk mottagning på NUS har utbildat samtliga enheter som utreder bröstcancerpatienter. Patienter som handläggs för bröstcancer med risk för hereditär cancer och uppfyller vissa kriterier, erbjuds snabbtest. Svar erhålles inom 3–4 veckor. Därefter remitteras patienten som visar sig bära på ärftlighet till Cancer genetisk mottagning för vidare släktutredning. Att innan planerad operation ha kännedom om det föreligger ärftlig belastning eller inte styr val av kirurgi. Vid vissa typer av mutationer rekommenderas riskreducerande behandling vilket då innebär mastektomi av det sjuka bröstet och profylaktisk mastektomi på den ”friska sidan”.

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 kirurgkliniken vid fynd. En sammanhållen utredning är mindre resurskrävande totalt sett och säkrare ur patientperspektiv.

Det förekommer svårigheter att kunna erbjuda patienter i sjukvårdsregionen 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 regioner som har onkologiska kliniker. Avseende kirurgiska studier kan skillnaderna inte förklaras av detta och vi bör stärka de regioner som upplever sig ha svårigheter att skapa utrymme för kliniska studier att förbättra möjligheten att delta.

Erbjuda alla patienter nationella ”Min vårdplan” digitalt eller analogt. Man har kommit olika långt gällande ”Min vårdplan” där 80–100% av patienterna inom sjukvårdsregionen erhåller vårdplan. Under 2020 har en nationell vårdplan för bröstcancer lanserats. Vårdplanen finns både digitalt och analogt via 1177 vårdguiden och uppdateras nationellt. Kirurgcentrum NUS, Kirurgen Skellefteå och Sunderby sjukhus erbjuder alla patienter denna vårdplan.

Ledtider till behandling. Även om ledtiderna förbättras nås inte de förväntade målen inom flera variabler och arbetet med att förkorta ledtider behöver fortsätta.

Kompetensförstärkande åtgärder

Patienter som genomgår mastektomi bör i större utsträckning erbjudas omedelbar bröstrekonstruktion med implantat. Dessa operationer utförs i sjukvårdsregionen på NUS, i Sundsvall 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 patienter utan fjärrmetastaser för 2019, baserat på bostadslän:

Norrbotten:	28 %
Västerbotten	10 %
Västernorrland	14 %
Jämtland Härjedalen	7 %
Riket	15 %
Stockholm	31 %

Införande av genexpressionsanalyser i hela Norra sjukvårdsregionen. Genexpressionsanalys rekommenderas i nationella vårdprogrammet för vissa patientgrupper. Huvudsyftet är att bättre differentiera mellan vilka patienter som har nytta av cytostatikabehandling och vilka som inte har det. Att i större utsträckning kunna avstå cytostatikabehandling som är tidskrävande och förenad med biverkningar som försämrar patienters livskvalité är av stor vikt för patienten och vården.

Den metod som i nuläget rekommenderas i Nationella vårdprogrammet är PAM-50 (Prosigna). Analysen utförs inte i dagsläget i någon av regionerna utan prov får skickas till externt lab för analys. Rutiner har börjat arbetas fram och ser lite olika ut i de olika regionerna gällande vart provet skickas för analys.

Införande av digital patologi i hela regionen. Patologin genomgår nu en snabb utveckling som följd av de senaste årens tekniska framsteg och för att implementera kommande analysystem kommer digital patologi krävas.

Nivåstrukturering/arbetsfördelning

Inte aktuell i nuläget inom processen.

Motivering till samt konsekvensbeskrivning av föreslagna förändringar

Patientens väg in i bröstcancerprocessen

Motivering: Kortare väntetider kan uppnås om patienten har möjlighet att söka direkt till mammografienheten, utifrån den rutin som är upparbetad i Sunderbyn vilket är av stor betydelse för patienten. Många upplever väntetider inom processen som psykiskt belastande.

Konsekvens: Nya rutiner behöver arbetas upp vilket kräver resurser till utbildning och omstrukturering.

Direktrekonstruktion vid mastektomi

Motivering: Alla patienter bör erbjudas detta, oavsett bostadsort. Har stor psykologisk betydelse för vissa patienter.

Konsekvenser: Innebär en större kostnad jämfört med enbart mastektomi men jämfört med sen rekonstruktion är kostnaderna lägre. Resurser behövs för utbildning av kirurger och annan vårdpersonal som är involverade i vårdprocessen.



Nationella "Min vårdplan"

Motivering: Införs brett nationellt och är ett verktyg som förbättrar informationen för patienten. Vårdplanen innehåller allmän information, samt individanpassad information om sjukdom, behandling och rehabilitering. Informationen i vårdplanen uppdateras årligen nationellt.

Konsekvens: Alla patienter får tillgång till jämlik evidensbaserad information på ett enkelt sätt. I första hand startas och administreras vårdplanen av patientens kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskans uppdrag ska följa den nationella uppdragsbeskrivningen. Här står att en del i uppdraget är att kontaktsjuksköterskan ansvarar för att "Min vårdplan" upprättas.

Kliniska studier

Motivering: Alla patienter bör kunna erbjudas inklusion i kliniska studier oavsett boendeort.

Konsekvens: Forskningsnoder i de regioner som saknar onkologklinik behöver stärkas upp. Resurser behövs för att möjliggöra detta samt för att underlätta samarbete mellan de olika kliniska forskningsenheterna.

Genexpressionsanalyser

Motivering: Rekommenderas för en specificerad patientgrupp i Nationella vårdprogrammet. Möjliggör att bättre kunna selektera patienter för adjuvant cytostatikabehandling.

Konsekvens: Innebär en kostnad mellan 20 000–30 000 kr per test beroende på till vilket externt lab provet skickas. För de patienter som man kan avstå cytostatikabehandling sparas denna kostnad in med marginal utifrån den totala kostnaden för en adjuvant behandlingsserie (läkemedel, kostnader för läkarbesök, sjukskötersketid under behandling, tid för beredning på apotek, provtagning mm). Utöver detta besparas patienten biverkningar av behandling som ibland blir mycket långdragna med långa sjukskrivningstider. En bedömning från TLV angående kostnadseffektivitet beräknas komma under hösten 2021.

Digital patologi

Motivering: Är en förutsättning för att man ska kunna arbeta med kommande AI-baserade bildanalyser. Ger en säkrare bedömning med mindre variation mellan olika lab och därmed mer jämlik vård.

Konsekvens: Resurser behöver tillsättas för att kunna implementera digitala lösningar.

Kortsiktiga mål och målnivåer

Tabell 1 Sammanfattning av mål och målnivåer för bröstcancer

Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
80% av kvinnor med välgrundad misstanke om bröstcancer ska erbjudas operation inom 4 veckor	68% erbjuds operation inom 4 veckor.			Kvalitetsregister
80% av alla patienter som ska ha postoperativ cytostatikabehandling	7% respektive 51%			Kvalitetsregister

<p>ska påbörja denna inom 24 dagar efter operation och 80% som ska ha postoperativ strålbehandling ska påbörja denna inom 42 dagar efter operation</p> <p>Målnivå: 80%</p>	<p>Mediantid 37 dagar respektive 42 dagar</p>			
<p>Andelen patienter med ER-positiv bröstcancer som påbörjar endokrin behandling</p> <p>Målnivå låg: 85%</p> <p>Målnivå hög: 90%</p>	<p>87% för hela sjukvårdsregionen</p> <p>Varierar mellan 85–90%</p>			Kvalitetsregister
<p>5-årsöverlevnad ska vara > 90%</p>	<p>83,9%</p>			Kvalitetsregister
<p>Höja andelen patienter som genomgång omedelbar bröstrekonstruktion med implantat</p> <p>Målnivå låg: 15%</p> <p>Målnivå hög: 2%.</p>	<p>16% för hela sjukvårdsregionen.</p> <p>Varierar mellan 7–28%</p>			Kvalitetsregister
<p>Höja andelen preoperativ behandling för patienter som rekommenderas det enligt nationella vårdprogrammet</p>	<p>Varierar mycket mellan regionerna</p>	<p>Bör vara relativt lika mellan regionerna och jämfört med riket</p>		Kvalitetsregister
<p>8% av patienterna som utreds enligt SVF ska hålla ledtiden.</p>	<p>Kirurgi</p> <p>Västerbotten: 41%</p> <p>Västernorrland 55%</p> <p>Norrbottnen 81%</p> <p>Jämtland 42%</p> <p>Läkemedel</p> <p>Västerbotten 41%</p>	<p>80%</p>		Kvalitetsregister

	Västernorrland 48%			
	Norrbottn 42%			
	Jämtland 37%			
Patientens rehabiliteringsbehov ska bedömas enligt strukturerat formulär				Uppföljning via vårdprocessen för rehabilitering
Patienten ska erbjudas nationell Min vårdplan				Uppföljning via nätverket för kontaktssk Norr
Task-shifting Vissa återbesök överförs från läkare till kontaktsjuksköterska. 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.				Uppföljning via processarbetsgruppen om 1 år

Långsiktigt förbättringsarbete

- Harmoniera ledtider och andra kvalitetsvariabler som mäts inom NKBC inom de olika regionerna
- Underlätta för regionerna att följa det nationella vårdprogrammet
- Förbereda för att nya tekniker och arbetssätt införs inom bröstpatologin. 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 kvalitet och mer jämlig 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.
- Förbättra och likrikta cancerrehabiliteringen

SWOT analys

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.

Tabell 2. SWOT-analys för bröstcancer

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Höja andelen kvinnor som genomgång omedelbar bröst-rekonstruktion med implantat	Resurssparande med direkt- i stället för sen rekonstruktioner.	Otillräcklig plastikkirurgisk kompetens	Utbilda kirurger	Resursbrist
80% av kvinnor med välgrundad misstanke om bröstcancer ska erbjudas operation 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 framför allt på NUS, men även i andra delar av regionen. Avsaknad av vårdplatser för ineliggande patienter.	Omprioritering av operationsresurser. Öka operationskapaciteten.	Resursbrist, felprioritering av resurser. När behovet av operationstid ökar för att kunna genomföra direktrekonstruktioner 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 även brist på mammografiläkare	Omprioritering av operationsresurser. Öka operationskapaciteten. Rekrytera mammografiläkare	Resursbrist, bristande IT-stöd vilket medför dålig översikt och dålig kommunikation och svårigheter att koda SVF.
Vissa patientbesök överförs från läkare till kontaktsjuksköterska	Välfungerande teamarbete kontaktsjuksköterska och läkare	Kontaktsjuksköterska har redan andra arbetsuppgifter. Omprioritering behöver göras.	Ändra rutiner Utbilda befintliga kontaktsksk.	Resursbrist

