

Redegørelse vedr. mammografiscreeningen i Region Syddanmark

1. Indledning

Det kan konstateres, at mammografiscreeningen i Region Syddanmark beklageligvis er blevet forsinket i forhold til den oprindelige tidsplan, hvor den første screeningsrunde var forventet gennemført inden udgangen af 2009.

Med baggrund i denne konstaterede forsinkelse indeholder dette notat en nærmere redegørelse for organiseringen af mammografiscreeningen i Region Syddanmark med fokus på hvilke initiativer, der er taget, og kan tages for at sikre at første screeningsrunde kommer i mål, og der fremadrettet sikres en mere stabil drift.

I forlængelse af forsinkelsen har der i Fyns Stiftstidende været rejst kritik af Region Syddanmarks forsinkelse af mammografiscreeningerne samt regionens strategi for rekruttering af udenlandske læger, herunder regionens brug af private rekrutteringsfirmaer. I de konkrete situationer - hvor regionen har benyttet det private rekrutteringsfirma "Medicotruster" (ejet af tidligere regionsrådsmedlem Otto Lück) - er det ligeledes blevet kritiseret.

Samtlige tre kritikpunkter adresseres i dette notat og medfølgende bilag.

2. Baggrund for indførelse af mammografiscreening

Folketinget vedtog i 1999 en ændring af lov om sygehusvæsenet, som forpligtigede de daværende amter og H:S til at indføre mammografiscreening senest i 2010. I forlængelse af kræftplan II blev regeringen og Dansk Folkeparti enige om at fremrykke denne frist for udbredelse af mammografiscreening til kvinder i aldersgruppen 50-69 år til opstart i 2007.

I tilknytning til beslutningen om at indføre mammografiscreening er det generelt vigtigt at bemærke, at der i de faglige kredse fra 1990'erne og frem løbende har været en diskussion om berettigelsen af at indføre screeningen.

I Kræftplan II i 2005 blev det således generelt konstateret, at man fra Sundhedsstyrelsen fortsat anbefalede at der indførtes screening hvert andet år for kvinder i alderen 50-69 årige. Anbefalingen er sket ud fra en samlet afvejning af fordele og ulemper.

Fordele og ulemper ved mammografiscreening

At der dog ikke er lægefaglig konsensus om den samlede gevinst af mammografiscreening fremgår bl.a. af Det Nordiske Cochrane Centers¹ (Gøtzsche m. fl. 2008) gennemgang af eksisterende forskning på området.

¹ Det Nordiske Cochrane Center er et uafhængigt forsknings- og informationscenter – der bl.a. har til opgave at tilvejebringer systematisk opsummering af alle velgennemførte kliniske forsøg med henblik på at give patienter, læger og andre beslutningstagere mulighed for at tage kvalificeret stilling til fordele og ulemper ved en behandling. Centret udarbejder bl.a.

Ud fra eksisterende forskning tegner der sig et mere nuanceret billede af fordele og ulemper ved mammografiscreening, end det billede der tegnes af mammografiscreening i eksempelvis Kræftens Bekæmpelses brochure.

I Cochrane-undersøgelsen konkluderes det, at hvis man screener 2000 kvinder regelmæssigt gennem 10 år vil:

- én af kvinderne have gavn af screeningen, idet hun vil undgå at dø af brystkræft mens
- ti raske kvinder som følge af screeningen unødigt bliver betragtet og behandlet som kræftpatienter. Disse kvinder får fjernet enten en del af brystet eller hele brystet, og får også tit stråleterapi og i nogle tilfælde kemoterapi
- 200 raske kvinder vil desuden opleve falsk alarm

På baggrund af undersøgelsens resultater er der udarbejdet en "alternativ" informationsfolder vedr. mammografiscreening, som både fortæller om de gavnlige virkninger af screeningen og som beskriver skadesvirkningerne.

Mammografiscreening er lovbestemt

Uanfægtet en fortsat faglig diskussion om fordele og ulemper ved mammografiscreening, herunder om screening påvirker dødeligheden i den samlede population, er der dog ingen tvivl om, at regionen er forpligtiget til at tilbyde mammografiscreening til alle kvinder i aldersgruppen 50-69 år. Der er derfor også regionens opgave at sikre, at dette sker.

3. Organisering af brystkræftscreeningen i Region Syddanmark

Med baggrund i ovenstående landsdækkende beslutninger blev der i 2005 nedsat en arbejdsgruppe i Region Syddanmark, der fik til opgave at beskrive forslag til organisering af udbredelsen af mammografiscreeningen i regionen. Forberedelsesudvalget godkendte på møde den 11. maj 2006 arbejdsgruppens forslag til organisering og den videre implementeringsplan.

Pr. 1.9.2007 blev der igangsat screening i en mobil enhed i Jylland og pr. 1.1.2008 blev denne ordning gjort fuldt dækkende for regionen med igangsættelse af yderligere 2 mobile enheder i Jylland. Hertil kommer den mobile enhed på Fyn og mammograficentret på OUH, som gennem mere end 15 år har screenet kvinderne på Fyn.

De mobile enheder er delvist bemandede med screeningsassistenter, der er uddannet i et samarbejde med Region Midtjylland, og bemanningen i de mobile enheder i Jylland udgår fra de tre brystkræftcentre i Esbjerg, Aabenraa og Vejle. På hver af de mobile enheder er der ansat minimum én radiograf/sygeplejerske.

oversigter baseret på en grundig søgning efter relevante kliniske forsøg, en kvalitetsvurdering af de enkelte forsøg og en opsummering af resultaterne. Oversigterne opdateres løbende og offentliggøres elektronisk i Cochrane-biblioteket.

Organisatorisk er screeningen i Jylland dels koblet op på screeningsenheden på OUH, som har ansvar for planlægning af screeningen og indkaldelse af kvinderne til screening, og dels på de lokale 3 brystkræftenheder i Jylland, som har personaleansvaret for personalet i de mobile enheder. På Fyn har screeningsenheden på OUH det samlede ansvar for screeningen.

De mobile enheder parkeres strategiske steder i regionen, hvor der er oprettet standere, så enhederne kan tilsluttes, el, vand og regionens datanet. Der er således IT opkobling til de brystkræftenheder, hvor radiologerne skal vurdere screeningsbillederne og også til den centrale enhed på OUH, der vurderer billederne 2. gang og planlægger screeningen.

Kort om trinene i mammografiscreeningsprocessen

- Kvinderne får via mammograficentret i Odense invitation til screening i busserne eller på centret i Odense. Radiografer eller andet specialuddannet personale (screeningsassistenter), foretager screeningen, som består af 2 billeder af hvert bryst. Hver screeningsenhed vil kunne foretage op til 12 screeninger i timen.

Busserne bliver efter nærmere fastlagt plan flyttet rundt mellem udvalgte byer i regionen med henblik på tilgængelighed af tilbuddet for kvinderne.

- Efter billederne er taget sendes de fra screeningsbusserne til de lokale radiologiske afdelinger og til mammograficentret på OUH. Billederne gennemgås af to uafhængige radiologer. De lokale radiologiske afdelinger foretager 1.granskningen og OUH foretager 2-granskningen.
- Efter undersøgelsen modtager kvinderne et brev med svar på screeningsundersøgelsen
- Hvis billederne giver mistanke om noget unormalt indkaldes kvinderne til nærmere undersøgelse på sygehuset. Undersøgelserne er ganske ressourcekrævende og beslaglægger typisk radiologtid og radiograftid samt patologbistand. Undersøgelsen varer typisk ½ time.

De supplerende undersøgelser består typisk af en klinisk undersøgelse, mammografi og/eller ultralydsscanning samt en nålebiopsi. Erfaringer viser, at ca. 2-3 pct. af kvinderne, som screenes, indkaldes til supplerende undersøgelser.

- Hvis de supplerende undersøgelser indikerer at der er tale om brystcancer, henvises kvinden som hovedregel til operation, primært i form af brystbevarende operation. Ved behov sker der herefter henvisning til efterbehandling i form af stråle- eller kemoterapi.

Erfaringer viser, at ca. halvdelen af de kvinder, der indkaldes til supplerende undersøgelse, efterfølgende bliver henvist til operation.

Aktivitet

Det totale antal i målgruppen er ca. 146.000, hvilket svarer til at der årligt skal indkaldes ca. 73.000 kvinder. Primo 2010 mangler der at blive indkaldt ca. godt 38.000 kvinder, hvilket svarer til ca. 30.000 screeninger.

Deltagerprocenten i de inviterede screeninger har været høj og som forventet – mere end 80 %, hvilket bl.a. kan tilskrives nærheden til tilbuddet via de mobile enheder. Den efterfølgende andel af kvinder, der har skullet udredes, dvs. kvinder, hvor screeningen har vist forandringer, som kræver nærmere udredning, er også på det forventede niveau, som nævnt ca. 2-3 pct.

4. Årsager til forsinkelse

Årsagerne til forsinkelsen skal findes i en kombination af flere omstændigheder. Strejken i 2008 blandt sundhedspersonalet har medført en tabt produktion på ca. 10 uger, som ikke uden videre har kunnet indhentes. Herudover har der været tekniske problemer med udstyret i busserne, som også har været medvirkende til en nedsat produktion i busserne.

Dertil kommer, at der i perioden har måttet konstateres vanskeligheder ved at fastholde og rekruttere det sundhedsfaglige personale, som indgår i screeningsarbejdet. Det gælder både for de speciallæger, som skal varetage granskningen af billederne og det personale (screeningsassistenter), som varetager selve billedtagningen.

5. Igangsatte tiltag

Opgavejustering i mammograficentret OUH mhp. at afhjælpe speciallægemanglen

Det har i det meste af screeningsperioden været problemer med vakante stillinger på radiologsiden på mammograficentret, OUH, som betyder, at det i perioder ikke har været muligt at køre fuldt program i screeningsbusserne, idet ressourcerne til at foretage 2-granskningen ikke har været tilstrækkelige.

Med henblik på at frigøre flere lægelige ressourcer på mammograficentret på OUH til at foretage 2-granskningen blev der i midten af 2009 foretaget en organisatorisk omrokering, således at de udredningsmammografier, som udløses af mammografiscreeningen, nu foretages på billeddiagnostisk afdeling, og ikke på mammograficentret. Samtidig er der oprettet en telemedicinsk løsning med en radiolog, der arbejder med 2-granskning hjemmefra svarende til 3 dage om ugen.

Rekrutteringstiltag

Speciallæger inden for radiologi er p.t. en knap ressource i hele EU, og særligt læger med specialkompetencer inden for det mammaradiologiske område er en mangelvare.

Mammograficentret, OUH har siden efteråret 2008 arbejdet intenst på at rekruttere kvalificerede mammaradiologer til de vakante stillinger. Dette er sket via forskellige kanaler, bl.a. er der indgået aftale med firmaet Medrek om en særlig målrettet rekrutteringskampagne overfor læger i Sverige, Norge, Finland, Tyskland og England.

I samarbejde med regionens HR-afdeling har mammograficentret også søgt løsninger gennem regionens fælles projekt for rekruttering af udenlandsk personale, herunder via samarbejdet med Work In Denmark (WID) (en enhed under beskæftigelsesministeriet).

Disse rekrutteringsaktiviteter har i løbet af 2009 ført til 5 henvendelser fra interesserede kandidater, men har desværre endnu ikke givet resultat i form af en ansættelse. Der er en forventning om, at regionens egne aktiviteter i samarbejde med WID vil kunne levere et positivt resultat, især fordi WID har et professionelt netværk i hele EU.

Senest har der i løbet af december 2009 meldt sig en mulig egnet kandidat, som mammograficentret er i gang med at undersøge nærmere. Kontakten er etableret via firmaet Paragona, og det forventes at der kan komme en afklaring om mulig ansættelse og samarbejde med Paragona i uge 6.

. Det betyder derfor også at rekruttering af udenlandske speciallæger bestemt ikke er en enkelt proces, og der kan således være langt fra præsentation af et CV til endelig ansættelse på et dansk sygehus. Der kan her peges på flere barrierer og udfordringer, som skal overvindes i rekrutteringsprocessen.

Det skal sikres, at kandidaten har de rette kvalifikationer og kompetencer. Det kan i løbet af processen vise sig, at disse alligevel ikke helt stemmer overens med afdelingens krav. Dette kan ofte være et udtryk for at formidlingsopgaven omkring kompetencer, vilkår, kultur og gensidige forventninger er ganske vanskelig. En anden barriere er spørgsmålet om løn og det danske skattetryk, som i sidste ende kan forhindre udenlandske læger i at acceptere et jobtilbud, når den endelige beslutning om immigration skal tages.

Når det drejer sig om rekruttering af læger fra 3. lande skal Sundhedsstyrelsens regler for autorisation også iagttages. Der er krav om længere prøveansættelsesforløb og individuel evaluering, før der kan opnås ret til selvstændigt virke og speciallægeautorisation. De danske afdelinger vil således her skulle indkalkulere en uddannelsesforpligtigelse, hvilket i akutte vakancesituationer kan være vanskelig at påtage sig.

Arbejdet med rekruttering af radiologer er nærmere beskrevet i redegørelse fra regionens HR Rekruttering, som er vedlagt i bilag 1.

Rekruttering via "Medicotrust"

I forbindelse med denne sag har der i dagspressen været rejst spørgsmål ved lovligheden af, at tidligere regionsrådsmedlem Otto Lück i perioden 2007 – 2009 har leveret ydelser (sundhedspersonale) for i alt 3,6 mio. kr. til regionen. Den umiddelbare fortolkning af lovgivningen tydede på, at de formelle krav for Medicotrusts levering af sådanne ydelser ikke har været overholdt. Det kan dog p.t. konstateres, at der er usikkerhed om retstilstanden på dette område. (se bilag 2).

Ekstra kapacitet i privatsektor

Regionen har en samarbejdsaftale med THAVA, som betyder, at afdelingerne har mulighed for at omvisitere patienter til klinisk mammografi hertil, når de ikke selv kan følge med. Muligheden for omvisitering i dette regi gælder ikke mammografiscreeningspatienter, men patienter der er visiteret eksempelvis fra praktiserende læge eller patienter i det, der kaldes ventegruppe 2 og 3, hvor der er en maksimal ventetid på undersøgelse på henholdsvis 14 dage og 1 måned. Der er tale om patienter, hvor symptomerne ikke giver anledning til begrundet mistanke om kræft.

På grund af den aktuelle ventetid på mammografi på OUH er der lagt op til at patienterne i ventegruppe 2 i en periode automatisk viderevisiteres til THAVA med mindre de selv tilkendegiver at de ønsker at blive på ventelisten på OUH. Patienterne informeres om denne procedure i forbindelse med indkaldelsen til OUH.

Aftalen giver således mulighed for at frigøre ressourcer på de radiologiske afdelinger både på radiograf- og radiologsiden, således af mammografiscreeningsopgaven kan løses.

Delkonklusion:

Samlet set vurderes det derfor ikke at speciallægemanglen p.t. udgør den største flaskehals for at kunne gennemføre screeningen.

6. Fremadrettede tiltag

Det kan konstateres at den væsentligste forklaring på forsinkelserne p.t. er, at der mangler stabil forsyning/bemanding af busserne. Problemet med en stabil bemanding skal efter alt at dømmes også ses i sammenhæng med at dele af personalet også indgår i det diagnostiske arbejde på de radiologiske afdelinger, bl.a. når der skal foretages kliniske mammografier hos patienter, hvor der er en bestyrket mistanke om en ondartet sygdom. I en situation, hvor personale er knap ressource, har det medført at en stabil forsyning af busserne er blevet prioriteret mindre højt fra de radiologiske afdelinger. Aftalen med THAVA giver imidlertid mulighed for en opgaveforskydning der gør, at screeningsopgaverne nu kan og skal prioriteres.

Målsætningen er, at flest mulige kvinder screenes hurtigst muligt således at 1. screeningsrunde kan afsluttes hurtigst muligt.

Mulige foreløbige tiltag er:

1. Ekstra bemanding og 9-timers drift
Ved at intensivere opgaveforskydningen til THAVA, kan der frigøres mere personale fra de radiologiske afdelinger, som så kan indgå i screeningsopgaven i busserne. Der vurderes, at der herved kan sikres en mere stabil produktion i de jyske busser samt at det i en periode også vil være muligt at køre med en udvidet produktion ved eksempelvis at tilrettelægge arbejdet som 9 timers drift. Den bus som foretager screeningen på Fyn forventes inden for kort tid at øge produktionen gennem udvidet åbningstid på hverdage eller evt. i weekenden.
2. Den fynske bus til Jylland
Ved hurtigere at afvikle de resterende screeninger på Fyn, kan bussen frigøres og herefter indgå i pukkelafviklingen i den jyske del af regionen, eksempelvis ved at bussen bliver placeret i Kolding-området.
3. Inddragelse af kapaciteten på mammograficentret i Odense
Det overvejes også om kapaciteten på mammograficentret i Odense kan indgå i screeningen af kvinder fra den jyske del af regionen, når man i Odense er færdig med at indkalde kvinderne fra Fyn i den nuværende screeningsrunde. Ulempen ved denne løsning vil være at kvinderne får længere afstand til screeningsstedet, og derved kan deltagelsesprocenten blive reduceret.
4. Fast placering af busserne
Det overvejes at endvidere placere busserne fast ved personalets hovedtjenestested, dvs. Esbjerg, Aabenraa og Vejle, hvilket kan være med til at minimere transporttid for personale og undgå nedsat produktion i forbindelse med skiftedage ved busserne. Konsekvensen vil blive længere transporttid for kvinderne, og dermed igen muligvis en reduceret deltagelsesprocent.

5. Tæt monitorering af produktionen

Der vil endvidere blive iværksat en tæt ugentlig monitorering af produktionen i busserne, således at der ledelsesmæssigt hurtigt kan reageres på eventuelle afvigelser i den aftalte produktionsplan.

Den konkrete udmøntning af ovenstående forventes at blive endeligt fastlagt inden udgangen af uge 6, hvorefter der kan forelægges en samlet produktionsplan for hvornår første screeningsrunde kan være afsluttet. På nuværende tidspunkt forventes det, at de ovenstående tiltag kan medvirke til at screeningsrunden kan være afsluttet ved udgangen af august/september måned 2010.

7. Hvorfor ikke mammografiscreening i privatsektor?

Selve mammografiscreeningen og de efterfølgende udredningsmammografier, som screeningen udløser, varetages alene i regionalt regi og viderevisiteres ikke til privat sektor. Dette er et bevidst valg, idet mammografiscreening i andet regi kan betyde, at andelen af kvinder, som "for en sikkerheds skyld" sendes videre til en klinisk mammografi, vil stige.

Det er vigtigt at screeningsopgaven varetages i én og samme organisation, idet dette sikrer det samme set-up fra gang til gang og samtidig sikrer mulighed for at sammenligne screeningsbilleder med tidligere screeningsbilleder mhp. at vurdere eventuelle forandringer.

I den nuværende organisation er det alene 2-3 pct. af kvinderne, der "udsættes" for udredningsmammografi efter screening. Erfaringer andre steder fra viser, at denne andel kan udgøre op til 9 – 10% af kvinderne, hvilket betyder at en større andel af kvinder, som skal igennem invasive procedurer, og vil opleve unødigt falsk alarm, hvilket kan være en stor psykisk belastning. Samtidig medfører det behov for flere udrednings mammografier, som er langt mere tids- og ressourcekrævende end selve mammografiscreeningen.

Set i dette lys har vurderingen derfor været, at det vil være mere hensigtsmæssigt at udbyde de kliniske mammografier (kvinder eksempelvis henvist fra praktiserende læge) til privatsektoren med henblik på at skabe luft på de radiologiske afdelinger til bl.a. at sikre varetagelse af mammografiscreeningsopgaven og de efterfølgende udredningsmammografier.

Det må pointeres, at dilemmaet her er, at det i princippet betyder, at de radiologiske afdelinger i en vis udstrækning skal prioritere forventelig raske kvinder frem for de kvinder, hvor der kan være en mistanke om kræft.