

NOTAT

**Opgang
Afsnit**

**Telefon
Direkte
Fax
Mail**

Web

EAN-nr:
Giro:
Bank:
CVR/SE-nr:

Journal nr.:
Ref.:

Statusnotat cancerkirurgi og behandlingskapacitet, kirurgisk gastroenterologi

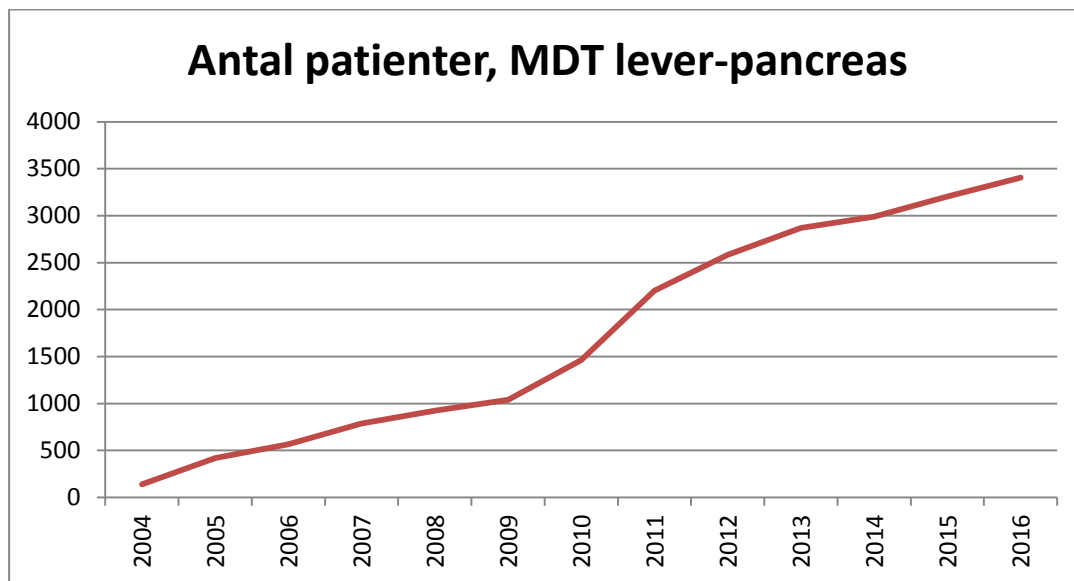
Dato: 17. august 2017

Regionsadministrationen har d. 14. august 2017 anmodet om en redegørelse for Rigshospitalets vanskeligheder med at overholde de maksimale ventetider for cancerbehandling på det kirurgisk gastroenterologiske område i Kirurgisk gastroenterologisk klinik C.

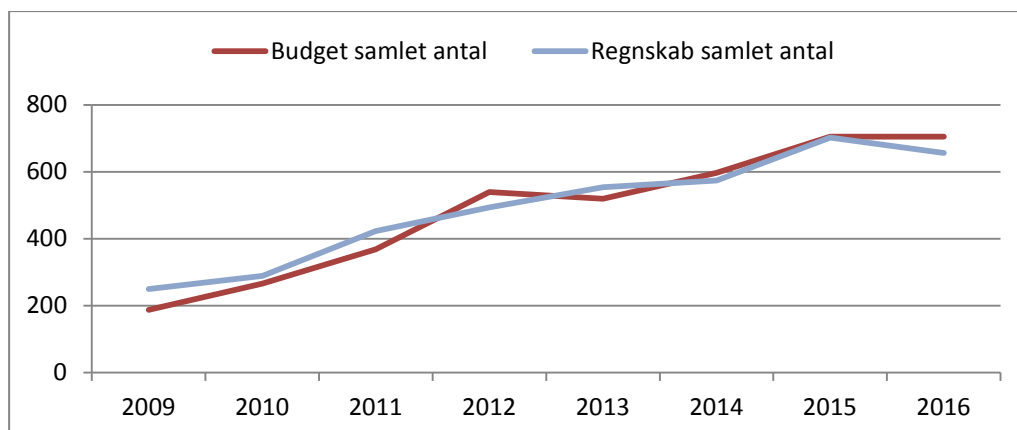
Kirurgisk gastroenterologisk klinik C varetager udover den højt specialiserede funktion indenfor behandlingen af patienter med cancer i bugspytkirtlen (pancreas) også behandlingen af patienter med andre cancerlidelser i øvre abdomen, bl.a. cancer i spiserør (esophagus), overgangszonen (cardia) og mavesæk (ventrikel), samt primær i lever (hepatocellulært carcinom), cancer i galdevejene (cholangiocarcinom) og levermetastaser. Klinikken varetager endvidere den højt specialiserede funktion for hele landet inden for levertransplantation og kombineret transplantation af nyre og bugspytkirtel (i samarbejde med urologisk og nefrologisk klinik)

De seneste års specialeplanlægning med en stigende centralisering af de højt specialiserede funktioner har uden tvivl medvirket til at styrke kvaliteten i patientbehandlingen, men indebærer også, at klinikkens muligheder for at omprioritere ressourcerne minimeres, når der samtidig skal prioriteres ventetidsmål på cancerområdet og transplantationer som ikke kan planlægges. For alle funktioner gælder endvidere, at der er vækst i antal henvisninger.

Den kirurgiske behandling af patienter i Østdanmark med cancer i lever/pancreas blev centraliseret på Rigshospitalet i 2010/2011. Antal patienter behandlet på multidisciplinære konferencer (MDT) med deltagelse af radiologer, onkologer og kirurger fra klinikken giver et billede af udviklingen i antal henviste patienter. Det fremgår, at der efter centraliseringen fortsat har været tale om en meget stærk vækst. En optælling efter bopælskommune viser endvidere, at der i de seneste år fra 2013 og frem har været tale om en vækst, der er lidt højere for henvisninger fra andre regioner end for borgere fra Region Hovedstaden.

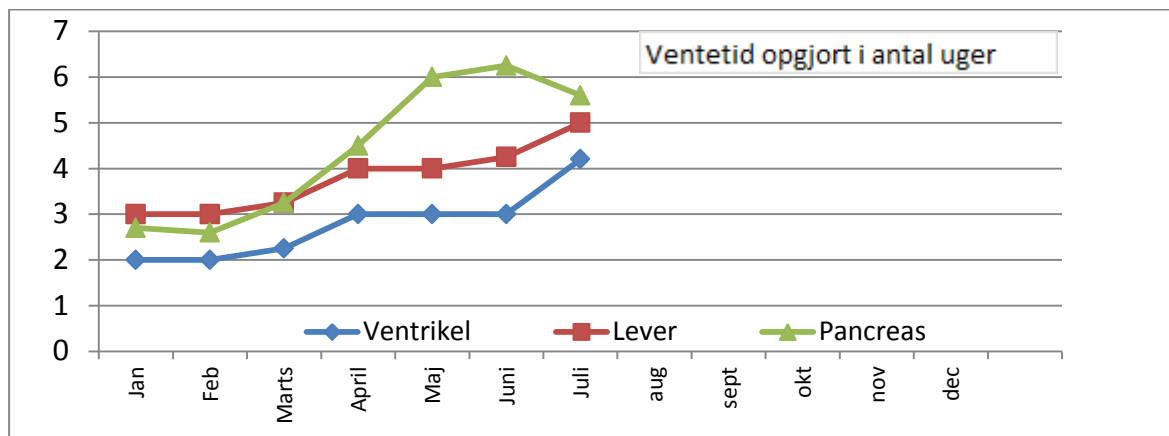


De kirurgiske behandlingsforløb for patienter med cancerlidelse i lever/pancreas registres i aktivitetsregnskabet i DRG-grupperne 0701 og 0703. Aktivitetsudviklingen samlet for disse to grupper fremgår nedenfor. Det skal bemærkes, at det registrerede ”fald” i 2016 kan tilskrives vanskeligheder med aktivitetsregistrering i Sundhedsplatformen og der er ikke tale om et reelt fald. Klinikken har udnyttet et øget antal operationslejer i 2017.



Klinikken har flere gange gennem budgetsager fået tilført økonomi til kapacitetsudvidelser, senest med en budgetsag i 2015. Der er også i juni 2017 bevilget 2,5 mio. kr. helårligt (delårseffekt fra sept. 2017) til kapacitetsudvidelse med henblik på nedbringelse af ventetiderne til operation for især pancreascancer.

Behovet for bevillingen i 2017 blev primært aktualiseret af meget lange ventetider til operation for patienter, der er uredt. Ventetiden har gennem hele 2017 ligget over de 2 uger, som er angivet som den maksimale ventetid for kræftpatienter:



Klinikken følger løbende og tæt udviklingen i ventetiden på de øvre abdominale cancere i hele landet (Odense, Århus og Ålborg). Generelt må det konstateres at ventetidsudfordringerne er landsdækkende, og at det kun i enkelte tilfælde og kortere perioder har været muligt at finde kortere ventetider ved landets andre behandlingssteder eller i udlandet.

Det fremgår, at der for såvel spiserør/mavesæk, lever og for bugspytkirtels er tale om ventetider, der ligger væsentlig over de 2 uger. Ventetiden fører til et øget antal aflastende procedurer, røntgenundersøgelser og indlæggelser på lokal hospital. Det har været et generelt billede gennem de seneste år, at ventetiderne fluktuerer gennem året, men derudover er en stærk stigning i antallet af transplantationer¹ med til at forstærke en periodisk ubalance mellem kapacitet og behandlingsbehov, idet transplantationsaktiviteten er akut og stiller endnu skarpere tidskrav til gennemførelse af den operative aktivitet end cancerkirurgien.² Da det i høj grad er det samme personale i hhv. klinikken og på operationsgangen, der varetager funktionerne i forhold til cancerkirurgien og transplantationsområdet, kan transplantationsaktivitet give ændringer i operationsprogrammet for de cancerkirurgiske indgreb.

I forbindelse med bevillingen i 2017 til styrkelse af kapaciteten til behandling af patienter med pancreascancer, er der set på muligheder for at minimere aktuelle flaskehalse og sikre en mindre ”sårbar” kapacitet i forhold til udsving i antal henvisninger og klinikens øvrige aktivitet. Der er således fra udgangen af august måned planlagt gennemført:

- Etablering af et ekstra ugentligt operationsleje til klinik C
- Etableret 2 ekstra sengepladser i klinik C (re-etableret en sengestue med 2 pladser)
- Etableret et ekstra eksternt leje

¹ Antal levertransplantationer er i løbet af de seneste år øget med ca. 50 % fra et niveau på 40-45 årlige transplantationer til 60+ og desuden er der samtidig påbegyndt en ny aktivitet med kombinerede nyre-pancreas transplantationer, der forventes at nå et niveau på 15-20 årlige forløb.

² Udover den direkte operative aktivitet har stigningen i endnu højere grad resulteret i en vækst i antallet af organafhentninger, hvor en kirurg fra klinikken sammen med operationssygeplejersker afhenter organer fra hele landet.

Et eksternt leje består af en anæstesiolog og en anæstesisygeplejerske, der bistår ved aktivitet andre steder end på operationsgangen. Der er her prioriteret anæstesiologisk bistand til PTC-ydelse³ i røntgen-regi. PTC-undersøgelsen kan være flaskehals for afslutning af patientforløbet, og derigennem for optimal udnyttelse af sengekapa- citeten. Den udgør endvidere en vigtig del af forberedelsen af kirurgien hos patienter med galdegangscancer og behandling af komplikationer og i palliativt øjemed hos patienter med cancer i bugspytkirtlen.

Der er forhåbning om, at denne styrkelse af kapaciteten kan skære toppen af udsving i ventetiderne, men der er ikke tale om en kapacitetsudvidelse, som permanent kan nedbringe ventetiderne til de maksimale 2 uger.

Skal der fremadrettet sikres tilstrækkelig kapacitet til at sikre de overholdelse af de maksimale ventetider for alle cancerpatienter i Klinik C vil det kræve en markant udvidelse af kapaciteten, der bl.a. kan sikre at der kun sjældent må aflyses operationer på grund af anden akut aktivitet som fx transplantationer.

- På operationsgangen er der behov for at etablere en øget lejekapacitet, der kan sikre mindre sårbarhed i forhold til øvrig aktivitet på operationsgangen og reducere risikoen for aflysninger, samt håndtere både den stigende aktivitet og udsving i patienttilgangen.
- Øget opvågnings- og intensivkapacitet i centret (POTA og ITA). Patienter opereret for bl.a. pancreascancer er døgnpatienter, dvs. at patienten efter operation overvåges på opvågningsafsnit frem til næste morgen. Derudover har en del af patienterne et forløb på Intensiv afsnit ITA. Der er derfor med stigende aktivitet brug for at udvide bemanningen på ITA og aften og nat på POTA,
- Øget sengekapa- citet. Klinikken har i perioden fra 2009 og til nu halveret den gennemsnitlige indlæggelsestid for de forskellige cancerforløb samt transplan- tationerne, og der ses ikke mulighed for væsentlige yderligere reduktioner.
- Der er behov for en mindre udvidelse af den ambulante kapacitet til forundersøgelser i takt med det stigende antal patienter.
- Øget kapacitet i relation til diagnostik og MDT konferencer. Der er behov for at afsætte ekstra ressourcer til bl.a. andre klinikkers deltagelse i MDT konferencer. Bl.a er den radiologiske kapacitet til at beskrive røntgenbilleder en flaskehals.

Det samlede ressourcebehov indeholder således både spørgsmål om fysisk kapacitet, samt om tilførsel af personaleressourcer og driftsmidler til en øget kirurgisk kapacitet på operationsgangen og i Klinik C, samt om ressourcer til de mange andre afsnit og kliniker og faggrupper der er involveret i udredning og behandling af cancerpatienter.

³ PTC = Perkutan Transhepatisk Cholangiografi, en ultralydsvejledt røntgenundersøgelse af galdevejene, hvor man med kontraststof direkte ind i en galdegang i leveren kan undersøge for eller evt. behandle tilstoppede eller udvidede galde- gange.

Det skal bemærkes, at selvom klinikken i perioden fra 2010 og frem flere gange har fået finansieret kapacitetsudvidelse gennem budgetsager, har klinikken ikke kunnet friholdes fra årligt at skulle bidrage til besparelser og imødekomme øgede meraktivitetskrav uden dertil knyttet tilførsel af løn- og driftsmidler. Det samme gælder for Abdominalcentrets operationsgang, og det indebærer, at der i et vist omfang er sket en løbende udhuling af de bevillinger, der er givet til kapacitetsudvidelser, hvilket har medført en større sårbarhed i forhold til eksempelvis opretholdelse af et planlagt operationsprogram.

Der er vedlagt et supplerende bilag, der redegør for behandlingsresultaterne på landsplan ifht pancreascancer. Bilaget viser at behandlingskvaliteten er høj på trods af det stærkt øgede antal patienter og den pressede kapacitet.