

Bilag til Kræftplan II

6.2 Patientforløb - aktivitetsberegning

Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen

Problemstilling

Sundhedsstyrelsen har overvejet om og hvorledes, Styrelsen bør vejlede amterne/H:S med hensyn til, hvor stor en kapacitet de bør have indenfor såvel det diagnostiske som det behandlingsmæssige område. Hittidige kapacitetsdrøftelser har overvejende omhandlet *antallet* af fx accelerators, men ikke aktiviteten pr. accelerator eller i forhold til kræftforekomsten. Sammenligninger har tilsvarende været baseret på antal og ikke på produktivitet pr. enhed. Erfaringer fra tidligere, hvor der er givet udmeldinger om meget konkrete dimensioneringer udtrykt ved antal apparatur eller personale, har efterfølgende vist sig at være uflexible at arbejde med.

Skal Sundhedsstyrelsen fortsat vejlede direkte ved det konkrete antal af forskelligt apparatur og tilsvarende inden for anden aktivitet på både det diagnostiske og behandlingsmæssige område, eller skal den vejlede ud fra en vurdering af behovet for aktivitet på det pågældende område. Der foreligger beregninger af den forventede udvikling i kræftforekomsten, som vil kun danne grundlag for beregning af ændringer i aktivitetsbehovet til brug for sundhedsplanlægningen.

Kapacitet ses som et resultat af den lokale organisering og arbejdstilrettelæggelse, der er styrende for, hvor megen aktivitet, der produceres med et givet apparatur eller personale. Kapacitetsproblemer kan i dette perspektiv være udtryk for en ikke-optimal organisering, herunder manglende eller forældet apparatur, en stigning i sygdomsforekomsten eller ændringer i behandlingstilbud, som der ikke er taget højde for i planlægningen.

Da driftsorganisationerne selv har ansvar for at tilrettelægges således, at de kan optimere deres produktion / kapacitet, finder Sundhedsstyrelsen det mere hensigtsmæssigt, at man forholder sig til tal for aktivitet i stedet for kapacitet.

Det forekommer derfor ikke hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen fortsat vejleder med konkrete tal, for hvordan et givet kapacitetsproblem skal løses, fx hvad bemanningen skal være på et givet apparatur, eller hvis der er opstået for lange ventetider - hvor mange accelerators der så bør anskaffes.

Status og anbefalinger

Hvordan sammenligne på aktivitet i stedet for kapacitet

Sammenligninger mellem forskellige centre viser, at der kan være væsentlig forskel på, hvor meget aktivitet, der produceres på den samme type apparatur. En kapacitetssammenligning baseret på fx antal accelerators vil ikke give et retvisende billede, hvorimod et aktivitetstal pr. accelerator giver et mere sammenligneligt udtryk.

Anbefaling

- *Sammenligning af centres kapacitet bør ikke baseres alene på antal produktionsenheder (fx antal acceleratorer), men på aktivitetstal pr. produktionsenhed. Det kan være hensigtsmæssigt også at sammenligne med data fra udenlandske centre.*

Hvor stor en aktivitet skal der udføres

Beregning af, hvor stor en aktivitet der er behov for ved en sygdomsgruppe, kan i princippet foretages ved at gange incidensen (antal nye tilfælde/år) af sygdommen med antallet for aktiviteten for patienter med denne sygdom (fx antallet af CT skanninger der skal gennemføres under et udrednings- og behandlingsforløb for en given kræftpatient).

Er der udarbejdet kliniske retningslinier for sygdommen, er aktivitetsbehovet for hver patient ideelt set kendt. Patientgruppens samlede aktivitetsbehov kan beregnes, og tilsvarende kan tallene beregnes for de øvrige sygdomsgrupper, og et samlet aktivitetsbehov anføres. Dermed kan angives et samlet aktivitetsbehov for eksempelvis nye kræftpatienter. Ændringer i incidensudviklingen kan tages med i fremtidig planlægning.

De mange patienter der starter på et udredningsprogram, men ender med ikke at få en kræftdiagnose, skal også indregnes under det samlede tal for en aktivitet i relation til kræftbehandling, dvs. obs. pro kræftdiagnoserne skal tælles med.

Kræftpatienters forbrug af ydelser i årene efter gennemført og afsluttet initialt behandlingsforløb, vil i et vist omfang være kendt. Det drejer sig om ydelser affødt af planlagte efterkontrollforløb og om ydelser udløst ved mistanke om recidiv. For flere kræftformer er efterkontrol og recidiv omfattet af de kliniske retningslinier, og dermed er der i et vist omfang kendskab til det forventede forbrug af ydelser.

Anbefaling

- *På baggrund af aktuel incidens og fremskrivning af incidens kan aktuelt og fremtidigt aktivitetsbehov for nye kræfttilfælde beregnes*
- *Obs. pro forekomster medregnes*
- *Aktivitetsbehovet forbundet med efterkontrol og recidiv kan tilsvarende beregnes og fremskrives.*

Ensartet klinisk praksis

Der vil forventeligt være betydelig variation mellem forskellige afdelingers aktiviteter for patienter med en given kræftdiagnose regnet over hele patientforløbet (udredning - behandling - efterkontrol). En variation der kan være begrundet både i forskellig lokal mulighed for at få en gennemført en ønsket aktivitet og i forskelle i klinisk praksis.

Læger kan fx have forskellige opfattelser af 1) hvor omfattende et udredningsprogram skal være, 2) hvor mange skanninger der er brug for undervejs i behandlingsforløbet og 3) hvor mange kontroller der skal være i efterforløbet. Eller sagt på en anden måde, der anvendes ikke den samme kliniske retningslinie. Udviklingen og implementeringen af fælles nationale kliniske retningslinier vil fremme udviklingen af et fælles beregningsgrundlag for en given aktivitet. I den praktiske virkelighed vil der være afvigelser fra en beregning baseret på angivelserne i kliniske retningslinier, men det kan forventes, at de procentuelle afvigelser vil være rimeligt konstante. Der kan således indregnes en erfaringsbaseret korrektionsfaktor.

Anbefaling

- *Aktiviteten for en patientgruppe bør fastlægges ud fra kliniske retningslinier ganget med incidensen, justeret med en erfaringsbaseret korrektionsfaktor*
- *Hvor der ikke foreligger kliniske retningslinier bør de udarbejdes.*

Nuværende aktivitetsbehov som base line

For de fleste modaliteter vil en aktivitet pr. patient kunne have forskellig varighed, fx afhængig af hvilken opgave der udføres. Er det fx en kortvarig simpel skanning eller en mere kompliceret fx med anvendelse af kontrast og dermed større tyngde i tidsforbruget for det pågældende apparatur. I en summering af aktiviteter bør der tages højde for dette med mulighed for forskellig vægtning. Nuværende aktivitetsniveau bør kunne anvendes som baseline for den videre udvikling i anvendelse af aktivitetstal som beregningsgrundlag.

Anbefaling

- *Aktivitetsberegninger bør benytte vægtede tal som korrektion for forskelle i tyngde*
- *Der bør foretages analyser af det nuværende aktivitetsbehov, som udgør en base line.*

Kilder til data om sygdomsbetemt aktivitet

Landspatientregisterdata kan belyse, hvilke udrednings - og behandlingsaktiviteter, der er udført. Benyttes igen CT skanninger som eksempel, vil aktivitetstal tal for hver af de forskellige kræftsygdomme kunne vise, hvad forbruget af CT skanninger pr kræftpatient / for hver kræftdiagnosegruppe har været i et kalenderår. Dette aktivitetstal kan danne grundlag for den fremadrettede beregning af forventet aktivitet. Sker der fx en stigning i kræftforekomsten (incidenstallet stiger), kan der forventes en tilsvarende stigning i forbruget af skanninger. Foretages ændringer i de nationale kliniske retningslinier, som fx indebærer flere CT skanninger i et udredningsprogram, kan det tilsvarende indregnes i de fremadrettede beregninger.

Anbefaling

- *Muligheden for anvendelse af LPR data for alle relevante modaliteter for kræftpatienter bør vurderes.*