

Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning

Referat af 3. møde i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning den 15. juni 2006

4. juli 2006

j.nr. 0-203-01-60/1/SUV

Deltagere:

Jens Kr. Gøtrik, Sundhedsstyrelsen (formand)
Jens Elkjær, Region Syddanmark
Anders Fink-Jensen, Rigshospitalet
Thomas Gjørup, Amager Hospital
Lone de Neergaard, Sundhedsstyrelsen
Ebba Nexø, Århus Sygehus
Flemming Nielsen, Region Sjælland
Vagn Nielsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Per Okkels, Region Nordjylland
Leif Vestergaard Pedersen, Region Midtjylland
Henrik Sillesen, Rigshospitalet
Helle Ulrichsen, Region Hovedstaden
Mikkel Grimmeshave, Sundhedsstyrelsen
Susanne Vest, Sundhedsstyrelsen (referent)

Enhed for Planlægning

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Fax 72 22 74 05

Dir. tlf. 7222 7787
E-post efp@sst.dk

Afbud:

Nete Maltha, Roskilde Amts Sygehus Fjorden

Dagsorden for mødet:

1. Godkendelse af dagsorden
2. Meddelelser
3. Status for gennemgang af akutberedskabet
4. Speciale gennemgange – indhold og proces
5. Diagnostik af tuberkulose
6. Intensiv terapi
7. Insulinpumpebehandling
8. Rapport om PET/CT
9. Opfølgning – specialeplanlægning
10. Næste møde
11. Eventuelt

1. Dagsorden

Dagsorden blev godkendt.

Side 2
4. juli 2006

2. Meddelelser

Lone de Neergaard informerede om det gode samarbejde, der har været med kommuner, amter og Kommunernes Landsforening i forbindelse med Sundhedsstyrelsens arbejde med vejledningen om sundhedsaftaler.

Side 3
4. juli 2006

Lone de Neergaard oplyste desuden, at der var udsendt udpegningsbreve til følgegruppen for det samarbejdende sundhedsvæsen. Følgegruppen nedsættes i forlængelse af diskussioner om internt medicinske patientforløb, men forventes også at være forum for samarbejdet med kommunerne, samt for drøftelser om sundhedsaftaler og om indsatsen over for kronisk sygdom.

3. Status for gennemgang af akutberedskabet

Indstilling:

Til orientering og eventuel drøftelse.

Side 4

4. juli 2006

Sagsfremstilling:

Sekretariatet vil på mødet orientere om den aktuelle status for iværksættelsen af gennemgangen af akutberedskabet, som er drøftet på møderne den 5. april og den 19. maj i det rådgivende udvalg.

Beslutning:

Mikkel Grimmeshave oplyste, at der er sendt udpegningsbreve til ekspertgruppe og den regionale baggrundsgruppe, som inddrages i gennemgangen af akutberedskabet.

Sundhedsstyrelsen har desuden påbegyndt arbejdet med dokumentationsdelen, idet der dels er igangsat en systematisk litteratursøgning, dels er der i udpegningsbrevene til ekspertgruppen anmodet om at få tilsendt relevant dokumentation.

I forbindelse med konsekvensanalyserne blev det rådgivende udvalg opfordret til at meddele sekretariatet konkrete eksempler på regionalt gennemførte konsekvensanalyser og mulige kontaktpersoner, som kan bidrage med inspiration til gennemførelsen af konsekvensanalyser i gennemgangen.

Bilag:

Ingen.

4. Speciale gennemgange – indhold og proces

Indstilling:

Til drøftelse.

Side 5

4. juli 2006

Sagsfremstilling:

Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning drøftede på sit møde den 5. april 2006 indhold og proces i forbindelse med de egentlige speciale gennemgange i den nationale specialeplanlægning.

Vedlagte *Baggrundspapir om specialeplanlægning ver. 0.6* er tilrettet i forhold til udvalgets bemærkninger, idet følgende skal fremhæves:

- Der er i afsnit 1 (Baggrund) indføjet et afsnit, som generelt beskriver sammenhængen mellem specialeplanlægningen og det frie sygehusvalg.
- Det er præciseret, at ressourceudnyttelse kan omfatte samfundsøkonomiske, driftsøkonomiske og/eller personalemæssige aspekter.
- Afsnit 3 (Rammer for specialeplanlægningen) er redaktionelt revideret, idet indholdet i det tidligere afsnit 3.2. (Ikke-lovregulerede rammerne for specialeplanlægningen) er indarbejdet i de nuværende afsnit.
- Det er i afsnit 6 (Forslag til proces ved specialeplanlægning) indføjet, at medlemmerne af specialearbejdsgrupperne skal have faglig indsigt, og at der skal sikres geografisk og organisatorisk bredde i grupperne.
- I afsnit 7 (Dokumentation / statusrapporter) er det tilføjet, at statusrapporter ventes indhentet første gang i første kvartal 2008.

Det tilhørende procesnotat er tilrettet i forlængelse af ovenstående, ligesom tidsplanen for speciale gennemgangene er justeret som følge af gennemgangen af akutberedskabet.

Sundhedsstyrelsen foreslår, at de tilrettede notater offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, hvor siderne om specialeplanlægning er relanceret efter nedsættelsen af det rådgivende udvalg. Se www.sst.dk/specialeplanlaegning.

Det foreslås desuden, at der udsendes en orientering om det videre forløb for specialeplanlægningen, herunder af baggrundspapiret og af procespapiret. Orienteringen foreslås udsendt bredt til regioner, sygehuse, videnskabelige selskaber, fagforeninger, patientforeninger etc.

Der har været nedsat en hurtigtarbejdende arbejdsgruppe, som har haft til opgave at belyse, hvordan der kan etableres et statistisk grundlag forud for de enkelte speciale gennemgange.

Vedlagte afrapportering beskriver, hvordan arbejdsgruppen foreslår datagrundlaget etableret i de enkelte specialer. Der er først og fremmest fokuseret på at etablere et datagrundlag for patientgrundlaget for de enkelte funktioner, idet arbejdsgruppen peger på Landspatientregisteret som datakilde. Der defineres overordnet en række generiske udtræk, som alle udtræk skal holde sig inden for. De konkrete udtrækskriterier skal defineres i specialearbejdsgrupperne, og udtræk foreslås foretaget for alle sygehuse og opgjort på niveauet sygehusematrikel.

Hvad angår data om kvalitet, foreslås, at allerede indsamlede og landsdækkende data indgår i datagrundlaget.

Arbejdsgruppen foreslår endelig en proces for etableringen af datagrundlaget, som indebærer, at de enkelte specialearbejdsgrupper definerer udtrækskriterierne, ligesom der lægges op til, at udtræksresultaterne sendes til de nuværende landsdelsafdelinger mhp. en validering af resultaterne.

Side 6
4. juli 2006

Det foreslås, at afrapporteringen, eventuelt med en lettere omskrivning, anvendes som baggrundsmateriale i de enkelte specialearbejdsgrupper, og dermed danner baggrund for disses definition af udtrækskriterier.

Beslutning:

Der var en drøftelse af en række af elementerne i *Baggrundspapir om specialeplanlægning*:

Den mulige udpegningsform til specialearbejdsgrupperne blev diskuteret, idet der var generel enighed om, at arbejdsgrupperne bør være af en begrænset størrelse for at muliggøre det konkrete arbejde, der skal gennemføres. Heroverfor blev det anført, at der fortsat bør være selvstændig repræsentation fra såvel regioner som videnskabelige selskaber, da det er vigtigt for at sikre ejerskab til resultaterne af arbejdet. Fra regional side blev det fremhævet, at den regionale lægelige rådgivningsstruktur (de regionale specialeråd) bør inddrages i udpegningen. Det blev ligeledes påpeget, at den samlede udpegningsform skal dække en række underområder i det enkelte speciale, idet alternativet vil være at etablere underarbejdsgrupper eller ad hoc rådgivning, hvis sådanne underområder ikke er direkte med i specialearbejdsgruppen.

Jens Kr. Gøtrik konkluderede, at der bør fastholdes en model med selvstændig repræsentation af parterne. Den samlede specialearbejdsgruppe vil så bestå af en repræsentant for hver region, 2 – 3 repræsentanter for det relevante lægevidenskabelige selskab samt en sygeplejefaglig og/eller andre relevante faglige repræsentanter. Det blev foreslået, at der er kontakt mellem parterne forud for udpegningen. Af hensyn til dækningen af underområder indstiller hver af regionerne flere repræsentanter i det enkelte speciale, og det videnskabelige selskab vil så ved den konkrete udpegningsform medvirke til, at de nødvendige underområder i specialet er repræsenterede. Sundhedsstyrelsen vil sikre dette. Der vil desuden være mulighed for at tage udpegningsformen op til revision, hvis der viser sig at være uhensigtsmæssigheder.

Det blev foreslået, at formuleringerne i baggrundspapiret om ligestillingen af private og regionale sygehuse gennemgås, så det fremgår, at der forventes forskelle i kravene afhængigt af, om et privat sygehus har en selvstændig specialfunktion eller udfører behandlinger under det udvidede frie sygehusvalg.

Leif Vestergaard Pedersen anførte, at det var Region Midtjyllands opfattelse, at Sundhedsstyrelsen kun kan opstille krav til regionsfunktioner, hvis disse svarer til sundhedslovens lands- og landsdelsfunktioner. Heroverfor blev det påpeget, at der hidtil havde været enighed om, at regionsfunktioner var omfattet af sundhedslovens § 208, og at loven ikke definerer lands- og landsdelsfunktioner, hvorfor det i sidste ende er Sundhedsstyrelsen, der afgrænser dette.

Der var en kort diskussion af udviklingsfunktion, idet der var bekymring for, om små justeringer af behandling på sygehusene vil være en udviklingsfunktion og

dermed skulle behandles i Sundhedsstyrelsen. Lone de Neergaard tilkendegav, at det ikke var hensigten at inkludere mindre justeringer. Rationalet bag udviklingsfunktioner er at sikre en styret indførelse af nye behandlingsformer, der enten er eksperimentelle eller forskningsmæssige eller funktioner, der er under etablering. Her blev områder som diskusproteser og fedmekirurgi fremhævet som eksempler på sidstnævnte form for udviklingsområder. Men i øvrigt er den eksisterende vejledning fra 1999: Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet fortsat gældende.

Side 7
4. juli 2006

Tidsplanen for den samlede specialeplanlægning blev drøftet, idet flere fandt, at det er et rigtigt valg at starte med gennemgang af akutberedskabet, men påpegede at regionerne indenfor kort tid har brug for gennemgang af de egentlige specialer for at kunne bruge det i planlægning i regionerne. Det skyldes, at regionerne vil skulle gennemføre en række strukturændringer inden 2008. Der var en diskussion dels af problemets omfang, idet det blev anført, at hovedfunktionerne er de vigtigste, og at disse er dækket af akutgennemgangen, dels af de praktiske muligheder for at speede processen op.

Bilag:

Baggrundspapir om specialeplanlægning ver. 0.6, 29. maj 2006 (**bilag 12/2006**).

Forslag til proces for specialegennemgange samt godkendelse af specialfunktioner ver. 0.2, 29. maj 2006 (**bilag 13/2006**)

Etablering af datagrundlag ved specialegennemgange, 24. maj 2006 (**bilag 14/2006**)

5. Diagnostik af tuberkulose

Indstilling:

Til orientering.

Side 8

4. juli 2006

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen er af Statens Serum Institut (SSI) blevet gjort bekendt med, at sygehusledelsen på Skejby Sygehus med virkning fra 2007 har besluttet at etablere diagnostik for mykobakterier (tuberkulose). Dansk Selskab for Infektionsmedicin har desuden henvendt sig til styrelsen, idet selskabet ser med stor bekymring på beslutningen, som efter selskabets vurdering vil have konsekvenser for den nationale tuberkuloseovervågning og for kvalitetssikring af mykobakteriediagnostik i Danmark.

Ifølge den nugældende Specialevejledning varetages landsfunktioner i klinisk mikrobiologi af SSI, idet der ikke findes landsdelsafdelinger i specialet. De konkrete landsfunktioner er ikke specifikt angivet, men det er anført, at "centralisering af sjældne eller vanskelige analyser kan af ressource- og kvalitetshensyn være hensigtsmæssig", ligesom det specifikt angives, at SSI varetager en række funktioner, som det er fundet hensigtsmæssigt at centralisere. Det anføres, at "det gælder bl.a. nyudviklede specialanalyser, teknisk komplicerede analyser, samt analyser, der foretages sjældent, eller hvor der er et overvågningsbehov". Endvidere varetager SSI epidemiologisk overvågning af infektionssygdomme.

Sundhedsstyrelsen har på den baggrund skrevet til Århus Amt og Skejby Sygehus og meddelt, at styrelsen finder, at den nuværende ordning med samling af mykobakteriediagnostikken ét sted i landet med den foreliggende viden bør bevareres.

Styrelsen tilkendegav desuden, at det med mellemrum bør vurderes, hvorvidt ordningen bør opretholdes, og at styrelsen derfor ville rejse spørgsmålet i det rådgivende udvalg for specialeplanlægning mhp. en diskussion af, om genvurdering af ordningen og andre tilsvarende ordninger skal afvente gennemgangen af klinisk mikrobiologi, som er planlagt gennemført i november 2007 til april 2008, eller om genvurderingen skal fremskyndes.

Beslutning:

Det rådgivende udvalg tog orienteringen til efterretning, idet udvalget fandt, at spørgsmålet bør drøftes igen i forbindelse med den ordinære gennemgang af klinisk mikrobiologi og at man herunder bør drøfte den nuværende fordeling af de øvrige mikrobiologiske funktioner mellem de klinisk mikrobiologiske afdelinger og Statens Seruminstitut

Bilag:

Etablering af TB diagnostik på Skejby Sygehus, e-mail af 24. maj 2006 (**bilag 15/2006**).

6. Intensiv terapi

Indstilling:

Til drøftelse.

Side 9

4. juli 2006

Sagsfremstilling:

Indenrigs- og sundhedsministeren anmodede i august 2004 Sundhedsstyrelsen om at gennemføre en undersøgelse af kapaciteten inden for intensiv terapi i Danmark. På den baggrund gennemførte Sundhedsstyrelsen i perioden september – november 2004 en rundspørge til samtlige amter og H:S, og den efterfølgende rapport blev i december 2004 sendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Rapporten konkluderede overordnet, at der i Danmark er et kapacitetsproblem inden for intensiv terapi, idet antallet af flytninger og aflyste operationer efter Sundhedsstyrelsens vurdering forekom højt. Det var dog styrelsens vurdering, at flytninger og aflysninger ikke kan undgås, idet det vil kræve en meget høj kapacitet på intensivområdet, som ikke generelt vil kunne udnyttes.

Rapporten vurderede, at en løsning af kapacitets- og flaskehalsproblemer først og fremmest kræver prioritering og handling fra sygehusejernes side. Tildeling af økonomiske ressourcer, fordeling af intensivkapacitet mellem sygehuse etc. var efter styrelsens vurdering et regionalt planlægningsansvar.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmodede i januar 2005 Sundhedsstyrelsen om at belyse følgende forhold, som rapporten anbefalede afklaret:

- Definition / kategorisering af centrale begreber.
- Vurdering af behov for fælles, national dokumentation.
- Vurdering af behov for fælles, nationale visitationsprincipper og –kriterier.

En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen med deltagelse af amterne og H:S og de videnskabelige selskaber har på den baggrund udformet vedlagte rapport.

Arbejdsgruppen foreslår en **kategorisering af intensivafsnit/-afdelinger** i niveau 1, 2 og 3 samt intermediærafsnit. Hver kategori er overordnet defineret, ligesom der opstilles krav til samarbejde med andre sygehusfunktioner og til det faglige personale som led i kategoriseringen.

Kravene til samarbejde ved intensivafsnit niveau 3 og 2 foreslås justeret i den endelige version, idet bemærkningerne om eventuel mulighed for rådgivning af læge på speciallægeniveau i intern medicin: infektionssygdomme foreslås at få en egen bullit.

Det anbefales desuden, at der arbejdes videre med at etablere en **national klinisk database for intensiv terapi**, idet det er arbejdsgruppens vurdering, at intensiv terapi er et stort, dyrt og alvorligt sygdomsområde, ligesom det forventes, at en klinisk database kan medvirke til at forbedre kvaliteten. Tilsvarende anbefales, at der arbejdes hen imod en ansøgning til Amdtsrådsforeningens databasepulje og en generel opfyldelse af denne puljes krav til organisering, teknologi og indhold.

Endelig opstilles en række **visitationsprincipper**, idet det er arbejdsgruppens opfattelse, at konkrete visitationskriterier bør udformes regionalt/lokalt. Hensigten med visitationsprincipperne er at levere en ramme, som udarbejdelsen af de konkrete visitationskriterier kan ske inden for.

Sundhedsstyrelsen foreslår, at arbejdsgruppens rapport udsendes til regionerne til inspiration til det videre arbejde med at udvikle intensiv terapi. Rapporten foreslås desuden at indgå i den nationale specialeplanlægning, såvel i gennemgangen af akutberedskabet som i gennemgangen af anæstesiologi.

Side 10
4. juli 2006

For så vidt angår de kapacitetsmæssige spørgsmål, er disse behandlet i det nyligt udsendte debatoplæg fra Danske Regioner *Fremtidig organisering af intensiv medicinsk terapi*.

Beslutning:

Der var en drøftelse af normeringsbeskrivelserne i rapportudkastet, idet det var den generelle holdning, at præcise personalenormeringskrav ikke bør indgå, idet dette er et konkret driftsansvar at fastlægge disse.

Spørgsmålet om sammenhæng til DRG-takster for intensiv terapi blev rejst, og det blev oplyst, at Sundhedsstyrelsens Enhed for Sundhedsøkonomi har været inddraget i arbejdet.

Jens Kr. Gøtrik konkluderede, at Sundhedsstyrelsen tilretter rapportudkastet. Det tilrettede udkast sendes til arbejdsgruppen mhp. eventuelle kommentarer, hvorefter den endelige rapport udsendes som foreslået i sagsfremstillingen.

Bilag:

Intensiv terapi – definitioner, dokumentation og visitationsprincipper, 16. maj 2006 (**bilag 16/2006**).

7. Insulinpumpebehandling

Indstilling:

Til orientering og eventuel drøftelse.

Side 11

4. juli 2006

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsens tidligere rådgivningsgruppe vedr. lands- og landsdelsfunktioner og specialeplanlægning og styrelsens diabetesstyregruppe har flere gange drøftet behovet for at afløse Sundhedsstyrelsens hidtidige retningslinjer for insulinpumpebehandling med nye anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen er på den baggrund ved at forberede en bred høring af vedlagte udkast til anbefalinger for insulinpumpebehandling.

Udkastet, hvis indhold i det væsentlige svarer til anbefalingerne i en oversigtsartikel fra Dansk Endokrinologisk Selskab i Ugeskrift for Læger fra 2004, indeholder anbefalinger om følgende forhold:

- Indikationer for insulinpumpebehandling.
- Krav til iværksættelse og kontrol af behandling med insulinpumpe.
- Krav til diabetesambulatorium/-afdeling, der varetager insulinpumpebehandling.

Det skal særligt bemærkes, at der som udgangspunkt ikke lægges op til, at insulinpumpebehandling er højt specialiseret, men der opstilles konkrete krav til ambulatorier/afdelinger, der tilbyder behandlingen. I den forbindelse bør patientantallet være tilstrækkeligt stort til, at det ansvarlige personale opnår tilstrækkelig rutine i behandlingen, og det skønnes, at dette kan etableres med 80 – 100 patienter i insulinpumpebehandling som et minimumsgrundlag på det enkelte ambulatorium/afdeling.

Afhængigt af bemærkningerne i det rådgivende udvalg og i forbindelse med høringen kan der være behov for at tage anbefalingerne op igen i udvalget og/eller i diabetesstyregruppen.

Beslutning:

Der var en diskussion af, om det anbefalede patientgrundlag for en afdeling kunne være mindre, hvis afdelingen kun benyttede specifikke pumpetyper. Flere fandt dog, at det ikke lå inden for rammerne af en vejledning fra Sundhedsstyrelsen at anbefale specifikke apparater. Men at patientantallet bør være tilstrækkeligt til, at personalet opnår rutine i behandlingen, og at 80-100 patienter kunne være et skøn til at opnå rutine.

Der var desuden en diskussion af terminologien i udkastet, idet visse dele er udformet som krav, mens der i andre dele er tale om anbefalinger. Jens Kr. Gøtrik konkluderede, at Sundhedsstyrelsen gennemgår terminologien forud for udsendelsen i høring.

Bilag:

Udkast til anbefalinger for anvendelse af insulinpumper, 21. april 2006 (**bilag 17/2006**)

8. Rapport om PET/CT

Indstilling:

Til orientering og eventuel drøftelse.

Side 12

4. juli 2006

Sagsfremstilling:

Det rådgivende udvalg drøftede på mødet den 19. maj 2006 rapport om PET/CT. Der var en række kommentarer til rapporten, og det blev konkluderet, at Sundhedsstyrelsen ville gennemgå rapporten mhp. den faglige argumentation, herunder tilknytningen af PET/CT til de eksisterende seks onkologiske centre.

Sundhedsstyrelsen har på den baggrund justeret rapporten, og ændringerne er blevet kommenteret i den nedsatte arbejdsgruppe. Den endelige version af rapporten **vedlægges**.

Rapporten er suppleret med en tydeliggørelse af PET/CT-skanning i forhold til forskellige områder. Både internationalt og nationalt er fordelingen, at 85 – 95 % af anvendelsen sker til kræftdiagnostik og –behandling i bred forstand og resten til andet, især kardiologi og neurologi. Sidstnævnte områder vil givetvis vokse i betydning, men det gælder også kræftområdet. Endvidere nævnes, at PET/CT også i udlandet stort set kun anvendes på højt specialiserede kræftcentre.

Der er endvidere foretaget enkelte rent sproglige rettelser.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at rapporten danner et godt grundlag for planlægningen i de kommende år. Det skal bemærkes, at der i de næste 5 – 7 år ikke af kapacitetsmæssige grunde er behov for udbygning af cyklotronkapaciteten. Styrelsen er enig i, at rapporten bør revurderes i 2008 – 2009 i lyset af den store udvikling på området.

Beslutning:

Det rådgivende udvalg tilsluttede sig det udsendte rapportudkast, idet Region Sjælland dog fastholdt sine tidligere fremførte principielle synspunkter. Region Nordjylland forventede, at revisionen i 2008 – 2009 også ville kortlægge et øget behov for isotopproduktion.

Bilag:

PET (positron emissionstomografi). Anbefalinger for udbygning af PET og FDG produktion, rapport af 1. juni 2006 (**bilag 20/2006**).

9. Opfølgning – specialeplanlægning

Indstilling:

Til orientering.

Side 13

4. juli 2006

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen foretager løbende opfølgning på en række specialeplanlægningsområder, som tidligere er drøftet i styrelsens rådgivningsgruppe vedr. lands- og landsdelsfunktioner og specialeplanlægning. Hertil kommer en række enkelt-sager. Styrelsen forventer efter behov at sætte et punkt på til det rådgivende udvalg's møder med opfølgning på enkeltsager, hvor der ikke er behov for egentlige beslutninger, men hvor det vurderes, at det rådgivende udvalg skal informeres om status.

1. Kirurgisk kræftbehandling

Som opfølgning på Kræftplan II gennemfører Sundhedsstyrelsen et arbejde sammen med de relevante lægevidenskabelige selskaber inden for kræftkirurgi. Formålet med arbejdet er at opstille selskabernes vurdering af, hvilke faglige krav, der bør stilles i forbindelse med varetagelse af forskellige former for kirurgisk kræftbehandling. Det omfatter krav til patientgrundlag, lægelig og ikke-lægelig ekspertise, samarbejde, forskning og udvikling, uddannelse etc.

Arbejdet er i sin afsluttende fase, idet selskabernes endelige vurderinger ventes at foreligge senest ved sommerferien. Sundhedsstyrelsen forventer dels, at afrapporteringerne sendes til amterne/regionerne, idet en række af forslagene vil kunne iværksættes decentralt, dels forventer Sundhedsstyrelsen, at afrapporteringen indgår i den nationale specialeplanlægning i gennemgangen af akutberedskabet og i gennemgangen af de relevante specialer.

Det rådgivende udvalg vil blive orienteret forud for udsendelsen til amterne/regionerne, ligesom afrapporteringerne vil blive taget op i udvalget.

2. Gravide diabetikere

Diabetesstyregruppen anbefalede på sit møde den 23. maj 2005, at Specialevejledningens formuleringer blev ændret således, at det fastslås, at også **gravide med prægestational type-2 diabetes** er en lands- og landsdelsfunktion. Efter en drøftelse i styrelsens rådgivningsgruppe vedr. lands- og landsdelsfunktioner og specialeplanlægning har styrelsen i efteråret 2005 gennemført en høring af et konkret forslag hos Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Selskab for Obestetrik og Gynækologi, Jordemoderforeningen og Fagligt Selskab for diabetessygeplejersker.

DPS og DSOG har tilsluttet sig forslaget. Jordemoderforeningen tilslutter sig forslaget, for så vidt angår fødsler, men finder dels, at der bør ske prægestational rådgivning i regi af den praktiserende læge, dels at kontroller kan ske i regi af satellitsamarbejder. DES tilslutter sig principielt forslaget, men finder, at lands- og landsdelsafdelingerne bør forpligtes til satellitsamarbejder med større funktionsbærende enheder.

Sundhedsstyrelsen forventer, at spørgsmålet indgår i gennemgangen af gynækologi og obstetrik, hvilket diabetesstyregruppen tilsluttede sig på mødet den 13. marts 2006.

Side 14

4. juli 2006

Tilsvarende er Sundhedsstyrelsen blevet gjort opmærksom på, at et antal amter ikke fulgte **Specialevejledningens anbefalinger for gravide med insulinkrævende diabetes mellitus**, idet dette er en lands- og landsdelsfunktion. I den efterfølgende kommunikation med de pågældende amter blev det oplyst, at aktiviteten i Frederiksborg og Ringkjøbing amter var ophørt, men at såvel Vejle som Ribe amter fortsatte aktiviteten.

Sundhedsstyrelsen skrev den 6. juni 2005 til de to amter og anmodede om, at aktiviteten ophørte. Odense Universitetshospital og Kolding og Fredericia Sygehus indsendte den 21. juni 2005 den hidtil benyttede center-satellit-aftale og anmodede om Sundhedsstyrelsens godkendelse. Styrelsen meddelte med brev af 29. august 2005 Fyns og Vejle amter, at styrelsen af flere årsager ikke fandt det hensigtsmæssigt at rådgive om aftaleudkastet og derfor anmodede om, at Specialevejledningens anbefalinger blev overholdt.

Vejle Amt har i december 2005 efter drøftelse i Syddansk sundhedsdirektørforum igen anmodet Sundhedsstyrelsen om at godkende satellitaftalen, blandt andet med henvisning til, at der bør ses på den samlede kontrol- og fødselsaktivitet, herunder gestationelle diabetikere. Styrelsen har i januar 2006 fastholdt sin tidligere vurdering, idet argumentet ovenfor må indgå i den kommende specialeplanlægningsproces, da gravide med gestationel diabetes ikke er en lands- og landsdelsfunktion.

Spørgsmålet om eventuelle satellitfunktioner i forbindelse med specialiseret funktion for gravide diabetikere må efter Sundhedsstyrelsens opfattelse indgå i processen med at fastlægge krav til specialiserede funktioner i gynækologi og obstetrik, og herunder konkrete krav til eventuelle satellitfunktioner.

3. Bilateral cochlear implant til børn

Cochlear implant (CI) består i kirurgisk implantation af en elektrode i cochlea (sneglen). Apparatet består af en ekstern enhed med mikrofon, processor og transmitter og en intern, implanteret enhed bestående af en modtagestimulator med tilhørende elektrode. Indikationsområderne for anvendelse af CI ved børn og voksne udvides løbende. Aktuelt anvendes CI til døvfødte børn, døvblevne børn og voksne samt personer med en vis resthørelse. Bilateral CI anvendes i Danmark i dag ved døvhed/svær hørenedsættelse efter meningitis og ved svær hørenedsættelse kombineret med funktionel blindhed.

Kongenit døvhed, cochelare implantater er en lands- og landsdelsfunktion ved Københavns Amts Sygehusvæsen (Amtssygehuset i Gentofte) og Århus Universitetshospital (Århus Sygehus).

I forlængelse af en række folketingsspørgsmål om bilateral CI til børn anmodede Indenrigs- og Sundhedsministeriet i februar 2006 Sundhedsstyrelsen om at følge området bilateral CI til børn tæt, og specifikt om i samarbejde med de to opererende sygehuse at undersøge de kapacitets- og ressourcemæssige konsekvenser af at udvide det eksisterende tilbud.

Sundhedsstyrelsen har efterfølgende i brev af 21. april 2006 anmodet Københavns og Århus amter om en vurdering af de kapacitetsmæssige konsekvenser af

at indføre bilateral CI til børn. På baggrund af de to amters svar har Sundhedsstyrelsen orienteret Indenrigs- og Sundhedsministeriet i form af vedlagte status, ligesom styrelsen i brev af 22. maj 2006 har anmodet de to amter om sammen at udforme en fælles, landsdækkende protokol, som bilateral CI til børn skal udføres i henhold til, idet bilateral CI betragtes som en udviklingsfunktion på de to sygehuse.

Det er i styrelsens anmodning præciseret, at det ikke vurderes som etisk forsvarligt eller praktisk muligt at udforme og gennemføre en randomiseret og/eller kontrolleret forsøgsprotokol. Protokol skal i denne forbindelse opfattes som et fælles dokument, der beskriver rammerne for udredning, behandling, kontrol etc., hvilket svarer til det protokolbegreb, som tidligere er anvendt i forbindelse med fedmekirurgi og diskusproteser.

Der har været diskussion af, om der er behov for yderligere dokumentation for værdien af bilateral CI, men Sundhedsstyrelsen har fundet, at der er behov for at følge området tæt og for en fælles protokol. Det skyldes ud over spørgsmålet om den egentlige evidens for behandlingen, at indsættelse af bilateral CI i større antal er relativt nyt, også på verdensplan. De to amter anbefales at rette henvendelse til det videnskabetiske komitéssystem mhp. en afklaring af, om protokollen skal anmeldes hertil.

For så vidt angår de ressourcemæssige konsekvenser, bør dette afklares mellem amterne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

4. Ovariecancer

Sundhedsstyrelsen skrev den 28. september 2005 til samtlige amter og H:S, bortset fra Bornholms Regionskommune, idet det ved træk fra Landspatientregisteret frem til 2004 kunne konstateres, at der blev foretaget operationer for ovariecancer i de pågældende amter, på trods af at der er tale om en lands- og landsdelsfunktion, der kun burde varetages ved fem gynækologisk/obstetriske landsdelsafdelinger. Der var samlet tale om 521 operationer i 2002, faldende til 430 i 2004.

Det er efterfølgende oplyst, at H:S samt Københavns, Vestsjællands, Fyns, Sønderjyllands, Ribe, Århus og Nordjyllands amter enten forud for eller i forbindelse med henvendelsen har taget initiativ til, at patienter fremover henvises til afdelinger med lands- og landsdelsfunktion på området.

3 Amts Samarbejdet har i sit fælles svar tilkendegivet, at det er holdningen i 3 Amtet/Region Sjælland, at gynækologisk cancerkirurgi samles i Region Sjælland hurtigst muligt.

Frederiksborg og Vejle amter har begge svaret, at man mener at opfylde relevante faglige anbefalinger for kirurgi for ovariecancer.

Ringkjøbing og Viborg amter har endnu ikke svaret endeligt, men har oplyst, at det i regi af direktørforum for Region Nord er besluttet at gennemføre en hurtig udredning af området, hvorefter man vil afgive endeligt svar til Sundhedsstyrelsen.

5. Ventrikelcancer

Sundhedsstyrelsen skrev den 29. juni 2005 til syv amter, der jf. træk fra Landspatientregisteret ikke overholdt styrelsens anbefalinger om ventrikelcancer, der jf. Specialevejledningen er en lands- og landsdelsfunktion. Der var tale om en samlet aktivitet på 108 operationer i 2002, stigende til 126 i 2004.

Side 16
4. juli 2006

Frederiksborg, Vestsjællands, Sønderjyllands, Ringkjøbing og Viborg amter har svaret, at der enten tidligere eller i forlængelse af styrelsens henvendelse er taget initiativ til at overholde styrelsens anbefalinger. Roskilde Amt har gjort opmærksom på, at alle elektive indgreb henvises til afdelinger med lands- og landsdelsfunktion, men at der i forbindelse med akutte indgreb er faglige grunde til at fastholde færdiggørelse af disse indgreb samt palliative indgreb. Ribe Amt har oplyst, at der i vid udstrækning visiteres til Odense Universitetshospital, idet enkelte palliative resektioner udføres på Sydvestjysk Sygehus.

Der blev i 2004 foretaget operationer for ventrikelcancer på 16 sygehuse. Udtræk af Landspatientregistret for 2005 viser, at dette er reduceret til 11 sygehuse, idet der udover afdelingerne med lands- og landsdelsfunktion blev foretaget et mindre antal operationer (1 – 4) på Roskilde Amts Sygehus Roskilde, Aabenraa Sygehus, Holstebro Sygehus, Skejby Sygehus, Randers Centralsygehus og Sygehus Viborg.

Beslutning:

Det rådgivende udvalg tog orienteringen til efterretning, idet der var følgende konkrete bemærkninger til de enkelte punkter:

For så vidt angår **kirurgisk kræftbehandling**, blev der henvist til en undersøgelse i Region Nord, som tydede på, at komorbiditet var en afgørende faktor for behandlingsresultaterne, og at undersøgelsen muligvis satte spørgsmålstegn ved den gængse opfattelse af sammenhængen mellem volumen og kvalitet.

Region Midtjylland oplyste, at Viborg og Ringkjøbing amter ophører med kirurgisk behandling af **ovariecancer**.

Region Syddanmark kunne oplyse, at Aabenraa Sygehus er ophørt med kirurgisk behandling af **ventrikelcancer**. Der blev i øvrigt efterlyst en konklusion på punktet, og det blev oplyst, at Specialevejledningen ikke skelner mellem kurativ og palliativ kirurgi, og at Sundhedsstyrelsen i sin opfølgning på vejledningens anbefalinger har reageret på systematisk aktivitet, idet 1 – 2 operationer pr. år er blevet vurderet som mulige akutte operationer eller fejlregistreringer.

Bilag:

Bilateral cochlear implant (CI) til børn – status for evidens, omfang samt kapacitetsmæssige konsekvenser, 22. maj 2006 (**bilag 18/2006**).

Fælles, landsdækkende protokol for bilateral cochlear implant til børn, brev til Københavns og Århus amter, 22. maj 2006 (**bilag 19/2006**)

10. Næste møde

Næste møde holdes **onsdag den 4. oktober 2006 kl. 14.00 – 16.00.**

Side 17
4. juli 2006

11. Eventuelt

Spørgsmålet om akut PCI på Hjertecenter Varde blev rejst, og Jens Kr. Gøtrik oplyste, at Sundhedsstyrelsens synspunkt er, at ændringen forudsætter en sundhedsplanændring, hvorfor styrelsen skal høres forud for den politiske behandling, ligesom der er tale om højt specialiseret behandling, hvorfor sundhedslovens bestemmelser om specialeplanlægning tilsvarende gælder. Jens Elkjær oplyste supplerende, at aftalen gælder resten af 2006, og at Region Syddanmark vil indhente Sundhedsstyrelsens faglige rådgivning om spørgsmålet.

Side 18
4. juli 2006