

Revideret specialevejledning for karkirurgi (version til ansøgning)

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

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

Karkirurgi omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme, skader og medførte misdannelser i blod- og lymfekar uden for hjernen og hjertet.

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

Kerneopgaver

Opgaverne omfatter akut og elektiv diagnostik, behandling og pleje af patienter. Behandlingen kan være både kirurgisk og medicinsk. Den kirurgiske behandling omfatter åben kirurgi samt endovaskulære indgreb.

I karkirurgi er der følgende kerneopgaver:

- Arteriosklerose i karrene uden for hjernen og hjertet og følgetilstande hertil
- Aneurismesygdom
- Akut aorta syndrom: B-dissektioner, traumer, penetrerende ulcus, intramural hæmatom, thorakale aneurismer
- Anlæggelse af operativ, permanent adgang til blodbanen til patienter med behov for hæmodialyse
- Venesygdom: Varicer, dyb venøs trombose og følgetilstande hertil
- Kroniske bensår

Forhold af betydning for specialeplanlægning

Inden for karkirurgi bør der tages hensyn til, at ca. 40–60 % af patienterne indlægges subakut/akut. Dertil kommer, at de ofte har væsentlig komorbiditet, og/eller er ældre patienter med krævende observations-, behandlings- og plejebehov.

01-06-2015

Sagsnr. 4-1012-44/17

Reference ksa

T 7222 7400

E syb@sst.dk

Udredning, information, indikationsstilling og rådgivning om de forskellige behandlingsmodaliteter er forankret i det karkirurgiske speciale.

Specialet indeholder både traditionelle store og tunge operative forløb, forløb med endovaskulær behandling samt kortere og accelererede patientforløb. I dag er fordelingen mellem de forskellige forløb nogenlunde ligelig. Det samlede antal af behandlinger har været stationært over de sidste år.

Det karkirurgiske speciale sikrer sekundær forebyggelse hos henviste patienter. Den øgede screeningsindsats på kræftområdet giver flere tilfældige fund (fx abdominale aortaaneurismer), der er asymptomatiske, men som kræver karkirurgisk vurdering og nogle gange behandling.

Der er et øget antal henvisninger og behandlingsbehov pga. den demografiske udvikling, men også et større antal patienter med følgesygdomme til fx diabetes samt et generelt øget ønske om behandling med henblik på at øge livskvalitet og funktionsniveau.

Ved carotissygdom forventes et uændret behandlingsbehov, inklusiv uændret behov for endovaskulær behandling.

Hovedparten af hæmodialyseadgange anlægges af de karkirurgiske afdelinger, men funktionen varetages i enkelte regioner stadig primært i urologisk regi. Der forventes et stigende antal procedurer.

Sygdomshyppigheden for åreknuder forventes uændret. En stigende andel af varicebehandlingerne gennemføres i ”veneklinikker” knyttet til de karkirurgiske afdelinger. Der udføres fortsat mange behandlinger i speciallægepraksis og privatklinikker. Endovenøse behandlingsmetoder er indført og andelen heraf forventes at stige. Varicer med komplikationer og recidivvaricer bør behandles i karkirurgisk regi i sygehusvæsenet.

For de sjældnere sygdomsområder i karkirurgien forventes aktiviteten inden for poplitea- og viscerale aneurismer, kartraumer, okklusiv sygdom i de supra-aortikale kar at stige i takt med indførelse af nye diagnostiske og behandlingsmæssige metoder.

Det forventes, at en betydelig del af diagnostik og indledende behandling af patienter med sår på underekstremiteterne varetages i et team med karkirurgi, dermatologi, intern medicin: endokrinologi og ortopædisk kirurgi. Der bør på et tidligt tidspunkt i sårudredning og -behandling gennemføres en vurdering af kredsløbet i underekstremiteterne i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.

Ultralydsundersøgelser, diagnostisk arteriografi og endovaskulær behandling udføres i stigende grad på karkirurgiske afdelinger. MR- og CT-angiografier udføres fortsat på de radiologiske afdelinger.

Det endovaskulære behandlingstilbud har medført en udvidelse af indikationsområdet, idet patienter med færre gener og/eller flere risikofaktorer nu kan tilbydes en mindre risikobetonet behandling. De endovaskulære indgreb varetages

oftest i et team af karkirurger og interventionsradiologer. Endovaskulær behandling af aortaaneurisme (EVAR) udgør i dag ca. en 1/3 af behandlingerne for abdominalt aortaaneurisme.

Ved perifer arteriosklerose med kritisk iskæmi har den traditionelle behandling været kirurgisk, men en større del tilbydes endovaskulær behandling eller en kombination heraf.

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

Almen praksis varetager basal udredning og sekundær profylaktisk behandling af patienter med karkirurgiske sygdomme, idet almen praksis varetager behandlingen af den arteriosklerotiske grundsygdom.

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

Der er ikke speciallægepraksis i karkirurgi, men foregår en del varicekirurgi i kirurgisk speciallægepraksis.

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

På hovedfunktionsniveau varetages basal udredning vedrørende de fleste sygdomme inden for karkirurgi. 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.

De eneste sygdomme i karkirurgi, som kan behandles på hovedfunktionsniveau, er kroniske bensår (2.000 pt.) og magna- og parvavaricer (3.000-5.000 pt.). Varicebehandlingen på hovedfunktionsniveau inkluderer kirurgi samt endovenøs

radiofrekvens eller laser. Visitation og behandling af varicer varetages iht. gældende landsdækkende retningslinjer.

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

Det bør være muligt på hovedfunktionsniveau at få assistance fra en speciallæge i karkirurgi inden for kort tid.

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

- Ortopædisk kirurgi
- Dermato-venerologi
- Intern medicin (bredt)

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 oplistes der nedenfor specifikke krav, som gælder for karkirurgi.

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 der være plejepersonale med særlig kompetence i sårbehandling.

På regionsfunktionsniveau skal det være muligt at få assistance fra en speciallæge i karkirurgi inden for kort tid.

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

Særligt vedr. aortakirurgi:

For at opretholde erfaring på sygehuset i forhold til håndtering af komplikationer og i forhold til anæstesi- og intensivfunktionerne, skal hver afdeling udføre minimum 40 åbne operationer pr. år. Hver operatør skal udføre ca. 10 åbne operationer pr. år.

Det skal sikres, at der altid er en speciallæge i karkirurgi med betydelig erfaring i aneurismekirurgi som operatør eller assistent.

Patienter med betydelig kardiell comorbiditet skal opereres på sygehus med mulighed for invasiv kardiologi.

Særligt vedr. varicekirurgi:

Ved behandling af recidiv af varicer og varicer med komplikationer skal indgrebet varetages af speciallæge i karkirurgi efter landsdækkende og nationale retningslinjer.

Regionsfunktioner:

1. Carotis/subclaviakirurgi (ca. 450 pt.) (monitoreres).
2. Kirurgi ved okklusiv arteriesygdom (akut og kronisk) (1.000 pt.).
3. Perifer perkutan transluminal angioplastik (PTA) inklusiv trombolyser, stentanlæggelser og endovaskulær protesebehandling (omfatter ikke aorta, hjerte og hoved). Varetages i tæt samarbejde med radiologi (2.500 pt.).
4. Kirurgi ved abdominale aortaaneurismer (535 pt.) (monitoreres).
5. Anlæggelse af dialyseadgang (> 750 pt.). Funktionen varetages også i urologi.
6. Behandling af recidiv af varicer og varicer med komplikationer (ca. 6.000).
7. Trombolyse af svær akut venøs trombose (>50 pt.).

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 karkirurgi inden for kort tid.

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

Højt specialiserede funktioner:

8. Elektiv revaskularisering af tarm (>30 pt.): Varetages i et multidisciplinært team med radiologi med fælles retningslinjer og fælles konferencer, hvor radiologi skal forefindes på samme matrikel.
9. Elektiv revaskularisering af nyrer (<50pt. og aftagende) Varetages i et multidisciplinært team med radiologi med fælles retningslinjer og fælles konferencer, hvor radiologi skal forefindes på samme matrikel.
10. Kirurgi ved thorako-abdominale aortaaneurismer og -dissektioner (20 pt.). Varetages i et multidisciplinært team med intern medicin: kardiologi, thoraxkirurgi og radiologi med fælles retningslinjer og fælles konferencer, hvor intern medicin: kardiologi, thoraxkirurgi og radiologi skal forefindes på samme matrikel.

11. Endovaskulær behandling af thorako-abdominale aortaasygdomme (200 pt.). Varetages i et multidisciplinært team med intern medicin: kardiologi, thoraxkirurgi og radiologi med fælles retningslinjer og fælles konferencer, hvor intern medicin: kardiologi, thoraxkirurgi og radiologi skal forefindes på samme matrikel.
12. Endovaskulær behandling af abdominale aortaaneurismer (EVAR) (230 pt.). Varetages i tæt samarbejde med radiologi (moniteres).
13. Kirurgi ved juxtarenale aortaaneurismer (35-50 pt.).
14. Thoracic Outlet Syndrom (TOS) (30 pt.).
15. Perifere arteriovenøse malformationer (10 pt.). Varetages i et multidisciplinært team med radiologi med fælles retningslinjer og fælles konferencer, hvor radiologi skal forefindes på samme matrikel.

Monitorering af specialfunktioner i karkirurgi

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

Regionsfunktioner

- Carotis/subclaviakirurgi (ca. 450 pt.).

Monitorering sker ved træk i den kliniske database Karbase Landsregister ved træk på følgende indikator:

Kombineret 30-dages mortalitet og strokerate for Carotis Trombendarterektomi (TEA).

Ventetid fra henvisning til Carotiskirurgi.

Det opgøres på sygehus og adresse.

- Kirurgi ved abdominale aortaaneurismer (535 pt.).

Monitorering sker ved træk i den kliniske database Karbase Landsregister ved træk på følgende indikatorer:

30-dages mortalitet efter elektiv operation for aortaaneurisme

30-dages mortalitet efter operation for rumperet aortaaneurisme

Det opgøres på sygehus og adresse.

Højt specialiserede funktioner

- Endovaskulær behandling af abdominale aortaaneurismer (EVAR) (230 pt.). Varetages i tæt samarbejde med radiologi.

Monitorering sker ved træk i den kliniske database Karbase Landsregister ved træk på følgende indikator:

30 dages mortalitet efter endovaskulær behandling af aortaaneurisme (EVAR).

Det opgøres på præcis geografisk lokalisation/ matrikel.

For mere udførlig beskrivelse af principper for monitoreringen se Sundhedsstyrelsens hjemmeside [*her indsættes senere et link*].

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', 2007
- Sundhedsstyrelsens 'National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår', 2013
- Sundhedsstyrelsens 'Den faglig visitationsretningslinje for personer med diabetiske fodsår', 2013
- Sundhedsstyrelsens 'Behandling af varicer på underekstremiteterne – faglige visitationsretningslinjer' fra 2013