

Region Midtjylland

Henvendelse fra regionsrådsmedlem Ulla Fasting om colon og rectum kirurgi på privathospitaler

Bilag

**til Regionsrådets møde
den 24. september 2008**

Punkt nr. 26

Regionsrådet
Her



Tyk- og endetarmskirurgi på private hospitaler

Regionsrådsmedlem Ulla Fasting har på Forretningsudvalgets møde den 27. maj 2008 anmodet om, at Regionsrådet drøfter privathospitalers udførelse af tyk- og endetarmskirurgi.

Dato 03.09.08

Søren Lihn

Tel. +45 8728 4437

soeren.lihn@stab.rm.dk

Forretningsudvalget indstillede, at Regionsrådet drøfter henvendelsen fra Ulla Fasting om tyk- og endetarmskirurgi på private hospitaler, idet Administrationen anmodes om at supplere sagsfremstilling med et notat om emnet.

Side 1

Baggrunden for anmodningen var oplysninger om, at privathospitaler foretager tyk- og endetarmskirurgi. Dette fandt Ulla Fasting i strid med bestræbelserne på at samle denne kirurgiske aktivitet på så få enheder som muligt med henblik på at opnå en højere kvalitet.

Dagens medicin den 16. maj 2008

Bladet Dagens Medicin bragte den 16. maj 2008 en artikel, hvor tre kirurger, heriblandt formanden for Dansk Kirurgisk Selskab, Svend Schulze, kalder det "en skandale, at Hamlet og andre privathospitaler får lov at operere patienter med tarmkræft, når regeringen udadtil lægger op til at samle den krævende og risikable kræftbehandling på færrest mulige afdelinger".

I artiklen gør de tre kirurger opmærksom på, at 30 % af alle patienter, der opereres for tarmkræft, rammes af komplikationer. Hos 11 % er komplikationerne livstruende og kræver at patienten indlægges på en intensiv afdeling.

I artiklen henvises til den det pakkeforløb for behandling af tarmkræft, som Sundhedsstyrelsen udsendte i januar 2008. I denne pakke er der blandt andet krav om, at patienterne gennemgås på en egentlig konference, hvor fagfolk inden for alle involverede specialer deltager – dvs. kirurgi, onkologi, patologi og de billeddiagnostiske afdelinger.

De tre kirurger udtaler sig i artiklen kritisk om, hvad de ser som manglende sammenhæng mellem anbefalingerne i Kræftplan II om en samling af tarmkræftkirurgien og privathospitalerne praksis på området.

Dagens medicin den 30. maj 2008

Overlæge Carl Frederik Nagell, Privathospitalet Hamlet, tager til genmæle mod den rejste kritik i bladet af den 16. maj.

Han argumenterer for, at samling af kræftkirurgien giver bedre kvalitet, hvis samlingen medfører, at hver kirurg udfører flere operationer, hvilket ikke nødvendigvis er konsekvensen af samling. Han henviser til, at der i Kræftplan II opereres med et minimumsantal på 50 patienter årligt. Han argumenterer for, at på et offentligt sygehus vil der skulle 4-6 tyk- og endetarmskirurger til at dække en funktion med 50 operationer pga. deltagelse i vagter, afspadsring osv.

På Hamlet forventer han, at én kirurg vil blive ansvarlig for operation af 15-20 patienter, og han forventer en fordobling af patientantallet næste år.

Han argumenter derfor for, at patientvolumen for kirurgen på Hamlet er større end for mange offentligt ansatte kirurger, og at der er tale om en kirurg med et meget stort erfaringsgrundlag fra års forudgående virke på et offentligt sygehus.

C.F.Nagell oplyser, at alle patienter med endetarmskræft konfereres med et multidisciplinært team, der er tilknyttet som konsulenter og som varetager tilsvarende opgaver i det offentlige og dermed har et væsentligt større patientvolumen end patientunderlaget på Hamlet.

C.F.Nagell anfører endvidere, at Hamlet har et semi-intensivt afsnit, og at der for kortere perioder kan behandles intensivt, men at der kan blive behov for at overflytte patienter. Det har der dog ikke været behov for siden opstarten af tyktarmsoperationer i 2005.

Sundhedsstyrelsens Kræftplan II

I Kræftplan II anbefales det, 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.

Specifikt for tarmkræftområdet anbefales, at den fremtidige behandling samles i 10-15 kolorektale enheder med et befolkningsunderlag på 350.000-500.000 indbyggere. Hver enhed bør varetage akut og elektiv kirurgi for tarmkræft og elektiv og akut kirurgisk behandling for andre tarmsygdomme. Enheden skal have en kolorektalkirurg i døgnberedskab.

Denne anbefaling er baseret på, at hyppigheden af endetarmskræft er lavere end hyppigheden af tyktarmskræft, og da endetarmskirurgi er den mest teknisk krævende, er kirurgvolumen for endetarmskirurgi anvendt som afgrænsende faktor. En litteraturgennemgang angiver det optimale kirurgvolumen til at være mindst 12 årlige operationer. Forudsat at mindst 4 ud af 6 kolorektalkirurger ved en kolorektal enhed mestrer endetarmskirurgi resulterer det i et hospitalsvolumen på mindst ca. 50 årlige operationer.

Anbefalinger fra en tværfaglig arbejdsgruppe nedsat på grundlag af Tarmkræftrapport 2004

Anbefalingerne i Kræftplan II er videreført fra Sundhedsstyrelsens Tarmkræftrapport fra 2004. Disse anbefalinger blev i 2006 drøftet i en arbejdsgruppe nedsat på tværs af de tidligere amter: Nordjylland, Viborg, Ringkjøbing, Århus og Vejle.

Gruppen konstaterede, at endetarmskræftkirurgien i 2004 i de fore daværende amter blev varetaget af 10 enheder, heraf 8 i det fremtidige Region Nordjylland og Region Nordjylland. Gruppen fandt, at en ren faglig vurdering taler for en samling på tre enheder i de to regioner. Et alternativ er samling på fire enheder i Ålborg, **Århus, Randers og Herning og med etablering af en center-satellit aftale mellem Ålborg og Viborg Sygehus** vedrørende samarbejde om optageområde, forskning, uddannelse og klinisk virksomhed.

På det tyktarmskræftkirurgiske område konstaterede gruppen, at det i 2004 i de fire daværende amter blev varetaget af 13 enheder, heraf 11 i det fremtidige Region Midtjylland og Region Nordjylland. Gruppen anbefalede, at funktionen samles på 7 enheder i Ålborg, Hjørring, **Århus, Randers, Viborg, Horsens-Silkeborg og Herning-Holstebro**, idet der i den kommende funktionsplanlægning fastlægges modeller for den akutte modtagefunktion og tyktarmskræftkirurgien på enhederne: Horsens-Silkeborg, Herning-Holstebro, Hobro og Thisted.

Specialeudredning i kirurgi Region Midtjylland 2007

I Det Kirurgiske Specialeråds udredning fra 2007 anfører, specialerådet, at organiseringen af kræftkirurgien inden for det kolorektale område allerede er velbeskrevet (med henvisning til rapport fra ovennævnte arbejdsgruppe) og dele af anbefalingerne er gennemført, senest med flytningen af endetarmskræftoperationerne fra Horsens til Århus. Operation for endetarmskræft bør dog efter specialerådets opfattelse centraliseres yderligere, således at en kun skal udføres ved to afdelinger.

Tilpasninger af tarmkræftkirurgien i Region Midtjylland

Regionsrådet besluttede den 23. maj 2007 inden for Hospitalsenhed Vest at samle brystkræftkirurgien i Holstebro og endetarmskræftkirurgien i Herning.

Regionsrådet besluttede med vedtagelsen af akutplanen at lukke kirurgien på Regionshospitalet Silkeborg, hvilket også medfører, at hospitalets tarmkræftkirurgiske aktivitet ophører. Kirurgisk afdeling lukker pr. 1. december 2008.

For at fastholde kræftbehandling i Hospitalsenhed Vest besluttede Regionsrådet med vedtagelsen af akutplanen endvidere at placere tarmkirurgien i den vestlige del af regionen på Regionshospitalet Herning.

I forslag til Hospitalsplan for Region Midtjylland samles endetarmskræftkirurgien på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus og på Regionshospitalet Randers og Hospitalsenheden Vest. Det vil sige, at der i følge forslaget ikke længere skal varetages endetarmskræftkirurgi på Regionshospitalet Viborg.

Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter – oktober 2007

Aftalen om hurtig kræftbehandling pålægger regionerne at sikre den nødvendige kapacitet for at kunne realisere de med aftalen forbundne forløbspakker for kræftpatienter.

Det er herunder regionernes ansvar ved tilkøb eller andet at tilvejebringe ekstra kapacitet, hvis der opstår flaskehalse i forløbene. Faglighed og ikke kapaciteten på det enkelte sygehus eller i den enkelte region skal ifølge aftalen være grundlaget for hvert enkelt patientforløb.

Regionerne har indgået en rammeaftale med en række tyske hospitaler om, at disse stiller bufferkapacitet til rådighed i situationer, hvor der ikke er tilstrækkelig udrednings- eller behandlings- eller efterbehandlingskapacitet til rådighed i Danmark.

Forretningsudvalget blev den 24. juni 2008 orienteret om, at Administrationen vil anmode hospitalerne om at sikre, at patienter, der ikke i Region Midtjylland eller andet sted i Danmark kan få et tilbud i overensstemmelse med pakkeforløbenes tidsnormer, bliver informeret om mulighederne i de aftaler, som de danske regioner har indgået med hospitaler i udlandet. Det vil sige, at hospitalerne skal orientere sig om mulighederne på danske offentlige eller private hospitaler, inden patienten evt. tilbydes behandling i udlandet.

Det kan i øvrigt oplyses, at der i forbindelse med flaskehalsproblemer i forbindelse med indførelsen af den hurtige kræftbehandling i Region Midtjylland i flere situationer er indgået aftale med private hospitaler i Danmark eller udenlandske hospitaler om at varetage udredning, behandling eller efterbehandling af kræft. Forudsætningen for at henvise til et privat hospital eller et udenlandsk hospital er hver gang en faglig vurdering af behandlingskvaliteten det pågældende sted.

Forskel mellem privat og offentligt hospital

De private hospitaler er i deres virke begrænset til at være produktionsenheder, idet forpligtelsen til kvalitetssikring, forskning og uddannelse alene ligger i det offentlige hospitalsvæsen. Kræftbehandling er en udviklingsfunktion. Derfor er forskning, uddannelse og kvalitetssikring en nødvendighed for sikringen af den fremtidige udvikling i kræftbehandlingen. Hidtil har kun de bedste offentlige hospitaler haft de nødvendige forudsætninger for at indgå i denne udviklingsfunktion.