

Dansk Ortopædisk Selskab

Beskrivelse af fagområderne



Bestyrelsen DOS

Indholdsfortegnelse

Baggrund for fagområderne i ortopædisk kirurgi	3
Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi	4
Børneortopædi.....	7
Fod- ankelkirurgi.....	9
Hofte- og knæalloplastikkirurgi	12
Håndkirurgi	14
Ortopædisk onkologi.....	16
Rygkirurgi	18
Skulder- og albuekirurgi	20
Traumatologi.....	23

Baggrund for fagområderne i ortopædisk kirurgi

Indenfor dansk ortopædi har fagområderne formelt været beskrevet siden 2004-2005. Flere af fagområderne har allerede tidligere etableret sig i videnskabelige selskaber.

Fagområderne er internationalt beskrevne og accepterede og er struktur for opbygningen af specialeplanen indenfor Ortopædisk Kirurgi.

I Danmark er de ortopædkirurgiske afdelinger organiseret i henhold til opdelingen, således at de fleste speciallæger i dag beskæftiger sig fuldtid indenfor ét evt. to fagområder.

Oversigt over fagområderne (*LVS: Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber*).

Fagområde	Navn videnskabelige selskab/gruppe	Anno	Antal medlemmer	Medlem af LVS
Artroskopisk kirurgi og sportstraumatolog	Dansk selskab for artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi	1999	132	(ansøger)
Børneortopædi	Dansk Børneortopædisk Selskab	1996	27	(ansøger)
Fod- ankelkirurgi	Dansk Fod og Ankelkirurgisk selskab	2000	68	+
Hofte- og Knæalloplastik Kirurgi	Dansk Selskab for Hofte- og Knæalloplastik Kirurgi	2002	143	+
Håndkirurgi	Dansk Selskab for Håndkirurgi	1991	71	+
Ortopædisk onkologi	Dansk Sarkomgruppe	2003	ca. 50	-
Rygkirurgi	Ryginteressegruppen i ortopædisk kirurgi/ Dansk Rygkirurgisk Selskab	1998/1998	ca.40/72	-/+
Skulder- albuekirurgi	Dansk Selskab for Skulder og Albuekirurgi	1999	105	(ansøger)
Traumatologi	Dansk Ortopædisk Traumeselskab	2002	67	+

Beskrivelse af fagområdet

Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi

Baggrund

Fagområdet "Artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi" har organiseret sig i det videnskabelige selskab: Dansk Selskab Artroskopisk kirurgi og Sportstraumatologi (SAKS) anno 1999. Selskabet har 132 medlemmer.

Baggrund:

Artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi har gennemgået en kraftig udvikling de seneste 25 år, hvor behandlingstilbudene er øget markant dels som en følge af teknologiske tiltag, dels som følge af mere avancerede operationsteknikker, herunder øget anvendelse af rekonstruktive teknikker.

Området omfatter foruden artroskopier i de større led som ankel, knæ, hofte, albue og skulder også mere sjældne indgreb i form af endoskopier af sener og bursae. Sportsortopædien henhører under fagområdet og hermed menes forståelse af de anatomiske, biomekaniske og patologiske forhold, som kan adskille idrætsskader fra den almene traumatologi, samt særlige færdigheder i kliniske undersøgelsesteknikker. Desuden indbefattes visse traumatiske tilstande på ledbånd, sener og muskler i subspecialt.

Historisk er Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi (SAKS) en kirurgisk udløber af Dansk Idrætsmedicinsk Selskab. Specialet har overlapning med de fleste ortopædkirurgiske subspecialer, herunder skulder-albue kirurgi, traumatologi, børneortopædi, fod-ankel kirurgi og håndkirurgi. Subspecialt er i stor udstrækning knyttet til den artroskopiske teknik, hvor anatomien og triangulerings-teknikken adskiller sig fra den åbne kirurgi.

Geografisk er der forskelle i organisationen på de enkelte afdelinger, hvor nogle udelukkende beskæftiger sig med enten skulder og albuer eller knæ og ankler, mens man andre steder beskæftiger sig med alle regioner.

Definition:

Fagområdet beskæftiger sig med diagnostik, behandling og forskning i lidelser i bevægeapparatet.

Behandlingen begrænser sig til lidelser, som kan behandles artroskopisk, eller som traditionelt opfattes som hørende til under sportstraumatologien.

Begrundelse:

Fagområdet/subspecialt omfatter i dag et meget stort antal patienter. De simple artroskopiske indgreb udgør forsat hovedparten af indgrebene, men de rekonstruktive indgreb er tiltagende i antal. De avancerede artroskopiske teknikker, herunder det omfattende og varierede instrumentarium, har nødvendiggjort en subspecialisering under det ortopædkirurgiske speciale. Indenfor subspecialt artroskopisk kirurgi og Sportstraumatologi er der også påbegyndt en yderligere subspecialisering, således at mere sjældne indgreb og avancerede indgreb holdes på så få centre som muligt. Denne subspecialisering er nu blevet mere systematiseret i forbindelse med Sundhedstyrelsens Specialeplan, der har fordelt mere sjældne indgreb som f.eks. hofteartroskopi, sekundære korsbåndskonstruktioner, multiligamentær rekonstruktiv knækirurgi, bruskrantplantation og avanceret patellofemoral kirurgi i Regions- og Højt specialiseret funktioner.

Organisatorisk og Strukturel placering:

Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi varetager i høj grad ambulante operationer og langt de fleste patienter befinder sig i ASA gruppe 1 -2 og har således for de fleste indgrebs betydning ikke behov for et større set-up omkring præ-, peri- og postoperativ forløb. Enkelte patienter er dog mere kompliceret og vil kræve indlæggelse og der vil være et tæt samarbejde med anæstesiologisk afdeling. I udredningen af patienterne vil der være behov for samarbejde med en billeddiagnostisk afdeling med adgang til Rtg, CT, MR og scintigrafi, eventuelt mulighed for en reumatologisk vurdering. Subspecialt har desuden traditionelt et tæt samarbejde med fysioterapien.

I dag udføres en stor del af behandlingen i privatsektoren, både i form af ventetidsgaranti patienter, men også antallet af forsikringspatienter og privat patienter er omfattende.

I forbindelse med specialeplanlægningen er indgreb foretaget i SAKS regi inddelt i hovedfunktion, regionsfunktion og højt specialiseret funktion ud fra en stillingtagen til kompleksitet og årligt antal.

Beskrivelse af de 3 funktionsniveauer (hoved, regional og højt specialiseret) indenfor fagområdet:

	<i>Hovedfunktion</i>	<i>Regionsfunktion</i>	<i>Højt specialiseret funktion</i>
<i>Anatomisk region</i>			
<i>Hofte</i>	<i>Udføre og iværksætte konservativ behandling for bløddelslæsioner omkring hofte. Vurdere patienter mhp på hofteartroskopi</i>	<i>Udføre hofteartroskopi</i>	
<i>Knæ</i>	<i>Udføre basal A-skopi herunder: Menisk reinsertion, mikrofraktur teknik, reinsertion af osteochondrale læsioner og total synovektomi. Udføre primær ACL rekonstruktion, herunder beherske rekonstruktion med mindst 2 forskellige grafter. Vurdering og udredning af knæ patienter mhp højere funktionsniveau</i>	<i>Udføre ACL revisionskirurgi</i>	<i>Udføre ACL kirurgi hos børn Udføre 3 ligamentkirurgi Udføre PCL rekonstruktion (og revision) Udføre mosaikplugs/osteoplugs Udføre Brusk implantation(=ACI/MACI) Udføre Trocleoplastik</i>
<i>Ankel</i>	<i>Udføre ankelartroskopi</i>	<i>Udføre ligament rekonstruktion i bagfod</i>	<i>Udføre osteoplugs</i>
<i>Skulder</i>	<i>Udføre Subacromiel dekompression /ASD. Udføre A-skopisk AC resektion. Udføre A-skopisk og mini-open Rotatorcuff kirurgi Vurdere og udrede skulderpatienter mhp højere funktionsniveau</i>	<i>Udføre Rotatorcuffkirurgi med flere sener Udføre A-skopisk operation for skulderinstabilitet og kontraktur</i>	<i>Udføre kompleks Rotatorcuff kirurgi (ex revisioner og muskeltransposition) Udføre Revisionskirurgi for skulderinstabilitet</i>
<i>Albue</i>	<i>Udføre Albue artroskopi</i>		

Lægelig kompetence

Geografisk er der forskel i organisationen på de enkelte afdelinger, hvor nogle udelukkende beskæftiger sig med enten skulder og albuer eller hofte, knæ og ankler, mens man andre steder beskæftiger sig med alle regioner, hvorfor der ved "kompetence" skal forstås den kompetence, der kræves for at varetage funktionen inden for den/de anatomiske regioner, afdelingen behandler.

For en speciallæge gælder, at selvstændig varetagelse af en funktion på hoved, regional eller højt specialiseret niveau kræver, at man behersker alle de kompetencer, der stilles til det givne niveau. Såfremt man ikke har kompetencerne, skal der være kvalificeret hjælp til rådighed under patientbehandling. Det påhviler både den uddannelsessøgende samt arbejdsstedet at arbejde på, at den uddannelsessøgende opnår de manglende kompetencer. Det er således ikke et krav, at den uddannelsessøgende besidder kompetencerne ved ansættelsen.

Efter ansættelse på en afdeling med *hovedfunktionsniveau* stiles mod, at den uddannelsessøgende har opnået alle de til hovedfunktionen hørende kompetencer inden for 1 år.

Ved ansættelse på en afdeling med *regionsfunktion* skal en uddannelsessøgende først opnå de for det hoveduddannelsesniveau nødvendige kompetencer, hvilket bør opnås inden for højst 1 år og herefter inden for et år opnå de kompetencer, der kræves for at varetage regionsfunktion.

Ved ansættelse på højt specialiseret afdeling gælder samme regler som for afdelinger med regionsfunktion, og der stiles imod, at den uddannelsessøgende opnår de kompetencer, der kræves til den højt specialiserede funktion inden for 2 år efter opnåelse af kompetencer til regionsniveau.

Da en af hovedstenene i specialeplanen er at samle de mere specialiserede funktioner på færre hænder, er det op til den enkelte afdeling at vurdere hvem og hvor mange, der skal bringes op til næste niveau. Det er således en afvejning af at holde det på få hænder (min. 3 speciallæger med alle højt specialiserede kompetencer inden for arthroskopisk kirurgi og sportstraumatologi) og samtidig at sikre sig, at der er kvalificerede speciallæger, der kan overtage, når en med de højt specialiserede kompetencer stopper på afdelingen. For at tilgodese dette skal der på afdelinger med højt specialiserede funktioner være mindst en 2-årig tidsbegrænset stilling, der skal uddanne en speciallæge hen mod de højt specialiserede funktioner.

Det bør fra Ledelsen klart fremgå hvilket uddannelsesniveau, man befinder sig på.

Dokumentation af efteruddannelse:

Det forventes at speciallægen sørger for at registrere og at kunne dokumentere alle uddannelsesaktiviteter i form af kongresser, kurser, symposier og studieophold.

SAKS tilslutter sig DOS's vejledning vedr. kontinuerlig lægelig efteruddannelse(CME), der er udarbejdet på baggrund af Ebots anbefalinger (se DOS hjemmeside: Uddannelse/Europæisk samarbejde - CME/EBOT), dog med den stramning, at der anbefales mindst en international kongres årligt.

På tilsvarende vis bør videnskabelig aktivitet, præ- og postgraduat undervisning og anden form for undervisningsaktivitet registreres kontinuerligt.

Operationslister:

Da alle operationer i dag registreres, bør det være muligt for alle speciallæger at få en udskrift for udførte operationer på den afdeling, hvor de er ansat, det være sig som operatør (selvstændig eller superviseret) eller supervisor.

Kendskab til forskningsaktiviteter/registreringer af særlig betydning for fagområdet (f.eks. kvalitetssikringsdatabaser):

Nationale Databaser:

Korsbåndsdatabasen

Hoftearthroskopi database (forventet opstart 2011)

Referenceprogrammer:

Referenceprogram for ledbåndsskader i knæleddet (se SAKS hjemmeside)

Internationale forhold:

Arthroskopisk kirurgi er i såvel Europa som i resten af verden et selvstændigt fagområde underlagt det Ortopædkirurgiske speciale. Der eksisterer store Nationale og Internationale selskaber, der udelukkende beskæftiger sig med emnet såvel som et internationalt engelsk-sproget tidsskrift - Arthroscopy der udgives 12 gange årligt. I Danmark er Dansk Selskab for Arthroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi (SAKS) et selvstændigt selskab med ca. 85 medlemmer.

På europæisk plan er The European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery, and Arthroscopy (ESSKA) et veletableret selskab med kongresser hvert andet år og internationalt er International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine (ISAKOS) ligeledes en stor traditionsrig organisation.

MAJ 2011

SAKS bestyrelse

Beskrivelse af fagområdet

Børneortopædi

Baggrund

Fagområdet ”børneortopædi” har organiseret sig i det videnskabelige selskab: Dansk Børneortopædisk Selskab (DPOS) anno 1996. Selskabet har 27 aktive medlemmer og 3 æresmedlemmer. DPOS har sendt ansøgning om optagelse i LVS.

Børneortopædi er læren om børns ortopædiske sygdomme, som generelt er forskellig fra voksnes, primært p.g.a. vækst – og helingspotentialer, vævets egenskaber og den fysiske størrelse.

Selvom ordet ortopædi, som blev introduceret i 1748 af Nicholas Andry, betyder ”lige børn”, har begrebet børneortopædi globalt vundet indpas.

I 1769 blev den første børneklinik åbnet i London, og først næsten hundrede år senere, i 1845, åbnedes børnehospitaler i Stockholm og København.

Senere har udviklingen taget fart, og i Danmark blev det børneortopædiske fagområde grundlagt med dannelsen af Dansk Børneortopædisk Selskab (DPOS) i 1996.

Dannelsen af selskabet har medført et betydeligt fagligt og organisatorisk løft, samt medvirket til et bedre samarbejde mellem de behandlende afdelinger i landet. Desuden har selskabet også medvirket til, at skabe bedre kontakter til børneortopædiske afdelinger og fagpersoner i udlandet.

Begrundelse

Fagområdet omfatter i dag et meget stort, og endda stigende antal patienter. De mange forskellige børneortopædiske lidelser kræver specialviden, da rettidig og korrekt behandling afhænger af viden om børns vækst - og helingsforhold. Erfaring i kirurgisk håndtering af den fysiske mindre størrelse og kendskab til vævets egenskaber hos børn er endvidere en forudsætning. Desuden kræves erfaring i, at håndtere det store antal ambulante kontakter, hvor kontakten til barnet og familien er vigtig for at opnå et godt resultat.

Afgrænsning af området

Fagområdet omfatter diagnostik og behandling af lidelser i bevægeapparatet, hos børn under 15 år. En del af børnene følges dog, ved behov, ofte længere, især hvis behandlingen fortsat afhænger af vækstforhold, eller hvis patientens lidelse er af en sådan karakter at den børneortopædiske specialviden fortsat er nødvendig. Dette drejer sig eksempelvis om neuromuskulære lidelser, dystrofier, dysplasier og flere medfødte anomalier. Generelt omfatter børneortopædi behandlingen af børnefrakturer og deres følger, medfødt hofte luksation og dysplasi, medfødt klumpfod, følger efter fødselstraumer, Calvé-Legg-Perthes' sygdom, neuromuskulære lidelser, rygdeformiteter, muskel- og spinale dystrofier, knogledystrofier, neurofibromatose, dværgvækst, anisomeli, kongenitte ekstremitetsdefekter, angulære fejlstillinger omkring led og infektioner. Hertil en generel vurdering af børns problemer med den fysiske formåen (hypermobilitet, smerter m.m.).

Organisatorisk

Fagområdet er placeret under Dansk Ortopædisk Selskab, som har en central betydning som et af de store lægevidenskabelige selskaber i sundhedsvæsenet.

De store samarbejdspartnere, ud over de øvrige 8 fagområder i ortopædisk kirurgi, er primært pædiatrisk selskab, herunder specielt neuropædiatrisk fagområde, hvor et betydeligt samarbejde foregår indenfor neuromuskulære lidelser. Desuden samarbejdes i mindre grad med flere selskaber, bl.a. neurokirurgisk selskab (medfødt plexus brachialis skader), plastikkirurgisk selskab (større traumer med hud – og muskeltab) og obstetrisk fagområde (medfødt plexus brachialis skader).

Uddannelse

Den kliniske uddannelse for at kunne varetage behandling indenfor det børneortopædiske fagområde på højt specialiseret niveau, er som følger:

Introduktionsuddannelse (Fase I)	(12 måneder)
Hoveduddannelse (Fase II og III)	(48 måneder)
Specialistuddannelse (Fase IV)	(minimum 24 måneder)

Den sidste del af uddannelsen skal foregå på afdeling med behandling på højt specialiseret niveau indenfor fagområdet. Supplerende anbefales, at en del af denne uddannelse gennemføres ved fagligt tilsvarende afdeling i udlandet.

Desuden lægges stor vægt på teoretisk kendskab til specialet, kongres - og mødeaktivitet, videreudvikling af fagområdet, og til vigtigheden af forskning. Der forventes videnskabelig aktivitet, og tilskyndelse til PhD grad indenfor fagområdet.

Organisation i relation til udlandet

Det børneortopædiske fagområde i Danmark er organiseret som et link til den store europæiske organisation EPOS (European Pediatric Orthopaedic Society). Desuden er fagområdet en del af den store nordiske ortopædiske sammenslutning NOF (Nordisk Ortopædisk Forening).

Keld Daubjerg, formand
Dansk Børneortopædisk Selskab (DPOS)
(Juni 2011)

Beskrivelse af fagområdet

Fod- ankelkirurgi

Baggrund.

Fagområdet fod og ankelkirurgi har organiseret sig i Dansk Fod og Ankelkirurgisk Selskab (DFAS) i 2000. Selskabet har ca. 68 medlemmer og har været medlem af LVS siden 2010.

Fod-ankelkirurgi er én af de klassiske discipliner inden for ortopædkirurgien. Efter at have været "glemt" i flere decennier eller sat i baggrunden i forhold til de mange nye behandlinger inden for ortopædkirurgien er disciplinen i Danmark og udlandet vokset massivt de seneste 15-20 år. De klassiske operationer artrodeser og seneflytninger, som var meget brugt i forbindelse med polioepidemien i Europa – i Danmark hovedsagelig på de ortopædiske hospitaler, er blevet taget op i andre sammenhænge.

Fra begyndelsen af 1970'erne tilkom alloplastik kirurgien, som initialt var karakteriseret af dårlig komponent design og deraf følgende dårlige resultater. Med udvikling af trekomponent alloplastikkerne er teknikken ved at finde sit leje med ca. 150 operationer per år på 3 centre. Der eksisterer ikke noget nationalt alloplastik register, selvom dette er ønskeligt.

Den seneste udvikling går på bruskt transplantationer og differentierede behandlinger med komplekse korrektioner af fejlstillinger i foden.

Definition.

Fagområdet beskæftiger sig med forebyggelse, diagnostik, operativ og konservativ behandling af lidelser i fod og ankel. Dette er uafhængigt af, hvad ætiologien for lidelsen i øvrigt er.

Dette omfatter følgende hovedområder:

Foddeformiteter: Neuromuskulære, degenerative, idiopatiske, diabetes-relaterede.

Smertetilstande: Overbelastningsskader: Entesopatier og tendinoser.

Skadefølger: Fraktur-sequelae og distorsions-sequelae

Infektioner og sår: Akutte og kroniske led-, sene- og knogle- infektioner. På grund af den stigende incidens er behandlingen af diabetiske fod sår volumenmæssigt i stærk ekspansion.

Traumer: De akutte traumer behandles primært af traumatologer. De specielle akutte skader som Pilon-frakturer, komplicerede bagfodsfrakturer og luksationer foregår som et samarbejde mellem fod/ankel-kirurgi og traumatologi.

Forebyggelse: Inden for forebyggelse er den største vægt på nuværende tidspunkt inden for diabetes og de neuromuskulære lidelser, hvor det fod-ankel-kirurgiske fagområde er meget aktivt mht. forebyggelse af sår og amputation. Forebyggelsen består i: udredning og vurdering af risikofaktorer, information af patienterne, ordination af orthoser og fodtøj. Desuden ved kirurgisk korrektion af fejlstillinger og forebyggelse i progression af fejlstillinger ved hjælp af seneflytninger med henblik på at opnå en bedre muskelbalance.

Dansk Fod og Ankelkirurgisk Selskab er det organisatoriske forum, der forestår de årlige videnskabelige møder i forbindelse med DOS-mødet og afholdelse af symposier dels nationalt, dels fællesnordisk.

Begrundelse.

I henhold til ovenstående definition af fagområdets begrænsning er der en række kliniske opgaver, som kræver en løsning. Antallet af henviste patienter, der har lidelser, som kræver kirurgisk behandling udgør kun en brøkdel, så der er en stor ambulant aktivitet, hvor der ydes en pædagogisk indsats med hensyn til forebyggelse, information og konservativ behandling.

Den operative behandling er præget af en stor ambulant aktivitet indenfor forfodslidelser, der er på hovedfunktionsniveau. Bagfods kirurgien har de seneste år været igennem en udvikling i retning af mere komplekse behandlings tilbud med accelererede patientforløb.

Der er en stigende evidens indenfor fagområdet, idet et øget antal tidsskrifter publicerer arbejder, hvor de nyere teknikker evalueres. Indenfor ankel alloplastik området mangles i Danmark en alloplastik database, og DFAS arbejder på at få de organisatoriske forhold på plads. Der er etableret formel kontakt til de øvrige nordiske selskaber, og fra alle sider en stor interesse for at få etableret en fælles nordisk database, idet volumen af operationerne i alle de nordiske lande er af beskedent størrelse, sammenlignet med produktionen af knæ- og hofte alloplastikker.

Fod og ankelkirurgien er på alle sygehuse en integreret del af den ortopædkirurgiske afdelings behandlingstilbud.

Organisation og strukturel placering.

Med en procentandel på ca. 15 % af alle henviste patienter til en ortopædkirurgisk afdeling, har fagområdet helt klart en berettigelse, som en del af det ortopædkirurgiske fagområdes behandlings tilbud.

Artroskopisk kirurgi, forfodskirurgi, infektionskirurgi og konservativ behandling varetages på hovedfunktionsniveau. Behandling af diabetiske fod sår varetages også på hoved funktionsniveau, mens korrektioner af fejlstillinger ved diabetiske senkomplikationer varetages på regions og højt specialiseret niveau.

Artrodese kirurgi, bløddels- og kombinerede knogle/bløddels korrektioner foretages på regions niveau, mens den højt specialiserede funktion med ankel alloplastik kirurgi, korrektioner af fejlstillinger ved neuromuskulære lidelser og charcot arthropati varetages på de 3 højt specialiserede centre. Det 4. center varetager korrektionskirurgi, mens der ikke foretages alloplastik kirurgi.

Behandling på hovedfunktionsniveau og regionsniveau varetages både i offentlig og privat regi. De aktuelle og nødvendige samarbejdspartnere er i primær-sektoren repræsenteret ved lægepraksis og den kommunale hjemmesygepleje, især med specialuddannede sår sygeplejersker. Der er desuden samarbejde med bandagister og fodterapeuter. I sekundær-sektoren samarbejdes der med specialerne anæstesiologi, kar-kirurgi, billeddiagnostik, reumatologi, endokrinologi, plastik kirurgi, klinisk mikrobiologi samt fysio- og ergoterapi. Der er endvidere et samarbejde med kommunernes socialforvaltning i forbindelse med sygemelding og helbredsbedingede sociale ydelser; orthoser og ortopædisk fodtøj.

Lægelig kompetence.

Den uddannelsessøgende skal have gennemført speciallægeuddannelsen i ortopædisk kirurgi og det forventes, at den specialiserede fod og ankel kirurgi uddannelse varer mellem 18 og 24 måneder, afhængig af den operative aktivitet. Uddannelsen er i øvrigt detaljeret beskrevet andetsteds, som fase IV udannelse for fagområdet.

Som beskrevet i målbeskrivelsen til speciallægeuddannelsen arbejder man efter de 7 kompetencer: medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Uddannelse til fase 4 forventes at foregå på afdeling med højere niveau – regions eller højt specialiseret afdeling.

Supplerende teoretisk uddannelse er vigtig og nødvendig. Dette må forventes at ske ved at specialisten løbende holder sig orienteret ved litteraturstudier i førende tidsskrifter samt ved deltagelse i nationale og internationale kurser, konferencer og kongresser indenfor fagområdet.

Internationale forhold.

I de lande som vi sammenligner os med er fagområdet organiseret i specialselskaber, på lignende måde som i Danmark.

Der er på grund af de mange fællestræk i de nordiske lande; ønsket om at foretage evidensbaseret behandling og ligheder i organisering af det offentlige sygehus system, samt mulighed for at trække patientrelaterede data ved hjælp af cpr-numre, en stor interesse for at organisere fælles møder, kurser og en klinisk ankel alloplastik database. I forlængelse af dette ønske er der planlagt fælles nordisk kursus i avanceret fod og ankelkirurgi og et fælles fagligt møde hvert andet år. De fleste medlemmer af DFAS er desuden medlem af EFAS – European Foot & Ankle Society, som afholder instructional course og advanced symposium årligt og kongres hvert andet år.

På vegne af bestyrelsen for DFAS

26. juni 2011

Johnny Frøkjær

formand

Beskrivelse af fagområdet

Hofte- og knæalloplastikkirurgi

Baggrund

Fagområdet ”Hofte- og knæalloplastikkirurgi” har organiseret sig i det videnskabelige selskab: Dansk Selskab for Hofte- og Knæalloplastikkirurgi (DSHK) (web: www.dshk.org) anno 2002. Selskabet har 143 medlemmer, og er medlem af LVS.

Alloplastikkirurgien - først hoftealloplastikkirurgien, dernæst knæalloplastikkirurgien og siden indsættelse af alloplastik i adskillige af kroppens andre led har gennemgået en rivende udvikling over de seneste 50 år. Den oprindelige artikulation, dvs. komponenterne hvorimellem det kunstige led er etableret, består stadig oftest af polyetylen mod metal, selv om intensiv forskning har beskæftiget sig med andre artikulationer (metal mod metal, keramik mod keramik og keramik mod polyetylen). Fastgørelse af komponenterne blev initialt foretaget med knoglecement, og cement anvendes stadig i betydeligt omfang, men også cementløse proteser udviser nu fine resultater.

Siden 1995 har en landsdækkende hoftealloplastik-database registreret alle primære og revisionsoperationer udført i Danmark. Det Danske Hoftealloplastikregister (DHR) udarbejder hvert år rapport over resultaterne af de udførte operationer, hvorved man er med til sikre en høj professionel standard. Få år senere oprettedes en tilsvarende registrering af alle primære og revisionsknæalloplastikker i Dansk Knæalloplastik Register (DKR).

I regi af Dansk Ortopædisk Selskab er der udarbejdet referenceprogrammer for såvel primær total hoftealloplastik som primær knæalloplastik. Disse programmer danner basis for den kliniske standard, og er rettesnor for såvel uddannelse som diagnostik og behandling.

Der udførtes i 2009 ca. 11.000 primære hoftealloplastikker og ca. 1.600 revisionsalloplastikker. Desuden udførtes 8.600 primære knæalloplastikker samt ca. 1.100 knærevisionsalloplastikker. Der har gennem årene været udført et svagt stigende antal hoftealloplastikker, men stigningen synes aftagende. Antallet af knæalloplastikker et steget betydeligt de senere år, og denne stigning forventes at fortsætte, således at der må påregnes udført et mindst lige så stort antal knæalloplastikker som hoftealloplastikker.

Definition

Fagområdet hofte- og knæalloplastikkirurgi dækker forebyggelse, diagnostik, behandling, rehabilitering og evt. palliation af patienter med medfødte, erhvervede, posttraumatiske samt inflammatoriske lidelser i hofte- og knæledet, men inkluderer ikke den primære behandling af brud og ledbåndsskader.

Dansk Selskab for Hofte- og Knæalloplastik Kirurgi (DSHK) er det organisatoriske forum. DSHK formidler de videnskabelige aktiviteter, der foregår indenfor området i form af symposieaktivitet i forbindelse med DOS møderne, og selskabet deltager i årlige fællesmøder med Dansk Ortopædisk Selskab. Selskabet er forum for de årlige mundtlige rapporter fra Registrene.

Begrundelse

Indenfor fagområdet er der i henhold til ovenfor anførte afgrænsninger en række kliniske opgaver, der har behov for løsning. Tal fra Registrene viser, at der i løbet af de sidste 10 – 15 år er sket en fordobling af antallet af operationer for degenerative lidelser med baggrund i et øget behandlingskrav fra befolkningen og de centrale sundhedsmyndigheders krav om kortere ventetider.

Afkortning af indlæggelsestiden i de accelererede patientforløb er genstand for intensiv videnskabelig aktivitet, og indlæggelsestiden er nu mange steder nede på 2 til 3 dage. Om yderligere afkortning af indlæggelsestiden kan eller bør ske må fremtiden vise, men det er vigtigt at beslutninger herom foregår evidensbaseret. Forskning i effektiv smertebehandling er et fundament for de korte indlæggelsestider, og er ligeledes genstand for forskningsaktivitet.

Alloplastikregistrene indeholder nu så mange data, at man nu kan begynde at udstikke evidensbaserede retningslinjer for den operative behandling, samtidig med at der genereres data til videnskabelige

undersøgelser. Registrene arbejder med hårde data (re-operation eller ej), og det vil i fremtiden være nødvendigt ligeledes at inkludere patienttilfredsheden, såkaldte PROM's, i rapporterne. Registrene håber på, at sådanne data kan inkluderes indenfor en meget kort tidshorisont.

På basis af erfaringen med de andre nordiske alloplastikregistre oprettes der flere lignende registre i andre lande. Derfor er der behov for et øget internationalt samarbejde, for at vi til stadighed kan opnå de mest optimale behandlingsresultater. De danske registre deltager i det fællesnordiske registersamarbejde NARA. Implantatforskningen har i Danmark høj international status, og Danmark deltager også i basalvidenskabelige projekter omkring f. eks. genteknologi. Sådant forskning er fundamentet for det kliniske arbejde f. eks. i forbindelse med valg af protesetyper.

Organisatorisk og strukturel placering

Med en årlig incidensrate for primære hofte- eller knæalloplastik på mere end 100 operationer pr. 100.000 indbyggere er det nødvendige befolkningsgrundlag for fagområdet helt klart til stede. Det ortopædkirurgiske speciale er landets største speciale og alloplastikkirurgien udgør en væsentlig del heraf.

Behandlingen foretages både i offentligt og privat sygehusregi. De 3 behandlingsniveauer (hovedfunktion, regionsfunktion og højt specialiseret funktion) er beskrevet indgående i Rapport for specialet: Ortopædisk Kirurgi.

De aktuelle og nødvendige samarbejdspartnere er både primær-sektoren repræsenteret ved lægepraksis og den kommunale hjemmepleje, og i sekundær-sektoren repræsenteret ved specialerne anæstesiologi, billeddiagnostik, reumatologi, geriatri, nuklearmedicin, klinisk mikrobiologi samt fysio- og ergoterapi. Der er endvidere et samarbejde med kommunernes socialforvaltning i forbindelse med sygemelding og helbredsbedingede sociale ydelser.

Lægelig kompetence

Den uddannelsessøgende skal have gennemført speciallægeuddannelsen i ortopædisk kirurgi og det forventes, at den specialiserede alloplastikkirurgi-uddannelse varer mellem 18 og 24 måneder, afhængig af den operative aktivitet. Uddannelsen er i øvrigt detaljeret beskrevet andetsteds.

Som beskrevet i målbeskrivelsen til speciallægeuddannelsen arbejder man efter de 7 kompetencer: medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel. Der er ca. 40 afdelinger i Danmark, der udfører alloplastikkirurgi, men ikke alle udfører revisionskirurgi. Uddannelse til fase 4 kan derfor nødvendiggøre ansættelse på mere end én afdeling.

Supplerende teoretisk uddannelse er vigtig og nødvendig. Dette må forventes at ske ved at specialisten løbende holder sig orienteret ved litteraturstudier i førende tidsskrifter samt ved deltagelse i nationale og internationale kurser, konferencer og kongresser indenfor fagområdet.

Internationale forhold

I de lande som vi sammenligner os med er fagområdet organiseret i et specialselskab ofte med eget selskab for henholdsvis hofte- og knækirurgi. En sådan sontring findes ikke nødvendig p.t. De fleste afdelinger, som udfører alloplastikkirurgi, opererer såvel hofter som knæ, og ofte udfører de samme kirurger begge indgreb. Der synes dog også i Danmark at være en tendens til en tiltagende specialisering, men næppe endnu i en sådan grad at en opsplnitning af fagområdet synes retfærdiggjort.

På vegne af bestyrelsen for DSHK

28. maj 2011

Søren Solgaard
formand

Beskrivelse af fagområdet

Håndkirurgi

Baggrund

Fagområdet ”håndkirurgi” har organiseret sig i det videnskabelige selskab: Dansk Selskab for Håndkirurgi stiftes anno 1991. Selskabet har 71 medlemmer og 31 ekstraordinære (ergoterapeuter), og er medlem af LVS.

Selskabet har beskæftiget sig med udvikling af kvalitetssikring og forskning indenfor fagområdet. Fagområdets status som en del af ortopædkirurgien i Danmark betinger et tæt samarbejde med Dansk Ortopædisk Selskab. Der er i dag et velfungerende samarbejde med L F G Dansk Håndergoterapeutforening.

Operationer på hænder er blevet udført langt tilbage i historien. Den tidlige kirurgi på hånden var frem for alt tilegnet behandlingen af de akutte skader. Rekonstruktiv håndkirurgi var næsten ukendt og de kirurgiske instrumenter der var til rådighed var frembragt med tanke på andre typer af operationer.

Det første videnskabelige selskab til varetagelse af kirurgiske sygdomme på hånden blev dannet i USA i 1946 (American Society for Surgery of the Hand). Den første egentlige håndkirurgiske afdeling i Skandinavien så dagen lys i Gøteborg i 1947 på initiativ af Erik Moberg. Denne introducerede ideen om håndkirurgi som et selvstændigt fagområde. Få år efter i 1951 oprettede man Nordisk klub for håndkirurgi, senere kaldet Scandinavian Society for Surgery of the Hand ved et møde i København. Det skandinaviske selskab var det første håndkirurgiske selskab udenfor USA.

Definition/afgrænsning af området

Det håndkirurgiske fagområde varetager diagnostik, behandling og forskning indenfor sygdomme på hånden, i håndleddet samt på underarmen. Der inkluderes normalt alle anatomiske strukturer i selve hånden og håndleddet, bløddele i underarm og nervefunktion op til plexusniveau.

Området omfatter foruden congenitte deformiteter, reumatiske sygdomme med affektion af hånden, slidgigt, kusehånd og dysfunktioner i nerver og sener.

De akutte tilstande, især frakturer og åbne læsioner indtager en væsentlig del af det håndkirurgiske virksomhedsfelt.

Begrundelse

Håndens anatomi er kompleks og selv tilsyneladende mindre forstyrrelser af funktionen kan få betragtelige sociale og økonomiske konsekvenser for patienten og samfundet. Det er karakteristisk for håndkirurgien at den i høj grad inkluderer kompetenceområder fra flere specialer. Mikrokirurgiske, plastikkirurgiske og neurokirurgiske teknikker er sammen med ortopædkirurgiske principper integrerede elementer i håndkirurgien. Håndkirurgien udviklede sig tidligt til et selvstændigt fagområde, hvilket afspejles i at det i flere lande er et selvstændigt speciale.

I henhold til Svenske opgørelser indtræffer halvdelen af alle håndskader på arbejdspladsen. 4 % er så alvorlige at de fører til blivende invaliditet. Cirka 28 % af henvendelserne på skadestuerne skyldes håndlæsioner. Behandlingen af komplekse håndskader og erhvervede sygdomme på hånden, udover de basale, kræver en særlig viden og rutine.

Videnskabelig aktivitet

Den videnskabelige aktivitet indenfor området har dels sin basis i de initiativer der tages af håndkirurgisk aktive læger på klinikkerne, dels aktiviteter i regi af Dansk Selskab for Håndkirurgi. Der afholdes videnskabelige møder på nationalt, Skandinavisk så vel som på internationalt niveau. Der er et Skandinavisk og flere internationale tidsskrifter dedikeret til publikation af artikler indenfor området.

Organisatorisk og strukturel placering

Basal håndkirurgi udøves på alle ortopædkirurgiske afdelinger i Danmark. I de fleste funktionsbærende enheder varetages denne funktion af speciallæger med interesse for området. På universitetsafdelingerne og i

nogle af de funktionsbærende enheder er håndkirurgien allerede organiseret som et eget fagområde eller sektor. Behandlingen

Foretages både i offentligt og privat sygehusregi. De 3 behandlingsniveauer (hovedfunktion,regionsfunktion og højt specialiseret funktion) er beskrevet i rapport for specialet.

En række håndkirurgiske sygdomme er så komplicerede at behandle, eller så sjældne at det er svært at erhverve et tilstrækkeligt erfaringsgrundlag. Sundhedsstyrelsen rekommanderer at behandlingen af sådanne diagnoser centraliseres til nogle få afdelinger i Danmark,.. Nogle få sygdomme behandles kun på en enkelt af disse landsdelsafdelinger.

En kvalitativ håndkirurgisk funktion kræver et tæt samarbejde med kolleger indenfor ortopædkirurgien, såvel som andre specialer. Anæstesiologer, radiologer, reumatologer og neurofysiologer indgår alle i denne kreds af samarbejdspartnere. Særligt uddannede ergoterapeuter indgår som en nødvendig og nært tilknyttet del i det håndkirurgiske team.

Lægelig kompetence

Den uddannelsessøgende skal have gennemført speciallægeuddannelsen i ortopædisk kirurgi.

Specialisten skal erhverve lægelige kompetencer indenfor alle 7 lægeroller (medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel). Den medicinske ekspertrolle vil utvivlsomt veje tungest i vejledningen til uddannelse, men det vil være hensigtsmæssigt at også andre lægelige kompetencer beskrives under hensyntagen til de enkelte fagområders særlige krav.

Speciel uddannelse i fagområdet håndkirurgi; To ansættelser som afdelingslæge/1.reservelæge af hver mindst 1 års varighed på to afdelinger med lands/landsdelsfunktion i håndkirurgi, evt. erstattet af ansættelse på udenlandsk afdeling på mindst samme funktionsniveau.

Internationale forhold

Håndkirurgien har siden 1969 været et selvstændigt speciale i Sverige med håndkirurgiske afdelinger på universitetssygehusene. I Finland har håndkirurgien ligeledes specialestatus.

Medlemmerne af Dansk Selskab for Håndkirurgi har tilknytning til flere internationale organisationer. Det Skandinaviske Håndkirurgiske Selskab har været aktivt siden oprettelsen i 1951. Det er en realiseret vision at skabe en række kurser af international kvalitet der til sammen kan udgøre en alment accepteret uddannelse indenfor fagområdet i de Nordiske lande. Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery tjener som selskabets officielle tidsskrift.

Den Europæiske sammenslutning af håndkirurgiske selskaber (FESSH) arbejder via en række kommitterer med emner som uddannelse, akkreditering og videnskabelige strategier. Der er desuden en komite der er ansvarlig for udgivelsen af selskabets officielle tidsskrift: Den Europæiske udgave af Journal of Handsurgery. Danske Selskab for Håndkirurgi blev indvalgt i organisationen i 1992. I et forsøg på at harmoniserer standarten indenfor uddannelsen af håndkirurger har man etableret en eksamen med såvel mundtlig som skriftlige komponenter. Denne eksamen afvikles i forbindelse med de videnskabelige kongresser hvert andet år. Der er nedsat en række arbejdsgrupper. En af disse er eksempelvis beskæftiget med udarbejdelse fælles rekommandationer for behandlingen af akutte håndlæsioner.

International Federation of Societies for Surgery of the Hand repræsenterer et flertal af verdens håndkirurgiske selskaber. Udover afholdelse af videnskabelige møder arrangerer organisationen undervisningsaktiviteter i den tredje verden.

På vegne af bestyrelsen for DSFH

19.juli 2011

Formand Niels Søe

Beskrivelse af fagområdet

Ortopædisk onkologi

Baggrund

Fagområdet Ortopædisk Onkologi er tilknyttet Dansk Sarkomgruppe (<http://www.dmcg.dk>) anno 2003. Gruppen har ca. 50 medlemmer, som kommer fra en række forskellige specialer: ortopædisk kirurgi, onkologi, øvrige kirurgiske specialer, pædiatri, radiologi, patologi, og klinisk fysiologi.

Fagområdet ortopædisk onkologi har gennemgået en betydelig udvikling indenfor de sidste 20-25 år, hvor den kirurgiske behandling af knogle- og bløddelssarkomer har ændret karakter fra i stor udstrækning at have omfattet større amputationer til nu hovedsageligt at bestå i ekstremitetsbevarende kirurgi, der specielt ved behandlingen af knoglesarkomer og knoglemetastaser indebærer indsættelse af meget forskellige og store knogleforankrede ortopædkirurgiske implantater.

Fagområdet ortopædisk onkologi adskiller sig fra de fleste andre ortopædkirurgiske fagområder ved at udredning, planlægning af behandling samt efterbehandling og kontrol foregår i et multidisciplinært samarbejde med en række andre lægelige specialer. Desuden udføres operationer i næsten alle anatomiske regioner også uden for de traditionelt ortopædkirurgiske, så derfor udføres de jævnligt i samarbejde med kirurger fra andre ortopædiske fagområder eller fra andre kirurgiske specialer.

Afgrænsning eller definition

Fagområdet omfatter diagnostik, behandling og efterkontrol samt forskning i benigne, aggressive benigne og maligne tumorer i bevægeapparatet (inklusive thorax- og abdominalvæg).

Begrundelse

Sarkomer er sjældne tumorer der kun udgør omkring 1% af alle kræftsygdomme svarende til 300 nye tilfælde årligt, hvoraf ca. 2/3 udredes og behandles kirurgisk indenfor det ortopædkirurgiske speciale. Den ortopædkirurgiske behandling af patienter med sarkom har i Danmark i mange år været lokaliseret på de store Universitetssygehuses ortopædkirurgiske afdelinger. De seneste år og bl.a. som konsekvens af Sundhedsstyrelsens nye specialevejledning for ortopædisk kirurgi er funktionen blevet yderligere centraliseret, så den nu kun foregår på selvstændige sektioner på 2 sygehuse (Rigshospitalet og Århus Sygehus) ortopædkirurgiske afdelinger. Centraliseringen er sket ud fra en formodning om at et større erfaringsgrundlag hos kirurger, der behandler disse patienter fører til bedre behandlingsresultater. En forudsætning for at sådanne højt specialiserede sektioner kan drives er, at der eksisterer et ortopæd-onkologisk fagområde med et velbeskrevet uddannelsesforløb, hvortil der kan rekrutteres ortopædkirurgiske speciallæger, som gennemgår et målrettet uddannelsesforløb med henblik på at erhverve de nødvendige kompetencer.

For den største patientgruppe der behandles under fagområdet, patienter der udredes for og/eller behandles for sarkom, er der for den multidisciplinære håndtering af patientgruppen af Dansk Sarkomgruppe udarbejdet et reference program

(http://www.skaccd.org/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=101)

og af Sundhedsstyrelsen udviklet et pakkeforløb

(<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Pakkeforloeb/Pakkeforloebsekskrivelser.aspx>).

Organisatorisk og strukturel placering

Ifølge Sundhedsstyrelsens specialevejledning for ortopædisk kirurgi findes fagområdet kun selvstændigt på det højt specialiserede niveau og omfatter:

Operation af knoglesarkomer.

Biopsi af patienter med begrundet mistanke om knoglesarkom.

Operation af aggressive benigne knogletumorer.

Operation af avancerede knoglemetastaser med stort knogletab.

Biopsier af bløddelssarkomer.

Operation af bløddelssarkomer.

Solitære metastaser uden kendt primærtumor.

De i specialevejledningen beskrevne ortopæd-onkologiske områder på hovedfunktionsniveau er ikke af Sundhedsstyrelsen specifikt beskrevet som egentlige ortopæd-onkologiske funktioner (ikke nævnt under et fagområde men under overskriften "Andet") og må derfor betragtes som helt basale indgreb (f.eks. marvsømning af knoglemetastase med eller uden fraktur, totalcementeret primær hoftealloplastik ved patologisk collum femoris fraktur uden stort knogletab og fjernelse af mindre subkutan benign tumor) man skal beherske efter endt speciallægeuddannelse (hoveduddannelse).

Som nævnt under begrundelse er der aktuelt to danske centre, der varetager det højt specialiserede fagområde ortopædisk onkologi med et center i Vestdanmark og et i Østdanmark. Det giver 2 centre af passende størrelse til at kunne sikre et nødvendigt erfaringsgrundlag for at kunne behandle sarkomer og mestre de andre højt specialiserede ortopæd-onkologiske funktioner, deltage i internationale forskningsprojekter, sikre optimale muligheder for nationale uddannelses- og karriereforløb samt sikre patienterne en national second opinion mulighed.

De ortopæd-onkologiske sektioner skal have et tæt multidisciplinært samarbejde med følgende lægelige specialer: Radiologi, Patologi, Onkologi, Klinisk fysiologi, Pædiatri, andre kirurgiske specialer (f.eks. Plastikkirurgi, Thoraxkirurgi, Abdominalkirurgi og Urologi) og andre ortopædkirurgiske fagområder.

Lægelig kompetence

Der er af Dansk Ortopædisk Selskab udarbejdet et uddannelsesprogram for specialistuddannelsen (fase 4) i fagområdet ortopædisk onkologi hvortil der henvises. Grundlaget er speciallægeuddannelse i ortopædisk kirurgi, hvorefter uddannelsen vil kunne gennemføres på 36 måneder.

Internationale forhold

I både Vesteuropa og USA eksisterer fagområdet ortopædisk onkologi og det er som i Danmark en del af det ortopædkirurgiske speciale.

Juni 2011

Michael Mørk Petersen

Professor, overlæge, dr.med.

Ortopædkirurgisk klinik

Rigshospitalet

Beskrivelse af fagområdet Rygkirurgi

Baggrund

Fagområde ”Rygkirurgi” er i Dansk Ortopædisk Selskab organiseret i Ryginteressegruppen samt i Dansk Rygkirurgisk Selskab (DRKS), anno 1999, som er et ikke-specialebærende selskab i LVS. Bestyrelsen i DRKS er sammensat så der altid er to speciallæger fra Dansk Ortopædisk Selskab og to speciallæger fra Dansk Neurokirurgisk Selskab. Den ene af de to speciallæger fra Dansk Ortopædisk Selskab fungerer som formand for Ryginteressegruppen i DOS. Der er 72 medlemmer af DRKS, imens Ryginteressegruppen er en ikke-formel gruppe af ortopædkirurger med særlig rygkirurgisk interesse.

Siden den første lumbale spondylodese blev foretaget af den amerikanske ortopædkirurg Russell A. Hibbs i 1911, har det rygkirurgiske fagområde særligt gennem de sidste 25 år gennemgået en betydelig udvikling, der primært har været drevet af udviklingen af nye implantater. Især fremkomsten af pedikelskruer i 1980'erne betød at man nu fik bedret mulighederne for at korrigere deformiteter. I kombination med forbedrede perioperative monitoreringsmuligheder og anæstesiologiske teknikker der tillader kontrolleret hypotensiv anæstesi har dette medført at indikationsområdet for rygkirurgisk behandling er vokset. Dette gælder også for de degenerative tilstande, hvor den minimalt invasive kirurgi anvendes i stigende omfang. Indsættelse af diskusproteser som alternativ til spondylodesebehandling blev især udbredt i slutningen af 1990'erne, men aktiviteten er inden for de sidste år ikke steget.

Det vurderes at der årligt udføres omkring 10.000 rygkirurgiske indgreb. Det præcise tal er vanskeligt at beregne fordi der anvendes et stort antal operationskoder. Der er dog enighed om at aktiviteten har været stigende siden 2006; formentlig svarende til mellem 20 og 30%. Der er også enighed om at langt den største del af de rygkirurgiske operationer (ca. 80%) udføres for degenerativt betingede tilstande som lumbal diskus prolaps, spinal stenose og kroniske lænderygsmærter, mens indikationerne ved ca. 20% af operationerne domineres af onkologiske tilstande, deformiteter, traumer og infektioner.

Det må antages at der fremover vil komme en stigning i antallet af patienter med behov for revisionskirurgi efter tidligere rygkirurgisk behandling. Derudover vil den demografiske udvikling betyde at et stigende antal patienter vil have behov for primær kirurgisk behandling af degenerative tilstande i ryggen. Endelig betyder den fortsatte forbedring i onkologisk behandling af antallet af patienter med symptomgivende spinale metastaser også vil være stigende.

Siden 2008 har alle landets rygopererende afdelinger og klinikker haft mulighed for at tilmelde sig DaneSpine som er en klinisk database med en styregruppe udpeget af Dansk Rygkirurgisk Selskab. DaneSpine er en dansk version af SweSpine og der er et tæt samarbejde mellem danske og svenske rygkirurger om den fortsatte udvikling af databasen. Det vurderes at omkring 75% af landets rygopererende afdelinger har tilmeldt sig DaneSpine og at ca. 60% af den rygkirurgiske aktivitet registreres. Det er målsætningen at DaneSpine inden for en overskuelig årrække, om muligt indgår i de landsdækkende kliniske databaser.

Der har, både i Danmark og internationalt, gennem de sidste 5-6 år været en debat om evidensen af rygkirurgisk behandling for degenerativt betingede tilstande. Det må slås fast at evidens-niveauet for den kirurgiske behandling af lumbal diskusprolaps og spinalstenose, hos patienter hvor konservativ behandling ikke har haft effekt svarer til 1B. Det samme gælder i et vist omfang spondylodese kirurgi i lænden, idet der dog fortsat er diskussion om hvilken konservativ behandling man har tilbudt i de pågældende randomiserede studier.

Definition

Det rygkirurgiske fagområde beskæftiger sig med kirurgisk vurdering og behandling af rygsøjlets lidelser. Der er således både tale om degenerativt betingede tilstande, som antalsmæssigt udgør den største del af aktiviteten, samt onkologiske tilstande, deformiteter, traumer og infektioner.

Skoliosebehandlingen udgør et særligt område, idet det i nogle tilfælde er rygkirurger der varetager korsetbehandlingen.

Der er berøringsflader til andre specialer afhængig af diagnose, men det er uændret således at langt de fleste patienter med kroniske rygsmerter behandles hos f.eks. reumatologer, fysioterapeuter og kiropraktorer. Langt de største sundhedsrelaterede udgifter til behandling af degenerativt betingede tilstande i ryggen er således relateret til ikke-kirurgisk behandling.

Begrundelse

Med baggrund i det stigende antal operationer for degenerative tilstande har Dansk Ortopædisk Selskab og Dansk Neurokirurgisk Selskab i fællesskab udarbejdet retningslinjer for den kirurgiske behandling af degenerative lidelser i columna thorakalis og cervikalis.

Der vil de kommende år være behov for lignende retningslinjer for de øvrige degenerative tilstande i columna.

Den forskningsmæssige aktivitet må særligt forventes inden for smertebehandling, optimering af det perioperative forløb og sundhedsøkonomi. Derudover vil den genteknologiske udvikling medføre at selektionen af patienter til f.eks. kirurgisk behandling af skolioser vil blive optimeret.

Samtidig hermed vil fortsat være forskningsaktivitet inden for implantatudvikling og kirurgiske teknikker.

Der er i dag aktuelt to multidisciplinære nationale forskningsprojekter inden for det rygkirurgiske fagområde; dels fokuseret på sundhedsøkonomi dels på vævsregeneration med anvendelse af bl.a. Nano-teknologi.

Organisatorisk og strukturel placering

Ligesom for de øvrige ortopædkirurgiske fagområder er den rygkirurgiske aktivitet fordelt på tre 3 behandlingsniveauer (hovedfunktion, regionsfunktion og højt specialiseret funktion) som beskrevet i Rapport for specialet: Ortopædisk Kirurgi. Særligt på hovedfunktionsniveau sker behandlingen på såvel offentlige som private behandlingsenheder, medens de højt specialiserede funktioner stort set alene varetages på offentlige universitetsafdelinger.

Der er ca. ni offentlige rygkirurgiske ortopædkirurgiske afdeling i Danmark. Disse er i nogle tilfælde en del af samme hospitalsorganisatoriske enhed. Dertil kommer formentlig et lignende antal private rygkirurgiske klinikker.

Der er to professorater inden for det rygkirurgiske fagområde; og begge varetages af ortopædkirurger. De højt specialiserede funktioner er placeret på de universitetsafdelinger hvor disse professorater er placeret.

Lægelig kompetence

Læger ansat i hoveduddannelsesstilling inden for det ortopædkirurgiske speciale har i løbet af deres ansættelse mulighed for en måneds fokuseret ophold på en rygkirurgisk afdeling. Der afholdes derudover et obligatorisk specialespecifikt kursus i rygkirurgi. De speciallæger der ønsker at blive rygkirurger, kan søge ansættelse som afdelingslæger på en af de ortopædkirurgiske afdelinger der varetager rygkirurgi på et eller flere af de tre funktionsniveauer.

Der er ikke nogen formel uddannelse som speciallæge i rygkirurgi, men målbeskrivelsen er baseret på de 7 kompetencer: medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Internationale forhold

Dansk rygkirurgi markerer sig i stigende grad internationalt; dels i form af deltagelse i organisationen EuroSpine, men også i Scoliosis Research Society. Denne aktivitet vil være stigende de kommende år.

På vegne af Ryginteressegruppen i DOS

26. juni 2011

Benny Dahl

Beskrivelse af fagområdet

Skulder- og albuekirurgi

Baggrund

Fagområdet "Skulder- albuekirurgi" har organiserede sig i det videnskabelige selskab: Dansk Selskab for skulder og Albue kirurg anno 1991. Selskabet har 105 medlemmer og afholder eget årsmøde hvert forår. Selskabet har sendt ansøgning om optagelse i LVS.

Afgrænsning eller definition

Det skulder og albue kirurgiske fagområde omfatter diagnostik, behandling og forskning i lidelser i bevægeapparatet, der lokaliserer sig til skulderbæltet og albueregionen.

Begrundelse

Det skulder & albuekirurgiske fagområde har siden slutningen af 1980'erne udviklet sig betydeligt. Der er i perioden frem til i dag sket en markant stigning i tilgængelige behandlinger og behandlingstilbud. Oprettelse af skulder- og albuekirurgiske enheder i 1990'erne og en samtidig udvikling af det billeddiagnostiske speciale (herunder øget tilgang til scanningsundersøgelser) bidrog til et kvalitativt løft i diagnostik og behandling af række sygdomstilstande. Indførelse af nye bedøvelsesformer og skånsomme operationsteknikker muliggjorde samtidig en omlægning til sammedags kirurgi for en stor del af fagområdets patienter. Den arroskopiske kirurgi har gennemgået en hastig udvikling, hvilket har muliggjort og forfinet en række behandlinger, som tidligere var belastende for patienterne og sundhedssystemet. Der er ligeledes sket en løbende udvikling indenfor protesekirurgien, hvilket har øget spektret af behandlingstilbud og dermed også antallet af patienter, som med fordel kan behandles med skulder- eller albueprotese. Nye højt specialiserede behandlinger har også ført til øget samarbejde med andre fagområder og til samarbejde med andre specialer. Det skulder- og albuekirurgiske fagområde har således et tæt samarbejde med det traumatologiske fagområde omkring de traumatiske skader på ledbånd, sener og muskler, samt komplekse frakturer i skulder og albueled. De reumatologiske og arbejdsmedicinske afdelinger viderehenviser i stort omfang relevante patienter. Desuden har et mangeårigt samarbejde med de fysioterapeutiske afdelinger med speciel kompetence i rehabilitering af skulder og albue lidelser været en vigtig del af behandlingen.

Organisatorisk og strukturel placering

Behandling af skulder- og albuekirurgiske lidelser finder hovedsageligt sted i offentligt regi. Det skulder- og albuekirurgiske fagområde er ifølge specialeplanen nu organiseret på følgende måde:

1. Hovedfunktion

Alle landets 37 ortopædkirurgiske afdelinger varetager skulder- og albuekirurgi på dette niveau. Behandling for afklemningssyndrom i skulderleddet, artrose i acromioclaviculærleddet samt simple rotator cuff-læsioner varetages også i specialelægepraksis og af privathospitaler.

2. Regionsfunktion

Hver region har 2-3 hospitaler som varetager behandlingen af de specialiserede lidelser indenfor fagområdet. Regionsfunktioner indenfor fagområdet fordrer samarbejde med en række øvrige specialer/funktioner, herunder reumatologi og pædiatri ved behandling af børn samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin. Behandling af de specialiserede lidelser varetages desuden af udvalgte privathospitaler.

Rotator cuff rekonstruktion af flere sener:

Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Herlev Hospital, Hillerød Hospital, Køge Sygehus, Holbæk Sygehus, Odense Universitetshospital, Esbjerg Sygehus, AUH Århus Sygehus, RH Horsens, RH Viborg, RH Silkeborg, AUH Aalborg Sygehus, Gildhøj Privathospital, Privathospitalet Mølholm, Parkens Privathospital, PrivatHospitalet Skørping, Viborg Privathospital

Skulderinstabilitet og kontraktur:

Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Herlev Hospital, Hillerød Hospital, Køge Sygehus, Holbæk Sygehus, Odense Universitetshospital, Esbjerg Sygehus, AUH Århus Sygehus, RH Horsens, RH Viborg, RH Silkeborg, AUH Aalborg Sygehus, Gildhøj Privathospital, Privathospitalet Mølholm, Parkens Privathospital, PrivatHospitalet Skørping, Viborg Privathospital

Primær skulderalloplastik på baggrund af degenerativ ledsygdom:

Hvidovre Hospital, Bispebjerg Hospital, Herlev Hospital, Hillerød Hospital, Køge Sygehus, Holbæk Sygehus, Odense Universitetshospital, Esbjerg Sygehus, AUH Århus Sygehus, RH Horsens, RH Viborg, RH Silkeborg, AUH Aalborg Sygehus, PrivatHospitalet Skørping, Viborg Privathospital

3. Højt specialiseret funktion.

De højt specialiserede funktioner varetages af Universitetshospitalerne samt enkelte højt specialiserede regionshospitaler med universitetsfunktioner. Varetagelse af højt specialiserede funktioner i ortopædisk kirurgi sker i et samarbejde med andre specialer: Neurologi med kompetence i klinisk neurofysiologi, klinisk onkologi, plastikkirurgi og neurokirurgi.

Enkelte højt specialiserede behandlinger foretages på et Universitetshospital og evt via samarbejdsaftale på andre Universitets Hospitaler. Behandlingen af hæmofilpatienter, patienter med scapulopexi og plexus brachialis læsioner er eksempler herpå.

Primære og revisions-albuealloplastikker:

Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, AUH Århus Sygehus

Kronisk albueinstabilitet/albuekontraktur:

Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, AUH Århus Sygehus

Kompleks rotator cuff kirurgi – herunder revisionskirurgi og kirurgi med muskeltransposition:

Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, AUH Århus Sygehus

Revisionskirurgi for skulderinstabilitet:

Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, AUH Århus Sygehus

Revisionsskulderalloplastik:

Herlev Hospital, AUH Århus Sygehus

Skulderartrodese

Herlev Hospital, Odense Universitetshospital, AUH Århus Sygehus

Skapulopeksi/skapula crepitans:

Bispebjerg Hospital

Lægelig kompetence

Den generelle uddannelse indbefatter følgende:

Basisuddannelse:

Fase I og II: Introduktionsuddannelse.

Hoveduddannelse:

Fase III: 24 måneders ansættelse som 1. reservelæge ved ortopædkirurgisk afdeling.

Subspecialeuddannelse:

Fase IV: Minimum 24 måneders ansættelse ved Ortopædkirurgisk afdeling med kompetence i skulder- og albuekirurgi på speciallægeniveau, evt. erstattet af ansættelse på sidestillet udenlandsk afdeling.

Hovedfunktion: Første 12 måneder kan foregå på afdeling med hovedfunktion, herefter minimum 12 måneders ansættelse ved afdeling med regionsfunktion.

Regionsfunktion: Første 12 måneder kan foregå på afdeling med hovedfunktion, herefter minimum 12 måneders ansættelse ved afdeling med regionsfunktion/højt specialiseret funktion.

Der foreligger for fagområdet en målbeskrivelse for fase 4 uddannelsen, som i korte træk indbefatter, at den uddannede efter endt uddannelse kan varetage fagområdet selvstændigt på hoved- og

regionsniveau, men der kan være behov for supplerende uddannelse indenfor visse dele af fagområdet, hvis den uddannede skal ansættes på en højt specialiseret enhed.

Kompetencerne indenfor 6 af de 7 lægeroller (kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel) beskrives i målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen, og særlige krav indenfor det skulder- og albuekirurgiske område er beskrevet i målbeskrivelsen for Fase IV uddannelsen.

Dansk Selskab for Skulder- og Albue Kirurgi har etableret et uddannelsesudvalg der tilrettelægger og varetager hoveduddannelsen for kursusreservelæger indenfor fagområdet. Udvalget har uddannelses aktiviteter på alle uddannelsestrin og er med til at sikre en høj faglig standard for selskabets medlemmer.

Forskning

Det ortopædkirurgiske og herunder det skulder- og albuekirurgiske fagområdes forskningsområder spænder meget bredt fra grundforskning til evidensskabende klinisk forskning samt epidemiologisk og sundhedsøkonomisk forskning. I 2004 blev Dansk Skulderalloplastik Register etableret med henblik på at monitorere og udvikle kvaliteten af skulderledsalloplastikker i Danmark.

Internationale forhold

Skulder- og Albue-kirurgi er i såvel Europa som i Nordamerika et selvstændigt fagområde, underlagt det ortopædkirurgiske speciale. Der eksisterer store nationale og internationale selskaber, der udelukkende beskæftiger sig med emnet, såvel som et internationalt engelsk-sproget tidsskrift (Journal of Shoulder & Elbow Surgery), der udgives 6 gange årligt. I Danmark er Dansk Selskab for Skulder & Albue Kirurgi (DSSAK) et selvstændigt selskab med ca. 100 medlemmer.

På europæisk plan er European Society for Surgery on the Shoulder and the Elbow (ESSSE) et veletableret selskab med årlige kongresser og en stærk organisation.

Maj 2011

Bestyrelsen

Dansk Selskab for Skulder- og Albue Kirurgi. (DSSAK)

Beskrivelse af fagområdet Traumatologi

Baggrund

Fagområdet "Traumatologi" har organiseret sig i det videnskabelige selskab: Dansk Ortopædisk Traumeselskab anno 2002. Selskabet har 67 medlemmer, og er medlem af LVS.

Fagområdebeskrivelse

Det traumatologiske fagområde varetager behandlingen af patienter med akut tilskadekomst i bevægeapparatet. Det udgør det største antal patienter indenfor den ortopædiske kirurgi og spænder over et bredt spektrum af læsioner.

Traumatologi kan naturligt opdeles i følgende områder:

Brud og bløddelslæsioner, omfattende frakturer, ligament-, sene-, muskel-, nerve og karlæsioner

Disse omfatter modtagelse og behandling af alle ortopædkirurgiske skader og følgetilstande efter traumer dog ikke operationskrævende rygfrakturer,.

Området omfatter således skader hos børn, håndskader, skader i skulder, albue, knæ og ankel, som afhængig af lokale forhold behandles i samarbejde med relevante fagområder i større eller mindre grad.

Langt de fleste læsioner kan behandles på sygehuse med hovedfunktion, idet særligt komplekse tilfælde konfereres med en højt specialiseret enhed efter behov.

Der findes ingen opgaver der varetages på regionsniveau, men på højt specialiseret niveau varetages:

Intern fiksering af bækken- og acetabulum frakturer

Åbne frakturer Gustillo type IIIB og IIIC og frakturer med større segmentært knogletab (i samarbejde med plastikkirurger)

Kirurgisk behandling af calcaneus- og talus frakturer

Traumecenterfunktion

Fagområdet har ansvaret for modtagelsen af hårdt kvæstede patienter, og skal kunne varetage teamleder rollen ved traumemodtagelsen, herunder klargøring til evt. transport til højt specialiseret enhed.

Der er etableret traumecenter på Level I (højt specialiseret) ved fire afdelinger i landet, Rigshospitalet, Odense Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital samt Aalborg Sygehus. Her modtages

Svært tilskadekomne patienter med anden betydende konkurrerende lidelse eller comorbiditet, typisk med læsioner af mange organer. Der er et tæt samarbejde med flere specialer, herunder thoraxkirurgi, neurokirurgi, abdominalkirurgi, radiologi og anæstesiologi.

Skadestuefunktion

Fagområdet skal sikre et højt fagligt niveau i skadestuebehandlingen i samarbejde med Fælles Akut Modtagelse (FAM), som mange steder vil varetage driften af skadestuen.

Uddannelsesvarighed

Uddannelsen varer som hovedregel 24 måneder, og kan først påbegyndes efter speciallægeanerkendelse i Ortopædisk Kirurgi, eks. kompetencer opnået ved ansættelse i udlandet etc. Vurderes i hvert enkelt tilfælde, uddannelsen er som hovedregel kompetencestyret

Funktion på hovedfunktionsniveau.

kræver at min 6 ud af de 24 måneder foregår på højt specialiseret niveau, den resterende tid kan foregå på hovedfunktionsniveau, på en enhed hvor der findes fagområdespecialister i traumatologi som kan varetage uddannelsen.

Funktion på højt specialiseret niveau

kræver at 18-24 måneder foregår på et højt specialiseret niveau, de første 6 måneder kan foregå på hovedfunktionsniveau, under samme vilkår som ovenfor.

Uddannelsessted:**Erhvervelse af kompetencer på hovedfunktionsniveau**

kræver at der på afdelingen findes speciallæger som er traumatologisk uddannede på niveau mindst svarende til at varetage hovedfunktionsniveau. Desuden bør afdelingen have et volumen af patienter der sikrer den fornødne rutine.

Erhvervelse af kompetencer på højt specialiseret niveau

kræver ansættelse ved en afdeling som varetager de højt specialiserede opgaver indenfor fagområdet, og som har tilstrækkeligt både volumen af patienter med disse skader, og har tilstrækkeligt antal uddannede fagområdespecialister i traumatologi som varetager de højt specialiserede funktioner.

Som det er i øjeblikket vil de fire universitetsafdelinger kunne tilbyde uddannelsen såfremt der opslås afdelingslægestillinger, disse afdelinger bør tilstræbe at der altid er mindst en til to afdelingslæger under uddannelse, og at der er en vis udskiftning således at der konstant produceres fagområdespecialister i traumatologi, og således at de som uddannes til at varetage hovedfunktion har mulighed for mindst 6 måneders ansættelse på en højt specialiseret afdeling.

Da et eller flere af de områder som naturligt, og i henhold til specialeplanen hører under traumatologien, på visse afdelinger kan være varetaget af et andet fagområde, bør man sikre sig altid gældende samarbejdsaftaler således at en fuld traumatologisk uddannelse altid kan tilbydes.

Den medicinske ekspertrolle. (medicinsk ekspert, professionel, samarbejder)**Hovedfunktionsniveau**

Efter endt fagområdeuddannelse og ansættelse på en enhed med hovedfunktionsniveau forventes fagområdespecialisten, evt. i samarbejde med kolleger på samme afdeling at kunne varetage hele patientforløbet fra modtagelse over diagnostik, initial og definitiv behandling og rehabilitering, incl. evt. behandling af komplikationer, for nedenstående lidelser:

Fagområdespecialisten forventes at have stor erfaring i frakturbehandling som anført under hoveduddannelsen til ortopædkirurg. Herudover at kunne håndtere:

Simple og komplekse frakturer omkring skulder, overarm og albue, inkl. kraveben

Simple og komplekse peri- og intra artikulære frakturer omkring knæled og ankelled

Modtagelse og primær stabilisering af mono og multitraumer, udredning og klargøring til evt. transport til højt specialiseret enhed. Herunder ekstern fiksatoren af bækkenfraktur og bækkenpakning (i samråd med den højt specialiserede enhed.)

Primær stabilisering (ekstern fiksatoren, bandager) af kominutte frakturer med større knogle eller bløddelstab, samt talus- og calcaneus frakturer, herunder udredning og henvisning til højt specialiseret enhed.

Højt specialiseret niveau

De kompetencer som forventes opfyldt, er som udgangspunkt de samme som kræves til hovedfunktionsniveau, herudover tillægges en række særlige kompetencer som varetages på den højt specialiserede enhed.

Efter endt fagområdeuddannelse og ansættelse på mindst en enhed med højt specialiseret funktion forventes fagområdespecialisten, evt. i samarbejde med kolleger på samme afdeling at kunne varetage hele patientforløbet fra modtagelse over diagnostik, initial og definitiv behandling og rehabilitering, inkl. evt. behandling af komplikationer, for nedenstående lidelser:

Talus fraktur

Calcaneus fraktur
Bækken frakturer
Acetabulum frakturer
Åbne frakturer med betydeligt bløddels og knogletab (Gustillo IIIB og IIIC)
Særligt komplekse skader/frakturer henvist fra hovedfunktionsniveau
Modtagelse og behandling af traumepatienter med betydelig comorbiditet

Administrative kompetencer: (administrator) (sundhedsfremmer)

Man forventes at kunne varetage ledelse på højt niveau i behandlings og teamsammenhæng, være leder for mindre dele af en afdeling, evt. personaleledelse i mindre omfang, daglig ledelse af sektoren ved behov. faglig ansvarlig for dele af det traumatologiske område, inkl. udfærdigelse af instrukser og behandlingsvejledninger.

Teoretisk viden: (medicinsk ekspert)

Man forventes at læse og følge med i relevant traumatologisk litteratur på internationalt niveau, man forventes at være bekendt med den nyeste viden indenfor behandling af de områder som varetages i enheden.

Deltagelse i kongresser og kurser:

Det forventes at man deltager aktivt i både nationale og internationale kongresser og kursusaktivitet både som deltager og underviser, ovenstående selvfølgelig afhængigt af interesseområder og forskningsaktivitet

Supplerende teoretisk uddannelse.

Som fagområdespecialist indenfor traumatologi forventes det at man har gennemført mindst:

Et kursus i traumemodtagelse på højt niveau, f.eks. ATLS kursus eller tilsvarende niveau

Et kursus i avanceret frakturbehandling på højt niveau, f.eks. AO Advanced eller lignende kurser/symposier i frakturbehandling på internationalt niveau

Forskningsaktivitet: (akademiker)

Det forventes at man bakker op om og deltager i afdelingens forskningsprojekter, endvidere at man deltager/bidraget særligt i traumatologisk forskning, og rapportere resultater, herunder støtter og vejleder yngre kolleger i mindre afgrænsede projekter.

Man forventes endvidere at deltage i relevante databaser med indrapportering

Undervisning og vejledning: (kommunikator)(sundhedsfremmer)

Man forventes at deltage i såvel den prægraduate som den postgraduate undervisning, og deltage aktivt i afdelingens undervisning, i praksis vil en endog meget stor del af ens operative aktivitet kunne være supervisionsoperationer med yngre kolleger under speciallægeuddannelsen.

Man forventes at være vejleder for yngre kolleger og afholde samtaler, samt være ansvarlig for dokumentation heraf, med reference til den uddannelsesansvarlige overlæge.

Dokumentation:

Operativ aktivitet dokumenteres med en opdateret operationsliste

Kursus- og kongres aktivitet dokumenteres med angivelse af navn, sted og tidsrum og evt. CME værdi

Videnskabelig aktivitet dokumenteres med angivelse af foredrag og artikler

Bestyrelsen DOT, juni 2011