

Region Hovedstadens faglige gennemgang af kræftområdet

Indholdsfortegnelse

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

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

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

Region Hovedstadens faglige gennemgang af kræftområdet

1 BAGGRUND OG FORMÅL

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

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

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

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

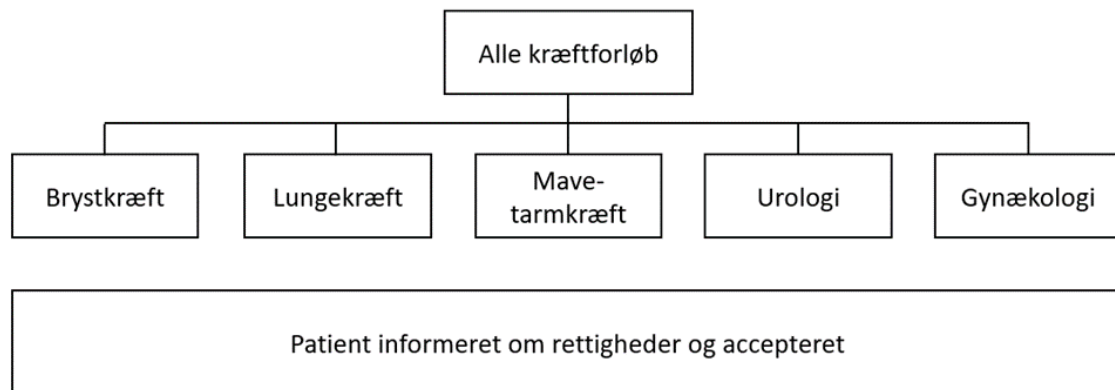
Den faglige gennemgang består af tre spor:

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

I det følgende præsenteres resultaterne af Region Hovedstadens faglige gennemgang.

2 METODE OG MATERIALE

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



Figur 1. Metodeoverblik og udvælgelse af materiale

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

Dataudtræk i Sundhedsplatformen (trin 1)

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

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

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

Forsinkelsesårsagerne tager udgangspunkt i vejledningen til bekendtgørelsen:

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

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

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

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

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

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

2.1 Kvalitativ journalaudit (trin 2a)

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Supplerende interviews (trin 2b)

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

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

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

3 RESULTATER

3.1 Resultater fra datatræk i Sundhedsplatformen

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

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

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

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

3.2 Udfordrende sygehusafdelinger og kræftområder

3.2.1 Identificerede områder med kapacitetsudfordringer

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

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

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

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

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

Brystkræft

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

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

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

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

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

Urologi

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

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

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

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

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

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

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

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

Mave-tarmkræft

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

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

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

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

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

Gynækologisk kræft

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

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

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

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

Lungekræft

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

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

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

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

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

3.2.2 Resultater fra kvalitativ journalaudit og uddybende interviews

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Potentiale for optimering af kapacitet gennem regionens tiltag

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

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

Brystkræft

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

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

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

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

Urologi

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

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

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

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

Mave-tarmkræft

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gynækologisk kræft

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

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

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

Lungekræft

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

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

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

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

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

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

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

Generelle tiltag

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

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

Styrket tværregionalt kapacitetssamarbejde på kræftområdet

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

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

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

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

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

4 KONKLUSION

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

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

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

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

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

