

3-partsgruppen for Kirurgi

Handlingsplan 2010

Endoskopi

Hovedformålet med 3-partsgruppens arbejde er:

- 1) At styrke de formelle rammer omkring samarbejdet
- 2) At sikre en optimal opgavefordeling indenfor den ambulante behandling mellem speciallægepraksissektor, hospitalssektoren og almen praksis
- 3) At opgavefordelingen løbende vurderes
- 4) At der sker en udvikling af samarbejdet om de mest hensigtsmæssige og fagligt kvalitativt bedste patientforløb i forhold til det samlede sundhedsvæsen

Ad 1 og 4)

3-partsgruppen vil via koncernen tage kontakt til de kirurgiske afdelinger mhp. at der iværksættes relevante tiltag, der sikrer at de praktiserende læger speciallæger i lokalområdet

- inviteres til relevante undervisningsmæssige arrangementer såsom staff-meetings,
- specielle uddannelses- og undervisningskonferencer, m.m.

3-partsgruppen vil på den anden side arbejde for, at de praktiserende speciallæger

- informerer de kirurgiske afdelinger om arbejdet i praksis,
- om kompetencer og resurser, samt
- invitere interesserede hospitalslæger på studiebesøg i speciallægepraksis.

Ad 2 og 3)

- 3-partsgruppen tager afsæt i Deloitte's forvaltningsanalyserapport fra 2009, der fokuserer på endoskopiske ydelser som en oplagt god business-case for Regionerne mhp. udlægning til speciallægepraksis.
- Endoskoperende speciallæger i Kirurgi i Region Hovedstaden er alle medlemmer af Dansk Selskab for Ambulant Kirurgi og alle følger samme opdaterede retningslinjer for endoskopi af høj faglig kvalitet.

Med henblik på at sikre en optimal opgavefordeling indenfor den ambulante behandling mellem speciallægepraksissektor, hospitalssektoren og almen praksis, samt at sikre, at de økonomiske midler anvendes rationelt, er det 3-partsgruppens opfattelse, at rutinemæssige, tidskrævende ambulante undersøgelser med fordel kan lægges ud i speciallægepraksis. Foreløbige resultater af KVIS-projektet viser stor tilfredshed med behandlingen i speciallægepraksis.

I overensstemmelse med forvaltningsanalyserapporten fra Deloitte af 24. januar 2009, som fastslår, at regionen har en god business-case ved at udlægge flere endoskopiske undersøgelser, vil 3-partsgruppen fokusere på det endoskopiske område, herunder specielt området for nedre endoskopi (sigmoideoskopi og koloskopi), der er kerneydelser i kirurgisk speciallægepraksis og i ambulante hospitalsregi.

I 2008 og de første 9 mdr. af 2009 udførte 25 praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden > 91.000 endoskopiske undersøgelser, hvilket svarer til ca. 60% af det samlede antal skopier udført i regionen. Heraf var 21.000 gastroskopier, 24.000 sigmoideoskopier og 10.500 koloskopier.

Det vurderes i forvaltningsanalyserapporten og i DSAK's (Dansk Selskab for Ambulant Kirurgi. Har i praksis har alle endoskoperende speciallæger som medlemmer) interne kvalitetsundersøgelser, at kvaliteten af endoskopiske undersøgelser i speciallægepraksis mindst er lige så god som på hospitalerne. DSAK følger samme kontrolprogram for polypper (se nedenfor) og har dermed ensartet høj faglig standard.

Som et resultat af omsætningsbegrænsningerne i speciallægepraksis vurderes det ligeledes, at praktiserende speciallæger i kirurgi har 10% - 20% uudnyttet kapacitet, og er villige til at udnytte denne kapacitet, såfremt der gives mulighed i form af §3 aftaler eller friholdelse fra omsætningsbegrænsninger. Den lettest administrerbare løsning er friholdelse for knæk og omsætningsgrænse for specificerede endoskopiske ydelser (f.eks. nedre endoskopi) og deraf afledte ydelser (ex. biopsitagning, polypfjernelse og pulsoxymetri). Det skal i denne forbindelse sikres at speciallæge praksis opfylder forpligtigelserne i pakkeforløbene" og et nøjere samarbejde mellem deltidspraksis og fuldstidspraksis skal analyseres med henblik på opgavefordeling. Mhp. at speciallægerne kan udnytte klinikkernes fulde kapacitet bør man tillige vurdere muligheden for at lempe den enkelte speciallæges behov for at ansætte assisterende speciallæge.

Kontrolendoskopi efter fjernelse af tarmpolypper

En stor del af de koloskopier, der udføres på hospitalernes endoskopiafsnit er simple kontroller efter fjernelse af tarmpolypper. De mange kontrolundersøgelser belaster hospitalernes endoskopiafsnit, hvilket bla. betyder at tidsfristerne i tarmkræftpakken ikke altid kan overholdes, og at der ydermere opstår ventetid på mere avancerede endoskopiske procedurer.

Ikke desto mindre er kontrol for tarmpolypper er vigtig, da tarmpolypper har tendens til at gendanne sig, hvilket de gør hos 1/3 indenfor 3 år, og da de endvidere kan være forstadier til tarmkræft.

Tarmpolypper er almindelige og findes hos 33% af 50-årige og 50% af 70-årige. 95% af tarmkræfttilfælde opstår i tarmpolypper. Hver 20. dansker får tarmkræft og dødeligheden er høj. Risikoen for tarmkræft kan reduceres betydeligt ved fjernelse af tarmpolypper, hvorfor kontrolundersøgelse efter fjernelse af

tarpolypper er en nødvendig rutine. Afhængig af antallet og typen af polypper kan kontrolintervallet variere fra 1-5 år og fortsætter til minimum 75-års alderen.

En stor andel tarpolypper diagnosticeres og fjernes hos praktiserende speciallæger, der følger op med vævs- og kontrolundersøgelser. Vævsundersøgelse af polypper afklarer polyp-typen, og der tages stilling til interval til næste kontrol. Større polypper må sædvanligvis henvises til fjernelse i hospitalsregi.

Tarpolypper diagnosticeres endvidere på hospitalernes endoskopiafsnit i forbindelse med udredning af symptomer fra mave-tarmkanalen. Polypper fjernes rutinemæssig, og som hos de praktiserende speciallæger foretages vævsundersøgelser og kontrolintervaller fastlægges. I stedet for at hospitalerne indkalder patienter til rutinemæssige og resursekrævende kontrolundersøgelser, kan patienterne henvises til fortsat kontrol hos praktiserende speciallæger.

3-partsgruppen opfordrer Region Hovedstaden til at kontakte det Sundhedsfaglige råd med henblik på, at ovenstående forhold drøftes.

Kontrolprogram for patienter efter fjernelse af tarpolypper:

Risikokategori	kontrolinterval	Anbefaling	Kommentar
1-2 små tubulære adenomer m. let dysplasi	5 år afh. af øvrig risikoprofil (familie)	Koloskopi	Interval afh. af familieanamnese og pt.s præference
3-10 små adenomer eller 1 adenom > 1 cm m. villøs komponent eller svær dysplasi	3 år såfremt kvalitet af 1. skopi og polypektomi var optimal ellers "clean colon" koloskopi efter 3-6 mdr.	Koloskopi	Afh. af udrensning og anatomi er risiko for at overse polypper ca. 10%
> 10 polypper ved 1. koloskopi	< 3 år (1 år)	Koloskopi	Vurder mulighed for arveligt syndrom
Bredbasede adenomer fjernet m. piecemeal teknik	2-6 mdr. mhp. at sikre komplet fjernelse (bør inkludere biopsi)	Koloskopi	Herefter fastlægges kontrolinterval afh. af risikoprofil

Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008. A Joint Guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008;134(5);1570-95.

Kontrolendoskopi efter operation for kolorektal cancer

Kontrol efter operation for kolorektal cancer skal tjene til forebyggelse og tidlig opsporing af lokal genkomst af tumor (lokalt recidiv) og mod fjermetastaser (dattersvulster), her specielt i leveren og lungerne.

De fleste tilfælde af kolorektal cancer opstår i polypper (> 85 %), og det er derfor velbegrunder at undersøge tyktarmen i forbindelse med operation for at sikre, at der ikke er polypper flere steder i tarmen og dermed forebygge efterfølgende kræftudvikling (metakron cancer). Er koloskopi ikke foretaget i forbindelse med operation, udføres kontrolkoloskopi ca. 3 måneder efter operationen – såkaldt "clean colon" koloskopi.

- 1. koloskopikontrol finder sted 1 år efter operation for kolorektal cancer.
- Derefter kontrolleres - i henhold til anbefalingerne – hvert 3. år med koloskopi hos patienter med synkron neoplasi (cancer som polypper) og hvert 5. år hos patienter uden synkron neoplasi.
- Dertil bør lægges at specielt patienter med ung debutalder for den kolorektale cancer bør kontrolleres i hvert fald hvert 3. år til 75 års alderen.

Alle disse kontroller kan henvises til speciallægepraksis.

Der er mening med at speciallægepraksis eller alm. praksis i øvrigt overtager en del af det øvrige kontrolprogram, med CEA blodprøver og henvisning til CT skanning, men dette bør samordnes med de højt specialiserede afdelinger, almen praksis og rtg. klinikker.

Koloskopi som led i udredning af patienter med bestyrket mistanke om kolorektal cancer (pakkeforløb).

Der eksisterer allerede nu flaskehalse i udredningen af kolorektal cancer i hospitalssektoren efter indførelse af pakkeforløbet for kolorektal og øvre gastrointestinal cancer. Der er tilsyneladende opstået den situation at patienter med alarmsymptomer henvises direkte til sygehusene udenom de praktiserende speciallæger. Dette er u hensigtsmæssigt af flere grunde, men specielt fordi der er daglig kapacitet i praksissektoren til akutte endoskopier. Pakkeforløbet for kolorektal cancer kører nærmest "baglæns" ved først at henvise til hospitalssektoren hvor kapaciteten er spændt til bristepunktet i stedet for direkte henvisning til speciallæge. (se nedenstående indlæg).

Koloskopi som led i screening for kolorektal cancer.

Som led i regeringens screeningplan med iFOBT test vil der på landsplan komme 24.000 årlige koloskopier. Dette vil selvklart belaste eksisterende afdelingers endoskopienheder og alene i region hovedstaden bevirke ca. 5000 yderligere koloskopier. Speciallægepraksis vil kunne foretage en del af disse koloskopier under forudsætning af at der etableres et samarbejde om de ca 500 koloskopier (10 %) der ikke kan gennemføres og som derfor skal have lavet CT kolografi.

Hvordan fordelingen mellem praksis og hospitals sektoren skal være for disse patienter er uklart men vi foreslår at så mange som muligt lægges ud i speciallægepraksis.

Nedenstående er fra Hans Raskov's debatindlæg i Ugeskrift for Læger 171/36 31. august 2009:

Tarmkræft-pakken var en af de første pakkeforløb, der blev indført i 2008, og der er siden fremkommet forløbsdata, som bl.a. blev præsenteret ved Dansk Kirurgisk Selskabs årsmøde i juni 2009.

Den aktuelle situation for tarmkræftpakken, dvs. udredning af patienter med bestyrket mistanke om tarmkræft, kan sammenfattes således:

Presset på endoskoperende afdelinger er øget signifikant. Flere afdelinger har iværksat ekstra tiltag for at overholde fastsatte ventetider, der dog ofte overskrides.

Det øgede pres går især ud over ikke-pakkepatienter, for hvem ventetiden nu er op til 6 mdr.

Andelen af patienter med tarmkræft er tilsyneladende nogenlunde ens i de to grupper, resulterende i helt urimelige ventetider for patienter med kræft, der ikke henvises til udredning i pakkeforløb.

Hvorvidt en patient henvises til udredning i pakkeforløb eller ikke-pakkeforløb afgøres af den praktiserende læge, der henviser patienten.

Af forløbsbeskrivelsen for tarmkræftpakken fremgår, at praktiserende læge kan/bør henvise til praktiserende speciallæge mhp. skopi, men langt de fleste patienter henvises direkte til hospital (både til praktiserende speciallæge og sygehus henvises elektronisk).

Flere hospitaler i Region Hovedstaden har været nødsagede til at tilbagehenvise patienter til praktiserende speciallæger i form af §3-aftaler, dvs. hjulet i pakkeforløbet kører den gale vej rundt!

Over halvdelen af regionens skopikapacitet ligger i speciallægepraksis. Case-load for nedre skopi (koloskopi og sigmoideoskopi) er i sagens natur betydeligt større for praktiserende speciallæger end for hospitalsansatte speciallæger, hvilket betyder stor rutine og undersøgelser af høj kvalitet.

Speciallægerne indvilligede i forbindelse med planlægningen af tarmkræftpakken i at være gate-keepers for hospitalerne - således er speciallægepraksis tiltænkt at udrede og diagnosticere patienterne, og på den måde forhindre at hospitalsafdelingerne drukner.

Hos speciallægerne er der generelt få ugers ventetid på endoskopi og pakkepatienter ses indenfor den aftalte tid. Kapaciteten bør udnyttes – i overensstemmelse med intentionen i kræftpakken.

3-partsgruppen opfordrer derfor Region Hovedstaden til at orientere de praktiserende læger, hospitalsambulatorier og Det Sundhedsfaglige Råd om ovenstående og opfordre til i stigende omfang at benytte de praktiserende speciallæger i udredningsfasen.