

SundK's visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab har været i høring fra den 3. – 19. juni 2026.

Indholdsfortegnelse	Side i PDF-fil
Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)	Side 2
Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi (DSPR)	Side 6
Region Nordjylland, Aalborg Universitetshospital	Side 7
Region Nordjylland, praksiskonsulent for plastikkirurgi (NordKap)	Side 8
Region Midtjylland, endokrinologer	Side 10
Region Midtjylland, afdeling for Plastik- og Brystkirurgi på Aarhus Universitetshospital	Side 12
Region Syddanmark	Side 14
Region Hovedstaden og Region Sjælland (fælles høringssvar)	Side 16
Sundhedsstyrelsen	Side 19
Sundhed Danmark	Side 21

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab

Organisation / høringspart: DSAM / Dansk Selskab for Almen Medicin

Kontaktperson: Mireille Lacroix

E-mail: dsam@dsam.dk

Overordnede bemærkninger

Fx generelle kommentarer, implementering, målgruppe mv.

DSAM støtter ønsket om nationale og ensartede visitationskriterier for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab.

DSAM finder imidlertid, at visitationsretningslinjen flere steder placerer specialiserede plastikkirurgiske vurderinger i almen praksis. Retningslinjen indebærer dermed ikke blot en henvisningsopgave, men også en omfattende prævisitation, hvor praktiserende læger forventes at foretage vurderinger, der traditionelt hører hjemme i plastikkirurgisk regi.

DSAM anbefaler derfor, at retningslinjen tydeligere afgrænser henvisende læges rolle til beskrivelse af vægttab, vægtstabilitet, funktionelle gener og relevante helbredsoplysninger, mens specialespecifikke vurderinger af hudoverskud, anatomiske mål, pinch og operative kriterier foretages af plastikkirurgiske speciallæger.

Der er tale om en patientgruppe, som almen praksis ser relativt sjældent. Derfor er det vanskeligt at opbygge og vedligeholde kompetencer i de detaljerede måle- og visitationskriterier. Risikoen er, at henvisninger afvises på formelle forhold fremfor på baggrund af patientens reelle behov.

DSAM finder det positivt, at der er udarbejdet en piximodel, som kan understøtte ensartet visitation. DSAM anbefaler, at piximodellen opdeles i en del målrettet henviseren/almen praksis og en del vedrørende plastikkirurgisk vurdering. I den pixi, der vedrører almen praksis, kan man indsætte Figur 2.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
Quickguide/ piximodel	DSAM finder piximodellen anvendelig, men anbefaler, at der udarbejdes <u>en</u> pixi for henviser/almen praksis og <u>en</u> pixi for plastikkirurgisk regi. Kriterier som ASA pinch og detaljerede anatomiske målinger bør fremgå af den plastikkirurgiske pixiversion. (fx alt der er markeret med * under "kontraindikationer" og hele afsnit D: Betydeligt hudoverskud). Almen praksis kan ikke forventes at levere præcise mål.

4.1.1 Vægttab og vægtstabilitet	Hvad er en lægeregistreret vejning? Vejninger i forbindelse med medicinsk vægttab foretages hovedsageligt af praksispersonale. Vi foreslår, at man skriver "klinikregistreret vejning". Kravet om to lægeregistrerede vejninger med 12 måneders mellemrum giver praktiske udfordringer. I værste fald skal patienten vente 12 måneder på en ny vejning efter den første henvendelse. Det anbefales derfor, at patienter ikke bare oplyses om mulighederne for plastikkirurgisk korrektion ved bariatrisk kirurgi, men også informeres om kravet om dokumentation for vægttab. Derudover er det uklart, om to vejninger ved 0 og 12 måneder er tilstrækkeligt, når der samtidig stilles krav om begrænsede vægtudsving gennem hele "perioden". Hvilken periode er der tale om?
4.1.1. Pan- nikulektomi	Undtagelsen fremgår kun af teksten, ikke af pixien. Forskellige vægtkrav kan forvirre og gøre, at patienten ikke modtager det tilbud, som vedkommende har mulighed for. Undtagelsen bør nævnes i pixien.
4.1.3 Betydeligt hudoverskud	De anatomiske mål og vurderinger er specialespecifikke og vanskelige at reproducere i almen praksis. DSAM anbefaler, at almen praksis alene foretager en overordnet beskrivelse af hudoverskud og funktionelle gener, mens præcise opmålinger foretages i plastikkirurgisk regi. I figur 2 om indhold i henvisningen står der i øvrigt blot "beskrivelse af hudoverskud i den specifikke anatomiske region". Det er et fint og realistisk krav.
4.1.4 Metabolisk stabilitet	Begrebet metabolisk stabilitet er utilstrækkeligt defineret. Det fremgår ikke, hvilke konkrete blodprøveafvigelseser der kan accepteres, eller hvilke der bør føre til udsættelse af henvisning. DSAM foreslår, at det kun er behandlingskrævende tilstande, der er en kontraindikation for henvisning (fx hyperkolesterolemie, hypercalcæmi, klinisk myxødem, manifest B12 mangel). Det anbefalede blodprøveprogram er omfattende. DSAM efterlyser en tydeligere faglig begrundelse for det omfattende blodprøveprogram og for hvilke fund, der konkret skal føre til udsættelse af henvisning eller operation.

	Vi har også svært ved at forstå kravet om gentagelse af samtlige blodprøver efter blot 3 måneder. Kravet kan medføre et stort ressourceforbrug uden dokumenteret gevinst. DSAM anbefaler, at man søger vejledning om dette afsnit fra en speciallæge i klinisk biokemi.
4.1.5 Kontra-indikationer	ASA ≥ 3 anføres som absolut kontraindikation. ASA-klassifikation anvendes primært i anæstesiologisk og kirurgisk regi og fastsættes aldrig i almen praksis. DSAM anbefaler, at ASA-klassifikation bør vurderes i anæstesiologisk eller plastikkirurgisk regi og ikke bør indgå som et forventet vurderingspunkt for den henvisende læge.

Implementering

Vurdering af implementerbarhed

Potentielle barrierer

Dokumentet lægger reelt op til, at praktiserende læger skal fungere som prævisitatorer til en højt specialiseret plastikkirurgisk vurdering, og det i sig selv kan være en overordnet barriere, som kan hæmme implementerbarheden. Almen praksis ser relativt få patienter med behov for plastikkirurgisk korrektion, og det er derfor svært at opnå rutine. De detaljerede krav vil kunne føre til mange afviste henvisninger.

Manglende kapacitet i almen praksis kan være en anden barriere. Der lægges en betydelig forvisitationsopgave ud i almen praksis, samtidig med at almen praksis, jævnfør opgavebeskrivelsen, tilføjes en række andre nye opgaver.

Forslag til understøttelse

DSAM finder det vigtigt, at visitationsretningslinjen understøtter en klar arbejdsdeling mellem almen praksis og plastikkirurgisk regi. Henvisningskriterierne bør afspejle de vurderinger, som med rimelighed kan forventes foretaget i almen praksis, mens specialespecifikke vurderinger fortsat bør foretages af speciallæger i plastikkirurgi. Visitationsretningslinjen bør derfor ikke medføre, at almen praksis pålægges en ny specialiseret prævisitationsopgave.

Der bør være 2 forskellige pixiversioner en målrettet henviser/almen praksis og en målrettet plastikkirurgerne, jf. kompetencer.

Vi foreslår revurdering af blodprøvekrav.

Vi foreslår revurdering af vejningskrav.

Vi foreslår, at undtagelsen inkluderes i Pixien (BMI >34 og pannikulektomi).

Øvrige bemærkninger

Herunder hvis retningslinjen ikke giver anledning til kommentarer

Organisation / høringspart: Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi

Kontaktperson: Lene Birk-Sørensen, Formand for DSPR

E-mail: l.birksoerensen@rn.dk

Overordnede bemærkninger

Bestyrelsen for Dansk Selskab for Plastik og Rekonstruktionskirurgi (DSPR) takker for tilsendelse af høringsudgaven af den nationale visitationsretningslinje vedr. håndtering af patienter der har opnået et massivt væggtab.

Der har i processen med DSPRs revision af Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje fra 2013 vist sig at være et stort behov for at der skelnes mellem rent faglige evidensbaserede forhold og prioritering af ressourcer i Regionerne. Derfor hilser DSPRs bestyrelse dette initiativ velkommen, med denne visitationsretningslinje som den første SundK har stået for.

Arbejdet med visitationsretningslinjen har været konstruktivt, hvor både økonomiske vurderinger og faglig rådgivning fra både plastikkirurger, endokrinolog, kirurg, almen praksis og ikke mindst patientperspektiv er medtaget.

Vi ser således frem til at visitationsretningslinjen implementeres i regionerne til hjælp for en ensartet behandling af væggtabspatienter på tværs af regioner.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
Ordliste	Pinch er antal centimeter mellem to fingre der kniber omkring hud og underliggende fedt

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt væggtab

Organisation / høringspart: Aalborg Universitetshospital

Kontaktperson: Kontorchef Charlotte Wiig Allerød og specialkonsulent Lena May Østergaard

E-mail: cwa@rn.dk og lemao@rn.dk

Overordnede bemærkninger

Vi har set frem til resultatet af arbejdet med den nye visitationsretningslinje og er positive overfor, at der nu foreligger et tydeligt grundlag til at understøtte den faglige vurdering, så patienterne, der har det største behov (funktionelt og helbredsmæssigt), kan blive opereret på de offentlige hospitaler.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
3 Visitationsforløb	Det er på Aalborg Universitetshospitals prioriteret, at patienter til plastisk korrektion visiteres inden for 30 dage. Hvis der fremadrettet opstår en situation - hos os eller på andre hospitaler - hvor dette ikke er muligt, kan det være svært at se, hvilke handlemuligheder der er.
6 Implementering og opfølgning	Vi er klar til at sætte implementeringen i gang på Aalborg Universitetshospital, men opfordrer samtidig til, at SundK (som der også ligger op til i afsnit 6.3) følger løbende op på, om formålet for visitationsretningslinjen opnås.

Implementering

Vi forventer, at der vil være implementeringsudfordringer, da formålet med visitationsretningslinjen netop er at rette op på det utilsigtede skred i indikationen for behandling, mens der samtidig skeles til optimal ressourceudnyttelse.

I lyset heraf vil det være vigtigt at fortsætte dialogen mellem regionerne, fordi den regionale variation gerne skal udlignes/elimineres.

Øvrige bemærkninger

Herunder hvis retningslinjen ikke giver anledning til kommentarer

Høringsskabelon

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab

Organisation / høringspart: Praksiskonsulent for plastikkirurgi Nordkap, praktiserende læge

Kontaktperson: Jeanette Fjerbæk Sørensen

E-mail: soerensenjeanette@gmail.com

Overordnede bemærkninger

Fx generelle kommentarer, implementering, målgruppe mv.

Overordnet set er det fornuftigt at ensrette visitationsretningslinjerne for henvisning og behandling. Det er uhensigtsmæssigt når der er forskellige forhold i de forskellige regioner og det er op til den enkelte praktiserende læges viden om et specifikt tilbud i en anden region der afgør om en patient kan få en specifik behandling.

Quickguiden er overskuelig og giver et hurtigt og godt overblik.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
Quickguide	"Der henvises til en anatomisk region ad gangen" Det kan forstås således at hvis man ønsker operation af flere områder skal den praktiserende læge lave flere henvisninger samtidig men på hver sin region. Måske skulle man lave en note om at der kun kan henvises til en anatomisk region da der er behov for restitutionsperiode (ligesom uddybningen i afsnit 3.1)
Afsnit 3	Som praktiserende læge kan det være vanskeligt at vurdere hvilken anatomisk region der giver mest mening at operere først, såfremt patienten opfylder kriterier for operation på flere anatomiske regioner. Det kunne være hensigtsmæssigt man kunne henvise med flere anatomiske regioner på samme henvisning, men at plastikkirurgen vurderer hvilken man starter med. Det er uhensigtsmæssigt at man henviser til operation for overskydende maveskind, men at det vurderes at det er mere hensigtsmæssigt med anden region, hvorfor patienten må tilbage til egen læge for at lave ny henvisning.
Afsnit 4.1.5	Absolutte kontraindikationer ASA3, er ikke en score vi bruger i almen praksis og vi kan således ikke vurdere det. Skal vurderes ved kirurg eller anæstesi.
Afsnit 4.1.6	Indhold i henvisning: bariatrisk kirurgi Tilstrækkeligt med årstal og type (ex 2020, Gastric Bypass). Den præcise dato og hvilket hospital kan være ganske svært i nogle tilfælde at finde (specielt operationer i privat regi eller udlandet).
Afsnit 5.1	Metabolisk stabilitet. Det skal så vidt muligt undgås at man tager nye blodprøver på helt stabile patienter grundet krav om max 3 mdr. Det må være en klinisk vurdering fra plastikkirurgisk afdeling om der er behov for at gentage en blodprøve også ud over de tre måneder.

Implementering

Vurdering af implementerbarhed

*Potentielle barrierer**Forslag til understøttelse*

Der foreligger allerede forløbsbeskrivelser for området i Region Nordjylland, og retningslinjen vil fint kunne indgå i denne.

Potentielle barriere er at denne patientgruppe er relativ lille for den enkelte praktiserende læge og dermed kendskabet til kriterierne. Det er et godt redskab med billederne til at understøtte.

Øvrige bemærkninger*Herunder hvis retningslinjen ikke giver anledning til kommentarer*

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab

Organisation / høringspart: Endokrinologer, Region Midtjylland

Kontaktperson: Christian Trolle

E-mail: Christian.Trolle@midt.rm.dk

Overordnede bemærkninger

Vi bakker overordnet op om ønsket om en landsdækkende, ensartet og gennemsigtig visitationspraksis for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab. Det er vigtigt, at patienterne vurderes efter klare kriterier, og at der sikres rimelig ensartet adgang på tværs af regioner.

Kriterierne bør imidlertid være entydigt fagligt begrundede og proportionalt udformede. De bør ikke fremstå som indirekte økonomistyring gennem faste afskæringsregler, der ikke tager tilstrækkeligt hensyn til klinisk variation, funktionelle gener og metabolisk/ernæringsmæssig stabilitet.

Det er positivt, at indikationen fortsat skal bero på en individuel, lægefaglig helhedsvurdering, og at patientens fysiske gener indgår centralt. Dette princip bør styrkes i teksten, så faste grænseværdier ikke i praksis kommer til at erstatte den kliniske vurdering.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
4.1.1 Vægttab/vægtstabilitet	Kravet om vægttab på mindst 15 BMI-point bør ikke stå alene. En del patienter opereres bariatrisk ved BMI under 40 på grund af betydende følgesygdomme. For disse patienter kan et krav om 15 BMI-point være uforeneligt med metabolisk stabilitet eller indebære en meget lav slutvægt, selv om patienten har opnået et særdeles tilfredsstillende relativt vægttab og har betydende hudoverskud med fysiske gener. Vi foreslår derfor, at kriteriet suppleres med et fagligt begrundet alternativ, fx ≥ 70 % excess weight loss/excess BMI loss eller en individuel vurdering ved aktuelt acceptabelt BMI, dokumenteret stort relativt vægttab og betydelige fysiske gener. Kravet om 12 måneders vægtstabilitet bør revurderes. Efter især gastrisk bypass ses fortsat vægttab mellem 12 og 24 måneder hos en del patienter. Et absolut krav om 12 måneders stabilitet kan derfor forhindre henvisning ved endokrinologisk slutamtale og skabe unødige forsinkelser og genhenvisninger. Vi foreslår 6 måneders vægtstabilitet eller mulighed for henvisning ved dokumenteret stabiliserende vægtforløb omkring 18-24 måneders opfølgningen.
4.1.4/5.1 Metabolisk stabilitet	Vi er enige i, at patienten skal være ernæringsmæssigt og metabolisk optimeret før kirurgi. Blodprøvekravene bør dog målrettes parametre med reel betydning for operationsrisiko, sårheling og postoperativ forløb. Det bør præciseres, hvilken plastikkirurgisk relevans fx erythrocytter, MCH/MCHC, B12-mangel-diagnostik ved sufficient B12-status og flere organmarkører har for vurderingen. Hvis prøverne fastholdes, bør der angives tydelig faglig begrundelse og gerne tærskler for, hvornår afvigelser er relevante. Det bør samtidig fremgå tydeligt, at kendte, stabile og klinisk irrelevante afvigelser ikke i sig selv skal medføre afvisning eller krav om gentagne blodprøver. Krav om metabolisk stabilitet har tidligere været en praktisk barriere for henvisning. Det er positivt, at zink ikke fremgår som obligatorisk blodprøve. Dette princip bør fastholdes generelt: obligatoriske prøver bør have klar klinisk relevans for indgreb, sårheling eller perioperativ risiko.
3.1-3.2, 5 og 4.1.5	En anatomisk region ad gangen. Mange patienter efter massivt vægttab har generaliseret hudoverskud. Det bør præciseres, at plastikkirurgen ved første fremmøde foretager en helhedsvurdering og rådgiver om samlet prioritering af relevante regioner, selv om der kun stilles indikation for ét indgreb ad gangen. Herved undgås fragmenterede forløb med gentagne henvisninger uden samlet plan. Alder og skærpede kriterier. Det bør præciseres, om der gælder særlige aldersrelaterede kriterier. Hvis alder ikke er et selvstændigt kriterium, bør det fremgå tydeligt, at vurderingen beror på funktionsniveau, komorbiditet, ASA, forventet udbytte og operationsrisiko frem for kronologisk alder.

Implementering

Vurdering af implementerbarhed

Retningslinjen kan bidrage til mere ensartet henvisningspraksis, hvis kriterierne gøres praktisk anvendelige og fagligt begrundede. Implementeringen bør understøttes af en kort vejledning til henvisende læger og konkrete eksempler på patienter, der opfylder eller ikke opfylder kriterierne.

Potentielle barrierer

- Faste afskæringskriterier kan udelukke patienter med klinisk betydende gener trods godt relativt vægttab.
- Krav om 12 måneders vægtstabilitet kan vanskeliggøre henvisning ved endokrinologisk afslutning efter bariatrisk kirurgi.
- Omfattende blodprøvekrav uden tydelig klinisk relevans kan skabe unødige administrative barrierer.
- Krav om én region ad gangen kan give fragmenterede forløb, hvis der ikke samtidig laves en samlet plan.

Forslag til understøttelse

- Supplér 15 BMI-point med alternativt vægttabskriterium, fx excess weight loss/excess BMI loss.
- Overvej 6 måneders vægtstabilitet eller henvisning ved dokumenteret stabiliserende forløb.
- Præcisér hvilke blodprøver der er nødvendige, hvorfor de er nødvendige, og hvilke afvigelse der er klinisk relevante.
- Beskriv, at plastikkirurgisk vurdering bør munde ud i en samlet prioriteringsplan for relevante regioner.

Øvrige bemærkninger

Vi anbefaler, at retningslinjen efter implementering monitoreres med fokus på, om bestemte patientgrupper utilsigtet udelukkes fra vurdering. Det gælder især patienter opereret bariatrisk på grund af komorbiditet ved lavere start-BMI, patienter med stort relativt vægttab men under 15 BMI-point, samt patienter hvor kravet om 12 måneders vægtstabilitet forsinker henvisning uden klar klinisk gevinst.

Samlet anbefaler vi, at retningslinjen justeres, så den i højere grad understøtter individuel faglig vurdering og proportional dokumentation frem for faste kriterier, der kan virke ekskluderende uden tilstrækkelig faglig begrundelse.

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt væggtab

Organisation / høringspart: Afdeling for Plastik- og Brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital

Kontaktperson: Nina Vestergaard Hyttel, AC-fuldmægtig

E-mail: niaped@rm.dk

Overordnede bemærkninger

Fx generelle kommentarer, implementering, målgruppe mv.

Overordnet set håndgribeligt og konkret. Især illustrationerne er meget brugbare.

Fint med det højdedifferentierede skema (ss. 25)

I forbindelse med, at retningslinjen ligger op til, at belt lipektomi ikke skal tilbydes i offentligt regi, har vi et spørgsmål, der gerne må besvares i den endelige udgave:

- Hvis både kravene til gluteal og abdominal regionen opfyldes, skal man så opereres to gange eller kan en belt lipektomi (cirkulær proces) tilbydes? Dette vil, efter vores vurdering i det fleste tilfælde, være fordelagtigt for både patient og sundhedsvæsen.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
s. 23	Figur 8: Illustrationen er af en stående person, men beskrivelsen skriver "siddende stilling" (Står også nævnt på s. 10) Det kan med fordel tydeliggøres, hvordan man skal vurdere den gluteale region. I teksten står der "folder i siddende stilling" - skal det forstås som folder op i lumbar-regionen i siddende stilling?

Implementering

Kræver ny praksis for de praktiserende læger - her ligger et oplysnings- og implementeringsarbejde.

Øvrige bemærkninger

Herunder hvis retningslinjen ikke giver anledning til kommentarer

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt væggtab

Organisation / høringspart: Region Syddanmark

Kontaktperson: Eva Gad Søndergaard

E-mail: egs@rsyd.dk

Overordnede bemærkninger

Region Syddanmark takker for muligheden for at give input til høringen.

Overordnet set er høringsudkastet velmodtaget i regionen, hvor behovet for en opdatering af visitationsvejledningen længe har været efterspurgt.

Således har man oplevet et behov for opstramning og præcisering kriterierne.

Processen for udarbejdelsen af vejledning har været en god, hvor både det lægefaglige selskab for plastikkirurgi og plastikkirurgien fra de enkelte regioner har været repræsenteret.

Der har været gode drøftelser på tværs af vægtningen mellem kirurgisk tilbud, patientgruppens behov og den samlede økonomi. Specielt input fra en repræsentant fra endokrinologien, som har ansvar for overvægt og væggtab, almen praksis og patientforeningen Adipositas har været nyttige i udarbejdelsen af dette udkast.

Det er vurderingen, at visitationsretningslinjen er til at implementere ift. alle perspektiver inkl. at modvirke et nyt skred i indikation for korrektion af hudoverskud, så tilbuddet er rettet mod de mennesker, som har et reelt behov og hvor indgreb understøttes af data.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
Side 4	Praktiserende læger vil støtte sig til Quickguiden alene i en travl hverdag, denne ønskes præciseret yderligere. Tilføjelse er markeret med rødt i nedenstående. Under "Henvvisning til vurdering..." Patienten skal som minimum opfylde ALLE kriterier... Under pkt B: Nedsat funktionsevne/fysisk begrænsning i forhold til jævnaldrende Under pkt D: Højde korrektion bør nævnes for egen læge se bilag 2
Side 8	Under pkt 3.2 vedr. at henvisning ikke garanterer indkaldelse til FUS, hvis ikke indgangskriterier er opfyldt. Dette kan med fordel også fremgå at Quick guiden (obs afviste henvisninger).
Side 12	Figur 2 Medicinstatus (opdateret og ajourført FMK)
Side 15	Abdomen – kolonnen med særlig opmærksomhed

Der efterspørges en bedre beskrivelse af baggrunden for ikke at foretage belt lipektomi. Der mangler faglig præcisering i forhold til alle de andre anatomiske regioner, som er meget rigt illustreret med både tegninger og mål i visitationsretningslinjen.

Implementering

Økonomiske forhold

Der ønskes en national monitorering.

Det er vigtige, at dette område ikke prioriteres på bekostning af andre grupper inden for speciales.

Øvrige bemærkninger

Der bør lægges en plan for evaluering og fremtidig opdatering af retningslinjen, således at der ikke igen går 13 år før den revurderes.

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab

Organisation / høringspart: Region Hovedstaden og Region Sjælland

Kontaktperson:

E-mail:

Overordnede bemærkninger

Den reviderede visitationsretningslinje har været i høring i det sundhedsfaglige råd for Plastik- og Mammakirurgi i Region Østdanmark og på hhv. Sjællands Universitetshospital i Roskilde og Herlev og Gentofte Hospital, som er de to hospitaler, som varetager behandlingsopgaven i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Bemærkninger til visitationsretningslinjen sendes samlet for de to østdanske regioner.

Tak til SundK for arbejdet med at få en visitationsretningslinje i hus.

Vi er generelt positive og glade for den grundige beskrivelse af området. Det værdsættes også, at der meldes klart ud om, at retningslinjen også afgrænser populationen af hensyn til ressourcer.

Vi har noteret os stramning i forhold til, at der nu skal være min. 12 mdr. med vægtstabilitet. Det kommer bl.a. til at betyde, at vi først kan vurdere effekten af ændringerne om min. 12 mdr., da dem som ellers ville være klar til henvisning nu jf. tidligere regler, må vente yderligere 6 mdr. og vi må forvente en vis stilstand i perioden indtil da.

Vi har også noteret os nogle vilkårlige angivelser af hudforandringer i forhold til cm-mål, overhæng mv. som lægger op til tilfældige skøn. Kravene er strammet i forhold til gældende retningslinjer af ressourcehensyn som ovenfor nævnt. Vi vurderer, at det bliver ganske få patienter, som kommer til at opfylde kriterierne for hudreduktion på arme, ben, bryster og overkrop. Lidt flere vil kunne tilbydes mave-plastik, og det vil også være en god prioritering for de fleste patienter.

Der er en bekymring for at vurderingsbehov med stigende antal af patienter kan udfordre udredningskapaciteter på hospitalsniveau.

Det er derfor meget vigtigt, at der foretages monitorering og audits, og vi opfordrer til nationale mål, så ensartet visitation og behandling sikres.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
Side 1 Indeksering	<i>MWL-kirurgi, postbariatrisk kirurgi, korrektion af hudoverskud efter massivt vægttab.</i> Kropskonturkirurgi bør ikke anvendes, da det anvendes i kosmetiske sammenhænge (vil skabe forvirring)
Side 5 afsnit 2.2. formål:	Sidste afsnit: foreslår at man rykker " planlæggere og beslutningstagere " enten frem i sætningen eller til slut, for disse deltager ikke i henvisning, udredning og behandling.

Side 8, sidste afsnit i 3.1	Det er uhensigtsmæssigt, at pt. skal tilbage til egen læge for at blive henvist til nr. 2 eller senere indgreb. Det er ikke fornuftig brug af ressourcer. Der er et forløb hos plastikkirurgen. Vi noterer os, at der står "som udgangspunkt" og antager, at det giver luft til at den enkelte afdeling selv beslutter dette. Her i Region Østdanmark giver det ikke mening. I den sammenhæng bør det også stå det enkelte behandlingssted frit for at bedømme hele patienten ved 1. besøg. Skrive op til indgreb nr. 1 og såfremt der efter 3-6 mdr. fortsat er indikation, så gå videre med kropsregion 2.
Side 8, afsnit 3.2	Det er optimalt, hvis den henvisende læge kan informere om, at der kun stilles indikation for et indgreb ad gangen, så patienten er forberedt. Men det kan ikke forventes. Vi foreslår at den sætning ændres f.eks. til "Derudover kan den henvisende læge med fordel forberede patienten på, at der kun stilles..... osv."
4.12 Fysiske gener	I udkastet er faglig vurdering af patienternes gener vedr. hudproblemer fjernet. Det er nu udelukkende patientens oplevelse af gener (smerter, sår, eksem, fugt, lugt) der indgår. Det vil være hensigtsmæssigt, at disse gener på henvisningen skal være læge/fagperson dokumenteret. Patienterne skal være vægtstabile i over et år, så der skulle være god tid til denne dokumentation
4.1.3	Betydeligt hudoverskud i glutealregionen: Svært at bedømme om huden folder i siddende stilling. Kan det forklares?
4.1.4 Metabolisk stabilitet	Fra praksiskonsulent i SFR anføres: Vi anbefaler at cobalamin(B12), folat, 25-OH-D-vitamin samt ferritin slettes fra profilen medmindre det menes at en screening for mangeltilstande altid er indiceret i denne patientgruppe. Feks D-vitamin bør kun måles hos patienter jvf sundhedsstyrelsens indikationer for D-vitamin måling. Vi anbefaler at som minimum zink slettet fra profilen og kun rekvireres ved særligt behov og mistanke om zinkmangel f.eks. hos veganere. I almen praksis bruger vi ikke samme blodprøvepakker som i sekundærsektoren. Så implementeringen/ændringen er vidtrækkende. Det er oftest bedst at specialblodbrøve rekvireres af ordinerende læge. Kommentar til dette fra HGH: Der er indikation for screening både for cobalamin og 25-OH-D-vitamin hos patienter, som har gennemgået gastric bypass, da man inducerer en malabsorptionstilstand, og disse pt. er ikke sjældent dys-regulerede. Vi ønsker tillige måling af zink af samme årsag.
5 Vurdering af indikation i plastikkirurgisk regi	Vi gør opmærksom på, at Danish Scale ikke kan eller skal anvendes til at stille indikation ud fra. Det er et visuelt kommunikationsværktøj, som kan hjælpe til sværhedsgradering og operationsplanlægning. Vi bifalder, at skalaen bilægges. Og ordlyden udsiger ikke, at Danish Scale skal anvendes som indikation.
Vedr. fotodokumentation	HGH: (OG SUH?) Vi anvender altid fuld-krops billeder efter standard, og det har stor betydning for planlægning af indgreb. Vil derfor gerne ændre teksten, så den rummer mulighed for lokale valg. Der kan blot stå, at fotodokumentation er nødvendig. Eller hvis man vil have mere tekst: Fotodokumentation af patienten eller den specifikke anatomiske region. Vi anvender ofte fotos til at vurdere genhenvisninger, og det kan spare besøg, hvis det er evident, at der ikke er indikation.
5.1 metabolisk stabilitet	Hvis patienten har fået foretaget gastric bypass eller tidligere har haft manglende stabilitet, kan der være behov for blodprøver som ikke tages mere end 4 uger før operationen.

5.2. kriterier ved forskellige anatomiske regioner	Hudoverskud på arme vurderes bedst bagfra, og med pt. i "hurra-stilling"- så overarmen er oppe i 90 grader i forhold til kroppen. (Figur 10 er forfra og ikke helt løftet til 90 grader). Vedr. thorax hos mænd: uklart om der kræves både at man kan fjerne 13 cm væv OG at NAC er medialiseret. Hvis det er tilfældet, så foreslås det at skrive sidstnævnte først.
7. Ordliste	NAC betyder blot nipple-areola-complex. BMI point er kg/m ² så skriv kald det hellere tab i BMI point – så passer forklaringen. Pannus = overhængende <i>mavefold</i> efter vægttab Og Pannikulektomi er fjernelse af hud og fedtoverskud ved afskæring af mavefold "plastikkirurgisk korrektion" = kirurgi til fjernelse af hudoverskud og funktionelle gener. Det er en sær sammenblanding. Dels omfatter det kun korrektion i denne retningslinje – plastikkirurgisk korrektion er meget mere end dette, og dels skal der ændres lidt i sætningen. Foreslår i stedet: plastikkirurgisk korrektion i denne retningslinje = Operation for hudoverskud. Pinch: er ikke hvor meget hud/fedt der kan løftes, men hvor meget vævet fylder, når man kniber det samme. Angives i cm. Belt lipektomi: cirkulær fjernelse af hud på nedre truncus.
Bilag 1	Figur 3 – forslås ændret, så man ser armen bagfra og i 90-graders "hurra-stilling". Figur 4. Foreslår at tilføje oplysninger om krav om medialisering: Har brystvorterne akser, så brystvorterne peger i retning mod hinanden (i stedet for væk fra hinanden eller lige frem, som er meget mere almindeligt). Figur 8: kriterier for glutealregion: Som tidligere nævnt: Hvordan vurderes folder i siddende stilling?
Bilag 2	Findes der en reference til denne tabel? Så foreslås den indsat.

Implementering

Succesfuld implementering afhænger i høj grad af entydighed og ensartede objektive krav til henvisninger og visitationer for at ikke binde speciallægekræfter i for mange vurderinger. Patientrapporterede symptomer som smerter, lugt, eksem, sår, gener skal faglig verificeres af henvisende læge.

Øvrige bemærkninger

Herunder hvis retningslinjen ikke giver anledning til kommentarer

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab

Organisation / høringspart: Sundhedsstyrelsen

Kontaktperson: Mikkel Bruun Pedersen

E-mail: mibp@sst.dk

Overordnede bemærkninger

Fx generelle kommentarer, implementering, målgruppe mv.

Visitationsretningslinjen viderefører de centrale grundkriterier fra Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje fra 2013, men gør kriterierne mere målbare, dokumentationskrævende og ensartede. En del ændringer er relevante præciseringer og standardiseringer, som kan understøtte mere ensartet praksis. Hvor Sundhedsstyrelsens retningslinje flere steder anvender kvalitative vurderinger, opstiller SundK visitationsretningslinjen i højere grad målbare kriterier for de enkelte anatomiske regioner, hvor der indføres konkrete cm-mål eller tydeligere anatomiske kriterier. Visitationsretningslinjen præciserer også henvisningsprocessen. Derudover indføres vejledende figurer til henvisende læge og speciallæge samt højdedifferentierede kriterier til brug i særlige tilfælde, som kan understøtte mere ensartet vurdering og mindske regional variation.

Retningslinjen indeholder skærper i visitationen flere steder, særligt kravet om 12 måneders vægtstabilitet og entydigt fokus på betydelige fysiske gener, idet psykosociale gener ikke nævnes, i modsætning til Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje.

Kravet om vægtstabilitet over længere tid virker velbegrundet henset til den markante udvikling i medicinsk behandling af overvægt, der har været siden 2013, og som erfaringsmæssigt kan medføre hyppigere udsving i vægten.

Vurdering af psykosociale gener vil være subjektiv og kan vanskeliggøre en ensartet visitation på tværs af landet. I visitationsretningslinjen fremstår det som om der udelukkende ses på fysiske kriterier. Den endelige visitation bør bero på en samlet helhedsvurdering som både tager fysiske, objektive kriterier og psykosociale forhold i betragtning. Det kan med fordel tydeliggøres i teksten, at psykosociale gener indgår som et element i den samlede helhedsvurdering.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger

Implementering

Vurdering af implementerbarhed
Potentielle barrierer
Forslag til understøttelse

Øvrige bemærkninger

Herunder hvis retningslinjen ikke giver anledning til kommentarer

Sundhedsstyrelsen ser frem til den endelige visitationsretningslinje, og vil ved publiceringen af denne vurdere om styrelsens retningslinje fra 2013 skal afpubliceres.

Visitationsretningslinje for plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab

Organisation / høringspart: Sundhed Danmark

Kontaktperson: Janni Strøm

E-mail: jast@sundheddanmark.nu

Overordnede bemærkninger

Fx generelle kommentarer, implementering, målgruppe mv.

Fedme og deraf følgende begrænsninger i folkesundheden er af WHO prioriteret som en af de 3 vigtigste mål for verdenssundheden.

Vægttabsmetoder både indenfor kirurgi og medicinsk er i kraftig udvikling og vækst, hvorfor der kan forventes en kraftig vækst i antallet af patienter med meget store vægttab i de kommende 20 år i Danmark, men på lang sigt forhåbentlig en forebyggelse af fedme. Der vil i det danske sundhedsvæsen kunne forventes et øget behov for plastikkirurgi efter store vægttab i mange år frem. Dette har vist sig vigtigt for fastholdelse af store vægttab og deraf afledt permanent forbedring af folkesundheden. Patientgruppen er fuldt sammenlignelig med øvrige patientgrupper, som i dag tilbydes plastikkirurgiske behandlinger i offentligt regi.

Det er stærkt bekymrende, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut udfærdiger kliniske visitationsretningslinjer som stærkt begrænser adgangen til offentlig plastikkirurgi efter store vægttab i forhold til Sundhedsstyrelsens hidtidige retningslinjer for samme patientgruppe. Det foreliggende udkast til en begrænsning af adgangen til plastikkirurgi efter store vægttab er samfundsøkonomisk u hensigtsmæssig og savner lægefaglig begrundelse.

Der lægges i forslaget op til, at plastikkirurgi efter stort vægttab skal visiteres efter en anden og strengere standart end for den øvrige offentlige plastikkirurgi.

Ekstreme hudforandringer efter stort vægttab er overvejende en psykosocial lidelse på linje med følger efter brystkræft, følger efter hudkræft, medfødte anomalier, kønsdysfori og skæmmende ar. Plastikkirurgi i offentligt regi tilstræber en rimelig normalisering af livskvalitet. De kurative indgreb på offentlige plastikkirurgiske afdelinger ligger kun i plastikkirurgisk regi i den udstrækning at den samtidige brug af plastikkirurgiske teknikker kan lede til en bedre livskvalitet efter det kurative indgreb.

Der er i Danmark konsensus om, at betydelige psykosociale gener som følge af medfødte eller erhvervede deformiteter tilbydes afhjulpel i offentligt regi. Offentlig visitation har ikke hidtil diskrimineret med henvisning til årsag. Offentlig visitation har ikke hidtil diskrimineret med henvisning til fysiske gener medmindre der var tale om normal fysiognomisk varians som eksempelvis meget store bryster.

Ekstreme hudforandringer efter stort vægttab er særdeles veldefineret i Sundhedsstyrelsens eksisterende visitationsretningslinjer fra 2013. Patientgruppen defineres vægtmæssigt som patienter med et BMI under 30, som har præsteret et vægttab på mindst 15 BMI enheder. Dette svarer til et vægttab fra "ekstrem fedme" til "normalvægt" og en aktuel vægt uden øget risiko for postoperative komplikationer. Denne definition blev foreslået af undertegnede og implementeret i Sundhedsstyrelsens retningslinjer og finder nu tiltagende udbredning i den videnskabelige litteratur på

området. Operationsindikationen i Sundhedsstyrelsens eksisterende retningslinjer er betinget af betydelige psykosociale gener eller fysiske gener og fysiske forandringer svarende til Danish Scale grad 2 eller 3. Danish Scale er netop udviklet således at Danish Scale grad 1 definerer kosmetiske forandringer. Danish Scale grad 3 definerer forandringer som kræver udvidede procedurer som eksempelvis cirkulære.

De foreslåede retningslinjer bryder således med praksis for offentligt visiteret plastikkirurgi på psykosocial indikation.

De foreslåede retningslinjer ser bort fra foreliggende evidens for betydende positiv effekt af de plastikkirurgiske operationer på livskvalitet, som er helt på linje med eller højere end for øvrige offentlige plastikkirurgiske tilbud.

Med andre ord er denne patientgruppes udgangspunkt oftest værre end for øvrige offentlige plastikkirurgiske patienters og den positive effekt af plastikkirurgien oftest bedre end for øvrige offentlige plastikkirurgiske indgreb.

Specifikke bemærkninger

Afsnit	Bemærkninger
	<i>Quick Guide</i> <i>Hvilke Patienter:</i> Det påtænkes at begrænse denne type kirurgi til patienter over 18 år. Der foreligger ingen angivelse af årsagen til dette. Med udviklingen indenfor vægttabsmedicin kan der forventes et tiltagende antal patienter under 18 år med store vægttab. Generelt er tidligt vægttab positivt i forhold til helbredsmæssige konsekvenser af svær overvægt og vil sjældnere give anledning til indikation for efterfølgende plastikkirurgiske korrektioner. Men når plastikkirurgi er indiceret bør dette kunne tilbydes. Forslag: Aldersbegrænsning fjernes <i>Hvem kan henvise:</i> Speciallæger i plastikkirurgi bør naturligt også kunne henvise til plastikkirurgisk behandling på sygehus. Forslag: Speciallæger i plastikkirurgi tilføjes. <i>Hvem kan stille indikation:</i> Speciallæger i plastikkirurgi på samarbejdssygehuse eller aftalesygehuse bør også kunne stille indikation. Det er vigtigt at speciallægeressourcerne bruges mest effektivt. Forslag: Speciallæger i plastikkirurgi på samarbejdssygehuse og aftalesygehuse inkluderes. <i>Henvisning til vurdering mhp. plastikkirurgisk korrektion:</i> Der skal kunne foretages en samlet plastikkirurgisk vurdering mhp. indikationsstillelse for samtlige regioner for den enkelte patient. Den foreslåede model med vurdering af en region ad gangen vil give et helt uacceptabelt stort ressourceforbrug af speciallægetid og en unødigt belastning for patienten i patientforløbet. Forslag: Visitationsretningslinjen skal lægge op til, at der foretages en samlet speciallægevurdering af patienten og at der tilstræbes et sammenhængende patientforløb. <i>A. Vægttab og vægtstabilitet:</i> Krav om vægtstabilitet i 12 måneder savner lægefaglig begrundelse. Der er i givet fald en fordobling af tidligere krav om 6 mdr. vægtstabilitet, som oprindeligt blev indført med henvisning til planlagte kontroller efter bariatrisk kirurgi. Der foreligger ikke evidens for, at vægtstabilitet ud over 3 mdr. er ønskeligt. Krav om 12 mdr. vægtstabilitet vil føre til flere recidiver af fedme, da der foreligger evidens for, at de plastikkirurgiske korrektioner modvirker tilbagefald. Hvis bekymringen er ressourceforbrug til plastikkirurgi for patienter, der efterfølgende tager meget på igen efter deres operation, skal det bemærkes at en sådan korrektion stadig vil repræsentere en livskvalitetsforbedring trods ny vægtøgning. Forslag: Vægtstabilitetskrav på 6 mdr. fastholdes. <i>B. Fysiske gener:</i> Hudforandringer efter meget store vægttab repræsenterer en kraftig permanent reduktion af livskvalitet grundet svær afvigelse i forhold til alder. Denne livskvalitetsreduktion er uafhængig af

livskvalitetsforbedringen som selve vægttabet medfører. Hudforandringerne efter meget store vægttab er således primært en psykosocial lidelse på linje med tab af bryst efter brystkræft og tilsvarende plastikkirurgiske lidelser. Den hyppigste årsag til ønske om plastikkirurgisk korrektion efter stort vægttab er således ønske om at kunne gennemføre intimt samvær med partner. Det er svært for de fleste patienter som har præsteret meget store vægttab, at kunne leve et normalt liv med familie, omgangskreds og arbejde. At begrænse adgangen til offentlig plastikkirurgi til patienter med fysiske gener vil fjerne indikationen for størstedelen af den offentlige plastikkirurgi i dag. At undtage en enkelt patientgruppe vil være en diskriminering. Hvis der ønskes en fyldestgørende liste over de fysiske gener skal impingement medtages.

Forslag: Operationsindikation stilles ved fysiske eller betydende psykosociale gener helt på linje med øvrig offentlig plastikkirurgi.

C. Metabolisk stabilitet: De 18 mdr. karens efter bariatrisk kirurgi var oprindeligt begrundet i kontrolforløb efter bariatrisk kirurgi, som siden er ændret. Vægttabet efter bariatrisk kirurgi stabiliseres typisk efter 9-12 mdr. Der er ikke evidens for, at der skal gå 18 mdr. efter bariatrisk kirurgi før evt. plastikkirurgisk operation hvis vægttab har stabiliseret sig efter eksempelvis 9 mdr. Vægtstabilitetskravet på 6 mdr. vil således sikre tilstrækkelig karens efter evt. bariatrisk kirurgi og gøre visitationen simple og ensartet for de forskellige vægttabsgrupper.

Forslag: Karensperiode på 18 mdr. efter bariatrisk kirurgi fjernes.

D. Betydeligt hudoverskud: Forandringer i ansigt udgør stort set aldrig betydende psykosociale begrænsninger og øjenbryns- og øjenlågsforandringer er allerede dækket under sygesikringen i udtalte tilfælde. Metriske mål bør undgås i visitationsretningslinjer også selvom der lægges op til modifikationer i bilag. Dels udgør de en unødigt kompleksitet, som gør visitationen tidskrævende både i vurdering og i dokumentation. Dels tager den ikke tilstrækkelig højde for de relative forandringer med betydning for både de psykosociale og de fysiske gener. I Sundhedsstyrelsens gældende retningslinjer arbejdes der med relative hudforandringer understøttet af Danish Scale. Dette gør vurdering og dokumentation betydeligt lettere og vil mindske ressourceforbruget på de offentlige afdelinger. Kvinders bryst udgør en særlig udfordring, da jugulum-papil afstanden hos kvinder helt naturligt kan være høj uden at der foreligger behov for plastikkirurgi. Her vil det være naturligt at lade den særlige deformitet, der ses ved meget store vægttab, i form af indadroterede akser, være styrende for operationsindikationen i offentligt regi. I tillæg kan der tilbydes operation af brystet ved dokumenterede fysiske gener. Herved opereres kun bryster der adskiller sig fra det naturlige aldersforandrede kvindebryst. Hvad angår indikationsstillingen for kroppen i øvrigt vil det være helt simpelt at kræve direkte hud mod hud kontakt i opret stående stilling for alle øvrige regioner på truncus. Dette refererer direkte til den forandring der vil lede til de fysiske gener og denne deformitet vil være væsentligt afvigende i forhold til alle aldre.

Nedenstående forslag til en forsimpeling af de gældende visitationsretningslinjer vil reducere adgangen til armpastikker, brystløft, thoracoplastikker, upper bodylift og glutealplastikker og bibeholde indikationerne for de regioner der har den største betydning for de fysiske og svære psykosociale gener.

Forslag: Ansigt: Intet offentligt tilbud. Hals: Ekstrem afvigelse i forhold til alder. Arme: Hudoverskud ved pinch fri af muskulaturen på mere end 50% af diameter. Bryst (kvinder): Inadroterede akser i opret stående stilling eller dokumenterede fysiske gener. Thorax (mænd): hud mod hud kontakt i opret stående stilling. Ryg: Hud mod

hud kontakt i opret stående stilling. Abdomen: Hud mod hud kontakt i opret stående stilling. Gluteus: Hud mod hud kontakt posterioert for midtaxillærlinjer i opret stående stilling eller under glutealfurer. Lår: Hudoverskud ved pinch fri af muskulatur på mere end 1/3 del af diameter.

Kontraindikationer:

Absolutte kontraindikationer: Stort alkoholforbrug er allerede inkluderet i gældende ASA 3 klassifikation. E-cigaretter uden nikotin kan være et middel til relevant pausering af cigaretrykning. Øvrige nikotinholdige produkter ud over cigaretter og e-cigaretter bør også inkluderes i de absolutte kontraindikationer.

Forslag: Stort alkoholforbrug slettes. Aktiv rygning og brug af andre nikotinholdige produkter tilføjes.

Relative kontraindikationer: Høj pinch er hos vægttabspatienter ikke ensbetydende med høj subcutan fedtfylde men derimod oftest et resultat af den slappe hud, der trykkes sammen "som en harmonika" eller residuale fysiologiske fedtdepoter.

Forslag: Høj pinch slettes

Vurdering af indikation i plastikkirurgisk regi:

Det er skadeligt både for driften af de offentlige plastikkirurgiske afdelinger og for patientbehandlingen, at det foreslås at der skal stilles indikation for et indgreb i en region ad gangen. Dette vil være en permanent belastning for henvisende såvel som modtagende afdelinger i form af unødigt merarbejde. Det savner enhver faglig begrundelse og vil medføre besværlige og belastende patientforløb.

Forslag: Efter henvisning foretages en samlet plastikkirurgisk speciallægevurdering af patienten i henhold til patientens gener.

Ansigt og hals: se ovenfor

Arme: se ovenfor

Bryst (kvinder): Som anført er forandringerne efter stort vægttab af overvejende psykosocial betydning og knytter sig til den deformitet et meget stort vægttab medfører. Efter samme standarder, der gælder for øvrig offentlig plastikkirurgi, skal der derfor tilbydes en rekonstruktion der så vidt muligt "normaliserer" brystet. Hos kvindelige vægttabspatienter vil det tilbageværende volumen være fordelt på et alt for stort areal. Ved brystløftet reduceres arealet men i samme ombæring fjernes overskydende hud. Af denne grund vil det ofte være nødvendigt at tilføre væv til brystet for at opnå et normalt udseende bryst. Dette er et standardiseret plastikkirurgisk indgreb udviklet til kvinder der har præsteret meget stort vægttab og ikke har tilstrækkeligt tilbageværende væv. Det øgede ressourceforbrug hos denne gruppe patienter udgør ca 20% både i tid og økonomisk. Det er imod god klinisk praksis, at afskære visse kvinder fra den rekonstruktive teknik, som giver det bedste resultat, særligt da dette vil medføre at vævet som kunne bruges til rekonstruktionen herved kasseres. Til sammenligning ville det være utænkeligt, at indføre begrænsninger for kosmetisk tilpasning af modsidige raske bryst ved brystrekonstruktion efter brystkræft.

Forslag: Udvidet Mastopexi med Autolog Augmentation kan og skal bruges, når dette giver det bedste kliniske resultat. Se i øvrigt ovenfor.

Thorax (mænd): Det er meningsløst at anføre et peroperativ metrisk krav, da dette som oftest først afklares ifm. selve operationen. **Se i øvrigt ovenfor.**

	Øvre ryg: Det er meningsløst at anføre et peroperativ metrisk krav, da dette som oftest først afklares ifm. selve operationen. Se i øvrigt ovenfor. Abdomen: En cirkulær operation i form af Belt Lipectomi eller Lower Bodylift vil være indiceret i de tilfælde hvor der er overhæng med hud mod hud kontakt posterior for midtaxillærlinjerne eller vær løshed af huden glutealt jf. ovenfor. Når dette er indiceret er det svært belastende for patienten og dyrt for samfundet, hvis der frem for et sammenhængende forløb skal gennemføres to uafhængige forløb. Det er meningsløst at anføre et peroperativ metrisk krav, da dette som oftest først afklares ifm selve operationen. Forslag: Nedre cirkulære procedurer kan og skal bruges, når dette giver det bedste kliniske resultat. Se i øvrigt ovenfor. Glutealregion: Det er meningsløst at anføre et peroperativ metrisk krav, da dette som oftest først afklares ifm. selve operationen. Se i øvrigt ovenfor. Lår: Det er meningsløst at anføre et peroperativ metrisk krav, da dette som oftest først afklares ifm. selve operationen. Se i øvrigt ovenfor.
2.1	<i>Variationerne mellem regionerne er alene forårsaget af fravigelse fra gældende visitationsretningslinjer i løbet af 2025. Indtil da fulgte alle regioner Sundhedsstyrelsens gældende visitationsretningslinje og der var kun ubetydelige afvigelser regionerne imellem. Variationen er således ikke begrundet i en manglende klarhed omkring visitationen af denne patientgruppe men udelukkende forårsaget af enkelte regioners bevidste fravigelse fra de gældende retningslinjer. Når en enkelt region fraviger gældende retningslinjer lægger dette et pres på alle offentlige afdelinger grundet det frie sygehusvalg. Der er således ikke tale om et fagligt behov for ændring af gældende visitationsretningslinjer men derimod et administrativt ønske.</i> Kommentar: Der foreligger ikke et forvaltningsretligt grundlag for ændring af de gældende visitationsretningslinjer.
2.2	<i>Som anført foreligger der allerede velfungerende visitationsretningslinjer på området som understøtter gennemsligt og ensartet henvisning og visitation og som har været implementeret på tværs af alle regioner frem til Region Hovedstaden fravigelse i maj 2025. Der har ikke været dokumenterede skred i indikationsstillingen på tværs af regionerne eller mellem offentlige og private behandlingssteder. Området har været fulgt først som udviklingsområde og senere som regionsfunktion.</i> Kommentar: Der foreligger ikke en faglig begrundelse for ændring af de gældende visitationsretningslinjer
2.3	<i>Som det anføres i vidensgrundlaget er hudforandringerne efter stort vægttab en psykosocial lidelse og behandlingen heraf veldokumenteret. Der er ikke i vidensgrundlaget sundhedsfaglig begrundelse for begrænsning af adgangen til offentlig plastikkirurgisk behandling af denne patientgruppe. At der kommer en øget aktivitet bør tværtimod lede til tilførsel af yderligere ressourcer til området.</i> Kommentar: Der forligger ikke sundhedsfagligt belæg for ændring af de gældende visitationsretningslinjer
3.1	<i>Jævnfør generelle bemærkninger vil følgende foreslåede ændringer i visitationsforløbet have negative konsekvenser for ressourceudnyttelse og et ønske om sammenhængende patientforløb.</i>

- *Henvisning for en anatomisk region ad gangen – Denne patientgruppe er netop karakteriseret ved generaliseret hudoverskud overgribende flere regioner. Den foreslåede ændring i visitationsforløbet vil medføre mere end en fordobling af ressourceforbruget både i primær og sekundærsektoren og tilsvarende ødelægge det sammenhængende patientforløb vi aktuelt forsøger at indføre i sundhedsvæsenet.*
- *Speciallæger i plastikkirurgi er ikke længere henvisningsberettigede – Dette vil medføre tilbagehenvisning til egen læge med yderligere ressourcepild til følge.*
- *Vurdering af indikation ved speciallæge i plastikkirurgi på offentlig plastikkirurgisk afdeling – Af hensyn til sammenhængende patientforløb bør samarbejdssygehuse og aftalesygehuse med regionsfunktionen medinddrages.*
- *Der stilles indikation for et indgreb i en region ad gangen - For mange af disse patienter vil den foreslåede ændring betyde flere enkelt-operationer frem for eksempelvis kombinerede procedurer, som er international standart. Dette betyder igen et unødigt ressourceforbrug og en samfundsøkonomisk belastning grundet øget sygefravær.*

Forslag: Patienter henvises til en samlet vurdering af de forandringer og gener som patienten måtte have. Indikation stilles af speciallæge i plastikkirurgi på plastikkirurgisk afdeling med regionsfunktion det være sig på offentligt sygehus, samarbejdssygehus eller aftalesygehus. Der etableres regionale offentligt-private samarbejdsaftaler med henblik på vidensdeling og sikre mod indikationsskred. Patienterne skal, når behandling er indiceret, behandles efter bedste kliniske praksis også når dette kræver kombinationsprocedurer.

3.2	Forslag: Afsnittet om information om at der kun vurderes en region ad gangen slettes.
4.1	Forslag: 2. punkt ændres til; Fysiske og/eller Betydelige psykosociale gener
4.1.1	<i>Der foreligger ingen medicinske, organisatoriske eller menneskelige begrundelser for den foreslåede vægtstabilitet på 12 måneder. Dokumentation for vægtstabilitet synes vanskelig at fremskaffe uden unødigt belastning af primærsektoren.</i> Forslag: Krav om 6 mdr. vægtstabilitet fastholdes. Patienten vejes ved forundersøgelse og spørges ind til vægtstabilitet ved indlæggelsen til operation.
4.1.2	<i>Hudforandringerne ved meget store vægttab er først og fremmest en svær psykosocial belastning, hvor det for de berørte patienter er vanskeligt at leve et almindeligt socialt liv med partner, familie og arbejdsrelationer. Her adskiller denne patientgruppe sig ikke fra de øvrigt offentligt behandlede plastikkirurgiske patienter. I sundhedsvæsenet diskriminerer vi normalt ikke på baggrund af patienters eventuelle eget medansvar for en lidelse, men vurderer hvorvidt lidelsens omfang og grad af indflydelse på muligheden for at leve et normalt socialt liv betinger indikation for offentligt tilbud om hjælp. Den foreslåede afvisning af størstedelen patienter der har præsteret meget store vægttab og som hidtil har modtaget tilbud om offentlig behandling strider imod den lige adgang til sundhed og således imod en grundsten i det danske sundhedsvæsen.</i>

Forslag: Betydelige psykosociale gener bibeholdes som indikationskriterie for tilbud om offentlig plastikkirurgisk behandling af patienter med meget store væggtab.

4.1.3

Som anført bør hele patienten og alle patientens gener vurderes både af primær henviiser og senere af plastikkirurgisk speciallæge. I modsat fald bruges speciallægeressourcer på unødvendige serielle vurderinger af de samme patienter fremfor behandling.

Det er meget uklart hvad der menes med "hudoverskud.. der er ekstreme set i forhold til patientens samlede fysiske ressourcer".

De foreslåede kriterier er uden korrelation med patienternes symptomer og relaterer dårligt med de eksisterende operationer.

Symptomer, fysiske såvel som psykosociale, knytter sig til den relative løshed af huden som leder til fugt, lugt, hudirritation, indklemning, lyde og ekstremt afvigende udseende. De eksisterende relative kriterier i Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje for løshed af huden på arme og lår som en procentdel af diameteren relaterer sig direkte til de oplevede gener intimt og ved anden fysisk aktivitet. Et simpelt kriterie med "direkte hud mod hud kontakt i opret stående stilling" for mave, maskuline thorax, øvre ryg og balder vil relatere sig direkte til de oplevede gener i form af fugt, lugt, hudirritation og svært afvigende udseende. Tilbud om feminin brystløft forbeholdt den særlige afvigelse for ekstreme væggtab med indadroterede akser og/eller hudoverhæng lateralt for mammae, som ikke elimineres ved løft af armene 45 grader over vandret, vil sikre at kun patienter, som ikke har almindelig aldersbetinget ptose tilbydes operation i offentligt regi.

De aktuelt tilbudte plastikkirurgiske procedurer fjerner overskydende hud ved åben kirurgi efterladende tydelige og blivende ar. Således er guiralandedannelse formentlig bedre set fra et livskvalitetsperspektiv frem for følgerne af en stor åben operation. Guiralandedannelse er et væsentligt mildere kriterie end de nu gældende i Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje. Når der samtidigt åbnes for et subjektivt "fysisk" kriterie som; "... smerter fra hudoverskud" vil det være svært at fastholde ensartet praksis på tværs af afdelingerne.

De foreslåede metriske og "guiralande" kriterier med supplerende skitser og cm. tabeller savner både relevans og evidens. De vil medføre unødigt stort tidsforbrug ved plastikkirurgiske forundersøgelser og lede til store forskelle i vurderingerne på tværs af regionerne.

Forslag:

- **Ansigt og hals – intet tilbud i offentligt regi**
- **Arme - Hudoverskud på mere end 50% af diameter ved pinch fri af muskulaturen.**
- **Bryst (kvinder) - Inadroterede akser i opret stående stilling eller hudoverskud lateralt for mammae, som ikke svinder ved løft af armene 45 grader over vandret eller dokumenterede fysiske gener.**
- **Thorax (mænd) - Hud mod hud kontakt i opret stående stilling.**
- **Ryg - Hud mod hud kontakt i opret stående stilling.**
- **Abdomen - Hud mod hud kontakt i opret stående stilling.**
- **Gluteus - Hudoverhæng posterioart for midtaxillærlinjer eller under glutealfurer i opret stående stilling.**
- **Lår - Hudoverskud på mere end 1/3 del af diameter ved pinch fri af muskulatur.**

4.1.4	Krav om vægtstabilitet i 12 måneder savner begrundelse og evidens. At tage blodprøver på patienter, hvor der ikke er stillet operationsindikation synes at være et unødigt spild af sundhedsvæsenets ressourcer. Blodprøver skal tages og vurderes før hver procedure og ideelt tages 3-5 uger før planlagt operation, hvilket muliggør præoperativ medicinsk optimering. Forslag: Krav om 6 måneders vægtstabilitet uanset vægttabsmetode bevares. Blodprøver ordineres ifm evt. indikationsstilling og gentages forud for hver planlagt procedure.
4.1.5	Ønske om mulig senere graviditet er en relativ kontraindikation. Stort alkoholforbrug er allerede inkluderet i gældende ASA 3 klassifikation Aktiv brug af et hvilket som helst nikotinprodukt er en absolut kontraindikation. Høj pinch er hos vægttabspatienter ikke ensbetydende med høj subcutan fedtfylde men derimod oftest et resultat af den slappe hud, der trykkes sammen "som en harmonika" eller residuale fysiologiske fedtdepoter. Forslag: Høj pinch slettes som relativ kontraindikation. Høj generel subcutan fedtfylde kan tilføjes som relativ kontraindikation i stedet, som vurderes ved tvær-pinch direkte under inframammærfuren, og skal være under 2 cm.
4.1.6	To vejninger med 12 mdr. (eller 6 mdr.) mellemrum er ikke dokumentation af vægtstabilitet. Det er derfor ressourcespild i primærsektor og vil som krav medføre utilsigtet obstruktion af mange patientforløb. Igen skal hele patienten vurderes og en samlet kort beskrivelse af hudforandringer og symptomer præsenteres. Det har karakter af kreativ obstruktion af sammenhængende patientforløb, som er helt i strid med de generelle mål og bestræbelser i det danske sundhedsvæsen. Det er svært tilsvarende at forestille sig en geriatrisk patient med flere følgesygdomme nægtes en samlet vurdering i vores sundhedsvæsen. Igen er det ressourcespild at tage præoperative blodprøver inden evt. indikationsstillelse. Forslag: 6 mdr. vægtstabilitet bevidnes af henvisende læge. Der foretages en samlet vurdering af patienten både af henvisende læge og efterfølgende af plastikkirurgiske speciallæge ifm. stillingtagen til indikationer for evt. operationer.
5	Forslag: Revideres i henhold til samtlige ovenfor nævnte betragtninger: • Betydelige psykosociale gener tilføjes som indikationskriterie • Der foretages samlet vurdering og indikationsvurdering af alle relevante regioner • Pinch udelades eller revideres til pinchtest af generel øget subcutan fedtfylde • Der skal ikke foretages præoperativ vurdering af, hvor meget hud der kan fjernes, da dette ikke er muligt at vurdere præoperativt. • Der foretages fotodokumentation af hele patienten afklædt
5.1	Forslag: Revideres i henhold til betragtningerne i tidligere afsnit: • Blodprøver tages ifm. evt. operationsindikationsstillelse

	• Blodprøver (evt reduceret antal) tages før hver planlagt procedure
5.2	Forslag: Revideres i henhold til betragtningerne i tidligere afsnit: • Betydelige psykosociale gener tilføjes som indikationskriterie • Metriske kriterier fjernes • Vejledende figurer er irrelevante • Bryst (kvinder): Indadroterede akser (medialiserede NAC) bibeholdes. Hudoverhæng lateralt for mammae, som ikke elimineres ved løft af armene 45 grader over vandret tilføjes. Metriske slettes. • "Fjernelses-kriterier" slettes. Hud mod hud i stående stilling tilføjes i stedet. På lår bibeholdes kriteriet: Hudoverskud på mere end 1/3 del af diameter ved pinch fri af muskulatur.
6.2	Sundhedsvæsenets kvalitetsinstitut er ikke overmyndighed for de faglige selskaber. Såfremt der indføres visitationsretningslinjer der, som her, strider imod de faglige anbefalinger er det vigtigt at de faglige selskaber bibeholder deres uafhængighed af evt. politiske prioriteringer og beholder deres faglige integritet. Forslag: Bemærkning om udbredelse af Sundhedsvæsenets kvalitetsinstituts evt. beslutninger udbredes via faglige selskaber slettes. Samarbejdssygehuse og aftalesygehuse med regionsfunktionen tilføjes

Implementering

Vurdering af implementerbarhed
Potentielle barrierer
Forslag til understøttelse

Øvrige bemærkninger

Herunder hvis retningslinjen ikke giver anledning til kommentarer