

Brystbevarende operasjon for kvinner diagnostisert med brystkreft	
1. Definisjon	Indikatoren viser andel av pasienter med brystkreft som fikk brystbevarende operasjon.
2. Sektor	Spesialisthelsetjenesten
3. Fagområde	Somatisk helsetjeneste
4. Type	Prosess
5. Dimensjon av kvalitet	Tilgjengelig og rettferdig fordelt
6. Måleområde	Praksisvariasjon
Godkjenning	
7. Dato publisert første gang	26.04.2018
8. Revisjonshistorikk	1.0 - april 2018: Etablert som nasjonal kvalitetsindikator. 2.0 - november 2023: Revisjon i forbindelse med overføring til ny mal.
Faglig begrunnelse/målsetting	
9. Begrunnelse for valg	Det er de siste årene dokumentert i både nasjonale og internasjonale studier at brystbevarende operasjon gir minst like god prognose som fjerning av hele brystet (mastektomi). Det er et mindre omfattende inngrep enn mastektomi, gir mindre besvær i etterkant for pasienten (kan gjøres dagkirurgisk og behov for sykmelding er kortere enn ved mastektomi), og det er sjeldent behov for primær eller sekundær rekonstruksjon med protese eller eget vev. Å bevare eget bryst gir det beste kosmetiske resultat på lang sikt og sensibiliteten og mulighet for amming i aktuell aldersgruppe bevares. Andel brystbevarende inngrep har tidligere vært lavere i Norge enn i de andre skandinaviske land. EUSOMAs kvalitetsindikator ble endret til 85% i 2017 og vi har nå en moderat måloppnåelse på 83%. Det er ikke et mål at alle pasienter skal kunne tilbys brystbevarende operasjon fordi noen har svært store svulster i forhold til brystets størrelse eller svulster spredt over et større område av brystet. Etter brystbevarende operasjon, skal alle pasienter ha strålebehandling mot brystet. Det er noen få pasienter som ikke ønsker, eller egner seg for strålebehandling og disse skal ikke ha brystbevarende operasjon.
10. Målsetting	Det er et mål at minst 85 % av brystkreftpasienter får brystbevarende operasjon, når tumorstørrelse er mellom 0 og 30 millimeter. Målsettingen gjelder ikke for pasienter med flere svulster eller som har fått forhåndsbehandling med cellegift eller stråling.
11. Begrepsavklaringer	Neoadjuvant behandling Forbehandling før et behandlingstiltak, her behandling med cellegift eller stråling, før operasjon. Multifokalitet Flere enn en svulst i brystet. Opptaksområde De geografiske områdene som helseforetakene og sykehusene har ansvar for å betjene.
Beregning av indikator	
12. Hovedmåltall	Måltall 1: Andel brystkreftpasienter som får brystbevarende operasjon når tumorstørrelse er mellom 0-30mm og når neoadjuvant behandlede er ekskludert. Teller: Antall brystkreftpasienter (diagnosekode C50) som har fått brystbevarende operasjon når tumorstørrelse er mellom 0-30mm, ekskludert pasienter som har fått neoadjuvant behandling. Nevner: Totalt antall brystkreftpasienter (diagnosekode C50) med tumorstørrelse mellom 0-30mm som har fått mastektomi eller brystbevarende kirurgi, ekskludert neoadjuvant behandlede.
13. Andre måltall	
14. Klassifikasjoner og kodeverk	ICD-10 diagnosekoder.
15. Presiseringer rundt utvalg	Pasienter som inngår i beregningsgrunnlaget for indikatoren har ikke flere enn en tumor, tumor kan ikke måle over 30 millimeter, pasienten kan ikke ha fått cellegift eller strålebehandling før operasjon, og pasienten kan ikke ha vært behandlet for brystkreft tidligere. Regionalt helseforetak, helseforetak og opptaksområde. Det er kun førstegangs diagnoser som er med i beregning av indikatoren.
16. Teknisk beregning og bearbeiding av datagrunnlag	Andelen kvinner som fikk brystbevarende kirurgi hvor tumorstørrelse er mellom 0-30 mm beregnes i forhold til alle kvinner som fikk mastektomi eller brystbevarende kirurgi. Kvinner som har blitt neoadjuvant behandlet, har multifokale svulster eller tidligere har fått en

	brystkreftdiagnose er ekskludert. Indikatoren regnes per år, hvor kvinnen er operert innenfor dette året. Kvalitetssikring av data gjøres som en integrert del av kode- og registreringsprosessen. I tillegg bidrar følgende eksempler med å sikre datakvaliteten i Kreftregisteret: • Flere uavhengige kilder rapporterer inn opplysninger. • Opplysningene rapporteres inn på flere tidspunkter i sykdomsforløpet. • Medarbeiderne har unik kompetanse på koding av krefttilfeller i henhold til Kreftregisterets egen kodebok og internasjonale kodeverk. • IT-systemene har regler og sperrer for ulogiske kombinasjoner, feilaktige opplysninger med mer. • Kreftregisteret gjør analyser og kontrollkjøringer som avdekker inkonsistens i dataene. • Datauttrekk til forskere gir mulighet til å kontrollere et mindre datasett av opplysninger som kan avdekke enkeltfeil (for eksempel feiltasting av sykehuskoder) eller systematiske ulikheter som skyldes ulik tolkning av kodeverk og regler. For behandlingssteder der det er mindre enn 30 pasienter som ble diagnostisert det aktuelle året, blir ikke resultater publisert.
17. Nivå for publisering	Nasjonalt, regionalt helseforetak og helseforetak.
Datainnsamling/datakilde	
18. Datakilde(r)	Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft (hører til Kreftregisteret).
19. Publiseringsfrekvens	Tertialvis
20. Lovhjemmel	Helseregisterloven av 01.01.15 nr. 4 § 116 ⁸ og Kreftregisterforskriften § 1-37 ⁹ .
Tolkning av tallene	
21. Sammenlignbarhet over tid og sted	Estimatene er sammenlignbare under forutsetning av lik alder-, kjønn- og sykdomsutbredelse (stadiefordeling) for pasientene i gruppene man sammenligner.
22. Feilkilder og usikkerhet	Faktorer knyttet til datakvalitet, som forskjeller i komplettethet i registrering, kan påvirke tall for behandlede og være med på å forklare noe av variasjonen.
23. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Noen pasienter som egner seg for brystbevarende operasjon vil selv ønske mastektomi i stedet. Dette fordi de ikke ønsker strålebehandling og det er lang reisevei til sykehus som kan gi strålebehandling. Noen kvinner er redd for lokalt residiv dersom ikke hele brystet fjernes, andre kvinner ønsker å fjerne hele det «syke» organet (=brystet). Pasientene kan selv velge type operasjon og målet er derfor ikke 100% brystbevarende operasjoner ved tumormål under 30mm. Faktorer som kan være med på å forklare variasjoner i tillegg til forskjeller i registrering kan være: • Faktorer knyttet til svulsten, som utbredelse ved diagnosetidspunkt, svulstens biologiske egenskaper (reseptorstatus og HER2) og SN-status. • Faktorer knyttet til pasienten selv, som alder, komorbiditet (flere ulike sykdommer samtidig hos samme person) og sosial status. • En forutsetning for brystbevarende kirurgi er at brystet strålebehandles og at det er frie reseksjonskanter etter operasjon. • Brystets størrelse. Dersom brystet er lite, vil brystbevarende operasjon være vanskelig å få til teknisk sett. • Boost-bestråling til kvinner under 50 år der det er gjort et onkoplastisk inngrep. Det kan være vanskelig å gjenfinne akkurat korrekt område for hvor den opprinnelige tumor var lokalisert i brystet. • Multifokalitet som ikke har vært synlig ved billediagnostikk preoperativt eller som erkjennes etter operasjon. Det er usikkert hvor mange pasienter som kan ha en udiagnostisert multifokal sykdom. • Noen svulster vil ved preoperativ utredning anses å være større enn 30mm, og mastektomi vil kunne bli anbefalt dersom brystet er lite. På den annen side kan noen svulster vise seg å være større enn 30mm histologisk etter operasjon, og rereseksjon eller mastektomi kan bli nødvendig som et inngrep nr. 2. Billediagnostisk utredning gir ikke alltid korrekt informasjon om endelig histologisk utbredelse.
Publisering	
24. Publiseringsarenaer	Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) - Helsedirektoratet
Referanser	
25. Referanser	1. Peer Christiansen, Stina Lyck Carstensen, Bent Ejlersen, Niels Kroman, Birgitte Offersen, Anne Bodilsen Maj-Britt Jensen. Breast conserving surgery versus mastectomy: overall and relative survival—a population based study by the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). ACTA ONCOLOGICA, 2018 VOL. 57, NO. 1, 19–25. 2. Johns N, Dixon JM. Should patients with early breast cancer still be offered the choice of breast conserving surgery or mastectomy? Eur J Surg Oncol. 2016;42:1636–1641.

- | | |
|--|---|
| | <p>3. van Maaren MC, de Munck L, Jobsen JJ, et al. Breast-conserving therapy versus mastectomy in T1-2N2 stage breast cancer: a population-based study on 10-year overall, relative, and distant metastasis-free survival in 3071 patients. <i>Breast Cancer Res Treat.</i> 2016;160:511–521.</p> <p>4. Agarwal S, Pappas L, Neumayer L, et al. Effect of breast conservation therapy vs mastectomy on disease-specific survival for early-stage breast cancer. <i>JAMA Surg.</i> 2014;84132: 1–8.</p> <p>5. Hwang ES, Lichtensztajn DY, Gomez SL, et al. Survival after lumpectomy and mastectomy for early stage invasive breast cancer: the effect of age and hormone receptor status. <i>Cancer.</i> 2013;119:1402–1411.</p> <p>6. Hartmann-Johnsen OJ1, Kåresen R, Schlichting E, Nygård JF. Survival is Better After Breast Conserving Therapy than Mastectomy for Early Stage Breast Cancer: A Registry-Based Follow-up Study of Norwegian Women Primary Operated Between 1998 and 2008 <i>Annals of Surgical Oncology.</i> 2015 Mar 6. [Epub ahead of print].</p> <p>7. Hofvind S, Holen Å, Aas T, Roman M, Sebuødegård S, Akslen LA. Women treated with breast conserving surgery do better than those with mastectomy independent of detection mode, prognostic and predictive tumor characteristics. <i>Eur J Surg Oncol.</i> 2015 Jul 17. [Epub ahead of print].</p> <p>8. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven):
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43</p> <p>9. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret (Kreftregisterforskriften):
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1477</p> |
|--|---|