**B E S L U T N I N G E R**

**REGION HOVEDSTADEN**
**Forberedelsesudvalget**

# UNDERUDVALGET VEDR. SYGEHUSSTRUKTUR

## Torsdag den 9. november 2006

## Kl. 15.00

## Amtsgården i Hillerød, mødelokale 2152

## Møde nr. 7

Medlemmer:
Jørgen Christensen
Knud Andersen
Benedikte Kiær (afbud)
Kirsten Lee
John Philip
Peer Wille-Jørgensen
Leila Lindén
Per Seerup Knudsen
Leif Flemming Jensen
Marie Fugl (afbud)
Anna Rosbach

Morten Rand Jensen og Svend Hartling fra koncerndirektionen samt Katrine Tang fra regionssekretariatet var til stede ved mødet.

**Indholdsfortegnelse**

---

**Side:**


1. Specialeplanlægning: De kirurgiske specialer 3

2. Kræftkirurgi 7

3. Skadestuer og akutmodtagelse 9

4. Eventuelt 12

**SAG NR. 1**

**DE KIRURGISKE SPECIALER**

## SAGSFREMSTILLING

Som 2. del af en afrapportering fra tilbagemeldinger og møder med de sundhedsfaglige råd vil der på mødet blive foretaget en gennemgang af de kirurgiske specialer. Rådenes besvarelser og supplerende bemærkninger fra møderne (som er godkendt af rådene) er vedlagt.

De kirurgiske specialer omfatter alle former for operative indgreb. I specialesammenhæng er "kirurgi" imidlertid mere snævert, idet specialet alene omfatter undersøgelse, behandling og kontrol af sygdomme og skader og medfødte misdannelser i mave-tarm systemet. De kirurgiske specialer som gennemgås på mødet omfatter: kirurgi (kirurgisk gastroenterologi), børnekirurgi, ortopædisk kirurgi, urologi, thoraxkirurgi, karkirurgi, plastikkirurgi og mammakirurgi.

Mave-tarmkirurgien og ortopædkirurgien er centrale specialer på hovedfunktionsniveau og fokus er derfor især på disse to specialer i det nedenstående.

De mave-tarm kirurgiske sygdomme er ofte karakteriseret ved enkeltstående indlæggelser og sygdomsperioder. Ca. 90% af den samlede mave-tarm kirurgiske behandling er på hovedfunktionsniveau, og ca. 80% af de mave-tarm kirurgiske patienter indlægges akut.

For akutte mave-tarm kirurgiske patienter gælder, at indlæggelsesdiagnosen ofte er uspecifik (abdominalia acuta, 'ondt i maven'). De akutte patienter har behov for tæt observation og pleje i de første døgn, og 10-20% opereres indenfor 24 timer efter indlæggelsen. For elektive patienter er indlæggelsesdiagnosen specifik. Behov for tæt observation og pleje samt risiko for akut behandlingskrævende komplikationer de første døgn efter operation betyder, at et kirurgisk vagtberedskab er nødvendigt for at kunne overvåge og evt. reoperere indlagte patienter.

Med hensyn til sammenhængen til andre specialer er en anæstesiologisk funktion en forudsætning for mave-tarm kirurgi. Anæstesiologi er således nødvendig for opretholdelsen af operationsgang, opvågningsfunktion samt intensiv funktion. De kirurgiske specialer trækker desuden på de diagnostiske specialer - med større vægt på patologi end de medicinske specialer.

Det er vanskeligt at forestille sig en akut mave-tarm kirurgisk funktion på et hospital uden en akut intern medicinsk funktion. Således visiteres en del af de akutte patienter uden sikkert kendskab til, om symptomerne (f.eks. mavesmerter) har medicinsk eller kirurgisk årsag. Dertil kommer, at det ofte er ældre patienter, der også har medicinske sygdomme og behov for medicinsk tilsyn og bistand til optimering af tilstanden, samt at akutte episoder hos kirurgiske patienter (f.eks. akut opståede hjerte-lungeproblemer, herunder hjertestop) kræver akut bistand fra anæstesi/intensiv og/eller fra medicinsk side.

Ortopædisk kirurgi omfatter forebyggelse, undersøgelse og behandling af medfødte og erhvervede sygdomme i bevægeapparatet, såvel af traumatisk (dvs. grundet ulykke) som af ikke traumatisk art. Ortopædkirurgi er et stort grundspeciale med flere ekspertområder. Specialet har et stort volumen.

Ortopædisk kirurgi organiseres i dag oftest i akut og elektiv ortopædkirurgi. Det er i højere grad end f.eks. for kirurgisk gastroenterologi muligt organisatorisk at adskille den akutte ortopædkirurgi fra den elektive ortopædkirurgi. Ved etablering af rent elektive ortopædkirurgiske funktioner kan vagtforpligtelsen reduceres på disse enheder, men ikke nødvendigvis samlet.

De ortopædkirurgiske afdelinger er almindeligvis tillagt ansvar for skadestuefunktionerne samt den primære modtagelse og visitation af den hårdt kvæstede patient (traumebehandling).

De ortopædkirurgiske afdelinger er storforbrugere af røntgendiagnostik og dermed afhængige af samarbejdet med en diagnostisk radiologisk afdeling.

Ortopædiske afdelinger forudsætter endvidere tilstedeværelsen af anæstesiologisk funktion. Desuden er ortopædkirurgiske patienter ofte ældre patienter med andre sygdomme, som forudsætter en samtidig medvirken af en intern medicinsk afdeling.

Generelt for kirurgien gælder, at hvis elektive kirurgiske operationer udskilles og placeres på en adresse adskilt fra den akutte kirurgi, skal en række forhold tages i betragtning, f.eks. akut transport af patienter med behandlingskrævende operationskomplikationer samt selektionen af patienter.

Hvorvidt en elektiv kirurgisk funktion kan fungere på et hospital uden medicinsk funktion, afhænger af selektionen af patienter. Hvis der alene opereres patienter uden komplicerende lidelser, vil det kunne lade sig gøre.

Det sundhedsfaglige råd for kirurgi har vurderet, at der for at sikre en fagligt og kvalitetsmæssigt bæredygtig funktion børe være et befolkningsunderlag på optimalt omkring de 300.000 - 400.000, mens det sundhedsfaglige råd for ortopædkirurgi har vurderet, at et optimalt befolkningsunderlag er omkring de 300.000.

Ved mødet med det sundhedsfaglige råd for ortopædkirurgi blev det bemærket at et befolkningsunderlag på 300.000 ikke er en fast vurdering, men at det kunne være f.eks. 275.000 - 320.000, samt at der i Frederiksborg Amt i dag er et befolkningsunderlag på 375.000 for en funktion, der vurderes som velfungerende.

For de andre kirurgiske specialer som gennemgås vurderer flere af rådene, at der optimalt bør være et befolkningsunderlag på ca. 1.6 mio. indbyggere eller mere. Det gælder således for børnekirurgien, thoraxkirurgien og karkirurgien, mens anbefalingerne for urologien, plastikkirurgien og mammakirurgien er mindre entydige.

Befolkningsunderlag for kirurgiske hovedfunktioner

| **Kirurgi** | **Mindst** | **Optimalt** | **Højest/muligt** |
|---|---|---|---|
| Kirurgi | 250.000 | 300.000 - 400.000 | |
| Børnekirurgi | 1.600.000 | 1.600.000 | |
| Ortopædisk kirurgi | 200.000 | 300.000 | 375.000? |
| Urologi | 350.000 | 350.000 - 1.600.000 | |
| Thoraxkirurgi | 1.600.000 | 2.400.000 | |
| Karkirurgi | 600.000 | 1.700.000 | |
| Plastikkirurgi | 500.000-1.000.000 | 1.000.000 | |
| Mammakirurgi | 250.000 - 350.000 | 500.000 - 800.000 | |

Rådene anfører generelt, at der ingen eller begrænset evidens er for de angivne befolkningsunderlag. Rådenes vurderinger er derfor primært baseret på egne erfaringer for, hvad der vil være optimalt ud fra hensyn til kvalitet, patientindtag, antal speciallæger pr. afdeling, nærhed, rekruttering, forskning og optimal ressourceanvendelse.

Svend Hartling vil på mødet gennemgå tilbagemeldingerne fra de sundhedsfaglige råd med henblik på drøftelse af de relevante forhold omkring befolkningsunderlag og sammenhæng mellem specialerne.

---

**BESLUTNING**

Svend Hartling gennemgik de kirurgiske specialer, hvorefter udvalget gennemgik og diskuterede tilbagemeldingerne.

Udvalget efterspurgte oplysninger om fordelingen mellem elektiv og akut behandlingen i de pågældende specialer.

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

---

Bilagsfortegnelse:

1. Kirurgi
2. Børnekirurgi
3. Ortopædisk kirurgi
4. Urologi
5. Thoraxkirurgi
6. Karkirurgi
7. Plastikkirurgi
8. Mammakirurgi

Sagsnr.: 200500158

Arkiv: 1-16-0

**SAG NR. 2**

**KRÆFTKIRURGI**

## SAGSFREMSTILLING

For langt de fleste kræftsygdomme er kirurgi den vigtigste behandling. Kræftkirurgi er et fagområde for specialister, der ikke kan udøves af enhver kirurgisk speciallæge. I Danmark varetages den kirurgiske kræftbehandling imidlertid ikke på specielle kræftafdelinger, men indenfor de organrelaterede opererende specialer og grenspecialer. F.eks. behandles tarmkræft således på de kirurgiske gastroenterologiske afdelinger, gynækologisk kræft på de gynækologiske afdelinger etc. For mange forløb gælder dog, at der som anbefalet i kræftplan II og for at forbedre den kræftkirurgiske kvalitet, er etableret tværfaglige team, hvor operationerne udføres i samarbejde mellem flere specialer. F.eks. vil en patient med tarmkræft, hvor også urinvejene er involveret, blive opereret af både mavetarmkirurg og urolog.

Indsatsen omkring kræftpatienter på de organspecialiserede afdelinger omfatter diagnostik, operativ behandling, postoperativ behandling samt i vid udstrækning også den terminale pleje af patienterne.

Flere forhold har betydning for den kræftkirurgiske indsats og kvalitet, herunder:

- operationstidspunktet i forhold til sygdomsstadiet,
- et tilstrækkeligt stort antal operationer pr. kirurg og pr. afdeling,
- uddannelse/efteruddannelse af kirurgen,
- etableringen af et multidisciplinært samarbejde, og
- det samlede team og efterlevelse af kliniske retningslinjer.

I Kræftplan I anbefales en samling af den kirurgiske kræftbehandling således, at der i de enkelte amter er et tilstrækkeligt befolkningsunderlag for opbygning af den nødvendige ekspertise. Herudover blev det anbefalet, at der afsættes tilstrækkeligt med ressourcer til løbende efteruddannelse af kirurgerne. Også i Kræftplan II anbefales, at den fremtidige kirurgiske behandling af kræftsygdomme samles i afdelinger, der har et tilstrækkeligt operationsmæssigt volumen inden for de enkelte kræftformer til at sikre den fornødne behandlingsmæssige kvalitet, og til at denne kan vurderes på et forsvarligt talmæssigt grundlag.

I rapporten "Forbedring af kirurgisk kræftbehandling – de lægevidenskabelige selskabers anbefalinger" fra juni 2006 fremlægger de lægevidenskablige selskaber deres anbefalinger for, hvorledes Kræftplan II´s generelle anbefalinger om forbedring af den kirurgiske kræftbehandling kan gennemføres indenfor de enkelte specialer. Sundhedsstyrelsen har ikke taget stilling til de lægevidenskabelige selskabers konkrete anbefalinger.

Processen med samling af den kirurgiske kræftbehandling på færre enheder startede i Region Hovedstaden før Kræftplan I. Den er fortsat siden, således at den kirurgiske behandling af de fleste kræfttyper i dag er samlet ét sted hos regionsparterne, jf. nedenstående tabel. Der udføres ikke kirurgisk kræftbehandling på Bornholm, idet patienterne herfra opereres på Rigshospitalet eller Hvidovre Hospital

Oversigt over samling af kirurgien for udvalgte kræftformer

| | Brystkræft | Lungekræft | Tarmkræft | Kræft i æggestok | Kræft i urinblære | Øvrige gastro-int. kræft |
|---|---|---|---|---|---|---|
| H:S | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| Københavns | 1 | 1 | 2/3 | 1 | 1 | 3 |
| Frederiks-borg | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Bornholm | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Som det fremgår af oversigten, er der således i nogen udstrækning allerede sket en samling af kræftkirurgien i regionen, men der synes fortsat at være grundlag for en yderligere samling særligt i relation til kræftkirurgien inden for gastrokirurgien. Samling af kræftkirurgien hænger således i vid udstrækning sammen med den generelle samling af såvel de kirurgiske hovedfunktioner som specialfunktioner.

Det indstilles, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

---

**BESLUTNING**

Svend Hartling redegjorde for den nuværende organisering af den kræftkirurgiske behandling, som afsæt for udvalgets drøftelse.

Udvalget efterspurgte regionens dødelighedstal for de hyppigste kræftformer. Endvidere ønskede udvalget i sin endelige afrapportering at beskrive dilemmaerne på det kræftkirurgiske område.

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

---

Sagsnr.: 200500158

Arkiv: 1-16-0

## SAG NR. 3

## SKADESTUER OG AKUTMODTAGELSE

### SAGSFREMSTILLING

En skadestue er den organisatoriske enhed, der modtager, diagnosticerer og eventuelt behandler patienter med akut opstået sygdom eller skade. Patienter kan indbringes til skadestuen med ambulance efter 112-opkald, visiteret af sundhedsfaglig person eller på eget initiativ.

En akut modtagelse er den organisatoriske enhed på hospitalet, der modtager, midlertidigt diagnosticerer, observerer, og behandler samt evt. viderevisiterer patienten til en sengeafdeling på hospitalet. Patienten kan alene indbringes til akut modtagelse med en lægehenvisning.

For enkelte grupper af patienter er der derudover etableret særlige former for akut modtagelse på hospitalerne. Det gælder fødsler, børn, patienter med akut apopleksi til trombolysebehandling og patienter med stor blodprop i hjertet, der modtages direkte på de relevante afdelinger.

Ca. 75% af ydelserne på en skadestue er kirurgiske, helt overvejende ortopædkirurgiske, mens ca. 75% af ydelserne i den akutte modtagelse omhandler medicinske patienter. Ca. 15% af skadestuebesøgene fører til indlæggelse, heraf en relativ større andel om natten end om dagen.

Lidt over halvdelen af de patienter, som modtages i akut modtagelsen indlægges efterfølgende.

De medicinske patienter i skadestuen og modtagelsen frembyder et betydeligt overlappende sygdomsfelt, mens de kirurgiske patienter i skadestuen helt overvejende har traumatisk betingede sygdomme. Det overlappende sygdomsfelt i skadestue og modtagelse og effektivitet i tilrettelæggelsen af arbejdet de to steder betyder, at skadestue og modtagelse på flere hospitaler fungerer integreret med fælles personale.

Skadestuens periferiydelse i form af behandling af mindre skader og tilsvarende helbredsmæssige problemer er principielt ikke en sygehusydelse. Traditioner, samt de relativt korte afstande i regionen har medført, at denne funktion varetages

i skadestuerne på alle regionens nuværende hospitaler. Tilsvarende har de praktiserende læger/lægevagtsystemerne ikke taget den opgave.

Traumebehandling på niveau 1 udføres på Rigshospitalets traumecenter. Niveau 2 traumecentre findes i dag på Bispebjerg, Amager, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hillerød og Hvidovre. Alle sygehuse undtagen Hørsholm har skadestuefunktion. Alle skadestuer er åbne for selvhenvendere og døgnåbne, på nær den på Amtssygehuset i Herlev, der er lukket om natten, og Rigshospitalets funktion som er visiteret.

Skadestueaktivitet i 2005

| | |
|---|---|
| Bornholm | 6.883 |
| Rigshospitalet | 11.194 |
| Frederikssund | 19.750 |
| Helsingør | 21.558 |
| Hillerød | 25.777 |
| Frederiksberg | 26.526 |
| Herlev | 35.643 |
| Hvidovre | 39.121 |
| Amager | 39.662 |
| Bispebjerg | 42.375 |
| Gentofte | 43.491 |
| Glostrup | 48.199 |

Det sundhedsfaglige råd for præhospital indsats og akut behandling har vurderet, at der for at sikre en fagligt og kvalitetsmæssigt bæredygtig kirurgisk såvel som medicinsk skadestue/modtagelse bør være et befolkningsunderlag på optimalt omkring de 300.000. På mødet med rådet blev det vuderet, at der var en øvre grænse ved et befolkningsunderlag omkring de 350.000. Der bør ud fra rådets vurdering kun være ét traumecenter niveau 1 i regionen.

| **Akutbehandling** | **Mindst** | **Optimalt** | **Højest/muligt** |
|---|---|---|---|
| Kirurgisk skadestue/akutfunktion | 200.000 | 300.000 | 350.000 |
| Medicinsk skadestue/akutfunktion | 200.000 | 300.000 | 350.000 |
| Traumecenter 1 | 1.600.000 | 1.600.000 | |

Ansvaret for skadestuefunktionen er almindeligvis tillagt de ortopædkirurgiske afdelinger og et ortopædkirurgisk vagtberedskab og en akut intern medicinsk funktion er en forudsætning for opretholdelse af en skadestue. En fuldt udbygget fælles akutmodtagelse på et sygehus med hovedfunktion forudsætter tilgængelighed af følgende specialer:

- Anæstesiologi
- Ortopædkirurgi

- Kirurgi
- Intern medicin
- Radiologi
- Klinisk biokemi

Det er drøftet, om det er muligt at have en åben skadestue på et hospital uden akut mavetarm-kirurgisk funktion, og det vurderes, at det i givet fald vil forudsætte en god præhospital vurdering og visitation af patienterne enten via 112 eller ved ambulancetjenesten, således at patienter med oplagt kirurgiske problemer, traumer og uafklarede patienter bringes til en anden skadestue.

---

**BESLUTNING**

Svend Hartling gennemgik skadestue- og akutmodtagelsesområdet, hvorefter udvalget gennemgik og diskuterede tilbagemeldingerne fra det tværgående sundhedsfaglige råd.

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

---

Bilagsfortegnelse:
1. Præhospital indsats og akut betjening

Sagsnr.: 200500158
Arkiv: 1-16-0

**SAG NR. 4**

**EVENTUELT**

Det var intet under eventuelt.