



NOTAT OVARIECANCER OG SPECIALEPLANLÆGNING

Dette notat beskriver kort Sundhedsstyrelsens vejledninger, rådgivning og henvendelser til amter og senere regioner vedrørende samling af ovariecancer fra 2001 og frem med særlig fokus på funktionen på Roskilde Sygehus.

1. Specialeplanlægning og ovariecancer.

Sundhedsstyrelsen har 1992, 1996 og 2001 udsendt specialevejledninger. Sundhedsstyrelsens vejledning var indtil Sundhedslovens ikrafttræden alene vejledende. Erfaringen viser, at amterne i meget forskellig grad og ofte ikke valgte at følge styrelsens vejledning. Det er baggrunden for, at Sundhedsstyrelsen med Sundhedsloven fik beføjelse til at fastsætte krav til og godkende specialfunktioner. Efter regionernes oprettelse i 2007 har Sundhedsstyrelsen sammen med regionerne og de videnskabelige selskaber indledt en proces med gennemgang af alle de lægelige specialer hen imod at samle specialfunktionerne – herunder også flere kræftoperationer - på færre sygehuse. Regionerne og de private sygehuse skal i de kommende måneder søge Sundhedsstyrelsen om at få lov til at udføre disse behandlinger. Sundhedsstyrelsen vil træffe afgørelse om specialfunktionernes placering på specifikke sygehuse inden den 1. oktober i år.

I Sundhedsstyrelsens *Vejledning vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, 2001*, er ovariecancer beskrevet som en landsdelsfunktion i specialet gynækologi og obstetrik, der bør varetages på Rigshospitalet, Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, Skejby Sygehus og Aalborg Sygehus.

Sundhedsstyrelsen kommenterede på amternes sundhedsplaner om bl.a. ovariecancer og skrev bl.a. i et høringssvar til Vejle Amt i 2002, at Sundhedsstyrelsen ikke kunne anbefale, at ovariecancer varetages på amtets sygehuse, men bør henvises til en afdeling med lands- og landsdelsfunktion.

I september 2005 henstillede Sundhedsstyrelsen til alle amter om at henvise patienter til operation for ovariecancer til sygehuse med lands- og landsdelsfunktion, idet operation for ovariecancer blev varetaget på betydelig flere sygehuse end anbefalet i 2001 vejledningen.

Dette blev efterfølgende i november 2005 drøftet i Sundhedsstyrelsens rådgivningsgruppe vedrørende lands- og landsdelsfunktioner og specialeplanlægning. Det blev bl.a. drøftet, om der var faglig begrundelse for at ændre de daværende anbefalinger fra 2001, hvilket flere betvivlede. Heroverfor blev der argumenteret, at så længe Sundhedsstyrelsen ikke kunne sige, om ovariecancer i den nye specialeplanlægning ville blive en regionsfunktion eller

9. februar 2009

j.nr. 7-203-01-60/10/SUV

Sundhedsplanlægning
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Fax 72 22 74 05
E-post info@sst.dk

Dir. tlf. 7222 77 87
E-post efp@sst.dk

en højt specialiseret funktion, burde der udvises forsigtighed med at stoppe aktiviteten på sygehuse, der evt. senere skulle varetage regionsfunktioner. Sundhedsstyrelsen konkluderede, at Sundhedsstyrelsen ville afvente svar fra alle amter, før styrelsen agerede yderligere. Som udgangspunkt ville styrelsen fastholde, at specialevejledningens anbefalinger skulle overholdes, men ville samtidig vurdere om der var behov for at nuancere dette.

Side 2

9. februar 2009

Sundhedsstyrelsen

I de efterfølgende tilbagemeldinger fra amterne og senere de nye regioner var der specielt 2 amter/regioner, hvor man fortsat ønskede at varetage operation af ovariecancer på sygehuse ikke nævnt i specialevejledningen fra 2001. Dette drejede sig om Roskilde Amtssygehus og Horsens sygehus, hvor man begge steder anførte, at på grund af usikkerheden omkring den fremtidige placering af ovariecancer som regions- eller højt specialiseret funktion fandt man, at funktionen burde fortsætte på de pågældende 2 steder. Sundhedsstyrelsen fastholdt i gentagne skrivelser kravet om henvisning af patienter til afdeling med lands- og landsdelsfunktion som nævnt i specialevejledningen for 2001. Horsens Sygehus ophørte med operation for ovariecancer i løbet af 2008.

I november 2006 holdt Sundhedsstyrelsen møde med Region Sjælland hvor bl.a. varetagelsen af operation for ovariecancer på Roskilde Amtssygehus blev drøftet. Aftalen blev, at Roskilde Amtssygehus for region Sjælland kunne fortsætte med at varetage operation for ovariecancer indtil den nye specialevejledning for specialet gynækologi og obstetrik ville være klar medio 2007, hvor det også forventedes, at Sundhedsstyrelsen ville træffe beslutning om placeringen af den fremtidige behandling af ovariecancer.

Begrundelsen var dels ovennævnte om usikkerheden i forhold til, hvorledes funktionen ville blive klassificeret fremover, dels hensynet til den generelt pressede kapacitet til kræftbehandling med for lange ventetider, som kunne forventes yderligere pressede ved flytning af funktionen. Da Sundhedsstyrelsen i 2006 gav Roskilde Sygehus en midlertidig accept til at fortsætte med at operere for kræft i æggestokkene var de forventede ventetider på sygehusene på Sjælland længere end den gennemsnitlige ventetid på landsplan. Hvis ikke Roskilde Sygehus fortsat kunne operere, ville det betyde endnu længere ventetid for patienterne.

Speciearbejdsgruppen for gynækologi og obstetrik drøftede i 2007 blandt de mange andre funktioner, hvorvidt operation for ovariecancer skulle være regionsfunktion eller højt specialiseret funktion uden at nå til enighed. De samme synspunkter indgik i drøftelserne i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning 29. august 2007. Sundhedsstyrelsen fastholdt, at operation for ovariecancer fremover skal være en højt specialiseret funktion, som kan varetages 4 steder. Begrundelsen herfor var, at overlevelsen for denne gruppe patienter i en årrække havde været dårligere i Danmark end i udlandet samt at det operative indgreb er kompliceret med bl.a. involvering af også andre specialer som kirurgisk gastroenterologi og urologi på samme høje specialiserede niveau.

Gynækologi og obstetrik var det første speciale i rækken af 36, som blev færdigbeskrevet. Det var på det tidspunkt planen at færdiggøre det enkelte speciale med bl.a. udmelding om placering af de fremtidige funktioner, efterhånden som de blev færdige. Det blev imidlertid ved gennemgang af de

næste specialer klart, at sammenhængen mellem specialerne var og er så stor, at det ikke ville være hensigtsmæssigt at beslutte og sende endelige specialevejledninger med placering af funktioner ud successivt. For at sikre sammenhængen i såvel Sundhedsstyrelsens krav som regionernes planlægning på tværs af specialerne var det nødvendigt at sende specialevejledningerne samlet ud.

Dette blev drøftet med kredsene af Regionsundhedsdirektører den 9. november 2007, og det rådgivende udvalg tilsluttede sig efterfølgende i december 2007.

Den ændrede tidsplan for det enkelte speciale har ikke haft betydning for det samlede forløb, idet alle 36 specialer som planlagt er gennemgået og beskrevet i 2007-2008. Ansøgningsprocessen er som planlagt begyndt ultimo 2008 med udsendelse af de 36 specialevejledninger, og regionerne har efter eget ønske frist til 1. juni 2009 for indsendelse af ansøgninger. Sundhedsstyrelsens behandling af ansøgningerne skal være afsluttet 1. oktober 2009.

På et møde den 5. februar i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning spurgte Sundhedsstyrelsen regionerne om deres vurdering af muligheden for at gennemføre specialeplanlægningen efter en mere komprimeret tidsplan. Svaret var, at der var tilrettelagt en proces, som det af både faglige, praktiske og regionale politiske hensyn ikke ville være muligt at ændre.

Region Sjælland oplyste på samme møde, at eksperter fra Rigshospitalet og Sverige vil evaluere kvaliteten af behandlingen for æggestokkræft på Roskilde Sygehus. Evalueringen ventes klar primo marts 2009.

Dagbladet BT har for nylig skrevet, at 20 hospitaler i 2007-2008 opererede for æggestokkræft. Avisen har valgt ikke at oplyse om de forbehold, som følger med Sundhedsstyrelsens tal. Nemlig at registrering af ét eller ganske få indgreb på et sygehus for eksempel kan skyldes, at sygehuset i første omgang har vurderet, at kvinden havde en anden diagnose, og at det senere i forbindelse med selve operationen viser sig, at der er tale om en kræftsygdom. Desuden kan patienter med f.eks. æggestokkræft have en forudberegnet lav risiko for æggestokkræft (risikoindeks RMI < 200) før operationen, hvorefter der i forbindelse med operationen alligevel konstateres æggestokkræft. Endelig kan det ikke udelukkes, at der sker fejlregistreringer til Landspatientregisteret.

Sundhedsstyrelsen lægger i den nye specialevejledning for gynækologi og obstetrik op til en yderligere samling af behandlingen af æggestokkræft. Dermed fortsætter de seneste års positive udvikling i den retning.

To undersøgelser, som Sundhedsstyrelsen i regi af Kirurgiprojektet har medvirket til, viser, at mens operation for æggestokkræft stadium III-IV i 2002 foregik på 32 afdelinger, var tallet i 2008 nede på seks afdelinger.

Danske Regioner har senest givet tydeligt udtryk for sin opbakning til at samle kræftbehandlingen.

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/Regionerne%20godt%20i%20gang%20med%20at%20samle%20kr-ae-ftkirurgien.aspx>

Generelt kan man konstatere, at det efterhånden er bredt accepteret, at 'øvelse gør mester', når det gælder specialiseret behandling. Regionerne er pt. i fuld gang med at forberede sig på at leve op til kravene i specialevejledningerne, og det ser Sundhedsstyrelsen på med tilfredshed.

Side 4

9. februar 2009

Sundhedsstyrelsen

2. Dansk Selskab for gynækologi og obstetrik - initiativer vedr. ovariecancer

Dansk Selskab for gynækologi og obstetrik har i ovennævnte periode været meget aktive med henblik på forbedring af behandlingen af ovariecancer i Danmark og er et godt eksempel på, hvorledes et videnskabeligt selskab kan varetage en sådan udfordring.

Kort fortalt blev Selskabet opmærksom på de dårligere overlevelsestal efter ovariecancer i Danmark i forhold til andre skandinaviske lande. Sammenligner viste, at de danske kliniske retningslinjer var langt mindre aggressive og radikale med hensyn til fjernelse alt tumorvæv fra ikke alene omkring ovariet, men hele bughulen. Retningslinjerne blev derfor ændret, efterfulgt af en aktiv indsats for at få dem udbredt. Kvalitetsindikatorer blev defineret, og udviklingen og resultaterne fra hver afdeling følges nøje. Selskabet etablerede et specifikt uddannelsesprogram for alle, som skal varetage disse især kirurgiske opgaver. Senest er man ved at etablere en certificeringsordning for kirurger, som skal varetage disse opgaver. Indsatsen kan heldigvis måles i forbedrede resultater.

3. Sundhedsstyrelsens vejledninger o.l.

I Sundhedsstyrelsen Vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, 2001 er ovariecancer (æggestokkræft) under specialet gynækologi og obstetrik beskrevet som en lands- og landsdelsfunktion, der bør varetages på Rigshospitalet, Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, Skejby Sygehus og Aalborg Sygehus.

Sundhedsstyrelsen har i 2005 udgivet: **Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet.**

Der er generelt for kræftkirurgi og sammenhængen til organisation og operationskvalitet følgende anbefalinger:

- Den fremtidige kirurgiske behandling af kræftsygdomme skal samles i afdelinger, der har et tilstrækkeligt operationsmæssigt volumen indenfor de enkelte kræftformer til at sikre den fornødne behandlingsmæssige kvalitet, og til at denne kan vurderes på et forsvarligt talmæssigt grundlag
- Den enkelte opererende kirurg bør dokumentere relevant efteruddannelse og udføre et tilstrækkeligt antal kræftoperationer af en given type for at sikre den fornødne kvalitet, og for at denne kan vurderes på et forsvarligt talmæssigt grundlag.
- Samtidig med sikring af tilstrækkeligt antal operationer pr. kirurg bør der sikres en robusthed i organiseringen, således at den nødvendige kirurgiske ekspertise altid kan være til rådighed i afdelingen
- De enkelte afdelingers og kirurgers volumen og behandlingsresultater på forskellige operationstyper bør monitoreres kontinuert med henblik på justeringer

ring og optimering af behandlingskvaliteten; denne sikring af kvalitet i kræftbehandlingen bør ses som et ledelsesansvar på flere niveauer

- Inden for hvert kræftkirurgisk område bør der foretages en konkret vurdering ud fra det operationsmæssige volumen og tilhørende sygdomsforekomst som grundlag for, hvilket befolkningsunderlag en afdeling som minimum bør betjene

Side 5

9. februar 2009

Sundhedsstyrelsen

I 2006 nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe, som medførte, at de lægevidenskabelige repræsentanter efterfølgende kom med anbefalinger til:
Forbedring af kirurgisk kræftbehandling

Der omtales her, at der ikke findes entydige referencer for, hvor mange operationer en kirurg som minimum skal udføre for at sikre kvalitet. Men der refereres til en canadisk metaanalyse, som har konkluderet, at den primære operation bør varetages af en ekspert i gynækologisk kræftbehandling mhp. at opnå fjernelse af mest muligt kræftvæv for at opnå størst mulig chance for overlevelse.

Det lægevidenskabelige selskab har efterfølgende skønnet, at en ekspertise ikke kan bibeholdes med mindre end 25 operationer/ kirurg/ år.

Det anbefales desuden, at det som forudsætning skal være muligt i særlig grad at trække på følgende samarbejdende specialer: anæstesiologi med intensiv funktion, billeddiagnostik, klinisk fysiologi, kolorektal kirurgi, urologi, plastikkirurgi og onkogenetik. Desuden skal der samarbejdes i multidisciplinære teams.

Sundhedsstyrelsen har i regi af **Kirurgiprojektet** medvirket til gennemførelse af to landsdækkende undersøgelser af kirurgi ved kræft i æggestokkene publiceret i Ugeskrift for læger i henholdsvis 2006 og 2009. Undersøgelserne baserede sig på udtræk fra Landspatientregistret.

Den første undersøgelse vedrørte operationer i perioden 1. juli 2002 til 31. december 2003 og viste, at operationerne foregik på langt flere afdelinger end de fem, som Sundhedsstyrelsen anbefalede i Specialevejledningen 2001. Der var således et stort behov for samling af operationerne på færre afdelinger. Den opfølgende undersøgelse for perioden 1. januar 2004 til 31. december 2007 viste, at der er sket en væsentlig samling i denne periode. Således var der i 2007 otte afdelinger der opererede for kræft i æggestokkene på stadiet III-IV. I 2008 er dette reduceret til seks afdelinger. Med Sundhedsstyrelsens seneste specialevejledning kan forventes en yderligere samling.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid efter operationen var i begge undersøgelser 9 dage. Hospitalsdødeligheden faldt fra 4,2 % i 2002 til 3,7 % i 2007.

I Sundhedsstyrelsen: **Sundhedsfaglige elementer som grundlag for pakkeforløb for livmoderhals-, livmoder- og æggestokkræft**, 2007 er tidsforløbet for udredning og behandling mellem de forskellige involverede faglige parter beskrevet.