

Bröstcancer

Standardiserat vårdförlopp

2019-11-21 Version: 2.1

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2015-11-24	Fastställd av SKLs beslutsgrupp
2015-12-21	Uppdatering av texter som är gemensamma i samtliga standardiserade vårdförlopp framtagna under 2015.
2018-08-21	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan.
2019-11-21	Uppdatering fastställd av Regionala cancercentrum i samverkan.

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av Regionala cancercentrum i samverkan 2019-11-21.

Standardiserat vårdförlopp för bröstcancer

Innehållsförteckning

Kapitel 1

Introduktion	4
Syfte med standardiserade vårdförlopp	4
Förändringar jämfört med föregående version	4
2019-11-21	4
2018-08-21	4
Om bröstcancer	5
Flödesschema för vårdförloppet	6

Kapitel 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp	7
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp	7
Remiss till utredning vid välgrundad misstanke	8
Kommunikation och delaktighet	8

Kapitel 3

Utredning och beslut om behandling	9
Utredningsförlopp	9
Multidisciplinär konferens (MDK)	10
Beslut om behandling	10
Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård	10
Kommunikation och delaktighet	10

Kapitel 4

Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	12
Ledtider för nationell uppföljning	12
Ingående ledtider	12
Indikatorer för nationell uppföljning	13
Indikatorer för kvalitet	13

Kapitel 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp	14
Nationellt vårdprogram	14
Inklusion i standardiserat vårdförlopp	14
Hantering av återfall (recidiv)	14
Utredningsförloppet	15
Inklusion i kliniska studier	15
Ledtider	15
Koordinatorsfunktion	15
Samarbete över landstingsgränser	15
Uppdatering	15

Kapitel 6

Arbetsgruppens sammansättning	16
--	-----------

KAPITEL 1

Introduktion

Syfte med standardiserade vårdförlopp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

Förändringar jämfört med föregående version

2019-11-21

Misstanke och välgrundad misstanke: Kriteriet ”Patienter som blir återkallade för klinisk undersökning ...” är borttaget från Misstanke och ersatt av en kommentar om hur välgrundad misstanke ska handläggas vid screening.

Ingående ledtider: Ledtiden misstanke–välgrundad misstanke har strukits eftersom kriteriet för misstanke är borttaget. Detta påverkar inte den sammanlagda ledtiden.

Hantering av återfall: Tillägg i kursiv stil: Patienter som får recidiv under pågående uppföljning ska inte inkluderas i SVF, *däremot ska detta SVF omfatta nya primärtumörer.*

2018-08-21

Om bröstcancer: ICD-koderna uppdaterade: Z85.3, C50.X, D05.X, D48.6 (tidigare: Z85.03, C50.9). Statistik uppdaterad med siffror för 2015.

Misstanke och välgrundad misstanke: kriteriet ”återkallade för klinisk undersökning efter screening” har tagits bort från välgrundad misstanke och klassas nu som misstanke. Under Ingående ledtider har lagts till att en patient som blir återkallad efter screening med kod 3, 4 eller 5 ska få tid för undersökning inom 5 kalenderdagar.

Välgrundad misstanke, tillägg i kursiv stil (övriga kriterier oförändrade):

- *malignitetssuspekt knöl i bröstet**
- *malignitetssuspekt knöl i armhålan hos kvinnor**

**En knöl som inte helt uppenbart har en annan naturlig orsak ska betraktas som malignitetssuspekt.*

- *nyttillkommen apelsinskaalsliknande hud*

Utredningsförlopp, block C, ändrad formulering: ”Information till patienten om tillgängliga studier öppna för inklusion och vad det innebär.” (Tidigare: Tillfrågande till patienten om inklusion i tillgängliga studier.)

MDK: Texten uppdaterad för att helt följa vårdprogrammet: ”Alla patienter med primär bröstcancer ska diskuteras både preoperativt och postoperativt på en multidisciplinär konferens, se [det nationella vårdprogrammet](#).” (Tidigare: MDK ska diskutera samtliga patienter före och efter behandling.)

Hantering av återfall: Nationell standardtext tillagd utan ändringar eller förtydliganden.

Arbetsgruppen uppdaterad.

Flödesschemat uppdaterat med ovanstående förändringar.

Layout, struktur och standardtexter följer 2018 års mall.

Om bröstcancer

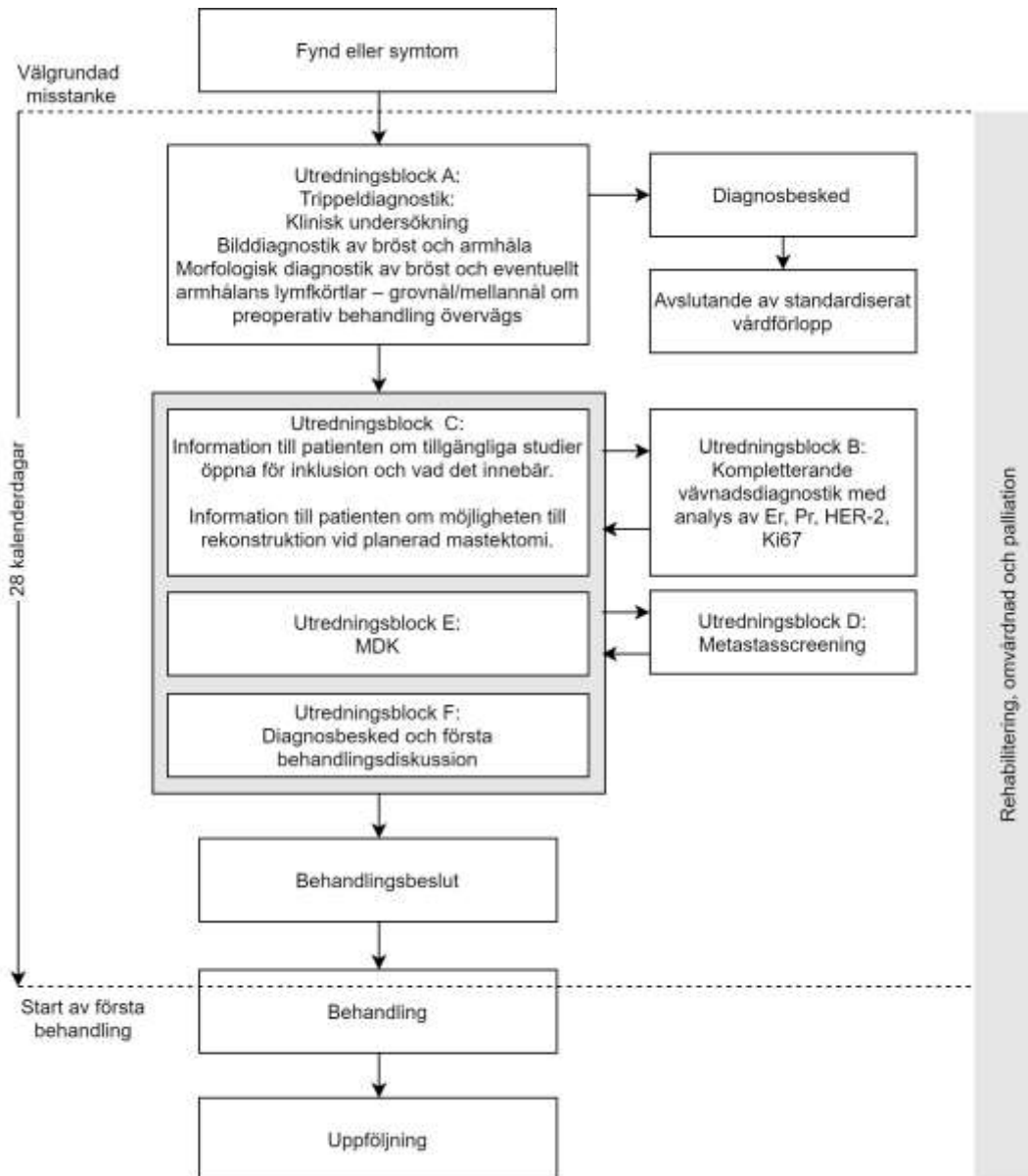
Det standardiserade vårdförloppet omfattar diagnoserna ICD: Z85.3, C50.X, D05.X, D48.6.

År 2015 registrerades 9 444 bröstcancerdiagnoser och 1 431 individer avled i sjukdomen. Sjukligheten bland män är mycket låg och 2015 registrerades endast 62 fall bland män.

Insjuknandet i bröstcancer har ökat kraftigt under de senaste 50 åren. Incidensen har ökat mest i åldrarna 50–59 år och 60–69 år, men en måttlig ökning ses också i alla övriga åldersgrupper. Tidigare var insjuknandet högst bland de äldsta kvinnorna medan det nu är gruppen 60–69 år som har den högsta incidensen.

Överlevnaden blir allt bättre. 5-årsöverlevnaden är cirka 90 % och 10-årsöverlevnaden är drygt 80 %. Cirka 104 000 personer lever med bröstcancer, som nydiagnostiserade, botade eller med återfall.

Flödesschema för vårdförloppet



KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd vid klinisk undersökning eller i samtal mellan patienten och läkare eller sjuksköterska med specialkompetens:

- malignitetssuspekt knöl* i bröstet
- malignitetssuspekt knöl* i armhålan hos kvinnor
- ändrad kontur på bröstet
- nytillkommet indragen bröstvårta
- rodnad eller svullnad på huden över bröstet utan annan förklaring
- blodig sekretion från enstaka mjölkgång
- ensidigt eksem på bröstvårtan
- sårbildning på bröstvårtan eller i anslutning till bröstkörtlarna
- nytillkommen apelsinskalsliknande hud
- fynd vid bilddiagnostik talande för bröstcancer.

*En knöl som inte helt uppenbart har en annan naturlig orsak ska betraktas som malignitetssuspekt.

I sällsynta fall kan smärta förekomma vid bröstcancer, men smärta och ömhet är oftast associerat med ofarliga knölar, hormonella förändringar i bröstet eller med ömhet i bröstmuskulaturen. Dessa patienter ska också remitteras för en radiologisk bröstdiagnostisk utredning, men inte inom standardiserat vårdförlopp.

Datum för välgrundad misstanke vid screening

När välgrundad misstanke uppkommer vid screening ska datumet sättas till selektionsutredningstillfället (om man där sätter kod 3, 4 eller 5). Selektionsutredningstillfället är den dag då kvinnan återkommer för fördjupad bröststradiologisk utredning, efter beslut om att screeningens bilder inte räcker för att friskförklara kvinnan.



Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

När patienter remitteras från en annan vårdgivare till en bröst enhet på grund av ovanstående fynd bör remissen innehålla:

- anamnes, ange särskilt
 - symtom som föranleder remissen och eventuella tidigare utredningar av dem
 - allmäntillstånd och samsjuklighet
 - tidigare sjukdomar och behandlingar, särskilt bröstcancer eller äggstockscancer
 - ärftlighet (t.ex. känt mutationsbärarskap eller bröstcancer eller äggstockscancer hos nära släktingar)
 - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
 - social situation, uppgifter om närstående, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- lokalstatus bröst
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till utredning (vid välgrundad misstanke) ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen. Informationen ska ges vid ett fysiskt möte om man inte kommit överens om annat.

KAPITEL 3

Utredning och beslut om behandling

Utredningsförlopp

Utredningen inleds alltid med block A.

Block A	Block B	Block C
Trippeldiagnostik: <ul style="list-style-type: none"> Klinisk undersökning Bilddiagnostik av bröst och armhåla Morfologisk diagnostik av bröst och eventuellt armhålans lymfkörtlar – grovnål/mellannål om preoperativ behandling övervägs 	Kompletterande vävnadsdiagnostik med analys av Er, Pr, HER-2, Ki67	Information till patienten om tillgängliga studier öppna för inklusion och vad det innebär. Information till patienten om möjligheten till rekonstruktion vid planerad mastektomi
Block D	Block E	Block F
Metastasscreening	MDK	Diagnosbesked och första behandlingsdiskussion

Resultat av undersökningarna i block A	Åtgärd
Ingen cancer påvisas.	Block F utförs (exkl. behandlingsdiskussion). Kan utföras av inremitterande. Därefter avslutas det standardiserade vårdförloppet.
Bröstcancer, medicinsk behandling kan vara aktuell före kirurgi.	Block B, C, E och F utförs.
Bröstcancer, medicinsk behandling är inte aktuell.	Block C, E och F utförs.
Förhöjd risk för metastasering enligt nationellt vårdprogram.	Utredningen kompletteras med block D.
Misstanke om diagnos som inte omfattas av det standardiserade vårdförloppet, eller ingen diagnos.	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och patienten remitteras till relevant enhet för utredning.



Multidisciplinär konferens (MDK)

Alla patienter med primär bröstcancer ska diskuteras både preoperativt och postoperativt på en multidisciplinär konferens, se [det nationella vårdprogrammet](#).

Följande funktioner ska medverka vid MDK:

- kirurg med speciell kunskap om och fokus på bröstcancer
- plastikkirurg eller kirurg med kunskap om onkoplastikkirurgi
- onkolog med speciell kunskap om och fokus på bröstcancer
- bilddiagnostiker med speciell kunskap om och fokus på bröstcancerdiagnostik
- cytolog och/eller patolog med speciell erfarenhet och kunskap om morfologisk biopsidiagnostik och diagnostik på själva operationspreparaten.
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion (funktionen kan fyllas av kontaktsjuksköterska).

Beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK. I journalen ska anges vilka personer och funktioner som närvarat vid MDK.

Behandlingsbeslut ska fattas tillsammans med patienten och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska senast i samband med diagnos.

Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning, vilket bl.a. innebär att ansvara för att Min vårdplan upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar. Kontaktsjuksköterskan ska vid behov kunna förmedla kontakt med kurator eller annan rehabiliteringskompetens utifrån patientens behov, t.ex. psykolog eller psykiater, fysioterapeut eller lymfoterapeut. Kontaktsjuksköterskan ska också erbjuda stödsamtal och särskilt uppmärksamma barn som anhöriga.

Alla patienter i reproduktiv ålder ska få information om hur behandlingen kommer att påverka fertiliteten och vid behov erbjudas kontakt med en fertilitetsenhet för rådgivning och eventuell behandling.

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion före kurativt syftande behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen, se det nationella vårdprogrammet för [rehabilitering](#) och [palliativ vård](#).

Kommunikation och delaktighet

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar. Patienter ska vid behov erbjudas professionell tolk.

Patienten ska informeras i enlighet med [patientlagen \(kapitel 3\)](#), vilket bl.a. innebär att ge information om vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella och vilken strategi man rekommenderar, inklusive behandlingens syfte och biverkningar.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

KAPITEL 4

Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp

Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi, läkemedel eller strålbehandling	28 kalenderdagar

Tiderna för tumörspecifik behandling (kirurgi, läkemedelsbehandling och strålbehandling) gäller vid såväl kurativ som palliativ intention.

Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ingående tider. Syftet med sammanställningen är att göra processen överskådlig, men landstingen har endast i uppgift att följa den ledtid som anges under Ledtider för nationell uppföljning, ovan.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	2 kalenderdagar
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Första besök i specialiserad vård (block A)	5 kalenderdagar
Första besök i specialiserad vård (block A)	Diagnosbesked och första behandlingsdiskussion (block F)	7 kalenderdagar
Diagnosbesked och första behandlingsdiskussion (block F)	Start av första behandling	14 kalenderdagar
Start av första behandling, kirurgi	PAD-svar till patienten, inkl. postoperativ MDK	14 kalenderdagar
Start av första behandling, kirurgi	Start av adjuvant behandling, läkemedel (cytostatika)	24 kalenderdagar
Start av första behandling, kirurgi	Start av adjuvant behandling, strålning	42 kalenderdagar
Start av första behandling, kirurgi	Start av adjuvant behandling, läkemedel (hormonell behandling)	14 kalenderdagar

MDK ska alltid genomföras inför behandling, men kan infalla såväl före som efter diagnosbesked (block F). Detta påverkar fördelningen av tid före respektive efter diagnosbeskedet men inte den sammanlagda tiden.

Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av de standardiserade vårdförloppen:

Indikator
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med "standardiserat vårdförlopp för bröstcancer"
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen bröstcancer
Andel patienter av de som fått diagnosen bröstcancer som anmälts till standardiserat vårdförlopp

Indikatorer för kvalitet

Patienternas upplevelse av att utredas enligt standardiserat vårdförlopp kommer att följas och utvärderas genom PREM-enkäter.

Följande indikatorer används för uppföljningen av vårdkvaliteten enligt det nationella vårdprogrammet:

Indikator	Målvärde
5-årsöverlevnad vid bröstcancer	> 88 %
Täckningsgrad i nationella kvalitetsregistret, nyanmälan	hög > 99 % låg ≤ 95 %
Diagnos klar innan operation	hög 90 % låg 80 %
Komplett patologirapport för invasiv bröstcancer	hög 95 % låg 90 %
Multidisciplinär konferens före operation (behandling)	hög 99 % låg 90 %
Andel patienter med tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska eller motsvarande	hög > 95 % låg 80 %

KAPITEL 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp

Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. I vårdprogrammet finns beskrivningar och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet.

Se även de nationella vårdprogrammen för [rehabilitering](#) respektive [palliativ vård](#), för underlag till rekommendationer på dessa områden.

Inklusion i standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke ska i detta sammanhang tolkas som kriterier för utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Varje landsting ansvarar för att tydliggöra hur remissgången ska gå till.

Det kan finnas tillfällen då man trots att kriterierna är uppfyllda inte bör remittera patienten, om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten inte bedöms klara av utredningen.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan diagnosen misstänkas. Patienten ska då remitteras till utredning enligt ordinarie remissrutiner.

Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnos ska ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet. Framtida utvärderingar av välgrundad misstanke kommer att kunna leda till en justering av definitionen för att inkludera så många som möjligt utan att utreda patienter i onödan.

Av de utredningar som startas vid välgrundad misstanke kommer många att resultera i att cancermisstanken avskrivs och vårdförloppet avslutas. De patienter som har fortsatt behov av utredning ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till annan enhet som är bättre lämpad.

Hantering av återfall (recidiv)

Ett standardiserat vårdförlopp (SVF) ska omfatta de patienter som får den aktuella cancerdiagnosen för första gången och de som insjuknar igen efter ett avslutat uppföljnings- eller kontrollprogram. Patienter som får recidiv under pågående uppföljning ska inte inkluderas i SVF, däremot ska detta SVF omfatta nya primärtumörer.

Utredningsförloppet

I vissa fall kommer patienter att ha genomgått vissa undersökningar när utredningsförloppet inleds. Det innebär att man i de fallen inte behöver upprepa en adekvat genomförd undersökning.

Inklusion i kliniska studier

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns. Om studierna påverkar ledtiderna finns möjlighet att markera detta som en avvikelse i samband med att ledtiderna rapporteras.

Ledtider

Hos vissa av patienterna finns samsjuklighet eller andra faktorer som kräver stabiliserande åtgärder eller individualiserad utredning inför behandlingsbeslut, vilket kan innebära längre tid till start av första behandling. Det är överordnat att patienterna får en god vård även om det innebär längre ledtider.

Den enskilda patienten kan också tacka nej till ett erbjudet utrednings- eller behandlingsdatum av personliga skäl, vilket leder till längre ledtider.

När särskilda skäl finns bör detta noteras i journalen.

Koordinatorsfunktion

Syftet med koordinatorsfunktionen är att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras beslutar och utvecklar man lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsfunktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

Samarbete över landstingsgränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan landsting. Vid införandet bör man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra landsting. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken Underlag till nivåstrukturering.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfritt landsting.

Uppdatering

Arbetsgruppen kommer att se över det standardiserade vårdförloppet årligen och uppdatera det vid behov.

KAPITEL 6

Arbetsgruppens sammansättning

Jonas Bergh, ordförande, professor, onkolog, Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska institutet, Stockholm

Johan Ahlgren, docent, onkolog, verksamhetschef RCC Uppsala Örebro

Anne Andersson, med.dr, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Edward Azavedo, docent, radiolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Elizabeth Bergsten Nordström, patientföreträdare, f.d. ordförande i Bröstcancerförbundet, Stockholm

Tina Bondesson, chefssjuksköterska, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, processledare RCC Stockholm Gotland

Zakaria Einbeigi, med.dr, onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Mårten Fernö, professor, Lunds universitet, Lund

Tommy Fornander, docent, onkolog, Södersjukhuset, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Irma Fredriksson, med.dr, kirurg, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Jan Frisell, professor, kirurg, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Anna-Lotta Hallbeck, med.dr, onkolog, Universitetssjukhuset Linköping

Christina Hedin, Universitetssjukhuset Linköping, RCC Sydöst

Håkan Jonsson, docent, statistiker, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Karin Leifland, med.dr, radiolog, Södersjukhuset, Stockholm

Barbro Linderholm, docent, onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Henrik Lindman, docent, onkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Niklas Loman, docent, onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund

Lars Löfgren, med.dr, kirurg, Capio S:t Göran, Stockholm

Maria Mani, docent, plastikkirurg, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Roger Olofsson Bagge, docent, kirurg, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Lisa Rydén, docent, kirurg, Skånes universitetssjukhus, Lund

Maria Sandberg, sjuksköterska, kontaktsjuksköterska, RCC Norr

Malin Sund, professor, kirurg, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Marie Sundqvist, med.dr, kirurg, Länssjukhuset, Kalmar

Tibor Tot, docent, med.dr, patolog, Falu lasarett, Falun



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se