

Bilag til Kræftplan II

6.1 Patientforløb – organiseret i pakker

Cheflæge Johannes Gaub, overlæge Niels Mygind, overlæge Carsten Rytter, overlæge Bente Sørensen, overlæge Claus Bisgård, overlæge Peter Wamberg, overlæge Thomas Skjødt, overlæge Karen Skjødt, overlæge Bjarne Nielsen, overlæge Anne Marie Bak Jylling, overlæge Birthe Østergård, overlæge Jan Lindebjerg og overlæge Helle Ørding, Vejle Sygehus

Overlæge Finn Hald, Horsens Sygehus

Praksiskoordinator Per Grinsted, Fyns Amt

Kvalitetschef Peter Rhode, Århus Amt

Cheflæge Johannes Gaub har stået for sammenskrivningen og er ansvarlig for kapitlets endelige form.

Patientforløb: udredning – behandling – opfølgning. Erfaringer på Vejle Sygehus

Indledning

Vejle Sygehus har siden 1995 arbejdet med ”det hensigtsmæssige patientforløb”, oprindeligt med det formål at lette beskrivelse og måling af kvalitet og service (1). Da Vejle Amts lungekræftdiagnostik blev centraliseret på Vejle Sygehus i 1999, blev Lungepakken skabt, og modellen viste sig velegnet for patientforløb, som skal overholde snævre tidsfrister. Lignende erfaringer er gjort i andre sygehusvæsener (2,3).

Kræftstyregruppen har bedt Vejle Sygehus bidrage til Kræftplan II med beskrivelse af de pakkeforløb, der danner grundlag for vor behandling af kræftpatienter. Kapitlet starter med de generelle træk i pakkeforløbene, som gerne skulle kunne anvendes andre steder. Derefter en beskrivelse af de fire store kræftområder, som følger modellen i dag, lunge-, mamma-, kolon-rektum- og gynækologisk cancer, og en kort beskrivelse af den nøglerolle, radiologi og patologi spiller for vellykkede pakkeforløb med vægt på de bindinger, pakkeforløbene pålægger disse specialer.

Hvor det er relevant anføres den kapacitet, der uge for uge reserveres til pakkerne og det faktiske brug af de reserverede tider i 2004. Hvor ikke andet anføres, oplyses den kapacitet, Vejle Amt anvender med en befolkning på 350.000 indbyggere.

Det er værd at bemærke, at det indhold de forskellige pakker har i dag, er resultatet af de forskellige teams' søgen efter ressource- og tidsbesparende løsninger, på eget initiativ; nærværende fremstilling er det første forsøg siden 1995 på at uddrage de fælles elementer.

Kræftstyregruppen har i sin opgaveformulering også bedt os om at inddrage Århus Amts tilgang til patientforløb. Århus-modellen indeholder et fælles koncept, baseret på tidlige erfaringer med diagnostiske mamma- og lungepakker omtrent som i Vejle, som i 2002 blev udformet i et skrift om det ideelle patientforløb. Arbejdet har været styret fra amtets kvalitetsafdeling og er offentliggjort (4-6). Reference (4) er en fremstilling af den ideelle måde at indrette patientforløb på, med vægt på inddragelse af patientvinkelen, og systematisk overvågning af den organisatoriske og faglige kvalitet ved hjælp af indikatorer.

De diagnostiske pakker på Vejle Sygehus kan ses som realiseringer af mange af de samme idéer. Det vil fremgå af teksten, hvad der er idealer, og hvad der er virkeliggjort. Det er håbet, at læseren vil kunne drage nytte af at studere begge tilgange til processen.

Kapitlet slutter med skrivegruppens opsummering af de lokale forhold, der har lettet vejen mod Vejles pakkeforløb, og med gruppens planer for videreudvikling af pakkerne og anbefalinger til Kræftplan II.

Seksten pointer om pakkeforløb i Vejle-modellen

1. Der er datafællesskab vedrørende laboratorieprøver og røntgenbilleder mellem primær og sekundærsektoren via henholdsvis LABKA og PACS, hvis undersøgelserne er foretaget på et af Vejle Amts sygehuse.

2. Reduktion af doctor's delay, defineret som tidsrummet fra første lægekontakt til lægen reagerer diagnostisk adækvat, sker ved at

- adgangen til de vigtigste indledende undersøgelser på sygehuset er nem for den praktiserende læge og for patienten, og der kommer hurtige svar på undersøgelserne, og
- lægen har opdaterede vejledninger på VISINFO/Sundhed.dk, som typisk er lokale tilpasninger af nationale retningslinier.

3. Diagnostiske pakker er baseret på diagnostiske strategier, som igen er formuleret i nationale retningslinier eller referenceprogrammer. Pakkerne er udformet i samarbejde med praksiskonsulenterne.

4. En pakke drives af et hold af specialister. Det enkelte hold skal være stort nok til, at det fungerer

Bestyknning med læger på Mammaholdet

Fire radiologer
Tre kirurger
To patologer
To onkologer

Alle varetager andre funktioner, bortset fra de tre kirurger og to af radiologerne.

hver uge året rundt; de enkelte funktioner skal således som minimum være dublerede, og planlægningshorisonten for ferier, efteruddannelse m.v. passende lang. Nøglepersonerne skal acceptere de bindinger, dette indebærer.

5. Holdet må ikke blive så stort, at holdfølelsen forsvinder, eller ekspertisen udtyndes. Grundstammen er subspecialiserede overlæger. Læger og sygeplejersker under uddannelse deltager under supervision.

Volumen-kvalitet 2004

- 270 operationer for mammacancer udføres af tre kirurger
- 35 – 40 operationer for rectumcancer udføres af to kirurger

6. Hvert hold har en teamchef, udpeget uformelt. Teamchefen opretholder disciplinen omkring de indgåede aftaler, den ugentlige konference og kvaliteten af patientforløbene og overvåger, om der opstår flaskehalse.

7. Korte ekspeditionstider sikres ved elektronisk meddelelsesform overalt, og ved at team-

Henvisning og reservation i andre afdelinger:

- Lungemedicineren sætter patienten på én af de forud reserverede CT-scanningstider efter at have set røntgenbilledet på sin PC via PACS og fundet bestyrket mistanke om lungekræft .
- Lungemedicineren medgiver tid til første samtale hos onkologen, samtidig med at patienten informeres om kræftdiagnosen.
- Mammakirurgen, som informerer en nyopereret patient om mikroskopifundet, kan samtidig reservere og udlevere en tid hos onkologen samme dag.

medlemmer inden for samme team kan reservere i hindandens programmer uden mellemlid.

8. Kommunikationen med praksis er ligeledes elektronisk, det samme gælder hovedparten af hen-

Sygesikringsoverenskomstens § 39B, stk. 2

Lægen skal kunne kommunikere efter samtlige MedComs godkendte standarder, som de foreligger oktober 2002.

visninger og svar på undersøgelser mellem afdelingerne indbyrdes.

9. Der holdes ugentlige multidisciplinære, tværfaglige konferencer for holdet. Den finder sted på

Lungekonference

Mandage kl 14-15 på Røntgenafdelingen

Deltagere: lungemediciner, thoraxkirurg fra OUH, patolog, onkolog, otolog, radiolog, yngre læger fra alle specialer

Tilrettelægger: lungemediciner (teamchef)

røntgenafdelingen, og er velforberedt af alle deltagere, således at beslutninger om supplerende undersøgelser, diagnose og behandling træffes på stedet. Eksterne samarbejdspartnere er til stede.

10. Svar på biopsier og på andre undersøgelser foreligger altid til aftalt tid. Forgæves patientbesøg og tidsspilde med at rykke for og lede efter svar undgås.

11. Funktioner placeres hensigtsmæssigt inden for teamet, gerne på tværs af speciale- og faggrænser, hvis en rationel arbejdsgang kan opnås

Utraditionel opgaveplacering

Flere af de af DBCG fastlagte kontroller efter c. mammae operation varetages alene af radiologerne i Mammacentret. Det drejer sig om de patienter, hvis kontrol inkluderer en mammografi. Der udføres tillige UL-undersøgelse og palpation. Undersøgelsen erstatter kontrol i Mammakirurgisk ambulatorium.

På Organkirurgisk Afdeling foretager to sygeplejersker 15 – 18 koloskopier pr. uge.. Der er altid samtidig en kirurgisk speciallæge til stede i endoskopienheden. Skopierne kan derudover følges og superviseres fra en hvilken som helst PC på organkirurgisk afdeling.

12. Pakkemodellen indeholder pr. definition en vis overkapacitet, så at den ugentlige kapacitet ligger lidt under de højeste aktivitetstoppe, målt som antal henvisninger i de travleste uger. Overkapaciteten frigives med få dages varsel til almindelig drift. En sikker styring heraf betyder en 100 % udnyttelse af kapaciteten.

13. Der skal konstant være opmærksomhed på flaskehalse i systemet; opstår de, skal de fjernes. Hvis der er midlertidig ophobning af patienter, skal der iværksættes ekstra tider. Systemet ophører med at fungere, hvis de forudreserverede tider beslæglægges af patienter, som har ventet længe.

14. Hver patient har en kontaktsygeplejerske og en kontaktlæge i den pågældende fase af forløbet.

Deres visitkort udsendes med indkaldelsesbrevet eller udleveres til patienten ved første besøg.



15. Patienten informeres løbende om undersøgelsesresultater og om næste trin, ledsaget af information om hvor, hvornår og hvordan. I de diagnostiske pakker kan alle medlemmer af holdet informere patienten om de næste trin i forløbet, fordi standardiserede procedurer følges.

16. En besked til en patient om, at han/hun vil høre nærmere/få en indkaldelse fra en anden afde-

Afleveringsforretningen til onkologien fra mammapakken:

Mandag i mammacentret:

Kirurgen informerer den opererede patient om patologisvar. Efter denne information går patienten *samme dag* videre til samtale med onkolog, der kort informerer om efterbehandling og udleverer skriftlig information

ling, er ikke godt nok. Patienten skal have en tid til påbegyndelse af behandlingen ved afslutningen af udredningen. ”Afleveringen” skal ske rent fysisk, og patienten må ikke få fornemmelsen af at svæve imellem forskellige afdelinger.

Lun gepakken

Fase 1: Symptomer, henvisning, diagnostik

Primærsektor

Lungekræft er den hyppigste årsag til kræftdødsfald i Danmark. Det er de praktiserende lægers opgave at være specielt opmærksomme på ”risikopatienter” for at kunne henvise til røntgen af thorax tidligt i forløbet.

Det vigtigste enkeltelement heri er en let adgang til at få foretaget røntgen af thorax.

Røntgen-afdelingen på Vejle Sygehus har åbent thorax-ambulatorium tirsdag, onsdag og torsdag kl. 11-13, på Give Sygehus dagligt kl. 11-13.30 og tirsdag kl. 11-17.

Tilsammen foretages 80 hhv. 15 thoraxrøntgenbilleder i de to åbne ambulatorier pr. uge. Der kan tages op til 30 thorax'er i timen pr. radiograf og røntgenrum, når tilstrømningen er størst.

Af de patienter der aktuelt henvises til lungecancerudredning, har 25-30 % sygdommen. Fagfolkene tager det som udtryk for, at der ikke henvises for mange patienter, snarere for få.

Samtidig med at egen læge skriver henvisningen til thoraxrøntgen, reserveres en konsultationstid - ikke en telefontid - til svar.

Er der et tumorsuspekt infiltrat, henviser egen læge elektronisk til Lun gepakken efter denne konsultation (kvalitetsmål: samme dag). Henvisningen skal indeholde følgende:

Persondata, inklusiv telefonnummer
 Tentativ diagnose (gerne med ICPC/ICD-10 kode)
 Relevant anamnese specielt i relation til tobak, erhverv
 og anden lunge-hjertesygdom
 Objektive fund specielt st. p. et c., evt. foreliggende lunge-
 funktionen og HB-måling
 Hvad er sagt til patienten
 Aktuel medicin

Ufuldstændige henvisninger returneres sjældent, idet visiterende lungemediciner har let adgang til den afgørende dokumentation i form af thoraxbilledet på sin PC, via PACS.

Sygehus

Visitation og indkaldelse foregår samme dag, som henvisningen er modtaget. I praksis ser lungemedicineren røntgenbeskrivelse og røntgenbillede via PACS – også de røntgenbilleder, der foretages på Horsens, Kolding, Fredericia og Brædstrup sygehuse – og kan omgående reservere en CT-scanning - eller blot indkalde patienten til konsultation og kontrol af thoraxrøntgen.

<p>Dag 1, mandag</p> <ul style="list-style-type: none"> – Journal – Kontakt-sygeplejerske – Spirometri, blodprøver – CT skanning af thorax og øvre abdomen. <p>Kapacitet: 13 lungepakkeforløb pr. uge.</p>	<p>Journalskrivningen lettes af et forud udsendt spørgeskema, som pt. udfylder hjemme; derved spares tid, og inkvisitorisk udspørgen om rygevaner undgås.</p> <p>CT scanning på dag 1 forkorter udredningsforløbet og tillader detektion af svulster, som ses usikkert på thorax-røntgen. Flere patienter får påvist sygdommen i et tidligt og dermed kurabelt stadium. Desuden muliggør det en hurtig afslutning – typisk på dag 2 - såfremt CT afkræfter tumormistanken. Det skønnes, at ca. 10 % af CT-scanningerne kunne undgås, hvis algoritmen havde CT placeret dag 3 eller 4.</p> <p>Tider i Lungepakken, som ikke er rekonfirmeret til Lungepakken 2-5 dage før planlagt brug, anvendes til andet formål. Der blev gennemført 568 forløb, knap 15% af den reservede kapacitet blev således frigivet til anden anvendelse.</p>
<p>Dag 2</p> <p>Pt. informeres om resultater og forelægges videre plan for diagnostik</p> <p>Narkosetilsyn, hvis der skal foretages bronkomediastinoskopi</p>	<p>Lungemediciner og røntgenlæge har ved konference tirsdag morgen besluttet, om patienten skal biopses og arten af proceduren.</p>

<p>Dag 4-5</p> <p>Biopsi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bronkmediastinoskopi - Transtorakal biopsi - Andet <p>Patologi: svarfrist 3 dage Overholdelse > 95 %</p>	<p>Belastning af Patologiafdelingen i 2004</p> <table border="0"> <tr> <td>grovnålsbiopsier</td> <td>182</td> </tr> <tr> <td>bronkmediastinoskopier</td> <td>196</td> </tr> <tr> <td>andre (binyre-, leverbiopsier)</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>i alt</td> <td>419</td> </tr> </table>	grovnålsbiopsier	182	bronkmediastinoskopier	196	andre (binyre-, leverbiopsier)	41	i alt	419
grovnålsbiopsier	182								
bronkmediastinoskopier	196								
andre (binyre-, leverbiopsier)	41								
i alt	419								
<p>Dag 8, mandage 14-15</p> <p>Multidisciplinær lungekonference</p>	<p>Deltagerne får ved konferencens start et skriftligt oplæg vedrørende dagens patienter</p> <p>På lungekonferencen besluttet, om patienten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. skal tilbydes operation eller onkologisk behandling, 2. skal undersøges yderligere, 3. efter en tid skal kontrolleres med billeddiagnostik, eller 4. kan afsluttes. 								
<p>Dag 9-10</p> <p>Patienten informeres af lungemediciner, teamchef, om behandlingstilbuddet, eller om yderligere undersøgelser.</p>	<p>Der er ofte behov for yderligere undersøgelser, for eksempel rebiopsiering, biopsi fra binyrer eller lever, knogle- eller lungekintografi, PET scanning eller kardiologisk bedømmelse. Uanset aftaler om at disse undersøgelser foretages som "hasteundersøgelser", er det ikke muligt at udrede ca 20 % af patienterne inden for to ugers garantien.</p>								

Fase 2: Behandling på sygehuset

Kirurgi

Operable patienter opereres i Odense. Derfor deltager en overlæge fra Thoraxkirurgisk afdeling T, OUH, i den ugentlige lungepakkekonference. Når opererende thoraxkirurg har været med i beslutningerne om diagnostik og operabilitet, kan operationsdato meddeles patienten umiddelbart efter lungekonferencen, og indlæggelse i Odense finde sted på operationsdagen eller dagen før – der skal ikke foregå yderligere præoperativ diagnostik.

Postoperativt udskrives patienten fra Odense, når pleuradrænet er fjernet, sædvanligvis 5. dagen, og overgår til ambulant opfølgning i Vejle. Patienter, hvis kliniske tilstand gør, at de skal være indlagt ud over 5. dagen postoperativt, flyttes til organkirurgisk sengeafsnit, Vejle Sygehus.

Patienter, der skal have adjuverende onkologisk behandling, henvises til onkologisk afdeling i Vejle, så snart patologisvaret, som er behandlingsgrundlaget, foreligger. Der skal gå fire uger fra operationen til starten på adjuverende behandling.

Onkologi

En overdragelsesforretning fra lungemedicin til onkologien for ikke operable patienter, som den der er for postoperative patienter mellem mammakirurgisk ambulatorium og onkologien, indføres 2. maj 2005:

Dag 9-10 Lungemediciner informerer pt om behandlingstilbud besluttet på lungekonferencen(se ovenfor). Pt. medgives tid til - samtale i onkologisk ambulatorium følgende mandag, eller - 1. samtale i stråleterapien inden for 3-4 uger	Visitation ved onkolog. Der skrives henvisninger til kemoterapi og til evt. supplerende undersøgelser, f.eks. chrom-EDTA clearance
Dag 15 og 17, Info2-ambulatorium Onkolog informerer om sygdommens udbredning og den planlagte behandling, herunder forslag om deltagelse i kliniske protokoller. Der reserveres i alt 5 tider til nyhenviste patienter fra Vejle og Ribe amter (1. samtale) og 3 tider til 2. samtale.	Bufferkapacitet i et nyoprettet reservelæggespor Træffes der beslutning om kemoterapi reserveres tider ved 1. samtale Patienter med SCLC visiteres i forbindelse med lungekonferencen til samtale to dage senere og evt. subakut påbegyndelse af behandling

”Reserverede men ikke solgte billetter” vil være kendt efter lungekonferencen ugen før og formidles straks til onkologisk sekretariat så tiderne kan benyttes af andre.

Indikatorer i patientforløb for patienter med lungecancer

Der indberettes fra alle led i forløbet til den nationale kliniske database (DLCR), der drives af DLCCG, og data overføres derfra til Det Nationale Indikatorprojekt vedrørende lungecancer.

I Det Nationale Indikatorprojekt er der opstillet 7 indikatorer for kvaliteten af lungecancerbehandling i Danmark (se <http://www.nip.dk>). Vejle Amts lungecancerbehandling ligger på de fleste indikatorer bedre end landsgennemsnittet.

De afdelinger, der indgår i lungepakken, scorer generelt højt i de landsdækkende undersøgelser af patienttilfredshed (undersøgelse af ambulante patienter), onkologisk afdeling har blandt de indlagte patienter 100 % tilfredse eller meget tilfredse. Tilfredshedsundersøgelserne er ikke diagnosespecifikke.

Fase 3: Opfølgning

Lungeklinikken: Kontrol af røntgen af thorax og spirometri i forbindelse med et ambulant besøg 3 måneder efter operationen.

Onkologisk Afdeling: Patienter, som deltager i forsøg, følges indtil udgangen af forsøget, op til fem år.

Andre patienter ses til kontrol 3 måneder efter sidste behandling. Ved denne kontrol afsluttes patienten principielt fra onkologisk afdeling, og det videre forløb på lokal medicinsk afdeling, eller egen læge aftales – med mulighed for genhenvisning ved fornyet behov for behandling. Enkelte patienter forbliver i kontrolforløb på onkologisk afdeling, hvis fornyet behandling skønnes nært forestående, eller andre specielle grunde gøres gældende.

Mammapakken

Fase 1: Symptomer, henvisning, diagnostik

Primærsektoren

I modsætning til lungepakken indledende thoraxrøntgen, er den indledende undersøgelse i Mammapakken – den kliniske mammografi – en ressourcetung undersøgelse. Det er derfor vigtigt, at henvisende læge giver kliniske oplysninger, der kan anvendes som grundlag for Mammacentrets prioritering.

Henvisningen skal indeholde følgende:

Persondata, inklusive telefonnummer
Tentativ diagnose gerne med ICPC/ICD-10 kode
Relevant anamnese
Objektive fund specielt vedrørende mamma- og thoraxregionen
Problemformulering og eventuelt specielle ”ønsker”
Disposition
Hvad er sagt til patienten
Aktuel medicin

Forud for henvisningen til mammografi bør henvisende læge ikke foretage indgreb på mammae (heller ikke finnålsprøve), idet indgrebet kan vanskeliggøre mammografisk vurdering.

Inkomplette henvisninger returneres kun i grelle tilfælde, for at undgå at skabe usikkerhed for patienten eller forlænge et patientforløb.

Mammografi

<p>Dag 0 Konsultation hos egen læge</p>	<p>Henvisning sendes elektronisk til Mammacentret samme dag.</p>
<p>Dag 1</p> <p>A. Patienten ringer kl. 9-10 til Mammacentret og får tid fra dag 1 - 12</p> <p>B. Patienten ringer ikke Der sendes indkaldelsesbrev. Undersøgelsen udføres fra dag 5-12</p> <p>Både A og B: Der sendes en skriftlig bekræftelse af aftalen, en kort information, et vejkort og et lokalkort (parkeringsmuligheder) til patienten.</p>	<p>Hvis der er mistanke om brystkræft, kommer patienten i gruppen snarest, får eventuelt tid samme dag.</p> <p>I Mammapakken ligger ca. 60-90 ”snarest” tider om ugen. Dette antal reguleres efter behov, idet ventetiden for patienter med ingen eller ringe kliniske mistanke anvendes som buffer.</p> <p>Undersøgelsestal i 2004: 4.459 kliniske mammografier (CPR-numre).</p> <p>Maksimal ugentlig kapacitet: 140 patienter</p>
<p>Dag 1-12</p> <p>Klinisk mammografi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mammografi, ultralyd, klinisk undersøgelse. <i>Ved formodet malignt fund:</i> <ul style="list-style-type: none"> – Finnålsaspirat eller grovnålsbiopsi af tumor, palpation og ultralydscanning af de regionale lymfeknude-stationer og evt. biopsi. Radiologen orienterer patienten om den formodede maligne diagnose – Patientens egen læge får svar via EDI samme dag som undersøgelsen udføres – Patienten får en ”snarest tid” i Mammakirurgisk Ambulatorium <p><i>Patologifdelingen:</i> Svar på finnålsbiopsi: dag 1 (samme dag) eller dag 2 Svar på grovnålsbiopsi: dag 2 eller 3, hormonreceptorer kræver yderligere 2 dage</p>	<p><i>Eventuel aftale</i> i Mammakirurgisk Ambulatorium: Mammacentrets sekretær reserverer tid i Mammakirurgisk Ambulatorium. Tiden medgives patienten skriftligt, sammen med et <i>visitkort</i> fra undersøgende radiolog.</p> <p>Efter en undersøgelse af patientpræferencer i 2002 blev indførelse af sammedagsdiagnostik opgivet. Flertallet af patienterne foretrak at få svaret på biopsierne få dage senere, frem for en ny samtale efter nogle timers ventetid.</p> <p>Biopsier sendes straks til Patologisk Institut, påført besøgsdato i Mammakirurgisk Ambulatorium, således at svaret er parat på den aftalte dag. Der laves Hercep Test (to gange ugentlig) på</p> <ul style="list-style-type: none"> - tumorer fra patienter under 35 år, - ikke-lavrisiko patienter under 55 år, og - receptornegative patienter mellem 55 og 70 år

Fra dag 4

Inden forundersøgelsen i Mammakirurgisk Ambulatorium konfererer radiologer og kirurger om dagens patienter

Anden mammografisk diagnostik:

- Kirurgerne disponerer over en akut-tid dagligt i radiologernes program til rebiopsi m.v.
- Til Franks nålemarkering er der afsat tre faste tider om ugen, som kirurgerne disponerer over.
- Når en tumor er fjernet efter Franks nålemarkering, bringes vævet til undersøgelse hos den radiolog, der foretog markeringen for at verificere, at tumoren er indeholdt i dette. Der svares, inden operationen afsluttes. Herefter sendes præparatet til Patologisk Institut

Fase 2: Behandling

Al videre udredning samt klargøring til operation sker ambulantly. Det har vist sig nødvendigt og hensigtsmæssigt at sprede den omfattende præoperative information over to ambulatoriebesøg.

Mammakirurgi foregår som anden stationær kirurgi på Vejle Sygehus efter principperne for accelererede patientforløb.

Mammakirurgisk Ambulatorium

Dag 0, 1. forundersøgelse

Forventet tidsforbrug læge/sygepl 30/45 min

Operationstid og eventuel SentinelNode-reoperationstid reserveres

Udlevering af skriftlig information om operation, udlevering af visitkort.

Patienten bliver nøje forberedt på den korte indlæggelsesvarighed (Kort-og-godt forløb)

Ved første kontakt tildeles patienten en kontaktlæge og -sygeplejerske.

Lægen undersøger og orienterer pt. om mikroskopisvar. Operationsmetode drøftes og besluttet. Pt. får valget: første ledige operationstidspunkt eller kontaktlægens første operation mulighed.

Lægesamtalen suppleres af kontaktsygeplejersken, der informerer om operationstid, indlæggelse og efterforløb.

<p>Dag 4, 2. forundersøgelse</p> <ul style="list-style-type: none"> - blodprøver - røntgen af thorax - anæstesi-tilsyn - mammografi-afsnittet og/eller Klinisk Fysiologisk Afdeling bookes, hvis de skal medvirke på operationsdagen. 	<p>Kirurgen rekapitulerer og supplerer informationen.</p> <p>Opfølgende sygeplejerske samtale om indlæggelses- og ambulante efterforløb.</p>
<p>Dag 13-18, efter operationen</p> <p>Tid hos kontaktsygeplejersken i Mammakirurgisk Ambulatorium</p> <p>Tid i fysioterapien. Fysioterapeuten instruerer i øvelser og varetager information om lymfødem profylakse.</p>	<p>Patienter i Vejle og omegns kommuner tilbydes holdtræning. Patienter fra øvrige kommuner henvises til videre fysioterapi på hjemsygehuset.</p>
<p>Dag 18-22, mandage</p> <p>Mikroskopisvar Mammakirurg og sygeplejerske.</p> <p>Samtale er booket til samtale med onkolog om adjuverende behandling i Mammakirurgisk Ambulatorium</p>	<p>Der er tre forløbsvariationer i den onkologiske efterbehandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - endokrin behandling starter straks. Pt. får udleveret tid i onkologisk ambulatorium, enten den følgende fredag eller mandag. - patienter, der skal have kemoterapi får tid i onkologisk ambulatorium, enten den følgende fredag (5 reservede tider) eller mandag. Ved den første samtale aftales tidspunkt for start af kemoterapi. Behandlingen startes således <14 dage efter patologisvar er givet. - <10 % af patienterne skal kun have strålebehandling. Pt. informeres om strålebehandling mundtligt og skriftligt. Pt. får inden for få dage besked om, hvornår behandlingen skal starte, p.t. 2-3 ugers ventetid.
<p>Efter 6 uger Sygeplejesamtale i Mammakirurgisk Ambulatorium</p> <p>Afslutning af det kirurgiske forløb.</p>	<p>Vurdering af evt. behov for støtteforanstaltninger</p> <p>Patienttilfredshed - hvorledes har patient og pårørende oplevet hospitalsforløbet? Hvad var godt, hvad kunne gøres anderledes, bedre?</p>

Kvalitetetskontrol og indikatorer

Der afholdes ugentlig tværfaglige konference (kirurger, radiologer og patologer) med gennemgang af afsluttede patientforløb. Der er oprettet en lokal database, der løbende vedligeholdes af den specialeansvarlige kirurg, således at diagnostik og behandling kan sammenlignes med europæisk vedtagne standarder.

EUSOMA definerer en række indikatorer vedrørende den organisatoriske del (volumen pr. fagperson), den lægefaglige del (operationsvolumen pr specialist; antal diagnostiske procedurer pr. cancer mv), og den billeddiagnostiske del (sensitivitet og specificitet af nålebiopsier mv.).

	EUSOMA	MAMMACENTER, VEJLE
Benign/malign operationsrate	0.5:1	0.45:1*
Andel fryse-mikroskopi (%)	10	2.8 **
Antal cancer med kendt præop. diagnose	90%	95.5%***
Antal mammacancer operationer pr. kirurg pr. år	50	90
Ventetid på mammografi ved cancermistanke	80% inden 2 uger	> 95%
Ventetid fra mammografi til svar i Mammakirurgisk Ambulatorium	Under 10 hverdage	83 % inden 10 dage
Ventetid fra 1. besøg i Mammakirurgisk ambulatorium til operation	90% inden 10 hverdage	92 % inden 14 dage
Antal nye mammacancer pr år i enheden	150	270

- *Udsiger noget om præcisionen i diagnostikken, dvs jo mindre ”brøk” jo bedre
- ** Jo færre, jo bedre
- *** Jo højere, jo bedre

2. Derudover er registreret :

Antal Brystkræftsygepl.pr 100 nye cancer	2	Ca. 2
Antal Mammografier pr rtg. læge pr år	1000 pt. pr. fagansvarlig læge 500 pr. for øvrige læger	100%
Kvalitetssikring af mammografiudstyr	Lovpligtig	100%
Bemanding mammograficenter		2,2 læge 3,2 spl.

Fase 3: Opfølgning

Patienten er herefter i princippet afsluttet fra Mammacentrets side, med nedennævnte undtagelser.

Lavrisikopatienter (ca. 5 %) overgår efter afsluttet strålebehandling til kontrol i Mammacentret. Øvrige mammacancerpatienter følges på onkologisk afdeling i henhold til DBCGs principper i 10 år efter diagnosen er stillet.

Årlige mammografikontroller: Dette er defineret i DBCG retningslinier og iværksættes af kirurg eller onkolog alt efter i hvilket regi patienten slutter.

Genetisk disponerede: Dette er også defineret i DBCG retningslinier. Disponerede henvises (af kirurg, onkolog eller egen læge) til Klinisk Genetisk Afdeling, Vejle. Mange vil herefter indgå i kontrolprogram med regelmæssig mammografi og enkelte vil ønske profylaktisk operation.

Rektumpakken

Fase1: Symptomer, henvisning, diagnostik

Primærsektoren

Kolorektal cancer debuterer oftest med vage og ikke alarmerende symptomer. Den praktiserende læge skal være særlig opmærksom på at henvise uden unødige forsinkelser. I forvejen er denne sygdom karakteriseret ved et stort patient delay (se f.eks. (7)).

De tegn, der skal give mistanke om mulig kolorektal cancer hos en patient over 40 år, er:

- Ændret afføringsmønster i en periode over 4 uger,
- friskt blod per rectum,
- gammelt blod tilblandet fæces,
- uforklarlig dyspepsi,
- derudover almene symptomer som nedsat appetit, vægttab og træthed,

Undersøgelser hos egen læge:

- vurdering af almen tilstand
- hæmoglobin måling.
- palpation af abdomen.
- rektaleksploration.
- gvnækologiske undersøgelser hos kvinder.

Disse undersøgelser skal udføres umiddelbart. Hvis undersøgelserne bestyrker mistanken, sendes henvisning til sigmoideo/koloskopi samme dag elektronisk til Organkirurgisk Afdeling.

Henvisningen skal indeholde følgende:

- persondata inklusiv telefonnummer,
- tentativ diagnose (gerne med ICPC/ICD-10 kode),
- relevant anamnese specielt omkring mave/tarmfunktion og varighed samt tidligere mave/tarmsymptomer,
- objektive fund i henhold til ovenstående,
- problemformulering og eventuelle specielle "ønsker",
- disposition,
- hvad er sagt til patienten,
- aktuel medicin

Af pladshensyn gennemgås kun Rektumpakken, som er det mest komplicerede forløb. Coloncancer patienter gennemgår et enklere program, der udføres ikke transrektal UL, MR scanning eller præoperativ strålebehandling hos disse patienter.

Sygehuset

Dag 1, mandag

Fleksibel kolo/sigmoideoskopi, afhængig af symptomer.

Svartider på biopsier:

Modtaget før kl 14: dag 2

Modtaget efter kl 14: dag 3

Hvis behov for trinsnit øges svartid med 1 dag, hvis immunhistokemi 2 dage

Pt. medgives tid til ambulans forundersøgelse.

Der blev i 2004 udført 1445 skopier på Vejle Sygehus, 4.479 i alt i Vejle Amt.

Hvis fund af tumor, informeres pt. med det samme, og henvises til Rectumpakke (MR af bækken, CT af thorax og abdomen, UL af lever, transrektal UL) førstkommande torsdag.

<p>Dag 4, torsdag, Rektumpakke</p> <p>MR-CT-UL-Transrektal UL</p> <p>Der er hver torsdag reserveret 3 pakkeforløb</p>	<p>Der gennemføres 80 pakkeforløb pr. år fordelt på to radiologer.</p> <p>Ca halvdelen af de reserverede tider benyttes således til andre formål</p>
<p>Dag 9, hver tirsdag kl 14-15</p> <p>Rektumkonference (radiologer, onkologer, patologer, kirurger). Billeder taget dag 4 gennemgås og behandlingsstrategi fastlægges.</p> <p>Tid til evt. præoperativ strålebehandling reserveres.</p>	<p>Patienter henvist fra andre amter til præoperativ strålebehandling demonstreres.</p> <p>Af og til deltager de kirurger og diagnostikere, der har henvist disse patienter.</p>
<p>Dag 10-11</p> <p>Kirurgisk ambulatorium onsdag eller torsdag. Patienten bliver informeret om beslutningen ved konference og tilbudt behandling:</p>	<p>Hvis der skal gives præoperativ bestråling, formidles tid i stråleterapien af kirurgen.</p> <p>Hvis direkte til operation foretages forundersøgelse med journalskrivning. Der tages blodprøver og udføres anæsthesitilsyn. Pt. medgives operationsdato.</p>

Fase 2: Behandling

<p>A. Direkte til operation</p> <p>Dag 12-18, Operation</p> <p>Patologi</p> <p>Kolektomi og TME. Svar dag 5, dog dag 7 hvis særlig procedure vedr. lymfeknudedissektion og behov for immunhistokemi.</p>

B. Præoperativ stålebehandling

Dag 12, fredag

- Patientsamtale i stråleterapien
- Lejring /opstilling checkes, patienten tatoveres og Scannes med henblik på terapiplanlægning
- Fremmødetider udleveres til pt.

Er der mere end fire patienter til præoperativ strålebehandling pr. uge, prioriteres blandt de potentielle, kirurgen overbringer tiderne.

Udenamts patienter:

Patologerne rekvirerer glas og blokke fra hjemamtet m.h.p. indgang i protokol

Det samme gælder postoperativt for operationspræparater.

Dag 16, tirsdag

- Dosis plan fremstilles
- 2. samtale + evt. inklusion i protokol
- Udlevering af eventuel UFT = kemoterapi i tabletform

Dag 22-25, mandag-torsdag

- Pt. starter strålebehandlingen
- Samtidig start af UFT

5. og 6. behandlingsuge:

- Evt. intrakavitær behandling

Ved slutsamtalen i stråleterapien :

1. Stråleterapien bestiller MR og CT-scanning af thorax og abdomen i uge 6 efter endt strålebehandling.
2. MR scanning – vurderes på Rektumkonferencen i uge 7 efter endt strålebehandling, m.h.p. operation.
3. Pt. indkaldes af kirurgerne til operation i uge 8 efter endt stråleterapi.
4. Hvis patienten accepterer, bestilles også PET-scanning på Rigshospitalet, til effektivering i uge 8 (mandag) efter endt stråleterapi

Follow-up papirerne + jr. kopi, fremsendes til kirurgerne. I jr. skal det tydeligt fremgå i hvilken uge der er reserveret MR- og evt. PET- scanning i henhold til protokol.

Videre kontrolforløb foregår hos kirurgerne ifølge protokol.

Eventuel postoperativ strålebehandling eller kemoterapi sker i henhold til DCCG's retningslinier.

Indikatorer

DCCG har defineret indikatorer til brug for vurdering af kvaliteten af behandlingen, både den organisatoriske kvalitet (f.eks. ventetider på diagnostik og behandling), og den faglige kvalitet, d.v.s. resultaterne af behandlingen.

Kravene er bl.a.

- klinisk-patoanatomisk stadieinddeling i mindst 95 % af tilfældene
- perioperativ koloskopi inden for 3 måneder
- præoperativ ultralydsundersøgelse af endetarmen hos mindst 95 %
- præoperativ strålebehandling hos patienter med fastsiddende endetarmskræft
- undgåelse af stomi ved højsiddende endetarmskræft, d.v.s. over 11-15 cm fra ydre analåbning
- maksimal lækagefrekvens ved sammensyning af tarmen på 10 %
- postoperativ død ved kurativ kirurgi på maksimalt 4-6 %
- maksimalt 10 % lokale recidiver efter operation for endetarmskræft efter 3 år.

Afdelingernes indberetninger overvåges af DCCG, som kontakter afdelingerne ved afvigelser. Indberetningerne udgives én gang årligt som en årsrapport med fokus på kvalitetsparametrene.

Forløb med særlige komplikationer eller dårligt udfald anbefales gennemgået ved intern audit.

I Vejle Amt, hvor der p.t. er tre opererende afdelinger holdes der hvertandet år ekstern audit.

Fase 3: Opfølgning

Patienten ses til sygeplejesamtale efter 3 måneder.

Patienten ses ambulant af kirurg til klinisk kontrol samt vurdering af funktionelt resultat efter 6, 9, 12, 18, 24 måneder, derefter årligt til 5 år. Endoskopiske kontroller efter DCCGs retningslinier.

Effekten på overlevelsen af systematisk opfølgning efter operation for kolorektal cancer er omdiskuteret, og under alle omstændigheder beskeden (8). Der påbegyndes i 2005 et multicenter randomiseret studium (COLOFOL) til nærmere afklaring af denne problemstilling. Alle opererende afdelinger forventes at deltage i dette projekt.

Genetisk udredning på mistanke om HNPCC

Er indiceret, når der er flere tilfælde af colorectalcancer i en familie. Hvis der efter udfyldelse af et slægtsskema, udarbejdet af HNPCC-registret, fortsat er mistanke herom, visiteres patienten/familien til klinisk genetisk udredning.

Sker i et samarbejde mellem Patologiafdelingen og Klinisk Genetisk Afdeling, på basis af immunhistokemisk og molekylærbiologisk analyse af væv, fjernet ved operationen. Der undersøges for microsattelinstabilitet og ekspresion af mismatch repairgenerne MLH-1, HSH-2 samt MSH-6. Er patienten opereret udenamts, rekvireres paraffinblokke fra lokale Patologiafdeling.

Svartid på immunhistokemien: dag 3.

Gynækologisk cancer

Gynækologisk cancer i Vejle Amt behandles i et integreret samarbejde mellem amtsfunktionen på Gynækologisk Afdeling, Horsens Sygehus, og Onkologisk Afdeling og Patologisk Institut, Vejle Sygehus.

Gynækologisk-onkologisk ambulatorium:

Den centrale struktur i samarbejdet er det gynækologisk onkologiske ambulatorium. Det bemannes med en speciallæge i gynækologi fra Horsens og en speciallæge fra Onkologisk Afdeling. Hertil kommer læger under uddannelse. I gynækologisk onkologisk ambulatorium modtages følgende patientkategorier

1. Nyhenviste patienter med henblik på valg af behandling og start på patientforløbet.
2. Patienter, der er opereret på Gynækologisk Afdeling i Horsens og nu skal have svar på undersøgelser før start af et forløb på Onkologisk Afdeling.
3. Patienter, der er i et behandlingsforløb på Onkologisk Afdeling og har behov for gynækologisk intervention.
4. Patienter, der frembyder særlige problemer i kontrol- og behandlingsforløbet.

I det følgende anvendes Cancer ovarii som eksempel på forløb - øvrige gynækologiske cancerformer følger samme principper.

Fase 1: Symptomer, henvisning, diagnostik

Primærsektoren

Henvisning skal indeholde:

- Persondata inklusive telefonnumre
- Tentativ diagnose
- Relevant anamnese
- Objektive fund samt svar på evt. foretagne undersøgelser
- Disposition
- Information til patienten
- Aktuel medicin

Inkomplette henvisninger suppleres med telefonkontakt til henvisende instans.

Henvisninger visiteres dagligt af en læge fra det gynækologisk/onkologiske team i Horsens og patienten får skriftlig besked inden for 3 dage om ambulant tid enten i Gynækologisk/Onkologisk ambulatorium, Vejle (mandag eller onsdag) eller i Gynækologisk ambulatorium, Horsens (tirsdag eller torsdag), afhængig af patientens bopælsadresse.

Udredning og behandling af Cancer ovarii:

Eventuelle supplerende undersøgelser: Røntgen af thorax, CA-125, CT-skanning bestilles via ambulatoriet. Patienten får en tid til operation inden for 8-10 dage. Operationen foregår på Horsens Sygehus.

Peroperativt foretages der *frysemikroskopi*, som beskrives via *online forbindelse med billede og lyd mellem operationsstuen i Horsens og Patologisk Institut i Vejle*. Der er ligeledes online forbindelse med billede og lyd fra laboratoriet i Horsens og Patologisk Institut i Vejle.

På operationsstuen er der Web-kamera, mikrofon og en skærm. Man kan peroperativt demonstrere udtaget væv for patologen og efter dennes instruks udtage væv, som præpareres på laboratoriet i Horsens af specialtrænet bioanalytiker.

Herefter anbringes præparatet i et mikroskop, som styres af patologen i Vejle. Patologen kan vurdere præparatet online og demonstrere det på skærmen på operationsstuen. Patienten udskrives efter accelereret patientforløb efter ca. 5 dage. I forbindelse med udskrivelsen får patienten udleveret en tid i Gynækologisk onkologisk ambulatorium, Vejle til mikroskopisvar samt planlægning af evt. videre forløb. Ved dette ambulante besøg er der såvel en gynækologisk læge som en onkolog tilstede.

3. Opfølgning:

Alle kontroller og efterbehandling foregår i Gynækologisk/Onkologisk ambulatorium, Vejle Sygehus af læge fra det gynækologisk/onkologiske team, Horsens Sygehus/Vejle Sygehus.

4. Kvalitetskontrol:

For at sikre kvaliteten af de gynækologisk onkologiske operationer på Horsens Sygehus er der opstillet et kvalitetssikringsprojekt, som alle de gynækologisk onkologiske patienter indgår i. Følgende indikatorer anvendes:

- Ventetid til forundersøgelse < 14 dage, standard 95 %
- Ventetid på operation < 14 dage, standard 84 %
- Ventetid på mikroskopisvar < 10 dage, standard 85 %
- Optimering af behandling, debulking til tumor < 1-2 cm, standard 50 %
- Mobilisering af patient inden for 3 timer, standard 90 %

De patienter, der er behandlet 1. januar 2005 – 31. marts 2005 har alle opfyldt alle fem indikatorer, d.v.s. standarden er 100 %.

Herudover registreres der siden 1. januar 2005 i den landsdækkende DGCD database, hvorfra der dog ikke foreligger data.

Røntgenafdelingen om de diagnostiske pakker

En stribe patienter med ens problemstilling i rækkefølge giver øget kvalitet og større produktivitet, fordi

- specialisten motiveres til at søge manglende viden om emnet,
- det samme gør sig gældende for radiograferne - eventuel tvivl afklares ved den første patient, de resterende går efter samme læst,
- fordelene er især iøjnefaldende ved interventionerne, finnåls- og grovålsbiopsierne

Uddannelsesforløbet bedres, idet uddannelsessøgende læger under supervision f.eks. scanner 10 patienter mandag, om torsdagen biopsierer fire af dem, og den følgende mandag er med til Lungekonferencen, hvor svar foreligger og behandling besluttet.

Kontakten til klinikerne omkring patienterne i en diagnostisk pakke bliver meget intens, foregår uformelt, ugen igennem, og ender i en fælles konference, hvor alle specialister deltager.

Ved konferencen opnås feed-back på diagnostikken. Operationsfund og -resultat videregives, og der ses systematisk efter, om der foreligger tidligere billedokumentation, hvor tumor er overset.

Der er deadline torsdag for mandagens lungepakketider til CT af thorax og abdomen. Det giver tid til i ro og mag at fylde evt. ikke udnyttede tider ud med andre patienter, herunder indlagte patienter. Det er endnu aldrig sket, at afdelingen ikke har kunnet finde en ventende patient, der var meget tilfreds med at komme til med 3-4 dages varsel.

Alle former for kvalitetskontrol, indikatorovervågning og klinisk forskning lettes af de diagnostiske pakker, hvor der er ensartet styr på indgangskriterier, håndtering og resultater. Afdelingsledelsen kan lettere komme med pålidelig vurderinger af ressourceforbrug ved de enkelte undersøgelser, når de afvikles i serier.

Røntgenafdelingen har, trods tjenstligt pålæg herom, ikke kunnet pege på ulemper ved de diagnostiske pakker.

Patologiafdelingen om de diagnostiske pakker

De diagnostiske opgaver i forbindelse med Lunge-, Mamma-og Rektumpakken og den gynækologiske tele-fryse-patologi har høj prioritet og Patologiafdelingens organisation af opgaveløsningen er indrettet herefter.

Det har været vigtigt, at patologiafdelingen har været inddraget forud for implementering af forløbene, således at konsekvenserne for disse har kunnet beregnes, og at afdelingen råder over moderne apparatur, inklusiv apparatur til telemedicinsk frysemikroskopi

Pakkernes snævre tidsfrister pålægger Patologiafdelingen en række bindinger for at kunne skabe den nødvendige kvalitet og kontinuitet i løsning af opgaven:

Organisering internt i afdelingen i teams for de enkelte organ-områder bestående af: én hovedansvarlig overlæge, yderligere 1-2 speciallæger medansvarlige for den daglige diagnostik, og bioanalytikere med specielle kompetencer.

Teamet sikrer mikroskopisvar til aftalt tid, deltagelse i de organrettede kliniske konferencer, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, implementering af nye metoder i diagnostik, deltagelse i husets forskningsprotokoller.

Patologernes deltagelse i de ugentlige pakkekonferencer udbygger den tætte personlige kontakt inden for de enkelte pakkehold med tilhørende gensidig forståelse for og kendskab til samarbejdspartners arbejdsmetoder: Hvad er tidsmæssigt realistisk og hensigtsmæssigt, således at en høj grad af driftssikkerhed sikres.

Anæstesiafdelingen om de diagnostiske pakker

Pakkeløsningerne, især Lungepakken og Kolorektalpakken har været en fordel, fordi de faste ugentlige tider til de planlagte indgreb har gjort det muligt at bemane funktionerne med subspecialiseret speciallæge, som kender hele arbejdsgangen. Også uddannelsesfunktionen er bedret, fordi man ved, hvornår hver enkelt type indgreb finder sted og kan planlægge efter det.

For at gøre subspecialiseringen robust, skal også disse funktioner være dublerede.

Hvad har faciliteret udviklingen af pakkeforløbene?

Et velgennemtænkt grundlæggende koncept fra 1995 (1).

En amtligt sygehusvæsen, som i 2000-2001 fik styr på de oprindelige amtsslige servicemål. Det gælder alle sygehuse i Vejle Amt, at målopfyldelsen er meget høj (> 95 %) for f.eks. "Epikriser ude inden to hverdage", "Besked til patient inden 8 dage fra modtagelse af henvisning", "Diagnostik inden 14 dage for patienter med livstruende sygdom" m.v.

Der er en solid tradition for samarbejde mellem de afdelinger, der indgår i pakkerne. Afdelingsledelserne råder over egne midler, og har på egen hånd kunnet iværksætte hensigtsmæssige arbejds-gange.

Det har formentlig haft betydning, at pakkerne er opstået som interessenternes egne projekter, i modsætning til en top-down implementering af konceptet. Nøglepersonerne har været besjælet af pionerånd, og er stolte af det, de har nået. I sagens natur er dette aspekt vanskeligt at kopiere - at det dog kan lade sig gøre, viser den sidste knopskydning - samarbejdet om Gynækologipakken Vejle-Horsens.

Rekrutteringsforholdene har gjort det muligt at tiltrække kvalificerede og ambitiøse ansøgere til de fleste nøglestillinger.

En tiltagende forståelse i den hastigt voksende overlægegruppe for, at høj kvalitet i opgaveløsningen og høj patienttilfredshed, samtidig med korte ventetider, ikke kan opnås, uden at overlæger pålægger sig selv og hinanden flere bindinger i deres daglige funktioner, end det almindeligvis var forventningen for en halv generation siden.

Et sygehusvæsen med tidssvarende og vedligeholdt medicoteknisk udstyr.

Vejle Amt og Vejle Sygehus har ført an i anvendelse af Sundheds IT, herunder EPJ og elektronisk kommunikation mellem sygehuse og praksis.

Arbejdsformen ændres i en organisation, som er vænnet til IT overalt. Papir - henvisninger, besvarelser, prøvesvar, journaler - egner sig glimrende til at ligge i bunke. Ofte er der et grotesk misforhold mellem den tid (dage til uger), en sag tilbringer i en bunke, og den tid, det tager at ekspedere den (minutter). Elektroniske meddelelser kan også hobe sig op, men arkivering er tilnærmelsesvis lige så besværlig som ekspedering. Derved fremmes en driftsform, hvor sagerne ekspederes ved første boldberøring. Dette sparer tid og forkorter forløb på én gang. Fagfolkene frigøres mest muligt til ansigt-til-ansigt med patienterne. Logistik og transaktioner mellem afdelingerne kommer til at ligge i væggene, ligesom ilt og sug. Patientforløbene bliver hard-wired.

Erfaringerne siden 2002 har givet voksende accept af, at konstante *korte* ventetider ikke kræver større kapacitet end konstante *lange* ventetider. At aktiviteten øges, fordi korte ventetider tiltrækker patienter, er en anden sag, som er hilst velkommen i afdelingerne, takket være aktivitetsbaseret finansiering.

De diagnostiske specialer, først og fremmest radiologi og patologisk anatomi, men også klinisk biokemi, klinisk genetik og klinisk fysiologi, er blevet draget meget aktivt ind i forløbene via de ugent-

lige konferencer, og i de faglige udviklings- og forskningsprojekter. Det har bevirket en sjælden grad af fokusering på at levere diagnostik til tiden, som de diagnostiske specialer ikke er mindre engageret i end de kliniske.

Videreudvikling af Vejlemodellen de kommende 5 år - anbefalinger i forbindelse med Kræftplan II

Generelt

På enkelte punkter opfylder vi ikke intentionen om, at patienten skal have en tid til næste led i behandlingspakken i hånden inden afskeden med det foregående led.

Vi skal ud fra anvisningerne i den generelle forløbsbeskrivelse fra Århus Amt fokusere mere på patientvinklen og patientinddragelsen, og det kan anbefales, at patientperspektivet i det hele taget styrkes i forbindelse med Kræftplan II, således som der lægges op til i det eksisterende projekt "Patientens møde med sundhedsvæsenet". I den forbindelse vil det have værdi at gennemføre diagnose-specifikke patienttilfredshedsundersøgelser, hvis resultater vil kunne være vejledende for tilrettelæggelse af de enkelte pakke-forløb.

Gennembrudsmetoden (9) har i Århus Amt vist sig effektiv til gennemførelse af forandringsprocesser i sygehusvæsenet, og det er oplagt at tage den i anvendelse i forbindelse med Kræftplan II's anbefalinger. Den kan ligeledes bringes i anvendelse i sygehusvæsenet, som ønsker at indføre nogle af de beskrevne træk fra pakkeforløbene på Vejle Sygehus.

Vejle sygehus går i løbet af 2005 helt over på EPJ, og i løbet af 2005-06 indføres talegenkendelse i alle kliniske afdelinger. Derved elimineres informationstransformerende mellemlid og papirbunkerne forsvinder, således at princippet om "én boldberøring, derefter aflevering" kan slå igennem i alle former for klinisk sagsbehandling.

PET-CT scanning bliver udført på Vejle Sygehus fra primo 2006. I dag udnyttes muligheden for at sende patienter til PET-CT scanning på Århus Sygehus i beskedent omfang. Det reelle behov, baseret på internationale undersøgelser, kommer ikke til udtryk i Danmark, hvor der p.t. er utilstrækkelig kapacitet.

Der ses frem til, at Den danske Model fastlægger et begrænset antal indikatorer for den organisatoriske, faglige og patientoplevede kvalitet, til afløsning af de nuværende, omfattende men noget inhomogene indberetninger.

Sundhed.dk skal udvikles til det IT-forum, hvor patienter, praktiserende læger og sygehuse præsenterer, henter og udveksler informationer om de enkelte sygdomme, herunder kræftsygdomme. Her skal også aktuel ventetidsinformation, og information om de enkelte centres volumen og opfyldelse af standarder for relevante indikatorer kunne ses.

Der bør udføres tværsektoriel audit inden for hver pakkeforløb, for at lokalisere områder, hvor overgangen og samarbejdet mellem primærsektoren og sygehuset kan bedres. Det kan f.eks ske under udnyttelse af den ramme og det programmel, der er udviklet på Fyn, under navnet Protap (7).

Speciallægeuddannelsesreformen og dens løbende dimensionering vil rette op på nogle af de misforhold, der er mellem uddannelseskapaleten af speciallæger og efterspørgslen efter dem. Inden for kræftområdet er der mangel på lungemedicinere, onkologer, hæmatologer, radiologer, patologer og organkirurger.

Kapaleten i den onkologiske behandling - både stråleterapi og kemoterapi - skal øges, så at ønskerne om nye behandlinger kan imødekommes, uden at ventetiderne øges.

De enkelte pakker

Vejle Amt er udset til testamt vedrørende gennemførligheden af screening for tarmkræft. Forberedelserne er i gang, screeningerne starter 1. august 2005 og afsluttes 31. december 2006.

Det er principelt besluttet at samle den kirurgiske behandling af endetarmskræft - og i ikke nærmere fastlagt omfang coloncancer - på Vejle Sygehus, forventelig fra medio 2005.

Nye områder

Udviklingen i kræftbehandling går hurtigt; de seneste behandlingstilbud på onkologisk afdeling er f.eks. behandling af ventrikel- og pancreascancer, og af prostata- og blæretumorer. Hvor det er muligt vil der blive tilrettelagt patientforløb, i samarbejde med de diagnosticerende og opererende afdelinger, efter den læst, der er angivet i de eksisterende pakker.

Referencer

1. Det hensigtsmæssige patientforløb. Udvikling og erfaringer. Vejle og Give Sygehuse, 1998
2. Morris M: Implementation of guidelines and paths in oncology. *Oncology* 10:123-9 (1996)
3. Broder M S, Bovone S: Improving treatment outcomes with a clinical pathway for hysterectomy and myomectomy. *J Reprod Med*47:999-1003 (2002)
4. Patientforløb i Århus Amt. Kvalitetsafdelingen, Århus Amt, 2003
5. Standarder for forløbet for lungecancerpatienter i Århus Amt. Kvalitetsafdelingen, Århus Amt, 2003.
6. Patientforløb i Århus Amt - kvinder med brystkræft. Kvalitetsafdelingen, Århus Amt, 2005.
7. Protap – tværsektoriel audit på kolorektal kræft. Kvalitetsudvalget, Fyns Amt.
8. Madsen M R, Harling H et al.: Kontrol af patienter efter radikal operation for kolorektal cancer. *Ugeskr Læger*, 167:503-5 (2005)
9. The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 2003.