

Region Midtjylland

**Samling af brystkræftkirurgi og endetarmskræftkirurgi inden
for Hospitalsenhed Vest**

Bilag

**til Regionsrådets
møde den 23. maj 2007**

Punkt nr. 11

Sundhedsdirektionen
Region Midtjylland
Regionshuset
Skottenborg 26
8800 Viborg

Journalnr: 2007030119A

midt
regionmidtjylland

Vedr.: placering af brystkræftkirurgi og endetarmskræftkirurgi ved Hospitalsenheden Vest

Dato: 19. marts 2007

Sundhedsudvalget i det tidligere Ringkjøbing Amt besluttede i efteråret 2006 at samle brystkræftkirurgien og endetarmskræftkirurgien ved henholdsvis Regionshospitalet Holstebro og Regionshospitalet Herning. Samtidig besluttede sundhedsudvalget, at sagerne forud for implementering skulle fremsendes til Region Midtjylland med henblik på endelig godkendelse.

Sagsbehandler: PØJ/åz
E-mail: supoj@ringamt.dk

Side 1/4

Region Midtjylland er i december 2006 orienteret om beslutningerne. Det blev samtidig oplyst, at der ville blive igangsat en endelig udredning med henblik på at beskrive konsekvenserne og herunder en implementeringsplan.

Udredningsarbejdet er tilendebragt og der foreligger rapporter for de to områder.

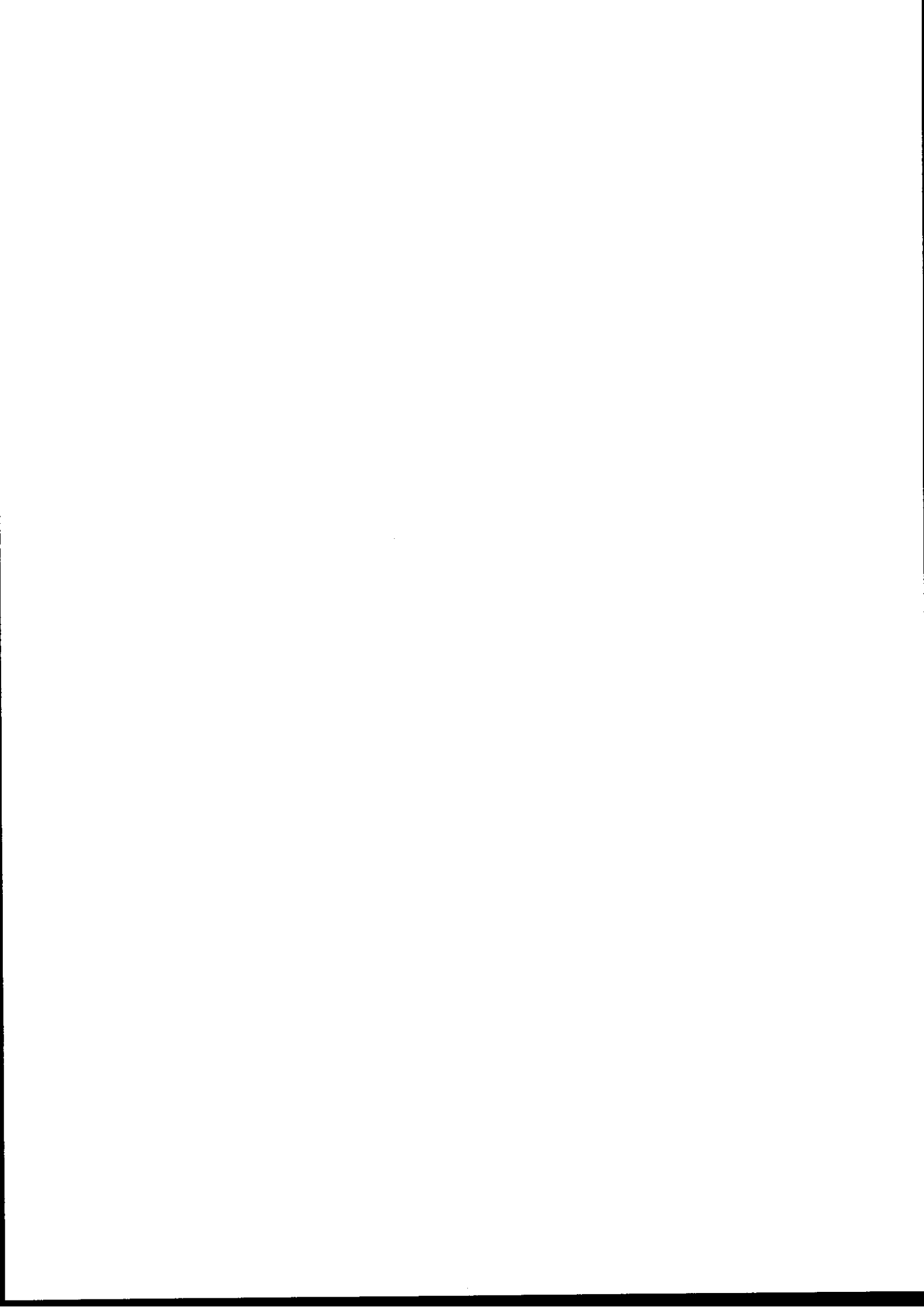
Hospitalsenheden Vest ansøger hermed om godkendelse af de to organisationsændringer til implementering 1. august 2007 for brystkræftkirurgien og 1. september 2007 for endetarmskræftkirurgien.

Brystkræftkirurgi

Hidtil er brystkræftkirurgien varetaget ved de to store regionshospitalet i Hospitalsenheden Vest.

I det foreliggende forslag samles brystkræftkirurgien ved Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro.

Begrundelsen for at samle området er primært at sikre en brystkræftkirurgisk funktion med et patientantal med en størrelsesorden, der opfylder kravene for at sikre kvaliteten i området. De nuværende to funktioner er hver for sig for små til at kunne opretholdes i den fremtidige struktur med de faglige krav, der



stilles. Det må derudover forudses, at der ikke kan rekrutteres kvalificerede speciallæger til de to små funktioner.

Ved samlingen vil mammaklinikken på Regionshospitalet Holstebro kunne fuldtidsbeskæftige 2 speciallæger samt én læge under uddannelse som mammakirurg. Indtil nu har ingen af de to kirurgiske klinikker kunne opfylde kravene som uddannelsesafdeling. Der er for øjeblikket kun én mammakirurg ved klinikken i Herning. Der er to ved klinikken i Holstebro.

En yderligere begrundelse for samlingen på Regionshospitalet Holstebro er, at Patologisk Institut er placeret på regionshospitalet. Dette er en forudsætning for, at der kan sikres sammedagsdiagnostik, hvilket er en forudsætning i tidssvarende diagnostik på området.

Samlingen indgår ligeledes i de overordnede planer for indførelsen af mammografiscreening, som forventes at skulle udføres på begge de to store matrikler. Med placeringen af brystkræftkirurgien i Holstebro vil den kliniske mammografi alene blive placeret her.

Alle faciliteter til at varetage opgaven vedrørende brystkræftkirurgien er tilstede på Regionshospitalet Holstebro. Den nødvendige speciallægekapacitet er tilstede.

Der er faglig enighed om, at det er hensigtsmæssig at samle brystkræftkirurgien på Regionshospitalet Holstebro. Sagen er behandlet i samarbejdsstrukturen uden det har givet anledning til bemærkninger.

Samlingen kan være tilendebragt 1. august 2007.

Der henvises i øvrigt til rapporten vedr. samling af brystkræftkirurgien – *bilag 1*.

Endetarmskræftkirurgi

Endetarmskræftkirurgien har hidtil været varetaget ved henholdsvis Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.

Begrundelsen for at samle de to funktioner i én funktion ved Regionshospitalet Herning er nødvendigheden af at etablere en funktion, der kan opfylde de faglige krav til kvaliteten på området.

Hver af de to funktioner er for små til at kunne opfylde de fremtidige krav og det er derfor nødvendigt at samle området for at kunne opretholde kirurgisk behandling af endetarmskræft i hospitalsenheden. Med samlingen vil funktionen fuldt ud kunne bringes til at opfylde kravene samtidig med der sikres muligheder for at fastholde og udvide uddannelsesmulighederne.

De nødvendige faciliteter for at varetage opgaven er tilstede ved Regionshospitalet Herning. Den nødvendige speciallægedækning er tilstede.

Der er faglig enighed om, at det er hensigtsmæssigt at samle endetarmskræftkirurgien ved Regionshospitalet Herning. Sagen er behandlet i samarbejdsstrukturen uden det har givet anledning til bemærkninger.

Samlingen kan være tilendebragt 1. september 2007.

Der henvises i øvrigt til rapporten vedr. samling af endetarmskræftkirurgien - *bilag 2*.

Konsekvenserne

Som det fremgår af rapporterne vil samlingerne ikke medføre merudgifter hverken til drift eller anlæg.

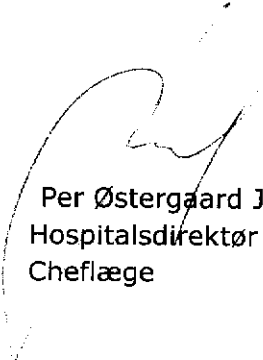
Der vil internt i Kirurgisk Afdeling, som består af de to kirurgiske klinikker, ske mindre tilpasninger med hensyn til visitation af andre patienttyper, således belægning og aktivitet justeres til de to klinikkers kapacitet.

For personalet forventes konsekvenserne ved samlingerne at kunne afklares ved intern dialog.

Beslutning om at placere endetarmskræftkirurgien har ikke konsekvenser for den fremtidige placering af akutfunktioner eller tyktarmskræftkirurgien.

Hospitalsledelsen står til rådighed for uddybning af ovenstående såfremt det måtte ønskes.

Hospitalsledelsen
Herning den 19. marts 2007



Per Østergaard Jensen
Hospitalsdirektør
Cheflæge



Ida Götke
Chefsygeplejerske



Henning Vestergaard
Direktør

Bilag:

1. Rapport vedr. samling af brystkræftkirurgi ved Regionshospitalet Holstebro
2. Rapport vedr. samling af endetarmskræftkirurgi ved Regionshospitalet Herning

Rapport vedr. samling af
brystkræftkirurgi
på Regionshospitalet Holstebro

Dato: 19-03-2007
Sagsbehandler: Anette Thede
e-mail: anthe@ringamt.dk
Journalnr: 2006061242B
Side 1/14

Indholdsfortegnelse

1 Indledning	Side 2
2 Arbejdsgruppens sammensætning	Side 2
3 Resumé	Side 2
4 Særlige problemstillinger/forudsætninger	Side 3
5 Fremtidige visitationsretningslinier	Side 4
5.1 Visitationsretningslinier for patienter med mistanke om/ verificeret brystkræft.	Side 4
5.2 Visitationsretningslinier for patienter med recidivsygdom.	Side 4
5.3 Information og retningslinier til de praktiserende læger	Side 5
6 Aktivitet og produktionsværdi	Side 6
7 Personalebehov og kapacitet	Side 7
8 Konsekvenser for personalet	Side 8
9 Økonomiske konsekvenser og apparatur mv.	Side 9
10 Den fremtidige organisation	Side 9
11 Implementeringsplan	Side 11
12 Konklusion	Side 11

1 Indledning

Ringkjøbing Amts Sundhedsudvalg vedtog den 27.11.2006 at anbefale over for Region Midtjylland, at den kirurgiske behandling af brystkræftkirurgi hurtigst muligt samles på Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro. Anbefalingen er truffet med baggrund i faglig enighed og er baseret på en udredning vedr. placering af brystkræftkirurgien [1].

Hospitalsledelsen for Hospitalsenheden Vest har besluttet, at der skal nedsættes en tværfaglig arbejdsgruppe, som skal planlægge den praktiske udmøntning af beslutningen. Arbejdsgruppens planlægning i forbindelse med samling af brystkræftkirurgien på Regionshospitalet Holstebro er beskrevet i denne rapport. I beskrivelsen af samlingen er der taget højde for optimering og forbedring af processer.

2 Arbejdsgruppens sammensætning

- Hospitalsdirektør/cheflæge Per Østergaard Jensen (formand)
- Ledende overlæge Gerner Duch, Kirurgisk Afdeling
- Ledende oversygeplejerske Elsebeth Borg, Kirurgisk Afdeling
- Klinikchef Erik Skovbo Kristensen, Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro
- Klinikoversygeplejerske Gitte Kjær Nielsen, Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro
- Klinikoversygeplejerske Anne-Grethe Skov Iversen, Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Herning
- Ledende overlæge Peter Ekeløf, Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro
- Ledende overlæge Jørn Baun Christensen, Røntgenafdelingen, Regionshospitalet Herning
- Overlæge Jess Pilgaard, Patologisk Institut, Regionshospitalet Holstebro
- Overlæge Jesper Mortensen, Klinisk Fysiologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning
- Ledende overlæge Knud Aage Møller, Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning
- Planlægger Anette Thede, Administrationen (sekr. og sagsbehandler)

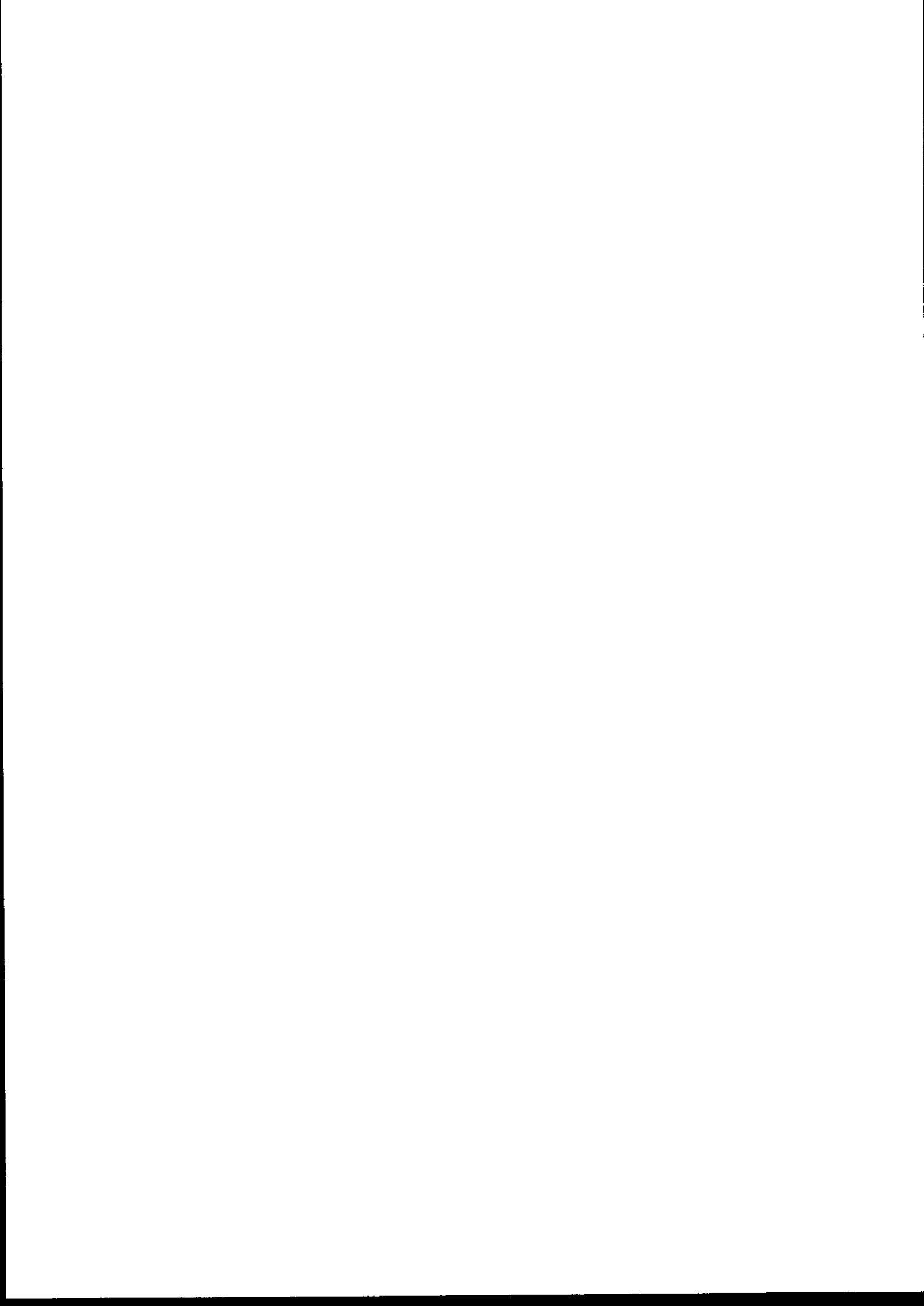
Arbejdsgruppen kan supplere sig med nødvendige ressourcepersoner og herunder bl.a. sagsbehandler fra Løn- og Personaleafdelingen samt repræsentant fra Terapiafdelingen.

3 Resumé

En enig arbejdsgruppe anbefaler samling af brystkræftkirurgi på Regionshospitalet Holstebro pr. 1. august 2007.

Samlingen af brystkræftkirurgi betyder, at der er behov for tilknytning af 2 speciallæger og en speciallæge under uddannelse. Der skal være en specialeansvarlig sygeplejerske fasttilknyttet mammateamet, en sekretær og en specialuddannet fysioterapeut. Samlingen vurderes ikke at have væsentlige konsekvenser for personalet.

Kirurgisk Klinik på Regionshospitalet Holstebro har ved samling af brystkræftkirurgien behov for ca. 6 senge og 3 operationsstuer hver uge. Der skal frigøres 3 senge og 2 operationsstuer, hvilket løses ved intern omfordeling.



I 2006 er der foretaget 3.161 mammografiundersøgelser. Den kirurgiske aktivitet i 2006 vedr. brystkræftkirurgi svarer til en DRG-værdi på 8,9 mio. kr.

De økonomiske konsekvenser ved samlingen af brystkræftkirurgi på Regionshospitalet Holstebro er en forøgelse af de varige driftsudgifter på ca. 0,6 mio. kr.

I forbindelse med indførelse af mammascreening vil der i Røntgenafdelingen være engangsudgifter ved anskaffelse af to digitale mammomater til screening af kliniske mammografier. Denne sag behandles i andet regi.

Lokaludvalget i Kirurgisk Afdeling er orienteret om arbejdet på møde den 6. februar 2007.

4 Særlige problemstillinger/forudsætninger

I dette afsnit beskrives særlige problemstillinger/forudsætninger i forbindelse med samlingen af brystkræftkirurgi på Regionshospitalet Holstebro.

- Mammapatienter vurderes ikke at kræve specielt vagthold forudsat, at der er andet kirurgisk vagthold på hospitalet. Ellers er der behov for vagt fra bolig.
- Sammedagsdiagnostik forudsætter at patologien er fysisk placeret på samme matrikel som brystkræftkirurgien. Pga. personalesituationen skal ferieplanlægning i patologien koordineres med mammakirurgerne.
- Det forudsættes, at terminale kræftpatienter vil blive behandlet i Onkologisk Afdeling eller på hospice. Der vil imidlertid være behov for at kunne behandle også ikke nyoperede kræftpatienter i et fremtidigt mammacenter. Dette er en væsentlig ændring i forhold til i dag. Såfremt der er sengeplads på Kirurgisk Afdeling vil et ændret patientflow betyde, at liggetiden forkortes. Det er samtidigt et spørgsmål om Onkologisk Afdeling har plads til de terminale patienter. Dette vurderes at afhænge af den fremtidige organisering, og er derfor ikke en problemstilling på kort sigt.
- Hotelsenge er ikke indeholdt i denne rapport, men indgår i beskrivelsen af den fremtidige organisering.
- Mammascreening er ikke en egentlig del af rapporten, men formodes at blive en del af fremtiden, og vurderes at få store konsekvenser for organiseringen. I de første to perioder (4 år) efter påbegyndt mammascreening vil antallet af nyopdagede brystkræfttilfælde fordobles. Der skal derfor være mulighed for at udvide kapaciteten modsvarende dette behov.

5 Fremtidige visitationsretningslinier

5.1 Visitationsretningslinier for patienter med mistanke om/verificeret brystkræft.

De nuværende visitationsretningslinier [2] for patienter med mistanke om/eller verificeret brystkræft vurderes fortsat at være gældende ved samling af brystkræftkirurgi på Regionshospitalet Holstebro. Patienterne henvises til Røntgenafdelingen, og derfor skal de praktiserende læger fortsat visitere til enten Regionshospitalet Herning eller Regionshospitalet Holstebro.

Røntgenafdelingen har 2 apparater - et på Regionshospitalet Herning og et på Regionshospitalet Holstebro. Fra Røntgenafdelingen henvises patienterne til kirurgisk ambulatorium på Regionshospitalet Holstebro.

5.2 Visitationsretningslinier for patienter med recidivsygdom.

Alle patienter, der mistænkes at have udviklet lokalt recidiv af deres brystkræft, henvises til Onkologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning. Der foretages hurtig tilbagemelding til kirurgisk ambulatorium mht. fjernrecidiv. Onkologisk Afdeling deltager i fælleskonferencer med kirurgerne.

Definition

Recidiv i regio mammalis incl. residuale mamma efter brystbevarende behandling, eller regionære lymfeknuder, i samsidige aksillære supra- eller infraklavikulære lymfeknuder.

Onkologisk Afdeling har følgende undersøgelsesprogram

- Klinisk undersøgelse med biopsiverifikation, hvilket kan være finnål, ultralydsvejledt biopsi eller kirurgisk biopsi
- Østrogenreceptorbestemmelse
- HER-2-receptorundersøgelse, hvis denne ikke tidligere er foretaget
- CT-skanning af thorax og abdomen
- Knogleskintigrafi
- Evt. mammografi
- Hvis ikke der findes tegn på fjernrecidiv, henvises pt. til Kirurgisk Afdeling mhp. lokal ekstirpation af recidivet

Patienter, som tidligere er mastektomeret, har tilhørt lavrisikogruppen, og ikke har fået strålebehandling, skal tilbydes strålebehandling.

Patienter, som tidligere har fået foretaget tumorektomi + strålebehandling, tilbydes mastektomi.

Patienter, som tidligere har fået foretaget mastektomi og strålebehandling, tilbydes - hvis de er receptorpositive, og ikke tidligere har modtaget endokrin behandling - Tamoxifen 2½ år efterfulgt af Arimidex 2½ år.

I sjældne tilfælde og hos unge patienter kan man overveje kemoterapi.

Patienter, som ikke tidligere har fået kemoterapi, kan gives Epirubicin.

Hos patienter, som tidligere har fået kemoterapi i form af CEF eller Epirubicin, kan tilbydes Taxotere, men der findes ikke påvist nogen overlevelsesgevinst ved adjuverende systemisk behandling efter lokalrecidiv.

I visse tilfælde, hvor man ved klinisk undersøgelse og supplerende CT-skanning finder, at det kan være svært at få radikalitet ved operativt indgreb, kan større ekstensiv plastikkirurgisk operation komme på tale.

Fjernrecidiv - palliativ behandling

Patienter med mistænkt dissemineret sygdom henvises til Onkologisk Afdeling, hvor der foretages CT-skanning af thorax og abdomen, knogleskintigrafi, evt. CT eller MR, og efter udredning påbegyndes systemisk behandling efter de retningslinier, som er beskrevet i DBCG (Danish Breast Cancer cooperative Group).

Hovedbehandlingsstrategier

Endokrin behandling.

Til østrogenreceptorpositive patienter med ikke-aggressivt recidiv og langt sygdomsinterval gives endokrin behandling.

Til østrogenreceptorpositive patienter med aggressivt recidiv og kort sygdomsinterval overvejes kemoterapi efterfulgt af endokrin behandling og Herceptin, hvis patienterne er HER-2 positive.

Til østrogenreceptornegative patienter kemoterapi, og hvis HER-2 positive også Herceptin.

Hos både patienter med god og dårlig prognose findes der flere behandlingsmuligheder, der enten kan tilbydes som et kontinuum eller med kortere eller længere indlagte behandlingspauser.

Kontroller

Alle patienter med recidiv vil, hvad enten det er lokal- eller fjernrecidiv, følges med løbende kontroller i Onkologisk Afdeling. Ældre og skrøbelige patienter kan tilbagehenvises til egen læge under fortsat endokrin behandling.

HER-2 receptoranalyser på samtlige nye recidiv patienter er en meget ressourcekrævende opgave, hvilket Patologisk Afdeling ikke har ressourcer til. Problemstillingen skal eventuelt løses regionalt.

5.3 Information og retningslinier til de praktiserende læger

Der skal ikke ændres i henvisningen fra de praktiserende læger. Henvisningsmønsteret er det samme, men der skal informeres om, at behandling foregår på Regionshospitalet Holstebro. Røntgenafdelingen informerer de praktiserende læger om samlingen af brystkræftkirurgien på Regionshospitalet Holstebro via Praksiskonsulenten.

6 Aktivitet og produktionsværdi

Antal patienter, der får foretaget mammografiundersøgelser

	2005	2006
Holstebro	1.407	1.476
Herning	1.932	1.685
I alt	3.339	3.161

Kilde: Radiologisk afdeling (RIS)

Ovenstående fald i aktiviteten fra 2005 til 2006 skyldes lokale forhold herunder bl.a. venteliste i forbindelse med uddannelse. Der er ingen grund til at tro, at udviklingen er faldende.

Aktivitet i Patologisk Institut

	2005	2006
Antal rekvisitioner	1.150	1.283
Antal prøver	1.389	1.508
Antal glas	8.489	9.126
Antal CPR-nr.	585	603

Kilde: Patologisk Institut

Kirurgisk aktivitet i 2006:

	Herning	Holstebro	I alt
Lumpektomier, alle med maligne diagnoser	68	35	103
Radikal mastektomi	24	40	64
Simpel mastektomi alle med maligne diagnoser	9	19	28
Sentinel node	68	69	137
Mindre operationer med maligne diagnoser	22	16	38
Mindre operationer med ej maligne diagnoser	21	57	78
DRG-værdi i takssystem 2006 i t. kr.	4.472	4.401	8.873

Kilde: Patientadministrative system, Kirurgisk Afdeling

Af det samlede antal brystkræftoperationer opereres ca. 60-70% med sentinel node og ca. 15% reopereres. Aktiviteten vedr. sentinel node er stigende i 2006 og forventes også stigende i 2007.

Nuklearmedicinsk Afdeling har i forbindelse med for- og efterundersøgelser på patienter med brystkræft følgende "produktion": Sentinel node procedurer, knogleskintigrafer, isotopradiografier (MUGA) og nyrefunktionsmålinger (GRF). Ved samlingen af brystkræftkirurgien på Regionshospitalet Holstebro er det kun sentinel node proceduren, som skal flyttes fra Regionshospitalet Herning til Regionshospitalet Holstebro. De øvrige

undersøgelser skal forsat udføres ambulantly som efterundersøgelser på regionshospitalet Herning og Holstebro.

Antal sentinel node procedurer: DRG takst er 2.649 kr. pr. undersøgelse

	2005	2006
Holstebro	54	70
Herning	55	70
I alt	109	140

*) afvigelse i 2006 mellem 140 undersøgelser og 137 kirurgiske registreringer jf. ovenstående forklares af mislykkede forsøg.

Kilde: Nuklearmedicinsk Afdeling.

7 Personalebehov og kapacitet

Arbejdsgruppen vurderer med udgangspunkt i aktivitet og gennemsnitlige liggetider følgende senge- og operationsstuebehov for brystkræftkirurgien.

	Regionshospitalet Herning	Regionshospitalet Holstebro	Samling på Regionshospitalet Holstebro	Ved screeningsindførelse**
Sengepladser med en belægningsprocent på 85%	2-3	2-3	6 evt. mindre behov ved accelererede patientforløb jf. fremtidig organisering	min. 6
Operationslejer (52 uger)	2 inkl. mertidsforbrug pga. sentinel node	1	2-3 ugentligt	4 ugentlig i fire år
Antal patienter i lægeambulatoriet til forundersøgelse og kontrol*	14	14	ca. 28 ugentlige	56 plus øget behov for ambulante stuer
Antal speciallæger	2	2	3 herunder en under uddannelse	4 herunder en under uddannelse
Ambulatorierum samt kontor- og samtalefaciliteter			Det kan være i nuværende lokaler.	Kan betyde behov for yderligere lokaler

*Der forventes øget sygeplejeambulatorie ved accelererede patientforløb.

**Det fulde omfang kendes endnu ikke ved screeningsindførelse. Ved etapevis screeningsindførelse vil behovet være mindre.

De 6 senge til brystkræftkirurgi forudsættes at indgå i et kirurgisk sengeafsnit tilknyttet anden kirurgisk virksomhed. Ved samling af brystkræftkirurgien på Regionshospitalet Holstebro skal der frigøres 3 senge og to operationsstuer i Kirurgisk Klinik. Dette løses ved intern rotering i Kirurgisk Afdeling bl.a. i forbindelse med samling af endetarmskræftkirurgien på Regionshospitalet Herning.

Ved samling af brystkræftkirurgien vil der ske en samling af patientforløbet. Der skal være én specialeansvarlig sygeplejerske fasttilknyttet mamateamet jf. beskrivelsen af den fremtidige organisering, og en fuldtidssekretær (opnormering).

Der er behov for 1 fysioterapeut/er, med specialuddannelse i varetagelse af mamma-kirurgiske patienter, til varetagelse af såvel den præ- og postoperative behandling i de kirurgiske sengeafsnit samt eventuel opfølgning ambulant eksempelvis ved lymfødem. Lymfødem er blevet en kommunal opgave med undtagelse af specialiseret behandlingsbehov.

I første omgang forventes ingen ændring i den radiologiske kapacitet. Mammascreeing på Regionshospitalet Herning formodes at starte inden udgangen af 2007, og i den forbindelse kan der være væsentlige organisatoriske forhindringer.

Det forventes, at tilbud om sammedøgnediagnostik fremover vil være en faglig forudsætning. Samtidigt forventes at klinisk mammografi placeres samme sted som det kirurgiske behandlingssted (mammacenter). [3]

8 Konsekvenser for personalet

De to af de læger, som i øjeblikket er ved Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro skal fremover varetager opgaven med behandling af brystkræftpatienterne. Der er en ubesat stilling i Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Herning, som skal slås op med arbejdssted i Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro. Der er således ikke noget personale, som skal flyttes og derfor ingen varsling af lægerne.

Der er ved Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Herning særligt 2 sygeplejersker, som har mammapatienter som interessefelt. De vil dog ikke nødvendigvis flytte efter specialet - det kommer an på organiseringen og fordelingen i øvrigt. Da det forventes, at der skal laves et mamma-team på Regionshospitalet Holstebro, vil det være relevant at opslå internt ved stillingsledighed, så de to får mulighed for at byde ind på arbejde med mammapatienterne. Opgaven løses via dialog, og det vurderes ikke nødvendigt med varsling af plejepersonalet.

Endvidere betyder indførelse af fælles mammakonferencer, at en onkolog og en radiolog skal have udedage 2 gange om måneden.

9 Økonomiske konsekvenser og apparatur mv.

De økonomiske konsekvenser af samlingen af brystkræftkirurgi på Regionshospitalet Holstebro er en forøgelse af de varige driftsudgifter på ca. 0,6 mio. kr., som forklares af nedenstående. Samlingen har ingen konsekvenser for apparatur.

Forøgelse af de varige driftsudgifter

Udetjeneste onkolog og radiolog i forbindelse med tværfaglige konferencer	
48 dage (2 dage pr. måned)	30.000 kr.
Personalebefordring	20.000 kr.
1 sekretær	300.000 kr.
Kvalitet og udvikling, samordning m.m.	250.000 kr.
I alt	600.000 kr.

Da, det er blevet evident, at den kliniske mammografiske undersøgelse af kvinder, som er blevet "fanget" i den planlagte mammografiscreening, skal gennemføres af de lokale afdelinger, er behovet ved opstart af en mammacenter på Regionshospitalet Holstebro to digitale mammomater til brug for klinisk mammografi. I interimperioden, indtil mammacenter kan starte, skal det ene apparat installeres på Regionshospitalet Herning, da der ikke fysisk er mulighed for installation i Røntgenafdelingen på Regionshospitalet Holstebro.

10 Den fremtidige organisation

Beskrivelsen tager udgangspunkt i kriterier opstillet af European Society of Mastology (EUSOMA), og anbefalinger fra Dansk Mammakirurgisk Selskab (DMKS). Beskrivelsen ligger op til optimerede/accelererede patientforløb med udgangspunkt i den perioperative enhed, København.

Specialeansvar

Det forventes, at der vil være ca. 200 tilfælde med brystkræft om året. Indføres mammografi-screening forventes antallet at stige yderligere i en periode. Det anbefales, at brystkræft-enheden består af en specialeansvarlig overlæge (kirurg) samt 2 specialuddannede brystkirurger. Den specialeansvarlige overlæge sikrer forskning, udvikling, registrering og uddannelse. Hver brystkirurg skal være ansvarlig for hele patientforløbet fra henvisning til afsluttende kontrol. Hermed sikres kvalitet i forhold til kontaktpersonordningen. Der henvises i øvrigt til Dansk Mammakirurgisk Selskabs rapport dateret den 25.04.05.

Teamdannelse

Her beskrives 2 former for teams i forbindelse med brystkræftorganiseringen:

1. Brystteamet (dvs. et team der udelukkende arbejder med mammakirurgiske patienter i hele det perioperative forløb).
2. Teamdannelse i forhold til alle involverede specialer.

ad 1. Brystteamet består af den specialeansvarlige overlæge og de 2 brystkirurger, en fast tilknyttet fysioterapeut, en fast tilknyttet sekretær samt en specialuddannet sygeplejerske, som skal sikre dag-til-dag opgaver som booking, information, kontrol,

kontakt til kirurgisk sengeafsnit, pårørende etc. Som specialeansvarlig skal sygeplejersken endvidere sikre opdaterede instrukser, kliniske retningslinjer, registrering, kvalitetsudvikling og evt. undersøgelser/forskning indenfor området. Udover den specialeansvarlige sygeplejerske, skal der tilknyttes øvrige sygeplejersker med interesse for specialet - normering svarende til ambulansaktivitet. Brystteamet skal være til rådighed for patienter og pårørende samt andre specialer med henblik på pleje og behandling af patienter med brystsygdomme.
Der afholdes samarbejds møder (X antal pr. år fastlægges i teamet).

ad 2. Teamdannelse i forhold til alle involverede specialer - patologi, onkologi, røntgen, nuklearmedicin - er en forudsætning for at kunne optimere allerede eksisterende "pakkeforløb" (henvisning til model fra Vejle Sygehus), hvor målet er, at patienterne opnår en så hensigtsmæssig gang gennem systemet som muligt. "Pakkeforløbet" optimeres fælles af involverede specialer via en "flow-chart-analyse". Såfremt sammenlægningen besluttet foreslås, at en sådan analyse gennemføres primo maj 2007 evt. ved hjælp af kvalitetskonsulent.
Det foreslås endvidere, at der planlægges med 2 mammakonferencer pr. måned (EUSOMA-kriterie). Ved konferencen drøftes og planlægges brystkræftpatienternes behandlingsstrategi.

Faglige retningslinier.

DBCG-retningslinier (Danish Breast Cancer cooperative Group) følges og fremgår af afdelingens instruks. Det er et ønske, at brystenheden vil kunne give patienterne tilbud om sammedagsdiagnostik, hvilket vil indbefatte klinisk undersøgelse, billeddiagnostik og vævsprøve. (Se næste afsnit).

Patientforløb

Det følgende er en beskrivelse af, hvordan patientforløbet tænkes i en fremtidig brystenhed. Udgangspunktet er, at organisere forløbet som et accelereret/optimeret patientforløb, hvor indlæggelsestiden reduceres fra gennemsnitlig 4-5 dage til ca. 2 dage. Indlæggelsesaktiviteterne konverteres til ambulante aktiviteter.

Langt de fleste patienter, som henvises til en brystkirurgisk enhed, henvises primært til mammografi (3200).

Radiologen prioriterer henvisningerne, og deler dem i 3 grupper:

- 1 Patienter mistænkt for ondartet sygdom i brystet.
- 2 Patienter mistænkt for godartet sygdom i brystet.
- 3 Patienter uden klinisk mistanke om sygdom i brystet.

Det er aftalt med Røntgenafdelingen, at gruppe 1 bookes til undersøgelse først på dagen, således at der er mulighed for at afgive svar på eventuel finnål samme dag med henblik på at kunne effektuere sammedagsdiagnostik hos kvinder med brystkræft, hvis kvinden ønsker det. Hvis man ved mammografi finder sygdom i brystet, henvises patienten til den kirurgiske enhed, og resten afsluttes til egen læge.

I den kirurgiske brystenhed modtages patienten af den koordinerende sygeplejerske, som informerer, og booker patienten videre frem i forløbet.

I det kirurgiske ambulatorium er der 3 muligheder: Patienten kan blive set af en kirurg samme dag, dagen efter eller på et senere tidspunkt. Dette afhænger af, hvilken lidelse patienten har, og hvad patienten ønsker selv, idet der lægges vægt på et meget højt informationsniveau og selvvalg.

Efter vurderingen i det kirurgiske ambulatorium er der igen 3 muligheder: Patienten henvises til operation (cirka 400-500¹ årligt), afsluttes eller sættes til yderligere undersøgelser eller kontrol. Efter det operative indgreb viderehenvises patienten ved ondartet sygdom til kontrol og videre behandling på Onkologisk Afdeling, og ved godartet sygdom til yderligere ambulante opfølgning eller afsluttes.

Informationsmateriale til patienterne

Der forefindes aktuelt informationsmateriale, som er up to date. I forhold til en fremtidig organisering med accelererede/optimerede brystforløb, hvor indlæggelsestiden reduceres fra 5 til 2 dage, skal der oprustes i den ambulante del i forhold til mundtlig og skriftlig information. I forbindelse hermed skal materialet revideres og udvikles.

Sikring af overholdelse af ventetidsgarantier

De umiddelbare kvalitetsmål, der er indlagt, og som der er enighed om, er

- at patienter med ondartet sygdom opereres senest 14 dage efter mammografien.
- at patienterne tilbydes en samtale med en kirurg samme dag, som de har været til mammografi, hvis de ønsker det.
- at patienter med ondartet sygdom kan få diagnosen samme dag, de har været til mammografi, hvis de ønsker det. Et foreløbigt mål er ca. 50% af tilfældene får diagnosen.

11 Implementeringsplan

Det vurderes at samling af brystkræftkirurgien på Regionshospitalet Holstebro er realistisk pr. 1. august 2007.

Ved beslutning om samling skal der udarbejdes en plan for information af alle relevante aktører på området herunder praksis, øvrige hospitaler i regionen mv.

Alle patienter henvises via Røntgenafdelingen, hvorfor praksis informeres af Røntgenafdelingen med inddragelse af praksiskonsulenten m.fl.

12 Konklusion

En enig arbejdsgruppe anbefaler samling af brystkræftkirurgien på Regionshospitalet Holstebro pr. 1. august 2007

Arbejdsgruppens planlægning af den praktiske udmøntning af beslutningen er baseret på optimering og forbedring af processer bl.a. ved indførelse af fælleskonferencer.

¹ Antallet er stigende på grund af Sentinel Node, reoperation på segmenter, axillymfer som viser sig skal rømmes. Akutte mammaabcesser.

Samlingen af brystkræftkirurgi betyder, at der er behov for tilknytning af 2 speciallæger og en speciallæge under uddannelse. Der skal være en specialeansvarlig sygeplejerske fasttilknyttet mamateamet, en sekretær og en specialuddannet fysioterapeut. Samlingen vurderes ikke at have væsentlige konsekvenser for personalet.

Kirurgisk Klinik på Regionshospitalet Holstebro har ved samling af brystkræftkirurgien behov for ca. 6 senge og 3 operationsstuer hver uge. Der skal frigøres 3 senge og 2 operationsstuer, hvilket løses ved intern omfordeling.

I 2006 er der foretaget 3.161 mammografiundersøgelser. Den kirurgiske aktivitet i 2006 vedr. brystkræftkirurgi svarer til en DRG-værdi på 8,9 mio. kr.

De økonomiske konsekvenser ved samlingen af brystkræftkirurgi på Regionshospitalet Holstebro er en forøgelse af de varige driftsudgifter på ca. 0,6 mio. kr.

De nuværende visitationsretningslinier for patienter med mistanke om/verificeret brystkræft, hvor patienterne henvises til Røntgenafdelingen, vurderes fortsat at være gældende. Når beslutning om samling af brystkræftkirurgien foreligger planlægges informationsprocessen.

Beskrivelsen af den fremtidige organisation ligger op til optimeret/accelereret patientforløb.

HER-2 receptoranalyser på samtlige nye recidiv patienter er en meget ressourcekrævende opgave, hvilket Patologisk Afdeling ikke har ressourcer til. Problemstillingen skal eventuelt løses regionalt.

Det forventes, at tilbud om sammedøgnsdiagnostik fremover vil være en faglig forudsætning. Samtidigt forventes at klinisk mammografi placeres samme sted som det kirurgiske behandlingssted (mammacenter).

Mammascreeing på Regionshospitalet Herning formodes at starte inden udgangen af 2007, og i den forbindelse kan der være væsentlige konsekvenser for organiseringen. I Røntgenafdelingen vil der være engangsudgifter i forbindelse med anskaffelse af to digitale mammomater til screening af kliniske mammografier. Denne sag behandles i andet regi.

Ved beslutning om samling skal der udarbejdes en plan for information af alle relevante aktører på området herunder praksis, øvrige hospitaler i regionen mv.

På vegne af arbejdsgruppen

Med venlig hilsen

Per Østergaard Jensen
Hospitalsdirektør/Cheflæge

Henvisninger:

[1] "Udredning vedr. placering af brystkræftkirurgien "Sygehus Ringkjøbing", september 2006.

[2] Praksiskonsulenten s. 214

[3] Sundhedsstyrelsens rapport "Brug og diagnostisk kvalitet af klinisk mammografi i Danmark - en medicinsk teknologivurdering." 2006

Rapport vedr. samling af
endetarmskræftkirurgi
(rectumcancer)
på Regionshospitalet Herning

Dato: 19-03-2007
Journalnr: 2006061243B
Sagsbehandler: Anette Thede
e-mail: anthe@ringamt.dk

Side 1/10

Indholdsfortegnelse

1 Indledning	Side 2
2 Arbejdsgruppens sammensætning	Side 2
3 Resumé	Side 2
4 Fremtidige visitationsretningslinier	Side 3
4.1 Visitationsretningslinier for patienter med mistanke om/eller verificeret endetarmskræft	Side 3
4.2 Visitationsretningslinier for patienter med recidiv sygdom	Side 4
4.3 Information og retningslinier til de praktiserende læger	Side 5
5 Aktivitet og produktionsværdi	Side 5
6 Behov for fysiske rammer og kapacitet	Side 5
7 Personalebehov og kapacitet	Side 6
8 Konsekvenser for personalet	Side 7
9 Konsekvenser vedr. apparatur og økonomi	Side 7
10 Den fremtidige organisation	Side 7
11 Implementeringsplan	Side 8
12 Konklusion	Side 8

1 Indledning

Ringkjøbing Amts Sundhedsudvalg vedtog den 27.11.2006 at anbefale over for Region Midtjylland, at endetarmskræftkirurgien hurtigst muligt samles ved Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Herning. Beslutningen har ingen umiddelbar indflydelse på kommende beslutninger vedr. placering af tyktarmskræftkirurgi (coloncancerkirurgi), benign colonkirurgi og de akutte beredskaber. Anbefalingen er truffet med baggrund i faglig enighed og baseret på en udredning vedr. placering af endetarmskræftkirurgien[1].

Hospitalsledelsen for Hospitalsenheden Vest har besluttet, at der skal nedsættes tværfaglig arbejdsgruppe, der skal planlægge den praktiske udmøntning af beslutningen. Arbejdsgruppens planlægning i forbindelse med samling af endetarmskræftkirurgi på Regionshospitalet Herning er beskrevet i denne rapport. I beskrivelsen af samlingen er der taget højde for optimering og forbedring af processer.

2 Arbejdsgruppens sammensætning

- Hospitalsdirektør/cheflæge Per Østergaard Jensen (formand)
- Ledende overlæge Gerner Duch, Kirurgisk Afdeling
- Ledende oversygeplejerske Elsebeth Borg, Kirurgisk Afdeling
- Klinikchef Erik Skovbo Kristensen, Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro
- Klinikoversygeplejerske Gitte Kjær Nielsen, Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro
- Klinikoversygeplejerske Anne-Grethe Skov Iversen, Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Herning
- Ledende overlæge Jørgen Mølgaard, Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning (Ledende oversygeplejerske Martin Svenningsen har deltaget i arbejdsgruppens sidste møde)
- Ledende overlæge Jørn Baun Christensen, Røntgenafdelingen, Regionshospitalet Herning
- Planlægger Anette Thede, Administrationen (sekr. og sagsbehandler)

Arbejdsgruppen kan supplere sig med nødvendige ressourcepersoner og herunder bl.a. sagsbehandler fra Løn- og Personaleafdelingen.

3 Resumé

En enig arbejdsgruppe anbefaler samling af endetarmskræftkirurgien på Regionshospitalet Herning pr. 1. september 2007.

Samlingen af endetarmskræftkirurgi betyder, at der er behov for tilknytning af 3 speciallæger. Samlingen vurderes ikke at have væsentlige konsekvenser for personalet.

Kirurgisk Klinik på Regionshospitalet Herning skal bruge minimum 5 senge og 1½ operationsstue hver uge til endetarmskræftkirurgi. Der skal frigøres mindst 3 senge og 0,75 operationsstue ugentligt, hvilket løses ved intern omfordeling.

Samlingen vurderes ikke at medføre økonomiske eller apparaturmæssige konsekvenser. Samlingen vurderes totalt at blive udgiftsneutral indenfor Kirurgisk Afdeling.

Det er forudsat, at der fortsat sker udredning (primært kikkertundersøgelse) i Kirurgisk Klinik på både Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.

Den operative aktivitet i 2006 er 66 endetarmskræfttilfælde, svarende til en DRG-værdi på 5,5 mio. kr.

Lokaludvalget i Kirurgisk Afdeling er orienteret om arbejdet på møde den 6. februar 2007.

4 Fremtidige visitationsretningslinier

4.1 Visitationsretningslinier for patienter med mistanke om/eller verificeret endetarmskræft

De fremtidige visitationsretningslinier for patienter med mistanke om/eller verificeret endetarmskræft foregår således, at henvisningen fremsendes til central visitator. Den primære udredning (sigmoideoscopi eller coloscopi) kan ske i begge kirurgiske klinikker.

Det efterfølgende forløb foregår på Regionshospitalet Herning. Det vil sige, at de diagnostiske undersøgelser og det efterfølgende ambulante besøg bookes i Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Herning.

Visitationsretningslinier for patientforløbet er beskrevet i Kirurgisk Afdelings instrukshåndbog [2]

Kapitlet er inddelt i følgende afsnit

1. Præoperativt
2. Operation
3. Postoperativt
4. Strålebehandling
5. Patientforløb
6. Efterbehandling
7. Kontrol
8. Recidiv

Forløbet for en patient med endetarmskræft er følgende:

En rektum tumor konstateres meget sjældent hos indlagte patienter, men i de allerfleste tilfælde hos ambulante patienter - enten i ambulatoriet ved sigmoideoskopi eller i DKE ved koloskopi. På endoskopi-tidspunktet tages biopsi.

Samme dag ringes i Røntgenafdelingen, hvor der gives et tidspunkt (indenfor en uge) til en "Rektum-pakke" (CT-skanning af thorax og lever + MR-skanning af bækken + evt. supplerende UL-skanning).

Samme dag ringes i ambulatoriet, hvor der aftales ambulatorietid hos speciallæge snarest efter de radiologiske undersøgelser.

Samme dag sendes patienten til laboratoriet til blodprøver (Hgb, væsketal, levertal, CEA).

Samme dag informeres patienten om, at der er fundet en knude i endetarmen, og at operation bliver nødvendig, men at operationstypen og eventuel forudgående

strålebehandling vil afhænge af de yderligere bestilte undersøgelser. Patienten medgives tidspunktet for de radiologiske undersøgelser og tidspunktet for ambulatoriebesøget, hvor der vil blive givet svar på biopsi, blodprøver og de radiologiske undersøgelser samt planlagt videre forløb. Patienten får således allerede på den dag, hvor knuden er set, en plan med tidspunkter m.m. Det anbefales at medbringe pårørende til ambulatoriet.

Samme dag sender lægen skriftlig henvisning på ovenstående til Røntgenafdelingen (inkl. såkaldt metal-skema), og påfører henvisningen det telefonisk aftalte tidspunkt for undersøgelsen.

Ved det følgende ambulatorie-besøg:

Der informeres om svar på foretagne prøver.

Foretages rektoskopi på stift rektoskop med henblik på vurdering af præcis lokalisation af tumor i forhold til anus, vurdering af mobilitet/fiksation, vurdering af sfincterfunktion. Der foretages eventuelt rektal UL-skanning. Alle disse forhold er af betydning, når behandlingen skal beslattes for den enkelte patient.

Hvis patienten efter gældende retningslinier ikke skal have præoperativ strålebehandling, aftales operation (med sædvanlig samtale om forventet forløb, mulige sekvelæ, risiko for komplikationer etc.).

Patienten medgives **samme dag** tidspunktet for indlæggelse, hvis ikke oplyses om indkaldelse snarest (1-2 uger). I begge tilfælde udfyldes blå indkaldelsesseddel.

Hvis patienten skal have strålebehandling forklares dette, og **samme dag** faxes henvisning og kopi af relevante journaldele til Århus Sygehus (Tage Hansensgade) og ligeledes **samme dag** overføres patientens skanninger elektronisk til Århus Sygehus (Tage Hansensgade), hvor patienten vil blive gennemgået ved førstkommande multidisciplinære rektumkonference (hver fredag). I disse konferencer deltager rektumkirurger, patologer og radiologer fra Århus Sygehus (Tage Hansensgade), stråleoncologer fra Århus Sygehus (Nørrebrogade) og MR-personalet fra Skejby Sygehus.

Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Herning får oftest samme fredag pr. fax besked om behandlingsbeslutningen og nogle dage senere fra stråle-onkologisk afdeling en behandlingstidsplan, hvorefter operationstidspunktet kan fastsættes.

4.2 Visitationsretningslinier for patienter med recidiv sygdom

Overordnet set er der tale om 2 typer recidiver, som medfører forskellig behandling.

Fjern-recidiv (lever-metastaser, lunge-metastaser): Afhængig af metastasernes størrelse og udbredning (og patientens øvrige tilstand og co-morbiditet) henvises til lever-kirurgerne på Århus Sygehus (Nørrebrogade) eller thorax-kirurgerne på Skejby Sygehus. Ellers til kemoterapi hos onkologerne.

Lokalt bækken-recidiv hvis patientens tilstand tillader det (og der ikke er fjern-metastaser) henvises til Århus Sygehus (Tage Hansensgade) til vurdering med henblik på muligheden af recidiv-kirurgi, som er et meget omfattende indgreb, og kræver en patient i god stand. Under alle omstændigheder konfereres disse patienter altid med kirurgerne på Århus Sygehus (Tage Hansensgade). Hvis der ikke er kirurgisk behandlingsmulighed henvises til onkologerne, som giver kemoterapi og/eller strålebehandling.

For begge typer recidiver er nøje udredning (jævnfør det anførte program i instruksbogen) nødvendig for at afgøre behandlingsmulighederne. Denne udredning foretages i Kirurgisk Klinik, for ikke at sende patienter, hvor behandlingmulighed oplagt ikke er til stede, unødigt til Århus.

4.3 Information og retningslinier til de praktiserende læger

De praktiserende læger skal fortsat sende henvisning til Kirurgisk Afdelings centrale visitator. De praktiserende læger informeres om, at eventuel operation foretages på Regionshospitalet Herning.

5 Aktivitet og produktionsværdi

Den operative aktivitet er opgjort efter registreringer på operationskoder i patientregistreringssystemet

Antal opererede endetarmskræft-tilfælde:

	2005	2006
Holstebro	19	22
Herning	33	44
I alt	52	66

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

DRG-værdi endetarmskræft-tilfælde:

t. kr.	2005	2006
Holstebro	-	1.852
Herning	-	3.659
I alt	-	5.511

6 Behov for fysiske rammer og kapacitet

Arbejdsgruppen vurderer med udgangspunkt i antal årlige nye tilfælde og gennemsnitlige liggetider følgende senge- og operationsstuebehov for endetarmskræftkirurgi på Regionshospitalet Herning.

Antal operative indgreb

min. 60 operative indgreb

Sengebehov:

Den gennemsnitlige liggetid er 11 dage, svarende til (60*11)	660 sengedage
Ca. 25 patienter skal efterfølgende have lukket en stomi med en gennemsnitlig liggetid på 5 dage, svarende til (25*5)	125 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):	<u>730 sengedage</u>
I alt:	1.515 sengedage
Med en belægningsprocent på 85 svarer det til (1.515/365/0,85)	ca. 5 senge

Da der forventes en stigning i aktiviteten i 2007 vurderes det, at der kan blive behov for op til 7 senge.

Operationsstuebehov til den samlede aktivitet:

Der skal være plads til evt. reoperation, sårskift mm.	min. 1½ operationsstue ugtl.
--	------------------------------

Samling af endetarmskræftkirurgien på Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Herning betyder, at der er behov for 5 senge og 1½ operationsstue hver uge. Der skal frigøres mindst 3 senge og mindst 0,75 operationsstue hver uge, hvilket løses ved intern fordeling.

De terminale patienter har oftest været i onkologisk behandling, og er kirurgiske patienter (åben indlæggelse). Dette vil betyde et øget pres på senge på Regionshospitalet Herning.

Samlingen af endetarmskræftkirurgien på Regionshospitalet Herning forstærker behovet for oprettelsen af intermedieære senge på Regionshospitalet Herning.

Den radiologiske kapacitet ændres ikke væsentlige i forbindelse med samlingen.

7 Personalebehov og kapacitet

Ved samling af endetarmskræftkirurgien på Regionshospitalet Herning er der behov for 3 speciallæger. Sygeplejenormeringen tilpasses ved intern omrokering. Det vurderes, at der vil være et let øget sekretærbehov til endetarmskræftpatienter i forhold til de øvrige patienter, som flyttes til Kirurgisk Klinik, Regionshospitalet Holstebro.

De sygeplejersker, der er i stomiambulatorier, har behov for at kunne tilkalde kirurg.

Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning vil formodentlig få et par ekstra patienter til dialysebehandling, hvor der ved komplikationer vil være et øget dialysebehov i det postoperative forløb. Dette betyder en mindre besparelse i Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro.

Røntgenafdelingen vil blive påvirket marginalt ved håndtering af perioperative forløb (diverse præ- og postoperative undersøgelser) fra samtlige endetarmsoperationer på Regionshospitalet Herning.

8 Konsekvenser for personalet

Samlingen af endetarmskræftkirurgi på Regionshospitalet Herning vurderes kun at have mindre konsekvenser for personalet. Fordelingen af personalet løses gennem dialog og interne omrokeringer, hvorfor der ikke skal tages hensyn til varslinger.

Der kan blive tale om en koordinering af stomisygeplejerskerne, der arbejder i de to kirurgiske klinikker. På Regionshospitalet Holstebro er der ansat en sygeplejerske med autoriseret stomiuddannelse, der skal indtænkes i den fremtidig organisering.

9 Konsekvenser vedr. apparatur og økonomi

Samlingen af endetarmskræftkirurgi på Regionshospitalet Herning vurderes ikke at få konsekvenser i forhold til apparaturanskaffelser og økonomi. Samlingen vurderes totalt at blive udgiftsneutral indenfor Kirurgisk Afdeling.

10 Den fremtidige organisation

Samlingen af endetarmskræftkirurgien har ikke umiddelbart konsekvenser for den fremtidige organisering. Den fremtidige organisering skal eventuelt revurderes og beskrives af den specialeansvarlige overlæge og øvrige overlæger. Herunder beskrivelse af

- Specialeansvar
- Teamdannelse og teamdannelse med deltagelse af andre specialer
- Faglige retningslinier og herunder patientforløbsbeskrivelse
- Informationsmateriale til patienterne
- Sikring af overholdelse af ventetidsgarantier mv.

Der skal ske en afklaring af den samlede perioperative indsats. Endetarmskræftpatienter vil blive placeret i et afsnit.

Det præoperative forløb

Det specielle for denne patientgruppe er, at informationen til det optimerede forløb kræver længere ambulanttid i forhold til patienter og pårørende. Dette vil der blive taget højde for i forbindelse med normering af plejepersonalet.

Foruden den præoperative udredning med endoskopi osv. bør den samlede perioperative indsats omkring disse patienter, der udgør en særlig risikogruppe, beskrives.

Samarbejdet med Stråleterapeutisk Afdeling, Århus Sygehus (Nørrebrogade)

Strålebehandling af disse patienter foregår i tæt samarbejde med onkologer ved Århus Sygehus.

11 Implementeringsplan

Det vurderes at samling af endetarmskræftkirurgien på Regionshospitalet Herning er realistisk pr. 1. september 2007.

Ved beslutning om samling skal der udarbejdes en plan for information af alle relevante aktører på området herunder praksis, øvrige hospitaler i regionen mv.

12 Konklusion

En enig arbejdsgruppe anbefaler, at endetarmskræftkirurgien samles på Regionshospitalet Herning pr. 1. september 2007.

Samlingen af endetarmskræftkirurgi betyder, at der er behov for tilknytning af 3 speciallæger. Samlingen vurderes ikke at have væsentlige konsekvenser for personalet.

Kirurgisk Klinik på Regionshospitalet Herning skal bruge minimum 5 senge og 1½ operationsstue hver uge til endetarmskræftkirurgi. Samlingen betyder, at der skal frigøres minimum 3 senge og 1½ operationsstue ugentlig, hvilket løses ved intern omfordeling.

Den operative aktivitet i 2006 er 66 endetarmskræfttilfælde, svarende til en DRG-værdi på 5,5 mio. kr. Samlingen vurderes at blive udgiftsneutral for Kirurgisk Afdeling.

De fremtidige visitationsretningslinier for patienter med mistanke om/eller verificeret endetarmskræft sker fortsat ved central visitation. Den interne visitation sker til Regionshospitalet Herning. Det er forudsat, at der fortsat sker udredning (primært kikkertundersøgelse) i Kirurgisk Klinik på både Regionshospitalet Herning og Regionshospitalet Holstebro.

Den fremtidige organisering skal eventuelt revurderes og beskrives af den specialeansvarlige overlæge.

Samlingen af endetarmskræftkirurgien på Regionshospitalet Herning forstærker behovet for oprettelsen af intermediaære senge på Regionshospitalet Herning.

Ved beslutning om samling skal der udarbejdes en plan for information af alle relevante aktører på området herunder praksis, øvrige hospitaler i regionen m.v.

På vegne af arbejdsgruppen
Med venlig hilsen

Per Østergaard Jensen
Hospitalsdirektør/Cheflæge

Henvisninger:

[1] "Udredning vedr. placering af behandlingen af endetarmskræft og tyktarmskræft på "Sygehus Ringkjøbing", september 2006.

[2] Instrukshåndbog, Kirurgisk Afdeling kapitel 10