



**Udredning vedr.
placering af behandlingen af
endetarmskræft og tyktarmskræft
(rectumcancer) (coloncancer)
“Sygehus Ringkjøbing”**

INDHOLDSFORTEGNELSE

Side

1	INDLEDNING-----	2
2	BAGGRUND-----	3
3	ANBEFALING-----	4
4	DET KIRURGISKE PERSPEKTIV (etape I)-----	5
	4.1 Aktuel organisering-----	5
	4.2 Aktivitet-----	5
	4.3 Kapacitet-----	6
	4.4 Udredning - det kirurgiske perspektiv (etape I)-----	8
	4.5 Konklusion af udredningen i etape I-----	11
5	DET KIRURGISKE PERSPEKTIV SET I SAMMENHÆNG MED DE SAMARBEJ- DENDE SPECIALER (etape II)-----	12
	5.1 Scenario 1 (samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Herning)-----	12
	5.2 Scenario 2 (samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Holstebro)-----	14
	5.3 Scenario 3 (opretholdelse af tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro og samling af endetarmskræftkirurgien i Herning)-----	16
	5.4 Scenario 4 (opretholdelse af tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro og samling af endetarmskræftkirurgien i Holstebro)-----	17
6	ØKONOMI-----	18
	6.1 Scenario 1 (samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Herning)-----	18
	6.2 Scenario 2 (samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Holstebro)-----	19
	6.3 Scenario 3 (opretholdelse af tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro og samling af endetarmskræftkirurgien i Herning)-----	20
	6.4 Scenario 4 (opretholdelse af tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro og samling af endetarmskræftkirurgien i Holstebro)-----	20
7	KONKLUSION-----	21

1. INDLEDNING

Sundhedsdirektionen har udarbejdet et kommissorium for en nærmere udredning af grundlaget for placeringen af behandlingen af endetarmskræftkirurgien (rectumcancer) og tyktarmskræftkirurgien (coloncancer) på "Sygehus Ringkjøbing".

Kommissoriet for udarbejdelsen af denne rapport er en bunden opgave med beskrivelse af 4 scenarier for placeringen af behandlingen:

Scenario 1. Endetarms- og tyktarmskræftkirurgien samles på matrikel Herning.

Scenario 2. Endetarms- og tyktarmskræftkirurgien samles på matrikel Holstebro.

Scenario 3. Endetarmskræftkirurgien samles på matrikel Herning og tyktarmskræftkirurgien opretholdes både i Herning og Holstebro.

Scenario 4. Endetarmskræftkirurgien samles på matrikel Holstebro og tyktarmskræftkirurgien opretholdes både i Herning og Holstebro.

Arbejdet har været opdelt i 2 etaper. Første etape har beskrevet de fire scenarier ud fra en kirurgisk indgangsvinkel. Beskrivelserne i første etape er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af:

Ledende overlæge Gerner Duch (formand)
Ledende oversygeplejerske Elsebeth Borg
Konst. klinikleder, Overlæge John Bartholin
Overlæge Erling Würtz
Overlæge Mogens Rørbæk Madsen
Klinikoversygeplejerske Anne-Grethe Skov Iversen
Klinikleder, overlæge Erik Skovbo Christensen
Overlæge Henrik Sloth
Overlæge Niels Hald
Klinikoversygeplejerske Gitte Kjær Nielsen

Med udgangspunkt i ovennævnte arbejdsgruppes afrapportering har der været en udvidet arbejdsgruppe med deltagelse af eksterne samarbejdspartnere, hvor opgaven har været en beskrivelse af konsekvenserne af de opstillede scenarier for samarbejdspartnere.

I den udvidede arbejdsgruppe har været repræsenteret:

Centerchef Anna Birthe Bach (formand)
Ledende overlæge Gerner Duch
Ledende oversygeplejerske Elsebeth Borg
Ledende overlæge Per B. Thomsen, Ortopædkirurgisk Afdeling
Ledende overlæge Jørgen Mølgaard, Anæstesiologisk Afdeling Syd
Ledende overlæge Peter Ekeløf, Anæstesiologisk Afdeling Nord
Ledende overlæge Jørn Baun Christensen, Røntgenafdelingen, Herning Sygehus

Overlæge Lars Jørgensen, Patologisk Institut
Ledende overlæge Knud Aage Møller, Onkologisk Afdeling
Kontorchef Holger Skott, Administrativt Center (sekretariatsfunktionen)
Planlægger Anette Thede, Administrativt Center (sekretariatsfunktionen)

Rapporten er fremsendt til Medicinsk Center, som er blevet bedt om en udtalelse. Udtalelsen er indarbejdet.

Tidsplanen for arbejdet har været, at kommissoriet blev udarbejdet lige før sommerferien 2006 og arbejdet i 1. etape er afsluttet medio august 2006. Den endelige rapport er afsluttet medio september 2006.

Samarbejdsudvalget i Kirurgisk Center er orienteret om arbejdet på møde den 25. august 2006, og har fået den endelige rapport til høring den 14. september 2006 med svarfrist den 28. september 2006.

2. BAGGRUND

Med udgangspunkt i Kræftplan I (2000), Sundhedsstyrelsens rapport "Behandling af tarmkræft i Danmark" (2004) og Kræftplan II (2005) har Direktørforum i Region Nord iværksat en udredning af området. Udredningen har resulteret i en rapport "Tarmkræftbehandlingen i Region Nordjylland & Region Midtjylland - set i lyset af Sundhedsstyrelsens tarmkræfttrapport fra august 2004" (maj 2006).

Konklusionerne fra Sundhedsstyrelsens rapport består i en anbefaling af etablering af "10-15 kolorektale enheder, hver samlet på én geografisk lokalitet og med et befolkningsgrundlag på 350.000 - 500.000 indbyggere".

Konklusionerne fra Region Nord-udredningen består i en faglig anbefaling, hvor *endetarmskræftkirurgien* samles på 2 enheder i Region Midtjylland. Samtidigt gives en alternativ anbefaling, hvor der sker en samling på 4 enheder - Århus, Randers og Herning som selvstændige enheder, og Viborg i et centersatellitsamarbejde med Ålborg.

Ringkjøbing Amts repræsentant har med en mindretalsudtalelse foreslået endetarmskræftkirurgi i Region Midtjylland samlet på 2 enheder - Århus og Herning.

For *tyktarmskræftkirurgien* foreligger en faglig anbefaling, hvor der skal ske en samling på 3 enheder i Region Midtjylland. Samtidigt gives en alternativ anbefaling, hvor der sker samling på 5 enheder - Århus, Randers, Viborg, Silkeborg-Horsens og Holstebro-Herning.

Ringkjøbing Amts repræsentant har med en mindretalsudtalelse foreslået, at der sker en samling på 3 enheder - Århus, Herning og Randers eller Viborg.

Region Nord-rapporten overgår nu til politisk behandling i Region Midtjylland, og skal indgå i den videre planlægning af funktionerne i regionen.

Ud af dels de nationale udredninger og Region Nord-udredningen kan det konkluderes, at der for "Sygehus Ringkjøbing" vil komme til at gælde:

- Endetarmskræftkirurgien skal samles på én matrikel.
- Tyktarmskræftkirurgien skal på længere sigt samles på én matrikel.

3. ANBEFALING

Endetarmskræftkirurgien samles så hurtigt, det er praktisk muligt i Herning. Dette er en fagligt god løsning, der er enighed om, og det har kun få organisatoriske og økonomiske konsekvenser, idet man vil flytte et antal tyktarmskræftoperationer og/eller anden elektiv aktivitet til Holstebro.

Endetarms- og tyktarmskræftkirurgi kan fra et fagligt synspunkt samles enten i Herning eller Holstebro.

Den udvidede arbejdsgruppe anbefaler, at tyktarmskræftkirurgien samles med endetarmskræftkirurgien i Herning indenfor 1½ til 2 år, gerne inden udgangen af 2007.

En samling i Herning har følgende marginale fordele i forhold til en samling af aktiviteten i Holstebro:

1. Tyktarmskræftkirurgien bevarer den faglige nærhed til den medicinske gastroenterologi.
2. Radiologisk er det medikotekniske udstyr allerede til stede i Herning, og organisationen er tilpasset tyktarmskræftkirurgien.
3. Det tværfaglige samarbejde med onkologien er umiddelbart til stede.
4. Gynækologernes behov for (oftest akut) tarmkirurgisk assistance kan tilgodeses.

Der er stort behov for kardiologisk ekspertise til denne patientgruppe.

Hernings geografiske placering kunne betyde, at der opnås gode rekrutteringsmuligheder.

Der opretholdes kirurgisk vagt på speciallægeniveau på Holstebro Sygehus på døgnbasis, således at der fortsat kan foregå akut modtagefunktion. Arbejdsgruppen anbefaler, at man i Ringkjøbing Amt snarest indleder et udredningsarbejde af akutfunktionen jævnfør anbefaling fra Sundhedsstyrelsen (orientering om fremtidig national specialeplanlægning, 30. juni 2006).

Samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgi i Herning vurderes at medføre øgede varige driftsudgifter på ca. 1,3 mio. kr. og engangsudgifter på ca. 1,1 mio. kr.

Af hensyn til opfyldelse af betingelserne i kræftplan II er der rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen vedr. scenarierne om tyktarmskræftkirurgiens organisering på to geografiske enheder med én ledelse.

4. DET KIRURGISKE PERSPEKTIV (etape I)

4.1 Aktuel organisering

Organiseringen af endetarms- og tyktarmskræftkirurgi har siden 2001 været ens i de 2 klinikker på Herning Sygehus og på Holstebro Sygehus. På de to klinikker er der udpeget 6 overlæger i alt. Der er 3 overlæger på hver klinik, som indgår i endetarms- og tyktarmskræfteamet, og som er fagligt ansvarlige for patientforløbene, hvor de opererer eller assisterer. Dette gælder de elektive patienter.

Ved akutte tilfælde har der ikke været et formaliseret vagthold. Ved akutte tilfælde i klinikken på Holstebro Sygehus tilkaldes en fagansvarlig overlæge, hvis der ikke er en på vagt. Ved akutte tilfælde i Herning har der været tradition for, at den vagthavende overlæge selv håndterer situationen, og kun i specielle tilfælde tilkalder en fagansvarlig overlæge.

4.2 Aktivitet

Aktiviteten er opgjort efter registreringer på operationskoder i patientregistreringsystemet.

Antal ny diagnosticerede tyktarmskræft-tilfælde:

	2004	2005
Holstebro	49	53
Herning	73	64
I alt	122	117

Det forudsættes, at alle tyktarmskræfttilfælde vil gennemgå en operativ procedure.

Antal ny diagnosticerede endetarmskræft-tilfælde:

	2004	2005
Holstebro	24	19
Herning	28	33
I alt	52	52

Ca. 20% af endetarmskræft patienterne er ikke operable, og vil blive behandlet onkologisk/palliativt.

Antal patienter med benigne tyktarmslidelser:

	2004	2005
Holstebro	55	68
Herning	44	47
I alt	99	115

Antal inflammatoriske tarmsygdomme:

	2004	2005
Holstebro	4	3
Herning	8	13
I alt	12	16

Inflammatoriske tarmsygdomme hører til de benigne sygdomme. Aktiviteten er opgjort som antallet af totale colectomier.

Diagnostisk aktivitet: Coloscopier

	2004	2005
Holstebro	1.300	1.086
Herning	802	918
I alt	2.102	2.004

Diagnostisk aktivitet: Sigmoidescopier

	2004	2005
Holstebro	81	82
Herning	462	631
I alt	543	713

4.3 Kapacitet

Arbejdsgruppen i etape I vurderer med udgangspunkt i antal årlige nye tilfælde og gennemsnitlige liggetider følgende senge- og operationsstuebehov for henholdsvis endetarms- og tyktarmskræftkirurgi:

Endetarmskræftkirurgi:

Antal årlige nye tilfælde 50 patienter

Sengebehov for endetarmskræftkirurgi:

Den gennemsnitlige liggetid er 11 dage, svarende til (50*11) 550 sengedage

Ca. 20 patienter skal efterfølgende have lukket en stomi med en gennemsnitlig liggetid på 5 dage, svarende til (20*5) 100 sengedage

Der er gennemsnitlig indlagt 2 patienter dagligt fra den pågældende patientgruppe som terminale, til palliativ behandling, med sårproblemer, recidiv.abdominalgener o. lign, svarende til (2*365): 730 sengedage

I alt: 1.380 sengedage

Med en belægningsprocent på 85 svarer det til (1.380/365/0,85) ca. 5 senge

Operationsstue behov for patienter med endetarmskræft:

Der skal være plads til evt. reoperation, sårskift o. lign. 1 operationsstue ugtl.

Tyktarmskræftkirurgi:

Antal årlige nye cancertilfælde ca. 130 patienter

Antal forløb med benigne sygdomme ca. 100 patienter

I alt 230 patienter

for patienter med tyktarmskræft:

Den gennemsnitlige liggetid er 9 dage svarende til (9*230) 2.070 sengedage

Der er hver dag indlagt ca. 4 patienter som terminale, til palliation, lukning af stomier, sårproblemer, abdominalgener o. lign, samt ca. 4 patienter til udredning, i alt 8 patienter med tyktarmsrelaterede problemer: (8*365) 2.920 sengedage

I alt: 4.990 sengedage

Med en belægningsprocent på 85 svarer det til (4.990/365/0,85) ca. 16 senge

Operationsstue behov for patienter med tyktarmskræft:

Operationsstuebehovet vurderes inkl. eventuel reoperation, sårproblemer, ileustilfælde o. lign: 3 operationsstuer ugtl.

Konklusion:

I alt har endetarms- og tyktarmskræftkirurgi området behov for: **21 sengepladser**

**4 operationsstuer
ugentligt**

Hvis man samler hele funktionen på én klinik, regnes der med, at denne klinik må tilføres 10-11 senge og 2 operationsstuer ugentligt.

Liggetiden kan evt. reduceres ved ambulant oplæring af stomipatienter.

4.4 Udredning - det kirurgiske perspektiv (etape I)

Samling af endetarmskræftkirurgien:

En samling af endetarmskræftkirurgien betyder, at den klinik, som får opgaven, skal have tilført 3 senge og en operationsstue hver anden uge.

Ved allokering af andre opgaver kan dette lade sig gøre uden, at det berører flytning af personale, ændring af nuværende operationskapacitet eller ændring af den nuværende akutte funktion.

Man kunne f.eks. lave en kvoteordning, så den afdeling, der modtager endetarmskræftkirurgien, skal afgive tyktarmsoperationer til den anden afdeling, eller/og der aftales andre fordelinger inden for f.eks. galdeoperationer, brok o.lign.

Arbejdsgruppen i etape I vurderer, at ovenstående forholdsvis nemt kan etableres, så der skaffes plads til endetarmskræftkirurgien, samtidig med at kapaciteten udnyttes det andet sted.

Samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien:

Den nødvendige erfaring og ekspertise er til stede både i læge- og plejegruppen. De 6 udpegede speciallæger samles på en matrikel. Dette kan ske ved en kombination af flytning af overlæger fra det sted, der afgiver funktionen og efteruddannelse af klinikkens overlægestab.

Der er ikke fysiske rammer til at udvide sengemassen indenfor Kirurgisk Center. Arbejdsgruppen i etape I vurderer, at der vil være behov for at frigøre 10-11 senge svarende til at en tilsvarende aktivitet flyttes til det sted, som afgiver funktionen. Det kunne være mammakirurgi og øvrig elektiv behandling (galdeoperationer, brok o. lign.). Herved vil man også delvist frigøre den nødvendige operative kapacitet.

Vagthold for endetarms- og tyktarmskræftkirurgi:

Der er 6 overlæger udpeget, som også skal indgå i et eventuelt kommende vagthold. De 6 overlæger passer herudover de almindelige vagter, som under ideelle forhold er 7-skiftet. Kun i de tilfælde, hvor der på samme tidspunkt er en endetarms- og tyktarmskræftkirurg på vagt i de 2 klinikker, kan man undgå en ekstra fagansvarlig vagt. Dette kan lade sig gøre 1-2 gange ugentligt.

Såfremt der fortsat skal være akut modtagelse både i Herning og i Holstebro, betyder det, at de fagansvarlige overlæger vil blive vagtbelastet 7-8 dage hver måned. Dette under forudsætning af at alle stillinger er besatte. Det vil samtidigt blive en økonomisk og praktisk vanskelig opgave at få til at fungere. Opgaven bliver dog mindre, hvis man kun har akut modtagelse på en matrikel.

Samling af akut funktionen på en matrikel:

Det forudsættes, at den endoskopiske og ambulante aktivitet fortsætter uændret som nu.

En samling af tyktarms- og endetarmskræftkirurgien på én matrikel vurderes at medføre, at al akut funktion inden for kirurgien hurtigt må samles samme sted. En samling vil betyde, at der med den eksisterende bemanning kan etableres for-, mellem- og bagvagtslag med 24 timers tilstedeværelse af for- og mellemvagt og bagvagtsfunktion fra bolig. En samling af akut funktionen vil dog få konsekvenser for andre specialer.

Der er hverken i Herning eller Holstebro fysiske rammer til at udvide sengemassen inden for Kirurgisk Centers regi, og der er ikke umiddelbart den nødvendige vagtdækning/kapacitet på operationsgangen. Dette forudsætter, at der frigøres senge fra andre specialer og/eller tilføres de nødvendige ressourcer.

Kirurgien vil ikke have mulighed for at udnytte den kapacitet, som frigøres det sted, hvorfra specialet flyttes. Arbejdsgruppen finder det ikke inden for gruppens opgave at beskrive dette. Et skøn vil være, at det bliver nødvendigt og i øvrigt meget rationelt at etablere et akut kirurgisk modtageafsnit på ca. 15 senge.

Samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Herning (scenario 1) eller i Holstebro (scenario 2) får omfattende konsekvenser for begge sygehuse - både det afgivende og det modtagende sygehus - idet en samling af både endetarms- og tyktarmskræftkirurgien vil påvirke sygehusenes samlede akutte funktion, hvilket beskrives senere i rapporten.

Rekruttering og uddannelse:

Både rekruttering og uddannelse vil have fordel af, at så meget kirurgisk aktivitet som muligt samles på én geografisk enhed. Det vurderes, at vi kun kan deltage i den ny uddannelse til endetarms- og tyktarmskræftkirurg, hvis vi samler funktionen på én matrikel.

Det sygehus, som ikke har kirurgi, kan ikke have fulde forløb af studerende (8. semester), introduktions- og hoveduddannelsesstillinger.

Kræftplan II:

Samling af både endetarms- og tyktarmskræftkirurgien på én matrikel (scenario 1 og 2), opfylder betingelserne i Kræftplan II.

Der er stor usikkerhed om, hvorvidt en fortsat deling af tyktarmskræftkirurgien på to matrikler (scenario 3 og 4) lever op til kræftplanen. Det vurderer arbejdsgruppen ikke at kunne afgøre.

Modtagelse af traumer:

Samling af både endetarms- og tyktarmskræftkirurgien på én matrikel (scenario 1 og 2), betyder, at man kun kan modtage alvorlige traumer i den ene klinik. Rent operativt betyder det meget lidt, idet der ikke er så mange patienter, som kræver operation. Der bliver dog et øget behov for speciallægevurdering.

Antal akutte CT-traume undersøgelser i 2005:

Herning:	124 heraf 48 på vagten
Holstebro:	71 heraf 26 på vagten

Ovenstående må ikke nødvendigvis tages som udtryk for antallet af multitraumepatienter.

I forhold til traumebehandling er den kirurgiske involvering ofte hurtig, og vil kun betyde en mindre ekstra arbejdsindsats for kirurgen, hvis de alvorlige traumer samles på en matrikel. Samlingen vurderes at få større betydning for Anæstesiologisk Afdeling, Ortopædkirurgisk Afdeling og Røntgen Afdelingen.

I nedenstående skema vises fordele og ulemper for kirurgien ved de fire scenarier.

Kirurgien	Fordele	Ulemper
<p>Scenario 1 (Samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Herning)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opfylder betingelserne i Kræftplan II. • Rekrutteringsmuligheder forbedres. • Alle uddannelsesfunktioner kan opretholdes i kirurgi. • Amtets endetarms- og tyktarmskræftkirurger kan varetage den samlede funktion. • Samling af akut funktionen muliggør tre vagtlag indenfor den eksisterende økonomiske ramme. • Der frigøres kapacitet fra det sted, hvorfra specialet flyttes • Plastikkirurgisk funktion er i Herning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Holstebro kan ikke have studenter eller fulde forløb i introduktions- og hoveduddannelsesstillinger i kirurgi og ortopædi. • Der skal frigøres senge fra andre specialer og/eller tilføres de nødvendige ressourcer. • Der skal i dagtid være en kirurg tilstede på den matrikel, som ikke har tyktarmskræftkirurgi (udetjeneste). • Der skal kunne tilkaldes en speciallæge i vagttiden til den matrikel, som ikke har kirurgi. • Øget behov for speciallægevurderinger i forhold til traumer.
<p>Scenario 2 (Samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Holstebro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tilsvarende scenario 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilsvarende scenario 1 samt • Plastikkirurgisk assistance som udetjenestefunktion.
<p>Scenario 3 (Tyktarmskræftkirurgien på begge matrikler og samling af endetarmskræftkirurgien i Herning)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opretholdelse af akut modtagelse på begge matrikler. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor usikkerhed i forhold til kræftplan II. • Rekruttering vanskeligere. • Ikke muligt at få uddannelsesstillinger i endetarms- og tyktarmskræftkirurgi. • Oprettelse af colonvagthold.
<p>Scenario 4 (Tyktarmskræftkirurgien på begge matrikler og samling af endetarmskræftkirurgien i Holstebro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tilsvarende scenario 3. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilsvarende scenario 3.

4.5 Konklusion af udredningen i etape I.

Det vurderes, at der skal være tyktarmskræftkirurgi det samme sted, hvor endetarmskræftkirurgien foregår. Dette betyder, at hvis tyktarmskræftkirurgien skal samles, skal det være samme sted som endetarmskræftkirurgien.

Bevares tyktarmskræftkirurgien både i Herning og i Holstebro, kan de øvrige funktioner, herunder den akutte modtagelse, opretholdes uændret som nu.

Ved samling af det operative på ét sted, vil udredning af patienterne, her primært coloscopi, fortsat kunne foregå både i Herning og i Holstebro. Udredning og behandling af patienter med benigne og maligne lidelser vurderes ikke at kunne adskilles.

Hvis tyktarmskræftkirurgien fjernes fra en klinik, vil det på meget kort sigt få omfattende konsekvenser for den akutte modtagelse. Dette skyldes, at man ikke har mulighed for at opretholde og rekruttere en fast lægestab ved klinikken. Vagten kan derfor kun bevares ved udetjeneste eller på vikarbasis. Det realistiske er derfor, at den klinik, som ikke skal varetage tyktarmskræftkirurgi fremover, drives som en elektiv enhed.

Man vil ikke kunne modtage større traumer på den enhed, som ikke har en kirurg på vagt, men der kan fortsat opretholdes almindelig skadestuefunktion. Der skal udfærdiges visitationsregler til den præhospitalenhed.

Der var fuld enighed i gruppen om ovennævnte.

Der kan ikke i gruppen opnås enighed om at pege på ét af de 4 scenarier.

Set fra et snævert kirurgisk synspunkt kan samlingen ske i begge klinikker. Arbejdsgruppen har ikke ønsket at fremsætte en prioritering, men mener, at det må ses i et større sygehuspolitisk perspektiv.

Afdelingsledelsen anbefaler samling af tyktarms- og endetarmskræftkirurgien på én matrikel (scenario 1 eller 2). Denne anbefaling skønnes dels mest fremtidssikret dels vil samling af endetarmskræftkirurgien og tyktarmskræftkirurgi bevaret på to matrikler (scenario 3 og 4) give problemer i forhold til vagtdækning.

Samling af tyktarms- og endetarmskræftkirurgien på én matrikel (scenario 1 eller 2) kan gennemføres med amtets endetarms- og tyktarmskræftkirurger og de medarbejdere, der allerede er involveret i specialet.

5. DET KIRURGISKE PERSPEKTIV SET I SAMMENHÆNG MED DE SAMARBEJDEDE SPECIALER (etape II)

Etape II inddrager konsekvenserne for kirurgien som beskrevet i etape I, og vurderer konsekvenserne for de samarbejdende specialer.

5.1. Scenario 1 (samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Herning)

Forudsætninger:

- Der skal være en kirurgisk vagtfunktion på speciallægeniveau på døgnbasis på Holstebro Sygehus.
- En præcis visitation af traumepatienter.
- Der opretholdes en ortopædkirurgisk skadestuefunktion på Holstebro Sygehus.
- Intensiv kapaciteten tilpasses.
- Der tilføres afdelingen 10-11 senge og 2 operationsstuer ugentlig og frigøres tilsvarende på Holstebro Sygehus.
- Der foretages tilpasning i anæstesien med henblik på operationskapacitet.
- Der er behov for kardiologisk ekspertise, hvor endetarms- og tyktarmskræftkirurgien placeres.

Scenario 1 (Herning)	Fordele	Ulemper
Kirurgien	<ul style="list-style-type: none"> • Opfylder betingelserne i Kræftplan II. • Rekruttering evt. lettere ved placering i Herning. • Uddannelsesstillinger i kirurgi kan opretholdes. • Amtets endetarms- og tyktarmskræftkirurger kan varetage den samlede funktion. • Samling af akut funktionen muliggør tre vagtlag indenfor den eksisterende økonomiske ramme. • Der frigøres kapacitet fra det sted, hvorfra specialet flyttes. • Da den samlede kirurgiske funktion ikke ændres kan scenariet gennemføres hvad personalemønstret angår økonomisk neutralt. • Plastikkirurgisk funktion er i Herning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Holstebro kan ikke have studenter eller fulde forløb i introduktions- og hoveduddannelses- stillinger. • Der skal frigøres senge fra andre specialer og tilføres de nødvendige ressourcer. • Der skal i dagtid være en kirurg tilstede på den matrikel, som ikke har tyktarmskræftkirurgi (udetjeneste) • Der skal kunne tilkaldes en speciallæge i vagttiden til den matrikel, som ikke har kirurgi • Øget behov for speciallægevurderinger i forhold til traumer.
Kirurgisk forskningsafsnit	<ul style="list-style-type: none"> • Nuværende beliggenhed i Herning giver et nært fagligt samarbejde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen ulemper.

Scenario 1 (Herning)	Fordele	Ulemper
Mamma-kirurgi	<ul style="list-style-type: none"> Samling af mammakirurgi i Holstebro vil frigøre kapacitet i Herning . 	<ul style="list-style-type: none"> Samling af mammakirurgi i Herning vil give kapacitetsproblemer.
Ortopædkirurgien	<ul style="list-style-type: none"> Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> Planlægning af speciallægeuddannelsen vanskeliggøres i ortopædien.
Anæstesi/intensivafd.	<ul style="list-style-type: none"> Status quo. 	
Røntgen	<ul style="list-style-type: none"> Der er etableret en “rectum-pakke” på Herning Sygehus bestående af MR af rectum, CT af thorax-abdomen og om nødvendigt ultralydsundersøgelse med biopsi samme dag. Undersøgelsespakken dækker hele Ringkøbing Amt. Alle tyktarmskræftundersøgelser i form af CT-colografier er samlet på Herning Sygehus. Investering i gennemlysningsudstyr til Holstebro Sygehus kan muligvis undgås (ca. 3,5 mio). 	<ul style="list-style-type: none"> Øget respektive mindsket belastning ved diverse præ- og postoperative undersøgelser og indgreb herunder håndtering af eventuelle komplikationer til operationerne. Vagtbelastning bliver øget i Herning i forhold til ca. 70 multitraumepatienter.
Onkologien	<ul style="list-style-type: none"> En mindre fordel mhp. tværfagligt samarbejde også i forhold til samarbejde med Århus. Onkologisk sengeafdeling har jævnligt patienter, som kræver kirurgisk vurdering og tilsyn, i skønsmæssigt en tredjedel af tilfældene førende til akut eller subakut operation (hyppigst ileus). 	<ul style="list-style-type: none"> Ingen ulemper
Patologien	<ul style="list-style-type: none"> Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> Der en mindre ulempe i forhold til vævsbank.
Det medicinske område	<ul style="list-style-type: none"> De fælles medicinske gastroenterologiske patienter profiterer af nært tværfagligt samarbejde. 	<ul style="list-style-type: none"> Patienter med komplicerede nefrologiske tilstande skal fortsat overføres til Holstebro Sygehus.
Gynækologien	<ul style="list-style-type: none"> Gynækologerne har ofte brug for tarmkirurgisk assistance, næsten altid akut i forbindelse med en operation, hvorfor det er en fordel, at tarmkirurgerne er placeret på samme matrikel som den operative gynækologi. 	<ul style="list-style-type: none"> Ingen ulemper.

Scenario 1 (Herning)	Fordele	Ulemper
Urologi	<ul style="list-style-type: none"> Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> Det tværfaglige samarbejde vanskeliggøres.
Pædiatri	<ul style="list-style-type: none"> Det tværfaglige samarbejde styrkes. 	<ul style="list-style-type: none"> Ingen ulemper.

5.2 Scenario 2 (samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Holstebro)

Forudsætninger:

- Der skal være en kirurgisk vagtfunktion på speciallægeniveau på døgnbasis på Herning Sygehus.
- En præcis visitation af traumepatienter.
- Der opretholdes en ortopædkirurgisk skadestuefunktion på Herning Sygehus.
- Intensiv kapaciteten tilpasses.
- Der tilføres afdelingen 10-11 senge og 2 operationsstuer ugentlig og frigøres tilsvarende på Herning Sygehus.
- Der foretages tilpasning i anæstesien med henblik på operationskapacitet.
- Der er behov for kardiologisk ekspertise, hvor endetarms- og tyktarmskræftkirurgien placeres.

Scenario 2 (Holstebro)	Fordele	Ulemper
Kirurgien	<ul style="list-style-type: none"> Opfylder betingelserne i Kræftplan II. Alle uddannelsesfunktioner kan opretholdes i kirurgi. Der frigøres kapacitet fra det sted, hvorfra specialet flyttes. Amtets endetarms- og tyktarmskræftkirurger kan varetage den samlede funktion. Samling af akut funktionen muliggør tre vagtlag indenfor den eksisterende økonomiske ramme. Da den samlede kirurgiske funktion ikke ændres kan scenariet gennemføres hvad personalenormering angår økonomisk neutralt. 	<ul style="list-style-type: none"> Herning kan ikke have studenter eller fulde forløb i introduktions- og hoveduddannelsesstillinger. Der skal frigøres senge fra andre specialer og/eller tilføres de nødvendige ressourcer. Der skal i dagtid være en kirurg tilstede på den matrikel, som ikke har tyktarmskræftkirurgi (udetjeneste). Der skal kunne tilkaldes en speciallæge i vagttiden til den matrikel, som ikke har kirurgi. Øget behov for speciallægevurderinger i forhold til traumer. Rekruttering evt. vanskeligere end ved placering i Herning. Plastikkirurgisk assistance som udetjenestefunktion.

Scenario 2 (Holstebro)	Fordele	Ulemper
Kirurgisk forskningsafsnit	<ul style="list-style-type: none"> Flytning af kirurgisk forskningsafsnit kan drage nytte af fælles forskningsmiljø med medicinsk og ortopædkirurgisk forskningsafsnit. 	<ul style="list-style-type: none"> Kirurgisk forskningsafsnit bør flyttes til Holstebro.
Mammakirurgi	<ul style="list-style-type: none"> Samling af mammakirurgi i Herning vil frigøre kapacitet i Holstebro. 	<ul style="list-style-type: none"> Samling af mammakirurgi i Holstebro vil betyde kapacitetsproblemer i Herning.
Ortopædkirurgien	<ul style="list-style-type: none"> Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> Planlægning af speciallægedannelsen vanskeliggøres i ortopædien.
Anæstesi/intensiv	<ul style="list-style-type: none"> Tværfagligt samarbejde styrkes i forhold til nærheden til dialyseafdelingen pga. kirurgisk tilsyn. 	<ul style="list-style-type: none"> Ingen ulemper.
Røntgen	<ul style="list-style-type: none"> Ingen konsekvenser. 	<ul style="list-style-type: none"> Der skal etableres rectumpakke (indkøb af software til ca. 250.000 kr.) og oplæring af personale, radiografer/røntgensygeplejersker og speciallæger. Flytning af tyktarmskæftundersøgelser. Der skal investeres i gennemlysningssudstyr (3,5 mio. kr.). Vagtbelastning i forhold til CT-traumeundersøgelser bliver øget med ca. 70-120.
Onkologien	<ul style="list-style-type: none"> Ingen præferencer. 	<ul style="list-style-type: none"> En mindre ulempe pga. det nære tværfaglige samarbejde men der er ingen præferencer. Tilsyn og operation af patienter på onkologisk sengeafdeling besværliggjort. Onkologisk sengeafdeling har jævnligt patienter, som kræver kirurgisk vurdering og tilsyn, i skønsmæssigt en tredjedel af tilfældene førende til akut eller subakut operation (hyppigst ileus).
Patologien	<ul style="list-style-type: none"> Der er en mindre fordel i forhold til vævsbank. 	<ul style="list-style-type: none"> Ingen ulemper.

Scenario 2 (Holstebro)	Fordele	Ulemper
Det medicinske område	<ul style="list-style-type: none"> • Det nære tværfaglige samarbejde omkring de medicinske og specielt de komplicerede dialysepatienter opretholdes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk gastroenterologi er placeret i Herning. Fagligt vurderet vil patienterne nok næsten altid kunne flyttes, men det fælles tværfaglige samarbejde vanskeliggøres.
Gynækologien	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistancen til den operative gynækologi besværliggjort.
Urologi	<ul style="list-style-type: none"> • Det tværfaglige samarbejde kan opretholdes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen ulemper.
Pædiatri	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det tværfaglige samarbejde vanskeliggøres.

5.3 Scenario 3 (opretholdelse af tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro og samling af endetarmskræftkirurgien i Herning)

Forudsætninger:

Der tilføres afdelingen 2-3 senge og en operationsstue hver anden uge. Ud over denne ændring vil man tilstræbe at udligne ved flytning af andre patientgrupper.

Scenario 3	Fordele	Ulemper
Kirurgien	<ul style="list-style-type: none"> • Opretholdelse af akut modtagelse på begge matrikler 	<ul style="list-style-type: none"> • Stor usikkerhed i forhold til opfyldelse af kræftplan II. • Rekruttering vanskeligere. • Ikke muligt at få uddannelsesstillinger i endetarms- og tyktarmskræftkirurgi • Oprettelse af colonvagthold.
Kirurgisk forskningsafsnit	<ul style="list-style-type: none"> • Status quo. 	
Mammakirurgi	<ul style="list-style-type: none"> • Samling af mammakirurgi i Holstebro vil frigøre kapacitet i Herning 	<ul style="list-style-type: none"> • Samling af mammakirurgi i Herning vil give kapacitetsproblemer
Ortopædkirurgien	<ul style="list-style-type: none"> • Status quo. 	
Anæstesi/intensiv	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre tilpasning på operations- og intensivafdeling
Røntgen	<ul style="list-style-type: none"> • Status quo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Marginalt øget belastning ved håndtering af de perioperative forløb (diverse præ- og postoperative undersøgelser) fra samtlige endetarmsoperationer i

Scenario 3	Fordele	Ulemper
		Herning.
Onkologien	<ul style="list-style-type: none"> Status quo. 	
Patologien	<ul style="list-style-type: none"> Status quo. 	
Det medicinske område	<ul style="list-style-type: none"> Status quo. 	

5.4 Scenario 4 (opretholdelse af tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro og samling af endetarmskræftkirurgien i Holstebro)

Forudsætninger:

Der tilføres afdelingen 2-3 senge og en operationsstue hver anden uge. Tilsvarende frigøres på Herning Sygehus. Ud over denne ændring vil man tilstræbe at udligne ved flytning af andre patientgrupper

Scenario 4	Fordele	Ulemper
Kirurgien	<ul style="list-style-type: none"> Opretholdelse af akut modtagelse på begge matrikler. 	<ul style="list-style-type: none"> Stor usikkerhed ift. til opfyldelse af kræftplan II. Rekruttering vanskeligere. Ikke muligt at få uddannelsesstillinger i endetarms- og tyktarmskræftkirurgi. Oprettelse af colonvaghold.
Kirurgisk forskningsafsnit	<ul style="list-style-type: none"> Status quo. 	
Mammakirurgi	<ul style="list-style-type: none"> Samling af mammakirurgi i Herning vil frigøre kapacitet i Holstebro. 	<ul style="list-style-type: none"> Samling af mammakirurgi i Holstebro vil give kapacitetsproblemer.
Ortopædkirurgien	<ul style="list-style-type: none"> Status quo 	
Anæstesi/intensiv	<ul style="list-style-type: none"> Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> Mindre tilpasning på operations- og intensivafdeling.
Røntgen	<ul style="list-style-type: none"> Ingen fordele. 	<ul style="list-style-type: none"> “Rectumpakken” skal flyttes til Holstebro. Øget belastning i form af håndtering af de perioperative forløb for samtlige endetarmsoperationer.
Onkologien	<ul style="list-style-type: none"> Status quo. 	
Patologien	<ul style="list-style-type: none"> Status quo. 	

Scenario 4	Fordele	Ulemper
Det medicinske område	<ul style="list-style-type: none"> Status quo. 	

6. ØKONOMI

I afsnittet beskrives den økonomiske konsekvens af de 4 scenarier med hensyn til personaleforhold og kapacitet.

6.1 Scenario 1 (samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Herning)

Der skal tilføres 10-11 senge og 2 operationstuer.

Ved samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien skal der tages højde for den fysiske kapacitet og afsættes tid til implementering af en ny samlet organisation. Der skal samtidig tages højde for en eventuel produktionsnedgang både indenfor kirurgisk funktion og tilgrænsende specialer.

Forøgelse af de varige driftsudgifter:

Overførsel af 10 til 11 senge fra Holstebro til Herning - udgiftsneutral	0 kr.
Overførsel af to ugentlige operationslejer fra Holstebro til Herning - udgiftsneutral	0 kr.
Kirurgisk udetjeneste (hverdage) i Holstebro i dagtiden - speciallæge	151.000 kr.
Personalebefordring - udetjeneste	55.000 kr.
Etablering af mellemvagt i Herning, går udgiftsmæssigt op med nedlæggelse af forvagtsslaget i Holstebro	0 kr.
Etablering af selvstændig urologisk forvagtsslag	
2 reservelægestillinger, således at vagten bliver 7-skiftet	850.000 kr.
Forøgelse af vagthonoraret	150.000 kr.
Fortsat kirurgisk bagvagtsfunktion på begge matrikler - befodringsgodtgørelse	10.000 kr.
Patientbefordring	30.000 kr.
Øvrig drift 7% à 850.000 kr. *	60.000 kr.
I alt	<u>1.306.000 kr.</u>

*) 7% af lønudgiften til faste stillinger til dækning af kurser, barsel mm.

Engangsudgifter:

Uddannelse - samordning af medarbejderne til funktionen	200.000 kr.
Bygningsmæssige ændringer	500.000 kr.
Produktionsnedgang/udbetaling af overarbejde	400.000 kr.
I alt	<u>1.100.000 kr.</u>

6.2 Scenario 2 (samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien i Holstebro)

Der skal tilføres 10-11 senge og 2 operationstuer.

Ved samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgien skal der tages højde for den fysiske kapacitet og afsættes tid til implementering af en ny samlet organisation. Der skal samtidigt tages højde for en eventuel produktionsnedgang både indenfor kirurgisk funktion og tilgrænsende specialer.

Forøgelse af de varige driftsudgifter:

Overførsel af 10 til 11 senge fra Herning til Holstebro - udgiftsneutral	0 kr.
Overførsel af to ugentlige operationslejer fra Herning til Holstebro - udgiftsneutral	0 kr.
Kirurgisk udetjeneste i Herning i dagtiden - speciallæge	151.000 kr.
Personalebefordring - udetjeneste	55.000 kr.
Etablering af mellemvagt i Holstebro, går udgiftsmæssigt op med nedlæggelse af forvagtslaget i Herning	0 kr.
Fortsat kirurgisk bagvagtsfunktion på begge matrikler - befordringsgodtgørelse	10.000 kr.
Øvrig drift	0 kr.
I alt	<u>216.000 kr.</u>

Engangsudgifter:

Uddannelse - samordning af medarbejderne til funktionen	200.000 kr.
Bygningsmæssige ændringer	500.000 kr.
Produktionsnedgang/udbetaling af overarbejde	400.000 kr.
Etablering af rectumpakke, indkøb af software til Røntgen i Holstebro	250.000 kr.
Anskaffelse af gennemlysningssystem til Røntgen i Holstebro *	3.500.000 kr.
I alt	<u>4.850.000 kr.</u>

*) Flytning af eksisterende udstyr i Herning er næppe realistisk, da udstyret er ca. 10 år gammelt.

6.3 Scenario 3 (opretholdelse af tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro og samling af endetarmskræftkirurgien i Herning)

Forøgelse af de varige driftsudgifter:

Overførsel af 2-3 senge fra Holstebro til Herning - udgiftsneutral	0 kr.
Overførsel af et ugentligt operationsleje hver anden uge fra Holstebro til Herning - udgiftsneutral	0 kr.
Etablering af bagvagtsfunktion for et colonvagthold	700.000 kr.
Personalebefordring - colonvagtholdet	10.000 kr.
Etablering af kirurgisk mellemvagt i Herning	
6 reservelæger	2.550.000 kr.
Vagthonorar	350.000 kr.
Øvrig drift 7% af 2.550.000 kr. *	179.000 kr.
I alt	<u>3.789.000 kr.</u>

*) 7% af lønudgiften til faste stillinger til dækning af kurser, barsel mm.

Engangsudgifter:

Bygningsmæssige ændringer m.v.	200.000 kr.
--------------------------------	-------------

6.4 Scenario 4 (opretholdelse af tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro og samling af endetarmskræftkirurgien i Holstebro)

Forøgelse af de varige driftsudgifter:

Overførsel af 2-3 senge fra Herning til Holstebro - udgiftsneutral	0 kr.
Overførsel af et ugentligt operationsleje hver anden uge fra Herning til Holstebro - udgiftsneutral	0 kr.
Etablering af bagvagtsfunktion for et colonvagthold	700.000 kr.
Personalebefordring - colonvagtholdet	10.000 kr.
4 reservelæger	1.700.000 kr.
Vagthonorar	350.000 kr.
Etablering af fælles mellemvagt på døgnbasis for kirurgi og urologi i Holstebro	
2 reservelæger	850.000 kr.
Vagthonorar	350.000 kr.
Øvrig drift 7% af 2.550.000 kr.*	179.000 kr.
I alt	<u>4.139.000 kr.</u>

*) 7% af lønudgiften til faste stillinger til dækning af kurser, barsel mm.

Engangsudgifter:

Bygningsmæssige ændringer m.v.	200.000 kr.
--------------------------------	-------------

7. KONKLUSION

Endetarmskræftkirurgien samles så hurtigt, det er praktisk muligt i Herning. Denne løsning er der enighed om i de to arbejdsgrupper.

Endetarms- og tyktarmskræftkirurgien kan ud fra et fagligt synspunkt samles enten i Herning eller i Holstebro.

Den udvidede arbejdsgruppe anbefaler, at tyktarmskræftkirurgien samles med endetarmskræftkirurgien i Herning inden for 1½ til 2 år, gerne inden udgangen af 2007.

Fordele ved placering af den samlede endetarms- og tyktarmskræftkirurgi i Herning er:

1. Tyktarmskræftkirurgien bevarer den faglige nærhed til den medicinske gastroenterologi.
2. Radiologisk er det medikotekniske udstyr allerede til stede i Herning, og organisationen er tilpasset tyktarmskræftkirurgien.
3. Det tværfaglige samarbejde med onkologien er umiddelbart til stede.
4. Gynækologernes behov for (oftest akut) tarmkirurgisk assistance kan tilgodeses.

Der er stort behov for kardiologisk ekspertise til denne patientgruppe.

Hernings geografiske placering kunne betyde, at der opnås gode rekrutteringsmuligheder.

Der opretholdes kirurgisk vagt på speciallægeniveau på Holstebro Sygehus på døgnbasis, således at der fortsat kan foregå akut modtagefunktion. Arbejdsgruppen anbefaler, at man i Ringkjøbing Amt snarest indleder et udredningsarbejde af akutfunktionen, jævnfør anbefaling fra Sundhedsstyrelsen (orientering om fremtidig national specialeplanlægning, 30. juni 2006).

Samling af endetarms- og tyktarmskræftkirurgi i Herning vurderes at medføre øgede varige driftsudgifter på ca. 1,3 mio. kr. og engangsudgifter på ca. 1,1 mio. kr.

Af hensyn til opfyldelse af betingelserne i kræftplan II er der rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen vedr. scenarierne om tyktarmskræftkirurgiens organisering på to geografiske enheder med en ledelse.

Der gøres opmærksom på, at der er behov for at etablere en mellemvagtsfunktion i Herning uanset hvilket scenarie, der vælges. Opretholdes tyktarmskræftkirurgien i både Herning og Holstebro er der et påtrængende bemandingsproblem på bagvagtsniveau allerede fra efteråret 2006 pga. vakancer.

Sundhedsstyrelsens vurdering vedrørende deling af tyktarmskræftkirurgien er ikke til stede pr. 15. september 2006.

Den 15. september 2006

Anna Birthe Bach
formand for arbejdsgruppen