

- ✓ **LÅNGA VÄNTETIDER**
- ✓ **FÖRLORADE BRÖST**
- ✓ **OJÄMLIK BEHANDLING**

BRÖSTCANCER- VÅRDEN

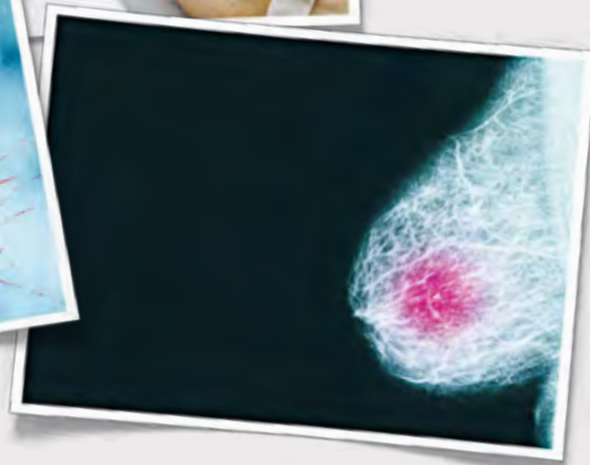
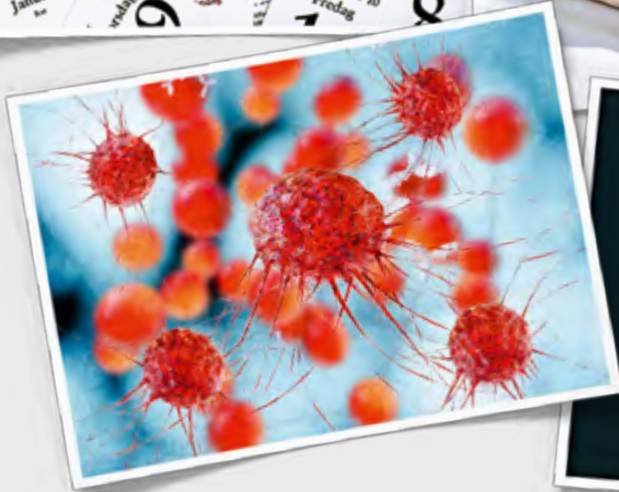
En rapport från Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation – BRO

OKTOBER 2015



Bröstcancerföreningarnas
Riksorganisation

BRÖSTCANCERFONDEN



Denna rapport i siffror

64
%

► Endast 64 procent av kvinnor med bröstcancer opereras inom sex veckor efter första kontakt med sjukvården. Upptäckt via mammografiscreening är den snabbaste vägen till operation.

1/3

► Var tredje kvinna avbryter sin hormonella tilläggsbehandling trots risk för spridning och återfall. Svåra biverkningar och bristande information kan ligga bakom.

2
mån

► EU-godkänt läkemedel ska bli tillgängligt för alla cancerpatienter senast två månader efter godkännande. I verkligheten skiljer sig förskrivningen kraftigt mellan regionerna.

78
%

► Endast 78 procent av patienterna med spridning till lymfkörtlarna får strålbehandling. Siffran ligger långt under målet på minst 90 procent.

91
%

► Skillnaderna inom landet är stora när det gäller andelen kvinnor som får hormonell tilläggsbehandling. 78 procent får behandlingen i Halland, 98 procent i Stockholm.

76
%

► Andelen kvinnor med små och medelstora tumörer som får bröstbevarande kirurgi ligger mellan 33 och 94 procent beroende på sjukhus. Riksgenomsnittet är 76 procent.

OFÖRKLARLIGA SKILLNADER I BRÖST-CANCERVÅRDEN

Många kvinnor med bröstcancer får hela bröstet bortopererat, trots små tumörer. Bröstbevarande kirurgi är ett av flera områden där svensk bröstcancervård måste bli bättre.

Bröstcancer är kvinnans vanligaste cancer. Varje år drabbas 8 400 kvinnor och 1 500 avlider. Det betyder att var nionde kvinna i Sverige insjuknar (1) och antalet fall stiger med nästan 2 procent per år. Avgörande för att kvinnor med bröstcancer ska överleva är tidig upptäckt, korrekt diagnos, tidig operation samt adekvat behandling efter operationen.

Inom svensk bröstcancervård finns områden där vården inte når upp till de uppsatta målen och där skillnaden mellan olika landsting och regioner är oförklarligt stor. Det gäller väntetider, bröstbevarande kirurgi, strålning vid spridning till lymfkörtlarna, cytostatikabehandling och hormonell behandling samt förskrivning av nya, effektiva läkemedel vid viss typ av bröstcancer.

Målen för bröstcancervården är i huvudsak satta av European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), en europeisk sammanslutning av bröstcancerspecialister.

Siffrorna i denna rapport är hämtade från Bröstcancerregistrets årsrapport 2014 med publicering i oktober 2015. •

STORA SKILLNADER I VÄNTETIDER

Korta väntetider till operation har framför allt stort psykologiskt värde. I Sverige finns stora skillnader mellan länen när det gäller tiden från första kontakt med sjukvården till operation.

Målet för svensk cancervård är att minst 75 procent och helst 90 procent av alla bröstcancerpatienter ska

opereras inom sex veckor efter första kontakt. Med första kontakt avses:

- ▶ datum för mammografi
- ▶ datum för utfärdande av remiss från husläkare
- ▶ datum för första telefonsamtal i det fall patienten själv tar kontakt med sjukhusets bröststenhet

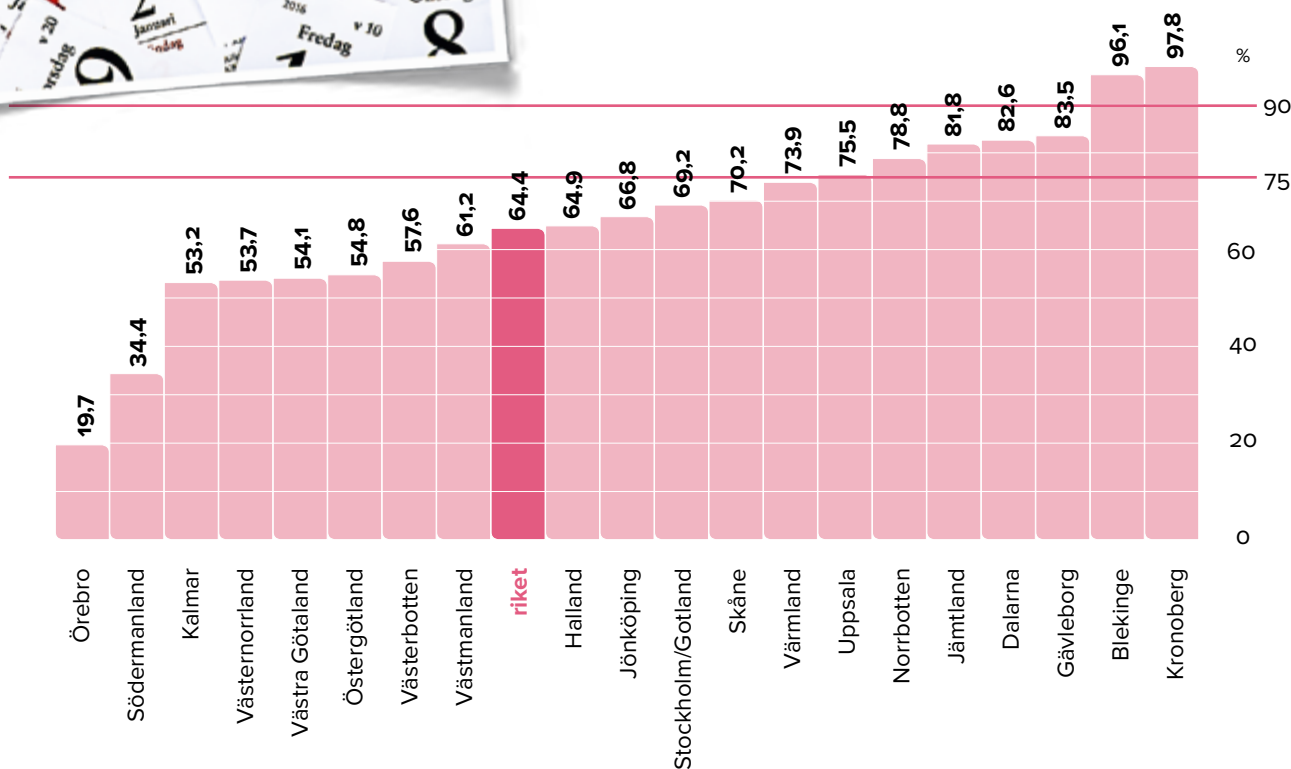
Tiden mellan första kontakt och operation skiljer sig stort mellan olika landsting. Endast i Kronoberg och Blekinge opereras fler än 90 procent av kvinnorna inom sex veckor och i Uppsala, Dalarna, Gävle-

borg, Norrbotten och Jämtland opereras fler än 75 procent inom sex veckor. I Södermanland och Örebro är det under hälften av bröstcancerpatienterna som opereras inom sex veckor. Riksgenomsnittet är 64,4 procent, vilket är långt under det lägsta målet. (2)

Väntetiden i olika landsting tycks i viss utsträckning vara kopplad till vilken väg patienten kommit in i i vårdkedjan. En klar majoritet av de kvinnor som opereras inom sex veckor har kommit in i vårdkedjan via mammografiscreening. (2)



OPERATION INOM SEX VECKOR



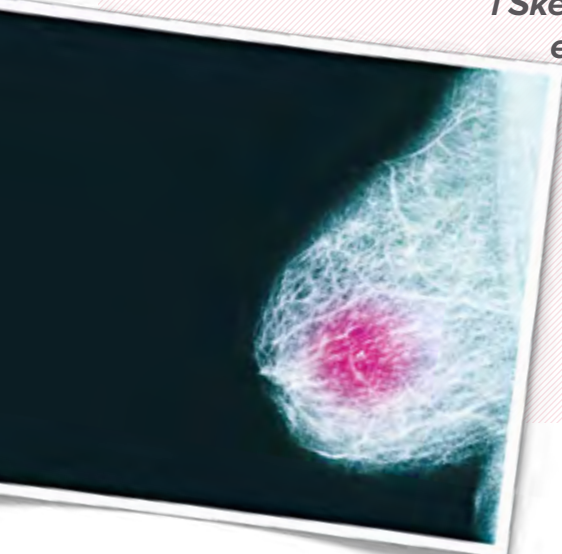
▶ Diagrammet visar andelen bröstcancerpatienter som opereras inom sex veckor från första kontakt med sjukvården. Målet är att minst 75 procent och helst 90 procent ska opereras inom sex veckor.

KÄLLA: RAPPORT FRÅN NATIONELLA BRÖSTCANCERREGISTRET 2014

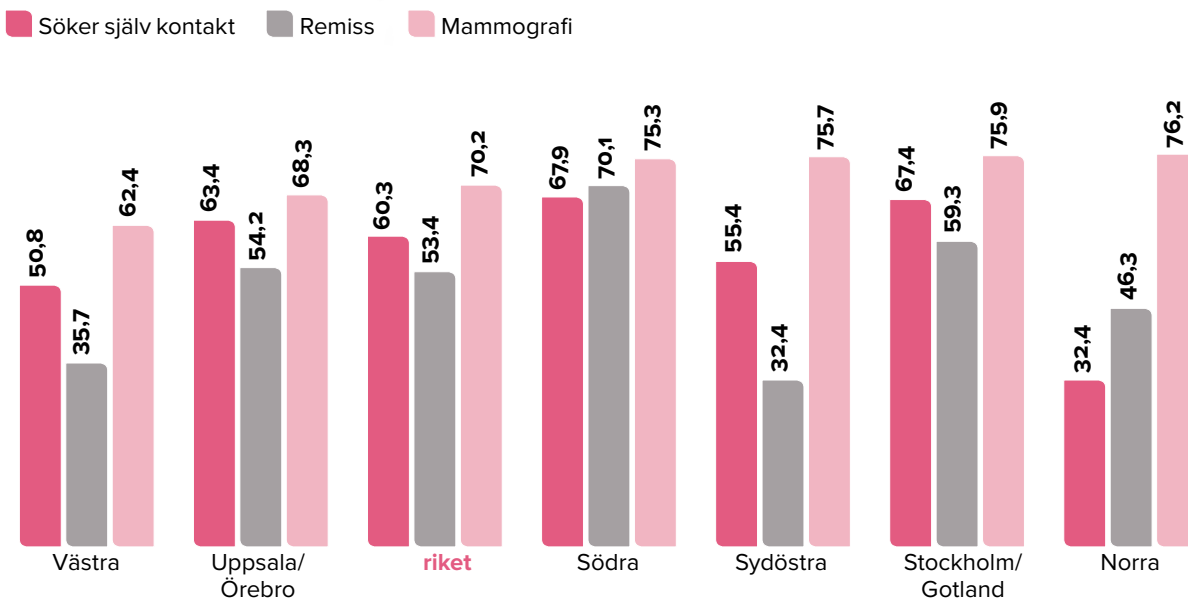


Therese Reis, 36 år från Göteborg

” Jag fick beskedet trippelnegativ bröstcancer den 27 juni. Först den 18 augusti skulle jag få tid för operation på Sahlgrenska i Göteborg, detta trots att jag hade en aggressiv cancer med stark tillväxt. När jag ifrågasatte väntetiden fick jag ett tips av en ST-läkare som praktiserat i Skellefteå att höra med lasarettet där - och fick tid efter bara två veckor! Det är inte rimligt att som patient behöva driva sin egen vårdprocess för att slippa gå nära två månader med obehandlad bröstcancer.”



OPERATION INOM SEX VECKOR UTIFRÅN VÄG IN I VÅRDKEDJAN



► Diagrammet visar att kvinnor som kommer in i vårdkedjan via mammografiscreening i högre utsträckning opereras inom sex veckor än kvinnor som söker själva eller som remitteras från annan vårdgivare, exempelvis vårdcentral.

KÄLLA: NATIONELLA BRÖSTCANCERREGISTRET 2014

REGIONTILLHÖRIGHET

VÄSTRA: SJUKHUSEN I VÄSTRA GÖTALAND SAMT VARBERGS LASARETT

UPPSALA/ÖREBRO: SJUKHUSEN I UPPSALA, ÖREBRO, VÄRMLAND, DALARNA OCH GÄVLEBORGS LÄN

SÖDRA: SJUKHUSEN I KRONOBERG, BLEKINGE OCH SKÅNE SAMT HALMSTAD LASARETT

SYDÖSTRA: SJUKHUSEN I ÖSTERGÖTLAND, JÖNKÖPING OCH KALMAR LÄN

STOCKHOLM/GOTLAND: STOCKHOLMSSJUKHUSEN SAMT VISBY LASARETT

NORRA: SJUKHUSEN I VÄSTERNORRLAND, JÄMTLAND, VÄSTERBOTTEN OCH NORRBOTTEN

MÅNGA MISTER BRÖSTET TROTS LITEN TUMÖR

Bröstbevarande kirurgi vid små och medelstora brösttumörer är en säker metod som inte försämrar överlevnaden. Det finns stora skillnader mellan de svenska sjukhusen när det gäller valet mellan bröstbevarande kirurgi och mastektomi, då hela bröstet tas bort.

Bröstbevarande operation har både medicinska, estetiska och psykologiska fördelar. Mindre ingrepp är att föredra ur medicinsk synvinkel och för kvinnans del blir den fysiska förändringen inte lika stor som vid mastektomi.

Bröstbevarande operation rekommenderas som förstahandsval vid mindre och medelstora tumörer och påverkar inte prognosen för kvinnan negativt. Däremot krävs i allmänhet strålbehandling efter genomgången operation.

Man skiljer på invasiv cancer och cancer in situ. Invasiv cancer innebär att cancercellerna har spridit sig till bröstkörtelns stödjevävnad medan cancer in situ innebär att cancercellerna ligger inuti bröstets mjölkgångar och -körtlar och inte har spridit sig till intilliggande vävnad.

Målet för svensk bröstcancer-vård är att minst 70 procent och helst 80 procent av kvinnor med invasiv cancer och tumörer som är mindre än 30 millimeter ska få bröstbevarande kirurgi. I hela riket får 76 procent av dessa kvinnor bröstbevarande kirurgi, men spridningen mellan landets sjukhus är mycket stor. (2)

Trenden är dock att skillnaderna minskar och sedan 2009 har den bröstbevarande kirurgin ökat i hela landet. Från 65,5 procent 2009 till 76 procent 2014. Värnamo, Skellefteå och Mora ligger samtliga under 50 procent bröstbevarande

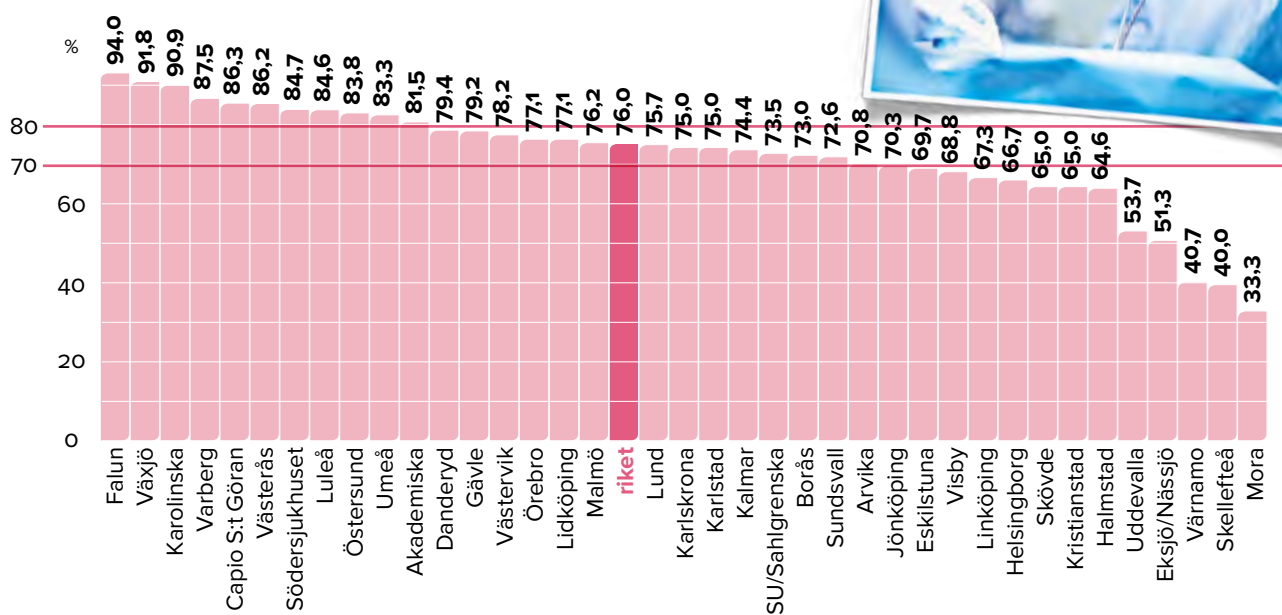
kirurgi vid mindre tumörer. Ett skäl till att de aktuella sjukhusen uppvisar så låga siffror kan vara att de remitterar huvuddelen av sina fall vidare till närliggande större sjukhus.

Ärftlighet och kvinnans oro kan också vara skäl till att hela bröstet tas bort, trots relativt liten tumörstorlek.

Vid bröstbevarande kirurgi bör minst 90 procent och helst 95 procent av patienterna få strålbehandling efter operationen. Siffran för hela riket är 95 procent och samtliga regioner når över 90 procent.

Vid cancer in situ är det vanligt med bröstbevarande kirurgi och 83 procent av kvinnorna med tumörer som är mindre än 20 millimeter opereras på detta vis. Spridningen mellan landstingen är liten. •

ANDEL SOM FÅTT BRÖSTBEVARANDE KIRURGI



► Diagrammet visar att det finns stora skillnader mellan sjukhusen när det gäller bröstbevarande operationer vid invasiv cancer med små och medelstora tumörer. Om man ser till regionerna är det vanligare med bröstbevarande kirurgi i Stockholm, Uppsala/Örebro och Norra regionen än i övriga landet.

KÄLLA: RAPPORT FRÅN NATIONELLA BRÖSTCANCERREGISTRET 2014



Ewa Eriksson, 37 år, tvåbarnsmor från Eskilstuna

” Jag fick först vänta två veckor på att få veta att knölen var cancer och sedan ett par veckor till på operation. Mälarsjukhuset i Eskilstuna gjorde en mastektomi utan någon information vare sig om möjligheten att rädda en bit av bröstet eller om direktrekonstruktion. De saknade plastikkirurg och det blev ett väldigt fullt ärr. Min rekonstruktion fick jag driva själv och genomförde i Uppsala på egen remiss. Det ska inte behöva spela roll var i Sverige man bor för att få bra vård.”

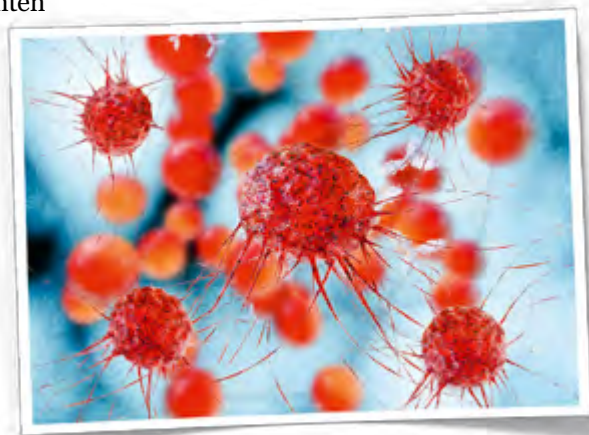
FÖR FÅ STRÅLAS EFTER MASTEKTOMI

Strålbehandling av mastektomerade kvinnor vars bröstcancer spridits till lymfkörtlarna ger minskad risk för återfall och klart förbättrad överlevnad. Ingen av de svenska regionerna når målen vad gäller denna typ av strålbehandling.

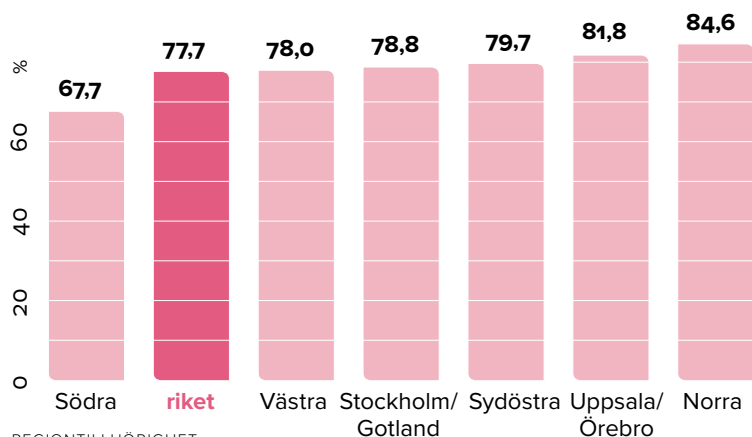
Då hela bröstet opereras bort behövs normalt inte strålbehandling. Men om cancer har spridit sig till lymfkörtlarna bör patienten strålas. Tidigare förekom diskussioner om nyttan med sådan strålning, framför allt beroende på risken för skador på hjärtat. Ny data stödjer dock att strålbehandling bör sättas in vid spridning till lymfkörtlarna.

Målnivåerna för hur

stor andel av patienterna med spridning till lymfkörtlarna som bör strålas efter mastektomi är högt satta – minst 90 procent och helst 95 procent. Ingen svensk region når målvärdet och dessutom är skillnaderna inom landet oförklarligt stora. Södra regionen ger strålbehandling i betydligt mindre utsträckning än resten av landet och det skiljer mer än 16 procent mellan Södra och Norra regionen. (2) •



STRÅLBEHANDLING VID SPRIDNING



REGIONTILLHÖRIGHET

VÄSTRA: SJUKHUSEN I VÄSTRA GÖTALAND SAMT VARBERGS LASARETT

UPPSALA/ÖREBRO: SJUKHUSEN I UPPSALA, ÖREBRO, VÄRMLAND, DALARNA OCH GÄVLEBORGS LÄN

SÖDRA: SJUKHUSEN I KRONBERG, BLEKINGE OCH SKÅNE SAMT HALMSTAD LASARETT

SYDÖSTRA: SJUKHUSEN I ÖSTERGÖTLAND, JÖNKÖPING OCH KALMAR LÄN

STOCKHOLM/GOTLAND: STOCKHOLMSSJUKHUSEN SAMT VISBY LASARETT

NORRA: SJUKHUSEN I VÄSTERNORRLAND, JÄMTLAND, VÄSTERBOTTEN OCH NORRBOTTEN

► Diagrammet visar andelen mastektomerade kvinnor med spridning till lymfkörtlarna som genomgått strålningsbehandling. Spridningen inom landet är mycket stor.

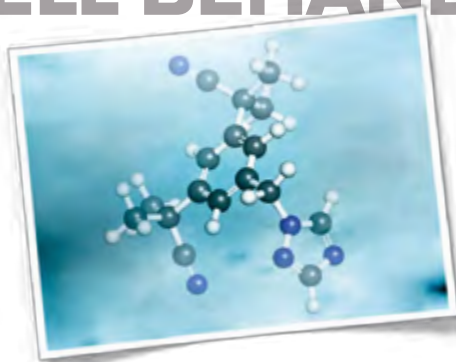
KÄLLA: NATIONELLA BRÖSTCANCERREGISTRET 2014

STOR SKILLNAD PÅ HORMONELL BEHANDLING

Hormonell tilläggsbehandling av kvinnor med hormonberoende bröstcancer räddar liv. Inom landet råder dock stora skillnader när det gäller andelen kvinnor som erbjuds behandlingen.

Ungefär 85 procent av alla bröstcancertumörer är hormonberoende. Det betyder att hormonet östrogen stimulerar cancercellernas tillväxt. Genom att efter operation behandla kvinnor med läkemedel som hämmar hormonets effekt minskar risken för återfall och för tidig död.

Den hormonhämmande behandlingen pågår i regel fem år, men kan förlängas till upp till tio år. Biverkningarna är framför allt sömnlöshet, huvudvärk, värmevallningar, ökad svettning, muskel- och ledvärk, torra slemhinnor och minskad sexlust. På grund av biverkningarna är det många kvinnor som



gör uppehåll i behandlingen eller helt avbryter den. Enligt en svensk studie från 2012 var det 31 procent av kvinnorna som efter tre år hade avbrutit sin behandling. (3)

Genom att avbryta sin medicinering löper patienterna större risk för återfall samt spridning av bröstcancern och därmed en sämre prognos. En förklaring till att så många som var tredje väljer att avbryta behandlingen kan vara bristande information om biverkningar och brist på uppföljning och motivation under behandlingen.

Målet för svensk bröstcancervård är att mellan 80 och 90

procent av kvinnorna med hormonberoende bröstcancer ska få hormonhämmande läkemedel. För riket som helhet har siffran stigit från 84,5 procent år 2008 till 90,7 procent år 2014 och verkar ha stabiliserat sig runt 90 procent.

Inom landet råder emellertid stora skillnader när det gäller andelen kvinnor som erbjuds tilläggsbehandlingen. I Stockholm/Gotland-regionen rekommenderas i princip alla kvinnor med hormonberoende bröstcancer hormonell tilläggsbehandling medan man i den Norra regionen endast rekommenderat behandlingen om tumören varit 15 millimeter eller större. Enligt ett nationellt förslag från Svenska Bröstcancergruppen bör storleksgränsen för hormonell tilläggsbehandling vara 10 millimeter, men tumörens egenskaper ska också vägas in i bedömningen. (2) •

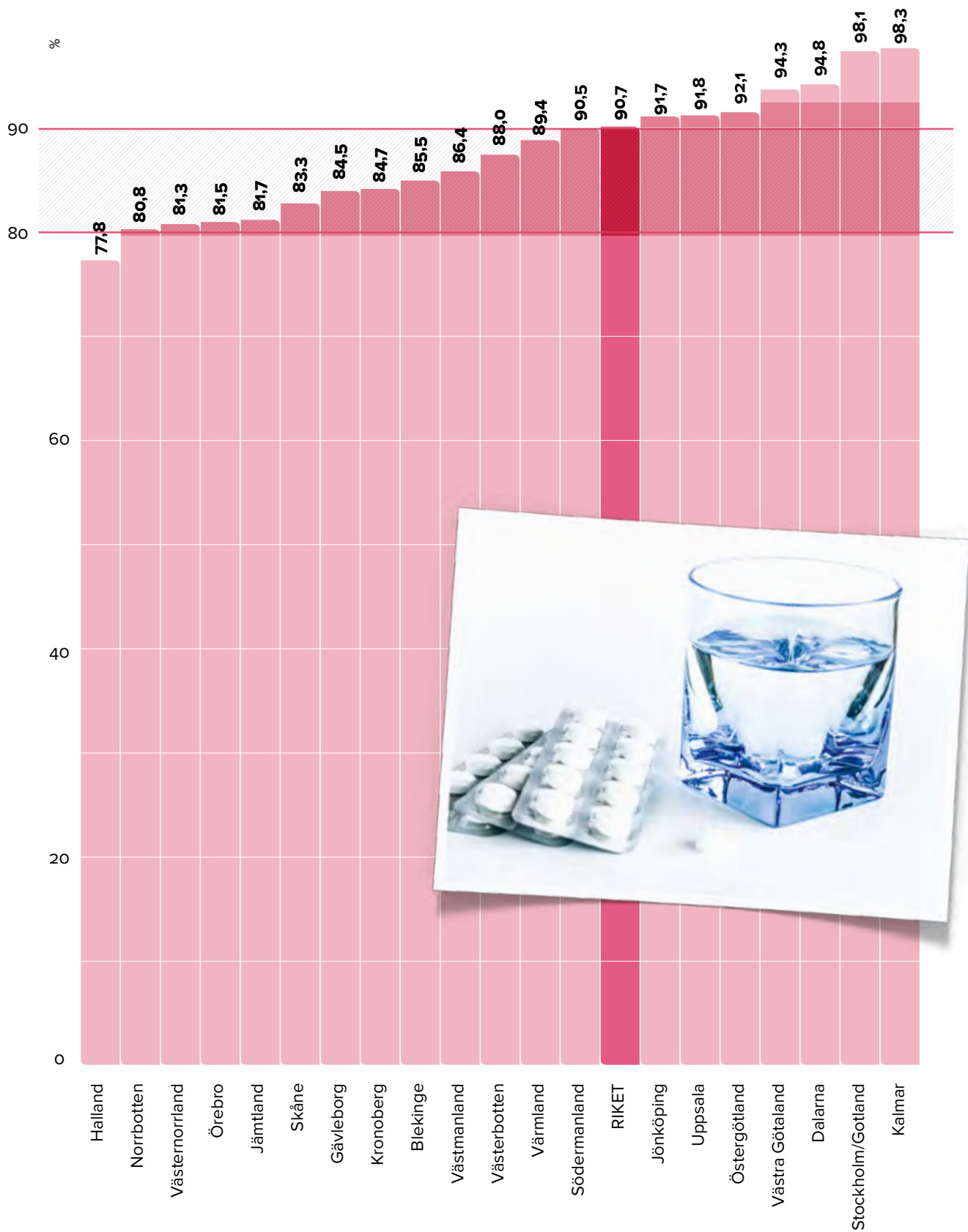


Carolina Ludvigsson, 51 år från Umeå. Mamma till en 19 årig son

”Jag var 34 år när jag fick diagnosen hormonberoende bröstcancer. Efter operation behandlades jag med strålning och tamoxifen, ett antihormonpreparat. Jag skulle få torra slemhinnor som gick att behandla och eventuellt utebliven mens. Jag hade aldrig föreställt mig vad som väntade. Det kändes som om att livslust och kraft rann ur mig.

Samlag blev en plåga, jag fick sämre tålamod med barnen. Min man och jag gick skilda vägar och jag stod inte ut längre. Eftersom det inte fanns några garantier på att medicinen skulle rädda mig, hoppade jag av behandlingen. Jag ville hellre ha ett liv medan jag levde.”

HORMONELL TILLÄGGSBEHANDLING



► Diagrammet visar andelen patienter med hormonberoende invasiv tumör som får hormonell tilläggsbehandling. Målet är mellan 80 och 90 procent behandlade.

KÄLLA: RAPPORT FRÅN NATIONELLA BRÖSTCANCERREGISTRET 2014

ALLA FÅR INTE DEL AV NYA LÄKEMEDEL

Målet för svensk cancerbehandling är att patienter i alla landsting ska få tillgång till ett nytt läkemedel högst två månader efter att det har godkänts i EU. Trots detta får inte alla kvinnor med en viss typ av bröstcancer tillgång till nya läkemedel som rekommenderas av Socialstyrelsen.

Mellan 10 och 15 procent av alla som insjuknar i bröstcancer har en typ av cancer som kallas HER2-positiv, en mer aggressiv cancer med ökad risk för spridning och återfall. Varje år avlider ungefär 1 500 kvinnor av spridd bröstcancer. Somliga kan leva i många år trots att canceren har spridit sig till

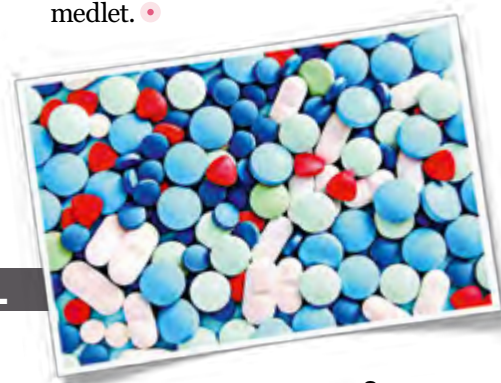
andra delar av kroppen. Det forskas på nya behandlingar som kan bromsa sjukdomsförloppet och förlänga överlevnaden.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancerbehandling från 2014 rekommenderas två relativt nya läkemedel, pertuzumab (Perjeta) och trastuzumab emtansin (Kadcyla), för behandling av spridd HER2-positiv bröstcancer. (4) Båda läkemedlen har visat sig ge en signifikant fördel i överlevnad jämfört med tidigare tillgängliga behandlingsalternativ och anses ge mindre besvärliga biverkningar.

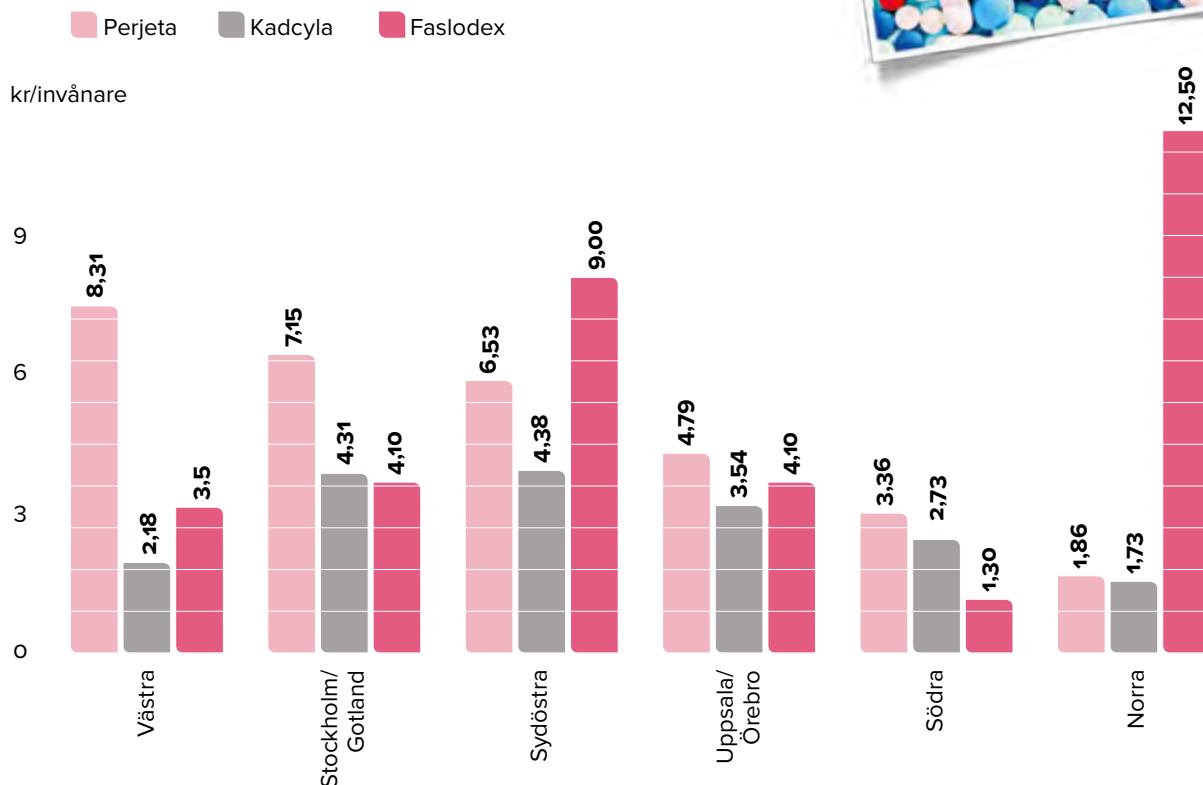
Förskrivningen av läkemedlen är mycket ojämnt fördelad över landet och skillnaderna är stora mellan å ena sidan Västra, Stockholm/Gotland och Sydöstra regionen, som förskriver mest, och å andra sidan

Norra regionen, som förskriver minst. Bostadsorten avgör således vilken behandling som erbjuds.

Majoriteten av dem som får spridd bröstcancer har tumörer som är hormonberoende. För att bromsa sjukdomsförloppet sätter man in en anti-hormonell behandling. Behandling med fulvestrant (Faslodex) har visat sig vara effektiv för denna typ av bröstcancer. Trots att läkemedlet har funnits i Sverige sedan 2004 är skillnaderna mellan regionerna fortfarande mycket stora när det gäller förskrivning av läkemedlet. •



FÖRSÄLJNING AV NYA BRÖSTCANCERLÄKEMEDEL



► Diagrammet visar värdet av försäljningen av bröstcancerläkemedlen Perjeta, Kadcyla och Faslodex dividerat med antalet invånare i respektive region under perioden 1 augusti 2014 till och med 31 juli 2015.

KÄLLA: IMS CHANNEL SPLIT

2 AV 6 NÅR INTE MÅLEN FÖR CYTOSTATIKABEHANDLING

Behandling med cytostatika vid bröstcancer som spridits till armhållans lymfkörtlar ökar chansen till överlevnad. I Sverige misslyckas fyra av sex regioner med att uppnå de nationella målen när det gäller andelen behandlade.

Behandling med cytostatika, det som i dagligt tal kallas cellgifter, rekommenderas i allmänhet vid bröstcancer med spridning till lymfkörtlarna i armhållan. Behandlingen rekommenderas även vid tumörer som har svag hormonell känslighet (ER-negativa tumörer). Cytostatikabehandling ges i allmänhet efter operation, men ibland även inför operationen med syftet att mins-

ka tumörens storlek och därmed underlätta ingreppet.

Cytostatika ges i allmänhet i fyra månader efter operationen och innebär stora påfrestningar för patienten, varför det är viktigt att väga in kvinnans allmänna hälsotillstånd för att avgöra om behandlingen är rimlig. Detta gör det svårt att slå fast lämpliga målnivåer, men i Sverige är ändå rekommendationen att mellan 80 och 90 procent av patienter med ER-negativa tumörer större än 10 millimeter eller med spridning till lymfkörtlarna bör erhålla cytostatikabehandling.

Fyra av sex regioner når upp till det lägre målvärdet när det gäller alla patienter men samtliga regioner överträffar målvärdena

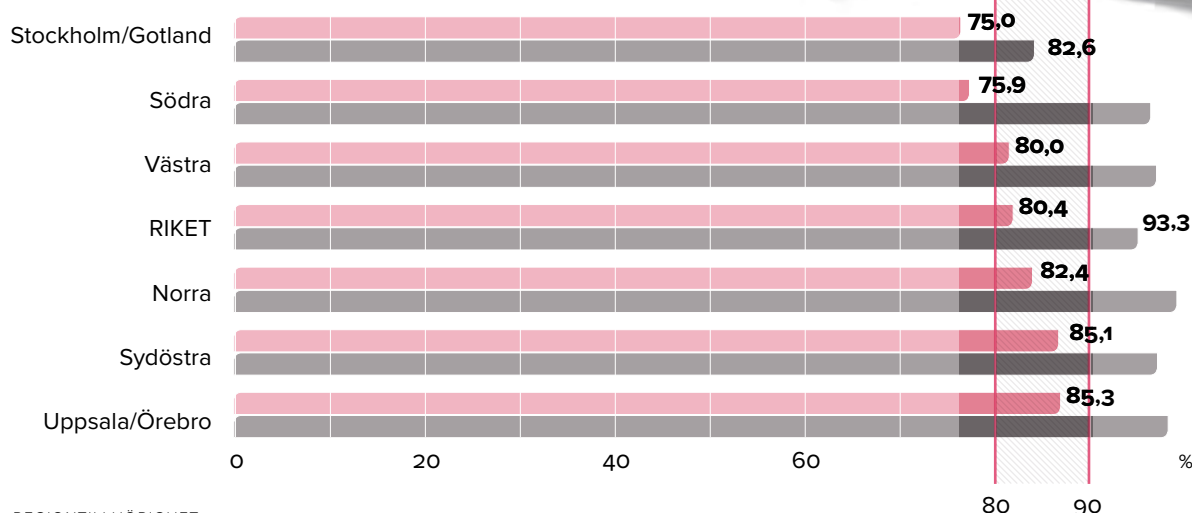
när det gäller patienter 65 år eller yngre. Den yngre gruppen kvinnor särredovisas eftersom de i allmänhet, bortsett från sin cancer, är generellt sett friskare än äldre kvinnor och därmed har bättre förutsättningar att klara av en cytostatikabehandling.



CYTOSTATIKABEHANDLING

■ Alla åldrar

■ Upp till 65 år



REGIONTILLHÖRIGHET

VÄSTRA: SJUKHUSEN I VÄSTRA GÖTALAND SAMT VARBERGS LASARETT

UPPSALA/ÖREBRO: SJUKHUSEN I UPPSALA, ÖREBRO, VÄRMLAND, DALARNA OCH GÄVLEBORGS LÄN

SÖDRA: SJUKHUSEN I KRONOBERG, BLEKINGE OCH SKÅNE SAMT HALMSTAD LASARETT

SYDÖSTRA: SJUKHUSEN I ÖSTERGÖTLAND, JÖNKÖPING OCH KALMAR LÄN

STOCKHOLM/GOTLAND: STOCKHOLMSSJUKHUSEN SAMT VISBY LASARETT

NORRA: SJUKHUSEN I VÄSTERNORRLAND, JÄMTLAND, VÄSTERBOTTEN OCH NORRBOTTEN

► Diagrammet visar andelen patienter med ER-negativ bröstcancer med en tumörstorlek över 10 millimeter som fått cytostatikabehandling efter operation. Kvinnor 65 år och yngre behandlas i betydligt större utsträckning än äldre.

KÄLLA: RAPPORT FRÅN NATIONELLA BRÖSTCANCERREGISTRET 2014

BRO:S 7 KRAV

för förbättrad bröstcancer vård:

Det nationella målet är att minst 75 procent av alla bröstcancerpatienter ska opereras inom sex veckor efter första kontakt. **BRO ställer krav på de nio landsting som inte når upp till det nationella målet att snarast redovisa vilka åtgärder de har vidtagit, eller ska vidta för att klara målet.**

Det nationella målet är att minst 70 procent av alla kvinnor med invasiv bröstcancer och tumörer som är mindre än 30 millimeter ska få bröstbevarande kirurgi. **BRO ställer krav på de landsting, vars sjukhus inte når upp till det nationella målet, att snarast redovisa vilka åtgärder de har vidtagit, eller ska vidta för att klara målet.**

Det nationella målet är att minst 90 procent av patienterna med spridning till lymfkörtlarna ska strålas efter mastektomi (borttagning av hela bröstet). Ingen region når målet. **BRO ställer därför krav på samtliga landsting att redovisa vilka åtgärder de har vidtagit, eller ska vidta för att klara målet.**

Det nationella målet är att mellan 80 och 90 procent av kvinnorna med hormonpositiv bröstcancer ska få hormonhämmande läkemedel. Alla utom två landsting klarar målet. **BRO förväntar sig att de två landsting som inte når upp till det nationella målet snarast vidtar åtgärder för att klara målet.**

Var tredje kvinna med hormonpositiv bröstcancer avslutar behandlingen i förtid. Det ökar dramatiskt risken för återfall och att kvinnorna ska avlida av spridd bröstcancer. **BRO ställer krav på samtliga landsting att de ska ta fram en plan för hur de ska följa upp dessa kvinnor under pågående behandling och minska avhoppet.**

Förskrivningen av godkända läkemedel för spridd bröstcancer varierar kraftigt mellan regionerna. **BRO kräver att gruppen med spridd bröstcancer följs upp via register för att minska skillnaderna.**

Bara fyra av sex regioner klarar målvärdet vad gäller cytostatikabehandling för icke hormonkänslig bröstcancer och skillnaderna inom landet är stora. **BRO kräver att de landsting som ligger under målet skall redovisa vilka åtgärder som vidtagits eller ska vidtas för att jämna ut skillnaderna.**

(1) Socialstyrelsen och Cancerfonden: Cancer i siffror 2013

(2) Rapport från Nationella Bröstcancerregistret 2014

(3) Wigertz et al: Adherence and discontinuation of adjuvant hormonal therapy in breast cancer patients: a population-based study, Breast Cancer Research and Treatment, May 2012, Volume 133, Issue 1, pp 367-373

(4) Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer vård 2014