KRÆFTUDVALGET

MØDETIDSPUNKT

20-05-2014 15:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården: H6

MEDLEMMER

Mette Abildgaard	Formand
Flemming Pless	
Susanne Due Kristensen	
Niels Høiby	
Finn Rudaizky	
Annie Hagel	
Pia Illum	

INDHOLDSLISTE

1. Beslutningssag: Servicemål for kræftpakkeforløb
2. Orienteringssag: Den nationale monitorering af kræftområdet - Årsrapport 2013
3. Beslutningssag: Tidlig diagnostik og udredning - diagnostiske enheder og samarbejde med almen praksis
4. Beslutningssag: Temaer til handleplaner for forbedring af forløbstider for patienter med brystkræft, lungekræft, prostatakræft, tyk- og endetarmskræft og hoved-halskræft
5. Beslutningssag: Budget 2015 - godkendelse af forslag
6. Beslutningssag: Bidrag til Sundhedsaftalen
7. Eventuelt

1. BESLUTNINGSSAG: SERVICEMÅL FOR KRÆFTPAKKEFORLØB

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Kræftudvalget har til møde d. 18. marts 2014 besluttet at indstille til Forretningsudvalget, at der fastsættes en målsætning om, at 90 pct. af alle kræftpakkeforløb i Region Hovedstaden skal gennemføres indenfor pakkeforløbets anbefalede forløbstider.

Den videre proces ift. at få sagen forelagt Forretningsudvalget er drøftet med Sekretariatet, som har besluttet, at sagen skal beskrives yderligere og forelægges kræftudvalget til fornyet drøftelse, før den forelægges Forretningsudvalget.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at Kræftudvalget overfor Forretningsudvalget anbefaler, at der fastsættes en målsætning om, at 90 pct. af alle kræftpakkeforløb skal gennemføres i overensstemmelse med pakkeforløbenes anbefalede forløbstider,

at Kræftudvalget overfor Forretningsudvalget anbefaler, at målsætningen skal betragtes som et politisk og administrativt pejlemærke, og at den derfor skal implementeres løbende og i takt med, at de organisatoriske og økonomiske rammer muliggør dette samtidig med, at kvaliteten fastholdes.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Monitoreringsdata fra den nationale monitoreringsmodel på kræftområdet viser, at Region Hovedstaden for en lang række kræftformer efterlever pakkeforløbenes anbefalinger for hovedparten af patienterne. Eksempelvis har regionen en målopfyldelse på over 80 pct. for adskillige kræftformer, og for enkelte kræftformer er der en målopfyldelse på 90 pct. eller derover (eksempelvis vulvakræft og modermærkekræft) (se vedlagte bilag for uddybning, hvor monitoreringsresultaterne for 3. og 4. kvartal 2013 fremgår).

Monitoreringsdata for 2013 viser også, at der er sket en positiv udvikling for flere af de kræftformer, der har været fokus på at forbedre. Trods fremgang i 2013 er forbedringerne dog ikke tilstrækkelige til at nå op på samme niveau som de bedste af de øvrige regioner. Det gælder bl.a. hoved- halskræft (strålebehandling) samt blære- og nyrekræft (kemobehandling). Derudover er der udfordringer inden for bl.a. lungekræft samt tarmkræft metastaser, hvor målopfyldelsen er faldet i 2013, og der er områder, hvor regionen i hele 2013 har haft en mindre god målopfyldelse.

Der har i 2013 været igangsat en lang række initiativer for at forbedre forløbstiderne og for at understøtte, at flere patienter får tilbudt forløb i overensstemmelse med pakkeforløbenes anbefalinger (se vedlagte bilag for uddybning, der også blev forelagt udvalget til møde den 20. april 2014). Initiativerne har resulteret i, at udviklingen er vendt til en fremgang i 3. og 4. kvartal for en række kræftformer (eksempelvis for hoved-halskræft (kirurgi, strålebehandling) og brystkræft (kirurgi)).

Arbejdet med at sikre en forbedring af målopfyldelsen samt en fastholdelse af målopfyldelsen på de områder, hvor den er høj, er fortsat i 2014. Data for 1. kvartal 2014 offentliggøres den 31. maj 2014, og det vil derfor - med afsæt i data for 1. kvartal 2014 - blive muligt at vurdere om de igangsatte initiativer har affødt yderligere forbedringer af forløbstiden.

Kræftudvalget har til møde den 18. marts 2014 besluttet at indstille til Forretningsudvalget, at der fastsættes en regional målsætning om, hvor mange pct. af pakkeforløbene, der skal gennemføres inden for pakkeforløbenes anbefalede forløbstider.

Kræftudvalget har vurderet, at det er vigtigt med en ambitiøs regional målsætning, hvis Region Hovedstaden skal være blandt de bedste på kræftområdet såvel nationalt og internationalt. Derfor

indstiller Kræftudvalget, at der fastlægges en regional målsætning på 90 pct. målopfyldelse. Det er endvidere vigtigt for udvalget, at en efterlevelse af målsætningen ikke sker på bekostning af kvaliteten i behandlingen, hvilket gælder både den kliniske og den patientoplevede kvalitet. Udvalget ønsker derfor, at der skal arbejdes henimod, at målsætningen efterleves samtidig med, at kvaliteten fastholdes.

Monitoreringsdata for 2013 viser, at andelen af forløb (uanset kræftform og behandlingsmetode), der er gennemført indenfor pakkeforløbenes anbefalinger er steget i løbet af 2013 både nationalt og i Region Hovedstaden:

Kvartal	Andel forløb (%)	Andel forløb i alt	Andel forløb (%)	Andel forløb i alt
	Hele Danmark		Region Hovedstaden	
1. kv	70	4.965	65	1.814
2. kv.	68	5.675	58	2.166
3. kv.	75	5.229	69	2.099
4. kv	76	5.047	70	1.922
I alt	72	20.916	65	8.001

*Dynamiske data, kilde: SSI

Som det fremgår af oversigten, vil det kræve en samlet forbedring på 25 pct.-point, hvis der skal opnås en 90 pct. målopfyldelse i Region Hovedstaden, også nationalt vil det kræve en betydelig forbedring af forløbstiderne, hvis den samlede målopfyldelse skal være på 90 pct.

Det er administrationens vurdering, at en målopfyldelse på 90 pct. ikke kan opnås uden, at der implementeres yderligere initiativer på hospitalerne. Initiativerne, der skal implementeres, kan opdeles i følgende kategorier:

- initiativer, som kan implementeres indenfor den økonomiske ramme på et hospital,
- initiativer, som kan implementeres indenfor den økonomiske ramme på sundhedsområdet, men hvor en omfordeling af ressourcer fx. mellem hospitaler og praksis er nødvendig, og
- initiativer, der kræver en tilførelse af ressourcer.

Erfaringerne fra de forløbne år viser, at der har været mulighed for at effektivisere, leane og omorganisere forløbene indenfor den økonomiske ramme, således at der sikres en forbedret målopfyldelse. Det er vurderingen, at der fortsat vil være områder (både ift. en konkret kræftpakke og ift. tværgående indsatsområder), hvor der er mulighed for at optimere forløbene yderligere, således at det har en positiv effekt på målopfyldelsen. Men det er samtidig vurderingen, at det vil være begrænset, hvor meget forløbstiderne kan forbedres indenfor den eksisterende økonomiske og organisatoriske ramme.
De såkaldte 'lavt hængende frugter' er plukket.

Det anbefales, at målsætningen betragtes som et politisk og administrativt pejlemærke, som skal afspejle regionens ambitionsniveau på kræftområdet. Efterlevelse af målsætningen vil kræve at der fortsat arbejdes med at implementere optimerede og effektive patientforløb og arbejdsgange. Samtidig må det løbende vurderes, om der er behov for at omallokere nogle ressourcer samt gennemføre større organisatoriske forandringer og/eller tilføre kræftområdet flere ressourcer, således at kapaciteten generelt kan blive udvidet.

Målsætningen om, at 90 pct. af alle kræftpakkepatienter skal behandles i overensstemmelse med pakkeforløbenes anbefalede forløbstider, skal derfor implementeres løbende og i takt med, at de økonomiske rammer muliggør dette.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

En efterlevelse af målsætningen om at 90 pct. af alle kræftpakkeforløb skal gennemføres i overensstemmelse med pakkeforløbenes forløbstider, kan medføre økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der udsendes en pressemeddelelse herom.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
20. maj 2014: Kræftudvalget indstiller til forretningsudvalget, at der fastlægges en politisk målsætning om, at 90 pct af alle kræftpatienter i et kræftpakkeforløb skal behandles i overenstemmelse med pakkeforløbenes forløbstider.

10. juni 2014: Forretningsudvalget forelægges forslag til, at der fastsættes en regional målsætning på kræftområdet.

DIREKTØRPÅTEGNING
Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER
14003080

BILAGSFORTEGNELSE
1. Notat_implementerede initiativer til en forbedret målopfyldelse_kræft
2. Bilag 1 Kræftudvalget 28 februar 2014_data for 4q2013

2. ORIENTERINGSSAG: DEN NATIONALE MONITORERING AF KRÆFTOMRÅDET - ÅRSRAPPORT 2013

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Den første årsrapport fra den nationale monitorerings- og registreringsmodel offentliggøres den 15. maj 2014. Årsrapporten indeholder monitoreringsdata for hele 2013.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING
Offentliggørelse af årsopgørelsen for 2013
Statens Serum Institut offentliggør monitoreringsdata hvert kvartal. Monitoreringsdata offentliggøres ca. 3 mdr. efter, at kvartalet er afsluttet, idet det skal være muligt at få forløbstiderne med for de patientforløb, som enten tager længere tid eller er opstartet tæt på kvartalets afslutning. Den kvartalsvise offentliggørelse betyder imidlertidig, at de meget lange patientforløb ikke når at komme med i opgørelsen. Den kvartalsvise offentliggørelse af monitoreringsdata beregner desuden kun målopfyldelsen for pakkeforløb, hvor der er minimum 11 patienter registreret. Det betyder, at hvis en region har få patienter (under 11) i en given kræftpakke så beregnes målopfyldelsen ikke for denne.

For at sikre en retvisende monitorering - både i forhold til at få de lange forløb med i monitoreringen og for at få beregnet målopfyldelsen for de kræftformer, hvor der er et lavt antal patienter, offentliggør Statens Serums Institut en årsopgørelse. Årsopgørelsen for 2013 offentliggøres den 15. maj 2014.

Resultater for Region Hovedstaden
Årsopgørelsen for 2013 viser, at der er en række kræftpakker, hvor Region Hovedstaden, som forventet ikke efterlever de anbefalede forløbstider for en større gruppe patienter, og dermed ikke opnår et tilfredsstillende resultat i forhold til målopfyldelsen. Resultatet er forventet, da offentliggørelsen af data for de forskellige kvartaler i 2013 har vist det samme billede.

Der er løbende i 2013 og i første kvartal 2014 iværksat en række initiativer, som skal understøtte kortere forløbstider og dermed en forbedret målopfyldelse. Den fulde effekt af disse initiativer afspejler sig ikke i årsrappporten, og hovedparten af initiativerne har først haft en reel effekt i i 4. kvartal 2013. For uddybning af de iværksatte initiativer henvises til sagsfremstillingen fra mødet den 20. april 2014 vedr. iværksatte initiativer .

Årsrapporten viser også, at der er kræftpakker, hvor regionen har en høj målopfyldelse, det er bl.a. kræft i hjernen, bugspytkirtelkræft og modermærkekræft.

De kræftpakker, hvor offentliggørelsen af monitoreringsdata løbende har vist, at regionen har udfordringer i forhold til flere af de øvrige regioner, fremhæves naturligt nok i årsrapporten. Det drejer sig om følgende områder:

- Brystkræft (kirurgi som første behandling)
- Hoved-halskræft (kemo- og strålebehandling som første behandling)
- Tarmkræftmetastaser i leveren (kirurgi som første behandling)
- Kræft i blæren (kemo- og strålebehandling som første behandling)
- Kræft i nyren (kirurgi og kemobehandling som første behandling)
- Kræft i prostata (kirurgi og strålebehandling som første behandling)

- Kræft i æggestokkene (kemo som første behandling)

I nærværende sagsfremstilling uddybes og begrundes de områder, hvor årsrapporten fremhæver, at der er udfordringer i regionen.

Brystkræft

Brystkræft (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013	
Region Hovedstaden	50
Region Sjælland	61
Region Syddanmark	86
Region Midtjylland	90
Region Nordjylland	79
Hele landet	70

Kilde: SSI

Målopfyldelsen for brystkræft er i årsrapporten på 50% for Region Hovedstaden. Offentliggørelsen af data for 3. og 4. kvartal i 2013 viser, at målopfyldelsen er øget i sidste halvår af 2013, den var i 4. kvartal på 68%. Det forventes at de igangsatte initiativer vil afspejle sig yderligere i monitoreringsresultaterne for 1. kvartal 2014.

Hovedhalskræft

Hoved-halskræft (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013		Hoved-halskræft (kemo som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013		Hoved-halskræft (stråler som l målopfyldelse i årsrapporten f
Region Hovedstaden	61	Region Hovedstaden	21	Region Hovedstaden
Region Sjælland	49	Region Sjælland*	-	Region Sjælland
Region Syddanmark	92	Region Syddanmark	57	Region Syddanmark
Region Midtjylland	56	Region Midtjylland*	-	Region Midtjylland
Region Nordjylland	78	Region Nordjylland*	-	Region Nordjylland
Hele landet	68	Hele landet	36	Hele landet

Kilde: SSI
* Regionerne har registreret under 11 patienter og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Målopfyldelsen for hoved-halskræft var i 1. halvår 2013 lav for alle behandlingsmodaliteter. Særlig lav var den for strålebehandling og kirurgi hvilket også afspejles i årsrapporten. Der er i løbet af 2013 igangsat mange initiativer for at forbedre målopfyldelsen, hvilket tydeligt har afspejlet sig i data for både 3. og 4. kvartal 2013.

Særligt positivt er det derfor, at målopfyldelsen for hoved-halskræft med kirurgi som første behandling i årsrapporten er på 61% (i 4. kvartal var den på 73%). Forbedringen af målopfyldelsen i 2. halvår af 2013 har bevirket, at regionen på dette område nu opnår en bedre målopfyldelse end flere af de øvrige regioner, og resultaterne for 4. kvartal indikerer, at yderligere forbedringer af målopfyldelsen kan forventes i 1. kvartal 2014.

Målopfyldelsen for hoved-halskræft med strålebehandling som første behandling er i årsrapporten på 26%. Det er ikke et tilfredsstillende resultat. Men også på dette område er der arbejdet målrettet på at sikre en forbedring af netop denne forløbstid, og monitoreringsresultaterne for 4. kvartal 2013 viser, at der er opnået en positiv udvikling, idet målopfyldelsen her var på 55%. Gennemgange af de konkrete patientforløb i regionen har vist, at det generelt er vanskeligt at opnå en høj målopfyldelse på netop dette område. Mange patienter, som skal strålebehandles for en hoved-halskræft, skal have foretaget tandekstraktion først, hvilket tillægger patientforløbet yderligere nogle dage ud fra lægefaglige årsager. Dermed umuliggøres det at pakkeforløbets anbefalede forløbstider kan efterleves. Rigshospitalet vurderer, at hvis det er muligt at registrere den øgede forløbstid affødt af tandekstraktion, så vil målopfyldelsen for denne patientgruppe stige markant.

Årsrapporten viser, at Region Hovedstaden har en lav målopfyldelse for patienter med hoved-halskræft, der skal have kemobehandling. Der har ikke tidligere været fokus på dette område, idet tidligere

offentliggørelser af data har været baseret på så få patientforløb, at målopfyldelsen ikke er beregnet. Administrativt igangsættes der på baggrund af monitoreringsdata en undersøgelse af hvorfor målopfyldelsen er så lav.

Tarmkræftmetastaser i leveren

Tarmkræftmetastaser i leveren (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013	
Region Hovedstaden	26
Region Sjælland*	-
Region Syddanmark	67
Region Midtjylland	80
Region Nordjylland*	-
Hele landet	53

Kilde: SSI
* Regionerne har registreret under 11 patienter og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Målopfyldelsen for tarmkræftmetastaser i leveren med kirurgi som første behandling er for regionen på 26%. Resultatet er ikke overraskende, idet data for 3. og 4. kvartal 2013 har vist et lignende billede. I løbet af 2013 har der været en øgning i antallet af henviste patienter. Det har bevirket, at Rigshospitalet, som varetager behandlingen i regionen, ikke har kunnet nå at opbygge den nødvendige kapacitet i takt med at henvisningerne er steget. Der er iværksat udvidelser af kapaciteten, som forventes at afspejle sig i data for 1. halvår 2014. Hertil kommer, at dette pakkeforløb reelt indeholder syv forskellige behandlingsforløb, hvilket komplicerer det yderligere, både i forhold til behandling og den konkrete pakkeregistrering. Dansk Kirurgisk Selskab har kontaktet Statens Serum Institut med henblik på at få klarhed over, hvordan der registreres korrekt.

Den øgede patienttilgang er i høj grad et udtryk for, at mange patienter i dag tilbydes kirurgi. Patienter som ikke tidligere kunne tilbydes kirurgisk behandling, har i dag en mulighed for at blive helbredt. Den øgede patienttilgang til denne kræftpakke er derfor reelt et positivt problem, da det er et udtryk for en positiv faglig udvikling til gavn for patienterne.

Kræft i blæren

Kræft i blæren (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013		Kræft i blæren (kemo som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013		Kræft i blæren (stråler som bel målopfyldelse i årsrapporten f
Region Hovedstaden	68	Region Hovedstaden	30	Region Hovedstaden
Region Sjælland*	-	Region Sjælland*	-	Region Sjælland*
Region Syddanmark	13	Region Syddanmark	23	Region Syddanmark
Region Midtjylland	12	Region Midtjylland	13	Region Midtjylland
Region Nordjylland	55	Region Nordjylland	8	Region Nordjylland*
Hele landet	57	Hele landet	23	Hele landet

Kilde: SSI
* Regionerne har registreret under 11 patienter og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Årsrapporten viser, at regionen for alle behandlingsmodaliteter har en generelt lav målopfyldelse; særlig lav er den for patienter, der skal have kemobehandling og strålebehandling, hvor målopfyldelse er på hhv. 30% og 36%. Trods den lave målopfyldelse har Region Hovedstaden den bedste målopfyldelse af alle regioner for kræft i blæren.

Data for 4. kvartal 2013 viser endvidere, at der er opnået en klar forbedring for målopfyldelsen for kemobehandling, som var på 56% i 4. kvartal 2013. Endvidere har gennemgange af de konkrete forløb tidligere vist, at ventetiderne hovedsageligt har været sundhedsfagligt begrundet.

I forhold til strålebehandling, så har tidligere kvartalsvise offentliggørelser ikke indikeret, at der var udfordringer i forhold til at sikre en høj målopfyldelse. Administrativt igangsættes der på baggrund af monitoreringsdata en undersøgelse af, hvorfor målopfyldelsen er så lav.

Kræft i nyren

Kræft i nyren (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013		Kræft i nyren (kemo som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013	
Region Hovedstaden	47	Region Hovedstaden	44
Region Sjælland*	-	Region Sjælland*	-
Region Syddanmark	66	Region Syddanmark*	-
Region Midtjylland	67	Region Midtjylland	79
Region Nordjylland	55	Region Nordjylland*	-
Hele landet	59	Hele landet	54

Kilde: SSI
* Regionerne har registreret under 11 patienter og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Årsrapporten viser, at Region Hovedstaden har en lav målopfyldelse for behandling af kræft i nyren både for kirurgi og kemobehandling som første behandling - målopfyldelsen er i årsrapporten på hhv. 47% og 44%.

Monitoreringsdata for 4. kvartal 2013 viser en betydelig forbedring ift. kirurgi som første behandling, som i daværende kvartal var på 59%, og der er iværksat initiativer ift. hele det urologiske område, som forventes at have en fortsat positiv effekt på forløbstiderne både ift. kirurgisk behandling og kemobehandling.

Kræft i prostata

Kræft i prostata (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013		Kræft i prostata (stråler som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013	
Region Hovedstaden	35	Region Hovedstaden	40
Region Sjælland	33	Region Sjælland	28
Region Syddanmark	41	Region Syddanmark	40
Region Midtjylland	48	Region Midtjylland	35
Region Nordjylland	15	Region Nordjylland*	-
Hele landet	36	Hele landet	37

Kilde: SSI
* Regionerne har registreret under 11 patienter og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Årsrapporten viser, at Region Hovedstaden generelt har en lav målopfyldelse for prostatakræft, hvilket også er forventeligt, idet offentliggørelsen af kvartalsvise data for 2013 har vist det samme billede. Der er i 2013 igangsat mange initiativer for at sikre en forbedring af målopfyldelsen, hvilket har afspejlet sig i data for primært 4. kvartal 2013. Eksempelvis er målopfyldelsen i årsrapporten for kirurgi på 35% og for 4. kvartal 2013 på 66%. Hertil kommer, at der 1. jan. 2014 er indført en ny kode for dette pakkeforløb, som muliggør, at de patienter, der skal have foretaget nervebevarende kirurgi, kan registreres langt mere retvisende, end det har været tilfældet i 2013 hvilket forventes at have en positiv effekt på målopfyldelsen. Tilsvarende viser data for 2. halvår 2013, at målopfyldelsen er forbedret for patienter, der skal have strålebehandling som første behandling.

Det bemærkes i denne sammenhæng, at alle regioner generelt har en lav målopfyldelse for denne kræftform. Dette understøtter, at pakkeforløbet generelt er udfordret af at være et idealforløb, som i praksis er vanskeligt og for mange patienter umuligt at gennemføre indenfor den anbefalede forløbstid af lægefaglige årsager.

Kræft i æggestokkene

Kræft i æggestokkene (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013		Kræft i æggestokkene (kemo som behandling) - målopfyldelse i årsrapporten for 2013	
Region Hovedstaden	63	Region Hovedstaden	46
Region Sjælland	43	Region Sjælland	31
Region Syddanmark	75	Region Syddanmark	36
Region Midtjylland	81	Region Midtjylland	32
Region Nordjylland	91	Region Nordjylland*	-
Hele landet	72	Hele landet	42

Kilde: SSI
* Regionerne har registreret under 11 patienter og indgår derfor ikke i opgørelsen.

Årsrapporten viser, at der er en målopfyldelse på 46% for patienter, der skal have kemobehandling som første behandling. Det er en relativ lav målopfyldelse, men ikke desto mindre har regionen den bedste målopfyldelse af alle regioner på dette område. Data for 3. og 4. kvartal 2013 viser, at der er yderligere forbedring at spore for målopfyldelsen, hvor den var på hhv. 74% og 65%.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
15. maj 2014: Årsrapporten for 2013 offentliggøres.
20. maj 2914: Kræftudvalget forelægges Årsrapporten til orientering.

Den planlægges ikke yderligere tiltag ifm. offentliggørelsen.

31. maj 2014: Monitoreringsdata for 1. kvartal 2014 offentliggøres.

DIREKTØRPÅTEGNING
Vicecenterdirektør Else Hjortsø / Enhedschef Anne Skriver

JOURNALNUMMER
14004806

BILAGSFORTEGNELSE
1. 2013 Årsopgørelse Monitorering af kræftområdet 20140502
2. Kræftdata 2013 alle regioner
3. Bemærkninger til Sundhedsstyrelsens kommentarer til årsrapporten 2013
4. Sundhedsstyrelsens kommentarer til den nationale monitorering af forløbstider på kræftområdet i året 2013

3. BESLUTNINGSSAG: TIDLIG DIAGNOSTIK OG UDREDNING - DIAGNOSTISKE ENHEDER OG SAMARBEJDE MED ALMEN PRAKSIS

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Kræftudvalget har på møde den 18. marts 2014 besluttet at drøfte tidligere diagnostik af kræftpatienter på et møde i foråret/sommeren 2014, jf. udvalgets arbejdsplan.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget beder administrationen undersøge mulighederne for at styrke den tidligere diagnostik i regionen.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Det har igennem længere tid være drøftet, om flere kræftpatienter kan opspores tidligere så overlevelseschancerne øges. De enkelte regioner har derfor løbende iværksat initiativer, som skal understøtte tidlig opsporing, herunder øget muligheden for at støtte almen praksis i at finde de patienter, som har kræft. Kræftudvalget har ønsket at drøfte, hvordan tidlig opsporing kan understøttes yderligere i regionen.

Det er velkendt, at tidlig diagnostisering af kræft øger chancerne for overlevelse, og tilsvarende, at nogle kræftsygdomme opdages så sent, at prognosen forringes. Danske patienter påbegynder ofte behandling i et senere stadie end i andre lande grundet sen diagnostisering.

Forsinkelser kan både opstå, dels fordi patienten er tilbageholdende med at henvende sig med symptomer, dels fordi almen praksis ikke reagerer på patientens beskrivelse af symptomer, eller fordi der er ventetid i hospitalsvæsenet på de undersøgelser, almen praksis rekvirerer eller dem, som hospitalerne iværksætter. Uanset hvor forsinkelserne opstår, kan det få betydning for prognosen, og det er derfor afgørende, at der reageres tidligt på de symptomer, som kan være tegn på kræft.

Oplagte og uklare symptomer
Op til halvdelen af de patienter, som henvender sig i almen praksis med symptomer på kræft, har oplagte symptomer og henvises direkte til en relevant kræftpakke. Dermed henvises de til et strømlinet forløb der understøtter hurtig udredning og behandling hos klinikere, som er specialiseret i den pågældende kræftform.

De øvrige patienter med symptomer på kræft har så uklare symptomer, at de ikke kan henvises direkte til en kræftpakke. Det er samtidig den gruppe, hvor der er potentiale for at finde kræften i et tidligt stadie. Almen praksis spiller en vigtig rolle i udredningen af disse patienter. Risikoen for kræft på baggrund af uklare symptomer er lille (typisk 2-5%).

Diagnostiske redskaber
For at undgå at symptomerne hos disse patienter overses, har det derfor stor betydning for almen praksis at have de nødvendige redskaber til at få afkræftet, om de symptomer, en patient bekriver, er de første tegn på en kræftsygdom. Det drejer sig om redskaber som fx at rekvirere billeddiagnostiske undersøgelse (bl.a. scanninger), endoskopier og laboratorieanalyser i enten hospitalsvæsnet eller speciallægepraksis. At kunne rekvirere sådanne diagnostiske undersøgelser vil give den praktiserende læge mulighed for at undersøge, om symptomerne er tegn på en kræftsygdom.

Region Hovedstaden har iværksat flere initiativer, som understøtter almen praksis i diagnostisering af patienter med ukarakteristiske symptomer, der kan være tidlige tegn på kræft. Det gælder bl.a. direkte adgang til CT og MR-scanning på baggrund af fællesregionale visitationsretningslinier. Almen praksis efterlyser dog muligheder for rekvirering af en række andre undersøgelser. Der er derfor grund til at

overveje, om der er behov for yderligere muligheder for at understøtte opsporingen af kræft i tidlige stadier.

Er der tale om alvorlige og mere oplagte symptomer, bliver patienterne henvist direkte til udredning for en specifik kræftsygdom. Ved de ukarakteristiske symptomer vil der være store omkostninger ved at henvise patienten til en kræftpakke, idet det dels vil sygeliggøre patienten, dels vil det skabe pres på et specialiseret system, der er beregnet til de patienter, som har behov for specialistkompetencer.

I 2013 har regionen i lighed med de øvrige regioner afholdt en række gå-hjem møder for almen praksis. Formålet med
gå-hjem møderne har været at understøtte almen praksis i bl.a. kendskabet til kræftpakkerne, symptomer på kræft, hvordan patienter henvises til en kræftpakke, hvad almen praksis kan gøre, hvis der er tvivl osv. Affødt af gå-hjem møderne har regionens diagnostiske enheder mærket en stigning i antallet af henviste patienter, hvilket indikerer, at gå-hjem møderne har haft den ønskede effekt.

Diagnostiske enheder
Blandt patienter, som har uklare symptomer med mistanke om alvorlig sygdom og derfor ikke henvises til en kræftpakke, idet symptomerne ikke peger på noget organspecifikt, henvises patienterne i stedet til de diagnostiske enheder på hospitalerne, som sætter en relevant udredning i gang. Formålet med de diagnostiske enheder er at sikre sub-akut ambulant udredning for patienter med uklare symptomer, der giver mistanke om alvorlig sygdom, som kan være kræft. Den diagnostiske enhed sørger for viderehenvisning til pakkeforløb, hvis udredningen giver mistanke om organspecifik kræftsygdom.

Som led i understøttelsen af tidlig diagnostisering har alle diagnostiske enheder en rådgivende funktion, som sikrer, at praksissektoren og andre hospitalsafdelinger kan få sparring og vejledning på specialistniveau.

I overvejelserne om yderligere understøttelse af diagnostikken i almen praksis er det vigtigt at bemærke, at der efterspørges yderligere redskaber til diagnostisk afklaring af det umiddelbart simple, hvor patienterne ikke fejler noget alvorligt. Det indgår således ikke i drøftelserne om tidlig diagnostisering, at almen praksis skal diagnostisere patienter, som håndteres bedst i det specialiserede sundhedsvæsen. Almen praksis´ rolle er for alle sygdommes vedkommende at henvise videre til specialister inden for de pågældende sygdomme, når det er relevant.

Efterspørgsel
Der rejses ofte tvivl om hvorvidt øget adgang til simple diagnostiske undersøgelser vil resultere i et større pres på hospitalsvæsnet. Det kan ikke udelukkes at antallet af undersøgelser vil stige noget. Til gengæld forventes antallet af henvisninger til hospitalvæsenet at kunne begrænses og trækket på det samlede sundhedsvæsen at mindskes jo tidligere kræftsygdommen opspores.

Det videre arbejde
På baggrund af ovenstående indstilles det at udvalget beder administrationen om at undersøge mulighederne for at styrke den tidlige diagnostik i regionen, herunder:

- Muligheden for at give almen praksis lettere og hurtigere adgang til enkle diagnostiske undersøgelser
- Inhente erfaringer og praksis i de øvrige regioner
- Etablering af tværsektoriel konsensus om faglige begrundelser for brug af diagnostiske undersøgelser

Til mødet er overlæge Claus Larsen Feltoft fra Herlev Hospital, leder af den diagnostiske enhed på Herlev Hospital, inviteret til at deltage. Claus vil på mødet præsentere formålet med regionens diagnostiske enheder, samt redegøre for enhedernes erfaringer og resultater.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION

Der er ikke planlagt en særskilt kommunikationsindsats.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Kræftudvalget vil ultimo 2014 blive forelagt muligheder for at understøtte tidligere diagnosticering med henblik på drøftelse og iværksættelse af initiativer i 2015.

DIREKTØRPÅTEGNING
Koncerndirektør Svend Hartling / Vicecenterdirektør Else Hjortsø

JOURNALNUMMER
14004771

4. BESLUTNINGSSAG: TEMAER TIL HANDLEPLANER FOR FORBEDRING AF FORLØBSTIDER FOR PATIENTER MED BRYSTKRÆFT, LUNGEKRÆFT, PROSTATAKRÆFT, TYK- OG ENDETARMSKRÆFT OG HOVED-HALSKRÆFT

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
På baggrund af Kræftudvalgets temamøde den 2. maj 2014 forelægges forslag til indsatser og initiativer, der vurderes af kunne forbedre forløbstiderne for brystkræft, hoved-halskræft, lungekræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakræft.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udvalget godkender, at de i sagen beskrevne indsatsområder og initiativer indgår i handleplanerne for, hvordan der kan sikres forbedrede forløbstider for patienter med brystkræft, prostatakræft, lungekræft, hoved-halskræft og tyk- og endetarmskræft.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING
Kræftudvalget har den 2. maj 2014 afholdt et ½ dags seminar. Formålet med seminaret var at belyse udfordringerne i forhold til at efterleve de anbefalede forløbstider for pakkeforløb for patienter med kræft i bryst, hoved-hals, prostata, lunge, tyk- og endetarm.

Til seminaret var inviteret én klinisk repræsentant pr. kræftform, som præsenterede pakkeforløbets udfordringer for udvalget samt kom med forslag til, hvor der kan implementeres yderligere initiativer for at sikre en forbedring af pakkeforløbets forløbstider (en forbedret målopfyldelse) (se vedlagte program for uddybning).

I nærværende sagsfremstilling opsummeres de forslag til initiativer og indsatsområder, som de inviterede klinikere præsenterede til seminaret. Administrationen har ikke foretaget en konkretisering eller kvalificering af forslagene (initiativerne).

De forslag til yderligere initiativer for at forbedre forløbstiderne, der blev drøftet til seminaret, bærer i høj grad præg af, at der allerede er iværksat mange initiativer som eksempelvis ændringer af arbejdsgange, optimering (LEAN) af forløb, etablering af øget kapacitet, indgåelse af samarbejdsaftaler, ansættelse af mere personale. Der er således arbejdet målrettet med at sikre en forbedring af forløbstiderne gennem en længere periode, og antagelsen er derfor, at de "lette" initiativer, de initiativer som kan implementeres i klinikken uden yderligere tilførelse af ressourcer for størsteparten er implementeret.

Drøftelserne til seminaret bar desuden præg af, at et par af pakkeforløbene har udfordringer, som ikke løses ved at sikre hurtige forløb, idet de gældende internationale sundhedsfaglige anbefalinger er modstridende med pakkeforløbets anbefalinger (eksempelvis ift. prostatakræft og helingstiden efter nervebevarende kirurgi).

Pakkeforløb for Brystkræft
Monitoreringsdata for 4. kvartal 2013 viser følgende:

Brystkræft (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013 (%)	
Region Hovedstaden	**68**
Region Sjælland	74
Region Syddanmark	92
Region Midtjylland	87
Region Nordjylland	90
Hele landet	**79**

Kilde: SSI

Monitoreringsdata viser, at Region Hovedstaden har den laveste målopfyldelse nationalt for brystkræft. Der er arbejdet målrettet på at sikre en forbedring af forløbstiderne det forløbne år, men der er fortsat et stykke vej, før regionen bliver blandt de bedste regioner.

Der blev til seminaret den 2. maj peget på flere områder, hvor implementering af initiativer vil understøtte muligheden for at sikre en forbedring af pakkeforløbets forløbstider:

- *Øget billeddiagnostisk kapacitet:* Mange kvinder har behov for supplerende udredning fx. i form af en CT eller MR skanning. En udvidelse af kapaciteten til udredning af patienter med mistanke om brystkræft vil derfor understøtte en hurtigere udredningsproces. Det er generelt vurderingen, at hvis røntgen/billeddiagnostikken sikrer hurtigere svar (fx. ved at have tilstrækkelig bufferkapacitet til at rumme store udsving i patienttilgangen), vil det have en positiv indflydelse på forløbstiderne.

- *Øget operationskapacitet:* Operationskapaciteten er generelt presset og er medvirkende til, at der opstår ubegrundet (ikke faglig) ventetid til operation. Udvidelse af kapaciteten vil derfor have en positiv effekt på forløbstiden 'forberedelse til behandling' og dermed på den samlede forløbstid.

- *Øget speciallæge kapacitet:* Der er generelt mangel på speciallæger indenfor subspecialet mammakirurgi. Det blev anbefalet, at der afsættes ressourcer til uddannelsesstillinger, således at det sikres, at der uddannes de rette kompetencer.

- *Yderligere centralisering af brystkræftbehandling:* En samling af de to brystkirurgiske afdelinger vurderes på sigt at kunne bidrage til en mere fleksibel kapacitetsanvendelse, således at udsving i patientgangen i højere grad kan imødekommes.

Til seminaret blev det desuden drøftet, at der er udfordringer med at indkalde patienterne. Særligt patienter, hvor der er opstået en begrundet mistanke om brystkræft i forbindelse med en screening, er vanskelige at indkalde, idet de ofte ikke er forberedte på, at de inden for få hverdage skal være parate til at starte et pakkeforløb. Disse patienter vælger ofte at udsætte deres tid eksempelvis 1-2 uger, hvorved der opstår såkaldt patientinieret ventetid, hvilket ikke kan registreres, og det påvirker derfor målopfyldelsen negativt.

Pakkeforløb for Prostatakræft

Monitoreringsdata for 4. kvartal 2013 viser følgende:

Prostatakræft (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013 (%)	
Region Hovedstaden	**66**
Region Sjælland	47
Region Syddanmark	82
Region Midtjylland	54
Region Nordjylland*	-
Hele landet	**58**

Kilde: SSI

** Region Nordjylland har registreret så få patienter i 4. kvartal, at målopfyldelsen ikke er beregnet*

Monitoreringsdata viser, at Region Hovedstaden har en relativt god målopfyldelse i forhold til flere af de øvrige regioner, men monitoreringsdata viser samtidig også, at regionen fortsat skal sikre en betydelig

forbedring af forløbstiderne, hvis regionen skal være den bedste på området.

Der har pågået en drøftelse mellem Sundhedsstyrelsen, regionerne og Dansk Urologisk Selskab det forløbne år om, hvorvidt det skal være muligt at registrere, hvis patienter får foretaget nervebevarende kirurgi. Patienter, der får nervebevarende kirurgi, kan ikke behandles inden for pakkeforløbets anbefalede forløbstider af sundhedsfaglige årsager. Der er pr. 1. jan. 2014 indført en ny kode for nervebevarende kirurgi, som muliggør, at den forlængede sundhedsfagligt begrundede forløbstid kan registreres for denne patientgruppe.

Den nye registrering forventes at have en positiv effekt på målopfyldelsen, men det er fortsat vurderingen, at der er mulighed - og vil være behov for - yderligere initiativer for at sikre en høj efterlevelse af pakkeforløbets forløbstider.

Der blev til seminaret den 2. maj peget på flere områder, hvor implementering af initiativer vil understøtte muligheden for at sikre en forbedring af pakkeforløbets forløbstider:

- *Øget udredningskapacitet:* Pakkeforløbet er udformet således, at relativt mange patienter henvises til udredning (afklaring af om de har prostatakræft, anden sygdom eller er raske). Den endelige diagnose stilles ved en rektal ultralydsscanning. Det er derfor ressourcetungt at sikre hurtige udredningsforløb og stiller krav til kapaciteten både ift. ambulatorietider, ultralydsscanninger og speciallæge tid.

- *Øget speciallæge kapacitet:* Der har generelt været udfordringer med at besætte urologiske speciallæge stillinger. Det er en udfordring i hele Danmark, og nationalt er der fokus på at rekruttere speciallæger fra andre lande.

- *Øget kapacitet i de parakliniske afdelinger:* Parakliniske ydelser så som patologisvar og røntgen/billeddiagnostik er afgørende for hurtig diagnosticering.

- *Forbedret koordinering mellem de samarbejdende specialer:* Der kan opstå udfordringer ift. at sikre den multidiciplinære tilgang og koordinering, således at udredning gennemføres parallet og ikke serielt. Der peges derfor på, at tværgående forløbsledelse (på tværs af specialer) kan være med til at understøtte parallel udredning og koordinering mellem alle relevante specialer. Der blev desuden peget på, at samarbejdsaftaler mellem eksempelvis patologien, billeddiagnostikken og udredende afdeling er vigtig ift. at sikre hurtige forløb.

Til seminaret blev det desuden drøftet, at der ikke er evidens for, at hurtig udredning øger overlevelsen for denne patientgruppe modsat flere andre patientgrupper.

Pakkeforløb for tyk- og endetarmskræft
Monitoreringsdata for 4. kvartal 2013 viser følgende:

Tyk- og endetarmskræft (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013		**Tyk- og endetarmskræft (kemo som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013**		**Tyk- og endetarmskræft (stråler som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013**	
Region Hovedstaden	**88**	**Region Hovedstaden**	**81**	**Region Hovedstaden**	**59**
Region Sjælland	83	Region Sjælland	74	Region Sjælland	-
Region Syddanmark	98	Region Syddanmark	72	Region Syddanmark	95
Region Midtjylland	92	Region Midtjylland	82	Region Midtjylland	86
Region Nordjylland	91	Region Nordjylland	-	Region Nordjylland	-
Hele landet	**90**	**Hele landet**	**77**	**Hele landet**	**83**

Kilde: SSI
** Region Nordjylland og Region Sjælland har registreret så få patienter i 4. kvartal, at målopfyldelsen ikke er beregnet*

Monitoreringsdata viser, at pakkeforløbet for tyk- og endetarmskræft med kirurgi som første behandling

har en relativt høj målopfyldelse i Region Hovedstaden. Dog er der flere af de øvrige regioner, som har en endnu højere målopfyldelse. I forhold til kemobehandling som første behandling har Region Hovedstaden en relativt høj målopfyldelse og ligger blandt de bedste af regionerne. I forhold til strålebehandling som første behandling har Region Hovedstaden den dårligste målopfyldelse nationalt. En gennemgang af de forløb, der er omfattet af monitoreringen, viser dog, at ventetiden er sundhedsfagligt begrundet.

Der blev til seminaret den 2. maj peget på primært ét område, hvor implementering af initiativer vil understøtte muligheden for at sikre en forbedring af pakkeforløbets forløbstider:

- *Øget udredningskapacitet:* Koloskopikapaciteten er generelt udfordret i regionen. En udvidet koloskopikapacitet vil gavne alle forløb, uanset hvilken behandlingsform en patient tilbydes.

Pakkeforløb for lungekræft

Monitoreringsdata for 4. kvartal 2013 viser følgende:

Lungekræft (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013 (%)		**Lungekræft (kemo som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013 (%)**		**Lungekræft (stråler som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013 (%)**	
Region Hovedstaden	**50**	**Region Hovedstaden**	**78**	**Region Hovedstaden**	**70**
Region Sjælland	56	Region Sjælland	79	Region Sjælland	71
Region Syddanmark	72	Region Syddanmark	92	Region Syddanmark	73
Region Midtjylland	85	Region Midtjylland	89	Region Midtjylland	82
Region Nordjylland	79	Region Nordjylland	53	Region Nordjylland	67
Hele landet	**70**	**Hele landet**	**82**	**Hele landet**	**74**

Kilde: SSI

Monitoreringsdata viser, at målopfyldelsen for pakkeforløb for lungekræft (uanset, hvilken behandling der er første behandling) enten er den laveste eller næstlaveste nationalt.

Det er således vurderingen, at der er behov for initiativer, som kan understøtte en forbedring af forløbstiderne for alle pakkeforløbspatienter uanset, hvad den primære behandingsmodalitet er.

Der blev til seminaret den 2. maj peget på flere områder, hvor implementering af initiativer vil understøtte muligheden for at sikre en forbedring af pakkeforløbets forløbstider:

- *Øget diagnostisk kapacitet - særligt patologien:* Parakliniske ydelser så som patologisvar og røntgen/billeddiagnostik er afgørende for hurtig diagnosticering.

- *Øget onkologisk kapacitet:* Der er ventetid til onkologisk behandlig for lungekræftpatienter på Rigshospitalet. En forudstæning for at forbedre forløbstiderne er, at der sikres en øget kapacitet til onkologisk behandling.

- *Øget operationskapacitet:* Der er ventetid til operation på Rigshospitalet, bl.a. fordi hospitalet også varetager akutte operationer på området (thorax). Der skal derfor etableres tilstrækkelig med bufferkapacitet, både for generelt at nedbringe ventetiden samt for at kunne imødekomme, at akutte patienter skal prioriteres i den daglige planlægning.

Pakkeforløb for Hovedhalskræft

Monitoreringsdata for 4. kvartal 2013 viser følgende:

Hoved-halskræft (kirurgi som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013 (%)		**Hoved-halskræft (stråler som behandling) - målopfyldelse i 4. kvartal 2013 (%)**	
Region Hovedstaden	**73**	**Region Hovedstaden**	**55**
Region Sjælland	63	Region Sjælland	37
Region Syddanmark	92	Region Syddanmark	82
Region Midtjylland	65	Region Midtjylland	77
Region Nordjylland	80	Region Nordjylland	75
Hele landet	**76**	**Hele landet**	**62**

Kilde: SSI

Monitoreringsdata viser, at Region Hovedstaden for kirurgi som første behandling placerer sig jævnt i forhold til de øvrige regioner. Der er arbejdet målrettet med at sikre en forbedring af målopfyldelsen, og fra at være den region, der havde den laveste målopfyldelse, har regionen i løbet af 2013 forbedret målopfyldelsen betydeligt. I forhold til strålebehandling som første behandling har regionen fortsat en relativt lav målopfyldelse. Gennemgang af de relevante patientforløb viser, at der er en relativ stor gruppe af patienter, hvor der skal foretages tandekstraktion. Disse patienter kan ikke gennemføre pakkeforløbet i overensstemmelse med den anbefalede forløbstid af sundhedsfaglige årsager, hvilket ikke kan registreres i pakkeforløbet.

Trods fremgangen på området og det faktum, at der vil være patienter, som aldrig kan følge forløbets anbefalede tider, er det fortsat vurderingen, at der er områder, der kan optimeres yderligere, således at der sikres en forbedring af målopfyldelsen.

Der blev til seminaret den 2. maj peget på flere områder, hvor implementering af initiativer vil understøtte muligheden for at sikre en forbedring af pakkeforløbets forløbstider:

- *Øget speciallægekapacitet:* Der er i udgangspunktet ikke mangel på speciallæger i ØreNæsehalskirurgi, men det er vigtigt, at der fokuseres på og prioriteres ressourcer til at opretholde tilstrækkeligt med specaillægestillinger til at varetage operation af hoved-halskræft.

- *Øget operationskapacitet:* Hvis forløbstiderne skal nedbriges yderligere både for kirurgien og strålebehandlingen skal der sikres tilstrækkelig operationskapacitet (der anvendes også operationskapacitet til biopsitagning ifm. diagnosticeringen).

- *Yderligere centralisering af udredning af hoved-halskræft patienter:* Som et led i optimeringen af forløbene og forbedring af forløbstiderne har Rigshospitalet implementeret sammedagsdiagnostik for patienter med mistanke om hoved-halskræft. Dette er muligt qua den måde de patologiske prøver kan laves på for hovedhalskræftpatienter og fordi, der er en patologisk afdeling med kompetencer til hovedhalskræftdiagnostik i huset. Patienter, der udredes for mistanke om hoved-halskræft på Nordsjællands Hospital - Hillerød, kan ikke tilbydes sammedagsdiagnostik på nuværende tidspunkt, idet den patologiske assistance til udredning kommer fra Rigshospitalet. Det foreslås derfor at samle udredningen af hoved-halskræftpatienter ét sted i regionen, hvor det samtidigt sikres, at de patologiske kompetencer er tilgængelige på samme matrikel.

Opsummering
En række af de initiativer, der vurderes at kunne bidrage til en forbedret målopfyldelse (kortere forløbstider) er de samme på tværs af kræftpakkerne.

Opsummeret peges der på følgende indsatsområder og initiativer:

- Øget ambulatoriekapacitet
- Øget kapacitet på de parakliniske afdelinger
- Øget operationskapacitet
- Øget speciallæge kapacitet
- Øget onkologisk kapacitet
- Forbedret koordination mellem specialerne om et forløb

Hvis indstillingen tiltrædes vil administrationen på baggrund af indmeldingerne fra seminaret i samarbejde med relevante hospitaler arbejde videre med at få konkretiseret, kvalificeret og prioriteret de nævnte indsatsområder og initiativer med henblik på, at Kræftudvalget kan få forelagt forslag til handleplaner til mødet den 24. juni 2014.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt på nuværende tidspunkt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
20. maj 2014: Kræftudvalget forelægges en opsamling af de temaer og indsatsområder, der blev præsenteret til seminaret den 2. maj.

24. juni 2014: kræftudvalget forelægges handleplanerne mhp godkendelse.

DIREKTØRPÅTEGNING
Vicecenterdirektør Else Hjortsø / Enhedschef Anne Skriver

JOURNALNUMMER
14004660

BILAGSFORTEGNELSE
1. PROGRAM Temadag d 2 maj 2014

5. BESLUTNINGSSAG: BUDGET 2015 - GODKENDELSE AF FORSLAG

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Forretningsudvalget har bedt Kræftudvalget om til brug for budgetforhandlingerne, at udarbejde budgetbidrag inden for udvalgets arbejdsområde. Udvalget skal på den baggrund drøfte budgetinitiativer for perioden 2015 – 2018.

Sidste frist for udvalgenes bidrag er 6. juni 2014.

Udvalget skal på dette møde endeligt beslutte, hvilke budgetbidrag det ønsker at sende til forretningsudvalget.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at Kræftudvalget beslutter, hvilke budgetbidrag der sendes til forretningsudvalget.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING
Udvalgets drøftelse
Udvalget drøftede på mødet i april de af administrationen udarbejdede budgetskemaer med oversigt over mulige budgetbidrag. De foreslåede bidrag tog udgangspunkt i den arbejdsplan og de budgetønsker, som tidligere har været drøftet i udvalgene og rammerne fra budgetseminaret. Flere udvalg gav dog udtryk for, at det var vanskeligt at drøfte konkrete budgetønsker, både i relation til manglende økonomioplysninger, men også i forhold til hvilken rolle udvalgene kan spille i processen i forhold til styrelsesvedtægtens ansvars- og opgavefordeling.

På baggrund af drøftelserne i udvalgene har administrationen derfor udarbejdet et kort notat om udvalgenes rolle i budgetprocessen i Skanderborgmodellen, som regionens styrelsesvedtægt er bygget over.

Derudover er de tidligere forelagte budgetinitiativer blevet kvalificeret yderligere, herunder med oplysninger om økonomiske forhold, og forelægges derfor som bilag i revideret form.

På den baggrund bedes udvalget drøfte:
• Hvilke budgetinitiativer skal sendes videre til forretningsudvalget?
• Skal der ændres i indhold eller skalering i de foreslåede budgetinitiativer?
• Andre budgetinitiativer man ønsker medtaget?

Udvalget vil på mødet herudover kunne stille yderligere forslag om ændringer i arbejdstilrettelæggelsen inden for udvalgets arbejdsområde – herunder input til effektiviseringsforslag.

Oversigt over budgetinitiativer
Regionsrådet vedtog den 8. april 2014 et oplæg til strategi for Region Hovedstaden. Visionen er *Hovedstadsregionen er den grønne og innovative metropol med høj vækst og livskvalitet, samt et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau.* Der er hertil knyttet en række politiske målsætninger og strategiske indsatsområder. Administrationens forslag til budgetinitiativer er tilknyttet de enkelte politiske målsætninger og strategiske indsatsområder.

Budgetinitiativerne er udarbejdet i den skabelon, som skal bruges til fremsendelse af budgetbidrag til

forretningsudvalget.

Der er desuden som bilag yderligere vedlagt administrationens samlede oversigt over forslag til budgetinitiativer for alle udvalg. Af oversigten fremgår initiativernes tilknytning til strategien for regionens udvikling.

Oversigt over Kræftudvalgets budgetinitiativer:

		Drift			
Nr.	**Mio. kr.**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
7.0	**Kræftudvalget**				
7.01	UDGÅET				
7.02	UDGÅET				
7.03	Sammenhængende forløb (ønskes som et fokusområde derfor ikke budget)				
7.04	Tidlig opsporing (ønskes som et fokusområde derfor ikke budget)				
7.05	Implementering af forløbsprogram for rehabilitering af kræftpatienter (Samme forslag som 3.07)		1,3	4,4	4,4
7.06	Afvikling af flaskehalse/understøttelse af øget målopfyldelse på kræftområdet	15,0	15,0	15,0	15,0
7.07	UDGÅET				
	Kræftudvalget i alt	**15,0**	**16,3**	**19,4**	**19,4**

Som det fremgår af oversigten, foreslås der to initiativer: sammenhængene forløb og tidlig opsporing, hvor der ikke foreslås midler afsat i budget 2015-18. Der udestår en afklaring af disse budgetinitiativers omfang, herunder om det kan afholdes indenfor eksisterende rammer (inkl. praksisbudgettet) eller via omprioriteringer. Derfor foreslås det, at der ikke afsættes ressourcer hertil i Budget 2015-18, men at Kræftudvalget foreslår Forretningsudvalget, at de to initiativer (områder) indskrives som fokusområder i Budget 2015-18, mhp at initiativerne konkretiseres yderligere i 2015.

Initiativerne 7.01,7.02 og 7.07 er de initiativer, som kræftudvalget til mødet den 20. maj besluttede ikke at prioritere.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Budgetinitiativerne sendes til forretningsudvalget og vil indgå i de kommende budgetforhandlinger. Forretningsudvalget behandler budgetforslaget den 12. august og første behandling i Regionsrådet er den 19. august.

DIREKTØRPÅTEGNING
Regionsdirektør Hjalte Aaberg / Koncerndirektør Svend Hartling

JOURNALNUMMER
13012373

BILAGSFORTEGNELSE

1. Notat om skanderborgmodel og udvalgenes budgetproces
2. Budgetlægningen 2015 forslag 7.03_ 2. drøftelse_sammenhængende forløb
3. Budgetlægningen 2015 forslag 7.04_ 2. drøftelse_tidlig opsporing
4. Budgetlægningen 2015 forslag 7.05_ 2. drøftelse_forløbsprogram
5. Budgetlægningen 2015 forslag 7.06_ 2.drøftelse_afvikling af flaskehalse
6. Overblik over budgetforslag 2015 -2018 fra driftsudvalg og strategiske områder 15. maj 2014

6. BESLUTNINGSSAG: BIDRAG TIL SUNDHEDSAFTALEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Der skal inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og de 29 Kommuner i regionen. Aftalen skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, og skal gælde for perioden 2015 – 2018. I forbindelse hermed har Sundhedskoordinationsudvalget udarbejdet vedhæftede høringsudkast til den politiske del af den kommende sundhedsaftale.

Forslaget blev behandlet på Sundhedskoordinationsudvalgets møde den 5. april 2014. Høringsudkastet er nu udsendt i en bred politisk høring, der varer frem til 30. juni 2014.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:
at udvalget drøfter høringsudkast til den politiske del af den kommende sundhedsaftale og afgiver sine bemærkninger til Udvalget for Tværsektorielt Samarbejde, som indgiver et samlet høringssvar,
at udvalget bemyndiger formanden til på vegne af udvalget at fremsende bemærkninger til Udvalget for Tværsektorielt Samarbejde.

POLITISK BEHANDLING
Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING
Sundhedsaftalen for 2015 - 2018 skal udarbejdes inden for rammerne af bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler samt vejledning nr. 9005 af 20. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (bilag 5).

Det er Sundhedskoordinationsudvalgets opgave at udarbejde et udkast til ny sundhedsaftale, mens den endelige aftale skal godkendes af regionsrådet og af kommunalbestyrelserne i samtlige 29 kommuner i regionen. Almen praksis er ikke direkte aftalepart, men vil være forpligtet af den aftale, der indgås. Vilkårene for almen praksis deltagelse skal beskrives i praksisplan for almen praksis og en dertil hørende underliggende aftale.

Det fremgår af bekendtgørelsen og vejledningen, at sundhedsaftalen skal indeholde en politisk del med målsætninger for den generelle udvikling af samarbejdet på sundhedsområdet samt målsætninger inden for de obligatoriske indsatsområder. De obligatoriske indsatsområder omfatter:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Herudover er der krav om, at der i relevant omfang skal inddrages en række tværgående temaer herunder:

- Kvalitetsudvikling
- Lighed i sundhed
- Inddragelse af brugere og pårørende

Der er i tilknytning til de obligatoriske indsatsområder anført, en række krav om målgruppespecifikke indsatser.

Herudover skal sundhedsaftalen indeholde en administrativ del, som skal konkretisere den politiske aftale og fastsætte rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne.

Høringsudkastet er udarbejdet på baggrund af den indledende politiske dialog, der har været i regionen

og kommunerne om den kommende sundhedsaftale. Herunder har aftaleudkastet været drøftet i udvalg for tværsektorielt samarbejde den 25. marts 2014.

Sundhedskoordinationsudvalget har lagt særligt vægt på, at aftalen skal bestå af få, klare politiske målsætninger. Samtidig ønsker udvalget at have fokus på de effekter, som borgeren skal opleve som følge af sundhedsaftalen.

Udkastet til den politisk del af sundhedsaftalen er bygget omkring fire overordnede visioner:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det
- sammenhængende sundhedsvæsen
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Til hver af de fire visioner er der i høringsudkastet beskrevet to til tre politiske målsætninger. Sundheds-koordinationsudvalget har udvalgt disse målsætninger, da udvalget finder, at de bedst dækker de fire visioner og samtidig dækker de områder, hvor der er størst behov for et særligt politisk fokus.

Sundhedskoordinationsudvalget har ønsket, at sundhedsaftalen skal udarbejdes på baggrund af en bred dialog. Til inspiration ved høringsparternes behandling af høringsudkastet har Sundhedskoordinationsudvalget udarbejdet et bilag, der viser bredden i de drøftelser, der har været i forbindelse med udarbejdelse af aftaleudkastet (bilag 4).

Målsætningerne, der indgår i høringsudkastet og målsætningerne i bilag 4, er afstemt med de lovgivningsmæssige krav til sundhedsaftalen. Det vil dog være sådan, at ikke alle krav i Sundhedsstyrelsens vejledning kan blive dækket fuldt ud i den politiske aftale, da vejledningens detaljeringsniveau er meget højt. Krav i vejledningen, der ikke er dækket af den politiske aftale, vil imidlertid blive dækket i den administrative aftale. Det drejer sig især om krav om fokus på specifikke målgrupper.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer i sig selv ingen økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Der er udsendt en pressemeddelelse 11. april 2014 i forbindelse med Sundhedskoordinationsudvalgets offentliggørelse af høringsudkastet til sundhedsaftalens politiske del.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
På baggrund af Kræftudvalgets drøftelser fremsendes bemærkninger til Udvalget for Tværsektorielt Samarbejde, som afgiver et samlet høringssvar til Sundhedskoordinationsudvalget.

DIREKTØRPÅTEGNING
Koncerndirektør Svend Hartling /Centerdirektør Christian Worm

JOURNALNUMMER
14004009

BILAGSFORTEGNELSE

1. Høringsbrev-090414
2. Høringsudkast politisk aftale
3. Høringsparter
4. Inspirationsmateriale
5. Vejledning nr 9005 af 201213 (sundhedsaftale 2015 -2018)

7. EVENTUELT

EVENTUELT
Tomt indhold

MØDETIDSPUNKT

20-05-2014 15:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården: H6

MEDLEMMER

Mette Abildgaard	Formand
Flemming Pless	
Susanne Due Kristensen	
Niels Høiby	
Finn Rudaizky	
Annie Hagel	
Pia Illum	

INDHOLDSLISTE

1. Meddelelser - Kræftudvalgets arbejdsplan
2. Meddelelser - Månedlig afrapportering til Sundhedsstyrelsen

1. MEDDELELSER - KRÆFTUDVALGETS ARBEJDSPLAN

MEDDELELSER
Kræftudvalget har besluttet, at arbejdsplanen er et dynamisk dokument, som løbende kan revideres.

Opdateret arbejdsplan vedlægges alle dagsordener som en meddelelse.

JOURNALNUMMER
13012373

BILAGSFORTEGNELSE
1. Kræftudvalget_ arbejdsplan_2014_version af 8. maj 2014

2. MEDDELELSER - MÅNEDLIG AFRAPPORTERING TIL SUNDHEDSSTYRELSEN

MEDDELELSER
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse besluttede i februar 2012, at regionerne skulle indsende månedlige indberetninger til Ministeriet.

Indberetningerne skal omfatte patientforløb, der ikke overholder bekendtgørelsen om de maksimale ventetider for kræftområdet.

Fra april 2012 blev det bestemt også at indberette på visse hjertesygdomme. Ifølge Bekendtgørelsen har patienter ret til, at et behandlingsforløb igangsættes inden for en bestemt dato.

Indberetningen for april måned 2014 viser, at der var 83 hændelser i regionen på kræftområdet, der var 0 hændelser på hjerteområdet.

Til orientering er Region Hovedstadens månedlige indberetning til Sundhedsstyrelsen vedlagt som bilag.

JOURNALNUMMER
14000965

BILAGSFORTEGNELSE
1. Brev til SST fra Region Hovedstaden indberetning vedr bekendtgørelsen april 2014
2. Indrapporteringsskema - kræft april 2014_Region Hovedstaden

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail planogudvikling@regionh.dk

Journal nr.: LHOE
Ref.: 12005731

Dato: 31. marts 2014

NOTAT

Til: **Kræftudvalget**

Iværksatte initiativer på kræftområdet

Kræftudvalget har ønsket at få et overblik over de hidtidige initiativer, som er iværksat på kræftområdet i Region Hovedstaden. Området er løbende blevet styrket dels gennem nye initiativer som fx etablering af diagnostiske enheder, dels gennem ressourcetilførsel til områder med særlige kapacitetsudfordringer.

Foruden initiativer fra administrationens side iværksætter det enkelte hospital tiltag, som skal optimere driften og forbedre de enkelte patientforløb.

Nedenfor ses listen over de forskellige initiativer. De enkelte hospitaler optimerer løbende organiseringen af arbejdsgange og patientforløb som en del af den daglige drift, og listen er derfor ikke udtømmende, idet den alene er udtryk for de initiativer, som administrationen har fået kendskab til i forbindelse med bl.a. opfølgning på forløbstider for kræftpakkeforløb.

Listen giver et overblik over de forskelligartede tiltag, der er gjort for at styrke området. Nogle initiativer som fx audits (LEAN-processer) eller reorganisering af arbejdsgange er iværksat inden for flere kræftområder og andre initiativer er kun foregået på nogle få. Der er således ikke tale om, at alle initiativerne er iværksat på samtlige afdelinger, idet der typisk vil være iværksat tiltag på de afdelinger, der har haft udfordringer med målopfyldelsen.

Optimering af arbejdsgange

- Optimering af arbejdsgange fra beslutning på den multidisciplinære teamkonference (MDT-konference) til behandlingsstart.
- Optimering af patientforløb (fx afkortelse af ventetiden på tandbehandling for hoved-halskræftpatienter)
- Omvisitering af urologiske patienter fra CT-scanning til knogleskintigrafi for at øge kapaciteten og nedbringe ventetid på undersøgelser
- Optimere arbejdsgange mellem afdelinger fx nedbringelse af ventetid på prøvesvar/undersøgelsessvar og opstramning af henvisningsprocedurer (fx prostatakræft)

- Kombineret undersøgelsesforløb mellem Klinisk Fysiologisk Afdeling og Røntgenafdelingen som kan udføres på en og samme dag (fx prostatakræft)
- Forbedret planlægning af feriekapacitet for at undgå flaskehalse
- Optimeret visitation og booking til første besøg så patienterne får igangsat udredningsforløbet hurtigere
- Udvidet åbningstid i patologien for at tilpasse sig kirurgisk åbningstid
- Hurtigere patologisvar (fx ØNH-patienter) bl.a. gennem ændrede arbejdsgange der understøtter de kliniske afdelingers behov, udvidet åbningstid samt oprioritering af akutte prøvesvar (indebærer svar på finnålsbiopsier inden for 2 timer og frysemikroskopi inden for 20 min.)
- Audits inden for en lang række kræftområder med henblik på årsagsanalyse og identifikation af potentiale for forbedring af forløbstider
- Ansættelse af forløbskoordinatorer (fx urologi)
- Bedre flow i patienternes udredningsforløb
- Telefonisk indkaldelse af screeningspatienter, der skal udredes yderligere
- Opstart af udredningsforløb parallelt med ventetid på supplerende prøvesvar fra udredning i primærsektor (fx gynækologi)
- Planlægning af udredningsaktiviteter allerede ved første ambulante besøg (fx prostatakræft)
- Indførsel af differentierede tider (afkortning af nogle samtaletider og sammenlægning af mindre ressourcetunge samtaler)
- Tilpasning af tilstedeværende ressourcer på baggrund af analyse af patientflow, plejetyngde, fremmødefrekvens mv.

Kapacitet

- Oprettelse af flere ambulatorietider til forundersøgelse af kræftforløbspatienter
- Udvidet åbningstid på ambulatorier bl.a. med aftenåbning (fx hoved-halskræft og brystkræft)
- Øgede antal tider til nyhenviste patienter
- Etablering af ekstra operationskapacitet med aftenåbning to gange ugentligt for at sikre fleksibilitet til dage med stor patienttilgang
- Etablering af bufferkapacitet i og omkring lavaktivitetsperioderne (kirurgi)
- Merarbejde samt rekruttering af mere specialiseret personale (fx radiologi)
- Frigørelse af sekretærtid til at skabe flow
- Udvidelse af kapacitet i mammaradiologien (bl.a. rekruttering af personale, der dog er en udfordring pga. generel mangel i regionen)
- Midler til afvikling af meraktivitet
- Ansættelse af hjælp til administrative opgaver
- Midlertidig åbning af ekstra operationsspor og operationslejer
- Udvidelse af onkologisk kapacitet
- Omprioritering af ressourcer til stråleterapien
- Reservation af flere tider til PET-CT Udvidelse af åbningstiden på MR-scanning

- Henvisning af patienter til andre hospitaler (fx brystkræft)

Registreringspraksis og data

- Opstramning af kodningsprocedure for at få mere retvisende volumen
- Løbende kontrol af kodning af alle nye patienter
- Ugentligt ledelsesmæssigt fokus på baggrund af internt ledelsesinformationssystem bl.a. med det formål at identificere flaskehalse på tværs af afdelinger og udarbejde fælles løsninger.
- Revidering af kvalitetsdokumenter (Vejledninger, instrukser og politikker (VIP))

Tværgående samarbejde

- Kontakt til henvisende afdeling for at få medsendt oplysninger om pakkeregistreringer for de patienter, der henvises for at optimere planlægningen (fx tyk- og endetarmskræft og urologi)
- Udarbejdelse af detaljerede forløbsbeskrivelser på tværs af hospitaler og regioner for at undgå, at der tabes tid ved overgange (fx urologi og lungekræft)
- Løbende tværfaglig dialog mellem afdelinger om den faglige – og driftsmæssige koordinering af behandlingen (fx brystkræft, hoved-halskræft)
- Dialog med øvrige regioner med henblik på at få belyst, hvorledes patientforløbene tilrettelægges andre steder
- Indkøb af udstyr som smidiggør informationsudveksling mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden (vedr. patologipræparater).

Øvrige centrale initiativer

- Etablering af diagnostiske enheder
- Bevilling af midler til meraktivitetssager (4ØR 2012 – Brystkræft, Rigshospitalet)
- Udmøntning af midler til MDT-konference på kræftområdet i 2012. Formålet er at understøtte multidisciplinær udredning og behandling af kræftpatienter (10,5 mio. kr. engangsbeløb)
- Udmøntning af varige driftsmidler til kræftområdet – (32,7 mio. kr. budget 2013)
    - Rigshospitalet (parakliniske afdelinger, onkologisk klinik, kirurgisk klinik, endokrinologisk klinik)
    - Herlev Hospital (parakliniske afdelinger, onkologisk afdeling, plastikkirurgisk afdeling, urologisk afdeling)
    - Gentofte Hospital (dermatologisk afdeling)
    - Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler (urologisk afdeling)
    - Bornholms Hospital (onkologisk ambulatorium)
    - Hvidovre Hospital (gastroenheden)
    - Glostrup Hospital (øjenafdelingen)
- Udmøntning af varige driftsmidler til kræftområdet – (17,3 mio. kr. budget 2014).

    - Rigshospitalet (brystkræft, hoved-halskræft kirurgi, ambulatorier, radiologi (brystkræft) og patologi)
    - Herlev Hospital (operations- og anæstesipersonale, brystkirurgi, 2 ambulatoriespor, radiologi, kliniske biokemi og klinisk fysiologi)
- Undervisning af almen praksis i symptomer på kræft og henvisning til pakkeforløb
- Etablering af yderligere 12 hospicepladser (i alt 56 i regionen)
- Opnormering af lymfødembehandlingen
- Opnormering af palliationsområdet
- Udmøntning af midler til indkøb af apparatur

Bilag 1. Kræftpakker - overholdelse af standardforløbstider, "kongeindikator":
Fra "Henvisning til pakkeforløb, start" til "Initial behandling, start"

		Kvartal: 2013-4						Kvartal:2013-3					
Kræftpakke	Behandling	Antal i alt	Målopf. %	Standardforløbstid	Dage Nedre kvartil	Median	Øvre Kvartil	Antal i alt	Målopf. %	Standardforløbstid	Dage Nedre kvartil	Median	Øvre Kvartil
Brystkræft	Kirurgisk	306	68	**27**	20	24	30	258	50	**27**	21	28	37
	Medicinsk	52						56					
	Stråler	3						1					
Hoved/halskræft	Kirurgisk	75	73	**28**	15	22	31	55	73	**28**	14	19	29
	Medicinsk	3		**32**				1		**32**			
	Stråler	53	55	**32**	24	31	38	59	41	**32**	30	36	43
Lymfeknudekræft	Kirurgisk	-						-					
	Medicinsk	52	100	**31**	7	13	19	76	92	**31**	8	15	22
	Stråler	8		**43**				5		**43**			
Myelomatose	Kirurgisk	-						-					
	Medicinsk	18						23					
	Stråler	3						-					
Akut leukæmi	Kirurgisk	-						-					
	Medicinsk	9		**6**				26	69	**6**	1	5	13
	Stråler	-						-					
Kroniske myeloide sygdomme	Kirurgisk	-						-					
	Medicinsk	9						5					
	Stråler	-						-					
Bugspytkirtelkræft	Kirurgisk	30	90	**43**	24	29	37	37	92	**43**	20	30	36
	Medicinsk	7		**44**				4		**44**			
	Stråler	-		**48**				-		**48**			
Galdegangskræft	Kirurgisk	7		**43**				8		**43**			
	Medicinsk	1		**44**				-		**44**			
	Stråler	-		**48**				-		**48**			
Spiserørskræft	Kirurgisk	6		**43**				9		**43**			
	Medicinsk	18	83	**51**	34	38	43	25	92	**51**	24	35	45
	Stråler	14						14					

Grøn	Standardforløbstiden overholdes for kvartilen	Pink	Standardforløbstiden efterleves ikke for kvartilen
Grå	Der er ingen standardforløbstid fastlagt for pakkeforløbet		Der er under 11 patienter registretret

Kræftpakke	Behandling	Kvartal: 2013-4						Kvartal:2013-3					
		Antal i alt	Målopf. %	Standardforløbstid	Dage Nedre kvartil	Median	Øvre Kvartil	Antal i alt	Målopf. %	Standardforløbstid	Dage Nedre kvartil	Median	Øvre Kvartil
Primær leverkræft	Kirurgisk	17	94	47	20	29	39	8	63	47	39	40	56
	Medicinsk	1		48				2		48			
	Stråler	-						-					
Tarmkræftmetastaser i maven	Kirurgisk	22	23	28	31	40	46	34	21	28	31	36	41
	Medicinsk	-		29				-		29			
	Stråler	-						-					
Tyk- og endetarmskræft	Kirurgisk	142	88	37	15	23	29	131	92	37	15	21	28
	Medicinsk	26	81	37	21	30	35	27	67	37	23	31	41
	Stråler	17	59	41	28	39	46	10	70	41	31	37	49
Blærekræft	Kirurgisk	68	81	34	9	16	28	111	87	34	12	19	23
	Medicinsk	16	56	38	19	44	64	-		38			
	Stråler	3		42				-		42			
Nyrekræft	Kirurgisk	37	59	41	27	37	55	39	64	41	20	32	49
	Medicinsk	6		42				-		42			
	Stråler	1						-					
Prostatakræft	Kirurgisk	41	66	50	38			48	52	50	31	50	66
	Medicinsk	44			7	18	36	49			15	26	35
	Stråler	10		55				18	72	55	36	39	72
Peniskræft	Kirurgisk	10		37				3		37			
	Medicinsk	-		38				-		38			
	Stråler	-		42				-		42			
Testikelkræft	Kirurgisk	28						34					
	Medicinsk	-						-					
	Stråler	-						-					
Ydre kvindelige kønsorganer	Kirurgisk	13	85	36	15	18	35	15	93	36	11	19	30
	Medicinsk	-						-					
	Stråler	-		43				1		43			
Livmoderkræft	Kirurgisk	52	83	29	17	20	28	51	71	29	16	22	31
	Medicinsk	4						-					
	Stråler	-						-					

Grøn	Standardforløbstiden overholdes for kvartilen	Pink	Standardforløbstiden efterleves ikke for kvartilen
Grå	Der er ingen standardforløbstid fastlagt for pakkeforløbet		Der er under 11 patienter registretret

Kræftpakke	Behandling	Kvartal: 2013-4						Kvartal:2013-3					
		Antal i alt	Målopf. %	Standardforløbstid	Dage Nedre kvartil	Median	Øvre Kvartil	Antal i alt	Målopf. %	Standardforløbstid	Dage Nedre kvartil	Median	Øvre Kvartil
Æggestokkræft	Kirurgisk	49	65	**24**	14	20	28	50	74	**24**	16	19	25
	Medicinsk	12	67	**27**	20	26	28	6	83	**27**	20	23	27
	Stråler	-						-					
Livmoderhalskræft	Kirurgisk	18	67	**28**	18	23	30	19	42	**28**	21	32	36
	Medicinsk	1		**31**				-		**31**			
	Stråler	7		**35**				14	36	**35**	32	37	42
Hjernekræft	Kirurgisk	15	93	**22**	8	13	17	15	80	**22**	8	15	21
	Medicinsk	-						-					
	Stråler	-						-					
Øje/orbitakræft	Kirurgisk	2						4					
	Medicinsk	-						-					
	Stråler	-						2			27	28	29
Modermærkekræft i hud	Kirurgisk	172	91	**31**	10	17	21	139	96	**31**	8	16	21
	Medicinsk	3						5					
	Stråler	-						-					
Lungekræft	Kirurgisk	26	50	**44**	33	45	55	34	77	**44**	28	35	43
	Medicinsk	91	78	**41**	27	32	41	84	86	**41**	23	30	37
	Stråler	20	70	**45**	39	44	51	27	59	**45**	33	43	50
Sarkomkræft i knogle	Kirurgisk	-		**47**				-		**47**			
	Medicinsk	-		**44**				-		**44**			
	Stråler	-		**48**				-		**48**			
Sarkomkræft i bløddele	Kirurgisk	-		**35**				6		**35**			
	Medicinsk	8		**32**				-		**32**			
	Stråler	-		**36**				-		**36**			
Kræft hos børn	Kirurgisk	3						3					
	Medicinsk	15						10					
	Stråler	-											

Grøn	Standardforløbstiden overholdes for kvartilen	Pink	Standardforløbstiden efterleves ikke for kvartilen
Grå	Der er ingen standardforløbstid fastlagt for pakkeforløbet		Der er under 11 patienter registretret

Antal i alt:	Det samlede antal patienter som indgår i pakkeforløbet.
Målopfyldelse:	Den procent af patienterne, som behandles inden for standardforløbstiden. Der er kun beregnet målopfydelse på områder, hvor der er registretet min. 11 patienter
Standardforløbstid:	Standardforløbstiden er den tid som sundhedsstyrelsen har fastsat, at pakkeforløbne bør tage. Forløbstiderne må ikke forveksles med de lovbundne maksimale ventetider.
Nedre kvartil:	Er skillelinjen mellem de 25% af patienterne, hvor der går kortest tid og de 75 % af patienterne, hvor der går længst tid (kalender dage).
Median:	Er skillelinjen mellem de 50 % af patienterne, hvor der går kortest tid og de 50 % af patienterne, hvor der går længst tid (kalender dage).
Øvre kvartil:	Er skillelinjen mellem de 75 % af patienterne, hvor der går kortest tid og de 25 % af patienterne, hvor der går længst tid (kalenderdage).

Kræftpakke	Kvartal: 2013-4	
	Antal i alt	Målopf. %
Diagnostik pakke	551	84,4

Kvartal:2013-3	
Antal i alt	Målopf. %
520	83,5

* data fra metastasepakken er ikke medtaget i denne opsummering for Region Hovedstaden

Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning
Sundhedsanalyser
Sagsnr. 14/15284

2. maj 2014

STATENS SERUM INSTITUT

Årsopgørelse

2013

Monitorering af kræftområdet

Offentliggørelse 15. maj 2014

Datagrundlag:
Data fra Landspatientregisteret 1. januar 2013 til 12. april 2014
Det Centrale Personregister (CPR) og
Cancerregisteret 1. januar 1970 til 30. april 2014

Statens Serum Institut
Artillerivej 5
2300 København S
serum@ssi.dk | ssi.dk

T 3268 3268
F 3268 3868
CVR nr. 46 83 74 28
EAN nr. 5798000362192

STATENS SERUM INSTITUT
SUNDHEDSDATA OG
SMITTEBEREDSKAB

Opgørelserne i nærværende dokument er nærmere beskrevet i 'Notat vedrørende Statens Serum Instituts dataleverance til Sundhedsstyrelsen for monitorering af kræftområdet', der kan findes på Statens Serum Instituts hjemmeside under Sundhedsdata og IT/Monitorering af kræftområdet/Monitorering af kræftområdet 2012 på følgende link:
http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Indberetning%20og%20patientregistrering/Monitorering%20af%20kraftomradet/Monitorering%20af%20kraft%202012.aspx

Opgørelserne anvender data fra Landspatientregisteret, Det Centrale Personregister og Cancerregisteret. Der tages forbehold for foreløbige tal.

Grundet oprettelse af ny kode per 1. januar 2014 for kræft i prostata, nervebesparende kirurgi udelades forløb med kræft i prostata, hvor behandlingen er nervebesparende kirurgi.

Der anvendes både stationære data, hvilket vil sige tidligere opgjorte kvartalsdata, der ved denne opgørelse ikke er blevet opdateret, samt dynamiske data, hvilket vil sige data der er opgjort med anvendelse af data i anvendte registre til og med opgørelsestidspunkt.

Sundhedsstyrelsen kommenterer på dataopgørelserne. Notatet kan findes på www.sst.dk.

Opgørelser for den kvartalsvise monitorering af kræftområdet kan findes på eSundhed (www.esundhed.dk) .

Indholdsfortegnelse:

Monitorering af kræftområdet
Organspecifik kræfttype

Tabel 1a. Andel forløb (OF4) på regionalt plan, der er gennemført til standardforløbstiden, der ligger under eller lig med nedre kvartil samt antal forløb i alt. Fordelt på pakkeforløbsnummer, sygehusregion og indikator.

Tabel 1b. Kvartiler af andele forløb (OF4) for hele landet beregnet på de regionale data uanset pakkeforløb og behandlingsform, gennemført til standardforløbstiden, fordelt på kvartaler og år. Tidligere opgjorte kvartaler baseres på stationære data.

Tabel 1c. Kvartiler af andele forløb (OF4) for hele landet beregnet på de regionale data uanset pakkeforløb og behandlingsform, gennemført til standardforløbstiden, fordelt på kvartaler og år. Kvartalsdata baseres på dynamiske data

Tabel 1d. Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' (OF4) for pakkeforløb for kræftområdet på landsplan baseret på regionale data uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype. Tidligere opgjorte kvartaler baseres på stationære data.

Tabel 1e. Andel forløb inden for standardforløbstiden for 'samlet tid til behandling' (OF4) for pakkeforløb for kræftområdet på landsplan, uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype. Alle kvartaler baseres på dynamiske data.

Tabel 1f. Antal forløb med start af udredning i pakkeforløb (organspecifik kræfttype) for de to seneste årsopgørelser. Fordelt på pakkeforløbsnummer.

Tabel 1g. Antal forløb, hvor udredningen resulterer i, at diagnosen bekræftes eller at der fortsat er begrundet mistanke om kræft for de to seneste år. Fordelt på pakkeforløbsnummer.

Tabel 2.1ff Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
'ff' refererer til pakkeforløbsnumrene. Ligeledes angives angivne standardforløbstider ved hver tabel.

Metastaser uden organspecifik kræfttype

Tabel 3. Andel forløb for metastaser uden organspecifik kræfttype, gennemført inden for standardforløbstiden samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator. Ligeledes angives angivne standardforløbstider ved hver tabel.

Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom

Tabel 4. Andel forløb for diagnostisk pakkeforløb, gennemført inden for standardforløbstiden i sygehusregi. Fordelt på sygehusregion. Standardforløbstid: DF3 22 dage

Sammenligning af monitoreringsdata, organspecifik kræfttype, med Cancerregisterdata

Tabel 5. Antal og andel incidente forløb for 'samlet tid til behandling OF4' for pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræfttype, uanset angivelse af standardforløbstid ud af alle pakkeforløb med forløbsstart i 2013. Opgørelsen vises på bopælsregion og landsplan med angivelse af antal pakkeforløb i alt fra årsopgørelsen.

Tabel 6. Antal ikke-incidente forløb fordelt efter match og andel forløb ud af ikke-incidente pakkeforløb med forløbsstart i 2013. Opgørelsen vises på bopælsregion og landsplan med angivelse af antal pakkeforløb i alt med forløbsstart i 2013.

Tabel 7. Antal og andel kræfttilfælde registreret i Cancerregisteret*, som er registreret i pakkeforløb. Opgørelsen vises på bopælsregion og landsplan.

Tabel 8A. Antal og andel kræfttilfælde i 2013 i Cancerregisteret, der ikke er registreret i pakkeforløb. Opgørelsen vises på bopælsregion og landsplan.

Tabel 8B. Antal kræfttilfælde i aktuelle år (fx 2013) i Cancerregisteret*, der ikke er registreret i pakkeforløb fordelt på diagnosegrupper sorteret efter hyppighed for hver gruppe med angivelse af kriteriematch.

Dataopgørelser

Tabel 1a. Andel forløb (OF4) på regionalt plan, der er gennemført til standardforløbstiden, der ligger under eller lig med nedre kvartil samt antal forløb i alt. Fordelt på pakkeforløbsnummer, sygehusregion og indikator.

Pakke-forløbs-nummer	Pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræfttype	Region	Samlet tid til behandling (OF4*)*	Andel forløb indenfor standard-forløbstid (%)	Antal forløb
B01	Brystkræft	Hovedstaden	of4a	50	1.232
B02	Hoved- og halskræft	Nordjylland	of4b	-	7
B02	Hoved- og halskræft	Midtjylland	of4b	-	4
B02	Hoved- og halskræft	Hovedstaden	of4b	21	19
B02	Hoved- og halskræft	Hovedstaden	of4c	26	283
B02	Hoved- og halskræft	Sjælland	of4c	31	150
B02	Hoved- og halskræft	Sjælland	of4b	-	3
B02	Hoved- og halskræft	Sjælland	of4a	49	75
B03	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi	Sjælland	of4c	-	6
B05	Akut leukæmi/fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)	Sjælland	of4b	39	18
B07	Kræft i bugspytkirtlen	Syddanmark	of4c	-	2
B08	Kræft i galdegang	Hovedstaden	of4b	-	6
B08	Kræft i galdegang	Sjælland	of4a	-	2
B08	Kræft i galdegang	Sjælland	of4b	-	1
B09	Kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken (ECV)	Sjælland	of4a	-	9
B10	Primær leverkræft	Nordjylland	of4a	-	1
B10	Primær leverkræft	Hovedstaden	of4b	-	4

Pakke-forløbs-nummer	Pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræfttype	Region	Samlet tid til behandling (OF4*)*	Andel forløb indenfor standard-forløbstid (%)	Antal forløb
B10	Primær leverkræft	Sjælland	of4a	-	5
B11	Tarmkræftmetastaser i leveren	Hovedstaden	of4a	26	77
B11	Tarmkræftmetastaser i leveren	Hovedstaden	of4b	-	2
B14	Kræft i blæren	Nordjylland	of4c	-	2
B14	Kræft i blæren	Nordjylland	of4b	8	12
B14	Kræft i blæren	Midtjylland	of4a	12	50
B14	Kræft i blæren	Midtjylland	of4b	13	46
B14	Kræft i blæren	Midtjylland	of4c	17	24
B14	Kræft i blæren	Syddanmark	of4c	7	15
B14	Kræft i blæren	Syddanmark	of4a	13	47
B14	Kræft i blæren	Syddanmark	of4b	23	31
B14	Kræft i blæren	Hovedstaden	of4b	30	93
B14	Kræft i blæren	Hovedstaden	of4c	36	39
B14	Kræft i blæren	Sjælland	of4b	-	3
B15	Kræft i nyre	Nordjylland	of4b	-	1
B15	Kræft i nyre	Hovedstaden	of4b	44	34
B15	Kræft i nyre	Hovedstaden	of4a	47	178
B16	Kræft i prostata	Nordjylland	of4a	15	68
B16	Kræft i prostata	Midtjylland	of4c	35	85
B16	Kræft i prostata	Midtjylland	of4a	48	161
B16	Kræft i prostata	Syddanmark	of4c	40	25
B16	Kræft i prostata	Syddanmark	of4a	41	133

Pakke-forløbs-nummer	Pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræfttype	Region	Samlet tid til behandling (OF4*)*	Andel forløb indenfor standard-forløbstid (%)	Antal forløb
B16	Kræft i prostata	Hovedstaden	of4a	35	299
B16	Kræft i prostata	Hovedstaden	of4c	40	92
B16	Kræft i prostata	Sjælland	of4c	28	40
B16	Kræft i prostata	Sjælland	of4a	33	125
B17	Kræft i penis	Nordjylland	of4a	-	2
B17	Kræft i penis	Midtjylland	of4c	-	1
B17	Kræft i penis	Sjælland	of4a	-	2
B19	Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)	Nordjylland	of4a	-	4
B21	Kræft i æggestok	Midtjylland	of4b	32	28
B21	Kræft i æggestok	Syddanmark	of4b	36	36
B21	Kræft i æggestok	Hovedstaden	of4b	46	52
B21	Kræft i æggestok	Sjælland	of4b	31	16
B21	Kræft i æggestok	Sjælland	of4a	43	47
B22	Livmoderhalskræft	Hovedstaden	of4b	-	4
B23	Kræft i hjernen	Nordjylland	of4a	-	2
B26	Lungekræft	Sjælland	of4c	49	69
B27	Sarkom i knogle	Hovedstaden	of4a	-	6
B27	Sarkom i knogle	Hovedstaden	of4b	-	4
B29	Sarkom i bløddele	Syddanmark	of4b	-	2
B29	Sarkom i bløddele	Syddanmark	of4c	-	1
B29	Sarkom i bløddele	Hovedstaden	of4c	-	4

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
*OF4 angiver indikator fra henvisning til pakkeforløb modtaget til initiale behandling start med angivelse af behandlingsform (A=kirurgi, B=medicinsk (kemoterapi), C=strålebehandling) for pakkeforløb på kræftområdet, organspecifik kræfttype.
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med -
Beregningsgrundlag: alle forløb registreret med 'samlet tid til behandling' (OF4), hvor der er angivet standardforløbstid, beregnet på regionalt plan.

Tabel 1b. Kvartiler af andele forløb (OF4) på landsplanberegnet på de regionale data uanset pakkeforløb og behandlingsform, gennemført til standardforløbstiden, fordelt på kvartaler. Tidligere opgjorte kvartal baseres på stationære data.

Kvartal	Nedre kvartil (%)	Median (%)	Øvre kvartil (%)
1. kvt. 2013	50	81	100
2. kvt. 2013	50	78	99
3. kvt. 2013	60	80	100
4. kvt. 2013	63	83	100
Hele 2013	50	70	86

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4 angiver indikator fra henvisning modtaget til initiale behandling start med angivelse af behandlingsform (A=kirurgi, B=medicinsk(kemoterapi), C=strålebehandling).

Tabel 1c. Kvartiler af andele forløb (OF4) på landsplan beregnet på de regionale data uanset pakkeforløb og behandlingsform, gennemført til standardforløbstiden, fordelt på kvartaler. Kvartalsdata baseres på dynamiske data.

Kvartal	Nedre kvartil (%)	Median (%)	Øvre kvartil (%)
1. kvt. 2013	41	67	86
2. kvt. 2013	38	67	89
3. kvt. 2013	50	75	94
4. kvt. 2013	56	75	96

Kvartal	Nedre kvartil (%)	Median (%)	Øvre kvartil (%)
Hele 2013	50	70	86

Kilde: Landspatientregisteret pr. 12. april 2014

Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal

OF4 angiver indikator fra henvisning modtaget til initiale behandling start med angivelse af behandlingsform (A=kirurgi, B=medicinsk(kemoterapi), C=strålebehandling).

Tabel 1d. Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' (OF4) for pakkeforløb for kræftområdet på landsplan baseret på regionale data uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype. Tidligere opgjorte kvartaler baseres på stationære data.

Kvartal	Andel forløb (%)	Antal forløb i alt
1. kvt. 2013	72	4.264
2. kvt. 2013	73	3.760
3. kvt. 2013	79	4.045
4. kvt. 2013	80	4.447
Hele 2013	72	20.916

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014

Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

OF4 angiver indikator fra henvisning modtaget til initiale behandling start med angivelse af behandlingsform (A=kirurgi, B=medicinsk(kemoterapi), C=strålebehandling).

Tabel 1e. Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' (OF4) for pakkeforløb for kræftområdet på landsplan baseret på regionale data uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype. Alle kvartaler baseres på dynamiske data.

Kvartal	Andel forløb (%)	Antal forløb i alt
1. kvt. 2013	70	4.965
2. kvt. 2013	68	5.675
3. kvt. 2013	75	5.229
4. kvt. 2013	76	5.047

Kvartal	Andel forløb (%)	Antal forløb i alt
Hele 2013	72	20.916

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014

Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

OF4 angiver indikator fra henvisning modtaget til initiale behandling start med angivelse af behandlingsform (A=kirurgi, B=medicinsk(kemoterapi), C=strålebehandling).

Tabel 1f. Antal forløb med start af udredning i pakkeforløb (organspecifik kræfttype)
Fordelt på pakkeforløbsnummer

Pakkeforløbsnummer	Pakkeforløb for kræftområdet	Antal forløb
B01	Brystkræft	16.179
B02	Hoved- og halskræft	7.556
B03	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi	1.748
B04	Myelomatose	554
B05	Akut leukæmi/fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)	352
B06	Kroniske myeloide sygdomme	501
B07	Kræft i bugspytkirtlen	1.139
B08	Kræft i galdegang	195
B09	Kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken (ECV)	3.911
B10	Primær leverkræft	369
B11	Tarmkræftmetastaser i leveren	267
B12	Kræft i tyk- og endetarm	22.368
B13	Kræft i blæren og nyre	11.479
B16	Kræft i prostata	7.130
B17	Kræft i penis	202
B18	Kræft i testikel	1.579
B19	Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)	293
B20	Livmoderkræft	3.945

Pakkeforløbsnummer	Pakkeforløb for kræftområdet	Antal forløb
B21	Kræft i æggestok	1.995
B22	Livmoderhalskræft	713
B23	Kræft i hjernen	2.296
B24	Kræft i øje og orbita	219
B25	Modermærkekræft i hud	5.485
B26	Lungekræft	14.073
B27	Sarkom i knogle	164
B29	Sarkom i bløddele	539
B30	Kræft hos børn	315
	I alt	105.566

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

Tabel 1g. Antal forløb, hvor udredningsperioden resulterer i, at diagnosen bekræftes eller at der fortsat er begrundet mistanke om kræft.
Fordelt på pakkeforløbsnummer

Pakkeforløbsnummer	Pakkeforløb for kræftområdet	Antal forløb
B01	Brystkræft	4.260
B02	Hoved- og halskræft	2.069
B03	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi	1.273
B04	Myelomatose	334
B05	Akut leukæmi/fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)	218
B06	Kroniske myeloide sygdomme	283
B07	Kræft i bugspytkirtlen	541
B08	Kræft i galdegang	103
B09	Kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken (ECV)	716
B10	Primær leverkræft	189

Pakkeforløbsnummer	Pakkeforløb for kræftområdet	Antal forløb
B11	Tarmkræftmetastaser i leveren	217
B12	Kræft i tyk- og endetarm	3.440
B13	Kræft i blæren og nyre	2.031
B16	Kræft i prostata	3.441
B17	Kræft i penis	74
B18	Kræft i testikel	256
B19	Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)	125
B20	Livmoderkræft	863
B21	Kræft i æggestok	781
B22	Livmoderhalskræft	285
B23	Kræft i hjernen	394
B24	Kræft i øje og orbita	68
B25	Modermærkekræft i hud	2.220
B26	Lungekræft	4.143
B27	Sarkom i knogle	39
B29	Sarkom i bløddele	185
B30	Kræft hos børn	167
	I alt	28.715

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

.

Monitorering af kræftområdet, organspecifik kræfttype

Tabel 2.1 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B01 Brystkræft
Standardforløbstid: Kirurgi: 27 dage, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, kemoterapi OF4B (%)	Antal forløb, kemoterapi OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, stråleterapi OF4C (%)	Antal forløb, stråleterapi OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes i udredningsperiode OA1(%)	Antal forløb, der indgår i beregningen OA1
Nordjylland	84	418	Ingen std.tid	55	Ingen std.tid	2	73	2.025
Midtjylland	90	571	Ingen std.tid	124	Ingen std.tid	4	72	3.781
Syddanmark	86	872	Ingen std.tid	142	Ingen std.tid	N = 0	70	3.919
Hovedstaden	50	1.232	Ingen std.tid	243	Ingen std.tid	6	73	6.063
Sjælland	61	608	Ingen std.tid	102	Ingen std.tid	1	55	1.647
Hele landet	70	3.701	Ingen std.tid	666	Ingen std.tid	13	71	17.435

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.2 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B02 Hoved- og halskræft
Standardforløbstid: Kirurgi: 28 dage, Kemoterapi: 32 dage og Stråleterapi: 32 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, kemoterapi OF4B (%)	Antal forløb, kemoterapi OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, stråleterapi OF4C (%)	Antal forløb, stråleterapi OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes i udredningsperiode OA1(%)	Antal forløb, der indgår i beregningen OA1
Nordjylland	78	69	-	7	58	72	61	455
Midtjylland	56	99	-	4	67	162	67	1.554
Syddanmark	92	171	57	14	74	166	70	1.616
Hovedstaden	61	328	21	19	26	283	71	2.896
Sjælland	49	75	-	3	31	150	65	1.015
Hele landet	68	742	36	47	47	833	69	7.536

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.3 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B03 Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi
Standardforløbstid: Kirurgi: Ingen standardforløbstid, Kemoterapi: 31 dage og Stråleterapi: 43 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, kemoterapi OF4B (%)	Antal forløb, kemoterapi OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, stråleterapi OF4C (%)	Antal forløb, stråleterapi OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes i udredningsperiode OA1(%)	Antal forløb, der indgår i beregningen OA1
Nordjylland	Ingen std.tid	2	87	47	-	4	33	200
Midtjylland	Ingen std.tid	N = 0	90	167	-	5	12	270
Syddanmark	Ingen std.tid	9	89	171	-	4	35	461
Hovedstaden	Ingen std.tid	N = 0	93	267	76	33	8	418
Sjælland	Ingen std.tid	4	91	164	-	6	13	376
Hele landet	Ingen std.tid	15	91	816	67	52	20	1.725

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.4 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B04 Myelomatose
Standardforløbstid: Kirurgi: Ingen standardforløbstid, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	28	Ingen std.tid	N = 0	46	74
Midtjylland	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	49	Ingen std.tid	1	15	97
Syddanmark	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	45	Ingen std.tid	1	58	195
Hovedstaden	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	75	Ingen std.tid	6	8	113
Sjælland	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	40	Ingen std.tid	N = 0	24	79
Hele landet	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	237	Ingen std.tid	8	34	558

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.5 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B05 Akut leukæmi/fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)
Standardforløbstid: Kirurgi: Ingen standardforløbstid, Kemoterapi: 6 dage og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	Ingen std.tid	N = 0	57	14	Ingen std.tid	N = 0	18	22
Midtjylland	Ingen std.tid	N = 0	85	46	Ingen std.tid	N = 0	34	93
Syddanmark	Ingen std.tid	N = 0	75	56	Ingen std.tid	N = 0	27	92
Hovedstaden	Ingen std.tid	N = 0	68	66	Ingen std.tid	N = 0	24	101
Sjælland	Ingen std.tid	N = 0	39	18	Ingen std.tid	N = 0	40	43
Hele landet	Ingen std.tid	N = 0	71	200	Ingen std.tid	N = 0	29	351

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.6 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B06 Kroniske myeloide sygdomme
Standardforløbstid: Kirurgi: Ingen standardforløbstid, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	Ingen std.tid	3	Ingen std.tid	12	Ingen std.tid	N = 0	45	62
Midtjylland	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	29	Ingen std.tid	N = 0	31	54
Syddanmark	Ingen std.tid	1	Ingen std.tid	63	Ingen std.tid	N = 0	49	162
Hovedstaden	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	39	Ingen std.tid	N = 0	4	52
Sjælland	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	50	Ingen std.tid	N = 0	35	150
Hele landet	Ingen std.tid	4	Ingen std.tid	193	Ingen std.tid	N = 0	37	480

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.7 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B07 Kræft i bugspytkirtlen
Standardforløbstid: Kirurgi: 43 dage, Kemoterapi: 44 dage og Stråleterapi: 48 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	88	25	84	31	N = 0	N = 0	33	147
Midtjylland	95	19	76	25	-	1	20	153
Syddanmark	83	36	72	58	-	2	40	255
Hovedstaden	81	148	71	38	N = 0	N = 0	41	584
Sjælland	56	18	70	27	N = 0	N = 0	66	142
Hele landet	81	246	74	179	-	3	40	1.281

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.8 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B08 Kræft i galdegang
Standardforløbstid: Kirurgi: 43 dage, Kemoterapi: 44 dage og Stråleterapi: 48 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	-	2	N = 0	N = 0	N = 0	N = 0	21	14
Midtjylland	-	5	N = 0	N = 0	-	1	25	28
Syddanmark	-	8	-	10	N = 0	N = 0	33	51
Hovedstaden	86	28	-	6	N = 0	N = 0	22	116
Sjælland	-	2	-	1	N = 0	N = 0	82	11
Hele landet	84	45	53	17	-	1	28	220

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.9 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B09 Kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken (ECV)
Standardforløbstid: Kirurgi: 43 dage, Kemoterapi: 51 dage og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	93	14	92	39	Ingen std.tid	1	58	194
Midtjylland	77	22	83	88	Ingen std.tid	7	82	1.100
Syddanmark	75	40	84	94	Ingen std.tid	14	76	967
Hovedstaden	58	33	81	121	Ingen std.tid	46	66	959
Sjælland	-	9	62	42	Ingen std.tid	17	89	710
Hele landet	68	118	81	384	Ingen std.tid	85	77	3.930

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.10 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B10 Primær leverkræft
Standardforløbstid: Kirurgi: 47 dage, Kemoterapi: 48 dage og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	-	1	-	6	Ingen std.tid	N = 0	51	63
Midtjylland	-	9	100	57	Ingen std.tid	1	16	125
Syddanmark	-	8	-	4	Ingen std.tid	N = 0	33	33
Hovedstaden	80	46	-	4	Ingen std.tid	N = 0	39	202
Sjælland	-	5	-	1	Ingen std.tid	N = 0	48	27
Hele landet	80	69	94	72	Ingen std.tid	1	34	450

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.11 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B11 Tarmkræftmetastaser i leveren
Standardforløbstid: Kirurgi: 28 dage, Kemoterapi: 29 dage og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	-	5	-	4	Ingen std.tid	N = 0	-	10
Midtjylland	80	54	N = 0	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	4	70
Syddanmark	67	30	-	4	Ingen std.tid	N = 0	9	64
Hovedstaden	26	77	-	2	Ingen std.tid	N = 0	12	208
Hele landet	53	166	-	10	Ingen std.tid	N = 0	10	354

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.12 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B12 Kræft i tyk- og endetarm
Standardforløbstid: Kirurgi: 37 dage, Kemoterapi: 37 dage og Stråleterapi: 41 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	89	232	80	51	80	59	82	2.416
Midtjylland	90	421	70	40	79	78	85	5.214
Syddanmark	92	638	68	123	79	87	85	6.321
Hovedstaden	84	722	61	128	59	68	75	4.505
Sjælland	79	440	57	70	56	41	84	3.887
Hele landet	87	2.453	66	412	72	333	82	22.343

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.13 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B13 Kræft i blæren og nyre
Standardforløbstid: Kirurgi: Ingen standardforløbstid, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	Ingen std.tid	75	Ingen std.tid	16	Ingen std.tid	2	78	1.061
Midtjylland	Ingen std.tid	172	Ingen std.tid	57	Ingen std.tid	28	88	3.128
Syddanmark	Ingen std.tid	200	Ingen std.tid	38	Ingen std.tid	16	83	2.457
Hovedstaden	Ingen std.tid	525	Ingen std.tid	98	Ingen std.tid	28	66	2.860
Sjælland	Ingen std.tid	36	Ingen std.tid	32	Ingen std.tid	18	79	1.057
Hele landet	Ingen std.tid	1.008	Ingen std.tid	241	Ingen std.tid	92	79	10.563

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.14 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B14 Kræft i blæren
Standardforløbstid: Kirurgi: 34 dage, Kemoterapi: 38 dage og Stråleterapi: 42 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	55	29	8	12	-	2	N = 0	N = 0
Midtjylland	12	50	13	46	17	24	N = 0	N = 0
Syddanmark	13	47	23	31	7	15	N = 0	N = 0
Hovedstaden	68	376	30	93	36	39	N = 0	N = 0
Sjælland	-	4	-	3	N = 0	N = 0	N = 0	N = 0
Hele landet	57	506	23	185	24	80	N = 0	N = 0

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.15 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B15 Kræft i nyre
Standardforløbstid: Kirurgi: 41 dage, Kemoterapi: 42 dage og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	55	42	-	1	Ingen std.tid	N = 0	N = 0	N = 0
Midtjylland	67	135	79	14	Ingen std.tid	3	N = 0	N = 0
Syddanmark	66	144	-	7	Ingen std.tid	2	N = 0	N = 0
Hovedstaden	47	178	44	34	Ingen std.tid	7	N = 0	N = 0
Sjælland	-	3	N = 0	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	N = 0	N = 0
Hele landet	59	502	54	56	Ingen std.tid	12	N = 0	N = 0

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.16 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B16 Kræft i prostata
Standardforløbstid: Kirurgi: 50 dage, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: 55 dage

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	15	68	Ingen std.tid	88	-	9	44	837
Midtjylland	48	161	Ingen std.tid	321	35	85	51	1.912
Syddanmark	41	133	Ingen std.tid	216	40	25	43	1.325
Hovedstaden	35	299	Ingen std.tid	186	40	92	27	2.166
Sjælland	33	125	Ingen std.tid	153	28	40	51	1.219
Hele landet	36	786	Ingen std.tid	964	37	251	42	7.459

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.17 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B17 Kræft i penis
Standardforløbstid: Kirurgi: 37 dage, Kemoterapi: 38 dage og Stråleterapi: 42 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	-	2	N = 0	N = 0	N = 0	N = 0	79	19
Midtjylland	78	23	N = 0	N = 0	-	1	56	63
Syddanmark	-	5	-	1	N = 0	N = 0	77	30
Hovedstaden	67	36	-	2	N = 0	N = 0	39	77
Sjælland	-	2	N = 0	N = 0	N = 0	N = 0	83	18
Hele landet	66	68	-	3	-	1	57	207

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.18 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B18 Kræft i testikel
Standardforløbstid: Kirurgi: Ingen standardforløbstid, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	Ingen std.tid	22	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	79	203
Midtjylland	Ingen std.tid	13	Ingen std.tid	1	Ingen std.tid	N = 0	91	411
Syddanmark	Ingen std.tid	11	Ingen std.tid	2	Ingen std.tid	N = 0	87	346
Hovedstaden	Ingen std.tid	103	Ingen std.tid	1	Ingen std.tid	N = 0	70	410
Sjælland	Ingen std.tid	1	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	80	148
Hele landet	Ingen std.tid	150	Ingen std.tid	4	Ingen std.tid	N = 0	82	1.518

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.19 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B19 Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)
Standardforløbstid: Kirurgi: 36 dage, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	-	4	Ingen std.tid	1	N = 0	N = 0	88	48
Midtjylland	89	28	Ingen std.tid	1	-	7	52	87
Syddanmark	86	14	Ingen std.tid	N = 0	-	1	73	62
Hovedstaden	90	60	Ingen std.tid	N = 0	-	4	26	100
Sjælland	N = 0	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	N = 0	N = 0	-	3
Hele landet	88	106	Ingen std.tid	2	92	12	53	300

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.20 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B20 Livmoderkræft
Standardforløbstid: Kirurgi: 29 dage, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	61	92	Ingen std.tid	4	Ingen std.tid	2	87	721
Midtjylland	64	147	Ingen std.tid	3	Ingen std.tid	5	77	1.019
Syddanmark	73	123	Ingen std.tid	1	Ingen std.tid	1	80	751
Hovedstaden	72	300	Ingen std.tid	8	Ingen std.tid	2	52	793
Sjælland	57	101	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	79	684
Hele landet	67	763	Ingen std.tid	16	Ingen std.tid	10	75	3.968

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.21 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B21 Kræft i æggestok
Standardforløbstid: Kirurgi: 24 dage, Kemoterapi: 27 dage og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	91	85	-	9	Ingen std.tid	N = 0	59	281
Midtjylland	81	126	32	28	Ingen std.tid	N = 0	62	627
Syddanmark	75	131	36	36	Ingen std.tid	N = 0	64	550
Hovedstaden	63	224	46	52	Ingen std.tid	3	35	498
Sjælland	43	47	31	16	Ingen std.tid	N = 0	26	112
Hele landet	72	613	42	141	Ingen std.tid	3	54	2.068

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.22 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B22 Livmoderhalskræft
Standardforløbstid: Kirurgi: 28 dage, Kemoterapi: 31 dage og Stråleterapi: 35 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	54	13	-	4	-	4	69	98
Midtjylland	71	24	N = 0	N = 0	71	24	56	180
Syddanmark	67	36	-	5	-	10	60	245
Hovedstaden	59	87	-	4	57	37	27	238
Sjælland	N = 0	N = 0	N = 0	N = 0	-	1	-	9
Hele landet	62	160	69	13	67	76	50	770

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.23 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B23 Kræft i hjernen
Standardforløbstid: Kirurgi: 22 dage, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	-	2	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	97	227
Midtjylland	92	49	Ingen std.tid	5	Ingen std.tid	N = 0	78	473
Syddanmark	91	124	Ingen std.tid	2	Ingen std.tid	1	77	1.183
Hovedstaden	89	114	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	51	345
Sjælland	91	34	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	1	65	140
Hele landet	90	323	Ingen std.tid	7	Ingen std.tid	2	75	2.368

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.24 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B24 Kræft i øje og orbita
Standardforløbstid: Kirurgi: Ingen standardforløbstid, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	-	3
Midtjylland	Ingen std.tid	26	Ingen std.tid	1	Ingen std.tid	7	71	139
Hovedstaden	Ingen std.tid	8	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	11	53	68
Hele landet	Ingen std.tid	34	Ingen std.tid	1	Ingen std.tid	18	66	210

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.25 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B25 Modermærkekræft i hud
Standardforløbstid: Kirurgi: 31 dage, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	100	305	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	1	320
Midtjylland	99	399	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	53	922
Syddanmark	97	421	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	N = 0	76	2.147
Hovedstaden	94	759	Ingen std.tid	17	Ingen std.tid	1	47	1.705
Sjælland	95	244	Ingen std.tid	1	Ingen std.tid	1	49	496
Hele landet	96	2.128	Ingen std.tid	18	Ingen std.tid	2	57	5.590

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.26 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B26 Lungekræft
Standardforløbstid: Kirurgi: 44 dage, Kemoterapi: 41 dage og Stråleterapi: 45 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	72	146	54	191	53	72	56	1.390
Midtjylland	70	159	80	340	77	158	69	3.197
Syddanmark	64	139	83	494	70	241	68	3.817
Hovedstaden	66	187	76	372	59	102	72	4.146
Sjælland	54	102	75	261	49	69	53	1.585
Hele landet	66	733	76	1.658	66	642	67	14.135

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.27 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B27 Sarkom i knogle
Standardforløbstid: Kirurgi: 47 dage, Kemoterapi: 44 dage og Stråleterapi: 48 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	-	1	N = 0	N = 0	N = 0	N = 0	-	5
Midtjylland	89	18	-	7	N = 0	N = 0	54	153
Syddanmark	N = 0	N = 0	-	1	N = 0	N = 0	-	4
Hovedstaden	-	6	-	4	N = 0	N = 0	57	60
Hele landet	80	25	75	12	N = 0	N = 0	54	222

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.29 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B29 Sarkom i bløddele
Standardforløbstid: Kirurgi: 35 dage, Kemoterapi: 32 dage og Stråleterapi: 36 dage.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	-	10	N = 0	N = 0	N = 0	N = 0	75	55
Midtjylland	95	94	N = 0	N = 0	N = 0	N = 0	57	267
Syddanmark	N = 0	N = 0	-	2	-	1	-	8
Hovedstaden	65	57	-	6	-	4	51	280
Hele landet	83	161	-	8	-	5	55	610

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Tabel 2.30 Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for 'samlet tid til behandling' samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.
B30 Kræft hos børn
Standardforløbstid: Kirurgi: Ingen standardforløbstid, Kemoterapi: Ingen standardforløbstid og Stråleterapi: Ingen standardforløbstid.

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, kirurgi OF4A (%)	Antal forløb i alt, kirurgi OF4A	Andel forløb inden for std.forløbstid, medicinsk OF4B (%)	Antal forløb i alt, medicinsk OF4B	Andel forløb inden for std.forløbstid, strålebeh. OF4C (%)	Antal forløb i alt, strålebeh. OF4C	Andel forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes OA1 (%)	Antal forløb i alt, OA1
Nordjylland	Ingen std.tid	N = 0	Ingen std.tid	4	Ingen std.tid	N = 0	-	6
Midtjylland	Ingen std.tid	12	Ingen std.tid	40	Ingen std.tid	3	24	72
Syddanmark	Ingen std.tid	7	Ingen std.tid	17	Ingen std.tid	N = 0	57	67
Hovedstaden	Ingen std.tid	17	Ingen std.tid	62	Ingen std.tid	2	47	164
Hele landet	Ingen std.tid	36	Ingen std.tid	123	Ingen std.tid	5	43	309

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
OF4A=Indikator 'Samlet tid til behandling, kirurgisk' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: kirurgisk behandling'
OF4B=Indikator 'Samlet tid til behandling, medicinsk (kemoterapi)' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: medicinsk behandling'
OF4C=Indikator 'Samlet tid til behandling, strålebehandling' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' til 'Initial behandling start: strålebehandling'
OA1=Aktivitetsindikator 'Diagnose afkræftet'
Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'
Såfremt der ingen standardforløbstid er, angives dette med 'Ingen std.tid'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Metastaser uden organspecifik kræfttype

Tabel 3. Andel forløb for metastaser uden organspecifik kræfttype, gennemført inden for standardforløbstiden samt aktivitetsindikator. Fordelt på sygehusregion og indikator.

Standardforløbstid: MF1 6 dage, MF2A 14 dage, MF2B 14 dage og MF3 6 dage

Region	Andel forløb inden for std.forløbstid, MF1 (%)	Antal forløb, MF1	Andel forløb inden for std.forløbstid, MF2A (%)	Antal forløb, MF2A	Andel forløb inden for std.forløbstid, MF2B (%)	Antal forløb, MF2B	Andel forløb inden for std.forløbstid, MF3 (%)	Antal forløb, MF3	Andel forløb, hvor primær udredning fører til afslutning af forløb MA1(%)	Antal forløb, hvor primær udredning fører til afslutning af forløb MA1
Nordjylland	94	137	90	52	93	83	65	48	62	134
Midtjylland	100	804	88	25	96	484	100	19	94	628
Syddanmark	95	188	69	29	68	154	-	9	82	188
Hovedstaden	94	152	91	11	75	136	N = 0	0	90	162
Sjælland	83	168	-	1	65	168	N = 0	0	99	174
Hele landet	96	1.449	85	118	84	1.025	72	76	89	1.286

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014

Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

MF1=indikator 'Primær henvisningsperiode', MF2A=indikator 'Primær udredningsperiode, hvor patienter fortsætter til sekundær udredning', MF2B=indikator 'Primær udredningsperiode, hvor patienter afsluttes efter den primære udredning', MF3=indikator 'Sekundær udredningsperiode' og MA1=aktivitetsindikator ’Afslutning af primær udredning, hvor primær udredning fører til afslutning af forløbet ved klinisk beslutning’

Såfremt der er 10 eller færre forløb, angives andelen med '-'

I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom

Tabel 4. Andel forløb for diagnostisk pakkeforløb, gennemført inden for standardforløbstiden i sygehusregi. Fordelt på sygehusregion.
Standardforløbstid: DF3 22 dage

Region	Andel diagnostiske forløbsperioder, DF3 (%)	Antal diagnostiske forløbsperioder, DF3
Nordjylland	75	795
Midtjylland	89	1.885
Syddanmark	80	627
Hovedstaden	79	1939
Sjælland	79	270
Hele landet	82	5.516

Kilde: Landpatientregisteret per 12. april 2014
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal
DF3=indikator 'Forløbsperiode' er fra 'Henvisning til pakkeforløb start' i sygehus til 'Pakkeforløb slut, klinisk beslutning'
I tilfælde hvor der endnu ikke er foretaget nogen registreringer eller hvor der er foretaget registreringer, men det endnu ikke er muligt at lave en beregning på baggrund af disse, benævnes dette med 'N=0'

Sammenligning af monitoreringsdata, organspecifik kræfttype, med Cancerregisterdata

Tabel 5. Antal og andel incidente forløb for 'samlet tid til behandling OF4' for pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræfttype, uanset angivelse af standardforløbstid ud af alle pakkeforløb med forløbsstart i 2013.
Opgørelsen vises på bopælsregion og landsplan med angivelse af antal pakkeforløb i alt fra årsopgørelsen.

Region	Antal Incidente* pakkeforløb	Andel incidente* pakkeforløb (%)	Antal pakkeforløb i alt 2013
Nordjylland	1.875	75,1	2.496
Midtjylland	3.612	78,8	4.584
Syddanmark	4.228	80,7	5.238
Hovedstaden	5.591	76,1	7.344
Sjælland	3.035	82,8	3.666
Hele landet	18.341	78,6	23.328

Kilde: Landspatientregisteret per 12. april 2014 samt Cancerregisteret per 30. april 2014.
Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.
*Incidens betyder førstegangsdiagnosticeret med den pågældende kræftsygdom. Kriteriet for incidente pakkeforløb er, at diagnosedato i Cancerregisteret ligger inden for tidsvinduet 90 kalenderdage før registrering af pakkeforløb start og 180 kalenderdage efter registrering af pakkeforløb slut.

Tabel 6. Antal ikke-incidente forløb** fordelt efter match og andel forløb ud af ikke-incidente pakkeforløb med forløbsstart i 2013*.
Opgørelsen vises på bopælsregion og landsplan med angivelse af antal ikke-incidente pakkeforløb i alt med forløbsstart i 2013.

Region	Ikke-incidente pakkeforløb**	Antal pakkeforløb	Andel pakkeforløb (%.)
Nordjylland	Recidiv pakkeforløb (tilbage til 1/1/1970)	122	19,6
	Tidsperiode matcher, men ikke kræfttype	46	7,4
	Patienten findes i CAR, men intet match	87	14,0
	Patient genfindes ikke i CAR	366	58,9
	I alt	621	
Midtjylland	Recidiv pakkeforløb	290	29,8
	Tidsperiode matcher, men ikke kræfttype	46	4,7
	Patienten findes i CAR, men intet match	98	10,1
	Patient genfindes ikke i CAR (tilbage til 1/1/1970)	538	55,3
	I alt	972	
Syddanmark	Recidiv pakkeforløb	300	29,7
	Tidsperiode matcher, men ikke kræfttype	73	7,2
	Patienten findes i CAR, men intet match	131	13,0
	Patient genfindes ikke i CAR (tilbage til 1/1/1970)	506	50,1
	I alt	1.010	
Hovedstaden	Recidiv pakkeforløb	453	25,8
	Tidsperiode matcher, men ikke kræfttype	119	6,8
	Patienten findes i CAR, men intet match	262	14,9
	Patient genfindes ikke i CAR (tilbage til 1/1/1970)	919	52,4
	I alt	1.753	
Sjælland	Recidiv pakkeforløb	193	30,6
	Tidsperiode matcher, men ikke kræfttype	52	8,2
	Patienten findes i CAR, men intet match	86	13,6
	Patient genfindes ikke i CAR (tilbage til 1/1/1970)	300	47,5

	I alt	631	
Hele landet	Recidiv pakkeforløb	1.358	27,2
	Tidsperiode matcher, men ikke kræfttype	336	6,7
	Patienten findes i CAR, men intet match	664	13,3
	Patient genfindes ikke i CAR (tilbage til 1/1/1970)	2.629	52,7
	I alt	4.987	

Kilde: Landspatientregisteret per 12. april 2014 samt Cancerregisteret per 30. april 2014.

CAR: Cancerregisteret

Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

*Ved hjælp af data fra Cancerregisteret tilbage til 1. januar 1970 kategoriseres de ikke-incidente pakkeforløb ud fra manglende match på CPR-nummer, kræfttype og datokriterie

**Kriteriet for incidente pakkeforløb er, at diagnosedato i Cancerregisteret ligger inden for tidsvinduet 90 kalenderdage før registrering af pakkeforløb start og 180 kalenderdage efter registrering af pakkeforløb slut.

Tabel 7. Antal og andel kræfttilfælde registreret i Cancerregisteret*, som er registreret i pakkeforløb. Opgørelsen vises på bopælsregion og landsplan.

Region	Antal kræfttilfælde* registreret i Cancerregisteret 2013	Heraf antal kræfttilfælde* registreret i pakkeforløb	Andel kræfttilfælde* registreret i pakkeforløb ud af registrerede tilfælde i Cancerregisteret 2013
Nordjylland	3.383	2.874	85,0
Midtjylland	6.572	5.830	88,7
Syddanmark	6.900	5.879	85,2
Hovedstaden	8.871	7.434	83,8
Sjælland	5.057	4.383	86,7
Hele landet	30.874	26.448	85,7

Kilde: Landspatientregisteret per 12. april 2014 samt Cancerregisteret per 30. april 2014.

Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

* Kræfttilfælde med diagnosedato i 2013 i Cancerregisteret og kræftdiagnosekoder (DC-kode) svarende til de kræftområder, der er inkluderet i pakkeforløbene.

Tabel 8A. Antal og andel kræfttilfælde i 2013 i Cancerregisteret*, der ikke er registreret i pakkeforløb**. Opgørelsen vises på bopælsregion og landsplan.

Region	Kræfttilfælde i 2013 i Cancerregisteret, der ikke er genfundet i monitorering af pakkeforløb ud fra kriterie om dato- og kræfttypematch	Antal kræfttilfælde	Andel kræfttilfælde (%)
Nordjylland	Patient findes i monitoreringen med anden kræfttype	136	26,7
	Kræfttilfælde fundet, ingen datomatch	18	3,5
	Patient findes i monitoreringen ellers intet match	10	2,0
	Patient findes ikke i monitoreringen	345	68,8
	I alt i regionen	509	
Midtjylland	Patient findes i monitoreringen med anden kræfttype	186	25,1
	Kræfttilfælde fundet, ingen datomatch	26	3,6

	Patient findes i monitoreringen ellers intet match	27	3,6
	Patient findes ikke i monitoreringen	503	67,8
	I alt i regionen	742	
Syddanmark	Patient findes i monitoreringen med anden kræfttype	232	22,7
	Kræfttilfælde fundet, ingen datomatch	34	3,3
	Patient findes i monitoreringen ellers intet match	30	2,9
	Patient findes ikke i monitoreringen	725	71,0
	I alt i regionen	1.021	
Hovedstaden	Patient findes i monitoreringen med anden kræfttype	282	19,6
	Kræfttilfælde fundet, ingen datomatch	49	3,4
	Patient findes i monitoreringen ellers intet match	34	2,4
	Patient findes ikke i monitoreringen	1.072	74,6
	I alt i regionen	1.437	
Sjælland	Patient findes i monitoreringen med anden kræfttype	145	21,5
	Kræfttilfælde fundet, ingen datomatch	28	4,2
	Patient findes i monitoreringen ellers intet match	20	3,0
	Patient findes ikke i monitoreringen	481	71,4
	I alt i regionen	674	
Hele landet	Patient findes i monitoreringen med anden kræfttype	984	22,2
	Kræfttilfælde fundet, ingen datomatch	155	3,5
	Patient findes i monitoreringen ellers intet match	122	2,8
	Patient findes ikke i monitoreringen	3.165	71,6
	I alt	4.426	

Kilde: Landspatientregisteret per 12. april 2014 samt Cancerregisteret per 30. april 2014.

Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

* Kræfttilfælde med diagnosedato i 2013 og kræftdiagnosekoder (DC-kode) svarende til de kræftområder, der er inkluderet i pakkeforløbene.

** At kræfttilfældet registreret i Cancerregisteret ikke genfindes i monitoreringsdata betyder, at det konkrete kriterie for CPRnr/dato/kræfttype-match ikke er opfyldt. Der tages afsæt i kræfttilfælde med diagnosedato i 2013 i Cancerregisteret og sammenlignes med monitoreringsdata indeholdende pakkeforløb registreret i 2012-2014.

Tabel 8B. Antal kræfttilfælde i aktuelle år (fx 2013) i Cancerregisteret*, der ikke er registreret i pakkeforløb fordelt på diagnosegrupper sorteret efter hyppighed for hver gruppe med angivelse af kriteriematch.

Årsag til manglende datamatch	Diagnosegrupper (svarende til pakkeforløbsgrupperingen)		Antal kræft-tilfælde
Patient findes i monitoreringen med anden kræfttype CPRnr dato kræfttype	B03	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)	121
	B16	Kræft i prostata	96
	B29	Sarkom i bløddele	86
	B12	Kræft i tyk- og endetarm	73
	B08	Kræft i galdegang	66
	B07	Kræft i bugspytkirtel	64
	B05	Akut leukæmi	57
	B02	Hoved- og halskræft	55
	B10	Primær leverkræft	54
	B09	Kræft i spiserør, mavemund og mavesæk	50
	B26	Lungekræft	44
	B23	Kræft i hjernen	37
	B20	Livmoderkræft	28
	B22	Livmoderhalskræft	21
	B01	Brystkræft	19
	B04	Myelomatose	19
	B06	Kronisk myeloid sygdom	17
	B13	Kræft i urinblæren	16
	B25	Modermærkekræft	13
	B27	Sarkom i knogle	13
	B13	Kræft i nyre	12
	B21	Kræft i æggestok	12
	B19	Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)	5

	B18	Kræft i testikel	3
	B17	Kræft i penis	1
	B24	Kræft i øje og orbita	1
	B30	Kræft hos børn	1
Kræfttilfælde fundet, ingen datomatch CPRnr dato kræfttype	B16	Kræft i prostata	64
	B12	Kræft i tyk- og endetarm	30
	B26	Lungekræft	10
	B02	Hoved- og halskræft	7
	B01	Brystkræft	5
	B04	Myelomatose	4
	B10	Primær leverkræft	4
	B03	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)	3
	B13	Kræft i nyre	3
	B13	Kræft i urinblæren	3
	B23	Kræft i hjernen	3
	B05	Akut leukæmi	2
	B07	Kræft i bugspytkirtel	2
	B20	Livmoderkræft	2
	B22	Livmoderhalskræft	2
	B25	Modermærkekræft	2
	B27	Sarkom i knogle	2
	B29	Sarkom i bløddele	2
	B08	Kræft i galdegang	1
	B09	Kræft i spiserør, mavemund og mavesæk	1
	B17	Kræft i penis	1
	B19	Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)	1
	B30	Kræft hos børn	1
Patient findes i	B16	Kræft i prostata	26

monitoreringen. Ellers intet match CPRnr dato kræfttype	B12	Kræft i tyk- og endetarm	21
	B03	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)	16
	B29	Sarkom i bløddele	9
	B07	Kræft i bugspytkirtel	8
	B26	Lungekræft	6
	B09	Kræft i spiserør, mavemund og mavesæk	4
	B10	Primær leverkræft	4
	B01	Brystkræft	3
	B05	Akut leukæmi	3
	B08	Kræft i galdegang	3
	B20	Livmoderkræft	3
	B23	Kræft i hjernen	3
	B02	Hoved- og halskræft	2
	B04	Myelomatose	2
	B13	Kræft i nyre	2
	B13	Kræft i urinblæren	2
	B18	Kræft i testikel	2
	B25	Modermærkekræft	2
	B27	Sarkom i knogle	1
Patient findes ikke i monitoreringen CPRnr dato kræfttype	B12	Kræft i tyk- og endetarm	648
	B16	Kræft i prostata	457
	B26	Lungekræft	283
	B03	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)	279
	B07	Kræft i bugspytkirtel	200
	B01	Brystkræft	142
	B05	Akut leukæmi	120
	B25	Modermærkekræft	119
	B10	Primær leverkræft	109

	B13	Kræft i urinblæren	107
	B09	Kræft i spiserør, mavemund og mavesæk	91
	B23	Kræft i hjernen	90
	B29	Sarkom i bløddele	74
	B02	Hoved- og halskræft	70
	B04	Myelomatose	61
	B13	Kræft i nyre	47
	B08	Kræft i galdegang	44
	B21	Kræft i æggestok	44
	B20	Livmoderkræft	42
	B18	Kræft i testikel	27
	B30	Kræft hos børn	24
	B22	Livmoderhalskræft	23
	B27	Sarkom i knogle	23
	B24	Kræft i øje og orbita	17
	B19	Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)	10
	B06	Kronisk myeloid sygdom	9
	B17	Kræft i penis	5

Kilde: Landspatientregisteret per 12. april 2014 samt Cancerregisteret per 30. april 2014.

Anmærkning: Der tages forbehold for foreløbige tal.

* Kræfttilfælde med diagnosedato i 2013 og kræft (DC) -diagnosekoder svarende til de kræftområder, der er inkluderet i pakkeforløbene

□Med match / □Ingen match

Monitorering af kræftområdet - data fra årsrapoorten 2013

Skema viser: Andel forløb gennemført inden for angivne standardforløbstider samt aktivitetsindikator f

	Nord		Midt		Syd		Hovedstaden		Sjælland		Hele landet	
	Målopf.	antal	Målopf.	antal	Målopf.	antal	**Målopf.**	**antal**	Målopf.	antal	**Målopf.**	**antal**
Brystkræft (kirurgi)	84	418	90	571	86	872	**50**	**1232**	61	608	**70**	**3701**
Hovedhalskræft (kirurgi)	78	69	56	99	92	171	**61**	**328**	49	75	**68**	**742**
Hovedhalskræft (kemo)	-	7	-	4	57	14	**21**	**19**	-	3	**36**	**47**
Hovedhalskræft (stråler)	58	72	67	162	74	166	**26**	**283**	31	150	**47**	**833**
Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukemi(kemo)	87	47	90	167	89	171	**93**	**267**	91	164	**91**	**816**
Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukemi(stråler)	-	4	-	5	-	4	**76**	**33**	-	6	**67**	**52**
Akut leukemi (kemo)	57	14	85	46	75	56	**68**	**66**	39	18	**71**	**200**
Bygspytkirtelkræft (kirurgi)	88	25	95	19	83	36	**81**	**148**	56	18	**81**	**246**
Bygspytkirtelkræft (kemo)	84	31	76	25	72	58	**71**	**38**	70	27	**74**	**179**
Kræft i galgegangen (kirurgi)	-	2	-	5	-	8	**86**	**28**	-	2	**84**	**45**
kræft i spiserør/mavemunde/ mavesæk (kirurgi)	93	14	77	22	75	40	**58**	**33**	-	9	**68**	**118**
kræft i spiserør/mavemunde/ mavesæk (kemo)	92	39	83	88	84	94	**81**	**121**	62	42	**81**	**384**
Primær leverkræft (kirurgi)	-	1	-	9	-	8	**80**	**46**	-	5	**80**	**69**
Primær leverkræft (kemo)	-	6	100	57	-	4	**-**	**4**	-	1	**94**	**72**
Tarmkræftmetastaser i leveren (kirurgi)	-	5	80	54	67	30	**26**	**77**	-	-	**53**	**166**
Kræft i tyk og endetarm (kirurgi)	89	232	90	421	92	638	**84**	**722**	79	440	**87**	**2453**
Kræft i tyk og endetarm (kemo)	80	51	70	40	68	123	**61**	**128**	57	70	**66**	**412**
Kræft i tyk og endetarm (stråle)	80	59	79	78	79	87	**59**	**68**	56	41	**72**	**333**
Kræft i nyre (kirurgi)	55	42	67	135	66	144	**47**	**178**	-	3	**59**	**502**
Kræft i nyre (kemo)	-	1	79	114	-	7	**44**	**34**	-	-	**54**	**56**
Kræft i blære (kirurgi)	55	29	12	50	13	47	**68**	**376**	-	4	**57**	**506**
Kræft i blære (kemo)	8	12	13	46	23	31	**30**	**93**	-	3	**23**	**185**
Kræft i prostata (kirurgi)	15	68	448	161	41	133	**35**	**299**	33	125	**36**	**786**
Kræft i prostata (stråle)	-	9	35	85	40	25	**40**	**92**	28	40	**37**	**251**
Kræft i penis (kirurgi)	-	2	78	23	-	5	**67**	**36**	-	2	**66**	**68**
Kræft i vulva (kirurgi)	-	4	89	28	86	14	**90**	**60**	-	-	**88**	**106**
Livmoderkræft (kirurgi)	61	92	64	147	73	123	**72**	**300**	57	101	**67**	**763**
Kræft i æggestokke (kirurgi)	91	85	81	126	75	131	**63**	**224**	43	47	**72**	**613**
Kræft i æggestokke (kemo)	-	9	32	28	36	36	**46**	**52**	31	16	**42**	**141**
Livmoderhalskræft (kirurgi)	54	13	72	24	67	36	**59**	**87**	-	-	**62**	**160**
Livmoderhalskræft (stråler)	-	4	71	24	-	10	**57**	**37**	-	1	**67**	**76**
Kræft i hjernen (kirurgi)	-	2	92	49	91	124	**89**	**114**	91	34	**90**	**323**
Modermærkekræft i hud (kirurgi)	100	305	99	399	97	421	**94**	**759**	95	244	**96**	**2128**
Lungekræft (kirurgi)	72	146	70	159	64	139	**66**	**178**	54	102	**66**	**733**
Lungekræft (kemo)	54	191	80	340	83	494	**76**	**372**	75	261	**76**	**1658**
Lungekræft (stråle)	53	72	77	158	70	241	**59**	**102**	49	69	**66**	**642**
Sarkom i bløddele (kirurgi)	-	-	89	18	-	-	**-**	**6**	-	-	**80**	**25**

* I tabellen er kun medtaget kræftformer /modaliteter, hvor andelen af forløb er minimum 11 på landsplan, og hvor der i pakkeforløbene er angivet en standardforløbstid

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 38666013
Mail csu@regionh.dk

Til: **Sundhedsstyrelsen**

Journal nr.: 14004806
Ref.: LHOE

Dato: 14. maj 2014

Region Hovedstadens bemærkninger til Sundhedsstyrelsens kommentarer til den nationale monitorering af forløbstider på kræftområdet – Årsopgørelsen 2013

Indledningsvist vil Region Hovedstaden gerne kvittere for muligheden for at give bemærkninger til notatet inden offentliggørelsen.

Region Hovedstaden har nedenstående bemærkninger:

- Af 3. afsnit side 1 fremgår det, at tallene i årsrapporten giver et mere retvisende billede af forløbstiderne, fordi der anvendes dynamiske tal, som giver mulighed for at medtage de lange forløb i registreringerne. Dette bør nuanceres med bemærkning om, at årsopgørelsen dog ikke giver mulighed for at vise den løbende udvikling i målopfyldelsen hen over året. Årsopgørelsen viser således et samlet billede for 2013, hvor udviklingen mellem kvartaler ikke er synlig. Dermed er det ikke muligt at se evt. effekt af initiativer, som har forbedret målopfyldelsen igennem året, og den aktuelle målopfyldelse kan være væsentlig anderledes fra tallene i årsrapporten for 2013.

  Eksempelvis viser data for 3. og 4. kvartal, at Region Hovedstaden har opnået betydelig fremgang for en række af de kræftformer, hvor regionen ifølge årsrapporten klarer sig dårligt. Det samme gør sig gældende for de øvrige regioner på en række områder. Dette bør Sundhedsstyrelsen nævne i sin kommentering af data for at give et retvisende billede.

- I forhold til metoden og opsætningen der anvendes i tabel 2:
  - I tabellen fremhæves både regioner og 'hele landet'. Det fremstår uklart hvad hensigten er med at fremhære begge niveauer.
  - Tabellen er vanskelig at overskue. Det foreslås, at der laves en grafisk opdeling mellem de forskellige kræftformer (modaliteter) for overskuelighedens skyld.
  - Den valgte (udvælgelses) metode (og den måde der efterfølgende kommenteres på i notatet) gør, at det er uklart, hvorfor en region ikke 'fremhæves' i tabel 2. Der kan reelt være flere årsager til, at en region ikke fremhæves. Det kan eksempelvis skyldes:
    - At en region klarer sig godt, dvs. at nedre kvartil ligger over 50%, men det kan også skyldes, at en regionen har registreret under 11 patienter i den givne kategori, og regionen kan således reelt have klaret sig

langt dårligere end de regioner, der fremhæves. Hvis en region har registreret under 11 patienter kan det igen skyldes flere ting, det kan skyldes, at der reelt ikke har været flere patienter, eller det kan skyldes manglende registreringer.

Der efterspørger således en yderligere nuancering af den måde data kommenteres på både i forhold til tabel 2 samt i kommenteringen af de specifikke pakkeforløb.

- Generelt er anbefales det, som nævnte i tidligere kommenteringer fra Region Hovedstaden, at Sundhedsstyrelsen i kommenteringen af de enkelte pakkeforløb også forholder sig volumen, således at det fremgår tydeligt hvad målopfyldelsen er baseret på, og hvad datakompletheden – eller mangel på samme – er i de forskellige regioner. En angivelse af volumen vil generelt bidrage en mere retvisende tolkning og forståelse af data.

  Vedlagt er et internt skema, som regionen anvender til eget brug for at skabe overskuelighed. Det anbefales, at Sundhedsstyrelsen fremadrettet anvender et lignende skema som supplement til kommenteringen og/eller anmoder SSI om, at et lignende overblik fremadrettet udsendes med rapporten.

- Det er i den forbindelse bemærkelsesværdigt, at volumen i antallet af registrerede forløb afviger fra det forventede inden for flere kræftformer. Årsrapporten bekræfter denne udfordring, hvilket bør give anledning til at bruge de tilvejebragte data til at drøfte, hvorvidt der er tale om manglende registrering af forløb, eller hvorvidt afvigelserne er udtryk for forskellige behandlingsparadigmer eller tolkning af kræftpakkerne.

- Region Hovedstaden vil gerne kvittere for, at Sundhedsstyrelsen har indført en ny kode i pakkeforløbet for prostatakræft, implementeringen af denne kode i 2014 vil give et langt mere retvisende billede af forløbene. Det er vurderingen, at der fortsat er behov for justering af standardforløbstiderne i nogle pakker, og at det kan være relevant at evaluere den praktiske håndtering af andre pakkeforløb, som har vist sig at indeholde uhensigtsmæssige elementer, eksempelvis indenfor hoved-halskræft, hvor pakkeforløbet bør give mulighed for tandekstraktion.

- I beskrivelse af de organspecifikke kræftformer, vil det under hoved-halskræft nuancere billedet for patienter, der skal have stråling, hvis det fremgår, at der er særlige udfordringer med tandekstraktion, der forlænger forløbstiderne pga. helingsperiode.

Venlig hilsen

Anne Skriver
Enhedschef

Sundhedsstyrelsen

Dato 15. maj 2014 MLKM
Sagsnr. 4-1612-13/1/ mlkm@sst.dk

Sundhedsstyrelsens kommentarer til den nationale monitorering af forløbstider på kræftområdet – Årsopgørelse for 2013

Resumé

Nærværende notat indeholder Sundhedsstyrelsens kommentarer til den nationale monitorering af forløbstiderne på kræftområdet for året 2013. Offentliggørelsen af monitorering på kræftområdet sætter fokus på hele pakkeforløbet fra "henvisning er modtaget til start på behandling", hvilket gør det muligt at sammenligne mellem de enkelte pakkeforløb og regioner.

Årsopgørelsen tager udgangspunkt i standardforløbstiderne for de forskellige kræftpakkeforløb. Forløbstiderne i kræftpakkeforløbne er opstillet som faglige rettesnore for standardpatientforløbet. Konkrete forhold som f.eks. anden betydende sygdom (komorbiditet) eller særligt kompliceret sygdomsforløb kan betyde, at forløbstiden for den enkelte patient vil afvige fra standardforløbstiden. Det kan derfor ikke forventes, at en monitorering vil vise overholdelse af standardforløbstiderne for alle patienter i samtlige pakkeforløb.

Årsopgørelsen for 2013 medtager data fra fuldt registrerede forløb, hvor 'henvisning til pakkeforløb start' er registreret i perioden 1. januar til 31. december 2013, og hvor den initiale behandling er registreret fra 1. januar 2013 og frem til opgørelsestidspunktet 12. april 2014. I den løbende kvartalsvise monitorering af forløbstider på kræftområdet tages udgangspunkt i stationære data, dvs. data låst på opgørelsestidspunktet, hvilket muliggør en sammenligning af udvikling over tid. Med årsopgørelsen 2013 er alle kvartalsvise opgørelser opdateret med dynamiske data, som medtager senere tilkomne registreringer eller relevante ændringer af tidligere registreringer. Årsopgørelsen giver således et mere retvisende billede for hele året fsv. angår lange forløb, der er uafsluttede ved den kvartalsvise stationære opgørelse.

Der er registreret i alt 105.566 patienter, der påbegyndte udredning i et pakkeforløb for kræft i 2013. For 28.715 forløb viser registreringen at diagnosen, blev bekræftet eller at der fortsat er begrundet mistanke om kræft. For 20.916 forløb påbegyndt i 2013 er der registreret start på initial behandling inden opgørelsestidspunktet 12. april 2014, og der kan for disse forløb opgøres samlet tid til behandling. Årsopgørelsen medtager således flere færdigregistrerede forløb end i de tidligere stationære kvartalsopgørelser, der medtog i alt 16.516 forløb.

Sundhedsstyrelsens kommentarer vedrører som udgangspunkt den samlede monitoreringsstatus for 2013 på nationalt og regionalt niveau. Dertil har Sundhedsstyrelsen på enkelte områder kommenteret på den kvartalsvise udvikling med udgangspunkt i opdaterede dynamiske data for monitoreringen af forløbstiderne på kræftområdet i de fire kvartaler i 2013.

Samlet set viser de dynamiske data en lidt lavere målopfyldelse sammenlignet med tidligere opgjorte stationære kvartalsdata, hvilket må formodes at skyldes efterregistrering af lange forløb.

Tabel 1. Andel forløb gennemført inden for de angivne standardforløbstider for samlet tid til behandling uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype. Dynamiske data opgjort 12. april 2014.

Tidsperiode	Andel forløb (%)	Antal forløb i alt
1. kvartal 2013	70	4.965
2. kvartal 2013	68	5.675
3. kvartal 2013	75	5.229
4. kvartal 2013	76	5.047
Hele 2013	72	20.916

Det ses, at 72% af registrerede forløb blev gennemført indenfor standardforløbstiden. Dette finder Sundhedsstyrelsen tilfredsstillende, men skal gøre opmærksom på, at der er pakkeforløb for hvilke andelen af gennemførte patientforløb indenfor standardforløbstiden er relativ lav.

Sundhedsstyrelsen har valgt at fokusere sine kommentarer på monitoreringsdata på de forløb, der ligger under den 'nationale 1. kvartil'. Den 'nationale 1. kvartil' afgrænser den fjerdedel af pakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, der er gennemført inden for standardforløbstiderne.

Den nationale 1. kvartil lå for året 2013 på 50%. Det betyder, at standardforløbstiden blev overholdt i optil halvdelen af tilfældene for den fjerdedel af pakkeforløbene, der havde den laveste andel af forløb gennemført inden for standardforløbstiden. For følgende pakkeforløb falder andelen af patientforløb gennemført inden for standardforløbstiden under den nationale 1. kvartil på 50% (forløb med mere end 10 patienter):

Tabel 2: Forløb på nationalt og regionalt plan (med mere end 10 patienter), der ligger under eller lig med nedre nationale 1. kvartil på 50% for året 2013

Pakke-forløbs-nummer	Pakkeforløb for kræftområdet	Region	Samlet tid til behandling*	Andel forløb indenfor standardforløbstid (%)	Antal forløb
B01	Brystkræft	Hovedstaden	Kirurgisk behandling	50	1232
B02	Hoved- og halskræft	Hele landet	Medicinsk behandling	36	47
B02	Hoved- og halskræft	Hele landet	Strålebehandling	47	833
B02	Hoved- og halskræft	Hovedstaden	Medicinsk behandling	21	19
B02	Hoved- og halskræft	Hovedstaden	Strålebehandling	26	283
B02	Hoved- og halskræft	Sjælland	Strålebehandling	31	150
B02	Hoved- og halskræft	Sjælland	Kirurgisk behandling	49	75
B05	Akut leukæmi/fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)	Sjælland	Medicinsk behandling	39	18

B11	Tarmkræftmetastaser i leveren	Hovedstaden	Kirurgisk behandling	26	77
B14	Kræft i blæren	Hele landet	Medicinsk behandling	23	185
B14	Kræft i blæren	Hele landet	Strålebehandling	24	80
B14	Kræft i blæren	Nordjylland	Medicinsk behandling	8	12
B14	Kræft i blæren	Midtjylland	Kirurgisk behandling	12	50
B14	Kræft i blæren	Midtjylland	Medicinsk behandling	13	46
B14	Kræft i blæren	Midtjylland	Strålebehandling	17	24
B14	Kræft i blæren	Syddanmark	Strålebehandling	7	15
B14	Kræft i blæren	Syddanmark	Kirurgisk behandling	13	47
B14	Kræft i blæren	Syddanmark	Medicinsk behandling	23	31
B14	Kræft i blæren	Hovedstaden	Medicinsk behandling	30	93
B14	Kræft i blæren	Hovedstaden	Strålebehandling	36	39
B15	Kræft i nyre	Hovedstaden	Medicinsk behandling	44	34
B15	Kræft i nyre	Hovedstaden	Kirurgisk behandling	47	178
B16	Kræft i prostata	Hele landet	Kirurgisk behandling	36	786
B16	Kræft i prostata	Hele landet	Strålebehandling	37	251
B16	Kræft i prostata	Nordjylland	Kirurgisk behandling	15	68
B16	Kræft i prostata	Midtjylland	Strålebehandling	35	85
B16	Kræft i prostata	Midtjylland	Kirurgisk behandling	48	161
B16	Kræft i prostata	Syddanmark	Strålebehandling	40	25
B16	Kræft i prostata	Syddanmark	Kirurgisk behandling	41	133
B17	Kræft i prostata	Hovedstaden	Kirurgisk behandling	35	299
B18	Kræft i prostata	Hovedstaden	Strålebehandling	40	92
B19	Kræft i prostata	Sjælland	Strålebehandling	28	40
B20	Kræft i prostata	Sjælland	Kirurgisk behandling	33	125
B21	Kræft i æggestok	Hele landet	Medicinsk behandling	42	141
B21	Kræft i æggestok	Midtjylland	Medicinsk behandling	32	28
B22	Kræft i æggestok	Syddanmark	Medicinsk behandling	36	36
B23	Kræft i æggestok	Hovedstaden	Medicinsk behandling	46	52
B24	Kræft i æggestok	Sjælland	Medicinsk behandling	31	16
B25	Kræft i æggestok	Sjælland	Kirurgisk behandling	43	47
B26	Lungekræft	Sjælland	Strålebehandling	49	69

Sundhedsstyrelsen er særligt opmærksom på udfordringerne ift. forløbstiderne for patienter med hoved- og halskræft, kræft i urinveje og kræft i æggestok. Styrelsen har løbende været i dialog med regionerne bl.a. i regi af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet, og vil med henblik på drøftelse i Task Force bede regionerne om at indsende redegørelser for forholdende med det formål at drøfte tiltag til forbedring af registreringspraksis og indsatser samt eventuelt justering af standardforløb.

Baggrund

På baggrund af problemer med udvalgte forløb for kræftpatienter bad Ministeren for Sundhed og Forebyggelse i januar 2012 Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet om at sikre en robust monitorering af pakkeforløb på både kræft- og hjerteområdet. Efterfølgende har Statens Serum Institut i samarbejde med regionerne og Sundhedsstyrelsen udviklet en

national model til monitorering af forløbstider i pakkeforløb for kræft. Modellen er efterfølgende blevet udrullet for pakkeforløb for hjertesygdomme. Monitoreringen varetages af Statens Serum Institut og data offentliggøres kvartalsvis samt årligt. Ved offentliggørelsen kommenterer Sundhedsstyrelsen systematisk på udvalgte monitoreringsdata, herunder udviklingen over tid.

Vejledning til Sundhedsstyrelsens kommentarer

Opgørelsen viser hvor stor en andel (procentdel) af patientforløbene, der er gennemført inden for de standardforløbstider, der er angivet i Sundhedsstyrelsens beskrivelser af de enkelte pakkeforløb. Sundhedsstyrelsen kan herved kun kommentere på forløb, for hvilke der er angivet en standardforløbstid, hvilket betyder, at der for nogle kræftformer kun kommenteres på forløbstiden for kirurgisk behandling, men ikke for fx medicinsk behandling eller strålebehandling. Derudover noterer Sundhedsstyrelsen det samlede antal forløb i det pågældende pakkeforløb for 2013 samt andelen af forløb, hvor begrundet mistanke afkræftes. Dette gøres med henblik på at illustrere forskelle i patientvolumen i de enkelte pakkeforløb.

Et pakkeforløb indeholder standard patientforløb, der beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger i et patientforløb, og angiver for de enkelte dele i forløbet de fagligt begrundede forløbstider for en standardpatient. Pakkeforløbene beskriver desuden, hvor sundhedspersoner undervejs i forløbet skal give information til patienterne. Monitoreringsmodellen beskriver målepunkter, der gør det muligt at monitorere, om pakkeforløbene fungerer efter hensigten.

Forløbstiderne i de enkelte pakkeforløb er opstillet som faglige rettesnore for standardforløbet. Konkrete forhold som fx anden betydende sygdom (komorbiditet) eller særligt komplicerede forløb kan betyde, at forløbstiden for den enkelte patient vil afvige fra standardforløbstiden. Det kan derfor ikke forventes, at en monitorering vil vise overholdelse af standardforløbstiderne for alle patienter i alle pakkeforløb.

Endelig skal standardforløbstiderne i pakkeforløb for kræft ikke forveksles med de lovbundne maksimale ventetider for livstruende sygdom, som sikrer patienten ret til igangsættelse af sit behandlingsforløb inden for bestemte tidsgrænser. Sundhedsstyrelsen overvåger overholdelsen af de maksimale ventetider ved at modtage månedlige indberetninger fra regionerne.

Der er ikke fastlagt en national tærskelværdi, for hvilken andel af patientforløbene der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne. Det må samtidig antages, at en opgørelse af andelene for de forskellige pakkeforløb ikke vil være normalfordelt (symmetrisk fordelt omkring en middelværdi). Sundhedsstyrelsen har derfor fundet det hensigtsmæssigt at basere sin systematiske kommentering på en opgørelse af data i kvartiler, hvorved datasættet deles i fire lige store mængder.

Som følge af denne opgørelsesmetode vil 1. kvartil per definition afgrænse den fjerdedel af pakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, der er gennemført inden for standardforløbstid. I mangel af nationalt fastsat tærskelværdi har Sundhedsstyrelsen valgt at skærpe sine kommentarer på denne fjerdedel af pakkeforløbene, der ligger under den 'nationale 1. kvartil'.

Kvartilerne er beregnet på basis af samtlige gennemførte patientforløb, uanset antallet af patienter i det enkelte pakkeforløb. Det betyder, at ikke alle pakkeforløb optræder i oversigten. Sundhedsstyrelsen har valgt alene at kommentere på forløb med flere end 10 patienter, idet der ikke er udregnet en andel for gennemførte forløb inden for standardforløbstiden for pakkeforløb med 10 eller færre patienter.

De tidligere kvartalsopgørelser har været udarbejdet på baggrund af stationære dataopgørelser. De stationære opgørelser medtager alene de patientforløb, som har registreret "henvisning til pakkeforløb start" og "initial behandling start" i det opgjorte kvartal.

Årsopgørelsen er udarbejdet på baggrund af en dynamisk dataopgørelse. Den dynamiske opgørelsesmetode medtager i modsætning til de kvartalsvise stationære dataopgørelser alle fuldt registrerede forløb for 2013, hvor den initiale behandling er registreret fra den 1. januar 2013 og frem til opgørelsestidspunkret den 12. april 2014.

Årsopgørelsen baseres på dynamiske data hvilket i mange tilfælde vil betyde ændringer sammenlignet med de tidligere kvartalsopgørelser. Årsopgørelsen baseres på data der er mere komplette, bl.a. fordi flere lange patientforløb er medtaget i årsopgørelsen. Der skal dog tages forbehold for, at årsopgørelsen ikke medtager lange patientforløb, der er påbegyndt i 2013 men endnu ikke afsluttet på opgørelsestidspunktet 12. april 2014.

Sundhedsstyrelsens kommentarer angår alene andele af patientforløb gennemført inden for standardforløbstiden.

For alle opgørelserne vedrørende de organspecifikke forløb gælder, at der ses på forløbstiden fra henvisning modtaget til start på initial behandling.

Sundhedsstyrelsens kommentarer vedrører den samlede monitoreringsstatus for 2013 på nationalt og regionalt niveau. Dertil har Sundhedsstyrelsen valgt på enkelte områder at inddrage generelle betragtninger omkring den kvartalsvise udvikling i det omfang, at dette har vist sig interessant. Den kvartalsmæssige udvikling tager sit udgangspunkt i opdaterede dynamiske data fra monitoreringen af forløbstiderne på kræftområdet i de fire kvartaler i 2013, fordi de meget lange patientforløb er medtaget.

Pakkeforløb, som regionerne tidligere har redegjort for i forbindelse med de kvartalsvise opgørelser, har Sundhedsstyrelsen generelt ikke anmodet om nye redegørelser for fra regionerne.

Sundhedsstyrelsens kommentarer

Nationalt niveau

Den nationale andel af patientforløb gennemført inden for standardforløbstiden uanset behandlingsmodalitet var 72% for hele året 2013. Dette finder Sundhedsstyrelsen tilfredsstillende.

Tabel 3. Kvartilfordeling for andele af patientforløb gennemført inden for standardforløbstiden i de enkelte pakkeforløb (dynamiske data) i år 2013

	1. kvartal 2013 (%)	2. kvartal 2013 (%)	3. kvartal 2013 (%)	4. kvartal 2013 (%)	2013 samlet (%)
3. kvartil	86	89	94	96	86
Median	67	67	75	75	70
1. kvartil	41	38	50	56	50

For den fjerdedel (3. kvartil) af pakkeforløbene, der i 2013 havde den højeste andel af forløb gennemført inden for standardforløbstiden gælder, at denne blev overholdt i mindst 86% af tilfældene. For den halvdel (medianen) af pakkeforløbene, der i 2013 havde den næst højeste andel af forløb gennemført inden for standardforløbstiden gælder, at denne blev overholdt i mindst 70% af tilfældene. Tilsvarende ses det, at for den fjerdedel af pakkeforløbene (1. kvartil), der i 2013 havde den laveste andel af forløb gennemført inden for standardforløbstiden, blev denne overholdt i op til 50% af tilfældene.

Sundhedsstyrelsen noterer en bemærkelsesværdig forbedring for median og kvartiler hen over året. Særligt bemærkes det, at nedre kvartil har forbedret sig væsentligt fra 41% til 56% som udtryk for, at den fjerdedel med de længste forløb har forbedret sig mest.

Sundhedsstyrelsen konstaterer på basis af Statens Serum Instituttets samkøring af data fra Cancerregisteret med data fra monitoreringen af pakkeforløb for kræft, at der er 2.629 registrerede gennemførte pakkeforløb for kræft for organspecifikke kræfttyper, hvilket vil sige 11,3%, hvor patienterne ikke er registreret i Cancerregisteret med den samme diagnose (patienter med muligt recidiv er fraregnet). Endvidere ses det, at der i Cancerregisteret i 2013 er registreret i alt 3.165 patienter med nydiagnosticeret kræft, svarende til 10% af alle registrerede tilfælde inden for de medtagne kræftområder i 2013, som ikke er registreret i monitoreringen for pakkeforløb. På baggrund af dette konstaterer Sundhedsstyrelsen, at der er en vis usikkerhed forbundet med registreringspraksis. Dog skal der tages forbehold for foreløbige tal og mulig manglende opdatering af data i Cancerregisteret. Sundhedsstyrelsen forventer, at regioner i samarbejde med Statens Serum Institut overvejer tiltag til forbedring af registreringspraksis.

Organspecifikke pakkeforløb

B01 Brystkræft

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for brystkræft i hele landet var på 70% i 2013. På regionalt niveau, ses der en regional variation på mellem 50% i Region Hovedstaden og 90% i Region Midtjylland. Region Hovedstaden ligger således på den nationale 1. kvartil i forhold til

andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden ved behandling af brystkræft.

Der har på landsplan i 2013 været i alt 3.701 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for brystkræft, 666 i medicinske behandlingsforløb og 13 i strålebehandlingsforløb. I 71% forløbene blev den begrundede mistanke om brystkræft afkræftet.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at Region Hovedstaden ligger på den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden ved behandling af brystkræft. Sundhedsstyrelsen er opmærksom på, at Region Hovedstaden i løbet af 2013 har haft stigende andel af forløb gennemført inden for standardforløbstiden, og Sundhedsstyrelsen vil nøje følge udviklingen.

Sundhedsstyrelsen er opmærksom på, at Region Midtjylland i de første kvartaler af 2013 har haft en gruppe patienter registreret i pakken vedr. metastaser uden organspecifik kræfttype, som retmæssigt burde være registreret som brystkræftpatienter. Registreringsfejlen er blevet rettet for de efterfølgende kvartaler.

Derudover er Sundhedsstyrelsen opmærksom på, at der i 2013 har været udfordringer i Region Midtjylland vedrørende registrering af brystkræftpatienter, der henvises fra mammografiscreening, hvilket kan medvirke til overestimering af målopfyldelse. Sundhedsstyrelsen noterer, at der må tages forbehold for registreringen i Region Midtjylland.

B02 Hoved- og halskræft
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for hoved- og halskræftkirurgi i hele landet var på 68% i 2013. Andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling af hoved- og halskræft i hele landet var på 36% i 2013. For strålebehandling var andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden på 47% for hele landet i 2013.

Inden for alle tre behandlingsformer var der regional variation. Der var inden for kirurgisk behandling en regional variation på mellem 49% i Region Sjælland og 92% i Region Syddanmark. Det bemærkes, at Region Sjælland ligger under den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden ved behandling af hoved- og halskræft. Inden for medicinsk behandling var der en regional variation på mellem 21% i Region Hovedstaden og 57% i Region Syddanmark. Da ingen af de øvrige regioner har haft over 10 patienter i forløb med medicinsk behandling af hoved- og halskræft, er andelene for disse forløb ikke gengivet. Region Hovedstaden ligger under den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af medicinske forløb gennemført inden for standardforløbstiden ved behandling af hoved- og halskræft. På strålebehandlingsområdet ligger både Region Hovedstaden og Region Sjælland under den nationale 1. kvartil. Den regionale variation ligger mellem 26% i Region Hovedstaden og 74% i Region Syddanmark.

Der har i 2013 på landsplan været i alt 742 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for hoved- og halskræft, 47 medicinske behandlingsforløb og 833 strålebehandlingsforløb. I 69% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af forløb, der i Region Hovedstaden og i Region Sjælland var gennemført inden for standardforløbstiden for strålebehandling, ligger under den

nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen er i dialog med begge regioner omkring deres udfordringer på området, herunder udfordringer i forhold til patienter, der skal have tandekstraktion. Sundhedsstyrelsen er ligeledes i dialog med Region Sjælland i relation til deres kirurgiske behandlingsforløb, hvor andelen af gennemførte forløb ligeledes ligger under den nationale 1. kvartil.

Sundhedsstyrelsen bemærker endvidere, at andelen af forløb, der i Region Hovedstaden er gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling, også ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen anmoder derfor Region Hovedstaden om at indsende en supplerende redegørelse.

B03 Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af medicinske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi var på 91% for hele landet i 2013. Andelen af strålebehandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden var på 67%. For de respektive regioner gælder, at de alle i 2013 ligger over den nationale 1. kvartil i forbindelse med både medicinsk behandling og strålebehandling. Inden for de medicinske pakkeforløb har mellem 87% og 93% af forløbene i 2013 gennemført inden for standardforløbstiden. Region Hovedstaden er den eneste region med over 10 forløb med strålebehandling af lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi, hvorfor der ikke er kommenteret yderligere på denne behandlingsform.

Der har på landsplan i 2013 været i alt 15 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi, 816 medicinske behandlingsforløb og 52 strålebehandlingsforløb. I 20% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B04 Myelomatose
Idet der ikke er angivet standardforløbstider for mulige behandlingsmodaliteter, kommenterer Sundhedsstyrelsen ikke på disse forløb.

Der har på landsplan i 2013 været i alt 237 registrerede medicinske behandlingsforløb i pakkeforløb for myelomatose. I 34% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B05 Akut leukæmi/fremskreden myelodysplastisk syndrom MDS
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af medicinske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for akut leukæmi/MDS på var på 71% for hele landet i 2013. For de respektive regioner var der en variation på mellem 39% i Region Sjælland og 85% i Region Midtjylland. Region Sjælland ligger således under den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af medicinske forløb gennemført inden for standardforløbstiden ved behandling af akut leukæmi/fremskreden myelodysplastisk syndrom.

Der har på landsplan i 2013 været i alt 200 registrerede forløb i pakkeforløb for akut leukæmi/MDS, der fik medicinsk behandling som initial behandling. I 29% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

Sundhedsstyrelsen bemærker, at andelen af forløb, der i Region Sjælland er gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen anmoder derfor Region Sjælland om at indsende en supplerende redegørelse.

B06 Kronisk myeloide sygdomme
Idet der ikke er angivet standardforløbstider for mulige behandlingsmodaliteter, kommenterer Sundhedsstyrelsen ikke på disse forløb.

B07 Kræft i bugspytkirtlen
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i bugspytkirtlen var på 81% for hele landet i 2013. Andelen af medicinske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i bugspytkirtlen for hele landet var på 74%. Der har ikke været tilstrækkeligt datagrundlag til at opgøre andele strålebehandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden, hvorfor andelene for dette forløb ikke er gengivet.

Alle regioner ligger med de kirurgiske behandlingsforløb for kræft i bugspytkirtlen over den nationale 1. kvartil med en variation mellem 95% i Region Midtjylland og 56% i Region Sjælland. Det samme er tilfældet med de medicinske forløb, hvor der var en regional variation på mellem 70% i Region Sjælland og 84% i Region Nordjylland.

Der har på landsplan i 2013 været i alt 246 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for bugspytkirtelkræft og 179 medicinske behandlingsforløb. I 40% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B08 Kræft i galdegang
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for kirurgisk behandling for hele landet for kræft i galdegang var på 84% i 2013. Region Hovedstaden har som den eneste region haft over 10 kirurgiske behandlingsforløb, hvoraf 86% har gennemført inden for standardforløbstiden ved behandling af kræft i galdegang. Andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling af kræft i galdegang var på 53%. Da ingen regioner har haft over 10 patienter i forløb med strålebehandling af kræft i galdegangen, er der ikke udregnet andele gennemført inden for standardforløbstiden for dette forløb.

Der har på landsplan i 2013 været i alt 45 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for kræft i galdegang og 17 medicinske behandlingsforløb. I 28% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B09 Kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken var på 68% for hele landet i 2013. Andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling af kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken var på 81%. Alle regioner ligger i 2013 over den nationale 1. kvartil for begge forløbstyper. Variationen ligger på mellem 58% i Region Hovedstaden og 93% i Region Nordjylland for kirurgisk behandling, og mellem 62% i Region Sjælland og 92% i Region Nordjylland for medicinsk behandling.

Der har på landsplan været i alt 118 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for spiserør/mavemund/mavesæk, 384 medicinske behandlingsforløb og 85 strålebehandlingsforløb. I 77% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B10 Primær leverkræft
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for pakkeforløb for primær leverkræft var på 80% for hele landet i

2013. Andelen af medicinske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for primær leverkræft var på 94% for hele landet i 2013. På regionalt niveau, er det kun Region Hovedstaden, der har haft mere end 10 kirurgisk behandlede patienter, hvorfor der kun er anført andele af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for denne region på 80% i 2013. Kun Region Midtjylland har haft mere end 10 medicinske patienter, hvorfor der kun er anført andele af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for denne region på 100%.

Der har på landsplan været i alt 69 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for primær leverkræft og 72 medicinske behandlingsforløb. I 34% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B11 Tarmkræftmetastaser i leveren
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for tarmkræftmetastaser i leveren var på 53% for hele landet i 2013. På regionalt niveau observeres der en variation på mellem 26% i Region Hovedstaden og 80% i Region Midtjylland, og dermed ligger Region Hovedstaden under den nationale 1. kvartil for kirurgiske behandlingsforløb ved behandling af tarmkræftmetastaser i leveren. Der har på landsplan i 2013 alene været 10 forløb med medicinsk behandling som initial behandling, hvorfor der ikke er kommenteret på denne behandlingsform særskilt.

Der har på landsplan været i alt 166 registrerede forløb i pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i leveren, der gennemgik kirurgisk behandling som initial behandling, mens 10 fik medicinsk behandling som initial behandling. I 10% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

Sundhedsstyrelsen er opmærksom på, at der har været nogle udfordringer i forhold til registreringen i dette pakkeforløb bl.a. i forhold til overgangen mellem pakkeforløb for tyk- og endetarmskræft samt pakkeforløb for tarmkræftmetastaser i lever. Sundhedsstyrelsen vil i samarbejde med regionerne og Statens Serum Institut se nærmere på denne problematik.

B12 Kræft i tyk- og endetarm
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i tyk- og endetarm var på 87% for hele landet i 2013. Andelen af medicinske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i tyk- og endetarm var på 66% for hele landet i 2013, og andelen af strålebehandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i tyk- og endetarm var på 72%.

For de respektive regioner gælder, at de i 2013 alle ligger over den nationale 1. kvartil ved kirurgiske behandlingsforløb, og at andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden varierede mellem 79% i Region Sjælland og 92% i Region Syddanmark. Ligeledes ved de medicinske forløb ligger alle regionerne over den nationale 1. kvartil med en variation mellem 57% i Region Sjælland og 80% i Region Nordjylland. I relation til strålebehandlingsforløbene ligger alle regionerne ligeledes over den nationale 1. kvartil med en variation på mellem 56% i Region Sjælland og 80% i Region Nordjylland.

På landsplan gennemgik i alt 2.453 forløb med kirurgisk behandling som initial behandling 2013, mens 412 indgik i medicinske behandlingsforløb og 333 i strålebehandlingsforløb som initial behandling. I 82% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B13 Kræft i blæren og nyre

Der er ikke kommenteret på det fælles primære udredningsforløb for kræft i blære og nyre, da der ikke foreligger en standardforløbstid for dette forløb. Sundhedsstyrelsen konstaterer, at i 79 af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet. Vedrørende kommentarer for behandlingsforløb for 'kræft i blære' og 'kræft i nyre' se nedenfor i hhv. 'B14 Kræft i blæren' og 'B15 Kræft i nyre'.

B14 Kræft i blæren

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i blæren var på 57% for hele landet i 2013. Region Sjælland har haft færre end 10 patienter, i et kirurgisk behandlingsforløb for kræft i blæren, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. De resterende regioner har haft en variation på mellem 12% i Region Midtjylland og 68% i Region Hovedstaden. Region Midtjylland og Region Syddanmark ligger under den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden ved behandling af kræft i blæren.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af medicinske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i blæren var på 23% for hele landet i 2013. Dette er under den nationale 1. kvartil. Region Sjælland har haft færre end 10 patienter, i et medicinsk forløb for kræft i blæren, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. De resterende regioner har haft en variation på mellem 8% i Region Nordjylland og 30% i Region Hovedstaden. Alle regioner ligger således under den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for medicinsk behandling.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af strålebehandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i blæren var på 24% for hele landet i 2013. Dette er under den nationale 1. kvartil. Region Nordjylland har haft færre end 10 patienter, i et strålebehandlingsforløb for kræft i blæren, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. De resterende regioner har haft en variation på mellem 7% i Region Syddanmark og 36% i Region Hovedstaden. Alle regioner ligger således under den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for strålebehandling.

Der har på landsplan været i alt 506 registrerede forløb i pakkeforløb for kræft i blæren, der gennemgik kirurgisk behandling som initial behandling, mens 185 fik medicinsk behandling som initial behandling, og 80 forløb fik strålebehandling som initial behandling.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af forløb, der i alle regioner er gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen er i dialog med alle regioner omkring deres udfordringer på området.

Sundhedsstyrelsen bemærker endvidere, at andelen af forløb, der i Region Midtjylland og Region Syddanmark er gennemført inden for standardforløbstiden for kirurgisk behandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen anmoder derfor de to regioner om at indsende supplerende redegørelser. Sundhedsstyrelsen anmoder endvidere Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Midtjylland, hvis andele af gennemførte strålebehandlingsforløb alle ligger under den nationale 1. kvartil, om at indsende supplerende redegørelser.

B15 Kræft i nyre

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i nyre var på 59% for hele landet i 2013. Andelen af medicinske forløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i nyre var på 54% for hele landet i 2013.

Region Sjælland har haft færre end 10 kirurgiske behandlingsforløb for kræft i blæren, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. For de øvrige regioner har den regionale variation for de kirurgiske behandlingsforløb i 2013 ligget mellem 47% i Region Hovedstaden og 67% i Region Midtjylland. Region Hovedstaden ligger således i 2013 under den nationale 1. kvartil i forbindelse med de kirurgiske behandlingsforløb for kræft i nyre. I forbindelse med de medicinske forløb er det alene Region Midtjylland og Region Hovedstaden, som har haft flere end 10 patienter. Her ligger Region Hovedstaden under den 1. nationale kvartil med 44% mens Region Midtjylland ligger på 79% i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for medicinsk behandling.

Der har i 2013 på landsplan været i alt 502 registrerede forløb i pakkeforløb for kræft i nyre, der gennemgik kirurgisk behandling som initial behandling, mens 56 fik medicinsk behandling som initial behandling, og 12 forløb fik strålebehandling som initial behandling.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af forløb, der i Region Hovedstaden er gennemført inden for standardforløbstiden for kirurgisk behandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen er i dialog med regionen omkring deres udfordringer på området.

Sundhedsstyrelsen bemærker endvidere, at andelen af forløb, der i Region Hovedstaden er gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen anmoder derfor Region Hovedstaden om at indsende supplerende redegørelser.

B16 Kræft i prostata

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andele af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i prostata var på 36% for hele landet i 2013, hvilket er under den nationale 1. kvartil. Andelen af strålebehandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i prostata var på 37% for hele landet i 2013, hvilket ligeledes er under den nationale 1. kvartil.

I forhold til de kirurgiske behandlingsforløb var der en regional variation på mellem 15% i Region Nordjylland og 48% i Region Midtjylland. Alle regioner ligger således under den nationale 1. kvartil i de kirurgiske behandlingsforløb for kræft i prostata. Region Nordjylland har haft færre end 10 patienter i et strålebehandlingsforløb, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. De øvrige regioner har haft en variation på mellem 28% i Region Sjælland og 40% i Region Hovedstaden og Syddanmark. Alle regioner ligger således også her under den 1. nationale kvartil.

Der har på landsplan været i alt 786 registrerede forløb i pakkeforløb for prostata, der gennemgik kirurgisk behandling, som initial behandling, mens 964 forløb fik medicinsk behandling som initial behandling, og 251 forløb fik strålebehandling. I 42% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af forløb, der i alle regioner er gennemført inden for standardforløbstiden for kirurgisk behandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen er i dialog med regionerne omkring deres udfordringer på området, og vil bede Region Nordjylland om at indsende en supplerende redegørelse.

Sundhedsstyrelsen bemærker endvidere, at andelen af forløb, der i Region Midtjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden er gennemført inden for standardforløbstiden for strålebehandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen er i dialog med regionerne omkring deres udfordringer på området, og vil bede Region Sjælland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark om at indsende supplerende redegørelser.

Grundet ændring i behandlingsstrategi for kræft i prostata, har Sundhedsstyrelsen foretaget en revision af pakkeforløbet for kræft i prostata. I den forbindelse er der per 1. januar 2014 blevet indført en ekstra registrering for nervebesparende kirurgisk behandling med implementeringsfrist 1. april 2014 for regionerne. Da patientforløb med nervebesparende kirurgisk behandling vil være lange forløb kan brugbare monitoreringsdata for disse forløb tidligst forventes sv.t. årsopgørelsen for 2014.

B17 Kræft i penis
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i penis var på 66% for hele landet i 2013. Det er kun Region Midtjylland (78%) og Region Hovedstaden (67%), der har haft flere end 10 patienter, hvorfor andelene for de øvrige regioner ikke er gengivet.

Der har på landsplan været i alt 68 registrerede forløb i pakkeforløb for kræft i penis, der gennemgik kirurgisk behandling som initial behandling. I 57% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B18 Kræft i testikel
Idet der ikke er angivet standardforløbstider for mulige behandlingsmodaliteter, har Sundhedsstyrelsen ikke kommentarer til dette forløb, men konstaterer at der i 2013 har været i alt 150 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for kræft i testikel. I 82% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B19 Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i ydre kvindelige kønsorganer var på 88% for hele landet i 2013. Region Nordjylland har haft færre end 10 patienter i et kirurgisk behandlingsforløb, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. For de øvrige regioner var der en variation på mellem 86% i Region Syddanmark og 90% i Region Hovedstaden. Alle ligger således over den 1. nationale kvartil i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for kirurgisk behandling.

Der har på landsplan været i alt 106 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for kræft i ydre kvindelige kønsorganer og 12 strålebehandlingsforløb. I 53% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B20 Livmoderkræft
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for livmoderkræft var på 67% for hele landet i 2013. For de

respektive regioner gælder, at andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden har varieret mellem 57% i Region Sjælland og 73% i Region Syddanmark. Alle regionerne ligger således over den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for kirurgisk behandling af livmoderkræft.

Der har på landsplan været i alt 763 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for livmoderkræft, 16 medicinske forløb og 10 forløb fik strålebehandling. I 75% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B21 Kræft i æggestok
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført indenfor standardforløbstiden for kræft i æggestok var på 72% for hele landet i 2013. Andelen af medicinske forløb gennemført indenfor standardforløbstiden for kræft i æggestok var på 42%, hvilket er under den nationale 1. kvartil.

For de respektive regioner gælder, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden har ligget mellem 43% i Region Sjælland og 91% i Region Nordjylland. Region Sjælland ligger således under den nationale 1. kvartil. Region Nordjylland har haft færre end 10 patienter i et medicinsk forløb, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. For de medicinske behandlingsforløb var der en variation på mellem 31% i Region Sjælland og 46% i Region Hovedstaden. Alle regioner ligger således under den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for medicinsk behandling af kræft i æggestok.

Der har på landsplan været i alt 613 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for kræft i æggestokkene og 141 medicinske forløb. I 54% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af forløb, der i Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Sjælland er gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen er i dialog med regionerne omkring deres udfordringer på området.

Sundhedsstyrelsen bemærker endvidere, at andelen af forløb, der i Region Sjælland er gennemført inden for standardforløbstiden for kirurgisk behandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen anmoder derfor Region Sjælland om at indsende supplerende redegørelser.

B22 Livmoderhalskræft
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for livmoderhalskræft var på 62% for hele landet i 2013. Andelen af medicinske forløb gennemført inden for standardforløbstiden for livmoderhalskræft for var på 69% og andelen af strålebehandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for livmoderhalskræft for var på 67% for hele landet i 2013.

Den regionale variation inden for de kirurgiske behandlingsforløb har ligget på mellem 54% i Region Nordjylland og 71% i Region Midtjylland. Alle regioner ligger således over den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for kirurgisk behandling af livmoderhalskræft. I forhold til strålebehandlingsforløb er

det alene Region Hovedstaden (57%) og Region Midtjylland (71%), der har haft over 10 patienter.

Der har på landsplan været i alt 160 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for livmoderhalskræft, 13 medicinske behandlingsforløb og 76 strålebehandlingsforløb. I 50% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B23 Kræft i hjernen
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for kræft i hjernen var på 90% for hele landet i 2013. Region Nordjylland har haft færre end 10 patienter i et kirurgisk behandlingsforløb, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. For de øvrige regioner var der en variation på mellem 89% i Region Hovedstaden og 92% i Region Midtjylland. Alle regioner ligger således i 2013 over den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for kirurgisk behandling af kræft i hjernen.

Der har på landsplan været i alt 323 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for kræft i hjernen, der gennemgik kirurgisk behandling, som initial behandling. I 75% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B24 Kræft i øjne og orbita
Idet der ikke er angivet standardforløbstider for mulige behandlingsmodaliteter, har Sundhedsstyrelsen ikke kommentarer til dette forløb, men konstaterer at der i 2013 har været i alt 34 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for kræft i øje og orbita og 18 strålebehandlingsforløb. I 66% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B25 Modermærkekræft i hud
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for modermærkekræft i huden var på 96% for hele landet i 2013. Den regionale variation har ligget på mellem 94% i Region Hovedstaden og 100% i Region Nordjylland.

Der har på landsplan været i alt 2.128 registrerede forløb i pakkeforløb for modermærkekræft, der gennemgik kirurgisk behandling, som initial behandling og 18, der gennemgik medicinsk behandling som initial behandling. I 57% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B26 Lungekræft
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for lungekræft var på 66% for hele landet i 2013. Andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for medicinsk behandling var på 76% og andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden for strålebehandling for hele landet var på 66%.

I forhold til de kirurgiske behandlingsforløb bemærkes det, at den regionale variation har ligget på mellem 54% i Region Sjælland og 72% i Region Nordjylland. Den regionale variation ved de medicinske forløb har ligget på mellem 54% i Region Nordjylland og 83% i Region Syddanmark. Den regionale variation inden for strålebehandling har været på mellem 49% i Region Sjælland og 77% i Region Midtjylland. Det bemærkes, at Region Sjælland i 2013 ligger under den nationale 1. kvartil i forhold til andelen af forløb gennemført inden for standardforløbstiden inden for strålebehandling af lungekræft.

Der har på landsplan været i alt 733 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for lungekræft, 1.658 medicinske forløb og 642 strålebehandlingsforløb. I 67% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af forløb, der i Region Sjælland er gennemført inden for standardforløbstiden for strålebehandling, ligger under den nationale 1. kvartil. Sundhedsstyrelsen anmoder derfor Region Sjælland om at indsende en supplerende redegørelse.

B27 Sarkom i knogle
Der har ikke været tilstrækkeligt datagrundlag til at opgøre andele forløb gennemført inden for standardforløbstiden for pakkeforløbene med sarkom i knogle. Sundhedsstyrelsen har derfor ingen kommentarer til dette pakkeforløb.

B28 - Udgået

B29 Sarkom i bløddele
Sundhedsstyrelsen konstaterer, at andelen af kirurgiske behandlingsforløb gennemført inden for standardforløbstiden for sarkom i bløddele var på 83% for hele landet i 2013. Region Nordjylland har alene haft 10 patienter i et kirurgisk behandlingsforløb, hvorfor andelene for denne region ikke er gengivet. For de øvrige regioner var der en variation på mellem 65% i Region Hovedstaden og 95% i Region Midtjylland.

Der har på landsplan været i alt 161 registrerede forløb i pakkeforløb for sarkomer i bløddele, der gennemgik kirurgisk behandling, som initial behandling. I 55% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

B30 Kræft hos børn
Idet der ikke er angivet standardforløbstider for mulige behandlingsmodaliteter, kommenterer Sundhedsstyrelsen ikke på disse forløb.

Sundhedsstyrelsen konstaterer dog, at der på landsplan har været i alt 36 registrerede kirurgiske behandlingsforløb i pakkeforløb for kræft hos børn og 123 medicinske forløb. I 43% af forløbene blev den begrundede mistanke afkræftet.

Metastaser uden organspecifik kræfttype

Dette pakkeforløb adskiller sig fra de organspecifikke pakkeforløb, hvorfor opgørelsen ikke er kommenteret i forhold til de ovenfor nævnte nationale kvartiler.

For pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype bemærker Sundhedsstyrelsen, at andelen af forløb, der var gennemført inden for standardforløbstiden for den primære henvisningsperiode var 96% for hele landet med en regional variation mellem 83% i Region Sjælland og 100% i Region Midtjylland. I 2013 var der på landsplan i alt 1.449 forløb, der gennemgik primær henvisningsperiode.

Derudover konstaterer Sundhedsstyrelsen, at andelen af forløb i den primære udredningsperiode (hvor patienterne fortsætter til sekundær udredning), der var gennemført inden for standardforløbstiden var 85% på nationalt niveau med en regional variation på

mellem 69% i Region Syddanmark og 91% i Region Hovedstaden. I 2013 var der på landsplan i alt 118 forløb, der blev henvist til sekundær udredning.

For pakkeforløb, hvor andelen af forløb i den primære udredningsperiode afsluttes efter den primære udredning, konstaterer Sundhedsstyrelsen, at de var gennemført inden for standardforløbstiden i 84% af tilfældene på nationalt niveau med en regional variation mellem 65% i Region Sjælland og 96% i Region Midtjylland. I 2013 var der på landsplan 1.025 forløb, der blev afsluttet efter primær udredning.

Diagnostisk pakkeforløb

Dette pakkeforløb adskiller sig også fra de organspecifikke pakkeforløb, hvorfor opgørelsen ikke er kommenteret i forhold til de ovenfor nævnte nationale kvartiler.

For diagnostiske pakkeforløb for alvorlig sygdom bemærker Sundhedsstyrelsen, at andelene af diagnostiske forløbsperioder inden for standardforløbstid i sygehusregi i hele landet lå på 82% med en regional variation på mellem 75% i Region Nordjylland og 89% i Region Midtjylland.

Der har på landsplan været i alt 5.516 registrerede forløb i diagnostisk pakkeforløb i 2013. Sundhedsstyrelsen konstaterer en væsentlig regional variation på mellem 270 forløb i Region Sjælland og 1.939 i Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

Enhed for
Hospitalsplanlægning

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 60 20
Web www.regionh.dk

Ref.: rikoer

Dato: 22. april 2014

PROGRAM

Program: temadag den 2. maj kl. 12-16

Udvalget har besluttet at fokusere på fem kræftformer og udarbejde konkrete handle-planer for disse områder. De udvalgte kræftformer er brystkræft, lungekræft, prostata-kræft, hovedhalskræft samt tyk- og endetarmskræft.

Sted
Herlev Hospital: Lokale "drivhuset", 51AA, onkologisk afdelings konferencerum og er placeret på hjørnet i stråleterapien.

Program

Kl. 11.30	Mulighed for en let frokost
	Velkommen v. Mette Abildgaard
Kl. 12.00	Gennemgang af hvordan forløbstiderne er/målopfyldelsen er for de ud valgte kræftformer v. enhedschef Per Stenberg Christensen, dataenheden,
Kl. 12.30	Præsentation af udfordringerne for prostatakræft v. ledende overlæge Jesper Rye Pedersen, urologisk afdeling, Herlev Hospital
Kl. 13.00	Præsentation af udfordringerne for tyk- og endetarmskræft v. ledende overlæge Henrik Harling, Bispebjerg Hospital
Kl. 13.30	Præsentation af udfordringerne for brystkræft v. ledende overlæge Henrik Flyger, Brystkirurgisk Afdeling, Herlev Hospital
Kl. 14.00	Pause

Kl. 14.10	Præsentation af moderne billeddiagnostik – hvorfor er det nødvendigt? v. overlæge Annika Loft, PET-Centret, Rigshospitalet
Kl. 14.30	Præsentation af udfordringerne for hovedhalskræft v. overlæge Irene Wessel, Øre/Næse/Hals Klinik, Rigshospitalet
Kl. 15.00	Præsentation af udfordringerne for lungekræft v. overlæge Jesper Holst Pedersen, Thoraxkirurgisk Klinik, Rigshospitalet
Kl. 15.30	Opsamling
Kl. 16.00	God weekend

Region Hovedstaden

Sekretariatet

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 38 66 50 00
Direkte 3866 5024
Web www.regionh.dk

CVR/SE-nr: 29 19 06 23

Dato: 24. april 2014

NOTAT

Til: **Regionsrådets medlemmer**

De stående udvalgs bidrag til budgetlægningen i Skanderborgmodellen

Styrelsesvedtægtens regler
Den styrelsesvedtægt, som regionsrådet har vedtaget ved andenbehandlingen den 4. februar 2014, er baseret på den såkaldte Skanderborgmodel. Det betyder, at det er regionsrådet, der har den umiddelbare forvaltning af alle ansvarsområderne, mens de stående udvalg og forretningsudvalget har en politikformulerende rolle.

Det betyder, at de stående udvalg ikke har noget selvstændigt budgetansvar. Det samme gælder for Kræftudvalget, der er nedsat som et særligt udvalg. Udvalgene har derfor ikke nogen samlet budgetmæssig ramme, som deres budgetbidrag skal prioriteres inden for, men udvalgene bidrager til budgetprocessen med forslag til initiativer, ændringer og omlægninger, som udvalget som led i sin politikformulerende funktion mener, er hensigtsmæssige set ud fra en politisk vurdering af udvalgets ansvarsområder.

Som det fremgår, er der med Skanderborgmodellen tale om en ny måde at arbejde politisk med budgettet på. De erfaringer, som udvalgene får i arbejdet med budgetprocessen for 2015 vil kunne anvendes i det politikformulerende arbejder i efteråret. Ved arbejdet med formulering af kommende politikker og strategier vil der kunne tages højde for afledte konsekvenser for udvalgenes budgetbidrag til budgetlægningen for 2016 og kommende år.

Budgetprocessen
Ifølge styrelsesvedtægten udarbejder forretningsudvalget et budgetforslag til regionsrådets stillingtagen, mens de stående udvalg på foranledning af forretningsudvalget udarbejder budgetbidrag inden for udvalgets områder. Forretningsudvalget har den 28. januar 2014 besluttet at indkalde budgetønsker fra de stående udvalg og Kræftudvalget, hvor udvalgene i forbindelse med ønskerne bl.a. skal forholde sig til de overordnede mål regionsrådet måtte beslutte i forbindelse med strategiarbejdet.

På denne baggrund var der ved udvalgenes første behandling af budgetønsker lagt op til, at udvalget under hensyntagen til de overordnede strategiske mål, som regionsrådet besluttede den 8. april 2014, skulle forholde sig til behovet for eventuelle ændringer inden for det enkelte udvalgs område. På baggrund af udvalgets indledende drøftelser

om arbejdsplan udarbejdede administrationen derfor til den første budgetdrøftelse en oversigt over mulige emner til budgetbidrag.

Ved udvalgenes første budgetdrøftelse blev det imidlertid fra flere sider påpeget, dels at der manglede økonomioplysninger på de enkelte budgetskemaer, dels at det var vanskeligt at prioritere de enkelte forslag uden en samlet ramme at gøre det inden for.

På denne baggrund er budgetskemaerne i muligt omfang ved udvalgets næste budgetdrøftelse forsynet med oplysninger om de økonomiske konsekvenser af det enkelte forslag.

Der lægges hermed op til, at udvalget – da der ikke skal prioriteres inden for en samlet ramme, idet denne opgave ligger hos regionsrådet – forholder sig til de forslag, der fremgår af budgetskemaerne, således at udvalget for det enkelte forslags vedkommende tager stilling til:

- om forslaget er i overensstemmelse med den politik, som udvalget mener, bør være gældende på det enkelte område,
- om forslaget bør ændres eller tilpasses,
- om der bør afsættes flere eller færre ressourcer til forslaget,
- om forslaget bør udgå af budgetarbejdet, og
- om der kræves flere oplysninger for, at det er muligt at tage stilling til forslaget i budgetforhandlingerne

Udvalget kan således i sine anbefalinger til forretningsudvalget, der udarbejder budgetforslaget, både stille forslag om tilførsel af flere eller færre ressourcer til de enkelte forslag, stille forslag om effektiviseringer, om ændringer af arbejdstilrettelæggelse, ændringer af serviceniveau samt forslag om gennemførelse af analyser på udvalgte områder.

Udvalget har naturligvis også mulighed for at stille forslag om aktiviteter, ændringer og effektiviseringer, udover hvad der fremgår af budgetskemaerne og kan i denne forbindelse beslutte, at sådanne forslag skal beskrives nærmere.

Den videre proces
Udvalgenes budgetbidrag skal foreligge senest den 6. juni. Regionsrådet orienteres efter tidsplanen om resultatet af økonomiforhandlingerne med regeringen den 17. juni. I denne forbindelse vil regionsrådet skulle tage stilling til, hvorledes der opnås balance i regionens økonomi for 2015, herunder i hvilket omfang, der er behov for at iværksætte udarbejdelse af generelle spareforslag for hospitaler, virksomheder og administration.

Administrationens budgetforslag udarbejdes på baggrund af regionsrådets beslutninger og udsendes primo august til regionsrådets medlemmer. Der afholdes budgetseminar

for regionsrådets medlemmer den 12. august, hvor budgetforslaget gennemgås og drøftes. Regionsrådets førstebehandling af budgetforslaget finder sted den 19. august.

Budgetlægningen 2015-2018

Budgetforslag til drøftelse til møde i kræftudvalget den 20. maj 2014 (2. drøftelse)

Budgetforslag - overskrift:

Sammenhængende forløb

Fremsat af:
Kræftudvalget

Formål og indhold
Der er særlige udfordringer med at sikre optimale forløb på tværs af sektorer, afdelinger og hospitaler. For at understøtte bedre overgange bør der iværksættes fælles initiativer, som skal understøtte, at patienterne ikke oplever informations tab og fejl i forbindelse med overgange.

Sammenhæng til de politiske målsætninger

Fokus på sammenhængende forløb understøtter den politiske målsætning om høj faglig kvalitet i regionens behandlingstilbud, og at det er patientens situation, der styrer forløbet.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

Der udestår en afklaring af budgetønskets omfang, herunder om det kan afholdes indenfor eksisterende rammer (fx praksisbudgettet) eller via omprioriteringer.

Derfor foreslås det, at der ikke afsættes ressourcer hertil i Budget 2015-18, men at området indskrives som et fokusområde i Budget 2015-18, mhp. at det i 2015 konkretiseres yderligere, hvilke initiativer der kan implementeres for at understøtte sammenhængende forløb, og hvad de økonomiske konsekvenser er heraf.

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen ☑
Den regionale udviklingskasse ☐
Det sociale område ☐

Budgetlægningen 2015-2018

Budgetforslag til drøftelse til møde i kræftudvalget den 20. maj 2014 (2. drøftelse)

Budgetforslag - overskrift:

Tidlig opsporing

Fremsat af:
Kræftudvalget

Formål og indhold

Tidlig opsporing kan være et blandt flere midler til at forbedre kræftprognosen i Danmark.

For at understøtte tidlig opsporing bør det overvejes at afsætte midler til at understøtte almen praksis i hurtig og direkte adgang til visse veldefinerede undersøgelser og prøvesvar.

Sammenhæng til de politiske målsætninger

Fokus på tidlig opsporing understøtter den politiske målsætning om høj faglig kvalitet i regionens behandlingstilbud, og at det er patientens situation, der styrer forløbet.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

Der udestår en afklaring af budgetønskets omfang, herunder om det kan afholdes indenfor eksisterende rammer (inkl. praksisbudgettet) eller via omprioriteringer.

Derfor foreslås det, at der ikke afsættes ressourcer hertil i Budget 2015-18, men at området indskrives som et fokusområde i Budget 2015-18, mhp at det i 2015 konkretiseres yderligere, hvilke initiativer der kan implementeres for at understøtte tidlig opsporing, og hvad de økonomiske konsekvenser er heraf.

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen ☑
Den regionale udviklingskasse ☐
Det sociale område ☐

Budgetlægningen 2015-2018

Budgetforslag til drøftelse til møde i kræftudvalget den 20. maj 2014 (2. drøftelse)

Budgetforslag - overskrift:
Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation ifm. kræft

Fremsat af:
Kræftudvalget

Det anslås, at ca. 70.000 borgere i Region Hovedstaden lever med eller efter en kræftsygdom. Det er derfor vigtigt, at denne gruppe borgere opnår eller vedligeholder den bedst mulige funktionsevne i kræftforløbet for at kunne opretholde familie- og arbejdsliv på trods af de forandringer en kræftsygdom og behandling medfører. Sundhedsstyrelsen udgav i januar 2012 et forløbsprogram, der skal sikre indsatser for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

Forløbsprogrammet fastslår blandt andet, at alle kræftpatienter skal tilbydes en samtale om behov for en rehabiliterende eller palliativ indsats flere gange i løbet af et kræftforløb. Formålet er at sikre, at alle borgere får den relevante hjælp undervejs og efter kræftforløbet. Der er som led i regionens implementeringsarbejde udviklet et samtaleredskab, som sundhedsfagligt personale skal anvende sammen med patient og evt. pårørende til at identificere behov. Samtaleredskabet skal anvendes både på hospitalerne og i kommunerne og være en integreret del af den samlede kræftbehandling for at sikre, at patienter og pårørende aktivt inddrages i beslutninger i forløbet.

Ansvaret for rehabilitering af borgerne ligger hovedsageligt i kommunerne, men hospitalerne har ansvaret for eventuelle sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser, under indlæggelse. Behovsvurdering er et vigtigt middel til at sikre, at borgeren får tilbudt den relevante indsats, i den rette sektor.

I almen praksis handler indsatserne om at sikre, at den praktiserende læge bevarer kontakten til patienten i kræftforløbet samt at der for patienter i den sene palliative fase bliver mulighed for at afholde et koordinationsmøde mellem den praktiserende læge og kommunen.

Implementering af forløbsprogrammet er forankret i Sundhedskoordinationsudvalget. Implementeringsplanen var i oktober 2013 i høring på hospitaler, i kommuner og i almen praksis, hvor der var bred opbakning til indsatserne.

Sammenhæng til de politiske målsætninger
Forløbsprogrammer er med til at understøtte det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorovergange og under hensyntagen til borgerens behov. Dermed vil forslaget om at understøtte implementeringen af forløbsprogrammer bidrage til målsætningen om *at patientens situation styrer forløbet.*
Det strategiske indsatsområde *Sammenhængende patientforløb* skal sikre, at patientens behov og situation er styrende for patientforløbet. Implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation ifm. kræft er afgørende for, at tilrettelæggelsen af det samlede patientforløb for kræftpatienter tager afsæt i den enkeltes behov i et koordineret samarbejde på tværs af sektorer, hospitaler og afdelinger.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid
Fra udmøntningsplanen for Kræftplan III er der siden 2012 afsat midler til at understøtte indsatserne i

forløbsprogrammet i kommuner og i regioner. Region Hovedstaden tildeles årligt 2,5 mio. kr. Imidlertid er det ikke muligt at gennemføre implementeringen af forløbsprogrammets indsatser på hospitaler og i almen praksis inden for denne ramme.

Udgifterne til indsatserne forventes at være 6,9 mio. kr. årligt heraf 3 mio. kr. på hospitalerne og 3,9 mio. kr. i almen praksis.

Implementering af forløbsprogrammet skulle ifølge Kræftplan III have været påbegyndt med udgangen af 2012, men er forsinket bl.a. på grund af behovet for at udarbejde en regional implementeringsplan. Det betyder, at der er overførte uforbrugte midler for i alt 4,4 mio. kr. der kan anvendes. Derudover kan indsatserne i almen praksis i 2014 og delvist i 2015 finansieres af praksisbudgettet.

Det betyder at implementeringsplanens indsatser vil kunne dækkes på følgende måde:

- I 2014 og 2015 vil udgifterne kunne afholdes af uforbrugte overførte midler, praksisbudgettet og Kræftplan III midler.
- I 2016 vil finansiering af udgifterne kræve en budgetbevilling på 1,25 mio. kr. Den resterende del vil kunne afholdes af uforbrugte midler og Kræftplan III.
- Fra 2017 og frem vil implementeringen forudsætte et varigt løft på 4,4 mio. kr.

	2015	2016	2017	2018
Løn		1,25 mio. kr.	4,4 mio. kr.	4,4 mio. kr.
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen ☑
Den regionale udviklingskasse ☐
Det sociale område ☐

Budgetlægningen 2015-2018

Budgetforslag til drøftelse til møde i kræftudvalget den 20. maj 2014 (2. drøftelse)

Budgetforslag - overskrift:

Afvikling af flaksehalse/ understøttelse af øget målopfyldelse på kræftområdet

Fremsat af:
Kræftudvalget

Formål og indhold

Der er i flere år arbejdet målrettet med at sikre, at kræftpatienter i regionen får tilbud udredning og behandling uden unødvendig ventetid. Fx har hospitalerne arbejdet med at optimere forløbene (LEAN) inden for den økonomiske ramme, de har til rådighed, og der er tilført yderligere ressourcer til kræftområdet i både 2012 og 2013, som har bidraget til at udvide kapaciteten og sikre hurtigere forløb uden unødvendig ventetid.

Den nationale monitorering af kræftområdet har dog vist, at der fortsat er områder, hvor regionen har en relativ lav målopfyldelse (hvor kræftpatienter ikke tilbydes et forløb i overensstemmelse med kræftpakkeforløbenes anbefalinger).

Det er vurderingen, at hvis Kræftområdet tilføres eksempelvis 15 mio. kr. i varige driftsmidler, vil det give mulighed for at tilføre yderligere ressourcer til områder, hvor der er identificeret flaskehalse (hvor der er en relativ lav målopfyldelse), således at målopfyldelsen kan forbedres.

Den konkrete udmøntning af midlerne bør ske i samarbejde med de relevante hospitaler.

Sammenhæng til de politiske målsætninger

Afvikling af flaskehalse understøtter den politiske målsætning om høj faglig kvalitet i regionens behandlingstilbud.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

	2015	2016	2017	2018
Løn	15 mio. kr.	15 mio. kr.	15 mio. kr.	15 mio. kr.
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Der foreslås afsat et rammebeløb til initiativet på. 15 mio. kr. i varig drift.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen

Den regionale udviklingskasse	☐
Det sociale område	☐

Punkt nr. 5 - Beslutningssag: Budget 2015 - godkendelse af forslag

Bilag 6 - Side -1 af 8

Budget 2015-2018

		Drift				Investeringer					
Nr.	Mio. kr.	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	Politisk målsætning	Strategisk indsatsområde
SUNDHEDSOMRÅDET											
1.0	**Sundhedsudvalget**										
1.01	Fordanskning og bedre skiltning					30,0	30,0	30,0		Patientens situation styrer forløbet	
1.02	Standardisering af skriftlig patientinformation	2,5	1,7	1,7	1,5					Patientens situation styrer forløbet	
1.03	Bedre venteværelser, telefonadgang og besøgsmuligheder	1,8	1,5							Patientens situation styrer forløbet	
1.04	Serviceadfærd	7,0	5,5							Patientens situation styrer forløbet	
1.05	Kommunikationsfeedback	1,2	0,2	0,2	0,2					Patientens situation styrer forløbet	
1.06	Løbende patienttilfredshedsundersøgelser	9,1	7,4	4,0	4,0					Patientens situation styrer forløbet	
	Patientforløb										
1.07	Regionalt videncenter for patientstøtte	1,8	1,8	1,8	1,8					Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
1.08	UDGÅET										
1.09	Ungdomsmedicinsk videncenter	1,7	1,7	1,7	1,7					Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
	Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor										
1.10	Indsatser i forhold til lighed i sundhed (samme forslag som 3.08)	6,5	6,5	3,0	3,0					Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.11	De regionale kvalitetsindsatser	3,8	3,8	3,8						Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.12	Tidlig rehabilitering/genoptræning i hospitalsregi	0,7	0,7	0,7	0,7					Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.13	Nye styringsinstrumenter	1,5	1,5	1,5						Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	

Punkt nr. 5 - Beslutningssag: Budget 2015 - godkendelse af forslag
Bilag 6 - Side -2 af 8

	Patientsikkerhed i hospitalssektor og praksissektor										
1.14	Træning i Ikke-tekniske færdigheder	2,0	2,0	2,0	2,0					Høj faglig kvalitet	
1.15	Medicinsk udstyr	0,9	0,9	0,5	0,5					Høj faglig kvalitet	
1.16	Dialogsamtaler og klagesager på praksisområdet	1,0	1,0	1,0	1,0					Patientens situation styrer forløbet	
	Kapacitet og akutbetjening										
1.17	Udvidelse af Krisepsykologisk enhed	2,0	2,0	2,0	2,0					Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.18	Efterfødselssamtaler tilsårbare fødende	0,5	0,5	0,5	0,5					Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
	Sundhedsudvalget i alt	**44,0**	**38,7**	**24,4**	**18,9**	**30,0**	**30,0**	**30,0**	**0,0**		
2.0	**Psykiatriudvalget**										
2.01	Initiativer til efterlevelse af udrednings- og behandlingsret i psykiatrien	17,9	17,9	17,9	17,9					Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
2.02	Forslag om initiativer til understøttelse af Region Hovedstadens visioner for fremtidens psykiatri	12,3	11,8	11,8	11,8					Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
2.03	Etablering af et særligt afsnit til anbragte i surrogat	4,6	4,1	4,1	4,1					Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
2.04	Pulje til samarbejde med kommuner om svage grupper (overlap til 3.03)	13,0	20,5	20,5	20,5					Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
2.05	Flere aktivitets- og motionstilbud til patienter under indlæggelse	31,5	31,5	31,5	31,5						
	Psykiatriudvalget i alt	**79,3**	**85,8**	**85,8**	**85,8**						
3.0	**Udvalg vedrørende tværsektorielt samarbejde**										
3.01	Akutte overgange fra hospital til kommune	0,6								Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.02	Opsætte og drive hjertestartere i yderområder	0,4	0,05	0,05	0,05						
3.03	Sikre behandling af borgere med dobbeltdiagnoser i sektorovergang (overlap ift. 2.04)	8,0	8,0	8,0	8,0					Patientens situation styrer forløbet	
3.04	Borgere med ikke-psykotiske lidelser, som ikke kan få tilbud i distriktspsykiatrien eller socialpsykiatrien	4,2	3,6	3,6	3,6					Patientens situation styrer forløbet	
3.05	Etablering af handicapråd	0,1	0,1	0,1	0,1						
3.06	UDGÅET										

3.07	Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation (samme forslag som 7.05)		1,3	4,4	4,4				Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.08	Lighed i sundhed (samme forslag som 1.10)	6,5	6,5	3,0	3,0				Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
	Udvalget ved. Tværsektorielt samarbejde i alt	**19,75**	**19,55**	**19,15**	**19,15**					
4.0	**Erhvervs- og vækstudvalg**									
4.01	BIObank, frysehus og BIG DATA	?	?	?	?				Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.02	Tidlig fase kliniske forsøg i Danmark	2,5	2,5	2,5	2,5				Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.03	Styrket samarbejde med KU, Det Sundhedsfaglige Fakultet	1,3	1,3	1,3	1,3				Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.04	Flyttet til regional udvikling									
4.05	Deltagelse i EU-satsning på Healthy Ageing (forslaget finansieres af både sundhedskassen og den regionale udviklingskasse)	0,6	0,6	0,6	0,6				Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
4.06	Kliniknære innovationsmiljøer og OPI puljer (forslaget finansieres af både sundhedskassen og den regionale udviklingskasse)	5,0	5,0						Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
	Erhvervs- og vækstudvalget i alt	**9,4**	**9,4**	**4,4**	**4,4**	**0,0**	**0,0**	**0,0**		
5.0	**Miljø- og trafikudvalget**									
5.01	Klinisk risikoaffald	2,0	1,5						Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
5.02	Bæredygtighedspulje	6,0							Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.05	Genanvendelse af jord og byggematerialer 10.05 (25% af udgifterne finansieres af sundhedskassen)	1,3	0,9	0,8	0,8				Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.06	Styrketmiljøbevidsthed (25% af udgifterne finansieres af sundhedskassen)	0,4	0,4	0,4					Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
	Miljø- og vækstudvalget i alt	**9,7**	**2,8**	**1,2**	**0,8**					
6.0	**IT- og afbureaukratiseringsudvalget**									

6.01	Implementering af mobility					Høj faglig kvalitet/patientens situation styrer forløbet
		?	?	?	?	
	scenarie a	?	?	?	?	
	scenarie b	?	?	?	?	
	scenarie c	?	?	?	?	
6.02	Driftshandlingsplan					Høj faglig kvalitet/Grøn og innovativ metropol
	scenarie a	?	?	?	?	
	scenarie b	?	?	?	?	
	scenarie c	?	?	?	?	
6.03	UDGÅET					
6.04	Telestrategi					Høj faglig kvalitet
	scenarie a	?	?	?	?	
	scenarie b	?	?	?	?	
	scenarie c	?	?	?	?	
6.05	Regionale og nationale strategier	?	?	?	?	Høj faglig kvalitet
	Afbureaukratisering					
6.06	Understøttelse og automatisering af uddata	?	?	?	?	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet
6.07	Nedbringelse af dobbeltregistrering	?	?	?	?	Høj faglig kvalitet
6.08	Revision af regionens vejledninger	?	?	?	?	Høj faglig kvalitet
	IT og afbureaukratiseringsudvalget					
7.0	**Kræftudvalget**					

Punkt nr. 5 - Beslutningssag: Budget 2015 - godkendelse af forslag
Bilag 6 - Side -5 af 8

7.01	UDGÅET						
7.02	UDGÅET						
7.03	Sammenhængende forløb (ønskes som et fokusområde derfor ikke budget)					Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.04	Tidlig opsporing (ønskes som et fokusområde derfor ikke budget)					Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
	Implementering af forløbsprogram for rehabilitering af kræftpatienter					Patientens situation styrer	Sammenhængende
7.05	(Samme forslag som 3.07)		1,3	4,4	4,4	forløbet	patientforløb
7.06	Afvikling af flaskehalse/understøttelse af øget målopfyldelse på kræftområd	15,0	15,0	15,0	15,0	Høj faglig kvalitet	
7.07	UDGÅET						
	Kræftudvalget i alt	**15,0**	**16,3**	**19,4**	**19,4**		
8.0	**Forretningsudvalget**						
8.01	UDGÅET						
8.02	Permanent merbevilling på løn - CIMT	54,0	54,0	54,0	54,0	Høj faglig kvalitet	
8.03	Reinvesteringer til understøttelse af sundhedsplatformen	30,0	45,0	75,0	100,0	Høj faglig kvalitet/Grøn innovativ metropol	
8.04	Windows 7	56,0				Høj faglig kvalitet	
8.05	Sikring af medarbejderresspourcer	10,0	10,0	10,0		Høj faglig kvalitet/Ekspansive vidensmiljøer	
8.06	Whistleblowerordning	2,0	1,0	1,0	1,0		
8.07	Supply Chain - trådløst netværk (Wifi)					Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
	scenarie a	?	?	?	?		
	scenarie b	?	?	?	?		
	scenarie c	?	?	?	?		
8.08	Supply Chain - Distribueret Antenne System					Høj faglig kvalitet	
	scenarie a	?	?	?	?		

scenarie b	?	?	?	?	
scenarie c	?	?	?	?	
Forretningsudvalget i alt	**152,0**	**110,0**	**140,0**	**155,0**	

Nr.	Mio. kr.	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	Politisk målsætning	Strategisk indsatsområde
REGIONAL UDVIKLING											
9.0	**Erhvervs- og vækstudvalget**										
9.01	Grønne erhvervsuddannelser	5,0								Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.02	Region Hovedstaden skaffer praktikpladser til alle unge	4,8	4,7	4,8	4,9					Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.03	Flere grønne jobs og iværksætteri	4,0								Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.04	Medfinansiering af erhvervsprojekter	35,0	40,0	40,0	40,0					Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.05	Mere viden og kapital til smv'er	6,0								Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.06	By- og erhvervsudvikling i Ring 3	15,0								Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.07	Fælles regionalt og kommunalt EU-kontor	4,6	4,6	0,5	0,5					Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.08	Kick start af ReVus	20,0	50,0	50,0	50,0					Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.09	ESS MAX IV - styrket indsats	5,0	5,0	5,0						Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
9.10	Fokuseret Vækstdagsorden	3,0	3,0	3,0						Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.11	Udvikling af Øresundssamarbejdet - Nøgleorganisationer	7,1	7,1	7,1	7,1					Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.12	Erhvervsrettede partnerskab på fjerne vækstmarkeder - Jiangsu Provins	11,0	13,5	16,5	16,5					Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS

9.13	Sund vækst Klynge (Flyttet fra Sundhedsbudgettet 4.04)	5,0	5,0			Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
4.05	Deltagelse i EU-satsning på Healthy Ageing (forslaget finansieres af både sundhedskassen og den regionale udviklingskasse)					Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
4.06	Kliniknære innovationsmiljøer og OPI puljer (forslaget finansieres af både sundhedskassen og den regionale udviklingskasse)					Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
	Erhvervs- og vækstudvalget i alt	**125,5**	**132,9**	**126,9**	**119,0**		
10.0	**Miljø og trafikudvalget**						
10.01	Innovation på jordforureningsområdet	4,0	4,0	4,0	4,0	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
10.02	Kortlægning af jordforurening i Dragør og Tårnby Kommuner	10,6	10,6	10,6	10,6	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
10.03	Øget oprensningsindsats overfor jordforurening	29,2	49,2	76,2	76,2	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
10.04	Effektiv og innovativ klimasikring	3,5	3,5	1,5		Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.05	Genanvendelse af jord og byggematerialer (25% finansieres af sundhedskassen)	3,8	2,8	2,5	2,5	Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.06	Styrket miljøbevidsthed (25% finansieres af sundhedskassen)	1,1	1,1	1,1		Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.07	Mobility Management	1,0	2,0	2,0	1,0	Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling/ReVUS
10.08	Grøn kollektiv trafik i verdensklasse	2,0	1,0			Grøn og innovativ metropol	ReVUS
10.09	Grønne indkøb	3,5	3,5	3,5		Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.10	Grøn innovativ metropol	3,0				Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling/ReVUS
10.11	Øget antal indledende grundvandsundersøgelser på Vestegnen	6,3	6,3	6,3		Grøn og innovativ metropol	ReVUS
10.12	Øget oprensningsindsats i forbindelse med statens værditabsordning	0,5	0,5	0,5	0,5	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
10.13	Omlægning af lokalbanens spor	2,5					

Punkt nr. 5 - Beslutningssag: Budget 2015 - godkendelse af forslag
Bilag 6 - Side -8 af 8

Miljø- og trafikudvalget i alt	**71,0**	**84,5**	**108,2**	**94,8**

REGION HOVEDSTADEN / KKR-HOVEDSTADEN

Til

Høringsparterne jf. vedlagte bilag

Hillerød den 9. april 2014

Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Telefon: 3866 6000

Ref. Winnie Brandt

Høring vedr. Sundhedsaftale 2015 – 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen

Der skal inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne i regionen for perioden 2015 - 2018.

Den kommende sundhedsaftale skal bestå af en politisk del og en administrativ del, der konkretiserer indholdet i den politiske aftaledel.

I Sundhedskoordinationsudvalget for Region Hovedstaden er vi i fuld gang med arbejdet omkring forberedelsen af den nye sundhedsaftale, og vi har nu udarbejdet vedlagte udkast til sundhedsaftalens politiske del.

Aftaleudkastet er udarbejdet på baggrund af den indledende politiske dialog, der har været i regionen og kommunerne om den kommende sundhedsaftale. Vi har derfor lagt særligt vægt på, at aftalen skal bestå af få, klare politiske målsætninger. Samtidig ønsker vi at have fokus på de effekter, som borgeren skal opleve som følge af sundhedsaftalen.

Selve aftaleudkastet er bygget omkring fire overordnede visioner:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgeren oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Til hver af de fire visioner har vi i aftaleudkastet beskrevet to til tre politiske målsætninger. Vi har udvalgt disse målsætninger, da vi finder, at de bedst dækker de fire visioner og samtidig dækker de områder, hvor der er størst behov for et særligt politisk fokus.

I Sundhedskoordinationsudvalget har vi et stort ønske om, at sundhedsaftalen skal udarbejdes på baggrund af en bred dialog. Til brug for jeres behandling har vi vedlagt et bilag, der viser bredden i de drøftelser, der har været i forbindelse med udarbejdelse af aftaleudkastet. Det er vores håb, at I kan bruge bilaget som inspiration i jeres politiske drøftelse af aftaleudkastet.

Vi skal anmode om at få jeres eventuelle bemærkninger **senest den 30. juni 2014.**

Bemærkninger bedes fremsendt til mailadressen: **csusundhedsaftalen@regionh.dk**

Videre proces:
Vi vil drøfte jeres tilbagemeldinger på vores møde i Sundhedskoordinationsudvalget den 5. september 2014. På dette møde vil vi også drøfte et udkast til sundhedsaftalens administrative del.

Det kan til orientering oplyses, at vi også planlægger en høring af den administrative del af sundhedsaftalen. Den vil foregå fra medio september til medio oktober 2014.

Vi forventer, at Sundhedskoordinationsudvalgets endelige godkendelse af udkastet til Sundhedsaftale 2015 – 2018 kan ske på vores møde den 25. november 2014. Herefter skal aftalen godkendes i regionsrådet og i de enkelte kommunalbestyrelser.

Med venlig hilsen
På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

Per Seerup Knudsen / Ninna Thomsen
Formand Næstformand

Bilag: 1. Høringsudkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen 2015-2018
2. Liste over høringsparter
3. Inspirationsmateriale til drøftelse af målsætninger

Udkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen

2015 - 2018

Indledning

Mange borgere, der er syge eller er i risiko for at blive ramt af sygdom, kan have brug for en sammenhængende indsats fra både kommuner, hospitaler og praksissektor. Et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem alle parter på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende kan blive enten rask eller få hjælp til at leve bedre med sin sygdom.

Med denne tredje generation af sundhedsaftaler vil vi bygge videre på de gode erfaringer, som vi har fra de to foregående sundhedsaftaler. Vi vil sikre en fokuseret indsats gennem få og klare mål. Vi vil sætte borgeren i centrum og rette vores fokus mod de effekter, borgeren skal opleve, som følge af de aftaler, som vi indgår.

Vi skal blive endnu bedre til at tilbyde borgeren indsatser af ensartet høj kvalitet, samt til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer der sikrer effektive og sømløse forløb.

I den fortsatte udvikling af vores fælles opgaver om mest mulig sundhed for borgerne, vil vi tage afsæt i en forebyggende tilgang. Vi vil sætte yderligere fokus på den langsigtede borger- og patientrettede forebyggelse og på den tidlige opsporing og tidlige indsats overfor borgere, der er i risiko for at udvikle somatisk og/eller psykisk sygdom. Vores fælles udgangspunkt er, at færre borgere skal udvikle kronisk sygdom eller have langvarige sygdomsforløb.

Borgere, der har en langvarig eller kronisk somatisk eller psykisk sygdom, skal opleve, at alle indsatser i det samlede sundhedsvæsen tilrettelægges ud fra en rehabiliterende tilgang. Vi vil gennem hele forløbet understøtte, at borgeren kan fastholde det bedst mulige funktionsniveau, og vi vil tilrettelægge vores indsatser på en måde, der sikrer mindst mulig indgriben i borgerens hverdagsliv. Vi vil derfor indrette vores tværsektorielle samarbejde således, at opgaven altid løses på laveste effektive omsorgsniveau.

Fire politiske visioner

Vi vil i denne sundhedsaftale særligt arbejde for at bringe borgere, herunder pårørendes viden og ressourcer bedre i spil i eget forløb og i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover vil vi sætte særligt fokus på vores samarbejde omkring indsatser for de mest sårbare og udsatte borgere. Vores indsats skal tilrettelægges således, at den bidrager til at nedbringe ulighed i sundhed.

Derfor ønsker vi at fokusere på følgende fire visioner i denne sundhedsaftale:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

HØRINGSUDKAST

Til hver af de fire visioner er der beskrevet målsætninger for sundhedsaftalen. Målsætningerne udmøntes i mere konkrete indsatser i den administrative del af sundhedsaftalen, hvor det også fremgår, hvordan der følges op målene.

Opfølgning på aftalen

I Sundhedsstyrelsens vejledning anbefales, at Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for sundhedsaftalens implementering. Forslag til overordnet implementeringsplan vil derfor være indarbejdet i den administrative del af aftalen. Herunder vil der også indgå specifikke indikatorer, som skal understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne.

Sundhedskoordinationsudvalget skal endvidere én gang årligt følge op på sundhedsaftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. Opfølgningen vil blandt andet ske gennem temadrøftelser i en bred kreds af politiske nøgleinteressenter.

Læsevejledning

Den politiske del af sundhedsaftalen er opdelt i fire temaer med tilhørende vision. Under hver vision er beskrevet en række særligt prioriterede målsætninger, som vi i fællesskab skal arbejde hen imod. Det er derefter beskrevet, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal udvikles i aftaleperioden med henblik på at nå målsætningerne.

I sundhedsaftalens administrative del beskrives, hvordan målsætningerne operationaliseres i konkrete indsatser og hvordan, der måles og følges op på indsatsernes effekt og fremdrift.

HØRINGSUDKAST

Sammenhæng og kvalitet

Et af de centrale formål med sundhedsaftalen er at tilbyde den enkelte borger en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet. Også den foregående sundhedsaftale har haft fokus på sammenhæng og kvalitet, og der er gjort en stor indsats på området. Alligevel er det stadig ikke alle borgere, som oplever overgange i sundhedsvæsenet som sømløse. Samtidig er der et potentiale for at anvende ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen bedre ved at borgerne får det rette tilbud på det rette niveau. Vi skal derfor fokusere endnu mere på at udvikle det fælles ansvar for at skabe sammenhæng og kvalitet for borgerne. Særligt skal vi udvikle samarbejdet om de borgere, der er mest sårbare og udsatte, og som kan have komplekse behov, og hvor koordinering af indsatserne på tværs af sektorerne kræver særlig opmærksomhed.

Vores vision er:

At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger	1) At borgerne sikres samme høje kvalitet i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering uanset, hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses
	2) At færre borgere indlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats
	3) At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

HØRINGSUDKAST

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Ensartet høj kvalitet

Vi skal arbejde for at sikre ensartet og høj kvalitet i de tilbud, som borgerne får. Derfor vil vi igangsætte et kvalitetsarbejde, der kan give fælles forståelse af kvalitetsbegrebet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor. Vi vil udvikle fælles kvalitetsmål og -standarder med afsæt i tilgængelig viden om evidens eller best practice. Udvikling af kvalitet i samarbejdet indebærer, at vi systematisk arbejder med muligheder for at dele kvalitetsdata og følge op med handling og justering af indsatser. Som led i kvalitetsudviklingen vil vi samarbejde om at styrke formidling af resultater fra forskningsprojekter og evalueringer af fælles projekter, men også understøtte, at der produceres ny viden.

Koordination i det sammenhængende forløb

Sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet forudsætter koordineret og tæt dialog mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren. Implementeringen af Kommunikationsaftalen i 2012 har forbedret samarbejdet om somatiske patienter, der indlægges og udskrives fra hospital. Der er imidlertid behov for udvikling af lignende aftaler, der omfatter somatiske patienter i ambulante forløb, børneområdet og hele psykiatriområdet.

Der er også behov for, at videreudvikle modeller, der sikrer bedre koordination og samarbejde om sårbare borgere med komplekse forløb, herunder borgere med multisygdom. Kommunerne modtager i højere grad end tidligere borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller flere krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og giver større behov for lægefaglig rådgivning. Vi vil derfor blive bedre til at bruge hinandens kompetencer og række ud over sektorovergange i det daglige arbejde i form af bl.a. nem adgang til rådgivning, udgående funktioner fra hospitalerne, samt følge-op og følge-hjem ordninger. Derudover vil vi styrke samarbejdet mellem kommuner og almen praksis bl.a. om borgere på kommunale akut/subakutte pladser og om borgere, der anvender mange slags medicin.

IT og digitalisering

Sammenhæng og kvalitet i borgernes forløb forudsætter velfungerende digitale løsninger, hvor det sundhedsfaglige personale i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren har let adgang til relevante oplysninger. Derfor skal der fortsat arbejdes med mulighederne for at dele data på tværs. I aftaleperioden skal vi øge brugen af eksisterende IT-løsninger og understøtte de nationale tiltag om Sundheds-IT, herunder bl.a. fuld implementering af det Fælles Medicinkort. Herudover er der behov for at intensivere arbejdet med generel it-understøttelse af forløb på tværs af sektorer og særligt understøttelse af forløb for borgere med samtidige somatiske, psykiske og sociale problemstillinger.

HØRINGSUDKAST

Systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer

Vi skal bygge bro mellem kompetencerne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Der skal arbejdes med udvikling og systematisk udbredelse af fælles kompetenceudvikling. Vi vil bygge videre på indhøstede erfaringer og integrere kompetenceudviklingsindsatserne mere. Herunder vil vi afprøve modeller med rotations- og delestillinger på tværs af kommuner og hospitaler.

Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens faglige ekspertise skal komme det samlede sundhedsvæsen til gode. Regionens rådgivning generelt – og særligt på forebyggelsesområdet – skal i højere grad tilpasses kommunernes behov. Vi skal målrette regionens faglige rådgivning i forhold til de forebyggende indsatser. Vi skal konkretisere rammerne for den faglige rådgivning og for den udveksling af viden på tværs af sektorer, som er vigtig for den daglige håndtering af konkrete borgerforløb. Det kan f.eks. omfatte en formaliseret og systematisk rådgivningsfunktion, hvor regionen yder faglig rådgivning til praksissektoren eller til kommunerne vedrørende borgere med sjældne sygdomme og særligt komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov.

HØRINGSUDKAST

Aktivt og inddragende samarbejde med borgerne

Vi vil understøtte, at borgere herunder pårørende har mulighed for at være aktive samarbejdsparter i den enkelte borgers individuelle forløb. Det aktive og inddragende samarbejde med borgere bidrager til, at indsatsen i højere grad bliver målrettes borgerens samlede situation og ressourcer. Samtidig kan det medvirke til at styrke borgerens mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb.

Vi skal i fællesskab sikre, at borgerne anvender deres unikke viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsnet, til at bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Vores vision er:

At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

I aftaleperioden vil vi derfor særligt sætte politisk fokus på:

Målsætninger	4) At borgere, herunder pårørende oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det
	5) At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet
	6) At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.

HØRINGSUDKAST

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Samarbejdskultur

Aktivt og inddragende samarbejde stiller særlige krav til de måder, som de fagprofessionelle møder borgeren på. Vi vil derfor udvikle og afprøve modeller for samarbejdet mellem borgere herunder pårørende og fagprofessionelle. Vi vil fokusere på kulturelle og organisatoriske aspekter, der kan understøtte mulighederne for en proaktiv inddragelse af borgere – både i forhold til borgerens individuelle forløb og når borgerne medvirker i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen. Her vil vi have særligt fokus på udvikling af differentierede modeller for det aktive samarbejde, som er tilpasset borgere med forskellige behov og ressourcer.

Telesundhed

Det aktive og inddragende samarbejde i individuelle forløb handler også om at give flere borgere mulighed for at opretholde så almindeligt et liv som muligt på trods af langvarig eller kronisk sygdom. Vi vil derfor understøtte muligheder for sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af teknologiske løsninger, der gør det muligt at kommunikere, udveksle data og følge sygdomsspecifikke måleresultater mellem borgere og fagprofessionelle over afstand.

Organisatorisk samarbejde

Vi skal give borgere herunder pårørende bedre mulighed for at bidrage til udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Deres viden bidrager til at skabe et sundhedsvæsen, som borgerne oplever som inddragende og sammenhængende. Men det kræver noget at indgå i samarbejde – både af repræsentanterne for borgerne og sundhedsvæsenet. Vi vil gennem en fælles indsats skabe de rette rammer for samarbejdet med borgerne i udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder i de relevante samarbejdsfora.

HØRINGSUDKAST

Lighed i sundhed

Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der borgere, som ikke bliver tilbudt de indsatser, de har behov for, eller som har svært ved at tage imod indsatserne, hvilket betyder at de ikke får det optimale udbytte af behandlingen. Vi vil derfor udvikle og gennemføre tiltag, der skaber mere lighed i sundhed. Samtidig vil vi sikre, at sundhedsvæsenet ikke selv bidrager til at øge uligheden.

Vi er i fællesskab parate til at tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Sårbare og udsatte borgere skal støttes gennem målrettede indsatser, der har fokus på at sikre adgang til og fastholdelse i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Også samarbejdet med det sociale område skal styrkes.

Vores vision er:

At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger	7) At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår
	8) At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats
	9) At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer.

HØRINGSUDKAST

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Forebyggelse og tidlig opsporing

Forebyggelse og tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af sygdom er væsentlig, når lighed i sundhed skal sikres, og særlig vigtigt i forhold til sårbare og udsatte grupper. De praktiserende læger har en nøglefunktion, men der er mange andre vigtige aktører blandt andet på svangreområdet, i sundhedsplejen, i behandlings- og socialpsykiatrien og i ældreomsorgen. Vi vil derfor sætte fokus på at fremme en kultur, som i udgangspunktet tænker forebyggende og opsporende.

Særligt vil vi lægge vægt på forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos borgere med psykisk sygdom således, at borgere med psykisk sygdom får samme adgang til forebyggelsestilbud og genoptræning som andre borgere. Indsatserne skal bl.a. tilrettelægges på baggrund af den regionale sundhedsprofil.

Målrettede indsatser

Alle borgere skal have den indsats, der giver det bedst mulige behandlingsresultat og den bedste mulighed for at borgeren efterfølgende kan mestre sin egen sygdom og livssituation. Vi vil i aftaleperioden udvikle og afprøve differentierede indsatser, det vil sige indsatser, der er tilpasset målgrupperne. Vi vil også videreudvikle redskaber til stratificering af patienter og borgere.

Sammenhæng mellem sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet

Støtte til sårbare og udsatte borgere er en kompleks opgave, da mange både har sociale og sundhedsfaglige problemstillinger. Øget lighed i sundhed forudsætter derfor en tæt og koordineret indsats mellem mange aktører i sundhedsvæsenet og et nært samarbejde med social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne. Hospitaler, kommuner og praksissektor skal sammen tage udgangspunkt i borgerens samlede situation, behov og ressourcer og sikre, at rehabilitering er indtænkt i hele forløbet. Vi vil i aftaleperioden derfor udvikle en model, der kan styrke samarbejdet i forhold til borgere, der sideløbende har behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Kompetenceudvikling og forskning

Der er fortsat et stort behov for viden om, hvilke målrettede indsatser, som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden for sårbare og udsatte grupper. Vi vil prioritere et mindre antal større forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed, herunder f.eks. projekter om opsporing og fastholdelse i behandling og rehabilitering. Vi vil også i fællesskab styrke tilbud om kompetenceudvikling med fokus på ulighed i sundhed, som f.eks. kan udbydes som en del af en systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer og på tværs af både sundheds- og socialområdet.

HØRINGSUDKAST

Nye og bedre samarbejdsformer

Vi ønsker at skabe større fleksibilitet og kvalitet i opgaveløsningen, så borgerne oplever, at forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser er sammenhængende, og at der arbejdes efter fælles mål. I de to foregående sundhedsaftaler har vi i vid udstrækning fokuseret på at etablere en samarbejdsstruktur mellem parterne og på at udvikle samarbejdet ud fra en stafet-tankegang, hvor der skabes koordination mellem indsatserne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Vi skal fortsat arbejde med at styrke koordination og samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet, men vi må også erkende, at den sektoropdelte opgaveløsning især ikke tilgodeser sårbare borgeres behov.

I denne sundhedsaftale vil vi derfor arbejde med at udvikle og afprøve organisationsformer, som passer til den opgave, der skal løses. Vi vil arbejde med udvikling og afprøvning af organisatoriske samarbejdsmodeller, der rummer forskellige grader af integration omkring opgaveløsning, personale, ledelse og økonomi.

Vores vision er:

At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

10) At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner hospitaler og praksissektor.

11) At udvikle en model for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Nye samarbejdsformer med integrerede indsatser

Vi vil afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning med samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Det er særlig relevant for samarbejdet om den gruppe af sårbare og udsatte borgere, der modtager samtidig behandling og pleje fra flere sektorer. Vi vil lære af erfaringer fra udlandet, hvor studier viser positive resultater med integrerede behandlings- og plejetilbud – når det gælder behandlingskvalitet, patientsikkerhed, patienttilfredshed og økonomi. Modellerne kan eksempelvis afprøve nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, tilbud til mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom eller fælles sundhedshuse. Arbejdet med nye modeller for integreret opgaveløsning skal tage højde for de organisatoriske rammer i praksissektoren.

Midler til prioritering sammenhængende løsninger

I økonomiaftalen 2014 for regioner og kommuner er det aftalt, at begge parter skal prioritere midler til sammenhængende løsninger. Sundhedsaftalen danner rammen for, hvordan disse midler anvendes, og vi vil på baggrund af drøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget sikre en tæt koordinering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

HØRINGSUDKAST

Høring af udkast til den politiske del af Sundhedsaftale 2015 – 2018

Høringsparter:

- **Kommuner i Region Hovedstaden**

Albertslund Kommune
Allerød Kommune
Ballerup Kommune
Bornholms Regionskommune
Brøndby Kommune
Københavns Kommune
Dragør Kommune
Egedal Kommune
Fredensborg Kommune
Frederiksberg Kommune
Frederikssund Kommune
Furesø Kommune
Gentofte Kommune
Gladsaxe Kommune
Glostrup Kommune
Gribskov Kommune
Halsnæs Kommune
Helsingør Kommune
Herlev Kommune
Hillerød Kommune
Hvidovre Kommune
Høje-Taastrup Kommune
Hørsholm Kommune
Ishøj Kommune
Lyngby-Taarbæk Kommune
Rudersdal Kommune
Rødovre Kommune
Tårnby Kommune
Vallensbæk Kommune

- **Region Hovedstaden**

Kræftudvalget
Psykiatriudvalget
Sundhedsudvalget
Udvalget vedr. Tværsektorielt Samarbejde

- **Andre udvalg**

Patientinddragelsesudvalget
Praksisplanudvalget

- **Patientforeninger:**

Danske Patienter
Psykiatriforeningernes Fællesråd
Alzheimerforeningen

- **Andre organisationer**

Danske Handicaporganisationer
Ældresagen
Regionsældrerådet – Region Hovedstaden

- **Faglige organisationer:**

Dansk Farmaceutforening
Danske Fysioterapeuter
Dansk Kiropraktorforening
Dansk Psykolog Forening
Dansk Sygeplejeråd
Den Almindelige Danske Jordemoderforening
Ergoterapeutforeningen
Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter
Foreningen af Offentligt Ansatte Fag og Arbejde (FOA)
Foreningen af Speciallæger
Foreningen af Praktiserende Speciallæger
Praktiserende Lægers Organisation – Region Hovedstaden

Bilag 3: Inspirationsmateriale til drøftelse af målsætninger.

I det foreliggende udkast til politisk sundhedsaftale er der indsat 2-3 målsætninger for hvert visionsområde. Disse målsætninger er udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget ud fra et hensyn om at dække visionerne og begrænse antallet af målsætninger for at holde aftalen enkel og fokuseret.

Dette bilag indeholder nogle andre målsætningsformuleringer, der kan vise bredden i de drøftelser, der er i forbindelse med udarbejdelse af aftalen. Bilaget er tænkt som et inspirationsmateriale, der kan indgå som baggrundsmateriale i forbindelse med jeres drøftelser af aftaleudkastet.

Såvel målsætningerne, der indgår i aftaleudkastet, som de nedenstående målsætningsformuleringer er afstemt med de lovgivningsmæssige krav til aftalen. Det vil dog være sådan, at ikke alle krav i Sundhedsstyrelsen vejledning kan blive dækket i den politiske aftale, da vejledningens detaljeringsniveau er meget højt. Krav i vejledningen, der ikke er dækket af den politiske aftale, vil imidlertid blive dækket i den administrative aftale. Det drejer sig især om krav om fokus på specifikke målgrupper.

Nedenstående målsætningsformuleringer er kategoriseret indenfor hver af de fire visioner:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Målsætninger er nummeret **12-23.**

Målsætninger, der handler om sammenhæng og kvalitet

12. At flere borgere med komplekse og langvarige sygdomsforløb modtager en tidlig og helhedsorienteret indsats med henblik på, at de fastholdes på arbejdsmarkedet

13. At borgere, der er i behandling med mange lægemidler, sikres løbende og systematisk opfølgning på medicineringen

14. At alle borgere tilbydes relevante rehabiliteringsindsatser, når de har behov for det, uanset hvornår i forløbet behovet opstår

15. At borgeren tilbydes behandling af høj kvalitet, der tilgodeser borgerens ønske om mindst mulig indgriben i hverdagslivet

Målsætninger, der handler om borgerne som samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

16. At borgere med psykisk sygdom oplever at være aktivt inddraget i eget forløb i det omfang, de ønsker

17. At sårbare borgere får særlig støtte til at være en aktiv samarbejdspart i eget forløb

18. At flere borgere får mulighed for at mestre egen sygdom ved hjælp af telesundhed

Målsætninger, der handler om lighed i sundhed

19. At sårbare borgere i risiko for livsstilssygdomme modtager indsatser, der er tilpasset deres behov og ressourcer

20. At flere sårbare gravide opspores tidligere og sikres en forebyggende indsats, der er tilpasset deres behov og ressourcer

21. At ingen hjemløse bliver udskrevet til gaden

Målsætninger, der handler om nye og bedre samarbejdsformer

22. At videreudvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af hospital og kommune målrettet borgere med psykisk sygdom

23. At videreudvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af hospital og kommune målrettet ældre medicinske patienter

Punkt nr. 6 - Beslutningssag: Bidrag til Sundhedsaftalen
Bilag 5 - Side -1 af 10

VEJ nr 9005 af 20/12/2013 Gældende
(Sundhedsaftalevejledningen)
Offentliggørelsesdato: 03-01-2014
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Oversigt (indholdsfortegnelse)

Bilag 1

Den fulde tekst

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

1. Indledning

Rammerne for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

I henhold til bekendtgørelsens § 8 udarbejder Sundhedsstyrelsen Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Denne vejledning træder i kraft den 1. januar 2014 og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2009.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende vejledende beskrivelse af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og dermed at bidrage til tilrettelæggelsen af opgaven vedrørende udarbejdelse af sundhedsaftaler i regioner og kommuner. Derudover angives procedurer for, hvordan sundhedsaftalerne godkendes i henhold til bekendtgørelsens og vejledningens krav til aftalernes indhold.

Målgruppen for vejledningen er politikere og planlæggere i kommuner og regioner samt almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler.

1.1 Ændringer i forhold til tidligere vejledning

Vejledningen er tilrettet på baggrund af ændringer i sundhedsloven og bekendtgørelsen, herunder dels at der fremover kun skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, dels at der er fastsat nye obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalerne. Endvidere at sundhedsaftalen er en politisk aftale, som skal tage afsæt i konkrete målsætninger med henblik på at sikre større kvalitet og ensartethed i det tværsektorielle arbejde, ligesom der er fokus på at styrke implementeringen af og indføre en mere systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne.

Sundhedskoordinationsudvalget får med den nye bekendtgørelse en styrket rolle i forhold til at udarbejde udkast til sundhedsaftalen og at understøtte, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende aftalen.

Ændringen i vejledningen tager udgangspunkt i behovet for at sikre en fortsat udvikling af borgernære sundhedstilbud, som skal kunne håndtere flere og mere komplekse opgaver. Der er i den forbindelse fokus på at sikre mere integreret samarbejde mellem almen praksis og kommunale tilbud og på at sikre større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder særligt patienter med psykisk sygdom, de ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom.

Endvidere tager vejledningen udgangspunkt i behovet for en ligestilling af psykiatri og somatik, ligesom der er fokus på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme. Denne ligestilling af det psykiatriske og det somatiske område kommer i vejledningen til udtryk ved, at psykiatrien ikke som tidligere har sit eget indsatsområde, men derimod – på lige fod med somatikken – beskrives under de enkelte indsatsområder.

Endelig tager ændringerne udgangspunkt i ønsket om en styrket inddragelse af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen. Dette gælder både den enkelte patients mulighed for at få indflydelse på eget forløb og borgernes generelle mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via øget brugerinddragelse.

2. Sundhedskoordinationsudvalg

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af myndighederne: kommuner og regioner, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Bekendtgørelsens §§ 1-3 beskriver sundhedskoordinationsudvalgets sammensætning, rammerne for udvalgets arbejde og en række konkrete opgaver, som tillægges udvalget. Det fremgår heraf, at udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation i regionen.

Det er således ikke alle kommuner, der har direkte repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og de enkelte kommuner kan have forskellige ønsker til samarbejdet med regionen. Dette understreger behovet for, at kommunerne fx via KKR lægger en fælles linje i regionalpolitiske spørgsmål og drøfter og koordinerer deres arbejde i forhold til sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget kan jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 4, nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper blandt andet med henblik på faglig rådgivning fra sygehuse, almen praksis eller kommuner. I den forbindelse er det relevant også at inddrage andre aktører som fx private sygehuse, apotekersektoren, den øvrige praksissektor[1)] samt andre forvaltningsområder, ligesom borgere kan inddrages i relevante arbejdsgrupper.

Punkt nr. 6 - Beslutningssag: Bidrag til Sundhedsaftalen
Bilag 5 - Side -2 af 10

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. sundhedslovens § 204, stk. 5, systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

Endvidere bør sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget for almen praksis, se nærmere herom i afsnit 2.4.

2.1 Udarbejdelse af udkast til én fælles sundhedsaftale

Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder jf. bekendtgørelsens § 3 udkast til én fælles sundhedsaftale og skal i den forbindelse understøtte, at regionsrådet og alle regionens kommunalbestyrelser kan godkende aftalen.

De nærmere krav til sundhedsaftalen fastlægges i bekendtgørelsens § 4 og behandles i denne vejlednings kapitel 3-5. Her beskrives de fire obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalen skal omfatte, samt en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i.

Sundhedskoordinationsudvalget bør i forbindelse med udarbejdelsen af udkastet til sundhedsaftale sikre en inddragende proces, hvor der særligt skal være fokus på at inddrage de kommuner, som ikke har plads i udvalget.

2.2 Fastlæggelse af konkrete målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2 i udkastet til sundhedsaftalen opstille fælles, konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de enkelte obligatoriske indsatsområder.

Formålet er at bidrage til at sikre en fælles retning for indsatsen på tværs af sektorerne. Målsætningerne skal være konkrete og fungere som et redskab til at sikre en løbende opfølgning og justering af indsatsen.

Målsætninger skal blandt andet fastlægges med udgangspunkt i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne, se www.eSundhed. dk. Derudover kan de regionale og kommunale sundhedsprofiler være udgangspunkt for målsætninger, ligesom der kan suppleres med yderligere målsætninger inden for den enkelte region.

Regeringen, Danske Regioner og KL har fastsat fire fælles mål for den patientrettede forebyggelsesindsats, som skal omsættes i mere konkrete målsætninger mellem regioner og kommuner. Målene er rettet mod nedbringelse af antallet af forebyggelige og uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter, som optager en seng på sygehusene[2)].

2.3 Implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3, følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at der i økonomiforhandlingerne og andre nationale aftaler samt i ny lovgivning kan fastsættes nye krav, som influerer på sundhedsaftalen, og som skal indarbejdes i en revideret aftale.

Opfølgningen på sundhedsaftalen bør tage udgangspunkt i de målsætninger, som er aftalt ved sundhedsaftalens indgåelse og i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne. Derudover bør indgå organisatoriske og sundhedsfaglige indikatorer, som er relevante for de aftalte målsætninger.

Derudover vil det være hensigtsmæssigt, at sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for implementeringen af sundhedsaftalen. Formålet hermed at sikre de fornødne aftaler mellem parterne i forhold til koordinering af implementeringsindsatserne og eventuel igangsætning af fælles initiativer.

2.4 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan

Sundhedskoordinationsudvalget vurderer jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 4, udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Praksisplanen vedrørende almen praksis skal jf. sundhedslovens § 206 a, stk. 2[3)], inden vedtagelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Sundhedskoordinationsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommuners sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger.

I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at regionen og kommunerne løbende orienterer sundhedskoordinationsudvalget om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt om de sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

2.5 Drøftelse af øvrige relevante emner

Sundhedskoordinationsudvalget drøfter jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 5, i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud samt eventuelt private klinikker og andre leverandører, som leverer offentligt finansierede sundhedsydelser.

Udvalget drøfter derudover koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

Udvalget kan hensigtsmæssigt drøfte større udviklingstendenser på sundhedsområdet, herunder udviklingen i sygehusstrukturen og borgernære sundhedstilbud samt kapaciteten på både det psykiatriske og somatiske område. Herudover, hvordan parterne kan inddrage evaluering og forskning i den fortsatte udvikling af området.

Desuden kan udvalget hensigtsmæssigt drøfte problemstillinger i relation til sundhedsaftalens indsatsområder, som ofte giver anledning til uoverensstemmelser mellem parterne.

Endvidere kan udvalget hensigtsmæssigt drøfte den samlede indsats på tværs af indsatsområderne for udvalgte målgrupper samt særlige fælles indsatser rettet mod udvalgte risikofaktorer, kroniske sygdomme, målgrupper og arenaer (fx hospitaler, skoler, arbejdspladser m.v.).

2.6 Information af sundhedskoordinationsudvalg i de øvrige regioner

Sundhedskoordinationsudvalget informerer jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 6, sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordinationen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Det vil derudover være hensigtsmæssigt, hvis udvalget informerer de øvrige sundhedskoordinationsudvalg om gode erfaringer og opnået viden fra arbejdet med udarbejdelse, implementering og opfølgning af sundhedsaftalerne, ligesom det vil være hensigtsmæssigt, at udvalget forud for udarbejdelsen af sundhedsaftalen indhenter erfaringer og viden fra de øvrige sundhedskoordinationsudvalg. Hermed sikres erfaringsudveksling og videndeling på tværs af regioner og kommuner.

3. Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire indsatsområder indenfor sundhedsområdet. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

I bekendtgørelsens § 4, stk. 2, er der fastlagt fire indsatsområder, som er obligatoriske og skal indgå i sundhedsaftalen. Kravene til sundhedsaftalen i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder fremgår af denne vejlednings kapitel 4 og 5.

3.1 Formål

Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som omfatter borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, og som går på tværs af de to myndighedsområder: region og kommuner. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at sikre sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Parterne bør i den forbindelse så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med andre aftaler[4)], som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb.

3.2 Sundhedsaftalens parter

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

Regionsrådet har myndighedsansvaret for sygehusene og praksissektoren, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har regionsrådet ansvaret for at kunne levere en række specialiserede opgaver på social- og undervisningsområdet, som inddrages i sundhedsaftalen i relevant omfang.

Kommunalbestyrelserne har myndighedsansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har kommunalbestyrelserne myndighedsansvaret for det sociale område, som er omfattet af sundhedsaftalen i flere af de obligatoriske indsatsområder samt for beskæftigelses- og undervisningsområdet, der inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er ikke en aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalearbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og det forudsættes, at sundhedskoordinationsudvalget inddrager den fornødne almenmedicinske fagkundskab i udarbejdelsen af sundhedsaftalen.

Der er – for så vidt angår almen praksis' rolle i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen – en tæt sammenhæng med praksisplanen for almen praksis. Praksisplanen er således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Almen praksis er i henhold til sundhedslovens § 57 b, stk. 2[5)], forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver, som almen praksis jf. sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Den øvrige praksissektor er ligeledes ikke en aftalepart, men konkrete praksisområder kan have en rolle i udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen på udvalgte indsatsområder.

Private sygehuse og andre private leverandører mv. er ikke en aftalepart, men skal være omfattet af relevante dele af sundhedsaftalen, når de leverer offentligt finansieret behandling. Når regionsrådet og/eller en kommunalbestyrelse indgår en aftale med en privat aktør om varetagelse af sundhedsopgaver, skal det sikres, at den private aktør gennem (leverandør)aftalen forpligtes af sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne har hver især et ansvar for at sikre, at alle aktører i egne organisationer samt hos private leverandører m.fl. forpligtes til at efterleve relevante dele af aftalens indhold efter dens godkendelse.

3.3 Målgrupper

Sundhedsaftalen omfatter borgere, herunder børn (inkl. nyfødte), unge og voksne med forbigående eller kronisk sygdom og/eller funktionsevnenedsættelse, der har behov for en sammenhængende indsats fra aktører på tværs af sektorer enten samtidigt

eller i forlængelse af hinanden. Borgere vil i mange sammenhænge i forhold til sundhedsaftalen også være patienter. I vejledningen omfatter begrebet borgere også denne gruppe.

Aftalen bør have særligt fokus på målgrupper, hvor sundhedsvæsenet kan have udfordringer med at sikre kvalitet og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb. Det gælder blandt andet ældre medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom, herunder multisygdom, børn og unge med varigt nedsat funktionsevne, borgere med psykisk sygdom samt borgere med både psykiske og somatiske sygdomme samtidig, herunder også skadeligt og afhængigt brug af rusmidler.

Aftalen skal understøtte ligestilling af borgere med henholdsvis psykiske og somatiske sygdomme. Aftalen bør derudover have fokus på børn og unge i familier, hvor én eller begge forældre har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom

Aftalen skal håndtere relevante problemstillinger, som borgere med tværsektorielle forløb typisk må forventes at opleve.

3.4 Aktører

En række aktører leverer sundhedsydelser inden for de fire obligatoriske indsatsområder og bør derfor omfattes af sundhedsaftalen. Ved aktører forstås i denne sammenhæng organisatoriske enheder og deres medarbejdere.

Det er inden for de enkelte indsatsområder forskelligt, hvilke aktører som er relevante at omfatte af sundhedsaftalen. Sygehuse, kommunale tilbud samt almen praksis er dog relevante på alle indsatsområderne. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at sygehuse omfatter både stationære, ambulante og udgående funktioner, og at kommunale sundhedstilbud omfatter en række forskellige funktioner inden for både forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering.

Den øvrige praksissektor er relevant i forhold til dele af sundhedsaftalen. Det gælder særligt for praktiserende fysioterapeuter, praktiserende speciallæger og praktiserende psykologer.

Aktører på tilgrænsende områder som fx social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet omfattes af sundhedsaftalen, når dette er relevant for kvalitet og sammenhæng i patientforløb. Det gælder blandt andet hjemmeplejen, plejeboliger, psykiatriske bosteder og Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning.

Derudover inddrages i relevant omfang fx specialiserede institutioner inden for social- og undervisningsområdet samt kliniske funktioner, sundhedskoordinatorer og rehabiliteringsteam, som kommuner og regioner har etableret med henblik på at understøtte borgeres tilbagevenden til arbejde.

Aktørerne skal kende til relevante dele af sundhedsaftalen og medvirke ved implementeringen heraf. Aktører, der besidder faglig og praktisk viden om indsatsområderne, kan hensigtsmæssigt inddrages ved udarbejdelsen af aftalen.

3.5 Supplerende aftaler

Regionsrådet og én kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser i fællesskab kan indgå supplerende aftaler, som omhandler andre temaer end de obligatoriske indsatsområder og som har en tværgående karakter.

Formålet med supplerende aftaler kan være at tage højde for lokale forhold inden for den enkelte region fx i forhold til lokale udviklingsprojekter og udfordringer.

Supplerende aftaler er af frivillig karakter og kan ikke træde i stedet for eller have forrang for sundhedsaftalen mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne. Supplerende aftaler kan indgås løbende.

3.6 Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler

Som led i sundhedsaftalen kan der hensigtsmæssigt aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for en afgrænset patientgruppe og kan således fastlægge samarbejdet i patientforløb, der omfatter indsatser på tværs af sundhedsaftalens indsatsområder. Det kan være relevant at udarbejde forløbsprogrammer for større patientgrupper med kronisk sygdom.

Derudover kan der indgås samarbejdsaftaler, som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører, fx i relation til en konkret patientgruppe. Det kan være relevant at udarbejde samarbejdsaftaler i forhold til mindre patientgrupper, hvor der er en tværsektoriel udfordring.

Endvidere kan der udarbejdes eksempelvis snitfladekataloger og casekataloger til håndtering af udvalgte områder.

3.7 Sundhedsaftalens form

Der stilles ikke krav til sundhedsaftalens form. Sundhedskoordinationsudvalget kan selv beslutte, om det vil beskrive aftalen samlet eller opdelt i flere dokumenter, ligesom aftalen kan beskrives på tværs af de obligatoriske indsatsområder i det omfang, det er relevant.

Inden for de enkelte indsatsområder kan sundhedsaftalen opdeles i forhold til det psykiatriske henholdsvis det somatiske sundhedsområde, men i den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme.

3.8 Sundhedsaftalens gyldighedsperiode

Sundhedsaftalen er indgået, når den er godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen. Det skal fremgå af aftalen, hvornår den træder i kraft. Ikrafttræden behøver ikke at afvente Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Sundhedsaftalen er gældende, indtil en ny aftale træder i kraft.

4. Obligatoriske indsatsområder

Bekendtgørelsens § 4, stk. 2, fastlægger fire obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalen.

Formålet med sundhedsaftalen på de fire indsatsområder fremgår af dette kapitel. Aftalen skal i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder i relevant omfang tage udgangspunkt i de tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5.

Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i gældende lovgivning. Referencer til love, bekendtgørelser og vejledninger m.fl., som er relevante for udarbejdelse af sundhedsaftalen, findes i bilag 1.

Punkt nr. 6 - Beslutningssag: Bidrag til Sundhedsaftalen
Bilag 5 - Side -5 af 10

Sundhedsaftalen skal i forhold til alle fire indsatsområder omfatte både det somatiske og det psykiatriske område. Der skal endvidere tages højde for, at mange patienter har både somatisk og psykisk sygdom og/eller funktionsevnenedsættelse. Der skal være fokus på at sikre effektive, tilgængelige og målrettede patientforløb.

Mange borgere har forløb, der omfatter flere indsatsområder samtidig eller i forlængelse af hinanden, og aftalen bør derfor understøtte sammenhæng og koordination i forløb på tværs af indsatsområderne. Dette gælder særligt indsatsområde 1-3 vedrørende forebyggelse, behandling og pleje samt genoptræning og rehabilitering.

Indsatsområde 4 vedrørende sundheds-it og digitale arbejdsgange har blandt andet til formål at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3.

4.1 Indsatsområde 1: Forebyggelse

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- Forebyggelsesforløb[6)] til borgere med behov herfor, herunder borgere med kronisk sygdom, borgere med nedsat funktionsevne, ældre borgere samt socialt udsatte borgere.
- Forebyggelsesindsatser i forbindelse med behandlings- og rehabiliteringsforløb og forud for planlagt operation.
- Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge samt svangreomsorg, herunder til borgere med særlige behov.
- Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler samt deres familier.
- Tidlig opsporing og indsats over for psykisk sygdom samt forebyggelse af risikofaktorer og somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen fastlægger udmøntningen af regionens forpligtelse til at tilbyde rådgivning i forhold til kommunernes forebyggelsesindsats, herunder indholdet af rådgivningen. I den forbindelse kan aftaler om rådgivning vedr. hygiejne hensigtsmæssigt indgå.
- At aftalen bidrager til at sikre let tilgængelig information om forebyggelsestilbud til alle aktører og borgere.
- At aftalen understøtter, at medarbejdere i alle sektorer har de fornødne kompetencer til at identificere borgere med behov for forebyggende indsatser og til at udnytte forebyggelsespotentialet i relevante borger- og patientkontakter.
- At aftalen understøtter tilvejebringelse af ny viden om effektive forebyggelsesmetoder, herunder om implementering af vidensbaserede interventioner.

4.2 Indsatsområde 2: Behandling og pleje

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med behov herfor tilbydes sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- Behandlings- og plejeforløb til borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, hvor indsatsen leveres på tværs af kommuner, praksissektor og sygehuse samtidigt.
- Behandlings- og plejeforløb til borgere som indlægges eller udskrives på/fra somatiske eller psykiatriske sygehusenheder, herunder at borgeren får de nødvendige behandlingsredskaber og hjælpemidler efterfølgende.
- Henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien, herunder rådgivning til kommunen og almen praksis.
- Behandlingsforløb til borgere med samtidig psykisk lidelse og skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb.
- Akutte indsatser til borgere med behov herfor, herunder koordination af akutte indsatser inden for sundhedsområdet og det sociale område.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen beskriver en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere (både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige), når de udfører lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), fx ved medicingivning i eget hjem, på plejecentre eller på psykiatriske bosteder.
- At aftalen understøtter samarbejdet omkring borgere med mange forskellige eller skiftende behov for behandlingstilbud, herunder forløbskoordination.
- At aftalen understøtter kommunikationen mellem involverede aktører, borgere og eventuelt pårørende med henblik på, at de involverede aktører på ethvert tidspunkt i et behandlings- og plejeforløb har de relevante informationer om borgeren, og så borgeren ved, hvem han/hun kan kontakte ved spørgsmål.

4.3 Indsatsområde 3: Genoptræning og rehabilitering

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk eller psykisk sygdom ved behov for genoptræning og rehabilitering[7)] tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- Genoptræning og eventuel anden rehabilitering under indlæggelse og efter udskrivning fra sygehus til borgere med nedsat funktionsevne og et sundhedsfagligt behov for genoptræning.
- Rehabiliteringsforløb til borgere med særlig komplekse problemstillinger og som har behov for langvarige, multidisciplinære, intensive rehabiliteringsindsatser.

- Rehabiliteringsforløb til borgere, som har behov for rehabiliteringsindsatser med henblik på tilknytning til uddannelse og/eller arbejde, samt til borgere med psykisk sygdom og til børn og unge med nedsat funktionsevne.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen understøtter sammenhæng i behandlings-, genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som ydes på tværs af sektorer og lovgivninger, herunder at borgeren får nødvendige behandlingsredskaber og hjælpemidler.
- At aftalen understøtter styring af kapacitet blandt andet med henblik på nedbringelse af ventetider på genoptræningsområdet.
- At aftalen understøtter tilvejebringelse af ny viden om effektiv rehabilitering, herunder om implementering af vidensbaserede indsatser.

4.4 Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Det overordnede formål med indsatsområdet er at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, så overgange og samarbejdet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan ske planlagt, hurtigt og sikkert, og så risikoen for genindlæggelser, fejlmedicinering og unødige hjemmebesøg mv. reduceres.

For at opfylde formålet skal sundhedsaftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- Teknisk og organisatorisk implementering af alle relevante målsætninger for regioner og kommuner vedr. sundheds-it og telemedicin, herunder initiativer der er aftalt mellem parterne på sundhedsområdet, eksempelvis initiativerne i den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 og initiativer, der fremadrettet aftales i de årlige økonomiaftaler.
- Implementering af Det Fælles Medicinkort i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse, implementering af telemedicinsk sårvurdering i regioner og kommuner samt implementering af MedCom standarder i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse.
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse med henblik på at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen bør der være opmærksomhed på:

- At digital kommunikation og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse bidrager til at dokumentere indsatser, blandt andet med henblik på at sikre ensartet kvalitet og understøtte kvalitetsudvikling fremadrettet.
- At Sundhed.dk er aktørernes fælles portal til deling af viden med hinanden og med borgerne om konkrete tilbud i forhold til forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering.

5. Tværgående temaer

Bekendtgørelsens § 4, stk. 4, fastlægger en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i. De tværgående temaer beskrives i dette kapitel.

Som udgangspunkt er alle nedenstående temaer relevante i forhold til alle indsatsområder, men de enkelte temaer kan indgå i forskelligt omfang. Derudover kan parterne vælge at samle beskrivelsen af det enkelte tema i ét kapitel i sundhedsaftalen. I så fald bør der være opmærksomhed på, at beskrivelsen omfatter alle indsatsområder.

5.1 Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer

Sundhedsaftalen skal medvirke til en entydig arbejdsdeling og fastlægge samarbejdet mellem de relevante aktører inden for de obligatoriske indsatsområder – både i forbindelse med borgeres overgang fra én sektor til en anden fx i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, og når borgere har samtidige forløb i flere sektorer.

Aftalen skal understøtte fleksibel brug af sundhedsvæsenets kompetencer, herunder eventuelt afprøve nye modeller for arbejdsdeling og samarbejde. Aftalen skal i den forbindelse tage højde for, at mange patientforløb – både psykiske og somatiske – ikke er lineære med overgange fra én sektor til en anden, men kendetegnet ved at foregå i flere sektorer samtidig.

Aftalen skal derudover understøtte samarbejdet omkring og udviklingen af borgernære sundhedstilbud, som kan håndtere både almene og mere komplekse problemstillinger. Borgernære sundhedstilbud leveres tæt på borgerens hverdagsliv af en lang række aktører inden for både kommuner, regioner, praksissektoren og private leverandører. Karakteren af sådanne tilbud vil være forskellig inden for de enkelte indsatsområder afhængigt af, om aftalen omhandler borgere med somatiske eller psykiske sygdomme.

Aftalen bør i den forbindelse understøtte en proaktiv og koordineret indsats med henblik på forebyggelse, tidlig opsporing og indsats over for sygdom og funktionsevnenedsættelse blandt andet med henblik på at undgå forebyggelige indlæggelser. Aftalen skal desuden medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning, dialog og samarbejde hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen. Dette gælder rådgivning både i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med generelle problemstillinger.

Endelig skal aftalen medvirke til at skabe sammenhæng i forløb for de patienter, der som en del af deres forløb modtager offentligt finansieret behandling m.v. på private sygehuse og klinikker samt hos private leverandører m.fl..

5.2 Koordination af kapacitet

Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at sundhedsydelser skal leveres på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) og afspejle den lokale stratificering af store patientgrupper med henblik på dimensionering af indsatserne og anden sundhedsplanlægning.

Sundhedsaftalen skal derudover understøtte, at eventuel overdragelse af opgaver mellem sektorerne sker planlagt og koordineret. I den forbindelse bør der være fokus på den fornødne kapacitet, patientvolumen, kompetenceudvikling og kvalitetssikring.

Generelt kan der i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde være behov for kompetenceudvikling af medarbejdere, således at borgerne fortsat oplever høj kvalitet i ydelsen. Sundhedsaftalen bør understøtte, at parterne medvirker til

kompetenceudvikling af aktører på tværs af sektorer, hvor det er relevant. Det bemærkes dog, at de enkelte aktører har ansvaret for at sikre, at deres medarbejdere har de nødvendige kompetencer, som institutionens opgaver forudsætter.

Sundhedsaftalen skal derudover i forhold til både det psykiatriske og det somatiske område skabe rammer for planlægning og styring af kapaciteten i sektorer, der er afhængige af hinanden, for at optimere kapacitet og for at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

5.3 Inddragelse af patienter og pårørende

Sundhedsaftalen skal understøtte et sundhedsvæsen, hvor borgeren inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling, og hvor borgeres, patienters og pårørendes perspektiv inddrages i udviklingen af samarbejdet.

Sundhedsaftalen skal medvirke til, at borgere, patienter og pårørende inddrages i de enkelte patientforløb og -behandlinger, således at den samlede indsats tilpasses den enkeltes behov optimalt. Aftalen skal understøtte, at alle relevante aktører inden for både det somatiske og det psykiatriske område forholder sig til, hvorledes borgeren inddrages i alle spørgsmål om egen sundhed og behandling.

Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre borgere, patienter og pårørende nem og sikker adgang til dialog med de relevante aktører i forløbet.

Brugerperspektivet skal ligeledes inddrages i udviklingen af samarbejdet mellem aftalens parter. Herunder skal patientinddragelsesudvalget i regionen inddrages i sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser jf. kapitel 2. Derudover kan der hensigtsmæssigt ske inddragelse af patienter og pårørendes viden, præferencer og ressourcer gennem repræsentation af patienter i arbejdsgrupper, ved afdækning af patientpræferencer gennem litteratur og forskning og/eller ved evalueringer af samarbejdet med patienter i organisatoriske tiltag.

Endelig bør brugerperspektivet indgå i forbindelse med planlægning af dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling af sundhedsydelser og forløb på tværs af sektorer.

5.4 Lighed i sundhed

Sundhedsaftalen skal understøtte en udvikling mod større lighed i sundhed. Aftalen bør i den forbindelse have fokus på at sikre differentierede tilbud, som modsvarer den enkelte borgers behov og ressourcer, og som tager hensyn til borgerens uddannelsesniveau, køn, etnicitet og funktionsevne.

Aftalen bør derudover understøtte, at sundhedstilbud gøres tilgængelige for alle borgere, herunder borgere med nedsat funktionsevne, og at der sker en systematisk behovs- og ressourceafdækning hos den enkelte borger/patient for at tilvejebringe det bedst mulige grundlag for en målrettet indsats.

Aftalen bør endvidere have fokus på at sikre samarbejde og koordination mellem den sundhedsfaglige og den sociale indsats til sårbare borgere med multisygdom eller komplekse behandlingsforløb samt til socialt udsatte borgere, som kan have behov for en særlig sundhedsfaglig indsats.

5.5 Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

Sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre et fælles ensartet datagrundlag for den dokumentation, som skal understøtte arbejdet med fx kvalitetssikring, kapacitetsplanlægning og opfølgning i forhold til aftalens indsatsområder. I den forbindelse bør der være ensartet registrering og enighed om afgrænsninger af særlige målgrupper, så definitioner af patientgrupper som fx skrøbelige/sårbare patienter er ens på tværs af sektorer.

Aftalen skal derudover understøtte regioners og kommuners fælles ansvar for udviklings- og forskningsarbejde, så sundhedsydelser og kompetenceudvikling af sundhedspersoner kan leveres på højt fagligt niveau. I den forbindelse bør der være særligt fokus på at sikre ny viden på områder, hvor der aktuelt er sparsom viden.

Aftalen bør derudover med baggrund i dokumentation og udviklings- og forskningsarbejde understøtte en fortsat kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af de enkelte ydelser og af den tværgående indsats.

Aftalen bør endvidere have fokus på forpligtelsen til at forebygge utilsigtede hændelser og at øge patientsikkerheden.

Parterne bør så tidligt som muligt inddrage hinanden i planlægningen af projekter, som involverer flere aktører på tværs af sektorer. Endvidere bør det tilstræbes, at parterne løbende inddrager hinanden i udviklingsprojekter, der påvirker tilrettelæggelsen af fælles patientforløb eller vilkårene for arbejdstilrettelæggelse.

6. Godkendelse af sundhedsaftalen

6.1 Indsendelse af sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen vedrørende de obligatoriske indsatsområder skal indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse jf. sundhedsloven § 205 stk. 3, samt bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler § 5.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 5, at det er regionsrådet, som er forpligtet til at indsende den indgåede sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelsens § 6 fastlægger fristen for indsendelse af sundhedsaftalen. Det fremgår samtidig heraf, at aftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest ved udgangen af januar måned i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år.

Regionsrådet indsender sundhedsaftalen omfattende de fire obligatoriske indsatsområder elektronisk til Sundhedsstyrelsen. Aftalen skal være godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen inden indsendelsen.

Følgende data skal fremgå af sundhedsaftalen: aftalens parter, valgperiode, versionsnummer, samt ikrafttrædelsesdato. Versionsnummeret følger valgperioden, således at man inden for hver valgperiode starter med version 1.

Bilag, som er relevante for Sundhedsstyrelsens vurdering af kravene til de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalen, skal medsendes.

Punkt nr. 6 - Beslutningssag: Bidrag til Sundhedsaftalen
Bilag 5 - Side -8 af 10

Sundhedsstyrelsen tilsender regionsrådet, kommunalbestyrelsen og sundhedskoordinationsudvalget en kvitteringsskrivelse ved modtagelsen af sundhedsaftalen.

6.2 Sundhedsstyrelsens godkendelse

Bekendtgørelsens § 6 fastlægger Sundhedsstyrelsens frister i forhold til godkendelse af sundhedsaftalen. Det fremgår heraf, at indsendelse skal ske senest den 31. januar i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år.

Sundhedsstyrelsens godkendelse beror på, om der er indgået aftale på de områder, der er udmeldt som obligatoriske i overensstemmelse med de krav, der fremgår af bekendtgørelsen og de anvisninger, der er angivet i denne vejledning og som følger af Sundhedsstyrelsens øvrige sundhedsfaglige anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen vil ved sin vurdering af aftalen særligt lægge til grund, om sundhedsaftalen opfylder formålene i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder som beskrevet i kapitel 4 i denne vejledning, og om aftalen i relevant omfang tager udgangspunkt i de tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5. I Sundhedsstyrelsens vurdering indgår den samlede sundhedsaftale, dvs. både den politiske aftale samt den administrative konkretisering heraf.

Supplerende aftaler indgår ikke i Sundhedsstyrelsens vurdering.

Såfremt det er nødvendigt at indhente supplerende information i forbindelse med sagsbehandlingen af en sundhedsaftale, vil Sundhedsstyrelsen tage kontakt til sundhedskoordinationsudvalget. Det påhviler herefter sundhedskoordinationsudvalget at tilvejebringe de fornødne oplysninger hurtigst muligt, og således at Sundhedsstyrelsen kan overholde tidsfristen for sagsbehandling.

6.3 Godkendte aftaler

Når Sundhedsstyrelsen har godkendt en sundhedsaftale, orienteres sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet skriftligt herom.

Sundhedsstyrelsens tilbagemelding vil omfatte meddelelse om godkendelse samt rådgivning om udviklingspotentialer i henhold til styrelsens generelle sundhedsfaglige anbefalinger.

6.4 Ikke godkendte aftaler

Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende en sundhedsaftale, orienteres sundhedskoordinationsudvalget, regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skriftligt herom. Af meddelelsen om Sundhedsstyrelsens manglende godkendelse skal fremgå, hvilke(t) krav der ikke er opfyldt samt frist for indsendelse af en revideret aftale. Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 6.2.

Forud for Sundhedsstyrelsens eventuelle beslutning om ikke at godkende en aftale, drøfter Sundhedsstyrelsen problemstillingen med sundhedskoordinationsudvalget samt eventuelt regionsrådet og kommunalbestyrelser, og der kan gives mulighed for at indsende en tilrettet aftale med en senere frist.

6.5 Indsendelse af ændringer til aftalen

I forbindelse med sundhedskoordinationsudvalgets løbende gennemgang af sundhedsaftalen, kan udvalget finde grundlag for at foretage ændringer i sundhedsaftalen jf. denne vejlednings afsnit 2.3. Ændringerne kan ske indenfor hele eller dele af de fire obligatoriske indsatsområder.

Såfremt disse ændringer er af væsentlig karakter, skal den reviderede sundhedsaftale indsendes til Sundhedsstyrelsen til fornyet godkendelse. Ændringer har en væsentlig karakter, hvis sundhedskoordinationsudvalget finder, at den reviderede aftale skal godkendes af regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

Indsendelse af senere versioner skal ske efter de samme anvisninger, som beskrevet i afsnit 6.1. I forbindelse med indsendelsen skal det anføres, hvilke dele af aftalen, som er blevet ændret.

Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 6.2.

Reviderede sundhedsaftaler med ændringer, som ikke kræver Sundhedsstyrelsens godkendelse, kan indsendes til Sundhedsstyrelsen til orientering.

6.6 Offentliggørelse af godkendte aftaler

Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen offentliggør den indgåede sundhedsaftale, herunder senere versioner på deres hjemmesider.

Parterne skal derudover aftale yderligere formidling af aftalen, således at borgere og relevante aktører nemt og hurtigt kan få kendskab til den.

Sundhedsstyrelsen offentliggør de godkendte sundhedsaftaler samt styrelsens meddelelser til regionsrådet og kommunalbestyrelserne på styrelsens hjemmeside.

6.7 Rådgivning

Sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelser og regionsråd kan indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen i relation til spørgsmål vedrørende sundhedsaftalens udformning. Det vil sige spørgsmål vedrørende fortolkning af lovgrundlaget, herunder bekendtgørelsen og vejledningen.

Sundhedsstyrelsen kan ikke give en forhåndsgodkendelse forud for indsendelsen af sundhedsaftalen.

Sundhedsstyrelsen, den 20. december 2013

Jette Jul Bruun

/ Bente Møller

Punkt nr. 6 - Beslutningssag: Bidrag til Sundhedsaftalen
Bilag 5 - Side -9 af 10

Bilag 1

Referencer

Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i gældende lovgivning inden for de enkelte indsatsområder. Nedenfor er listet love, bekendtgørelser, vejledninger, faglige anbefalinger m.fl., som vurderes relevante ved vejledningens udgivelsestidspunkt.

Love

- Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010 med senere ændringer
- Lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1093 af 05/09/2013 med senere ændringer
- Lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, jf. lovbekendtgørelse nr. 731 af 15/06/2010 med senere ændringer

Bekendtgørelser

- Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)
- Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge
- Bekendtgørelse nr. 1266 af 05/12/2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus (Revideres 2014)
- Bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12/2007 om hjemmesygepleje
- Bekendtgørelse nr. 754 af 24/06/2013 om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension
- Bekendtgørelse nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.

Cirkulærer

- Cirkulære nr. 9079 af 22/02/2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet

Vejledninger, lovbaserede

- Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2009 (kapitel 15 opdateret i maj 2013)
- Vejledning nr. 9439 af 13/07/2011 om kommunal rehabilitering
- Vejledning nr. 115 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)
- Vejledning nr. 14 af 15/02/2011 om botilbud mv. til voksne efter reglerne i almenboligloven, serviceloven og friplejeboligloven (Vejledning nr. 4 til serviceloven)
- Vejledning nr. 49 af 30/06/2009 om etablering af regionale familieambulatorier
- Vejledning nr. 9636 af 21/10/2011 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge
- Vejledning nr. 9427 af 20/01/2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger
- Vejledning nr. 102 af 11/12/2006 om hjemmesygepleje
- Vejledning nr. 13 af 15/02/2011 om hjælp og støtte efter serviceloven (Vejledning nr. 2 til serviceloven)
- Vejledning nr. 10 af 15/02/2011 om særlig støtte til voksne (Vejledning nr. 5 til serviceloven)
- Vejledning nr. 110 af 01/12/2009 om træning i regioner og kommuner (Forventes revideret 2014)

Faglige vejledninger og anbefalinger

- Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen, 2007
- Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, Sundhedsstyrelsen, 2012
- Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. Sundhedsstyrelsen, 2009
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, 2012-2013

Nationale handlingsplaner og strategier m.m.

- Aftale om kommunernes økonomi for 2014, Regeringen og KL
- Aftale om regionernes økonomi for 2014, Regeringen og Danske Regioner
- Den digitale vej til fremtidens velfærd – Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi, Regeringen, KL, Danske Regioner, 2011-2015
- Digitalisering med effekt – National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017, Regeringen, KL og Danske Regioner, 2013
- National handlingsplan for udbredelse af telemedicin, Regeringen, KL og Danske Regioner, 2012

Andet

- Analyse af mulighederne for at skabe sammenlignelighed mellem spørgeskemabaserede kommunale og regionale sundhedsprofiler. Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner 2009

Punkt nr. 6 - Beslutningssag: Bidrag til Sundhedsaftalen
Bilag 5 - Side -10 af 10

Officielle noter

[1)] Praksissektoren: Anvendes i denne vejledning som fællesbetegnelse for alle praktiserende faggrupper inkl. almen praksis, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, psykologer, tandlæger og tandplejere med mindre andet angives.

[2)] Fastsat af Regeringen, KL og Danske Regioner ved økonomiaftalerne for 2014.

[3)] Sundhedslovens §§ 204 og 206a forventes at træde i kraft inden udgangen af 2013.

[4)] Andre relevante aftaler kan være rammeaftalerne på social- og undervisningsområdet samt aftaler om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension.

[5)] Denne bestemmelse vil blive sat i kraft senest den 1. september 2014. Opgaver, som måtte følge af sundhedsaftaler indgået før § 57 b, stk. 2 træder i kraft, reguleres ikke af § 57 b, stk. 2 med mindre, der er enighed om, at dette er tilfældet, og der dermed indgås en underliggende aftale med almen praksis om at følge eventuelle forpligtelser.

[6)] Forebyggelsesforløb omfatter opsporing, information, registrering, motivation og forebyggelsestilbud (herunder henvisning til).

[7)] Kommunerne har ansvaret for alle rehabiliteringsindsatser efter den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet. Også på sundhedsområdet er ansvaret primært placeret i kommunerne, men her har regionerne – sygehuse og praksissektor – tillige et ansvar for ydelser med et rehabiliterende sigte.

Redaktionel note

Retsinformation

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 60 20
Mail planogudvikling@regionh.dk

Web www.regionh.dk

Journal nr.: 14001173

Dato: 8. maj 2014

DYNAMISK ARBEJDSPLAN KRÆFTUDVALGET 2014

DATO	TITEL
26. februar	• Konstitueringsmøde
18. marts	• Introduktion til kræftområdet • Introduktion til monitoreringsmodellen • Kræftmonitorering 4. kvartal 2014, herunder beslutning om servicemål • Budgetdrøftelse • Udvalgets arbejdsplan 2014, herunder valg af 5 fokusområder • Livmoderhalskræftscreening (meddelelse)
22. april	Sag: • Beslutningssag: Mødeplan for udvalget juni-december 2014 • Orienteringssag: Partikelterapianlæg • Orienteringssag: Overblik over allerede iværksatte initiativer ifht. Kræftmonitorering, herunder forelæggelse af notat for hvordan nye monitoreringsdata på kræftområdet håndteres • Beslutningssag: Forberedelse af temadrøftelse den 2. maj, herunder drøftelse af struktur på handleplaner • Beslutningssag: Budgetdrøftelse Meddelelse: • Dynamisk arbejdsplan • Ansøgning til Kræftens bekæmpelse vedr. midler til indretning af børne/unge afsnit på Herlev Hospital og Rigshospitalet • Månedligafrapportering til Sundhedsstyrelsen vedr. overholdelse af bekendtgørelsen for livstruende sygdomme
2. maj	*Temadrøftelse* • Drøftelse af udfordringer på kræftområdet med særlig fokus på brystkræft, lungekræft, prostatakræft, hovedhalskræft og tyk- og endetarmskræft.
20. maj	Sag: • Beslutningssag: Tidlig diagnostik og udredning – diagnostiske enheder og samarbejde med almen praksis • Beslutningssag: Servicemål på kræftområdet • Beslutningssag: Godkendelse overordnede temaer til handleplaner

	• Beslutningssag: Budget – godkendelse af forslag • Beslutningssag: Høring af udkast til den politiske del af sundhedsaftalerne • Orienteringssag: Den nationale monitorering af kræftområdet - Årsrapport 2013 Meddelelse: • Dynamisk arbejdsplan • Månedligafrapportering til Sundhedsstyrelsen vedr. overholdelse af bekendtgørelsen for livstruende sygdomme
Juni	Sag: • Orienteringssag: Introduktion til tidlig opsporing af kræft (screeningsprogrammer) • Indledende drøftelse: Drøftelse af servicemål og kvalitetsforbedringer i screeningsprogrammer • Orienteringssag: Kræftmonitorering – status 1. kvartal 2014 • Beslutningssag: Godkendelse af udkast til handleplaner Meddelelse: • Dynamisk arbejdsplan • Månedligafrapportering til Sundhedsstyrelsen vedr. overholdelse af bekendtgørelsen for livstruende sygdomme
September	Sag: • Orienteringssag: Præsentation til de kliniske databaser på kræftområdet • Beslutningssag: Udvælge databaser, som udvalget vil følge • Orienteringssag: Implementering af de nationale opfølgningsprogrammer • Orienteringssag: Sparring med andre hospitaler i øresundsregionen • Orienteringssag: Status for implementering af handleplaner Meddelelse: • Dynamisk arbejdsplan • Månedligafrapportering til Sundhedsstyrelsen vedr. overholdelse af bekendtgørelsen for livstruende sygdomme
Oktober	Sag: • Orienteringssag: Fremtidens udfordringer med flere kræftsyge • Orienteringssag: Personalized medicine • Orienteringssag: Status for implementering af handleplaner Meddelelse: • Dynamisk arbejdsplan • Månedligafrapportering til Sundhedsstyrelsen vedr. overholdelse af bekendtgørelsen for livstruende sygdomme
November	Sag: • Anbefalinger til sammenhængende patientforløb for kræftområdet • Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser • Kræftmonitorering – status 2. kvartal 2014

	• Status for implementering af handleplaner Meddelelse: • Dynamisk arbejdsplan • Månedligafrapportering til Sundhedsstyrelsen vedr. overholdelse af bekendtgørelsen for livstruende sygdomme
November	Sag: • Forløb efter behandling: opfølgningsforløb herunder genoptræning og rehabilitering • Patient empowerment • Patienttilfredshed • Status for implementering af handleplaner Meddelelse: • Dynamisk arbejdsplan • Månedligafrapportering til Sundhedsstyrelsen vedr. overholdelse af bekendtgørelsen for livstruende sygdomme

Emner til drøftelse i 2015:

- Eksperimentel behandling

Region Hovedstaden

Koncerndirektionen

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Direkte 38665005

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Sygehus og Beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Dato: 12. maj 2014

Region Hovedstadens afrapportering om overholdelse af bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v., april 2014

Dette følgebrev og vedlagte indberetningsskemaer redegør for Region Hovedstadens indberetninger på både kræft- og hjerteområdet for april måned 2014.

Hjerteområdet
Opgørelsen viser, at bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. er overholdt for hjerteområdet.

Kræftområdet
Opgørelsen viser, at der har været 83 hændelser, hvor bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme ikke er efterlevet.

Rigshospitalet har én hændelse. Det drejer sig om en patient, som blev viderehenvist til ekstern samarbejdspart, da hospitalet ikke kunne tilbyde forundersøgelse indenfor 14 dage, til udredning for mistanke om brystkræft. Den eksterne samarbejdspart har ikke overholdt den gældende aftale med Rigshospitalet. Rigshospitalet afventer fortsat en redegørelse fra ekstern samarbejdspart, om hvorfor patienten ikke er indkaldt til undersøgelsen indenfor 14 dage. Såfremt en lignende situation opstår igen vil Rigshospitalet vurdere om samarbejdet skal fortsætte.

Nordsjællands Hospital har 12 hændelser. Det drejer sig om patienter henvist til forundersøgelse for tyk- eller endetarmskræft. Bekendtgørelsen er overskredet med mellem 1 til 5 dage. Afledt af hændelserne, samt et generelt øget pres på det endoskopiske område, er hospitalsdirektionen ved at vurdere, om området kan organiseres mere hensigtsmæssigt, således at kapaciteten anvendes bedre. Det vurderes endvidere, om antallet af tider til endoskopiundersøgelser skal udvides.

Der er fortsat stor opmærksomhed rettet mod det urologiske område i regionen. Herlev Hospital har – som Sundhedsstyrelsen er orienteret om per brev af 9. maj 2014 - udfordringer, som har medført, at hospitalet primo maj har henvist 70 patienter videre til udredning. Patienterne er ikke rettidigt tilbudt udredning på et andet hospital, derfor indberettes der 70 hændelser. Det drejer sig om patienter med såkaldt mikroskopisk

Punkt nr. 2 - Meddelelser - Månedlig afrapportering til Sundhedsstyrelsen
Bilag 1 - Side -1 af 2

Møde i Kræftudvalget d. 20-05-2014

hæmaturi. Patienter med mikroskopisk hæmaturi har typisk en meget lav risiko for alvorlig sygdom (erfaringer fra Herlev Hospital, viser, at der blandt godt 500 patienter, som er henvist til udredning med mikroskopisk hæmaturi, kun er én patient, som senere er indgået i et kræftpakkeforløb).

Region Hovedstaden erkender, at der i april 2014 er et uacceptabelt stort antal hændelser, og det er indskærpet overfor alle hospitalsdirektioner, at bekendtgørelsen skal efterleves, og at det er direktionernes ansvar at sikre, at den efterleves.

Afslutningsvist: Regionen har ét tilfælde på Gentofte Hospital, hvor der er tvivl om, hvorvidt bekendtgørelsen er efterlevet eller ej. Det drejer sig om en patient, som skulle indkaldes til forundersøgelse af lungekræft. Hospitalet har indledningsvis forsøgt at indkalde patienten per telefon, men uden held. Indkaldelsen blev derefter sendt pr. brev, men brevet nåede desværre ikke patienten i tide til, at den foreslåede mødetid (indenfor bekendtgørelsens rammer) kunne benyttes. Sundhedsstyrelsen anmodes om en vurdering af, hvorvidt bekendtgørelsen er efterlevet eller ej.

Med venlig hilsen

Svend Hartling
Koncerndirektør

				Patienter, hvor bekendtgørelsen ikke er overholdt		
1 Måned	2 År	3 Sygehus/matrikel	4 Region	5 Kræftform	6 Hvilken ventetid er der tale om?	7 Hvorfor er bekendtgørelsen ikke overholdt?
April	2014	Rigshospitalet	Hovedstaden	Brystkræft	Forundersøgelse	1 patient, årsag: fejl hos samarbejdspart Patienten blev viderehenvist til ekstern samarbejdspart, da hospitalet ikke kunne tilbyde forundersøgelse indenfor 14 dage, til udredning for mistanke om brystkræft. Den eksterne samarbejdspart har ikke overholdt den gældende aftale med Rigshospitalet. Rigshospitalet afventer fortsat en redegørelse fra ekstern samarbejdspart, om hvorfor patienten ikke er indkaldt til undersøgelsen indenfor 14 dage. Såfremt en lignende situation opstår igen vil Rigshospitalet vurdere om samarbejdet skal fortsætte.
April	2014	Nordsjællands Hospital	Hovedstaden	Tyktarmskræft	Forundersøgelse	12 patienter, årsag: kapacitetsudfordringer Bekendtgørelsen er overskredet med mellem 1 til 5 dage. Afledt af hændelserne, samt et generelt øget pres på det endoskopiske område, er hospitalsdirektionen ved at vurdere, om området kan organiseres mere hensigtsmæssigt, således at kapaciteten anvendes bedre. Det vurderes endvidere, om antallet af tider til endoskopiundersøgelser skal udvides
April	2014	Herlev	Hovedstaden		Forundersøgelse	70 patienter, årsag: kapacitetsudfordringer og fejl i indkaldelsesbreve Hospitalet har henvist 70 patienter videre til udredning. Patienterne er ikke rettidigt tilbudt udredning på et andet hospital, derfor indberettes der 70 hændelser. Det drejer sig om patienter med såkaldt mikroskopisk hæmaturi. Patienter med mikroskopisk hæmaturi har typisk en meget lav risiko for alvorlig sygdom. (forundersøgelse for blære- og nyrekræft)