



Styresak 90-2014

Høringsuttalelse - regional plan for øre-nese-hals i Helse Nord 2014-2025

Saksbehandler:
Tonje E Hansen

Saksnr.:
2013/1557

Dato:
29.09.2014

Dokumenter i saken:

Trykte vedlegg: Høringsutkast – Regional plan for øre – nese – hals i Helse Nord

Bakgrunn

Det er første forslag til en regional fagplan for øre – nese – halse faget. Øre-nese-hals-faget favner om mange sykdomstilstander innenfor medisin og kirurgi, og er i dag organisert under forskjellige avdelinger og klinikker i sykehusene. Mye av pasienttilbudet gis gjennom polikliniske konsultasjoner. Pasienter og brukere er ikke tilfreds med tilbudet som gis innenfor øre-nese-hals; dette er bekreftet i flere nasjonale rapporter og undersøkelser. Det som oftest påpekes er mangel på informasjon og delaktighet i behandlingen og lite samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten. Fagfeltet omfatter lidelser som hørselshemming (inkludert medfødte lidelser og tinnitus), svimmelhet, obstruktiv søvnapné syndrom (OSAS), kirurgisk behandling av tilstander i øre, nese og hals, infeksjoner, kreftsykdom, allergiutredning med mer.

Hovedmomenter i planutkastet og Nordlandssykehusets vurdering av disse

Hørselshemming

Avhengig av beregningsmodell og grensekriterier anslås det at 8–16 prosent av Norges befolkning har nedsatt hørsel i større eller mindre grad. Halvparten vil sannsynligvis være uaktuelle for høreapparat. Som en antakelse tilpasses det ca. 6000 høreapparater i Nord-Norge per år. Beregningen er usikker da ingen helt sikker vet hvor mange høreapparat som tilpasses i Norge i dag. Mengden høreapparat tilpasninger er uansett betydelig, noe som krever store ressurser og har medført lang ventetid flere steder med de ulempene det medfører for pasienten. Den enkelte kommune hvor pasienten bor har ansvar for rehabilitering, også av hørselshemmede, og det er i de fleste kommuner etablert såkalte hørselskontakter. Hørselskontaktene er både hjelpemiddelsentralens og spesialisthelsetjenestens forlengede arm. Dette er en utfordring i de kommunene hvor ordningen med hørselskontaktene ikke fungerer godt nok, siden spesialisthelsetjenesten mangler avtaler og rutiner for dette samarbeidet med kommunene. Det er inngått samarbeidsavtaler, men disse fungerer for Nordlandssykehusets del ikke i praksis i dag. Dette området bør beskrives nærmere i fagplanen og forslag til konkrete tiltak for å bedre samarbeidet bør foreslås. Som et forslag til å redusere fristbrudd er det anbefalt at pasienten tilbys behandling et annet sted. Dette skjer allerede i dag. For høreapparattilpasningen bør man likevel bruke dette med forsiktighet da å få tilpasset høreapparat knytter pasienten til spesialisthelsetjenesten for resten av livet. For de fleste i denne pasientgruppen

er det av betydning at kontrollene og justeringen kan skje så nært hjemmet som mulig. Dette har også betydning for samarbeidet med hørselskontakten i de ulike kommunene.

Det er nevnt i høringsutkastet den nye standarden NS-EN 15927 for høreapparatformidling og at denne standarden ”anbefaler” visse prosedyrer. En norsk standard bør være mer enn en ”anbefaling”. Standarden som også er en EU standard beskriver en minimumskvalitet på høreapparatstilpasningen som burde følges. Dette bør presiseres i fagplanen.

Barn med nedsatt hørsel oppdages i dag tidligere pga nyfødtscreeningen. Tilpassing av høreapparat til barn under 6 mnd. er svært krevende og det brukes mye ressurser på disse pasientene. Det blir stadig flere kandidater for cochleære implantater (CI). CI pasienter i Nordlandssykehuset synes det er tungvindt å måtte reise til Trondheim for teknisk kontroll og justering av utstyret. Det bør vurderes om det kan utføres teknisk kontroll av disse pasientene både i Tromsø og Bodø. Dette er ikke beskrevet nærmere i fagplanen.

Utkastet til fagplan beskriver ansvarsfordelingen mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsetaten, men beskriver likevel i liten grad hvordan helseforetakenes ansvar fungerer. I tidligere rehabiliteringsplan er det beskrevet at hørselssentralene skal være ”navet” i hørselsrehabiliteringen. Dette burde konkretiseres i forslaget til fagplan, da det tidligere ikke har vært gitt en tydelig beskrivelse av hørselssentralenes funksjon og ansvar. Det bør også defineres hva som er minimumskrav til innhold for å kunne kalles en hørselssentral.

Tinnitus (øresus)

Tinnitus er beskrevet i fagplanen, men det kommer ikke tydelig fram at tinnitus kan behandles og ofte med godt resultat. Det er også viktig å skille mellom behandling (som gis ved hørselssentralene i Nordlandssykehuset eller UNN) og rehabilitering (som skjer på Nordlandssykehuset og UNN med såkalte Lærings- og mestringskurs). Det er i dag stor uvitenhet blant fastleger om tilbudet til tinnituspasienter, noe som medfører at pasientene ikke blir henvist til rett instans. Det er en utfordring å få til en samlet tinnitusbehandling med en tett kobling mellom høreapparattilpassning og tinnitusveiledning. En av årsakene er at kompetansen om tinnitus er for lav ved hørselssentralene og tilbudet derfor er avhengig av enkeltpersoner.

Obstruktiv søvnapnesyndrom (OSAS)

Pasienter med obstruktiv søvnapnesyndrom (OSAS) er en økende gruppe i fagfeltet, noe som har medført lange ventetider på kontroll og oppfølging. Det er viktig med et fokus på denne gruppen da tilbudet fortsatt er sårbart. Ved Nordlandssykehuset har det vært arbeidet aktivt for å bedre tilbudet til OSAS pasientene, og etter omstrukturering og ansettelse av en ny sykepleier dedikert dette området har situasjonen endret seg betydelig.

Funksjonsdeling

I planen beskrives den etablerte funksjonsdeling innenfor faget.

Ved Nordlandssykehuset Bodø utføres all type kirurgi på nese og hals med unntak av omfattende kreftkirurgi som utføres ved UNN Tromsø. Kreft i skjoldbruskkjertel opereres og utgjør hovedtyngden i bløtdelskirurgien. Det er ikke foreslått endringer i dagens funksjonsdeling. Det utføres totalt i øre-nese-hals faget mellom 850-1000 operative inngrep i året.

Personell, utdanning og rekruttering

Det er 23 spesialister i sykehusene og 7 avtalespesialister. Disse fordeler seg med 51 prosent i Troms, 12 prosent i Finnmark og 37 prosent i Nordland. Ved Nordlandssykehuset er det ansatt fire overleger, men det er ønskelig å øke til fem for å kunne ambulere til Vesterålen i tillegg til Lofoten hvor det allerede er etablert ambulering (4 dager/mnd). I tillegg har avdelingen i Bodø fem LIS leger, men avdelingen ønsker å øke til seks. Utdanningskapasiteten er god, og både Tromsø og Bodø rekrutterer bra. Når det gjelder oralkirurgi har Nordlandssykehuset i dag 1,7 stillinger fordelt

på to oralkirurger. Det er tre avtale spesialister i Nordlandssykehuset nedslagsfelt (1 i Bodø og 2 i Vesterålen). I Helgelandssykehuset HF er det bygget opp en ØNH-avdeling med 4 overleger i Sandnessjøen. Avdelingen er ikke godkjent som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering og dekker ikke vakt, annen enn beredskap noen dager i uken i forhold til evt. komplikasjoner på elektive inngrep utført samme dag.

Sengeposten ved Nordlandssykehuset er felles for øre-nese-hals, øye, revmatologi, nevrologi og kjevekirurgi og har til sammen 27 senger, hvor fire er forbeholdt øre-nese-hals pasienter. I tillegg kommer barn som er innlagt barneavdelingen. Ved poliklinikken er det tilknyttet en sykepleier og to operasjonssykepleiere. Ved kjevopoliklinikken er det en operasjonssykepleier og to tannpleiere. I tillegg serves operativ virksomhet av operasjonssykepleiere, men disse er ikke bare knyttet til øre-nese-hals faget. Søvnenheten, som er et samarbeid mellom øre-nese-hals og medisinsk dageshet i Bodø har siden januar 2013 vært bemannet med to sykepleiere.

I rapporten "Å høre og bli hørt" pekes det på nødvendigheten av å styrke hørselssentralene. Nordlandssykehuset Bodø har fire audiografer i full stilling. I tillegg har de en audiometriassistent i halv stilling. Ved Nordlandssykehuset Lofoten er det en audiograf i full stilling. I avsnittet som beskriver adiofysikere/-teknikere er opplysningen opp Nordlandssykehuset feil. I Bodø er det en stillingshjæmmel som audioingeniør/udiofysiker, men halve stillingen er ubesatt per i dag.

Foreslåtte tiltak

- Det må utarbeides standardiserte pasientforløp for hørselshemmede og OSAS pasienter.
- Nye høreapparatbrukere skal ha en samtale med kompetent fagperson i spesialisthelsetjenesten for å komme frem til et omforent personlig rehabiliteringsopplegg.
- Det er behov for å kartlegge om barn fra Nord-Norge får CI-implatater ved høyere alder enn andre barn. Hvis dette er tilfelle bør årsakene kartlegges og pasientforløpet forbedres.
- Kommunene holder hørselssentralen/avtalespesialisten oppdatert om hvem som er kommunens hørselskontakt. Hørselskontakten kan bistå audiografen i forbindelse med praktiske problemer tilknyttet høreapparattilpasningen.
- For å stabilisere CPAP utredning og oppfølging bør sykepleiere være tilnyttet øre-nese-hals eller lungeavdelinger. Dette gjelder tilbudet som gis i Bodø, Tromsø, Kirkenes og på Helgeland.
- Nordlandssykehuset bør styrkes med en sykepleier.
- Utstyrsparke må holdes oppdatert, slik at undersøkelser og behandling kan gjøres lokalt og at man unngår at pasienter sendes ut av regionen når kompetanse for å utføre inngrep er tilgjengelig.
- Styrke tilbudet om allergiutredning og – vaksinerings.
- Det er vedtatt at UNN Tromsø skal etablere et regionalt kompetansesenter for astma, allergi og overfølsomhet. Dette vil være et tilbud som begrenser seg til utvalgte pasienter med kompliserte tilstander. Senteret vil bidra med rådgivning og kompetanseheving til øvrige aktører.
- Nordlandssykehuset ønskes styrket med en overlege, en LIS lege og en oralkirurg
- Det bør etableres en arena for samarbeid mellom sykehus- og avtalespesialister inkludert en hospiteringsordning.
- Nordlandssykehuset Bodø bør få tilført to audiografstillinger og en halv stilling som adiotekniker, mens Nordlandssykehuset i Vesterålen bør få tilført en audiografstilling.
- Da mangelen på audiografer og audiopedagoger er stor bør det opprettes stipendordninger for studenter innenfor disse fagområdene.

Økonomi

I forslaget til regional plan for øre-nese-hals faget er det estimert kostnader knyttet til tiltak i planen for økte stillinger innenfor personellgruppene leger, sykepleiere, oralkirurger og audiologisk personell. Tallene er basert på estimater hvor lønn og sosiale kostnader fore en overlege er 1,5 millioner kroner og lønn og sosiale utgifter for de andre gruppene er 600-700.000 kroner. For Nordlandssykehuset utgjør den foreslåtte opptrappingsplanen i stillinger en kostnadsramme på 5,8 millioner kroner per år.

Direktørens vurdering

Direktøren er tilfreds med at det er utarbeidet en regional fagplan for øre-nese-hals faget. Flere av lidelsene innenfor fagområdet rammer store pasientgrupper og har betydelig innvirkning på livskvaliteten. Fagplanen beskriver de utfordringene fagområdet står ovenfor, men kunne vært mer tydelig på tiltakssiden. Området hørselshemming er ikke detaljert nok beskrevet i forhold til funksjoner og ansvar for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Det er gjennom forslaget til fagplan angitt et behov for en betydelig styrkning av fagpersonell både av leger, sykepleier og fagpersonell innenfor audiologi. Det savnes vurdering av om denne styrkingen også vil medføre økt behov for merkantile tjenester.

Direktøren er bekymret for oppbygging av et større ØNH-miljø i HLSH Sandnessjøen. Denne avdelingen dekker ikke vaktfunksjon og utdanner ikke legespesialister, dette tilbudet gis i dag i Nordland kun ved Nordlandssykehuset i Bodø. Ved at større volumer elektiv virksomhet som tidligere har vært gjort i Bodø flyttes til Sandnessjøen, vil det kunne bli vanskelig å opprettholde tilstrekkelig operativt volum i Bodø. Dette vil kunne få konsekvenser både for avdelingens godkjenning som utdanningsavdeling og at det ikke er tilstrekkelig antall inngrep til det antall overleger og leger i spesialisering som må til for å dekke vaktberedskapen.

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til saksfremlegget og ber Helse Nord RHF ivareta de momenter som fremkommer i saken.
2. Styret ber Helse Nord RHF gjennom den regionale planen sikre at det vil være tilstrekkelig operativt volum ved ØNH-avdelingen i Bodø til at man kan opprettholde uendret godkjenning som utdanningsavdeling og vaktberedskap.
3. Styret forutsetter at den endelig vedtatte regionale fagplanen for øre-nese-hals sykdommer finansieres fullt ut fra Helse Nord RHF.

Avstemming:

Vedtak:

Regional plan for øre-nese-hals i Helse Nord

2014–2025

Forord

Fagmiljøet i regionen har sammen med representant for brukerne gjennomført et stort arbeid for å beskrive status og utfordringer innenfor øre-nese-hals-faget. Det er foreslått tiltak som vil bidra til en god utvikling av tjenestetilbudet i Nord-Norge.

Øre-nese-hals-faget favner om mange sykdomstilstander innenfor medisin og kirurgi. Dette krever samarbeid internt i sykehusene. I tillegg har avtalespesialistene og kommunelegene en viktig rolle i utredning og behandling. Summen av at alle aktører samhandler til det beste for pasientene gir det beste tilbudet.

Denne planen gir et godt bilde av hvordan situasjonen er i dag. En overordnet målsetting må være å følge opp planens intensjoner for å opprettholde et sentralisert og desentralisert tjenestetilbud.

Gode fagplaner skaper trygghet og forutsigbarhet for den virksomheten vi har ansvar for. Jeg ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt i dette viktige arbeidet.

Med vennlig hilsen

Geir Tollåli
fagdirektør
Helse Nord RHF

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Forord | 2 |
| Ordliste/forkortelse | 5 |
| Sammendrag..... | 6 |
| 1. Innledning og bakgrunn | 8 |
| 1. Demografisk utvikling..... | 10 |
| 2. Pasient og bruker | 11 |
| 3. Habilitering og rehabilitering..... | 13 |
| Kommunehelsetjenestens ansvar for rehabilitering..... | 13 |
| 4. Samhandling med kommunene..... | 15 |
| 5. Kvalitet..... | 17 |
| 5.1 Brukerundersøkelser | 17 |
| 5.2 Tilsyn og revisjon | 17 |
| 5.3 Kvalitetssystem | 17 |
| 5.4 Kvalitetsregister..... | 18 |
| 5.5 Ventetider og fristbrudd..... | 18 |
| 6. Trender i sykdomsutviklingen..... | 20 |
| 7. Hørsel | 22 |
| 7.1 Høreapparatutredning | 23 |
| 7.2 Ansvars- og oppgavefordeling..... | 25 |
| 7.3 Cochleære implantat (CI) | 26 |
| 7.4 Barn med nedsatt hørsel/habilitering | 27 |
| 7.5 Tinnitus | 28 |
| 8. Svimmelhet..... | 31 |
| 9. Obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS) | 32 |
| 10. Ørekirurgi..... | 36 |
| 11. Nese og hals..... | 37 |
| 12. Øre-nese-hals-sykdommer hos barn | 41 |
| 12.1 Sekretorisk otitis media (SOM)..... | 41 |
| 12.2 Tann- og kjevelaterte utviklingsforstyrrelser spesielt hos barn | 42 |
| 13. Kreft..... | 43 |
| 14. Allergitredning og -vaksinering..... | 45 |
| 15. Øyeblikkelig hjelp..... | 47 |

| | | |
|------|---|----|
| 16. | Funksjonsfordeling..... | 48 |
| 16.1 | Regional funksjonsfordeling | 48 |
| 16.2 | Nasjonal funksjonsfordeling | 48 |
| 17. | Spesialisthelsetjenesten | 51 |
| 17.1 | Legespesialister i sykehus..... | 51 |
| 17.2 | Avtalespesialister | 53 |
| 17.3 | Ambuleringsordninger | 55 |
| 17.4 | Sykepleietjenesten | 56 |
| 17.5 | Audiologisk personell i helseforetakene | 59 |
| 17.6 | Audiologisk personell hos avtalespesialist..... | 62 |
| 17.7 | Helsesekretærer/ kontortjeneste | 63 |
| 18. | Utdanningstilbud innen øre-nese-hals i Helse Nord | 64 |
| 18.1 | Utdanning av legespesialister | 64 |
| 18.2 | Utdanning av sykepleiere | 64 |
| 18.3 | Utdanning av audiologisk personell..... | 65 |
| 19. | Rekruttering og stabilisering..... | 67 |
| 19.1 | Leger | 67 |
| 19.2 | Sykepleiere..... | 67 |
| 19.3 | Audiologisk personell | 68 |
| 20. | Utstyr | 69 |
| 21. | Areal | 72 |
| 22. | Økonomi..... | 74 |
| | Takksigelser..... | 74 |
| | Referanser | 75 |

Ordliste/forkortelse

| Ord | Definisjon |
|---------------------------------------|---|
| Adenotomi | Fjerning av falske mandler |
| Allergologi | Læren om allergiske sykdommer. |
| Audiologi | Læren om hørselen |
| Avtalespesialist | (i denne sammenheng): Privat legespesialist innen faget øre-nese-hals med avtale med regionalt helseforetak. |
| CPAP | Continuous Positive Airway Pressure |
| Desensibilisering | Behandling for å øke kroppens toleranse for stoffer man er allergisk mot. Allergivaksinering. |
| FNC | Nålebiopsi |
| HLF | Hørselshemmedes landsforbund |
| Hyposensibilisering | Behandling for å redusere pasientens spesifikke allergi overfor en eller flere stoffer man er allergisk mot. |
| Høreapparatformidler/formidler | Fellesbetegnelse for hørselssentral i helseforetak eller avtalespesialist med avtale med regionalt helseforetak om høreapparatformidling. |
| Hørselssentral | Enhet i helseforetak (HF) med ansvar for bl.a. utredning av hørselstap, utprøving og formidling av høreapparat samt rehabilitering i samarbeid med kommunene. |
| LIS | Lege i spesialisering |
| LMS | Lærings- og mestringssenter |
| MDT | Multidisiplinære (tverrfaglige) team |
| MRSA | Methicillinresistente gule stafylokokker |
| NAV | Ny arbeids- og velferdsforvaltning |
| NPR | Norsk pasientregister |
| Onkologi | Kunnskap om kreftsykdommer |
| Otologi | Læren om øret og dets sykdommer |
| OSAS | Obstruktivt søvnapné syndrom |
| Parotidektomi | Fjerning av ørespyttkjertel |
| Pediatri | Læren om barns vekst og utvikling; og sykdommer som kan ramme barnet i denne prosessen. |
| Rhinologi | Læren om nesen og sykdommer og skader i nesen. |
| Sensibilisering | Utvikling av allergi/ overfølsomhet |
| Septumplastikk | Operasjon av neseskillevegg |
| Thyroidektomi | Fjerning av skjoldbruskkjertel |
| Tinnitus | Øresus |
| Tonsillektomi | Fjerning av mandler |
| Tonsillotomi | Fjerning av deler av mandler |
| UNN | Universitetssykehuset Nord-Norge |

Sammendrag

Kartlegging av dagens situasjon viser at fagfeltet har god kontroll over de fleste utfordringer knyttet til faget, og gir et godt tilbud til befolkningen. Det er noen utfordringer, og prosjektgruppen har forsøkt å belyse disse. Utfordringer og tiltak er samlet på slutten av hvert kapittel.

Pasient og bruker

Pasienter og brukere er ikke tilfreds med tilbudet som gis; dette er bekreftet i flere rapporter og undersøkelser. Vi har ikke funnet data som kun gjenspeiler dette fagfeltet i vår region, men går ut fra at generelle nasjonale og regionale undersøkelser er representative. Det som oftest påpekes er mangel på informasjon og delaktighet i behandlingen og lite samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten.

Legespesialister

Det er 23 spesialister i sykehusene og 7 avtalespesialister. Disse fordeler seg med 51 prosent i Troms, 12 prosent i Finnmark og 37 prosent i Nordland. Finnmark har få stillinger og rekruttering har vært vanskelig. Vakante stillinger dekkes ved innleie av vikarer eller ved ambulerende innad i fylket eller fra UNN Tromsø. I Nordland er det områdene Lofoten, Vesterålen, Sør-Troms og Ofoten som har lavest legespesialistdekning. Det har også her vist seg å være utfordrende å rekruttere spesialister til ledige stillinger.

Utdanningskapasiteten er god, og både Tromsø og Bodø rekrutterer bra. UNN Harstad har søkt om å bli utdanningssykehus (gruppe II), og dette vil kunne bidra til rekruttering i denne delen av regionen.

Samarbeidet mellom spesialister i sykehusene og avtalespesialister bør styrkes, og det er behov for felles møtearena for å få til dette.

Vurdering av felles ventelister mellom sykehus og avtalespesialister er en del av mandatet. Foreløpig er det ikke teknologisk mulig, og det er derfor ikke brukt tid på dette.

Sykepleiere

Sykepleiere har behov for kompetansehevende tiltak og nettverk, for å utvikle og beholde spisskompetanse. Det finnes ingen videreutdanning innen øre-nese-hals for sykepleiere, men videreutdanninger som kreftsykepleie, lungesykepleie og helsepedagogikk er svært relevante.

Mangel på operasjonssykepleiere er en flaskehals, og det er allerede iverksatt tiltak for å utdanne flere.

Ventetider og fristbrudd

Arbeidet med planen viser at fagområdet har utfordringer knyttet til ventetid og fristbrudd. Noen områder har utmerket seg, som hørselsomsorg og søvnutredning og behandling av søvnforstyrrelser.

Hørselsomsorgen

Hørselsomsorgen oppleves ikke som tilfredsstillende. Rekruttering av audiografer er en flaskehals, og antall stillinger er for få. Audiografene har en sentral rolle i utredning og oppfølging av hørselshemmede i samarbeid med øre-nese-hals-legene. De fleste pasienter er eldre, men barn og unge med nedsatt hørsel er en gruppe som også trenger langvarig oppfølging. Det er også mangel på audiologisk personell som audiopedagoger og audiofysikere. Ikke alle hørselssentralene i regionen kan derfor sies å oppfylle kravene til kompetanse. Samarbeid mellom foretakene og kommunene om rehabilitering og oppfølging av hørselshemmede bør styrkes.

Søvnutredning

Behovet for søvnutredning er økende. Det er gjort et godt arbeid i sykehusene med pasientforløpsarbeid og tverrfaglig samarbeid. Tilbudet er fortsatt sårbart med en til to sykepleiere som innehar nødvendig kompetanse på hvert sykehus som tilbyr utredning. Det er behov for å opprette flere sykepleierstillinger og styrke opplæringen. Nyhenviste får tilbud om utredning, mens kontroller og oppfølging forskyves. Helse Nord RHF har avtale med Aleris Helse AS i Tromsø om kjøp av tjenester. Så langt er ikke avtalen optimalt utnyttet.

Øvrige utfordringer som er kartlagt er behov for tilstrekkelig og egnet areal slik at ressursene kan brukes på best mulig måte. Utstyr trenger kontinuerlig fornyelse. Krav til dokumentasjon og lagring av data krever både utstyr som oppfyller kravene, og tilgjengelig ekspertise når problemer oppstår.

Ressursbehovet for planperioden er redegjort for i kapittel 22 økonomi. Totalt utgjør opptrappingen om lag 15,3 millioner per år. Nærmere detaljer er redegjort for i de ulike kapitlene.

1. Innledning og bakgrunn

Helse Nord har ikke en egen fagplan for øre-nese-hals-faget, og det er behov for å utarbeide en regional plan for å møte fremtidens behov. Fagfeltet spenner over mange tilstander og sykdommer. Før behandlingsforløpet kan fastsettes må diagnostikk og utredning gjøres for de fleste tilstander innen spesialiteten. Faget er differensiert, med mange korte behandlingsforløp, men også en del lange forløp hos pasienter med kroniske sykdommer og kreft. Mange av pasientene utredes for å utelukke alvorlig, behandlingkrevende sykdom (1). Det er nødvendig å kartlegge dagens tilbud i regionen, og avdekke eventuelle utfordringer som vil påvirke et bærekraftig tilbud i årene som kommer.

Øre-nese-hals-faget er i dag organisert under forskjellige avdelinger og klinikker i sykehusene. Mye av pasienttilbudet gis gjennom polikliniske konsultasjoner. Avtalepraksis er et godt supplement til den virksomheten som utføres i sykehusene. Denne ordningen bidrar til å gi nærhet i tilbud for pasientene.

Staten har gjennom lov- og regelverk gitt omfattende styringsgrunnlag for helsetjenesten. Samhandlingsreformen, som er en retningsreform, ble iverksatt 1.1.2012. En av premissene for at vi skal lykkes med reformen er at pasienter og pårørende blir ansett som en aktiv og deltagende part i behandling og omsorg. Kommunene skal få et større ansvar for både forebygging og rehabilitering. Styret i Helse Nord RHF vedtok i sak 129-2013 at samhandlingen med kommunene må ivaretas når regionale planer revideres og utarbeides.

Hovedmål for planarbeidet

Prosjektgruppen skal beskrive situasjonen innenfor øre-nese-hals-faget i Helse Nord og gi forslag og anbefalinger om hvilke tiltak som bør iverksettes for å møte utfordringer og behov i perioden 2014–2025. Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg har fremhevet at målsetting for arbeidet bør være:

- likeverdig tilgjengelighet til tjenestene
- korte ventetider i tråd med god medisinsk praksis

Organisering av arbeidet

Prosjekteier er Helse Nord RHF v/administrerende direktør.

Styringsgruppe

| | |
|---|-----------------------|
| Geir Tollåli, fagdirektør | Helse Nord RHF, leder |
| Einar Bugge, fag- og forskningssjef | UNN |
| Fred A. Mürer, medisinsk direktør | Helgelandssykehuset |
| Harald G. Sunde, medisinsk fagsjef | Finnmarkssykehuset |
| Anne Kristine Fagerheim, fagsjef | Nordlandssykehuset |
| Margaret A. Antonsen, fagsjef | Sykehusapotek Nord |
| Eirik S. Holand, konserntillitsvalgt for Akademikerne | Helse Nord RHF |

Prosjektgruppe

| | |
|--|-------------------------|
| Siw Skår, prosjektleder | Helse Nord RHF |
| Torgrim Fuhr, spesialist i øre-nese-hals | UNN |
| Björn Engel, spesialist i øre-nese-hals | Helgelandssykehuset |
| Gunnbjørg Tysvær, spesialist i øre-nese-hals | Nordlandssykehuset |
| Solveig Nilsson Fossan, spesialist i øre-nese-hals | Finnmarkssykehuset |
| Solveig Karlsrud, kreftsykepleier i øre-nese-hals | UNN |
| Paul Hansen, avtalespesialist i øre-nese-hals | Ishavsklinikken, Tromsø |
| Einar Laukli, audiofysiker | UNN |
| Kristoffer Mosti, audiograf | Nordlandssykehuset |
| Harry Nøstvik, Regionalt brukerutvalg | Helse Nord RHF |

Prosjektgruppens mandat

Prosjektgruppen bes om å kartlegge og beskrive situasjonen innen øre-nese-hals-faget i Helse Nord, med fokus på:

1. Kartlegge dagens situasjon og gi en vurdering av denne
2. Vurdere tiltak for rekruttering
3. Beskrive aktuelle trender som angår fagområdet mot 2020
4. Beskrive utfordringer knyttet til behandling av de viktigste og største pasientgruppene
5. Sikre lik praksis ved å følge/utarbeide felles retningslinjer
6. Beskrive mulige samarbeidsformer herunder:
 - Samarbeid mellom avtalespesialister og spesialister i sykehusene
 - Samarbeid om hvordan fordelingen av spesialister i de ulike foretak bør være
 - Samarbeidet skal sikre rasjonell oppgavefordeling som gir gode pasientforløp
7. Vurdere felles ventelister
8. Beskrive bruk av teknologi og utstyrsbehov
9. Foreslå tiltak og prioritere disse

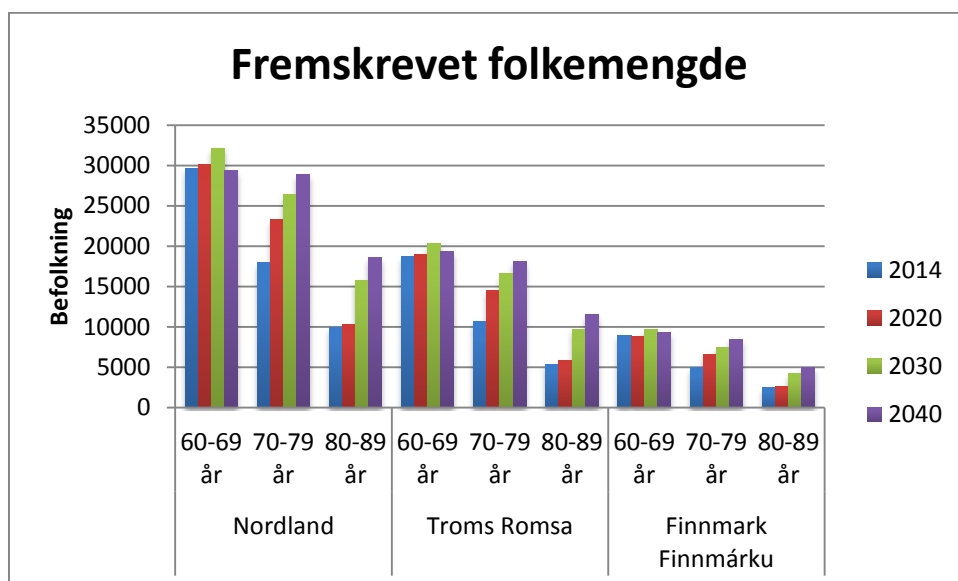
1. Demografisk utvikling

Befolkningen i Norge vil øke i tiden fremover, og den prosentvise endringen er størst i de eldste gruppene. Fra 2011–2030 er endringen på henholdsvis 64 og 56 prosent for gruppene 67–79 år og >80 år. Prognosene viser at denne utviklingen vil fortsette ut over 2030.¹ Aldersgruppen under 24 år endrer seg ikke nevneverdig.

I vår region forventes det i perioden 2014–2020 størst økning i alderssegmentet 70–79 år, med mellom 30 og 36 prosent økning i de ulike fylkene. De øvrige alderssegmentene forventes å være forholdsvis stabile.

I perioden 2014–2030 forventes en økning i befolkningen i alderssegmentet 70–79 år på mellom 47 og 55 prosent, mens alderssegmentet 80–89 år øker med mellom 58 og 80 prosent. Nordland fylke har lavest økning, mens Troms fylke øker mest i begge gruppene.

I perioden 2014–2040 forventes økningen å bli mellom 61 og 71 % for alderssegmentet 70–79 år. I samme periode forventes økningen i alderssegmentet 80–89 år å bli 87, 113 og 104 prosent for henholdsvis Nordland, Troms og Finnmark. I hele perioden forventes det en moderat prosentvis endring i befolkningen i alderssegmentet som er mellom 60-69 år.



Figur 1 Fremskrevet folkemengde etter fylke, alder og tid. Middels vekst. Kilde: SSB

¹ Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030.

2. Pasient og bruker

Pasienter med øre-nese-hals-sykdommer er en sammensatt gruppe med pasienter i alle aldersgrupper. Barn og unge under 20 år er en hovedgruppe, og eldre over 65 år er en annen. Eldre mennesker utgjør majoriteten ved høreapparattilpasninger. Stadig flere rammes av et usynlig handikap: hørselshemming. Søvnproblemer og allergier er andre tilstander som i stor grad påvirker pasientenes livskvalitet. Tilpasset hjelp på et tidlig tidspunkt gir mulighet for å treffe adekvate tiltak for å øke mestring og livskvalitet. Det kan bidra til å motvirke negative konsekvenser på sikt.

Brukere med sansetap trenger tjenester både fra kommunehelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten. Brukerens mulighet til å leve et aktivt liv er også avhengig av tilrettelegging og tilbud fra andre sektorer, som for eksempel arbeidsliv, utdanning og transport. Det er viktig at kommunen og de andre aktørene samhandler og skaper sammenheng og kontinuitet i tjenestene.

Pasientene har behov for å få informasjon og råd, for å kunne ta stilling til hvilken behandling de skal velge. Slik kommunikasjon er ikke lett å få til på en optimal måte, og kan være ekstra vanskelig ved hørselshemming. Det foreligger få maler og råd om hvordan kommunikasjonen bør skje. Det er avgjørende at alle forhold rundt pasienten blir vurdert for å kunne gi best mulig tilbud.

Situasjonen kan bedres ved å gi pasienten en del grunnleggende skriftlig informasjon før det første møte med spesialisthelsetjenesten. Kunnskap om hva som skal foregå under den første undersøkelsen, kan bidra til å bedre opplevelsen av mestring på et tidligere tidspunkt. "*Mine behandlingsvalg*" (en norsk tilpasning av begrepet "*Shared Decision Making*") er en prosess hvor helsepersonell og pasienter sammen gjør behandlingsvalgene, basert på best tilgjengelig medisinsk kunnskap og pasientenes egne uttrykte behov og verdier. Pasienter er mer motivert for behandling og mottagelig for råd når de forstår hva som ligger bak beslutningene og har god kunnskap om egen situasjon. UNN Tromsø har startet dette tilbudet med kronisk nyresvikt, men planlegger å utvide til flere tilstander etter hvert.

Brukermedvirkning på systemnivå

Brukermedvirkning på systemnivå er samhandling mellom en etat (kommune, sykehus) og organisasjoner som representerer brukere i etaten. Brukerorganisasjonene skal ivareta brukernes interesser og bruke deres erfaringer i folkehelsearbeidet og i arbeidet med å utvikle gode helse- og omsorgstjenester. Viktige arenaer er møter, høringer og prosjekter (2).

Brukermedvirkning på individnivå

Pasient- og brukerrettighetene er hjemlet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (3), og den vektlegger retten til medvirkning fra pasient og bruker under gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Utfordringer

- Mange problemer i helsetjenesten som fremstilles i media skyldes dårlig kommunikasjon og misforståelser mellom pasient og behandler.
- Det er behov for mer skriftlig informasjonsmateriell for pasienter.
- Behandlere har behov for mer systematisk opplæring i kommunikasjon med pasientene.
- Det er praktiske utfordringer ved å organisere tilbud om skrivetolking for hørselshemmede ved konsultasjoner og i behandling.

Tiltak

- Helse Nord bør i samarbeid med brukerorganisasjonene og kommunene utarbeide standardisert skriftlig materiell som tidligst mulig sendes ut til pasienter med de aktuelle lidelser.
- Prosjektet *Mine behandlingsvalg* bør etter hvert benyttes som et tilbud til pasienter med øre-nese-hals-lidelser for å bedre informasjonen til pasientene.
- Skriftlig informasjon er viktig, både i forkant, under og etter konsultasjonen. Tilby skrivetolking der hvor dette er nødvendig.
- Det må etableres rutiner for å trekke brukere og deres organisasjoner inn i planlegging og evaluering av helsetilbudene både på individ- og systemnivå

3. Habilitering og rehabilitering

Helsevesenets oppgave er å gi nødvendig bistand til brukerens egeninnsats, som vil være avgjørende for en god rehabilitering. Helsevesenets evne til informasjon og kommunikasjon har stor betydning for resultatet. Brukerens egne ønsker og prioriteringer må kartlegges, og disse må i størst mulig grad støttes opp. Det er behov for et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten for å kunne etablere et godt og helhetlig tilbud. Brukere som har språk- og talevansker kan ha behov for logopedisk og audiopedagogisk behandling.

Helsedirektoratets definisjon av habilitering og rehabilitering er følgende:

"Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. Definisjonen vektlegger at habilitering og rehabilitering er en prosess med brukeren/pasienten i sentrum".

Kommunehelsetjenestens ansvar for rehabilitering

Kommunene har hovedansvar for – og den viktigste koordinerende rollen i (re)habiliteringsarbeidet. Kommunehelsetjenesten har ansvar for å videreføre rehabilitering når spesialisthelsetjenesten har avsluttet sin lovbestemte behandling og rehabilitering.

Brukeren og kommunehelsetjenesten bør møtes tidlig for å kartlegge behovene og komme frem til et omforent rehabiliteringsopplegg. Det er viktig at det foreligger en rehabiliteringsplan hvor roller og ansvar er fordelt, slik at brukerne får et forutsigbart og kvalitativt godt tilbud.

Kommunene bør sørge for å ha tilstrekkelig helsefaglig kompetanse innen de tilstander som opptrer hyppigst innenfor øre-nese-hals-faget. Likemannstjenesten kan være en god samarbeidspartner og bidra positivt både når det gjelder praktiske utfordringer og psykososiale forhold.

Den enkelte kommune har ansvar for rehabilitering – også av hørselshemmede, og det er i de fleste kommuner etablert såkalte hørselskontakter. Hørselskontakten er Hjelpemiddelsentralens forlengede arm ut i kommunene og kan bistå hørselshemmede med hjelpemidler.

Av regionale satsninger ønsker prosjektgruppen å vise til Helgelandsprosjektet som ble avsluttet i 2007. Formålet med prosjektet var å få på plass et helhetlig rehabiliteringstilbud for tunghørte i Sør-Helgeland. Det nyskapende grepet i prosjektet var målrettede samordnende innsatser for å få til samhandling mellom tre aktører:

kommuner, sykehus og brukerorganisasjon. Arbeidet førte i utgangspunktet til en del positive endringer, men det erkjennes at mange av utfordringene som ble belyst etter hvert har falt tilbake på nivå med situasjonen før prosjektet ble iverksatt.

Utfordringer

- Lærings- og mestringssentrenes (LMS) tilbud er for lite kjent blant brukerne.
- Behandlere i sykehus og avtalepraksis er ikke godt nok kjent med hvilke tilbud LMS har.
- Mange brukere mestrer ikke sine høreapparater, og har behov for gjentatt veiledning.
- Valgte høreapparat er ikke tilpasset brukerens behov (for eksempel behov for tilkobling av ekstrautstyr), eller innstillinger på høreapparatet er feil, slik at brukeren ikke får utnyttet mulighetene.
- Logopedtjenestene i kommunene er for dårlig utbygd og for ujevnt organisert.

Tiltak

- Spesialisthelsetjenesten bør gi råd og hjelp i den videre rehabiliteringsprosessen både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Lærings- og mestringssentrene har etablerte tilbud for hørselshemmede.
- Kursene må markedsføres av behandlerne i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen holder hørselssentralen/avtalespesialisten oppdatert om hvem som er kommunens kontaktperson for sansetap/hørselstap (hørselskontakt).
- Kommunens hørselskontakt kan bistå audiografen i forbindelse med praktiske problemer ved høreapparattilpasningen.

4. Samhandling med kommunene

Samhandlingsreformen som omhandler blant annet prinsippet om helhetlige pasientforløp, skal være rettleidende også for planarbeid i Helse Nord. Et av hovedgrepene i samhandlingsreformen er brukermedvirkning på både individ- og systemnivå.

Et annet viktig tiltak for å bedre samhandlingen er implementering av kunnskapsbasert modell for organisering av helsetjenester til pasienter med langvarige behov, "Chronic Care Model"², eller "pasientsentrert helsetjenestemodell". Chronic Care Model beskriver den "aktive informerte pasient" som en likeverdig partner med det proaktive, forberedte helsetjenestetteam.

Nesten alle kommuner i Nord-Norge har egen hørselskontakt, men ikke alle er aktive. Årsaker til at de ikke er aktive kan være at det ikke settes av nok tid og ressurser i kommunene til funksjonen, manglende kompetanse og/eller engasjement og manglende prioritering av disse oppgavene.

I Helsedirektoratets rapport "*Avklaring av ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*" (4) presiseres det at for å oppnå en geografisk lik helhetlig rehabilitering av hørselshemmede, må det etableres en grunnleggende forståelse for omfanget av arbeidet. Denne forståelsen legges til grunn for fordelingen av oppgaver og ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Utfordringer

- Hørselsområdet oppgis å være for dårlig prioritert i samhandlingsavtalene.
- Noen få kommuner har ikke hørselskontakter. Mange av hørselskontaktene er ikke aktive.
- Hørselskontaktene har varierende kompetanse.
- Potensialet for overføring av kontroller av barn til kommunehelsetjenesten er ikke optimalt utnyttet.

Tiltak

- Helseforetakene må ta ansvar for veiledning/kompetanseoverføring mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.
- Kommunene anbefales å vurdere tettere samarbeid med Hørselshemmedes landsforbunds statsstøttede likemannsordning for å bedre rådgivningen til høreapparatbrukere.

² Oppdragsdokumentet fra Helse Nord 2013 spesifiserer dette slik i en fotnote: *The Chronic Care Model – innebærer vektlegging av helhetlige pasientforløp der pasienten medvirker (shared decision making) både i valg og gjennomføring av behandling.*

- Kommunene anbefales å vurdere interkommunale hørselskontakter for å samle og bedre ressurser og kompetanse på hørselsområdet.
- UNN Tromsø bør gjenoppta kurs for fastlegene, som også ivaretar oppfølging av barn.

5. Kvalitet

Det er ingen holdepunkter for at kvaliteten på tjenestene som tilbys innen øre-nese-hals-faget ikke er god. Kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid må integreres som en naturlig del av den daglige virksomheten. Dette innebærer å bruke tilgjengelige kvalitetsverktøy og høste erfaringer fra hva andre har gjort. Kvalitet defineres ofte ulikt avhengig av hvilket ståsted man har.

5.1 Brukerundersøkelser

I de årlige PasOpp³ undersøkelsene er følgende hovedfunn gjentagende: pasienter opplever at informasjon og kommunikasjon er for dårlig. Nærmere halvparten av pasientene har gitt uttrykk for at samarbeidet mellom sykehus og fastlege ikke fungerer tilfredsstillende. De rapporterte samtidig at de ikke hadde én lege som hadde hovedansvaret for dem under oppholdet. Disse undersøkelsene må brukes som et aktivt verktøy i arbeidet med å bedre kvaliteten på tjenestene.

Helse Nord RHF's styre vedtok i sak 15-2011 *Kvalitetsstrategi Helse Nord 2011-2014* (5) følgende:

"Alle helseforetak skal gradvis implementere standarder for helhetlig pasientforløp innen de fleste kliniske felt, og forløpene skal inkludere den pre- og posthospitale fase".

Helse Nord arbeider gjennom sine fagråd og gjennom arbeid med fagplaner for å beskrive standarder for helhetlige pasientforløp. Flere forløp er beskrevet, men det gjenstår fortsatt en del arbeid.

5.2 Tilsyn og revisjon

Det er viktig å bruke tilsyn som et aktivt verktøy for forbedringsarbeid. Det er fra helsetilsynets side en klar forventning om at helseforetakene har systemer som sikrer en optimal behandling og oppfølging av pasienten. Gode systemer er avgjørende for å unngå individuelle avvik. Ekstern- og internrevisjon er verktøy som benyttes for å sikre at det man har bestemt etterleves i praksis. Internrevisjon inngår som en del av den lovpålagte virksomheten i sykehusenes internkontrollsystem(21). Tilsyn og revisjoner foretatt andre steder kan brukes lokalt i forbedringsarbeidet.

5.3 Kvalitetssystem

Docmap er Helse Nord's felles kvalitetssystem. Fagpersoner i prosjektgruppen opplever at det fortsatt er utfordrende å navigere i systemet. Søkefunksjonen er vanskelig, og det er uordnet visning. Det ikke lett å si hva som er gyldighetsområde og alternative dokumenter som kan dekke det samme. En del prosedyrer er lagt inn, men langt fra alle.

³ Nasjonale brukererfaringsundersøkelser (PasOpp) som brukes i kvalitetsarbeid ved sykehusene.

5.4 Kvalitetsregister

I dag er det bare ett nasjonalt kvalitetsregister innenfor fagområdet: [Norsk register for leppe-kjeve-ganespalte](#). Registerets målgruppe er barn som blir henvist til kirurgisk behandling av leppe-kjeve-ganespalte. Behandlingen er sentralisert til Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus Rikshospitalet.

Registret har som målsetting å:

- Sikre pasientene best mulig behandling og oppfølging.
- Sikre entydig registrering og datainnsamling av behandling av pasienter med leppe kjeve.
- Registrere om pasientgruppen og foresatte føler seg ivaretatt.
- Legge forhold til rette for å kunne sammenligne behandling og resultat med andre behandlingsteam.
- Tilrettelegge for forskning.

5.5 Ventetider og fristbrudd

Ved gjennomgang av ventetider på "Fritt sykehusvalg" innenfor fagfeltet i helseregionen i mai 2014 er det store forskjeller mellom de ulike sykehusene. Som eksempel kan nevnes at ventetiden for søvnutredning varierer mellom 12–52 uker, for tinnitus mellom 9–52 uker, for fjerning av mandler hos barn mellom 12–27 uker og for voksne 12–30 uker. For tilpasning av høreapparat er ventetiden mellom 4–60 uker. Ventetider på "Fritt sykehusvalg" viser maksimal ventetid. I noen tilfeller er det få pasienter som har ventet lenge, mens de fleste får tilbud om utredning og behandling innen rimelig tid. Gjennomsnittlig ventetid går ned både innen somatikk og psykisk helse.

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten gis frist for oppstart av utredning eller behandling i henhold til alvorlighetsgrad og i tråd med prioriteringsveileder for fagfeltet. Tabell 1 viser en positiv trend med en betydelig reduksjon i antall fristbrudd for perioden 2011–2013. Tallene for 2014 er etter tre måneder, og det kan se ut som antall fristbrudd øker dersom trenden fortsetter. Fristbruddene fordeler seg noe ulikt i regionen, og hovedtyngden ligger i UNN. Det er flest fristbrudd innen hørselsutredning, men fordeler seg ellers over flere ulike diagnoser.

Helse Nord har de siste to årene gjennomført et fristbruddprosjekt. Prosjektet er fullført, men det har tatt tid å implementere nye, felles prosedyrer.

| Helse Nord | Antall fristbrudd avviklede 2011 | Antall fristbrudd avviklede 2012 | Antall fristbrudd avviklede 2013 | Antall fristbrudd avviklede tom. mars 2014 |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Øre-nese-hals-sykdommer | 1627 | 1307 | 633 | 232 |

Tabell 1 Fristbrudd for avviklede pasienter i Helse Nord. Kilde NPR og LIS⁴

⁴ Helse Nord ledelsesinformasjonssystem

Tabell 2 viser geografisk fordeling av fristbrudd i perioden. Troms har hatt flest, men utviklingen går i riktig retning. I Nordland har mange av fristbruddene vært knyttet til søvnutredning og hørselsutredning. I dag er utfordringene for disse betydelig redusert, men situasjonen er fortsatt sårbar.

| Fagområde med geografisk fordeling | Antall fristbrudd avviklede 2011 | Antall fristbrudd avviklede 2012 | Antall fristbrudd avviklede 2013 | Antall fristbrudd avviklede 2014 |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Øre-nese-hals sykdommer | 1 627 | 1 307 | 633 | 232 |
| Troms Nord | 329 | 255 | 166 | 62 |
| Troms Midt | 170 | 226 | 119 | 60 |
| Midt Finnmark | 80 | 91 | 30 | 20 |
| Troms Sør | 37 | 54 | 24 | 17 |
| Vest Finnmark | 203 | 190 | 66 | 17 |
| Øst Finnmark | 59 | 20 | 32 | 13 |
| Nord Helgeland | 253 | 65 | 26 | 9 |
| Ofoten | 41 | 41 | 15 | 9 |
| Salten | 155 | 192 | 46 | 9 |
| Sør Helgeland | 198 | 50 | 14 | 6 |
| Lofoten | 49 | 44 | 63 | 5 |
| Vesterålen | 53 | 79 | 32 | 5 |

Tabell 2 Geografisk fremstilling av fristbrudd. Kilde NPR og LIS

Utfordringer

- Brukergrensesnittet i Docmap oppleves utfordrende.
- Enkelte prosedyrer finnes bare beskrevet på papir, og enkelte prosedyrer er ikke beskrevet skriftlig.
- Ventetidene for utredning og behandling er for noen pasienter for lang.
- Det er fortsatt fristbrudd innen øre-nese-hals. Målet er å unngå fristbrudd.

Tiltak

- Forbedring av Docmap med en moderne, enklere og fungerende søkefunksjon.
- Foretakene må sørge for at alle ledere og medarbeidere har god nok opplæring i bruk av Docmap.
- Alle gjeldene prosedyrer som regulerer fagområdet skal legges inn i Docmap og revideres regelmessig.
- Ved lange ventetider bør pasienten tilbys utredning og behandling andre steder dersom det er mulig.
- Rutiner for oppfølging av fristbrudd må implementeres, og pasientene må tilbys utredning og behandling innen fristen som er satt.

6. Trender i sykdomsutviklingen

Det blir stadig flere eldre og det forventes en økning av antall pasienter med nedsatt hørsel, øresus (tinnitus), svimmelhet, nedsatt luktesans, kreftsykdom, allergi og astma.

Ifølge Strategidokumentet for øre-nese-hals⁵ forventes følgende utvikling:

- Det vil bli økning i behandlingkrevende øresykdommer. Den største gruppen hørselshemmede er eldre. Mer enn 90 prosent av befolkningen over 80 år antas å være hørselshemmet.
- Endret befolkningssammensetning vil gi andre sykdomsgrupper, og endret infeksjonspanorama. Et meget aktuelt problem er resistente mikrober som for eksempel MRSA.
- Livsstilsrelaterte sykdommer vil også påvirke og øke behovet for øre-nese-hals-tjenester. Kapasiteten for diagnostikk og behandling av obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS) var i 2013 lite tilfredsstillende.

Det behandles i dag flere pasienter med kompliserte tannplager i sykehus. Kroniske tilstander som barneleddgikt og barn med utviklingsforstyrrelser trenger spesialistoppfølging. I tillegg til høyere kreftforekomst med økende alder, øker også forekomsten av hode- og halskreft uavhengig av alder. Data fra kreftregistret viser en svak økning i antall krefttilfeller i munn og svelg i perioden 2006-2010 (6).

Utviklingen går til dels i retning av mindre invasiv kirurgi, bruk av mer avansert utstyr og bedre konservativ behandling. Mer avansert teknologi kan medføre at det brukes lenger tid på hver enkelt pasient, noe som krever mer ressurser i form av legetid, også til forberedelse og etterarbeid. Delvis fjerning av mandlene (tonsillotomi) kan ta lengre tid enn tonsillektomi – hvor mandlene fjernes helt. Det er mindre vondt og gir mindre risiko for komplikasjoner. Det samme gjelder robotassistert endoskopisk kirurgi, som også er aktuelt å anvende ved øre-nese-hals-operasjoner. Sistnevnte behandling er fremdeles på utprøvningsstadiet.

Bruk av nye og dyre legemidler, både kreftlegemidler og immundempende legemidler, forventes å øke i tiden fremover. I diagnostikk og oppfølging ser man økende bruk av ultralyd og PET⁶, og i behandling vil protonstråling bli et alternativ for noen i årene som kommer. Innen hørselsdiagnostikk skjer det endringer hele tiden både når det gjelder utstyr og teknologi.

⁵ Strategidokument øre-nese-hals 2007-2022. Revidert juni 2013. Dokumentet er revidert av styret i ØNHF juni 2013. Styret består av Berit Mortensen, Elin Myrvoll, Dag Rieve Kristiansen, Einar Solheim og Bianca Lorntzsen.

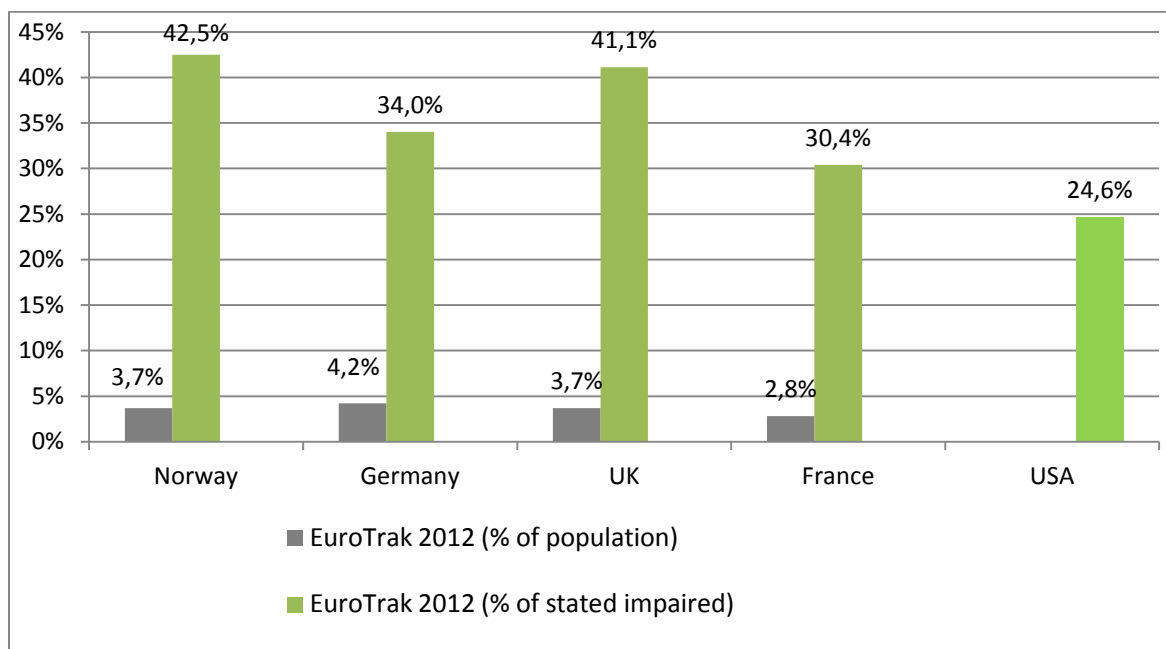
⁶ PET, positron emisjons tomografi. Radioaktivt stoff festet til for eksempel suktermolekyler, sprøytes inn i pasientens blodbaner. Så tas det bilder for å se hvor i kroppen dette stoffet tas opp.

I kapitlene 7–14 beskrives utvalgte sykdommer, pasientgrupper og/eller behandlingstilbud. Utvalget er ikke dekkende for det totale mangfold innen øre-nese-hals, men er valgt med bakgrunn i at tilstandene har særlige utfordringer knyttet til seg.

7. Hørsel

En ny avhandling om aldersbetinget hørselstap (7) viser at lidelsen har store konsekvenser for den som rammes. Hørselshemming har ifølge avhandlingen et viktig mellommenneskelig aspekt. I tillegg til å ramme hørselsevnen, kan det begrense dagligdagse aktiviteter og ramme den enkeltes forutsetninger for å kunne pleie sosiale relasjoner. Evne til å kommunisere med andre er viktig gjennom hele livet. Informasjon må formidles slik at den kan oppfattes og forstås korrekt av den som er hørselshemmet. Det er viktig at informasjonen som gis muntlig skjer i omgivelser som er tilrettelagt med hørselstekniske løsninger og at informasjonen i tillegg gis skriftlig. Mye kan løses ved hjelp av god oppfølging.

Avhengig av beregningsmodell og grensekriterier anslås det at 8–16 prosent av Norges befolkning har nedsatt hørsel i større eller mindre grad. Halvparten vil sannsynligvis være uaktuelle for høreapparat. Aktuell målgruppe estimeres til å være et sted mellom 4 og 8 prosent av den totale befolkningen. Ifølge EuroTrac⁷-undersøkelsen fra 2012, tilpasses høreapparat til ca. 3,7 prosent av befolkningen (se figur 2). Regionen har en viss underdekning, selv om dekningen har økt noe de senere år. Det tilpasses ca. 60 000 høreapparater per år i Norge, noe som tilsier at det tilpasses rundt 6000 høreapparater i Nord-Norge per år.



Figur 2 Prosentvis andel av befolkningen i Norge som har høreapparat (3,7) og prosentvis andel av gruppen som angas nedsatt hørsel i undersøkelsen, og som har høreapparat (42,5).

⁷ EHIMA (European Hearing Instrument Manufacturers Association) har i samarbeid med det sveitsiskbaserte forskningsselskapet Anovum gjennomført en stor brukerundersøkelse omkring hørselstap og høreapparatbruk i Norge. Undersøkelsen er kalt EuroTrac Norway 2012.

Figur 2 viser at andel av befolkningen i Norge som bruker høreapparat er sammenlignbar med England. Det er viktig å være klar over at undersøkelsen er basert på selvrappporterte data, og at resultatene derfor vil kunne avvike noe fra undersøkelser som er basert på objektive hørselsmålinger.

Hørselshemmede er ingen ensartet gruppe. Av den grunn har fagfeltet utfordringer når det gjelder å møte behov og iverksette tiltak til beste for den enkelte. Derfor kan man ikke på faglig grunnlag uttale seg generelt om hva som er best for alle hørselshemmede. Hørselsomsorgen har vært gjenstand for kritikk fra flere hold gjennom lang tid. Ulike undersøkelser og kartlegginger har vist at hørselshemmede og deres pårørende i liten grad finner tjenestetilbudet tilfredsstillende.

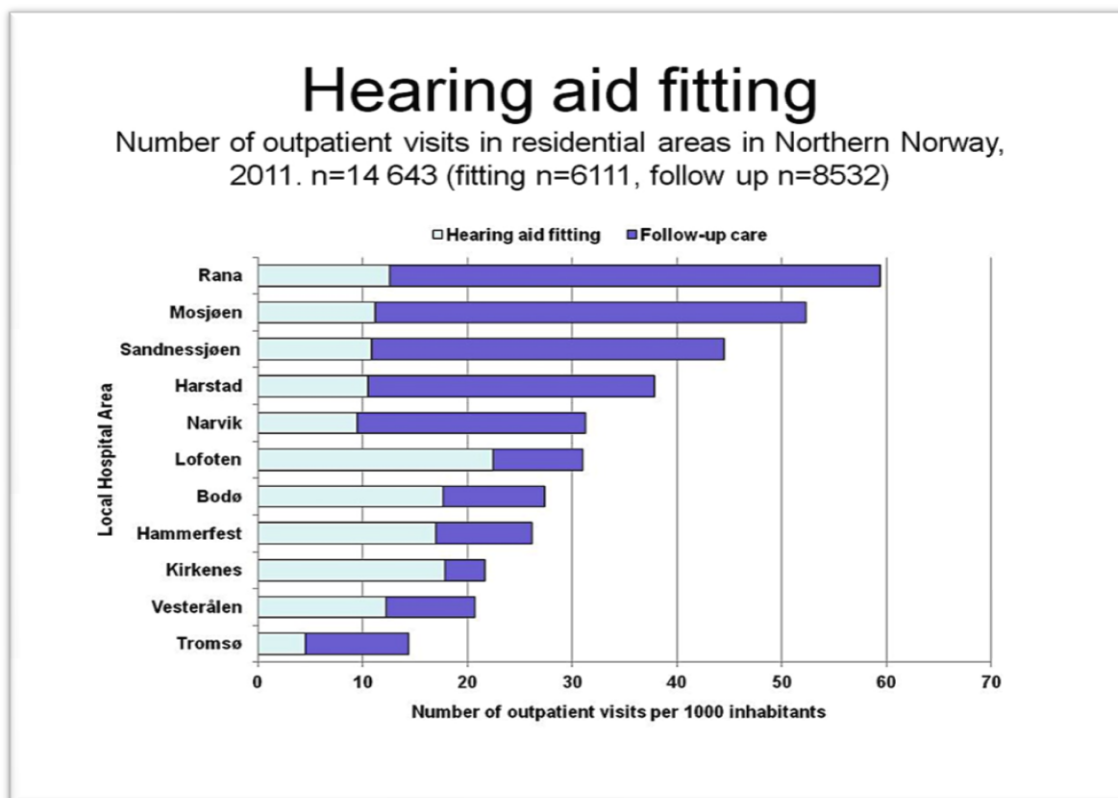
I rapporten "*Å høre og bli hørt*" (8) beskriver Helsedirektoratet i sin anbefaling for en bedre høreapparatformidling bl.a. situasjonen slik:

- Mangelfull opplæring og oppfølging ved tilpassing av høreapparat samt informasjon om rettigheter i tilpassingsprosessen.
- Manglende eller mangelfull informasjon om rettigheter og muligheter innen hørselsomsorgen deriblant om hørselstekniske hjelpemidler.
- Fragmentert tjenestetilbud uten noen form for koordinering.
- Manglende rehabiliteringstilbud som inkluderer psykososiale konsekvenser av hørselshemming, kommunikasjon og høretaktikk.

Selv om det er skjedd en viss forbedring siden 2007, så har hørselsomsorgen etter prosjektgruppens mening i stor grad de samme svakheter i dag.

7.1 Høreapparatutredning

Helsedirektoratets prioriteringsveileder (1) angir at moderat hørselstap i talefrekvensområdet skal gi rett til prioritert helsehjelp med frist for start utredning/rehabilitering innen 26 uker. I praksis er ventetidene flere steder i Nord-Norge opptil 48 uker. Dette gir fristbrudd og store ulemper for pasienten. Høreapparattilpasning er en ressurskrevende aktivitet, og det må påregnes tre–seks konsultasjoner av lang varighet, ofte mer enn én time hver. Kontrolltimer for justering av høreapparatene er økende og ressurskrevende.



Figur 3 Høreapparattilpasning, polikliniske kontakter. Alders- og kjønns standardiserte rater etter boområde. Kilde: SKDE⁸

Figur 2 viser at det i 2001 var ulikt forbruk av polikliniske konsultasjoner knyttet til høreapparattilpasning i regionen. Det kan være usikkerhet knyttet til ulike kodepraksis hvor deler av behandlingsforløpet etter første konsultasjon er kodet som kontroll. Illustrasjonen gir likevel et grovt bilde av praksis i Helse Nord. Representanten i prosjektgruppen fra Helgelandssykehuset Sandnessjøen oppgir at bildet i dag er endret. Høreapparatbrukere er blitt nedprioritert som en følge av at man på andre områder forsøker å unngå fristbrudd. Derfor får de en dårligere oppfølging med færre og sjeldnere kontroller i dag enn tidligere.

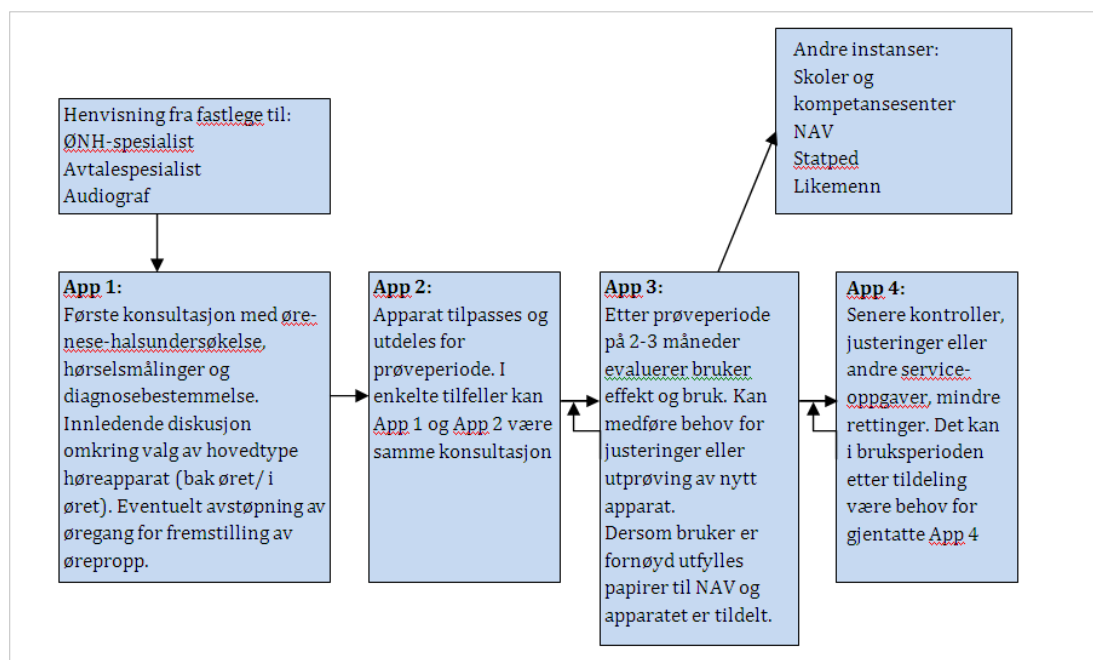
Som verifisering av høreapparattilpasningen er det anbefalt i *Norsk standard for tjenester tilknyttet formidling av høreapparat*, NS-EN 15927 (9), bruk av ulike, standardiserte metoder. En nasjonal spørreundersøkelse⁹ i 2013 viste at:

- Ca. 50 prosent gjør ingen verifisering eller evaluering av tilpasningene, og har ingen planer om å starte med det.
- Noen planlegger bruk av en eller flere metoder (16 prosent).
- Noen utfører "av og til" (10–20 prosent).

⁸ Bildet er hentet fra Olav Helge Førde sitt foredrag på NHS sin lederkonferanse i Oslo 2014.

⁹ Gjennomført av Einar Laukli, presentert på 8. samling i Nordnorsk fagnettsverk for hørselsrehabilitering, 2013

Helsedirektoratet har også utarbeidet en rapport som beskriver ansvars- og oppgavefordeling for rehabilitering mellom de ulike nivåene i helsetjenesten (4). Det anbefales at det utarbeides beskrivelse av standardiserte forløp for store pasientgrupper i samarbeid med kommunene. Hørselshemmede vil være en slik gruppe. Figur 4 viser en grov skisse til pasientforløp med de typiske konsultasjoner App 1–4.



Figur 4 Eksempel på pasientforløp for høreapparatutredning

7.2 Ansvars- og oppgavefordeling

I oppfølgingen av "Å høre og bli hørt" konkluderte Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet med at hovedtrekkene i ansvarsfordelingen mellom arbeids- og velferdsetaten (NAV) og spesialisthelsetjenesten skulle opprettholdes, men det skulle treffes tiltak for å forbedre praksis. I 2008/2009 ga departementene gjennom sine respektive styringssystem Arbeids- og velferdsdirektoratet og de regionale helseforetakene i oppdrag å inngå en samarbeidsavtale.¹⁰

Nedenfor gjengis fordeling av ansvar og oppgaver som var relevant for arbeidsgruppens mandat.

De regionale helseforetakene har ansvar for:

- at utredning, tilpassing og formidling av høreapparat er i samsvar med god faglig praksis og innen akseptabel ventetid
- å holde Arbeids- og velferdsdirektoratet oppdatert om avtaler med spesialister som utfører høreapparattilpassing

¹⁰ Avtale om samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet om formidling av høreapparat og høretekniske hjelpemidler. November 2009.

- å bidra til at det er system i helseforetak for avrop og lagerhold og system for service og enkle reparasjoner
- opplæring av pasienter (lærings- og mestringskurs)
- å veilede brukere, førstelinjetjenesten og andre samarbeidspartnere

Arbeids- og velferdsetaten har ansvar for:

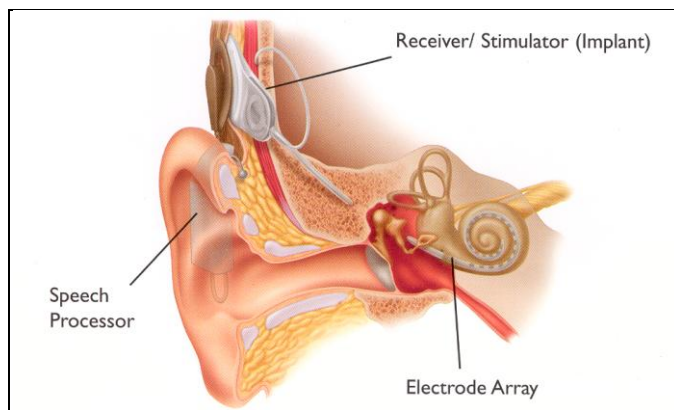
- å fatte vedtak om tildeling av høreapparat
- å finansiere høreapparater i henhold til lov og forskrift
- å gjennomføre anbudskonkurranser
- å inngå avtaler om levering av apparat, tilbehør og reparasjoner
- å ha oversikt over alle som får tildelt tilskudd til kjøp av høreapparat, med oversikt over dato for vedtak og gi spesialisthelsetjenesten informasjon om dette på forespørsel

De fleste områder i avtalen er godt ivaretatt, men det gjenstår å etablere gode samarbeidsrutiner mellom foretakene og kommunene som dekker behovet for opplæring av hørselskontakter og andre som er involvert i rehabilitering av hørselshemmede i kommunene. Nordnorsk fagnettverk for hørselsrehabilitering¹¹ har arbeidet for at disse samarbeidsrutinene skal bli en del av avtaleverket mellom de lokale helseforetakene og kommunene. Per i dag er de ikke det.

7.3 Cochleære implantat (CI)

Et cochleaimplantat er et høreapparat som opereres inn i det indre øret. Via en mikrofon og en liten datamaskin formidler cochleaimplantatet lyden til en elektrode som er operert direkte inn i cochlea (sneglehuset) i øret og ligger som en ledning langs basilarmembranen. Denne elektroden mangler isolasjon (har små hull) på ca. 20 steder, dvs. at elektriske impulser kan "hoppe over" fra disse punktene på elektroden til basilarmembranen og hørselsnerven. Elektroden kan derfor gi direkte elektrisk stimulering til hørselsnervefibrene for 20 ulike frekvensområder langs membranen. Hvis hørselsnervefibrene er i orden, kan hjernen lese av og gjenkjenne lydmønsteret. Signalet blir grovere og mer unøyaktig enn ved normal hørsel, siden det bare er 20 frekvensområder, og oftest færre som blir benyttet. De som er opererte, får altså ikke normal hørsel (10).

¹¹ Nordnorsk fagnettverk for hørselsrehabilitering ble etablert i 2006 som et ledd i kronikersatsingen. Formålet er å styrke samarbeidet mellom helseforetakenes fagmiljøer innen hørselsområdet. Samarbeid med NAV er sentralt i arbeidet.



Figur 5 Illustrasjon av CI, kilde: NHI.no

Rikshospitalet har landsfunksjon for behandling av barn som trenger CI. Barna utredes ved hørselssentralene før henvisning til videre utredning og operasjon.

Behovet for CI til voksne er i vår helseregion estimert til å være under 10 per år. I dag opereres voksne ved Rikshospitalet, St. Olavs Hospital (ansvarlig for voksne fra Nord-Norge) og Haukeland universitetssykehus.

Det er ønskelig å etablere tilbud om CI-operasjon i Helse Nord. På grunn av mer avansert teknologi og bedre erfaring, senkes terskelen for å få CI-operasjon. Før måtte man ha et ekstremt hørselstap på 90 dB for å bli operert, men nå kan voksne få CI med hørselstap ned på 70 dB. Deler av fagmiljøet ønsker å opprette et regionalt kompetansesenter som får tilført ressurser for å ivareta operasjon og oppfølging av alle voksne med behov for CI. Det er to opsjoner dersom et slikt tilbud skal etableres i landsdelen:

- Aktivitet med oppfølging av CI-brukerne (høretrening, teknisk kontroll og justering av utstyret) etter at operasjon er gjort i annen helseregion.
- Operasjoner i egen region, med påfølgende oppfølging.

7.4 Barn med nedsatt hørsel/habilitering

Barn med nedsatt hørsel oppdages i dag tidlig blant annet på grunn av nyfødtscreeningen som kom i gang rundt 2007. Tilpasning av høreapparat til barn under seks måneder er svært krevende og medfører mye arbeid med barn og foreldre. Pedagogisk innsats er nødvendig for et best mulig resultat. Det finnes ikke mange barn med nedsatt hørsel (én til to per 1 000), og anslagsvis fødes det rundt seks til tolv barn med varierende grad av nedsatt hørsel hvert år i Nord-Norge. Det må likevel brukes vesentlig mer ressurser på barna enn på de voksne.

I blant finner man barn med helt utslukket hørsel der høreapparat ikke har noen virkning. I slike tilfeller er det viktig at barna blir henvist til Rikshospitalet for tilpasning av CI. En forsinkelse i diagnostikken kan få alvorlige følger for effekten av implantatene. Det er per 2013 34 barn med CI i Nord-Norge. Foreløpig statistikk viser at de færreste

barna fra vår region blir operert innen ett år¹², mens statistikk fra 2011–2012 fra Rikshospitalet viser at døvfødte har gjennomsnittsalder på 9 måneder ved operasjon (13).

Utfordringen er tidlig diagnose, da det for best utvikling av hørsel og talespråk er ønskelig å operere innen barnet fyller ett år. Dette krever at hørselstapet blir oppdaget tidlig og fulgt opp med tverrfaglig utredning før henvisning til Rikshospitalet.

7.5 Tinnitus

Tinnitus, eller øresus, er ikke en sykdom, men kan være et symptom på sykdom eller skade. Den vanligste formen er subjektiv tinnitus, som kjennetegnes ved en opplevelse av lyd i øret eller hodet, som ikke kommer fra noe ytre lydkilde. Lyden varierer fra person til person, både i form, varighet og intensitet. Pasienten kan ha tinnitus på det ene eller begge ørene, og den kan komme brått eller gradvis. Årsaker kan være støy, økende alder, hørselstap, skader i hode- og nakke-region og stress (11).

Etter medisinsk utredning og avklaring om årsaken kan behandles medisinsk eller kirurgisk bør pasienten henvises til audiopedagog ved hørselssentralene ved UNN Tromsø eller Nordlandssykehuset Bodø. En samtale her kan munne ut i lydbehandling og oppfølgende samtaler i 12–18 måneder. Alternativt kan det tilpasses høreapparater, kombinert med oppfølgende samtale. Det kan også utleveres hjelpemidler med tanke på å redusere søvnproblemer.

Alternativet til å henvise til audiopedagog er å henvise til to-dagers LMS-kurs (med hørselssentralens audiopedagog som faglig ansvarlig). Noen ganger fører disse kursene til at pasientene blir henvist til hørselssentralen for videre oppfølging.

Behandling gis i dag etter to tilnæringsmåter; en nevrofysiologisk forståelse basert på Tinnitus Retraining Therapy¹³ eller behandling basert på kognitiv terapi¹⁴.

I dag er det tilbud til tinnitusrammede ved hørselssentralene i Bodø og Tromsø, mens det i Sandnessjøen er et tilbud under oppbygging. Ytterligere oppfølging kan gjøres ved henvisning til Nordtun Helserehab i Meløy kommune, hvor det er et gruppetilbud av to ukers varighet. Ifølge HLFs nettsider er det to likemenn for tinnitus i Bodø og omegn, én i Vesterålen, én i Grane og Hattfjelldal, og to i indre Salten. Likemannsordningen har stor verdi for pasienter og pårørende. I Troms er det fem likemenn, fordelt på Lyngen, Harstad, Indre Sør-Troms, Midt-Troms og Tromsø. I Finnmark er det også fem likemenn: én i Hammerfest, én i Porsanger og tre i Sør-Varanger.

¹² Muntlig informasjon gitt av Hedvig Krane, Statped.

¹³ En metode som går ut på å trene seg til å sjalte ut tinnitus fra oppmerksomheten.

¹⁴ Samtaleterapi som har som mål å korrigere negative tanker

Rehabiliteringstilbudet for tinnitusrammede og behov for å iverksette tiltak ble behandlet i rapporten "*Behandlingstilbud for tinnitusrammede*" (12). Rapporten fremmet forslag til tiltak på flere områder på grunnlag av faglige vurderinger.

Utfordringer

- Ventetidene for utredning for høreapparat er for lang.
- Grunnet manglende kapasitet tar prosessen fra App 1 til App 3 for lang tid (se figur 4). Dette medfører blant annet at prøveperioden kan bli lenger enn fristen NAV har satt for fakturering av høreapparat.
- Mangel på felles journalsystemer gir ikke tilgang til historisk dokumentasjon dersom brukeren har oppsøkt flere behandlere.
- Noen brukere har høreapparat som ikke er i bruk. Grunnene kan være manglende oppfølging, opplæring og effekt.
- Det er ikke etablert samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene som omhandler opplæring av hørselskontakter og oppfølging av hørselshemmede.
- Oppfølging av barn med CI er for tiden noe redusert i Nordland. Grunnen er nedleggelse av tilbudet fra fylkeskommunalt spesialpedagogisk senter og at Statped nord er i omorganisering og ikke har hørselspedagoger i Nordland.
- Det er mulig at barn fra Nord-Norge har høyere alder ved CI-implantasjon enn barn fra andre deler av landet.
- Store deler av Nord-Norge har for dårlig tilbud til pasienter med tinnitus.
- Henvisende leger, enten det er avtalespesialister eller fastleger, bør bli bedre kjent med hvilket tilbud som finnes til pasienter med tinnitus, slik at de henvises til riktig instans.

Tiltak

- Det må utarbeides standardiserte pasientforløp for hørselshemmede.
- Helseforetakene må sikre at pasientene får tilbud om og anledning til å prøve ut flere typer høreapparat.
- Audiografene må informere pasientene om hørselsteknisk utstyr som kan være aktuelt.
- Nye høreapparatbrukere skal ha en samtale med kompetent fagperson i spesialisthelsetjenesten for å komme frem til et omforent personlig rehabiliteringsopplegg.
- Alle som blir diagnostisert som hørselshemmet i spesialisthelsetjenesten må anmodes om å underskrive en samtykkeerklæring for orientering til hjemkommunen for eventuelt videre rehabilitering.
- Høreapparatbrukere og deres pårørende bør tilbys lokale kurs i bruk og stell av høreapparat, hørselstekniske hjelpemidler, psykososiale forhold og høretaktikk. Kursene tilrettelegges og markedsføres av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med HLFs fylkes- og lokallag.

- Helse Nord RHF må sørge for at pasienter som tildeles høreapparat fra avtalespesialister også får nødvendige opplæring, ved å regulere dette i avtalene.
- Hver hørselssentral skal ha det koordinerende ansvaret for brukere i sitt geografiske nedslagsfelt.
- Det er behov for å kartlegge om barn fra Nord-Norge får CI-implantat ved høyere alder enn andre barn. Dersom det er tilfelle bør årsakene kartlegges og pasientforløpet forbedres.
- Følge opp anbefalingene for lokalt samarbeid i samarbeidsavtalen mellom RHF-ene og Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Det er behov for å avklare hvorvidt det skal etableres tilbud om cochleaimplantat til voksne i Helse Nord, eller om disse pasientene fortsatt skal opereres utenfor regionen.
- Sikre at tinnitusrammede i Nord-Norge får et likeverdig tilbud om utredning og behandling.

8. Svimmelhet

Utredning for svimmelhet er ofte tverrfaglig, og kan involvere tre til fire fagspesialiteter. Tilstanden omfatter alt fra bagatellmessige, forbigående tilstander til svært alvorlige. Livsstil og stress er faktorer som kan spille inn. Etter prioriteringsveilederen (1) bør ventetiden ikke overstige tre måneder ved invalidiserende svimmelhet og seks måneder ved moderat svimmelhet. Dette er lang tid tatt i betraktning at øre-nese-hals-utredningen mange ganger bare er ett ledd i kjeden i utredningen. Det er et mål å gi pasientgruppen et bedre utredningstilbud. Mange henvisninger blir behandlet som øyeblikkelig hjelp, særlig der man mistenker alvorlig årsak.

Utfordringer

- Mangelfulle henvisninger fra fastleger.
- Svimmelhetsutredning er tidskrevende og i økende grad knyttet til bruk av avansert teknisk utstyr, blant annet videonystagmografi¹⁵, noe som krever mer ressurser.

Tiltak

- Samarbeide tettere med fastlegene for å bedre henvisningene.
- Utarbeide standardiserte pasientforløp.
- Gi tilbud gjennom "raskere tilbake"¹⁶-ordningen.
- Gi sykepleiere nødvendig opplæring/ kompetanseheving og tid til å utføre svimmelhetsutredning, for eksempel videonystagmografi eller Head-Impuls-Test¹⁷.

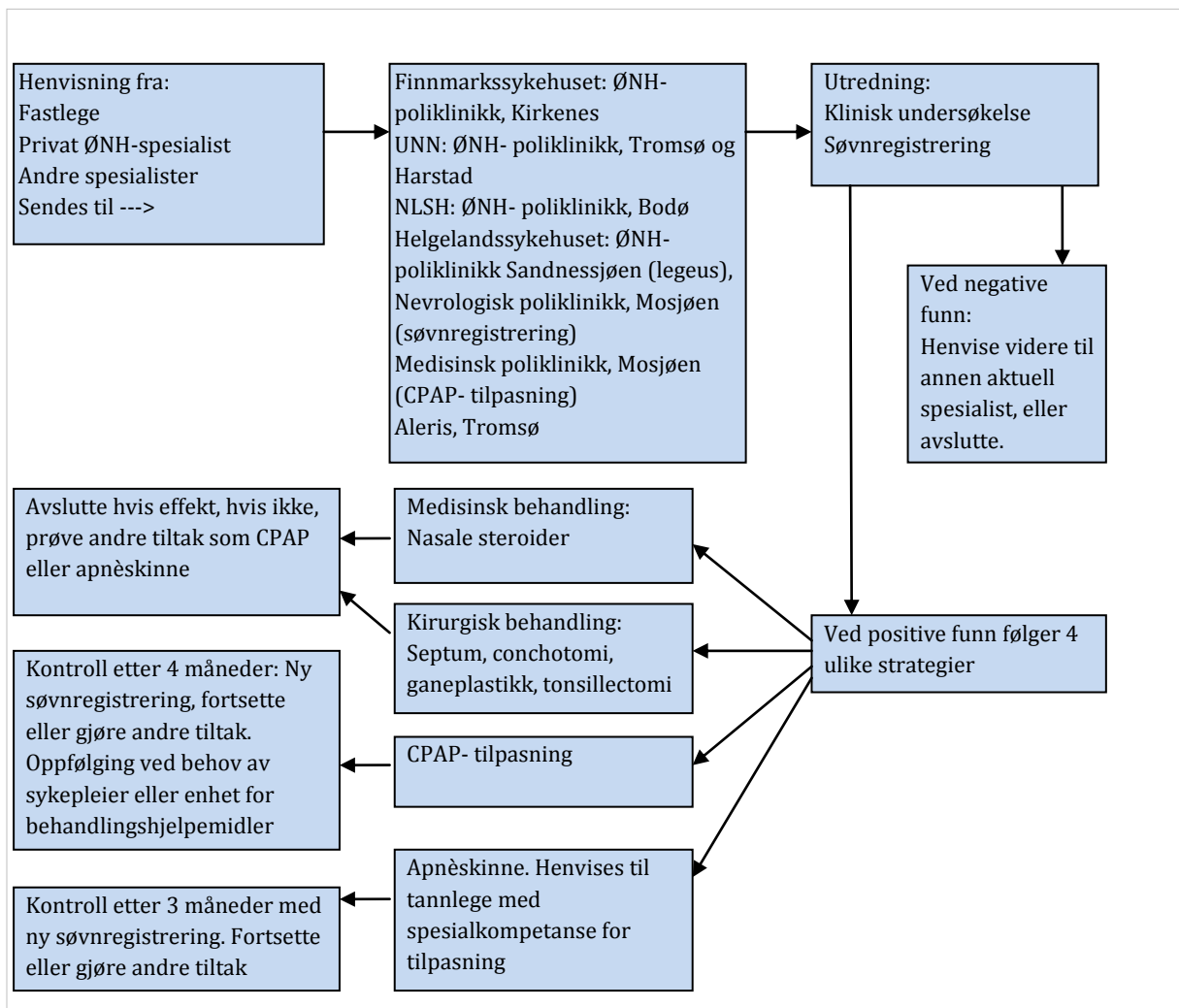
¹⁵ Undersøkelse av forstyrrelser i balansesansen for å kartlegge om den sitter i selve balanseorganet, nerven som leder til balanseorganet, eller hjernen.

¹⁶ Sykmeldte skal raskere få tilbud om behandling eller rehabilitering ved henvisning til spesialisthelsetjenesten

¹⁷ Test hvor undersøger beveger pasientens hode fra side til side og observerer øybevegelsene. Testen kan gi pekepinn om mulige årsaker til svimmelheten.

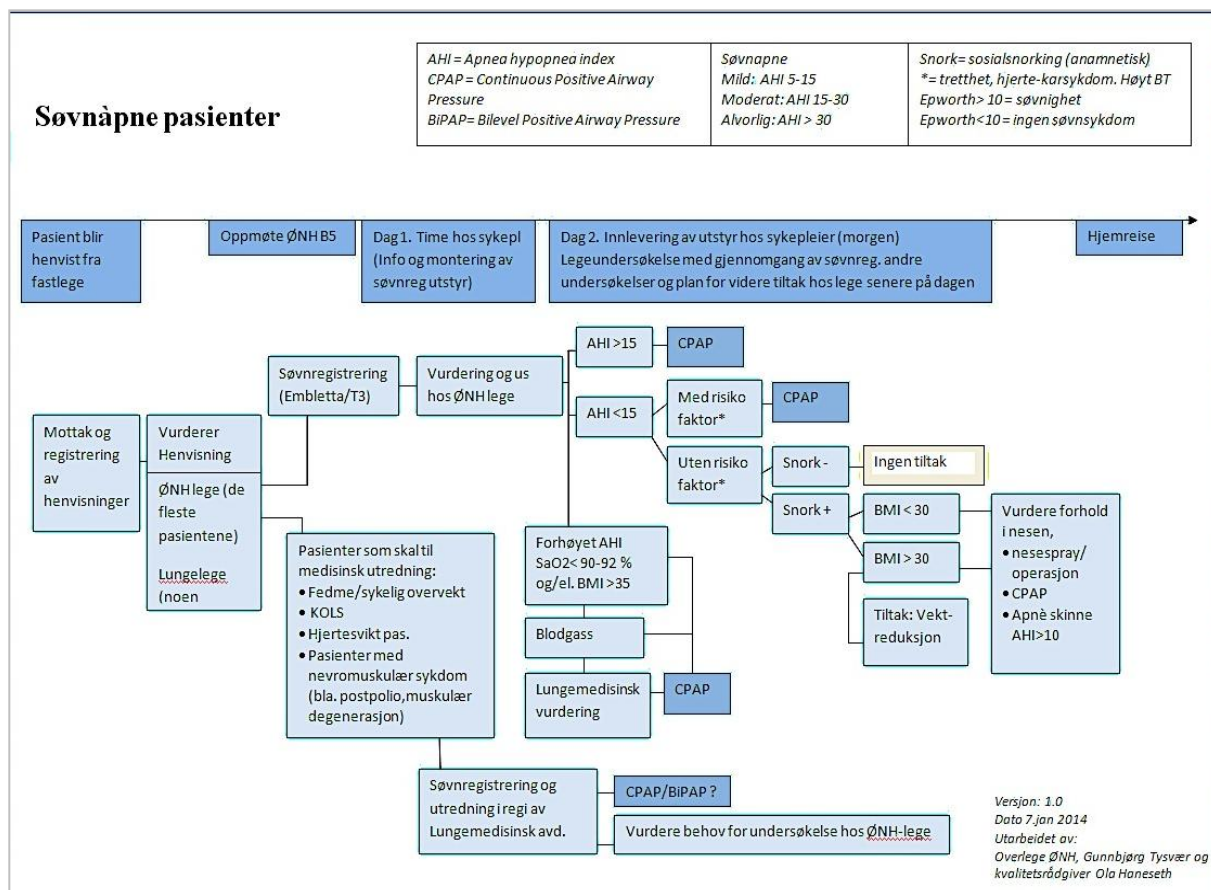
9. Obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS)

OSAS er en tilstand med gjentatte episodiske innsnevring av øvre luftveier (i bakre svelg-og halsregion) under søvn. Dette bidrar til opphevet luftstrøm til lungene (apné) eller vesentlig redusert luftstrøm (hypopné). Søvnkvaliteten blir dårligere og dette medfører tretthet/søvnighet på dagtid. Det kreves grundig utredning, noen ganger tverrfaglig, for å kartlegge årsaker som utgangspunkt for riktig behandling. Utredningen er todelt og inneholder legeundersøkelse og søvnregistrering. Det foreligger ikke et standardisert pasientforløp for disse pasientene, men figur 6 viser en illustrasjon av hvordan et slikt pasientforløp kan se ut.



Figur 6 Eksempel på pasientforløp for OSAS i Helse Nord

Nordlandssykehuset Bodø har gjennom sitt arbeid med å redusere ventetider og fristbrudd utarbeidet et pasientforløp for OSAS (figur 7), som viser en mer detaljert beskrivelse tilpasset deres daglige drift.



Figur 7 Detaljert pasientforløp for OSAS utarbeidet ved Nordlandssykehuset Bodø

Pasienter med OSAS er en gruppe som øker. Livsstilssykdommer som overvekt kan være én årsak. De siste årene har det vært lange ventetider for utredning og mange fristbrudd. Status per mai 2014 viser svært få fristbrudd, men ventetidene er i en del geografiske områder fortsatt lang. Fagmiljøet rapporterer at de klarer å betjene nyhenviste pasienter, men det medfører lengre ventetid for kontroll og oppfølging. Det er viktig å ha fortsatt fokus på denne pasientgruppen, da tilbudet fortsatt er sårbart. Endel er gjort for å forbedre pasientforløpet og styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom fagmiljøene i øre-nese-hals, lungemedisin og nevrologi. Det er fortsatt et forbedringspotensial. Det er behov for felles retningslinjer fra spesialisthelsetjenesten for medisinsk oppfølging av de som bruker CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), og avklaringer rundt utredning, tilpasning, kjøp og bruk av apnèskinne. Dette er individuelt tilpassede skinner for over- og underkjeve som flytter frem underkjeven når man sover, slik at luftveiene holdes åpne. Praksis i sykehusene i Helse Nord er noe ulik. Det foreligger ingen endelig avklaring fra norske helsemyndigheter vedrørende hvem som skal betale utgiftene ved utredning, tilpasning og kjøp av apnèskinne, men i praksis dekkes dette av sykehusene. Tilpasning bør gjøres av tannlege med spesialkompetanse. Faggruppen for øre-nese-hals-leger arbeider med å lage nasjonale retningslinjer.

UNN

Ved UNN gjøres utredning og behandling av pasienter med søvnapné både i Tromsø og Harstad.

Finnmarksykehuset

I Finnmark utføres søvnutredninger i Kirkenes, både ambulant og for inneliggende pasienter. CPAP-utprøving ble startet i mai 2013, og er en økende virksomhet. De første seks månedene ble det utført 31 tilpasninger. Etter utredning, og eventuelt etter at CPAP er forsøkt uten ønsket effekt, blir noen pasienter henvist til tannlege for tilpasning av apnéskinne. Samarbeidet med tannlege og tanntekniker startet i begynnelsen av 2013.

Nordlandssykehuset

Ved Nordlandssykehuset Bodø har det vært arbeidet aktivt for å bedre tilbudet og redusere ventetid og fristbrudd for denne pasientgruppen. Etter omstrukturering og tilsetting av en ny sykepleier har situasjonen endret seg radikalt. Nordlandssykehuset har nå ingen fristbrudd, og er nesten à jour med kontroller.

Nordlandssykehuset har sykepleiere med nødvendig kompetanse, som scorer søvnregistreringene manuelt. Dette er helt avgjørende for å sikre kvaliteten på undersøkelsen. Under hele forløpet har det vært et mål å sikre god pasientbehandling og ivareta et medisinsk forsvarlig tilbud til alle pasienter. Henvisninger fra allmennleger har blitt bedre etter at det i 2012 ble skrevet brev til samtlige leger med orienterende informasjon om hva som er viktig å ha med i henvisningen.

Det er et sterkt ønske å få til tettere faglig samarbeid med lungeavdelingen, og man er kommet i gang med tverrfaglige møter. Dette vil styrke kvaliteten. Det er også utarbeidet prosedyre med tanke på hvilken pasientgruppe som bør utredes nærmere av lungeavdeling. Dette gjelder både for pasienter som i utgangspunktet bør få utført søvnregistrering av lungeavdelingen, samt pasienter som bør henvises til lungemedisinsk vurdering etter at CPAP-tilpasning er utført.

Helgelandssykehuset

I Helgelandssykehuset undersøkes pasientene av øre-nese-hals-lege i Sandnessjøen og til dels i Mo i Rana. Søvnregistrering utføres ved nevrologisk poliklinikk i Mosjøen. CPAP-tilpasning gjennomføres ved medisinsk poliklinikk i Mosjøen. Et stadig økende antall pasienter medførte at medisinsk poliklinikk ikke hadde kapasitet til å ta imot pasienter utenfor kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Midlertidige tiltak ble iverksatt ved å tilsette lungesykepleier i 50 prosent prosjektstilling i tillegg til den eksisterende 50 prosent lungesykepleierstillingen. Denne styrkingen har bidratt til at medisinsk poliklinikk i Mosjøen per dags dato har kapasitet til å ta seg av CPAP-tilpasninger for alle pasienter fra Helgeland.

Utfordringer

- Behovet for søvnutredning er økende i befolkningen.
- Tilbudet om CPAP- tilpasning er underdimensjonert og sårbart.
- Søvnutredning krever ofte tverrfaglig samarbeid.
- Det er behov for å lage bedre pasientforløp.

Tiltak

- For å stabilisere CPAP utredning og oppfølging bør sykepleiere være tilknyttet øre-nese-hals eller lungeavdelinger. Dette gjelder tilbudet som gis i Bodø, Tromsø, Helgelandssykehuset og Kirkenes.
- Det tverrfaglige samarbeidet må styrkes.
- Helse Nord har for perioden 2013–2015 avtale med Aleris Helse AS i Tromsø for kjøp av denne tjenesten, og denne avtalen bør benyttes.
- Nordlandssykehuset Bodø bør styrkes med en sykepleier.
- Helgelandssykehuset Mosjøen, medisinsk poliklinikk, bør videreføre 50 prosent prosjektstilling for sykepleier, og konvertere den til fast stilling
- UNN Tromsø bør styrkes med en sykepleier.
- UNN Harstad bør styrkes med 50 prosent sykepleier.
- Det må utarbeides standardisert pasientforløp.
- Bygge opp og beholde kompetanse må prioriteres.
- Nasjonale retningslinjer for indikasjon for og bruk av apnéskinner må implementeres når disse foreligger. Det bør være lik praksis i regionen for dette.

10. Ørekirurgi

Ørekirurgi omfatter kirurgi på ytre øret, øregang, mellomøret og mastoidbeinet (benknoken bak øret). Dette er komplisert mikrokirurgi som, med unntak av ytre øret, krever lang erfaring og subspecialisering. Ørekirurgi gjøres i dag ved UNN og Nordlandssykehuset Bodø. Ved UNN Tromsø er det to ørekirurger og ved UNN Harstad er det én i 50 prosent stilling. Dette er en minimumsbemanning for å håndtere pasienttilgangen i regionen. Ved Nordlandssykehuset Bodø er det én ørekirurg. Operasjonsstuekapasiteten ved UNN Tromsø er for liten, da ørekirurgien ofte må vike til fordel for kreftoperasjoner og øyeblikkelig hjelp. Operasjoner som blir forskjøvet forverrer sykdomsgraden og medfører en del unødvendig hørselstap og komplikasjoner ved kronisk otitt. Tidlig ørekirurgi kan i mange tilfeller hindre hørselstap og redusere behovet for høreapparater.

Utfordringer

- Bevare og utvikle ørekirurgisk kompetanse, og et tilfredsstillende ørekirurgisk tilbud i vår landsdel.
- Manglende prioritering i helsekøene da disse lidelsene sjelden er livstruende, selv om unødvendig venting fører til prognosetap med hensyn til hørselsfunksjon.

Tiltak

- Tilgang til operasjonsstuer ved UNN Tromsø bør økes ut fra dagens situasjon.
- Ørekirurgiske pasienter må prioriteres høyere på kirurgiske ventelister.
- Planlegging av dagforløp med hotellopphold for egnede ørekirurgiske inngrep.

11. Nese og hals

Pasienter med nese- og bihuleproblemer utgjør en stor gruppe. Sykdomstilstandene er i hovedsak nesetetthet, akutte og residiverende bihulebetennelser, nesepolypper, nedsatt eller tapt luktesans, og blødning fra nesene. I tillegg kommer akutte bruddskader, hudsvulster på nesene, og i sjeldne tilfeller svulster i nese/bihuler. Okklusjoner av tårekanalen krever tverrfaglig samarbeid med øyelege. Det anslås at 30–40 prosent av alle pasienter som henvises til øre-nese-hals har neserelaterte plager.

På lokalsykehusnivå utgjør neseinngrep ca. 20 prosent av alle utførte operasjoner. Vurdering og behandling av de fleste neserelaterte tilstander gjennomføres på alle sykehus i Helse Nord, mens kreftbehandling er sentralisert til UNN Tromsø. Bruddskader i hode og hals behandles i Bodø og Tromsø, mens pasienter med massive knusningsskader sendes til Oslo universitetssykehus, Ullevål. Generelt gis det et godt tilbud til pasienter med denne type lidelser. De fleste sykehus sliter med delvis manglende eller for gammelt utstyr. Det forhindrer at tilstedeværende kompetanse kan utnyttes fullt ut eller bygges opp tilfredsstillende.

UNN Tromsø

Ved UNN Tromsø er operasjonskapasitet både for innlagte og dagpasienter begrenset til fire dager i uka grunnet mangel på operasjonssykepleiere og operasjonsstuer. For innlagte pasienter brukes tre av fire dager til bløtdels- og halskirurgi. Rundt 70 prosent av pasientene har kreftsykdom. utfordringen videre er å ha nok operasjonsstuekapasitet. Økning i antall krefttilfeller gir lengre ventetid for godartet bløtdelskirurgi og ørekirurgi.

Det er kun UNN Tromsø som opererer hode- og halskreft i Nord-Norge, med unntak av kreft i skjoldbruskkjertelen, som også opereres ved Nordlandssykehuset Bodø. På grunn av mindre kapasitet, har kreftkirurgien blitt prioritert foran annen kirurgi. Nå utføres det også thyroidektomier ved godartede forandringer, men det mangler operasjonskapasitet til å ta det fullt tilbake til øre-nese-hals igjen. Ventetiden for thyroidektomier hos uro-endokrinkirurgien er lengre enn før. Det er mulig for øre-nese-hals å gjøre flere thyroidektomier ved økt operasjonskapasitet.

Avdelingen anskaffer nå ultralyd-apparat. Røntgen ivaretar disse oppgavene i dag, men når kompetansen er god nok, vil avdelingen ta alle ultralydveiledede p-cyt (vevsprøve tatt med tynn nål) på øre-nese-hals poliklinikken. I dag utgjør dette én-to pasienter per uke på røntgenavdelingen. Ultralyd på øre-nese-hals-avdelingen skal ikke bare benyttes til ultralydveiledet p-cyt, men også for ytterligere kvalitetssikring av kliniske kontroller etter behandlet øre-nese-hals-kreft.

På dagkirurgen behandles mest barn. De utgjør 60 prosent av pasientene. Dagkirurgen tar oftest to til tre pasienter med adenotomi, tonsillektomi og bløtdelskirurgi per dag,

fire dager i uken. De resterende pasientene med behov for adenotomi og tonsillektomi som avdelingen ikke har kapasitet til, henvises videre til private aktører som utfører tilsvarende antall inngrep per uke.

Nordlandssykehuset Bodø

Ved Nordlandssykehuset Bodø utføres all type kirurgi på nese og hals med unntak av omfattende kreftkirurgi. Kreft i skjoldbruskkjertel opereres, og utgjør hovedtyngden av bløtdelskirurgien. Denne type inngrep er viktig for å opprettholde bløtdelskirurgiske ferdigheter for øre-nese-hals-legene i Bodø. I alle år har øre-nese-hals hatt stabile kirurger og god erfaring med tverrfaglig diagnostikk, behandling og oppfølging av denne pasientgruppen. Inngrepet utføres både i regi av kirurgisk avdeling og øre-nese-hals-avdelingen. På kirurgisk avdeling har det vært varierende operasjonskapasitet grunnet kirurger med manglende spisskompetanse for å håndtere denne type kirurgi. Det siste året har det imidlertid vært to faste spesialister i bryst- og endokrinkirurgi.

I tillegg til øre-nese-hals-operasjoner er en operasjonsdag i uken forbeholdt oralkirurger. Nordlandssykehuset Bodø har hatt en stabil kjevekirurgisk avdeling underlagt øre-nese-hals. Det er tett samarbeid med oralkirurgene, og pasienter med ansiktstraumer opereres ofte i fellesskap. Dette er med på å styrke øre-nese-hals-avdelingen, og er en viktig del av spesialiseringen for leger. Bihuleinngrep utføres i hovedsak dagkirurgisk. Det er ca. 40 uker med aktiv virksomhet på operasjonsstuen, og det utføres mellom 850–1000 operasjoner i året (2012: 1050 operasjoner).

Helgelandssykehuset

På lokalsykehusnivå er de vanligste inngrep på halsen operasjon med fjerning av mandler og falsk mandel, og mikrolaryngoskopier/skopiundersøkelse av strupehodet. Forøvrig gjøres det relativt lite bløtdelskirurgi med unntak av enkle halskirurgiske inngrep som halscyster eller fjerning av spyttkjertler. Mer krevende operasjoner av samme type sendes til Bodø og Tromsø. Det samme gjelder skjoldbruskkjertel- og parotis/ørespyttkjerteloperasjoner. Kreftpasientene sendes etter diagnostisk utredning videre i tråd med funksjonsfordelingen. Behandling av strumaknuter utføres ikke på øre-nese-hals-poliklinikken i Sandnessjøen, men det finnes en dyktig kirurg ved Helgelandssykehuset som i samarbeid med en av radiologene gjør utredning med ultralyd-veiledet FNC. Ved operasjonsindikasjon sendes pasienten videre i tråd med funksjonsfordelingen.

Nese- og bihuleoperasjoner utgjør ved siden av små operasjoner som for eksempel tonsillektomier, hovedtyngden av den operative virksomheten innen øre-nese-hals på Helgelandssykehuset. Det er derfor fokusert på høy faglig kvalitet på denne type behandling.

Finnmarkssykehuset

I Hammerfest er det begrenset kirurgisk aktivitet. Det utføres adenotomier, tonsillektomier og dreninnleggelser. En overlegetilling har vært vakant over lang tid, og gjentatte utlysninger har ikke gitt resultat. Vikarbyrå har vært benyttet, men denne løsningen har ikke vært tilfredsstillende. Finnmarkssykehuset Hammerfest legger årsplaner for sin operasjonsstueaktivitet, og det er avsatt faste uker til øre-nese-hals i planen. Det gir større forutsigbarhet for å leie inn vikarer fra Tromsø og Kirkenes, noe som har fungert bra. Ventetidene for nyhenviste pasienter uten rett til helsehjelp er lang, og i praksis får disse pasienter aldri noe tilbud. Det er per i dag noen på ventelisten som har ventet i mer enn fire år. Kontrollpasienter kommer ikke inn til kontroll før ett-to år etter avtalt kontrolltime.

I Kirkenes utføres følgende inngrep: adenotomi, tonsillektomi, drensinnleggelser, radiobølgebehandling av nese og gane, septumplastikker, bihulekirurgiske inngrep, fjerning av halscyster og submandibulariskjertler og utredning av suspekter kreftlidelser. Hovedtyngden er nese- og bihulekirurgi. Her opereres bihulekirurgiske pasientene fra hele Finnmark, ca. 70–80 pasienter årlig. Mesteparten kommer fra Alta/Vest-Finnmark. Det samme gjelder septumplastikker, totalt ca. 80 per år. Rhinoplastikker utføres, ca. 12 per år, med innleid operatør. En stor del av den kirurgiske aktiviteten gjøres dagkirurgisk, men geografi med lange avstander og vanskelige værforhold medfører en del innleggelser.

For pasienter som gjennomgår enkle septumplastikker ved dagkirurgisk avdeling i Kirkenes er det grunn til å kommentere den lange og slitsomme hjemreisen. Pasientene er ofte tamponert med nesepakninger og drar rundt kl. 20.00 fra Kirkenes til Tromsø, hvor det er flybytte for videre reise til Alta eller Hammerfest. Disse pasienter ankommer altså hjemmet nærmere midnatt, etter en meget lang dag. Dette er et enkelt standardinngrep, som bør tilbys ved Finnmarkssykehuset Hammerfest. Da unngår man det ubehaget en flyreise uten trykkutligningsmulighet gir, med en pakket nese for pasienten.

En viktig utfordring i denne sammenheng å belyse er det faktum at det ikke bare er mangel på kirurgiske instrument som hindrer denne pasientgruppe fra å bli behandlet på sitt eget nærliggende lokalsykehus. Uten en fast, tilstedeværende spesialist vil ikke øre-nese-hals-pasientene bli prioritert.

Utfordringer

- Det er for liten operasjonsstuekapasitet ved UNN Tromsø, noe som medfører at godartet bløtdelskirurgi og ørekirurgi forskyves for å prioritere kreftpasientene.
- Det er svært liten tilgang på øre-nese-hals-leger i Hammerfest, noe som fører til lange reiseavstander for pasienter fra Vest-Finnmark.
- En del kompliserte bihuleoperasjoner og operasjoner på tårekanalen må sendes ut av regionen på grunn av manglende utstyr.

- Å få utrednings- og eventuelt behandlingstilbud til det store antallet pasienter med tilfeldig oppdagete strumaknuter på lokalsykehusene.
- Sykehusene i Mosjøen og Mo i Rana har ikke utredningstilbud for thyroidea med unntak av ultralyd uten FNC.

Tiltak

- Øre-nese-hals ved UNN Tromsø må sikres tilstrekkelig operasjonsstuekapasitet når A-fløyen er ferdigstilt. Ambulering til UNN Harstad bør vurderes for å operere de pasientene som venter unødig lenge.
- Finnmarkssykehuset må stabilisere legedekningen i Hammerfest, og ivareta ambulering til Midt-Finnmark.
- Finnmarkssykehuset må anskaffe utstyr for å gjøre enkel nesekirurgi i Hammerfest.
- Utstyrsparken må holdes oppdatert, slik at undersøkelser og behandling kan gjøres lokalt og at man unngår at pasienter sendes ut av regionen når kompetanse for å utføre inngrep er tilgjengelig.
- Kjøp av tjenester fra private vil også bidra til å gi pasientene et tilfredsstillende behandlingstilbud.

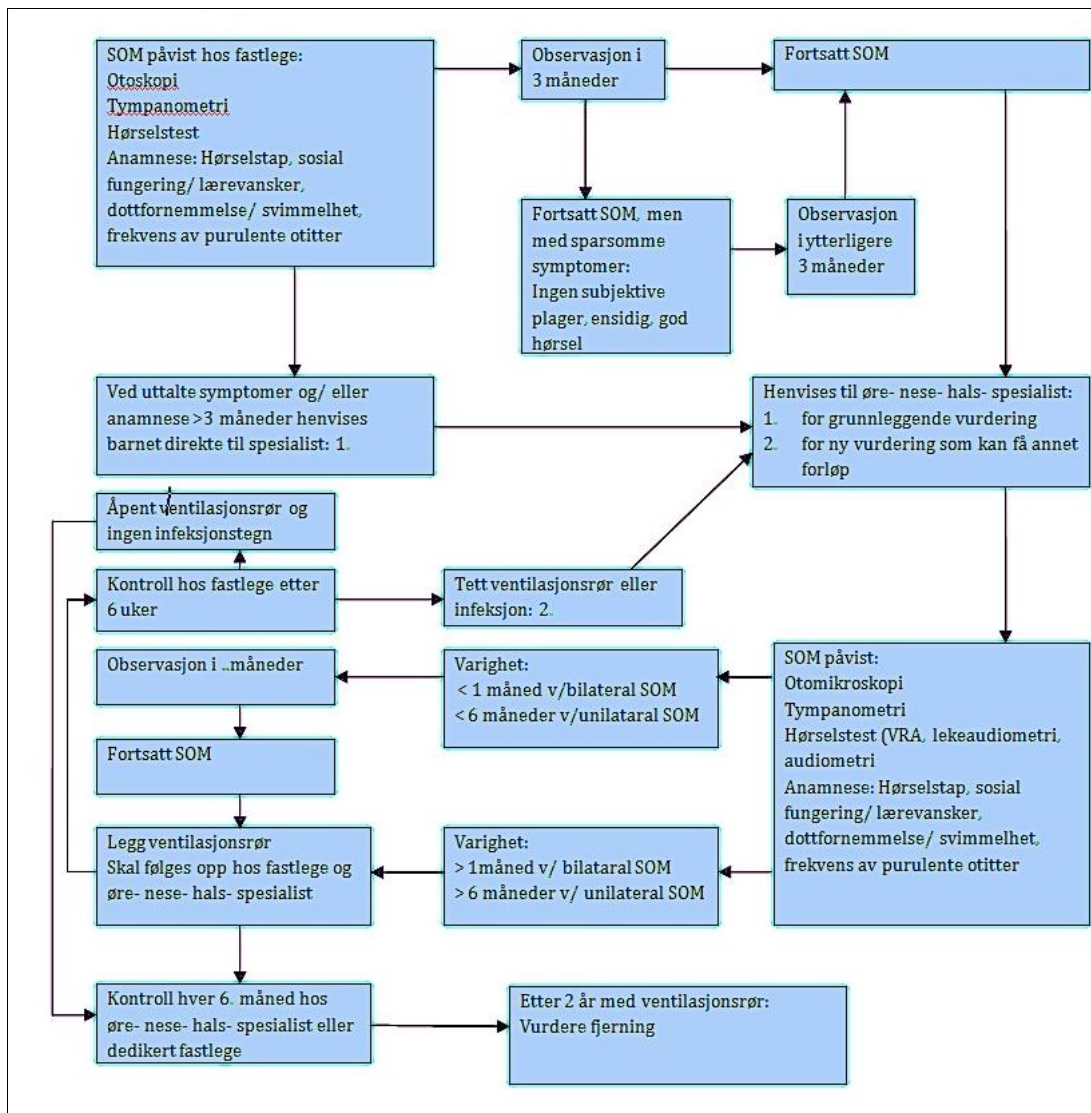
12. Øre-nese-hals-sykdommer hos barn

Akutte infeksjoner hos barn er i stor grad luftveisinfeksjoner. Med dette menes infeksjoner i nese, hals, svelg, ører, luftrøret eller lunger. De fleste av barna behandles hos fastlegen, mens barn med mer alvorlige tilstander henvises til sykehus. Øre-nese-hals-legene får i tillegg mange internhenvisninger fra barneavdelingene som må prioriteres. Typiske tilstander foruten de akutte, er barn som har søvnproblemer, allergi og barn med sammensatte lidelser/multisyke syndrombarn. I dette kapitlet beskrives noen utvalgte tilstander hos barn.

12.1 Sekretorisk otitis media (SOM)

Sekretorisk otitt (væskeansamling i mellomøret), som fører til trykkutligningsproblemer i mellomøret, er en vanlig tilstand hos barn. Enkelte studier antyder at opptil 80 prosent av barn får sekretorisk otitt i hvert fall én gang før åtteårsalderen. Tilstanden forekommer ofte etter akutt mellomørebetennelse eller i forbindelse med øvre luftveisinfeksjoner eller allergi.

Barna behandles både hos fastlege, avtalespesialist og i sykehus, og det er behov for å utarbeide et standardisert pasientforløp for denne gruppen. Prosjektgruppen har laget en skisse til pasientforløp basert på dagens praksis som vist i figur 8. Oppfølgingsperioden kan gå over flere år.



Figur 8 Eksempel på pasientforløp for sekretorisk otitt (væske i mellomøret) hos barn i Helse Nord

12.2 Tann- og kjeverelaterte utviklingsforstyrrelser spesielt hos barn

Barn med barneleddgikt, kjeveforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser trenger behandling i et tverrfaglig opplegg med barneleger, medisinere, spesialtannleger og øre-nese-hals-leger. Noe av denne behandlingen må foregå på sykehus, mens noe kan foregå utenfor, for eksempel i regionale kompetansesentra i tannhelsetjenesten.

Utfordring

- Det er behov for å utarbeide standardisert pasientforløp for barn med sekretorisk otitt.

Tiltak

- Utarbeide og implementere standardisert pasientforløp for barn med sekretorisk otitt.

13. Kreft

Regional kreftplan 2014–2021 beskriver utfordringer og tiltak for kreftbehandlingen i regionen. Disse gjengis ikke i denne planen. Den videre fremstillingen av forekomst og status er direkte sitert fra kapitlet hvor øre-nese-hals-kreft ble omtalt.

Øre-nese-hals-kreft er en heterogen gruppe kreftsykdommer og forekommer relativt sjelden (3–5 prosent av alle krefttilfeller). I Nord-Norge påvises omtrent 80–90 tilfeller per år, hvorav 50–60 av disse pasientene også får stråling. Øre-nese-hals-kreft omfatter kreft i nese, bihuler, munnhule, svelget, strupe og spyttkjertler, samt hudkreft lokalisert høyere enn kragebenet.

Utredning av øre-nese-hals-kreft innbefatter diagnostikk av metastaser av sykdom utenfor øre-nese-hals-området (f.eks. lymfomer og GI-cancer). Behandling av øre-nese-hals-kreft gjøres ofte ved en kombinasjon av kirurgi, bestråling og kjemoterapi. Både kirurgi og strålebehandlingen krever høyt kvalifisert personale. Tross teknologiske nyvinninger og individuelt tilpasset optimal behandling har ikke 5 års overlevelse bedret seg (14). Tidlig diagnose er en svært viktig prognostisk faktor.

Status

Øre-nese-hals-avdelingen ved UNN Tromsø behandler som hovedregel all øre-nese-hals-kreft i Helse Nord. UNN Tromsø har tre dedikerte øre-nese-hals kreftkirurger. Enkelte tilfeller av kreft i munnhule, nese, hud og skjoldbruskkjertel opereres ved øre-nese-hals-avdelingen ved Nordlandssykehuset Bodø. Mer omfattende kirurgi som også innebærer halsglandeldisseksjoner utføres ved UNN Tromsø. Ved behov for omfattende rekonstruksjoner, f.eks. laryngektomier, henvises pasientene til Rikshospitalet for behandling. Diagnostisering og behandling av øre-nese-hals-kreft følger nasjonale og internasjonale anbefalinger. Nasjonale retningslinjer er under utarbeidelse. Primærdiagnostikk skjer ved alle sykehus i landsdelen, mens vurdering og definitiv behandling utføres ved UNN Tromsø etter drøfting i tverrfaglig øre-nese-hals kreftmøte (MDT).

Behandlingen er ofte en kombinasjon av kirurgi, strålebehandling og medikamentell kreftbehandling.

Pasienthenvisning med mistanke om kreft behandles i løpet av en uke, og pasienten ses innen ti arbeidsdager. Behandlingen følger et fast oppsatt pasientforløp ved UNN Tromsø som inkluderer øre-nese-hals-kreftmøte. Bestråling av øre-nese-hals-kreft representerer en av de mest krevende disiplinene innen stråleterapi. Dette stiller store krav til teknologiske investeringer og strålekompetanse ved UNN Tromsø. Videre får stadig flere pasienter samtidig cellegiftbehandling basert på internasjonale anbefalinger. Således er det økt belastning på personell både ved øre-nese-hals-avdelingen og stråleterapiavdelingen.

Kjemoterapi ved kreft i hode- og halsregionen gis ofte i kombinasjon med kurativ strålebehandling ved øre-nese-hals-avdelingen ved UNN. Palliativ kjemoterapi er ofte enklere behandlingsregimer og kan gis ved lokalsykehus eller sykestuer.

14. Allergitredning og -vaksinerings

Allergiske sykdommer er utbredt og økende og utredning gjøres både hos fastlege, avtalespesialister og i sykehus.

Allergi er fagovergripende og involverer medisinske felt som lunge, hud, øre-nese-hals og barnemedisin. I dag er det ingen entydig, klar organisering av fagfeltet. Innen øre-nese-hals utredes og behandles i hovedsak allergi som gir symptomer fra øvre luftveier, og sammensatte problemstillinger der øre-nese-hals inngår som en av flere fagfelt. I Helse Nord er utrednings- og behandlingstilbudet til allergipasienter noe mangelfullt, særlig når det gjelder behandling i form av allergivaksinerings med SLIT (sublingual immunterapi, tabletter) eller SCIT (subcutan immunterapi, sprøyter).

Helgelandssykehuset

Her utføres utredning med prikktest¹⁸ og allergivaksinasjon for barn opp til 17 år ved barnepoliklinikken i Sandnessjøen og Mo i Rana, som har mangeårig erfaring på dette feltet. Medisinsk poliklinikk i Sandnessjøen tar imot voksne til allergitredning og behandling, men har bare kapasitet for å ta sine egne (lunge)pasienter. Medisinsk poliklinikk i Mo i Rana har ikke tilbud om allergitredning eller allergibehandling for voksne.

Hudpoliklinikken i Mosjøen tar imot voksne til allergitredning og behandling, men har lite kapasitet til det. I praksis er dette ikke en prioritert gruppe, noe som betyr at pasientene har meget lang ventetid eller at de ikke får tilbud.

Ved øre-nese-hals-poliklinikken i Sandnessjøen ble det først i 2011 et tilbud om prikktester. De har nå tilbud om spesifikk immunterapi (SLIT), samt startet med vaksineringsstilbud mot pollenallergi med SCIT. En av øre-nese-hals-spesialistene er subspecialisert allergolog.

Finnmarkssykehuset

I Kirkenes gjøres det prikktest. Hyposensibilisering skjer for voksne og barn hos barnelege på spesialistpoliklinikken i Alta. I tillegg gjør avtalespesialist i Alta prikktest. I Hammerfest ambulerer barnelege fire–seks dager i året til spesialistlegesenteret i Karasjok og utfører ulike allergitester.

UNN Tromsø

Det gjøres prikktest og vaksinerings med SLIT og SCIT. I tillegg utredes og behandles også overfølsomhet for acetylsalisylsyre (ASA), som er del av et sykdomskompleks som innebærer kronisk bihulebetennelse med nesepolypper og astma. I Tromsø utføres det ASA-desensibilisering på utvalgte pasienter. Pasientene må være inneliggende til

¹⁸ Test for å påvise allergi, hvor et allergifremkallende stoff dryppes på huden. Så prikker man i huden under dråpen med en lansett. Er man allergisk mot det aktuelle stoffet vil det i løpet av 15 minutter oppstå en allergisk hudreaksjon med rødhet og hevelse.

observasjon i seks dager under oppdosering. Oppstart må beregnes til seks-åtte uker etter siste bihulekirurgi, slik at pasienten best mulig kan takle mulige allergiske reaksjoner.

Det er ikke noe i veien for at dette kan utføres på mindre sykehus, og det kommer nå nasjonale retningslinjer for slik behandling. Det har vært godt resultat på de pasientene UNN har startet behandling på.

Ved UNN Tromsø er det utarbeidet en plan for etablering av et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer.

Nordlandssykehuset

Allergiutredning og -behandling gjøres på øre-nese-hals, medisinsk poliklinikk og dagenhet og i barnepoliklinikken. Øre-nese-hals-avdelingen tilbyr behandling med bl.a. SLIT og SCIT.

På grunn av lang reisevei bør det være tilbud i alle helseforetakene. Oppjustering av behandling skjer i hovedsak på øre-nese-hals-poliklinikk. Enkelte steder gjøres dette også av fastleger.

Utfordringer

- Det er et mangelfullt tilbud om allergiutredning og -vaksinering i regionen.
- Mange fagfelt er involvert, og dette krever samarbeid.
- Det er begrenset kapasitet for utredning med prikktest og allergivaksinasjon for voksne.
- Lange reiser for pasienter grunnet manglende tilbud i Vest- og Midt-Finnmark.

Tiltak

- Styrke tilbudet om allergiutredning og -vaksinering.
- Arbeide for å optimalisere samarbeidet med fastlegene som på sikt kan overta vedlikeholdsbehandlingen.
- Det er vedtatt at UNN Tromsø skal etablere et regionalt kompetansesenter for astma, allergi og overfølsomhet. Dette vil være et tilbud som begrenser seg til utvalgte pasienter med kompliserte tilstander. Sentret vil bidra med rådgivning og kompetanseheving til øvrige aktører.

15. Øyeblikkelig hjelp

Øyeblikkelig hjelp- funksjonene illustrerer det spesielle med øre-nese-hals-faget som et kombinert kirurgisk og medisinsk fag. Fagområdet dekker mange tilstander hvor det haster å starte behandling. Blødninger og akutte pustevansker forårsaket av fremmedlegemer i sentrale luftveier er av de mest fryktede tilstandene og krever rask transport og tverrfaglig, hurtig behandling i sykehus.

Akutte neseblødninger opptrer fra de helt banale hos barn, til livstruende blødninger hos eldre som bruker blodfortynnende medisiner. Disse krever i noen tilfeller sentralisert kompetanse på skallebasiskirurgi og radiologisk veiledet coiling, hvor blodstrømmen til et blodkar som blør blokkeres. Også akutt svimmelhet, som krever rask vurdering i nært samarbeid med indremedisinere og nevrologer, er blant arbeidsoppgavene som defineres som øyeblikkelig hjelp.

Alvorlige infeksjoner i hodets lukkede hulrom med behov for medisinsk og kirurgisk behandling, for eksempel komplisert bihulebetennelse, alvorlig ørebetennelse og akutt betennelse i ørebensknuten (mastoiditt) er en annen gruppe.

Andre eksempler er alvorlige infeksjoner som:

- kysssyke (mononukleose)
- akutt tonsillitt
- krupp (laryngotrakeobronkitt)
- byller (abscesser)

I hode- og halsområde tilstander som:

- raskt utviklende bløtdelsinfeksjoner
- akutt (og kronisk med akutt forverring) stråleskade etter kreftbehandling
- akutt tilstoppede luftveier på grunn av svulster
- akutt uttak av lymfeknutesvulster
- traumeskader i hode- og halsregionen etter trafikkulykker, skuddskader, henging og kuttskader

Det er vaktberedskap hele uken utenom ordinær arbeidstid ved sykehusene i Tromsø, Harstad og Bodø. Ved sykehuset i Sandnessjøen er det vaktberedskap kun enkelte ukedager. Her håndteres i hovedsak eventuelle komplikasjoner etter inngrep utført på dagtid.

I Finnmarkssykehuset er det ikke vaktberedskap, og akuttpasienter må reise til UNN Tromsø. Det er nødvendig å opprettholde dagens vaktberedskap slik den er beskrevet.

16. Funksjonsfordeling

16.1 Regional funksjonsfordeling

Innad i helseregionen er det gjort funksjonsfordeling innen øre-nese-hals med basis i kompetanse og intern organisering i sykehusene. Tabellen viser områdene som er funksjonsfordelt, i den forstand at tilbudet bare finnes ved noen av sykehusene.

| Funksjon Spesifikasjon | UNN Tromsø | UNN Harstad | NLSH Bodø | HSYK Sandnessjøen | Finnmarks- sykehuset |
|------------------------------------|--|----------------|--|----------------------|-------------------------|
| Kreft (kurativ behandling) | X | | | | |
| Kreft i skjoldbruskkjertelen | X (gjøres ikke på øre-nese-hals, men på urologi/ endokrinologi) | | X (gjøres på øre- nese-hals og generell kirurgi) | | |
| Tinnitusutredning og behandling | X | | X | X | |
| Utredning etter nyfødtscreening | X | X | X | X | |
| Avansert ørekirurgi | X | X | X | | |
| Traumatologi | X | | X | | |

Tabell 3 Regional funksjonsfordeling for ulike tilstander i øre-nese-hals-faget

16.2 Nasjonal funksjonsfordeling

En nasjonal behandlingstjeneste eller kompetansetjeneste er en høyt spesialisert klinisk virksomhet som ut fra en samlet vurdering av behov, vanskelighetsgrad og kostnader skal utøves ett sted i landet. Alle nasjonale og flerregionale behandlingstjenester, og alle nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten skal ha godkjenning fra departementet. Behandlingstjenestene kjennetegnes ved:

- helsemessige tilleggsgevinster i form av bedre prognose eller livskvalitet
- økt kvalitet og kompetanse
- bedre nasjonal kostnadseffektivitet

Nasjonale kompetansetjenester kjennetegnes ved:

- å utvikle og heve kvaliteten på de leverte tjenestene i helhetlige behandlingsskjedekjeder i hele landet
- levere dem så trygt og kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse

- økt nasjonal kostnadseffektivitet

En nasjonal behandlingstjeneste innebærer at pasientene som trenger denne behandlingen bare skal behandles ved det sykehuset som er tildelt funksjonen. Andre sykehus skal ikke bygge opp et behandlingstilbud som er fastsatt som landsfunksjon. En landsfunksjon skal også ivareta kompetansesenteroppgaver innenfor sitt faglige område (15).

| Nasjonal behandlingstjeneste | Sykehus | Sted |
|---|---|--------|
| Behandling av godartet svulst på balansenerven | Nasjonal behandlingstjeneste for vestibularisschwannom Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen | Bergen |
| Behandling etter strålebehandling/ stråleskader | Nasjonal behandlingstjeneste for elektiv hyperbar oksygenbehandling, Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen | Bergen |
| Cochlea implantat, barn | Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet | Oslo |
| Mb. Osler. Sjelden, arvelig sykdom som gir blødninger i slimhinner, bla. i nesen. | Senter for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet | Oslo |
| Utredning og behandling av psykiske lidelser hos hørselshemmede, døve og døvblinde. | Nasjonal behandlingstjeneste for hørsel og psykisk helse, Oslo universitetssykehus, Gaustad sykehus | Oslo |

Tabell 4 Oversikt over Nasjonale behandlingstjenester

| Nasjonal kompetansetjeneste | Sykehus | Sted |
|--|---|--------|
| Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde | Universitetssykehuset Nord-Norge | Tromsø |
| Nasjonal kompetansetjeneste for vestibulære sykdommer (svimmelhet og balanseforstyrrelser) | Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen Balanselaboratoriet.no | Bergen |

Tabell 5 Oversikt over Nasjonale kompetansetjenester

I tillegg kan nevnes at Lovisenberg Diakonale Sykehus har spesiell kompetanse på søvnutredning av barn med syndrom og sammensatte lidelser. De har ikke en definert nasjonal funksjon, men man kan henvise dit eller be om hjelp til vurdering.

Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen har en flerregional behandlingstjeneste for leppe-kjeve-ganespalte. I 2013 gjorde representanter fra alle helseregioner en faglig gjennomgang av feltet, og laget veileder for oppfølging av tilstanden.¹⁹

Dagens funksjonsfordeling nasjonalt er adekvat, utgjør et godt tilbud for befolkningen og ivaretar de få pasienter med sjeldne diagnoser/tilstander fra Helse Nord som trenger behandling utenfor regionen.

¹⁹ Behandlingslinje for barn og ungdom med leppe-kjeve-ganespalte. anbefalte frister i behandlingsforløpet. 2013. Utgitt i samarbeid med Leppe-/ganespalteforeningen i Norge.

Funksjonsfordelingen synes også adekvat innen Helse Nord. Den sikrer god pasientbehandling på rett nivå for de fleste tilstander. Det anses ikke som nødvendig å endre eller flytte funksjoner på øre-nese-hals-avdelingene innad i regionen. Det bemerkes at tinnitustilbudet må bedres.

17. Spesialisthelsetjenesten

Organisering av øre-nese-hals-området ved de ulike sykehusene

Det er noe ulik organisering av øre-nese-hals-faget innenfor Helse Nord.

Universitetssykehuset Nord-Norge

- Nevrokirurgi, øre-nese-hals og øye-avdelingen i Nevro- og ortopediklinikken.

Finnmarkssykehuset

- Klinikk Kirkenes
- Klinikk Hammerfest.

Nordlandssykehuset

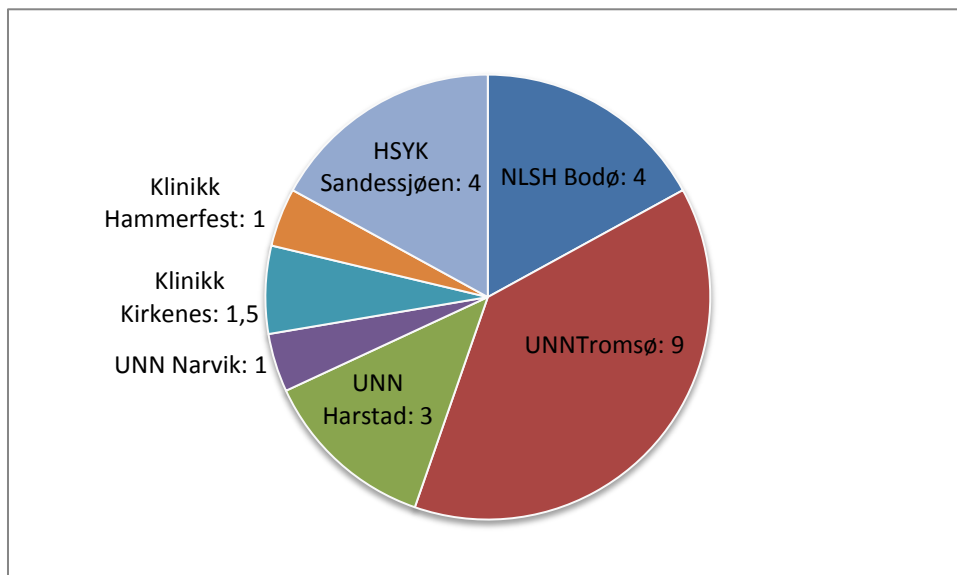
- Hode- og bevegelsesklinikken

Helgelandssykehuset

- Helgelandssykehuset Sandnessjøen, Kirurgisk område

17.1 Legespesialister i sykehus

Figur 9 illustrerer dagens antall og fordeling av spesialister i sykehusene. Stillingene i Narvik og Hammerfest er for tiden vakante, men det arbeides aktivt med å få dem besatt. Totalt dekkes Helse Nord av 23 øre-nese-hals-spesialister. I tillegg er det tretten leger i spesialisering (LIS) (åtte i UNN og fem i Nordlandssykehuset). Disse fremkommer ikke i figur 8. Prosentvis fordeling for fylkene er slik: Finnmark elleve prosent, Troms 55 prosent (inkludert Narvik grunnet foretaksgrenseinndelingen) og Nordland 34 prosent.



Figur 9 Oversikt over antall øre-nese-hals-spesialister ved de ulike sykehusene

UNN Tromsø

Tromsø rekrutterer bra, og det er ni overleger fordelt på 8,5 årsverk, hvorav en professor 1-stilling i 20 prosent står ubesatt. Det er behov for å drive forskning og ha rom for å avvikle overlegepermisjonene. Det er syv LIS tilknyttet avdelingen. To av LIS-stillingene er besatt av overleger, og disse utdanningsstillingene ønskes omgjort til overlegestillinger.

Det er to oralkirurger som deler på 0,8 årsverk, og denne spesialiteten ønskes styrket med 0,8 årsverk utover dagens ressurser. Det er én tannlege som utgjør ett årsverk, noe som anses som tilstrekkelig.

UNN Harstad

Ved sykehuset i Harstad er det totalt tre leger fordelt på 2,5 årsverk. Det er behov for å tilføre ytterligere et halvt årsverk. Det er en midlertidig stilling som LIS som ønskes gjort til en permanent ordning. Det er søkt om godkjenning som gruppe II-sykehus.

UNN Narvik

I dag er det en halv overlegestilling som er ubesatt, men denne har vært utlyst som hel stilling. Etter gjentatte forsøk har man så langt ikke lyktes med å få tilsatt noen. Det vurderes nå å prøve og rekruttere internasjonalt.

Nordlandssykehuset Bodø

Sykehuset i Bodø har så langt ikke hatt problemer med å rekruttere til sine stillinger. Avdelingen har i dag fire årsverk for overleger, men ser behov for å styrke bemanningen med ytterligere ett årsverk. Det har blant annet sammenheng med at det kan bli behov for å ambulere til sykehuset i Vesterålen. Avdelingen har fem LIS-stillinger, men ønsker seks. Det er to oralkirurger fordelt på 1,7 årsverk, og ønske om ytterligere ett til. Tannlegetjenester sørger fylkeskommunen for, og samarbeidet har fungert bra.

For å dekke befolkningen i Lofoten ambuleres det fra Bodø. Dette har vist seg å fungere bra, og styrke miljøet i Bodø. Det er ikke nok grunnlag for en hel spesialiststilling i Lofoten. Det er primært polikliniske konsultasjoner og noe kirurgi. Operasjoner bør prioriteres utført i Bodø, fordi man må ha tilstrekkelig aktivitet for å opprettholde godkjenningen som utdanningssted for gruppe II.

Finnmarkssykehuset

Ved klinikk Kirkenes er det fra 2014 to overlegestillinger og innleie av vikar ca. 10–12 uker.

Ved klinikk Hammerfest har en overlegestilling stått vakant over lang tid, og den vil være vakant ut 2014. To utlysninger har så langt ikke gitt resultat. Det planlegges for en full overlegestilling som også skal ambulere til spesialistpoliklinikken i Karasjok. Det har vært vanskelig å rekruttere, og situasjonen har vært delvis løst med ambulering fra

Kirkenes og Tromsø og innleie av vikarer. I tillegg har mange pasienter fått tilbud om behandling ved private klinikker.

Helgelandssykehuset

Ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen er det fire årsverk for overleger. Det har tidligere ikke vært ønskelig å ha LIS innen øre-nese-hals, men det er nå startet et arbeid hvor det vurderes å søke om godkjenning for gruppe II-praksis. I den forbindelse ønskes tilført en LIS-stilling.

Spesialistene ønsker å ambulere til sykehuset i Mo i Rana og til Brønnøysund.

Tiltak

- UNN Tromsø ønsker å styrke oralkirurgien med 0,8 årsverk.
- UNN Harstad ønskes styrket med en halv stilling slik at de totalt disponerer tre fulle stillinger. Midlertidig LIS- stilling ønskes omgjort til permanent stilling.
- UNN Narvik må sørge for å få rekruttert overlege i full stilling.
- Nordlandssykehuset Bodø ønskes styrket med én overlege og én oralkirurg.
- Finnmarkssykehuset Hammerfest må sørge for å rekruttere overlege i full stilling.

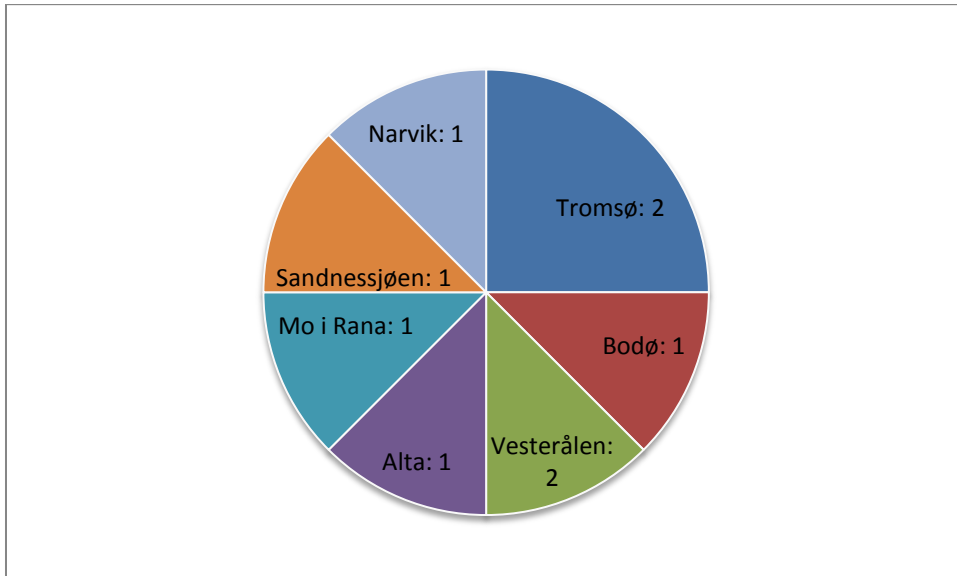
17.2 Avtalespesialister

Avtalespesialistene er selvstendige næringsdrivende som driver spesialistpraksis og har individuelle avtaler med det regionale helseforetaket om driftstilskudd. De er en del av spesialisthelsetjenestetilbudet. Avtalespesialistene utfører poliklinisk behandling tilsvarende sykehusenes poliklinikker, og utgjør en viktig del av Helse Nords øre-nese-hals-tilbud til befolkningen. Fagområdet er et av de største somatiske fagområdene i avtalepraksis, og sto alene for 20 prosent av den totale aktiviteten hos avtalespesialister i Norge i 2013. Dette tilsvarer 355 013 spesialistkontakter. Antallet kontakter innen øre-nese-hals per avtalespesialist i full stilling varierte i 2013 fra 1038 til 7575 på landsbasis. Over 60 prosent av avtalespesialistene hadde en aktivitet som var høyere enn normtallet på 3500 (16).

I Helse Nord er det per mai 2014, 6,45 hjemler for avtalespesialister fordelt på syv spesialister. Én 20 prosent avtalehjemmel i Sandnessjøen har permisjon ut 2014. Avtalehjemmelen i Narvik er på 75 prosent, og har vært forsøkt økt til 100 prosent uten at man hittil har lyktes. Det er utlyst en 30 prosent avtalehjemmel i Vesterålen.

Det må i løpet av planperioden tas stilling til hvor mange avtalespesialister det bør være totalt, og hvor de geografisk bør være lokalisert for å gi et best mulig tilgjengelig tilbud til pasientene. Regional plan for avtalespesialister skal revideres i løpet av 2015, og alle fagområder vil bli gjenstand for ny vurdering i forbindelse med revisjonen.

Figur 10 viser den geografiske fordelingen av hjemler:



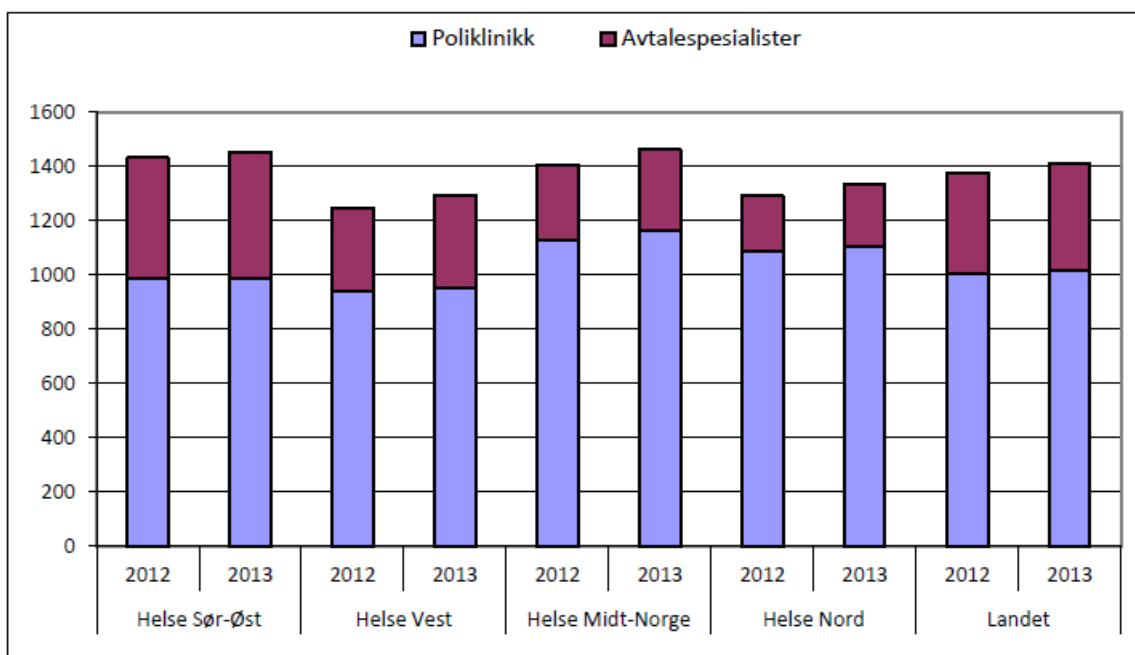
Figur 10 Oversikt over antall og geografisk fordeling av hjemler for avtalespesialister i Nord-Norge

Prosentvis fordeling for fylkene er slik: Finnmark 15 prosent, Troms 43 prosent (inkludert Narvik grunnet foretaksgrenseinnndelingen) og Nordland 42 prosent.

De hyppigst registrerte kategorier av hovedtilstander som er rapportert til NPR fra avtalespesialistene for hele landet er:

- Mekanisk og nevrogene hørselstap
- ikke- purulent mellomørebetennelse
- annet hørselstap
- vasomotorisk og allergisk rhinitt

Helse Nord ligger fortsatt litt under landsgjennomsnittet i forbruk av polikliniske tjenester i 2012 og 2013. Det er en svak økning både hos avtalespesialister og i sykehusene (figur 11)(16).



Figur 11 Forbruksrater av polikliniske tjenester fordelt etter pasientens bostedsregion. Rater per 1000 innbygger 2012–2013. Somatiske fagområder, estimert aktivitet.

Utfordringer

- Det er behov for å styrke samarbeidet mellom avtalespesialister og spesialister i sykehusene, blant annet for å redusere ventetidene.

Tiltak

- Det bør legges til rette for at avtalespesialister og sykehusleger kan hospitere hos hverandre.
- Det bør etableres en arena for samarbeid om felles utfordringer for sykehus og private avtalespesialister.
- Ved revidering av Regional plan for avtalespesialister skal det gjøres en ny vurdering av behovet for avtalehjemler innen øre-nese-hals-faget.

17.3 Ambuleringsordninger

Ambulering bør være frivillig og kan egne seg i perioder og til enkelte steder. Arbeidsgiver har mulighet for å legge ambulering inn i arbeidsavtalene ved nytilsettinger. Ett prinsipp som kan legges til grunn er at det skal være stor grad av tilgjengelighet for polikliniske tjenester som pasientene benytter ofte, mens operasjoner, som ofte er en engangsforeteelse, kan foregå mer sentralt. Et argument for ambulering er at legene da kan følge opp pasienten etter at de er behandlet i et annet sykehus, for eksempel etter operasjoner, og pasienten slipper å reise langt. Ved ambulering er det sentralt at andre tjenester som audiograf og merkantil tjeneste, er tilgjengelig.

Det er behov for ambulerende til de stedene hvor det er vakante stillinger. I fremtiden bør ambuleringsordninger fordeles mellom sykehus og avtalespesialister for å dekke Finnmark best mulig. Det er rimelig å tenke seg en videreføring av avtalespesialistenes ambulerende. Avtalespesialistene i Tromsø dekker poliklinisk virksomhet på Finnsnes (Senja og Midt-Troms) og Storslett (Nord-Troms).

UNN

UNN Harstad har et lite og sårbart miljø, og det bør være en målsetting at de er selvforsynt med øre-nese-hals-spesialister innen 2016. I mellomtiden må UNN Tromsø sørge for ambulerende, slik at befolkningen i området får et godt tilbud. Dersom UNN Tromsø skal klare å dekke opp for manglende lokalt tilbud kreves det ytterligere et halvt til ett årsverk til ambulerende inntil UNN Harstad får tilsatt en spesialist.

Finnmarkssykehuset

Én 100 prosent overlegestilling i Finnmarkssykehuset betyr i praksis ca. 38 arbeidsuker per år. Historisk har øre-nese-hals-virksomheten i Hammerfest vært drevet av ambulerende spesialister, i all hovedsak fra UNN. Siden 2008 har én lege hatt ansvar for Hammerfest og Karasjok, med tolv uker på hver plass. Dette dekker ikke behovet. Siden 2001 har én lege hatt ansvar for Kirkenes. Det er etablert en rutine hvor øre- og nesekirurg har konsultasjonsdager to ganger årlig. Polikliniske pasienter samles til en poliklinikkdag, og øre-nese-hals-lege vikarierer. Dermed slipper ca. 20 pasienter å reise til Tromsø for undersøkelse.

Nordlandssykehuset

Det ambuleres i dag til Lofoten fire dager fordelt på to ganger per måned, sporadisk noe mer. Behovet vil sannsynligvis øke noe når nåværende spesialist avslutter sin virksomhet. Man ønsker å opprettholde denne virksomheten.

Det vurderes å starte ambulerende til Nordlandssykehuset Vesterålen. Dette vil innebære at legebemanningen i Bodø må økes.

Helgelandssykehuset

For tiden ambuleres det ca. to dager i måneden til Mo i Rana. Dette dekker ikke behovet, og planen er derfor å ambulere to dager annen hver uke. I tillegg til denne ambuleringen er det sterkt ønskelig å opprette ambulerende virksomhet til Brønnøysund. En forutsetning for slik ambulerende er stabil legebemanning med minst fire overleger, og en tilstrekkelig ambulerende kan først forventes med fem overleger, eller fire overleger og én LIS.

17.4 Sykepleietjenesten

Sykepleiere innen øre-nese-hals-faget arbeider i poliklinikker, dagavdelinger og sengeposter. Det er bare Tromsø og Bodø som har dedikerte senger til øre-nese-hals-

pasientene. Ved de andre sykehusene vil pasienter som trenger overnatting bli innlagt på kirurgisk eller medisinsk sengepost.

Sykepleierne skal ha kompetanse innenfor alle fagfelt i sengepostene, noe som oppleves svært utfordrende.

UNN Tromsø

Sengeposten ved UNN Tromsø er felles for øre-nese-hals, øye og nevrokirurgi og har til sammen tolv senger. Etter sammenslåing av flere fagfelt har det vært fokus på kompetansehevede tiltak for å skape faglig trygghet hos sykepleierne. Tid til fagutvikling er avsatt i turnus til den enkelte medarbeider. Likevel er det utfordrende å være gode generalister og samtidig ha spesifikke kunnskaper innen de enkelte fagene.

Øre-nese-hals-poliklinikken har totalt fem stillinger for sykepleiere. To stillinger brukes til søvnutredning. Scoring, tilpasning og utlevering av utstyr gjøres av sykepleiere. Det er lege tilgjengelig daglig ved nyhenviste og for spesifikk oppfølging. De øvrige stillinger brukes til generelt poliklinisk arbeid.

Alle sykepleierne i poliklinikken har mange års erfaring fra øre-nese-hals-avdeling. Tre av sykepleierne er spesialsykepleiere; to har videreutdanning i kreftsykepleie og en i barnesykepleie.

Den kirurgiske virksomheten er redusert til bare fire dager i uka grunnet mangel på operasjonssykepleiere, noe som har ført til lengre ventelister.

En avdelingssykepleier/pasientkoordinator i 100 prosent stilling tar seg av all tilkalling av pasienter til kirurgi innen øre-nese-hals og kreftpasienter til dagenhet for øre-nese-hals. I tillegg bruker en helsesekretær deler av sin tid (30 til 50 prosent) til tilkalling av pasienter til dagkirurgi innen øre-nese-hals. Det er et nært samarbeid mellom sykepleier og helsesekretær, hvor kompetanse og erfaring sikrer rett pasient til rett sted og rett tid.

UNN Harstad

Ved øre-nese-hals-poliklinikken er det to sykepleiere i 100 prosent stillinger. 50 prosent er for tiden økonomisk dekket av NAV, og er en styrking av sykepleierressurs som poliklinikken trenger. Poliklinikken har hatt fast personale som har arbeidet der over flere år. Kun én sykepleier har ansvar for søvnutredning. Det er for lite i forhold til etterspørsel, og sårbart i forhold til fravær. I tillegg er det en 100 prosent stilling som har ansvar for innkalling og oppsett av venteliste til poliklinikk og dagkirurgi.

UNN Narvik

Ved UNN Narvik er tilbudet lite tilfredsstillende, og det ønskes et utvidet samarbeid med UNN Tromsø. Kontroll av kreftpasienter er utfordrende når det gjelder å ha nok kompetanse om denne pasientgruppens problemer. Sykepleierne i poliklinikken merker

at kunnskap om og sykepleie til øre-nese-hals-pasienter ved kirurgisk avdeling er blitt dårligere etter at øre-nese-hals-sengene ble redusert, og øre-nese-hals-legene ikke går i døgnvakt. Det er lite samlet erfaring i sykepleiergruppen til å følge opp tracheostomerte pasienter og kreftpasienter som kommer tilbake etter behandling i Tromsø. Øre-nese-hals-faget disponerer én seng ved kirurgisk avdeling. Den blir i det vesentligste brukt til øre-nese-hals-pasienter, ofte barn med komplikasjoner eller behov for ekstra tilsyn etter dagkirurgi.

Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset Kirkenes har egen øre-nese-hals-poliklinikk som er åpen fem dager i uken, og et omfattende dagkirurgisk tilbud. Ved poliklinikken er det ikke ansatt sykepleiere. Det har vært mangel på hjelpepersonell i mange år. Det er nå helsesekretær som ordner timeoppsett til poliklinikk og dagkirurgi, og assisterer ved enkelte prosedyrer ved legekonsultasjoner.

Pasienter med behov for søvnutredning har frem til mai 2013 blitt sendt til UNN Tromsø. Fra høsten 2013 gjør sykepleiere ved medisinsk poliklinikk, lungeseksjonen, søvnutredning.

Nordlandssykehuset

Sengeposten ved Nordlandssykehuset Bodø er felles for øre-nese-hals, øye, revmatologi, nevrologi og kjevekirurgi og har til sammen 27 senger, hvor fire er forbeholdt øre-nese-hals. I tillegg kommer barn som er innlagt på barneavdelingen.

Ved Nordlandssykehuset Bodø er det stor dagkirurgisk virksomhet. Det disponeres plasser på en felles dagpost for kirurgiske fag som har åpent fem dager i uken. Operasjonssykepleierne er ikke knyttet bare til øre-nese-hals-faget, hverken i Bodø eller i Tromsø.

Ved øre-nese-hals-poliklinikken i Bodø er det én sykepleier og to operasjonssykepleiere, hvorav den ene også er enhetsleder. Ved kjevopoliklinikken er det en operasjonssykepleier og to tannpleiere.

Søvnenheten ved Nordlandssykehuset Bodø har siden januar 2013 vært bemannet med to sykepleiere. Søvnenheten er et samarbeid mellom øre-nese-hals og medisinsk dagenhet. Det siste året har de nyhenviste vært prioritert og man har unngått fristbrudd, men er på etterskudd når det gjelder kontroller.

Helgelandssykehuset

Ved øre-nese-hals-poliklinikken ved Helgelandssykehuset er det i dag tre sykepleiere i 2,6 stillinger. Mye av sykepleierressursene brukes til kontorarbeid da det ikke er avsatt andre ressurser til dette. Sykepleierne setter opp alle timene. Noe av dette arbeidet krever sykepleierkompetanse, mens deler av arbeidet kunne vært ivaretatt av

kontortjenesten. Fra 2014 endres organiseringen slik at det blir en felles kirurgisk poliklinikk som øre-nese-hals blir en del av. Det blir felles inntakskontor uten at det skal økes i stillingshjemler. Én utfordring vil bli at en del av spesialkunnskapen innen øre-nese-hals kan forsvinne da sykepleierne i felles enhet fordres å ha stor generalistkunnskap versus spesialkunnskap innen feltet.

Utfordringer

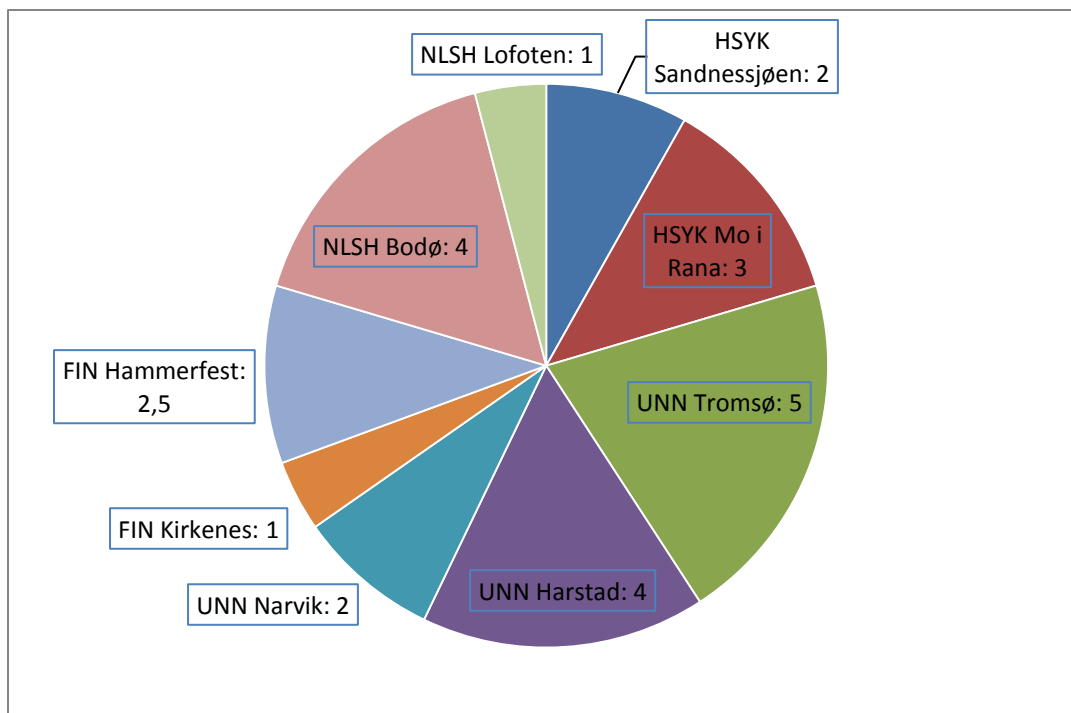
- Sykepleierne skal ha kompetanse innenfor alle fagfelt i sengepostene.
- Det oppleves krevende å skulle være gode generalister, samtidig som spesifikk fagkunnskap må tilegnes.
- Det er ingen operasjonssykepleiere som er spesielt tilknyttet øre-nese-hals. Når det er mangel på operasjonssykepleiere blir øre-nese-hals-operasjoner på noen sykehus ofte nedprioritert.
- Det er mangel på sykepleierressurs i Kirkenes.
- Det er for lite tilgjengelig sykepleierressurs for søvnutredning ved UNN Harstad.
- Sykepleierne ved UNN Narvik oppgir at de har manglende kompetanse til å håndtere krevende pasienter.
- Det blir felles inntakskontor ved Helgelandssykehuset, noe som medfører at øre-nese-hals-sykepleierne vil måtte utvikle større grad av generalistkunnskap.

Tiltak

- Bygge opp og vedlikeholde kompetanse i enheter bestående av mange fagfelt.
- Styrke bemanning knyttet til søvnutredning.
- Utdanne flere operasjonssykepleiere.
- Opprette nettverk for sykepleiere som arbeider med øre-nese-hals.
- Legge til rette for tilstrekkelig etterutdanning og kurs innen fagområdet.
- Finnmarkssykehuset bør ansette en 100 prosent sykepleier knyttet til Kirkenes.
- UNN Harstad bør frigjøre deler av hjemmelen til sykepleieren som har ansvar for innkalling og ventelister til søvnutredning. Den merkantile oppgaven bør utføres av annen egnet ressurs.
- UNN må sørge for kompetansehevede tiltak for sykepleierne ved UNN Narvik, slik at de opplever trygghet i utøvelsen av sykepleie til øre-nese-hals-pasienter.

17.5 Audiologisk personell i helseforetakene

I rapporten "*Å høre og bli hørt*" pekes det på nødvendigheten av å styrke hørselssentralene. Det er i forskjellige andre utredninger antydning behov for én audiograf per 15–20 000 mennesker. I Nord-Norge er det totalt 22,5 stillinger, men det er ulik fordeling i landsdelen (se figur 12), og ikke alle stillingene er besatt. Det er viktig å se særskilt på de enkelte områder og vurdere behovet for audiografstillinger. Ifølge anbefalt måltall ligger Nordland noe under dekningsgraden.



Figur 12 Oversikt over antall audiografer ved de ulike sykehusene.

Prosentvis fordeling for fylkene er slik: Finnmark 14 prosent, Troms 45 prosent (inkludert Narvik grunnet foretaksgrenseinndelingen) og Nordland 41 prosent.

NS-EN 15927-2010 (9), som er utarbeidet av CEN (Europeisk standardiseringsorganisasjon), beskriver krav til bemanning, arealer, utstyr og metoder. Den er som norsk standard et minstekrav som skal etterfølges. Standarden er nok fortsatt lite kjent hos myndighetene, men bør ses nærmere på. I denne forbindelse kan nevnes at NAV i mange år har hatt en regel om tverrfaglighet ved hørselssentralene der det på en godkjent hørselssentral skal være audiograf(er), audiopedagog, audiotekniker/audiofysiker og tilgang på lege. Det er ikke mange steder dette kravet, som er nedfelt i Folketrygdloven er oppfylt (17).

UNN Tromsø

Fem audiografer i full stilling ved UNN Tromsø har ca. 6 000 konsultasjoner per år. Det er ønske om en full audiografstilling til.

UNN Harstad

Det er fire fulle audiografstillinger, men over lengre tid har flere vært ubesatt. Nå har imidlertid foretaket lyktes med å få tre av disse stillingene besatt. I tillegg er det én audiometriassistent i 0,8 prosent stilling.

UNN Narvik

Det er én full audiografstilling, og i tillegg er det ansatt én audiograf i et toårig engasjement. Denne stillingen må gjøres permanent slik at sykehuset i Narvik får to audiografer, forutsatt stabil øre-nese-hals legedekning.

Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset har til sammen 3,5 stillingshjemler for audiograf hvorav én stilling i Hammerfest og én stilling ved spesialistlegesentret i Karasjok er vakant. Det er en 20 prosent stilling ved spesialistpoliklinikken i Alta. Denne ønskes utvidet til full stilling avhengig av tilgjengelig øre-nese-hals-lege. Audiograf i Kirkenes sørger også for ambulerende til Vadsø. Totalt antall stillinger er for lite, og Finnmark trenger minst fire audiografstillinger. Dette kan løses ved å øke stillingshjemmelen i Alta, og se det totale tilbudet i sammenheng med audiograf i 50 prosent stilling som er knyttet til avtalespesialisten i Alta. HLF Finnmark har over lang tid anbefalt en slik løsning.

Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset Bodø har fire audiografer i full stilling og ønsker tilført to årsverk. I tillegg er det en audiometriassistent i halv stilling.

Ved Nordlandssykehuset Lofoten er det én audiograf i full stilling. Det bør tilføres én audiograf til sykehuset i Vesterålen.

Helgelandssykehuset

Ved Helgelandssykehuset Mo i Rana er det tre audiografer i full stilling. Dette antallet bør opprettholdes dersom de skal ambulere til Mosjøen.

Ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen er det to audiografer i full stilling, og det er ønskelig å styrke tilbudet med ytterligere ett årsverk. Særlig er det behov for å styrke tilbudet om høreapparatutredning. Tre audiografer vil også gjøre det mulig å ambulere til Brønnøysund.

Utfordringer

- Det utdannes ikke nok audiografer for å dekke behovet.
- Flere stillinger er vakante.
- Økende andel eldre vil gi økt behov for audiologisk personell.

Tiltak

- UNN Tromsø bør få tilført én audiografstilling.
- UNN Narvik ønsker midlertidig audiografstilling omgjort til permanent.
- Finnmarkssykehuset Hammerfest må sørge for å få besatt vakant stilling.
- Finnmarkssykehuset Hammerfest bør øke stillingshjemmelen ved spesialistpoliklinikken i Alta fra 20 prosent til 100 prosent.
- Nordlandssykehuset Bodø bør få tilført to audiografstillinger.
- Nordlandssykehuset Vesterålen bør få tilført én audiografstilling.
- Helgelandssykehuset Sandnessjøen bør få tilført én audiografstilling.

Audiopedagoger

Det er vanskelig å rekruttere audiopedagoger, men alle hørselssentraler bør ha tilgang til audiopedagog. Tromsø og Bodø har audiopedagog i full stilling, men halve stillingen i Bodø er ubesatt. UNN Harstad, Finnmark og Helgeland har ikke egen audiopedagog. Helgeland henviser sine pasienter til Bodø ved behov, men kapasiteten der er lav og mange henvisninger avvises.

Tiltak

- UNN Tromsø ønsker tilført én audiopedagog i 100 prosent.
- UNN Harstad ønsker tilført én audiopedagog i 50 prosent.
- Nordlandssykehuset Bodø ønsker tilført én audiopedagog i 100 prosent.
- Finnmarkssykehuset ønsker tilført én audiopedagog i 100 prosent.
- Helgelandssykehuset ønsker tilført én audiopedagog i 50 prosent.

Audiofysiker og audiotekniker

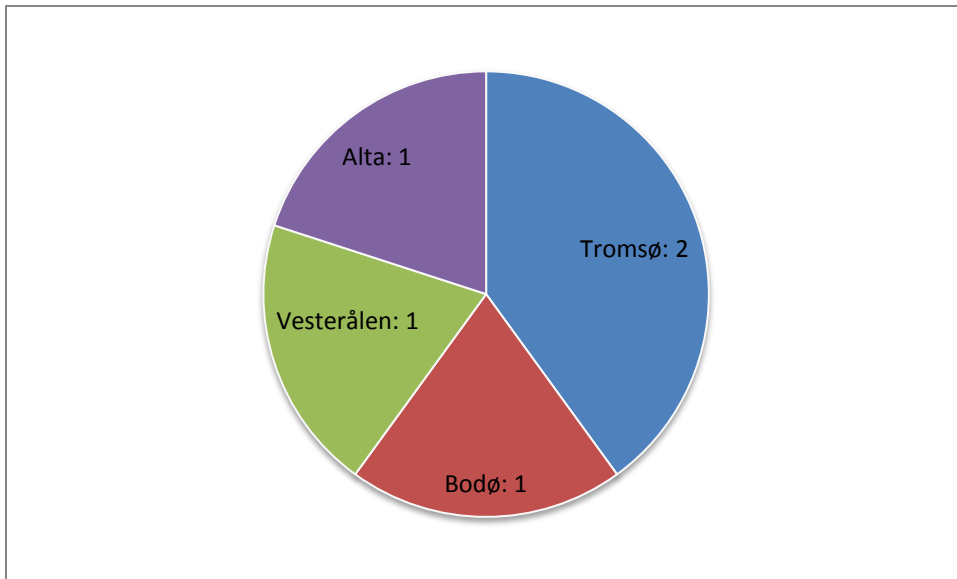
UNN Tromsø har redusert sine ressurser fra to til én audiofysiker. Det har medført redusert teknisk aktivitet i form av nødvendig vedlikehold og kalibrering av audiometrisk utstyr. Nordlandssykehuset Bodø har én audiotekniker i 50 prosent stilling og én audiofysiker i full stilling.

Tiltak

- UNN Tromsø ønsker tilført én audiofysiker i 100 prosent.
- Nordlandssykehuset Bodø ønsker tilført en 50 prosent stilling som audiotekniker, alternativt datatekniker.

17.6 Audiologisk personell hos avtalespesialist

Helse Nord RHF har i de senere år stilt krav om at avtalespesialister skal ha audiografer tilknyttet sin avtalepraksis. Figur 13 viser hvor disse er lokalisert. Prosentvis fordeling for fylkene er slik: Finnmark 20 prosent, Troms 40 prosent og Nordland 40 prosent. Fordelingen er basert på antall audiografer og tar ikke hensyn til stillingsbrøk som er beskrevet nærmere nedenfor.



Figur 13 Oversikt over audiografer tilsatt ved avtalepraksis.

Det er i dag audiografer tilknyttet alle avtalepraksiser med unntak av i Narvik hvor avtalespesialisten samarbeider med audiografen som er tilsatt ved sykehuset. I Vesterålen og i Alta arbeider audiografene i halv stilling, mens de ved de resterende stedene arbeider i full stilling.

17.7 Helsesekretærer/ kontortjeneste

Dette er en tjeneste som ikke har blitt fulgt opp i takt med utviklingen ellers. Fungerer ikke kontortjenesten vil dette ha store innvirkninger på driften generelt. Ved sykemeldinger blir det ekstra belastning på denne tjenesten, fordi helsesekretærene da må dekke opp for andre avdelinger. Blir annet personell sykemeldt vil dette også ha store konsekvenser for den merkantile tjenesten i form av bytting og avbestilling av timer samt ekstra jobb i bolker med for eksempel legevikar.

Ved Nordlandssykehuset Bodø er det usikkert hvordan denne funksjonen skal organiseres i det nye sykehuset. Et ønske fra kontortjenesten er å jobbe i team, noe som gir større fleksibilitet. Ved å rullere mellom ulike oppgaver blir arbeidet mindre statisk, og risikoen for belastningskader og sykemeldinger reduseres.

I Helgelandssykehuset har antall overleger økt fra én til fire, mens kontortjenesten fortsatt bare består av en helsesekretær i halv stilling. Behovet anslås til en og en halv stilling.

I Finnmarkssykehuset er støttepersonell i den polikliniske virksomheten nærmest ikke-eksisterende. Dette gjelder både i Hammerfest og i Kirkenes.

18. Utdanningstilbud innen øre-nese-hals i Helse Nord

18.1 Utdanning av legespesialister

Leger som ønsker å spesialisere seg i øre-nese-hals-faget må ha fem års tjeneste ved øre-nese-hals-avdeling inklusive ett halvt år ved hørselssentral eller audiologisk avdeling.

Inntil ett år kan erstattes av:

- a) forskningstjeneste eller tjeneste i relevante spesialiteter: anesthesiologi, generell kirurgi inkludert de kirurgiske grenspesialiteter, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, onkologi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi, øyesykdommer, eller
- b) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmennmedisin.

Inntil et halvt år kan erstattes av tjeneste ved barneavdeling. Dette betyr at man må jobbe minimum 18 måneder i Tromsø eller ved annet sykehus godkjent for gruppe I. UNN Tromsø er godkjent for gruppe I og II og Nordlandssykehuset Bodø for gruppe II. Harstad har søkt om godkjenning for deler av gruppe II, og i Helgelandssykehuset er det startet et arbeid for å søke godkjenning for deler av gruppe II. Det pågår en nasjonal utredning som skal gi forslag til spesialiststruktur i Norge. Denne vil kunne gi endringer i måten spesialistutdanningen gjennomføres på.

De vanlige, basale kurs i spesialistutdanningen (videreutdanning) gjennomføres i Norge. Legeforeningen har opprettet videreutdanningsfond til leger. For LIS begrenses dette til kurs i Norge. I enkelte tilfeller vil det være behov for LIS å delta på kurs til utlandet i tillegg til overlegene.

Nasjonalt er det mangel på ørekirurger. I videreutdanningen av leger kan man velge å prioritere kompetanseheving i ørekirurgi. For eksempel kan man legge til rette for å reise mellom Tromsø, Harstad og Bodø. Det er utfordringer knyttet til operasjonsstuekapasitet.

En del av etterutdanningen har tidligere vært "sponset" av legemiddel- og utstyrsindustrien, gjennom tilskudd til reise og deltakelse på lokale, nasjonale og internasjonale kurs og kongresser. Innskrenkningene på disse mulighetene har ikke vært fulgt opp med økte utdanningsbudsjetter. Det er viktig at det settes av midler til kurs i budsjettene.

18.2 Utdanning av sykepleiere

Det finnes ingen formell videreutdanning for sykepleiere innen øre-nese-hals, men flere videreutdanninger er relevant, for eksempel innen kreft, eldreomsorg og helsepedagogikk. Sykepleiere i sengepostene opplever det som vanskelig å bygge opp og vedlikeholde spesialkompetanse for denne pasientgruppen, da de har mange fagfelt å

fordype seg i. Dette er en kjent utfordring som følge av mer dagbehandling og poliklinikk, og færre heldøgns pasienter. Flere fagfelt samles derfor i felles sengeposter. Det er stort behov for intern og eventuelt ekstern opplæring, som bare delvis dekkes i dag. Rekrutteringen er likevel god både til sengeposter og poliklinikk.

Ingen av sykehusene har operasjonssykepleiere som kun arbeider med øre-nese-hals-operasjoner. Behovet for utdanning av operasjonssykepleiere er stort i hele regionen.

Når det gjelder utdanning innen området søvnutredning og tilpasning av hjelpemidler er det først og fremst behov for tilstrekkelig antall stillinger slik at etterspørselen dekkes og sårbarheten reduseres. Det kreves ingen formell videreutdanning, men det er ønskelig med videreutdanning innen lungesykepleie og helsepedagogikk. I tillegg er det nødvendig med opplæring i bruk av utstyr til utredning og behandling. Denne opplæringen gjøres i dag av leverandørene av utstyret. Det er kostnader i form av reise, opphold og kursavgifter knyttet til dette, noe som begrenser tilgangen til helt nødvendig opplæring.

18.3 Utdanning av audiologisk personell

Audiografer utdannes ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Utdannelsen som er 3-årig, gir B.Sc.-kompetanse. Utdanningskapasiteten er i utgangspunktet god, men i praksis varierer antall uteksaminerte. Enkelte år utdannes bare halvparten av målgruppen på 40 studenter, som i følge planen skal utdannes hvert år. Det kan derfor variere i hvilken grad Nord-Norge får tilgang på nye audiografer, men det er også viktig at vi har stillinger å tilby.

Audiopedagoger utdannes ved UiO og NTNU og gis i dag mastergrad.

Tekniske audiologer (audiofysikere/audioingeniører) gis basisutdanning dels på universitetsnivå (sivilingeniør/cand. scient) og dels på høgskolenivå (B.Sc.). De har oftest elektronikk og data i sin spesialisering og har i praksis ingen formell utdanning i audiologi.

Etterutdanning

Det audiologiske fagområdet er i kontinuerlig utvikling. Det er derfor helt nødvendig at audiologisk fagpersonell (audiografer, audiopedagoger og audiofysikere/audioingeniører) får delta på aktuelle kurs i inn- og utland. Det arrangeres årlig nasjonalt felles etterutdanningskurs for disse gruppene. Det er også viktig å kunne delta på andre nasjonale og nordiske/internasjonale etterutdanningskurs.

Videreutdanning

I dag finnes ingen masterutdanning for audiografer. Noen norske audiografer har reist til andre land for å ta en mastergrad, eller de har tatt en generell mastergrad i helsefaglig retning her i landet. Det finnes ikke noe generelt videreutdanningstilbud for audiopedagoger og tekniske audiologer, men noen av disse har tatt en PhD-grad.

Leverandørkurs

Spesielt audiografene har et uttalt behov for jevnlige oppdateringer fra leverandørene vedrørende nye høreapparater og stadig oppdaterte tilpasningsprogram. Det er strenge etiske regler forbundet ved disse kursene (20), og opplæring skal fortrinnsvis gis på audiografenes arbeidssted.

19. Rekruttering og stabilisering

19.1 Leger

Ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø er det ikke spesielle utfordringer knyttet til rekruttering av leger. Derimot er det vanskelig å rekruttere til Harstad og Narvik. I Harstad har antall overleger økt fra én til to og en halv siden 2006. Utfordringen her er å stabilisere driften. I Narvik er det ingen søkere til utlyst stilling på sykehuset.

I Finnmarkssykehuset er rekruttering vanskelig, og det er for tiden ubesatte stillinger. Finnmarkssykehuset har et eget legerekrutteringsprosjekt, som ble opprettet i januar 2005, i samarbeid med Helse Nord RHF, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Hovedmålsetting er å rekruttere og stabilisere legespesialister til helseforetaket slik at det innen 2020 er full spesialistdekning. Ressursene er primært benyttet på leger fra eget fylke/region. Virkemidler er:

- Tilrettelegging av nettverkssamlinger
- Gjennomføring av hospitering for overleger (i hovedsak ved UNN)
- Lønnsmidler i overgangsfase: venteplass for turnus, forpraksis for utenlandsk spesialist, overgangsstilling før gruppe II tjeneste, utdanningsstilling grenspesialist o.l.
- Stipend til dekning av merutgifter knyttet til gruppe I-tjeneste
- Honorar for innleie av klinisk veilederkompetanse
- Frikjøp av overleger inntil 20 prosent til forskning/fagutvikling

Visse økonomiske ytelser er knyttet til bindingstid i opptil to år.

I løpet av de siste seks årene har legerekrutteringsprosjektet støttet 72 leger (inkl. tre studenter) og 23 av legene arbeider for tiden i Finnmarkssykehuset, hvorav 21 har oppnådd spesialitet. 14 av legene som har mottatt støtte er for tiden i spesialisering ved UNN og har bundet seg til jobb i Finnmarkssykehuset. 20 av legene som mottok støtte har flyttet fra Finnmark. Det er ingen kommende øre-nese-hals-spesialister i prosjektet nå.

Helgelandssykehuset har eget rekrutteringsprosjekt rettet mot å rekruttere leger fra utlandet. Det er utarbeidet gode opplegg rundt legene som rekrutteres, og sosial integrering vektlegges høyt. For tiden er det ingen rekrutteringsproblemer.

19.2 Sykepleiere

Det er ingen store utfordringer knyttet til rekruttering av sykepleiere, men sykepleiere som tilsettes trenger å utvikle og vedlikeholde kompetanse innen fagfeltet. Når det gjelder rekruttering av sykepleiere til videreutdanning innen operasjonssykepleie vises det til Strategisk kompetanseplan fase 2 (18). Her pekes det på at UNN og Nordlandssykehuset har utfordringer knyttet til å rekruttere, og at man videre fremover

i større grad må legge til rette for kompetanseheving og fagutvikling, så vel som godt arbeidsmiljø og fleksible rammer.

19.3 Audiologisk personell

I Nord-Norge har det i mange år vært problemer med å rekruttere audiografer. Disse utdannes kun ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, og det er overvekt av søkere til utdanningen fra Trøndelags-fylkene. Spesielt har dette vært et stort problem i Finnmark, men også Harstad har slitt med mangel på audiografer. Det er viktig å sørge for informasjon til studenter om mulighetene for arbeid i de nordlige fylkene, og til avgangselever fra videregående skoler om mulighet for denne utdanningen og senere jobb i regionen.

Audiopedagoger finnes ikke på alle hørselssentraler (kun i Bodø og Tromsø) selv om det fra NAV stilles krav om slikt personell (19). Her er problemet først og fremst manglende opprettelse av stillingshjemler. Audiopedagogene har en sentral rolle i veiledning av hørselshemmede barn og voksne samt foreldre til hørselshemmede barn. Flere audiopedagoger arbeider i dag med tinnitusproblematikk og har her også en viktig rolle i et ressurskrevende fagområde.

Det samme gjelder tekniske audiologer som også kun finnes i Bodø og Tromsø. I regelverket fra NAV (19) fremgår at en godkjent hørselssentral skal ha audiopedagog og teknisk ekspertise sammen med audiografene. De audiologiske enhetene har en omfattende instrumentpark som krever jevnlig vedlikehold og kalibrering. Audiofysiker er ansvarlig for instrumentering og metoder, og det må sørges for at det opprettes stillinger for fysiker/ingeniør flere steder. Bruken av data er omfattende, og det må vurderes om de audiologiske fagenhetene bør ha egne datakonsulenter.

Utfordringer

- Mangelen på audiografer og audiopedagoger er stor.

Tiltak

- Det bør opprettes stipendordninger for studenter som utdanner seg til audiografer og audiopedagoger. Ordningen bør markedsføres innenfor Helse Nord's geografiske område.

20. Utstyr

I Nord-Norge er det noe ulikt nivå på utstyrsparken. Det finnes en god del utstyr som er gammelt og bør fornyes. Fagfeltet opplever at de taper i prioriteringen når midler til reanskaffelse skal fordeles.

Tilgjengelig utstyr er en forutsetning for å få utført både utredning og behandling. Mangel på utstyr eller reparasjoner som tar lang tid kan i verste fall medføre at undersøkelser og behandling må utsettes eller avlyses. Det påvirker kvaliteten, gir avlyste og dermed færre konsultasjoner, avbestillinger og lengre ventetid, med de konsekvenser det kan få for pasienten.

Utstyr finansieres på ulik måte i sykehus og hos avtalespesialister. I avtalepraksis finansieres utstyrsanskaffelse via driftstilskudd og takster. I sykehus skjer reanskaffelser i hovedsak ved at gammelt utstyr blir utslitt eller ødelagt, kassert og erstattet av nytt. Så langt det lar seg gjøre blir utstyret reparert. Ved behov for modernisering eller utvidelse av utstyrsparken skjer dette på bakgrunn av prioritering i konkurranse med andre behov i sykehusene.

Elektronisk utstyr har en forventet levetid på ca. 6 år, og varer dermed kortere enn mekanisk utstyr. Fornying i takt med teknologisk utvikling gir bedre kvalitet og bedre resultat. Den menneskelige faktor og håndlag betyr selvfølgelig mye, men innen dette fagfeltet har godt utstyr mye å si for diagnostisering og behandling.

Det er i dag ingen regionale eller nasjonale anbud på området.

Utstyr man har mye av og bruker ofte er det fornuftig å ha reservelager på. Alternativet er at man heller skaffer nytt utstyr i en slik takt at faren for brekkasje er liten. Et annet alternativ er å ha i avtalen at leverandør sørger for reserveutstyr innen en viss tid.

Den audiologiske instrumentpark er de fleste steder av rimelig ny dato og i god stand. Det er likevel nødvendig å se kontinuerlig på behovet for utskifting og nyanskaffelser. Utviklingen av metoder og instrumentering går raskt. Det er dermed et kontinuerlig behov for utskifting av instrumenter og anskaffelse av nye i forbindelse med innføring av nye metoder. Dagens enheter for hørselsscreening av nyfødte må skiftes ut flere steder. Screeningen ble igangsatt i 2007 og mange av instrumentene er ustabile og ofte til reparasjon.

Utstyr, teknologiutvikling

Videostroboskop, spesiallaryngoskop og distalchipkamera er dyrt utstyr, men det gjør at man får bedre lys og tynnere utstyr for å se i trange hulrom som strupe, bronkier og bihuler.

IKT oppleves svært utfordrende. Lokal ressursstøtte med denne type kompetanse mangler når klinikken ikke får til å løse IKT-problemer.

Det er vanskelig å integrere data-, billed- og filinformasjon som genereres fra ulike apparater. Hver produsent av utstyr har egne løsninger som koster mye. Dette er ofte ikke tilstrekkelig sikker og funksjonell lagring. I fremtiden vil det bli nødvendig å se slik dokumentasjon i en større sammenheng, slik at vi har en infrastruktur for lagring med standarder vi kan kreve av leverandører av medisinteknisk utstyr.

Felles for alle enhetene er ønske om tilgjengelig ultralyd for å kunne følge opp kontroller etter kreftoperasjoner og ha mulighet for å ta ultralydveiledet biopsi.

Ved UNN Tromsø er undersøkelsesenheterne gamle og slitt, og video-/operasjonsrack for bihulekirurgi er utdatert og må fornyes. Problemet er midlertidig løst ved at øre-nese-hals låner rack fra ortopedene, men må da ta hensyn til at det ikke kan opereres mer enn en pasient om gangen. På grunn av høy aktivitet innen ortopedi oppstår det ofte samtidighetskonflikter.

I Finnmarkssykehuset er utstyrsparken oppgradert ved klinikk Kirkenes de siste årene, men det mangler navigasjonsutstyr for bihulekirurgi. Dette er kostbar utrustning. Videre mangler utstyr for videoopptak av scopiundersøkelser. De samme manglene er til stede også i Helgelandssykehuset.

I Hammerfest er ikke utstyret oppdatert. Her finnes heller ikke utstyr for videoopptak av scopiundersøkelser. På mindre sykehus, hvor man ofte arbeider alene som spesialist, er det ønskelig å ha slikt utstyr slik at bilder kan sendes til kolleger ved UNN for rådgivning og diskusjon.

Tilgang til IKT-tjenesten oppleves for mange som en utfordring, med store forsinkelser i oppdateringer og datautstyr som ikke fungerer. Dette resulterer i verste fall i mislykkede pasientkonsultasjoner. UNN Tromsø har erfart at foreldre med spedbarn fra Finnmark har vært nødt til å returnere med uforrettet sak grunnet datautstyr som ikke fungerer.

Utfordringer

- Store mengder gammelt utstyr som i perioder er ute av drift grunnet reparasjoner.
- Svikt i utstyrsparken påvirker ventetidene.
- IKT-utfordringer i den praktiske hverdagen oppleves krevende.
- Det er utfordring knyttet til lagring av data.

Tiltak

- Gammelt utstyr som er utdatert må prioriteres fornyet.
- Helse Nord IKT må ha lokale representanter i sykehusene som kan bistå klinikere når problemer oppstår.

- Sørge for fremtidig infrastruktur som er standardisert for lagring av bilder og pasientdata.
- Sørge for at alle enheter har tilgang til ultralydapparat i poliklinikkene.

21. Areal

UNN

Ved UNN Tromsø er undersøkelses- og behandlingsrommene trangbodd. Det mangler scopirom, egen operasjonsstue i poliklinikken til småkirurgi, rom til øremikroskopi på benk, rom til desensibilisering. Flere pågående byggeprosjekter i sykehuset gjør at byggeperiodene tar lang tid. Blant annet har ett av fem dedikerte undersøkelsesrom nå vært stengt i over ett år. Ny behandling er tatt inn i avdelingen (oralkirurgi og utvidet tannhelseprosjekt), samt desensibilisering av allergi. Arealkrevende behandling som søvnregistrering og CPAP-tilpasning er økt.

På kort sikt er arealproblemet i UNN Tromsø så alvorlig at det forårsaker fristbrudd og lange ventelister. Hørselssentralen er totalt avhengig av nærhet mellom kontorer, veiledningsrom og målerom. Det finnes store arealer i umiddelbar nærhet som benyttes av annen, ikke stedsbundet virksomhet.

Finnmarkssykehuset

Ved Finnmarkssykehuset Kirkenes har det største hindret for en produktiv og effektiv virksomhet de siste 10 årene vært mangel på areal i poliklinikken. Enkelte uker er det to øre-nese-hals-leger og da brukes et rom i kirurgisk poliklinikk for øre-nese-hals. Det medfører begrensede muligheter grunnet at andre spesialiteter benytter samme rom.

I Hammerfest er det behov for bedre lokaler i poliklinikken, og oppgradering av utstyr.

Nordlandssykehuset

Ved Nordlandssykehuset Bodø er det i dag fem fullt utstyrte konsultasjonsrom på poliklinikken, ett lager som er omgjort til skopirom samt gjennomgangsrom til otomikroskopi med benk og én operasjonsstue. I nytt sykehus blir det fem konsultasjonsrom, et otomikroskopirom med benk, et mindre konsultasjonsrom tilknyttet hørselssentralen, et skopirom, et hyposensibiliseringsrom, et hvilerom, og én operasjonsstue til mindre inngrep. Arealsituasjonen anses som tilfredsstillende.

Helgelandssykehuset

I Helgelandssykehuset Sandnessjøen ligger øre-nese-hals-poliklinikken ugunstig lokalisert i et gjennomgangsområde mellom personellgarderoben, kantina og ambulanseinngangen. Derfor er det mye trafikk forbi poliklinikken som er plagsom både for pasientene og personell på øre-nese-hals-poliklinikken. I Mosjøen og Mo i Rana er arealsituasjonen tilfredsstillende.

Utfordringer

- Ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø pågår det for tiden ombygging/nybygging med direkte konsekvenser for fagfeltet.

- For å kunne ha en drift som utnytter både menneskelige og utstyrmessige ressurser best mulig må man ha nok tilgjengelige lokaler. Dette er ikke tilfelle alle steder.
- Hørselssentralen i Tromsø har stort behov for flere kontorer til pasientkonsultasjoner (høreapparatveiledning), for å frigjøre spesialrommene som benyttes til tekniske tilpasninger.
- Ved UNN Harstad er plass en begrensende faktor for utnyttelse av de ressurser som fins.
- Ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen mangler poliklinikken ett rom til audiograf og ett legekontor (per dags dato deler fire spesialister ett rom). I tillegg er venterommet for lite, og det mangler et rom til polikliniske småoperasjoner. Operasjonsstuen er liten og ikke tilfredsstillende tilpasset behovet ved øre-nese-hals-operasjoner.

Tiltak

- Flere sykehus planlegger nybygg, og det må tas høyde for hvilke arealbehov øre-nese-hals-området har i årene som kommer.
- Det er viktig at tjenesten ligger mest mulig samlet. Det skaper gode forhold for samarbeid, enkel logistikk og god effektivitet.
- I Finnmarkssykehuset er det behov for ett ekstra konsultasjonsrom i Kirkenes og utbedring av lokalitetene i Hammerfest.
- Sørge for at konsultasjonsrom er utstyrt slik at man unngår tidsbruk til transport av utstyr.

22. Økonomi

Tabell 6 viser estimerte kostnader knyttet til tiltak i planen for økte stillinger innenfor personellgruppene leger, sykepleiere, oralkirurger og audiologisk personell. Totalt utgjør lønnskostnader inkludert sosiale avgifter anslagsvis 15,3 millioner kroner per år. Det forutsettes en gradvis opptrapping i løpet av planperioden.

| Stilling* | Ref. kapittel | Antall | Kostn. pr. år i 1000 kroner | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Sykepleiere (100 % UNN Tromsø og NLSH Bodø, 50 % UNN Harstad og HSYK Mosjøen) | 10 - Søvnutredning | 3 | 700 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Øre-, nese-, halsspesialister (50 % UNN Harstad, 100 % NLSH Bodø) | 18.1 - Overleger i sykehus | 1,5 | 1 500 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| Oralkirurg (80 % Unn Tromsø, 100 % NLSH Bodø) | 18.1 - Overleger i sykehus | 1,8 | 1 500 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| Sykepleier (100 % FIN Kirkenes) | 18.4 - Sykepleiertjenesten | 1 | 700 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Audiografer (100 % UNN Tromsø, UNN Narvik og HSYK Sandnessjøen, 80 % FIN Hammerfest (Alta), 200 % NLSH Bodø, 100 % NLSH Vesterålen) | 18.5 - Audiografer | 6,8 | 600 | 6,8 | 6,8 | 6,8 | 6,8 | 6,8 | 6,8 | 6,8 | 6,8 |
| Audiopedagoger (100 % UNN Tromsø, NLSH Bodø og FIN, 50 % UNN Harstad og HSYK) | 18.5 - Audiopedagoger | 4 | 600 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Audiofysiker (100 % UNN Tromsø) | 18.5 - Audiofysiker | 1 | 600 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Audiotekniker (50 % NLSH Bodø) | 18.5 - Audiotekniker | 0,5 | 600 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Sum økning stillinger | | 19,6 | | 19,6 | 19,6 | 19,6 | 19,6 | 19,6 | 19,6 | 19,6 | 19,6 |

Tabell 6 Estimerte kostnader for nye stillinger i planperioden.

Tallene er basert på estimater hvor lønn og sosiale kostnader for en overlege er 1,5 millioner kroner og lønn og sosiale kostnader for de andre gruppene er 600–700 000 kroner. Dette vil være for høyt i enkelte tilfeller og for lavt i andre, men det forutsettes at gjennomsnittet gir et tilstrekkelig overslag.

Tallene er i 2014-kroner, og det er ikke tatt høyde for lønnsvekst for planperioden.

Takksigelser

I tillegg til fagfolkene som har vært direkte involvert i prosjektgruppearbeidet har gode innspill også kommet fra:

Hedvig Krane, Statped nord
 Jan Erik Israelsen, Nordlandssykehuset
 Erik Zadig, Vesterålen øre-nese-hals-klinikk
 Mai Lise Zadig, Vesterålen øre-nese-hals-klinikk
 SKDE v/ Bård Uleberg

Referanser

1. Prioriteringsveileder Øre-nese-halssykdommer, hode- og halskirurgi, IS-1713
2. Meld. St. 16(2010–2011) Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)
3. [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#). Helse- og omsorgsdepartementet
4. Rapport IS-1947 *Avklaring av ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*, HelseDirektoratet 2012
5. Kvalitetsstrategi Helse Nord 2011-2014
6. Regional kreftplan i Helse Nord 2014-2021
7. Solheim, Jorunn, Hearing loss in the elderly. "Consequences of hearing loss and considerations for audiological rehabilitation", 2011.
8. [Å høre og bli hørt](#). Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling. Sosial- og helsedirektoratet 2007
9. NS-EN 15927 (2010) CEN (Europeisk standardiseringsorganisasjon)
10. NHI. NO Norsk Helseinformatikk, <http://nhi.no/sykdommer/ore-nese-hals/behandling/cochleaimplantat-5603.html?page=9>
11. [Helsenorge.no https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/tinnitus/Dette-er-tinnitus.aspx](https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/tinnitus/Dette-er-tinnitus.aspx)
12. "Behandlingstilbud for tinnitusrammede" (Sosial- og helsedirektoratet 2005).
13. CI- hva så? Rapport fra tverrfaglig utvalg for en samordnet pedagogisk oppfølging av barn med cochleaimplantat. Utarbeidet av et utvalg oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. 5. februar 2014
14. Cancer in Norway, 2011
15. Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen Universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-12-17-1706>
16. Aktivitetsdata for avtalespesialister 2013. Norsk pasientregister
17. Folketrygdlovens kapittel 10, vedlegg 3 til 10-7b, pkt. 6, er oppfylt.
18. Strategisk kompetanseplan fase 2, Helse Nord RHF februar 2014

19. Rundskriv [§ 5-10](#) - Logoped/Audiopedagog utarbeidet av Rikstrygdeverket Sykebehandlingskontoret 01.05.97 Navnebruken endret av Helsedirektoratet, Pensjon og ytelser, Helsetjenester 3.10.2006 Sist endret 12.09.2013 av HELFO jf. overskriften
20. Etske retningslinjer for Helse Nord, Docmap RL0900 eller www.helse-nord.no/etikk
21. <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127xx>)