

RAPPORT

fra

Det midlertidige udvalg

vedrørende

patientforløb for kræftpatienter

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING.....	3
SAMMENFATNING.....	5
1. KRÆFT SOM SYGDOM.....	7
1.1 Hvad er kræft?.....	7
1.2 Udviklingen i behandlingsresultater i Region Midtjylland.....	9
2. PATIENTFORLØB PÅ KRÆFTOMRÅDET.....	10
2.1 De nye nationale initiativer vedr. kræft som akut sygdom.....	10
2.2 Henvisning.....	13
2.3 Udredning.....	15
2.4 Behandling.....	17
2.5 Palliation og indsats ved livets afslutning.....	20
3. UDREDNING OG BEHANDLING AF KRÆFT I REGION MIDTJYLLAND.....	21
3.1 Udredning.....	21
3.2 Behandling.....	21
4. KAPACITET PÅ KRÆFTOMRÅDET.....	24
4.1 Bufferkapacitet.....	24
5. UDVALGETS ANBEFALINGER.....	27

TAK TIL...

Det midlertidige udvalg vedr. patientforløb for kræftpatienter vil gerne takke regionens hospitaler, oplægsholderne og øvrige bidragsydere for deres tid og engagement i forbindelse med udvalgets arbejde. De mange oplæg og diskussioner har været lærerige, og har givet mange gode input til det videre arbejde på kræftområdet.

INDLEDNING

Det midlertidige udvalg vedr. patientforløb for kræftpatienter blev nedsat på regionsrådsmødet den 12. december 2007 og har fungeret i perioden 1. januar - 30. juni 2008 med følgende medlemmer:

Formand:	Leif Mørck (A)
Næstformand:	Olav Nørgaard (V)
Medlemmer:	Conny Jensen (A)
	Marianne Carøe (A)
	Ulla Diderichsen (V)
	Jette Skive (O)
	Ove Nørholm (C)

Udvalget er blevet betjent af Kvalitet og Sundhedsdata i samarbejde med Sundhedsplanlægning.

Udvalget har haft til opgave at udarbejde en redegørelse om patientforløb for kræftpatienter i Region Midtjylland med fokus på kvalitet, servicemål og kapacitet. Udvalget har valgt at arbejde i dybden med de initiativer, der er igangsat for at forbedre indsatsen på kræftområdet. Nærværende rapport indeholder udvalgets overvejelser og anbefalinger, som kan støtte regionsrådets drøftelser og beslutninger i forhold til regionens indsats på kræftområdet.

Der har i arbejdsperioden været afholdt i alt 5 møder samt en heldagstur til Rigshospitalet. Møderne har været afholdt rundt på nogle af regionens hospitaler og på Hospice Djursland, hvor udvalgsmedlemmerne er blevet præsenteret for en række emner og vist rundt på udvalgte afsnit. Møderækken har været bygget op om de forskellige faser i et patientforløb: henvisning, udredning, behandling, opfølgning og palliation, og ved hvert møde har relevante fagpersoner deltaget med oplæg samt bidraget i drøftelserne. På næste side ses en oversigt over temaer og oplæg ved de enkelte møder.

Tid & sted	Tema
26. februar 12.30–15.30 Kræftcentret, ÅUH, Århus Sygehus	Introduktion til kræftområdet herunder rundvisning i Onkologisk afdeling <ul style="list-style-type: none"> Hvad er kræft og hvordan behandles den? v/ <i>Ledende Overlæge Ole Steen Nielsen</i> Strålebehandling af kræft v/ <i>Professor Cai Grau</i> Patienternes gang igennem Onkologisk afdeling v/ <i>Oversygeplejerske Lisbeth Lagoni</i> <i>Desuden deltog Centerchef Frank Skriver Mikkelsen, Centerchef Inger Schaumburg og Planlægningschef Thomas Balle Kristensen</i>
18. marts 14–17 Regionshospitalet Viborg	Udredning af kræftpatienter herunder rundvisning på mammacentret <ul style="list-style-type: none"> Tarmkræft v/ <i>Overlæge Lars Vinter-Jensen</i> Hvilken rolle spiller almen praksis i udredningsforløbet? v/ <i>Professor Flemming Bro</i> Kommunikationen med en nydiagnosticeret kræftpatient v/ <i>Ledende Overlæge Knud Aage Møller</i> <i>Desuden deltog Hospitalsdirektør Jens Anton Dalgaard, Overlæge Jan Sørensen og Overlæge Finn Lindhardt</i>
21. april 14 -17 Regionshospitalet Randers	Behandling og opfølgning af kræftpatienter <ul style="list-style-type: none"> Strålebehandlingskapacitet i Region Midtjylland v/ <i>Centerchef Frank Skriver Mikkelsen</i> Initiativer og udfordringer ifm. det øgede behandlingsbehov for strålebehandling v/ <i>Oversygeplejerske Lisbeth Lagoni</i> Baggrunden for arbejdet med kræftpakkerne v/ <i>Cheflæge Morten Noreng</i> Centralisering af kræftkirurgien samt uddannelse af tarmkirurger v/ <i>Overlæge Knud Thygesen Nielsen</i> Logistik og koordinering af kræftpakker v/ <i>Koordinator Hanne Hahn</i> Pakkeforløb ifm. lungekræft v/ <i>Overlæge Jens Frandsen</i> Patologiens rolle i pakkeforløbene v/ <i>Ledende Overlæge Hans Svanholm</i>
16. maj Studietur til Rigshospitalet	Oplæg efterfulgt af rundvisning på Radioterapiklinikken samt PET/CT centret <ul style="list-style-type: none"> Nye strålebehandlingstilbud v/ <i>Klinikchef Svend Aage Engelholm og Cheffysiker Marika Enmark</i> Visitation og forretningsgange v/ <i>Oversygeplejerske Kirsten Amsinck og Afdelingssygeplejerske Nina Gytrup</i> Eksperimentel kræftbehandling v/ <i>Klinikchef Hans von der Maase</i> PET/CT diagnostik og stråleplanlægning v/ <i>Klinikchef Liselotte Højgaard</i> Decentral strålebehandling i Næstved v/ <i>Klinikchef Svend Aage Engelholm</i> <i>Desuden deltog Centerdirektør Kurt Stig Jensen</i>
28. maj 14-17 Hospice Djursland	Palliation herunder rundvisning på Hospice Djursland <ul style="list-style-type: none"> Hospice Djursland v/ <i>Hospiceleder Dorit Simonsen</i>
25. juni 15-17 Regionshospitalet Herning	Afsluttende møde <ul style="list-style-type: none"> Planerne for et center for klinisk onkologi og kirurgisk behandling på Hospitalsenhed Vest v/ <i>Cheflæge Per Østergaard Jensen</i>

SAMMENFATNING

Denne rapport indledes med en kort præsentation af, hvad kræft er for en sygdom, hvilke former for kræft, der er mest udbredt i den danske befolkning samt de seneste overlevelsestal for Region Midtjylland (kapitel 1). Herefter skitseres i kapitel 2 de nye initiativer vedrørende kræft som akut sygdom, og der redegøres for patientforløbene samt hvilke ændringer, der er sket som følge af de nye pakkeforløb. I kapitel 3 beskrives, hvordan kræftudredning og -behandling er organiseret i Region Midtjylland. Kapitel 4 beskriver, hvordan man søger at løse de kapacitetsproblemer, der opstår som følge af et stadigt voksende behov for udredning og -behandling. Desuden peges der på nogle oplagte konsekvenser af at indføre pakkeforløb i forhold til kapacitet og produktivitet. I udvalgets virkeperiode har det været for tidligt at drage konklusioner vedrørende de fulde konsekvenser af pakkeforløbene, da der endnu arbejdes med implementeringen og flere nye pakkeforløb er undervejs. Det afsluttende kapitel 5 indeholder udvalgets anbefalinger til det videre arbejde. Anbefalingerne gengives i en kort version nedenfor.

Udvalget har gennem arbejdet med kræftområdet erfaret, at der ydes en imponerende indsats fra fagfolk og ledere for at udnytte bedst fungerende metoder og teknologi samt sikre effektiv arbejdstilrettelæggelse til gavn for kræftpatienterne. Indførelse af pakkeforløb har samlet indsatsen på tværs, således at praksissektor og hospitalssektor nu tilbyder patienterne en mere sammenhængende koordineret indsats gennem hele udrednings- og behandlingsforløbet. Dette vurderer udvalget som yderst positivt og anbefaler en fortsættelse af bestræbelserne. Hermed giver udvalget sin store anerkendelse til det dedikerede personale, som medvirker i regionens kræftbehandling. Udvalget giver til det videre arbejde følgende anbefalinger, som uddybes i kapitel 5:

Udvalget anbefaler,

- at alle hospitalerne i Region Midtjylland indarbejder forløbskoordinatorfunktionen i alle pakkeforløb
- at det nøje overvejes, om der er behov og mulighed for at sammensætte multidisciplinære teams omkring kræftpatienter med andre alvorlige sygdomme
- at det undersøges, om almen praksis fremadrettet kan varetage nogle af de efterfølgende kontroller efter endt behandling inden for de forskellige kræftområder, samt hvorledes almen praksis rolle som tovholder bedre kan udnyttes i kræftforløbene
- at det overvejes at igangsætte forsøg, evt. i samarbejde med Rigshospitalet, med hjemmekemoterapi eller kemoterapi på sundhedscentrene. Der bør i den forbindelse også indsamles oplysninger om internationale erfaringer på området
- at opståede kapacitetsproblemer i regionen løses via bl.a. hensigtsmæssige omvisiteringer og fleksibilitet i ressourceanvendelsen, så det varierende henvisningspres ikke forårsager voksende ventelister

- at behovet for bufferkapacitet følges nøje i takt med, at der indføres pakkeforløb på flere og flere kræftområder, ligesom det bør undersøges, om pakkeforløbene er økonomisk fordelagtige set ud fra en samlet betragtning
- at de nye initiativer på kræftområdet følges op af patienttilfredshedsundersøgelser

KAPITEL 1: KRÆFT SOM SYGDOM

1.1 Hvad er kræft?

I Danmark konstateres der ca. 35.000 nye tilfælde af kræft hvert år, og antallet af nye tilfælde stiger med ca. 2% per år. Antallet af kræfttilfælde er steget i takt med, at middellevetiden i befolkningen er blevet længere. Risikoen for at udvikle kræft stiger nemlig med alderen, fordi der i takt med, at man bliver ældre, ophobes fejl i cellernes gener, mens kroppens reparationsevne samtidig aftager.

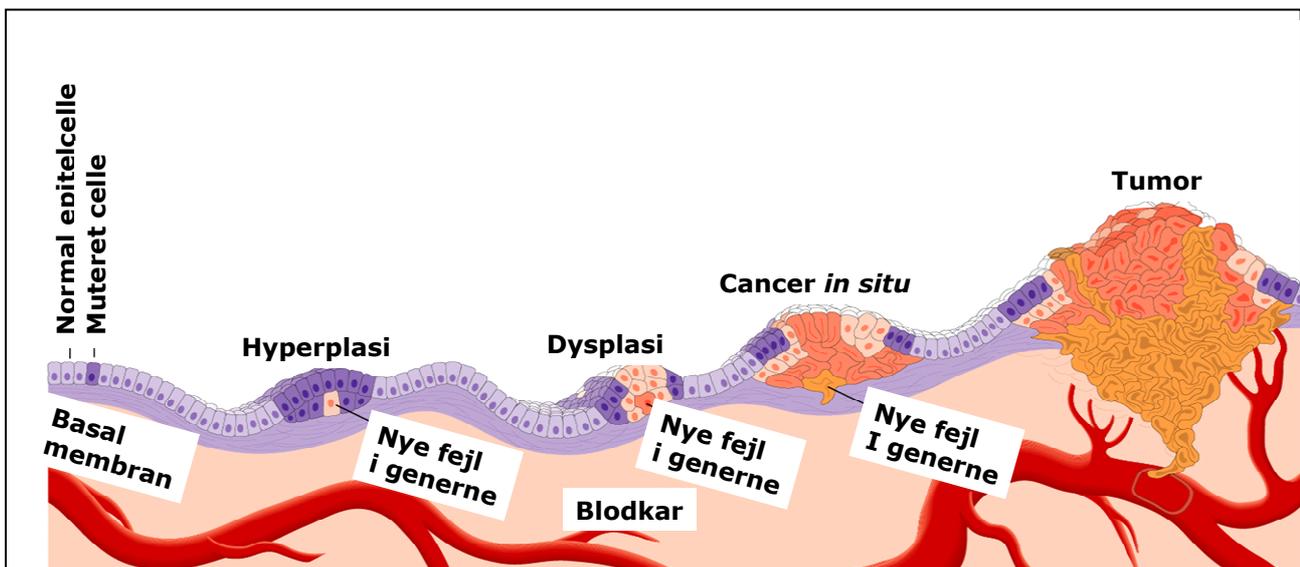
Kræft er i den forstand en velfærdssygdom, som har gjort sit indtog i sygdomsstatistikkerne i den vestlige verden i takt med en længere middellevetid samt højt forbrug af tobak, alkohol kombineret med mangel på motion. Tabel 1 viser hvilke kendte faktorer, der kan forårsage kræft. Tabel 2 viser en oversigt over de hyppigste kræftformer blandt hhv. mænd og kvinder.

Hvad giver kræft? Forebyggelige tilfælde		
Miljø og Livstilsfaktorer	Tilfælde (%) Mænd	Tilfælde (%) Kvinder
Tobak	26%	14%
Alkohol	3%	1%
Erhverv	5%	<<1%
"Radon"	<1%	<1%
Anden stråling	1%	2%
UV-lys	3%	4%
Kost	?	?
Svær overvægt	<1%	1%
Visse infektioner	2%	2%

Tabel 1. Tabellen viser, hvor stor en andel af kræfttilfælde der kan forebygges for hhv. mænd og kvinder med en effektiv forebyggende indsats overfor de nævnte faktorer. Ved et effektivt rygestop skulle man eksempelvis kunne forebygge 26% af kræfttilfældene hos den mandlige befolkning. Kilde: Oplæg v/ Ole Steen Nielsen, 26. februar 2008.

Mænd	Kvinder
Alm. hudkræft	Brystkræft
Lungekræft	Alm. hudkræft
Prostatakræft	Lungekræft
Urinblærekræft	Tyktarmskræft
Tyktarmskræft	Æggestokkræft
Endetarmskræft	Livmoderkræft
Hjerne/nervesystem	Hjerne/nervesystem
Nyrekkræft	Endetarmskræft
Modermærkekræft	Livmoderhalskræft
Leukemi	Modermærkekræft

Tabel 2. Hyppigste kræftformer blandt hhv. mænd og kvinder. Kilde: Oplæg v/ Ole Steen Nielsen, 26. februar 2008.



Kræft er vildtvoksende celler uden den kontrol, som cellerne normalt er underlagt. Den manglende kontrol opstår som følge af fejl i cellernes gener. Man antager, at der skal mere end fem genfejl i en celle for, at den kan ændre sig til en kræftcelle.

Kræftceller kan sprede sig både lokalt og med blod og lymfbaner (metastaser). Men skelner mellem godartede svulster (benigne tumorer), såsom vorter, bindevævs- og muskelknuder, og ondartede svulster (maligne tumorer) såsom carcinomer (overflader og kirtler), sarkomer (muskler, knogler og organer), lymfomer (lymfesystemet), leukæmier (blodsystemet) og gliomer (nervesystemet).

Hovedparten af kræfttilfældene er carcinomer dvs. udgår fra hud- og kirtelvæv.

Kræft kan ikke være godartet, men man kan tale om, at den er mere eller mindre aggressiv i sin vækst.

1.2 Udviklingen i behandlingsresultater i Region Midtjylland

Og hvordan går det så kræftpatienterne? Et vigtigt overordnet mål for effekten af behandlingerne er patienternes overlevelse. Den seneste rapport fra Klinisk Epidemiologisk Afdeling¹, viser, at 1-års overlevelsen er steget i perioden fra 1995 til 2006 for 8 ud af 10 opgjorte kræfttyper.

De forbedrede behandlingsmetoder har betydet, at folk i dag kan leve længere med en kræftsygdom. Kræft bør derfor i dag betragtes som en kronisk sygdom, og indsatsen på kræftområdet vil i stigende omfang afspejle dette. Kræftområdet indgår da også i såvel WHO's rapport om forebyggelse af kroniske sygdomme², regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet*³ samt i Region Midtjyllands vision og strategi for en bedre indsats overfor kroniske sygdomme⁴.

Rapporten fra Klinisk Epidemiologisk Afdeling viser dog også, at kræftpatienter som lider af andre sygdomme har ringere overlevelseschancer. Effekten af de forbedrede behandlingsmuligheder er tilsyneladende ikke slået igennem for den gruppe af patienter.

Samtidig tyder rapporten på, at andelen af kræftpatienter med andre sygdomme - ofte kroniske sygdomme - er stigende, og det bliver derfor en stor udfordring i fremtidens behandlinger ikke blot at fokusere på patientens aktuelle kræftdiagnose, men også på patientens øvrige sygdomme.

For kroniske lidelser gælder, at der ofte er behov for en vedvarende behandlingsindsats, der trækker på ydelser i det samlede sundhedsvæsen. Det kræver derfor en god samordning mellem de forskellige aktører at sikre gode forløb og overgange mellem sektorerne. Region Midtjyllands strategi i forhold til kroniske sygdomme omfatter nogle visioner for, hvordan grænsefladerne mellem hospitals- og praksissektor kan fungere bedre.

Denne udfordring tages også op i forbindelse med pakkeforløbene. Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe, som skal se på patientforløbet for kræftpatienter med betydende komorbiditet. Komorbiditet forstås her som anden alvorlig lidelse, f.eks. hjerte-karsygdom, lungelidelse, diabetes, svær psykiatrisk lidelse, misbrug eller en anden samtidig kræftsygdom, der kan komplicere patientforløbet. Formålet er at sikre, at også disse kræftpatienter kan tilbydes et veltilrettelagt udrednings- og behandlingsforløb.

¹ Kort- og langtidsoverlevelse efter indlæggelse for udvalgte kræftsygdomme i Region Midtjylland og Region Nordjylland 1995-2006, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, rapport nr. 31, 2007.

² *Preventing Chronic Diseases. A vital Investment*, WHO Global Report, WHO 2005.

³ *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. Regeringen 2002.

⁴ *Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats*. Region Midtjylland 2007.

KAPITEL 2: PATIENTFORLØB PÅ KRÆFTOMRÅDET

2.1 De nye nationale initiativer vedr. kræft som akut sygdom

Regeringen og Danske Regioner indgik den 12. oktober 2007 en aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Af aftalen fremgår, at der inden udgangen af 2008 skal beskrives og indføres pakkeforløb for alle kræftformer.

Et pakkeforløb beskriver det samlede patientforløb, herunder undersøgelser, behandlinger, forløbstider, patientinformation og målepunkter (med henblik på monitorering af indsatsen). Det er desuden et centralt krav til de nye pakkeforløb, at hele forløbet skal foregå uden unødigt ventetid. Det betyder, at kun ventetid, der kan begrundes fagligt, er acceptabel.

Målet med pakkeforløbene er at tilbyde patienterne bedre udredning og behandling samt et hurtigere forløb. Det er forventningen, at pakkeforløbene som følge af kortere ventetid kan forbedre prognose og livskvalitet og samtidig øge patienternes tryghed.

De fire første pakkeforløb for hhv. hoved-halskræft, lungekræft, brystkræft samt tyk- og endetarmskræft blev januar 2008 godkendt nationalt og er implementeret på hospitalerne med virkning 1. april. Erfaringerne vedr. pakkeforløb i denne rapport er derfor koncentreret om de fire første pakkeforløb. Billedet kan derfor ændre sig i takt med, at der indføres pakkeforløb for en hel række forskellige kræftformer. Figur 3 viser som et eksempel på et pakkeforløb en oversigt over forløbet for brystkræft.

Initiativer i Region Midtjylland

I Region Midtjylland koordineres initiativerne på kræftområdet i regionens kræftstyregruppe. De nye pakkeforløb bearbejdes for hver kræftform til programmer, der gælder for alle hospitalerne i regionen.

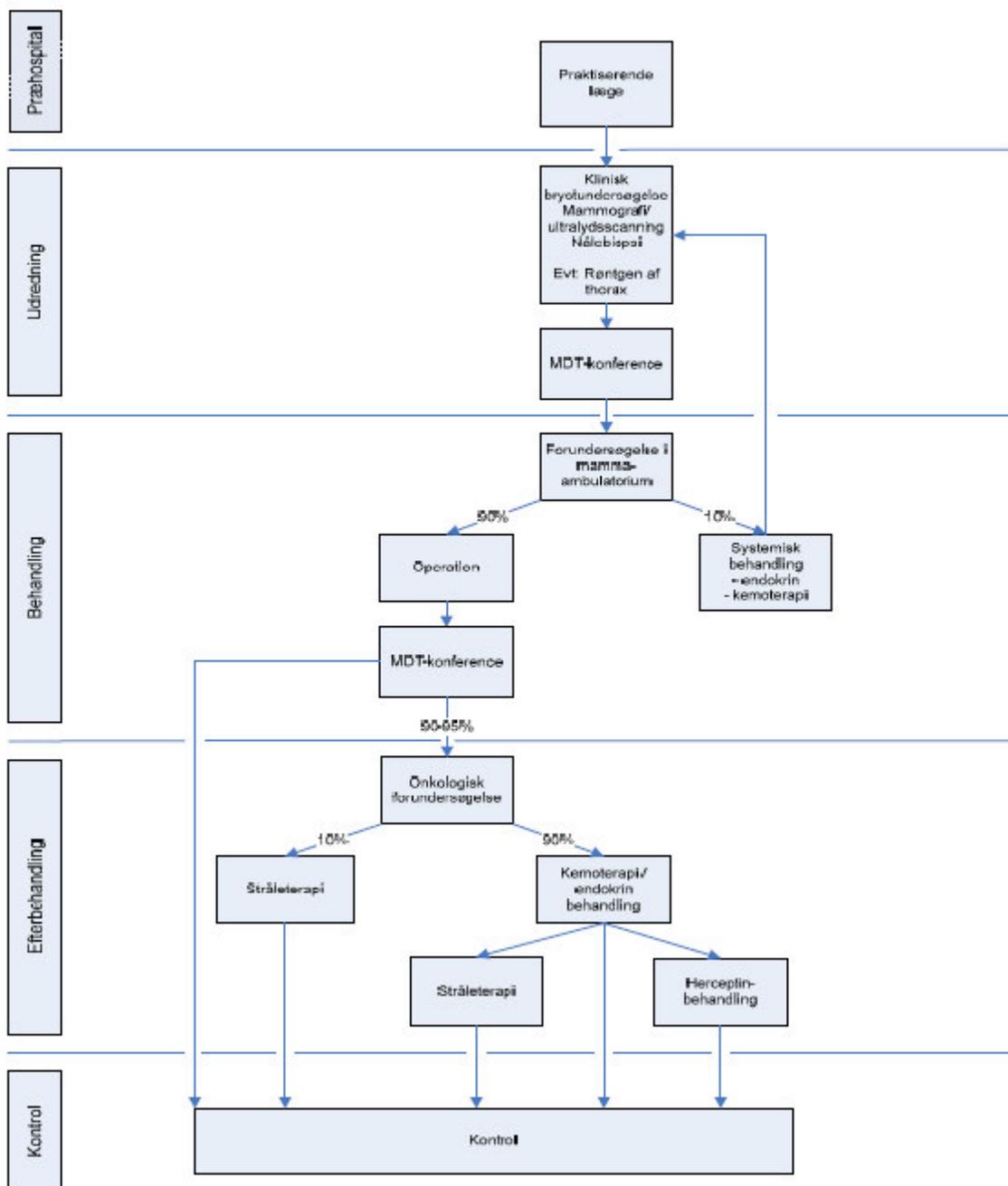
Der har været national enighed om at udbygge kapaciteten på apparatursiden med henblik på at undgå, at mangel på apparatur udgør flaskehalse i pakkeforløbene. Der er i regi af Danske Regioner etableret et fælles nationalt udbud af apparatur på tværs af regionerne. Der er for 2007 bevilget ekstra midler til apparaturindkøb og drift. I 2008 indgik Danske Regioner og regeringen en aftale om udvidelse af lånerammen mhp. investeringer i kræftapparatur.

I 2007 blev der også bevilget driftsmidler med henblik på at afvikle ventelister til de første kræftområder, der blev omfattet af pakkeforløbene. I økonomiaftalen for 2009 mellem Regeringen og Danske Regioner er der afsat ekstra midler til færdigimplementering af pakkeforløbene, heraf 37 millioner til Region Midtjylland.

Sideløbende med initiativerne for at imødegå flaskehalse på apparaturområdet er det en udfordring for regionerne at tiltrække tilstrækkeligt med arbejdskraft for at undgå, at personalemangel bliver årsag til flaskehalse. I Region Midtjylland er der blandt andet initiativer i gang, som skal tiltrække arbejdskraft fra udlandet.

Flowchart over pakkeforløb for brystkræft

Flowchartet er en forenklet gengivelse af patientforløbet beskrevet i de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb. Det indebærer bl.a. at en del patienter, ud over de illustrerede begivenheder vil modtage palliativ behandling. De tværgående streger markerer faserne, som patienten gennemgår.



Figur 3. Oversigt over pakkeforløbet for brystkræft.

Det er op til hospitalerne at implementere de forskellige pakkeforløb, så aktiviteterne koordineres og de fastsatte forløbstider overholdes. Figur 4 viser tilrettelæggelsen af brystkræftforløbet på Regionshospitalet Viborg. Skemaet illustrerer, hvordan aktiviteterne i forløbet koordineres afhængig af hvilken ugedag patienten henvises til udredning.

Pakkeforløbene kræver en meget præcis planlægning, for at forløbstiderne kan overholdes. Det er et klart indtryk fra besøgene på regionens hospitaler, at indførslen af pakkeforløb har givet anledning til fornyet fokus på, hvordan man bedst muligt kan koordinere og planlægge de forskellige aktiviteter i patientforløbene.

PAKKEFORLØB Brystkræft

Forløb	Uge	Ugedag				
		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
M₁ M₂	1	☎	☎	BDA	BDA	
	2			Svar BDA		
	3	OP				
	4		Mamma-konference	Svar Kir Plan Onkl		
T₁ T₂	1	☎	☎		BDA	BDA
	2				Svar BDA	
	3		OP			
	4		Mamma-konference		Svar Kir	Plan Onkl
O₁ O₂	1		☎	☎	BDA	BDA
	2				Svar BDA	
	3			OP		
	4		Mamma-konference		Svar Kir	Plan Onkl
F₁ F₂	1				☎	☎
	2	BDA	BDA			
	3	Svar BDA				OP
	4				Mamma-konference Svar Kir	Plan Onkl

Forklaring

☎	Egen læge ringer; mistanke om brystkræft.	OP	Operationsdag
BDA	Billeddiagnostisk afdeling; mammografi, ultralyd og vævsprøve.	Svar Kir	Samtale med operatøren; svar ang. vævsundersøgelsen, efterbehandling skitses.
Svar BDA	Cancer diagnosen stilles; samtale med operatøren	Plan Onkl	Samtale med onkolog, plan for efterbehandling fastlægges

Regionshospitalet Viborg, Mammacentret

Figur 4. Tilrettelæggelsen af patientforløbene for brystkræft på Mammacentret, Regionshospitalet Viborg. Forløbene er opdelt efter den ugedag, hvor patienten opereres (M₁M₂=mandag, T₁T₂=tirsdag osv.), hvilket afhænger af hvilken ugedag patienten henvises til udredning.

På Regionshospitalet Viborg har man oprettet et mammacentrum, hvor kirurger og radiologer arbejder side om side i stedet for som før på hver sin afdeling. Dette muliggør en bedre planlægning af de enkelte patientforløb, da ventetid ofte opstår, når en patient skal undersøges af specialister i flere forskellige afdelinger. På mammacentret kan diagnosen ofte stilles samme dag, som undersøgelsen er foretaget, og patienten kan få en operationstid med hjem. Stigningen i antallet af patienter som følge af den indførte mammografiscreening har imidlertid henover sommeren 2008 vanskeliggjort denne praksis.

Går de nye patientforløb for hurtigt for patienterne?

I forbindelse med beslutningen om at udarbejde pakkeforløb for kræftpatienter har der været udtrykt bekymring for, om de nye og effektive patientforløb vil gå for hurtigt for patienterne. F.eks. kunne nogle patienter have brug for mere tid undervejs i forløbet til at fordøje og acceptere diagnose og behandlingstilbud.

Udsagnene fra oplægsholderne har imidlertid været, at patienterne virker glade for at indgå i et struktureret, planlagt og kort forløb. Ingen har mødt patienter, der har givet udtryk for, at det går for hurtigt. Eksempelvis fortæller forløbskoordinatoren fra Regionshospitalet Randers, at der er stor tilfredshed med hastigheden i udredningsforløbet blandt patienter med tyk- og endetarmskræft. Patienterne vil gerne opereres hurtigt efter forundersøgelsen. Det er primært personalet, der udtrykker bekymring for, om det går for hurtigt for patienterne, men patienterne selv giver ikke selv udtryk herfor.

En interviewundersøgelse blandt patienter med hoved-halskræft og personale på ÅUH, Århus Sygehus bekræfter, at patienterne er glade for at blive tilbudt en hurtig behandling⁵. Undersøgelsen viser også, at de accelererede forløb stiller høje krav til personalets evne til at kommunikere personligt med patienterne og give de rette informationer på relevante tidspunkter. Personalet oplever, at patienterne i de accelererede forløb har brug for flere gentagelser af informationerne.

2.2 Henvisning

Som led i de nye pakkeforløb har man ændret arbejdsgangene for henvisning af de kræftpatienter, der er omfattet af de nye pakkeforløb.

Henvisning til pakkeforløb sker, når praktiserende læge, speciallæge eller anden læge har en *begrundet* mistanke om kræft. Kriterierne for hvornår, der foreligger en *begrundet* mistanke, er defineret specifikt for hver enkelt pakkeforløb.

Henvises patienten til et pakkeforløb, er det et krav, at patienterne påbegynder udredningen inden for to hverdage. I praksis betyder dette, at henvisningen fra praktiserende læge skal sendes elektronisk til hospitalet, som efterfølgende kontakter patienten telefonisk for at aftale en mødetid inden for to hverdage. Den praktiserende læge kan også kontakte hospitalet direkte telefonisk, og der er til formålet oprettet ét telefonnummer for akut kræft på hvert af regionens hospitaler. Når den praktiserende læge "trykker på den røde knap", dvs. henviser en patient til et pakkeforløb, er dette startskuddet til en række fastlagte procedurer.

⁵ Dagens Medicin, 20, 13. juni 2008.

2.3 Udredning

Udredningen af kræft, sker ved egen læge, ved speciallæge og på regionens hospitaler.

Den praktiserende læge kan iværksætte forskellige diagnostiske undersøgelser, når han i konsultationen møder en patient med symptomer, som kan give mistanke om kræft. Hvis konsultationen og evt. undersøgelser resulterer i en fagligt begrundet mistanke om kræft, vil den praktiserende læge henvise patienten til udredning på et af regionens hospitaler eller i andre tilfælde, f.eks. på hoved-halskræftområdet, til udredning ved en speciallæge.

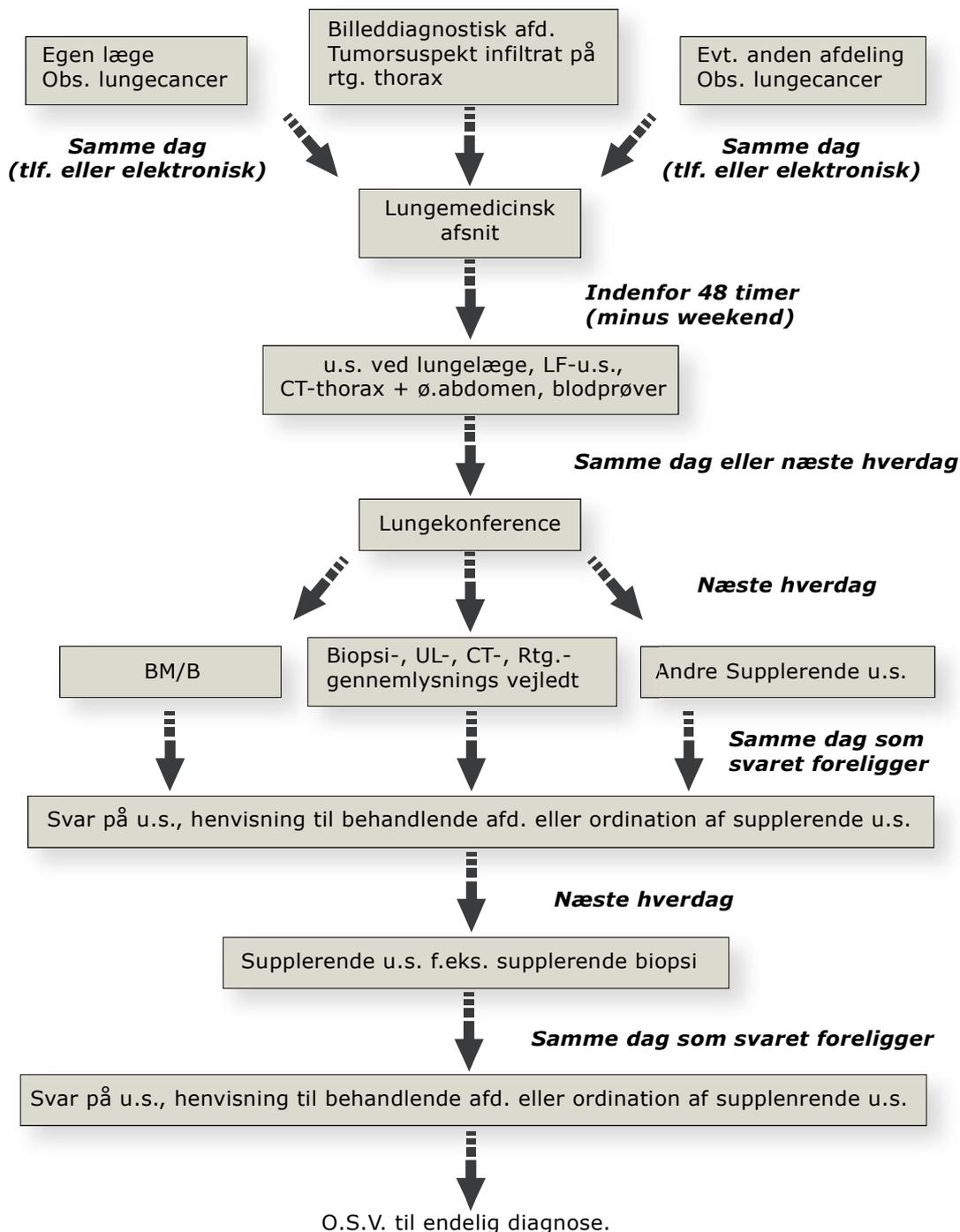
Udredningen af kræft på hospitalerne foregår i vid udstrækning via de billeddiagnostiske og patologiske afdelinger samt kliniske afdelinger med endoskopifunktion. Udredningen af kræftpatienter er ofte ganske kompleks. Figur 6 viser som et eksempel udredningsforløbet for lungekræft. I stigende grad kombineres flere former for avancerede scanninger i udredningen; det være sig PET/CT, MR scanninger og CT scanninger.

Ved en PET/CT-scanning udføres en PET-scanning og en CT-scanning samtidigt, hvorefter de to billeder kombineres. Det giver en bedre og mere præcis diagnostik. CT-scanningen viser organernes nøjagtige placering i kroppen. PET-scanningen viser, hvordan det radioaktive sukker har fordelt sig i kroppens celler. Det er især celler med højt stofskifte, der optager sukkeret – en egenskab som er karakteristisk for kræftceller. Ved at kombinere de to scanninger kan man se områder med kræftceller og bestemme præcist hvor, de er placeret i kroppen.

PET/CT-scanning kan betyde, at 10-40 % af kræftpatienterne efterfølgende får en mere nøjagtig behandling. Det skyldes blandt andet, at man med den mere præcise diagnose bedre kan tilrettelægge den enkelte patients behandling. Med en mere præcis bestråling af kræftsvulsten kan man mindske strålingen af det raske væv og derved reducere antallet af bivirkninger.

Ved vores besøg på Rigshospitalet så vi blandt andet, hvordan PET/CT scanningsbillederne fortolkes i et samarbejde mellem en radiolog og en nuklear mediciner, der er eksperter inden for hver deres type af scanninger. Ved at sammenholde resultaterne fra forskellige typer af scanninger opnås en bedre diagnostik, og mulighederne ved de forskellige teknologier udnyttes maksimalt.

Lungecancerudredning



Regionshospitalet
Randers

Figur 6. Skematisk oversigt over udredningsforløbet for lungekræft. Det fremgår af figuren, at patienter med lungekræft kan have ret forskellige udredningsforløb. BM/B står for Bronkmediastinoskopi/ Bronkoskopi. Kilde: oplæg v/ Jens Frandsen, 21.april 2008.

Forløbskoordinator

I forbindelse med indførelsen af pakkeforløb har der været meget fokus på, hvordan man bedst sikrer kontinuiteten i forløbene, herunder at der sker den nødvendige fremdrift. Særligt udredningsfasen i kræftforløbene har traditionelt givet anledning til lange ventetider. I Region Midtjylland er hospitalerne på forskellig vis begyndt at gøre brug af forløbskoordinatorer i udredningsfasen. Hospitalerne ansætter inden for hver enkel kræftform en forløbskoordinator. Funktionen varetages som oftest af sygeplejersker eller lægesekretærer.

Det vil typisk være forløbskoordinatoren, som den praktiserende læge kontakter ved begrundet mistanke om kræft. Forløbskoordinatoren booker da de nødvendige undersøgelser og sikrer, at de fastsatte forløbstider overholdes. Forløbskoordinatorens primære opgave er at sikre kontinuerlig opfølgning på igangværende udredningsforløb. Derudover vil forløbskoordinatoren typisk være den, der kontakter patienten med information om og tidspunkt for undersøgelse. Forløbskoordinatoren har en specialiseret viden om forløbet inden for den specifikke kræftform, som personen koordinerer.

Ved mødet på Regionshospitalet Randers blev vi præsenteret for hospitalets erfaringer med ordningen. Der blev her givet udtryk for, at forløbskoordinatoren udfylder et stort behov hos patienterne for løbende information, vejledning og støtte under selve udredningen. Forløbskoordinatoren vil typisk slippe patienterne, når udredningen er færdig, og patienten er henvist til behandling. Forløbskoordinatoren supplerer derfor på bedste vis kontaktpersonordningen, som træder i kraft efter udredningsfasen, når det egentlige behandlingsforløb begynder. På Hospitalsenhed Vest har man indført forløbskoordinatorer for alle kræftpakker, og har samme gode erfaringer med ordningen som på Regionshospitalet Randers.

2.4 Behandling

Hospitalerne arbejder løbende på at forbedre kræftbehandlingen, og der har i de senere år været en betydelig udvikling i retning mod mere effektive, præcise og skånsomme behandlinger. På grund af mere avancerede og skånsomme teknikker kan man i dag behandle flere kræftformer end tidligere.

Kræftbehandlingen er i dag multidisciplinær, og mange af behandlingerne gives i kombination. Valget af behandling afhænger af flere faktorer såsom hvilken kræftsygdom, der er tale om, hvilken udbredning sygdommen har, og hvilken tilstand og situation patienten i øvrigt er i. Man skelner mellem lokal/regional behandling (kirurgi og strålebehandling), der retter sig specifikt mod knuden, og systemisk behandling (kemoterapi, hormonbehandling og immunterapi), der retter sig mod kræftceller i hele kroppen. Nedenfor følger en kort gennemgang af de enkelte behandlingsmetoder.

Kirurgi

Den primære behandling af kræft er kirurgi, når dette er muligt. Da kræft udgår fra en celle, der bliver til en gruppe celler og derefter en knude, er fjernelse af knuden og det omkringliggende væv en effektiv måde at kurere kræft på. Til tider kan det være nødvendigt at fjerne hele organer for at sikre at hele knuden er med. Eksempler på dette er fjernelse af brystet, lungen eller en testikel.

Større forståelse for den enkelte kræfttypes biologi, herunder den måde hvorpå kræften spredes til omgivelserne, har ført til en forfining af den kirurgiske teknik. Således ved man for eksempel i dag, at fjernelse af en række lymfeknudestationer i kræftknudens nærhed

forbedrer chancerne for overlevelse. Desuden ved man mere om, i hvor stor afstand fra kræftknuden det omkringliggende væv bør fjernes. Ligesom inden for den øvrige kirurgi ses inden for kræftområdet også en vækst i anvendelsen af kikkertkirurgi, der er en mere skånsom operationsform.

For at sikre danske kræftpatienter optimal kirurgisk behandling samler man i disse år behandlingerne på færre enheder. Herved opnår kræftkirurgerne størst mulig rutine, ligesom der skabes bedre vilkår for forskning og udvikling samt for uddannelsen af kræftkirurger.

Strålebehandling

Strålebehandling bruges som primær behandling, hvis knuden ligger dybt i kroppen eller tæt på livsvigtige organer, og operation derfor vil indebære for stor en risiko. Strålebehandling bruges også ofte som tillægsbehandling til operation (adjuverende strålebehandling) for at sikre, at alt er væk. Strålebehandling bruges også palliativt for at mindske smerter og hindre tumor vækst. Halvdelen af alle kræftpatienter får på et eller andet tidspunkt behov for strålebehandling.

I forbindelse med besøgene på Kræftcentret, ÅUH, Århus Sygehus og Radioterapiklinikken, Rigshospitalet blev udvalget præsenteret for de senere års udvikling inden for stråleterapien. Udvalget blev mødt af et engageret personale, der var begejstrede over de muligheder for forbedret behandling og forskning, som de senere års investeringer i avanceret og nyt apparatur har givet mulighed for. De seneste års indkøb af nye avancerede accelerators samt en omfattende forskningsaktivitet har bragt kvaliteten af strålebehandlingen i Danmark helt i front.

Behandlingsmetoderne målrettes i stadigt større omfang den enkelte patient med bedre mulighed for at ramme kræftcellerne præcist uden at beskadige det omkringliggende væv. Den stereotaktiske strålebehandling, som blev indført i slutningen af 90'erne, er siden videreudviklet og forfinet med moderne avancerede accelerators. F.eks. bruger man nu såkaldt IMRT modellering (Intensity Modulated Radiation Therapy), hvor strålerne passerer en række lameller, der muliggør at dosis kan justeres meget præcist til de forskellige områder i kroppen. Desuden arbejdes der med at tilpasse strålebehandlingen efter patientens åndedræt, så der opnås yderligere præcision i behandlingen.

PET/CT scanninger indgår i stigende omfang i planlægningen af selve strålebehandlingen, da denne diagnostik, som tidligere nævnt, muliggør en højere præcision i behandlingen.

Kemoterapi

Kemoterapi bruges til at slå kræftcellerne ihjel. Flere typer kemoterapi har vist sig at være meget effektive. For eksempel kurerer kemoterapi ved testikelkræft mellem 90% og 98% af patienterne, uanset om det skulle have spredt sig til andre organer. At medicinen er effektiv betyder dog også, at der kan ske skade på de raske celler. Det drejer sig mest om kroppens egne hurtigtvoksende celler som for eksempel håret, der dog hos de fleste vokser ud igen hurtigt efter ophørt behandling. Der er dog ofte mange bivirkninger forbundet med kemoterapien, og der er derfor inden for molekylærbiologien fokus på at udvikle nye stoffer med mere specifikt angrebepunkt, færre bivirkninger og bedre virkning på svulsten. Der sket i disse år en hastig udvikling inden for den molekylære medicin.

Hormonbehandling

Hormonbehandling bruges til behandling af hormonfølsomme svulster, specielt i de senere stadier af kræften.

Immunterapi

Ved immunterapi forsøger man at påvirke patientens immunsystem til at genkende og bekæmpe kræft med kroppens egne immunceller. Metoderne er stadig på forsøgsplanet, men der er tale om et område i vækst.

Understøttende behandling

Sideløbende med den behandling, der er rettet specifikt mod kræftcellerne, behandles der med smertestillende medicin samt medicin, der kan mindske bivirkninger af behandlingen.

Alternativ behandling

Der findes en bred vifte af alternative behandlingstilbud. De fleste læger er i dag åbne over for at tage en snak om alternativ behandlings fordele og ulemper med patienterne. Folketinget vedtog i 1998 at oprette et videns- og forskningscenter for alternativ behandling (ViFAB), med det formål at øge kendskabet til forskellige alternative behandlingsformer og deres virkning, fremme forskningen på området og forbedre dialogen mellem autoriseret sundhedsfagligt personale, alternative behandlere og brugere. På centrets hjemmeside Vifab.dk findes information om forskellige alternative behandlingsformer.

Second opinion ordningen

Sundhedsstyrelsen nedsatte i 2003 et second opinion udvalg, som kan rådgive sygehusafdelingerne mht. behandlingsvalget i specifikke patientforløb. Panelet består af to danske kræfteksperter, som kan rådføre sig med både danske og udenlandske eksperter.

Patienter, som ønsker en second opinion, kan henvende sig til den sygehusafdeling, de er tilknyttet. Hvis patienten ønsker en bestemt behandling, kan dette ønske forelægges gennem en onkologisk afdeling, som efter aftale med patienten kontakter Sundhedsstyrelsens panel. Når svaret foreligger, bliver patienten indkaldt til en samtale på hospitalsafdelingen, hvor der informeres om det råd, udvalget har givet.

Udvalgets råd kan være:

- Yderligere udredning og/eller behandling i udlandet
- Yderligere udredning og/eller behandling i Danmark
- Panelet enig i aktuelle behandlingstilbud i Danmark
- Ingen yderligere forslag til behandling

Som en del af ordningen er der oprettet 6 enheder for eksperimentel kræftbehandling på Rigshospitalet, Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, Vejle Sygehus, Ålborg Sygehus og ÅUH, Århus Sygehus. Enhederne tilbyder forskellige eksperimentelle behandlinger afhængigt af afdelingens specielle ekspertise, og der sker en samlet koordinering af tilbudene i det Nationale Koordinations Udvalg.

Ved eksperimentel behandling forstås en "uprøvet eller utilstrækkeligt dokumenteret behandling, der ikke gives i et protokolleret forsknings- eller forsøgsmæssigt regi, og som iværksættes i relation til en bestemt patient med det formål at yde patienten den bedst mulige behandling i den konkrete situation." (Citat Indenrigs – og Sundhedsministeriet)

De seneste tal om second opinion ordningen, som udvalget fik forevist ved besøget på Rigshospitalet, viser, at andelen af patienter, som ønsker behandling i udlandet er faldet fra ca. 40% i 2003 til under 5% i 2005-2007. Omvendt er andelen af patienter, som er blevet tilbudt

yderligere behandling i Danmark, steget fra 31% til 64% i de seneste fem år. Langt størsteparten af de patienter, som tilbydes yderligere behandling i Danmark, tilbydes i dag eksperimentel behandling.

2.5 Palliation og indsats ved livets afslutning

Når patienter ikke kan tilbydes helbredende behandling, er der mulighed for forskellige former for palliativ behandling, dvs. lindrende behandling og omsorg. Palliation er ikke et selvstændigt lægefagligt speciale, men består af en tværfaglig tilgang til lindring af fysiske, psykiske, sociale og åndelige problemer med henblik på at fremme patientens livskvalitet.

Patienternes behov kan ændre sig i den sidste del af sygdomsforløbet. Der er derfor forskellige løsninger, som tilgodeser patienternes forskellige behov. Den palliative indsats kan finde sted i forskellige regier: på hospitalerne, i almen praksis, i hjemmeplejen, på hospice og via det palliative team.

I Region Midtjylland er der palliative teams i Århus, Herning, Randers, Skive og Silkeborg, og det indgår i administrationens forslag til realisering af Region Midtjyllands palliationsplan, at der skal etableres et palliativt team i Horsens. De palliative teams har bl.a. til formål at skabe kontinuitet mellem primær- og sekundærsektorens kontakt til patienten. Patienten henvises til det palliative team af sin praktiserende læge eller sygehusafdeling. Ved henvisning vil patienten blive visiteret enten til ambulant besøg, hjemmebesøg eller indlæggelse i det palliative sengeafsnit. Regionen råder over palliative sengepladser i Århus, Herning og Skive.

Desuden findes i Region Midtjylland fire hospicer; Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord, Hospice Djursland og Hospice Søholm, der i alt råder over knap 50 pladser. Målgruppen for hospice er

- Mennesker med en uhelbredelig sygdom og kort forventet levetid
- Mennesker, hvor al helbredende behandling er afsluttet og som har et behov for den specialiserede, tværfaglige, lindrende behandling og pleje der tilbydes.
- Mennesker, som selv har et ønske om at komme på hospice

Ved udvalgets besøg på Hospice Djursland fortalte lederen om sine visioner om et hospice dagcenter som supplement til patienter i eget hjem.

KAPITEL 3: UDREDNING OG BEHANDLING AF KRÆFT I REGION MIDTJYLLAND

3.1 Udredning

Alle regionshospitalet og Århus Universitetshospital er involveret i udredning af kræft om end med en vis arbejdsdeling afhængig af hospitalernes faglige profil. Således udreder f.eks. Regionshospitalet Horsens ikke for brystkræft og lungekræft, og ÅUH, Skejby er f.eks. ikke involveret i udredning af lunge- tarm- eller brystkræft.

3.2 Behandling

Kirurgi

Kirurgisk kræftbehandling foregår på alle regionshospitalet og på Århus Universitetshospital med en arbejdsdeling, der afspejler hospitalernes faglige profil.

F.eks. foregår al kirurgisk behandling af lungekræft på ÅUH, Skejby, og brystkræftkirurgien er samlet på Regionshospitalet Randers, Viborg, Hospitalsenhed Vest og ÅUH, Århus Sygehus. Tyktarmskirurgi foregår på Regionshospitalet Randers, Horsens, Silkeborg, Viborg, Hospitalsenhed Vest og ÅUH, Århus Sygehus, mens endetarmskirurgien er samlet på Regionshospitalet Randers, Viborg, Hospitalsenhed Vest og ÅUH, Århus Sygehus.

Universitetshospitalet varetager inden for alle kræftområder højt specialiserede behandlinger på lands- eller landsdelsniveau, f.eks. kirurgisk behandling af hoved-halskræft og æggestokkræft samt særligt komplicerede operationer inden for alle kræftområder.

I de senere år er kræftkirurgien blevet samlet på færre enheder med det formål at højne kvaliteten af behandlingen. Der er ud fra den dokumenterede viden på området blevet fastsat normer for, hvor mange operationer der inden for de forskellige kirurgiske områder er nødvendige for at sikre den faglige kvalitet - med en øget centralisering af kræftbehandlingen som nødvendig følge.

Strålebehandling

Strålebehandlingen er som højt specialiseret behandling centraliseret på Onkologisk Afdeling, Kræftcentret, ÅUH, Århus Sygehus, som ud over at strålebehandle patienter fra Region Midtjylland på særlige områder behandler patienter på lands- og landsdelsniveau.

Sundhedsstyrelsen har givet tilladelse til, at der etableres en strålesatellit i Herning, der fagligt og ledelsesmæssigt er styret fra Kræftcentret i Århus. Satellitten forventes at åbne for behandling medio 2009.

Systemisk behandling

Medicinsk behandling for kræft varetages som højt specialiseret behandling primært af Onkologisk Afdeling, Kræftcentret, ÅUH, Århus Sygehus samt Onkologisk Afdeling, Hospitalsenhed Vest og Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Viborg.

Figur 7 viser en samlet oversigt over den nuværende fordeling af de væsentlige dele af udredning og behandling af kræft i Region Midtjylland.

Kræftform	Udredning	Kirurgisk behandling	Stråleterapi	Kemoterapi¹
Hoved-hals	Speciallæge RH Randers RH Viborg HE Vest ÅUH, Århus	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus
Tyktarm	ÅUH, Århus RH Randers RH Horsens RH Viborg RH Silkeborg HE Vest	ÅUH, Århus RH Randers RH Horsens RH Viborg RH Silkeborg ³ HE Vest	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus HE Vest RH Viborg
Endetarm	ÅUH, Århus RH Randers RH Horsens RH Viborg RH Silkeborg HE Vest	ÅUH, Århus RH Randers RH Viborg HE Vest	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus HE Vest RH Viborg
Bryst	ÅUH, Århus RH Randers RH Viborg HE Vest	ÅUH, Århus RH Randers RH Viborg HE Vest	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus HE Vest RH Viborg
Lunge	ÅUH, Århus RH Randers RH Viborg RH Silkeborg HE Vest	ÅUH, Skejby	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus RH Viborg ⁵
Blod	ÅUH, Århus HE Vest RH Viborg		ÅUH, Århus	ÅUH, Århus HE Vest RH Viborg
Livmoderhals	Speciallæger ÅUH, Skejby RH Randers RH Horsens RH Silkeborg RH Viborg HE Vest	ÅUH, Skejby RH Randers RH Horsens RH Silkeborg RH Viborg	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus HE Vest
Livmoder	Speciallæger ÅUH, Skejby RH Randers RH Horsens RH Silkeborg RH Viborg HE Vest	ÅUH, Skejby RH Randers RH Horsens RH Silkeborg RH Viborg HE Vest	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus HE Vest

Kræftform	Udredning	Kirurgisk behandling	Stråleterapi	Kemoterapi ¹
Æggestok	ÅUH, Skejby	ÅUH, Skejby	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus HE Vest
Blære	ÅUH, Skejby RH Randers RH Horsens RH Viborg HE Vest	ÅUH, Skejby RH Randers RH Viborg HE Vest	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus
Nyre	ÅUH, Skejby RH Randers RH Horsens RH Viborg HE Vest	ÅUH, Skejby RH Randers HE Vest	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus
Modermærke	Speciallæger ÅUH, Århus	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus
Hjerne	ÅUH, Århus HE Vest	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus
Blærehalskirtel	ÅUH, Skejby RH Randers RH Horsens RH Viborg HE Vest	ÅUH, Skejby RH Randers RH Viborg HE Vest ²	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus
Øvre Mave- tarmkanal	ÅUH, Århus RH Randers RH Horsens RH Viborg HE Vest RH Silkeborg	ÅUH, Århus RH Randers RH Viborg HE Vest	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus
Børn	ÅUH, Århus ⁴ ÅUH, Skejby RH Randers RH Viborg HE Vest	ÅUH, Skejby AUH Århus ⁴	ÅUH, Århus	ÅUH, Århus

Figur 7: Skematisk oversigt over den nuværende organisering af de væsentlige dele af kræftbehandlingen i Region Midtjylland. Det skal bemærkes, at der indenfor alle kræftområderne er fastlagt en arbejdsdeling, hvor Universitetshospitalerne tager sig af de komplicerede behandlinger. Dette gælder i høj grad behandlingen af kræft i livmoderhals, blære, blærehalskirtel og øvre mavetarmkanal, hvor kun lave sygdomsstadier behandles udenfor Universitetshospitalet.

¹ Kemoterapibehandling varetages primært af Onkologisk Afdeling, ÅUH, Århus Sygehus, de mindre komplicerede behandlinger varetages endvidere af Onkologisk Afdeling, Hospitalsenhed Vest og Medicinsk Afdeling, RH Viborg.

² Center-satellitsamarbejde mellem Skejby og HE Vest vedrørende total prostatektomi

³ Afdeling P på RH Silkeborg lukker den 1. december 2008

⁴ Udredning og kirurgisk behandling af børnekræft drejer sig primært om sarkomer

⁵ Kun småcellet lungecancer

KAPITEL 4: KAPACITET PÅ KRÆFTOMRÅDET

I de seneste år er der sket en voldsom vækst i behovet for behandlingskapacitet inden for kræftområdet. Dette skyldes både at antallet af kræfttilfælde vokser, og at man i dag kan behandle flere kræftformer. Samtidig tilbydes behandlingerne i dag, uden at der skeles til patientens alder, dvs. at ældre patienter, som ikke tidligere blev tilbudt behandling, i dag behandles på lige fod med yngre patienter. Desuden indføres løbende nye behandlingsformer, som kræver et øget antal behandlingsserier. Alene på stråleområdet forventes en fordobling af behovet i perioden fra 2006 til 2012 i Region Midtjylland.

Samtidig med et øget behov er der mangel på speciallæger og specialuddannet personale i kræftbehandlingen, hvilket fordrer en stor indsats for at undgå lange ventetider.

Det øgede behov for kapacitet søges imødekommet ved omvisiteringer inden for regionen, uddannelse og ansættelse af mere personale, udvidet åbningstid, mere apparatur og øget produktivitet.

Regionsrådet besluttede den 16. april 2008 at ændre visitationen af patienter med mistanke om kræft således, at patienter med bopæl uden for Århus Kommune henvises til Regionshospitalet. Hensigten med at ændre optageområder for patienter med mistanke for kræft er at modvirke patienttilstrømningen til Universitetshospitalet, navnlig ÅUH, Århus Sygehus, hvor kapacitetsudvidelsen ikke har kunnet modsvare tilstrømningen af patienter med lange ventelister til følge. I første omgang ventes de ændrede optageområder at kunne bidrage til større overensstemmelse mellem behov og kapacitet på tarmkræft- og brystkræftområdet.

På de områder, hvor der er mangel på personale, søges nogle af opgaverne løst af andre personalegrupper. For at imødekomme manglen på personale i forbindelse med mammografiscreeningerne, har Region Midtjylland videreuddannet SOSU-assisterter til at betjene mammograferne. På Regionshospitalet Viborg giver man udtryk for stor tilfredshed med denne ordning.

På Kræftcentret ved ÅUH, Århus Sygehus skrives journalerne i stort omfang af medicinstuderende, og man har desuden igangsat videreuddannelse af specialiserede sygeplejersker, som kan overtage koloskopierne af tarmkræftpatienter.

I Herning åbner pr. maj 2009 en satellitfunktion med to acceleratorer, der skal betjenes af bl.a. strålesygeplejersker, som pt. er under uddannelse på ÅUH, Århus Sygehus. I løbet af 2010 forventes der at være den tilstrækkelige strålebehandlingskapacitet i Region Midtjylland. Dog er det i en periode indtil 2010 nødvendigt at sende patienter til strålebehandling i udlandet og på Rigshospitalet for at kunne tilbyde behandling inden for garantiperioden.

Der forudses dog fortsatte udfordringer vedr. kapaciteten inden for både strålebehandling, kemoterapi og kirurgi, i takt med at mammografiscreeningen kommer i gang i fuld skala, og der introduceres pakkeforløb for flere kræftformer.

4.1 Bufferkapacitet

Omlægningen til pakkeforløb nødvendiggør, at der indføres en bufferkapacitet af en vis størrelse for at sikre, at kravene vedrørende behandlingsfrister kan overholdes. Bufferkapacitet

er nødvendig, dels fordi antallet af henvisninger svinger, og dels fordi det kan blive nødvendigt med ombookinger undervejs i pakkeforløbet.

Hvis der f.eks. under udredningen gøres fund, som nødvendiggør andre undersøgelser end de planlagte, kan de øvrige bookedede undersøgelser forsinkes. PET/CT scanninger, der anvendes i planlægningen af behandlingen, medfører f.eks. ofte, at et planlagt forløb må ændres, fordi scanningen resulterer i nye fund. Desuden kan manglende sårheling og væskedannelse efter operation af f.eks. brystkræftpatienter betyde, at den efterfølgende behandling må udsættes. Det samme gælder for hoved-hals kræft, hvor f.eks. et opstået behov for tandudtrækning kan forsinke forløbet.

Disse behandlingsrelaterede forsinkelser viser også, at pakkernes forløbstider må implementeres med nogen fleksibilitet, da der i de individuelle patientforløb kan være flere forhold der gør, at de formelle forløbstider ikke kan overholdes.

Jo flere pakkeforløb som indføres, jo mere bufferkapacitet vil være nødvendig. Som følge af indførelsen af pakkeforløb, har man i stråleterapien på Rigshospitalet bedt om ekstra midler til et estimeret bufferbehov på 30%. Kræftcentret ved ÅUH, Århus Sygehus vurderer skønsmæssigt, at behovet for bufferkapacitet indenfor stråleområdet vil være mellem 10-25%.

Faldende produktivitet

Det må forventes, at produktiviteten som følge af behovet for bufferkapacitet falder i takt med, at der indføres pakkeforløb på flere og flere områder.

Inden for patologien på Regionshospitalet Randers er den foreløbige erfaring med pakkeforløbene f.eks., at svartiderne for den samlede mængde vævsprøver stiger som konsekvens af de specifikke krav om maksimale svartider for kræftpatienterne. Dette skyldes, at man er nødt til at køre færre analyser ad gangen, når bestemte prøver skal prioriteres forud for andre.

På Rigshospitalet vurderer man, at den regulære spildtid ved de første to indførte pakkeforløb er på 5-10%.

Afdelingerne både på Rigshospitalet og i Region Midtjylland er bevidste om at udnytte opstået ledig kapacitet i videst muligt omfang. På Kræftcentret ved ÅUH, Århus Sygehus, har man styrket bookingfunktionen ved bl.a. at afsætte personaleressourcer til daglig gennemgang af skemaet for hver enkelt accelerator. Afdelingerne peger dog på en række forskellige forhold, der gør det vanskeligt at udnytte ledige tider fuldt ud.

Patienter i stråleterapien udgør f.eks. en blandet gruppe, som kræver individualiserede behandlinger. Typisk skal en patient i stråleterapien gennemgå en hel serie af behandlinger, med bestemte tidsintervaller mellem hver behandling, hvilket gør det svært at udnytte pludseligt opstået ledig kapacitet.

I takt med at man har fået bugt med ventelisterne, er der desuden færre patienter at indkalde til ledige tider.

Afdelingerne gør dog også opmærksom på, at ledig kapacitet ved apparaturet ikke er det samme som spildtid, da ledige tider kan anvendes til forskning og udvikling samt til uddannelse af personale.

På Hospitalsenhed Vest ser man samtidig et potentiale for besparelser i forbindelse med indførslen af pakkeforløb. Det samlede ressourceforbrug ved det enkelte patientforløb forventes således at blive mindre i takt med at forløbene bliver hurtigere og mere effektive.

KAPITEL 5: UDVALGETS ANBEFALINGER

Udvalget har gennem arbejdet med kræftområdet erfaret, at der er tale om et kompliceret og høj-professionelt behandlingsområde, hvor fagfolk og ledere yder en imponerende indsats for at udnytte bedst fungerende metoder og teknologi samt sikre effektiv arbejdstilrettelæggelse til gavn for kræftpatienterne. Indførelse af pakkeforløb med anvendelse af forløbskoordinatorer har samlet indsatsen på tværs, således at praksissektor og hospitalssektor nu tilbyder patienterne en mere sammenhængende koordineret indsats gennem hele udrednings- og behandlingsforløbet. Dette vurderer udvalget som yderst positivt og anbefaler en fortsættelse af bestræbelserne. Hermed giver udvalget sin store anerkendelse til det dedikerede personale, som medvirker i regionens kræftbehandling. Udvalget har i forbindelse med kræftområdet yderligere nogle overvejelser og giver til det videre arbejde følgende anbefalinger:

En samlet koordineret indsats

Regionens indsats på kræftområdet bør fungere som en samlet indsats, hvor de fungerende enheder samarbejder og sikrer en optimal afvikling vedrørende undersøgelser, diagnostik og behandling. En forløbskoordinator kan sikre både fremdrift og koordination i patientforløbene, samt at patienterne får information, vejledning og støtte under udredningsforløbet.

Udvalget anbefaler, at alle hospitalerne i Region Midtjylland indarbejder forløbskoordinatorfunktionen i alle pakkeforløb.

Kræft som kronisk sygdom

Som nævnt betragtes kræft i dag som en kronisk sygdom, og indsatsen på kræftområdet bør derfor i stigende omfang afspejle dette. Mange kræftpatienter lider af flere sygdomme, hvilket yderligere komplicerer behandlingen og stiller særlige krav til sammenhæng i sundhedsvæsenets indsats. Kræftpatienternes samlede sygdomstilstand bør være i fokus i forbindelse med planlægning af behandlingsforløb. Der kan med fordel trækkes på erfaringer fra de områder, hvor der i højere grad er tradition for at fokusere på patientens samlede sygdomsbillede.

Udvalget anbefaler, at det nøje overvejes, om der er behov og mulighed for at sammensætte multidisciplinære teams omkring kræftpatienter med andre alvorlige sygdomme. Det kan overvejes, om inddragelse af endokrinologer (for diabetespatienter), lungemedicinere (for KOL-patienter) og kardiologer (for hjertepatienter) kan supplere det traditionelle team af onkologer, radiologer m.m. Herunder bør det undersøges, om der er behov og mulighed for at etablere flere intermedie afsnit, da patienter med andre alvorlige sygdomme har brug for mere overvågning, end hvad der er muligt på en almindelig kirurgisk sengeafdeling.

Fokus på almen praksis

I tråd med visionerne for regionens indsats på kronikerområdet kan almen praksis potentielt spille en større rolle i patientforløbene på kræftområdet. Cancer i Praksis arbejder sammen med Urologisk Afdeling på Regionshospitalet Viborg på at starte et projekt, hvor flere af kontrollerne af patienter med prostatakræft lægges ud til almen praksis for bl.a. at aflaste sygehuse og ambulatorier. Formålet er desuden at udvikle en model for shared care for prostatakræft, hvor almen praksis involveres mere aktivt i opfølgningen efter endt hospitalsbehandling. Målet er større patienttilfredshed og færre ambulatoriebesøg pr. færdigbehandlet patient.

Udvalget anbefaler, at det undersøges, om almen praksis fremadrettet kan varetage nogle af de efterfølgende kontroller efter endt behandling inden for de forskellige kræftområder, samt hvorledes almen praksis rolle som tovholder bedre kan udnyttes i kræftforløbene.

Kemobehandling på sundhedscentre

En mulighed for at aflaste de onkologiske afdelinger kunne måske være at varetage kemoterapi af udvalgte patienter på de kommende sundhedscentre i regionen eller evt. i patienternes eget hjem. I øjeblikket afprøver børneafdelingen på Rigshospitalet muligheden for at børnene behandles i eget hjem.

Udvalget anbefaler, at det overvejes at igangsætte forsøg, evt. i samarbejde med Rigshospitalet, med hjemmekemoterapi eller kemoterapi på sundhedscentrene. Der bør i den forbindelse også indsamles oplysninger om internationale erfaringer på området.

Kapacitet

Udvalget anbefaler, at opståede kapacitetsproblemer i regionen løses via bl.a. hensigtsmæssige omvisiteringer og fleksibilitet i ressourceanvendelsen, så det varierende henvisningspres ikke forårsager voksende ventelister. Flexibiliteten kan f.eks. udmøntes i udvidet åbningstid ved særligt apparatur, når henvisningspresset i en periode tiltager. Vedvarende henvisningspres skal imødegås ved gennemførelse af relevant kapacitetsudvidelse (mere apparatur og mere personale, eller tilkøb af supplerende udenregional kapacitet). Opgaveflytninger mellem personalegrupper bør udforskes, hvor der opstår vedvarende mangel på særligt personale. Anvendelse af diagnostisk apparatur bør desuden prioriteres som et væsentligt led i en hurtig afklaring af, om en patient har eller ikke har kræft.

Produktivitet

Opmærksomhed på behovet for bufferkapacitet er nødvendig for at kunne kortlægge konsekvenserne af pakkeforløb for produktiviteten. Det er vigtigt at sikre, at opstået ledig kapacitet udnyttes bedst muligt i forhold til andre patienter eller øvrige vigtige funktioner på afdelingen.

Udvalget anbefaler, at behovet for bufferkapacitet følges nøje i takt med, at der indføres pakkeforløb på flere og flere kræftområder, ligesom det bør undersøges, om pakkeforløbene er økonomisk fordelagtige set ud fra en samlet betragtning.

Patientperspektivet

Udvalget anbefaler, at de nye initiativer på kræftområdet følges op af patienttilfredshedsundersøgelser. Der skal i den forbindelse gøres opmærksom på, at Enhed for Brugerundersøgelser på vegne af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse skal stå for gennemførelsen af en landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser