



Ledelse af cancerforløb

Notat til Danske Regioner

udarbejdet af

Jakob Kjellberg

Pia Kürstein Kjellberg

Martin Sandberg Buch

Dansk Sundhedsinstitut

Juni 2008

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2008

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-569-6 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen indgik i efteråret 2007 aftale om at sikre "akut handling og klar besked" til kræftpatienter ved etablering af "pakkeforløb" – og som led i forberedelsesfasen bad Danske Regioner i november måned Dansk Sundhedsinstitut om at udarbejde et 10-15 sideres notat om "Ledelse af cancerforløb". Notatet afleveredes til Danske Regioner i midten af december måned, og har været anvendt som informationsgrundlag til de politiske drøftelser og inspiration til arbejdet med implementering af pakkeforløb på de danske sygehuse. Dansk Sundhedsinstitut vurderer, at notatet indeholder relevante og væsentlige observationer fra vigtige aktører i det danske sundhedsvæsen samt en god sammenfatning af de muligheder og udfordringer, der er forbundet med implementering af pakkeforløb i det danske sundhedsvæsen og har derfor besluttet at offentliggøre notatet. Det må ikke ses som en fuld forskningsrapport, hertil har de 3-4 ugers produktionstid trods alt været for kort.

Udredningen og notatet er gennemført af seniore projektledere Jakob Kjellberg og Pia Kürstein Kjellberg og projektleder Martin Sandberg Buch. Forfatterne og instituttet ønsker at takke de interviewpersoner, der med få dage og timers varsel stillede op til interview. Tak også til Danske Regioner for idé og finansiering til projektet.

København, maj 2008

Jes Søgaard

Direktør, professor

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé.....	5
1 Introduktion.....	6
2 Organisering	8
3 Implementering.....	10
4 Monitorering.....	13
5 Økonomistyring	15
6 Forløbskoordination	17
7 Service til almen praksis	20
8 Opsummering.....	22
Bilag 1: Skriftlige kilder	23
Bilag 2: Interviewguide.....	25

Resumé

Regeringen og Danske Regioner indgik d. 12. oktober 2007 aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling til kræftpatienter. Der skulle udarbejdes og implementeres forløbspakker for alle kræftformer og derved sikres kræftbehandling uden unødigt ventetid.

Som grundlag for implementeringen af de første forløbspakker i foråret 2008 bad Danske Regioner i november 2007 Dansk Sundhedsinstitut udarbejde et notat, der skitserer forskellige modeller for ledelsesmæssig forankring af cancerforløb og diskuterer deres fordele og ulemper. Notatet skulle baseres på en gennemgang af skriftligt materiale og nøglepersoninterview.

I notatet diskuterer vi en række af de problemstillinger, der knytter sig til arbejdet med implementering af kræftbehandling uden unødigt ventetid på de danske sygehuse – og de faktorer der af nøglepersoner betragtes som afgørende for at sikre denne målsætning.

Det fremgår af notatet, at implementering af kræftbehandling uden unødigt ventetid langt fra er en simpel problemstilling. Det er nødvendigt med klart definerede, realistisk opnåelige mål for ventetid og kvalitet, systematisk opfølgning på om målene nås og konsekvens ved (evt. manglende) målopnåelse på alle niveauer af sundhedsvæsenet. Ansvar for implementering anbefales entydigt placeret i sygehusledelsen. Men det fremhæves samtidig, at sygehusledelsen som afgørende forudsætning for at kunne leve op til sit ansvar bør gives adgang til et ledelsesinformationssystem med valid og opdateret information om målopnåelse, analyseressourcer med relevante kvalifikationer i forhold til patientlogistik og kvalitetsmål mv. og reel mulighed for at omdisponere ressourcer.

Udfordringerne ved implementering knytter sig blandt andet an til en udbredt demotivation og mistro hos personalet, der ved implementering bør vendes til en tro på en bedre fremtid gennem anerkendelse af fremskridt. Samtidig er der store vanskeligheder ved at anvende nuværende informationssystemer til monitorering af målopfyldelse, og der savnes politisk vilje til at prioritere forskellige målsætninger i forhold til hinanden, da ikke alt kan få topprioritet på samme tid.

1 Introduktion

Danske Regioner bad ultimo november 2007 Dansk Sundhedsinstitut udarbejde et notat, der skitserer forskellige modeller for ledelsesmæssig forankring af cancerforløb i det danske sundhedsvæsen og diskuterer modellernes forudsætninger, fordele og ulemper. Notatet skal understøtte Regeringen og Danske Regioners aftale om akut handling ved mistanke om kræft.

Det herværende notat er baseret på gennemgang af skriftligt materiale om cancerforløb (bilag 1) samt (efterfølgende) interview med nøglepersoner. Følgende personer er interviewet:

1. Regionsdirektør Helle Ulrichsen, Hovedstadsregionen
2. Sundhedsdirektør Leif Vestergaard Pedersen, Region Midtjylland
3. Cheflæge Johannes Gaub, Vejle Sygehus
4. Chefsygeplejerske Vibeke Krøll, Århus Universitetshospital Skejby
5. Centerdirektør Kurt Stig Jensen, Finsencentret, Rigshospitalet
6. Kvalitetschef Dorte Tilsted, Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland
7. Professor Carsten Rose, leder af kræftafdelingen på Lunds Universitetshospital
8. Ledende overlæge Thomas Skjødt, Røntgenafdelingen, Vejle Sygehus
9. Overlæge Torben Palshof, Onkologisk afdeling, Århus Universitetshospital Nørregade: formand for DMCG.dk
10. Patientforløbsvejleder Lene Skov, Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital
11. Senior Projektleder Sidsel Vinge, Dansk Sundhedsinstitut
12. Klinikchef Thomas Gjørup, Steno Diabetes Center
13. Professor Frede Olesen, Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus
14. Overlæge Niels Hermann, Leder af enheden for monitorering og patientvisitation, Sundhedsstyrelsen

Interviewpersonerne er udvalgt efter et kriterium om at sprede sig over alle niveauer af sundhedsvæsenet, samt med henblik på a) at bidrage generelt til diskussionen om hvordan cancerforløb ledelsesmæssigt bør forankres i det danske sundhedsvæsen, og/eller b) belyse fordele og ulemper/erfaringer med brug af specifikke tiltag som fx forløbskoordinatorer, diagnostiske centre og centerledelse. Interviewene er foretaget efter en generisk semistruktureret interviewguide (bilag 2), der forud for hvert interview har været tilpasset det enkelte interview. Interviewene er optaget på bånd og kondenseret, hvorefter der er foretaget en kategorisering i temaer på tværs af interview. Temaerne er samlet under seks hovedoverskrifter, og der er for hver hovedoverskrift udtrykt konkrete ledelsesmæssige anbefalinger i det omfang, der har været muligt at anbefale noget samstemmende på tværs af interview.

De seks hovedoverskrifter, som også danner udgangspunkt for notatets struktur, er

- ◆ Organisering (afsnit 2)
- ◆ Implementering (afsnit 3)
- ◆ Monitorering (afsnit 4)
- ◆ Økonomistyring (afsnit 5)
- ◆ Forløbskoordination (afsnit 6)
- ◆ Service til almen praksis (afsnit 7).

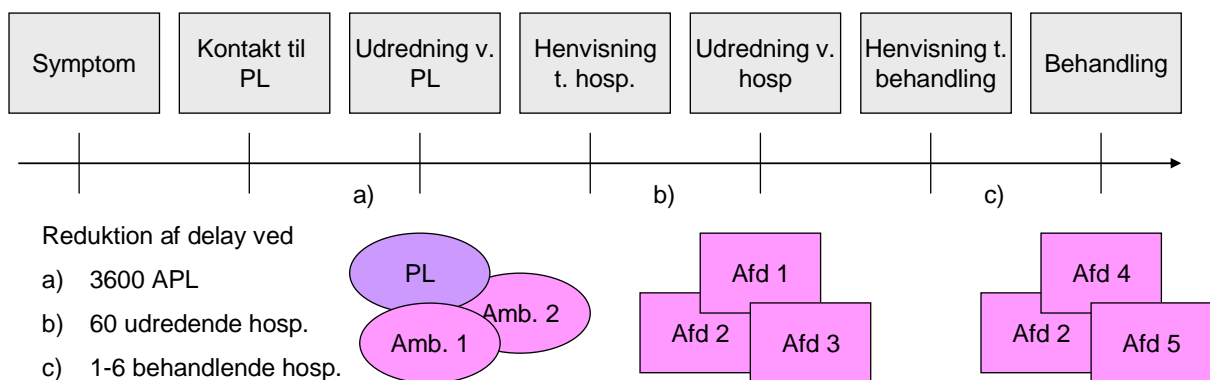
Afsnit 7: Service til almen praksis baserer sig ud over de ovenfor nævnte interview på interview med praktiserende læge, Roar Maagaard, Skødstrup Lægepraksis og praktiserende læge og praksiskonsulent Jørgen Peter Ærthøj, Svenstrup, gennemført i november 2007 af Martin Sandberg Buch i forbindelse med et projekt om praktiserende lægers perspektiver på udredning og diagnosticering af kræftsygdom.

I et kort afsnit 8: Opsummering sammenfattes notatets mest væsentlige anbefalinger.

2 Organisering

Udredning og behandling af kræft foregår i samarbejde mellem en lang række forskellige aktører i det danske sundhedsvæsen (Figur 1).

Figur 1. Aktører i cancerforløb



Ved interview har det været diskuteret, om der kunne være fordele ved at samle ansvaret for dele af det enkelte patientforløb under én fælles ledelse, eller om der på anden måde kunne foretages organisatoriske omlægninger med henblik på at sikre en større sammenhæng.

I forhold til den indledende udredning ved praktiserende læge (fase a) har det været diskuteret at give de praktiserende læger lettere (fri) adgang til diagnostiske test (ct-scanning), og det har været foreslået at oprette subakutte diagnostiske centre, som den praktiserende læge skal kunne henvise til ved uspecifik mistanke om malign sygdom. Interviewpersonerne har generelt ikke ønsket at lægge sig fast på én organisatorisk løsning på dette område, men alle er enige om, at der er behov for en bedre service til almen praksis. Vi diskuterer emnet nærmere i afsnit 7.

I forhold til udredningen i hospitalsregi (fase b) har det været foreslået at samle billeddiagnostikken under én fælles ledelse, da røntgen, scanning og endoskopi i vid udstrækning substituerer hinanden. Det har samtidig også været foreslået at splitte de diagnostiske afdelinger op i mindre enheder, der tilknyttes de stamafdelinger, der mere overordnet er ansvarlige for cancerudredningen. Argumentet er, at dette vil skabe større muligheder for gode (dvs. korte og velfungerende) patientforløb. Generelt er det imidlertid interviewpersonernes opfattelse, at beslutninger om organisering bør være et lokalt anliggende, da der kan være lokale forhold der bevirker at én organiseringsform er hensigtsmæssigt et sted, men ikke et andet, og det er vigtigt at sikre en høj kapacitetsudnyttelse for systemet som helhed.

I forhold til behandlingen i hospitalsregi (fase c) er der blandede erfaringer med centerdannelse (nogle steder er de gode, andre steder er de mindre gode), og interviewpersonerne fremhæver, at centerdannelse *ikke i sig selv* er garanti for kræftbehandling uden ventetid. Interviewpersonerne påpeger samtidig, at selv om man fx samler kirurgi, onkologi og stråleterapi under en fælles ledelse med egen billeddiagnostik, vil samarbejdet om (planlægning af) behandling for kræft foregå i samarbejde med stamafdelinger (fx gynækologi, gastroenterologi) under selvstændig ledelse. Én fælles ledelse for al lokal kræftbehandling (ud over sygehusledelse) er der ikke (danske) erfaringer med.

I organiseringen af kræftforløb har det endvidere været diskuteret at samle ansvaret for udredning og behandling på regionale kræfthospitaler under national ledelse. Der findes interviewpersoner, der kan se fordelene ved en murstensløs centerstruktur, hvor den faglige ledelse af kræftbehandlingen udgår fra et eller to nationale kræftcentre. Dette betragtes ikke som uforeneligt med den regionale struktur, men som en metode til at sikre en ensartet høj behandlingsmæssig standard for såvel udredning som behandling, og for at give (reel) mulighed for prioritering mellem nye behandlinger. Andre interviewpersoner arbejder på samme måde med tanker om, at de seks nye kræfthospitaler skal påtage sig et fagligt ansvar for i dialog med de hospitaler, der er ansvarlige for udredningen af kræft, at udvikle fælles kliniske retningslinjer, der reducerer behovet for dobbeltundersøgelser (det angives i dag at være en udbredt praksis, at de behandlende hospitaler modtager de kræftdiagnosticerede patienter med nye ct-scanninger, for egenhændigt at få blik for cancerens omfang). Interviewpersonerne forholder sig imidlertid generelt kritiske overfor at lægge kræftudredningsarbejdet ind på specialiserede kræfthospitaler. Det fremføres, at selvstændig ledelse ikke nødvendigvis er ensbetydende med korte ventetider; at der kan ske en bedre kapacitetsudnyttelse hvis kræftpatienter udredes sammen med andre patienter, og (vigtigst) at patienter der udredes for kræft ofte viser sig at fejle noget andet, hvilket kræftspecialister ikke kan antages at have blik for.

Det anbefales på baggrund af interview:

- ◆ At drøfte perspektiverne i murstensløse faglige kræftcentre
- ◆ At lade det være op til de lokale sygehusledelser at afgøre hvilke funktioner der hensigtsmæssigt kan samles under en fælles ledelse

3 Implementering

Det har været en fælles tilbagemelding fra interview, at nedkortning af ventetiden for kræftudredning og behandling handler om "ledelse, ledelse og atter ledelse". Forløbene skal koordineres på tværs af afdelinger og sygehuse, og det kræver central ledelsesmæssig forankring. Samtidig er det interviewpersonernes generelle vurdering, at opfyldelse af faglige kvalitetsmål hidtil kun har haft mindre ledelsesmæssig prioritet, da det er set som en opgave for klinikerne, mens ledelsen har koncentreret sig om sektorer og sygehuses mere overordnede udvikling, økonomi og drift. Klinikerne vurderes imidlertid ikke at være i stand til at realisere kræftpakkernes målsætninger uden ledelsesmæssig opbakning, da implementering går på tværs af afdelinger og kræver *ledelse*, forstået som evnen til at ansætte, afskedige, udvikle og tage ansvar for budgettet i én og samme funktion. Implementering af pakkeforløb kræver derfor, at det ledelsesmæssige ansvar for implementering entydigt placeres i sygehusledelsen, og (samtidig/som følge heraf) at sygehusledelser træder i karakter som mere *faglige* ledere, end mange hidtil har haft tradition for, og aktivt engagerer sig i pakkeforløbenes indførelse og monitorering.

At sygehusledelserne aktivt skal engagere sig i pakkeforløbenes indførelse og monitorering handler ikke om, at det er sygehusledelserne, der skal træffe konkret beslutning om, hvordan samarbejdet om kræftpatienter skal foregå. Det handler om, at sygehusledelserne klart skal melde ud, at der er tale om et prioriteret område, og at de skal facilitere en ændringsproces, hvor der udvikles og følges op på samarbejdsaftaler mellem behandlingsansvarlige overlæger og afdelinger. Hvordan og hvorvidt den enkelte sygehusledelse i dette arbejde vælger at gøre brug af tværfaglige teams og/eller forskellige former for forløbskoordinatorer må i henhold til interviewpersonerne være et lokalt anliggende. Det afgørende er, at sygehusledelsen påtager sig det overordnede ledelsesmæssige ansvar for, at ventetider og kvalitetsmål overholdes.

For at sygehusledelserne kan træde i karakter som mere faglige ledere, end mange hidtil har haft tradition for, påpeger interviewpersoner, at det er nødvendigt, at der skabes enighed mellem politikere og driftsansvarlige om hvilke mål, der skal prioriteres på bekostning af andre. Mange interviewpersoner fremhæver, hvordan der i dagens sundhedsvæsen er en strøm af krav og forventninger, som fremføres uden at der samtidig gives anvisninger om, hvordan de skal prioriteres. Det vurderes at være umuligt at prioritere alle krav ligeligt, og ledelsesmæssige forsøg på åbent at fremføre beslutninger om at prioritere et krav frem for et andet er mødt med markant modstand. En interviewperson siger, at det er en af de største ledelsesmæssige udfordringer i dagens sundhedsvæsen at sige nej. Der savnes således vilje til at acceptere, at det har konsekvenser, når man vælger at sætte særligt fokus på fx overholdelse af ventetider for diagnose og behandling af kræft, og der udtrykkes ønske om en ærlig og konstruktiv fremadrettet dialog mellem politikere og driftsansvarlige på forskellige niveauer om hvilke mål der hensigtsmæssigt skal prioriteres på bekostning af andre.

På medarbejderniveau vurderes den stadige strøm af krav, kombineret med den manglende politiske/ledelsesmæssige vilje til at prioritere, at have bidraget til mismod og modvilje, idet det er blevet en udbredt (og i henhold til interviewpersonerne: berettiget) opfattelse, at der ledelsesmæssigt stilles krav, som ikke kan honoreres. Det fremhæves som en styrke for implementering af pakkeforløb, at målsætningen har klinisk mening samtidig med, at der fra politisk side er givet tilsagn om, at der vil

følge ressourcer med. Der gives dog samtidig udtryk for en mistro om, at de skrappe standarder for kræftforløb ikke vil være fornuftigt afvejet i forhold til mere overordnede hensyn til kapacitetsudnyttelse – og der savnes dialog om hvordan det er muligt at forkorte ventetiderne med færrest mulige konsekvenser for behandlingen af øvrige patienter.

Interviewpersoner fremhæver samtidig, hvordan faglig ledelse af et system af professionelle er vanskelig, idet der i systemet "altid er 100 mio. gode grund til hvorfor det kan vente til næste gang", og "det kan være svært for en ledelse at stille krav, når det skaber ufred, og de ikke 100% kan gennemskue de konkrete problemstillinger". Der er intet enkelt svar på denne ledelsesmæssige udfordring. Interviewpersoner foreslår både, at de ledende faggruppers ledelsesmæssige kompetence styrkes, at der gives ekstern hjælp til fx kapacitetsplanlægning, og (måske mest væsentligt), at der udvikles fælles ledelsesinformationssystemer og oprettes stabsfunktioner med kompetence til at trække og analysere data herfra, således at diskussioner mellem ledelse og sundhedsprofessionelle kan baseres på et fælles og mere objektivt grundlag.

Fordi der blandt personalet har bredt sig en følelse af mistro til de ledelsesmæssige krav og udmeldinger, er det samtidig interviewpersoners vurdering, at det er vigtigt bevidst ledelsesmæssigt at arbejde med at vende følelsen af mismod til en positiv oplevelse af succes. Det skal gøres ved at skabe en fornemmelse af, at de tiltag, der vedtages, er realistiske og til gavn for patienterne; og ved løbende at dokumentere og fremhæve de positive resultater, der skabes. Grundtanken er, at sundhedsprofessionelle motiveres af gode faglige resultater, og herunder især resultater, der kan dokumenteres, og som bidrager til ledelsesmæssig anerkendelse. Udfordringen består i henhold til interviewpersonerne i at vende den nuværende følelse af mismod og afmagt til en følelse af faglig stolthed, og det er interviewpersonernes pointe, at initiativet ligger hos sygehusledelsen. Sygehusledelsen skal ved eksemplets magt demonstrere, at de mål de sætter, er afklarede og mulige at gennemføre, således at medarbejderne kan få en følelse af ledelsesmæssig sammenhæng – og for at sygehusledelsen kan gøre det, er der krav om en politisk/ledelsesmæssig forventningsafklaring mellem stat, regioner og sygehuse.

Konkret i forhold til implementeringen af pakkeforløb fremhæver interviewpersoner, at der er brug for forventningsafklaring i forhold til implementeringsforløbet. Der peges på, at implementering tager tid, at de opsatte mål er meget ambitiøse, og at implementering forudsætter monitorering. Interviewpersonerne udtrykker frygt for, at der opstilles standarder, som sundhedsvæsenet ikke kan leve op til, og at dette vil bidrage til den nuværende følelse af mismod og handlingslammelse. Der opfordres til at starte langsomt op og løbende dokumentere den positivt fremadgående udvikling for herved at skabe et positivt momentum. Vigtigheden i løbende monitorering uden væsentlig forsinkelse i datatilbagemeldingen understreges.

Interviewpersoner fremhæver samtidig, at dette ikke skal ses som en accept af "slendrian". Tværtimod fremhæves det samstemmende på tværs af interview, at et af de afgørende problemer i forhold til sikring af uforsinket kræftbehandling har været, at vedvarende manglende opfyldelse af faglige kvalitetsmål (NIP data) ikke har haft nogen ledelsesmæssige konsekvenser. Det har været med til at signalere, at andre er mere væsentlige at overholde. Implementering af kræftforløb uden fagligt ubegrundet ventetid handler således både om at opstille krav, der er *rimelige* (dvs. ambitiøse, realistiske og frem for alt afklarede i forhold til andre krav) og at stille den ansvarlige ledelse til ansvar i det omfang

kravene ikke honoreres/give anerkendelse i det omfang målene nås. Der savnes konsekvens på alle niveauer – fra det nationale til det regionale og lokale.

Det anbefales på baggrund af interview:

- ◆ At forankre ansvaret for implementering af pakkeforløb i sygehusledelsen
- ◆ At igangsætte en generel dialog om hvilke mål der skal prioriteres på bekostning af andre (nationalt, regionalt og på sygehusniveau)
- ◆ At opstille ambitiøse men realistiske målsætninger for kræftforløb uden forsinkelse
- ◆ At forvente implementeres i en proces, hvor dokumentation af succes er en væsentlig forudsætning for fortsat (kvalitets-) udvikling
- ◆ At lade det få ledelsesmæssige konsekvenser, hvis opfyldelse af faglige kvalitetsmål ikke prioriteres i tilstrækkeligt omfang
- ◆ At give ledelsesmæssig og medarbejdermæssig anerkendelse, i det omfang kvalitetsmålene nås

4 Monitorering

I henhold til aftalen mellem Danske regioner og Sundhedsstyrelsen om akut handling og klar besked til kræftpatienter skal pakkeforløb indeholde målepunkter, der skal gøre det muligt at følge op på, om pakkerne fungerer efter hensigten. Denne monitorering vurderer næsten alle interviewpersoner er essentiel for pakkernes succes. Det fremhæves, at selv stor ledelsesmæssig vilje vil kæmpe forgæves, hvis der ikke samtidig er en god dokumentation og monitorering. Samtidig giver interviewpersonerne imidlertid udtryk for en markant bekymring for, om Sundhedsstyrelsen vil kunne levere data til troværdig monitorering af pakkeforløbene indenfor en rimelig fremtid, og det er samtidig interviewpersonernes opfattelse, at ledelsesinformation og evaluering bør baseres på flere data end data fra landspati-entregistret (LPR).

Som registre af relevans for monitorering af kræftforløb fremhæver interviewpersonerne: Landspati-entregisteret (LPR), de multidisciplinære cancergrupper (DMCG)'s registre, det nationale indikatorprojekt (NIP) og hospitalernes patientadministrative systemer (PAS).

LPR fremhæves generelt som det register, der *burde* anvendes til monitorering af cancerforløb – men som der imidlertid er så mange problemer knyttet til, at interviewpersonerne kun har lille tiltro til, at det vil kunne levere meningsfulde data. Problemer er:

- ◆ At systemet er opbygget som kontaktregister, hvor det er vanskeligt at finde de reelle start- og sluttidspunkter på forløbene
- ◆ At registreringskvalitet og registreringspraksis varierer
- ◆ At systemet ikke indeholder klinisk relevante data

Interviewpersonerne fremhæver, at der *selv om* der arbejdes med at gøre LPR mere forløbsbaseret, og der etableres registreringsmuligheder der gør det muligt at generere forløb, fortsat er så væsentlige mangler ved systemet, at det ikke vil kunne levere meningsfulde data. De påpeger, at levering af data fra LPR traditionelt har været præget af meget lange svartider, og at sygehusledelserne vil have behov for væsentlig hurtigere information, end det traditionelt har været muligt at levere. Samtidig har manglede respons på de data, de har indberettet, medført, at registreringen mange steder er blevet opfattet som ligegyldig. Det har været medvirkende årsag til, at de data de har fået fra LPR har været indlysende misvisende og ofte umulige at validere.

En mere standardiseret registreringspraksis vurderes at være forudsætning for meningsfuld brug af LPR data, men på cancerområdet vurderes de nuværende krav til registrering at være så omfattende og uklare, at de ikke er realistiske at efterleve i praksis. Det opfattes endvidere som et problem, at flere krav er klinisk irrelevante. En interviewperson giver udtryk for, at den eneste mulighed for at forbedre dataregistreringskvaliteten er ved øget offentlighed og brug af data. Andre mener, at første skridt bør være et mere simpelt og brugervenligt system.

DMCG's registre vurderer klinikerne generelt er de mest retvisende, fordi de – i modsætning til LPR – er forløbsbaserede, validerede og baseret på kliniske relevante data. Ledere og administratorer påpeger imidlertid, at DMCG's registre er uanvendelige i ledelsessammenhæng, da de for det første inde-

holder for mange nuancer til at det er muligt at skabe overblik, og for det andet ofte ikke er tilstrækkeligt opdaterede. Kvaliteten af de enkelte kliniske registre vurderes endvidere at være meget varieret. NIP data fremhæves af en enkelt interviewperson som eksempel på et klinisk register, som har formået at levere kvalitetsdata på en enkel og valideret måde.

De lokale patientadministrative systemer (PAS) fremhæves af flere interviewpersoner som det bedste afsæt for at generere relevante data om patientforløb. Flere påpeger, at systemerne med fordel vil kunne udvikles, så de automatisk giver tilbagemeldinger om patientforløb, der ikke følger ventetidsmål. Der nævnes eksempler fra England, hvor datasystemer har markeret patientforløb der ikke overholder ventetider som gule og – i det omfang der ikke er blevet reageret indenfor en given tidsperiode – som røde. Der rejses spørgsmål, om data fra PAS bedre kan oversættes til samlede nationale rapporter.

En interviewperson foreslår, at journalaudit anvendes som baggrund for generering af ledelsesinformation, i hvert fald ind til relevante forløbsdata kan trækkes fra registre. Interviewpersonen fremhæver, at registerdata i sig selv sjældent giver ledelsesrelevante svar på spørgsmålet om, hvorfor forløbende går skævt, mens disse bedre gives via journalaudit.

Problemet ved de udfordringer, der i henhold til interviewpersoner er ved at generere relevante data på baggrund af eksisterende databaser er, at gode monitorerings/ledelsesinformations-systemer er afgørende for sikre og forankre mere hensigtsmæssige cancerforløb. Ingen ønsker at bruge mere tid på mere registrering, og alle ønsker, at monitoreringen skal baseres på valide klinisk relevante data (og ikke tage afsæt i overholdelsen af administrative procedurer). Der efterspørges systemer med få og centrale kliniske mål (ca. 5-8) for hver cancersygdom – men spørgsmålet er, hvordan de skal trækkes.

På kort sigt vurderer flertallet af interviewpersonerne, at det er mest hensigtsmæssigt, at de eksisterende systemer (LPR, NIP og DMCG's registre) bruges til at supplere og validere hinanden, og i kombination danner basis for den nødvendige monitorering. På mellemlangt sigt (5 år) vurderes det at være mest hensigtsmæssigt, at kræfter rettes mod udvikling af et nyt realistisk og standardiseret system, frem for at bruge mere energi på at få LPR til at levere relevante data om overholdelse af servicemål, klinisk kvalitetsmål og/eller anden mere specifik ledelsesmæssige information.

Det anbefales på baggrund af interview:

- ◆ At arbejdet med at skabe fælles forståelse af hvordan der realistisk skal registreres både accelereres og opprioriteres.
- ◆ At det overvejes om procesrelaterede mål kan registreres af personale, der har registrering som særligt ansvar, og ikke nødvendigvis har baggrund som læge eller sygeplejerske
- ◆ At rapporter om ventetid og andre servicemål suppleres med udvalgte kliniske kvalitetsmål, genereret fra de kliniske databaser.

5 Økonomistyring

Det er ved stort set samtlige interview fremhævet, at dimensionering af kapaciteten, både ved udredning og behandling, er utilstrækkelig til at sikre et serviceniveau, som matcher 48 timers servicemålet og de forventede pakkeforløb. Manglede rekrutteringsmuligheder ses som den absolut største ressourcemæssige barriere. Det ligger imidlertid udenfor rammerne for dette notat at gå nærmere i dybden med disse udfordringer. Her vil vi i stedet fokusere på de muligheder og barrierer, der knytter sig til brugen af økonomiske styringssystemer som fx DRG afregning.

Det fremgår ved interview, at der kun undtagelsesvist i kræftbehandlingen arbejdes ledelsesmæssigt aktivt med at sikre, at de økonomiske incitamenter harmonerer med kravene om hurtig behandling og veltilrettelagte behandlingsforløb. Takststyring og de muligheder, der knytter sig hertil, anvendes generelt ikke. De fleste interviewpersoner nævner, hvordan DRG systemet kan ses som en barriere for hurtige behandlingsforløb, idet der ikke gives honorar for flere aktiviteter samme dag. Kun enkelte beskæftiger sig med mulighederne. De ser til gengæld stort potentiale i mere aktivt at udnytte de muligheder, der ligger i at sammentænke den økonomisk styring med de kliniske målsætninger som den enkelte afdeling har.

Det er den generelle vurdering, at en mere aktiv brug af økonomiske incitamenter i styringen af sygehuse og afdelinger ikke vil fremme en mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse. Der er frygt for, at det vil hæmme de ledelsesmæssige muligheder for at styre sygehuset samlede økonomi, og de udførende afdelinger udtrykker generelt heller ikke ønske om i højere grad at få øget ansvar for økonomien. De henviser til tidligere og mindre positive erfaringer med brug af økonomiske incitamenter mellem sygehus- og afdelingsledelse, og dette vurderes at udgøre en væsentlig barriere i forhold til at anvende fx DRG systemet mere aktivt til at fremme de kliniske målsætninger i cancerforløbene gennem mere hensigtsmæssig og mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse.

Der hvor interviewpersonerne ser muligheder i brug af økonomiske styringsredskaber er fx i forhold til resultatløns, som flere nævner som en mulighed for selektiv påskønnelse af veludført arbejde. Løn vurderes imidlertid generelt som en kortsigtet motiveringsfaktor, og ikke som en hensigtsmæssig måde at sikre hverken gode arbejdsgange eller resultater. På afdelingsniveau nævnes det, at der er muligheder i "aflønning" i form af fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen, kliniske udviklingsmuligheder og puljer med "frie" midler til ændring af fx fysiske faciliteter og arbejdsgange. Dette vurderes at være et mere bæredygtigt alternativ end automatiseret økonomisk stykaflønning.

Skal økonomistyring som fx DRG baseret takststyring i højere grad anvendes til at fremme de kliniske målsætninger, kræver det udvikling af en gensidig forståelse og tillid mellem de forskellige ledelsesmæssige lag. Det er nødvendigt, da de eksisterende monitorerings- og registreringssystemer ikke vurderes at have en kvalitet, der gør det muligt at forcere fx mere mål- eller procesbaseret afregning. Endvidere fremhæver interviewpersoner, at der er det særlige problem ved cancerforløb, at ansvaret for et behandlings- eller udredningsforløb ofte strækker sig over flere centre, afdelinger eller afsnit, hvorfor det er vanskeligt, alene med udgangspunkt i informationssystemer, at lave en rimelig fordeling af belønningen mellem de enkelte økonomiske enheder.

Der hvor de ledelsesmæssige betingelser for at etablere en mere decentral økonomisk styring har været til stede, oplever interviewpersoner generelt en stor kreativitet mht. at optimere patientforløb, herunder at tilpasse eksisterende fysiske faciliteter. Ledelsesmæssig opbakning og monitorering, knyttet sammen med økonomisk autonomi, har inspireret afdelingerne til selv at identificere og implementere nye og mere effektive måder at organisere arbejdet på. Det understreges dog fra flere sider, at dette har været en følge af, at der er opbygget en gradvis større gensidig tillid til, at der forvaltes ansvarligt i forhold til sygehusets overordnede prioriteringer. Først når man er langt i denne tillidsopbyggende proces vurderer interviewpersonerne, at DRG styringen mere selvstændigt kan understøtte innovation og udvikling af arbejdsgange.

Det er interviewpersonernes samlede vurdering, at der er gode perspektiver i en større brug af økonomistyring hvor der aflønnes i forhold til præsterede resultater. Der er imidlertid generelt ikke tillid til, at aflønning i forhold til præsterede kliniske resultater meningsfuldt kan gennemføres inden for en overskuelig fremtid. Mulighederne for aflønning på baggrund af mere processuelle resultater i behandlingsforløb mødes med skepsis, da de eksisterende aflønningssystemer hverken betragtes som pålidelige eller stabile.

Det anbefales på baggrund af interview:

- ◆ At der arbejdes videre med udvikling af aflønningsmekanismerne, så de økonomiske incitamenter ikke modarbejder hurtige patientforløb
- ◆ At der arbejdes med lederuddannelsesaktiviteter som synliggør forudsætningerne for og mulighederne ved mere decentral økonomisk styring
- ◆ At der opmuntres til større ansvarstagen og kreativitet i forhold til de konkrete arbejdstilrettelæggelser, fx gennem ledelsesmæssige rutiner der sikrer, at økonomisk råderum der genereres på baggrund afdelingernes selvstændige initiativ, delvist tilfalder afdelingerne
- ◆ At der på udvises forsigtighed med aflønning som er direkte koblet til kliniske resultater og præsteret aktivitet

6 Forløbskoordination

Det har fra centralt hold været overvejet, at der for hver kræftsygdom skal udpeges en lokal forløbskoordinator med ansvar for at overvåge og dokumentere patientforløb og informere sygehusledelsen om eventuelle flaskehalse og slip.

I Region Midt er det opfattelsen, at rollen som forløbskoordinator kan defineres forskelligt og måske bør variere over tid:

I opstartsfasen vurderes det at være nødvendigt med en forløbskoordinator som "blækspruttefunktion" indenfor hver kræftsygdom på hvert enkelt hospital – en person, som den praktiserende læge kan kontakte på telefonen, og som via kontakt til de forskellige diagnostiske og behandlende afdelinger kan sikre den enkelte patient behandling efter de nye standarder. Koordinatoren, som fx kan være en erfaren sygeplejerske, vil skulle have en forløbsansvarlig læge at støtte sig til, fx i situationer, hvor det kniber for en afdeling at overholde de nye standarder.

På længere sigt vurderes det at være muligt, at koordinatoren måske i højere grad kan få den monitorerende rolle, som er beskrevet i Danske Regioners syvpunktsplan – men monitoreringen skal i så fald ske via dataregistreringer, som gør det muligt at etablere et systematisk overblik over, hvordan den enkelte afdeling og det enkelte hospital lever op til de nye standarder.

Skillelinjen mellem forløbskoordinatorer som "blæksprutte" og "controller" genfindes i interviewene – og der ses muligheder i begge funktioner.

Forløbskoordinatorer som blæksprutter

Flere interviewpersoner angiver, at der kan være god mening i at have en sygeplejerske ansat som blæksprutte der kan sikre bookning af tid, hvor mere strømlinede elektroniske bookingssystemer er under udvikling. Interviewpersonerne vurderer generelt også, at en sådan sygeplejerske kan få brug for lægelig opbakning i situationer, hvor det handler om at indgå aftaler om nye og/eller ekstra tider – men der er varierede opfattelser af, om der bør være en egentlig forløbsansvarlig læge, se nedenfor om tværfaglige teams.

Den organisatoriske placering af forløbskoordinatoren som blæksprutte vil i henhold til interviewpersoner typisk være som stabsfunktion til den afdeling, der har det indledende diagnostiske ansvar. Der er generel enighed om, at det hverken er muligt eller ønskeligt at tilføje forløbskoordinatoren beføjelser ud over det eksisterende system: hele ideen er, at han/hun skal *agere* i det. I det omfang der er flaskehalse skal forløbskoordinatoren via dialog med en overlæge i egen afdeling søge at løse problemet – typisk ved dialog fra overlæge til overlæge på tværs mellem afdelinger.

Flere interviewpersoner har fremført det argument, at en forløbskoordinator som blæksprutte er overflødig, hvis patientforløbene er velfungerende, og der fx via tværfaglige teams tages ansvar for forløbene. Omvendt har andre fremhævet, at der kan være tale om en god funktion, fordi der altid vil opstå konkrete problemer, der skal løses. Helt overordnet vurderes det dog hverken realistisk eller hen-

sigtsmæssigt med forløbskoordinatorer for samtlige 23 pakkeforløb, og det fremhæves, at det må være op til den lokale ledelse at afgøre på hvilke – om nogen – områder det er ønskeligt at arbejde med forløbskoordinatorer.

Forløbskoordinatorer som controllere

Forløbskoordinatorer i betydningen controller nævnes – men mere sjældent – blandt interviewpersonerne. Det fremhæves her, at der kan være god mening i, som stabsfunktion til sygehus- eller afdelingsledelsen, at have en eller flere personer ansat med særligt ansvar for løbende at monitorere patientforløbene. Forløbskoordinatorernes opgave vil være administrativt at følge med administrativt i ventetider og flaskehalse: se på, hvordan går det med udnyttelse af kapaciteten og melde ind til afdelings- og/eller hospitalsledelsen, hvis der opstår et problem. Det er for interviewpersonerne en væsentlig pointe, at sådanne forløbskoordinatorer har ansvaret for monitorering af flere forskellige kræftgrupper og ikke blot fokuserer på et enkelt forløb. Pointen er, at de kun herved gives det overblik og manøvrerum, der er forudsætning for ikke bare at identificere problemer, men også at se mulige løsninger. Det fremhæves som en væsentlig forudsætning, at disse forløbskoordinatorer har klinisk indsigt i et omfang, hvor de er i stand til at forstå og manøvrere i hospitalssystemet. Samtidig må de imidlertid også have analytisk overblik og evnen til at anvende IT.

Forløbskoordinatorer som parallelt ledelseslag

Forløbskoordinatorer i en tredje og mere overordnet betydning findes hos enkelte interviewpersoner i form af en lægefaglig teamleder med fagligt, økonomisk og rekrutteringsmæssigt ansvar for patientforløb. Den lægefaglige teamleder vil i denne forståelse have egentlige ledelsesmæssige beføjelser overfor de medarbejdere, der er tilknyttet teamet, og referere til en mere overordnet kræftforløbschef, der placeres sideordnet med afdelings- eller centerledelserne. Interviewpersonerne forholder sig generelt meget skeptiske til denne løsning, da de ikke vurderer det er hensigtsmæssigt at indføre et parallelt ledelsessystem specifikt for kræftbehandling. Holdningen er generelt, at den traditionelle hierarkiske sygehusorganisation skal opbygge evnen til at håndtere *forløb* – kræftforløb på linje med andre – og at det udmærket kan lade sig gøre indenfor det eksisterende system, blot der arbejdes bevidst med det.

Forløbsledelse via tværgående teams

Faglige teamstrukturer er det alternativ til forløbskoordinatorer, som flest fagpersoner udpeger. Flere interviewpersoner har gode erfaringer med mere eller mindre faste tværfaglige teams, der i samarbejde udøver forløbsledelsen indenfor rammerne af det eksisterende organisatoriske hierarki. Nogle vælger en formel leder, mens andre har en uformel. Nogle har faste møder på faste ugedage, mens andre mødes løbende omkring enkelte patienter eller forløbsmæssige problemer. Igen andre konstitueres ad hoc – evt. ved hjælp af en forløbskoordinator – når der, fx i forbindelse med indlæggelse vurderes at være behov.

I enkelte tilfælde beretter interviewpersoner om, at der har været behov for konkret og i forhold til enkeltstående patientforløb at give teamet direkte reference til sygehusledelsen, dvs. udenom afdelingsledelsen. Det har været vurderet nødvendigt, fordi afdelingsledelsen ikke gav patientområdet en prioritet, som sygehusledelsen og regionen ønskede. Interviewpersoner fastholder imidlertid, at det kun er noget, der bør ske rent undtagelsesvist, og at det er utænkeligt med en tilsvarende struktur for samtlige cancerområder, da afdelingsledelsen vil undermineres, hvis den kun står tilbage med budgetansvar.

Det anbefales på baggrund af interview:

- ◆ At lade det være op til den enkelte sygehusledelse at bestemme, hvordan og hvorvidt der vil arbejdes med forløbskoordinatorer og/eller tværfaglige teams.

7 Service til almen praksis

En del interviewpersoner har påpeget, at selv om pakkeforløbene giver en bedre service i forhold til de praktiserede læger, så vil almen praksis stadig stå tilbage med en række patienter, der falder udenfor pakkeforløbene, men hvor der stadig er en væsentlig mistanke om at patienten er alvorligt syg. Disse patienter vurderes af de praktiserende læge som en stor belastning, da man hverken har den tilstrækkelige viden til at guide patienten det rigtige sted hen i systemet eller mulighed for at overlevere dem til sygehusvæsenet. Det er uklart hvor mange patienter der er tale om, men det er tydeligt, at det fylder meget for den praktiserende læge, når patienten vurderes at fejle noget ondartet, men der ikke tilbydes vejledning til, hvad de bør gøre, og hvor der er risiko for, at patienten skal gennemgå en meget langvarig udredning baseret på en "trial and error" tilgang. Der efterspørges mulighed for at kunne henvise patienten subakut til en hurtig bredspektret udredning, evt. kombineret med muligheden for at ringe til en specialist for at søge vejledning. Disse behov er ikke isoleret til tilfælde hvor der er tale om en mistanke om cancer, men vedrører generel mistanke om ondartet sygdom.

Udredningscentre

Fra sygehusperspektiv og administrativ side udtrykkes der stor velvilje til at give almen praksis den bedst mulige service. Eksempler som åbent ambulatorium er allerede mange steder introduceret, fx til udvalgte røntgenydelser. Det anerkendes, at der kan være tilfælde hvor sygehuse til tider har lavet en egen administrativ praksis, hvor henvisninger som ikke er helt korrekte sendes retur til praksis, men alle er enige om, at det ikke er rimeligt, og at almen praksis skal gives adgang til let at kunne trække på det diagnostiske system og til at aflevere problemstillingen til sygehuset, når det efter standard undersøgelse ikke har været muligt at finde en årsag til symptomerne. Det vurderes at denne overlevering pt. foregår ved indlæggelse eller en henvisning med "cancer obs". Men det vurderes ikke for nogen parter at være en hensigtsmæssig løsning.

Erkendelsen af problemer har i Region Midt medført, at der i 2008 etableres et center for intern medicin i forbindelse med nedlæggelsen af et akutberedskab. Dette vil råde over 7 ud af 9 medicinske speciale, og hensigten er, at patienter der henvises inden kl. 12 vil kunne få tid til udredning samme dag. Andre steder anfører interviewpersonerne, at det fx kan være en mulighed at give praktiserende læger adgang til flere subakutte tider i akuthuse, på akut medicinske modtageafdelinger eller daghospitalet. En hyppigt nævnt barriere for etableringen af denne type tilbud er dog en manglende viden om behovets størrelse, og hvor stor variationen i efterspørgslen vil være, hvorfor det a priori er vanskeligt at vurdere, hvor stor ressourceudnyttelsen vil være. Interviewpersonerne vurderer dog, at der er et reelt behov, og at der – forudsat at det kommunikeres klart ud til de praktiserende læger at muligheden findes, og at der er frit valg hertil – vil være mulighed for at få en fornuftig ressourceudnyttelse. Det vurderes dog ikke i afsættes som en god ide at oprette den type tilbud ved alle landets sygehuse.

Behovet for rent fysisk at samle speciallægerne i et center, vurderer interviewpersonerne forskelligt. Flere pointerer, at det er vigtigere, at der er en fast tværfaglig lægelig ledelse, som sikrer et ikke for snævert perspektiv i forhold udredningen. Denne ledelse kunne fx være knyttet til en tværgående ledelse i forbindelse med de øvrige diagnostiske funktioner. Det nævnes endvidere af flere, at der er behov for løbende monitorering af gennemløbstidshastigheden og aktiviteten for at undgå, at fokus svin-

ger tilbage til de indlagte patienter. Nogle interviewpersoner pointerer endvidere vigtigheden af at forløbene nationalt bliver standardiseret, således at udredningen ikke senere skal gentages. Dette anses for at være særligt vigtigt, hvis praktiserende læger fra hele landet skal kunne henvise til et mindre antal regionale centre. En forudsætning for, at dette praktisk set er muligt, er, at det online er muligt at se, hvor der er ledig kapacitet.

Telefon service

Ud over muligheden for lettere at kunne overlevere patienter til sygehuset, efterspørger flere praktiserende læger muligheden for lettere at kunne ringe til hospitalets specialister. Dette er i princippet allerede muligt mange steder, men interviewpersonerne fremhæver, at de praktiserende læger sjældent har overblik over, hvordan de får fat i den rigtige kompetence. Igen er der stor velvilje fra udbyderne om at kunne levere denne service, men det er uklart, hvordan det bedst etableres i den nuværende organisation. Rent praktisk fremhæver enkelte interviewpersoner, at DRG systemet vil fungere som en barriere for denne type tiltag, da de ikke honoreres.

Det anbefales på baggrund af interview:

- ◆ At servicetilbudene til de praktiserende læger udbygges, særligt for patienter der falder uden for pakkeforløb
- ◆ At behovet for subakut udredning vurderes
- ◆ At tilbudene tilrettelægges i samarbejde med almen praksis
- ◆ At erfaringerne fra allerede planlagte tiltag opsamles og formidles.

8 Opsummering

Der er i hvert afsnit angivet en række specifikke anbefalinger. Her samles de mest væsentlige tværgående anbefalinger og pointer.

Det anbefales:

- ◆ At ansvaret for implementering af pakkeforløb entydigt forankres i sygehusledelsen
- ◆ At der opstilles klart definerede, realistisk opnåelige mål for ventetid og kvalitet
- ◆ At det har klare og synlige konsekvenser ikke at nå målene – på alle niveauer.

Som et krav for at sygehusledelsen kan leve op til ansvaret anbefales endvidere:

- ◆ At sygehusledelsen gives adgang til et ledelsesinformationssystem der giver valid og opdateret information om målopnåelse
- ◆ At sygehusledelsen gives adgang til analyseressourcer med relevante kvalifikationer ift. patientlogistik og kvalitetsmål mv.
- ◆ At sygehusledelsen gives reel muligheder for at omdisponere ressourcer.

Ved implementering af pakkeforløb skal der endvidere være særligt fokus på barrierer i form af:

- ◆ Demotivation og mistro hos personalet - der er behov for at opbygge tro på en bedre fremtid og behov for at anerkende fremskridt
- ◆ Store vanskeligheder ved at anvende de nuværende informationssystemer til monitorering af mål-opfyldelse
- ◆ Uvilje i det politiske system til reelt at prioritere forskellige målsætninger, alt kan ikke gives toprioritet på samme tid.

Bilag 1: Skriftlige kilder

Cool, T. The effectiveness of Inpatient Case Management: Fact or Fiction? *Journal of Nurse Adm.* 28 (4), 1998, 36-46

Dagens Medicin, Diagnostiske Centre skal hjælpe de vanskeligste kræftpatienter, uge 22/11 2007

Dagens Medicin, Onkologer spiser skam kameler (leder), uge 22/11 2007

Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi, Fælles svartider, præsentation af 5. november 2007

Danske Regioner, Notat om Kræftbehandling uden ventetid, Sag. Nr. 07/2692, 27/9-2007

Danske Regioner, Effektive sygehuse – I et nyt sundhedsvæsen – debatoplæg til Sundhedsfagligt Forum, 2006

DMCG.dk, Generisk model for sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb, notatudkast af 19-11-07

DMCG.dk, Generelle retningslinier for henvisning fra almen praksis af patienter med mulig cancerdiagnose, notatudkast af 23-11-07

DMCG.dk, Patientinformation, notatudkast af 23-11-07

DMCG, Kontaktpersonordning i forbindelse med kræftpakker, Notatudkast af 23-11-07

DMCG.dk, Patienter der ikke passer ind i pakkeforløb, Notatudkast af 16-11-07

Goodwin, JS et al. Effect of Nurse Case Management on the Treatment of Older Women with Breast Cancer, *Nurse Case Managers* 51(9) 1252-9

HSE Managed Care Control Networks and Centers Working Group, National Cancer Control Strategy – Establishment of Managed Care Control Networks and Designation of Eight Cancer Centers, Ireland 2007

Huber, D. The Diversity of Case Management Models, *Lippincott's Case Management*, 2002, 248-255

Jennings-Sander, A et al. How Do Nurse Case Managers Care for Older Women With Breast Cancer, *ONF*, 200532 (3) :625-33

Kozachik, SL. et al. Improving Depressive Symptoms Among Caregivers of Patients with Cancer: Results of a Randomized Clinical Trial, 2001, *ONF* 28 (7)

Kræftens Bekæmpelse, Kraftbehandling uden ventetid, Sammendrag af debatten den 28. august, 2007

Lee, D et al. Case management: a review of the definitions and practices, Journal of Advanced Nursing, 1998,27, 933-939

Nylenna, M. Diagnosing cancer in general practise; when is cancer suspected? BMJ 1986, 293 245-8

Olesen, F. Kræft, der opdages I tide, kan vente – og lidt andet om ventelister, 2004, Ugeskrift for læger; 166 (38): 3316

Palshof, T. Notat vedrørende anbefalinger til sikring af et accelereret diagnostik- og behandlingsforløb for kræftpatienter, DMCG.dk, 2007

Potter, S et al. Referral patterns, cancer diagnoses, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: Prospective cohort study, BMJ 2007; 335:288

Regeringen og Danske Regioner, Aftale om gennemførelse af målsætning om akut handling og klar besked til kræftpatienter, 12. oktober 2007

Region Midtjylland, Akut Kræftbehandling, Bilag til Forretningsudvalgets møde 18. september 2007

Ritz, LJ et al. Effects of Advanced Nursing Care on Quality of Life and Cost Outcomes of Women Diagnosed With Breast Cancer, 2000, ONF 27 (6)

Stanton, M et al. Case Management Evolution – From Basic to Advanced Practical Role, Lippincott's Case Management, 2005, 10(6): 274-4

Sundhedsstyrelsen, Kræftplan II, Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet, 2005

Sundhedsstyrelsen, Opfølgning på kræftplan II, 2007

Sweetly, L et al. Patient-centred Management of Complex Patients Can Reduce Costs Without Shortening Life, The American Journal Of Managed Care, 2007, 13 (2) 84-92

Zander, K, Nurse Case Management in the 21st Century: Intervention Where Margin Meets Mission, Nurse Admin Q, 2002 26(5): 58-67

Bilag 2: Interviewguide

1: Hvor ser du de største problemer i forhold til cancerforløb?

2: Hvad kan man gøre for at løse dem?

3: Hvordan ser du den ledelsesmæssige forankring af cancerforløb?

4: Hvordan forholder du dig til emner som:

- Monitorering (national)
- Forløbskoordinatorer
- Fællesledelse af flere funktioner
 - ◇ Center
 - ◇ Endo- og billeddiagnostik
- Multidisciplinære cancergrupper
- Praksisservice
 - ◇ Remis henvisning/subakut diagnostisk funktion
 - ◇ Call-service
- Ledelsesinformation/patientinformation
 - ◇ Offentliggørelse af forløbsdata?
 - for hvem?
 - af hvem?
- DRG afregning

5: Noget væsentligt vi mangler at få med