

Region Midtjylland

Akut kræftbehandling

Bilag

**til Regionsrådets møde
den 26. september 2007**

Punkt nr. 39



17-08-2007

Sag nr. 07/1602

Dokumentnr. 46921/07

Peder Ørnsholt Ring

Tel. 35298196

E-mail: pr@regioner.dk

Danske Regioners syvpunktsplan på kræftområdet

Danske Regioner støtter, at der udarbejdes en handlingsplan for kræftområdet, der bl.a. skal sikre at alle patienter med livstruendes sygdom behandles uden ventetid.

Det er vigtigt at understrege, at der allerede gøres en stor indsats for at sikre og udvikle kvaliteten i kræftbehandlingen og at sundhedsvæsenets personale yder en enorm indsats.

Det er også vigtigt at påpege, at en stærk prioritering af, at udredning og behandling af kræftpatienter og andre patienter med livstruende sygdomme skal ske uden ventetid, har store konsekvenser for det samlede sundhedsvæsen, hvor patienter med ikke-livstruende sygdomme kan komme til at opleve længere ventetider og at flere behandles i det private sygehusvæsen.

Regionerne er enige om følgende:

1. Regionerne vil inden for 6 uger sikre akut udredning og behandling for tre kræftsygdomme: hoved-halskræft og lungekræft, der er meget aggressive kræftformer og efter yderligere 6 uger for tarmkræft, der rammer mange og hvor der er stor fokus på tidlig opsporing. Det betyder konkret, at når der er en begrundet mistanke om kræft, skal diagnostik påbegyndes inden for maksimalt 48 timer og det videre forløb for diagnostik og behandling foregå, så der kun optræder ventetid, der er strengt fagligt begrundet. Der skal naturligvis fortsat tages hensyn til patientens ønsker.
2. Regionerne vil i forbindelse med indførelse af landsdækkende mammografiscreening etablere akutte forløb for udredning og behandling af brystkræft.

3. Regionerne vil for hvert kræftforløb, startende med hovedhalskræft og lungekræft, udpege en forløbskoordinator, der over for ledelsen har ansvar for at overvåge og dokumentere patientforløbene og informere om eventuelle flaskehalse og slip.
4. For at understøtte det politiske ansvar i dette arbejde vil regionerne hver anden måned offentliggøre status på baggrund af relevante nøgledata mv.
5. Regionerne vil hernæst indenfor de kommende uger afdække, hvad der skal til for at alle patienter med livstruende sygdomme kan sikres behandling uden andet end fagligt begrundet ventetid, herunder
 - personalebehov og muligheder for udvidelse af personalekapaciteten ved f.eks. overarbejde, rekruttering og opgaveglidning,
 - apparaturbehov og –anvendelse, herunder særlig scannerkapacitet og udnyttelsesgrad,
 - organisatoriske og logistiske forudsætninger, bl.a. ved forløb der går på tværs af hospitaler og regioner,
 - muligheden for inddragelse af private og udenlandske klinikker og hospitaler i løsningen af opgaven,
 - identificere barrierer for en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse i nuværende regler og vejledninger, samt
 - økonomi.

Der vil således medio september foreligge et fælles oplæg til, hvordan regionerne forventer at kunne løfte opgaven. Det er vigtigt at oplægget tager hensyn til det samlede sundhedsvæsens funktion og at de enkelte regioner har forskellige udgangspunkter for at løse opgaven.

6. Danske Regioner vil ultimo september, når dette arbejde foreligger, invitere regeringen til en drøftelse af, hvorledes der kan skabes national konsensus og økonomi til en fælles handlingsplan for kræftområdet. Der er behov for en handlingsplan, der fastlægger fælles mål for kræftbehandlingen med konkrete angivelser af indsatsområder samt hvordan og hvornår resultatet heraf forventes målt.
7. Danske Regioner vil allerede i næste uge invitere Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og FOA til et møde for at drøfte, hvorledes må-

lene bedst realiseres uden arbejdsmiljøet for de ansatte forringes mærkbart. Der ligger heri en anerkendelse af den store indsats, der allerede i dag ydes af mange ansatte på hospitalerne.

Side 3

Med akut kræftbehandling forstås *udredning og behandling uden unødigt ventetid*. Ved mistanke om kræft skal patienten udredes hurtigst muligt og i tilfælde af kræft behandles hurtigst muligt. Nogen kræftsygdomme er lette at diagnosticere, mens andre kræver flere og mere komplekse undersøgelser. Forløbene vil derfor have forskellig længde, men fælles er, at det alene er den fagligt begrundede ventetid, der accepteres. Patienterne skal være velinformerede om behandlingen og forløbet.

Der er flere måder, at sikre hurtige forløb på. En er ved at etablere udredning og behandling i forløbspakker. En anden er, at have åbne ambulatorier, hvor den praktiserende læge kan henvise direkte til undersøgelse ved mistanke om kræft. En tredje er, at tilknytte en forløbskoordinator til de enkelte forløb, som hele tiden sikre fremdrift.

Danske Regioner



Region Midtjyllands planer for implementering af Danske Regioners Syvpunktsplan for kræftbehandlingen

Dato 11.9.07

Søren Lihn/Anders Ryelund

Tel. +45 8728 4437/4455

soeren.lichn@stab.rm.dk

1-30-31-06-V

Side 1

I Region Midtjylland arbejder hospitalerne for fuld kraft på at realisere Syvpunktsplanen, begyndende med indførelse af akut behandling af hovedhalskræft og lungekræft fra den 1. oktober, tarmkræft fra den 12. november og brystkræft fra den 1. januar 2008. Inden da foreligger en stor opgave med afvikling af ventelister.

Vi har afgrænset de 4 kræftgrupper således, jævnfør Sundhedsstyrelsens sygdomsklassifikation:

Kræftgruppe	SKS diagnosekoder kode
Lungekræft	DC340A Neoplasma malignum pulmonis, hilus DC341 Neoplasma malignum pulmonis lobi superioris DC342 Neoplasma malignum pulmonis lobi medialis DC343 Neoplasma malignum pulmonis lobi inferioris DC348 Neoplasma malignum pulmonis flere regioner DC349 Neoplasma malignum pulmonis uden specifikation
Hovedhalskræft	DC00-DC14 Kræft i læbe mundhule og svælg DC31 Kræft i bihuler DC32 kræft i strubehoved
Tarmkræft	DC17 Kræft i tyndtarm DC18 Kræft i tyktarm DC19 Kræft på overgangen mellem tyktarm og endetarm DC20 Kræft i endetarm DC21 Kræft i anus og analkanalen
Brystkræft	DC50 Brystkræft DD05 Carcinoma in situ bryst

På en række områder giver Syvpunktsplanen anledning til at indføre nye rutiner og retningslinjer, hvis endelige udformning ikke kan være endeligt på plads inden for de ovenstående tidsfrister.

Syvpunktplanen vil medføre en række merudgifter til venteliste-pukkelafvikling og til bufferkapacitet. Der vil være øgede udgifter til udførelse af mer- eller overarbejde og på nogle områder til et løft i aktivitetsniveauet.

Det er vores opfattelse, at regionens hospitaler kan nå meget langt i forhold til at realisere syvpunktplanen hvad angår hoved-hals-, lunge- og tarmkræft, medens planens gennemførelse på brystkræftområdet kompliceres af den parallelle indførelse af mammografiscreening. På dette område kan udfordringerne forekomme særligt vanskelige at overkomme på grund af personalemangelen.

Personalemangelen vil i det hele taget være en væsentlig udfordring, som stiller krav om nye og utraditionelle initiativer, herunder initiativer, som kan påvirke udgiftsniveauet.

Der forhandles i øjeblikket med alle relevante organisationer om realiseringen af Syvpunktplanen.

”Rød knap”

Der er behov for at få præciseret, hvem og hvordan der trykkes på den røde knap, som udløser akut kræftudredning og behandling.

Det er vores opfattelse, at praktiserende læge kan trykke på den røde knap ved at afsende en henvisning til et hospital med en obs. pro-cancer-diagnose. Der er da tale om fagligt begrundet mistanke om kræft.

Det stiller nye, skærpede krav til praktiserende læges vejledning af patienten, idet patienten fremover vil opleve at komme ind i et akut udredningsforløb.

I andre tilfælde vil praktiserende læge vurdere, at der ikke er grundlag for en cancer-mistanke, men patientens symptomer vil alligevel være af en karakter, som gør det nødvendigt at iværksætte visse diagnostiske procedurer som f.eks. en røntgenundersøgelse eller en scanning. I denne situation er det vores opfattelse, at lægens henvisning ikke udløser akut udredning og behandling. Der er ikke tale om fagligt begrundet mistanke om kræft. Kun hvis røntgenbilledet eller scanningen giver praktiserende læge anledning til mistanke om kræft, og han derefter fremsender en henvisning med en obs. pro cancer-diagnose, er der trykket på den røde knap, og der er fagligt begrundet mistanke om kræft og dermed adgang til akut udredning og evt. behandling.

Region Midtjylland vil snarest formidle information om de nye standarder for behandling af de fire kræftformer til de praktiserende læger, speciallæger og tandlæger, bl.a. via praksiskonsulenterne. Informationen vil bl.a. angive, at praktiserende læge i en række tilfælde skal ringe til hospitalet samtidig med, at han afsender en elektronisk henvisning. (se nærmere nedenfor). Informationen vil også have som mål at fastholde praktiserende lægers hidtidige henvisningspraksis.

Det er underforstået, at privatpraktiserende speciallæge, tandlæge eller hospitalsafdelinger i andre situationer kan være den instans, der trykker på den røde knap.

"48 timer"

Det fremgår af Syvpunktplanen, at diagnosticeringen skal påbegyndes inden for maksimalt 48 timer, hvis der er begrundet mistanke om kræft.

Vi har grundigt overvejet, hvordan vi kan håndtere dette krav. Vi vil nødtigt risikere at komme i en situation, hvor bogstavelig fortolkning af 48-timers-kravet medfører u hensigtsmæssig anvendelse af personale, som der i forvejen er mangel på. Vi er derfor indstillet på at tolke kravet på en måde, som sikrer kræftpatienter hurtig diagnosticering uden at lade en knap personaleressource stå "stand by" i week-end'en.

Vi er landet på en model, hvor vi fortolker de maksimalt 48 timer som maksimalt 2 hverdage. Det vil f.eks. medføre, at en henvisning afsendt af egen læge fredag ikke medfører indkaldelse af patienten lørdag eller søndag, men derimod mandag eller tirsdag.

Der kan være tale om undtagelser fra reglen i længerevarende helligdagsperioder som Jul/Nytår og Påske. I disse perioder vil påbegyndelse af diagnosticeringen ikke kunne afvente helligdagsafviklingen.

For at nå at reagere inden for 48 timer er det nødvendigt, at hospitalerne ændrer praksis, idet der ikke vil være tid til at egen læger fremsender henvisning på baggrund af hvilken hospitalet udsender indkaldelsesbrev til patienten.

Det er nødvendigt, at praktiserende læger telefonisk kontakter patientforløbskoordinatoren for det pågældende kræftområde og book'er en tid til patienten. Praktiserende læge meddeler patienten denne tid og fremsender samtidig elektronisk (evt. via fax) henvisning til hospitalet. Vælger patienten ikke at tage imod en tid for påbegyndelse af udredningen inden for 48 timer, er han faldet uden for reglerne om akut kræftbehandling, men er fortsat omfattet af de maksimale ventetidsregler, jævnfør bekendtgørelsen om livstruende sygdomme.

Etablering af åbne ambulatorier, hvor patienter henvist af egen læge uden forudgående tidsbestilling kan møde op inden for et bestemt tidsrum alle hverdage, forventes også at blive en model på nogle områder.

For på den ene side at leve op til kravet om påbegyndt diagnosticering inden for 2 hverdage og på den anden side undgå at udsætte patienten for unødige diagnostiske procedurer og at undgå ressourcepild, arbejder hospitalerne i deres reviderede pakkeforløb med en indledende diagnostisk pakke. Den indledende diagnostiske pakke iværksættes inden for 2 hverdage, men indeholder kun ét eller få indledende procedurer, som kan afdække, om der fortsat er begrundet mistanke om kræft og om patienten skal tilbydes et accelereret udrednings- og behandlingsforløb, eller om mistanken om kræft kan afkræftes.

"Strengt fagligt begrundet" ventetid

Hospitalerne i Region Midtjylland er i gang med at beskrive udrednings- og behandlingsforløb med kun strengt fagligt begrundet ventetid.

Der kan være forskel på, hvad der rent teknisk kan lade sig gøre med hensyn til hurtighed – og hvad det er rimeligt og lægeetisk forsvarligt at udsætte patienten for. Det vil derfor indgå i

definitionen af fagligt begrundet ventetid, at man ikke f.eks. kan tilbyde en patient at blive diagnosticeret for en hoved-halskræft om onsdagen og tilbyde patienten en omfattende operation torsdag med betydelige konsekvenser for livskvalitet m.v. Det er nødvendigt at indbygge patienthensyn i forløbene, således som der også lægges op til i Syvpunktplanen.

I relation til denne problematik kan der henvises til erfaringerne fra tarmkræftscreeningsforsøgene i Vejle – København, hvor man måtte opgive at skopere inden for 7-10 dage efter mistanke om kræft, da patienterne af bl.a. praktiske grunde ikke kunne møde så hurtigt. Standarden blev ændret til 3 uger.

Det er intentionen til en vis grad at strømline patientforløbene på tværs af regionens hospitaler, således at det optimale udrednings- og behandlingsforløb for en f.eks. en lungekræftpatient - med indarbejdet patienthensyn til mentalt at fordøje diagnose og behandlingsforløb m.v. – f.eks. beskrives til en samlet varighed på 12 dage. Klinikere inden for hver af de fire kræftsygdomme er på tværs af hospitalerne i færd med at beskrive disse ideelle forløb. Da udredningen og behandlingen for den samme patient kan foregå på flere hospitaler er det helt nødvendigt, at hospitalerne samarbejder om udformningen af patientforløbene.

Det er i øvrigt Region Midtjyllands opfattelse, at disse ideelle forløb bør være af samme varighed i alle regioner.

På nogle områder, som f.eks. lungekræft, kan der blive tale om en indfasningsperiode på et par måneder. Fra den 1. oktober vil alle lungekræftpatienter blive behandlet inden for grænserne af de maksimale ventetider for patienter med livstruende sygdomme, men det er muligt, at det vil tage nogle uger at få systemet strømlinet, så udrednings- og behandlingsforløbet når ned på det mulige antal dage – i dette eksempel anslået til 12 dage.

Region Midtjylland forventer, at gældende regler om maksimal ventetid for kemobehandling og strålebehandling fortsat er gældende for brystkræftpatienter.

./.

Der vedlægges eksempler på patientforløb, som er under udarbejdelse på regionens hospitaler.

Pukkelafvikling

Der er en vis ophobning af patienter på ventelister til udredning og/eller behandling, ligesom patienter er på vej igennem et udredningsforløb.

Det er nødvendigt, at denne population er færdigbehandlet, inden overgangen til det nye program for akut udredning og behandling iværksættes.

Pukkelafviklingen kan ske på to måder, som forventes anvendt i kombination. Over- og merarbejde kan i en kortere varende periode medvirke til at afvikle puklen, men det forventes, at det er nødvendigt at kombinere en øget produktion med en samtidig nedprioritering af andre patientgrupper.

Denne nedprioritering vil sandsynligvis medvirke til, at flere af de nedprioriterede patientgrupper via reglerne om udvidet frit valg vil vælge behandling på private klinikker og

hospitaller. Denne udvikling vil blive forstærket af den nye tidsramme for ret til udvidet frit valg den 1. oktober 2007.

Forløbskoordinator

Af Syvpunktplanen fremgår, at regionerne for hvert kræftforløb startende med hovedhalskræft og lungekræft, vil udpege en forløbskoordinator, der over for ledelsen har ansvar for at overvåge og dokumentere patientforløbene og informere om eventuelle flaskehalse og slip.

Det er vores opfattelse, at rollen for forløbskoordinatoren kan defineres på forskellige måder og måske variere over tid.

I opstartsfasen er det nødvendigt med en forløbskoordinator som blækspruttefunktion inden for hver kræftsygdom på hvert hospital. Der vil være behov for, at praktiserende læge kontakter koordinatoren på telefon og for at koordinatoren via kontakt til de forskellige diagnostiske og behandlende afdelinger sikrer den enkelte patient behandling efter de nye standarder.

Koordinatoren, som f.eks. kan være en erfaren sygeplejerske, vil skulle have en forløbsansvarlig læge at støtte sig til, f.eks. i situationer, hvor det kniber for en afdeling at overholde de nye standarder.

På længere sigt er det muligt, at koordinatoren måske i højere grad kan få den monitorerende rolle som beskrevet i Syvpunktplanen.

Det er dog vores opfattelse, at monitoreringen i stedet skal ske via dataregistreringer, som gør det muligt at etablere et systematisk overblik over, hvordan den enkelte afdeling og det enkelte hospital lever op til de nye standarder.

Muligheden for at inddrage private og udenlandske klinikker og hospitaler i løsningen af opgaven

I forhold til kræftbehandling er det meget begrænset, i hvilket omfang private hospitaler kan supplere det offentlige hospitalsvæsen. De private hospitalers aflastning vil derfor primært ske via det øgede overløb af udvidet-fritvalgs-patienter som beskrevet ovenfor.

Det kan dog ikke udelukkes, at det enkelte hospital kan indgå aftale med privatsektoren om enkelte elementer i udredningsforløbet, hvor hospitalet måtte have et midlertidigt kapacitetsproblem. På brystkræftområdet er der også enkelte private aktører, der kan indgå i den kirurgiske behandling.

Hvis det i løbet af de næste uger viser sig, at det ikke er muligt at opnå tilstrækkelig kapacitet inden for ét eller flere af de fire kræftsygdomme, kan det blive aktuelt, at regionen undersøger de udenlandske behandlingsmuligheder.

Mammografiscreeningsprojektet vil dog med sikkerhed medføre et øget behov for køb af strålebehandlingskapacitet i Tyskland.

Økonomi

Estimerede udgifter til akut udredning og behandling af lungekræft, hovedhalskræft, tarmkræft og brystkræft.

Omkostningstype		Omkostning i Region Midtjylland
Engangs-udgift	Fjernelse af venteliste	ca. 20 millioner kroner
	Anlæg og apparatur	ca. 50 millioner kroner
Engangsudgifter total		ca. 70 millioner kroner
Løbende årlige udgifter		
Årlig Udgift	20 forløbskoordinatorer	ca. 7 millioner kroner årligt
	Meraktivitet (1)	ca. 55 millioner kroner årligt
	Bufferkapacitet (2)	ca. 90 millioner kroner årligt
Løbende årlige udgifter total		ca. 152 millioner kroner

- (1) Meraktivitet skyldes en estimeret stigning i behovet for udredning når forløbet overgår til at være en akut aktivitet. Meraktiviteten afregnes med 100 % i forhold til faktisk meraktivitet. 100 % DRG på grund af over-/merarbejde, ekstra vagtlagt med videre, da der ikke blot er tale om en marginal kapacitetsudbygning. Beløbet indeholder ikke den meraktivitet, hverken på udredningssiden eller behandlingssiden, som skyldes screeningsprojektet på brystkræftområdet. Udgiften til screeningsprojektet på brystkræftområdet er estimeret til cirka 200 millioner kroner ud over udgifterne i tabellen ovenfor.
- (2) Bufferkapaciteten er udregnet som 15 procent af den aktuelle DRG værdi af udredning og behandling på de fire kræftområder.

Venlig hilsen

Lars Dahl Pedersen
Afdelingschef