

Revideret specialevejledning for kirurgi (version til ansøgning)

25-11-2015

Specialevejledningen er udarbejdet som led i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, jf. sundhedslovens § 208, som omhandler organiseringen og varetagelsen af specialfunktioner på regionale og private sygehuse.

Sagsnr. 4-1012-44/18/
Reference DGO
T 7222 7563
E syb@sst.dk

Ud fra denne reviderede specialevejledning kan der ansøges om varetagelse af specialfunktioner. Efter vurdering af ansøgninger vil Sundhedsstyrelsen udsende en ny specialevejledning, hvoraf de godkendte matrikler fremgår.

Specialebeskrivelse

Kirurgi omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme, skader og medfødte misdannelser i fordøjelsessystemet samt lever, milt og bryst, hvor operative indgreb er eller kan blive aktuelle.

Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for speciallets områder.

Kerneopgaver

Opgaverne omfatter akut og elektiv diagnostik, behandling og pleje af patienter med benigne og maligne sygdomme. Behandlingen kan være både kirurgisk og medicinsk. Den kirurgiske behandling omfatter åben, laparoskopisk og robotassisteret kirurgi samt endoskopiske indgreb.

I kirurgi er der kerneopgaver inden for følgende organer:

- Esophagus-cardia-ventrikel (ECV):
 - Mellemgulv
 - Spiserør og mavesæk/tolvfingertarm
- Colo-rectal (CR):
 - Tyndtarm
 - Tyktarm
 - Endetarm og endetarmsåbning
- Generel:
 - Blindtarm
 - Brok
 - Benign galdeblærekirurgi

- Milt
- Hepato-pankreato-billiær (HPB):
 - Lever, galdeveje, bugspytkirtel og milt
- Mammakirurgi:
 - Bryst
- Børnekirurgi:
 - Medfødte og erhvervede sygdomme i mavetarmkanal hos børn og unge

Forhold af betydning for specialeplanlægning

Akutte indlæggelser udgør en væsentlig del af alle indlæggelser inden for kirurgien.

Som udgangspunkt bør såvel elektive som akutte hovedfunktioner varetages på samme sygehus, som har fælles akutmodtagelse.

Da den kirurgiske behandling bliver mere specialiseret, vil en del af kontrollerne efter kirurgi fremover skulle foretages i de kirurgiske ambulatorier i stedet for i almen praksis. Individuelle programmer for follow-up af den enkelte patient med klare specifikationer for de opgaver, der kan varetages i almen praksis, vil aflaste ambulatorierne. Det er vigtigt, at komplikationer ved kontroller registreres.

Den indførte screening for kræft i tyk- og endetarm forudses at få kapacitetsmæssig betydning både i forbindelse med behov for koloskopier og kirurgisk behandling ved fund af kræft.

Kirurgisk behandling af såvel benigne som maligne lidelser er så kompleks, at multidisciplinær teamkonference (MDT-konference), er blevet en væsentlig del af den kliniske beslutningsproces. Der er indført pakkeforløb for en række af de kirurgiske kræftformer.

I kræftkirurgien vil der komme yderligere udvikling af minimal invasive teknikker og samtidigt krav til mere individualiserede behandlingsstrategier. Dette stiller større krav til den enkelte kirurgs viden og kompetencer og fordrer, at der ved de enkelte kirurgiske afdelinger/centre findes et tilstrækkelig differentieret udbud af speciallæger, der samlet dækker de nødvendige kompetencer. Dette kan medføre en samling af ovennævnte operationer til færre afdelinger. Desuden vil der være øgede krav til udstyr.

Ved planlægning af specialet bør der tages hensyn til, at minimal invasiv kirurgi vil vinde yderligere frem inden for alle de kirurgiske områder. Åben, laparoskopisk, robotassisteret samt endoskopisk kirurgi vil blive forfinet med nye teknologier, og ændrede indikationer for gennemførelse af indgreb.

Der er behov for øget fokus på forbedring af den præ- og postoperative observation, optimering og behandling med henblik på at nedsætte mortalitet og morbiditet efter såvel akut som elektiv kirurgi. Dette bør understøttes af forskning og kvali-

tetsudvikling af de kirurgiske indgreb og forudsætter endvidere, at plejepersonalet også har de rette kompetencer til observation af patienten.

For at sikre ensartet behandling af høj kvalitet er der behov for, at der udarbejdes kliniske retningslinjer inden for området. Udover de nationale kliniske retningslinjer, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen, udarbejder de faglige og videnskabelige selskaber landsdækkende kliniske retningslinjer.

Praksisområdet

Idet en væsentlig del af de kirurgiske indlæggelser er akutte, er det vigtigt med et tæt samarbejde mellem almen praksis og de kirurgiske afdelinger for at understøtte korrekt visitation. 75 % af de henviste/indlagte patienter får ikke foretaget kirurgi og en stor del vil fortsætte til udredning eller kontrol i almen praksis, hvorfor der skal sikres relevant information til almen praksis.

Der bør for de hyppigste kirurgiske sygdomme foreligge retningslinjer for samarbejdet og opgavevaretagelse mellem almen praksis og sygehusvæsenet.

Der er ca. 60-70 praktiserende speciallæger i kirurgi. I speciallægepraksis foretages hovedsageligt endoskopi, kirurgi for hernier, analkirurgi og mindre kirurgi.

Det kommunale sundhedsvæsen

Kommuner og regioner skal i medfør af Sundhedsloven indgå sundhedsaftaler med henblik på at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

I henhold til Sundhedsloven har kommunerne hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne, blandt andet med henblik på livsstilsændringer vedrørende kost, alkohol, tobak, fysisk aktivitet og mental sundhed.

Sygehusvæsenet

Nedenfor beskrives anbefalinger til hovedfunktionsniveauet og krav til varetagelse af regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner. De sygdomsgrupper/diagnoser samt diagnostiske og behandlingsmæssige metoder, der er regionsfunktioner eller højt specialiserede funktioner i specialet, oplistes.

Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

Hovedfunktioner i kirurgi omfatter udredning og behandling af sygdomme og tilstande, som ikke kræver varetagelse på specialfunktionsniveau (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau). Hvis en påbegyndt udredning på hovedfunktionsniveauet giver begrundet mistanke om, at patientens sygdom skal varetages på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, henvises patienten til et sygehus, der er godkendt hertil.

Som udgangspunkt bør akutte hovedfunktioner varetages på sygehuse med fælles akutmodtagelse, og der bør på samme matrikel også varetages elektive hovedfunktioner.

På hovedfunktionsniveau bør der være speciallæger med kompetencer inden for både den almene og den mere specialiserede del af kirurgien til behandling af både benigne og maligne sygdomme.

Det er væsentligt, at øvrigt personale, herunder sygeplejersker, har relevante kompetencer og erfaring i varetagelse af specialiets patienter.

Modtagelse og initial behandling af level 2 traumepatienter bør kunne varetages på hovedfunktionsniveau.

Varetagelse af cancerkirurgi skal baseres på og følge relevante kliniske retningslinjer (DMCG), og der skal ske fortsat udvikling af funktionerne. Endvidere skal enheden/sygehuset sikre det nødvendige beredskab, tilstrækkelig robusthed, erfaring samt volumen for kirurger såvel som for teamet. Enheden varetager akut såvel som elektiv kirurgi, eventuelt i aftalt og beskrevet samarbejde mellem to enheder. Der skal være etableret multidisciplinært samarbejde, jf. pakkeforløb. Ledelsen skal sikre de nødvendige kompetencer i teamet, herunder relevant ekspertuddannelse for kirurger, der varetager avanceret kirurgi.

Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i kirurgi i løbet af kort tid, og ved modtagelse af akutte patienter bør det være muligt at få assistance fra en speciallæge i kirurgi umiddelbart.

Ved varetagelse af hovedfunktioner i kirurgi bør der være samarbejde med følgende specialer:

- Ortopædisk kirurgi (på matriklen)
- Intern medicin (bredt) (på matriklen)
- Gynækologi og obstetrik
- Urologi

Krav til varetagelse af specialfunktioner

I Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav' beskrives en række generelle forudsætninger og krav til bl.a. kapacitet og forskning, som skal opfyldes for at varetage specialfunktioner. Disse krav udgør grundlaget for varetagelse af specialfunktioner, men derudover oplystes der nedenfor specifikke krav, som gælder for kirurgi.

Krav til varetagelse af regionsfunktioner

De anbefalinger, som er anført for hovedfunktionsniveauet, gælder som krav på regionsfunktionsniveauet. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af regionsfunktioner:

På regionsfunktionsniveau skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i kirurgi umiddelbart.

Ved varetagelse af regionsfunktioner i kirurgi skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau.

Regionsfunktioner

Spiserøret

1. Anlæggelse af stents i spiserøret, herunder selvekspanderende metalstents (SEMS) (250 pt.). Stentsanlæggelse med palliativt sigte kan eventuelt varetages på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionsniveauet. Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: gastroenterologi-hepatologi og klinisk onkologi.

Mavesæk og tolvfingertarm, benign øvre kirurgi

2. Operation for fedme inkl. de akutte komplikationer dertil. Varetages i tæt samarbejde med plastikkirurgi og intern medicin: endokrinologi (monitores)
3. Operation for gastro-oesophageal reflux (250 pt.). Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: gastroenterologi/hepatologi
4. Avancerede endoskopiske procedurer i galdevejene fx rendez-vous, spyglass teknik, ESWL og intrahepatisk lithotripsi. Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: gastroenterologi og hepatologi

Bugvæg, bughinde mesenterium og oment

5. Operation for parastomihernier (100 pt.)
6. Giganthernier (hernier > 15 cm. i diameter) (100 indgreb/år).

Tyk- og tyndtarm

7. Tarmresektion ved Crohns sygdom (ca. 250 procedurer/år)
8. Akut og elektiv colectomi ved colitis ulcerosa (ca. 100 procedurer/år)
9. Avanceret enteroskopi herunder ballon-endoskopi (tyndtarmsdiagnostik/behandling) Funktionen varetages også i intern medicin: gastroenterologi-hepatologi. Varetages i samarbejde med intern medicin: gastroenterologi-hepatologi

Endetarm

10. Endoskopiske procedurer med fjernelse af større bredbasede tumorer fx TEM og EMR procedurer
11. Komplikerede analfistler, som ikke kan behandles med løs Seaton-sutur herunder høje transsfinkteriske fistler, suprasfinkteriske fistler, recidiverende fistler, fistler ved Crohns sygdom

Milt

12. Splenektomi, hæmatologiske milte.
Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: hæmatologi

Onkologisk brystkirurgi

13. Onkologisk brystkirurgi uden behov for rekonstruktion. Varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb.
14. Onkologisk brystkirurgi med behov for primær rekonstruktion samt ved behov for større onkoplastik (se DBCGs kliniske retningslinjer), herunder replacement teknikker med lapper hentet uden for brystet, samt større displacement eller volumenreduktions teknikker; sidstnævnte teknikker afhængig af ekspertisen på den brystkirurgiske afdeling og efter lokal aftale (500 pt./år). Varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb.

Krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner

De krav, som er anført for regionsfunktionsniveauet, gælder også for det højt specialiserede niveau. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner:

På højt specialiseret niveau skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i kirurgi umiddelbart.

Ved varetagelse af højt specialiseret niveau i kirurgi skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau.

Højt specialiserede funktioner

Spiserøret (benigne sygdomme)

15. Behandling af achalasi (laparoskopisk og endoskopisk) (75 pt.)

Diafragma og gastro-oesophageal reflux

16. Store hiatushernier og paraesophageale hernier (200 pt.)
17. Reoperation for gastrooesophageal reflux (60 pt.)

Kræft i spiserør og mavesæk

18. Oesophagus, cardia- og ventrikelcancer samt præmaligne tilstande i disse, inklusiv endoskopisk submukøs dissektion i oesophagus og ventrikel. Varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb.

Mavesæk og tolvfingertarm, benign øvre kirurgi

19. Fedmekirurgi konverteringsoperationer inkl. re-operationer (15-25 pt) (monitoreres)

Tyk- og tyndtarm

20. Konstruktion og rekonstruktion af ileo-analt reservoir (J-pouch) (tyndtarm) (100 pt.)
21. Familiær adenomatøs polypose (FAP). Kontrol af genbærere (30 pt.), kirurgisk behandling (10 pt.) og kontrol (200 pt.)

22. Vurdering med henblik på forlængelsesplastik på tyndtarm eller tarmtransplantation. Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: gastroenterologi/hepatologi. Tarmtransplantation foretages som højt specialiseret behandling i udlandet

Endetarm

23. Avanceret bækkenkirurgi for tarmtumorer, herunder:
- Lokal avanceret primær rektumcancer (fraset lokal indvækst i blæretop eller uterus) (ca. 40 pt./år)
 - Intenderet kurativ kirurgi ved lokalrecidiv af rektumcancer og metastaser (også i samme område) (ca. 20-25 pt./år)
24. Kirurgi for analinkontinens (300 pt.), herunder:
- Rekonstruktioner/sphincterplastik (100 pt.)
 - Kunstig sphincter (10 pt.)
 - Sakralnervestimulation (100 pt.)
- Varetages i tæt samarbejde med gynækologi-obstetrik
25. Behandling af ano- og rektovaginale fistler. Varetages i tæt samarbejde med gynækologi-obstetrik
26. Kirurgi for analkræft (20 pt.) Varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb

Bugvæg, bughinde, mesenterium og oment

27. Peritonektomi ved peritoneal carcinose med HIPEC (Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy) (25-30 pt.)
28. Kirurgisk behandling af retroperitoneale og intraabdominale sarkomer. Varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb
29. Peritoneovenøse shunter
30. Operation for kroniske smerter efter tidligere lyskebrok-operation (30 pt.)

Lever og galdeveje

31. Primære tumorer i lever, hvor kirurgisk, ablativ eller medicinsk behandling overvejes (50-100 pt.) Varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb
32. Centrale galdegangstumorer (Klatskin) (20 pt.). Varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer.
33. Lokalbehandling (resektion/ablation) af levermetastaser, galdeblærecancer, perifer galdegangscancer og benigne levertumorer (600 procedurer/år). Varetages i et multidisciplinært team med fælles retningslinjer og fælles konferencer, jf. pakkeforløb
34. Levertransplantation (60 procedurer/år)

Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: gastroenterologi/hepatologi.

35. Galdevejslidelser og iatrogene galdegangsskader med behov for rekonstruktiv kirurgi (biliodigestive anastomoser) (50 pt.) Rekonstruktiv kirurgisk behandling omfatter ikke akut genoprettelse af mindre peroperative skader på galdevejene.

Bygspytkirtel (300 pt.) og tolvfingertarm

36. Resektion af benigne og maligne pankreastumorer herunder periampullær- og duodenalcancer (4-500 procedurer/år). Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: gastroenterologi/hepatologi
37. Svær akut og kronisk pankreatitis inkl. endoskopisk behandling. Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: gastroenterologi og hepatologi
38. Pankreas- eller kombineret pankreas-nyretransplantation. Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: nefrologi og urologi
39. Operation for neuroendokrine tumorer (60 pt.). Varetages i samarbejde med relevante specialer

Onkologisk brystkirurgi

40. Kirurgi for brystcancer med indvækst i thoraxvæggen (10-20 pt.). Varetages i tæt samarbejde med plastikkirurgi og thoraxkirurgi.

Børnekirurgi

Alle nedenstående funktioner varetages i tæt samarbejde med pædiatri.

41. Diafragmahernie
42. Bugvægsdefekt
43. Refluks
44. Oesofagusatresi
45. Kongenit pylorusstenose
46. Analatresi
47. Cloacaemisdannelser (< 5 pt.). Varetages i samarbejde med udenlandsk center
48. Galdeveje
49. Pankreas
50. Mb. Hirschsprung

51. Større kirurgi på børn < 10 år eller kirurgi på børn < 10 år og ASA > 2. Se i øvrigt specialevejledning for anæstesiologi.

Monitorering af specialfunktioner i kirurgi

Sundhedsstyrelsen følger løbende op på, om den gældende specialeplan er tidssvarende, relevant og dækkende. Det sker gennem årlige statusrapporter om opfyldelse af krav til specialfunktionerne. Dertil kommer, at Sundhedsstyrelsen årligt vil monitorere nogle enkelte specialfunktioner i specialet kirurgi, som beskrevet nedenfor.

Regionsfunktioner

- Operation for fedme inkl. de akutte komplikationer dertil. Varetages i tæt samarbejde med intern medicin: endokrinologi

Monitorering sker ved træk i den kliniske database Dansk Fedmekirurgi
Register ved træk på følgende indikator:
Andel af patienter med akut genindlæggelse inden for 30 dage
Det opgøres på sygehus og adresse.

Højt specialiserede funktioner

- Fedmekirurgi konverteringsoperationer inkl. re-operationer (15-25 pt)

Monitorering sker ved træk i den kliniske database Dansk Fedmekirurgi
Register ved træk på følgende indikator:
Andel af patienter som reopereres inden for 30 dage
Andel af gastrisk bypass patienter som reopereres (>30 dage - ≤1 år)
Det opgøres på sygehus og adresse.

Baggrund for udarbejdelse af specialevejledningen

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet denne specialevejledning på baggrund af en revision af specialevejledningen fra Specialeplan 2010 og har i arbejdet indhentet rådgivning fra faglige repræsentanter fra regionerne samt fra de relevante videnskabelige selskaber m.v. Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning - begreber, principper og krav' (tilgængelig fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside) beskriver rammerne for specialeplanlægningen.

Følgende udgivelser er inddraget i specialeplanlægningen i relevant omfang:

- Sundhedsstyrelsens rapport 'Styrket Akutberedskab' fra 2007
- Sundhedsstyrelsens pakkeforløb på kræftområdet