Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Hospitalsplanlægning

Mail csu@regionh.dk

NOTAT

Til: Sundhedsstyrelsen

Dato: 19. november 2026

Uddybende redegørelse for varetagelsen af specialfunktioner i kirurgi

Region Hovedstaden modtog den 13. oktober 2026 en anmodning fra Sundhedsstyrelsen om at redegøre for varetagelsen af udvalgte specialfunktioner inden for kirurgi på Rigshospitalet. Redegørelsen blev sendt den 27. oktober 2026 til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen fulgte den 29. oktober 2026 op med en supplerende anmodning om redegørelse for varetagelsen af de to højt specialiserede funktioner: Levertransplantation (HSF 34) og Resektion af benigne og maligne pancreastumorer herunder periampullær- og duodenalcancer (HSF 36) i specialevejledningen for kirurgi.

I den første redegørelse, besvaret den 27. oktober 2026, indgik en beskrivelse af den højt specialiserede funktion Pancreas- eller kombineret pancreas-nyretransplantation (HSF 38). Sundhedsstyrelsen har i den supplerende anmodning ikke bedt om yderligere vedrørende denne funktion, der behandles på møde i Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning den 3. december 2026. Hvis der sker ændringer i varetagelsen af HSF 38, vil Region Hovedstaden orientere Sundhedsstyrelsen herom. Region Hovedstaden henviser til den forudgående og løbende dialog, der har været med Sundhedsstyrelsen siden den 8. juli 2026 i forhold til de beskrevne planer for varetagelsen af HSF 34.

Til brug for denne redegørelse har regionen indhentet oplysninger fra og været i tæt dialog med Rigshospitalet. Redegørelsen indeholder uddybende beskrivelse for varetagelsen af HSF 34 og 36 på Rigshospitalet. I redegørelsen beskrives planer for robustgørelse både på kort og langt sigt med henblik på, at funktionerne kan varetages i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav. På sigt også uden bistand fra samarbejdspartnere. For HSF 34 beskrives supplerende status og procedurer for modtagelse, accept og afvisning af

donorlevere. For HSF 36 beskrives supplerende status og planer for varetagelse af den kirurgiske behandling af patienter med pancreascancer med arteriel indvækst.

Region Hovedstaden og Rigshospitalet ser med stor alvor på situationen og er optaget af, at patienterne har et robust og godt tilbud og medarbejderne et godt arbejdsmiljø. Regionen og Rigshospitalet har modtaget en række henvendelser i sagen og gør sig stor umage med at følge op og være i dialog med medarbejdere og aktører på området. Situationen har også fyldt i mediebilledet, og regionen finder anledning til at bemærke, at Rigshospitalet følger op på de konkrete kliniske situationer, som er omtalt i medierne.

Rigshospitalet har lagt planer for genopretning af robusthed og arbejdsmiljøet.

HSF 34: Levertransplantation

Sundhedsstyrelsen beder Region Hovedstaden om en uddybende og konkret plan for genopbygningen af varetagelsen af levertransplantationer af børn på Rigshospitalet, herunder konkret:

- Uddybende beskrivelse af plan for varetagelse af børnelevertransplantationer på kort og langt sigt, herunder hvornår funktionen forventes varetaget i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav og forudsætninger.

- Af- eller bekræftelse af, om Rigshospitalet har måttet afvise levere fra Scandiatransplant på grund af kapacitet samt redegøre for konsekvenser og planer for fremadrettet håndtering.

Uddybende beskrivelse af plan for varetagelse af børnelevertransplantation

Volumen, patientgruppe og ventetid

Rigshospitalet varetager de 50-60 levertransplantationer, der hvert år udføres i Danmark, hvoraf 5-10 er levertransplantationer på børn. Aktuelt er der 15 patienter på ventelisten, heraf er fem børn. Medianventetiden på en ny lever er 2-3 måneder for børn og 3-4 måneder for voksne.

De fleste patienter, der står på venteliste til en ny lever, har en kronisk leversygdom, hvilket indebærer, at levervævet over tid bliver ødelagt. Det er meget belastende for den enkelte patient at skulle vente på et nyt organ, men behovet for en ny lever er for de fleste patienter ikke akut. Børn har fortrinsret til levertransplantationer, og transplantationer på børn prioriteres foran voksne, hvis der er en egnet donorlever. Langt de fleste børn transplanteres med et stykke af en voksen-lever. Det betyder, at selv meget små børn kan transplanteres, og at der er mulighed for, at forældre til børn på ventelisten, selv kan donere en del af deres lever, hvis der er et match.

Bemanding

Den lægelige bemanding af Rigshospitalets levertransplantationsberedskab udgøres af henholdsvis en donorvagt og en transplantationsvagt. Donorvagten og transplantationsvagten varetager alle almindelige udtagnings- og transplantationsforløb på voksne og større børn. En akut tilkaldevagt kan inddrages, hvis transplantationens kompleksitet eller omfang nødvendiggør yderligere ressourcer og kompetencer, herunder ved børnelevertransplantationer af mindre børn og samtidige donor- og recipientoperationer.

Det kræver særlige kirurgiske kompetencer at udføre levertransplantation på børn, og det forudsætter som minimum 3-5 børnelevertransplantationer om året at vedligeholde kompetencerne. Af hensyn til den løbende vedligeholdelse af den nødvendige rutine, er det derfor nødvendigt at opgaven med levertransplantation af børn, kun varetages af få kirurger, der på skift indgår i den akutte tilkaldevagt.

Rigshospitalets bemanding på børnelevertransplantationsområdet er aktuelt udfordret, og hospitalet har i øjeblikket kun én speciallæge, der er fuldt kvalificeret til at udføre levertransplantation på børn i alle aldre. Dette er ikke tilstrækkeligt til at bemande den akutte tilkaldevagt, og funktionen varetages derfor aktuelt i samarbejde med Oslo Universitetssykehus.

Samarbejdet med Oslo Universitetssykehus blev formaliseret pr. 1. november 2026 og betyder, at en fuldt kvalificeret transplantationskirurg fra Oslo indgår i Rigshospitalets vagtberedskab, så hospitalet kan varetage både akutte og planlagte børnelevertransplantationer på børn i alle aldre. Transplantationerne foregår på Rigshospitalet eller Oslo Universitetssykehus afhængig af, hvad der samlet set vurderes at være den bedste løsning for barnet.

Udover at understøtte forsyningssikkerhed betyder det tætte samarbejde med Oslo Universitetssykehus, at hospitalerne gensidigt understøtter og samarbejder om at sikre fagligt robuste miljøer, kompetenceudvikling, uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling på børnelevertransplantationsområdet.

Rigshospitalets plan er hurtigst muligt at kunne varetage børnelevertransplantationer uden ekstern understøttelse med to speciallæger, der har fuld kompetence samt yderligere to speciallæger i forløb med henblik på opbygning af de særlige kompetencer. Denne 2+2-model svarer til bemandingen i Norge. På grund af det lave antal operationer er det er svært at øge bemandingen yderligere uden, at det går ud over den kirurgiske rutine, som de enkelte transplantationskirurger løbende skal vedligeholde.

Ifølge European Union of Medical Specialists (UEMS) forventes en speciallæge at have opnået de grundlæggende transplantationskompetencer, når vedkommende har gennemført flere end 20 levertransplantationer på voksne og 10 på børn. Levertransplantationer på børn er teknisk mere komplicerede

end levertransplantation på voksne, og jo mindre barnet er, des mere kompliceret er transplantationen, og des grundigere kompetenceopbygning er der behov for.

Det lave antal levertransplantationer på børn indebærer, at det tager længere tid at opnå de nødvendige kompetencer til at kunne levertransplantere børn end voksne, og tilsvarende tager det længere tid at opnå de nødvendige kompetencer til at kunne levertransplantere små børn end store børn.

Rigshospitalets plan for at kunne robustgøre 2+2-bemandingen består af flere elementer:

Kompetenceopbygning og uddannelse

Rigshospitalet oplyser, at to erfarne speciallæger aktuelt er i gang med et forløb med henblik på opbygning af de særlige kompetencer, der skal sikre, at de besidder fuld kompetence inden for området og dermed kan udføre transplantationer på både små og store børn. For at sikre at de to læger så hurtigt som muligt får de nødvendige kompetencer, accelereres forløbet med udgangspunkt i følgende plan:

a) Når en kirurg fra Oslo udfører levertransplantation på børn på Rigshospitalet, deltager speciallæger fra Rigshospitalet, der er i forløb med opbygning af kompetencer. Det øvrige transplantationsteam varetager deres funktioner omkring operationen på samme måde, som når det er en af Rigshospitalets egne kirurger, der udfører operationen.

b) Når danske børn levertransplanteres i Oslo, deltager speciallæger fra Rigshospitalet, der er i forløb med opbygning af kompetencer, under operationen. Derudover deltager en speciallæge i anæstesiologi, så transplantationsteamets samlede kompetencer vedligeholdes og styrkes.

c) Speciallæger fra Rigshospitalet i forløb med opbygning af kompetencer til fuldt kompetenceniveau, deltager i levertransplantation på norske børn, så opbygningen af kompetencerne på den måde fremskyndes.

Kompetenceopbygningen til at kunne varetage levertransplantationer på børn understøttes af erfaring med transplantationer på voksne. Rigshospitalet og Oslo Universitetssykehus har derfor aftalt, at kirurger, der er i forløb med opbygning af kompetencer, gensidigt deltager i særligt komplicerede levertransplantationer på voksne.

Med udgangspunkt i ovenstående plan forventer Rigshospitalet, at den ene af de to speciallæger, der er i forløb med kompetenceopbygning, vil have kompetence til at kunne varetage levertransplantation af større børn i slutningen af 2027 og fuld kompetence til også små børn i løbet af 2028. Den anden speciallæge, der er i forløb med kompetenceopbygning, forventes at have kompetence til at kunne varetage levertransplantation af større børn i løbet af 2028 og fuld kompetence til også små børn i løbet af 2029.

Forløb med opbygning af kompetencer hos yderligere to speciallæger med henblik på at robustgøre 2+2-bemandingen forventes igangsat i løbet af 2028. Planen er således, at Rigshospitalet igen kan varetage alle børnelevertransplantationer uden bistand fra Oslo Universitetssykehus i løbet af 2028.

Rekruttering

Rigshospitalet oplyser, at hospitalet er i proces med at rekruttere erfarne, internationalt certificerede speciallæger med de nødvendige kompetencer til også at kunne levertransplantere store børn. Status på rekrutteringsprocesserne er:

- En speciallæge, der er UEMS-certificeret transplantationskirurg, har givet tilsagn om ansættelse på Rigshospitalet. Den pågældende har også stærke kompetencer inden for pancreaskirurgi, og der arbejdes aktuelt på at få de kontraktlige forhold på plads. Forventningen er, at den pågældende kan tiltræde i løbet af første kvartal 2027 og have fuld klinisk funktion i afdelingen inden udgangen af tredje kvartal 2027.

- Rigshospitalet har dialog med yderligere to speciallæger, som begge har betydelig transplantationsrutine og er UEMS-certificerede transplantationskirurger. Munder dialogerne ud i ansættelser, er forventningen, at de pågældende vil kunne have fuld klinisk funktion inden udgangen af fjerde kvartal 2027.

Rekrutteres en eller flere af de UEMS-certificerede transplantationskirurger vil funktionen yderligere blive robustgjort, og nedenstående tidsplan vil kunne fremskyndes. Det bemærkes, at der i forhold til levertransplantationer af børn jf. ovenfor er meget få patienter, hvorfor opbygningen af kompetencer er afhængig af patientflowet. Tidsangivelserne i skemaet herunder er estimeret konservativt.

Tidsplan for opbygning af kompetencer til selvstændig varetagelse af levertransplantation			
Indgreb	**2026**	**2027**	**2028**
Voksne	Ja	Ja	Ja
Store børn (over seks år)		Ja (Q4)	Ja
Små børn (under seks år)			Ja (Q4)

Region Hovedstaden sender status for rekrutteringsprocesserne til Sundhedsstyrelsen inden udgangen af første kvartal 2027.

Afvisning af levere

Sundhedsstyrelsen har anmodet Region Hovedstaden om at be- eller afkræfte, om Rigshospitalet har måttet afvise levere til børn og voksne fra det nordiske samarbejde Scandiatransplant på grund af manglende kapacitet. Anmodningen tager afsæt i svar til Regionsrådet (RR-045-26).

Inden der redegøres herfor, beskrives logistik og organisering omkring levertransplantationer:

Organisering af levertransplantationer

En donorlever begynder meget hurtigt at tage skade og kan som hovedregel kun holde sig 12 til 15 timer fra det tidspunkt, leveren kobles fra blodforsyningen på donorhospitalet, til det tidspunkt blodgennemstrømningen genåbnes i kroppen på den modtagende patient. En levertransplantation er samtidig en af de teknisk mest krævende og langvarige operationer (op til 12 timer). En levertransplantation kræver meget nøje planlægning og stram styring af tid, timing og logistik for at blive vellykket.

Rigshospitalet har et døgnbemandet vagthold af transplantationskoordinatorer, der koordinerer den samlede logistik omkring levertransplantationer. En helt central opgave for transplantationskoordinatorerne er at sikre, at de nødvendige kirurgiske, radiologiske, anæstesiologiske og plejemæssige kompetencer bliver indkaldt og står klar, når der er match mellem en donorlever og en patient på ventelisten.

Samtidig skal transplantationskoordinatorerne sikre, at flere parallelle processer sættes i gang og times gensidigt, så kvaliteten af donorleveren ikke forringes, og så selve transplantationen kan igangsættes i samme øjeblik, leveren ankommer til Rigshospitalet. Transplantationskoordinatorerne vil derfor typisk, allerede mens donorpatienten ligger på intensivafdelingen på donorhospitalet, begynde arbejdet med at finde et match til donorleveren.

Konkret skal følgende processer koordineres og times i forhold til hinanden:

- *Modtagende patient* skal have besked og kunne nå at ankomme til Rigshospitalet. For at minimere risikoen for, at en donorlever går til spilde, vil en backup-patient i nogle tilfælde også blive indkaldt. Backup-patienten vil blive gjort klar til transplantation, så vedkommende kan modtage donorleveren, hvis der opstår forhold, hvor den primære patient mod forventning alligevel ikke kan transplanteres.

- *Rigshospitalets udtagningsteam*, ledet af en erfaren kirurg, skal transporteres til donorhospitalet, hvor Rigshospitalets kirurg klargør, udtager og transporterer donorleveren tilbage til modtagende patient på Rigshospitalet. En udtagningsoperation tager i gennemsnit 3-5 timer og transporten sker med ambulance eller ambulancefly for at minimere tidsforbruget.

- *Rigshospitalets transplantationsteam* skal klargøre modtagende patient (og eventuel backup-patient). Den syge lever udtages først af modtagende patient, når udtagningskirurgen på donorhospitalet bekræfter kvaliteten af donorleveren, og at der er et endeligt match med den modtagende patient.

Den danske transplantationsordning og Scandiatransplant

Rigshospitalet oplyser, at de fleste donororganer i Danmark kommer fra den danske transplantationsordning. Som supplement hertil deltager Danmark i Scandiatransplant, der er et veletableret samarbejde om udveksling af donororganer, som det enkelte land ikke kan anvende til patienter på egen venteliste. Medlemslande er Danmark, Norge, Sverige, Finland, Island samt Estland.

Scandiatransplant har eksisteret i over 40 år og udover udveksling af 'overskydende organer' giver samarbejdet det enkelte medlemsland mulighed for at lave et såkaldt 'urgent call', hvor alle medlemslande er forpligtede til at stille næste egnede donororgan til rådighed for den akutte patient, uanset national venteliste og øvrige prioriteringsregler i Scandiatransplant. Medlemslandene har derudover mulighed for at lave et såkaldt 'kind request', hvor der udsendes appel om at prioritere donororganer til en særligt udsat patient, hvis patienten ikke opfylder kravene til et 'urgent call'.

Scandiatransplant udgør et stærkt supplement til den danske transplantationsordning, men hvor processen omkring donorlevere i Danmark er optimeret med henblik på dels kvalitet og match mellem donororgan og patient samt fleksibel tilrettelæggelse af timing for udtag af organ, er processen i Scandiatransplant optimeret med henblik på hurtig fordeling af overskydende organer fra medlemslandene samt fælles prioritering af organer til patienter i livsfare og børn.

En væsentlig forskel på arbejdsgangene omkring danske donorlevere og donorlevere udbudt via Scandiatransplant er derfor muligheden for at tilrettelægge den logistik, der er nødvendig for, at levertransplantationen i sidste ende er vellykket. I Scandiatransplant fungerer det på den måde, at når et medlemsland udbyder en overskydende donorlever, får alle medlemslande via et fælles it-system tilbud om det samme organ på samme tid. Alle medlemslandene skal herefter inden for 30 minutter melde accept eller afvisning af donorleveren ind via det fælles it-system.

Rigshospitalet oplyser, at det medfører, at Rigshospitalets transplantationsvagt uanset tid, sted og omstændigheder har 30 minutter til at vurdere donorleverens medicinske data i forhold til potentielle match med danske patienter, herunder i dialog med transplantationskoordinatoren at vurdere mulighederne for at få den samlede logistik omkring levertransplantationen til at gå op. Ved donorlevere, der opfylder kriterierne for transplantation på børn, skal medlemslandede melde accept eller afvisning af donorleveren ind i it-systemet inden for 60 minutter.

Når der udbydes donorlevere fra Scandiatransplant, er der ikke mulighed for at påvirke tidspunkt for udtagning af organet. Dette påvirker mulighederne for at koordinere forberedelserne omkring den modtagende patient ganske betydeligt – og dermed påvirkes transplantationsteamets vurdering af Rigshospitalets kapacitet.

Processerne omkring donorlevere i Danmark og Scandiatransplant er skematisk opsummeret herunder:

Proces for danske donorlevere (Den danske transplantationsordning)		
Urgent call: Er der et match med en patient med akut og livstruende behov for levertransplantation?	JA →	Transplantation planlægges
NEJ ↓		
Er der et match med en patient på den danske venteliste?	JA →	Transplantation planlægges
NEJ ↓		
Donorleveren udbydes til øvrige lande i Scandiatransplant.		

Proces for donorlevere udbudt via Scandiatransplant (svar gives inden for 30 / 60 minutter)		
Urgent call: Er der et match med en dansk patient med akut og livstruende behov for levertransplantation?	JA →	Transplantation planlægges
NEJ ↓		
Kan transplantation planlægges, så timing for modtagelse af donorlever er uden risiko for konflikt med anden transplantation eller uopsættelig kirurgi?	NEJ →	Donorlever afvises (men kan benyttes af øvrige lande i Scandiatransplant).
JA ↓		
Er der et match med en patient på den danske venteliste?	NEJ	Donorlever afvises (men kan evt. benyttes af øvrige lande i Scandiatransplant).
JA ↓ (Der sendes besked til Scandiatransplant om accept af donorlever)		
Står Rigshospitalet øverst på rotationslisten iblandt de lande, der siger ja?	NEJ →	Transplantation planlægges ikke.
	JA →	Transplantation planlægges.

Afviste donorlevere

Rigshospitalet kan bekræfte, at hospitalet i perioden fra oktober 2025 til og med september 2026, har afvist 12 donorlevere, hvor begrundelsen i Scandiatransplants it-system er angivet som kapacitet.

Rigshospitalet har tidligere oplyst, at 10 donorlevere var blevet afvist begrundet i kapacitet, herunder at tre af disse donorlevere potentielt kunne have været anvendt til et barn. Antallet af afviste organer i den pågældende periode er på baggrund af en registreringsgennemgang blevet korrigeret: Rigshospitalet har i perioden fra oktober 2025 til september 2026 afvist 12 donorlevere, hvor årsagen er registreret som kapacitet. Fem af de 12 donorlevere kunne potentielt have været anvendt til et barn.

Afvisningen af 12 donorlevere begrundet i kapacitet er ikke ensbetydende med, at 12 danske patienter, potentielt kunne have fået en levertransplantation. Rigshospitalet matcher ikke afviste organer udbudt via Scandiatransplant med konkrete patienter på den danske venteliste, hvis de logistiske rammer for en vellykket levertransplantation ikke vurderes at være til stede. Det varierer meget, hvor hyppigt der er et klinisk match.

Arbejdsgangen for overskydende donorlevere udbudt via Scandiatransplant er, at en donorlever udbydes til alle medlemslande samtidigt, og hvis flere lande accepterer donorleveren, sker tildelingen af organet efter Scandiatransplants prioriteringsregler og rotationsliste. Det er derfor ikke muligt at oplyse om, hvilke konsekvenser afvisningen af de 12 donorlevere har haft for patienterne. Rigshospitalet kan dog oplyse, at hvis der er patienter på 'urgent call', undersøges det altid, om der er et match og, hvis det er tilfældet, planlægges transplantationen. Afvisningen af donorlevere begrundet i kapacitet har derfor ikke haft konsekvenser for patienter med et akut og livstruende behov for levertransplantation.

Det bemærkes, at accept og afvisning af en donorlever registreres i det fælles it-system i Scandiatransplant, uanset om donorleveren udbydes inden for den danske transplantationsordning eller via Scandiatransplant. Rigshospitalet oplyser, at det kun helt undtagelsesvist sker, at der er omstændigheder omkring udtagning af en donorlever hos en dansk patient, som gør det umuligt at få den samlede logistik omkring levertransplantationen til at gå op.

For fuldstændighedens skyld oplyser Rigshospitalet, at det i registreringsgennemgangen blev konstateret, at én af de 12 donorlevere, der i perioden oktober 2025 til september 2026 blev afvist på grund af kapacitet, var en donorlever fra en dansk patient. I alt er tre danske donorlevere fra 1. januar 2025 og frem til 1. november 2026 blevet udbudt til de andre medlemslande i Scandiatransplant, hvor årsagen er registreret som manglende kapacitet. I to af disse tilfælde var der supplerende årsager til afvisningerne udover manglende kapacitet. I det tredje tilfælde var donorleveren af lav kvalitet og kunne ikke anvendes til et barn. Da transplantation samtidig ville medføre udsættelse af akutte kræftoperationer, blev organet afvist. Donorleveren blev efterfølgende udbudt via Scandiatransplant, og det modtagende land måtte kassere organet på

grund af kvaliteten. Rigshospitalet har registreret årsagen til afvisning som kapacitet.

Rigshospitalets registreringspraksis i forhold til accept og afvisning af donorlevere har hidtil været fokuseret på at overholde fastlagte kriterier og tidsfrister i regi af Scandiatransplant. På baggrund af det store fokus på årsagerne til afvisning af donorlevere har hospitalet nu fastlagt en intern praksis, der sikrer større præcision i registrering af afvisningsårsag. Rigshospitalets interne arbejdsgang for accept/afvisning af donorlevere udbudt via Scandiatransplant er også robustgjort.

For at undersøge mulighederne for at styrke Rigshospitalets samlede kapacitet til at varetage lever- og nyretransplantationer, planlægger hospitalet at undersøge mulighederne for et tættere sømløst samarbejde omkring lever- og nyretransplantationer. Dette setup kendes fra flere lande i Norden og internationalt. Perspektivet er, at flere speciallæger potentielt skal kunne transplantere begge organer, og at der kan skabes et fælles vagtberedskab, hvor også speciallæger i karkirurgi indgår. Vurdering af kvalitet og robusthed for alle involverede specialer indgår i den samlede vurdering.

Rigshospitalet vurderer herudover, at et styrket nordisk transplantationssamarbejde i regi af The Nordic University Hospital Alliance (NUHA) på sigt kan understøtte et mere sammenhængende og robust patientforløb på tværs af landene og øge muligheden for, at specialiserede kompetencer bringes til patienten. For transplantationer hos børn, hvor patientgrundlaget i Danmark er begrænset, vil et endnu tættere nordisk samarbejde, herunder et fælles vagtberedskab kunne understøtte den faglige bæredygtighed inden for et meget lille kirurgisk felt, herunder robustgøre de døgndækkende beredskaber. Der imødeses en dialog med Sundhedsstyrelsen om mulighederne for et styrket nordisk samarbejde på området.

HSF 36: Resektion af benigne og maligne pancreastumorer herunder periampullær- og duodenalcancer

Sundhedsstyrelsen beder Region Hovedstaden om en uddybende og konkret plan for varetagelse af resektion af benigne og maligne pancreastumorer, herunder konkret:

- Uddybende beskrivelse af plan for varetagelse af funktionen på kort og lang sigt, herunder hvornår funktionen forventes varetaget i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens krav og forudsætninger.

- Uddybende beskrivelse af og plan for varetagelsen af patienter, der har pancreascancer med arteriel indvækst, som kun varetages på Rigshospitalet.

- Bekræftelse af, at regionen fortsat kan efterleve forsyningsforpligtelsen vedrørende operation for benigne og maligne pancreastumorer.

Uddybende beskrivelse af plan for varetagelse af funktionen

Rigshospitalet bekræfter, at hospitalet fortsat kan varetage forsyningsforpligtelsen for patienter med behov for operation for benigne og maligne pancreastumorer, aktuelt med understøttelse fra andre hospitaler på området.

Bemanding

Rigshospitalet oplyser, at hospitalet aktuelt har én speciallæge med fuld kompetence i funktionen (fraset hhv. Distal/Total Pancreatectomy with Celiac Axis Resection, DP-CAR og TP-CAR). Det er ikke tilstrækkeligt til at varetage funktionen robust, og derfor er samarbejdet med andre meget væsentligt i den aktuelle situation. Udover den ene speciallæge er der tre erfarne speciallæger, der aktuelt er ved at opnå særlige kompetencer mhp. fuldt kompetenceniveau i funktionen.

Indtil Rigshospitalet kan varetage funktionen fuldt med egne kompetencer, varetages nogle af de avancerede operationer, herunder backup-funktionen til de kirurger, der er ved at opnå særlige kompetencer, i samarbejde med Odense Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Skånes Universitetssjukhus i Lund og Oslo Universitetssykehus.

HSF 36 er omfattet af reglerne om maksimale ventetider. Rigshospitalet oplyser, at de aktuelt overholder maksimale ventetider for patienter med behov for operation for benigne og maligne pancreastumorer.

Opbygning af kompetencer

HSF 36 omfatter forskellige operationer med varierende kompleksitet og patientgrundlag. Dette har betydning for mulighederne for både at opbygge og vedligeholde de nødvendige kompetencer inden for de enkelte operationstyper.

Aktuelt kan de tre speciallæger, der er ved at opnå særlige kompetencer i funktionen, alle selvstændigt varetage standardoperationer af kræft i hovedet af bugspytkirtlen (Whipples-operation), og tilkalder backup, hvis det under operationen viser sig:

- At kræften er vokset ind i de store blodårer (vener), så en del af venen skal fjernes og rekonstrueres (vene-resektion).

- At kræften er på et mere fremskredent stadie end forventet ud fra scanningerne inden operationen, og det derfor skal vurderes, om kræften kan fjernes fuldstændigt.

Akutte komplikationer efter operation, herunder behov for re-operation, håndteres som hidtil af den kirurgiske overlægevagt i tæt samarbejde med interventionsradiologer. Speciallægerne, der er ved at opbygge særlige kompetencer i funktionen, forventes at have fuld kompetence (fraset DP-CAR og TP-CAR) i Q3 2027.

Rekruttering

Rigshospitalet har aktuelt dialog med en speciallæge med henblik på ansættelse i afdelingen. Speciallægen har fuld kompetence og mere end 10 års erfaring som specialist i pancreaskirurgi. Speciallægen med transplantationskompetence, som Rigshospitalet forventer vil kunne ansættes i første kvartal 2027 (omtalt under redegørelsen for HSF 34), har også fuld kompetence inden for pancreas resektion.

Med plan for opbygning af kompetencer hos tre speciallæger og under forudsætning af, at de beskrevne rekrutteringsprocesser munder ud i ansættelse, er tidsplanen for Rigshospitalets varetagelse af HSF 36 uden ekstern understøttelse:

Tidsplan for opbygning af kompetencer til selvstændig varetagelse af resektion af pancreastumorer			
Indgreb	**2026**	**2027**	**2028**
Distal pancreatektomi (DP)	Ja	Ja	Ja
Total pancreatectomi (TP)		Ja (Q2)	Ja
Whipples operation		Ja (Q2)	Ja
Total pancreatectomi (TP) med vene-resektion		Ja (Q3)	Ja
Whipples operation med vene-resektion		Ja (Q3)	Ja
DP-CAR og TP-CAR			Ja (Q2)

Uddybende beskrivelse af plan for pancreascancer med arteriel indvækst

Herunder beskrives Rigshospitalets uddybning af planen for HSF 36 i forhold til operation for pancreascancer med arteriel indvækst, som alene udføres på Rigshospitalet.

Inden der redegøres herfor, beskrives de forskellige behandlingsformer og operationstyper i forbindelse med pancreascancer:

Behandling af pancreascancer kan bestå af operation, kemoterapi, strålebehandling og/eller immunterapi. Cirka en tredjedel af alle patienter er så dårlige, at behandlingstilbud ikke er relevant. Disse patienter tilbydes 'best supportive care'.

Operation for pancreascancer er ofte meget omfattende, hvorfor et godt resultat forudsætter, at patienten er i god almen tilstand. Operationen kan kun gen-

nemføres, hvis kræften ikke har spredt sig. Det vurderes, at operation er relevant for 20-25 % af patienterne. Hvis kræften har spredt sig, er der aktuelt ikke kurative behandlingstilbud, og disse patienter tilbydes livsforlængende kemoterapi og symptomlindrende behandling.

Afhængig af hvor kræftknuden sidder, kan forskellige operationer tilbydes den enkelte patient:

- Sidder kræftknuden i hovedet af bugspytkirtlen, tilbydes Whipples-operation, som indebærer at hovedet af bugspytkirtlen, hele tolvfingertarmen, galdeblæren og galdevejene udenfor leveren samt et lille stykke af mavesækken fjernes.

- Sidder kræftknuden i halen af bugspytkirtlen, tilbydes distal pancreatektomi (DP), hvor halen af bugspytkirtlen og milten fjernes.

- Sidder kræftknuden centralt, eller har den spredt sig til flere steder i bugspytkirtlen, tilbydes en total pancreaticoduodenektomi (TP), hvor hele bugspytkirtlen, hele tolvfingertarmen, galdeblæren og galdevejene udenfor leveren, milten samt et lille stykke af mavesækken fjernes.

Hvis kræftknuden er vokset ind i de centrale arterier, kan man forsøge at 'downstage' tumoren med kemoterapi. Dette kan i nogle tilfælde gøre, at kræftknuden kan bortopereres. DP-CAR og TP-CAR er aktuelt de eneste operationstyper, der er fagligt indicerede til patienter med pancreascancer med arteriel indvækst.

Ved DP-CAR fjernes udover bugspytkirtlens hale og milten også en stor hovedpulsåre i bughulen. Ved TP-CAR fjernes udover bugspytkirtlen, tolvfingertarmen, galdeblæren, galdevejene udenfor leveren, milten samt et lille stykke af mavesækken også en stor hovedpulsåre i bughulen.

DP-CAR og TP-CAR er meget store og komplicerede indgreb, hvor der er betydelig risiko for post-operative komplikationer. DP-CAR og TP-CAR forudsætter kemoterapi både før og efter operationen.

Der er ved møde i Region Hovedstadens Forretningsudvalg i oktober 2026 rejst tvivl om, hvorvidt patienter med fremskreden cancer i pancreas er blevet korrekt visiteret, informeret og inddraget i beslutning om eget behandlingsforløb på Afdeling for Transplantation og Sygdomme i Fordøjelsessystemet på Rigshospitalet. Region Hovedstadens Forretningsudvalg har derfor besluttet at igangsætte en ekstern undersøgelse, der bl.a. skal belyse behandlingen med DP-CAR og TP-CAR.

Tilbud om operation til patienter med pancreascancer med arteriel indvækst

Rigshospitalet forventer, at der årligt vil være 8-10 patienter, som på national Multidisciplinær Teamkonference (MDT-konference) vil blive vurderet for egnethed til DP-CAR / TP-CAR. Forventningen er, at antallet af patienter, der ender med at blive tilbudt DP-CAR / TP-CAR, vil være noget lavere. Det er den

kirurg, der skal udføre operationen, der i sidste ende beslutter, om det er forsvarligt at tilbyde DP-CAR / TP-CAR til patienten.

Rigshospitalet oplyser, at hospitalet aktuelt ikke har kirurger med fuld kompetence til at operere patienter med pancreascancer med indvækst i arterierne. Hospitalet har derfor indgået aftale med Oslo Universitetssykehus om, at et team af erfarne kirurger derfra vurderer og opererer de patienter, som via den nationale MDT-konference indstilles til DP-CAR / TP-CAR.

Kirurgen fra Oslo Universitetssykehus vil også bidrage til opbygningen af de nødvendige kompetencer, så Rigshospitalet på sigt kan varetage DP-CAR / TP-CAR uden ekstern understøttelse. Rigshospitalet arbejder for at opbygge et team omkring en pancreaskirurg og en transplantationskirurg, hvorefter hospitalets bemanding vil svare til bemandingen på Oslo Universitetssykehus.

Ved ansættelse af transplantationskirurgen med kompetencer inden for både levertransplantationer og pancreaskirurgi og med forventet ansættelse medio februar 2027 (omtalt under redegørelsen for HSF 34) vil opbygning af kompetencer i teamet kunne accelereres.

Videre proces

Region Hovedstaden imødeser fortsat en konstruktiv og løbende dialog med Sundhedsstyrelsen om varetagelsen af området. Regionen står til rådighed for videre dialog og ser frem til den videre behandling af sagen i dialog med Sundhedsstyrelsen og Det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning.