

ORGANISERING AV ELEKTIV ORTOPEDI | HELSE NORD

Rapport fra arbeidsgruppe november 2003
(foreløpig rapport)



Forord

Elektiv ortopedi er et meget viktig tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. Det angår pasienter med store plager som etter et vellykket inngrep får en langt bedre livssituasjon på mange måter. Samtidig har Norge i en årrekke hatt lange ventelister i ortopedi. En hovedhensikt med denne utredningen har vært å vurdere de samlede behov og behandlingsskapasitet i regionen, og foreslå nødvendige tiltak for å bedre balansen mellom tilbud og etterspørsel.

Utredninger gir fra tid til annen noe diskusjon i fagmiljøene. Dette anses å være nødvendige brytninger. Avgjørende er imidlertid at prosessene stimulerer fagmiljøene i berørte helseforetak til å delta aktivt. Full konsensus er nødvendigvis ikke et hovedmål i utredningsfasen. Dette mener vi vil styrke Helse Nord RHF-styrets muligheter til å prioritere gjennom sine vedtak. I denne rapporten er det beskrevet ulike løsninger som det er delte meninger om. Størst debatt i gruppen har det vært rundt hensiktsmessigheten av å opprette en totalt skjermet enhet i Narvik som vil bedre regionens samlede behandlingsskapasitet betydelig.

Arbeidsgruppen anbefaler også at Helse Nord følger opp rapport fra Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) om valg og bruk av proteser. Det kan innebære en anbudsprosess hvor Helse Nord kan velge et lite antall proteser for bl.a. hofte og kne operasjoner.

Vi takker både helsepersonell fra Nord som har deltatt aktivt og gitt en rekke innspill, samt ekstern prosjektleder fra Martine Hansens Hospital som har gitt merverdi til utredningen.

Rapporten sendes nå på høring til helseforetakene, bruker- og arbeidstakerorganisasjonene. Saken styrebehandles i Helse Nord RHF januar 2004.

Bodø desember 2003

Einar Hannisdal
Fagdirektør

ORGANISERING AV ELEKTIV ORTOPEDI I HELSE NORD

Bakgrunn og mandat

Helse Nord arbeider med en overordnet plan for virksomheten i regionen. Ortopedi, og spesielt ventelistesituasjonen innen elektiv ortopedi, er en vesentlig del av denne virksomhetsplanen. Det synes rimelig godt klarlagt og dokumentert (7,8) at ventetid på poliklinisk vurdering og i neste omgang på operativ behandling av ortopediske lidelser er for lang hele regionen sett under ett. I tillegg er ventetidene uakseptabelt ulike internt i regionen.

Det har videre, innen det ortopediske miljø i Helse Nord, og for så vidt også i store deler av det nasjonale miljø, vært sett på som et problem at mangfoldet av protesekomponenter som benyttes ved primær hofteprotesekirurgi er for stort og variert (13). En effekt av denne praksis er at en del sykehus opererer inn protesekomponenter som mangler dokumentasjon i litteraturen. Dette kan være faglig og økonomisk betenkelig, i tillegg til at en slik praksis selvfølgelig kan ha en uønsket etisk side.

På denne bakgrunn er det av Helse Nord ved fagdirektør Einar Hannisdal som prosjekteier opprettet en prosjektgruppe som har fått følgende mandat til besvarelse:

A Vurdere ulike modeller for organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord

- 1 Kort henviser til og oppsummere andre utredninger om organisering av ortopedi, og spesielt om erfaringer med skjermet elektiv virksomhet
- 2 Beskrive kort organisering av den ortopediske virksomhet i Nord-Norge (sykehus, avdelinger, spesialister, herunder personellmangel og evt utdanningsbehov)
- 3 Kommentere kort aktivitet innen elektiv ortopedi
- 4 Beskrive viktige faktorer som kan påvirke etterspørselen av ortopediske tjenester i Helse Nord, herunder hvordan ulike diagnosegrupper kan bli konkurransesatt (tjenestene utføres av offentlige sykehus utenfor landsdelen eller av private)
- 5 Vurdere ulike tiltak som kan øke produksjonen innen elektiv ortopedi
- 6 Angi hovedprinsipper for organisering av akutt ortopedi i relasjon til elektive anbefalinger ovenfor

B Bør SMM-rapport 6/2002: ”Valg av implantater ved innsetting av primær total hofteprotese i Norge” implementeres i Helse Nord, og i tilfelle hvordan?

C Hvordan kan fagmiljøet i landsdelen styrkes gjennom:

- utdanning av ortopedier ?
- utvikling av samarbeidsarenaer ?
- utvikling av incentivsystemer ?

Prosjektgruppen har bestått av:

Øyvind Hagen, prosjektleder, ortoped Martina Hansens Hospital
Arvid Småbrekke, ortoped Finnmark HF, Hammerfest
Odd-Inge Solem, ortoped UNN
Bente Christiansen, oversykepleier, ortopedisk avdeling UNN
Jan Grøtan, ortoped, Hålogalandssykehuset HF, Stokmarknes
Tobias Franke, ortoped Nordlandssykehuset HF, Bodø
Svend Kristian Kibsgaard, ortoped Helgelandssykehuset HF, Rana
Fred A. Mürer, medisinsk direktør Helgelandssykehuset HF
Sigbjørn Rønbeck, primærlege
Trude Grønlund, Helse Nord

Tilnærming – metoder

Prosjektgruppen har hatt plenumsmøter i Bodø over fem arbeidsdager fordelt på 3 møter. Man startet med å reformulere **mandatet** i samarbeid med oppdragsgiver, slik at det endelige mandat er som det foreligger på forrige side.

Deretter er relevant **bakgrunnsmateriale** samlet inn. Det vises til referanseoversikt.

Det har så vært gjort forsøk på å definere et omtrentlig **behov** for elektive ortopediske tjenester i regionen, og man har diskutert hva som er rimelig eller **akseptabel ventetid** innenfor de ulike tilbudene.

De ulike sykehusenes ortopediske virksomhet er kartlagt i detalj. På dette grunnlag kunne man så danne seg et bilde av det **samlede ortopediske tilbud** i hele regionen.

På bakgrunn av informasjonen ovenfor (lokal detaljert informasjon og regional oversikt) ble det utarbeidet en kvantitativ liste over **problemområder** som i stor grad igjen ble detaljert diskutert i gruppen. Man har forsøkt å konsentrere debatten rundt de faktorer som oppfattes som de vesentlige i forhold til spørsmålene i mandatet.

Det har foregått en diskusjon rundt hvilke deler av den elektive ortopedi som egner seg for **dublring og konkurranseutsetting** og på den annen side hvilke felter som bør **sentraliseres eller funksjonsfordeles**. Det er utarbeidet en liste som vedlegges rapporten.

Videre har man foretatt en direkte **kvantitativ sammenligning** mellom foretakene i Helse Nord og en ren elektiv ortopedisk avdeling for enkelte parametres vedkommende.

SMM rapport 6/2002 er gjennomgått grundig og man har her blitt enig om å gi Helse Nord en anbefaling.

Ulike organisasjonsmodeller for å løse de problemområder som ble identifisert er så fremlagt og vurdert i prosjektgruppen.

Sammenhengene i en behandlingsskjede vil, som kjent, ofte være kompliserte. En god løsning på et delproblem vil i neste omgang gjerne avdekke og kanskje forsterke et nytt. I tillegg er det uunngåelig at lokale særinteresser og sterke positive følelser for eget arbeidssted, samt frykt for hva eventuelle forandringer kan bety, kommer til overflaten i den type diskusjoner som er ført. Det er derfor av vesentlig betydning å holde fast ved de hovedspørsmålene en er bedt om å bidra til å løse. Slik gruppen tolker mandatet er det tre hovedsaker: lang ventetid på behandling, bruk av udokumenterte protesekomponenter og styrking av fagmiljøet.

Resultater – drøfting

Mandat: side 1

Bakgrunnsmateriale: referanseliste

Behov for elektiv ortopedi i Helse Nord:

En av de vanligste og mest standardiserte operasjoner innen elektiv ortopedi er innsetting av primær hofteprotese. I 2002 ble det satt inn 6108 primære proteser av denne typen i Norge (9). For første gang siden 1996 representerte dette en ørliten nedgang sammenliknet med året før, dette kan muligens forsiktig tolkes som om et foreløpig metningspunkt er nådd hva gjelder nasjonalt behov. Samtidig ser en av tallene at antall revisjoner nå synes å stabilisere seg rundt 13,5 %, antallet rapporterte revisjoner på landsbasis i 2002 var 940.

Tidligere er behovet for hofteproteser estimert til 1,2 promille, eller 1200 pr million pr år (5). Dette anslaget er noen år gammelt, noen vil kanskje mene at tallet bør ligge nærmere 1500 pr million pr år i en norsk populasjon.

Fra disse tallene kan man grovt anslå at behovet for primære proteser i Helse Nord skulle ligge på 6-700 pr år. Antagelig ble det i 2002 utført om lag 635 slike operasjoner i Helse Nord. Det er dog grunn til å tro at et slikt tall gir et for positivt bilde av den reelle kapasitet, idet hofteprotesekirurgi av ulike grunner er høyt prioritert, og sannsynligvis har gått på bekostning av annen elektiv kirurgi som derved har fått lengre ventetid på behandling. Tallene for hofteprotesekirurgi kan likevel til en viss grad brukes til å beregne behov for øvrig elektiv ortopedi, dersom resonnementet i neste avsnitt legges til grunn.

Ortopedisk avdeling ved Martina Hansens Hospital (MHH) i Bærum er en ren elektiv avdeling som behandler den ”vanlige” ortopediske pasient. Med et visst unntak for ryggkirurgi, hvor det av medisinske grunner kan være fornuftig å ha en viss ventetid, er ventetidene for de øvrige større grupper pasienter ganske like og akseptabelt korte, hvilket skulle tale for en ”balansert” produksjon, dvs at forholdet mellom antallet av de ulike operasjoner er rimelig.

For hver hofte opereres ved MHH 0,3 kneprotese, 0,49 rygg, 1,11 revmakirurgi, 3,98 dagkirurgi. I første halvår 2003 er 54 % av operasjonsantallet dagkirurgi, ved Mayo – klinikken i USA ligger andelen dagkirurgi i ortopedi rundt 60 %.

Ut fra slike beregninger med grunnlag i antall hofteproteser ved MHH og Helse Nord burde operasjonsbehovet i Helse Nord være 190 kneproteser, 311 ryggoperasjoner, 704 revmakirurgi, 2527 dagkirurgi. Med unntak av revmakirurgi, hvor man ikke har noen sikre tall for Helse Nord, synes de øvrige å passe rimelig godt med den faktiske produksjon i 2002. Andre rapporter (5) har anslått revmakirurgibehovet til å ligge rundt 150 operasjoner pr 100 000 innbyggere, dette skulle utgjøre 675 operasjoner i Helse Nord, hvilket igjen synes å passe godt med tallene ovenfor basert på produksjonen ved MHH.

Med en usikkerhet knyttet til revmakirurgi, som antagelig ligger noe for lavt i Helse Nord, kan de øvrige tall tolkes slik at man pr i dag helt marginalt, eller kanskje noe i underkant, synes å dekke det faktiske behov. Man klarer imidlertid ikke å redusere ventetiden når tilbudet er marginalt. Rent teoretisk skulle det dog ligge til rette for at en bedre organisering av det elektive tilbudet gradvis vil kunne redusere det største problemet, nemlig lang ventetid for behandling.

Det bør tilstrebes at regionen er selvforsynt med tilbud, bortsett fra det som skal sentraliseres til få steder i landet. Tilbudene må videre være konkurransedyktige på ventetid og kvalitet, slik at pasientene ikke velger å reise ut av regionen for å få vurdering og behandling.

Ventelistesituasjonen for elektiv ortopedi i Norge synes å være best i Helse Øst. Sannsynligvis er grunnen at det i denne regionen faktisk foreligger god kapasitetsdekning, og kanskje er det slik at dersom man ønsker kort ventetid, bør det være et tilbud som er bedre enn det marginale.

Prosjektgruppen har kommet til at det årlige behovet for de største gruppene inngrep i Helse Nord kommer til å være om lag **700 hofteproteser, 250 kneproteser, 350 ryggoperasjoner, 700 revmakirurgi og i underkant av 4000 dagkirurgiske ortopediske inngrep.**

Akseptabel ventetid:

Aktuell ventetidsproblematikk diskuteres mer i detalj under neste hovedpunkt (UNN, Bodø).

Akseptabel ventetid:

Gruppen fant det vanskelig å være entydig på dette punkt, men de fleste mener at en ventetid på vurdering inntil 6 uker er akseptabelt. (Ny pasientrettighetslov sier 30 dager).

Deretter kan aksepteres nye 6 uker for innleggelse, men ikke mer enn 3-4 uker for dagbehandling.

Kartlegging av drift ved de enkelte foretak:

Helgelandssykehuset HF

Befolkningsgrunnlag 77100 (Rana 33300, Sandnessjøen 27150, Mosjøen 16650)

Rana er den dominerende elektive produksjonsenhet med årlig i underkant av 600 dagkirurgi, 110 hofter, 20 knær og 60 rygger. Sykehuset har revmatolog, og det gjøres revmakirurgiske inngrep ved kirurgisk avdeling.

Man disponerer 2 overleger og 1 ass lege allokert ortopedi. En overlegestilling er ubesatt.

Ventetid på utredning er 3 mnd, deretter for operasjon 3 mnd. Antall langtidsventende (over ½ år og over 1 år) antas å ligge på uforandret nivå i 2002 sammenlignet med tidligere (7).

Det er sjelden strykninger med årsak i operasjonsstuemangel eller på grunn av manglende skjerming av elektiv virksomhet. Sengepostkapasiteten kan periodevis være litt knapp. Bemanningen for øvrig er tilfredsstillende.

Mosjøen har 0,5 ortoped, utfører ca 40 hofter totalt, har i tillegg ortopedisk dagkirurgi.

Det er ikke foretatt noen systematisk funksjonsfordeling mellom Rana og Mosjøen.

Sandnessjøen har ikke ortoped og gjør et mindre antall elektiv ortopedi.

Helgelandssykehuset befinner seg midt i en omstillingsprosess knyttet til organiseringen av akutt kirurgi og fødselsomsorg i Mosjøen. Endring i kirurgisk vaktberedskap kan medføre endringer i hvilke elektive inngrep som kan utføres ved sykehusenheten.

Situasjonen i Helgeland er noe preget av ”gjestepasientlekkasjer” sørover. Spesielt fra sørlige del av Helgeland reiser en del pasienter til Namsos og Trondheim for elektiv sykehusbehandling. Bindal kommune har sitt lokalsykehusstilbud for alle tjenester i Namsos.

I 2002 utgjorde denne ”lekkasjen” ca 20 hofteproteser og 8 ryggoperasjoner. For annen ortopedi, dagkirurgi og poliklinikk har man ikke tilstrekkelige data.

Årsakene til ”lekkasjene” er flere, dels tradisjon, dels bedre kommunikasjon til Namsos enn til Mosjøen og Mo i Rana.

Helseforetaket har utfordringer knyttet til å styre denne pasientstrømmen tilbake ved intern koordinering og tilpasning av kapasiteten etter etterspørselen, spesielt ettersom valgmulighetene med korte ventelister utenfor regionen øker.

Nordlandssykehuset HF

Befolkningsgrunnlag 97000 (Bodø 75000, Lofoten 22000)

Ved foretaket ble det i 2002 utført totalt noe over 200 hofter og knær, hvorav 40 hofter ved Lofoten.

I **Bodø** er forholdet knær / hofter ca 1 til 3. Det foretas 40 ryggoperasjoner i Bodø, inklusive noen få instrumentelle fiksasjoner. Bodø er, sammen med Tromsø, eneste avdeling i Helse Nord som utfører ressurskrevende ryggkirurgi av denne type.

Bodø foretar 700 dagkirurgi, 30 korsbånd og 150 revmakirurgi. Sykehuset har revmatologisk avdeling, dette anses helt avgjørende dersom revmakirurgisk behandling skal foregå etter moderne organisering.

Ortopedisk avdeling i Bodø har 5 overlegestillinger (alle besatt) og 2 ass leger.

Ved poliklinikken i Bodø vurderes 9500 pasienter, hvorav 2500 nyhenviste. 3 av 4 pasienter ved en ortopedpoliklinikkdag er således en kontrollpasient.

Ventetid for vurdering synes å ligge på omkring 3 mnd, deretter omtrent 3 nye mnd for innleggelse til operasjon. Ventetid for dagkirurgisk operasjon er 6-10 uker når vurdering er foretatt eller ved direkte inntak på søknad fra primærlege. For ryggvurdering kan ventetiden være helt opp mot 6 måneder. Antallet langtidsventende (over ½ og 1 år) synes å ha noe fallende tendens fra 2001 til 2002, mens det totale antall på venteliste ser ut til å ha økt med 200 (7).

Det største problem i Bodø har vært knyttet til kapasiteten for utredning. Dette kan skyldes for få ortopeder allokert poliklinikken hver enkelt arbeidsdag idet det ikke lenger foreligger noe reellt romproblem på poliklinikken. I den senere tid har det vært arbeidet med den interne organiseringen, slik at ventetidene forventes å kunne dokumenteres lavere etter hvert.

Det benyttes to faste ortopedi operasjonsstuer daglig (inkl til traumatologi), i tillegg 2 stuer til dagortopedi 8 ut av 15 virkedager.

Man har noe mangel på spesialsykepleiere.

Postoperativ opptreningskapasitet oppleves som noe problematisk for driften ved Bodø, det er angitt at mer enn 2 hofteproteser daglig vil sprengte kapasiteten på plasser etter utskrivelse.

I Bodø har man i noen grad vært utsatt for manglende skjerming, både av elektiv ortopedi og traumatologi.

Mekanismen ved manglende skjerming er velkjent og gjelder for en rekke avdelinger i landet hvor det er press både for å behandle traumer og drive elektiv ortopedi:

De elektive operasjoner må utsettes fordi andre pasientgrupper "haster mer" (gynekologi/obstetikk, gastrokirurgi, karkirurgi).

Ortopedisk traumatologi (lårhalsbrudd og andre fracturer) skyves mot kveld og natt eller neste dag fordi man nødvendig vil utsette den elektive ortopedi.

Den elektive ortopedi er i tillegg lønnsom for avdelingen og den gir status dersom den er omfattende. Den trekker til seg utdanningskandidater fordi de er interessert i mengdetrening, spesielt de som er relativt erfarne og har kort tid igjen til sin spesialitet.

Kombinert med den ovenfor nevnte situasjon knyttet til et behov for økt innsats på poliklinisk vurdering, som igjen krever en forutsigbarhet på svært mange nivåer, ikke minst med hensyn til innkallelse av pasienter, vil man som ansvarlig planlegger alltid ha en organisatorisk utfordring. En slik situasjon er særdeles vanlig ved en rekke store og middels store avdelinger. Den gir ofte vesentlig misnøye blant brukerne, er faglig ikke tilfredsstillende og noen ganger uforsvarlig.

Det er gruppens oppfatning at det kun finnes et mulig svar på slike problemstillinger, forutsatt at man ikke har ubegrenset med menneskelige, plassmessige og økonomiske ressurser: man må være villig til å organisere seg ut av dem. Det betyr at man ikke kan legge til grunn en modell hvor men legger opp til full elektiv utnyttelse og samtidig mener å kunne ta unna alt som dukker opp av akutte utfordringer med de samme personer og på de samme operasjonsstuer samtidig ("betasuppe-prinsipp").

Spesielt de større og tyngre avdelingene må derfor velge en profilering som innebærer at noe satses kvantitativt mer på enn annet. Dette fører til at noe kanskje må skyves ut til mindre

avdelinger, evt en ren elektiv produksjonslinje. På den måten kan traumatologien tas hånd om på en kvalitativ bedre måte.

Planlegging av det polikliniske inntaket og av både dagkirurgi og innleggelsene til operativ behandling bør kunne videreutvikles ved en så vidt stor avdeling som Bodø. Det vil blant annet være mulig å foreta en inndeling av pasienter i alle de nevnte kategorier basert på forventet tidsbruk, både poliklinisk og operativt. Den type planlegging og organisering har man hatt gode erfaringer med ved andre avdelinger (14) Opprettelse av den type pasientprofiler for den enkelte lege basert på individuell arbeidsprofil (rytme, tempo, kompetanse, interesse) vil erfaringsmessig gi større arbeids glede og være til vesentlig hjelp for de medarbeidere som står praktisk ansvarlig for selve inntaket av pasientene. Samlet fører dette til at pasienten opplever seg bedre ivaretatt, av den grunn at det faktisk er det som skjer. Organiseringen må foretas av eller i samarbeid med den enkelte (i dette tilfelle ortoped), og konsekvensen blir i tillegg en opplevelse av å ha innflytelse over egen arbeidssituasjon. Legekårsundersøkelsen har pekt på dette som et vesentlig punkt når det gjelder motivasjonsproblematikk for moderne leger.

Mye taler for at deler av dette arbeidet allerede er påbegynt i Bodø, og at en kan se resultater i form av reduserte ventelister, både på vurdering og behandling. I tillegg synes det som man har begynt å prioritere akutt ortopedi fra morgenen av, slik at disse pasientene slipper å bli liggende over flere timer i påvente av at det elektive dagsprogram skal bli ferdig. Dersom dette er tilfellet, er det et sterkt argument for at dette bør være fremtidens modell.

Lofoten har 1 ortoped (+ 2 traumatologer)

I Lofoten er produksjonen varierende avhengig av ortopedvikarsituasjonen, og i 2002 ble det gjort ca 30 ryggoperasjoner.

Det utføres noe hoftekirurgi, ikke kneproteser, periodevis en god del ryggoperasjoner.

Hålogalandssykehuset HF

Befolkningsgrunnlag 105800 (Harstad 41000, Stokmarknes 33000, Narvik 31800)

I Hålogaland ble i 2002 i alt innsatt 187 primære proteser i hofte og kne. Fordelingen innen de tre sykehus var ganske jevn, dog med noe overvekt i Harstad. Forholdet kne til hofteproteser synes å ligge rundt 1 til 3. Antall dagkirurgi synes tallmessig å være størst i Stokmarknes. Ryggkirurgi er lite utbredt, det gjøres et relativt fåtall ryggoperasjoner i Harstad.

I Harstad har man 4 stillingshemler for ortopedi, men kun 2 besatt med en fast ortoped og en vikar. I Narvik har man 3 ortopeder, hvorav 2 med traumatologisk profil. I Stokmarknes er ansatt en ortoped.

Tallene for ventetid tatt fra de ulike rapporter varierer og er vanskelige å tolke. For poliklinisk **undersøkelse og utredning** angir **Harstad** 4-5 mnd, **Stokmarknes** 3-6 mnd og **Narvik** 1-2 mnd.

For **dagbehandling** er tallene Harstad 3-12 mnd, Stokmarknes 1-1,5 mnd og Narvik 2-2,5 mnd.

Til **innleggelse for operasjon** Harstad 3-12 mnd, Stokmarknes 1-1,5 mnd , Narvik 1-4 mnd.

Samtidig viser imidlertid andre tabeller (7) at antall langtidsventende synker raskest i Harstad, mens for Narviks vedkommende er det en betydelig økning i denne gruppen. Man sitter igjen med et inntrykk av at situasjonen er noe bedre i Narvik og Stokmarknes enn i Harstad hva angår ventetider, men at det generelt sett er uakseptabelt lange ventetider for behandling i foretaket.

Harstad var tidligere et kraftsenter innen ortopedi og arrangerte det nasjonale vårmøtet i 1995. Imidlertid synes nå vikarsituasjonen, noe manglende organisering og lange ventetider å gi problemer tross tilfredsstillende fysiske plassforutsetninger.

I **Stokmarknes** har man tilfredsstillende fysiske romforhold, en fast operasjonsstue og adekvat bemanning, samt god tallmessig produksjon til tross for at kun en ortoped disponeres.

Ved **Narvik** sykehus synes det å kunne ligge til rette for en betydelig utvidelse av den elektive ortopediske aktivitet. Det er ansatt tre ortopeder med variert kompetanse slik at det foreligger et miljø å bygge på. I foretaksmøte i Helse Nord 19 juni 2003 er det signalisert ønskelighet med en videre utvikling av elektiv ortopedi i Narvik.

UNN HF.

Universitetsavdelingen i Tromsø står i en særstilling pga regions og -universitetsfunksjonen.

Det opereres om lag 270 primære kne og -hofteproteser hvorav i underkant av 25 % er knær. Andelen revisjonskirurgi er naturlig nok høyere i Tromsø enn ved de øvrige avdelinger i Helse Nord.

Et relativt stort antall enkle ryggoperasjoner utføres på nevrokirurgisk avdeling, mens tyngre instrumentell ryggkirurgi tas hånd om på ortopedisk avdeling. Det behandles i overkant av 600 pasienter dagkirurgisk årlig.

Avdelingen har 9 ortopeder og 5 utdanningskandidater. Man disponerer fast 2 operasjonsstuer 5 dager i uken. To dager er en av disse stueene avsatt til revmakirurgi. I tillegg har man en dagkirurgisk stue 4 dager i uken, dette oppfattes som tilfredsstillende. Det eksisterer et godt og levende forskningsmiljø og en oppfatter at det ligger gode utviklingsmuligheter i den strukturen. Ass legene deltar ikke systematisk i dagkirurgi.

Sengeavdelingen har svært høy turn-over av sykepleiere og dette representerer et problem som fører til begrensning i behandlingstallene. Elektiv drift er utsatt for strykninger mer enn ønskelig, men ikke på grunn av manglende skjerming mot ø hj. Den tidlige postoperative kapasitet er tilfredsstillende. Situasjonen karakteriseres slik at man kunne ha operativ kapasitet til å operere 1-2 pasienter mer daglig, men at sengekapasiteten på post er utilstrekkelig på grunn av at sengene belegges med øyeblikkelig hjelp pasienter (Fractura colli femoris). Man opplever å ha tilstrekkelig rehabiliteringskapasitet ved Nord Norge Kurbad. Ved UNN ser man det derfor slik at den elektive produksjonen er i overensstemmelse med avtaket (sengepost). Hele ”oppsettet” virker underdimensjonert, man burde kunnet ha en egen akutt ortopedisk operasjonsstue.

Ventelistesituasjonen er problematisk. 1000 pasienter står på venteliste til poliklinisk vurdering, og opp mot 90 % av en poliklinikkdag kan bestå av kontrollpasienter. Sykehuset oppgir å ha opp mot 2 års ventetid for vurdering (7), mens ventetid for dagkirurgi og innleggelse til operasjon er hhv 5-12 mnd og 5-10 mnd.

Det er videre et problem at det står svært mange på en slags "skjult venteliste", hvor pasientene blir skjøvet bakover i køen til fordel for mer klare problemstillinger som hofteproteser og kneproteser. Disse pasientene har lidelser, diagnoser eller planlagte operasjoner som hele behandlingsapparatet oppfatter som mindre attraktive. Ventelistesituasjonen både for vurdering og endelig behandling er på denne måten dårlig organisert og systematisert.

Helse Finnmark HF

Befolkningsgrunnlag 70000 (Hammerfest 45000, Kirkenes 25000)

I Finnmark ble det i 2002 utført 125 primære hofte og kneproteser, hvorav totalt ca 90 i Hammerfest. Andelen knær i Hammerfest er relativt høy, og totalantallet er økende (25 i 2002). Antallet ryggingrep er svært få i Finnmark. Antall dagkirurgi ligger omkring 400. Ved Alta spesialistpoliklinikk er det effektiv dagkirurgi ca 50 dager i året. Hammerfest har relativt høy andel traumatologi.

Ventetid for poliklinisk vurdering i Hammerfest synes å ligge på rundt 6 mnd for de fleste lidelsene, også for vurdering til dagkirurgi. Deretter synes ventetid for behandling og dagbehandling å være rundt ytterligere 6 mnd.

I Kirkenes er tallene imidlertid til dels svært sprikende, muligens kan dette ha med vikarsituasjon å gjøre. Det opereres med tall helt nede fra 4-6 uker på vurdering og behandling, men også helt opp i 15 mnd (7).

I Hammerfest har man 4 overlegehjempler, 1 er ubesatt. Man har 2 utdannelsstillinger. Det kan oppstå lavaktivitetsperioder grunnet mangel på spesialsykepleiere (f eks 8 uker i 2003). Det er noe plassmangel på poliklinikken, usikkert om den egentlig er en flaskehals. Det disponeres 2 operasjonsstuer, 1 på poliklinikken, 1 i Alta. Man har relativt god postoperativ kapasitet, alle stillinger på sengepost er besatt. Elektiv produksjon går på dagtid etter program, mens traumatologi utsettes til kveldstid.

Avdelingen har god forskningsaktivitet og godt fagmiljø. Eget overlege vaktskikt, men det foreligger planer for å slå sammen ortopedisk avdeling med kirurgisk avdeling.

Det er avtalt felles bakvakt med Kirkenes fra 1/10-03. Man planlegger da å gjøre elektiv ortopedi i Kirkenes 10 uker i året pr ortoped ved utveksling med Hammerfest.

Samlet aktivitet i Helse Nord

Fagområde	Hvilke foretak/sykehus	Kapasitet	Kommentarer
Dagkirurgi	alle	bra	Skjevfordeling, må organiseres bedre
Primære hofter nord (inkl ”enkle” revisjoner)	alle (?)		Etterslep, særlig lengst
Hofterevisjoner	UNN, Bodø	ok	Lang ventetid
Primære knær	alle	ok	Skjev fordeling
Knerevisjoner	UNN, Bodø	ok	
Rygg, prolaps utredning	alle	ok	Lang ventetid
Rygg, stenose (inkl ikke-instr fix)	alle	ok	Lang ventetid
Rygg, Instr fix	UNN, Bodø	ok	Lang ventetid
Bløtdel/idrettsrelatert ”lekkasjer”	flere, ikke alle	dårlig	Lang ventetid, mange
Spes hånd (replant, flexorseneskader, nerve)	UNN	dårlig	6 mnd ventetid
Revmakirurgi rekruttering	UNN, Bodø, Rana	bra nok	Dårlig
Nevro ortopedi nødvendig	UNN, Rana	ok	Kun et fåtall
Gen barneortopedi	UNN, Bodø, Rana	ok	
Spes barneortopedi og Oslo	Ingen		Sendes Trondheim
Benigne tumores	UNN		
Sarcomer	Ingen		Bør reorganiseres

SMM –rapport 6/2002

Antall protesekomponenter som til sammen benyttes ved primær hofteprotesekirurgi ved norske sykehus er høyt. I perioden 1987 til 2000 er det registrert bruk av 62 ulike koppper og 66 ulike stammer (tall fra Nasjonalt register for leddproteser i Bergen). Fordelene med å ha en rekke ulike komponenter å velge mellom, kan være at en da får utprøvd mange forskjellige protesemerker, får variert erfaring og ikke låser seg opp til bestemte leverandører. Det synes imidlertid som om de fleste ortopeder mener at ulempene dominerer. Man mangler i stor grad dokumentasjon for de minst brukte protesekomponenter, valgene har lett for å bli tilfeldige og knyttet opp mot enkeltortopeders ulike behov. Dette kan føre til vanskeligheter i forbindelse med utskiftingsoperasjoner, føre til store prisforskjeller, og ha en uønsket etisk side idet mange av komponentene er dårlig dokumenterte.

En SMM rapport utarbeidet av en gruppe norske ortopeder under ledelse av professor Lars Nordsletten ved Ullevål sykehus har belyst hvordan bruk av hofteprotese ved norske sykehus kan knyttes til vitenskapelig dokumentasjon om den enkelte protese. Denne utredningsgruppen har utarbeidet et forslag til system for valg av proteser på norske sykehus basert på dokumentasjon om langtidseffekt og protese overlevelsestid, samt et forslag til system for innføring av nye primære proteser på det norske markedet.

I utredningen er det foretatt en systematisk vurdering av vitenskapelig dokumentasjon om alle primære totale hofteprotesekomponenter som var i bruk i Norge i år 2000.

Resultatene, vurderingene og konklusjonene i SMM - rapporten er relativt grundig vurdert i vår prosjektgruppe. Det er enighet om at det er gjort et meget omfattende og grundig arbeid med den litteraturmessige dokumentasjon. Vi finner det ikke påkrevet å redegjøre i detalj for den metode som er anvendt for å komme til de konklusjoner man har gjort. Disse forholdene er utførlig beskrevet i SMM – rapporten (13) og kan finnes der.

Man har dog kunnet innvende at det i perioden etter 2000 har kommet ytterligere arbeider som kunne vært tatt med i vurderingsgrunnlaget. Disse arbeider kunne modifisert resultatene man har kommet til for noen enkeltkomponenters vedkommende. Men vi har ikke funnet at de vil forandre det som oppfattes som de viktigste konklusjonene i rapporten; det som omhandler system for valg av protesekomponenter for norske sykehus og nye komponenter på det norske markedet.

Det er også i en del arbeider lagt til grunn kriterier som ikke uten videre er representative for norske forhold.

Man kan i tillegg innvende at dokumentasjonsgrunnlaget selv for de best dokumenterte proteser er mangelfullt, og at kravene burde vært enda strengere enn det SMM-rapporten legger til grunn.

Videre er det, som rapporten også uttrykker, en rekke andre faktorer som påvirker både tidlig -og senresultat etter hofteprotesekirurgi.

Ved Hammerfest sykehus er det gjort en studie (10) i samarbeid med leddproteseregisteret i Bergen hvor man konkluderer med at det ligger en kvalitetsgevinst i å redusere operasjonstiden for sementerte proteser til under 110 minutter og at dette igjen kan nås ved å standardisere virksomheten og øke operasjonsvolumet ved enkeltsykehus. Gruppen stiller

seg helt bak en slik konklusjon, som taler sterkt for at de avdelinger som driver med denne typen kirurgi, bør ha et visst minste volum av operasjoner.

Charnley hofteprotese kom på markedet allerede på 60-tallet og representerer fortsatt det som oppfattes som "gull-standard" innen feltet. Foretak som velger denne protese, anses å ha gjort et trygt og sikkert valg. Det er imidlertid ikke slik at den Charnley protesen man setter inn i pasienter i våre dager, er den samme som kommer godt ut i langtidsstudier og er den best dokumenterte protesen på markedet. Denne protesen, som de fleste andre, har gradvis blitt endret i takt med ny viten, slik det skjer i all annen industri. Det er heller ikke alltid ny viten som ligger til grunn for forandringene, men moter, brukerkrav og tro på at forandringene er gunstige.

Derfor er det viktig at noen avdelinger deltar i utprøving av nye proteser. Det er svært usannsynlig at de aller eldste løsningene for all ettertid skulle være de beste. Utprøving må imidlertid foregå under kontrollerte forhold, derfor slutter denne prosjektgruppen seg til hovedkonklusjonene i SMM-rapporten.

Vi anbefaler at rapportens konklusjoner implementeres i Helse Nord, slik at det som hovedregel kreves 90 % eller høyere overlevelse av protesen etter 10 år, dokumentert ved registerstudie (Nasjonalt Register for Leddproteser) i tillegg til minst en uavhengig studie med både klinisk og røntgenologisk vurdering før protesen kan tas i bruk ved en norsk avdeling. Det samme kravet må gjelde dersom man skal fortsette med en allerede etablert protese.

Som unntak må det kreves at utprøving av mindre dokumentert protese inngår i studie godkjent av De regionale komiteer for forskningsetikk, eller gjort i samarbeid med Nasjonalt Register for Leddproteser eller som ledd i godkjent forskningsarbeid ved universitetsavdeling.

Det bør være opp til avdelingenes ledelse og fagmiljøet selv å påse at disse retningslinjene følges.

Når det gjelder innføring av nye proteser på det norske markedet anbefales disse innført trinnvis i et lignende system som for legemidler i henhold til forslag fra Malchau:

- Trinn 1: Preklinisk del med eksperimentelle studier av biokompatibilitet og biomekanikk
- Trinn 2: Mindre, randomiserte studier, gjerne med surrogatendepunkt (RSA, DXA)
- Trinn 3: Større, randomiserte multisenterstudier
- Trinn 4: Overvåkning av protesens langtidsfunksjon i en stor kohort via registerstudier

Skjermet elektiv ortopedisk virksomhet

Uttrykket skjermet elektiv virksomhet brukes vanligvis om det prinsippet at man ved en akuttavdeling i større eller mindre grad forsøker å la det oppsatte operasjonsprogram gjennomføres uten at det forstyrres av evt innkommet øyeblikkelig hjelp. Dette programmet er satt opp dagen i forvegen, alle nødvendige forberedelser er gjort, og pasientene er gitt aktuell informasjon av operatør, anestesioleg /anestesisykepleier og pleiepersonell.

På enkelte store avdelinger vil dette til en viss grad kunne fungere, slik at pasienten unngår å bli strøket fra operasjonsprogrammet neste dag dersom annen medisinsk oppgave må prioriteres først. Det forutsetter imidlertid at man disponerer over et visst antall kompetente ortopeder, at man har tilstrekkelig med øvrig personell, og at man har tilgjengelige operasjonsstuer og utstyr til tross for nye akuttpasienter.

Imidlertid vil svært ofte endog akutte ortopediske pasienter måtte vente ved norske sykehus, fordi avdelingene nødvendigvis har en generell profil, og andre, enda mer presserende oppgaver innen gastroenterologi, karlidelser, obstetrikk osv må gå foran.

Det er en menneskelig belastning å bli strøket fra et operasjonsprogram, selv om årsaken er høyverdig nok. Det er i tillegg økonomisk lite gunstig, og endatil er det ganske vanlig. Forberedelser må gjøres om igjen. Pasientene har behov for forklaringer, trøst, og må selv på nytt mobilisere sine menneskelige og fysiske ressurser. Man har lite kunnskap om hva disse faktorene har å si for sluttresultatet, men det kan ikke utelukkes at slike stressbelastninger har negativ innflytelse.

Elektive ortopediske pasienter er på den annen side organisatorisk og økonomisk gunstige for avdelingene. Man tjener gode penger på å la den elektive pasient få sin operasjon. Dermed kan det underlige skje at man utsetter øyeblikkelig hjelp til ettermiddag, kveld eller i verste fall natt eller kanskje et eller to døgn senere (f eks lårhalsbrudd). Dette er dessverre hverdagen for en rekke norske sykehus og deres pasienter.

I så måte er det nå kanskje i større grad grunn til å bekymre seg for det som kan kalles ”skjerming av den akutte ortopediske pasient” eller skjerming av traumatologien. Dersom man i større grad ved akuttavdelingene velger å la uthvilt, kompetent personell ta seg av denne pasientgruppen når den ankommer sykehuset, vil etter alt å dømme en god del lidelse i tillegg til en del unødvendige uheldige følgetilstander vært unngått.

Norske ortopediske avdelinger er fortsatt i stor grad organisert slik at hver eneste gang det legges inn en skadet pasient som øyeblikkelig hjelp, må det gjøres en vurdering av om denne skal prioriteres foran en elektiv pasient. Slike vurderinger er hver eneste gang tidskrevende og økonomisk og personellmessig ressurskrevende. Det kan heller ikke utelukkes at de er med på å skape en ”ventekultur” på avdelingene.

Ved å overføre en større del av den forutsigbare, tallmessig store, oversiktlige gruppen pasienter som vanlig elektiv ortopedi representerer, til en eller flere rene, elektive produksjonslinjer, vil man få bedre utnyttelse, bedre kvalitet, mer fornøyde brukere, høyere produksjonstall, reduserte ventelister, bedre grunnlag for forskningsmaterialer, bedre spesialistutdannelse, mindre behov for unødvendige vaktordninger, mindre behov for spesialsykepleiere og leger som sitter på vakt om natt og i helger og venter på at noe skal skje, mindre behov for avspasering, dvs høyere kontinuitet på dagtid for alle med spesialkompetanse.

Det er svært vanlig i det norske ortopediske fagmiljøet at ”skjermet elektiv ortopedisk virksomhet” omtales i positive vendinger (1,5). Det er noe som mange hevder blir praktisert ved deres avdeling. Imidlertid er motstanden stor dersom man med skjerming virkelig mener ”full skjerming”. Skjerming blir derfor ofte et teoretisk begrep, noe som bare gjelder på de tidspunktene hvor det ikke er behov for å skjerme. Med full skjerming bør menes at avdelingen har ansvar for å ta seg av elektive ortopediske pasienter i en økonomisk og personellmessig uavhengig enhet med egne operasjonsstuer.

Rasjonalet for motstand mot full skjerming er vanskelig å få tak i, og fører til at det er lett å bli henledet mot skjulte eller vikarierende motiver. Som regel er argumentasjonen at ”det blir for dyrt”, ”alle må ta sin del av jobben”, ”det er urettferdig at noen bare skal skumme fløten”, eller ”at dette er en kunstig oppdeling av ortopedien”.

Man sitter igjen med et inntrykk av at det er noen som på sett og vis anses å ”slippe billigere unna” enn andre, slik at fokus har en tendens til å bli satt mer på arbeidstakerne enn på den kroniske pasientgruppen man her søker å etablere et best mulig tilbud for. Dersom målet nettopp skulle være at ”fløten skal skummes” (les: øke kapasiteten for elektiv ortopedi), så må man innrette seg slik at noen skummer den.

Full skjerming betyr at organiseringen kan fungere, delvis skjerming betyr i praksis at man ikke tar ut det elektive potensialet. Det er ikke viktig om den elektive enheten legges fysisk nær eller i større avstand til andre avdelinger. Det er imidlertid avgjørende at den er organisatorisk og økonomisk selvstendig med eget personell og egne operasjonsstuer. Dersom man går på akkord med de prinsippene, tar det kun få dager (evt timer) før man er tilbake der man var. (”betasuppe- prinsippet”)

Martina Hansens Hospital er sannsynligvis den meste rendyrkede, selvstendig elektive ortopediske avdeling i Norge. Hospitalet hadde tidligere driftsavtale med Akershus fylkeskommune, nå med Helse Øst.

Ved MHH disponeres i 2003 i alt 7 elektive operasjonsstuer, hvorav 2 til kontinuerlig dagkirurgi. I 2002 utgjorde produksjonen 50 % av den elektive ortopediske virksomhet i Helse Nord. Da hadde man 5 operasjonsstuer til disposisjon. Alle nøkkelopplysninger kan finnes i vedlagte årsrapport.

Hospitalet har lavere DRG kostnad enn gjennomsnittet for norske sykehus, høyere pasienttyngde enn gjennomsnittlig (men på nivå med øvrig ortopedi), og er antagelig den største produsent av hofte og kneproteser i landet. Resultatene i leddproteseregisteret viser proteseoverlevelse over landsgjennomsnittet. Man valgte hofteprotese for 21 år siden og benytter denne fortsatt, uten planer om å forandre.

Man har høy kontinuitet i tilstedeværelse på dagtid; overleger har 10 dager avspasering pr år, ass leger 18 dager. Istedenfor overlegevakt har man fra april 2003 en fast utvidet ettermiddagspoliklinikk pr uke. Første halvår 2003 er det satt inn 222 hofteproteser og 83 kneproteser, operert 121 rygger og rekonstruert 41 korsbånd. DRG kostpris første halvår 2003 var kr 27688,- (statlig DRG pris for 2003 er kr 29931,-).

Hospitalet har fra 80-årene og frem til i dag vært gjenstand for tallrike forsøk på å integreres med Bærum sykehus ortopediske avdeling. Forkjempere for dette har anført at såkalte ”vinn-vinn” effekter kunne tas ut, pasientbehandling og utdanning kunne bli bedre, vaktteam kunne slås sammen og såkalte stordriftsfordeler kunne oppnås. Problemet har vært at man ved MHH ikke har sett hva som konkret skulle være målet med dette for de elektive pasienters vedkommende. Hospitalet har derfor argumentert mot slike ordninger da man har

ment, og kunnet dokumentere (15) at behandlingskvalitet og behandlingsvolum for kronikerne vil forringes i betydelig grad. Man har i stedet konsekvent støttet Bærum sykehus i å opprette en egen ortopedisk avdeling. Dette har nå skjedd, til beste for pasientene i regionen, samarbeidet avdelingene imellom er bedre, og det foregår samordning av spesialistutdanning. Ventelistesituasjonen er radikalt forbedret. Det ligger derfor i dag til rette for en betydelig tilnærming i samarbeidsformene mellom MHH og Bærum sykehus ortopediske avdeling, uavhengig av de ulike eierforholdene, nettopp fordi den elektive drift ikke er trukket inn i akutthjelpen.

Hospitalet kom svært godt ut av en stor pasienttilfredshetsundersøkelse foretatt i 2003.

Martina Hansens Hospital med ca 3000 opererte pasienter pr år har 3 anestesileger, en røntgenavdeling med radiologkonsulent noen timer pr uke, et mindre laboratorium uten ansatt lege, en postoperativ avdeling som stenger om kvelden kl 20, hvorefter pasienten går til vanlig sengepost.

En assistentlege under utdanning i ortopedi (evt med fullført spesialitet) har tilstedevakt hele døgnet på hverdager, hjemmevakt lørdag og søndag. Man kan på det meste ha liggende nyoperert inntil 4-5 hofter og 2-3 kneproteser, 1-2 rygger (inkl tyngre instrumentelle fiksasjoner) i tillegg til korsbånd, osteotomier, skulderstabiliseringer, revmakirurgi og dagkirurgi (inntil 12 pr dag) på en vanlig hverdag.

Man har ikke bemannet operasjonsstue om ettermiddagen etter kl 16, kveld eller natt.

Det opereres pasienter opp i ASA grad 4. Ved grundig preoperativ planlegging har man ikke behov for overflytting av nyopererte til intensivavdelingen ved Bærum sykehus oftere enn 2-4 ganger årlig. Disse overflyttingene er vanligvis delvis avtalt på forhånd, i 2003 er så langt ingen pasienter overflyttet uten at det har vært preoperativ kontakt mellom avdelingene.

Postoperative blødninger eller andre komplikasjoner som må reopereres akutt om kvelden utgjør 0-2 incidenter pr år, så langt i 2003 ingen reoperasjoner kveld eller natt.

En organisering av denne type krever trent pleiepersonell på post, men ingen spesialsykepleiere til stede om natten. Det er behov for en kompetent lege på vakt, som kan foreta de riktige vurderingene når de trengs. Det er avgjørende at denne lege ikke er allokert poliklinikk eller øyeblikkelig hjelp ved annen avdeling på kveld og nattetid. I motsatt fall er man i praksis raskt tilbake til prinsippet om delvis skjermet virksomhet.

Årsaken til at skjermet elektiv virksomhet gir kvalitetsmessige og kvantitative fordeler, ligger selvsagt ikke i at enkeltpersoner er ”flinkere” enn andre. Det dreier seg om at organiseringen er tilpasset oppgaven og målet.

Etterspørsel/dublering/konkurrans:

Etterspørsel etter elektive ortopediske tjenester vil i stor grad avhenge av tilbudet som fins.

Revmakirurgi er et godt eksempel på dette. I regioner hvor slike tilbud er godt utbygget og satt i system (f eks hovedstadsområdet), vil både pasienter og revmatologer benytte seg av ortopeder til vurdering og operativ behandling.

Samme forhold gjør seg gjeldende innen den ressurskrevende ryggkirurgien (instrumentelle fiksasjoner). Pasienter med alvorlige smertetilstander vil naturlig nok følge

behandlingsapparatet så langt det rekker, og det vil til sist være en kombinasjon av medisinske, etiske og økonomiske vurderinger som avgjør hvor grensen skal settes.

Denne typen tilbud krever imidlertid at det eksisterer et levende fagmiljø som kan sette diagnostikken og behandlingen i system. I motsatt fall vil tilbudet bli tilfeldig, faglig dårlig og dyrt fordi man får lite igjen for ressursene som er brukt.

Revmakirurgi og ressurskrevende ryggkirurgi er også eksempler på fagområder som krever interessert og oppdatert ikke-medisinsk personell (fysioterapi) fordi opptreningssituasjonen er sammensatt. Derfor bør slike områder funksjonsfordeles til ett eller få sentra.

Dagkirurgi og primær protesekirurgi er eksempler på fagområder som egner seg bedre for dublering eller fri konkurranse. Det er tallmessig store pasientgrupper, hvor diagnostikk og behandling er enklere og mindre ressurskrevende.

Forslag til system for dublering/funksjonsfordeling er listet opp nedenfor.

<u>Fagområde</u>	<u>Dublering/konkurranse</u>	<u>Funksjonsfordeling/sentralisering</u>
Dagkirurgi	x	
Primær hofte/kne protesekirurgi avd)	x (sementert, krever volum)	x (usementert, 2 avd)
Hofte/kne revisjonskirurgi		x (2 avd)
Rygg 1 (prolaps, spinal stenose, ikke- instr fix.)	x (men: krever volum)	
Rygg 2 (instr fix.)		x (1 avd)
Bløtdelskir/idrettsortopedi (korsbånd/skulderstab)	x (krever interessert miljø/fysioterapi og volum)	
Revmakirurgi UNN/Bodø)	(Spesialprotesene må samles 1 sted, avtales i fagmiljø)	x (combined unit)
Spes håndkir (replant, flexorseneskade, nerve) avd		x 1
Nevroortopedi avd		x 1
Gen. barneortopedi (operativt) avd		x 1
Spes barneortopedi avd		x 1

Benigne tumores avd	x	1
Bløtdelssarcomer avd	x	1
Osteosarcomer/ skoliose sentraliseres til nasjonal enhet	x	

Postoperativ opphoping av pasienter:

Prosjektgruppen har etter relativt detaljert gjennomgang av de ulike foretak og enkeltsykehus kunnet sette opp et "Problemskjema" med tallmessig kvantitering av ulike problemområder. Dersom dette skjemaet sammenholdes med et slags flyttdiagram hvor pasientens konkrete reise gjennom behandlingsapparatet beskrives, kan det i stor grad pekes på hvor en løsning må søkes, og hvilken prioritet den må ha.

Det siste ledd i et slikt flytskjema for en innlagt eller dagkirurgisk pasient vil være det vi har kalt postoperativ stuvning. Dersom ikke pasientene kan reise direkte hjem eller får plass på et rehabiliteringssenter etter operasjonen, vil det ikke løse noe problem om man klarer å løse ventelisteproblemet eller øker antallet ortopeder. Postoperativ stuvning er ikke angitt som et vesentlig problem i Helse Nord, men f eks for Bodø kan det tenkes å kunne redusere behandlingstakten. Ved UNN er manglende sengekapasitet på avdelingen en flaskehals.

For avdelinger hvor dette kan bli et problem, må det sørges for at drenasjen i behandlingsskjeden er ivaretatt, ellers vil ingen organisering kunne forbedre situasjonen.

Ortopedmangel/utdanning:

Gruppen mener det er for få ortopeder i landsdelen. Det lar seg ikke løse på kort sikt.

Det må antas å være i Helse Nord som andre steder, at ortopeder først søker seg til stillinger som er attraktive, og det har i stor grad har med et godt fagmiljø å gjøre. Et godt fagmiljø kan ikke vedtas, men vil lettest kunne utvikle seg i avdelinger hvor det er flere kolleger med sammenfallende faglige interesser. Slik sett vil det være en fordel å samle noen ortopeder på et sted, fremfor å spre enkeltpersoner rundt på ulike arbeidssteder.

Dette vil nok i stor grad forbli et problem også i fremtiden dersom man tviholder på prinsippet at alle avdelingene skal være like, drives likt og ha nærmest identisk profil.

Dersom man imidlertid unntar et visst antall ortopeder fra aktivt, eller noen ganger passivt ventende vaktarbeid, slik at de kan ta en større del av rutineoperasjonene, vil man oppnå en bedre dynamikk i feltet ortopedi. De som arbeider vesentlig elektivt vil da også kunne ta en større del av de polikliniske vurderingene idet arbeidet kan planlegges lang tid i forvegen uavhengig av faren for å bli avbrutt. Ortopedene kan da løse en ting av gangen, de behøver ikke både sitte på poliklinikken i samtale med pasienter, samtidig som de tilkalles til operasjonsstuen fordi "det er klart til operasjon". En slik modell, som alle ortopeder og kirurger kjenner, er ikke god dersom målet er å drive rasjonelt elektivt. Ordninger av den

type er til skade for alle parter; den enkelte pasient, publikum, sykehuset, helseforetakets ansikt utad, og ikke minst ortopedien selv.

For å klare å operere det antall pasienter prosjektgruppen har anslått for Helse Nord (s 4) innenfor akseptable tidsfrister (s 4), har vi kommet frem til at det er behov for 35 overleger og 15 utdanningsstillinger i årene fremover. Ved MHH er det i 2003 i alt 7 utdanningskandidater, og det har tradisjonelt vært god søkermasse til disse stillingene. Samtidig har det vært dårligere rekruttering til tilsvarende stillinger ved andre sykehus i samme region, slik at den elektive modellen må antas å ha noe med dette å gjøre.

Et problem i forhold til utdanning av spesialister er at inntil nå krever Spesialistreglene at utdanningskandidaten har såkalt Gruppe 1 tjeneste, som i Helse Nord bare gis ved UNN. De øvrige sykehus har begrensning på hvor mange år tellende spesialisttjeneste man kan opparbeide ved avdelingen. Kandidatene har vært nødt til å skaffe seg Gruppe 1 tjeneste et annet sted, f eks ved UNN, og kravet har vært 1,5 år.

Det er noe uklart omkring de nye spesialistreglene, men det er krav om minimum 1,5 år ved avdeling som driver med utstrakt bruddbehandling, det vil i praksis bety avdeling som har kontinuerlig ortopedi vaktdekning.

Ved tildeling av utdanningsstillinger må dette behovet vektlegges ved UNN, slik at det kan tilbys komplett utdanning i regionen.

En elektiv produksjonslinje er intet annet enn en systematisering av arbeidsoppgavene. Problemet med for få ortopeder vil fortsatt kunne være til stede, men de negative følgene av dette blir mindre. Prinsippet blir at man ved å organisere arbeidet bedre, vil kunne få ut betydelige gevinster.

Kommunikasjon/samarbeid:

Gruppen mener at mye unødig ventetid for pasientene kan reduseres ved å ta i bruk et nærmere beskrevet elektronisk rom for informasjonsutveksling, opplæring og fagutvikling mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Bedret kommunikasjon og opplæring fra spesialisthelsetjenesten vil gi 1. linjetjenesten mulighet for bedre faglig oppdatering og et høyere faglig nivå. Dette kan benyttes til å luke vekk en del unødvendige henvisninger til de ortopediske poliklinikker, og utvikle konseptet med direkte henvisning til operasjon.

Direkte inntak av pasienter til operasjon etter god søknad fra fastlegene kan lette presset på poliklinikkene, slik at de som virkelig trenger vurdering av ortoped prioriteres der. (ref: "Coxartrose + gonartrose", "Raskere veg til ny protese", "Direkte inntak av pasienter til dagkirurgi").

En slik Internett plattform kan tenkes å redusere behov for sykehusbaserte kontroller i fremtiden, ved at det etableres enighet mellom ortoped og fastlege om hvilke etterkontroller som kan utføres av fastlegen, det kan etableres prosedyrer for hvordan slik kontroll skal utføres, og dokumenter som beskriver disse prosedyrer kan lett finnes på samarbeidsplattformen.

Det er viktig å presisere at det dreier seg om en to-veiskommunikasjon mellom 1. linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Informasjon som naturlig kan legges inn i et samarbeidsrom kan være:

- Informasjon om endringsrutiner
- Informasjon om ventetider
- Varsel om endringer av rutiner/undersøkelser
- Informasjon om nye undersøkelsesrutiner
- Informasjon om behandling
- Informasjon om etterkontroll og kontrollprøver
- Henvissingsmaler
- Anvendelse av ny teknologi
- Møteinnkalling/kursinvitasjon
- Generell faglig informasjon

En slik plattform kan også benyttes i samarbeidet mellom ortopediske avdelinger i regionen.

Rommet kan benyttes i internundervisningen for spesialistene i helse nord, etter modell av Ettermiddagsklinikken (ref: Emne: Helsesamarbeid og Ettermiddagsklinikken).

Sammenligning Martina Hansen/ Helse Nord

Virkemidler/resultater	Helse Nord		Martina Hansen	
Antall overleger ortopedi av HN)	30,5		9	(30%
Antall ass leger ortopedi %)	20		7	(35
Antall enheter (sykehus) %)	11		1	(9
Antall operasjonsstuer %)	20		5	(25
Antall opererte pasienter totalt 2002 %)	6017		2963	(49
5 hyppigste inngrep 2002	Hofte 719 Kne 216 Rygg 342 Revma ? Dagkir 3008		Hofte 385 Kne 118 Rygg 189 Revma 429 Dagkir 1535	
Anslag av andel akutt ortopedi	25 %		0 %	

Ventetid i uker	Helse Nord		Martina Hansen	
	Pol kl	Innl/dag	Pol kl	Innl/dag
Hofte	9 (6-24)	10 (6-12)	7	3
Kne	9 (6-32)	12 (8-24)	4	3
Rygg 1	12 (8-32)	10 (5-12)	6	6
Rygg 2	18 (12-24)	11 (10-12)	12	8
Revma	?	?	4	3
Dag generelt	12 (3-32)	9 (4-52)	6	2
Hånd	12 (4-32)	6 (4-52)	4	2
Fot	12 (4-32)	10 (5-12)	6	2
Kne /menisk	9 (4-24)	8 (4-12)	6	2
Skulder	12 (6-24)	6 (5-24)	6	5

Problemområder (skala 0-3)

Ventetid utredning	3	1
Ventetid innleggelse	2-3	1
Ventetid dagkirurgi	2	0
Skjevfordelt kapasitet	2-3	0
Manglende organisering	2-3	1
Skjult venteliste	1-2	0-1
Ortopedmangel	1-2	0
Øvrig personellmangel	1	0
Operasjonstuemangel	1	0

Manglende skjerming	1	0
Postoperativ stuvning	1	0

Problemområder med løsningsforslag:

Problem	Gradering	Mulig løsning
Ventetid utredning	3	Redusere kontroller Telefoniske kontroller Mer poliklinikk (kveld) Benytte annet personell til kontroll Direkte henvisning til beh
Skjevfordelt kapasitet	2-3	Avlast UNN og Bodø – elektiv enhet
Manglende organisering av venteliste	2 -3	Bryte ned, subgruppere, seksjonere og reorganisere ventelister
Skjult venteliste	1-2	Bryte ned, og ta inn pas etter en fordelingsnøkkel basert på tidsbruk
Ortopedmangel	1-2	Levedyktige miljøer Ikke basert på enkeltpersoner Funksjonsfordeling Redusere / avskaffe vakt
Mangel på øvrig personell	1	Levedyktige miljøer Seksjonering
Operasjonstuemangel	1	Reorganisering: Faste elektive stuer Faste akutt stuer Benytte hele dagen
Manglende skjerming	1	Innføre skjerming
Postoperativ ”stuvning” (dårlig sengekapasitet)	1	Elektiv avdeling med forutsigbar produksjon og faste avtaler

Konkrete løsningsforslag for Helse Nord:

Helgeland:

Samle tyngden av elektiv ortopedi ved ett senter, beliggende i Rana.
Videreføre samarbeidet med Mosjøen innenfor rammen av omstillingsprosjektets resultat.

Sykehuset i Rana bør ha egen ortopedisk avdeling.

Avdelingen bør ta seg av både traumatologi og elektiv ortopedi.

Den elektive aktivitet bør hovedsakelig være dagkirurgi, protesekirurgi, ryggbehandling, korsbåndrekonstruksjoner.

Spesialisert revmakirurgi bør sentraliseres til Bodø eller UNN.

Man bør ha minimum 2 utdanningskandidater i ortopedi.

Nordland:

Ortopedisk virksomhet bør legges til Bodø.

Avdelingen bør ha minimum 3 utdanningskandidater.

Det bør satses på dagkirurgi, proteseoperasjoner, evt mer avansert revmakirurgi (etter avtale med UNN), vanlige ryggoperasjoner, bløtdelsortopedi.
Instrumentell ryggbehandling bør overføres til UNN.

Traumatologi og elektiv ortopedi bør skjermes fra hverandre.

I Lofoten bør det vesentlig satses på dagkirurgi.

Utvikling av øvrig elektiv ortopedi må avhenge av om man får tilstrekkelig stabilitet i ortopedisituasjonen.

Hålogaland:

For å redusere ventetid for elektive ortopediske pasienter radikalt i Helse Nord bør det satses på en **totalt skjermet** elektiv enhet. Pga. utvikling i saken om akutt kirurgisk beredskap er det tidligere foreslått å videreutvikle ortopedi her. Et mindretall i gruppen mener en slik totalt skjermet enhet kan ligge i Narvik. Denne kan organiseres etter modell av Martina Hansens Hospital i Bærum.

Enheten bør ha 3 operasjonsstuer.

Det kan opprettes et samarbeidsforhold med MHH, og dette samarbeidet kan omfatte organisering av inntak til dagkirurgi og innleggelse, poliklinikkprofil, behandlingsopplegg og kvalitetskontroll, protesevalg, frivillige hospiterings -og rotasjonsordninger.
Dette vil kunne revitalisere det ortopediske miljø i Helse Nord.

Avdelingen må etablere et nært samarbeide med de øvrige sentra i Helse Nord, slik at ikke fagmiljøet i landsdelen fragmenteres.

Enheten bør ha minimum 3 utdanningsstillinger, og ikke ta seg av traumatologi. Den bør på den annen side ikke bli så stor at det elektive behov i landsdelen ”støvsuges”.

En ren elektiv ortopedisk avdeling kan ta en stor del av den vanlige, tallmessig store og nødvendige ortopedi og være en avlastning for hele helseregionen, spesielt UNN og i noen grad Bodø. Man kan på sett og vis se på en slik avdeling som en produksjonsbedrift som representerer en viss ”overkapasitet” som tar unna køer, slik at det ikke topper seg ved de øvrige avdelingene.

Arbeidsprofilen ved en slik elektiv enhet er at man unngår belastende nattarbeid, til gjengjeld aksepteres mindre avspasering. Dette gir igjen høyere kontinuitet i pasientoppfølgingen.

En relativt betydelig andel av den vanlige ”enkle” elektive ortopedi burde legges fra Tromsø til en samarbeidende elektiv avdeling, f eks i Narvik. Det er ingen grunn til at den spesialiserte universitetsavdeling trenger å ha den tallmessig største elektive produksjon av vanlig ortopedi i regionen. Man vil da kunne frigjøre ressurser til spesialoppgaver og ø hjelp, samt forskning og undervisning. Til dette vil man naturlig nok også ha behov for et visst antall av den vanlige ortopedi. Man vil få forskningsinteresserte underordnede leger, mens de som trenger operativ erfaring på de vanlige tingene søker andre steder. Man kan videre lage utvekslingsmodeller der utdanningskandidatene får opplæring i ø hj operasjoner og forskningsmetoder i Tromsø, og elektiv mengdetrening i Narvik.

Revmakirurgi bør sentraliseres til Tromsø og Bodø hvor de revmatologiske avdelingene finnes.

Harstad bør ha en ortopedisk avdeling med profil liknende Rana og Hammerfest. Det bør være minimum 2 utdanningsstillinger i spesialiteten i Harstad. Avdelingen bør profileres til å kunne ta seg av store deler av traumatologien i Hålogaland HF.

Prosjektleders forslag:

Fagdirektør i Helse Nord har spesifikt ønsket et skjematisk oppsett over dagens situasjon, samt tilsvarende for en fremtidig situasjon basert på en elektiv produksjonslinje i Narvik.

Ut fra beregninger som prosjektgruppen har gjort tidligere i denne rapporten, har prosjektleder kunnet sette opp slike tabeller, det vises til neste side.

Vi har tidligere forutsatt at behovene vil være 4000 dagkirurgi, 700 hofter, 250 knær, 350 ryggoperasjoner, 700 revmakirurgi. Den prosentvise økningen vil bli overveiende størst for dagkirurgi, sannsynligvis minst for hofteprotese kirurgi.

Dagens situasjon:

Beh.sted	Befn.	Dagkir	Hofte	Kne	Rygg	revma	Xbånd	Stuer	O.lege	Ass	Ventet.
Rana	77000	600	110	20	60	+	+	2	2	1	
Mosjøen			40						0,5		
Bodø	97000	700	120	40	40	150	30	2-4	5	2	
Lofoten		+	40						1		
Narvik		+	40	15	20	-			3	0	
Harstad	106000	+	60	20	-	-	15		2		
Stokm.n		++	40	8					1		
UNN	100000	600	210	60	180	++	+	2-3	9	5	lang
H.fest	70000	400	65	25	-	-	-	2-4	3	2	lang
Kirkenes			35						1		
Totalt	450000	2300++	760	188	280	150++	30++	8- 13++	27,5	10	lang

Framtidig modell, flertallsanbefaling

Beh.sted	Befn.	Dagkir	Hofte	Kne	Rygg	revma	Xbånd	Stuer	O.lege	Ass	Ventet.
Rana	77000	700	140	35	100	15	+	2	2	1	
Bodø	97000	1000	150	50	50	350	30		6	3	
Narvik	Elektiv	500	75	40	20	-	20	3,5	4	1	
Harstad	106000	500	75	-	-	-	15		4	2	
UNN	100000	740	210	60	200*	350	30		11	5	
H.fest	70000	600	100	60	-	-	30	5	5	2	
Totalt	450000	4040	750	245	400	715	125	-	32	14	

* samarbeid med nevrokirurgen

Framtidig modell, mindretallsanbefaling

Beh.sted	Befn.	Dagkir	Hofte	Kne	Rygg	revma	Xbånd	Stuer	O.lege	Ass	Ventet.
Rana	77000	700	120	40	50	-	+		4	2	Kort
Bodø	97000	950	150	50	50	350	+		6	3	Kort
Narvik	Elektiv	1000	175	70	85	-	+	3	5	3	Kort
Harstad	106000	250	50	-	-	-	+		4	2	Kort
UNN	100000	600	150	60	165	350	+		11	4	Middels
H.fest	70000	500	100	30	-	-	+		4	2	Kort
Totalt	450000	4000	745	250	350	700	+++		35	16	kort

Konsekvenser:

Man reduserer antall behandlingssteder fra 11 til 6. Det oppnås en rimelig funksjonsfordeling, der pasientene likevel i stor grad behandles innen sitt foretak. Ventetid reduseres fra lang til kort. Forslaget forutsetter at alle enhetene med unntak av Narvik har egen skjermet linje for traumatologi (1 stue). Man sikres god utdannelse av utdanningskandidater og bedre kvalitet i behandlingen. Det skjer ingen rasering av miljøet i Tromsø. Kapasitet ved de øvrige enheter i Helse Nord frigjøres til annen funksjonsfordeling.

UNN

UNN må fortsatt være ”lokomotivet” innen ortopedi i regionen, men avlastes for mye av den vanlige og dagligdagse ortopedi for å kunne ta seg av spesialoppgaver.

Man bør minimum ha 4 utdanningskandidater som bør delta i all aktivitet, også dagkirurgi.

Avdelingen bør ha ansvar for revisjonskirurgi, instrumentell ryggbehandling, håndkirurgi, avansert revmakirurgi (evt Bodø), tumor, nevroortopedi, bløtdelssarkomer, barneortopedi, usementert protesekirurgi i tillegg til en noe mindre del av generell ortopedi og all større traumatologi.

Alternativ organisering:

Det vil antagelig ikke være behov for mer enn 1 ren elektiv enhet i Helse Nord.

Alternativt kan man derfor satse på å opprette en elektiv produksjonslinje som beskrevet for Narvik, med lokalisering i Tromsø. Dette forutsetter imidlertid at enheten er økonomisk, personellmessig og arealmessig uavhengig av en tung akuttavdeling som UNN representerer.

Det vises i denne sammenheng spesielt til vedlegg 1: ”Vedr. arbeidet Organisering av elektiv Ortopedi i Helse Nord” skrevet av Odd-Inge Solem, Tromsø og ref. ”Tilbakemelding til Øyvind Hagen.

Andre alternativer:

Det er ikke enighet i prosjektgruppen om at det nødvendigvis bør opprettes en større elektiv enhet i Helse Nord, slik som beskrevet ovenfor. Hovedargumentasjonen mot dette er, som tidligere anført, frykt for at en slik enhet vil bli for stor, og derved fragmentere drift og utdanning ved andre avdelinger.

Det er imidlertid konsensus vedrørende prinsippet at akutt ortopedi og elektiv ortopedi ikke bør gå på bekostning av hverandre, slik at den ene eller den andre gruppen blir nedprioritert. Man kan med andre ord enes om at skjerming er fornuftig.

Det synes videre rimelig godt dokumentert at en bedre organisering av de enkelte eksisterende enheter vil kunne øke behandlingstakten noe.

Organisering av i hvert fall de største avdelingene i form av full skjerming av elektiv drift vil derfor kunne bedre situasjonen mht ventelistene. Men slik skjerming må ikke være salderingspost for akuttbehandlingen, f.eks i form av ”langtidsliggere” eller ferdigbehandlede pasienter i elektive senger. Brudd på slike prinsipper danner som tidligere anført ”presedens” i løpet av timer eller enkeltstående tilfeller.

Videre er det lansert en organisering som går ut på at team ved de større avdelingene vil kunne reise ut og gjøre elektiv ortopedi ved mindre avdelinger. Dette har allerede til en viss grad vært tatt i bruk i Finnmark. (Dagkirurgi i Alta, planlagt elektiv ortopedi i Kirkenes, utført av personell fra Hammerfest).

Finnmark:

Hammerfest bør videreutvikles som en egen ortopedisk avdeling, hvor man samler de ortopediske ressursene i Finnmark på samme måte som Rana i Helgeland. Det må bygges

videre på et eksisterende miljø med protesekirurgi (inkl usementerte, i samarbeid med UNN), dagkirurgi, korsbåndrekonstruksjoner.

Ryggproblematikk kan gå til Narvik (evt annen elektiv enhet), spesialisert revmakirurgi til UNN (evt Bodø).

Avdelingen bør ha 2 utdanningskandidater.

I tillegg bør det kunne videreføres samarbeid med Kirkenes og Alta ved at ortopeder fra Hammerfest deltar i rotasjonsordninger ved disse to sykehus. Denne aktiviteten bør vesentlig omfatte dagkirurgi og evt primær sementert protesekirurgi.

Referanser:

- 1) Stadaas / Dolva : Samarbeid somatisk sykehusdrift, juni –95
- 2) Langeland: Diagnoseliste for regionsfunksjoner innen ortopedi, 1992
- 3) Bjerkreim: Diagnoseliste for regionsfunksjoner innen ortopedi, 1994
- 4) Follerås, Rosenlund, Bredland: Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for spesialistutdanningen i ortopedisk kirurgi, 1999-2001
- 5) Kaasa et al: Rapport fra " Dubleringsgruppen" til prosjektgruppen i hovedstadsområdet, 2002
- 6) Romslo: Er spesialiststrukturen tilpasset dagens medisinske hverdag?, 2003-08-21
- 7) Hansen, Hasvoll: Ortopedi- hvordan få ned ventetiden, 2002
- 8) Pasientinformasjon på nettet, Helse Nord, 2003-08-21
- 9) Rapport 2003, Nasjonalt Register for Leddproteser
- 10) Småbrekke et al: Operasjonstid og overlevelse av primære hoftelddsproteser
- 11) Halvårsrapport 2003, Martina Hansens Hospital
- 12) Heltef 1998; Pasienterfaringer (Reskva-undersøkelsen)
- 13) SMM-rapport 6/2002
- 14) Årsrapport 2002 med regnskap, Martina Hansens Hospital
- 15) Hagen /Aaser: Konsekvensanalyse vedrørende evt vakt samarbeid MHH/Bærum sykehus
- 16) Tilbakemelding til Øyvind Hagen og Faggruppe Ortopedi, Helse Nord (Franke)
- 17) Helsesamarbeid (Rønbeck)
- 18) Ettermiddagsklinikken (Rønbeck)
- 19) Henvisning av pasient for operasjon (Rønbeck)
- 20) Direkte inntak av pasienter til dagkirurgi (Hagen)
- 21) Erfaringer fra studieopphold i England.. (Knutsen)

Vedlegg:

1. Vedr. arbeidet Organisering av elektiv Ortopedi i Helse Nord (Solem)
2. Vedrørende handlingsplan for elektiv ortopedi i Helse Nord - spinalkirurgi (Ingebrigtsen, Munch-Ellingsen, Solberg)
3. Kommentar til vedlegg om spinal kirurgi (Hagen)

VEDLEGG 1.

Vedr. arbeidet: Organisering av elektiv ortopedi i Helse Nord

Målet

Målet med en omorganisering av ortopeditjenesten i Helseregion Nord er å oppnå større effektivitet for å redusere ventelistene,- først og fremst for vurderinger, men også for endelig behandling, oppbygging av tilstrekkelig kapasitet for å demme opp for "pasientstrøm" til andre regioner, samt utvikling av kompetanse for å dekke befolkningen i helseregionen sitt behov for helsetjenester, og slik kun i spesielle tilfeller kjøpe tjenester utenfor regionen.

Sårbare Miljøer

I forhold til de øvrige Helseregionene er de enkelte fagmiljøer i Helse-Nord små og som sådan svært sårbare, både hva gjelder rekruttering av fagpersonell så vel som å opprettholde effektivitet og kvalitet. Blant annet illustreres dette ved rapportens sammenlikning med Ortopedisykehuset Martina Hansens Hospital, som har en årlig produksjon som er knapt 50% av hele HelseNords Ortopediproduksjon.

Problemene med organisering av Ortopedien i helsekort kan ikke uten videre sammenliknes med forholdene på sentrale Østland,- blant annet kan man ved Martina Hansens Hospital organisere en strengt skjermet elektiv ortopedisk avdeling, fordi at i regionen ligger flere sykehus som tar imot ø.hj.pasienter, etter kun kort ambulansetur. Spesialiseringskandidater kan få all sin tjeneste ved flere sykehus innenfor et geografisk avgrenset område uten å måtte flytte med ektefelle og barn.

Høyt Volum og Kvalitet.

Forholdet mellom kvalitet og volum ved enhver form for kirurgi er ikke godt dokumentert i litteraturen, men det er likevel enighet i fagmiljøet at det er av stor betydning at produksjonen bør være over et visst minimum for at man skal kunne være sikret optimal kvalitet For usementert hofteprotesekirurgi ser dette imidlertid ut til å kunne dokumenteres(A:Småbrette –03), og behovet for høyt volum må være med i kvalitetsdebatten.

Høyt volum er også en faktor som er med på å fremvirke effektivitet, idet standard inngrep bli "enkleregjort" med større rutine.

Utdanning og behov for Produksjonsvolum

HelseNord må etter gruppens oppfatning øke utdanningskapasiteten for ortopedspesialister. Pr i dag er det kun Tromsø som kan gi full spesialistutdanning. De fleste av de øvrige sykehus i HelseNord som gir utdanning innen ortopedi er bare godkjent for et begrenset antall år, før de må ha tjeneste på en større avdeling. I praksis betyr det at dersom en spesialistkandidat vil ha hele sin spesialisering i HelseNord må han også innom Tromsø minimum 1,5 år, selv om han har lang tjeneste ved et annet sykehus i regionen. Dette må influere på antall utdanningsstillinger ved Ortopedisk avdeling UNN, idet spesialistkandidatene fra de øvrige sykehus må gis en naturlig mulighet for å fortsette ved Ortopedisk avdeling ved UNN for å avslutte sin utdanning. Dette forutsetter også at produksjonsvolumet ikke reduseres.

Universitetssykehus

Ortopedisk avdeling ved UNN er en etablert Universitetssykehus-avdeling og må bevares som dette. Det er av vesentlig betydning både for forskning og utdanning at avdelingens aktivitet ikke reduseres verken når det gjelder vanlig "rutine"-ortopedi eller mer spesialiserte oppgaver. Se bl.a. over om behovet for utdanningsstillinger.

Avdelingen må i tillegg gis anledning til å bygge opp ytterligere kompetanse og kapasitet på de områder som synes mangelfulle pr. i dag.

Ortopedimiljøet i HelseNords har behov for en større ”motor” som kan drive fagutviklingen videre. Sammen med økt utdanningskapasitet vil dette være med på å revitalisere og effektivisere fagmiljøet, bedre rekruttering og øke produksjonen i helseregionen. Reduksjon av produksjonsvolum ved Ortopedisk avdeling, UNN, ved å flytte ”vanlig” ortopedi ut til andre sykehus vil medføre betydelig fare for forringelse av kvalitet i utdanning, reduksjon i produksjon og med stor fare for forvitring av et fagmiljø som har vist seg over lang tid som det mest stabile og rekrutterbare av alle sykehus i regionen. Gevinsten med å bytte ut ”vanlig” ortopedi med høyspesialiserte oppgaver vil ikke kompensere med tanke på utdanning av generelle ortopeder, men vil dreie funksjonen til Ortopedisk avdeling UNN, over til en spesialavdeling. Volumet på alle oppgaver innen HelseNords ortopediske virksomhet er tross så lite at ytterligere reduksjon medfører fare for at fagmiljøene ”rakner”.

Nødvendig Oppgradering

For å få til en ønsket oppgradering av aktiviteten ved Ortopedisk avdeling, UNN, med tanke på mer høyspesialiserte tjenester må det frigjøres kapasitet for dette,- ikke ved å sende pasienter fra avdelingen, men ved å sluse ”vanlig” elektiv ortopedi inn i en mindre skjermet produksjonsenhet.

Man har fra tidligere gode erfaringer med en slik liten produksjonsenhet med allokert personale og operasjonskapasitet,- men som er blitt inndratt av økonomiske grunner. På en slik enhet med fem senger vil man kunne produsere en stor del av elektiv klinisk ortopedi, og på det vis frigjøre kapasitet til nye oppgaver, så som mer avansert traumatologi, mer tung ryggkirurgi, avansert protese revisjonskirurgi, eventuelt sarcomkirurgi, sentralisering av spesialisert barneortopedi.

Å splitte opp fagmiljøet ved å etablere flere større produksjonsenheter enn de to som finnes pr. i dag, i Tromsø og Bodø, er ikke en fornuftig vei å gå verken hva gjelder kvalitet, forskning eller utdanning.

Faren er betydelig for at etablerte fagmiljøer på dette vis vil bli mindre interessant for både unge og mer erfarne leger, og en forvitring er overhengende.

Skjermet Produksjonsavdeling

Det er foreslått en oppbygging av en ortopedisk produksjonsenhet ved sykehuset i Narvik. Hvor stor denne skal være og hvordan den skal fungere er ikke diskutert i gruppa,- og det er derfor mange uklare forhold med denne problemstillingen.

Det er foreslått en slik produksjonsavdeling i størrelsesorden tre operasjonsstuer daglig, med legebemanning tre overleger og tre assistentleger/utdanningsstillinger.

Dette vil tilsvare en betydelig produksjon.

Det er videre foreslått at dette skal produksjonsavdelingen skal være en ren elektiv, skjermet avdeling.

Dette stemmer dårlig med HelseNords intensjon at det skal drives vaktkirurgi, både generell, gynekologisk(keisersnitt) og ortopedisk vaktkirurgi.

I praksis betyr dette at det må tilføres betydelig nye resurser til Narvik for å få til en slik enhet. Dette er ”nye” resurser og bør kanaliseres inn i mer hensiktsmessige produksjonsenheter.

Med de vurderinger gruppa har gjort av kapasitet og behov er det tvilsomt om helseregionen har behov for en så stor elektiv produksjonsenhet som det er antydnet. Innvirkning på Ortopedimiljøet vil bli betydelig, idet utnyttelse av produksjonskapasiteten vil betinge at alle de øvrige enhetene må kanalisere store deler av med fare for å forringe de eksisterende miljøer ved at de må kanalisere store deler av sin produksjon til denne enheten.

Dersom HelseNord går inn for å etablere en slik produksjonsavdeling med så stor kapasitet som antydnet og med den resurstilførsel som en slik enhet vil representere må den legges til Universitetssykehuset(UNN) i stedet for å etablere et nytt tungt fagmiljø i helseregionen. Ved UNN bør den etableres som en skjermet, separat organisert driftsenhet i eller ved sykehuset som allerede gjennom mange år har hatt en god og stabil rekruttering, og der alle øvrige disipliner er etablert. Dette vil gjøre at Orthopedisk avdeling ved UNN vil styrkes betydelig, samtidig som at det frigjøres kapasitet for videreutvikling, kompetanseheving og økt aktivitet på områder som i dag ikke dekkes.

Farene for at en så stor produksjonsenhet vil måtte "stjele" pasienter fra de øvrige enhetene i regionen og slik utarme fagmiljøene er like stor om enheten ligger ved UNN eller et annet sted.

Derfor er det mer hensiktsmessig med etablering av en liten skjermet produksjonslinje, som har til mål å ta unna det meste av den elektiv produksjonen ved UNN. Dette gir en liten styrking av produksjonsvolum, og viktigst: dette frigjør kapasitet som skal brukes til utvikling av avdelingen til en komplett Universitetssykehus-avdeling, uten at man taper det nødvendige volum for å opprettholde kvalitet på produksjon og utdanning.

For å ivareta "hjelpemotoren" i Bodø trengs det der kun mindre tiltak for at man kan etablere en tilnærmet "fullskjermet" produksjonslinje med økt produksjonsvolum.

Funksjonsfordeling

Man har i gruppa diskutert funksjonsfordeling mellom de forskjellige enhetene i regionen. Det er foreslått at Ortopedisk avdeling ved UNN skal være "motoren" i systemet.

I praksis betyr det at UNN må gis kapasitet og mulighet til oppbygging og etablering av kompetanse på de områder hvor dekningsgraden i dag er ikke-tilstede eller marginal.

Videre er det viktig at det andre store miljøet i Bodø tas tilstrekkelig vare på.

Det kan oppnås ved en funksjonsfordeling inne noen fagområder.

Forutsetningen for at man kan etablere en funksjonsfordeling er at miljøene er så store at man kan etablere et tilbud som en forutsigbar resurs,- og ikke kun som aktivitet som er personavhengig.

Spesielle faglige problemstillinger:

Bløtdelssarcomkirurgi

Dette er et fagområde som i lang tid har vært et problemområde.

Behandling har vært gitt av flere avdelinger, etter ulike retningslinjer, og med forskjellige samarbeidspartnere og kompetansenivå.

Det er viktig at pasientgruppen som kan representere sarcomproblemstillinger blir ivare tatt etter etablerte protokoller,- og at det klargjøres hvilken avdeling på hvilket sykehus som har ansvar for dette.

Rheumakirurgi

Representerer mange faglige utfordringer og bør drives i nært samarbeide med rheumatolog. I praksis betyr det at denne form for kirurgi skal sentraliseres til Bodø og Tromsø.

Samtidig representerer dette fagområdet mange problemstillinger som er ganske sjeldne, og disse kan med fordel samles på ett sted.

Håndkirurgi

Gode resultater er i vesentlig grad avhengig av systematisk og godt organisert oppfølging, og etablerte rehabiliteringsprogram. Håndkirurgi bør derfor drives ved Håndkirurgisk avdeling som er etablert ved UNN(ved Plastisk Kirurgisk avdeling)

Barneortopedi

Barneortopedien representerer mange utfordringer, og de som i tillegg representerer et relativt lite volum bør sentraliseres. Barneortopedien representerer også problemstillinger der man kanskje bør kjøpe tjenester i andre helseregioner, f.eks. kompliserte sjeldnere misdannelsesyndromer, bindevevssykdommer og lignende

Idrettsortopedi

Representerer en stor behandlingsgruppe som er krevende, og som representerer stor pasientlekkasje til andre regioner. Imidlertid bør det etableres et senter som vektlegger forskning og fagutvikling. Ved UNN har man pr. i dag et etablert bruskforsknings-senter som må sees som en naturlig del av denne virksomheten, og som det bør satses videre på.

Proteserevisjonskirurgi

Hofte.

Det forventes at enklere revisjoner kan gjøres ved de sentra som foretar primæroperasjon.

Mer kompliserte revisjoner bør sentraliseres til Bodø og Tromsø.

Knær.

Revisjonsoperasjoner ved kneproteser med behov for å skifte mer enn polyethyleninnlegget er relativt sjeldne foreløpig. Dette er ofte vanskelige revisjoner, og der man ofte har behov for komplisert og stort instrumentarium, med mange protese-komponenter.

Disse bør sentraliseres til ett sted, slik at man der kan samle nødvendig erfaring. Dette bør legges til UNN.

Tyngre ryggkirurgi

Bør sentraliseres til UNN i samarbeide og utvikling med Neurokirurgisk avdeling.

Fagmiljøenes Innflytelse

I den grad man kan tenke seg funksjonsfordeling mellom avdelingene i Tromsø og Bodø gjelder dette spesielt Rheumakirurgi, Barneortopedi og Idrettsortopedi.

Helseforetaket bør pålegge fagmiljøet ved avdelingene å utarbeide en funksjonsfordeling.

Forutsetningen for funksjonsfordeling er imidlertid stabilitet og forutsigbarhet i funksjonen og tilrettelegging av forholdene for nødvendig kompetanseoppbygging slik at stabilitet og utvikling i tilbudet kan oppnås.

Odd Inge Solem.



Øyvind Hagen
Martina Hansens Hospital
Dønskv 8
1346 GJETTUM

HELSE • • • NORD RHF
Arkivsaksnr.: 200300705-1
Jour.dato: 16 OKT 2003
Arkivnr.: 021
Saksbeh.: TGR

Kopi EH

Dato:
10.10.2003

Deres ref:

Vår ref:
181/321/TIG/ÅMH

Vedrørende handlingsplan for elektiv ortopedi i Helse Nord – spinalkirurgi

Det vises til utkast til handlingsplan som vi har fått oversendt fra fagdirektøren. Vi har som den eneste spinalkirurgiske avdelingen i Helse Nord synspunkter på organiseringen av ryggkirurgien. Det er viktig at man ikke betrakter ryggkirurgien isolert, men ser hele den spinalkirurgiske virksomheten under ett.

Tallmaterialet som planen baserer seg på er unøyaktig når det gjelder spinalkirurgi. Det er stipulert et totalt behov for hele Helse Nord på 350 operasjoner per år. Dette synes å være basert på statistikk for 2002. Ifølge tallmaterialet som er lagt til grunn, ble det utført 189 ryggoperasjoner på UNN i 2002. Vår virksomhetsstatistikk for de tre siste årene viser høyere aktivitet:

Inngrep	2000	2001	2002
Mikrokirurgisk inngrep ved lumbal prolaps	146	194	132
Perkutan intervensjon ved lumbal prolaps	12	2	0
Laminektomi ved lumbal spinal stenose og/eller prolaps	39	22	45
Instrumentelle fiksasjoner i lumbalcolumna ved degenerative tilstander	8	13	7
Operativ bruddbehandling i thorakolumbalkolumna	7	7	14
Operativ behandling av intraspinal svulst	12	7	17
Operativ behandling ved degenerative tilstander i nakken	31	52	31
Operativ bruddbehandling i nakken	8	9	7
Annen spinalkirurgi	6	12	9
Til sammen	269	325	262

Planen baserer seg på en oppfatning om at Nevrokirurgisk avdeling utfører "et relativt stort antall enkle ryggoperasjoner, mens tyngre instrumentell kirurgi tas hånd om på Ortopedisk avdeling". Dette er ikke korrekt. Vi har utviklet et komplett behandlingstilbud som inkluderer alle typer spinalkirurgi bortsett fra operativ behandling av juvenile skolioser. Spinalkirurgien utgjør mer enn 50% av den totale virksomheten ved avdelingen. To overleger er subspesialisert i komplisert spinalkirurgi, og de fire øvrige overlegene behersker de fleste vanlige spinalkirurgiske inngrep, inklusive instrumentell bruddbehandling. Vi utfører både fremre og bakre tilganger til hele columna og funksjonell smertekirurgi inklusive epidural bakstrengstimulering.

UNN HF Nevrokirurgisk avd. Postboks 64 9038 Tromsø	Besøksadresse: 9038 Tromsø	Kontonnr: 4700.04.02008	Org nr: 983 974 899	Avd tlf: 77627050 Avd fax: 77627052 Avd e-post: Nevrokirurgi@unn.no	Internett: www.unn.no
---	-------------------------------	----------------------------	------------------------	---	--------------------------

Vi har i flere år drevet en elektiv produksjonlinje for behandling av lumbale prolaps på Troms Militære Sykehus. Denne vil bli videreført. Vi etablerer i inneværende måned en tilsvarende produksjonslinje uavhengig av akuttbehandling ved UNN. Denne vil kunne håndtere alle typer ryggkirurgi og har en kapasitet på tre operasjonsstuedager per uke, det vil si om lag 200 operasjoner per år. Sengeavdelingen er bygget om og vi har økt antall senger på sykehotellet for å håndtere aktivitetsøkningen. Vi har fra og med 2004 en samlet kapasitet for spinalkirurgi på minst 400 inngrep per år.

Ventetiden ved vår poliklinikk er fire uker. Ventetiden for operasjon har til nå vært fire måneder, varierende med aktiviteten på lokalsykehusene. Denne ventetiden vil bli eliminert i løpet av høsten.

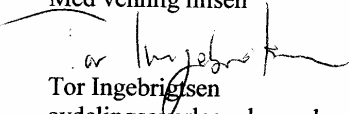
Avdelingen driver omfattende forskningsvirksomhet innenfor spinale lidelser. Vi registrerer alle pasienter i et prospektivt kvalitetsregister som følger opp pasientene i to år.

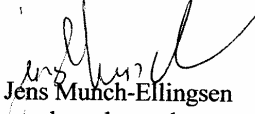
Vi har faste fysioterapeuter knyttet til avdelingen. Disse driver et nettverkssamarbeid med fysioterapeuter på lokalsykehusene for postoperativ oppfølging. Vi samarbeider med spesialister i nevroradiologi rundt utredning av pasientene og driver i samarbeid med Radiologisk avdeling en omfattende telemedisinsk virksomhet som blant annet innebærer rådgivning til lokalsykehusene vedrørende ryggpasienter. Det etableres en tverrfaglig ryggpoliklinikk ved UNN i løpet av høsten. Denne ledes av Avdeling for fysisk medisin og rehabilitering og inkluderer samarbeid med Smerteklinikken, Ortopedisk avdeling, Nevrologisk avdeling, Reumatologisk avdeling, Fysioterapiavdelingen og vår avdeling. Det er etablert et fast samarbeid med Nevrologisk avdeling ved Nordlandssykehuset for utredning. Vi samarbeider nært med de kirurgiske avdelingene på lokalsykehusene og tar imot alle pasienter som har komplikasjoner etter ryggoperasjoner på andre sykehus, inklusive sykehus i utlandet.

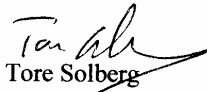
Konklusjoner

- Vi tilbyr et komplett behandlingstilbud innenfor spinalkirurgi og har kapasitet til å dekke hele behovet i Helse Nords virksomhetsområde.
- Det er ingen ventetid på polikliniske vurderinger, og ventetiden på operasjon elimineres i løpet av inneværende år.
- Det er ikke behov for en elektiv produksjonslinje ved et annet sykehus fordi dette tilbudet etableres hos oss nå.
- Vår avdeling tilbyr sideutdanning i spinalkirurgi til ortopeder som måtte ønske opplæring innenfor fagfeltet.
- Det er nå viktig at de øvrige sykehusene i Helse Nord utnytter vår kapasitet optimalt slik at vi unngår lekkasje av pasienter ut av regionen.

Med vennlig hilsen


Tor Ingebrigtsen
avdelingsoverlege dr. med.


Jens Munch-Ellingsen
overlege dr. med.


Tore Solberg
overlege

Kopi: Fagdirektør Einar Hannisdal, Helse Nord RHF, Sjøgt. 10, 8038 Tromsø
” Sjef kliniske avdelinger Trine Magnus, Boks 100, UNN HF, 9038 Tromsø

Kommentar til vedlegg om spinal kirurgi

Et vedlegg datert 10/10-03 fra Tor Ingebrigtsen og medarbeidere ved Nevrokirurgisk avdeling i Tromsø vedrørende ryggkirurgi (spinal kirurgi) er etter fagdirektørs ønske tatt inn i rapporten.

Man må i den sammenheng være klar over at virksomhetstall fra den enkelte avdeling ikke har vært brukt i denne rapport for de øvrige avdelingens vedkommende. Vi har kun brukt tall fra NPR. I tabellen over aktivitet ved Nevrokirurgen er det tatt med en rekke operasjoner som dels er fracturbehandling, og dermed ikke elektiv ortopedi. Dels har man med behandlinger som ikke normalt foretas innenfor ortopedien i andre deler av landet. Når man gjør fratrekk for disse elementene, er prosjektgruppens tall for 2002 faktisk svært presise.

Jeg presiserer at tallene fra Nevrokirurgisk avdeling absolutt ikke trekkes i tvil, men at det kan stilles spørsmål ved relevansen. Dersom konklusjonene i dette vedlegget er riktige, er det altså ikke lenger noe problem innenfor ryggkirurgien i Helse Nord. Som prosjektleder må jeg stille meg spørrende til dette, det passer ikke med forutsetningene i oppdraget vi har fått (lange ventelister), og heller ikke med ventetidproblematikken som er avdekket.

Vedlegget forsterker inntrykket av dårlig organisering i regionen innen ortopedi generelt og i dette tilfellet ryggkirurgi. Flere foretak/sykehus/avdelinger angir å ha god kapasitet, men "andre" utnytter den ikke. Jeg mener avdelingene selv må ta tak i dette, isteden for konsekvent å etterlyse at andre må oppdage at det finnes kapasitet.

Helse Nord sentralt må også ha et ansvar for å avdekke og evt styre pasientstrømmer i retning av slik overkapasitet. Det vises til hovedanbefaling 1, med beskrivelse i rapportteksten hvordan dette kan gjøres rent praktisk.

Bærum, 13/11-03 Øyvind Hagen