

Høringssvar vedrørende revideret vejledning om maksimale ventetider for kræft

LVS takker for muligheden for at kommentere på vejledningen.

Foruden nedenstående vedhæftes kommentarer fra Dansk Selskab for Almen Medicin. Disse indgår også i LVS' høringssvar.

Det store administrative fokus på overholdelse af tidsgrænser overskygger desværre det, der vil gøre gavn for patienterne. LVS mener derfor, at der er behov for, at man indfører en differentieret ventetid, som tillader fagligt skøn og giver bedre tid til inddragelse af patienter og pårørende i processen. De nuværende undtagelsesbestemmelser dækker ikke behovet, da kræftpatienters behov er langt mere varierede, end hvad der er tilgodeset i bestemmelserne.

Monitoreringen af ventetider er et godt værktøj til at identificere områder eller steder, hvor tiderne skrider, men den er ikke i sig selv en garant for høj kvalitet i patientbehandlingen, blandt andet fordi de maksimale ventetider ikke er fagligt begrundede. Et unuanceret fokus på overskridelse af ventetider risikerer desuden nemt at skabe en ikke begrundet utryghed hos borgerne. Det kan ikke have været tanken med de maksimale ventetider.

LVS står selvfølgelig til rådighed for en uddybelse af disse synspunkter.

LVS har nedenstående konkrete bemærkninger.

Punkt 1.1

Der bør skelnes mellem patienter, der er afsluttet fra kontrolforløb og dermed skal forfra i udredningen og patienter, der stadig er i kontrolforløb efter behandling.

Hvad angår sidstnævnte, vil en hurtig udredning også være relevant, men der kan være situationer, hvor patienten fx har været igennem strålebehandling eller operation, og hvor tolkningen og udredningen og de beslutninger, der skal træffes på den baggrund, vil være komplicerede. Disse situationer egner sig ikke til kræftpakker og maksimale ventetider.

Punkt 2 2.

Hvordan vurderes og dokumenteres konkret begrundet overvejelse om kræft? Der er brug for en tydeliggørelse.

Punkt 2 side 2

Patienten kan ikke give fuldt informeret samtykke på tværs af afdelinger. Når patienten har modtaget initial behandling, er der ikke behov for ny maksimal ventetid, da udviklingen af kræftsygdommen er under kontrol. Der er derfor ikke grund til at anvende regler om maksimal ventetid ved viderehenvisning til anden afdeling.

Punkt 4.1

Jf. punkt 3 beskrives dag 0 som MDT eller tilsvarende. I punkt 4.1 og 4.3 beskrives samtykke til behandling. Der er således ikke overensstemmelse i formuleringerne. Dette vil give risiko for misforståelser og varierende fortolkninger.

Patienten vil oftest ikke deltage i MDT'en og vil dermed ikke kunne afgive informeret samtykke på dag 0 (MDT). En fuldstændig klar definition af dag 0 er derfor essentiel for håndtering, indberetning og arbejdet med overholdelse af maksimale ventetider.

Hvis dag 0 defineres som dagen for MDT, er der risiko for at patientens medbestemmelse og reelle informerede samtykke samt mulighed for patient- og pårørendeinddragelse og for optimering af patientens almentilstand nedprioriteres af hensyn til overholdelse af reglerne om det hurtige forløb op til behandling. Det er åbenlyst ikke til gavn for patienterne.

Hvis dag 0 defineres som dagen for informeret samtykke, vil det give lidt fleksibilitet i behandlingsforløbet og dermed mulighed for at inddrage patienten og de pårørende langt bedre i beslutningen om behandling. Dette vil ikke være en glidebane, da 28-dages fristen stadig er gældende.

Punkt 5

Indførelsen af maksimale ventetider var en klar forbedring for patientforløbene i forhold til udgangspunktet *uden* tidsgrænse. Dansk Thoraxkirurgisk Selskab peger dog på, at der ingen forskel er på langtidsprognosen, om der tilbydes kirurgi på 14., 16. eller 19. dagen.

Dette illustrer, at monitoreringen af ventetider ikke i selv er et udtryk for kvalitet, da ventetiderne ikke er fagligt begrundede. Det skal desuden bemærkes, at kvaliteten af den kirurgiske kræftbehandling og tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme er i (international) top i Danmark.

Punkt 6

Der journalføres omfangsrigt i forbindelse med overskridelse af maksimale ventetider i henhold til lovgivning og god skik om journalføring.

Fra de udredende enheder er der koordinerede melde-systemer, der registrerer eventuelle interne udfordringer fx forlængede ventetider på en enkeltstående undersøgelse i et cancerudredningsforløb. Der er imidlertid ikke en kodeprocedure for dette. Der er koder til registrering af patientønsker.

Til gengæld kan man have en formodning om, at kodning for interkurrent sygdom, som forsinket udrednings- og behandling af cancer, ikke foregår entydigt på landsplan.

For at kunne følge udviklingen tæt, både hvad angår afvigelser fra maksimal ventetid i udredning og behandling fra udredende og behandlende afdelingers side, og de direkte patientrelaterede årsager til overskridelse af maksimal ventetid ensartet på landsplan, vil ensartet kodning være formålstjenestelig.

Derfor bør de nuværende muligheder for kodning af overskridelse af ventetider genbesøges og gøres entydig til brug for relevante afdelinger.

Punkt 7.4

Hvordan defineres tydelig beskrivelse? Der er brug for en uddybende beskrivelse.

Punkt 9.2

Det er forbundet med et meget stort administrativt arbejde at afsøge muligheder for at flytte patientens forløb forud for samtale med patienten i de situationer, hvor patientens maksimale ventetid overskrides med en eller nogle få dage. Der bør skelnes mellem strukturelle udfordringer med at overholde maksimale ventetider for en bestemt patientgruppe og situationer, hvor nogle konkrete omstændigheder kan forsinke

en enkelt patients behandlingsopstart en smule, sådan at man bruger de sparsomme administrative ressourcer bedst muligt.

Venlig hilsen

Marie Pinholt Krabbe
Sekretariatschef
Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Kristianiagade 12, 2100 Købehavn Ø
Tlf. 35 44 84 06 - Mobil 23 71 33 40

ORGANISATIONEN AF
LÆGE
VIDENSKABELIGE
SELSKABER