

Dato 17-05-2023

PRIM

Sagsnr. 05-0400-407

72 22 74 40

Anmodning om leverance til faglig gennemgang af kræftområdet

Formål med den faglige gennemgang af kræftområdet

Det første initiativ i Indenrigs- og Sundhedsministerens plan 'Genopretning af kræftområdet' er en faglig gennemgang af ventetider og kapacitet på kræftområdet:

"Sundhedsstyrelsen gennemfører inden udgangen af 2. kvartal 2023 i samarbejde med alle fem regioner en gennemgang af kræftområdet. Gennemgangen skal afdække eventuelle udfordringer med ventetider og kapacitet på tværs af alle regioner og sygehuse med fokus på overholdelse af patientrettighederne.

I gennemgangen skal det bl.a. afdækkes, om:

- Der er andre sygehusafdelinger eller kræftområder, hvor patienter systematisk venter for længe på at modtage behandling.
- Der er potentiale for bedre brug af personaleressourcer på tværs af specialer, og om flere sygehuse kan varetage behandling af både kræft og andre sygdomme, således at der frigøres ressourcer til den højt specialiserede behandling, der kun kan varetages få steder.
- Regionerne i større omfang kan bruge kapaciteten på tværs af landet, så regionsgrænserne ikke begrænser de tilbud, som patienten får, samt mulighederne for øget brug af højt specialiseret behandling i udlandet."

I det følgende beskrives fremgangsmåden for gennemførelsen af initiativet.

Plan for den faglige gennemgang af kræftområdet

Den faglige gennemgang omfatter alle regioner og tilrettelægges mhp. at skabe et grundlag for tiltag til at forbedre forløb for kommende patienter omfattet af reglerne om maksimale ventetider, uanset specialiseringsniveau. I gennemgangen indgår følgende spor og leverance. Spor 1 vedrører udfordringer, mens spor 2 og 3 vedrører mulige tiltag henholdsvis i regi af den enkelte region og et tværregionalt samarbejde, som eventuelt kan inkludere højt specialiseret behandling i udlandet. Sporene gennemføres tidsmæssigt parallelforskuet som senere beskrevet.

Spor 1. Afdækning af udfordringer

Dette spor har til formål at afdække områder med kræftbehandling, hvor der kan konstateres vedvarende eller tilbagevendende systematiske udfordringer med kapaciteten på sygehusene og dermed efterlevelsen af reglerne om maksimale ventetider eller nærliggende risiko herfor (f.eks. på grund af længerevarende



knaphed i medarbejderressourcerne). Kræftbehandling defineres her ud fra det brede behandlingsbegreb jfr. sundhedsloven § 5¹ og i denne sammenhæng afgrænset til de dele af forløbet, som er omfattet af reglerne om maksimale ventetider, herunder udredning og behandling.

Sporet omfatter to trin:

Trin 1: Identificering af områder med kræftbehandling med udfordringer eller nærliggende risiko herfor.

Regionerne identificerer områder med kræftbehandling, hvor der i perioden fra 1. oktober 2022 til 30. marts 2023 har været vedvarende, systematiske udfordringer med kapaciteten og dermed efterlevelsen af reglerne om maksimale ventetider eller nærliggende risiko herfor, ved kritisk at gennemgå:

- early warning-data og indberetninger til Sundhedsstyrelsen om overskridelse af reglerne om maksimale ventetider
- pakkeforløbstider
- information fra afgjorte klage- og erstatningssager
- ledelsesinformation om mangel på kritisk personale som fx kirurger og plejepersonale, lukkede operationslejer og sengepladser, aflyste operationer o. lign. indikationer
- eventuelt yderligere relevante data/information.

En kritisk gennemgang af pakkeforløbstider indebærer at analysere pakkeforløbsmonitoreringen mht. antal forløb, der har ligget ud over forløbstiderne og i den sammenhæng vurdere, om det er forårsaget af systematiske kapacitetsudfordringer. Det bemærkes, at selvom nogle pakkeforløbstider måtte være kortere end de maksimale ventetider tilsiger inden for nogle kræftformer, kan 'overskredne' pakkeforløbstider indikere kapacitetsudfordringer, som kan have indflydelse på overholdelse af de maksimale ventetider.

Trin 2: Indhentning af uddybende viden om områder med kræftbehandling, der er identificeret som led i trin 1.

Regionen indhenter uddybende, kvalificerende viden om udfordringer med efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider og sammenhængen med kapaciteten ved at:

- gennemføre en kvalitativ journalaudit (intern, ved relevante fagpersoner) på mindst 15 journaler med længst ventetid fra hver af de kræftbehandlingsområder, der er identificeret ved trin 1. Der uddrages oplysninger om ventetidens varighed, årsag til ventetid ud over de 14 dage, dokumenteret overholdelse af regionens handlepligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt. Journalerne udtages over en periode på mindst tre måneder, hvor udfordringerne har forekommet – på et tidspunkt fra 1. oktober 2022 til 30. marts 2023. Se figur 1 for oversigt og spørgsmål, der som minimum belyses.
- gennemføre interviews efter behov med relevante ledere og medarbejdere med henblik på at kvalificere og nuancere resultatet af journalaudit'en, inklusiv om fundene

¹ Behandling omfatter undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.



jf. journalaudit'en vurderes at være generelt gældende for patientgruppen og om den bredere sammenhæng med betydning for en eventuel kapacitetsudfordring. Se figur 2 for spørgsmål, der som minimum belyses.

- analysere og vurdere problemstillingerne på hvert af de identificerede områder ud fra den samlede viden om udfordringerne med efterlevelsen af reglerne om maksimale ventetider og årsagerne hertil.

Spor 2. Belysning af regionens tiltag

Formålet med dette spor er at belyse regionens tiltag til at imødegå de identificerede områder med kræftbehandling jf. resultatet af spor 1. Spor 2 omfatter:

- regionen beskriver egne iværksatte, gennemførte og planlagte tiltag, som retter sig mod at eliminere eller begrænse kapacitetsudfordringerne og dermed efterleve reglerne om maksimale ventetider; herunder bl.a. for at
 - o tilvejebringe tilstrækkelige personaleressourcer gennem rekruttering og fastholdelse af personale
 - o inddragelse af andre faggrupper/specialer til at varetage opgaver, de ikke sædvanligvis varetager, flytning af personale mv.
 - o muligheder, begrænsninger og forudsætninger, der er forbundet hermed
- regionen beskriver tiltag til aflastning af afdelinger/funktioner med udfordringer, fx ved flytning af patientgrupper eller aktivitet til andre afdelinger/sygehuse inden for regionen eller private sygehuse i Danmark
- regionen beskriver overvejelser om andre regionale tiltag med potentiale til at forbedre kapaciteten og efterlevelsen af reglerne om maksimale ventetider.

Spor 3. Belysning af tiltag tværregionalt og/eller inddragelse af sygehuse i udlandet

Formålet med dette spor er at belyse tiltag på tværs af regioner og/eller inddragelse af sygehuse i udlandet for at imødegå de identificerede områder med kræftbehandling jf. resultatet af spor 1. Spor 3 omfatter:

- regionen beskriver iværksatte, gennemførte og planlagte tværregionale tiltag, som retter sig mod at eliminere eller begrænse kapacitetsudfordringerne og dermed efterleve reglerne om maksimale ventetider
 - o regionen beskriver muligheder, begrænsninger og forudsætninger, der er forbundet hermed
- regionen beskriver iværksatte, gennemførte og planlagte tiltag inddragende behandling på sygehuse i udlandet, som retter sig mod at eliminere eller begrænse kapacitetsudfordringerne og dermed efterleve reglerne om maksimale ventetider, herunder
 - o regionen beskriver muligheder, begrænsninger og forudsætninger, der er forbundet hermed.

Leverance

Hver region udarbejder et notat til Sundhedsstyrelsen, der sammenfatter de anvendte metoder og resultater fra spor 1, 2 og 3.



Disse notater indgår som en del af grundlaget eventuelle tiltag til forbedringer af kommende patienters forløb. Sundhedsstyrelsen udarbejder et samlet notat til Indenrigs- og Sundhedsministeriet med en sammenfatning og vurdering af resultatet af den faglige gennemgang.

Tidsplan

Der er en sammenhæng mellem spor 1, 2 og 3, som betyder, at de naturligt kan påbegyndes og færdiggøres i denne rækkefølge, senest ved udgangen af juni 2023.

Planen for den faglige gennemgang forventes at foreligge til regionernes igangsættelse fra primo uge 19. Den faglige gennemgang kan med fordel tilpasses regionalt igangsatte tiltag, som fx afspejler udfordringerne i den pågældende region.

Afklaringer vedrørende metoder mv. kan drøftes på de planlagte møder i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet i maj og juni.

Der er p.t. planlagt møder i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet på følgende tidspunkter i 2. kvartal 2023, som kan anvendes til at behandle metoder, fremdrift og resultater undervejs:

- 15. maj: Møde i Task Force vedr. processtatus og metodeafklaringer
- 8. juni: Møde i Task Force vedr. processtatus, metodeafklaring og foreløbige resultater
- 16. juni: Regionerne fremsender notater til Sundhedsstyrelsen
- 21. juni: Møde i Task Force vedr. processtatus, resultater og forventet afrapportering

Regionerne bedes fremsende et notat til Sundhedsstyrelsen, sstprim@sst.dk, **senest den 16. juni 2023**.

Således forventes initiativet afrapporteret før sommeren.



Figur 1: Gennemførelse af journalaudit

a) Identificering af kræftbehandlingsområder med udfordringer eller i nærliggende risiko herfor



b) For hver af de identificerede områder udtages en stikprøve på mindst 15 journaler blandt patienter, der har ventet længst på behandling ud over 14 dage (uagtet samtykke til overskridelsen), over en periode på mindst 3 måneder



c) Udtagning af journaloplysninger:

1. hvor lang var ventetiden udover 14 dage (dage)?
2. hvad var årsagen til ventetiden ud over de 14 dage (helbred/patientpræference/kapacitetsproblemer/anden (hvilken))?
3. vurderes umiddelbart patientens helbred påvirket negativt af ventetiden (ja/nej/ved ikke)?
4. var regionens efterlevelse af handlepligten dokumenteret (ja/nej/delvist)
5. var patientens samtykke dokumenteret?

Figur 2: Interviews med ledere og medarbejdere

1. Vurderes resultatet af journalaudit'en som helhed at være dækkende for patienter, der har ventet på behandling udover 14 dage siden 1. oktober 2022?
 - i. Hvis nej, hvad er helhedsindtrykket fsva. varigheden af ventetid?
 - ii. Hvis nej, hvad er helhedsindtrykket fsva. årsagerne til ventetid?
 - iii. Hvis nej, hvad er helhedsindtrykket fsva. betydningen af ventetiden for patienternes helbred?
 - iv. Hvis nej, hvad er helhedsindtrykket fsva. dokumentationen af efterlevelsen af regionens handlepligt
 - v. Hvis nej, hvad er helhedsindtrykket fsva. dokumentationen af patienternes samtykke til behandlingstidspunkt?
2. Supplerende kvalificerende og nuancerende bemærkninger knyttet til hovedindtrykket og afvigelserne hertil?
3. Vurdering af underliggende faktorer med betydning for eventuel kapacitetsudfordring?
4. Andet?

Dato 15-05-2023

PRIM

Sagsnr. 05-0400-407

Notat: Styrket regeloverholdelse af maksimale ventetider på baggrund af redegørelser fra regionerne

Baggrund

Indenrigs- og Sundhedsministeren har den 24. marts 2023 iværksat planen *Genopretning af kræftområdet* med fem initiativer. Nærværende notat omhandler initiativet 'Styrket regeloverholdelse':

"Alle regioner skal inden udgangen af april 2023 gennemgå deres lokale instrukser, vejledninger og praksisser for, hvordan kræftpatienter sikres og informeres om deres rettigheder. Gennemgangen skal særligt have fokus på regionernes information til kræftpatienterne og af regionernes handlepligt ift. at afsøge og tilbyde hurtigere behandling på andre hospitaler i ind- og udland i de tilfælde, hvor regionen ikke selv kan overholde de maksimale ventetider. Resultatet af regionernes gennemgang drøftes med Sundhedsstyrelsen, der samtidigt vil præcisere reglerne overfor regionerne samt, hvor relevant, opdatere information og vejledning til både sundhedspersonale, patienter og pårørende."

I notatet afrapporteres på dette initiativ baseret på redegørelser fra regionerne og drøftelser i Sundhedsstyrelsens Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Regionernes redegørelser om lokale instrukser, vejledninger og praksisser

Sundhedsstyrelsen har den 29. marts 2023 anmodet regionerne om følgende:

Gennemgang af lokale instrukser, vejledninger o.l.

Regionerne gennemgår lokale instrukser, vejledninger o.l. i forhold til, om de er i overensstemmelse notat af 25. marts 2023 *Vedr. handlepligt efter reglerne om maksimale ventetider*, med særligt fokus på beskrivelsen af:

- Information til kræftpatienter om deres rettigheder vedr. maksimale ventetider
- Handlepligten ift. at afsøge og tilbyde hurtigere behandling på andre hospitaler i ind- og udland i de tilfælde, hvor regionerne ikke selv kan overholde de maksimale ventetider

Regionerne opdaterer lokale instrukser og retningslinjer ved behov. Sundhedsstyrelsen ønsker at modtage en opsamlende beskrivelse af, hvilke ændringer der er foretaget i instrukser, vejledninger mv., samt hvordan regionen påtænker at understøtte implementeringen.

Fristen for regionernes besvarelse var den 28. april 2023, og nærværende notat sammenfatter disse.

Sammenfatning af redegørelser

Alle regioner beskriver, at de har gennemgået lokale instrukser, vejledninger og praksisser mhp. at sikre efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider, herunder patientinformation og handlepligt ift. at afsøge og tilbyde hurtigere behandling i ind- eller udland om nødvendigt for at overholde de maksimale ventetider.

Regionerne har iværksat og planlægger iværksættelse af yderligere opfølgning med henblik på at tydeliggøre konkrete, centrale aspekter fra drøftelserne om overholdelsen af bekendtgørelsen om maksimale ventetider, således at det er fuldt implementeret i organisationerne. Regionerne beskriver, at de understøtter instrukser, vejledninger og praksisser gennem forskellige tiltag såsom fællesmøder, e-læring mv.

Region Hovedstaden

Region Hovedstadens angiver, at det er regionens opfattelse, at regionens praksis har været i overensstemmelse med generel praksis i landet.

Regionen iværksatte i februar 2023 en gennemgang af procedurer for maksimale ventetider, herunder handlepligten. Dette på baggrund af en afgørelse fra Styrelsen for Patientklager i forbindelse med en sag, hvor regionen havde handlet i strid med reglerne for maksimale ventetider. Herefter er regionen også blevet opmærksom på variation på tværs af hospitaler og afdelinger i information af patienten om rettigheder samt indhentning af samtykke.

Ved deres gennemgang af vejledningen 'maksimale ventetider for kræftpatienter – håndtering og efterlevelse af reglerne om information og tilbud om behandling andre steder' finder regionen behov for at præcisere handlepligten og tydeliggøre forhold omkring journalisering, bl.a. i forhold til forsinkelsesårsager. Det har været praksis i Region Hovedstaden, at patienten orienteres mundtligt om behandlingsmuligheder og patientrettigheder, så der er en dialog forud for samtykke til behandling. Det indkaldelsesbrev som sendes til patienten er et supplement til den mundtlige dialog. Dette vil blive præciseret i vejledningen.

Regionen vil på baggrund af afgørelsen fra Styrelsen for Patientklager i februar 2023 ændre ordlyden i indkaldelsesbrevene, da styrelsen har vurderet, at brevene ikke lever op til reglerne om maksimale ventetider. Her vil handlepligten ligeledes blive præciseret.

Praksis og vejledninger mv. vil blive gennemgået igen og endeligt tilpasset i fald, at der kommer ændringer til reglerne om maksimale ventetider.

Region Nordjylland

Det er Region Nordjyllands vurdering, at de nuværende instrukser, retningslinjer mm. generelt understøtter overholdelsen af de maksimale ventetider og lever op til reglerne på området.

Region Nordjylland har i forbindelse med ministeriets initiativer til genopretning af kræftområdet nedsat en Kræftstyregruppe med repræsentation bl.a. af regionens direktion og de læge- faglige direktører på hospitalerne. Under denne gruppe er der nedsat en operationel Task Force med repræsentanter fra regionens administration samt kvalitets- og registreringskonsulenter på hospitalerne. Disse er ansvarlige for implementeringen af de beskrevne ændringer og opfølgning herpå.

Region Nordjylland bemærker om gennemgangen af retningslinjen vedrørende maksimale ventetider, at denne og andre retningslinjer løbende opdateres, og at der procedurer for, at personalet gøres bekendt med indholdet.

Regionen beskriver, at de på baggrund af Sundhedsstyrelsens notat *Vedr. handlepligt efter reglerne om maksimale ventetider* vil præcisere, hvilke oplysninger der skal dokumenteres i journalen. Det vil ligeledes blive tydeliggjort, at der skal være tale om et realistisk behandlingstilbud. Hertil vil regionen tilføje beskrivelse af konkrete arbejdsgange, hvis der opleves systematiske kapacitetsudfordringer.

Regionen har aftalt med hospitalerne i regionen, at de fra den 1. maj 2023 yderligere indberetter til administrationen og hospitalsledelsen i regionen om tilfælde, hvor bekendtgørelsen om maksimale ventetider er overholdt men ikke tidsfristerne (pga. af undtagelser jf. bekendtgørelsen). Regionen forventer, at dette kan skabe øget opmærksomhed på eventuelle kapacitetsudfordringer.

Regionen beskriver, at der er igangsat en proces, hvor indkaldelsesbreve og patientrettighedsbilag gennemgås med henblik på at sikre, at de lever op til regionens handlepligt, og at patienterne bliver informeret korrekt om deres rettigheder. Det vil bl.a. blive præciseret, at patienten også efter fremsendelse af indkaldelsesbrevet skal kontaktes telefonisk.

Derudover skriver regionen, at de har udfærdiget en regional, systemnær registreringsvejledning. Vejledningen beskriver bl.a. den registreringstekniske håndtering af dokumentation af patientrettigheder. I vejledningen henvises desuden til beskrivelse af dokumentation af oplysningspligten i patientjournalen.

For at understøtte implementeringen har Region Nordjylland bl.a. afholdt informationsmøder med personale på hospitalerne med fokus på at styrke korrekt forståelsen af bekendtgørelsen om maksimale ventetider, herunder særligt på handle- og dokumentationspligten.

Region Sjælland

Region Sjælland beskriver i deres redegørelse, at de har gennemgået deres regionale retningslinje vedrørende maksimale ventetider. Herudover findes der også en lokal retningslinje på Sjællands Universitetshospital, hvor størstedelen af regionens kræftforløb foregår, som tilsvarende beskriver ansvar, handlepligt mv. Regionen skriver, at retningslinjerne tydeligt beskriver reglerne for overskridelse, registrering, arbejdsgange, dokumentation mv.

Region Sjælland beskriver derudover, at de har sat en proces i gang med at øge fokus på arbejdsgange, instrukser og information til patienterne ift. overholdelse af de maksimale ventetider ved kræftbehandling. Denne proces er endnu ikke tilendebragt.

Region Syddanmark

Region Syddanmark har ved gennemgang af deres retningslinjer på området fundet anledning til at præcisere forhold omkring bl.a. journalisering. Her planlægger regionen udarbejdelse af fortrykte fraser, der kan indsættes i journalen. Der overvejes også fortrykte fraser til brug, hvis patienten accepterer et forsinket behandlingstilbud. Fraserne kan fx omhandle information om de sundhedsfaglige konsekvenser ved forsinket behandling mv.

Regionen vil derudover tage initiativ til at udbygge monitorering af kræftområdet med det formål, at de i højere grad end i dag løbende kan følge med i, om der er områder, hvor tidsfristerne i de maksimale ventetider kan se ud til at være udfordret.

Regionen oplyser, at monitorering af kræftområdet hidtil primært har haft et fokus på monitorering af forløbstider i kræftpakkerne, som også kan fungere som indikator for kapacitetsmæssige udfordringer. Dog forventer regionen, at de nuværende frivillige forløbsmarkører for maksimale ventetider i kræftpakkeregistreringen, gøres obligatoriske. Regionen har et ønske om at få faste rapporter fra sygehusene til den løbende ledelsesmæssige overvågning af maksimale ventetider.

Regionen vil derudover se på mulige supplerende løsninger, hvor registrering af yderligere markører i forhold til årsagerne til overskridelse af de maksimale ventetider kan følges.

Regionen forventer at gennemføre audit 1-2 gange årligt, hvor de ved stikprøver vil se på, om reglerne for maksimale ventetider er overholdt, herunder information af patienten, handlepligt og dokumentation.

Region Syddanmark vil desuden tilrette deres nuværende brevskeletter, så de fuldt ud afspejler den aktive handlepligt. Hertil vil de have et øget fokus på mundtlig dialog med patienten til informationssamtalerne forud for behandling mv.

Regionen vil også gøre øget brug af e-læring. De har aktuelt et eksisterende e-læringskursus om rettigheder og regler i bekendtgørelsen om maksimale ventetider, som opdateres. Kurset gøres obligatorisk for forløbskoordinatorer og lægesekretærer, der booker kræftforløb. De vil også anbefale, at kræftlægerne gennemgår kurset.

Region Midtjylland

Region Midtjylland skriver, at de har indskærpet overfor samtlige hospitalsenheder, at den regionale retningslinje 'Maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme, regional retningslinje' skal følges. Særligt er det indskærpet, at det efter modtaget henvisning særskilt skal vurderes, om de maksimale ventetider kan overholdes, og at afdelingen ellers har pligt til at undersøge, hvilke andre steder der kan foretage den relevante udredning eller behandling inden for de fastsatte frister. I sidste ende, at der skal etableres kontakt til Sundhedsstyrelsen med henblik på, at Sundhedsstyrelsen kan tilvejebringe et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider.

Regionen har desuden indskærpet, at den tid, afdelingen har mulighed for at indkalde patienten til, skal fastholdes, indtil det er afklaret, hvorvidt patienten samtykker til en viderehenvisning til et andet behandlingssted, der kan tilbyde udredningen eller behandlingen inden for de maksimale ventetider.

Afdelinger, som behandler patienter, der er omfattet af retningslinjen, har udarbejdet lokale

tilføjelser i overensstemmelse med den regionale retningslinje. Disse tilføjelser gennemgås grundigt ifm. den verserende sag.

Regionen skriver, at reglerne er indskærpet for hospitalsledelserne, og der indkaldes til møder mhp fælles forståelse. Der sikres dialog mellem alle hospitals- og afdelingsledelse samt dialog med dem, der er involveret i patientforløbene.

Desuden har hospitalerne skærpet den løbende monitorering af maksimale ventetider via early warning-lister i det regionale BI-system, og der arbejdes indgående med at videreudvikle den dataunderstøttede ledelsesinformation. Hertil vil det blive muligt at afgrænse på, om overskridelserne er begrundet i manglende kapacitet i udrednings- eller behandlingsperioden. Det vil i den forbindelse blive sikret, at det bliver tydeligt, hvornår der skal indgås aftaler med sygehuse i indland og udland og hvornår Sundhedsstyrelsen skal involveres.

Desuden har Region Midtjylland iværksat gennemgang af brevskebeloner og af procedurer for henvisninger, booking og patientinformation.

Implementeringen af ovenstående følges tæt i Koncernledelsens Task Force for maksimale ventetider og i de relevante operationelle fora.

Sundhedsstyrelsens præciseringer og formidling af reglerne

Til Sundhedsstyrelsens præciserende notat af 25. marts 2023 om handlepligten, har været drøftet forskellige spørgsmål og tolkninger fra regionerne for at klargøre en fælles forståelse, og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en ny version af 25. april 2023 med yderligere konkrete præciseringer.

Sundhedsstyrelsen har endvidere opdateret informationsmateriale til sundhedspersonale, patienter og pårørende, som offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside forventelig medio maj.

Yderligere vil Sundhedsstyrelsen følge op på resultatet af initiativerne i indenrigs- og sundhedsministerens handleplan med bredere formidling af reglerne om maksimale ventetider, således at regelgrundlaget mv. foreligger let tilgængeligt og samlet. Dette kan indbefatte en opdatering af *Vejledning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse til- stande ved iskæmiske hjertesygdomme*¹.

¹ VEJ nr. 9259 af 28/04/2015



Dato 25-04-2023

PRIM

Sagsnr. 03-0503-97

Vedrørende handlepligt efter reglerne om maksimale ventetider

Reglerne om maksimale ventetider er beskrevet i sundhedsloven¹ kapitel 21 med tilhørende bekendtgørelse² og vejledning³. Der følger en handlepligt af bekendtgørelsens regler om maksimale ventetider jf. §§ 8-11, således at regionen, subsidiært Sundhedsstyrelsen, har pligt til at tilvejebringe et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider.

Den regionale handlepligt påhviler patientens bopælsregion eller den behandlende region, som bopælsregionen har indgået aftale med. Den ansvarlige region har en generel forpligtigelse til at informere patienten om dennes rettigheder i forlængelse af bekendtgørelsen.

I det følgende præciseres reglerne om handlepligt. Dette notat gentager Sundhedsstyrelsens løbende præciseringer og rådgivning til regionerne, som det bl.a. er resumeret i tidligere notater, og det tilføjer således ikke nye fortolkninger. Nærværende præciseringer flugter desuden med aktuell praksis i Styrelsen for Patientklager⁴.

Med mindre andet er angivet, anvendes i det følgende det brede behandlingsbegreb jfr. sundhedsloven § 5.

Regionens handlepligt

Efter bekendtgørelsen § 8 stk. 1 har regionen en handlepligt, som betyder, at hvis man ikke på eget sygehus kan give patienten en tid til behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid, så skal regionen ikke blot informere patienten om dennes rettigheder og henvise til andet sygehus, men regionen skal også aktivt sørge for at patienten tilbydes henvisning til et andet sygehus (i anden region, privathospital her i landet, eller udenlandsk sygehus), der kan tilbyde behandlingen inden for den fastsatte maksimale ventetid.

Pligt til at sikre kapacitet

Specifikt for kræftområdet indebærer handlepligten, at regionen til stadighed skal sikre en rimelig og tilgængelig kapacitet til behandling af kræftsygdomme, som angivet i pakkeforløb og retningslinjer, og som er dimensioneret efter befolkningsgrundlag m.v.

¹ Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 248 af 8. marts 2023

² Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme, BEK nr. 584 af 28. april 2015

³ Vejledning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse iskæmiske hjertesygdomme, VEJ nr. 9259 af 28. april 2015

⁴ Se f.eks. <https://stpk.dk/afgorelser-og-domme/afgorelser-fra-styrelsen-for-patientklager/23sfp17/>

Ved varetagelse af specialiserede funktioner, der kun er godkendt ét eller få steder i landet, påhviler der denne eller de regioner, der varetager funktionerne, en særlig forsyningsforpligtelse.

Har regionen udfordringer med kapacitet på egne sygehuse, skal regionen sikre adgang til supplerende kapacitet på andre sygehuse (i anden region, privathospital her i landet, eller udenlandsk sygehus).

Det følger heraf, at hvis en region har vedvarende eller tilbagevendende systematiske kapacitetsudfordringer på egne sygehuse (f.eks. på grund af længerevarende knaphed i medarbejderressourcerne), så skal regionen ikke blot i det konkrete tilfælde, og ikke kun på patientens foranledning, afsøge behandlingstilbud udenfor regionen, der overholder de maksimale ventetider, men regionen skal generelt og proaktivt arbejde for at sikre denne kapacitet udenfor regionen, således at regionen kan overholde sin handlepligt i de konkrete tilfælde.

Pligt til at afdække behandlingsmuligheder

Det er således regionens ansvar, ikke patientens, aktivt at afdække behandlingsmuligheder udenfor regionen, der sikrer overholdelsen af de maksimale ventetider.

Regionens proaktive afsøgning af behandlingsmuligheder på andre sygehuse skal ske i relevant og rimeligt omfang under hensyntagen til, at der er tale om en lovbunden handlepligt, men med samtidigt hensyn til, at der afsøges behandlingsmuligheder, som man fagligt kan stå inde for at tilbyde, og som patienten med rimelighed kan forventes at acceptere. Dette indebærer bl.a., at der skal tages hensyn til geografisk afstand mellem patientens bopæl og behandlingssted, og at der ved tilbud af behandling i udlandet skal henvises til behandling af samme eller højere faglig standard end i Danmark.

Jo større systematiske kapacitetsudfordringer med potentiale for overskridelser af reglerne om maksimale ventetider, desto mere proaktiv skal regionen agere. Har regionen systematiske kapacitetsudfordringer, skal regionen proaktivt indgå aftaler med andre relevante sygehuse i Danmark eller i udlandet om at kunne stå løbende til rådighed i forhold til henvisning af patienter, således at afsøgning af behandlingstilbud kan ske hurtigt og smidigt, og patienter kan præsenteres for konkrete behandlingsmuligheder ved information om, at reglerne om maksimale ventetider ikke kan overholdes på eget sygehus. De konkrete aftaler afhænger af, hvilke behandlinger der er tale om og specialiseringsniveauet.

Afsøgning af behandlingsmuligheder kan hensigtsmæssigt indledes i geografisk nærliggende regioner. For specialiserede funktioner vil det typisk betyde, at behandlingsmuligheder i første række afsøges på sygehuse i Danmark, der er godkendt af Sundhedsstyrelsen til varetagelse jfr. gældende specialeplan. For højt specialiserede funktioner, der kun varetages ét eller få steder i Danmark, skal der desuden afsøges behandlingstilbud i udlandet med kvalitet sammenlignelig med danske.

Ved information om behandlingstilbud skal henvisning til andet sygehus, der kan overholde de maksimale ventetider, således være en realistisk mulighed. Henvisning til andet sygehus skal selvfølgelig ikke ske, med mindre patienten ønsker det, hvorefter det også følger, at der ikke skal blokeres behandlingstilbud på andet sygehus, før patienten har samtykket til henvisning.

Omvendt skal allerede tilbudt tid til behandling på eget sygehus fastholdes, indtil det er afklaret, om der kan henvises til hurtigere behandlingstilbud på andet sygehus, og patienten har samtykket til henvisning.

Dokumentation af regeloverholdelse

Har regionen imidlertid jfr. reglerne i bekendtgørelsen § 8 stk. 1 tilbudt patienten at henvise til behandling på andet sygehus, men ønsker patienten ikke at blive henvist, og samtykker patienten samtidigt til behandlingstilbuddet på bopælsregionens sygehus, trods overskridelse af de angivne maksimale ventetider, så er reglerne om de maksimale ventetider overholdt.

Overholdelsen af handlepligten skal tydeligt dokumenteres i patientens journal og skal som minimum indeholde:

- information, der er givet om sygehusets eget behandlingstilbud, herunder tilbudt dato for behandling
- information, der er givet om realistisk tilbud om henvisning til behandling på andet sygehus i Danmark eller i udlandet, herunder hvor meget hurtigere denne behandling kan gives
- information om mulige helbredsmæssige konsekvenser ved patientens evt. accept af forsinket behandlingstilbud
- patientens samtykke

For at dokumentere overholdelse af reglerne om maksimale ventetider, og dermed regionens handlepligt, er det således ikke tilstrækkeligt blot at dokumentere, at patienten har accepteret en tilbudt behandlingstid, der overskrider de maksimale ventetider. Det skal derudover også dokumenteres, at regionen har udøvet sin handlepligt ved at tilbyde henvisning til andet sygehus, der kan tilbyde behandling indenfor de maksimale ventetider, og at denne mulighed på forhånd er af søgt således, at der er tale om et reelt tilbud.

Det kan f.eks. fremgå som i følgende eksempler:

Pt. er d.d. informeret om og har samtykket til tilbud om operation [dato]. Pt. er samtidigt informeret om, at reglerne om maksimale ventetider er overholdt selvom operationen først udføres om 3 uger, da tilsynet i går fra hjerteklinikken fandt at der var behov for at optimere behandlingen med Y før pt. kan tåle anæstesi og operation.

Pt. er d.d. tilbudt operation [dato], hvilket ikke er indenfor den maksimale ventetid. Vi har tilbudt pt. henvisning til sygehus X, der kan behandle indenfor den maksimale ventetid. Pt. ønsker imidlertid at acceptere den tilbudte dato her på sygehuset på trods af, at dette forsinker patientens behandling med 18 dage. Pt. er i den forbindelse informeret om, at forsinkelsen kan have betydning for prognosen, da småcellet lungekræft har tendens til hurtig spredning

Pt. er d.d. tilbudt kikkertundersøgelse [dato], hvilket ikke er indenfor den maksimale ventetid. Vi har tilbudt pt. henvisning til sygehus X, der kan behandle indenfor den maksimale ventetid. Pt. ønsker imidlertid at acceptere den tilbudte dato her på sygehuset på trods af, at dette kan forsinke patientens diagnose med 3 dage. Pt. er i den forbindelse informeret om, at forsinkelsen på få dage ift. udtagning af vævsprøve næppe har betydning for prognosen, og at skift til andet sygehus midt i udredningsforløb kan give afledte problemer.

Den konkrete opstilling og ordlyd kan variere afhængigt af, hvilket elektronisk journalsystemet der anvendes. Således kan datoer fremgå af kontekst og forsinkelsesårsag, og patientens samtykke kan angives med valg af forløbsmarkør på rullemenu suppleret med fritekst, f.eks. ”patient ønsker senere tid grundet ferie”, ”operation udskudt pga. præoperativ optimering af hjerteinsufficiens” osv.

Det er altid vigtigt, at udøvelsen af den konkrete handlepligt tydeligt dokumenteres. Følgende eksempel er således *ikke* fyldestgørende ift. at dokumentere overholdelse af reglerne om maksimale ventetider:

Pt. er d.d. [dato] tilbudt operation [dato], hvilket ikke er indenfor den maksimale ventetid. Vi har tilbudt pt. henvisning til andet sygehus. Pt. ønsker at acceptere den tilbudte dato her på sygehuset.

Hensyn til patientens helbredstilstand og ønsker

Reglerne om de maksimale ventetider gælder ikke, hvis hensyn til patientens helbredstilstand tilsiger, at behandling skal udskydes. Der kan f.eks. være tale om, at patienten har anden samtidig sygdom (komorbiditet), som skal stabiliseres eller behandles, før det er lægefagligt forsvarligt at tilbyde behandling for patientens kræftsygdom. Der skal i alle tilfælde foretages en løbende lægefaglig revurdering af patientens tilstand og forhold, således at der kan gives tilbud om behandling inden for reglerne om maksimale ventetider, når patientens helbredstilstand tillader det.

Hvis en patient ikke ønsker udredning eller behandling på en tilbudt tid, som ligger inden for de maksimale ventetider, har patienten ikke ret til at få en ny tid inden for den maksimale ventetid. Patienten skal dog tilbydes en ny tid hurtigst muligt. Har patienten ønsket udsættelse af en eller flere dele af forløbet, f.eks. udredning, gælder reglerne om maksimale ventetider for øvrige dele af forløbet, f.eks. operation efter afsluttet udredning.

Såfremt patienten ikke behandles inden for den maksimale ventetid, fordi hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger det, eller fordi patienten ønsker det, skal dette ligeledes dokumenteres i patientens journal.

Overdragelse af handlepligten til Sundhedsstyrelsen

Kan regionen, som beskrevet ovenfor, ikke tilvejebringe et tilbud om undersøgelse eller behandling inden for den maksimale ventetid, skal regionen efter reglerne i bekendtgørelsen § 10 straks meddele dette til Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker, at Sundhedsstyrelsen overtager handlepligten.

En sådan meddelelse til Sundhedsstyrelsen forudsætter, at regionen for den konkrete patient har undersøgt og udtømt muligheder for at henvise til undersøgelse og behandling inden for de maksimale ventetider på offentlige sygehuse i anden region, på privathospital her i landet eller sygehuse i udlandet. Regionens tiltag og patientens samtykke skal dokumenteres i regionens meddelelse til Sundhedsstyrelsen og i patientens journal jf. ovenstående.

Ved modtagelse af regionens meddelelse vil Sundhedsstyrelsen vurdere, om meddelelsen opfylder krav til indhold jfr. nedenstående, eller om der er behov for supplerende oplysninger. Såfremt regionens meddelelse opfylder kravene, overtager Sundhedsstyrelsen herefter handpligten og informationen til patienten.

Sundhedsstyrelsens pligter

Sundhedsstyrelsen skal om muligt henvise patienten til behandling på et sygehus her i landet eller i udlandet inden for den maksimale ventetid. Kan Sundhedsstyrelsen ikke tilvejebringe et tilbud inden for den maksimale ventetid, skal styrelsen hurtigst muligt meddele dette til patienten samt informere om mulighed for, at patienten under visse betingelser selv kan finde et behandlingstilbud på et offentligt eller privat sygehus her i landet eller i udlandet, hvortil der ydes betaling eller tilskud af regionen.

Efter bekendtgørelsen § 13 kan Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde pålægge et offentligt sygehus i Danmark at tage patienten i behandling, hvis Sundhedsstyrelsen skønner, at sygehuset er i stand til det uden væsentlige ulemper.

Krav til § 10-meddelelsen til Sundhedsstyrelsen

Regionens meddelelse skal indeholde en fyldestgørende beskrivelse af, at regionen for den konkrete patient har undersøgt og udtømt muligheder for at henvise til behandling inden for de maksimale ventetider på relevante offentlige sygehuse i anden region, på privathospital her i landet eller på sygehuse i udlandet.

Regionens tiltag, og patientens samtykke efter bekendtgørelsen § 10, skal dokumenteres i regionens meddelelse til Sundhedsstyrelsen. Samtykket kan eventuelt fremgå af vedlagt journal kopi.

Regionens meddelelse skal desuden indeholde information om patientens diagnose, den tilbudte behandling, dato for sygehusets modtagelse af henvisning, dato for informeret samtykke til konkret behandlingstilbud, dato for start på tilbudt behandling samt informationer om andre behandlingsmuligheder, som regionen har afdækket.

Som udgangspunkt skal regionens meddelelse være skriftlig og fremsendes til den krypterede e-mail: maksimaleventetider@sst.dk. Samtidig med afsendelse af skriftlig meddelelse kan Sundhedsstyrelsen i dagtid kontaktes på hovednummeret 72 22 74 00, bed om omstilling til enheden for det primære sundhedsvæsen. Udenfor dagtid kan Sundhedsstyrelsens døgnbemandet beredskabsvagt kontaktes på tlf. 61 50 81 81.

Indberetning af hændelser hvor reglerne ikke er overholdt

Kravet om, at de enkelte regioner månedligt skal indberette hændelser til Sundhedsstyrelsen, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, blev iværksat af Sundhedsstyrelsen i januar 2012 på baggrund af den daværende sundhedsministers beslutning og er således ikke fastsat i bekendtgørelse eller vejledning. Indberetningspligten gælder alle hændelser, hvor reglerne, som præciseret af Sundhedsstyrelsen, ikke er overholdt.

Hændelser indberettes i anonymiseret form, og der kan indberettes flere hændelser for samme patient. Indberetningerne skal ikke forveksles med regionens pligt til meddelelse efter bekendtgørelsen § 10, som forudsætter patientens konkrete samtykke.

Indsendelsen af de månedlige indberetninger ændrer selvsagt ikke på, at bekendtgørelsen fortsat skal overholdes til enhver tid. Indberetningerne erstatter således ikke regionens handlingspligt i den konkrete situation og i forhold til den konkrete patient, hvis det viser sig, at regionen ikke selv kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider.

Oplæg til forstærket model for overvågning af ventetider på kræftområdet

Indenrigs- og Sundhedsministeren har den 24. marts 2023 iværksat planen *Genopretning af kræftområdet* med fem initiativer, hvor af ét initiativ er *Forstærket indberetning til myndighederne*, som omfatter:

”Sundhedsstyrelsen udarbejder inden udgangen af april 2023 med inddragelse af regionerne og relevante styrelser et oplæg til en forstærket model for løbende og mere tidstro overvågning af ventetider og mulige overskridelser af de maksimale ventetider på kræftområdet.

Modellen skal samtidig beskrive en hurtigere og mere præcis indberetning af mulige overskridelser til Sundhedsstyrelsen. Som en del af arbejdet skal det endvidere efterses, om de eksisterende interne regionale systemer til ledelsesrapportering af forløbstider m.v. er tilstrækkelige.”

Som grundlag for dette arbejde har regionerne indsendt redegørelser til Sundhedsstyrelsen med beskrivelser af de nuværende overvågningssystemer og overvejelser vedrørende en forstærket model for indberetning¹.

Nærværende notat omfatter:

- Skitsering af grundlaget for overvågning af kræftområdet
- Sammenfatning af nuværende regionale overvågningssystemer vedrørende maksimale ventetider respektivt pakkeforløbstider
- Principper for fremtidig forstærket overvågning og indberetning vedrørende maksimale ventetider
- Videre proces mhp. konkrete ændringer i overvågning og indberetning

¹ Region Syddanmark - Redegørelse til Sundhedsstyrelsen vedr. forstærket indberetning af ventetider på kræftområdet, 14.04.23

Region Sjælland - Redegørelse vedrørende en forstærket indberetning af ventetider på kræftområdet, 11.04.23

Region Midtjylland - Redegørelse vedrørende en forstærket indberetning af ventetider på kræftområdet, 13.04.23

Region Nordjylland - Redegørelse vedr. forstærket indberetning af ventetider på kræftområdet, 14.04.23

Region Hovedstaden - Redegørelse vedr. en forstærket indberetning af ventetider på kræftområdet, 14.04.23

Grundlag for overvågning af kræftområdet

Bekendtgørelsen om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme er lovbundne patientrettigheder, der omfatter retten til at påbegynde udredning og behandling inden for 14 dage for alle patienter med eller med mistanke om kræft.

Pakkeforløb for kræft skal fungere som faglige rettesnore for sygehusafdelingernes planlægning og gennemførelse af udrednings- og behandlingsforløb. Pakkeforløbenes standardforløbstider er fagligt begrundede forløbstider for et typisk patientforløb, og det er derfor ikke forventeligt, at standardforløbstiderne opfyldes for alle patienter i alle pakkeforløb. Der er således heller ikke fastlagt en national tærskel for, hvilken andel af patientforløbene, der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne.

Kræftområdet overvåges for nuværende igennem to monitoreringer:

1. Overholdelsen af reglerne om de maksimale ventetider
2. Standardforløbstider i pakkeforløb for kræft

Ad 1. Sundhedsministeriet indførte fra den 1. marts 2012 skærpede krav til regionernes indberetning om overholdelse af bekendtgørelsen om maksimale ventetider. Kravene indebærer, at regionerne hver måned skal oplyse Sundhedsstyrelsen om, hvorvidt de har overholdt reglerne om de maksimale ventetider i forhold til de konkrete patienter, der er blevet henvist til udredning og behandling.

Den nuværende indberetning består i, at regionerne månedligt indsender skema med oplysning om patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Skemaet indeholder oplysninger om hospital, afdeling, kræftform, antal dage overskredet, ventetid (udredning/behandling), årsag samt beskrivelse af hændelsen og de følgende tiltag.

Sundhedsstyrelsen offentliggør månedligt antallet af overskridelser af reglerne om de maksimale ventetider for hver region i tillæg med et notat med sammenfatning af overskridelserne uden personhenførbare oplysninger. Overholdelsen af de maksimale ventetider bliver løbende drøftet i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet.

Ad 2. Ministeren for Sundhed og Forebyggelse anmodede i januar 2012 Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet om at sikre en robust monitorering af pakkeforløb på både kræft- og hjerterområdet på grund af problemer med specifikke patientforløb på kræftområdet.

Efterfølgende udviklede Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regionerne en national monitorering af standardforløbstider i pakkeforløb for kræft, som har fungeret siden 4. kvartal 2012. Monitoreringen omfatter kvartalsvise rapporter, der viser andelen af patientforløb, der gennemføres inden for standardforløbstiderne angivet i de enkelte pakkeforløb for kræft. Data opgøres på regionsniveau og landsplan fordelt på de enkelte pakkeforløb.

Kvartalsrapporter om forløbstider drøftes løbende på møder i Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet. Som grundlag for drøftelserne anmoder

Sundhedsstyrelsen regionerne om redegørelser for de pakkeforløb, der er udfordrede i forhold til at gennemføre patientforløb inden for standardforløbstiderne og tiltag til forbedring på området.

Nuværende regionale overvågningssystemer vedrørende maksimale ventetider

I Region Sjælland og Region Hovedstaden er overvågning af de maksimale ventetider baseret på registreringer i den elektroniske patientjournal Sundhedsplatformen. Der anvendes forløbsmarkører for maksimale ventetider, som indberettes til Landspatientregisteret (Sundhedsdatastyrelsen), suppleret med interne forløbsmarkører og registreringer af årsager til forsinkelse i forhold til reglerne om maksimale ventetider. De to regioner har desuden mulighed for at genere varslingslister, som giver overblik over tidsfrister i forløbene.

Region Midtjylland overvåger overholdelsen af de maksimale ventetider gennem varslingslister, som tilgås gennem regionens BI-system, der giver overblik over tidsfrister for de enkelte patientforløb og anvendes i tilrettelæggelsen af forløb. Området overvåges yderligere igennem journalgennemgange.

Region Nordjylland overvåger overholdelsen af de maksimale ventetider ved håndholdte opgørelser på regneark og følger løbende op med direktionen. Regionen arbejder aktuelt på implementering af et varslingsystem, som kan give et tidstro overblik over patienter i kræftforløb, både mht. forløbstider og frister for maksimale ventetider. Systemet har potentiale til at fremvise data på aggregeret niveau.

Region Syddanmark har aktuelt ikke et system, der giver mulighed for at opgøre og vise systematiske data vedrørende maksimale ventetider. Regionen anfører, at kræftpakkeforløb gennemført inden for standardforløbstiden kan være en indikator for, at de maksimale ventetider er overholdt, da forløbstiderne i kræftpakkeforløbene ofte er skærpede ift. de maksimale ventetider. Varslingsystemet, der anvendes til overvågning af forløbstider, vurderes at kunne omfatte maksimale ventetider, hvis registrering af forløbsmarkører for maksimale ventetider udvides.

Nuværende regionale overvågningssystemer vedrørende pakkeforløbstider

I Region Sjælland og Region Hovedstaden er overvågning af forløbstider baseret på registreringer i Sundhedsplatformen. Overvågningen omfatter også brug af varslingslister, som varsler om forfaldsdatoer i det pågældende pakkeforløb.

Region Syddanmark overvåger forløbstider igennem et varslingsystem, som understøtter tilrettelæggelse og koordinering af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiden.

Region Nordjylland overvåger forløbstider igennem et ledelsesinformationssystem, som giver overblik over forløb i kræftpakker med muligheder for tilpasning af visning af data. Både region og hospitaler har hyppig opfølgning på forløbstider, og der auditeres månedligt på forløb, der er længere end standardforløbstiden. Som beskrevet pågår implementering af et varslingsystem for forløbstider og maksimale ventetider.

Region Midtjylland overvåger forløbstider for kræftpakker via en automatiseret, databaseret løsning, som klinikere, ledelser og øvrigt personale kan tilgå via det regionale BI-setup. Det er muligt at tilgå monitoreringen på aggregeret niveau samt individniveau.

Principper for fremtidig forstærket overvågning og indberetning vedrørende maksimale ventetider

Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet har drøftet potentielle muligheder for forbedring af overvågningen og indberetningen mhp. at skabe et bedre grundlag for dels lokal tilrettelæggelse af konkrete patientforløb og dels strategisk ledelse og planlægning.

Der er en afgørende forudsætning først at tage hånd om: Data *ind* skal være de rette for, at brugbare data *ud* kan være anvendelige som grundlag for at agere først og fremmest i forhold til konkrete patientforløb i henhold til intentionen med reglerne om de maksimale ventetider (hurtig behandling) – og sekundært strategisk.

Ambitionen bør være, at den fremtidige forstærket overvågning og indberetning baseres på den samlede ramme af de mange data og ressourcer, der i forvejen anvendes til overvågning; der er næppe behov for *flere* data men bedre *brug* af *rette* data. Ensartethed af data på tværs af regioner er en forudsætning herfor, hvilket bl.a. kan opnås gennem fælles registreringspraksis. For nuværende er der en tættere og hyppigere overvågning af standardforløbstiderne til kræftpakkeforløb, som er at betragte som faglige rettesnore, end de maksimale ventetider, som er lovbundne patientrettigheder, hvilket forekommer uhensigtsmæssigt. Yderligere er der udfordringer ved den nuværende monitorering af forløbstider i form af tidstroheden ved bagudrettede opgørelser samt med diskretionering grundet opdeling i undergrupper over en kort tidsperiode, der for nogle kræftområder gør datagrundlaget meget lille.

For at opnå en forstærket overvågning og indberetning skal de regionale overvågningssystemer bedre kunne følge og give overblik over de kritiske punkter i patientforløbene, så der i tide kan korrigeres rettidigt. Også de nationale monitoreringer og indberetninger skal efterses.

Ved en justeret og forstærket overvågning og indberetning kan følgende principper lægges til grund:

Forudsætninger

- Fælles forståelse af handlepligten
Nationale forløbsmarkører med eventuel obligatorisk registrering

Regional overvågning og indberetning

- Komplet og tidstro journalføring og -registrering, herunder fælles definition af tidstrohed
- Early warning-systemer sat op med de relevante markører mhp.:
 - Klinisk optimering af konkrete patientforløb (begrundet bl.a. i faglige hensyn, patientpræferencer og mål jf. fx kliniske retningslinjer, maksimale ventetider og pakkeforløb)
 - Ledelsesmæssig opfølgning på generelle mønstre i patientforløb, herunder områder med udfordringer eller nærliggende risiko for vedvarende, systematiske overskridelser af reglerne om maksimale ventetider, bl.a. som følge af kapacitetsbegrænsninger eller andre mål
- Indberetning løbende til Sundhedsstyrelsen med oplysninger om overskridelse af reglerne om maksimale ventetider

National overvågning

- Vedligeholdelse af overblik over indberetninger om overskridelse af reglerne om maksimale ventetider
- Opfølgning på uhensigtsmæssige mønstre i indberettede overskridelser på aggregeret niveau ift. den enkelte region og/eller regionerne i fællesskab

Videre proces

Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet forventer at nedsætte en teknisk arbejdsgruppe, som skal udarbejde et konkret forslag til en forstærket overvågning på kræftområdet generelt og indberetning af overskridelse af reglerne om maksimale ventetider specifikt.

Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet konkretiserer rammen og opgaven for arbejdsgruppen i maj 2023.

Arbejdsgruppen forventes at påbegynde arbejdet i 2. kvartal 2023 og afrapportere til Task Force i 3. kvartal 2023.

På baggrund af arbejdsgruppens forslag og drøftelse i Task Force udarbejder Sundhedsstyrelsen anbefalinger til ændringer i en fremtidig forstærket overvågning og indberetning. Implementeringen understøttes af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Region Hovedstadens faglige gennemgang af kræftområdet

Indholdsfortegnelse

Region Hovedstadens faglige gennemgang af kræftområdet	3
1 BAGGRUND OG FORMÅL.....	3
2 METODE OG MATERIALE.....	3
2.1 Kvalitativ journalaudit (trin 2a).....	5
2.2 Supplerende interviews (trin 2b)	6
3 RESULTATER.....	7
3.1 Resultater fra datatræk i Sundhedsplatformen.....	7
3.2 Udfordrende sygehusafdelinger og kræftområder.....	7
3.2.1 Identificerede områder med kapacitetsudfordringer	7
<i>Brystkræft</i>	8
<i>Urologi</i>	9
<i>Mave-tarmkræft</i>	10
<i>Gynækologisk kræft</i>	11
<i>Lungekræft</i>	11
3.2.2 Resultater fra kvalitativ journalaudit og uddybende interviews	12
3.3 Potentiale for optimering af kapacitet gennem regionens tiltag	13
<i>Brystkræft</i>	13
<i>Mave-tarmkræft</i>	14
<i>Gynækologisk kræft</i>	15
<i>Lungekræft</i>	15
<i>Generelle tiltag</i>	16
3.4 Potentiale for optimering af kapacitet gennem fællesregionale tiltag og behandling i udlandet	16

<i>Styrket tværregionalt kapacitetssamarbejde på kræftområdet</i>	16
4 KONKLUSION	17

Version: 2
Udformet af: Region Hovedstaden
Senest opdateret: 16. juni 2023

Region Hovedstadens faglige gennemgang af kræftområdet

1 BAGGRUND OG FORMÅL

Sundhedsstyrelsen har den 17. maj 2023 anmodet Region Hovedstaden om en faglig gennemgang af kræftområdet. Ifølge anmodningen skal gennemgangen bl.a. afdække, om:

- Der er andre sygehusafdelinger eller kræftområder, hvor patienter systematisk venter for længe på at modtage behandling.
- Der er potentiale for bedre brug af personaleressourcer på tværs af specialer, og om flere sygehuse kan varetage behandling af både kræft og andre sygdomme, således at der frigøres ressourcer til den højt specialiserede behandling, der kun kan varetages få steder.
- Regionerne i større omfang kan bruge kapaciteten på tværs af landet, så regionsgrænserne ikke begrænser de tilbud, som patienten får, samt mulighederne for øget brug af højt specialiseret behandling i udlandet.

Formålet er at skabe et grundlag for tiltag til at forbedre forløb for kommende patienter omfattet af reglerne om maksimale ventetider, uanset specialiseringsniveau.

Den faglige gennemgang er en del af regeringens genopretningsplan på kræftområdet og skal ses i sammenhæng med den redegørelse om forstærket indberetning til sundhedsmyndighederne, som Region Hovedstaden sendte til Sundhedsstyrelsen den 17. april 2023 og Region Hovedstadens redegørelse om styrket regeloverholdelse, som blev fremsendt til Sundhedsstyrelsen den 1. maj 2023.

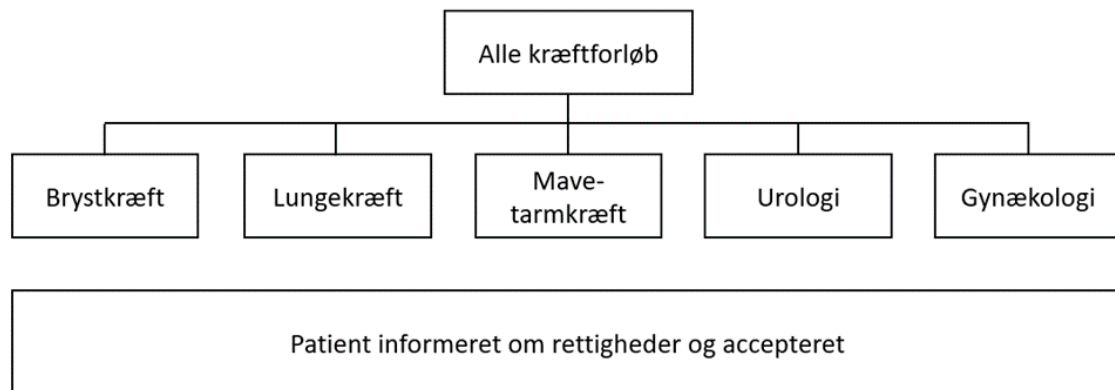
Den faglige gennemgang består af tre spor:

- Spor 1. Afdækning af udfordringer
- Spor 2. Belysning af regionens tiltag
- Spor 3. Belysning af tiltag tværregionalt og/eller inddragelse af hospitaler i udlandet

I det følgende præsenteres resultaterne af Region Hovedstadens faglige gennemgang.

2 METODE OG MATERIALE

Afdækningen af udfordringer i spor 1 består af to trin. For det første er der identificeret områder med kræftbehandling i Region Hovedstaden, hvor der aktuelt er kapacitetsudfordringer eller størst risiko for udfordringer med kapaciteten. Sundhedsstyrelsen har fastslået, at der skal ses på perioden 1. oktober 2022 til 31. marts 2023. Herefter er der foretaget en kvalitativ journalaudit samt en række interviews med relevante ledere og medarbejdere med henblik på at kvalificere resultaterne af journalauditten.



Figur 1. Metodeoverblik og udvælgelse af materiale

Region Hovedstadens metode er visuelt præsenteret i figur 1, hvor det fremgår, at der indledningsvist blev set og analyseret på alle kræftområder i den angivende periode. Herefter blev der udvalgt fem konkrete kræftområder, som skulle analyseres uddybende ved en kvalitativ journalaudit og supplerende interviews. Metoden er beskrevet uddybende i det følgende.

Dataudtræk i Sundhedsplatformen (trin 1)

I et samlet kræftbehandlingsforløb er der tre dele, hvor der gælder maksimale ventetider. Hver del har sit sæt af registreringer af forløbsmarkører i Sundhedsplatformen.

- Maksimal ventetid på 14 dage fra henvisning til udredning påbegyndes
- Maksimal ventetid på 14 dage fra patienten samtykker til initial behandling påbegyndes, dog maksimalt 28 dage fra henvisning til behandling til behandling påbegyndes
- Maksimal ventetid på 14 dage fra patienten samtykker til onkologisk behandling efter initial behandling til behandling påbegyndes, dog maksimalt 28 dage fra henvisning til behandling til behandling påbegyndes

Når tidsfristerne i bekendtgørelsen for maksimale ventetider ikke kan overholdes, registreres en forsinkelsesårsag i Sundhedsplatformen.

Forsinkelsesårsagerne tager udgangspunkt i vejledningen til bekendtgørelsen:

- Hensyn til patientens helbredstilstand
 - Behandlingen kan ikke igangsættes, før patienten er behandlingsparat
- Patientens ønske
 - Patienten ønsker ikke at tage imod den tilbudte tid inden for maksimale ventetider og får en tid, som overskrider de maksimale ventetider
- Patienten er informeret om patientrettigheder og accepterer overskridelse
 - Patienten er informeret om sine rettigheder og samtykker aktivt til en tid, som overskrider tidsfristen i de maksimale ventetider. Her er bekendtgørelsen overholdt.

- Ikke overholdt
 - Bekendtgørelse er ikke overholdt, og der skal ske en indberetning til Sundhedsstyrelsen

For at identificere kræftområder i Region Hovedstaden med kapacitetsudfordringer eller risiko herfor, er der for perioden 1. oktober 2022 til 31. marts 2023 lavet et dataudtræk i Sundhedsplatformen for patientforløb omfattet af maksimale ventetider til kræftbehandling, afgrænset til den del af forløbet hvor patienten samtykker til behandling til initial behandling påbegyndes. Data-trækket er lavet for alle kræftformer. Datatrækket er fordelt på forsinkelsesårsager. De patientforløb hvor regionen ikke kan tilbyde behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider, antages at være en indikator på kapacitetsudfordringer i modsætning til andre forsinkelsesårsager som fx hensyn til patientens helbredstilstand, eller hvis patienten selv ikke ønsker at tage imod tidspunktet for behandling. Her er der tale om situationer, som ikke har sammenhæng til regionens kapacitet.

Der er for langt størstedelen af registreringerne tale om patientforløb, hvor patienten ikke tilbydes en tid inden for tidsfristen i den maksimale ventetid, men samtykker hertil, og disse forløb er således som udgangspunkt ikke et udtryk for overskridelse af bekendtgørelsen om maksimale ventetider, men kan være et udtryk for en kapacitetsudfordring.

Region Hovedstaden har sammenholdt registreringerne i Sundhedsplatformen med eksisterende viden om tidligere, nuværende og potentielle områder med kapacitetsudfordringer, herunder indberetninger af overskridelser af maksimale ventetider, rapporter fra den nationale kræftmonitorering, og herunder de redegørelser til Sundhedsstyrelsen, som regionen har udarbejdet på baggrund af monitoreringen. Regionen har endvidere anvendt viden fra den løbende interne monitorering af kræftpakkeforløbstiderne, som bl.a. følges tæt i de faste møder i politiske udvalg og med hospitalerne. På den baggrund er følgende hovedområder udvalgt, hvor der er kapacitetsudfordringer eller risiko herfor:

- Brystkræft
- Mave- og tarmkræft, herunder tyk- og endetarmskræft, kræft i galdeblæren, kræft i galdegang, analkræft, kræft i spiserør/mavemund/mavesæk, primær leverkræft, kræft i bugspytkirtlen
- Urologisk kræft, herunder kræft i urinveje, kræft i prostata
- Lungekræft, herunder kræft i lunge eller lungehinder
- Gynækologisk kræft, herunder kræft i ydre kvindelige kønsorganer, kræft i æggestok, livmoderhalskræft, livmoderkræft

2.1 Kvalitativ journalaudit (trin 2a)

Regionen har udført audit på en stikprøve af patientforløb, som ligger ud over tidsfristen på 14 dage i bekendtgørelsen om maksimale ventetider, og hvor patienten er informeret om forsinkelsen og har accepteret behandlingstiden på de identificerede kræftområder. Der er yderligere gået i dybden på en stikprøve af forløb, som er forsinket med mere end 14 dage, for at se på de konkrete årsager til forsinkelsen. Region Hovedstaden har udført audit på i alt 122 forløb, og har afdækket uddybende årsager til forsinkelse i 36 forløb.

Formålet med auditten har jf. Sundhedsstyrelsens bestilling været at indhente uddybende, kvalificerende viden om udfordringer med efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider og sammenhængen med kapaciteten ved bl.a. at:

- uddrage oplysninger om ventetidens varighed
- årsager til ventetid ud over de 14 dage
- undersøge dokumentation af overholdelse af regionens handle- og informationspligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt

Audits er tilstræbt udført efter fælles principper, som er søgt koordineret og tilpasset i samarbejde med de andre regioner med henblik på at sikre, at regionernes auditresultater bliver så sammenlignelige som muligt.

Det skal i den sammenhæng bemærkes, at de fem regioner har forskellige data- og journalmæssige forudsætninger, hvilket betyder at udgangspunktet for audit og dermed metodevalg vil være forskellig. Der er auditeret ud fra den tidligere forståelse af handle- og informationspligten – dvs. forud for Sundhedsstyrelsens præciserede notat af 25. april 2023, da det var denne forståelse hospitalerne arbejdede ud fra i den periode. Med henblik på læring, og med henblik på at få indsigt i den opgave det bliver at omsætte den præciserede handle- og informationspligt i den kliniske virkelighed, har Region Hovedstaden valgt også at se nærmere på hvad der fremadrettet er behov for at justere for at kunne efterleve den præciserede handle- og informationspligt.

I auditeringen blev det indledningsvist vurderet, om forløbet havde den korrekte forsinkelsesårsag. Såfremt forsinkelsesårsagen var en anden årsag, fx fagligt begrundet, udgik forløbet af audit. For de resterende forløb blev der søgt efter det journalnotat, som blev skrevet i forbindelse med samtalen mellem patienten og lægen om tilbud om behandling.

I journalnotatet blev der konkret gennemgået om dokumentationen var fyldestgørende ift. efterlevelse af handlepligten i bekendtgørelsen om de maksimale ventetider. Det blev vurderet ud fra om 1) patienten var informeret om at tiden for behandling overskred tidsfristen på 14 dage samt informeret om patientens rettigheder, 2) patienten blev informeret om evt. konsekvenser for patientens prognose ved at tage imod behandlingstiden, og om 3) patienten blev tilbudt en konkret tid på et andet sygehus i Danmark eller i udlandet.

Region Hovedstaden har yderligere auditeret alle forløb, som var forsinket mere end 14 dage ud over tidsfristen i de maksimale ventetider med henblik på at belyse den konkrete årsag til forsinkelsen. Her blev der søgt efter de konkrete årsager til forsinkelsen.

2.2 Supplerende interviews (trin 2b)

I forlængelse med auditten blev der udført supplerende interviews med faglige eksperter fra hvert kræftområde, som til daglig arbejder med behandling af kræftpatienter. Region Hovedstaden har taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forslag til fremgangsmåde (figur 2), som fremgår af anmodningen om faglig gennemgang, som blev suppleret med uddybende spørgsmål på baggrund af auditens resultater.

I interviewet blev der spurgt ind til om de faglige eksperter vurderede, at stikprøven var repræsentativ, om eksperternes overvejelser ift. at tilbyde patienterne en anden tid til behandling i hhv.

Danmark og udlandet, og om eksperternes overvejelser ift. dokumentation af efterlevelse af hand-
lepligten i journalerne. Eksperterne havde desuden mulighed for at komme med supplerende be-
mærkninger og overvejelser på området generelt.

3 RESULTATER

3.1 Resultater fra datatræk i Sundhedsplatformen

Data er trukket i Sundhedsplatformen den 15. juni 2023, og opdateret for perioden 1. oktober 2022 til og med 31. marts 2023. I denne periode er der i regionen blevet registreret 5.174 kræft-
forløb.

Fordelt på de fem identificerede kræftområder ses der i alt 366 patientforløb, hvor patienten er
informeret og har accepteret en tid, som ligger ud over tidsfristen i de maksimale ventetider, og
hvor patientforløbet ifølge bekendtgørelsen som udgangspunkt er overholdt. Forsinkelserne ligger
hovedsageligt i intervallet med en forsinkelse på 1-7 dage, og dernæst 8-14 dage. Der er få forløb,
som er forsinket over 14 dage.

Ud fra datatrækket kan vi se, at størstedelen af forløbene, hvor patienten er informeret om ret-
tigheder og accepteret tiden, er på brystkræftområdet. Det er dog langt de fleste af disse forløb på
brystkræft, som er forsinket i intervallet 1-7 dage. Region Hovedstaden er bevidste om den syste-
matiske og længerevarende kapacitetsudfordring på brystkræftområdet, og arbejder fortsat jf. af-
snit 3.2 på at sikre den fornødne kapacitet.

Der er inden for både lungekræft og gynækologisk kræft få forløb, hvor patienten er informeret
om rettigheder og har accepteret en tid, som overskrider tidsfristen for de maksimale ventetider.
Region Hovedstaden har alligevel medtaget disse områder, da de omfavner store populationer, og
er områder hvor der gennem en længere periode har været en svingende andel af forløb, som er
behandlet inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne. Det er områder, som regionen er op-
mærksomme på.

3.2 Udfordrende sygehusafdelinger og kræftområder

3.2.1 Identificerede områder med kapacitetsudfordringer

Region Hovedstaden har identificeret følgende områder med kræftbehandling, hvor der i perioden
1. oktober 2022 til 30. marts 2023 ses tegn på, at der kan være udfordringer med kapaciteten.:

- Brystkræft
- Mave- og tarmkræft, herunder tyk- og endetarmskræft, kræft i galdeblæren, kræft i galde-
gang, anal kræft, kræft i spiserør/mavemund/mavesæk, primær leverkræft, kræft i bug-
spytkirtlen
- Urologisk kræft, herunder kræft i urinveje, kræft i prostata
- Lungekræft, herunder kræft i lunge eller lungehinder
- Gynækologisk kræft, herunder kræft i ydre kvindelige kønsorganer, kræft i æggestok, liv-
moderhalskræft, livmoderkræft

Der er tale om hovedområder med stor variation i både antal patientforløb, antal underområder, kompleksitet mv. Inden for lungekræft er der fx relativt mange behandlingsforløb, og derfor et relativt stort antal sundhedsfagligt personale tilknyttet. Det giver en både faglig og organisatorisk robusthed i forhold til at håndtere spidsbelastninger, sygdom og ferieperioder. Der er desuden en tilsvarende stor kapacitet i de øvrige regioner, hvilket alt andet lige gør det forholdsvis nemmere at finde ledig kapacitet uden for Region Hovedstaden, såfremt der er kapacitetsudfordringer i regionen.

For kræft i bugspytkirtlen er der færre patientforløb, højere kompleksitet og højere dødelighed. Det gør det tilsvarende vanskeligere at opretholde en robust kapacitet, som kan håndtere udsving i henvendelser, ferieperioder mv.

Når der ses på kapaciteten på de forskellige kræftområder, er det derfor helt afgørende at tage udgangspunkt i det enkelte kræftområdes særskilte forhold som eksempelvis antal årlige kræftforløb, prognostisk kompleksitet, behov for sundhedsfaglig specialisering, muligheder for rekruttering mv.

Brystkræft

Region Hovedstaden har igennem en længere periode haft udfordringer med kapaciteten på brystkræftområdet. I udgangspunktet var der tale om kapacitetsudfordringer i den udredning (klinisk mammografi), som foretages i mammaradiologien, hvilket bl.a. skyldtes mangel på mammaradiologer. Det bemærkes, at manglen på mammaradiologer er et generelt problem i de fleste regioner. Senere har der i Region Hovedstaden også været kapacitetsudfordringer i behandlingen for brystkræft pga. bl.a. mangel på anæstesisygeplejersker og brystkirurger. Den løbende monitorering af standardforløbstiderne i kræftpakkerne har også vist, at der i perioden har været forholdsvis mange forløb i brystkræftpakken, som ikke lå inden for standardforløbstiden.

For langt størstedelen af patientforløbene er der tale om mindre overskridelser, hvor patienten efter information om patientrettigheder har accepteret et tidspunkt for behandling som lå ud over tidsfristen på 14 dage.

Region Hovedstaden udarbejdede i efteråret 2022 en handleplan for brystkræftområdet med henblik på at sikre overholdelsen af tidsfristerne i de maksimale ventetider, samt en øget andel af patientforløb, som ligger inden for standardforløbstiderne i brystkræftpakken. Effekten af handleplanen ses bl.a. af, at 90 pct. af de patientforløb på brystkræftområdet i perioden 1. oktober 2022 til 31. marts 2023, hvor tidsfristerne i de maksimale ventetider for behandling er overskredet, men hvor patienten er informeret om patientrettigheder og har accepteret tidspunktet for behandling ligger i 4. kvartal 2022, og 10 pct. af overskridelserne ligger i 1. kvartal 2023. Indholdet i handleplanen er beskrevet i afsnit 3.2.

Region Hovedstaden har noteret, at overholdelsen af tidsfristerne i de maksimale ventetider på brystkræftområdet har været overskredet i maj 2023 og er under pres i juni 2023. Pr. 14. juni 2023 er ventetiden til både udredning og behandling for brystkræft opgjort til 14 dage. Årsagen er afvikling af en ventetidspukkel i screeningsprogrammet for brystkræft, som indebærer, at screeningsintervallet ikke overholder de kliniske retningslinjer. Den øgede aktivitet i screeningsprogrammet

medfører, at flere henvises til udredning i et brystkræftpakkeforløb og deraf følger, at der også er flere, som henvises til behandling. Det sætter kapaciteten i brystkræftpakken under pres og influerer både på tidsfristerne i de maksimale ventetider og andelen af forløb, som ligger inden for standardforløbstiden. Det forventes, at screeningsintervallet igen vil overholde de kliniske retningslinjer i august 2023 og at screeningsaktiviteten derefter vil normaliseres.

Urologi

Urologisk kræft er det tredjestørste område, hvor der ses flest forløb, som ligger ud over tidsfristen på 14 dage. Det bemærkes, at urologisk kræft omfatter flere kræftområder herunder kræft i urinveje (dækker over-kræft i nyrerne, kræft i blæren, kræft i urinleder og -rør) samt kræft i prostata. Kræftområderne har flere forløb, som er forsinket ud over tidsfristen for de maksimale ventetider på 14 dage. Der er få forløb, som ikke umiddelbart kan kobles til en konkret sygdomsdiagnose af metodiske årsager og muligheder i Sundhedsplatformen, og disse forløb fremgår som "kræft i urologi uspecificerede".

Region Hovedstaden har haft periodevise kapacitetsudfordringer i urologien igennem de senere år, jf. den nationale kræftmonitorering, hvor urologiske kræftformer ofte har været udvalgt pga. lav målopfyldelse i kræftpakkerne, ligesom området har været udpeget som fokusområde i flere år i regionens monitorering af kræftpakker.

Operationskapaciteten har været betydeligt reduceret grundet mangel på operations- og anæstesisygeplejersker. Den generelle mangel på sygeplejersker, har desuden betydet en reduktion i antallet af normerede senge, hvilket også påvirker de planlagte operationer.

I urologien er der særligt udfordringer med prostatakræft, kræft i nyrerne og kræft i blæren. Generelt ses der, at antallet af henviste patienter i kræftpakken indenfor alle tre kræftformer er svingende over tid, og i perioder med et højt antal af henviste patienter lægges der et stort pres på udredningskapaciteten og dermed det videre forløb i kræftpakkerne.

I forhold til prostatakræft medfører udviklingen i den medicinske behandling, at patienterne har flere kontakter med hospitalet og at omfanget af behandling øges på sigt. Det betyder, at antallet af prostatakræftpatienter i behandling i ambulatoriet er stærkt stigende og derfor på sigt vil udgøre en tiltagende andel af den ambulante urologiske funktion.

Inden for nyrekræft ses der et tiltagende antal henvisninger til vurdering af tilfældigt fund af cyster i nyrerne. Årsagen til de mange tilfældige fund er, at man foretager markant flere CT-skanninger nu sammenlignet med tidligere. Dette medfører en øget aktivitet i den ambulante urologiske funktion, idet skanningerne skal ses på MDT-konferencer, og der skal gives svar til patienterne vedr. den videre plan.

Volumen af patienter i pakkeforløbet for kræft i blæren er lille, og der ses store udsving i andelen af forløb i kræftpakken, som ligger inden for standardforløbstiderne. Udfordringen med denne patientgruppe er, at det generelt er en kompleks gruppe med mange komorbiditeter. Årsager til forsinkelse til kirurgisk behandling af kræft i blæren skyldes yderligere undersøgelser i form af ekstra biopsier og scanninger, patientens kliniske tilstand, patientens eget ønske, manglende operations-

kapacitet, ventetid til CT-scanning, brug af mere differentieret diagnostik forud for valg af behandling, udredning i flere afdelinger parallelt og manglende kapacitet pga. vakante stillinger. Derudover har der været lav bemanning på sengeafsnittene pga. vakante stillinger, hvilket har betydning for, hvor mange patienter, der kan behandles.

Mave-tarmkræft

Mavetarmkræftområdet omfatter flere forskellige kræftformer herunder tyk- og endetarmskræft, anal kræft, kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken, primær leverkræft, kræft i galdegang og galdeblære og kræft i bugspytkirtlen. For alle disse kræftpakker, på nær tyk- og endetarmskræft, er der tale om relativt få forløb. Mave- og tarmkræftområdet er det næststørste område, hvor der ses flest forløb, som ligger ud over tidsfristen på 14 dage. Det bemærkes hertil, at der er stor variation i kræftdiagnoser i denne kategori. Når der ses på de forskellige sygdomsdiagnoser, er det særligt forløb med tyk- og endetarmskræft, som har overskredet tidsfristen i de maksimale ventetider på 14 dage, dernæst kommer kræft i bugspytkirtlen. Der er også en række forløb, som ikke umiddelbart kan kobles til en konkret sygdomsdiagnose af metodiske årsager og muligheder i Sundhedsplatformen, og disse forløb fremgår som "mave- og tarmkræft uspecificerede".

Kapacitetsudfordringer på mave-tarmkræftområdet skyldes særligt personalemangel herunder vakante stillinger for både operations- og anæstesisygeplejersker samt mangel på oplærte ultralydslæger. Derudover er det også en udfordring, at der er løbende variation i mængden af henvisninger samtidig med en generel stigning i det samlede antal henvisninger.

For tyk- og endetarmskræft og primær leverkræft ses udsving i målopfyldelsen af andel af forløb inden for standardforløbstiden samt udfordringer med at overholde tidsfristerne for de maksimale ventetider.

Patienter med tyk- og endetarmskræft behandles på flere af regionens hospitaler. I de tilfælde hvor standardforløbstiden ikke kan overholdes, er det primært efter udredningen i forbindelse med behandlingen, at udfordringerne ses. Udredning kan dog også blive udfordret af ventetid til koloskopi, endoskopi og på patologisvar grundet manglende personale. For kirurgisk behandling skyldes forsinkelserne overvejende operationskapaciteten, som konstant bliver udfordret af manglende anæstesisygeplejersker. For medicinsk- og strålebehandling af tyk- og endetarmskræft er der generelt få udfordringer i forhold til kapacitet. Når forløbene forlænges for denne patientgruppe, skyldes det oftest patientens kliniske tilstand, behov for yderligere undersøgelser og patientens eget ønske.

Generelt er udredning af patienter med primær leverkræft udfordret af, at patienten har mange andre samtidige sygdomme. Det er ofte udfordrende at udrede om patienten kan behandles, og patienterne er ofte ikke færdigudredt, når de henvises til behandling. For kirurgisk behandling af primær leverkræft er der udsving i overholdelsen af standardforløbstiderne i kræftpakken, og den manglende overholdelse skyldes blandt andet utilstrækkelig operationskapacitet herunder mangel på personale. Der er ikke konstateret kapacitetsmæssige udfordringer ved den medicinske behandling.

Gynækologisk kræft

Gynækologisk kræft omfatter flere forskellige kræftformer herunder kræft i ydre kvindelige kønsorganer, kræft i æggestok, livmoderhalskræft og livmoderkræft.

For alle nævnte kræftområder, under gynækologisk kræft, gælder det, at der ikke er konstateret væsentlige kapacitetsudfordringer i perioden. Livmoderhalskræft har derimod flere udsving i andelen af patientforløb, som ligger inden for standardforløbstiden i pakkeforløbet for livmoderhalskræft. Lige nu ses der ingen udfordringer med overholdelse af tidsfristerne for de maksimale ventetider, men området har været præget af mangel på personale, særligt gynækologiske onkologiske kirurger. Det er derfor et område, som der er løbende opmærksomhed på.

Andre årsager til forsinkelse skyldes ventetid på patologisvar, ventetid på diagnostiske undersøgelser, behov for yderligere udredning, ventetid til MDT-konference, manglende operationskapacitet herunder til robotkirurgi.

Patienter med livmoderhalskræft får ofte foretaget keglesnit (conus), og ved behov for yderligere kirurgiske indgreb skal der gå seks uger fra, at indgrebet er udført til, at det næste kan udføres af hensyn til helingsprocessen. Der er en del patienter i kræftpakken, som skal have lavet dette indgreb, og der er således for flere patienter en faglig årsag til, at den samlede forløbstid ikke kan overholdes. Det er dog lige nu ingen udfordringer med at overholde tidsfristerne i de maksimale ventetider.

Lungekræft

De seneste år er der sket en stigning i antallet af patienter henvist til kirurgisk behandling for lungekræft. Det har betydet et pres på operationskapaciteten og på kapaciteten i opvågnings- og sengeafsnittet, som har haft for lille kapacitet ift. antal patienter. Der ses generelt et relativt stort udsving i antallet af patienter pr. måned, men det forventes ikke, at de forrige års stigning i antal henviste patienter fortsætter i 2023.

Overordnet set ligger andelen af patientforløb inden for standardforløbstiderne for udredning stabilt. I de situationer, hvor standardforløbstiden ikke kan overholdes, skyldes det ofte patientens eget ønske og/eller patientens kliniske tilstand. Derudover er årsagen til, at standardforløbstiderne ikke kan holdes yderligere udredning, patienter med flere kræftformer, manglende tider til undersøgelser (bl.a. begrænset antal tider til bronkoskopi og CT-vejledt biopsi) eller forlænget svartid fra patologiafdelingen.

Der har i perioden været et stort fokus på lungekræftområdet i regionen og andelen af forløb i lungekræftpakken, som ligger inden for standardforløbstiden er generelt stigende.

Det seneste halve år er der sket en forbedring i målopfyldelsen for kirurgisk behandling af lungekræft. Et område der har været udfordret grundet pres på operationskapaciteten og på kapaciteten i opvågnings- og sengeafsnittene, primært på grund af mangel på specialiserede sygeplejersker. Området har også været påvirket af manglen på operations- og anæstesisygeplejersker samt den generelle sygeplejerskemangel.

Inden for den medicinske behandling er andelen patientforløb inden for standardforløbstiden høj, mens det for strålebehandlingen sker, at der er forsinkelser i patienternes forløb oftest på grund af patientens kliniske tilstand.

3.2.2 Resultater fra kvalitativ journalaudit og uddybende interviews

Det kan på baggrund af datatrækket i Sundhedsplatformen sammenholdt med resultaterne i audit-ten, hvor der kun er fundet få fejlregistreringer, konkluderes at data i Sundhedsplatformen i høj grad er pålidelige og at det er muligt at anvende data i Sundhedsplatformen til at monitorere på forsinkelser i forbindelse med tidsfristerne i de maksimale ventetider.

Auditten har vist, at handlepligten for langt de fleste forløb er opfyldt på baggrund af den forståelse, som regionen havde af handlepligten på daværende tidspunkt, og som hospitalerne arbejdede ud fra.

Auditten har dog vist, at dokumentationen i patientjournalerne i de fleste patientforløb, som indgik i audit, er delvist mangelfuld, og at der derfor er nuancer, som ikke afspejles grundigt nok i journalerne. Der er hovedsageligt mangel på dokumentation af, at patienten er informeret om hvorledes overskridelsen har en sundhedsfaglig konsekvens. I enkelte tilfælde er det dog tydeligt, at patienten er informeret om at overskridelsen kan have en sundhedsfaglig konsekvens, og at patienten derfor får henvisning til et andet konkret behandlingstilbud. Det kan ud fra auditten konkluderes, at der på tværs af de forskellige afdelinger og kræftdiagnoser anvendes forskellige måder at dokumentere på, hvor der for nogle områder anvendes fraser og for andre områder dokumenteres der konkret for hvert forløb, og her er mængden af information forskellig.

Det er i en stor del af forløbene dokumenteret, at der har været dialog med patienten om ønske om, at hospitalet undersøger om der findes et tidligere behandlingstilbud. Det er kun i få tilfælde dokumenteret, at patienten har fået tilbudt et helt konkret behandlingstilbud, og det er tydeligt at lægen har taget stilling til den sundhedsfaglige konsekvens ved overskridelsen. Patienterne har i størstedelen af tilfældene ikke ønsket, at hospitalet skulle gå videre med at undersøge om der var tidligere tider andre steder.

Der er ofte tale om komplicerede forløb, hvor der i forløbene kan være flere forskellige samtidige hændelser eller dele af faglige årsager, herunder både lang ventetid til behandling, patientens ønske om udskydelse, eller behov for ekstra undersøgelser, som skaber forsinkelse i behandlingen.

Ovenstående beskrivelser er med til at skabe et kontinuum af, hvornår og hvordan handlepligten er overholdt, og den kvalitative audit har dermed bidraget til at nuancere forsinkelsesårsagerne.

Interviewet med de faglige eksperter viste, at dokumentationen i patientjournalen ikke giver et nuanceret eller fyldestgørende billede af dialogen mellem lægen og patienten.

Regionen vurderer på baggrund af auditten, at regionen skal arbejde med mere systematisk og konsekvent med dokumentation i patientjournalerne, herunder med frasebaseret understøttelse af dokumentationen, så det bliver nemt for klinikerne at dokumentere så korrekt og præcist som muligt.

Samlet set var der 48 patientforløb med en forsinkelse på mere end 14 dage for perioden. Der blev foretaget en uddybende gennemgang af en stikprøve på 36 forløb. For disse patientforløb størstedelen forsinkelserne anden uopsættelig kirurgi, som blev prioriteret, og akut mangel/sygdom på personale, herunder medarbejdere med specialiserede kompetencer. For flere af forløbene med urologisk kræft, blev det ved auditten fundet, at forsinkelsen skyldes at patienten ikke var behandlingsklar, og at der på den baggrund ikke var tale om en kapacitetsforsinkelse. Forløbet var derfor fejlregistreret.

Patienterne er mellem 50-90 år, og de fleste patienter er i aldersgruppen 60-70 år. Patienterne har dog samtykket til forsinkelsen, hvorfor bekendtgørelsen som udgangspunkt vurderes opfyldt på daværende tidspunkt, men det kan stadig ses som et udtryk for, at regionen skal optimere kapaciteten yderligere på udvalgte områder.

3.3 Potentiale for optimering af kapacitet gennem regionens tiltag

Gennem længere tid er udviklingen i regionens overholdelse af forløbstiderne i kræftpakkerne blevet fulgt tæt både på politisk og administrativt niveau. Koncerndirektionen og hospitalsdirektionerne drøfter løbende udviklingen og følger op på igangsatte og planlagte tiltag.

Nedenfor beskrives de planlagte og igangsatte tiltag til at optimere kapaciteten på de identificerede områder.

Brystkræft

I løbet af efteråret 2022 er der i igangsat en handleplan for at nedbringe ventetiderne for udredning og behandling af brystkræft (handleplanen vedhæftes). Dette har medført en kraftig stigning i overholdelsen af den samlede standardforløbstid i pakkeforløb for brystkræft i perioden.

For at nedbringe ventetid til udredning og behandling på brystkræftområdet er der i handleplanen fokus på kapacitet, at effektivisere eksisterende arbejdsgange, at sikre digital og medicoteknisk understøttelse af arbejdsgange, organisatorisk styrkelse samt arbejdsmiljø.

Nogle af de konkrete tiltag er, at der er igangsat rekruttering af sygeplejersker samt yderligere søgning efter fastansatte ressourcer på alle faggrupper. Derudover er der etableret ekstra leje til brystkirurgien, anvendt frivilligt ekstraarbejde, sikret samarbejde med private aktører, uddannet screeningsassistenter og styrke prioritering i forbindelse med operationsbookning. Regionen har indgået en aftale med Sydvestjysk Sygehus Esbjerg samt med Aarhus Universitetshospital, hvilket betyder, at patienterne får et konkret tilbud i en anden region, hvis tilbuddet i Region Hovedstaden ikke overholder tidsfristen for de maksimale ventetider. Aftalen med Sydvestjysk Sygehus Esbjerg indebærer fast operationsleje til én patient om uge de næste tre måneder, mens aftalen med Aarhus Universitetshospital indebærer, at der i konkrete tilfælde på individniveau kan henvises patienter til operation.

Region Hovedstaden har desuden kontaktet hospitaler i Oslo, Bergen, Trondhjem, Malmø, Lund og Stockholm. Desværre er tilbagemeldingerne, at der ikke kan tilbydes operationskapacitet, og flere steder er ventetiden væsentligt længere end i Region Hovedstaden.

Urologi

For at opbygge afdelingerne personalemæssigt på det urologiske område arbejdes der systematisk med onboarding og gode uddannelsesprogrammer ved nyansættelser, samt udviklingsplaner for erfarne sygeplejersker. Det er blevet muligt at tilbyde de erfarne operationssygeplejersker en efteruddannelse, og uddannelseskapaleten for anæstesisygeplejersker er øget. Dette resulterer i, at sygeplejerskerne bliver længere på afdelingerne og øger deres kompetencer.

Derudover arbejdes der løbende på at rekruttere mere personale til afdelingerne. På Herlev og Gentofte har man ansat yngre læger ud over normeringen for at afhjælpe en del af problematikken med mangel på anæstesisygeplejersker. Samtidig arbejdes der med at rekruttere via de sociale medier og gennem kontakt til uddannelsesinstitutionerne.

På de kirurgiske afdelinger arbejdes der vedvarende på at flytte indgreb fra operationsgangen til dagkirurgisk-regi eller ambulante, så der frigøres operationskapacitet til større kirurgi. Der er på Herlev og Gentofte Hospital igangsat en større omorganisering, der betyder, at flere patienter skal håndteres i dagkirurgisk-regi på Herlev-matriklen. Dermed har afdelingen ikke behov for at øge antallet af senge til samme niveau som tidligere. Omlægningen kræver en mindre ændring af de fysiske rammer i operationsmodtagelse og opvågning og forventes effektueret i 4. kvartal 2023.

Endelig er der et løbende fokus på forbedringsarbejde, fx via tavlemøder for at sikre bedre overblik over forløbene og herunder særligt fokus på at sikre en hurtigere udredning af patienterne. Samtidig arbejdes der kontinuerligt med aftenambulatorier for at øge udredningskapaciteten ved spidsbelastning.

Mave-tarmkræft

Hospitalet har igangsat en række indsatser for at øge kapaciteten og gøre mave-tarmkræftområdet robust herunder rekruttering og fastholdelse af personale. Gennem flere indsatser er det lykkedes at forbedre kapaciteten, herunder en stigning i antallet af operationssygeplejersker.

Hospitalet arbejder med onboarding og gode uddannelsesprogrammer ved nyansættelser samt gode efteruddannelsesmuligheder for erfarne sygeplejersker. Der arbejdes systematisk med at ansætte andre faggrupper i sengeafsnittene end sygeplejersker og der er ansat fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og "runnere" som er unge uden uddannelse. Der arbejdes desuden systematisk med inddragelse af kliniske sygeplejespecialister, kliniske undervisere, kræftkoordinerende sygeplejersker og stomisygeplejersker i det kliniske vagtarbejde.

Det er fortsat meget vanskeligt at rekruttere kompetent personale, men der opleves til gengæld kun få opsigelser på sengeafsnittene og operationsgangene. Der er dog risiko for kapacitetsudfordringer, når personale skal på barsel eller pension. Der arbejdes på at tilknytte de sygeplejestuderende med henblik på fremtidig rekruttering.

Særligt i forhold til primær leverkræft pågår der et arbejde ift. at øge ultralydskapaciteten til udredning og ultralydsvejledt behandling. Der er opstartet et oplæringsprogram af yderligere overlæger til at udføre proceduren selvstændig samt planlagt ansættelse af en yderligere afdelingslæge,

som har erfaring med ultralydsvejledt behandling. Derudover arbejdes der på at kunne afholde to MDT-møder om ugen fremfor én, som er nuværende praksis.

På den helt korte bane arbejdes der endvidere med akutlister og minutiøs operationsbooking, således at den tilgængelige operationskapacitet udnyttes mest muligt. Hospitalerne har blandt andet benyttet sig af merarbejdsaftaler (FEA), opgaveglidning til andre faggrupper og forsøg på at optimere udnyttelsen af operationslejer mest muligt.

Der er en konstant proces med fokus på omlægning af både akut og elektiv aktivitet til ambulante behandling for at sikre sengekapacitet.

Ift. udredning er der udfordringer med begrænset kapacitet på koloskopiområdet. Der samarbejdes med speciallægepraksis for at nedbringe udredningstiden.

Pr. 1. juni afholdes der ugentlige regionale fordelingsmøder, hvor der sker en omfordeling af patienter mellem regionens hospitaler ved kapacitetsudfordringer. Denne model startede op sommeren 2022 og videreføres igen denne sommer.

Gynækologisk kræft

De involverede afdelinger i Region Hovedstaden har fokus på at sikre, at patienter kommer hurtigt igennem pakkeforløbene for livmoderhalskræft og livmoderkræft.

For at håndtere udfordringerne på området har hospitalerne blandt andet en løbende dialog med samarbejdspartnere mhp. at afkorte svartider på undersøgelser og mere smidige arbejdsgange. Kapaciteten på operations- og bedøvelsesafdelingerne er forsøgt øget ved ansættelse af mere personale. Der er opstartet et større arbejde med at omlægge mindre operationer fra operationsgangen til ambulante forløb og at sikre speciallægekapaciteten inden for onkologisk gynækologi.

Hospitalerne har stort fokus på at overholde forløbstiderne og reglerne for de maksimale ventetider, og der er stort ledelsesfokus herpå. Der arbejdes blandt andet med bedre visitation samt planlægning af kapaciteten i forbindelse med helligdage og ferier.

Lungekræft

Der har i de seneste år været stort fokus på lungekræft, og der er igangsat flere tiltag for at arbejde med udfordringerne på området herunder at nedbringe tiden til udredning og behandling.

Nogle af tiltagene har været at udvide kapaciteten på opvågnings- og sengeafsnittene samt ændre i visitationspraksis således, at der løbende justeres og prioriteres i operationsprogrammet.

Derudover arbejder hospitalerne med fleksibel bookning og inddragelse af aftenarbejde, så mål for medicinsk behandling og strålebehandling af lungekræft overholdes. Derudover er der en forventning om, at en intern fysisk rokade på Rigshospitalet, vil give mulighed for at åbne en ekstra opvågningsstue samt ekstra sengepladser.

De enkelte hospitaler arbejder kontinuerligt på at forbedre udrednings- og behandlingsforløbene, og i den regionale gruppe for lungekræft afholdes der løbende møder med henblik på at identificere udfordringer og iværksætte relevante indsatser på tværs af afdelinger og hospitaler. Der arbejdes på at rekrutterer flere anæstesisygeplejersker og anæstesilæger.

Forbedring af målopfyldelsen skyldes blandt andet udvidet kapacitet på opvågnings- og sengeafsnittene samt ændring i visitationspraksis således, at der løbende justeres og prioriteres i operationsprogrammet.

Hospitalerne arbejder med fleksibel bookning og inddragelse af aftenarbejde så mål for medicinsk behandling og strålebehandling af lungekræft overholdes.

Repræsentanter fra de involverede specialer fra hvert hospital i Region Hovedstaden mødes ca. to gange årligt, hvor der bliver udvekslet viden og erfaringer omkring konkrete problemstillinger, og der igangsættes projekter og arbejdes på målsætninger, for at forbedre og optimere patientforløbene for patienter med lungekræft.

Generelle tiltag

Region Hovedstaden afventer eventuelle ændringer af monitoreringen på kræftområdet, som følger af sundhedspakken mv. Regionen vil fortsat løbende følge udviklingen i overholdelsen af de maksimale ventetider på alle kræftområder. Dette vil ske sideløbende med den tætte monitoring af standardforløbstiderne i kræftpakkerne.

3.4 Potentiale for optimering af kapacitet gennem fællesregionale tiltag og behandling i udlandet

Styrket tværregionalt kapacitetssamarbejde på kræftområdet

Regionerne har i juni 2023 etableret et forpligtende, nationalt samarbejde inden for mavetarmkræft, gynækologisk kræft, lungekræft, urologisk kræft og brystkræft. Målet med det nationale kræftsamarbejde er at understøtte en optimal kapacitetsanvendelse på tværs af regionerne med henblik på at sikre patienterne hurtig kræftbehandling inden for de maksimale ventetider.

Kræftsamarbejdets opgaver er at, sikre et effektivt og operationelt samarbejde mellem relevante afdelinger om kapacitetsdeling, herunder efterlevelse af handlepligten jf. reglerne om de maksimale ventetider, aftale kontaktveje og procedurer for det løbende samarbejde mellem afdelingerne om konkrete patientforløb, sikre et tværregionalt overblik over kapacitet og udfordringer med at overholde de maksimale ventetider og forløbstider, sikre at systematiske kapacitetsudfordringer på området adresseres, og understøtte samarbejdet med sygehuse i udlandet.

Kræftsamarbejdet består af en lægefaglig direktør, som er ansvarlig for, at kræftsamarbejdet realiserer det potentiale for at optimere kapacitetsanvendelsen som måtte være på tværs af afdelingerne i samarbejdet, og cheflæger inden for den kirurgiske del af behandlingen fra alle regioner. Kræftsamarbejdet har som udgangspunkt fokus på kirurgiske behandling, men med blik for samarbejdet omkring medicinsk- og strålebehandling.

Hvis kræftsamarbejdet vurderer, at der er risiko for systematiske kapacitetsudfordringer, lægges der op til en drøftelse i sundhedsdirektørkredsen med henblik på, at kredsen tager stilling til konkrete indsatser, herunder hvordan kræftsamarbejdet kan understøttes i at adressere udfordringerne. Hvis kræftsamarbejdet vurderer, at der er potentiale for tværregionalt samarbejde om behandling i udlandet, vil der blive igangsat et tværregionalt samarbejde om dette.

Danske Regioner indhenter en halvårlig status for kræftsamarbejdet via den ansvarlige region – første gang i oktober 2023.

4 KONKLUSION

Region Hovedstaden har på baggrund af en samlet vurdering af data om forsinkede forløb i Sundhedsplatformen, den nationale kræftmonitorering og regionens interne monitorering af kræftområdet identificeret en række kræftområder, hvor der i noget omfang kan ses udfordringer med ventetid og kapacitet.

Det er regionens konklusion, at regionen generelt overholder bekendtgørelsen om maksimale ventetider. Regionen finder ikke systematiske større kapacitetsudfordringer eller generelle udfordringer med at overholde tidsfristerne i de maksimale ventetider på andre områder end på brystkræftområdet, som i forvejen er en kendt udfordring. Regionen finder dog grund til i højere grad at sikre tilstrækkelig kapacitet på nogle udvalgte områder og styrke dialogen med patienten samt arbejdet med handlepligten og dokumentationen heraf i journalen. Regionen har opdateret vejledninger og frasekatalog og vil på den korte bane styrke monitoreringen af ventetider for kræftområdet indtil de centrale ændringer er udviklet og implementeret. De centrale ændringer skal sikre et bedre overblik på området, og bliver koordineret af Sundhedsstyrelsen. Auditten har vist, at data i Sundhedsplatformen er valide og kan anvendes til en stringent monitorering af kræftområdet. Den konkrete monitorering af kræftpakkerne, som udføres nationalt og med løbende målinger i regionen vil fortsat være fundamentet for at følge udviklingen på kræftområdet i kombination med en styrket monitorering af tidsfristerne i de maksimale ventetider ved hjælp af registreringer i Sundhedsplatformen. Region Hovedstaden vurderer, at den styrkede monitorering af de maksimale ventetider i regionen vil være implementeret ultimo august 2023.

Regionen har i nogen grad kapacitetsudfordringer i behandlingen af urologisk kræft og mave- og tarmkræftområdet, som ser ud til i nogle tilfælde at betyde, at patienter får tider, som ligger ud over de maksimale ventetider, men hvor patienterne ønsker at modtage behandling tæt på og samtykker hertil. Men regionen vurderer, at der ikke er tale om systematiske kapacitetsudfordringer, men at det vil være områder, hvor der på grund af udsving i antallet af henviste patienter er tilbagevendende udfordringer, og som derfor kræver en særlig opmærksomhed.

Samlet set er det ca. 10 pct af patienterne i Region Hovedstaden, som har modtaget kræftbehandling på de udvalgte kræftområder ud over tidsfristen i de maksimale ventetider på 14 dage i perioden 4. kvartal 2022 til og med 1. kvartal 2023 og hvor den primære årsag til forsinkelserne kan tilskrives kapacitetsudfordringer. Heraf er der for langt størstedelen af patienterne informeret om

deres patientrettigheder og har accepteret, hvormed bekendtgørelsen som udgangspunkt er overholdt. Det resterende mindre antal forløb er indberettet til Sundhedsstyrelsen efter reglerne, og overskridelserne fremgår af Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Det bemærkes i den forbindelse, at Region Hovedstaden i forbindelse med den faglige gennemgang har gennemgået en lang række patientforløb, og i den forbindelse har fundet en række fejlregistreringer. Dette arbejde er endnu ikke afsluttet, og der vil kunne komme yderligere indberetninger for perioden.

Region Sjællands redegørelse til Sundhedsstyrelsen vedr. anmodning om faglig gennemgang af kræftområdet - initiativ 1.

Dato: 16. juni 2023

Sags ID: EMN-2023-03021
Dokument ID: 10932869

Sygehusplanlægning
Alleen 15
4180 Sorø
Tlf.: 7015 5000

1. Indledning

Region Sjælland er ligesom resten af landet præget af et stigende antal kræftpatienter, et højere aktivitetsniveau og flere behandlingsmuligheder. På landsplan betyder den demografiske udvikling med flere ældre, at flere danskere får og bliver behandlet for kræft, og den stigende overlevelse betyder, at stadig flere kræver opfølgning efter deres behandling. Der udredes stadig flere danskere i kræftpakker, og i takt med at aktiviteten stiger, bliver kræftbehandlingen mere avanceret og individualiseret.

Det stiller store krav til det samlede sundhedsvæsens kapacitet og dermed også til Region Sjælland ift. at kunne følge med den stigende aktivitet på kræftområdet, samtidig med at regionen skal sikre overholdelse af de maksimale ventetider og øvrige patientrettigheder.

Samtidig oplever regionen rekrutteringsvanskeligheder særligt inden for det billediagnostiske område, patologien og anæstesen, hvilket giver kapacitetsudfordringer, der løbende skal sikres og håndteres.

Region Sjælland har igennem flere år arbejdet målrettet med at forbedre og løfte kræftområdet. I 2021 vedtog Regionsrådet en 8-punktsplan for kræftområdet i Region Sjælland, hvor der bl.a. er taget initiativ til at forbedre målopfyldelsen på kræftpakkerne og sikre, at patientrettigheder om maksimale ventetider på kræftområdet overholdes.

Der er løbende arbejdet med en række initiativer for at styrke det samlede kræftområde og ikke mindst sikre rekruttering og kapacitet til patienterne indenfor de standardforløbstider, der er sat, og efterlevelsen af reglerne om maksimale ventetider. Planen følges politisk, og der prioriteres løbende nye budgetmidler til realiseringen af planen.

I Region Sjælland arbejdes der ligeledes løbende med korrekt registrering, monitorering og opfølgning på kræftområdet. Med udgangspunkt i rapporter og dashboards fra Sundhedsplatformen (SP) er det muligt at overvåge og monitorere tidsfrister og overholdelse af maksimale ventetider på kræftområdet samt monitorering af kræftpakker (for uddybning henvises der til regionens redegørelse vedr. en forstærket indberetning af ventetider på kræftområdet – initiativ 3 og fremsendt til Sundhedsstyrelsen d. 14. april 2023).

Anmodningen fra Sundhedsstyrelsen om faglig gennemgang af kræftområdet taler dermed ind i nogle af de udfordringer, som regionen allerede kender til og arbejder med ift. manglende kapacitet på en række områder, og som løbende er blevet italesat og indmeldt til Sundhedsstyrelsen, på møder i Sundhedsdirektørkredsen og i regi af Task Force for Kræft- og Hjerteområdet.

Kendte kapacitetsudfordringerne vedrører:

- *Brystkræftområdet:* På baggrund af kapacitetsudfordringer i mammariadiologien blev der pr. 1. oktober 2022 indgået aftale med et privathospital om at modtage patienter ift. kræftpakke og udredning. Aftalen udnyttes, og det er således kun patienter som afdelingen ikke kan få telefonisk kontakt til, eller som ønsker at vente på udredning på Sjællands Universitetshospital samt komplicerede forløb, der ikke sendes ud til privathospitalet. Aftalen omfatter ca. 170 patienter pr. uge, hvoraf omkring 35-50 patienter indgår i en kræftpakke.
- *Lungekræftområdet:* Grundet rekrutteringsvanskeligheder og pres på kapaciteten til udredning af patienter med mistanke om lungekræft, har Region Sjælland indgået samarbejdsaftale med Region Syddanmark ift. udredning. Aftalen omfatter primært patienter, der henvises til kræftpakkeforløb. Aftalen er indgået i august 2022 og forlænges inden sommerferien 2023
- *Strålebehandling:* Da stråleterapien på Sjællands Universitetshospital (SUH) i Næstved udskifter to accelerators fra efterår 2022 til primo 2024, og den deraf nedsatte kapacitet på området, er der indgået samarbejdsaftale med Odense Universitetshospital (OUH), hvor OUH understøtter til sikker afvikling af driften, mens nye accelerators installeres og indkøres. Aftalen dækker perioden december 2022 til udgangen af 2023, hvor 10 patienter om måneden behandles på OUH. Patientgruppen er brystkræft, lungekræft og prostatakræft
- *PET-CT skanninger:* Regionen er i gang med at afdække, hvorvidt der er behov for en samarbejdsaftale omkring PET-CT, idet der opleves udfordringer med at sikre tider til både kræftpakker og opfyldelse af maksimale ventetider indenfor mave-tarmkræft området. Der er en proces i gang med at kortlægge behov, arbejdsgange og visitation, og hvorvidt der er behov for ekstra kapacitet, hvorfor der også er dialog med Region Syddanmark ift. evt. aftale på området.

Regionen afsøger og følger området tæt med afsæt i bekendtgørelsen §8 stk. 1, med henblik på løbende at afsøge muligheder for hjælp til kapacitet hos andre regioner og samarbejdspartnere, således at regionen kan overholde handlepligten på området.

I marts 2023 iværksatte Indenrigs- og Sundhedsministeren fem initiativer til genopretning af kræftområdet som reaktion på de kapacitetsudfordringer, der var blevet identificeret i Region Midtjylland. Initiativ 1 omfatter en faglig gennemgang af ventetider og kapacitet på kræftområdet, hvor regionerne er blevet bedt om at foretage en gennemgang af kræftområdet i perioden 1. oktober 2022 til 31. marts 2023, med henblik på at afdække eventuelle udfordringer med ventetider og kapacitet på tværs af alle regioner og sygehuse med fokus på overholdelse af patientrettigheder.

Endelig anmodning om leverance af den faglige gennemgang er fremsendt fra Sundhedsstyrelsen d. 17. maj 2023 (jf. sagsnr. 05-0400-407).

Region Sjælland fremsender hermed redegørelse på den fremsendte anmodning. Redegørelsen er forsøgt struktureret med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens disposition vedrørende faglig

gennemgang af kræftområdet udsendt pr. mail d. 9. juni 2023, men afspejler også den struktur regionen selv har valgt på baggrund af spor og trin listet i anmodningen af 17. maj 2023, forud for det udsendte forslag til struktur.

Hovedkonklusioner fra den faglige gennemgang i Region Sjælland og initiativer

1. Kapacitetsudfordringer

Den faglige gennemgang har ikke påvist nye kapacitetsudfordringer, som Region Sjælland ikke allerede var bekendt med. For perioden, som den faglige gennemgang vedrører, er 99 pct. af de forløb, der er omfattet af de maksimale ventetider gennemført indenfor bekendtgørelsen, og der findes ingen systematisk kapacitetsudfordringer for den resterende andel.

Men gennemgangen har synliggjort og bekræfter, at regionen fortsat skal arbejde med sikre kapacitet herunder personale til et generelt udfordret område og sikre bedre udnyttelse af den kapacitet, der er tilstede. Dette både internt i Region Sjælland og på tværs af regioner forankret i nye tværregionale kræftsamarbejder (se afsnittet fællesregionale tiltag).

2. Dokumentation og registrering

Den faglige gennemgang viser, at Region Sjælland på nogle områder ikke i tilstrækkeligt omfang får dokumenteret overholdelse af regionens handle- og informationspligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt.

Det bemærkes, at Region Sjællands praksis i auditperioden har bygget på en anden forståelse end den, der ligger til grund for Sundhedsstyrelsens præciserende notat (jf. Sundhedsstyrelsens notat om handlepligt efter reglerne om de maksimale ventetider dateret 25. april 2023).

Gennemgangen er udført med afsæt i Region Sjællands fortolkning af handlepligten og støttet af det præciserede handle- og informationspligtsnotat.

På baggrund af fund og læringen ved de gennemgåede patientforløb iværksætter regionen og sygehusene flere initiativer, der skal sikre, at der fremadrettet sker korrekt dokumentation i alle forløb.

I den forbindelse efterspørger regionen et samarbejde omkring en mere handlingsanvisende opfølgning på Sundhedsstyrelsens præciserede notat, som regionerne tidligere har kommenteret på.

2. Afdækning af udfordringer

Sundhedsstyrelsen har bedt regionerne identificere de områder med kræftbehandling, hvor der i perioden fra 1. oktober 2022 til 31. marts 2023 har været vedvarende, systematiske udfordringer med kapaciteten og dermed efterlevelsen af reglerne om maksimale ventetider eller nærliggende risiko herfor.

I afdækningen af udfordringer har Region Sjælland:

- Gennemført en dataanalyse
- Gennemgået klage- og erstatningssager
- Gennemført en administrativ journalaudit med efterfølgende interview af relevant klinisk personale med fokus på efterlevelse af regionens handlepligt og dokumentation.

2.1 Dataanalyse

Med udgangspunkt i de informationer, der er registreret i Sundhedsplatformen (SP) vedrørende maksimale ventetider og kræftpakkeoverholdelse, er der gennemført en analyse til identifikation af kapacitetsudfordringer i den pågældende periode.

Analysen har været tredelt og har fokuseret på:

1. Overholdelse af standardforløbstider – dvs. kræftpakkeoverholdelsen
2. Forløb, hvor de maksimale ventetider er overholdt på dagen eller dagen før
3. Forløb, hvor de maksimale ventetider er overskredet, men patienten har accepteret

1. Overholdelse af standardforløbstider - kræftpakker

En gennemgang af pakkeforløbstider kan indikere kapacitetsudfordringer, som kan have indflydelse på overholdelse af de maksimale ventetider. Det skal bemærkes, at nogle pakkeforløbstider er kortere end de maksimale ventetider tilsiger inden for nogle kræftformer, og der skelnes ikke mellem årsager til manglende overholdelse fx patientens eget ønske, patientens helbredstilstand eller kapacitetsudfordringer.

Pakker med en målopfyldelse på under 70 pct. er udvalgt. For udredningsperioden (OF1) er identificeret følgende fem pakker "Brystkræft", "Kræft i spiserøret/mavemunden/ mavesækken (ECV)", "Kræft i tyk- og endetarm" "Lungekræft" og endelig "Kræft i galdegang", der har et relativt lille aktivitetsvolumen.

Ligeledes er følgende syv pakker identificeret for forberedende tid til behandling (OF3) – "Kræft i tyk- og endetarm", "Kræft i blæren", "Kræft i nyre", "Kræft i prostata", "Livmoderkræft", "Kræft i æggestok" og "Lungekræft".

2. Forløb, hvor de maksimale ventetider er overholdt på dagen eller dagen før

Det næste skridt i identifikationen af kapacitetsproblemer er at kigge på de områder, hvor der er nærliggende risiko for at overskride tidsfristerne for de maksimale ventetider. En nærliggende overskridelse er i dette tilfælde defineret som forløb, hvor målets slutmarkør er sat på forfaldsdatoen eller dagen før forfaldsdatoen.

For udredningsforløbene er det især forløb med kræft i tyk- og endetarm, der er i risiko for at overskride tidsfristen. Her er det 10 pct. af forløbene, som afsluttes med 1 og 0 dage til forfaldsdatoen.

For ventetiden til behandling er det især brystkræftforløb, der er tæt på tidsfristen. Det gælder 26 pct. af forløbene. Derudover er forløbene med modermærkekræft i huden samt hoved- og halskræft i risiko for overskridelse, her er der tale om henholdsvis 20 pct. og 18 pct. af forløbene, der afsluttes med 1 eller 0 dage til forfaldsdatoen. De to sidstnævnte har et relativt lavt aktivitetsvolumen.

3. Forløb, hvor de maksimale ventetider er overskredet, men patienten har accepteret

Sidst men ikke mindst er der sat fokus på de forløb, hvor patienten inden for 11 kalenderdage er informeret om patientrettigheder og accepterer overskridelsen. De forløb, som har Sundhedsstyrelsen primære interesse i anmodningen.

I den pågældende periode fra 1. oktober 2022 til 31. marts 2023, har der i alt været 17.810 forløb omfattet af de maksimale ventetider. Dette dækker både udredningsforløb, behandlingsforløb og efterbehandlingsforløb. I 99 pct. af disse forløb er bekendtgørelsen overholdt. For 0,8 pct. svarende til 143 forløb er bekendtgørelsen overholdt, men forsinket og patienten har accepteret dette.

58 forløb vedrører ventetid til udredning, 83 ventetid til initial behandling og kun to forløb vedrører ventetid til efterbehandling og udgår derfor i det følgende.

De kræftområder eller afdelinger, hvor der er en vis volumen af forløb og dermed en indikation på kapacitetsudfordringer er på baggrund af opgørelsen identificeret. Det drejer sig om brystkræft (både udredning og initial behandling), kræft i prostata (initial behandling), kræft i tyk- og endetarm (både udredning og initial behandling) og kirurgiske forløb (forskellige kræftpakker, men primært kræft i tyk og endetarm, både udredning og initial behandling).

2.2 Information fra afgjorte klage- og erstatningssager

Ud over dataanalysen har regionens administration og sygehuse gennemgået klage- og erstatningssager fra perioden 1. oktober 2022 til 31. marts 2023. Kun få af de gennemgåede sager vedrører kræftområdet, men ingen af sagerne omhandler manglende efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider eller nærliggende risiko herfor.

Det bemærkes, at flere af sagerne (erstatningssagerne) fra den angivne periode endnu ikke er afgjorte, hvilket dog ikke har haft betydning for at kunne vurdere, om sagerne vedrører maksimale ventetider på kræftområdet.

2.3 Administrativ journalaudit og interview

Formålet med auditten har jf. Sundhedsstyrelsens anmodning været at indhente uddybende, kvalificerende viden om udfordringer med efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider og sammenhængen med kapaciteten ved bl.a. at:

- Uddrage oplysninger om ventetidens varighed
- Årsager til ventetid ud over de 14 dage
- Undersøge dokumentation af overholdelse af regionens handle- og informationspligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt

Auditsene er tilstræbt udført efter fælles principper, som er søgt koordineret og tilpasset i samarbejde med de øvrige regioner med henblik på at sikre, at regionernes auditresultater bliver så sammenlignelige som muligt. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at de fem regioner har forskellige data- og journalmæssige forudsætninger, hvilket betyder at udgangspunktet for audit og dermed metodevalg vil være forskellig.

Der er auditeret ud fra Region Sjællands fortolkning af det præciserede notat vedrørende handlepligt efter reglerne om maksimale ventetider af 25. april 2023.

Region Sjælland har med baggrund i forløb, hvor de maksimale ventetider er overskredet, men patienten er informeret om patientrettigheder og har accepteret overskridelsen, udvalgt patientforløb i perioden 1. oktober 2022 til 31. marts 2023. Dette for at få uddybende viden om udfordringerne med efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider og evt. sammenhæng til kapacitetsudfordringer.

Grundpopulationen er de 141 forløb, der i ovennævnte ”3. Forløb, hvor de maksimale ventetider er overskredet, men patienten har accepteret” refereres til, hvor 58 forløb vedrører ventetid til udredning og 83 ventetid til initial behandling.

Følgende områder med størst volumen er udvalgt til auditering:

- Brystkræft, alle forløb foregår på Sjællands Universitetshospital, SUH
- Prostatakræft, alle forløb på Sjællands Universitetshospital, SUH

- Forløb på kirurgisk afdeling på Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse (forskellige kræftformer), NSR

For brystkræftforløbene og de kirurgiske forløb, er der udvalgt 15 forløb med de længste overskridelser på tværs af udredning og behandling.

For de urologiske forløb er udvalgt 15 forløb med de længste overskridelser til initial behandling.

For de kirurgiske forløb var der flere forløb med samme længde overskridelse, og her har fordelingen mellem udredning og behandling ligget til grund for udvælgelsen, således at begge områder bliver afdækket/indgår i audit.

Fordelingen af patientforløb er:

- Brystkræft: 8 forløb til udredning og 7 forløb til initial behandling, SUH
- Urologisk afdeling: 1 forløb til udredning (filterfunktion, mistanke om kræft i prostata), 14 forløb til initial behandling (kræft i prostata), SUH
- Kirurgisk afdeling: 9 forløb til udredning (1 forløb omhandler kræft i spiserør/mavemund/mavesæk, 8 forløb omhandler kræft i tyk- og endetarm, inkl. screeningspatienter) og 6 forløb til initial behandling (kræft i tyk- og endetarm), Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse (NSR)

Der er samlet set udvalgt 45 forløb til auditering med længst ventetid i perioden 1. oktober 2022 til 31. marts 2023. Der er udarbejdet auditskema, hvor der er inddraget oplysninger om ventetidens varighed, årsag til ventetid ud over de 14 dage, dokumenteret overholdelse af regionens handlepligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt.

Audit er gennemført som en administrativ audit. Det vil sige administrativt personale har gennemført audit, da de udvalgte spørgsmål fra Sundhedsstyrelsen alle omhandler registrering, forløbsmarkører, forsinkelsesårsager og generel dokumentation i journalen.

Desuden er der foretaget fokusgruppeinterview på hver sygehusmatrikel (SUH og NSR) med forskellige medarbejdere inden for de udvalgte områder. Interviews har fokuseret på kommunikation og samarbejdet omkring overholdelse af de maksimale ventetider.

2.3.1 Resultater og konklusioner på baggrund af audit

Der er som beskrevet i metodeafsnittet gennemført audit på forløb på Sjællands Universitetshospital (SUH) og Næstved, Slagelse og Ringsted sygehus (NSR). Auditresultaterne er opsummeret nedenfor.

Auditresultater fra SUH

Mammariologi: Ventetiden på de 8 forløb til gennemgang er mellem 3 og 20 dage (gennemsnitlig ventetid på 9 dage). For 2 forløb er der tale om en fejlregistrering af forsinkelsesårsag, hvorfor de er udgået af audit.

For de resterende 6 forløb gælder det, at det af journalen fremgår, at patienterne er forsøgt kontaktede telefonisk, idet SUH har et tilbud i privat regi, hvor patienten kan komme til inden for kræftpakkens mål på 6 dage fra henvisning til fremmøde. Når der ikke opnås telefonisk kontakt sendes et brev med tid på SUH, samt tilbud om undersøgelse hos den private leverandør, og information om rettigheder. Generelt er der kun dokumenteret via forløbsmarkør og kommentar (forsinkelsesårsag). Idet patienterne informeres via brev (telefonisk kontakt forsøgt

i alle tilfælde) udestår information om eventuel helbredsmæssig konsekvens, samt patienternes samtykke i alle tilfælde.

Brystkirurgi: Ventetiden på de 7 forløb til gennemgang er mellem 2 og 13 dage (gennemsnitlig ventetid på 5 dage). Der er korrekt registrering af forsinkelsesårsagen i alle forløb. I 3 tilfælde mangler der uddybende dokumentation vedrørende den eventuelle sundhedsmæssige konsekvens af ventetiden, samt uddybende dokumentation af at der er givet et realistisk tilbud om henvisning til et andet sygehus. Mens der i de 4 andre forløb mangler uddybende dokumentation om de eventuelle sundhedsmæssige konsekvenser, men der er givet et tilbud (der ikke er taget imod). Patientens samtykke er i alle forløb dokumenteret i både journalnotat samt i forsinkelsesårsag.

Prostatakræftpakken: 1 forløb udgår, idet forsinkelsesårsagen ikke er korrekt registreret. Ventetiden er mellem 14 og 38 dage (gennemsnitlig ventetid på 24 dage). I 3 forløb er handlepligten til dels opfyldt, i alle 3 forløb mangler uddybende dokumentation vedrørende den eventuelle helbredsmæssige konsekvens af ventetiden. Og i 1 forløb mangler uddybende dokumentation af, at der er givet et realistisk tilbud om henvisning til et andet sygehus. I de 3 forløb er der både skrevet et specifikt journalnotat samt en kommentar på forsinkelsesårsagen. I de samme 3 forløb er patientens samtykke specifikt dokumenteret i både journalnotat samt i forsinkelsesårsag. I de resterende 11 forløb er handlepligten ikke dokumenteret særskilt, men via forløbsmarkør og kommentar (forsinkelsesårsag).

Auditresultater fra NSR

Udredningsforløb: Ved gennemgang af de 9 patientforløb ses, at der i 7 tilfælde burde være anvendt anden forsinkelsesårsag, da årsagen til overskridelsen ved gennemgangen er fundet at skyldes "Patientens ønske" (4 tilfælde) og "Patientens helbred" (3 tilfælde). Disse patienter udgår fra audit ift. information samt dokumentation relateret til handlepligt.

De 2 patientforløb der overskrider den maksimale ventetid til udredning skyldes akut sygdom i personalegruppen på Kirurgisk afdelings endoskopiafsnit, hvorfor begge patienter får deres tid udsat. Det betyder at deres forløb overskrides med hhv. 4 og 14 dage

De 2 forløb viser endvidere ufuldstændig registrering ift.:

- Forsinkelsesårsager
- Efterlevelse af handlepligt
- Dokumentation af samtykke
- Dokumentation af evt. helbredsmæssig konsekvens.

Ved lægelig gennemgang af alle 9 patientforløb til udredning, er der i ét af de 9 forløb påvist en tidlig kræftsygdom, mens der ingen tegn er på kræft i de øvrige 8 forløb. Overskridelsen på 4 dage hos den patient, hvor der blev konstateret kræft, har ud fra et lægeligt synspunkt ikke haft nogen helbredsmæssig konsekvens relateret til kræftsygdommen. Denne patient havde i øvrigt selv ønsket tiden til udredning udsat.

Behandlingsforløb: Ved gennemgang af de 6 patientforløb til behandling er det fundet, at den diagnostiske udredning ikke var afsluttet i det ene patientforløb og dermed burde forsinkelsesårsag og maksimal ventetid til behandling ikke være registreret på den angivne dato. Dette forløb udgår fra audit ift. information samt dokumentation relateret til handlepligt.

Audit viser samlet set korrekt registrering ift.:

- Forsinkelsesårsager
- Efterlevelse af handlepligt
- Dokumentation af samtykke

Der er i behandlingsforløbene ikke dokumenteret evt. helbredsmæssig konsekvens ved overskridelse af de maksimale ventetider, og kommentarer til forsinkelsesårsagen kan med fordel udspecificeres og gøres tydeligere. Dette sikres fremadrettet.

Ved lægelig gennemgang af alle 6 patientforløb til behandling, hvor overskridelserne ligger på mellem 3 og 5 dage, er der ud fra et lægeligt synspunkt ingen helbredsmæssig konsekvens relateret til kræftsygdommen for nogle af patienterne.

2.3.2 Den videre proces i forhold til fund og læring

På baggrund af fund og læringen ved de gennemgåede patientforløb iværksætter regionen og sygehusene flere initiativer, der skal sikre, at der fremadrettet sker korrekt dokumentation i alle forløb. Der har ikke tidligere været stillet krav om, at der skulle dokumenteres yderligere i journalen, når forløbsmarkøren ”patienten informeret og accepterer” blev valgt, udover at der skulle tilknyttes en uddybende kommentar til forsinkelsesårsagen. Dette vil blive ændret fremadrettet. Der vil blive kigget ind i at sikre korrekt dokumentation af handlepligt, oplysning om eventuelle helbredsmæssige konsekvenser samt dokumentation af patientens samtykke. Alle resultater og læringen fra gennemført journalaudit vil indgå i det videre arbejde, herunder løbende dialog- og netværksmøder med forløbskoordinatorer og afdelinger. Arbejdet vil omfatte alle afdelinger der varetager kræftpakkepatienter og overholdelse af de maksimale ventetider.

Generelt oplever afdelinger, medarbejdere og patienter, at det er vanskeligt at forstå og ikke mindst kommunikere reglerne om de maksimale ventetider. Denne læring er gjort i de gennemførte interviews og derfor vil der også i efteråret blive igangsat et kompetenceforløb med fokus på forståelse af den sundhedsjuridiske lovtekst.

Dette er dog en opgave, der rækker ud over ”regionsgrænsen” og som skal løftes på tværs af regionerne og de nationale myndigheder. Ofte tales der om kræftpakkemål og maksimale ventetider i en stor sammenblanding. Senest i forbindelse med den meget omfattende pressedækning af sagen fra Aarhus, hvor patienter med fremskreden tarmkræft på Aarhus Universitetshospital har ventet for længe på behandling. Det afføder et stort pres på afdelingernes sekretariater, da mange patienter bliver utrygge og i tvivl om deres rettigheder og derfor kontakter sygehusenes afdelinger eller patientvejledningen.

3. Fællesregionale tiltag

Region Sjælland har i samarbejde med de øvrige regioner i regi af Sundhedsdirektørmøderne arbejdet med tiltag på tværs af regioner, der kan bidrage til at begrænse kapacitetsudfordringerne og dermed sikre efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider.

På den baggrund har regionerne i juni 2023 besluttet at etablere nye nationale forpligtende samarbejder, som skal:

- Sikre et effektivt og operationelt samarbejde mellem relevante afdelinger om kapacitetsdeling, herunder efterlevelse af handlepligten
- Aftale kontaktveje og procedure for det løbende samarbejde mellem afdelingerne om konkrete patientforløb
- Sikre et tværregionalt overblik over kapacitet og udfordringer med at overholde de maksimale ventetider og forløbstider
- Sikre at systematiske kapacitetsudfordringer på området adresseres

- Understøtte samarbejdet med sygehuse i udlandet.

Samarbejdet skal alene dække de kræftområder, hvor der er kapacitetsudfordringer på tværs af regionerne. De nedsatte 6 kræftsamarbejder er (med angivelse af den ansvarlige region i parentes):

1. Brystkræft (Region Hovedstaden)
2. Lungekræft (Region Midtjylland)
3. Urologi (Region Nordjylland)
4. Gynækologi (Region Syddanmark)
5. Øvre mavetarmkræft (Region Syddanmark)
6. Nedre mavetarmkræft (Region Sjælland)

Region Sjælland varetager nedre mavetarmkræft samarbejdet og første møde afholdes 19. juni 2023.

Med hensyn til behandling af patienter i udlandet, vil der blive arbejdet videre med området i regi af de nye kræftsamarbejder, hvor der er mulighed for at vidensdele ift. kontakter til udlandet samt erfaringer med samarbejdet og den klinisk kvalitet. Endvidere vil der i regionen blive arbejdet videre med at sikre arbejdsgange, der sikrer patienter evt. behandling og befordring til udlandet, der overholder de maksimale ventetider og sikrer den nødvendige kapacitet, således at handlepligten overholdes. Dette arbejde forventes igangsat efter sommerferien.

4. Konklusion

Det afsluttede arbejde omkring den faglige gennemgang peger på allerede kendte kapacitetsudfordringer på kræftområdet i Region Sjælland. Regionen har således fortsat kapacitetsudfordringer inden for de store kendte kræftområder; brystkræft og lungekræft men også i mindre grad indenfor mave-tarmkræft og prostatakræft.

De kendte udfordringer i mammaradiologien medførte, at regionen tilbage i oktober 2022 indgik aftale med et privathospital ift. at modtage patienter i kræftpakke og udredningspatienter. Aftalen omfatter ca. 170 patienter om ugen. Når det gælder brystkræftkirurgi er det operationskapaciteten, der i perioder er presset. Her arbejder regionen løbende med at udvide kapaciteten, og der er netop nedsat en taskforce på Sjællands Universitetshospital, der skal arbejde hen i mod en mere dynamisk booking på operationsgangen med bedre lejeudnyttelse, så der sker en prioritering af operationer (til fordel for alle kræftpakker/kræftpatienter).

På lungekræftområdet har regionen også været udfordret grundet rekrutteringsvanskeligheder og pres på kapaciteten til udredning af patienter med mistanke om lungekræft. Her har regionen indgået aftale med Region Syddanmark ift. udredning af patienter i kræftpakkeforløb.

For mave-tarmkræft er regionen før auditgennemgang, men udsprunget af sagen i Region Midtjylland, blevet opmærksom på udfordringer ift. udredningstiden i de kirurgiske pakkeforløb, der evt. skyldes utilstrækkelig regional kapacitet til PET-CT-scanning, hvilket har betydning for den samlede målopfyldelse. Ligeledes udfordres standardforløbstiderne, i de tilfælde hvor patienterne har konkurrerende medicinske lidelser, der kræver udredning og evt. behandling, inden patienten kan opereres for sin kræftsygdom. Auditgennemgangen har bekræftet denne viden, og det er igangsat et arbejde med at kortlægge behov, arbejdsgange og visitation, og afklaring af hvorvidt der er behov for ekstra kapacitet, hvorfor der også er dialog med Region Syddanmark ift. evt. aftale på området.

Udfordringerne indenfor urologien og særligt prostataoperationer skal ses i lyset af nye behandlingsmuligheder, hvor patienterne efter en faglig vurdering kan tilbydes forskellige typer af operationer. Hvis en patient vælger en operation, der bevarer nerverne, anbefales det fagligt at vente 6-8 uger efter en biopsi. Det kan dog betyde, at patienten må vente længere end de regler, der er lavet for de maksimale ventetider.

Der kan også konstateres begrænset kapacitet på de operationsrobotter, der anvendes, og derfor kan der, ud over ventetid på baggrund af biopsi, også opstå ventetid på baggrund af manglende kapacitet. Der er allerede taget initiativ til at finde løsninger på dette, og forventningen er, at en mere hensigtsmæssig lejeudnyttelse ifm. den nedsatte task force på området (SUH), kan løse denne udfordring.

Den faglige gennemgang har samlet vist, at regionen udover kendte kapacitetsudfordringer, som der løbende og fortsat vil blive arbejdet videre med at sikre, skal arbejdes med at sikre korrekt dokumentation af handlepligten. Gennemgangen er udført med afsæt i Region Sjællands fortolkning af handlepligten og støttet af det præciserede handle- og informationspligtsnotat (jf. Sundhedsstyrelsen præciserede notat om handlepligt efter reglerne om de maksimale ventetider dateret 25. april 2023).

Regionen har i arbejdet med gennemgangen af kræftområdet gennemgået alle procedurer på området, og der er fundet forløb, hvor der er mangelfuld dokumentation og registrering ift til Sundhedsstyrelsen præcisering. For at sikre at regionen fremadrettet lever op til handlepligten, vil der blive arbejdet videre med den læring, der er fremkommet. Konkret har gennemgangen vist, at Region Sjællands registrering og dokumentation på området varierer og skal styrkes, idet krav om beskrivelse af tilbud, samtykke samt helbredsmæssig konsekvens jf. Sundhedsstyrelsen notat af 25. april beskriver, at dette skal dokumenteres specifikt i et journalnotat. Dette har ikke været praksis alle steder i regionen, idet afdelingerne har anvendt markøren "patienten informeret og accepteret" i Sundhedsplatformen (SP), og tilføjet en kommentar i kommentarfeltet med en meget kort uddybelse, fx at patienten accepterer at vente på nervebesparende kirurgi.

Regionen vil derfor fremadrettet arbejde videre med undervisning med fokus på sundhedsfaglig dokumentation og registrering og udarbejdelse af en handlingsanvisende smartphrase til brug for den sundhedsfaglige dokumentation i journalen. Hensigten er, at dette skal understøtte klinikerens samtale med patienten og sikre, at klinikerer er opmærksom på, hvad denne skal tale med patienten om samt dokumentere.

Til det forestående arbejde efterspørger regionen et samarbejde med Sundhedsstyrelsen og de øvrige regioner for at sikre klare handlingsanvisninger og ens fortolkning af det af Sundhedsstyrelsen præciserede notat. Særlig er der behov for præcisering/udmelding ift. hvordan regionerne skal handle jf. afsnit om pligt til at afdække behandlingstilbud.

Region Sjælland har behov for en præcisering af handlepligten og dokumentation heraf ift. at skulle tilbyde patienten et realistisk tilbud, samtidig med, at der ikke kan blokeres for behandlingstilbud på andet sygehus, før patienten har samtykket.

I Region Sjælland oplever medarbejdere på tværs af afdelinger, matrikler og profession, at det at forstå og kommunikere om de maksimale ventetider, både internt i afdelingen og til patienterne er svært. Dette gør sig gældende, da der ofte tales om kræftpakkemål og maksimale ventetider i en sammenblanding. Regionen står derfor også overfor en væsentlig og vigtig opgave ift. at forbedre og sikre god kommunikation og information til vores patienter.

Faglig gennemgang af kræftområdet i Region Midtjylland

Dato 16.06.2023

1-31-72-35-22

Side 1

1. Baggrund og formål

Sundhedsstyrelsen har den 17. maj 2023 bedt regionerne om leverance til en faglig gennemgang af kræftområdet som en del af Regeringens genopretningsplan for kræftområdet. Formålet med gennemgangen er at skabe et grundlag for tiltag til at forbedre forløb for fremtidige kræftpatienter omfattet af reglerne om maksimale ventetider.

I det følgende beskrives først metode og det anvendte materiale og herefter redegøres for de områder inden for udredning og behandling for kræft, der er udfordret, samt hvilke tiltag der anvendes for at sikre at patienterne behandles indenfor de maksimale ventetider. Afslutningsvist redegøres der for, hvor Region Midtjylland ser et behov for nationale løsninger.

2. Metode og materiale

Region Midtjylland har afdækket udfordringer på kræftområdet via:

- Gennemgang af data
- Information fra klagesager
- Anden ledelsesinformation
- Journalaudit

Vedrørende information fra klagesager bemærkes det, at Region Midtjylland har gennemgået rettigheds- og faglige klager samt erstatningssager, som er afgjort i perioden 1. oktober 2022 – 30. marts 2023 med henblik på at afdække om der heri er tegn på systematiske udfordringer. Der kan være klager fra den af Sundhedsstyrelsen angivne periode, som ikke er afgjort endnu.

2.1 Journalaudit

Journalaudit er gennemført som intern audit i de enkelte afdelinger og auditgrupperne har typisk været sammensat med repræsentation fra afdelingsledelse og klinik.

Audit er tilstræbt udført efter fælles principper, som er søgt koordineret og tilpasset i samarbejde med de andre regioner med henblik på at sikre, at regionernes auditresultater bliver så sammenlignelige som muligt.

Der er auditeret ud fra den tidligere forståelse af informations- og handlepligten – dvs. forud for Sundhedsstyrelsens præciserede notat af 25. april 2023 – da det var denne forståelse hospitalerne arbejdede ud fra i den periode, der er blevet auditeret på.

Audit i nærværende redegørelse adskiller sig således fra den audit, der indgår i redegørelsen af den 14. juni 2023 for mave-tarmkræftområdet på Mave- og Tarmkirurgisk afdeling i Region Midtjylland. I redegørelsen af 14. juni 2023 blev der efter ønske fra Sundhedsstyrelsen auditeret ud fra den præciserede forståelse af informations- og handlepligten i Sundhedsstyrelsens notat af den 25. april 2023.

Med henblik på læring, og med henblik på at få indsigt i den opgave, det bliver at omsætte den præciserede informations- og handlepligten i den kliniske virkelighed, har Region Midtjylland i nærværende redegørelse valgt også at se nærmere på, hvad der fremadrettet er behov for at justere for at kunne efterleve den præciserede informations- og handlepligt.

3. Resultater

3.1 Udfordrede kræftområder

I de følgende afdækkes områder med kræftbehandling i Region Midtjylland, hvor der 4. kvartal 2022 og 1. kvartal 2023 i varierende omfang har været udfordringer med kapaciteten.

3.1.1 Kræftpakkeforløbstider

Opgørelse af kræftpakkeforløbstider¹ viser, at den totale målopfyldelse på alle kræftpakkeforløb i 4. kvartal 2022 – 1. kvartal 2023 var 81,1 %. Opgørelsen viser, at der er lav målopfyldelse på urologiske kræftformer (varierer mellem 19,0 % og 73,5 % afhængigt af kræftform) og gynækologiske kræftformer (varierer mellem 57,6 % og 82,7 % afhængigt af kræftform). Kræft i tyk- og endetarm har derimod en målopfyldelse på 83,8 %. Det bemærkes, at der for nogle kræftformer er tale om et forholdsvis lille antal patienter, men andelen af opfyldte kræftpakkeforløbstider samt antal ikke-opfyldte kræftpakkeforløbsperioder peger alligevel på, at der kan være kapacitetsudfordringer.

Dialog med hospitalerne har vist, at der er udfordringer med at tilbyde udredning og behandling i regionen inden for de maksimale ventetider inden for især mave- og tarmkræft og urologiske kræftsygdomme. I perioden (4. kvartal 2022 til og med 1. kvartal 2023) har Region Midtjylland indberettet 47 overskridelser af bekendtgørelsen om de maksimale ventetider til Sundhedsstyrelsen.

3.1.2 Afgjorte klagesager

Der har i perioden 1. oktober 2022 – 30. marts 2023 været i alt syv klagesager i regionen, som er afgjort. Det omfatter to rettighedsklager inden for mave- og tarmkræft og én inden for bryst-

¹ Netto, dvs. fraregnet patientinitieret og lægefagligt begrundet ventetid.

kræft, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt. Der er tale om overskridelser af de maksimale ventetider på henholdsvis 1, 4 og 2 dage. Derudover er i alt fire sager med patienter, der muligvis er diagnosticeret for sent med lungekræft, og hvor der således er udtalt kritik eller givet erstatning. I de fire sager er der tale om patienter, der ikke har været i kræftpakkeforløb, men i almindelige udredningsforløb.

Vi kan således ikke ud fra de afgjorte klagesager udlede information om systematiske udfordringer i forhold til overholdelse af reglerne om maksimale ventetider inden for kræftområdet.

3.1.3 Anden ledelsesinformation om mangel på kritisk personale mv.

Der er på tværs af forskellige specialer i større eller mindre omfang mangel på kritisk personale, f.eks. operationssygeplejersker, anæstesipersonale, radiologer, radiografer og specialiserede sygeplejersker til sengeafsnit. Det har særligt konsekvenser for behandlingen af mave- og tarmkræft, gynækologi og malign melanom samt nonmelanom på grund af manglende operationskapacitet og udredning inden for urologi og brystkræft. Derudover er der udfordringerne inden for radiologi – cryobehandling, RFA (Radiofrekvens Ablation) og MWA (Microwave Ablation) – og patologi.

I ferieperioder er kapaciteten til kræftudredning- og behandling mindre robust i forhold til udsving i efterspørgslen.

Det bemærkes derudover, at det er vanskeligt at forene kravene til aktivitet med tilrettelæggelsen af uddannelse og videreuddannelse, særligt i forhold til uddannelse af læger inden for kirurgi.

3.1.4 Journalaudit

Region Midtjylland har så vidt muligt målrettet udvælgelsen af cases til audit på overskridelser, der ikke er fagligt velbegrunderet eller patientinitieret, men skyldes kapacitetsudfordringer, registreringsfejl eller andet.

Med udgangspunkt i ovenstående er der i Region Midtjylland gennemført journalaudit på følgende kræftområder på udvalgte områder:

- Urologi
- Gynækologi
- Brystkræft

Der er også gennemført audit på mave- og tarmkræftområdet. Her henvises til den særskilte redegørelse af den 14. juni 2023.

På urologiske område er det vurderingen, at den væsentligste årsag til overskridelserne af de maksimale ventetider er kapacitetsudfordringer til MR-scanning. Derudover viser audit, at hospitalerne i størstedelen af de forløb der indgår i audit, helt eller delvist har levet op til handle- og informationspligten. Samtidig viser audit, at der er behov for at justere arbejdsgange og styrke dokumentationen for at leve op til Sundhedsstyrelsens præciserede krav, hvilket hospitalerne er gået i gang med. Der er indført nye arbejdsgange for at sikre overholdelsen af handle- og informationspligten, og hospitalerne har iværksat forskellige tiltag for at frigøre kapacitet på området.

Både på brystkræftområdet samt på det gynækologiske område var antallet af fundne overskridelser begrænset, og der er således blevet auditeret på færre end 15 journaler på disse områder. Auditten viser, at en stor del af overskridelserne ikke var reelle, men skyldtes registreringsfejl i forløbene. Dette har flere steder medført ændrede arbejdsgange og fokus på registreringspraksis. Samtidig bemærkes, at der er store kapacitetsudfordringer på brystkræftområdet, og at de maksimale ventetider kun kan overholdes via brug af private leverandører af kliniske mamмографier.

Resultaterne af audit uddybes i bilag 1.

3.1.6 Opsamling på hvilke kræftområder, der er udfordret og årsag hertil

Gennemgangen viser, at:

- Generelt er personalesituationen kritisk på senge- og operationsområdet (primært operationspersonale men også anæstesipersonale på en række områder) samt inden for radiologi og patologi.
- Det stigende udrednings- og behandlingsbehov, som følger af demografi og faglige/teknologisk udvikling, gør det nødvendigt at nedprioritere den benigne aktivitet, herunder også de højtspecialiserede aktiviteter, for at kunne overholde reglerne om maksimale ventetider på kræftområdet.
- Det er nødvendigt at anvende frivilligt ekstraarbejde (FEA) for at opretholde den nødvendige kapacitet, jf. de kendte udfordringer med rekruttering og fastholdelse af klinisk personale.
- Brug af private aktører er nødvendigt for at kunne prioritere hospitalets kapacitet til akutaktivitet samt til udredning og behandling af kræft.
- I ferieperioder er kapaciteten til kræftudredning og -behandling mindre robust i forhold i udsving i efterspørgslen.
- Det er vanskeligt at forene kravene til aktivitet med tilrettelæggelsen af uddannelse og videreuddannelse af sundhedspersonalet, særligt uddannelse af læger inden for kirurgi.

I skemaet nedenfor er listet de områder, hvor Region Midtjylland på baggrunden af gennemgangen vurderer, at udfordringerne er vedvarende og kan føre til, at patienterne ikke kan tilbydes behandling i regionen inden for tidsfristerne eller indebærer nærliggende risiko herfor.

Vurdering af områder, hvor der er eller kan forventes udfordringer med at tilbyde alle kræftpatienter behandling inden for de maksimale ventetider på det hospital, de oprindeligt er henvist til

	Systematiske udfordringer med overholdelse af reglerne om maksimale ventetider nu eller fremadrettet	Målopfyldelse for hele regionen, kræftpakker Q4 2022 – Q1 2023 (netto)	Vurdering af udfordringens karakter
Mave og Tarmkirurgi på AUH	Ja. Kræft i spiserør mavesæk og mavemund, kræft i lever, galdeveje og bugspytkirtel, primær endetarmskræft, avanceret tarmkræft, sarkomer, HIPEC	Kræft i tyk- og endetarm: 83,8 % Primær leverkræft: 87,9% Analkræft: 90,3 % Sarkom i bløddele: 78,7 %	Der er i 1. kvartal 2023 27 færre sygeplejersker end i 1. kvartal 2020 på Mave- og Tarmkirurgisk Sengeafsnit 1 og 2. Manglen på specialiserede sygeplejersker har medført, at afdelingen siden maj 2022 har haft 14 midlertidigt lukkede senge, fordelt med 7 lukkede senge på sengeafsnit 1 og 7 lukkede senge på sengeafsnit 2. Benign aktivitet nedprioriteret markant. Opsigelser blandt læger til HIPEC.

Urologi på AUH	Ja. Kræft i prostata Kræft i penis Kræft i nyre Kræft i nyrebækken/urinleder Kræft i blære	Kræft i nyre: 73,5 % Kræft i penis: 19 % Kræft i prostata: 54,4 % Kræft i nyrebækken/urinleder: 50 %	Vedvarende udfordring med at sikre tilstrækkelig kapacitet på operationsgang. Sekundært sengeressource og lægebemanding. Kraftig vækst i antallet af patienter med urologiske kræftformer. Benign aktivitet nedprioriteret markant.
Kvindesygdomme og Fødsler på AUH	Mindre systematisk udfordring. Kræft i kvindelige kønsorganer Kræft i æggestok Kræft i livmoderhals Kræft i livmoder	Kræft i kvindelige kønsorganer: 82,1 % Kræft i æggestok: 66 % Livmoderhalskræft: 82,7 % Livmoderkræft: 57,6 %	Periodevise problemer både med ventetid til indkaldelse til udredning og til behandling. Væsentligst er udfordring med allokering af tilstrækkelig operationskapacitet til kræft. Benign aktivitet nedprioriteret markant.
Plastik og Brystkirurgi på AUH	Ja Brystkræft Malignt melanom Nonmelanom	Brystkræft: 81,6%*	Strukturel mangel på speciallæger i et speciale i kraftig vækst. Meget kraftig vækst i antallet af patienter med malignt melanom og nonmelanom. Desuden bistår afdelingen ved andre specialers kræftkirurgi. Benign aktivitet nedprioriteret markant.
Røntgen og skanning på AUH	Nej ift. de forløb for R&S er primær indgang (mamma, testis og lungekræft) Ja, ift. forløb hvor R&S er behandlende afdeling, f.eks. cryobehandling, RFA, MWA	Forløb hvor R&S er indgang: Brystkræft: 81,6 %* Lungekræft: 83,1 % Øvrige forløb: Kapacitetsmangel betyder forlængede svartider og ventetid på radiologisk intervention, som påvirker kræftpakkeforløb i stamafdelinger.	Hovedårsag til kapacitetsproblem er mangel på radiologer samt radiografer. Desuden er CT-kapaciteten presset. Der er mangel på anæstesisressource til interventionsradiologi. Benign aktivitet er nedprioriteret markant.
Patologi på AUH	På følgende områder lever svartid ikke op til Sundhedsstyrelsens vejledning: Endokrinologi, mamma og ØNH, gynækologi, hud hæmatologi, øvre og nedre gastro		Afdelingens subspecialisering er en strategisk udfordring ift. at skabe robusthed inden for de enkelte fagområder. Særligt ferieperioder er aktuelt meget sårbare, da antal tidskritiske prøver er konstant over året. Samtidigt er antallet af tidskritiske prøver fortsat stigende. Apparatur og teknologi ikke optimal. Benign aktivitet nedprioriteret markant.
Urologi på RH Gødstrup	Ja for udredning for kræft i prostata. Ingen udfordring i relation til behandling.	Kræft i prostata: 54,4 % Målopfyldelsen er påvirket af varigheden til udredning.	Manglende kapacitet på det billeddiagnostiske område. Der mangler både radiografer og radiologer.
Lungekræft på RH Gødstrup	Nej (den del, der varetages på RHG)	72%	RHG mangler lungemedicinere. Desuden oplever vi forlænget svartider på patologi.
Kirurgi på HE Midt	Nej.	Brystkræft: 81,6 %*	Der er mangel på brystkirurger og anæstesisygeplejersker med den konsekvens, at OP-kapaciteten prioriteres til næsten udelukkende brystkræftforløb.
Røntgen og Skanning på HE Midt	Nej. De maksimale ventetider ift. udredning af brystkræft kan kun overholdes ved hjælp af aftale om kapacitet hos vores private samarbejdshospital.		Der er fortsat rekrutteringsudfordringer for både brystradiologer og brystradiografer.
Patologi på HE Midt	Nej		Kræftpakker og hastepøver prioriteres, hvilket har afledte konsekvenser for øvrige (rutine)prøver, hvor der er lange svartider.

Endoskopier	-	Kræft i tyk- og endetarm: 83,8 %	Antallet af endoskopier er steget de seneste år. Hvis stigningen fortsætter kan det medføre kapacitetsudfordringer.
-------------	---	-------------------------------------	---

* Data vedrørende brystkræft kan være ufuldstændige, da Sundhedsstyrelsen har givet dispensation for kravet om indberetning ved viderehenvielse til radiologisk undersøgelse ved anden enhed.

3.2 Tiltag i Region Midtjylland

Nedenfor redegøres for de tiltag, som Region Midtjylland anvender for at håndtere ovenstående udfordringer.

3.2.1 Rekruttering og fastholdelse samt inddragelse af andre faggrupper

Der arbejdes løbende med rekrutteringen – nationalt og internationalt – og fastholdelsen af personale. F.eks. er det lykkedes at rekruttere gennem delestillinger mellem brystradiologi og andre radiologiske subspecialer. Der arbejdes ligeledes med inddragelse af forskellige faggrupper i opgaveløsningen på tværs af hospitalerne i Region Midtjylland, så der er ansat flere ergo- og fysioterapeuter, serviceassistenter, ernæringsassistenter, diætister, farmakonomer samt forsyningsmedarbejdere til at indgå i opgaveløsningen omkring patienterne. Med hver sin faglighed byder medarbejderne ind på de opgaver i patientforløb, som de har kompetence til at varetage.

Det er desuden nødvendigt at gøre brug af overarbejde (FEA – frivilligt ekstraarbejde) for at have tilstrækkelig kapacitet.

3.2.2 Andre tiltag, herunder flytning af patientforløb mellem hospitaler i Region Midtjylland samt brug af privathospitaler

Hospitalerne i Region Midtjylland samarbejder for at udnytte kapaciteten bedst muligt. Det betyder blandt andet, at der flyttes patientforløb mellem hospitalerne. F.eks. flyttes patienter på hoved- eller regionsfunktionsniveau fra Aarhus Universitetshospital til regionshospitalerne for at frigøre kapacitet på universitetshospitalet til den højtspecialiserede behandling. Der arbejdes desuden med meraktivitetsprojekter, f.eks. for at imødekomme stigningen i endoskopier.

Hospitalerne har i det omfang, det har været muligt, prioriteret ekstra bevillinger internt til at etablere yderligere operationslejer. Der gøres også brug af lånesenge mellem afdelinger på hospitalerne, for at frigøre sengekapacitet på de mest pressede afdelinger.

Aarhus Universitetshospital har igangsat en lang række tiltag for øge kapaciteten til urinvejskirurgi, mave- og tarmkirurgi samt gynækologi.

Derudover benyttes aftaler med privathospitaler. Det gør sig blandt andet gældende i forhold til scanning af patienter, hvor der er mistanke om prostata- eller brystkræft. Aftaler med privathospitaler er afgørende for overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider, og hospitalerne er derfor afhængige af, at de private leverandører er stabile.

3.2.3 Politisk og ledelsesmæssigt fokus samt styrket ledelsesinformation

Regionsrådet i Region Midtjylland har i april 2023 vedtaget en syvpunktsplan, der skal sikre kritisk kapacitet og rettighed. Planen indebærer en generelt fokus på kapacitetsudfordringer,

herunder på kræftområdet, samt f.eks. at der skal udarbejdes bedre ledelsesinformation inden for kræftområdet. Planen kan ses i sin fulde længde [her](#).

Regionen har indført skærpet opfølgning på området, både politisk og administrativt, som skal sikre hurtigere handling, såfremt et område får udfordringer. Ledelsesinformationssystemet er under udarbejdelse med henblik på at man fremadrettet bedre kan følge, hvis ventetiderne stiger.

Regionens retningslinjer og brevskeletter er opdateret i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens præcisering af informations- og handlepligten af den 25. april 2023.

3.3 Tværregionale tiltag og tiltag med inddragelse af sygehuse i udlandet

3.3.1 Tværregionale tiltag

Regionerne har indgået et kapacitetssamarbejde inden for udvalgte kræftområder. Formålet med samarbejdet er at understøtte optimal kapacitetsanvendelse på tværs af regionerne, særligt med henblik på at understøtte overholdelsen af maksimale ventetider. Der er nedsat grupper inden for:

- Brystkræft
- Lungekræft
- Urologi
- Gynækologi
- Øvre mavetarmkræft
- Nedre mavetarmkræft

Grupperne mødes første gang i juni 2023.

Derudover indgås der løbende bilaterale aftaler mellem hospitaler på tværs af regionerne. Det bemærkes, at såfremt et forløb overskrider reglerne om maksimale ventetider med få dage, vælger patienten oftest at blive behandlet på hjemhospitalet.

På det urologiske område er det vurderingen, at der er udfordringer med kapaciteten i landet. Det gælder på hovedfunktionsniveau og på de specialiserede funktioner. Der er løbende regional og national dialog om kapacitet til urologiske patienter. Aarhus Universitetshospital har hyppig kontakt til øvrige hospitaler, som den normale procedure foreskriver, således at den samlede kapacitet både regionalt og nationalt udnyttes bedst muligt. Der er imidlertid ikke reelle muligheder for ad hoc flytning af patienter eller indgåelser af faste aftaler, og det kan således ikke forventes, at denne tilgang kan løse kapacitetsudfordringerne.

3.3.2 Tiltag med inddragelse af sygehuse i udlandet

Aarhus Universitetshospital har afsøgt mulighederne for operation af urinvejskirurgiske kræftpatienter i udlandet. Konkret er nationale ledere af uro-onkologiske grupper eller tilsvarende i de enkelte lande spurgt om muligheden for at operere danske urologiske kræftpatienter inden for 14 dage fra henvendelse fra Aarhus Universitetshospital til operationsdatoen. Der er adspurgt om indgreb inden for blærekræft, prostatakræft, nyrekræft og peniskræft. Der er vedlagt et skema med overblik over forespørgslerne. I skemaet er anført forventet tid fra henvendelse til operation på de hospitaler, der er kontaktet på tværs af kræftformer. Ingen af de adspurgte

hospitalet har mulighed for at operere inden for 14 dage fra henvendelsen fra Aarhus Universitetshospital og i flere tilbagemeldinger påpeges det, at egne patienter venter i længere tid.

Aarhus Universitetshospital har identificeret to mulige samarbejdspartnere i Skandinavien, som kan behandle patienter med gynækologiske kræftformer inden for de funktioner, Aarhus Universitetshospital varetager, og der er kontakt til disse enheder.

Der er derudover indgået en samarbejdsaftale med Frankfurt University Hospital vedrørende MWA-behandling af lungekræft, og der pågår drøftelser med andre udenlandske hospitaler i forhold til RFA og MWA behandling af leverkræft.

4. Sammenfatning

Gennemgangen har vist, at der er for nuværende og også fremadrettet må imødeses vedvarende kapacitetsudfordringer på kræftområdet. Udfordringerne er primært inden for mave- og tarmkræft og de urologiske kræftformer, men også i mindre omfang inden for gynækologiske kræftformer, brystkræft og øvrige specialer.

Udfordringerne søges løst gennem en bred vifte af tiltag, herunder rekruttering- og fastholdelsesinitiativer, anvendelse af andre faggrupper og flytning af patientforløb med henblik på bedst mulig udnyttelse af den tilgængelige kapacitet. Der arbejdes herudover med at flytte patientforløb på tværs af regionerne og til hospitaler i udlandet, således at de maksimale ventetider kan overholdes.

Mangel på personale forventes at være en fortsat udfordring og kan have indflydelse på, hvor hurtigt nye initiativer, herunder en ny kræftplan, kan indføres. Det bemærkes, at den øgede indsats på kræftområdet i en situation med rekrutteringsvanskeligheder også kan betyde, at den benigne aktivitet udfordres yderligere.

Audit viser, at hospitalerne i størstedelen af de forløb der indgår i audit, helt eller delvist har levet op til handle- og informationspligten. Samtidig viser audit, at der er behov for at justere arbejdsgange og styrke dokumentationen for at leve op til Sundhedsstyrelsens præciserede krav, hvilket hospitalerne er gået i gang med.

5. Afsluttende bemærkninger: Behov for nationale løsninger

Region Midtjylland ser med stor alvor på kapacitetsudfordringerne inden for kræftområdet, og der gøres et stort arbejde for at øge kapaciteten og sikre at patienterne får tilbud om omvisitering til andre behandlingssteder, hvis regionen ikke selv kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider. Der er stor fokus på at sikre løsninger på udfordringerne, der vanskeliggør overholdelsen af de maksimale ventetider, blandt andet ved de nævnte tiltag internt i regionen og afsøgning af ledig kapacitet i de andre regioner og i udlandet.

Region Midtjylland vil derudover opfordre Sundhedsstyrelsen til at overveje følgende nationale initiativer:

- National indsats på det urologiske område, idet området er presset i hele landet.
- Overveje differentierede ventetider, så det sikres, at patienter med kræftformer, der udvikler sig hurtigt, får førsteprioritet i forhold til patienter med kræftformer, der udvikler sig langsommere.
- Håndtering af konsekvenserne for benign aktivitet og uddannelsesaktivitet.

- Region Midtjylland har, som aftalt med Sundhedsstyrelsen den 31. marts 2023 fremsendt en henvendelse til Sundhedsstyrelsen, med henblik på en vurdering af, hvorvidt HIPEC behandlinger fremadrettet skal varetages flere steder i landet, idet man har oplevet en stigning i aktiviteten, der oversteg det tidligere forventede. I henvendelsen anbefalede Region Midtjylland yderligere, at der laves en faglig gennemgang med inddragelse af relevante eksperter fra hele landet, førend der træffes beslutning om godkendelse af yderligere centre til varetagelse af HIPEC, idet der er faglig uenighed om anvendelsen af HIPEC i Danmark. Region Midtjylland ser frem til Sundhedsstyrelsens vurdering og dialog herom.
- De nye rekommandationer fra DCCG vedrørende Lokalbehandling af lungemetastaser hos patienter med kolorektal cancer beskriver anvendelsen af microwave ablation (MWA) til lige med øvrige behandlingsmodaliteter. Region Midtjylland vurderer, at de nye rekommandationer kan betyde en væsentlig stigning i henvisninger til at få foretaget MWA. I dag varetages MWA-behandling alene på Aarhus Universitetshospital, som ikke har tilstrækkelig kapacitet til at behandle patienter fra de øvrige regioner. Dette har regionen orienteret Sundhedsstyrelsen og de øvrige regioner om. Sundhedsstyrelsen har på denne baggrund igangsat en afdækning af området og Region Midtjylland ser frem til en dialog med afsæt i afdækningen.

Region Midtjylland ønsker derudover at gøre opmærksom på, at det er vanskeligt at anvende udenlandske hospitaler til at opfylde reglerne om maksimale ventetider. Det er alt efter, hvilke områder der er tale om, begrænset, hvor mange hospitaler i udlandet der har mulighed for at tilbyde behandling inden for den korte frist, der er gældende i Danmark. Vedlagte bilag om ventetider på urologiske centre i udlandet vidner herom. Der er risiko for, at der anvendes mange ressourcer på at opsøge tilbud i udlandet, herunder også ved de patienter, der får tilbud om behandling i Danmark få dage udover de maksimale ventetider.

I forlængelse af Sundhedsstyrelsens notat om præciseret forståelse af informations- og handlepligten af den 25. april 2023 ser vi endvidere frem til den planlagte opdatering af vejledningen hertil.

Bilagsliste

- Audit på udvalgte kræftområder
- Overblik over ventetid på urologiske centre i udlandet

Bilag 1

Faglig gennemgang af kræftområdet – audit på udvalgte kræftområder



Dato 16-06-2023

Baggrund

Som led i Indenrigs- og Sundhedsministeriets plan for 'Genopretning af kræftområdet' har Sundhedsstyrelsen igangsat en faglig gennemgang af ventetider og kapacitet på kræftområdet. Et af elementerne heri er, at regionerne har skullet gennemføre en journalaudit på mindst 15 journaler på kræftområder med vedvarende, systematiske udfordringer med kapaciteten og dermed med efterlevelsen af reglerne om maksimale ventetider.

Audit omhandler perioden 4. kvartal 2022 – 1. kvartal 2023.

Regionerne er derudover blevet bedt om at gennemføre interviews med relevante ledere og medarbejdere mhp. at verificere og nuancere resultatet af journalauditsene samt vurdere sammenhængen med kapacitetsudfordringen og eventuelt andre medvirkende forhold.

Nedenfor redegøres nærmere for rammerne for gennemførelsen af audit i Region Midtjylland samt for resultaterne af regionens audit opdelt på kræftområder.

Datagrundlag

Region Midtjylland har så vidt muligt målrettet udvælgelsen af cases til audit på overskridelser der ikke er fagligt velbegrundet eller patientinitieret, men skyldes kapacitetsudfordringer, registreringsfejl eller andet.

I Region Midtjylland er der gennemført journalaudits på følgende områder og afdelinger/hospitaler:

Kræftområde	Afdeling og hospital
Urologi	<ul style="list-style-type: none">• Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital• Urinvejskirurgisk afdeling, Regionshospitalet Gødstrup
Gynækologi	<ul style="list-style-type: none">• Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
Brystkræft	<ul style="list-style-type: none">• Plastik og brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital• Røntgen og scanning, Hospitalsenhed Midt

For flere kræftområder gælder, at der er auditeret på mindre end 15 forløb. Dette skyldes, at der er fundet færre end 15 overskridelser i perioden.

Formål

Formålet med auditten har jf. Sundhedsstyrelsens bestilling været at indhente uddybende, kvalificerende viden om udfordringer med efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider og sammenhængen med kapaciteten ved bl.a. at:

- uddrage oplysninger om ventetidens varighed
- årsager til ventetid ud over de 14 dage
- undersøge dokumentation af regionens overholdelse af informations- og handlepligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt

Metode

Audit er tilstræbt udført efter fælles principper, som er søgt koordineret og tilpasset i samarbejde med de andre regioner med henblik på at sikre, at regionernes auditresultater bliver så sammenlignelige som muligt. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at de fem regioner har forskellige data- og journalmæssige forudsætninger, hvilket betyder at udgangspunktet for audit og dermed metodevalg vil være forskellig.

Der er auditeret ud fra den tidligere forståelse af informations- og handlepligten – dvs. forud for Sundhedsstyrelsens præciserede notat af 25. april 2023 - da det var denne forståelse hospitalerne arbejdede ud fra i den periode, der er blevet auditeret på.

Nærværende audit adskiller sig således fra den audit, der indgår i redegørelsen af den 14. juni 2023 for mave-tarmkræftområdet på Mave- og Tarmkirurgisk afdeling i Region Midtjylland. I redegørelsen af 14. juni 2023 blev der efter ønske fra Sundhedsstyrelsen auditeret ud fra den præciserede forståelse af informations- og handlepligten i Sundhedsstyrelsens notat af den 25. april 2023.

Med henblik på læring, og med henblik på at få indsigt i den opgave, det bliver at omsætte den præciserede informations- og handlepligt i den kliniske virkelighed, har Region Midtjylland i nærværende redegørelse valgt også at se nærmere på, hvad der fremadrettet er behov for at justere for at kunne efterleve den præciserede informations- og handlepligt.

Audit er gennemført som intern audit i de enkelte afdelinger og auditgrupperne har typisk været sammensat med repræsentation fra afdelingsledelse og klinik. Derudover har hvert hospital udpeget en tovholder der har haft til opgave at tilrettelægge audit lokalt, udarbejde en sammenfatning af auditresultaterne mm.

Udover at auditere på de udvalgte patientforløb er auditgrupperne blevet bedt om at reflektere over auditresultaterne og drøfte:

- Stemmer resultaterne af audit overens med det billede auditgruppen/afdelingsledelsen ellers har af:
 - Årsager til overskridelser af de maksimale ventetider
 - Afdelingens dokumentation af efterlevelsen af handlepligten
 - Afdelingens dokumentation af patienternes samtykke til behandlingstidspunkt
 - Afdelingens dokumentation af om patienterne informeres om de mulige sundhedsmæssige konsekvenser af ventetiden
- Hvis ikke resultaterne af audit stemmer overens med det billede auditgruppen/afdelingsledelsen ellers har af årsager til overskridelser af de maksimale ventetider mm. Hvad er det generelle billede af ovenstående faktorer?
- Hvilke underliggende faktorer vurderes af afgørende betydning for evt. kapacitetsudfordringer?

Resultater

Urologi

På Regionshospitalet Gødstrup er det vurderingen, at de bagvedliggende årsager til overskridelserne af de maksimale ventetider i de auditerede forløb er kapacitetsudfordringer til MR-scanning. Derudover er det hospitalets vurdering, at hospitalet i stort set alle forløb der indgår i audit, helt eller delvist har levet op til informations- og handlepligten. Regionshospitalet Gødstrup bemærker, at auditresultaterne stemmer overens med de arbejdsgange hospitalet havde i perioden, der danner grundlag for auditten, men at arbejdsgangene efterfølgende er blevet ændret som følge af Sundhedsstyrelsens præcisering af informations- og handlepligten. Særligt er der blevet arbejdet med at sikre, at der foretages en individuel vurdering af ventetidens potentielle betydning for patienternes helbred og at patienterne oplyses om dette. Hospitalet bemærker følgende:

- I alle de auditerede forløb er patienterne blevet skriftligt informeret om overskridelsen i både brev og indkaldelsesbrev. Men Sundhedsstyrelsens præcisering af handlepligten har givet anledning til ændringer i arbejdsgangene omkring de nyhenviste patienter til udredning for kræft i prostata. Ændringerne indebærer, at patienter, hvor hospitalet ikke kan tilbyde en MR-tid inden for 14 dage, i dag kontaktes af urologisk forløbskoordinator med henblik på at sikre alle elementer i handlepligten samt dokumentationen heraf; information om overskridelsens varighed, mulighed for omvisitering og information om konsekvenserne af en potentiel overskridelse.
- Ved nyhenviste patienter har det været vanskeligt at indhente et samtykke til enten omvisitering eller accept af overskridelser, da der ikke foregår nogen konsultation. Patienterne blev opfordret til at kontakte Regionshospitalet Gødstrup, hvis de havde specifikke ønsker eller kommentarer til de fremsendte informationer og tiden til MR-scanning. Dette har ingen af patienterne i de auditerede forløb gjort.

På baggrund af Sundhedsstyrelsens præcisering af informations- og handlepligten er arbejdsgangen nu ændret. Dette indebærer, at nyhenviste patienter til udredning for kræft i prostata i dag kontaktes af urologisk forløbskoordinator med henblik på at sikre handlepligten og dokumentationen af denne.

- Audit viste, at der har været udfordringer med at sikre, at patienterne blev informeret om de sundhedsmæssige konsekvenser af overskridelserne. Dette skyldes til dels daværende manglende opmærksomhed på denne del af handlepligten samt det faktum, at Røntgen og Skanning, der varetog bookingen til MR-scanning, ikke har den faglige kompetence til at vurdere konsekvenserne af overskridelserne og dermed heller ikke kan orientere patienterne om dette.

Afdelingsledelserne i Urinvejskirurgien og Røntgen og Skanning samt hospitalsledelsen på Regionshospitalet Gødstrup vurderer samlet set, at den generelle mangel på kvalificeret arbejdskraft – specifikt radiografer og radiologer – er den afgørende betydning for kapacitetsudfordringerne på området. Regionshospitalet Gødstrup har i april 2023 indledt et samarbejde med en privat aktør. Denne varetager nu alle MR-scanninger af kontrol-patienter. Dette frigør kapacitet til nyhenviste patienter til udredning for kræft i prostata. Samtidig er samarbejdet med Aarhus Universitetshospital intensiveret således, at Aarhus Universitetshospital hjælper med MR-scanninger, når Røntgen og Skanning på Regionshospitalet Gødstrup ikke i relation til den aktuelle patientgruppe kan overholde den maksimale ventetid.

Auditeringen på det urologiske område på Aarhus Universitetshospital viste, at årsagen til overskridelserne af de maksimale ventetider i størstedelen af forløbene skyldtes kapacitetsproblemer. I enkelte tilfælde var overskridelserne fagligt velbegrundede. Og endeligt er de registrerede overskridelser i enkelte forløb en fejl.

Hospitalet har vurderet, at informations- og handlepligten er overholdt i hovedparten af de forløb, hvor der er tale om reelle overskridelser. Hospitalet havde således orienteret patienterne mundtligt om overskridelse og skriftligt om retten til at vælge andet hospital. Samtidig har hospitalet vurderet, at dokumentationen i flere forløb kun delvist vil leve op til den præciserede fortolkning af handlepligten, blandt andet fordi det i flere forløb ikke i tilstrækkelig grad er dokumenteret:

- at patienten er orienteret om eventuelle helbredsmæssige konsekvenser af ventetiden
- at der er givet et realistisk tilbud om henvisning til behandling på andet sygehus i Danmark eller i udlandet

Hospitalet bemærker, at det i mange tilfælde kan være svært at vurdere de helbredsmæssige konsekvenser af en given ventetid og at denne del af informations- og handlepligten derfor kan være vanskelig at leve op til.

Ved enkelte patientforløb gælder det, at patienterne ved en fejl, hverken ved samtale eller via brev er blevet informeret om overskridelse eller ret til at vælge andet sygehus.

Aarhus Universitetshospital har følgende bemærkninger omkring overskridelserne:

Det har i flere år været vanskeligt at sikre kapacitet svarende til aktivitetsudviklingen på det urologiske område. Udfordringen er landsdækkende og gælder særligt operationskapacitet og sengekapacitet.

- **Operationskapacitet:**
Generelt er den samlede operative kapacitet på området presset, da rekruttering og fastholdelse af anæstesi- og operationssygeplejersker er vanskelig. Der er bl.a. i regi af hospitalets operationsprogram igangsat og planlagt en række initiativer på Bedøvelse og Operation Syd, som betjener hhv. Mave- og Tarmkirurgi, Urinvejskirurgi og Kvinde-sygdomme og Fødsler.
- **Sengekapacitet:**
Afdelingens sengeafsnit har haft udfordringer med vakancer i hele 2022. Afsnittet modtager – ud over de elektive benigne og maligne patienter – også alle akutte urologiske patienter på Aarhus Universitetshospital. Driften på sengeafsnittet forudsætter brug af frivilligt ekstrarbejde og kraftig nedprioritering af benign aktivitet, herunder visitering til private aktører.

Gynækologi

På det gynækologiske kræftområde har Aarhus Universitetshospital auditeret på et begrænset antal overskridelser (da der ikke kunne findes flere overskridelser i perioden). Nogle overskridelser skyldtes registreringsfejl og enkelte var reelle, da hverken handlepligten eller reglerne for informeret samtykke var overholdt i disse forløb.

De fundne registreringsfejl har medført, at der har været afholdt et møde omkring registrering blandt afdelingens lægesekretærer og, at der er iværksat løbende opfølgingsmøder.

Aarhus Universitetshospital bemærker, at afdelingen har et kapacitetsproblem på operationsgangen og at der er planlagt igangsat tilsvarende tiltag som på det urologiske område bl.a. samarbejde med Region Syddanmark mm.

Brystkræft

Hospitalsenhed Midt har auditeret på de få forløb på brystkræftområdet, hvor de maksimale ventetider ikke var overholdt. Auditeringen på forløbene viste,

at den manglende overholdelse af ventetiderne skyldtes en fejl i registreringspraksis. Arbejdsgangene er nu ændret, og der er indført en monitorering af bookingerne således, at lignende fejl undgås i fremtiden.

På Aarhus Universitetshospital er der ligeledes blevet auditeret de få forløb på brystkræftområdet, hvor de maksimale ventetider ikke var overholdt. Auditoren viste, at der var manglende registreringer ved alle forløb, og at der således reelt ikke var nogle overskridelser af de maksimale ventetider. Hospitalet blev opmærksom på registreringsproblematikken i starten af maj, hvorefter der er afholdt et møde med Brystklinikken omkring registrering.

Aarhus Universitetshospital bemærker samtidig, at der er udfordringer i udredningen af brystkræft. De maksimale ventetider overholdes via brug af private leverandører af kliniske mammografier.

Bilag 2. Ventetid på uro-onkologiske centre i udlandet

Rundspørge foretaget af Afdeling for Urinvejskirurgi på Aarhus Universitetshospital.

Ventetid, internationale uro-onkologiske centre				
	Cystektomi	Prostatektomi	Nyrekræft-operation	Partiel penektomi med sentinel node
MD Andersson Cancer Center, Houston, Texas, USA	6-8 ugers ventetid	6-8 ugers ventetid	6-8 ugers ventetid	6-8 ugers ventetid
Hôpital Pitié-Salpêtrière, Sorbonne University Hospital, Paris, Frankrig	Ikke muligt inden for tidsrammen	Evt. en enkelt patient, men ring for at forhøre fra gang til gang – dog problem aktuelt pga. strejke og efterslæb fra Covid	Evt. en enkelt patient, men ring for at forhøre fra gang til gang – dog problem aktuelt pga. strejke og efterslæb fra Covid	Udfører ikke indgrebet
University Hospital Vienna, Wien, Østrig	4-6 uger	8-12 uger	4-8 uger	4-6 uger
Norge (Svar fra lederen af den norske uro-onkologiske gruppe på vegne af norske hospitaler)	Generelt ikke muligt med så kort varsel	Generelt ikke muligt med så kort varsel	Generelt ikke muligt med så kort varsel	Generelt ikke muligt med så kort varsel
Turku, Finland	Ikke muligt at prioritere danske patienter – egne patienter venter ca. 4 uger aktuelt	Ikke muligt at prioritere danske patienter – egne patienter venter ca. 4 uger aktuelt	Ikke muligt at prioritere danske patienter – egne patienter venter ca. 4 uger aktuelt	Udfører ikke indgrebet
Reykjavik, Island	Prioriterer egne patienter – ikke åben for danskere	Prioriterer egne patienter – ikke åben for danskere	Prioriterer egne patienter – ikke åben for danskere	Udfører ikke indgrebet
Malmö, Sverige	Prioriterer egne patienter som i forvejen venter meget længere	Prioriterer egne patienter som i forvejen venter meget længere	Prioriterer egne patienter som i forvejen venter meget længere	Prioriterer egne patienter som i forvejen venter meget længere

Der findes andre hospitaler, som udfører ovenstående indgreb, men det er afdelingsledelsens vurdering, at øvrige hospitaler ikke har en tilstrækkelig faglig kvalitet. Dette gælder særligt inden for Østeuropa og Dubai og dels private tilbud i Tyskland. Listen i ovenstående tabel er derfor ikke nødvendigvis udtømmende, men beror på de faglige netværk, som afdelingen kender til og kan stå inde for.



16. juni 2023

NOTAT

1. Baggrund og formål

Sundhedsstyrelsen har, som en del af Indenrigs- og Sundhedsministerens iværksatte initiativer til genopretning af kræftområdet, anmodet regionerne om en faglig gennemgang af kræftområdet. Den faglige gennemgang skal afdække eventuelle udfordringer med ventetider og kapacitet med fokus på overholdelse af patientrettighederne.

I nærværende notat beskrives resultaterne af Region Nordjyllands faglige gennemgang af kræftområdet, der er udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens 'Anmodning om leverance til faglig gennemgang af kræftområdet' samt disposition fremsendt den 9. juni 2023.

I relation til Indenrigs- og Sundhedsministerens iværksatte initiativer på kræftområdet er der i Region Nordjylland nedsat en Kræftstyregruppe med bl.a. repræsentation fra regionens direktion og de lægefaglige direktører på hospitalerne. Under denne gruppe er der nedsat en operationel Task Force med repræsentanter fra regionens administration samt kvalitets- og registreringskonsulenter på hospitalerne. Den faglige gennemgang har været forankret i disse fora.

2. Metode og materiale

I Region Nordjylland er der identificeret fire kræftområder med potentielle udfordringer i forhold til ventetider og kapacitet. Områderne er udvalgt på baggrund af gennemgang af kræftpakke-data, data vedrørende indberettede overskridelser af de maksimale ventetider, klage- og erstatningssager og indhentning af ledelsesinformation på hospitalerne i perioden fra 1. oktober 2022 til 30. marts 2023.

På baggrund af disse analyser er urologisk kræft (prostatakræft, blærekræft, nyrekræft og kræft i urinvejene), mave- og tarm kræft (kræft i tyk- og endetarm, kræft i bugspytkirtlen, kræft i spiserør/mave-mund/mavesæk), brystkræft og lungekræft udvalgt til nærmere analyse.

For de udvalgte kræftpakker er der trukket data for perioden 1. oktober 2022 til 30. marts 2023 for såvel udredningsforløbet som behandlingsforløbet.

Udredning: Antal forløb, hvor der er gået mere end 14 dage fra henvisning til første fremmøde (kræftpakkeforløbsmarkør A-B).

Behandling: Antal forløb, hvor der er gået mere end 14 dage fra samtykke til behandling til opstart af behandling eller de forløb, hvor der er gået mere end 28 dage fra henvisning til behandling til opstart af behandling (kræftpakkeforløbsmarkør C-F).

Med afsæt i Sundhedsstyrelsens anmodning om leverance til faglig gennemgang af kræftområdet er der for hvert af de identificerede områder udvalgt journaler, der i den valgte seks måneders periode har haft længst ventetid. Sundhedsstyrelsen har anmodet regionerne om at foretage kvalitativ journalaudit på mindst 15 forløb for hvert kræftområde. I Region Nordjylland har det for nogle af kræftområderne ikke været muligt at identificere 15 forløb i den seks måneders opgørelsesperiode på grund af meget få forløb med ventetid over 14 dage.

Der er gennemført kvalitativ journalaudit på i alt 155 forløb i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen vejledning til gennemførelse af journalaudit. 30 forløb er efterfølgende sorteret fra, da der var tale om registreringsfejl. Disse forløb viste sig at være inden for bekendtgørelsens tidsfrister. Der er gennemgået henholdsvis 76 udredningsforløb og 49 behandlingsforløb. Journalauditten er gennemført af to speciallæger ansat i det relevante speciale.

I forbindelse med journalaudit er forløbene inddelt i følgende kategorier: Forlængede forløbstider som følge af patientens eget ønske og af faglige årsager (ikke omfattet af bekendtgørelsen om maksimale ventetider). For de øvrige forløb, som er omfattet af bekendtgørelsen om maksimale ventetider, har regionen ved journalaudit haft fokus på, om det i journalen er dokumenteret, at patienten har fået et tilbud om at blive omvisiteret, og har samtykket hertil (bekendtgørelse om maksimale ventetider overholdt), eller om der er manglende dokumentation i journalen heraf (bekendtgørelse om maksimale ventetider ikke overholdt).

Der er efterfølgende gennemført interviews med afdelingerne med henblik på at kvalificere og nuancere journalauditresultaterne. Der har deltaget repræsentanter fra hospitalsledelsen, afdelingsledelsen, forløbsledere, forløbskoordinatorer, kvalitetsfolk samt øvrige relevante aktører som eksempelvis onkologisk afdeling og diagnostiske specialer. Der har været fokus på dokumentationen i journalen samt på at få afdækket eventuelle kapacitetsmæssige udfordringer, herunder om der er udarbejdet handleplaner for at afhjælpe sådanne udfordringer. Ligeledes har der været fokus på at afdække graden af tværregionalt samarbejde og inddragelse af udenlandske hospitaler.

Formålet med auditten har jf. Sundhedsstyrelsens bestilling været at indhente uddybende, kvalificerende viden om udfordringer med efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider og sammenhængen med kapaciteten ved bl.a. at:

1. Uddrage oplysninger om ventetidens varighed.
2. Årsager til ventetid ud over de 14 dage.
3. Undersøge dokumentation af overholdelse af regionens handle- og informationspligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt.

Auditsene er tilstræbt udført efter fælles principper, som er søgt koordineret og tilpasset i samarbejde med de andre regioner med henblik på at sikre, at regionernes auditresultater bliver så sammenlignelige som muligt. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at de fem regioner har forskellige data- og journalmæssige forudsætninger, hvilket betyder at udgangspunktet for audit og dermed metodevalg vil være forskellig.

Der er auditeret ud fra den tidligere forståelse af handle- og informationspligten – dvs. forud for Sundhedsstyrelsens præciserede notat af 25. april 2023 - da det var denne forståelse hospitalerne arbejdede ud fra i den periode, der er blevet auditeret på.

Med henblik på læring, og med henblik på at få indsigt i den opgave det bliver at omsætte den præciserede handle- og informationspligt i den kliniske virkelighed, har Region Nordjylland valgt også at se

nærmere på hvad der fremadrettet er behov for at justere for at kunne efterleve den præciserede handle- og informationspligt.

3. Resultater

3.1 Udfordrede sygehusafdelinger og kræftformer

3.1.1 Urologiske kræftformer (prostatakræft, nyrekræft, blærekræft og kræft i urinvejene)

Indenfor urologi er der identificeret fire organspecifikke kræftformer til audit. Det gælder prostatakræft, nyrekræft og blærekræft og kræft i urinvejene. Behandlingen af de urologiske kræftformer er samlet på Aalborg Universitetshospital, mens Regionshospital Nordjylland varetager dele af udredningen. Den indledende udredning af nyrekræft og blærekræft er fælles, hvor disse kræftformer er samlet i pakkeforløb for kræft i urinvejene. Det er først efter den indledende udredning, at det diagnosticeres hvilken kræftform der er tale om.

Der er auditeret i alt 38 forløb. I nedenstående tabeller fremgår fordeling af årsagerne til den forlængede forløbstid for den enkelte kræftform.

Del af forløbet	Årsag til forsinkelse	Prostatakræft	Nyrekræft	Blærekræft	Kræft i urinvejene
Udredning	Patientens eget ønske	2	5		6
	Faglige årsager			1	2
	Kapacitetsudfordringer med samtykke				
	Overskridelse af maksimale ventetider		1*	1**	
Behandling	Patientens eget ønske	7	1	2	
	Faglige årsager	4		2	
	Kapacitetsudfordringer med samtykke		3***	1***	
	Overskridelse af maksimale ventetider				
I alt		13	10	7	8

*Overskredet 2 dage

**Overskredet 5 dage

***1-6 dages længere forløbstid

For de patienter, hvor kapacitetsmæssige årsager har betydet en længere forløbstid, er patienterne kontaktet telefonisk og informeret om deres rettigheder samt mulighed for hjælp til omvisitering. Ingen patienter har ønsket dette, og vurderingen er således, at bekendtgørelsen er overholdt.

Ved audit er der identificeret to overskridelser af bekendtgørelsen om de maksimale ventetider grundet menneskelige fejl for henholdsvis blære- og nyrekræft.

Ved gennemgang af auditresultaterne i interviewrunden påpeges det, at resultaterne giver et repræsentativt billede af årsagerne til den længere forløbstid for blære- og nyrekræft, men ikke prostatakræft. For prostatakræft viser audit, at den længere forløbstid primært skyldes patientens eget ønske, hvilket ikke er repræsentativt for hele patientpopulationen, da manglende kapacitet også er en væsentlig udfordring ved patienter med prostatakræft.

3.1.2 Mave- og tarmkræft (tyk- og endetarmskræft, kræft i bugspytkirtlen, ECV)

Indenfor de mave- og tarmkirurgiske kræftformer er der udvalgt tre kræftpakker til journalaudit, herunder kræft i bugspytkirtlen, kræft i spiserør/mavemund/mavesæk (ECV) samt kræft i tyk- og endetarm.

Udredningen og behandling af kræft i bugspytkirtlen varetages af Aalborg Universitetshospital og er en højt specialiseret funktion. Udredning og behandling af kræft i spiserør/mavemund/mavesæk er primært forankret på Aalborg Universitetshospital, dog udfører Regionshospital Nordjylland initial udredning med gastroskopi. Den onkologiske behandling er en højt specialiseret funktion. Udredningen og behandling af kræft i tyk- og endetarm varetages på begge hospitaler.

Der er på området gennemgået 60 journaler. I nedenstående tabeller fremgår fordeling af årsagerne til forsinkelserne for den enkelte kræftform.

Del af forløbet	Årsag til forsinkelse	Kræft i tyk- og endetarm	Kræft i bugspytkirtlen	Kræft i spiserør/mavemund/mavesæk
Udredning	Patientens eget ønske	17		25
	Faglige årsager	4	1	1
	Kapacitetsudfordringer med samtykke			
	Overskridelse af maksimale ventetider			
Behandling	Patientens eget ønske	1		
	Faglige årsager	2	2	
	Kapacitetsudfordringer med samtykke	3***		2***
	Overskridelse af maksimale ventetider	1*	1**	
I alt		28	4	28

*Overskredet 1 dag

**Overskredet 2 dage

***1-6 dages længere forløbstid

Der er endvidere auditeret på, om regionens handlepligt er dokumenteret samt om patientens samtykke er dokumenteret. Auditresultaterne viser, at der er én overskridelse af bekendtgørelsen om de maksimale ventetider for henholdsvis kræft i bugspytkirtlen og kræft i tyk- og endetarm. Forløbet for kræft i tyk- og endetarm er tidligere indberettet til Sundhedsstyrelsen som en overskridelse af de maksimale ventetider.

Ved gennemgang af auditresultaterne i interviewrunden påpeger de mave- og tarmkirurgiske afdelinger, at auditresultaterne giver et repræsentativt billede af, hvad der er årsag til de længere forløbstider, som afdelingerne oplever samt fordelingen af de længere forløbstider. Hospitalerne oplever, at langt de fleste tidsmæssige længere forløbstider skyldes, at en stor del af de patienter, der udredes for enten kræft i spiserør/mavemund/mavesæk eller kræft i tyk- og endetarm, selv ønsker at flytte deres tider til fx gastroskopi og koloskopi.

3.1.3 Brystkræft

Udredning og behandling af brystkræft er samlet på Aalborg Universitetshospital. Der kunne i den seks måneders periode identificeres 10 forløb med længere forløbstider. I nedenstående tabel fremgår fordeling af årsagerne til forsinkelserne.

Del af forløbet	Årsag til forsinkelse	Brystkræft
Udredning	Patientens eget ønske	6
	Faglige årsager	
	Kapacitetsudfordringer med samtykke	
	Overskridelse af maksimale ventetider	
Behandling	Patientens eget ønske	1
	Faglige årsager	1
	Kapacitetsudfordringer med samtykke	
	Overskridelse af maksimale ventetider	2*
I alt		10

*Overskredet henholdsvis 1 dag og 2 dage

Det er auditeret, om regionens handlepligt er dokumenteret samt om patientens samtykke er dokumenteret. Auditresultaterne viser, at afdelingen i to af de gennemgåede forløb ikke har dokumenteret regionens efterlevelse af handlepligten, og bekendtgørelsen om de maksimale ventetider er dermed ikke overholdt.

I den auditerede periode har Region Nordjylland isoleret set ikke oplevet store udfordringer i forhold til kapacitet i forbindelse med udredning og behandling af kræftpatienter. Mamma- og Plastikkirurgisk Afdeling har dog i få tilfælde måtte aflyse og flytte benigne patienter for at få plads til kræftpatienter.

Ved gennemgang af auditresultaterne i interviewrunden påpeger både Radiologisk Afdeling, Mamma- og Plastikkirurgisk Afdeling og Onkologisk Afdeling, at auditresultaterne giver et repræsentativt billede af, hvad der er årsag til de længere forløbstider afdelingerne oplever samt fordelingen af de længere forløbstider.

3.1.4 Lungekræft

Udredning og behandling af lungekræft er samlet på Aalborg Universitetshospital. Der er på lungekræftområdet gennemført 17 audits. I nedenstående tabel fremgår fordeling af årsagerne til de længere forløbstider.

Del af forløbet	Årsag til forsinkelse	Lungekræft
Udredning	Patientens eget ønske	3
	Faglige årsager	1
	Kapacitetsudfordringer med samtykke	
	Overskridelse af maksimale ventetider	
Behandling	Patientens eget ønske	
	Faglige årsager	11
	Kapacitetsudfordringer med samtykke	2*
	Overskridelse af maksimale ventetider	
I alt		17

* 7-15 dages længere forløbstid

Det er auditeret, om regionens handlepligt er dokumenteret samt om patientens samtykke er dokumenteret. Auditresultaterne viser, at regionens efterlevelse af handlepligten er dokumenteret, og ligeledes er patientens samtykke dokumenteret.

Ved gennemgang af auditresultaterne i interviewrunden påpeger både Lungemedicinsk Afdeling, Lungekirurgisk Afdeling og Onkologisk Afdeling på Aalborg Universitetshospital, at auditresultaterne giver et repræsentativt billede af, hvad der er årsag til de længere forløbstider afdelingerne oplever samt fordelingen heraf.

I interviewrunden påpeger Lungemedicinsk Afdeling endvidere, at de ikke oplever, at det er kapacitetsmæssige problemer, der er årsag de længere forløbstider. Det er oftest patienterne selv, der ønsker at udskyde tiden, eller også har patienterne andre helbredsmæssige problemer. Afdelingen prioriterer kræftpatienterne højt, hvilket kan ske på bekostning af patienter med benigne lidelser i perioder med spidsbelastning.

3.2 Potentiale for optimering af kapacitet gennem regionens tiltag

3.2.1 Urologi

Region Nordjylland er på det urologiske område udfordret på kapacitet. Det gælder både i forhold til udredning og behandling af kræft. Dette presser bl.a. ambulatoriekapaciteten. I forhold til behandlingsdelen er Region Nordjylland udfordret på at sikre tilstrækkelig robotoperationskapacitet, da Aalborg Universitetshospital anvender robot på mange af deres kræftoperationer. Dette er både inden for det urologiske område og det gynækologiske område, hvor hospitalet er udfordret på at have tilstrækkeligt med robotkapacitet til rådighed.

Udfordringerne på det urologiske område skyldes bl.a. en stigning i antallet af nyhenviste patienter med mistanke om blære-, nyre-, og prostatakræft på omkring 10 % over de sidste 5 år. Kapacitetsudfordringerne på det urologiske område er kendte, og der er i Region Nordjylland et politisk og ledelsesmæssigt fokus på at tilvejebringe den nødvendige kapacitet på området.

I foråret 2022 blev der således, som en del af Budgetaftalen for 2022, udarbejdet en faglig analyse af urologien i Region Nordjylland, der beskriver en udviklingsplan med fokus på at bringe specialet i balance. I budgetforliget for 2023 blev der på baggrund af analysen prioriteret 4,5 mio. kr. til at iværksætte første trin i udviklingsplanen inden for urologien i Region Nordjylland til at styrke og udvide behandlingen på kræftområdet og for øvrige urologiske lidelser, samt udvidelse af den akutte vagtfunktion i Hjørring. Der er tale om varige midler.

Et af de kerneområder, der er fokus på i udviklingsplanen, er løbende økonomisk investering i kapacitetsudvidelse på Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland. Dette skal blandt andet nedbringe ventetider for godartede urologiske sygdomme, hvor der i dag er lange ventetider, da antallet af kræftpatienter er steget markant og prioriteres overvejende over øvrige patientgrupper.

Udviklingsplanen for det urologiske områder indebærer, at regionen vil udvide antallet af speciallæger i de kommende år og investere i ekstra sygeplejerske- og sekretærressourcer. Hospitalerne er positive om de fremtidige rekrutteringsmuligheder, blandt andet set ud fra de læger, afdelingerne selv er med til at uddanne. Der opleves god interesse til både introduktions- og hoveduddannelsesforløb inden for specialet, og alle hoveduddannelsesforløb besættes med kvalificerede kandidater. Begge hospitaler har rekrutteret yderligere speciallæger end forudsat i udviklingsplanen.

I udviklingsplanen er behovet for investering i teknologi understreget, hvor operationsrobotter er en forudsætning for den fortsatte effektivitet og udvikling i specialet. Aalborg Universitetshospital har installeret to nye operationsrobotter i slutningen af 2022, og der vil i 2023 blive installeret yderligere en.

Endvidere er der i 2021-2022 udmøntet midler afledt af nye faglige retningslinjer inden for diagnostik af prostatakræft (såkaldt MR-first).

På kort sigt er der med henblik på at afhjælpe kapacitetsudfordringerne indgået aftale med et privat-hospital i en 1-årig periode om udredning for blære- og urinvejskræft med henblik på at kunne overholde de anbefalede forløbstider for patienter i udredning for blære- og urinvejskræft. Aftalen er tilve-jebragt for at sikre den fornødne kapacitet ved spidsbelastningsperioder.

Som en del af regionens udviklingsplan for området skal der i budgetprocessen for budget 2024 tages stilling til, om der er behov for at afsætte yderligere midler til området.

Som følge af de vedvarende udfordringer indenfor urologi følges området kontinuerligt i Region Nordjyllands topledelsesforum Strategisk Sundhedsledelse.

3.2.2 Mave- og tarmkræft

Det samlede billede er, at der på kræftområdet aktuelt ikke er kapacitetsproblemer på området i Region Nordjylland, ligesom det er muligt at rekruttere personale til specialet. Ligesom med andre områder sker der en prioritering af kræftpatienter, hvilket har en konsekvens for ventetiderne på øvrige koloskopier. I 2023 har regionen på den baggrund øget kapaciteten i 2023 til benigne patienter og kontrolskopier (efter tidligere adenom resektion).

Patienter med kræft i bugspytkirtlen fylder meget i udredningsdelen, da det er en vanskelig diagnose at stille. Det vurderes imidlertid at der i regionen er den fornødne kapacitet på området, ligesom der gennem de tværregionale MDT-konferencer på udvalgte patienter er et godt tværregionalt samarbejde.

Mave- og Tarmkirurgisk Afdeling på Regionshospital Nordjylland oplever, at det i ferieperioder kan være udfordrende at opretholde tilstrækkelig kapacitet, særligt hvis der kommer et peak i antallet af henvisninger.

Afdelingen har dog ikke udfordringer med at overholde de maksimale ventetider. Det store pres på endoskopikapaciteten kan medføre at afdelingen ved uforudsete hændelser såsom sygdom blandt personale, i perioder er tæt på grænsen for at kunne opretholde udredning inden for maksimale ventetider. Der er dog et tæt samarbejde mellem de to mave- og tarmkirurgiske afdelinger i Region Nordjylland, der sikrer, at kræftpatienterne behandles inden for de maksimale ventetider.

3.2.3 Brystkræft

Region Nordjylland har en høj målopfyldelse for kræftpakkeforløb for brystkræft. Generelt er der ikke overskridelser af de maksimale ventetider. Der har derfor ikke tidligere været igangsat regionale tiltag inden for brystkræftområdet, men Aalborg Universitetshospital har arbejdet intensivt på at omlægge arbejdsgangene med henblik på at sikre kapaciteten.

Region Nordjylland har fra efteråret 2022 oplevet forsinkelser i brystkræftscreeningen. Det skyldes mangel på fotograferende personale og øget sygefravær blandt personalet. På kort sigt er der indgået aftale med en privat leverandør, som foretager 5000 mammografier i maj-juni. Det svarer til Region Nordjyllands samlede pukke. Den afledte effekt af pukkelafrviklingen er imidlertid, at det øgede antal mammografier vil resultere i 3-4 ekstra operationer om ugen i juni og juli. Denne midlertidige stigning i operationsaktiviteten vil blive håndteret ved øget aktivitet på Aalborg Universitetshospital, ligesom der arbejdes på stigning i operationsaktiviteten ved at indgå en aftale med et svensk hospital.

Indenfor brystkræftscreeningen arbejdes der på en samlet plan for udviklingen af området. Som en del af denne forventes der i september 2023 at blive indført en AI løsning, der vil reducere

ressourcetrækket på mammariadiologien. Denne løsning vil således medvirke til at robustgøre den samlede udredende del af brystkræftområdet.

3.2.4 Lungekræft

Lungekræftområdet i Region Nordjylland har i en længere periode været udfordret, hvorfor området har været fulgt tæt. Regionen har tidligere foretaget en kapacitetsudvidelse i forhold til EBUS og CT-vejledte lungebiopsier, som har været en forsinkende faktor i udredningen. Disse initiativer har medvirket til, at målopfyldelsen for lungekræftpakken er steget.

Dette ændrer dog ikke på lungekræftområdet står i en svær rekrutteringssituation med vakante stillingerne, hvor der er behov for et kontinuerligt fokus på at tiltrække yderligere speciallæger. Inden for lungekirurgien har regionen udfordringer med at overholde kræftpakketiderne, men overholder de maksimale ventetider. Udfordringer skyldes at regionen over de seneste 10 år har oplevet en stor stigning i antallet af kræftkirurgiske operationer, hvilket bl.a. skyldes bedre behandlingsmuligheder.

Lungekirurgisk Afdeling er presset på bemanning af lungekirurgier. Aalborg Universitetshospital står over for et generationsskifte, hvorfor hospitalet arbejder på at rekruttere nye lungekirurger. Dette er svært nationalt, hvor prognosen for de kommende år er, at der bliver færre lungekirurger på landsplan. I forhold til yngre læger er billedet dog, at hospitalet kan rekruttere uddannelseslæger.

Lungekirurgisk Afdeling har en kapacitetsudfordring i forhold til bemanning, operationslejer og sengekapalet. Afdelingsledelsen og Hospitalsledelsen har et stort fokus på at finde løsninger, der kan afhjælpe situationen.

Som følge af de vedvarende udfordringer med lungekræftpakken følges den kontinuerligt i Region Nordjyllands topledelsesforum Strategisk Sundhedsledelse, ligesom der på Aalborg Universitetshospital er forstærket fokus med programledelsesmøder, hvor de samarbejdende specialer mødes, drøftet flaskehalse og arbejdsgange og i fællesskab fundet konkrete løsninger.

Politisk har regionsrådet i budgettet for 2023 afsat 4,8 mio. kr. til udredning og behandling af behandling af lungekræft, da det er afgørende, at regionen overholder tidsfristerne på kræftområdet.

3.2.5 Regionens tiltag på tværs af kræftområder

Region Nordjylland har med henblik på at have et løbende overblik over, om der er udfordringer med at kunne tilbyde patienter udredning og behandling inden for tidsfristerne i bekendtgørelsen om de maksimale ventetider fra den 1. maj 2023 igangsat en supplerende indberetning. Det gælder følgende tilfælde:

- Forløb hvor patienten selv har ønsket udsættelse.
- Forsinkelser af faglige årsager.
- Forløb hvor patienten har modtaget et tilbud om udredning eller behandling inden for de maksimale ventetider på et andet sygehus, men har ønsket at vente.

Der er netop præsenteret data for maj 2023 på Strategisk Sundhedsledelse for samtlige kræftforløb i Region Nordjylland. Data viser, at 65 af de længere forløb skyldes patientens ønske, 10 forløb har baggrund i faglige årsager, mens 2 forløb er længere på grund af kapacitet. Der er ingen overskridelser af bekendtgørelsen om de maksimale ventetider.

Indberetningerne foretages ugentligt fra afdelingerne til hospitalsledelsen, og der er månedlig opfølgning i regionens topledelsesforum Strategisk Sundhedsledelse. Formålet er at kunne handle i tide, hvis der er kapacitetsudfordringer på et kræftområde. Relateret til dette er der udarbejdet en række fraser, der implementeres i regionens journalsystem i løbet af juni 2023. Formålet er at sikre en ensartet dokumentation i journalerne, som lever op til lovkravene i bekendtgørelse.

På hospitalerne er der i dag stort fokus på, at relevant personale har kendskab til bekendtgørelsen om maksimale ventetider, fx forløbsledere og forløbskoordinatorer. Det betyder også, at når der er udskiftning af personale, bliver de oplært i reglerne om de maksimale ventetider og kræftpakker. Set i lyset af Indenrigs- og Sundhedsministeriets iværksatte initiativer på kræftområdet har hospitalerne haft styrket fokus på korrekt forståelse af bekendtgørelsen om maksimale ventetider med fokus på handle- og dokumentationspligten. Der er fx afholdt informationsmøder med mundtlige oplæg, hvor der bl.a. har deltaget cheflæger, ledende sekretærer, forløbsledere, forløbskoordinatorer samt medlemmer af programledelserne. På møderne har der været mulighed for at stille afklarende spørgsmål. I relevant omfang er der også udsendt skriftlig gennemgang af reglerne for håndtering af bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Med henblik på at styrke den proaktive overvågning af de maksimale ventetider for kræft har Region Nordjylland endvidere udviklet et kræftoverblik med varslinger, der er under udrulning på hospitalsafdelingerne. Kræftoverblikket forsyner afdelingerne med patienter i kræftforløb med et intuitivt og tids- tro overblik over deres patienter i aktive kræftforløb. Løsningen medvirker til overholdelse af gældende tidsfrister for patienter, som er i kræftforløb, og giver sundhedspersonalet muligheden for at agere proaktivt.

3.3 Potentiale for optimering af kapacitet gennem fællesregionale tiltag og udlandet

Regionerne har lavet et eftersyn af det eksisterende tværregionale samarbejde på kræftområdet med henblik på at skabe de bedst mulige rammer for en optimal kapacitetsanvendelse på tværs af landet – særligt med henblik på at overholde de maksimale ventetider.

Regionerne har på den baggrund aftalt at etablere nye nationale forpligtende kræftsamarbejder, som skal skabe et effektivt samarbejde mellem relevante afdelinger om at tilbyde kræftpatienter behandling andre steder inden for tidsfristerne i de maksimale ventetider, hvis afdelingen ikke selv kan. Der er udpeget en region som ansvarlig for hvert enkelt kræftsamarbejde, som opstartes inden sommerferien 2023.

Regionerne har etableret kræftsamarbejder på følgende områder (den ansvarlige region står i parentes), hvor der ses kapacitetsudfordringer:

Brystkræft (Region Hovedstaden)

1. Lungekræft (Region Midtjylland)
2. Urologi (Region Nordjylland)
3. Gynækologi (Region Syddanmark)
4. Øvre mavetarmkræft (Region Syddanmark)
5. Nedre mavetarmkræft (Region Sjælland)

Hvert samarbejde består af en cheflæge fra hver kirurgisk afdeling, som behandler patienter inden for området samt en lægefaglig direktør, som der er ansvarlig for, at kræftsamarbejdet realiserer det potentiale for at optimere kapacitetsanvendelsen som måtte være på tværs af afdelingerne i samarbejdet. Kræftsamarbejderne er forankret i regionernes sundhedsdirektørkreds, som fungerer som styregruppe for det tværregionale samarbejde om kapacitet. Regionerne vil sammen sikre, at der indgås de nødvendige aftaler om økonomi for at understøtte en effektiv kapacitetsdeling i kræftsamarbejderne.

Kræftsamarbejderne skal:

- Sikre et effektivt og operationelt samarbejde mellem relevante afdelinger om kapacitetsdeling, herunder efterlevelse af handlepligten jf. reglerne om de maksimale ventetider.
- Aftale kontaktveje og procedure for det løbende samarbejde mellem afdelingerne om konkrete patientforløb.
- Sikre et tværregionalt overblik over kapacitet og udfordringer med at overholde de maksimale ventetider og forløbstider.
- Sikre at systematiske kapacitetsudfordringer på området adresseres.
- Understøtte samarbejdet med sygehuse i udlandet.

Det vil alt andet lige være en fordel for patienterne at blive behandlet så tæt på deres bopæl som muligt. Derfor vil første skridt som hovedregel være at afsøge mulighederne for at udvide kapaciteten inden for landets grænser. I den forbindelse vil regionerne sammen arbejde for at opbygge ekstraordinær behandlingskapacitet på tværs af landet for at udnytte de muligheder, som måtte være for, at personale på tværs af regionerne vil yde ekstra arbejde for eksempel i weekender.

De interviewede afdelinger i Region Nordjylland har fra lægelig side gjort opmærksom på de udfordringer, der måtte være i forbindelse med, at patienter udredes eller behandles for kræft i udlandet. Specifikt er der en bekymring for, hvordan man sikrer et tilbud med en kvalitet i lighed med Danmark. Endvidere vil disse patienter ikke indgå i de nationale kvalitetsdatabaser i regi af RKKP, hvorfor det ikke er muligt at følge op på kvaliteten retrospektivt. Dette er overvejelser, der bør indgå omkring behandling i udlandet, og hvor Sundhedsstyrelsen med fordel kan udarbejde retningslinjer for, hvorledes man på tværs af landet sikrer kvaliteten ved udredning eller behandling af de patienter i udlandet.

Hvis der ikke er mulighed for proaktiv handling på grund af akut opstående problemer, påhviler det jf. bekendtgørelsen, den region, der har udfordringen, at handle, og det er regionen, der har ansvaret for at opfylde handlepligten.

Regionerne vil derudover forsætte deres hidtidige bilaterale samarbejde om kapacitetsdeling i forhold til bl.a. udredning på kræftområdet. Det er Region Nordjyllands vurdering, at der allerede er etableret et godt bilateralt samarbejde. Der eksisterer allerede i dag et netværk af urologiske cheflæger, hvori kapaciteten på tværs af landet drøftes. Derudover har Region Nordjylland fx et godt samarbejde med de øvrige lungekirurgiske afdelinger i landet, og har sendt patienter ud, når regionen ikke har haft kapacitet til at operere disse.

Desuden vil regionerne i regi af sundhedsdirektørkredsen løbende drøfte behovet for yderligere at styrke samarbejdet om udredning. Samtidig vil regionerne fortsat arbejde med at sikre opdaterede ventetidsoplysninger på 'mitsygehusvalg.dk' med henblik på at styrke de generelle rammer for kapacitetsdeling.

Region Nordjylland har udover ovenstående et specifikt ønske til Sundhedsstyrelsen om, at der igangsættes et arbejde med henblik på, at brystkirurgi bliver et fagområde under plastikkirurgi. Dette vil gøre, at ressourcerne i de mamma- og plastikkirurgiske afdelinger kan anvendes mere effektivt, da man vil kunne varetage patienter tværs af mamma- og plastikkirurgi.

4. Konklusion

Den faglige gennemgang af de fire kræftområder i Region Nordjylland, hvor der er størst kapacitetsmæssige udfordringer, viser, at det primært er inden for det urinvejskirurgiske område samt lungekræftområdet, at der er kapacitetsmæssige udfordringer. På trods af dette viser analysen, at afdelingerne generelt lykkes med at overholde bekendtgørelsen for de maksimale ventetider. Der er i forbindelse med analysen fundet enkeltstående overskridelser af bekendtgørelsen som maksimale ventetider. Overskridelserne er både i forbindelse med udredning og behandling. Overskridelserne er på mellem en og fem dage.

Regionen har gennem flere år haft såvel ledelsesmæssigt som politisk fokus på såvel kræftpakkeforløb som overholdelse af de maksimale ventetider. Der er således udarbejdet en faglig analyse af det urologiske område ligesom der i de sidste års budgetter er prioriteret midler til området. På tilsvarende vis er der prioriteret midler til udredning og behandling af lungekræft.

Regionalt har der hidtil månedligt være indrapporteret overskridelser af bekendtgørelsen om de maksimale ventetider. Med henblik på at følge eventuelle kapacitetsudfordringer, er der fra den 1. maj 2023 igangsat en supplerende monitorering af de forløb, hvor tidsfristerne i forhold til maksimale ventetider overskrides.

Der har været iværksat en række initiativer i forhold til regelkendskab hos personale på hospitalerne. Dette har været med et formål om at sikre korrekt forståelse af bekendtgørelsen om maksimale ventetider med fokus på handle- og dokumentationspligten.

Det kan konstateres, at antallet af henvisninger til kræftpakkeforløb gennem de sidste år er steget med ca. 10% i Region Nordjylland. Der er derfor generelt et behov for at styrke kapaciteten inden for kræftområdet. Kræft prioriteres generelt højere end de godartede sygdomme. Fokus på kræftområdet, herunder overholdelse af de maksimale ventetider, kan desværre have den konsekvens, at der opstår ventelister for de godartede sygdomme. Det er derfor glædeligt, at der nu tilføres statslige midler til at øge kapaciteten inden for kræftområdet og på den måde frigøres der kapacitet til godartede lidelser.

Region Nordjylland har desuden en forventning om, at de nyetablerede kræftsamarbejder på tværs af regionerne, vil være med til at sikre danske kræftpatienter udredning og behandling inden for de maksimale ventetider i Danmark. Det er således regionens forventning, at henvisning til behandling i udlandet meget sjældent vil skulle ske.

Redegørelse til Sundhedsstyrelsen - faglig gennemgang af kræftområdet

1. Baggrund

Et af initiativerne i Indenrigs- og Sundhedsministerens plan 'Genopretning af kræftområdet' er en faglig gennemgang af ventetider og kapacitet på kræftområdet:

"Sundhedsstyrelsen gennemfører inden udgangen af 2. kvartal 2023 i samarbejde med alle fem regioner en gennemgang af kræftområdet. Gennemgangen skal afdække eventuelle udfordringer med ventetider og kapacitet på tværs af alle regioner og sygehuse med fokus på overholdelse af patientrettighederne.

I gennemgangen skal det bl.a. afdækkes, om:

- der er andre sygehusafdelinger eller kræftområder, hvor patienter systematisk venter for længe på at modtage behandling.
- der er potentiale for bedre brug af personaleressourcer på tværs af specialer, og om flere sygehuse kan varetage behandling af både kræft og andre sygdomme, således at der frigøres ressourcer til den højt specialiserede behandling, der kun kan varetages få steder.
- regionerne i større omfang kan bruge kapaciteten på tværs af landet, så regionsgrænserne ikke begrænser de tilbud, som patienten får, samt mulighederne for øget brug af højt specialiseret behandling i udlandet."

Formålet med den tilrettelagte gennemgang er at skabe et grundlag for tiltag til at forbedre forløb for kommende patienter omfattet af reglerne om maksimale ventetider, uanset specialiseringsniveau.

I det nedenstående er der redegjort for resultaterne af Region Syddanmarks gennemgang.

2. Metode og materiale

Formålet med auditten har jf. Sundhedsstyrelsens bestilling været at indhente uddybende, kvalificerende viden om udfordringer med efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider og sammenhængen med kapaciteten ved bl.a. at:

- udtrække oplysninger om ventetidens varighed
- årsager til ventetid ud over de 14 dage
- undersøge dokumentation af overholdelse af regionens handle- og informationspligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt

Auditsene er tilstræbt udført efter fælles principper, som er søgt koordineret og tilpasset i samarbejde med de andre regioner med henblik på at sikre, at regionernes auditresultater bliver så sammenlignelige som muligt.

Det skal i den sammenhæng bemærkes, at de fem regioner har forskellige data- og journalmæssige forudsætninger, hvilket betyder at udgangspunktet for audit og dermed metodevalg vil være forskellig.

Der er auditeret ud fra den tidligere forståelse af handle- og informationspligten – dvs. forud for Sundhedsstyrelsens præciserede notat af 25. april 2023 - da det var denne forståelse hospitalerne arbejdede ud fra i den periode, der er blevet auditeret på.

Med henblik på læring, og med henblik på at få indsigt i den opgave det bliver at omsætte den præciserede handle- og informationspligt i den kliniske virkelighed, har Region Syddanmark valgt også at se nærmere på hvad der fremadrettet er behov for at justere for at kunne efterleve den præciserede handle- og informationspligt.

Med afsæt i ovenstående har Region Syddanmark med henblik på afdækning af udfordringer på kræftområdet, foretaget en patientgennemgang/audit af samtlige forløb inden for alle kræftpakker og behandlingsformer som i 4. kvartal 2022 har haft en registreret ventetid på behandling på over 14 dage (målt fra beslutning om behandling/informeret samtykke til påbegyndt behandling).

For så vidt angår opstart på udredning er der desuden på stikprøvevis i 4. kvartal 2022 og 1. kvartal 2023 set på forløb inden for tyk- og endetarmskræft som har haft en registreret ventetid på mere end 14 dage (målt fra modtagelse af henvisning til første fremmøde). På OUH har man også gennemgået forløb vedr. prostatakræft, brystkræft og blærekræft. Disse områder er udvalgt med baggrund i en samlet vurdering af mulige kapacitetsmæssige udfordringer samt, at der på disse områder har været flest forløb med en registreret ventetid på start på udredning på over 14 dage.

På baggrund af auditskema har sygehusene foretaget en gennemgang af forløb med følgende fremgangsmåde:

- Der er i gennemgangen foretaget en validering af de relevante tidsmæssige registreringer i patientforløbene for at afgøre, om den initialt konstaterede overskridelse af tidsfristen har været retvisende.
- Årsager til den tidsmæssige overskridelse er blevet vurderet, dvs. om der har været tale om faglige årsager, herunder begrundet i patientens helbredstilstand, comorbiditet mv., om den udskudte tid har været efter patientens ønske eller om det har skyldtes kapacitetsbegrænsninger.
- I de tilfælde, hvor årsagen har været kapacitetsudfordringer, er det i journalgennemgangen konstateret, om patienten er blevet informeret om rettigheder, herunder om mulighed for omvisitering, og om patientens samtykke er dokumenteret.
- Der er ved gennemgangen også konstateret, hvor lang ventetiden udover 14 dage har været for det forløb, hvor forsinkelsen har været begrundet i kapacitet.

Der er på udvalgte områder efterfølgende gennemført interviews med fagfolk med henblik på at kvalificere og nuancere resultatet af journalaudit. Disse interviews er blevet udført på OUH inden for brystkræft, blærekræft og tyk- og endetarmskræft.

3. Resultater

3.1. Resultater af patientgennemgang og udfordrede kræftområder

Gennemgangen har i resume vist følgende vedr. **behandlingsforløbene**:

- Der er gennemgået i alt **221** forløb, hvor der i 4. kvartal 2022 har været registreret en ventetid på behandling på over 14 dage - målt fra beslutning om behandling/informeret samtykke til påbegyndt behandling.
- I **69** af disse forløb kunne det ved gennemgangen konstateres, at tidsfristen de facto var overholdt, idet der således var tale om oprindelig ufuldstændig registrering af forløbet.
- I **71** af de resterende forløb har den forlængede tid ud over 14 dage været begrundet i patientens eget ønske om at udsætte en tid eller i faglige årsager/omstændigheder ved patientens helbredstilstand, som har betydet, at behandlingen ikke har kunnet gennemføres inden for den fastsatte frist.
- Der er herefter **81** forløb, hvor forsinkelsen ud over de 14 dage skyldtes begrænsninger i kapaciteten. I **79** af disse forløb er det journalført, at patienterne er informeret om tid til behandling samt, at den tilbudte tid til behandling ikke er inden for den maksimale ventetid, og der er mulighed for viderehenvielse. Patienterne har her valgt at beholde den tilbudte tid, og dette samtykke er dokumenteret.
- Der er dermed i alt **2** forløb, hvor der har været en ventetid på over 14 dage, og hvor patienterne ikke er oplyst om deres rettigheder. Man har her ved en menneskelig fejl booket patienterne for sent og dermed er patienterne heller ikke i situationen oplyst om sine patientrettigheder. Disse overskridelser vedrører forskellige kræftformer, og forsinkelsen har her været på hhv. 1 og 5 dage. Disse overskridelser indberettes til Sundhedsstyrelsen efter den normale procedure.
- Af de 81 forløb, hvor forsinkelsen har skyldtes kapacitetsbegrænsninger, har den maksimale forsinkelse været på 14 dage, mens den mediane forsinkelse blandt disse forløb har været på 6 dage. Der er således tale om relativt korte tidsmæssige overskridelser af den maksimale ventetid til behandling.

Det kan desuden oplyses, at der i 4. kvartal 2022 har været knap 1.400 patienter, som i Region Syddanmark har modtaget behandling i en kræftpakke, mens ca. 10.000 patienter er startet udredning i en kræftpakke.

Gennemgang af udredningsforløb

I de gennemgåede patientforløb vedr. udredning kan det konstateres, at den maksimale ventetid for brystkræft og blærekræft har været overholdt. For tyk- og endetarmskræft har gennemgangen også vist, at bekendtgørelsen om maksimale ventetid er overholdt, idet overskridelsen af fristen primært har skyldtes et patientønske om at udsætte tid til kikkertundersøgelse eller omstændigheder ved patientens helbredstilstand, som har betydet, at undersøgelsen måtte udskydes.

I OUHs gennemgang af udredningsforløb vedr. prostatakræft (24 forløb) er der ikke konstateret overskridelse af reglerne om maksimale ventetid til udredning. I forbindelse med en kontrol, er der fundet 1 forløb uden for audit, hvor maksimal ventetid er overskredet. Årsagen er en menneskelig fejl i forbindelse med visitationen, som har resulteret i at den maksimale ventetid til udredning ikke er overholdt. Dette forløb indberettes til Sundhedsstyrelsen efter den normale procedure og afdelingsledelsen vil snarest drøfte arbejdsgange med sekretærgruppen i forhold til overholdelse af maksimale ventetid til udredning.

Læringspunkter ved journalgennemgang og interviews

- I den dialog, der aktuelt har været mellem regionerne og Sundhedsstyrelsen om forståelsen af reglerne om de maksimale ventetider, herunder handlepligten og journalisering, er det blevet klarificeret, at det også tydeligt skal dokumenteres i patientens journal, at der er sket information om mulige helbredsmæssige konsekvenser ved patientens evt. accept af forsinket behandlingstilbud. Det må dog bemærkes, at denne fortolkning ikke eksplicit har fremgået eller fremgår af bekendtgørelsen om maksimale ventetider eller den tilhørende vejledning.

I journalgennemgang må det således også konstateres, at denne type information ikke har været en fast del af den regionale praksis og dermed i journaliseringen af den dialog, der har været mellem patient og personalet. Dette er indarbejdet som en del af den fremadrettede procedure.

Interviews har dog også vist, at patienter, som ønsker at udsætte behandlingen i forbindelse med indhentning af patientens informerede samtykke, oftest har en samtale med lægen om det fornuftige heri. Her bliver patienten altid anbefalet, at blive behandlet inden for maksimal ventetid til behandling. Hvis det er få dages overskridelse, informeres patienten om, at det ikke har konsekvenser for patienten at vente.

- Det kan desuden noteres, at dokumentationen af handlepligten i journalen i en række tilfælde har bestået af anvendelse af en frase, hvor det anføres, at patienten "...har ikke ønsket at benytte sig af muligheder for viderehenvielse, men valgt at beholde behandlingstilbud på afdelingen, og har givet samtykke hertil den xx.xx.xxxx".

Det er erfaringen, at patienterne oftest – især i de situationer hvor der er tale om en relativ kort tidsmæssig forsinkelse – ønsker at bevare tiden på det første sygehus, formentlig bl.a. af hensyn til nærhed og kontinuitet i kontakt til læger og plejepersonale. Derfor er det vurderingen, at brugen af denne frase i disse situationer, ofte i praksis vil afspejle, at der er sket en fyldestgørende fælles beslutningstagning.

I dialogen mellem regionerne og Sundhedsstyrelsen om forståelsen af den aktive handlepligt er det imidlertid også blevet tydeligt, at dialog om alternative muligheder - især i situationer, hvor der er tale om systematiske og vedvarende kapacitetsudfordringer - ikke bør være så abstrakt, at man alene spørger patienten, om man skal afsøge andre behandlingsmuligheder. Man skal på forhånd afsøge og derefter informere patienten om konkrete og reelle mulige alternative steder og tidshorizont, uden dog nødvendigvis at have blokeret et behandlingstilbud på et andet sygehus. Region Syddanmark tager initiativ til at indarbejde denne forståelse i den fremadrettede praksis.

- Region Syddanmark har haft særlige brevskabeloner vedr. de maksimale ventetider, som anvendes, når patienterne er omfattet heraf. Der er taget initiativ til at foretage relevante tilretninger, sådan at de fuldt ud afspejler den aktive handlepligt. I det tidligere brev, som primært er anvendt i forbindelse med henvisning til udredning, har det - i de tilfælde, hvor der ikke kunne tilbydes en rettidig tid – fremgået, at patienten skulle kontakte afdelingen med henblik på mulighed for omvisitering. Der er her taget initiativ til en ændret procedure, således at afdelingerne inden for

2 hverdage efter indkaldelsesbrev er udsendt, telefonisk skal kontakte patienten med henblik på alternativt tilbud.

3.2. Udfordrede kræftområder og regionale tiltag

På baggrund af gennemgangen er det vurderingen, at kapacitetsmæssige udfordringer primært har koncentreret sig på Odense Universitetshospital inden for områderne brystkræft, urologiske kræftformer og til dels tyk- og endetarmskræft.

Det kan bemærkes, at der er stor og løbende ledelsesmæssig fokus på at adressere kapacitetsmæssige eller logistiske flaskehalse, som kan være en barriere for overholdelse af forløbstider på kræftområdet.

Dette er omdrejningspunktet i en række ledelsesfora og faglige fora. Der er etableret en regional kræftstyregruppe med repræsentanter fra direktion og sygehusledelser, som mødes kvartalsvist, hvor kræftpakkeforløb er et fast punkt på dagsordenen. Endvidere adresseres området på faste bilaterale dialogmøder mellem regionens direktion og de enkelte sygehusledelser.

Der er desuden etableret programledelser på tværs af sygehusene for de fleste kræftpakker. Her mødes en sygehusledelsesrepræsentant og klinikere inden for kræftområdet for at drøfte status på pakkeforløbet og i fællesskab identificere og adressere områder, hvor der kan ske forbedringer i samarbejde omkring de pakkeforløb, som går på tværs af regionens sygehuse.

Kræftområdet følges også tæt internt på sygehusene, bl.a. på tavlemøder mellem afdeling og direktion og i regi af lokale kræftstyregrupper/ programledelser mv., hvor der sker en løbende drøftelse og overvågning af målopfyldelse af forløbstider med henblik på korrigerende handlinger, hvis målopfyldelsen er utilstrækkelig.

På den baggrund kan det også konstateres, at udfordringer inden for de nævnte områder – også før audit - har været afdækket og velkendte, og bl.a. kan henføres til problemer med rekruttere og fastholde et tilstrækkeligt antal specialister. Region Syddanmark søger løbende og har, jf. nedenstående afsnit, på forskellig vis søgt, at adressere disse udfordringer både med mere kortsigtede og langsigtede tiltag.

Brystkræft

OUH har her oplevet en vedvarende kapacitetsudfordring ift. overholdelse af maksimale ventetider til operation. 2022 var således også et år, hvor afdelingen var særligt udfordret pga. længere varende sygdom og barselsorlov på kirurgsiden. Det er indtrykket, at der er mangel på kvalificerede kirurger i hele landet. Der blev i starten af 2023 således opslået en overlægestilling som mammakirurg, men der var som forventeligt ingen ansøgninger.

Ifølge DBCG er udviklingen i antal ny diagnosticeret brystkræftpatienter i perioden 2019-2022 på OUH steget med 20 %, og stort set alle patienterne skal opereres.

Det kan for dette område oplyses, at der i april 2023 er afholdt en regional forbedringsworkshop med deltagelse fra alle 4 sygehuse med de afdelinger, der er aktør i pakkeforløbet for brystkræft. Fokus har her været at afsøge muligheder for at optimere arbejdsgange mv. i det samlede patientforløb, herunder også virkemidler, der evt. kan bidrage til en styrket fælles kapacitetsudnyttelse på tværs af sygehusene.

Som udløber af denne workshop er der nedsat regionale arbejdsgrupper, som skal arbejde videre med en række spor, der har til formål at trække i retning af en robustgørelse af området. Det handler bl.a. om indsatser inden for rekruttering og karriere, som på den længere bane gerne skal bidrage til, at man kan øge søgningen/bemandingen til området inden for de involverede specialer, dvs. både radiologi, patologi og kirurgi. Der følges tæt op på fremdrift i disse grupper i løbet af 2023.

Der er i andet halvår af 2022 og 1. kvartal 2023 taget en række konkrete initiativer, der skal bidrage til en forbedring.

OUH har i starten af december 2022 udvidet med et ekstra ugentligt operationsleje, der anvendes af kirurg, som er under certificering som brystkræftkirurg, og som nu kan varetage flere operationer alene. Endnu en kirurg er i gang med en certificering som brystkræftkirurg, men er på barsel, og forventes tilbage efteråret 2023. Der tilstræbes desuden rekrutteret yderligere en brystkræftkirurg.

På radiologisk afdeling i Odense har man siden medio november 2022 desuden iværksat pukkelafvikling af brystkræftpakkeforløbspatienter, således hurtig udredning kan overholdes inden for forløbstiden til hurtig indkaldelse, som er på 6 dage. Derudover har afdelingen i samme periode ligeledes åbnet et ekstra ultralydsrum.

Der er fra medio april 2023 aftalt, at de tre jyske sygehuse i regionen hver især hjælper med 1 operationstid om ugen, som kan tilbydes patienter fra OUHs område. Der er desuden lagt op til et tættere kapacitetssamarbejde med ugentlige møder mellem sygehusene, hvor der gøres status over kapacitet og forventet aktivitet.

Siden april 2023 er der udvisiteret 18 patienter. Til sammenligning blev 27 patienter udvisiteret i hele 2022. Afdelingen har altid kunne henvise patienter til et andet sygehus i regionen, men det har ikke været systematiseret. Udfordringen består mest i at få patienten til at tage imod tilbuddet. Patienter, som vælger at acceptere ventetiden på OUH, informeres altid om, at blive behandlet så hurtigt det er muligt, og anbefales udvisitering.

Det er forhåbningen, at ovenstående initiativer kan medvirke til en forbedring på ventetid, og der har også kunne konstateres en forbedret målopfyldelse i kræftpakken i 1. kvartal 2023.

Det vurderes, at der for nuværende er tilstrækkelig samlet regional kapacitet til at kunne tilbyde patienter operation inden for de maksimale ventetidsfrist, og det handler således også om at blive bedre til – i samarbejde med patienterne og med fortsat respekt af deres valg – at omvisitere og dermed udnytte den samlede regionale kapacitet.

Det må dog også bemærkes, at der fortsat er tale om et område, hvor steady state er meget sårbart i forhold til uforudsete skift i bemandingssituationen i de involverede specialer. Dette er en landsdækkende udfordring.

Urologisk kræft

Det urologiske speciale er også et område, som har været og er karakteriseret ved bemandingsmæssige udfordringer i forhold til at rekruttere og fastholde kvalificerede specialister. Regionen har løbende søgt at adressere disse udfordringer.

I slutningen af 2021 blev der gennemført en organisatorisk omlægning af urologien i Region Syddanmark, hvor funktionerne blev samlet på i alt 3 afdelinger på Odense Universitetshospital i Odense og med satellitfunktion i Svendborg, Sygehus Lillebælt i Vejle med dagkirurgisk satellitfunktion i Aabenraa samt på Esbjerg Sygehus. Dette har haft til formål at understøtte en fortsat urologisk betjening af patienter fra det sønderjyske område, men også at tilstræbe en mere robust organisering med 3 bæredygtige afdelinger.

I forlængelse heraf – og som en del af regionsrådets budgetaftale for 2022 – er der udarbejdet en urologisk udviklingsplan med indsatsområder inden for temaerne rekruttering og fastholdelse, styrket urologisk uddannelse, styrket faglig udvikling og samarbejde mellem afdelinger – etablering af spydspidsfunktioner.

Regionsrådet har i budgetaftale 2023 afsat midler til at arbejde videre med disse indsatsområder, og som med et længere perspektiv tilsammen skal bidrage til at styrke specialet og gøre det mere attraktivt, og dermed trække i retning af en reduktion af bemandingsudfordringerne. Som en del af dette initiativ forventes der iværksat en særskilt indsats i forhold til rekruttering af udenlandske speciallæger.

Ovenstående er nogle generelle og mere langsigtede tiltag, som ikke er isoleret til kræftområdet.

For kræftområdet afholdes der i oktober 2023 en regional forbedringsworkshop (12-12 seminar) med deltagelse af kliniske nøglepersoner og sygehusdirektører for sygehusene i regionen. Der skal her arbejdes med udvikling af muligheder for forbedringer, der efter implementering, kan være med til at sikre en robustgørelse af området.

Der arbejdes på sygehusene og i de regionale programledelser desuden løbende med muligheder for at effektivisere/strømline organisering og arbejdsgange i kræftpakkerne, herunder på tværs af sygehusene. Dette skal bidrage til, at frigøre tid og dermed forsøge at komme på "forkant" i forhold til et pres på kapaciteten.

Eksempelvis kan nævnes, at CT-skanning af patienter til udredning for blærekræft for patienter bosat på Vestfyn nu løftes af Sygehus Lillebælt for på den måde at afhjælpe presset på radiologisk afdeling i Odense. Løsningen betyder, at afdelingen kan reducere tidsforbruget i den primære udredning, da alle blærecancerpatienter kommer ind til hæmatariudredning, som omfatter CT urografi og cystoskopi.

På onkologisk afdeling på OUH har man i forhold til forløb til medicinsk behandling og strålebehandling ændret på arbejdsgangene, sådan at man - så vidt muligt - nu stiller præ-bookede tider til rådighed forud for MDT konferencen. Patienten oplyses samme dag eller dagen efter om en tid til informationssamtale på onkologisk afdeling af udredende afdeling. Der arbejdes desuden løbende med FEA-aftaler (frivilligt ekstra arbejde), der skal bidrage til at forbedre forløbstider.

Tyk- og endetarmskræft

Audits og interviews giver et samlet billede af, at kapaciteten til udredning inden for tyk- og endetarmskræft generelt er presset på afdelingen på OUH. Dette kan henføres til mangel på læger og sygeplejersker primært til skopiundersøgelser. Man har dog formået at tilbyde tid inden for de maksimale 14 dage.

Hvis afdelingen oplever, at der ikke kan indkaldes patienter til udredningen inden for pakkeforløbstiden på 9 dage, åbnes der undersøgelsesstuer, så patienterne kan indkaldes i henhold til maksimal ventetidsrettighed på 14 dage. Dette sker ofte i weekender og til FEA betaling.

For så vidt angår onkologisk behandling af tyk- og endetarmskræft er det generelle billede efter audit og interviews, at ventetiden til maksimale ventetider kan honoreres. Teamet omkring onkologisk behandling af tyk- og endetarmskræft på OUH opleves som robust, og der er tilstrækkeligt med læger på området.

Generelt vil onkologisk afdeling på OUH gerne tilstræbe at opbygge en mindre overkapacitet, så det er muligt at have præ-bookede infotider med til MDT konferencerne til de patienter, hvor samlet tid fra henvisning til behandling (OF4) er tæt på overskridelse. Der arbejdes på at kunne frigøre en sådan kapacitet ved bl.a. at optimere/reducere brug af scanninger, hvor disse ikke giver ekstra værdi, således at disse (læge)ressourcer kan anvendes på andre områder. Der arbejdes også med omlægning af patientsamtaler, hvis muligt, fra læge til sygeplejerske.

Opbygning af overkapacitet er også nødvendigt, hvis medarbejderne skal have mulighed for efteruddannelse og forskning. Der er fokus på dette område, og det er et væsentlig parameter i forhold til fastholdelse af læger og sygeplejersker.

Det samme er fokus på en fleksibel seniorpolitik, hvor seniorordninger mv. kan give mulighed for at lægerne vælger at blive lidt længere. Dette er særligt vigtigt på afdelinger, der står over for et generationsskifte.

3.3. Tværregionale tiltag

Regionerne har i juni 2023 besluttet at etablere nye nationale forpligtende samarbejder, som har til formål at:

- sikre et effektivt og operationelt samarbejde mellem relevante afdelinger om kapacitetsdeling, herunder efterlevelse af handlepligten jf. reglerne om de maksimale ventetider.
- aftale kontaktveje og procedure for det løbende samarbejde mellem afdelingerne om konkrete patientforløb.
- sikre et tværregionalt overblik over kapacitet og udfordringer med at overholde de maksimale ventetider og forløbstider.
- sikre at systematiske kapacitetsudfordringer på området adresseres - understøtte samarbejdet med sygehuse i udlandet.

Der er udpeget en region som ansvarlig for hver enkelt kræftsamarbejde. Regionerne har aftalt at etablere kræftsamarbejde inden for følgende områder (den ansvarlige region står i parentes):

- Brystkræft (Region Hovedstaden)
- Lungekræft (Region Midtjylland)
- Urologi (Region Nordjylland)
- Gynækologi (Region Syddanmark)
- Øvre mavetarmkræft (Region Syddanmark)
- Nedre mavetarmkræft (Region Sjælland)

Som udgangspunkt er det planen, at de involverede cheflæger i kræftsamarbejdet mødes på korte videomøder hver uge, hvor der bl.a. gøres status på kapacitet og ventetid i den enkelte region samt drøftes konkrete forløb mhp. henvisning til afdeling med ledig kapacitet. Fokus er som udgangspunkt på den kirurgiske behandling men med blik for samarbejdet omkring medicinsk- og strålebehandling.

Hvis kræftsamarbejdet vurderer, at der er potentiale for tværregionalt samarbejde om behandling i udlandet, så er det den region, som er ansvarlig for samarbejdet, som har opgaven med at sikre, at det tværregionale samarbejde sættes i gang

Det forventes at disse kræftsamarbejder mødes første gang inden sommerferien 2023.

4. Konklusion

Der kan på baggrund af gennemgangen resumeres/fremhæves følgende.

- Der er foretaget en gennemgang af samtlige behandlingsforløb inden for alle kræftpakker og behandlingsformer som i 4. kvartal 2022 har haft en registreret ventetid på behandling på over 14 dage.
- Der er her konstateret 81 forløb, hvor forsinkelsen ud over de 14 dage, skyldtes begrænsninger i kapaciteten. I alle disse forløb – frasat 2 - er det journalført, at patienterne er informeret om tid til behandling samt, at den tilbudte tid til behandling ikke er inden for den maksimale ventetid, og der er mulighed for viderehenvisning. Patienterne har her valgt at beholde den tilbudte tid, og dette samtykke er dokumenteret.
- For disse forløb har den mediane ventetid udover 14 dage været 6 dage og maksimalt 14 dage. Der er således tale om relativt korte tidsmæssige overskridelser af den maksimale ventetid.
- Der er peget på områder, som særligt er udfordret af et pres på kapacitet, hvilket primært er inden for brystkræft og urologisk kræft. Dette pres vurderes navnligt at være funderet i vanskelige vilkår omkring rekruttering og fastholdelse af specialister inden for disse områder.
- Regionen søger løbende at iværksætte nogle initiativer, der har til formål at bidrage til at afhjælpe disse udfordringer. Dette handler blandt andet om understøtte muligheder for et tættere kapacitetssamarbejde mellem regionens sygehuse.
- Det drejer sig også om løbende at have fokus på tilrettelæggelse af patientforløb, der kan bidrage til at reducere organisatoriske flaskehalse og på muligheder for at optimere ressourceanvendelsen, bl.a. ved at afdække områder for opgaveglidning eller fjernelse af unødige/redundante undersøgelser og procedurer. Dette adresseres bl.a i de regionale programledelser og der er taget initiativ til særskilte forbedringsworkshops med brug af redskaber fra den syddanske forbedringsmodel.
- Det står dog også klart, at der er tale om områder, hvor en stabil driftssituation er sårbar, og hvor balancerne blandt andet kan rykkes ved uventede skift i bemanningen inden for de involverede specialer. Der er således behov for generelt at sikre at disse områder gøres mere robuste, hvilket er en landsdækkende udfordring.
- Gennemgangen og den dialog, der har været med Sundhedsstyrelsen om forståelsen af reglerne bag de maksimale ventetider, har også givet anledning til at uddrage nogle læringspunkter med

henblik på tilpasninger af den fremadrettede praksis. Dette knytter sig som nævnt til bl.a. forståelsen af, og rækkevidden af dokumentation af handlepligten i journalen.