

MAMMOGRAFISCREENING I NORRA REGIONEN

REGIONAL CANCERPLAN 2019-2021

Förkortningar:

MDK multidisciplinär konferens
NAM Nationella arbetsgruppen för mammografi
NORMA Norra regionens mammografiscreeninggrupp
RIS Röntgen informationssystem
SVF standardiserade vårdförlopp
MR magnetisk resonanstomografi

I texten används benämningen ”landsting” för samtliga landsting/regioner i norra sjukvårdsregionen, även om dessa organisatoriskt är regioner. Benämningen ”regionen” syftar på norra sjukvårdsregionen.

Bakgrund

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor och utgör 30 % av all kvinnlig cancer. I Sverige diagnostiseras årligen cirka 8500 fall medan 1400 dör av sjukdomen. Antalet nya fall av bröstcancer ökar och även om man tar hänsyn till att befolkningen blir äldre så kvarstår en ökning av bröstcancerincidensen på cirka 1,6 % årligen.

Syfte

Syftet med mammografiscreening är att upptäcka presymptomatisk bröstcancer och behandla så tidigt som möjligt för att på så sätt förbättra prognosen i sjukdomen. I randomiserade studier av mammografiscreening har bröstcancerdödligheten sänkts med 20-24 % (1, 2). I senare studier baserade på allmän screening har man sett ännu större effekt.(3) Tidig upptäckt har också andra fördelar som att möjligheten till bröstbevarande kirurgi ökar och att behovet av cytostatikabehandling i efterförloppet sannolikt minskar.

Balans mellan positiva och negativa effekter

Screening kan även medföra negativa effekter som; oro, falskt positiva fynd, onödiga operationer och överdiagnostik. Dessa kan inte helt undvikas. Överdiagnostik, definierad som den cancer som upptäcks i screening men som i avsaknad av screening inte skulle ha upptäckts, är den kanske allvarligaste negativa effekten, men tyvärr är den svår att mäta på rutinbasis. I forskarvärlden är man oenig om nivån på överdiagnostiken och frågan är mycket omdiskuterad. I det enskilda fallet kan man inte avgöra om en cancer är överdiagnosticerad eller ej.

Screening är en strategi från samhällets sida för att minska ett allvarligt hälsoproblem, i detta fall att många kvinnor avlider till följd av bröstcancer. I och med att man inbjuder en hel population där de flesta är friska individer är det viktigt att det finns en rimlig balans mellan de positiva och negativa effekterna. Socialstyrelsen har sedan 1986 rekommenderat screening med mammografi.(4)

Screeningstest

Ett screeningstest kan bara utfalla på två sätt; positivt eller negativt. Det måste ha vissa egenskaper som låg kostnad, ha god acceptans hos befolkningen och ha hög sensitivitet och specificitet dvs testet ska ha god möjlighet att upptäcka en befintlig cancer men också ge negativt resultat för nästan alla som är friska. Även om det finns alternativa test har mammografi varit det test som använts i screening, först med analog teknik men i dagsläget används digital mammografi. Ett test som möjligen skulle kunna utmana mammografi i framtiden är tomografi, en tredimensionell mammografi. Även om resultaten verkar lovande kräver dock granskningen längre tid d.v.s. mer radiologresurser. Metoden kan dock redan nu vara av värde vid klinisk mammografi.

Process

Processen i norra regionen

Mammografiscreeningsprocessen startar med en personlig skriftlig inbjudan till mammo-grafiundersökning och slutar med att kvinnan förklaras vara frisk (inga tecken på tumör) eller att en bröstcancerdiagnos har verifierats histopatologiskt med PAD och patienten informerats (Figur 1). Ett alternativt synsätt är att screeningprocessen för en kvinna med bröstcancer avslutats först när resultatet av post-operativ MDK meddelas patienten d.v.s. då förutsättningarna för behandling är klarlagda. För ett fåtal patienter där diagnos inte kan sättas preoperativt är det enda tänkbara slutpunkten i processen.

Med inbjudningsbrevet ges information om screeningen, en inbokad tid, hur man kan omboka sin tid och var man kan hitta ytterligare information. I norra regionen är screening decentraliserad till ungefär ett tiotal platser per län. Screeningundersökningen består av en kort anamnes och bildtagning med mammografi. Mammografiundersökningen består av två projektioner och bilderna dubbelgranskas av två bröstradiologer oberoende av varandra. Till den stora majoriteten av deltagare (97-98,5 %) där inga tecken på tumör hittas skickas ett standardiserat svarsbrev.

Om bilderna ger misstanke om malignitet, om det finns symtom eller om undersökningen måste kompletteras p.g.a. tekniskt fel återkallas deltagarna (cirka 1,5-3 % av de undersökta) för en kompletterande undersökning. Återkallelsen sker via brev med tid för kompletterande undersökning på respektive länssjukhus. Kvinnorna undersöks av bröstradiolog med mammografi, klinisk undersökning och ultraljud. Om cancermisstanke ej längre kvarstår får kvinnan beskedet av läkaren vid undersökningen.

Om misstanke kvarstår fortsätter utredningen med nålbiopsi (cell- eller vävnadsprov) som i regel leder till operation. Radiologen ger förhandsbesked om vad hen ser och kan tolka t.ex. om det är en trolig cancer. Patienten får kontaktuppgifter till bröstsköterska och ges även möjlighet att ringa mammografin om hon känner oro. Patienten remitteras till kirurgen och bröstsköterskan ringer patienten efter någon dag och ger mottagningstid. Innan mottagningsbesök måste provsvar vara klara och pre-operativ MDK hållits.

För cirka en femtedel av de återkallade kvinnorna blir resultatet av utredningen bröstcancer. Vid mottagningen ges beskedet av kirurg, baserat på vad som framkommit vid MDK. För en mindre andel av kvinnorna kan svaret om det är cancer eller ej ges först efter operation.

Om cancer är av lobulär typ (25-30% av alla screeningupptäckta cancerfall) görs dessutom en MR undersökning med syfte att bedöma cancers utbredning i aktuellt och kontralateralt bröst. I vissa fall görs även MR då cancer är svårbedömd. Detta gör att extra väntetider uppstår, cirka en vecka till MR och sedan kan även en ny MDK behövas innan operation. Detta är dock inget specifikt för screeningprocessen utan gäller alla upptäckta cancerfall av denna typ.

Värdeanalys för kvinnan i processen

Positivt värde

- Kallade kvinnor
 - Möjlighet att enkelt boka om sin tid för kallelse
 - Kallelsebrevet innehåller information om var man kan få ytterligare information om hur undersökningen går till även på andra språk än svenska
 - Undersökningen är kostnadsfri
 - Kort avstånd till screening p.g.a. mobil screening
 - Undersökningen går snabbt
- De 97-98 % av kvinnorna som får ”friskbrev” dvs ej återkallas
 - Lättnad över svaret

- De kvinnor som återkallas för kompletterande undersökning men där cancermisstanke avfärdas av radiolog och därför inte går vidare till biopsi
 - ingen väntetid – man får besked att inget tecken på bröstcancer kan upptäckas redan samma dag som kompletterande undersökning
 - lättnad över beskedet
- De återkallade kvinnor som har misstänkt cancer baserat på mammografi, ultraljud och eller klinisk undersökning
 - Förhandsbesked ges av radiologen samma dag
 - Kontaktas inom kort (någon dag) av bröstsköterska och ges tid för kirurgmottagning.
 - Möjligheter att t.ex. vid oro kontakta bröstsköterska eller utsedd person vid mammografiavdelningen (föreståndare eller bröstsköterska)
 - Givet trolig cancer är förutsättningarna goda då
 - alla utreds enligt standardiserat vårdförlopp
 - screeningupptäckt ger en förväntat bättre prognos
- Vissa återkallade kvinnor med lång resväg som har misstänkt cancer enligt screeningundersökningen och som genomgår nålbiopsi
 - Ingen väntan på cancerbesked efter provsvar – det ges samma dag som den kompletterande undersökningen (Västerbotten och Norrbotten).
- Kvinnor som kommer till kirurg för besked om provsvar
 - Ges oftast operationstid vid besked om cancer/operation

Negativt värde

- Kvinnor som deltar i screening
 - Viss smärta vid mammografi
 - Väntan på resultatet av screeningundersökningen, 1-3 veckor
 - Viss oro
- Kvinnor som återkallas
 - Väntan på undersökning (en vecka)
 - Stark oro
 - I vissa fall lång resväg. Undersökning görs på respektive länssjukhus
- Återkallade kvinnor med kvarstående misstanke om cancer efter kompletterande undersökning
 - Väntan på besök hos kirurg för besked
 - Stark oro

Personal

Inledning

Inom mammografiscreeningsverksamheten arbetar huvudsakligen röntgensjuksköterskor och röntgenläkare med inriktning mot radiologisk bröstcancerdiagnostik (bröstradiologer). För ledning och administrativa uppgifter och viss IT sköts dessa också av röntgensjuksköterskor och i varierande grad av sekreterare. IT stöd utöver egen personal ges på olika nivå i samarbete med sjukhusfysik och röntgen vilket kan se lite olika ut i landstingen. Screening utgör endast en del av mammografiavdelningens verksamhet. En stor del av arbetet utgörs av patienter som kommer på remiss p.g.a. symptom eller uppföljning av riskpatienter (hereditär

hög risk eller uppföljning av patienter behandlade för bröstcancer). Denna verksamhet behandlas dock inte här.

Bröstradiologer

Att granska mammografibilder är en svår konst. Utbildningstiden till att bli en självständig bildgranskare inom screening (bröstradiolog) är cirka 2 år för en utbildad röntgenspecialist. Parallellt med bildgranskningen sker patientarbete huvudsakligen s.k. trippeldiagnostik (radiologisk undersökning med mammografi och ultraljud, klinisk undersökning och nålbiopsi). Denna patientkontakt är viktig för återkoppling till de konsekvenser som bedömning av screeningundersökningar ger. Detta är ingen egen specialitet och ST-utbildningen erbjuder bara 2-3 veckor bröstdiagnostik, varför nyrekryteringen är svår. Det råder sedan länge brist på bröstradiologer i Sverige vilket hotar kvaliteten inom bröstcancerdiagnostiken. En ständig dragkamp förs med röntgen/bild- och funktionsmedicin för att locka läkare som vill arbeta med mammografi. Tänkbara effekter av en allvarlig brist, förutom det värsta scenariot att screeningen helt stoppas, är; att screeningintervallens längd inte kan hållas, att specificiteten sänks d.v.s. fler falskt positiva fall att utreda, längre väntetider på besked efter screeningmammografi och lägre sensitivitet. Konsekvensen blir lägre kvalitet på screeningen och att färre liv kan räddas.

Röntgensjuksköterskor

Majoriteten av personalen utgörs av röntgensjuksköterskor. De har varierande arbetsuppgifter från bildtagning vid screening i en mobil vagn med långtidsfrånvaro från hemmet till patientarbete vid mammografiavdelningen. Röntgensjuksköterskor kan även ha ledningsuppgifter eller administrativa uppgifter. Ofta växlar man arbetsuppgifter. Även när det gäller röntgensjuksköterskor råder brist i norra regionen.

Task shifting

Man skulle kunna tänka sig att undersköterskor kan ta över en del av röntgensjuksköterskornas arbetsuppgifter t.ex. assistens vid ultraljud, provtagning etc. men en sådan ekonomisk besparing kompenseras ej i dag (endast tjänster räknas) varför man i stället väljer röntgensjuksköterskor. Sekreterare kan sköta en stor del av de administrativa uppgifterna men många sjuksköterskor värdesätter möjligheter till omväxling i sitt arbete. Det är i dag upp till enheterna att lösa vilken modell som fungerar bäst.

Riktlinjer

Socialstyrelsen har tagit fram en generisk modell för bedömning av nationella screeningprogram som har prövats på bl.a. mammografiscreening som resulterade i nya rekommendationer 2014.(5) Åldersgränsen 40-74 år kvar står men till skillnad från tidigare rekommenderades ett screeningintervall på 18-24 månader utan hänsyn till ålder (vissa landsting har tillämpat kortare screeningsintervall för yngre kvinnor). Att notera är att rekommendationen om åldersgränser skiljer sig från EUs riktlinjer som rekommenderar screening i ålder 50-69 år.(6) Nytt är också att man rekommenderar att hälso- och sjukvården bör förbättra och utveckla det befintliga screeningprogrammet genom att a) förtydliga informationen om programmet och b) skapa förutsättningar för att systematiskt mäta och följa upp effekter. Punkt a) har man redan beaktat genom nya kallelsebrev och utökad information på 1177.se. Punkt b) kommer att åtgärdas med ett nationellt kvalitetsregister.

Kvalitetsindikatorer

Högt deltagande är en nödvändig förutsättning för en god effekt av screening. Man måste se till att tillräckligt många cancer upptäcks och behandlas i tidigt skede utan att man gör skada genom att återkalla/undersöka/behandla för många eller fel kvinnor. Hela screeningprocessen måste alltså hålla hög kvalitet. Det finns ett antal föreslagna kvalitetsindikatorer och målnivåer; EUs riktlinjer för mammografiscreening (6) och Socialstyrelsen.(7) Man skiljer normalt på målnivåerna mellan förstagångsscreening (prevalensscreening) och fortsatt screening (incidensscreening) men då mammografiscreening pågått i decennier utgör förstagångsscreening endast åldersgruppen 40-41 år (cirka 6 %). Man bör dock bevaka indikatorerna för förstagångsscreening separat. Effekten på bröstcancerdödligheten av dagens screening är inte teoretiskt möjlig att skönja förrän efter närmare 10 år. Avsaknaden av en icke-screenad population gör också sådan utvärdering svår eller omöjlig. Flera av indikatorerna fungerar som surrogatmått på själva effekten. Med data inrapporterade till framtida kvalitetsregister finns möjligheter att kunna mäta indikatorerna för att kunna bedöma om screeningprogrammet fungerar väl.

Förändringar och projekt de senaste åren

Bättre möjligheter till ombokning

Nu finns möjligheter att, förutom via telefonkontakt själv omboka sin förhandsbokade tid för screeningundersökning på mina vårdkontakter. Detta är infört i hela regionen och underlättar både för kvinnor i målgruppen och för personalen på mammografiavdelningarna.

Kostnadsfri screening

Sedan juli 2016 är mammografiscreening avgiftsfri i hela landet.

Patientlagen

Den nya patientlagen som trädde i kraft i januari 2015 ger alla invånare rätt att söka öppenvård där de så önskar med hänsyn taget till respektive landstings/regions remisskrav. Speciella krav ställs därför på screeningprogrammen för att kunna hantera detta på ett patientsäkert sätt och frågan om vem som har ansvar för kvinna/patient i processen är central. Rutiner har upprättats inom regionen där Norrbottens rutiner skiljer sig från övriga tre län där rutinerna är gemensamma. Ett nationellt kallelse-system skulle kunna underlätta och öka säkerheten beträffande denna rättighet.

Standardiserade vårdförlopp (SVF) för bröstcancer har införts

I ett stort nationellt projekt för att standardisera vårdförlopp och därmed även minska väntetid från välgrundad misstanke om cancer till behandling ingår bröstcancer som en bland många diagnoser. För deltagare i mammografiscreening startar SVF för den kvinna som vid den kompletterande undersökningen har en välgrundad cancermisstanke (minst 3 på en 5 gradig skala). Samtliga kvinnor som uppfyller detta går in i SVF. Behandling ska då påbörjas inom 28 kalenderdagar för cancerpatienterna.

Gemensamma brev för kallelse och svar

Mallar för brev om information om screeningprogrammet, kallelser och svarsbrev har tagits fram av kommunikatörer med stöd av NAM. Som underlag för brevmallarna intervjuades kvinnor om vad de tycker är viktigt. Breven hänvisar till information på 1177.se som också finns på olika språk. Projektet har genomförts i samarbete med gynekologisk cellprovskontroll för att få en hög igenkänningsfaktor mellan brev gällande de båda screeningprogrammen.

Enhetliga undersökningskoder

De ursprungliga undersökningskoderna som härstammar från 1986 har över tid modifierats lokalt vilket lett till variationer. En nationell styrning har ansetts nödvändig och en ny nationell gemensam kodlista har därför tagits fram. Större delen av landet har konverterat sina koder enligt denna. Införandet av koderna är en förutsättning för att kunna ansluta sig till nationellt kvalitetsregister. Kodlistan förvaltas av NAM och finns på www.cancercentrum.se.

Arbete med nationellt kvalitetsregister

För att kunna följa upp processen genom att mäta kvalitetsindikatorer och möjliggöra jämförelser med hela landet krävs ett kvalitetsregister för mammografiscreening. NAM har i flera års tid arbetat med denna fråga (med stöd av RCC i samverkan och SKL) och 2014 godkändes ansökan om ett nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening för uppbyggnad på registerplattformen INCA av SKL.

Detta screeningregister går inte att jämföra med övriga kvalitetsregister där data på patienter registreras manuellt direkt i INCA då screeningregistret kommer att innehålla uppgifter om hela målgruppen kvinnor 40-74 år. Vidare kommer data att överföras med automatik från respektive screeningcenter till INCA. De största datavolymerna gäller information om kallelse, deltagande, screeningresultat samt resultat från diagnostisk undersökning. En stor del av dessa finns redan lagrade lokalt i s.k. RIS (röntgeninformationssystem). I stort sett alla screeningavdelningar har samma programleverantör – Sectra, vilket underlättar detta arbete. Arbetet har de senaste åren bestått i att ta fram en teknisk lösning där Sectra utarbetar en nationell lösning med lokala anpassningar för att fortlöpande föra över data till INCA-systemet. SKL har dock krävt att överföringen ska ske via den nationella tjänsteplattformen. Som pilotområde för denna utveckling har Västmanlands landsting och screeningavdelningen i Västerås utsetts. Arbetet med pilotprojektet har krävt samarbete mellan flera aktörer; representanter för landstinget i Västmanland, NAM, Sectra, INERA, INCA samt juridisk expertis. Arbetet har varit svårare än väntat och största problemet har varit överföring av stora datamängder via nationella tjänsteplattformen. Projektet har hittills blivit försenat tre år sedan den första tidsplanen. Enligt senaste tidsplan beräknas pilotprojektet bli klart kvartal tre 2018 och möjlighet för mammografiavdelningarna att ansluta sig till registret kvartal fyra.

Förutom denna del består kvalitetsregistret av ytterligare två komponenter. Dels ett relativt nystartat litet register över bröstoperationer som lett till benigna fynd på INCA. Uppgifterna fylls i individuellt på vanligt sätt på kirurgklinikerna. Den tredje komponenten i kvalitetsregistret är det befintliga nationella kvalitetsregistret för bröstcancer. Arbetet med hur dessa komponenter ska kopplas samman till ett processregister återstår fortfarande. RCC väst är stödjande RCC för registret.

Organisation

Screening i norra regionen

Regionen består av tre jämbördiga län med avseende på folkmängd; Norrbotten, Västernorrland och Västerbotten samt Jämtland Härjedalen som har drygt hälften så stor folkmängd. Screeningen bedrivs av ett screeningcenter i varje län vid sjukhusen i Umeå, Östersund, Sundsvall och Sunderbyn. Kvinnor i ålder 40-74 år inbjuds till regelbunden mammografiscreening i regionen med intervall om cirka 24 månader. Då avstånden i regionen är stora sker screening på olika platser med mobila enheter dit kvinnorna kallas. Alla har kallelsesystem som levereras av Sectra. Förloppet är starkt beroende av tillgång på cytolog/patolog (Figur 1). I allt större utsträckning behövs mellannålsbiopsi inför behandlingsbeslut (neoadjuvant cytotatika etc.). Därför blir cytologin med tiden mindre användbar. De nationella undersökningskoderna är införda i större delen av landet inklusive Västernorrland och Jämtland Härjedalen. I Västerbotten och Norrbotten har man ännu inte infört dem då man pga av gemensamt RIS med röntgen får problem med att vissa koder krockar. Att lösa detta är dock nödvändigt för att kunna ansluta sig till kvalitetsregistret.

Mobil screening

I hela norra regionen bedrivs mobil screening. Detta är bra för kvinnorna som får kort resväg och sparar tid men huvudorsaken är att deltagandet ska bli så högt som möjligt. Mobil screening är dock inte problemfri och används i huvudsak i de delar av landet där avstånden är stora. Logistiken för inbjudan och deltagande är komplex. Problem med resor, arbetsmiljö och maskinhaveri i synnerhet vid flyttning av vagn är relativt vanliga. Krav på att arbeta i mobil enhet året om (11 av 16 veckor per termin) ställs vid anställning av röntgensjuksköterskor. I praktiken kan sjukskrivning och barnledighet på deltid var svårförenliga med detta. De flesta screeningenheterna önskar därför i stället motsvarande antal fasta enheter som man i dag har uppställningsplatser och mobil screeningutrustning. Dock är inte synen på detta likadan i hela regionen. Det kan vara fruktbart att göra studiebesök hos varandra för att se om något kan göras för att minska problemen.

Arbetsgrupper

På nationell nivå finns nationella arbetsgruppen för mammografi (NAM), med en representant från varje region varav de flesta är bröststradiologer, utsedda av respektive RCC plus en ordförande. Gruppen sammanträder cirka 4 gånger per år.

I regionen finns norra regionens mammografiscreeningsgrupp (NORMA) med representanter från mammografiscreeningen, forskare och RCC, kirurgi, onkologi, patologi, populations och patientrepresentant. Gruppen har två möten per år varav ett fysiskt och ett videomöte.

Patientinflytande

Patientinflytande är viktigt och har betonats i cancerstrategin. När det gäller screening är det inte helt självklart vilka som är ”patienter”. Målgruppen är kvinnor i ålder 40-74 år och det är rimligt att representera denna. I NORMA ingår därför både en representant för målgruppen och en representant för patienterna.

Vårdprogram

Det finns varken nationellt eller regionalt vårdprogram för mammografiscreening. Västra Götaland har som enda region tagit fram ett regionalt vårdprogram.

Resultat i regionen

Deltagande

Cirka 90,000 kvinnor inbjuds varje år till mammografiscreening i norra regionen. Deltagandet har varit konstant 85-86 % de senaste sex åren (Figur 2). De kvinnor som ej ska kallas sätts på en så kallad spärrlista. Skillnader mellan länen beträffande vilka som sätts på denna lista har minskats något vilket i viss mån har påverkat deltagarsiffrorna över tid. I Norrbotten har man sett att minskning av uppställningsplatser kan leda till tillfälligt minskat deltagande. Då en screeningomgång pågår cirka två år blir inte årsvis statistik för ett helt län, framför allt vad gäller deltagande, helt jämförbar då man under ett år screenar halva länet och nästa år den andra halvan. Deltagandet har vid tidigare jämförelse varit högre än riket som helhet. En detaljerad analys av de två senaste screeningomgångarna i Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland har genomförts. Resultaten visar att det finns statistiskt signifikanta skillnader i deltagande inom ett län, över tid och över ålder. I två av de tre länen sågs skillnader mellan distrikt inom respektive län och i två av de tre länen sågs skillnader över tid men tolkningen är inte självklar då trenden inte var linjär och olika i olika delar av länet. Det enda entydiga resultatet var att deltagandet skilde sig åt i åldersgrupperna för de två län där detta kunde studeras. I synnerhet var deltagandet 3-4 % lägre bland kvinnor i ålder 40-49 år. Möjligheter att höja deltagandet för de unga kvinnorna har diskuterats.

Förslag till förändringar

Kortsiktiga mål och målnivåer

Ett viktigt mål är att regionen ansluter sig till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening så snart detta är möjligt och att man levererar all efterfrågad information. Detta är nödvändigt för att kunna mäta kvalitetsindikatorer och jämföra med övriga landet vilket i sin tur är viktigt för ett kvalitetsarbete. Anslutning kan påbörjas så snart pilotprojektet är klart vilket beräknas ske i slutet av 2018. Att landets mammografienheter ansluter sig är dock inte självklart. Här behövs påtryckning från SKL och RCC i samverkan liksom från mammografienheterna själva. Ett sådant beslut tas normalt högre upp i linjeorganisationen vilket kräver förankring och förberedelser i god tid. Kostnaden har beräknats till 350 tkr för installation plus 60 tkr i årligt underhåll. De nationella undersökningskoderna måste också vara införda.

När data fortlöpande överförs till kvalitetsregistret öppnas möjligheter till on-line rapportering av kvalitetsindikatorer på INCA för den egna screeningverksamheten med jämförelse mot övriga landet. På detta sätt kan en kontinuerlig uppföljning göras som lägger grunden för ett kvalitetsarbete. De tekniska verktygen för sådan rapportering finns redan framtagen för övriga kvalitetsregister på INCA. En sådan modell för standardmässig uppföljning av kvalitetsindikatorer går under namnet ”koll på läget”.

En annan kvalitetsaspekt är att det är önskvärt att alla bröstradiologer retrospektivt granskar mammografibilderna på samtliga cancerfall bland kvinnorna som deltagit i det egna

screeningprogrammet. Detta gäller såväl de som upptäckts i screening liksom de som inte upptäckts, så kallad intervallcancer. Listor på cancerfall kan erhållas från RCC eller interaktivt via INCA. En fördel vid granskning är om cancerfallen uppblandas med normala mammografibilder och att granskningen görs blint. Bestämda rutiner för hur granskningen ska gå till är önskvärt.

I Tabell 1 har mål och målnivåer specificerats och i Tabell 2 finns en SWOT analys av dessa mål.

Långsiktigt förbättringsarbete

Utbildning av fler specialister inom radiologisk bröstdiagnostik

Utbildning behövs både för att upprätthålla verksamheten (i dagsläget 13 läkartjänster i regionen) och för framtida rekrytering. Radiologisk bröstdiagnostik är en subspecialitet inom bild- och funktionsmedicin. En avgörande fråga är ST utbildningen där det i dag avsätts endast cirka 2-3 veckor för radiologisk bröstdiagnostik vilket av professionen anses allt för kort för att tillräckligt många ska inrikta sig mot bröstcancerdiagnostik.

Bildgranskning på distans

En lösning där hjälp med granskning av screeningbilder kan ske på distans kan vara värdefull under kortare perioder t.ex. vid tillfällig underbemanning. Det bör dock inte på sikt ersätta närvarande bröstradiologer då återkoppling via patientkontakt är väsentlig i en fungerade och högkvalitativ screeningprocess.

Ekonomisk kompensation

Ett förslag från regionen för att komma tillrätta med bristen på bröstradiologer är en anpassning av lönenivån för den röntgenspecialist som satsar på ett sådant högspecialiserat och smalt område och samtidigt avstår från den ekonomiska ersättning som jourtjänstgöring på en röntgenklinik kan ge.

REFERENSER

1. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Lancet. 2012 Nov 17;380(9855):1778-86. PubMed PMID: 23117178. Epub 2012/11/03. eng.
2. Nyström L, Rutqvist L, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Rydén S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. Lancet. 1993;341:973-8.
3. Broeders M, Moss S, Nystrom L, Njor S, Jonsson H, Paap E, et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. J Med Screen. 2012;19 Suppl 1:14-25. PubMed PMID: 22972807. Epub 2012/11/08. eng.
4. Mammografiscreening. Hälsokontroll för tidig upptäckt av bröstcancer. Allmänna råd från socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen, råd Sa; 1986.

5. Screening för bröstcancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. : Socialstyrelsen; 2014. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/brostcancer-screeningmedmammog>.
6. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis (fourth edition): European Commission; 2006.
7. Screening för bröstcancer Indikatorer. Indikatorer för uppföljning och utvärdering av screening för bröstcancer Socialstyrelsen; 2014. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/brostcancer-screeningmedmammog>.

Tabell 1. Sammanfattning av målnivåer för mammografiscreening

Mål	Nuläge	Målnivå	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
Nationella undersökningskoder införda	Införda i Västernorrland och Jämtland Härjedalen	Införda i regionens alla län	2019-06	Information från enheterna
Regionen ansluten till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening	Vi väntar på att pågående pilotprojekt i Västmanland avslutas. Förberedelsearbetet bör dock starta snarast om det inte redan är påbörjat	Samtliga landsting har anslutit sig och levererar kontinuerligt prospektiva data från RIS till INCA	2019-12	Kontroll att data kommit in till INCA
Fullständig rapportering av alla variabler i kvalitetsregistret	Omfattning av registrering i RIS systemen varierar mellan landsting	Samtliga landsting registrerar alla efterfrågade variabler i RIS och Sectra har anpassat överföringen	2020-12	Avstämning mot variabelinnehåll i nationellt kvalitetsregister och kontroll av data
Indikatorer som rapporteras på INCA används i kvalitetsarbetet	Finns ej	Alla regionens screeningenheter följer upp sina data via on-line rapportering på INCA	2020-06	Kontroll i INCA
Systematisk eftergranskning av egna cancerfall	Görs i viss utsträckning	Rutiner upprättade och alla radiologer i regionen går igenom samtliga cancerfall som genomgått screening på den egna enheten,	2020-06	Respektive enhet rapporterar

		screeningupptäckta liksom intervallcancer		
--	--	---	--	--

Swot-analys

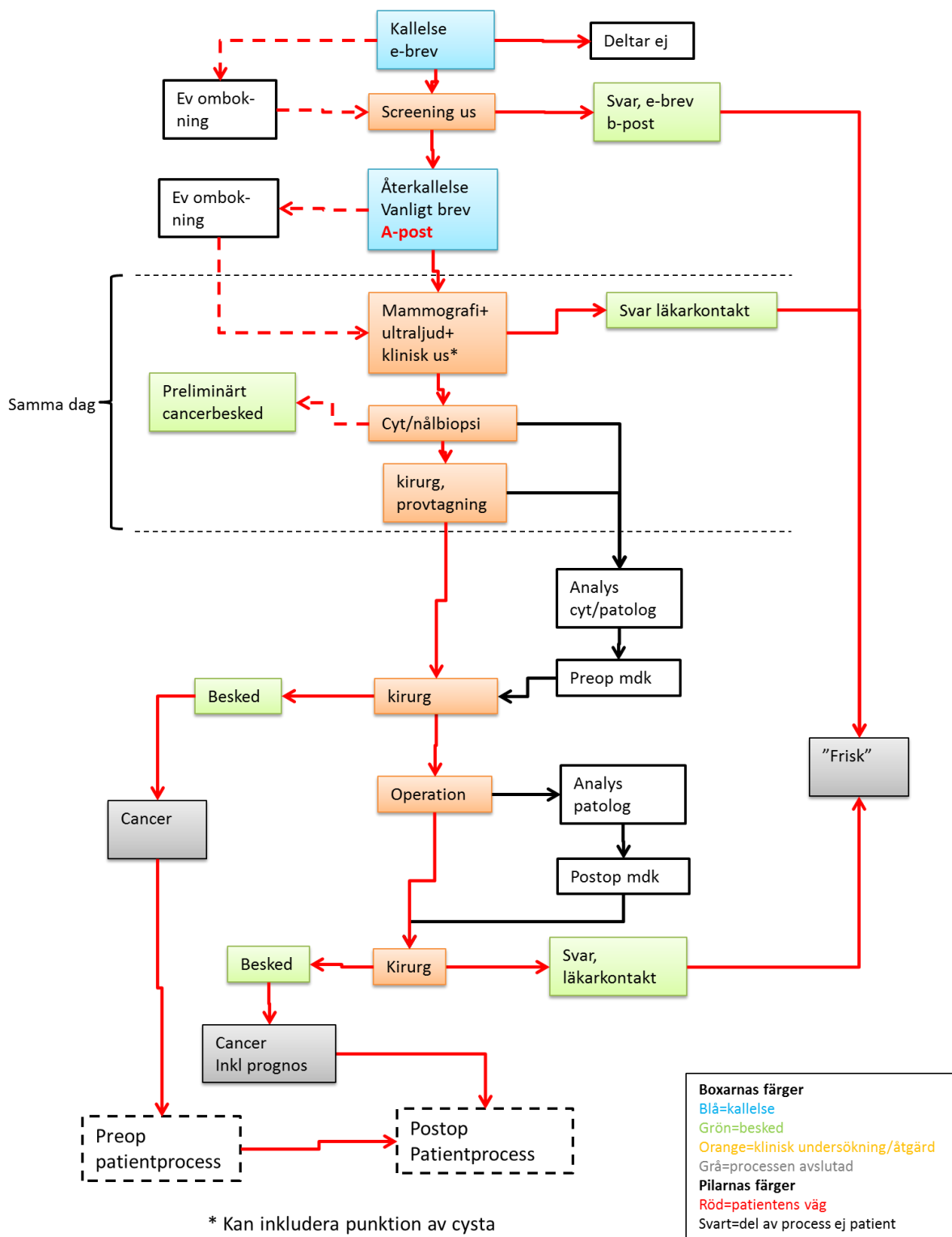
Tabell 2. SWOT-analys för mål inom mammografiscreening

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Nationella undersökningskoder införda	Infört i större delen av landet inklusive två av regionens län	Gemensamt RIS med röntgen i vissa landsting ger upphov till svårigheter	Koderna ger möjlighet att ansluta till nationellt kvalitetsregister och möjliggör jämförbarhet av undersökningar med övriga landet	Att svårigheterna med gemensamt RIS gör att införandet dröjer
Regionen ansluten till nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening	Beslut om godkännande av registret är fattat av SKL och pengar för central drift är beviljade. Pilotprojekt i Västerås. Alla landsting i regionen använder Sectras system	Komplicerad teknisk lösning, speciellt överföring via nationell tjänsteplattform som tagit längre tid än beräknat. Oklarhet om hur det går till att ansluta sig – checklista saknas	Ger förutsättningar för att indikatorer och andra variabler av intresse i screeningprocessen kan mätas och jämföras med övriga landet. Ger förutsättningar för forskning	Pilotprojektet kan inte hålla tidsplanen. Bristande förankring i linjeorganisationen. Kostnader

Fullständig rapportering av alla variabler i kvalitetsregistret	Systemet (RIS) finns redan och är förberett.	Inventering av vad som registreras i RIS i dag är ej gjord.	Kvalitetsregister av god kvalitet och därmed bättre möjligheter till kvalitetsutveckling. Förbättrar förutsättningarna för forskning.	Mer att registrera. Eventuella tekniska problem eller extra kostnader som inte är kända i dag.
Indikatorer som rapporteras på INCA används i kvalitetsarbetet	När registret väl finns på INCA kan teknik utvecklad för andra kvalitetsregister användas		Förutsättningar för uppföljning och kvalitetsarbete genom jämförelse av egna resultat med övriga landet	
Systematisk eftergranskning av egna cancerfall	Ger utbildning av radiologerna Flera radiologer arbetar tillsammans och kan därmed hjälpas åt och diskutera fallen.		Kvalitetsförbättring av bröstradiologernas arbete och därmed förutsättningar för högre kvalitet i screeningen	Tidsbrist Prioritering av annat text bildgranskning i screeningen och patientarbete. Brist på radiologer

Figur 1. Mammografiscreeningprocess.

Mammografiscreeningprocess, normal



Figur 2

