

Til: Forretningsudvalget

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 3866 6000
Direkte 38665271
Mail csu@regionh.dk
Web www.regionh.dk

Dato: 11. september 2019

Handleplan for forbedring af regionens målopfyldelse af forløbstider i kræftpakkerne

Forretningsudvalget har i april 2019 fastsat et delmål om, at regionen i oktober 2019 skal opnå en samlet målopfyldelse på 82 % for forløbstiderne i kræftpakkerne. Udviklingen i målopfyldelsen har siden foråret været faldende, og regionens aktuelle (foreløbige) målopfyldelse viser, at 62 % af patienterne i august blev behandlet inden for forløbstiderne. Dette fald skyldes særligt faldet i målopfyldelsen for kirurgisk behandling af brystkræft. På den baggrund har forretningsudvalget til møde den 13. august 2019 bedt administrationen udarbejde en handleplan for, hvordan regionens samlede målopfyldelse kan løftes.

Denne handleplan indeholder en beskrivelse af udfordringer og igangsatte tiltag for de kræftformer, som vurderes at være mest væsentlige for regionens samlede målopfyldelse. Det er enten kræftformer, som omfatter mange patienter og/eller, hvor der er en lav målopfyldelse. I handleplanen er der en mere uddybende redegørelse for brystkræft og lungekræft, da der er særlige udfordringer med målopfyldelsen for disse kræftformer, og de er udvalgt som fokusområder af forretningsudvalget. Der vil i handleplanen indgå forslag til nye tiltag, som vil kræve yderligere ressourcer. Handleplanen er udarbejdet i samarbejde med regionens hospitaler og har været drøftet i koncernledelsen.

Kræftpakker som faglige anbefalinger

I hvert kræftpakkeforløb er der angivet en forløbstid for patientens henvisnings- og udredningsforløb og frem til, at patientens behandling igangsættes. Forløbstiderne er ikke lovgivne patientrettigheder, men faglige rettesnore for hospitalernes planlægning og gennemførelse af udrednings- og behandlingsforløb for kræftpatienter. Pakkeforløbene beskriver et standardpatientforløb, og det betyder, at den enkelte patients faktiske forløbstid kan være længere end den, der er anbefalet i kræftpakken. Det kan eksempelvis være, hvis det er et kompliceret forløb, at patienten har flere samtidige sygdomme (komorbiditet) eller, hvis patienten vælger at holde en pause i forløbet på grund af ferie.

For den enkelte patient planlægges der derfor altid et konkret udrednings- og behandlingsforløb, der både tager hensyn til den enkelte patients ønsker og forhold, og som samtidig overholder de maksimale ventetider for patienter med livstruende sygdomme, der er en lovbunden patientrettighed. Selvom forløbstiderne har karakter af faglige rettesnore, lægger regionen vægt på, at de i videst mulig udstrækning skal overholdes, så patienter i regionen kan få hurtig afklaring og behandling ved en alvorlig sygdom som kræft.

Generelle udfordringer og indsatser på kræftområdet

På hospitalerne er det en høj prioritet at behandle patienterne inden for forløbstiderne i kræftpakkerne, men der kan til tider opstå kapacitetsudfordringer eksempelvis på grund af udsving i antallet af patienter, mangel på operationslejer eller personale. I de tilfælde vil det enkelte hospital foretage en helhedsvurdering af, hvordan kapaciteten anvendes bedst muligt. Det kan gøre det nødvendigt at prioritere hvilke kræftpatienter eller andre patientgrupper, der er vigtigst at behandle først og kan medføre, at nogle patienters behandling udsættes. I sådanne situationer skal regionen blive bedre til at udnytte regionens samlede kapacitet, så patienterne behandles hurtigst muligt.

I perioder, hvor der eksempelvis bliver henvist flere patienter til en kræftpakke, kan afdelingerne i nogle tilfælde vælge at indgå aftale om frivilligt merarbejde (FEA) med personalet for at sikre, at patienterne udredes og behandles inden for den fastsatte ventetid i kræftpakkerne. Dette koster dog ekstra ressourcer til at aflønne personalet for det ekstra arbejde. En anden årsag til, at der kan opstå kapacitetsudfordringer og forsinkelse af patientforløbet er, at der på flere af regionens hospitaler er mangel på personale blandt andet operationssygeplejersker og speciallæger. Hospitalerne arbejder derfor målrettet på at rekruttere personale inden for flere faggrupper, men selv når personalet er ansat, kan det tage tid at opbygge kapaciteten, da det særligt på de specialiserede kræftafdelinger tager tid at oplære personalet.

Ny organisering omkring kræftpakkeforløb på Rigshospitalet

Direktionen på Rigshospitalet har besluttet, at der på hospitalet afprøves en ny organisering omkring kræftpakkerne. Den nye model betyder, at der for en række kræftpakker med stort volumen eller store udfordringer med at overholde forløbstiderne udpeges en kræftpakkeansvarlig klinikchef, som fremover får ansvar for, at hele patientforløbet på tværs af centre og klinikker er tilrettelagt, så forløbstiderne overholdes. Den kræftpakkeansvarlige klinikchef får kompetence til at foretage nødvendige dispositioner inden for øvrige centre og klinikers områder herunder relevante ressourcemæssige dispositioner, prioritering af aktiviteter, afholdelse af MDT-konferencer mv. Der udpeges i tilknytning til den kræftpakkeansvarlige klinikchef en centerdirektør, som fungerer som 'sponsor'. Modellen indføres efter inspiration fra Aarhus Universitetshospital, hvor man har gode erfaringer med en sådan ordning.

Udmøntning af midler fra kræftplan IV

Der er i forbindelse med "Patienternes Kræftplan IV" afsat midler til øget kapacitet og effektiv anvendelse af ressourcer. Hospitalerne kan fra 2020 og frem ansøge om 38,3 mio. kr., som gives til langsigtede initiativer og således ikke til bufferkapacitet. Det er forventningen, at midlerne eksempelvis kan bruges til at sikre, at der er personale nok til at håndtere en øget aktivitet på kræftområdet samt til initiativer, der vil medvirke til at reducere ventetiderne i kræftpakkeforløbene. Administrationen afventer på nuværende tidspunkt ansøgningerne fra hospitalerne, som skal fremsendes senest den 16. september. I handleplanen kan der således indgå forslag til nye initiativer, som hospitalerne kan ansøge om midler til i forbindelse med kræftplan IV. Ansøgningerne vil blive behandlet administrativt og forelagt politisk i sundhedsudvalget, forretningsudvalget og regionsrådet. Midlerne vil blive udmøntet med 1. økonomirapport 2020.

BRYSTKRÆFT (kirurgisk behandling)

Målopfyldelse (driftmålsmodel):

- 36 % (86 forløb) i juli og 31 % (88 forløb) i august

Relativ 5 års overlevelse (2014-16)*

- 88 %

Udfordring	Tiltag	Tidshorisont
Udredning		
Kapacitet <i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital:</i> Der har været kapacitetsudfordringer i forhold til radiologien bl.a. på grund af et øget antal henviste patienter.	<i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Hospitalet har øget ressourcerne inden for brystradiologien, og det er forventningen, at kapaciteten i september er på et normalt niveau. <i>Rigshospitalet:</i> Hvis der opstår kapacitetsudfordringer, holdes ventetiden nede med frivilligt merarbejde med personalet.	September 2019 Løbende
Behandling		
Kapacitet <i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital:</i> Den primære årsag til, at det ikke er muligt at behandle patienterne inden for forløbstiden er manglende operationskapacitet (operationslejer og personale).	<i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> På Brystkirurgisk Afdeling på Herlev matriklen er der blevet åbnet et ekstra operationsleje midlertidigt i foråret 2019 med midler fra 1. økonomirapport 2019. Fra uge 34 er operationskapaciteten udvidet permanent med et ekstra leje. Derudover er der blevet frigivet ekstra operationskapacitet med 2 operationslejer ugentligt indtil, at puklen er afviklet. Det foreslås i Hospitalsplan 2025, at der sker en samling af brystkirurgien på Gentofte-matriklen.	Medio august 2019 Medio september 2019
Optimering af patientforløb For at se nærmere på, hvordan brystkræftpatienters forløb kan optimeres, vil der blive udarbejdet en patientforløbsanalyse af et eksternt konsulentfirma.	Analysen er under forberedelse.	Efterår 2019

Forslag til nye initiativer

Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital: Ved at styrke den digitale patologi på regionens tre patologiske afdelinger vil hurtigere svartider og udredningsforløb bedre kunne understøttes.

Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital: Ventetiden til patologi kan afkortes ved indkøb af apparatur til hurtig vævsprocessering. Apparatet vil koste omkring 1. mio. kr., og der vil være behov for en varig ansættelse til personale på 350.000 kr. Både Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital foreslår indkøb af apparatet.

*Kilde: Cancerregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Forsinkelser i udredning

Der aktuelt kun mindre kapacitetsudfordringer i forhold til udredningen, hvor forløbstiden kun overskrides i få tilfælde. Når der er ved at ske overskridelser af forløbstiden til det brystkirurgiske ambulatorie i udredningsdelen, oprettes der ekstra ambulatorietider (aften ambulatorie), der planlægges som merarbejde. Derudover har der været kapacitetsudfordringer inden for radiologien på grund af et øget antal henviste patienter, og at der er for få radiologer med de rette kompetencer. Det har medført forsinkelse i patientforløbene, da de private klinikker hen over sommeren også har været presset og ikke har haft mulighed for at tage patienterne. Radiologisk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital har øget ressourcerne inden for brystradiologien, og det forventes, at afdelingen kan overholde forløbstiderne for 80 % af patienterne i medio september. Radiologisk Klinik på Rigshospitalet prøver så vidt muligt at holde ventetiden nede med frivilligt merarbejde (FEA).

I udredningen af patienterne er det også vigtigt, at der er hurtigere svartider inden for patologien. Der er generelt fornuftige svartider på biopsier, og de to patologiske afdelinger på henholdsvis Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital overholder i 90-95 % af tilfældene de aftalte svartider. De prøver, som er forsinket, skyldes, at der kræves yderligere analyser før, at der kan stilles en præcis diagnose. Svartiderne inden for patologien vil kunne afkortes yderligere, hvis den digitale patologi på de patologiske afdelinger styrkes. At der sker en fremskyldendelse af digital patologi vurderes at være væsentligt for, at patologien ikke bliver et forsinkende led så længe, at brystkirurgien er forankret på to matrikler. Et andet forslag til at sikre hurtigere svartider er ved indkøb af nyt apparatur til hurtig vævsprocessering. Initiativerne i forhold til patologien vil overordnet kunne frigive ekstra tid, som vil kunne bruges i de øvrige dele af patientforløbet, hvor der er udfordringer.

Manglende operationskapacitet

Den primære årsag til den manglende overholdelse af forløbstiden i pakkeforløbet er, at der siden 2018 er blevet oparbejdet en ventetidspukkel til operation for brystkræft på grund af manglende operationskapacitet på Brystkirurgisk Afdeling, som er beliggende fysisk på Herlev og Gentofte Hospital (Herlev-matriklen) og Rigshospitalet. Kapacitetsudfordringer skyldes mangel på operationslejer og personale til at operere patienterne. Puklen opstod i forbindelse med, at Brystkirurgisk Afdeling ændrede praksis for behandling og begyndte at tilbyde en stor gruppe patienter kemoterapi inden operation.

Til afvikling af ventetidspuklen blev operationskapaciteten i foråret 2019 udvidet med et ekstra operationsleje med politisk prioriterede midler fra 1. økonomirapport 2019. Dette leje er fra uge 34 gjort permanent på Herlev og Gentofte Hospital. Det er Brystkirurgisk Afdelings vurdering, at det ekstra operationsleje ikke er tilstrækkelig til at få afviklet puklen, men kan bidrage til, at ventetiden ikke øges yderligere for patienterne. Den nuværende ventelistepukkel udgør omkring 35-40 brystkræftpatienter, og patienterne venter i ca. 7 dage udover den fastsatte forløbstid, som samlet er 27 dage for kirurgisk behandling. Det bemærkes, at patienterne bliver booket i den rækkefølge, som de diagnosticeres.

Direktionen på Herlev og Gentofte Hospital har som en kortsigtet løsning besluttet at omprioritere kapaciteten på operationsgangen på Herlev-matriklen. Det betyder, at der medio september 2019 frigøres kapacitet svarende til 2 yderligere operationslejer ugentligt til Brystkirurgisk Afdeling indtil, at puklen er afviklet. Pukkelafviklingen forventes klarert på mellem 6-8 uger og senest medio november 2019. Der planlægges konkret med et ekstra dagkirurgisk leje om tirsdagen til kl. 18 svarende til ca. 5-6 patienter samt et ekstra brystkirurgisk leje om onsdagen til kl. 16 svarende til ca. 2-3 patienter. Kapaciteten tilvejebringes ved at udsætte en række benigne (ikke livstruende) dagkirurgiske operationer inden for blandt andet det gynækologiske speciale. Dette vil kunne betyde længere udrednings- og behandlingstider inden for disse specialer, men hospitalet vil forsøge at øge aktiviteten på andre lejer for at undgå dette. Brystkirurgisk Afdeling vil herefter have 14 operationslejer ugentligt på Herlev-matriklen til brystkræftkirurgi.

På matriklen på Rigshospitalet prioriteres to af hospitalets lejer til brystkræftoperationer således, at aflysninger ikke rammer disse lejer. I sommers var det muligt at allokere enkelte ekstra lejer til området. En udvidelse af kapaciteten på Rigshospitalet er mulig, men det vil have stor påvirkning på andre patientgrupper, der ikke kan behandles andre steder grundet forankringen i det højtspecialiserede. Den fysiske placering af operationsgangen betyder, at der er stor risiko for, at en eventuel udvidelse af den operative kapacitet i efteråret vil påvirke kræftpakkeforløbstiderne for modermærkekræft (malignt melanom), da de opereres på samme operationsgang. Med indflytningen i Nordfløjen vil det være muligt at tildele en øget kapacitet til brystkirurgien med ½ stue ekstra.

På mellemlang sigt foreslår Herlev og Gentofte Hospital, at der i forbindelse med udmøntningen af midler fra Kræftplan IV prioriteres ressourcer til en permanent udvidelse på brystkræftområdet inklusiv tværgående afdelingers ydelser for at forbedre målopfyldelse af

pakkeforløbene inden for brystkræftområdet. Baggrunden herfor er, at der fra 2018 til 2019 er sket en stigning i antallet af i brystoperationer (ca. 5 procent) de første 8 måneder af 2019. Prognosen for hele 2019 er omkring 150 flere brystoperationer end sidste år fraset pukkelafrvikling. Der er derfor behov for en permanent udvidelse af kapaciteten.

For at sikre en langsigtet løsning foreslår hospitalet desuden, at Brystkirurgisk Afdeling samles på Gentofte-matriklen, hvilket også indgår i Hospitalsplan 2025. Dette vil kunne sikre en bedre og fleksibel udnyttelse af den samlede kapacitet.

Patientforløbsanalyse

Udover afvikling af ventetidspuklen skal der laves en patientforløbsanalyse af delprocesserne i brystkræftforløbet fra henvisning til behandling for at se nærmere på, hvor patientforløbet kan optimeres, og at patienterne kan sikres en hurtigere behandling. I forbindelse med analysen tilknyttes der ekstern hjælp fra et konsulentfirma, som har erfaring med analyser af patientforløb. I arbejdet inddrages alle relevante specialer og faggrupper.

LUNGEKRÆFT (kirurgisk-, medicinsk- og strålebehandling)		
<p>Målopfyldelse (driftsmålsmodel):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kirurgisk behandling: 74% (23 forløb) i juli og 40% (25 forløb) i august • Medicinsk behandling: 70% (43 forløb) i juli og 53 % (34 forløb) i august • Strålebehandling: 67% (24 forløb) i juli og 38% (32 forløb) i august <p>Relativ 5-års overlevelse (2014-16)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 % (alle behandlingsformer) 		
Udfordring	Tiltag	Tidshorisont
Udredning og behandling		
<p>Faglige årsager</p> <p>Patienter med lungekræft har ofte samtidige og betydelige ledsage sygdomme (svær komorbiditet). Det kan give behov for yderligere undersøgelser før, at patienten er færdigudredt og kan behandles.</p>		

<p>Overgange i patientforløb</p> <p>Der er flere afdelinger og hospitaler involveret i et lungekræftforløb. Patienter med lungekræft kan derfor opleve flere overgange i udrednings- og behandlingsforløbet, hvilket kan give forsinkelser.</p> <p><i>Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Herlev og Gentofte Hospital:</i> I forbindelse med udredningen kan der opstå forsinkelse i patientforløbet, da der inden for diagnosen opstår flaskehalse inden for radiologien, klinisk fysiologi og i selve de udredende afdelinger.</p>	<p>Der er etableret en gruppe for lungekræft, hvor alle relevante afdelinger og specialer i udrednings- og behandlingsforløbet deltager.</p> <p>Derudover er der afholdt workshop på tværs af de involverede afdelinger og faggrupper, som har identificeret flaskehalse og konkrete løsningsforslag.</p> <p><i>Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Herlev og Gentofte Hospital (løsningsforslag fra workshop):</i> Der er nedsat en arbejdsgruppe, som skal sikre standardisering af afdelingernes visitation og præbookning af undersøgelser. Det vil øge hospitalernes muligheder for at udveksle forløb samt gøre det nemmere at forbigå lokale flaskehalse. Derudover er der afsat flere timer til PET/CT, men der er fortsat kapacitetsudfordringer for andre udredende undersøgelser.</p> <p><i>Rigshospitalet (løsningsforslag fra workshop):</i> Der arbejdes på at skabe mere frontloading inden for patologien med henblik på at sikre kortere svartider på molekylære analyser.</p>	<p>Oprettet i 2016</p> <p>Afholdt juni 2019</p> <p>Efterår 2019</p>
<p>Kirurgisk- og medicinsk behandling</p>		
<p>MDT-konferencer</p> <p><i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital:</i> Der er uønsket ventetid for patienterne fra det tidspunkt, hvor der er afholdt MDT-konference (taget beslutningen om behandling) til, at patienten visiteres og får en tid til opstart af behandlingen.</p> <p><i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital:</i> Der afholdes for få ugentlige MDT-konferencer, som er vigtig i planlægningen af effektive forløb.</p>	<p><i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital (løsningsforslag fra workshop):</i> Der er nedsat en arbejdsgruppe, som er ved at se nærmere på, hvordan patienter med særlige kræftformer kan henvises direkte på MDT-konferencer til onkologiske afdeling.</p> <p><i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital (løsningsforslag fra workshop):</i> Der er etableret flere MDT-konferencer. Antallet er blevet øget fra 2 til 5 ugentlige MDT-konferencer på Rigshospitalet, mens det på Herlev og Gentofte Hospital alene har været muligt at sikre fremmøde til tre MDT-konferencer ugentligt.</p>	<p>August-oktober 2019</p> <p>Løst pr. 1. september 2019</p>
<p>Forslag til nye indsatser</p>		
<p><i>Rigshospitalet:</i> Frontloading inden for patologien kan sikre reducerede svartider på molekylære analyser. Det vil koste 1,5 mio. kroner fordelt på 0,75 mio. kr. til varigt personale og 0,75 mio. kr. som engangsudgift til apparatur.</p>		

* Kilde: Cancerregistret, Sundhedsdatastyrelsen

Optimering af patientforløb og overgange

I et lungekræftforløb er der flere afdelinger og hospitaler involveret i de forskellige dele af patientforløbet, og disse overgange kan skabe forsinkelse og unødigt ventetid for patienterne. For at sikre vidensdeling og koordination på tværs af de udredende og behandlende afdelinger blev der i 2016 oprettet en fælles gruppe for lungekræft med en forløbsansvarlig vicedirektør, der har mandat til at iværksætte indsatser på tværs af hospitalerne. For at optimere patientforløbene og sikre bedre overgange mellem afdelingerne afholdte et eksternt konsulentfirma i juni en workshop med deltagelse fra de relevante afdelinger og faggrupper, hvor alle delprocesser i lungekræftforløbet blev gennemgået. Analysen resulterede i, at der blev fundet en række konkrete udfordringer og tilhørende indsatser, som på kort og lang sigt kan implementeres og medvirke til at forkorte patientforløbene og sikre mere smidige overgange. Blandt andet viste analysen, at der er forskel på, hvordan de udredende afdelinger visiterer patienterne og præbooker undersøgelser. Et af de initiativer, der i øjeblikket arbejdes med, er derfor at standardisere denne praksis på tværs af afdelinger.

Forsinkelse i forbindelse med udredning

For lungekræft er der ofte tale om komplekse syge patienter, der har flere samtidige og ledsagende sygdomme (svær komorbiditet). Der kan være tale om komorbiditet, der kræver behandling før færdigudredning og behandling af lungekræftdiagnosen eksempelvis på grund af en hjertesygdom eller andre mere aggressive kræftform. Der findes også ofte større tumorer, der er placeret vanskeligt i forhold til biopsitagning. Det kan i mange tilfælde nødvendiggøre behovet for, at der gennemføres yderligere undersøgelser før, at der kan tages beslutning om den rettet behandling til patienten. I nogle situationer vil det på grund af patientens tilstand ikke være muligt at operere patienten, som derfor i stedet henvises til strålebehandling.

I analysen blev der identificeret en række flaskehalse inden for de diagnostiske specialer henholdsvis radiologi samt kliniske fysiologi og nuklearmedicin. Der har på Herlev og Gentofte Hospital været udfordringer med for få tider til scanninger (PET/CT), men antallet er blevet øget, og udfordringen vurderes på nuværende tidspunkt at være løst. Der er fortsat udfordringer med at få tilstrækkelige tider til en række udredende undersøgelser (DCO og CT-vejledt biopsi) på Herlev og Gentofte Hospital. Inden for patologien afgives der for lungekræftpatienterne i størstedelen af tilfælde svar inden for de aftalte svartider. På Rigshospitalet vil svartiden til molekylære analyser kunne halveres og derved forkorte udredningsforløbet, men det vil kræve udgifter til apparatur samt personale. Patologien er ligeledes presset i forhold til antallet af speciallæger, men afdelingerne håber i løbet af efteråret at komme i mål med at rekrutteret det nødvendige antal speciallæger.

MDT-konferencer

Når behandlingen til patienterne drøftes på MDT-konferencer, kan der være unødigt ventetid fra, at der er taget beslutning om behandlingen på MDT-konferencen til, at den onkologiske afdeling henviser og får booket patienten til at opstarte behandlingen.

For at undgå denne ekstra ventetid er der på tværs af de onkologiske afdelinger nedsat en arbejdsgruppe, der er ved at se på, hvordan de onkologiske afdelinger på MDT-konferencen kan henvise patienten direkte til behandling på onkologisk afdeling. Det forventes at kunne reducere den sidste del af forløbstiden med 1-3 dag og vil desuden give et bedre forløb for patienten. Initiativet forventes implementeret senest 1. oktober.

En anden udfordring, der blev påpeget i forbindelse med workshoppen, er, at der bliver afholdt for få ugentlige MDT-konferencer, hvilket kan skabe ekstra ventetid for patienterne. Antallet af MDT-konferencer er blevet øget på Rigshospitalet fra to til fem ugentlige konferencer, mens det på Herlev og Gentofte Hospital kun har været muligt at øge antallet til tre ugentlige MDT-konferencer på grund af personalemæssige udfordringer i form af mangel på radiologer.

HOVED- OG HALSKRÆFT (strålebehandling)		
Målopfyldelse (driftmålsmodel): <ul style="list-style-type: none"> • Strålebehandling: 42 % (24 forløb) i juli og 73 % (11 forløb) Relativ 5 års overlevelse (2014-16)*: <ul style="list-style-type: none"> • 71 % (alle behandlingsformer) 		
Udfordring	Tiltag	Tidshorisont
Udredning		
Faglige årsager Patienter har ofte samtidige sygdomme (komorbiditet), og det kan give behov for yderligere undersøgelser før, at patienten er færdigudredt.		
Kapacitet <i>Rigshospitalet:</i> Der er kapacitetsmæssige udfordringer i forhold til diagnostikken, hvilket kan være en medvirkende årsag til forlænget udredningstid for patienter, der skal have stråleterapi.	<i>Rigshospitalet:</i> Der bliver i visiteringen og planlægningen af patienternes forløb taget hensyn til pakkeforløbets længde for at sikre, at flest mulige patienter bliver udredt og behandlet inden for forløbstiden. Hvis der er stigning i antallet af henvisninger og behov for længere åbningstider, arbejder personalet ekstra via FEA-aftaler.	Løbende

Behandling		
<p>MDT-konferencer og tandudtrækning</p> <p><i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital:</i> For nogle patientforløb sker der en forsinkelse i opstart af behandlingen, da mulige kandidater til kirurgisk behandling indledningsvist skal vurderes på Rigshospitalet og derefter kan henvises til Herlev og Gentofte Hospital.</p> <p>En stor andel af patienterne får foretaget tandudtrækning forud for strålebehandlingen, hvilket forlænger patienternes forløb. Behandlingen kan først igangsættes 12-14 dage efter udtrækningen for at imødekomme risikoen for, at patienterne udvikler "død kæbe".</p>	<p><i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital:</i> Hospitalerne arbejder på en fælles løsning omkring MDT-konferencer, da det vil kunne optimere samarbejdet på tværs, nedbringe unødigt ventetid og gøre det muligt, at tandlægebesøget for patienter kan ske hurtigere.</p>	
<p>Personale</p> <p><i>Rigshospitalet:</i> På det stråleterapeutiske område har der henover sommeren været kapacitetsudfordringer grundet personalemangel (vakancer).</p>	<p><i>Rigshospitalet:</i> Udfordringerne med mangel på personale er løst.</p>	Løst

*Kilde: Cancerregistret, Sundhedsdatastyrelsen

PROSTATAKRÆFT (kirurgisk- og strålebehandling samt nervebesparende kirurgi)

Målopfyldelse (driftmålsmodel):

- Kirurgisk behandling: 0% (4 forløb) i juli og 0 % (6 forløb) i august
- Nervebesparende kirurgi: 55 % (11 forløb) i juli og 67 % (13 forløb) i august
- Strålebehandling: 50 % (2 forløb) i juli og ingen patientforløb i august

Relativ 5 års overlevelse (2014-16)*:

- 89 % (alle behandlingsformer)

Udfordring	Tiltag	Tidshorisont
Udredning og behandling		
Der er en fluktuation i forhold til antallet patient og kapacitet henover året, hvilket kan gøre det vanskeligt at planlægge kapaciteten og overholde forløbstiderne. Derudover har flere patienter flere samtidige sygdomme (komorbiditet), der kan forlænge patientforløbet.		
Kirurgisk behandling inkl. nervebesparende kirurgi		
<p>Kapacitet</p> <p><i>Rigshospitalet:</i> Den primære udfordring i forhold til efterlevelse af kræftpakkerne er en begrænset operationskapacitet grundet mangel på operationssygeplejersker samt for lille kapacitet til at kunne håndtere blandt andet sæsonudsving.</p> <p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Der er udfordringer med lang ventetid til operation for prostatakræft på grund af manglende kapacitet blandt andet i forhold til ambulante tider og lokale samt mangel på personale (læge- og plejepersonale)</p>	<p><i>Rigshospitalet:</i> Der er blevet arbejdet målrettet på at øge operationskapaciteten det seneste 1,5 år og rekruttere personale. Det er lykkedes at rekruttere personale, som aktuelt er i oplæring. Når personalet er oplært, er det forventningen, at kapaciteten er tilbage på et normalt niveau.</p> <p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Der arbejdes med overvågning, herunder hurtig opfølgning på konferencebeslutninger for at overholde forløbet i ambulatoriet. Der er et tæt samarbejde med de parakliniske afdelinger med henblik på udnyttelse af tider og optimering af forløb og hurtige tider til udredning med MR-scanning og ultralydsscanning. Afdelingen arbejder med aftenambulatorier og MR-scanninger for at lette presset på ambulatoriet, men da aftenambulatorierne kræver mange ressourcer, forsøges dette begrænset.</p>	<p>Den operative kapacitet forventes at være genoprettet ultimo 2019/2020.</p> <p>Løbende</p>

<p>Faglig årsag</p> <p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Før maj 2019 fik alle seeds-patienter udført en MR-scanning inden anlæggelsen af seeds (indvendig strålebehandling ved små radioaktive korn), hvilket forlængede forløbet. Derudover skaber det forsinkelse i patientforløbet, at det tager minimum to uger få produceret og leveret de radioaktive seeds til patienten.</p>	<p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Patienterne bliver rutinemæssigt MR-scannet i det primære udredningsforløb, hvormed den tidligere forsinkelse undgås.</p> <p>Da seeds ikke er lagervarer, er det ikke muligt at fremskynde leveringen.</p>	<p>Løst</p> <p>Udfordringen kan ikke løses på nuværende tidspunkt</p>
<p>Strålebehandling</p>		
<p>Kapacitet</p> <p><i>Rigshospitalet:</i> Der har hen over sommeren været kapacitetsudfordringer grundet personalemangel.</p>	<p><i>Rigshospitalet:</i> På det stråleterapeutiske område er kapacitetsudfordringerne løst.</p>	<p>Løst</p>
<p>Forslag til nye indsatser</p>		
<p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Operationskapaciteten kan øges ved udvidelse af operationsgangens kapacitet samt ved investering i apparatur i form af en ekstra operationsrobot. For både prostatakraft og blærekraft er det samlede behov 9 ugentlige ambulatorie spor (ca. 4,2 mio. kr. årligt) ekstra samt 3 robotoperationslejer ugentlig (ca. 2,5 mio. kr. årligt i lønudgift eksklusiv drift). Administrationen bemærker hertil, at en regional arbejdsgruppe har udarbejdet en strategi for robotkirurgien i Region Hovedstaden, hvori der ikke indgår anbefalinger om ekstra robot på Herlev og Gentofte Hospital på nuværende tidspunkt.</p>		

*Kilde: Cancerregistret, Sundhedsdatastyrelsen

BLÆREKRÆFT (kirurgisk-, medicinsk- og strålebehandling)

Målopfyldelse (driftmålsmodel):

- Kirurgisk behandling: 27 % (11 forløb) i juli og 55 % (11 forløb) i august
- Medicinsk behandling: 70 % (10 forløb) i juli og 100 % (3 forløb) i august
- Strålebehandling: 0% (2 forløb) i juli og 100% (1 forløb) i august

Relativ 5 års overlevelse (2014-16)*:

- 71 % (alle behandlingsformer)

Udfordring	Tiltag	Tidshorisont
Udredning og behandling		
Der er en fluktuation i forhold antal patient og kapacitet henover året, hvilket kan gøre det vanskeligt at planlægge kapaciteten og overholde forløbstiderne. Derudover har flere patienter flere samtidige sygdomme (komorbiditet), der kan forlænge patientforløbet.		
Kirurgisk behandling		
<p>Kapacitet</p> <p><i>Rigshospitalet:</i> På Rigshospitalet er den primære udfordring i forhold til efterlevelse af kræftpakkerne en begrænset operationskapacitet grundet mangel på operationssygeplejersker samt for lille kapacitet til at kunne håndtere blandt andet sæsonudsving.</p> <p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Hospitalets hovedudfordring med at behandle patienterne inden for forløbstiden skyldes manglende kapacitet. For nogle patienter er der også behov for yderligere udredning.</p>	<p><i>Rigshospitalet:</i> Hospitalet har arbejdet målrettet på at øge den operationskapaciteten det seneste 1,5 år og rekruttere personale. Det er lykkedes at rekruttere personale, som aktuelt er i oplæring. Når personalet er oplært, er det forventningen, at kapaciteten er tilbage på et normalt niveau.</p> <p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Der er etableret et fast track (TUR-B) for at sikre overholdelse i udredningsperioden.</p> <p><i>Begge hospitaler:</i> Kræftpakkeforløbet for blærekræft er blevet revideret af Sundhedsstyrelsen. Fra 1. oktober 2019 bliver forløbstiden for kirurgisk behandling af blærekræft forlænget, hvilket forventes at medvirke til en bedre overholdelse.</p>	<p>Efterår 2019</p> <p>Fast track er indført</p> <p><i>Begge hospitaler:</i> 1. oktober 2019</p>

Strålebehandling		
Kapacitet <i>Rigshospitalet:</i> Der har hen over sommeren været kapacitetsudfordringer grundet personalemangel.	<i>Rigshospitalet:</i> På det stråleterapeutiske område er kapacitetsudfordringerne løst.	Løst
Medicinsk behandling		
Kapacitet <i>Rigshospitalet:</i> Der er generelle kapacitetsudfordringer i forhold til at håndtere større udsving i henvisningsmønstret i både stråleterapi og onkologiske ambulatorier.	<i>Rigshospitalet:</i> Der arbejdes med blandt andet omlægninger af interne arbejdsgange og en opstramning af den interne visitation og planlægning af patientens 1. besøg, hvilket forventes at betyde, at forløbstiderne kan overholdes.	Efterår 2019
Forslag til nye indsatser		
<p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Der er behov for et ekstra operationsleje om ugen (45 lejer årligt) samt et ekstra ambulansspor hver dag med tilhørende fast track til CT urografi på røntgenafdelingen (12 undersøgelser dagligt). Det vil svarende til en speciallægestilling og en sygeplejerske på fuld tid (1,5 mio. kr. årligt i lønudgift).</p> <p><i>Herlev og Gentofte Hospital:</i> Operationskapaciteten kan øges ved udvidelse af operationsgangens kapacitet samt ved investering i apparatur i form af en ekstra operationsrobot. For både prostatakræft og blærekræft er det samlede behov 9 ugentlige ambulatorie spor (ca. 4,2 mio. kr. årligt) ekstra samt 3 robot-operationslejer ugentlig (ca. 2,5 mio. kr. årligt i lønudgift eksklusiv drift). Administrationen bemærker hertil, at en regional arbejdsgruppe har udarbejdet en strategi for robotkirurgien i Region Hovedstaden, hvori der ikke indgår anbefalinger om ekstra robot på Herlev og Gentofte Hospital på nuværende tidspunkt.</p>		

*Kilde: Cancerregistret, Sundhedsdatastyrelsen

ÆGGESTOKKRÆFT (kirurgisk- og medicinsk behandling)

Målopfyldelse for august 2019 (driftmålsmodel):

- Kirurgisk behandling: 75 % (4 forløb) i juli og 63% (8 forløb) i august
- Medicinsk behandling: 56 % (9 forløb) i juli og 80 % (5 forløb) i august

Relativ 5 års overlevelse (2014-16)*:

- 46 % (alle behandlingsformer)

Udfordring	Tiltag	Tidshorisont
Udredning og behandling		
<p>Faglige årsager</p> <p><i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital:</i> Der sker forsinkelser i udredningen, da der ofte er behov for yderligere undersøgelser på grund af samtidige sygdomme (komorbiditet). Der kan også i visse tilfælde opstå forsinkelser i udredningen på grund af længere svartider i forhold til patologien.</p>	<p><i>Rigshospitalet og Herlev og Gentofte Hospital:</i> Kræftpakken for æggestokkræft er blevet revideret af Sundhedsstyrelsen og vil blive implementeret pr. 1. oktober 2019. I det reviderede pakkeforløb er forløbstiden blevet forlænget, hvilket vurderes at give en mindre forbedring af målopfyldelsen.</p>	Oktober 2019
<p>Kapacitet</p> <p><i>Rigshospitalet:</i> Der har været et øget antal patienter i kræftpakken sammenlignet med samme periode sidste år, hvilket har presset forløbstiderne. Derudover sker der forsinkelser fra henvisning til første fremmøde omkring helligdage, hvor der er behov for bufferkapacitet.</p>	<p><i>Rigshospitalet:</i> For internt at udnytte kapaciteten mest optimalt afholdes der ugentlige visitationskonferencer. Derudover tilpasses kapaciteten i ambulatoriet til forundersøgelser og opfølgning dagligt, og der arbejdes med muligheder for at etablere bufferkapacitet i ambulatoriet i forbindelse med helligdage.</p>	Løbende
<p>Forslag til nye indsatser</p> <p><i>Rigshospitalet:</i> Der er etableret ekstra operationskapacitet i lavaktivitetsperioderne, men dette vurderes ikke at være tilstrækkeligt. En styrkelse af den robotkirurgiske kapacitet og åbning af flere operationslejer vil kunne give en bedre målopfyldelse og overholdelse af den sidste del af patientforløbet. Der vurderes at være behov for to ekstra operationslejer ugentligt i alle aktivitetsuger (12 uger), hvilket vil koste omkring 1,2 mio. kr. Administrationen bemærker, at en regional arbejdsgruppe har udarbejdet en strategi for robotkirurgien i Region Hovedstaden, hvori der ikke indgår anbefalinger om ekstra robot på Rigshospitalet på nuværende tidspunkt.</p>		

TYK- OG ENDETARMSKRÆFT (kirurgisk-, medicinsk og strålebehandling)

Målopfyldelse for august 2019 (driftmålsmodel):

- Kirurgisk behandling: 74% (84 forløb) i juli og 78 % (46 forløb) i august
- Medicinsk behandling: 80 % (20 forløb) i juli og 67 % (9 forløb) i august
- Strålebehandling: 50 % (4 forløb) i juli og 75% (4 forløb) i august

Relativ 5 års overlevelse (2014-16)*:

- Tyktarmskræft: 64 %
- Endetarmskræft: 69 %

Forslag til nye indsatser

Tyk- og endetarmskræft omfatter en stor patientgruppe, og det er en af de kræftformer, hvor der er flere afdelinger og hospitaler involveret i udredningen og behandlingen. Udviklingen i målopfyldelsen ligger overordnet på et stabilt og højt niveau, men for at sikre, at overholdelsen fastholdes, og at der sker koordinering på tværs af udrednings- og behandlingsforløbet, foreslås det, at der igangsættes en indsats på tværs af hospitalerne.

Der har for tyk- og endetarmskræft tidligere været etableret en gruppe med en forløbsansvarlig vicedirektør, som havde til formål, at:

- Sikre at regionen lever op til de anbefalede forløbstider i pakkeforløbet.
- Identificere de steder, hvor der er udfordringer i kræftpakken.
- Komme med forslag til nye initiativer/arbejdsge, som kan optimere kræftpakkeforløbene og forbedre forløbstiderne.
- Sikre vidensdeling og erfaringsudveksling på tværs af hospitaler/afdelinger om de gode forløb.
- Sikre fælles koordinering og iværksætte nye initiativer på tværs af involverede matrikler og specialer.
- Implementere eventuelle nye faglige anbefalinger, som vedrører pakkeforløbene.

Den forløbsansvarlige vicedirektør havde mandat til at iværksætte forbedringstiltag på tværs af hospitalerne, som er involveret i kræftpakken.

Det foreslås, at der udpeges en ny forløbsansvarlig vicedirektør/sponsor således, at gruppens arbejde kan genoptages. Gruppen vil ligesom den tidligere gruppe bestå af repræsentanter fra de involverede afdelinger og specialer. Der vil i den forbindelse med genetableringen blive udarbejdet et nyt kommissorium for gruppens arbejde.

*Kilde: Cancerregistret, Sundhedsdatastyrelsen