

# **NOTAT:**

## **BESKRIVELSE AF MULIGHEDER FOR DEN FREMTIDIGE ORGANISERING AF MAMMAKIRURGIEN**

### **Indhold**

<b>1. Baggrund.....</b>	<b>2</b>
1.1 Formål .....	2
1.2 Baggrund for vurderingen.....	2
<b>2. Organisering.....</b>	<b>3</b>
2.1 Den nuværende organisering .....	3
2.2 Den fremtidige organisering ifølge Hospitals- og Psykiatriplan 2020 .....	4
<b>3. Datagrundlag.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Udviklingstendenser.....</b>	<b>4</b>
4.1 Fremtidssikret hovedfunktion og specialfunktion .....	6
4.2 Hensyn til nærhed, uddannelse, forskning og rekruttering .....	6
4.3 Øvrige specialer på samme matrikel.....	6
4.4 Specialer på anden matrikel .....	7
<b>5 Særlige opmærksomhedspunkter .....</b>	<b>7</b>
<b>6 Den fremtidige organisering .....</b>	<b>8</b>
6.1 Scenarie A – Den nuværende organisering fastholdes .....	8
6.2 Scenarie B – Der etableres en mammakirurgisk enhed .....	9
<b>7. Administrationens anbefaling.....</b>	<b>11</b>
<b>8. Bilag.....</b>	<b>13</b>

# 1. Baggrund

Regionsrådet skal én gang årligt vurdere, om forudsætningerne for specialefordelingen i Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020), herunder forudsætningerne for funktionernes optageområder, har ændret sig, så tilpasninger bliver fagligt eller økonomisk nødvendige.

Ændringsforslag til specialefordelingen vurderes ud fra et eller flere af følgende kriterier:

- Kvalitet: Understøttelse af høj kvalitet i patientbehandling og udvikling af specialerne.
- Ændringer i den faglige udvikling: Den faglige udvikling kan eksempelvis være udvikling af nye behandlinger, eller at eksisterende behandlinger bliver forenklede, så de kan varetages på flere hospitaler eller flyttes til primærsektoren.
- Nye krav fra Sundhedsstyrelsen eller øvrige centrale myndigheder. Fx ændringer i antallet af regions- og højtspecialiserede funktioner eller ændringer i de faglige specialebeskrivelser.
- Ændringer i antallet af patienter: Kan eksempelvis tilskrives ændringer i befolkningsprognosen, den demografiske udvikling, sygdomsfrekvens (antal ydelser) eller samarbejdet med andre regioner og opgavevaretagelsen fx, at Region Sjælland hjemtager patienter.
- Driftsoptimering: Der skal sikres et økonomisk bæredygtigt og fremtidssikret hospitalsvæsen.

Direktørkredsen har i december 2013 drøftet forslag til den årlige revision af HOPP 2020. På baggrund af den fælles drøftelse indstillede kredsen, at den fremtidige organisering af brystkræftområdet belyses nærmere med henblik på at vurdere, om forudsætningerne har ændret sig således, at strukturelle tilpasninger er nødvendige for at opretholde kvaliteten, samt sikre en bæredygtigt og fremtidssikret struktur.

Vurderingen indgår i arbejdet med den årlige revision af HOPP 2020 i 2014 og følgende år.

## 1.1 Formål

At belyse muligheder for den fremtidige organisering og varetagelse af subspecialt mammakirurgi (brystkirurgi) på regionens hospitaler, herunder vurdere hvorvidt den planlagte organisering af subspecialt i Region Hovedstaden skal fastholdes.

## 1.2 Grundlag for vurderingen

SFR Mammakirurgi har bidraget med oplysninger, der danner grundlag for vurderingen (vedlagt som bilag 1). SFRs bidrag danner i nærværende skrift primært grundlag for kapitel 4, 5 og 6.

Der er desuden afholdt et møde, hvor den fremtidige struktur og udfordringer for subspecialt mammakirurgi blev drøftet, drøftelser fra dette møde indgår også i vurderingen. Til mødet deltog Koncerndirektionen, repræsentanter fra Center for Sundhed, repræsentanter fra Center for Økonomi, formanden for SFR for mammakirurgi, en direktionsrepræsentant og en faglig repræsentant fra henholdsvis Rigshospitalet og Herlev Hospital.

I vurderingen indgår endvidere oplysninger fra cancerregistret, Sundhedsstyrelsen specialevejledning for kirurgi (2013), Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for brystkræft (2012) og data fra hospitalerne.

## **2. Organisering**

### **2.1 Den nuværende organisering**

Mammakirurgi er et subspecialt under specialt kirurgi. Mammakirurgi omfatter alt brystkirurgi hos både mænd og kvinder bortset fra de rent kosmetiske og rekonstruktive indgreb, som varetages inden for det plastikkirurgiske speciale herunder også diagnostik/udredning i relation til alle de brystkirurgiske indgreb.

Mammakirurgi foregår i dag overvejende på basisniveau. Dels total mastektomi, dels lumpektomi. Begge operationer foretages i kombination med aksilindgreb i form af sentinel node biopsi eller fuld aksilrømning. Udover de egentlige kurative operationer foregår også en række diagnostiske indgreb (herunder markeringsbiopsier). Endelig udføres også operationer på benign indikation.

Kompliceret kirurgi for cancer mammae, som primært omfatter primær rekonstruktion med mikrokirurgiske teknikker, varetages af mammakirurger og plastikkirurger i fællesskab.

Der er to afdelinger i Region Hovedstaden, der varetager subspecialt mammakirurgi.

Afdelingerne er placeret på:

- Herlev Hospital, der varetager funktionen for planlægningsområderne Nord og Midt.

Specialt varetages på Herlev Hospital af Brystkirurgisk Afdeling F.

- Rigshospitalet, der varetager funktionen for planlægningsområderne Syd og Byen, samt Bornholm.

Specialet er på Rigshospitalet organisatorisk og ledelsesmæssigt en del af Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling.

Sundhedsstyrelsens specialevejledning for kirurgi fastlægger, at begge afdelinger må varetage mammakirurgi på hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau. Der er ingen højtspecialiserede funktioner indenfor mammakirurgi.

## 2.2 Den fremtidige organisering ifølge Hospitals- og Psykiatriplan 2020

Der er ikke planlagt ændringer af, hvor subspecialet mammakirurgi skal varetages. Ifølge HOPP 2020 skal mammakirurgi fortsat varetages på Herlev Hospital og Rigshospitalet. Det er hospitalsdirektionerne, som fastlægger afdelingsledelses spænd over specialer. Ændringer i den lokale ledelsesmæssige og organisatoriske forankring kan derfor gennemføres inden for rammen af HOPP 2020. Der er aktuelt ikke planlagt nogle lokale ændringer, som har indflydelse på organiseringen af specialet.

## 3. Datagrundlag

### Aktivitets data (2013)

	Herlev Hospital	Rigshospitalet
Kirurgiske og dagkirurgiske indgreb	1.323	1.400
Udskrivninger	1.345	1.417
Ambulante besøg (ca.)	13.000	15.800

*\*Data er fremsendt fra hospitalerne*

De to afdelinger er nogenlunde lige store, og der er ikke væsentlig forskel i deres størrelse set ift. aktivitet og ift. de fysiske rammer.

## 4. Udviklingstendenser

### Centralisering og samling af funktioner

Inden for mammakirurgien har der i de seneste år nationalt været en udvikling i retning af en større samling på ganske få afdelinger. Region Hovedstaden sammenlagde i 2007 to afdelinger, og gik således fra at have 3 afdelinger til to afdelinger, der varetager specialet.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at centraliseringen af subspecialt har medført, at behandlingen er løftet op på et højere kvalitetsmæssigt niveau, ligesom udviklingen også har betydet, at behandlingstilbuddene til patienterne er blevet mere nuancerede.

Centralisering og samlingen af funktioner har endvidere medført, at mammakirurgi har skiftet status fra at være noget alle kirurger har varetaget til et område, der kun varetages af kirurger med en specifik uddannelse inden for fagområdet.

### Udvikling i antallet af patienter

Incidensen af brystkræft har gennem de seneste ca. 50 år været støt stigende. I slutningen af sidste årti er incidensen stagneret, men i takt med implementeringen af det nationale screeningsprogram for brystkræft i Region Hovedstaden, er der i 2009-2010 igen set en midlertidig incidens stigning med et begyndende fald i 2010-2011.

#### *Antallet af nye brystkræfttilfælde i Region Hovedstaden*

År	2007	2008	2009	2010	2011
Antal nye brystkræfttilfælde (svulster)	1332	1383	1876	1530	1421

*Kilde: Cancerregistret, 20.12.2012*

Der er identificeret et tilsvarende fald i nye tilfælde af forstadier til brystkræft (carcinoma insitu), hvilket ikke skal tages som udtryk for, at hyppigheden af brystkræft er faldet. Det er en forventelig nedgang, der typisk kan observeres et par år efter at et screeningstiltag er iværksat, hvorefter incidensen vil indfinde sig på et mere stabilt niveau, der mere reelt afspejler den forventlige sygelighed og diagnostisk aktivitet.

### Behandlingstilbud

Igangværende undersøgelser kan resultere i en ændring i rækkefølgen af den hidtidige behandlingsindsats, således at en gruppe patienter skal behandles medicinsk før kirurgisk behandling, men det samlede behov for kirurgisk behandling må forventes at stige med sygdommens incidens.

På det kræftkirurgiske område er der de forløbne år kommet yderligere fokus på at udføre mindre mutilerende operationer. Som eksempel kan den onkoplastiske teknik, der giver mulighed for at udvide indikationen for brystbevarende operation ved brystkræft, nævnes.

### Øget samarbejde med plastikkirurger og onkologer

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens specialebeskrivelse for kirurgi, at der er specielt to aspekter ved brystkræftbehandlingen, som vil få afgørende betydning:

- For det første bliver der et stærkt stigende behov for samarbejde med plastikkirurgi via den onkoplastiske kirurgi, hvor antallet af indgreb er stærkt stigende. Derudover må det imødeses, at indikationerne for primær rekonstruktion i nogen grad vil omfatte invasive tumorer, hvor der kræves plastikkirurgisk assistance

- For det andet peger udviklingen på, at udvalgte patienter fremover vil blive behandlet med peroperativ/perioperativ strålebehandling i forbindelse med brystbevarende indgreb. Behandlingen kræver et tæt samarbejde med en onkologisk enhed, som tilbyder radioterapi.

#### **4.1 Fremtidssikret hovedfunktion og specialfunktion**

Ifølge SFR er der ikke evidens for hvor stort et befolkningsgrundlag, der optimalt set skal være for at oppebære en bæredygtig hovedfunktion indenfor det mammakirurgiske område.

Der foreligger imidlertid internationale anbefalinger af minimumskrav for en højt specialiseret brystkirurgisk enhed, ligesom der findes danske anbefalinger, som er udarbejdet af Dansk Mammakirurgisk Selskab. Det minimale antal brystkræftoperationer i en enhed bør i henhold til disse anbefalinger, ikke være mindre end 150 om året, svarende til et befolkningsgrundlag på 250.000 til 350.000. Begge anbefalinger anfører dog, at højt specialiserede enheder/universitetsafdelinger bør have større optageområde.

SFR vurderer dog, at et befolkningsgrundlag på mindst 750.000 er nødvendigt for at sikre et tilstrækkeligt volumen til fastholdelse af højt kompetenceniveau, understøtte rekruttering af medarbejdere samt investering i specialudstyr samt klinisk forskning og udvikling.

SFR er ligeledes af den opfattelse, at bæredygtige og fremtidssikrede specialfunktioner bedst varetages på én matrikel med et befolkningsgrundlag på 1,6 mio. Dette skyldes, at der er forskellige små subgrupper af patienter: som de unge under 35 år, kandidater til forskellige rekonstruktionsformer og specielle onkoplastiske indgreb, kandidater til neoadjuverende kemoterapi, og kandidater til intraoperativ strålebehandling, der kræver særlig ekspertise inden for det brystkirurgiske område.

#### **4.2 Hensyn til nærhed, uddannelse, forskning og rekruttering**

Region Hovedstaden betjenes i dag af to afdelinger på henholdsvis Herlev Hospital og Rigshospitalet. SFR skønner, at en samling ikke vil ændre nærheden for patienterne, og at en samling på én matrikel vil bedre mulighederne for uddannelse, forskning og rekruttering. Samtidig mener SFR, at det vil give et kvalitetsløft af klinisk praksis, når behandlingen 24/7 varetages af speciallæger i brystkirurgi og speciale uddannede sygeplejersker.

#### **4.3 Øvrige specialer på samme matrikel**

SFR anser det for nødvendigt at have følgende specialer på samme matrikel for at kunne varetage det mammakirurgiske specialfunktioner:

- Mammaradiologi
- Mammapatologi
- Klinisk biokemi
- Anæstesiologi
- Klinisk fysiologi

#### **4.4 Specialer på anden matrikel**

SFR vurderer, at nær kontakt til følgende specialer er nødvendig om end funktionen kan varetages gennem telemedicinske løsninger og samarbejdsaftaler.

- Onkologi med ekspertise i stråleterapi (MDT-konference via telemedicin)
- Plastikkirurgi (gensidig assistance kirurgi kan planlægges som ”undefunktion” for begge specialer)
- Desuden skal der være adgang til Klinisk genetik
- Fysisk rehabilitering, herunder lymfødembehandling

### **5 Særlige opmærksomhedspunkter**

#### **Multidisciplinær udredning og behandling**

Udredning og behandling af patienter med brystkræft er en udpræget multidisciplinær aktivitet, der primært omfatter specialerne kirurgi, billeddiagnostik (mammografi, ultralydsundersøgelse og MRskanning), patologi (inkl. cytologisk ekspertise), onkologi (medicinsk adjuverende behandling og stråleterapi) og nuklearmedicin (sentinel node diagnostik).

Varetagelsen af mammakirurgien forudsætter derfor multidisciplinært samarbejde med:

- Diagnostisk radiologi med kompetence i mamma-radiologi (inkl. MR-skanning)
- Patologisk anatomi og cytologi
- Plastikkirurgi (onkoplastik, primær og sekundær rekonstruktion)
- Klinisk onkologi med radioterapi og medicinsk behandling
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Ved større brystkirurgiske centre omfatter det multidisciplinære team speciallæger fra enheder for plastik- og rekonstruktions-kirurgi samt klinisk genetik.

#### **Samarbejde med mammaradiologien**

Mammakirurgisk diagnostik og behandling foregår i et meget tæt samarbejde med mammaradiologien. Derfor kan disse funktioner ifølge SFR ikke adskilles, og en samling af mammakirurgien fordrer derfor en samtidig samling af mammaradiologien. I planerne må af hensyn til optimale patientforløb indtænkes en hensigtsmæssig placering af mammaradiologien, også i forhold til mammografiscreeningsprogrammet.

Kvalitetssikring, forskning og udvikling i mammaradiologien, herunder screening, må ikke blive kompromitteret ved en sammenlægning. Det samme vil gælde mammapato-  
logien, som dog kan varetages som satellitfunktion ved operation. Det vil desuden  
kræve en organisering af ressourcer mellem de tværgående afdelinger, klinisk bioke-  
mi, klinisk fysiologi og anæstesiologi.

### **De økonomiske rammer**

Sundhedsvæsenet vil i lighed med den øvrige offentlige sektor i de kommende år være underlagt et stærkt økonomisk pres med meget begrænsede vækstmuligheder. Skal der være plads til nye initiativer, nye behandlinger og ikke mindst nye investeringer vil det være nødvendigt at gennemføre effektiviseringer, der kan skabe økonomisk råderum i de kommende år.

Dertil kommer, at likviditeten i Region Hovedstaden i de kommende år vil blive pres-  
set som følge af behovet for at gennemføre en række påtrængende investeringsprojek-  
ter. Det drejer sig om udførelsen af forskellige bygge- og anlægsprojekter både i til-  
knytning til kvalitetsfundsprojekterne og på de hospitaler, der ikke er omfattet af kva-  
litetsfundsbyggerierne med henblik på at opretholde en tilfredsstillende standard. Der-  
til kommer investeringer på it-området, samt nyinvesteringer i apparatur mv.

De samlede udgifter på regionens investeringsbudget i perioden 2014-17, som de  
fremgår af budgettet for 2014, forventes at overstige den finansiering, der vil komme i  
forbindelse med regionernes aftale med regeringen om økonomien. Det medfører, at  
der trækkes på regionens kassebeholdning i de kommende år.

Det er således en udfordring for regionen, at der de kommende år skal tilvejebringes et  
råderum inden for driftsbudgettet til finansiering af investeringerne.

## **6 Den fremtidige organisering**

Til mødet den 3. februar 2014 blev der drøftet forskellige muligheder for den fremti-  
dige organisering.

Følgende scenarier blev drøftet:

- a) Den nuværende organisering fastholdes
- b) Der etableres én mammakirurgisk enhed

### **6.1 Scenarie A – Den nuværende organisering fastholdes**

Den nuværende organisering fastholdes. Der ændres således ikke ved den planlagte  
organisering af subspecialt i HOPP 2020.



Begge afdelinger har på nuværende tidspunkt et optageområde på ca. 800.000 indbyggere. Begge afdelinger har derfor et optageområde som ifølge internationale anbefalinger og SFR er påkrævet for at drive en højt specialiseret brystkirurgisk enhed. Det er endvidere SFRs vurdering, at afdelingernes nuværende optageområde har en tilstrækkelig volumen til fastholdelse af et højt kompetenceniveau, understøtte rekruttering, forskning mv.

Der er også udfordringer ift. at sikre de fysiske rammer til en samling. Aktuelt har hverken Rigshospitalet eller Herlev Hospital mulighed for at tilbyde de fysiske rammer. En samling vil derfor kræve, at der sikres de nødvendige fysiske rammer på et af hospitalerne, eller at mammakirurgien skal samles på en anden matrikel. SFR redegør for, at en samling vil kræve følgende fysiske rammer:

- 18-20 sengepladser
- 24 ugentlige operationslejer (4-5 lejer dagligt)
- 8-9 ambulante spor dagligt med tilhørende sygeplejeambulatorium og samtalefaciliteter
- 2 selvstændige sygepleje ambulante spor dagligt
- Lokalitet til patientskole CAMM

Hvis den nuværende organisering fastholdes, vil det endvidere betyde, at der ikke skal afsættes ressourcer til sammenflytning, der skal ikke investeres i tilpasning af fysiske rammer, og at de tværgående specialer (parakliniske specialer) og samarbejdende specialer (fx plastikkirurgien) ikke delvist skal omorganiseres.

## **6.2 Scenarie B – Der etableres en mammakirurgisk enhed**

Der etableres én mammakirurgisk enhed, som samles fysisk på enten Herlev Hospital eller Rigshospitalet, alternativt samles enheden på en tredje matrikel hvor der fysisk er mulighed for at etablere funktionen. SFR har foreslået Gentofte Hospital som en alternativ lokalitet.

Der vil være en række udfordringer forbundet med at samle mammakirurgien på en anden matrikel, eksempelvis at radiologien (mammaradiologien) og patologien (mammapatologien) skal delvist omorganiseres. Hvis der skal etableres én mammakirurgisk enhed, så vil det være mest hensigtsmæssigt at gøre det enten på Herlev Hospital eller Rigshospitalet, hvor alle tværgående funktioner allerede er tilstede, hvor der er mulighed for tæt samarbejde med onkologien, samt at de afledte anlægsudgifter ved at samle funktionerne på en matriklen, hvor funktionen allerede varetages vurderes at være væsentligt mindre, end hvis mammakirurgien skal samles på en matriklen, hvor den ikke varetages i forvejen.

Et scenarie hvor mammakirurgien samles på en anden matriklen end Rigshospitalet eller Herlev Hospital vurderes derfor ikke at være hensigtsmæssig på nuværende tidspunkt.

Ifølge SFR giver en samling på én matrikel en række fordele og muligheder:

- Mulighed for at skabe et uddannelsesmiljø med flere i hoveduddannelses stillinger og muliggøre rekruttering af speciallæger til uddannelse i fagområdet.
- Kvalitetsforbedringer ved at der skabes volumen til at have døgndækkende funktion med specialelæge og specialekendt sygeplejepersonale vil bidrage til øget patientsikkerhed.
- Stordriftsfordele: Den maksimale fleksibilitet og ressourceudnyttelsen af alle faggrupper, bl.a. ved at sekretariat, ambulatorium og sengeafsnit er fysisk integreret, som det aktuelt eksisterer på både Herlev Hospital og Rigshospitalet.
- Et volumen, som muliggør optimeret ressourceudnyttelse og fleksibilitet, til at udligne de udsving der er i patient tilstrømningen og derved maximere mulighed for at overholde kræftpakke forløbene, for den mindst mulige ressource.
- Forbedret mulighed for at udnytte regionens udstyr til intraoperativ strålebehandling og give alle patienter i Region Hovedstaden det samme behandlingstilbud.
- Øget fokus på patient empowerment, netværksdannelse og maximal udnyttelse af fysiske rammer og personaleresourcer ved optimering af eksisterende tilbud om gruppeinformation af patienter ved sygeplejerske og anæstesilæge.
- At samle den ekspertise der ligger i de tværgående afdelinger der betjener den mammakirurgiske funktion, indenfor mammaradiologi, mammapatologi og plastikkirurgi.
- God mulighed for at generere forskningsresultater af internationalt niveau.

Det vil fortsat være muligt at henvise patienter til alle de tre onkologiske afdelinger i regionen med henblik på adjuverende medicinsk behandling. Det vil af hensyn til den fortsatte brug af intraoperativ strålebehandling være en fordel at placere den brystkirurgiske afdeling på et hospital med radioterapi, aktuelt et tilbud og ekspertise som findes på Herlev Hospital. Hvor imod Rigshospitalet har særlig ekspertise indenfor behandling af yngre patienter.

SFR vurderer endvidere, at optageområdet for specialfunktioner bør være ca. 1,6 mio. indbyggere for derved at sikre bæredygtige og fremtidssikrede specialfunktioner, hvilket en samling af mammakirurgien vil understøtte.

En samling af mammakirurgien vil have en række afledte konsekvenser. Det vil eksempelvis betyde, at de tværgående funktioner som eksempelvis mammapatologien, mammaradiologien (mammografi, røntgen, ultralyd) og KFNM kompetencer skal samles tilsvarende, og at de plastikonkologiske kompetencer også skal samles.

En samling på én matrikel vurderes desuden at stille store krav til de fysiske rammer, særligt antallet af operationslejer, der skal afsættes til funktionen, jf. bilag 1. En samling forudsætter derfor, at der er en matrikel, der har de nødvendige fysiske rammer til at rumme funktionen.

En samling af funktionen, vil dog være mulig at gennemføre i etaper, dvs. at der først gennemføres en ledelsesmæssig sammenlægning, og at der på sigt (når de fysiske og økonomiske rammer tillader det) gennemføres en fysisk sammenlægning, således at der i en overgangsperiode etableres en udefunktion.

I forbindelse med implementeringen af Hospitalsplan 2007 blev der etableret en række udefunktioner. Erfaringer med udefunktioner viser, at der er en række udfordringer forbundet med etableringen og driften af disse, og hospitalsdirektionerne har i forbindelse med udarbejdelsen af HOPP 2020 enstemmigt indstillet, at antallet af udefunktioner minimeres, og at funktionen (næsten) afskaffes fremadrettet. Det vurderes derfor ikke at være hensigtsmæssigt, at der hverken permanent eller i en overgangsperiode etableres en udefunktion.

Der vil også være afledte anlægsomkostninger forbundet med at samle funktioner, idet ingen flytninger forventes at kunne gennemføres uden at de fysiske rammer skal tilpasses i større eller mindre grad.

## **7. Administrationens anbefaling**

Det er vurderingen, at de to afdelinger i dag har et veletableret samarbejde, og både ift. forskning og behandling leveres der resultater på højt niveau. Men der er fortsat basis for at både samarbejdet, forskningen, kvaliteten i behandlingen mv. kan optimeres og forbedres yderligere. SFR foreslår en samling af de to afdelinger for at sikre dette.

En række af de fordele, der kan opnås være ved at samle mammakirurgien på én matrikel vurderes dog også mulige at opnå, selvom funktionen fortsat skal varetages på to matrikler. Men det kræver, at regionen bliver betragtet som én udredende og behandelende enhed, og at de to mammakirurgiske afdelinger altid agerer som sådan.

Mammakirurgiske patienter skal sikres den samme kvalitet i behandlingen uanset hvor de bor og hvilket hospital, de behandles på. Det betyder i praksis, at det samarbejde de to afdelinger har i dag skal udbygges: der skal etableres fælles visitationspraksis, samarbejdsaftaler, fælles forskningsprotokoller mv.

De to afdelinger skal fortsat have hvert deres (basis) optageområde. Men det skal vurderes, om der er subgrupper af patienter, som skal visiteres på indikation/behandling og ikke på bopæl.

Det anbefales derfor, at SFR udarbejder en oversigt over hvilke subgrupper af patienter, der hensigtsmæssigt bør behandles på ét hospital i regionen og kommer med forslag til hvilket hospital, der skal varetage den konkrete behandling/subgruppe. Eksempelvis at alle patienter, der vurderes egnet til interoperativ strålebehandling, tilbydes behandling på Herlev Hospital, og at alle patienter under 35 år skal behandles på Rigshospitalet.

På forskningsområdet skal samarbejdet også optimeres yderligere. De to afdelinger skal deltage i de samme forskningsprojekter og indgå i de samme protokoller.

Aktuelt har hverken Rigshospitalet eller Herlev Hospital de nødvendige fysiske rammer til at samle funktionen, en samling på en af disse matrikler vil derfor kræve, at et andet speciale/andre funktioner fraflyttes for at skabe den nødvendige plads.

En samling af mammakirurgien vil desuden have en række afledte konsekvenser for de tværgående (parakliniske) specialer og samarbejdende specialer (eksempelvis plastikkirurgien), og for nogle af disse specialers vedkommende kan en samling af funktionen kræve en delvis omorganisering.

Økonomisk vil der for nuværende være udgifter forbundet med en samling af afdelingerne (tilpasning af de fysiske rammer for både mammakirurgien og de tværgående/diagnostiske specialer). Det er vurderingen, at der på sigt vil være en økonomisk gevinst ved at sammenlægge de to afdelinger fysisk (stordriftsfordele), men den økonomiske gevinst ved at sammenlægge afdelingerne vurderes ikke på nuværende tidspunkt at opveje de udgifter, der vil være forbundet med en samling af funktionen.

I takt med at regionens hospitaler renoveres og udbygges, kan de fysiske rammer på sigt skabe mulighed for, at der gennemføres en større speciale(funktions)rokade mellem regionens hospitaler. Til den tid kan det blive relevant at revurdere organiseringen af mammakirurgien i Region Hovedstaden.

<b>Spørgeskema til specialespecifikke sundhedsfaglige råd – til brug for analyser om den fremtidige organisering i Region Hovedstaden, januar 2014</b>
<b>Rådets navn:</b> SFR Mammakirurgi
<b>Indledningsvis anmodes om evt. bemærkninger til den udarbejdede specialebeskrivelse, herunder evt. ændringer siden Rådet udarbejdede en specialebeskrivelse i efteråret 2006.</b> Mammakirurgi er et fagområde under specialet kirurgi. Mammakirurgi varetages af selvstændige enheder i region Hovedstaden organiseret på Herlev Hospital som Brystkirurgisk afdeling og på Rigshospitalet på klinik for Plastikkirurgi, Brandsår og Mammakirurgi. Specialet varetages begge steder på hovedfunktions niveau. I dette notat foreslås en samling af funktionen.
<b>Spørgsmål 1: Hvilket befolkningsgrundlag (inden for regionen) skal der <u>mindst</u> være for at oppebære en bæredygtig og fremtidssikret <u>hovedfunktion</u> i specialet? (Besvarelsen begrundes og der angives evidens for patientvolumen)</b> Der foreligger ingen evidens for, hvor stort et befolkningsgrundlag, der mindst skal være for at oppebære en bæredygtig hovedfunktion.  Der foreligger imidlertid internationale anbefalinger af minimumskrav for en højt specialiseret Brystkirurgisk enhed (The requirements of a specialist breast unit. EUSOMA, European Journal of Cancer 36 (2000) 2288-39), ligesom danske anbefalinger er udarbejdet af Dansk Mammakirurgisk Selskab. Det minimale antal brystkræftoperationer i en enhed bør i henhold til disse anbefalinger, ikke være mindre end 150 om året, svarende til et befolkningsgrundlag på 250.000 til 350.000. Begge anbefalinger anfører dog, at højt specialiserede enheder/universitetsafdelinger bør have større optageområde.  Rådet vurderer at et befolkningsgrundlag på mindst 750.000 er nødvendigt for at sikre et tilstrækkeligt volumen til fastholdelse af højt kompetenceniveau, understøtte rekruttering af medarbejdere samt investering i specialudstyr samt klinisk forskning og udvikling.
<b>Spørgsmål 2: Hvilket befolkningsgrundlag (inden for regionen) skal der <u>optimalt</u> være for at oppebære en bæredygtig og fremtidssikret <u>hovedfunktion</u> i specialet? (Besvarelsen begrundes og der angives evidens for patientvolumen)</b> Rådet vurderer, at det optimale befolkningsgrundlag vil være 1,6 mio, svarende til én enhed i Region Hovedstaden. Der er ikke evidens for hvor stort et befolkningsgrundlag, der optimalt skal være for at oppebære en hovedfunktion indenfor det mammakirurgiske område, men en enhed af denne størrelse vil behandle omkring 1600 nye brystkræft tilfælde årligt, hvilket er på størrelse med de fremmeste afdelinger i verden som Sloan Kettering i New York, USA.
<b>Suppler evt. svaret på spørgsmål 2 med vurderinger af det optimale befolkningsunderlag i forhold til at sikre hensyn til nærhed, uddannelse, forskning og rekruttering</b> Region Hovedstaden betjenes i dag af to afdelinger med 13 km i mellem. En samling vil ikke ændre nærheden. Rådet skønner at en samling på en matrikel vil bedre mulighederne for uddannelse, forskning og rekruttering. Samtidig vil det give et kvalitetsløft af klinisk praksis, når behandlingen 24/7 varetages af speciallæger i brystkirurgi og speciale uddannede sygeplejersker.
<b>Spørgsmål 3: Hvilket befolkningsgrundlag skal der være for at oppebære bæredygtige og fremtidssikrede <u>specialfunktioner</u> i specialet? (Der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrel-</b>

**sens vejledning om specialeplanlægning fra 2010-12. Såfremt vurderingen er, at der bør være mere end én afdeling med specialefunktioner, skal der skitseres forslag til arbejdsdeling mellem afdelinger med specialfunktioner)**

Der er i Sundhedsstyrelsens vejledning ikke defineret lands- og landsdelsfunktioner indenfor det mammakirurgiske område. Rådet er af den opfattelse at bæredygtige og fremtidssikrede specialfunktioner bedst varetages på én matrikel med et befolkningsgrundlag på 1,6 mio. Dette skyldes at der er forskellige små subgrupper af patienter, som de unge under 35 år, kandidater til forskellige rekonstruktions former og specielle onkoplastiske indgreb, kandidater til neoadjuverende kemoterapi, kandidater til intraoperativ stålebehandling, der kræver særlig ekspertise inden for det brystkirurgiske område.

**Spørgsmål 4: Hvilke andre specialer anses det for nødvendigt at have på samme matrikel, for at kunne varetage eget speciales hovedfunktioner hensigtsmæssigt, - og hvorfor?**

Specialet bør kun varetages på matrikler med specialfunktioner for at få den korrekte vurdering og visitering.

**Spørgsmål 5: Hvilke andre specialer anses det for nødvendigt at have på samme matrikel, for at kunne varetage eget speciales specialfunktioner hensigtsmæssigt, - og hvorfor?**

For at kunne varetage de mammakirurgiske specialfunktioner er følgende andre specialer nødvendig på samme matrikel:

Mammaradiologi

Mammapatologi

Klinisk biokemi

Anæstesiologi

Klinisk fysiologi

**Spørgsmål 6: Hvilke andre specialer kan være på anden matrikel, for at kunne varetage speciales hovedfunktioner og specialfunktioner hensigtsmæssigt, fx ved brug af telemedicinske løsninger?**

Nær kontakt til følgende specialer er nødvendig om end funktionen kan varetages gennem telemedicinske løsninger og samarbejdsaftaler.

Onkologi med ekspertise i stråleterapi (MDT-konference via telemedicin)

Plastikkirurgi (gensidig assistance kirurgi kan planlægges som "udefunktion" for begge specialer)

Desuden skal der være adgang til

Klinisk genetik

Fysisk rehabilitering, herunder lymfødembehandling

**Spørgsmål 7: Beskriv mulige scenarier for den fremtidige organisering**

Mulige scenarier for fremtidig organisering.

For at opnå optimal udnyttelse af ressourcer og skabe de bedste faglige miljøer for forskning, udvikling og kvalitetsforbedringer foreslås som første prioritet en samling på Herlev Hospital eller Rigshospitalet, hvor alle tværgående funktioner allerede eksisterer.

En samling på én matrikel giver mulighed for at skabe et uddannelsesmiljø med flere i hoveduddannelses stillinger og muliggøre rekrutring af speciallæger til uddannelse i fagområdet.

Kvalitetsforbedringer ved døgndækkende funktion med specialelæge og specialekendt sygeplejepersonale vil bidrage til øget patientsikkerhed.

Den maksimale fleksibilitet og ressourceudnyttelsen af alle faggrupper kan bl.a. opnås ved at sekretariat, ambulatorium og sengeafsnit er fysisk integreret, som det aktuelt eksisterer på både Herlev Hospital og Rigshospitalet.

Ved samling på én matrikel kan der organisatorisk opnås et volumen, som muliggør optimeret ressourceudnyttelse og fleksibilitet, til at udligne de udsving der er i patient tilstrømningen og derved maximere mulighed for at overholde kræftpakke forløbene, for den mindst mulige ressource. Samling giver ligeledes forbedret mulighed for at udnytte regionens udstyr til intraoperativ strålebehandling, og give alle patienter i Region Hovedstaden det samme behandlingstilbud.

Patient empowerment, netværksdannelse og maximal udnyttelse af fysiske rammer og personaleressourcer ved optimering af eksisterende tilbud om gruppeinformation af patienter ved sygeplejerske og anæstesilæge.

Det vil være muligt at samle den ekspertise der ligger i de tværgående afdelinger der betjener den mammakirurgiske funktion, indenfor mammaradiologi, mammapatologi og plastikkirurgi.

Det vil fortsat være muligt at henvise patienter til alle de tre onkologiske afdelinger i regionen med henblik på adjuverende medicinsk behandling. Det vil af hensyn til den fortsatte brug af intraoperativ strålebehandling være en fordel at placere den brystkirurgiske afdeling på et hospital med radioterapi, aktuelt er tilbud og ekspertise som findes på Herlev Hospital. Hvor i mod Rigshospitalet har særlig ekspertise indenfor behandling af yngre patienter.

En samling vil uanset placering skabe en god mulighed for at generere forskningsresultater af internationalt niveau.

Den samlede enhed kan alternativt lægges på Gentofte Hospital. Dette vil dog kræve placering af mammadiologien og en satellitfunktion af mammapatologien på Gentofte.

Det er Rådets vurdering, at en samling på en af følgende matrikler, Herlev Hospital, Rigshospitalet eller Gentofte Hospital kræver følgende - estimeret:

18-20 sengepladser

24 ugentlige operationslejer (4-5 lejer dagligt)

8-9 ambulante spor dagligt med tilhørende sygeplejeambulatorium og samtalefaciliteter

2 selvstændige sygepleje ambulante spor dagligt

Lokalitet til patientskole CAMMA

Ledende overlæge/klinikchef

Professor

18-20 speciallæger inkl. områdeleder

Faguddannelseslæger

Ledende oversygeplejerske

Kliniske sygeplejespecialister indenfor både udvikling/forskning, klinisk, pædagogisk og ledelse (jf. Regionens ensretning af karriereveje)

Områdeledelse (2 afdelingssygeplejersker)

70 sygeplejersker (varetager alle funktion i ambulatorium, sengeafdeling og operationsafsnit)

Ledende lægesekretær

16 sekretærer, der samtidig fungerer som forløbskoordinatorer.

**Andre supplerende bemærkninger og særlige opmærksomhedspunkter, som Rådet finder relevant:**

Mammakirurgisk diagnostik og behandling foregår i et meget tæt samarbejde med mammaradiologien. Derfor kan disse funktioner ikke adskilles, og en samling af mammakirurgien fordrer derfor en samtidig samling af mammaradiologien. I planerne må af hensyn til optimale patientforløb indtænkes en hensigtsmæssig placering af mammaradiologien, også i forhold til mammografiscreeningsprogrammet. Kvalitets sikring, forskning og udvikling i mammaradiologien, herunder screening, må ikke blive kompromitteret ved en sammenlægning. Det samme vil gælde mammapatologien, som dog kan varetages som satellitfunktion ved operation. Det vil desuden kræve en organisering af ressourcer mellem de tværgående afdelinger, klinisk biokemi, klinisk fysiologi og anæstesiologi.