

NOTAT

Plan for nedbringelse af pukkel på kliniske mammografier

Problem

Der er siden foråret 2021 opbygget en sagspukkel, som betyder, at kvinder i Region Hovedstaden bliver tilbudt tid til kliniske mammografier, som ligger ud over den lovbestemte maksimale ventetid på 14 dage. Koncerndirektionen har bestilt en plan for, hvordan Region Hovedstaden får nedbragt puklen og igen kan give tider til klinisk mammografi for nyhenviste inden for den maksimale ventetid.

Baggrund

Region Hovedstaden er udfordret af mangel på mammaradiologer, hvis arbejdsopgaver bl.a. omfatter udførelse af kliniske mammografi samt granskning af screeningsbilleder i brystkræftscreeningsprogrammet.

Manglen på mammaradiologer er af vedvarende karakter og går flere år tilbage. De nuværende, kritiske og akutte udfordringer har stået på siden 2020 og særligt siden marts i år, hvor der var et ekstraordinært stort antal nyhenviste til klinisk mammografi, og hvor der således blev opbygget en pukkel. Samtidig har afdelingen været ramt af en række øvrige forhold, som har udfordret kapaciteten, herunder også covid-relaterede faktorer (hjemsendelse ifm. isolation, sygefravær efter vaccination m.v.).

Trods forskellige og væsentlige indsatser - såsom anvendelse af merarbejde på frivillige aftaler i videst muligt omfang, daglig afsøgning af ledig kapacitet i både offentligt og privat regi samt aftale med Region Nordjylland om udførelse af et mindre antal kliniske mammografier - har det ikke været muligt at nedbringe puklen tilstrækkeligt til, at kvinderne kan gives tider inden for de maksimale ventetider på 14 dage. Det bemærkes, at personalet har ydet en ekstraordinær indsats for at holde ventetiden nede. Den indsats og omfanget af merarbejde er ikke en holdbar løsning i det lange løb.

Om henvisningsveje til klinisk mammografi

Klinisk mammografi er en undersøgelse, der består af tre/fire trin: En mammografi (røntgen), en lægeundersøgelse af brystet med hænderne samt en undersøgelse med ultralyd og evt. nålebiopsi.

Kvinder henvises til klinisk mammografi ad tre veje:

1. Kvinder med begrundet mistanke om kræft henvises af egen læge
2. Kvinder, som henvises på baggrund af screeningsbilleder fra regionens brystkræftscreeningsprogram
3. Kvinder, som skal have udført kontrolundersøgelser, reundersøgelser og præoperative undersøgelser (interne henvisninger)

Løsning

I en situation med knappe ressourcer er det et hovedhensyn, at vi prioriterer patienter, som afventer udredning for symptomer på brystkræft, fremfor borgere uden symptomer, som venter på at komme til brystkræftscreening. Patienter, der med mistanke om brystkræft afventer udredning, står i en meget ubehagelig og uvis situation, som bør vare så kort tid som muligt.

For at reducere ventetid på udredning af kvinder med mistanke om brystkræft, har Region Hovedstaden mulighed for – på den korte bane – at reducere de kvinder, der inviteres til screening, for derigennem at reducere antallet af henvisninger til klinisk mammografi samt at frigøre medarbejderressourcer hertil. Konkret foreslås følgende model:

- Brystkræftscreeningsprogrammets invitationsrate nedsættes til 25 pct. (reduceres med 75 pct.) i august, september og oktober med mulighed for at videreføre indsatsen med nedsat invitationsrate på 25 pct. i november på baggrund af løbende evaluering.
- Alle kvinder, der inviteres til brystkræftscreening med en tid, der er forsinket i forhold til det planlagte, vil modtage et brev om forsinket invitation. Brevet angiver, at kvinden inviteres med en forsinkelse på op til 3 måneder, og dermed senest 2 år og 6 måneder efter seneste screening. Denne løsning svarer i store træk til håndteringen i Region Sjælland.
- Screeningspersonale, der frigøres ved nedjustering af invitationsraten, findes primært i personalegrupper, der kan udføre klinisk mammografi, og sekundært i personalegrupper, der kan assistere ved dem. Den nedsatte invitationsrate vil derfor forventeligt frigøre tid svarende til ca. en mammaradiolog og en del fotograferende personale. Det indebærer mulighed for, at der kan gennemføres et antal ekstra kliniske mammografier.

- Samlet set forventes nedjusteringen af screeningsprogrammets invitationsrate til 25 pct. (reduktion med 75 pct.) – via færre henvisninger samt via frigjort tid til at gennemføre kliniske mammografier – at kunne øge kapaciteten med ca. 120-150 ekstra tider pr. måned.
- Afdelingen estimerer, at der på nuværende tidspunkt er en pukkel på 120 kvinder til klinisk mammografi samt et mindre antal hos de private samarbejdspartnere. Der forventes færre henvisninger i sommerperioden, ca. 150. Derfor ville en måneds nedjustering af screeningsaktiviteten potentielt kunne afhjælpe den nuværende pukkel. Der er dog grundet ferieafvikling en reduceret kapacitet i samme periode på 500 tider. Det betyder, at der er risiko for, at puklen efter sommerferien er steget med 350 kvinder, som skal have tid til kliniske mammografier.

Med løsningen forventes det, at overholdelsen af tidsfristerne for patienter henvist i kræftpakkeforløb (de maksimale ventetider) vil blive opnået i løbet af oktober måned – henset til ovenstående forventninger til udviklingen i sommerferieperioden. Der kan imidlertid være ønske om at videreføre den nedsatte aktivitet i en længere periode med henblik på at opnå robusthed ift. fremtidige udsving i antallet af henviste kvinder.

Det er forudsat, at henvisningsmønstrene ikke ændrer sig (væsentligt) i opadgående retning, samt at personalet udfører frivilligt ekstra arbejde (FEA) i samme omfang som på nuværende tidspunkt.

Samtidig med ovenstående løsninger arbejder Herlev og Gentofte Hospital videre med potentielle muligheder for at frigøre tid hos mammaradiologerne blandt andet ved at se på håndtering af administrative opgaver såsom journalføring m.v. Der arbejdes ligeledes bl.a. videre med en intensiv rekrutteringsindsats, herunder af udenlandske læger, ligesom der er igangsat projekt vedr. indkøb og implementering af en AI-løsning til aflæsning af billeder i screeningsprogrammet.

Konsekvenser

Det bemærkes, at løsningsforslaget ikke er uproblematisk, og der er juridiske, patientmæssige, logistiske og planlægningsmæssige implikationer herved.

Når aktiviteten i screeningen nedsættes, ændres det såkaldte case-mix – og andelen af patienter i en kræftpakke, de såkaldte 'tunge' patienter, bliver større. Dette vil forventeligt påvirke, hvor meget frivilligt ekstra arbejde, som personalet ønsker at tage, da der vil være en hårdere belastning ved dette case-mix. Der er derfor behov for at sikre en god fordeling af patienter, som skal have foretaget klinisk mammografi - således kan en blanding af patienter i kræftpakke og udredningspatienter sikre et mindre belastende case-mix.

En nedsat invitationsrate vil uundgåeligt medføre, at kvinderne i screeningsprogrammet i løbet af kort tid overskrider screeningsintervallet på 2 år (i praksis 2 år +/- 3 måneder), som er fastsat i Sundhedslovens §85. I forlængelse heraf vil der være kvinder, som får udsat screeningen, hvoraf nogle vil blive diagnosticeret med kræft – og dermed på et potentielt senere tidspunkt, end hvad der ellers ville have været tilfældet.

Region Hovedstaden er allerede bagud i indeværende screeningsrunde, og det må påregnes, at det ikke i den nuværende runde vil være muligt efterfølgende at indhente efterslæbet, og at det eventuelt ligeledes vil have konsekvenser for den efterfølgende screeningsrunde¹, jf. også bilag 2. Det kan dermed have lange udsigter at komme tilbage på et screeningsinterval, som holder sig indenfor det lovgivningsmæssigt fastlagte interval.

Det tilstræbes, at perioden imellem screening for brystkræft ikke overstiger 2 år og 6 måneder. Dette vurderes som muligt med ovenstående plan.

Der gennemføres ifm. forlængelse af screeningsintervallet en særlig kommunikationsindsats for de berørte kvinder, som modtager et særligt følgebrev sammen med deres indkaldelse.

Det bemærkes, at brev om forsinket invitation forventeligt vil udløse flere skriftlige og telefoniske henvendelser til screeningsprogrammet, som skal håndteres administrativt af screeningssekretariatet, og hvor der således kan være behov for at tilføre ressourcer til aflastning.

Screeningsprogrammet følger, udover nyinviterede, også kvinder, som tidligere er behandlet for brystkræft, indtil de er 79 år. Der indgår ca. 17.500 kvinder i screeningprogrammet i Region Hovedstaden, som tidligere har gennemgået et brystkræftbehandlingsforløb, og hvor screeningen udgør den regelmæssige opfølgning. Disse vil ligeledes blive påvirket af den nedsatte invitationsrate.

Afslutningsvist bemærkes, at det er vigtigt at fastholde screeningspersonalet i den periode, hvor de ikke skal udføre vante opgaver på grund af nedjusteringen. Derfor omdirigeres det screeningspersonale, som enten kan udføre kliniske mammografier selvstændigt eller assistere til disse opgaver. Det øvrige personale pålægges i videst muligt omfang at gennemføre kurser og løse andre opgaver, der måtte være blevet udsat i screeningsprogrammet. Sekundært kan det midlertidigt tiloversblevne personale opfordres til at påtage sig vikaropgaver i Region Sjælland, som har stort behov for screeningspersonale.

¹ En screeningsrunde er screening af alle regionens kvinder i målgruppen, som ønsker at tage imod tilbudet. 6. screeningsrunde blev afsluttet 1. oktober 2020 og varede 2 år og 3 måneder. Samtidig igangsattes 7. screeningsrunde (den igangværende).