

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: Kvalitetsindikatordefinisjon

Brystbevarende operasjon for kvinner diagnostisert med brystkreft	
1. Definisjon	Indikatoren viser andel av pasienter med brystkreft som fikk brystbevarende operasjon. Kun pasienter som ikke har mer enn en tumor, og tumor som ikke måler over 30 millimeter inkl. DCIS komponent, inngår i beregningsgrunnlaget. Pasienten kan heller ikke ha fått cellegift eller hormonbehandling før operasjon, eller vært behandlet for brystkreft tidligere.
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste
3. Fagområde	Somatisk helsetjeneste, kreft og brystkreft
4. Type	Prosess
5. Dimensjon av kvalitet	Tilgjengelig og rettferdig fordelt
6. Måleområde	Retningslinjer og behandlingsforløp
Godkjenning	
7. Dato publisert første gang	April 2018
8. Revisjonshistorikk	1.0: Publisert i april 2018 2.0: September 2025 - målsetting endret fra ≥ 85 prosent til ≥ 90 prosent (saksnr. 24/15262-42).
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 (1-9). 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). Å bevare eget bryst gir det beste kosmetiske resultat på lang sikt med bevart sensibilitet og mulighet for amming i aktuell aldersgruppe kan ofte bevares. Andel brystbevarende inngrep har tidligere vært lavere i Norge enn i de andre skandinaviske land. EUSOMAs kvalitetsindikator ble endret fra 85 prosent til 90 prosent i 2023(10). Det er ikke et mål at alle pasienter skal opereres med brystbevarende operasjon. Hos noen pasienter er svulstens størrelse i forhold til brystets størrelse for stor til at det kan bli kosmetisk akseptabelt resultat. 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 90 prosent av brystkreftpasientene opereres med brystbevarende operasjon, når tumorstørrelse er mellom 0 og 30 millimeter. Målsettingen gjelder ikke for pasienter med flere svulster i brystet eller som har fått neoadjuvant behandling med cellegift eller hormoner før operasjon. Målsettingen ble endret i 2023. Før 2023 var målsettingen satt til minst 85 prosent (11).
11. Begrepsavklaringer	Neoadjuvant behandling: Forbehandling før et behandlingstiltak, her behandling med cellegift eller hormoner før operasjon. Multifokalitet: Flere enn en svulst i brystet.
Beregning av indikator	
12. Hovedmåltall	Hovedmåltall: Andel brystkreftpasienter som får brystbevarende operasjon når tumorstørrelse er mellom 0 og 30 millimeter og når neoadjuvant behandlede og multifokale er ekskludert. Teller/ Utvalg i fokus: Brystkreftpasienter som har fått brystbevarende operasjon når tumorstørrelse er mellom 0 og 30 millimeter, ekskludert pasienter som har fått neoadjuvant behandling og pasienter med multifokalitet. Nevner/ Sammenligningsgrunnlag: Alle brystkreftpasienter med tumorstørrelse mellom 0 og 30 millimeter som har fått mastektomi eller brystbevarende kirurgi, ekskludert neoadjuvant behandlede og pasienter med multifokalitet.
13. Andre måltall	
14. Klassifikasjoner og kodeverk	ICD-10 diagnosekoder.
15. Presiseringer rundt utvalg	Det er kun førstegangs diagnoser som er med i beregning av indikatoren. Videre inngår kun pasienter som ikke har mer enn en tumor, og tumor som ikke måler over 30 millimeter inkl. DCIS komponent, i beregningsgrunnlaget. Pasienten kan heller ikke ha fått cellegift eller hormonbehandling før operasjon, eller vært behandlet for brystkreft tidligere.
16. Teknisk beregning og bearbeiding av datagrunnlag	Andelen kvinner som fikk brystbevarende operasjon hvor tumorstørrelse er mellom 0-30 mm beregnes i forhold til alle kvinner som fikk mastektomi eller brystbevarende operasjon. 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.

	Behandlingssted med manglende rapportering blir purret av Kreftregisteret. Det er høy dekningsgrad for brystkreftpasienter i Kreftregisteret. Manglende klinisk rapportering av brystbevarende operasjoner blir purret til sykehuset som utførte operasjonen. Rapporteringsgraden for melding om kirurgisk behandling av brystkreft er høy.
17. Nivå for publisering	Nasjonalt, RHF og HF med bakgrunn i opptaksområdet til sykehuset. Analysen tar dermed utgangspunkt i pasientenes bosted ved diagnosetidspunktet
Datainnsamling/datakilde	
18. Datakilde(r)	Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft er datakilde. Kvalitetsregisteret hører til Kreftregisteret ved FHI. Dataene er registrert i Kreftregisteret og kildene til Kreftregisterets tall er patologiremisser innsendt fra patologilaboratoriene, kliniske meldinger rapportert av klinikere, dødsattester fra Dødsårsaksregisteret, stråledata fra alle landets strålesentre og cellegift fra sykehusenes fagsystemer (cytodose eller CMS).
19. Publiseringsfrekvens	Årlig
20. Lovhjemmel	Lovhjemmel er Helseregisterloven av 01.01.15 nr. 4 § 11 (12) og Kreftregisterforskriften § 1-3 (13).
Tolkning av tallene	
21. Sammenlignbarhet over tid og sted	Estimatene er sammenlignbare under forutsetning av lik alder 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 kurativ behandlede og være med på å forklare noe av variasjonen.
23. Særsilt 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 tilbakefall 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 i alder, komorbiditet (flere ulike sykdommer samtidig hos samme person) og sosioøkonomisk status. • En forutsetning for brystbevarende operasjon er at brystet strålebehandles og at det er frie reseksjonskanter etter operasjon. • Brystets størrelse. Dersom brystet er lite og svulsten er stor, vil brystbevarende operasjon ikke gi et kosmetisk tilfredsstillende resultat. • Multifokalitet som ikke har vært synlig ved billeddiagnostikk 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 mindre enn 30mm og kunne bli anbefalt mastektomi 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. Regionalt helseforetak og helseforetak er definert ut fra pasientens bostedskommune eller bydel og de geografiske områdene som helseforetakene har ansvar for å betjene. Det betyr med andre ord at det er helsetjenesten til pasienter i et geografisk område som blir målt, ikke helsetjenesten som ytes ved et behandlingssted eller foretak, selv om dette ofte er sammenfallende. Ved å bruke denne definisjonen kan man også se bort ifra at noen helseforetak får henvist pasienter som har en mer utbredt kreftsykdom enn andre.
Publisering	
24. Publiseringsarenaer	Helsedirektoratet.no , fhi.no , Cancer in Norway, NORDCAN og Kvalitetsregistre.no
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.

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. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;160:511–521.
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. *JAMA Surg.* 2014;84132: 1–8.
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. *Cancer.* 2013;119:1402–1411.
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 *Annals of Surgical Oncology.* 2015 Mar 6. [Epub ahead of print].
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. *Eur J Surg Oncol.* 2015 Jul 17. [Epub ahead of print].
8. Jana de Boniface, Robert Szulkin, and Anna LV Johansson. Survival after breast conservation vs mastectomy adjusted for comorbidity and socioeconomic status: A swedish national 6-year follow-up of 48 986 women. *JAMA surgery,* 2021.
9. De la Cruz Ku, Gabriel, et al. "Does breast-conserving surgery with radiotherapy have a better survival than mastectomy? A meta-analysis of more than 1,500,000 patients." *Annals of Surgical Oncology* 29.10 (2022): 6163-6188.
10. Isabel T Rubio, Lorenza Marotti, Laura Biganzoli, Cynthia Aristei, Alexandra Athanasiou, Christine Campbell, Fatima Cardoso, Maria Joao Cardoso, Charlotte E Coles, Manuela Eichler, et al. Eusoma quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update. *European Journal of Cancer,* 198:113500, 2024.
11. Cancer in Norway – Kreft (Kreftregisterets årlige rapport med komplette forekomstdata); <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/>
12. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven); <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
13. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Kreftregisteret (Kreftregisterforskriften); <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-21-1477>