



Styresak 61-2014

Høringsuttalelse - Regional plan for plastikk kirurgi i Helse Nord 2013-2020

Saksbehandler:

Anne Kristine Fagerheim

Saksnr.:

2013/1787

Dato:

10.06.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Regional plan for plastikk kirurgi i Helse Nord 2013-2020 (Høringsutkast februar 2014)

Bakgrunn

Høyere gjennomsnittsalder, økt forekomst av livsstilssykdommer, samt bedre overlevelse i forbindelse med alvorlige sykdommer har ført til økt behov for plastikk-kirurgiske inngrep. Det er lang ventetid for de største pasientgruppene; pasienter med brystkreft og sykkelig overvekt. Endringer i behandlingstilbudet gjør det også nødvendig at plastikk-kirurger på en helt annen måte trekkes inn i behandlingen av for eksempel brystkreft. Administrerende direktør i Helse Nord RHF ga på denne bakgrunn en prosjektgruppe oppdraget med å utarbeide en regional handlingsplan for plastikk-kirurgi.

Planutkastet var på en innledende høringsrunde høsten 2013 og innspill fra denne høringsrunden er tatt inn det planutkastet som nå foreligger. Det nye planutkastet har på nytt vært forelagt involverte klinikker før styret nå får fremlagt forslag til Nordlandssykehusets høringsuttalelse.

Hovedmomenter i planutkastet

Et sammendrag med oversikt over foreslåtte tiltak finnes på side 5-8 i det vedlagte planutkastet.

Innledningsvis beskrives status i regionen med hensyn til organisering av tilbudet, aktivitet, ventetid og flaskehalser, deretter beskrives forventede fremtidige behov. Det er spesielt fire områder hvor det forventes økt pågang av pasienter innenfor det plastikk-kirurgiske fagområdet:

- rekonstruksjon etter kreftkirurgi eks brystkreft
- rekonstruksjon etter betydelig vekttap
- kirurgisk fjerning og rekonstruksjon ved hudkreft
- rekonstruksjon ved alvorlige trykksår

I tråd med mandatet foreslår prosjektgruppen en ny framtidig organisering av tilbudet. Prosjektgruppen anser det nødvendig å sentralisere komplisert behandling samtidig som plastikk-kirurgisk kompetanse for øvrig i regionen, sammen med andre personellressurser og operasjonskapasitet, må brukes for å ivareta et stadig økende pasientantall, særlig pasienter med sykkelig overvekt. For Nordlandssykehuset er det anbefalt at det i Bodø skal være en 100 % stilling

som plastikk-kirurg som skal være tilknyttet miljøet i Tromsø og ha et forpliktende samarbeid. Det anbefales følgende funksjonsdeling;

- Sekundære brystrekonstruksjoner med eget vev gjøres kun ved UNN Tromsø.
- Sekundære brystrekonstruksjoner med protese gjøres ved UNN Tromsø, ved NLSH Bodø og ved Helgelandssykehuset Mosjøen.
- UNN Tromsø og NLSH Bodø skal bygge opp et likeverdig tilbud med primær brystrekonstruksjon, hvor aktuelle pasienter får informasjon og tilbud om de veivalg som foreligger, evt. med primær proteserekonstruksjon eller såkalt onkoplastisk inngrep.
- UNN Tromsø, NLSH Bodø og Helgelandssykehuset skal ivareta etterslepet av pasienter med behov for annen type brystrekonstruksjon.
- Komplisert bukplastikk jf. nasjonale retningslinjer for plastikk-kirurgi (Nasjonal avdelingsledermøte) gjøres av plastikk-kirurg ved UNN Tromsø og NLSH Bodø. Etter individuell vurdering kan enklere bukplastikk også gjøres i Mosjøen. Vurderingen foretas av plastikk-kirurg i Mosjøen.
- NLSH skal i samarbeid med UNN HF etablere tilbud for pasienter med trykksår som trenger rekonstruktiv kirurgi

De økonomiske konsekvensene ved implementering av den foreslåtte planen vil for Nordlandssykehuset innebære økte omkostninger til plastikk-kirurgisk spesialist. Det vil dessuten komme økte utgifter til sykepleierbemanning ved kirurgisk Brystdiagnostisk senter, operasjonsavdelingen og på sengeposten. Det er i planutkastets tabell 9 (side 35) anslått at den totale økningen i finansieringsbehovet for Nordlandssykehuset vil være ca 2,8 mill per år.

Direktørens vurdering:

Planutkastet synes å gi et godt bilde av status i dag og forventede framtidige utfordringer. Det er ikke kommet innvendinger til den foreslåtte funksjonsdelinga eller de øvrige tiltakene som foreslås i planen fra fagmiljøene og klinikkene i foretaket. De foreslåtte tiltakene er konkrete og godt begrunnede. Direktøren er tilfreds med prosjektgruppens forslag til regional handlingsplan for plastikk-kirurgi. Direktøren støtter prosjektgruppas anbefaling om at en regional prosjektgruppe med relevante fagpersoner evaluerer planen og foreslåtte tiltak om to år.

Innstilling til vedtak:

1. Styret er tilfreds med utkastet til regional handlingsplan for plastikk-kirurgi som man anbefaler at Helse Nord RHF vedtar som førende for organiseringen av det plastikk-kirurgiske tilbudet i regionen.
2. Styret forutsetter at den endelig vedtatte planen finansieres fullt ut fra Helse Nord RHF

Avstemming:

Vedtak:

Regional plan for plastikk-kirurgi i Helse Nord

2013-2020

Høringsutkast til styret i Helse Nord RHF

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Ordliste/forkortelser | 4 |
| Sammendrag..... | 5 |
| 1 Innledning og bakgrunn | 9 |
| 1.1 Brystkreft | 9 |
| 1.2 Sykelig overvekt | 9 |
| 2 Prosess | 11 |
| 2.1 Prosjektgruppe | 11 |
| 2.2 Mandat..... | 11 |
| 2.3 Forankring..... | 12 |
| 3 Dagens status..... | 13 |
| 3.1 Organisering av tilbudet..... | 13 |
| 3.1.1 Finnmarkssykehuset HF..... | 13 |
| 3.1.2 UNN HF..... | 14 |
| 3.1.3 Nordlandssykehuset HF..... | 14 |
| 3.1.4 Helgelandssykehuset HF | 15 |
| 3.2 Aktivitet | 16 |
| 3.2.1 Døgnbehandling..... | 16 |
| 3.2.2 Dagkirurgi | 17 |
| 3.2.3 Poliklinikk | 18 |
| 3.3 Ventetid..... | 19 |
| 3.4 Flaskehals | 20 |
| 3.4.1 Plastikk-kirurger | 20 |
| 3.4.2 Sengepost ORPL UNN Tromsø | 20 |
| 3.4.3 Operasjonskapasitet UNN Tromsø | 20 |
| 3.4.4 Manglende definisjon av pasientgrunlaget/henvisningsflyt..... | 21 |
| 4 Fremtidige behov | 22 |
| 4.1 Brystrekonstruksjon..... | 22 |
| 4.2 Sykelig overvekt | 22 |
| 4.3 Trykksår og hudkreft..... | 23 |
| 5 Forslag til fremtidig organisering..... | 25 |
| 5.1 Organisering..... | 25 |
| 5.2 Funksjonsfordeling..... | 26 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.3 | Utdanning..... | 26 |
| 6 | Tiltak..... | 27 |
| 6.1 | Økt plastikk-kirurgisk kapasitet i regionen..... | 27 |
| 6.1.1 | Fordeling av midler som er tildelt i revidert statsbudsjett til bruk for kapasitetsøkning for brystrekonstruksjon..... | 27 |
| 6.1.2 | Reduksjon av ventetider..... | 28 |
| 6.1.3 | Status januar 2014..... | 29 |
| 6.2 | Oppgavedeling..... | 30 |
| 6.3 | Styrking av personell..... | 30 |
| 6.4 | Klar oppgavefordeling..... | 31 |
| 6.5 | Forebyggende tiltak..... | 32 |
| 6.6 | Sengekapasitet..... | 32 |
| 6.7 | Operasjonskapasitet..... | 33 |
| 6.8 | Utvidet ambulering fra UNN til Finnmark..... | 33 |
| 6.9 | Private aktører..... | 33 |
| 6.10 | Evaluerings..... | 34 |
| 7 | Økonomiske konsekvenser..... | 35 |
| 8 | Risikovurdering..... | 36 |
| 8.1 | Mål: Foreslåtte tiltak i planen blir gjennomført..... | 37 |
| 8.2 | Mål: Foreslåtte tiltak i planen viser ønsket effekt..... | 38 |
| 9 | Vedlegg..... | 40 |
| 9.1 | Vedlegg 1 - PROSJEKTBEKRIVELSE..... | 40 |
| 9.2 | Vedlegg 2: Kirurgisk behandling av sykkelig fedme, bariatrisk kirurgi..... | 44 |
| 9.3 | Vedlegg 3: Økning brystrekonstruksjoner UNN 2013..... | 53 |
| 9.4 | Vedlegg 4: DIEP økning UNN Tromsø, kortsiktig prosjekt..... | 56 |
| 9.5 | Vedlegg 5: Oversikt over avdelingsopphold fordelt på omsorgsnivå og fagområde ved UNN Tromsø..... | 57 |

Ordlister/forkortelser

Tabell 1: Ordlister/forkortelser

| Forkortelse | Ord | Forklaring | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|------------|-------------------|-----------|------------|-------------|-----------|----------|---------|-------|--|
| | Bariatrisk kirurgi | Inngrep som utføres for å fremkalle vektreduksjon (fedmereduserende kirurgi) | | | | | | | | | | |
| BRCA | | Brystkreft genmutasjon | | | | | | | | | | |
| DCIS | Disiminert Carcinoma In Situ | Forstadier til brystkreft. | | | | | | | | | | |
| DIEP | Deep Inferior Epigastric Perforator lapp | Den vanligste operasjonsmetoden for å bygge opp et nytt bryst med eget vev. Hud og fettvev samt blodårer fra nedre del av magen flyttes opp til brystveggen for å lage et nytt bryst. Med denne teknikken behøver man ikke fjerne noe muskulatur fra magen. Det må benyttes mikrokirurgiske teknikker for å sy sammen blodårer. | | | | | | | | | | |
| DKI | Dagkirurgisk | | | | | | | | | | | |
| FAM | Felles akuttinntak | | | | | | | | | | | |
| HOD | Helse- og omsorgsdepartementet | | | | | | | | | | | |
| KMI | Kroppsmasseindeks | <p>KMI er et uttrykk for vekt i forhold til høyde. Benyttes internasjonalt for å måle og sammenligne helserisikoen ved for eksempel over- og undervekt i en befolkning (Folkehelseinstituttet, 2013).</p> <p>WHO's definisjoner kroppsmasseindeks</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Betegnelse</th> <th>kg/m²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Undervekt</td> <td>Under 18,5</td> </tr> <tr> <td>Normal vekt</td> <td>18,5-24,9</td> </tr> <tr> <td>Overvekt</td> <td>25-29,9</td> </tr> <tr> <td>Fedme</td> <td>Grad 1: 30-34,9 Grad 2: 35-39,9 Grad 3: 40 -</td> </tr> </tbody> </table> | Betegnelse | kg/m ² | Undervekt | Under 18,5 | Normal vekt | 18,5-24,9 | Overvekt | 25-29,9 | Fedme | Grad 1: 30-34,9 Grad 2: 35-39,9 Grad 3: 40 - |
| Betegnelse | kg/m ² | | | | | | | | | | | |
| Undervekt | Under 18,5 | | | | | | | | | | | |
| Normal vekt | 18,5-24,9 | | | | | | | | | | | |
| Overvekt | 25-29,9 | | | | | | | | | | | |
| Fedme | Grad 1: 30-34,9 Grad 2: 35-39,9 Grad 3: 40 - | | | | | | | | | | | |
| | Onkoplastiske inngrep | Onkoplastiske inngrep innebærer at man ved hjelp av plastikk-kirurgiske teknikker kan remodelere brystet med eget brystvev i forbindelse med brystbevarende operasjon og på den måten redusere og korrigere deformiteten. | | | | | | | | | | |
| LIS | Lege i spesialisering | | | | | | | | | | | |
| MWL | Massive weight loss | Betydelig slanket | | | | | | | | | | |
| NLSH | Nordlandssykehuset | | | | | | | | | | | |
| NO - klinikk | Nevro-ortopedi klinikken ved UNN | Plastikk-kirurgisk tjeneste ved UNN Tromsø er organisert under denne klinikken. | | | | | | | | | | |
| OPIN | Innsluset kirurgi | | | | | | | | | | | |
| ORPL | Ortopedi og plastikk-kirurgisk sengepost | | | | | | | | | | | |
| UNN | Universitetssykehuset Nord-Norge | | | | | | | | | | | |

Sammendrag

Helse Nords verdier er kvalitet, trygghet og respekt. For pasientene betyr dette at de får behandling av god kvalitet når de trenger den. Dagens situasjon for pasienter med behov for plastikk-kirurgi hvor ventetiden er over et år er ikke i tråd med Helse Nords verdigrunnlag.

Derfor har administrerende direktør gitt i oppdrag å utarbeide en regional plan for plastikk-kirurgi i Helse Nord. Planen skal vise hvordan tjenesten på dette området skal være organisert for å sikre et plastikk-kirurgisk tilbud tilpasset dagens og fremtidige behov. Det gis samtidig en beskrivelse av dagens situasjon og konkrete tiltak for å oppnå målene som foreslås.

Det er spesielt fire områder hvor det forventes økt pågang av pasienter innenfor det plastikk-kirurgiske fagområdet:

- rekonstruksjon etter kreftkirurgi eks brystkreft
- rekonstruksjon etter betydelig vekttap
- excisjon¹ og rekonstruksjon ved hudkreft
- rekonstruksjon ved alvorlige trykksår

Følgende tiltak foreslås:

Organisering av tilbudet:

- UNN Tromsø er det sentrale fagmiljøet for plastikk-kirurger i Helse Nord og har ansvar for et forpliktende samarbeid med plastikk-kirurg ved Helgelandssykehuset HF og ved NLSH HF.
- UNN HF har ansvaret for utdanning av plastikk-kirurger i Helse Nord og skal ivareta kompetanseoverføring til generelle kirurger, fastleger og andre relevante aktører.
- Ved NLSH Bodø skal det være en 100 % stilling som plastikk-kirurg. Kirurgen skal være tilknyttet miljøet i Tromsø og ha et forpliktende samarbeid.
- Plastikk-kirurgisk tilbud ved Helgelandssykehuset må utnyttes og utvikles videre. Plastikk-kirurg ved Helgelandssykehuset Mosjøen må tilknyttes fagmiljøet ved UNN ved for eksempel felles undervisning, diskusjon av kompliserte pasienter etc. Helgelandssykehuset kan bidra til utdanning til plastikk-kirurger fra UNN, som kan reise til Helgeland for å operere.
- Det tilrådes ikke at Finnmarkssykehuset bygger opp eget plastikk-kirurgisk tilbud. Det bør lages avtaler mellom Finnmarkssykehuset HF og UNN HF om systematisk ambulerende plastikk-kirurg til Finnmarkssykehusets sykehus fra UNN HF. I en slik avtale må det forutsettes at Finnmarkssykehuset HF stiller til rådighet tilstrekkelige ressurser slik at så mange som mulig av foretakets

¹ Kirurgisk fjerning

pasienter kan behandles i egne sykehus og de resterende pasienter henvises til UNN HF.

- Det skal etableres et forpliktende nettverk mellom fagmiljøene i regionen. UNN HF får ansvaret for å etablere og drive nettverket.

Funksjonsfordeling

- Sekundære brystrekonstruksjoner med eget vev gjøres kun ved UNN Tromsø.
- Sekundære brystrekonstruksjoner med protese gjøres ved UNN Tromsø, NLSH Bodø og Helgelandssykehuset Mosjøen.
- UNN Tromsø og NLSH Bodø skal bygge opp et likeverdig tilbud med primær brystrekonstruksjon, hvor aktuelle pasienter får informasjon og tilbud om de veivalg som foreligger, evt. med primær proteserekonstruksjon eller såkalt onkoplastisk inngrep.
- UNN Tromsø, NLSH Bodø og Helgelandssykehuset skal ivareta pasienter med behov for annen type brystrekonstruksjon (for eksempel symmetriserende behandling etc.).
- Komplisert bukplastikk jf. nasjonale retningslinjer for plastikk-kirurgi (Nasjonal avdelingsledermøte) gjøres av plastikk-kirurg ved UNN Tromsø og NLSH Bodø. Etter individuell vurdering kan enklere bukplastikk også gjøres i Mosjøen. Vurderingen foretas av plastikk-kirurg i Mosjøen.
- NLSH skal i samarbeid med UNN HF etablere tilbud for pasienter med trykksår som trenger rekonstruktiv kirurgi.

Utdanning

UNN HF skal

- Etablere gode utdanningsløp for leger i spesialisering i plastikk-kirurgi

Reduksjon av ventelister

UNN HF skal

- Gjennomføre varig omstilling av drift som tilsvarer etterspørselen for store brystrekonstruksjonsinngrep med eget vev og for sekundære proteser (vedlegg 3).
- Bygge opp et tilbud med tverrfaglig behandling og behandling med primærrekonstruksjon for pasienter med brystkreft.
- Ha tett samarbeid med NLSH HF og Helgelandssykehuset HF rundt pasienter med behov for brystrekonstruksjon.
- Gjennomføre et kortvarig prosjekt for å øke operasjonskapasiteten for pasienter med brystrekonstruksjon med eget vev samt protese i Tromsø. Volum: 25 operasjoner med eget vev og 30 proteser (vedlegg 4).

NLSH HF

- Bygge opp et tilbud om tverrfaglig behandling og behandling med primærrekonstruksjon av brystkreftpasienter.

- Ivareta pasienter fra eget opptaksområde med behov for sekundær protese, ev. andre typer rekonstruksjon.
- Bygge opp et tilbud for pasienter med behov for plastikk-kirurgi etter betydelig vekttap og pasienter med liggesår.

Helgelandssykehuset HF

- Opprette et tilbud for pasienter med behov for brystrekonstruksjon med behov for sekundær protese. Operere 30 proteser per år.
- Avlaste UNN med andre typer rekonstruksjon når ventelistene på sekundær operasjon med protese er tatt ned.

Oppgavedeling

- Etablere sykepleierdrevet sårpoliklinikk ved UNN Tromsø.

Styrking av personell

- Opprette en ny 100 % stilling for plastikk-kirurg ved UNN Tromsø. Dette tiltaket er startet iverksatt i forbindelse med økning av kapasitet for brystrekonstruksjon.
- Etablere en 100 % stilling for plastikk-kirurg ved NLSH Bodø. Denne stillingen må være tilknyttet fagmiljøet i Tromsø. Dette kan gjøres ved for eksempel felles undervisning, en stillingsprosent i Tromsø, forpliktende hospitering eller lignende tiltak.
- Øke sykepleiebemanning ved OPRL sengepost UNN Tromsø for å ivareta pasienter med behov for tung pleie, for eksempel trykksår. Behovet anslås til tre nye stillinger.
- Øke sykepleierbemanning ved NLSH Bodø sengepost og brystdiagnostisk senter for kunne ivareta den pleietunge pasientgruppen.

Klar oppgavefordeling

- Nye henvisningsrutiner til plastikk-kirurgisk behandling tas i bruk:
 - Henvisninger til plastikk-kirurgi går via spesialisthelsetjenesten.
 - Ved vurdering av behandlingsnivå og indikasjon for inngrep legges nasjonale retningslinjer for plastikk-kirurgi til grunn (Nasjonal avdelingsledermøte).
- Følgende pasienter/tilstander skal behandles av plastikk-kirurg:
 - Alle rekonstruksjoner
 - Avansert håndkirurgi
 - Hudkreft i ansikt, og mer utbredt kreft andre steder på kroppen
 - Trykksår rekonstruksjoner, ikke revisjoner som er generell kirurgi
 - Bukplastikker, men ikke arrkorreksjoner, som moderavdelingene må ta seg av
 - Brystreduksjoner skal opereres av plastikk-kirurg eller brystkirurg
- UNN HF får ansvaret for å utarbeide ny regional henvisningsmal og regionale retningslinjer og at disse gjøres kjent for spesialist- og primærhelsetjenesten.
- UNN HF skal lage pasientforløp for pasienter med sykkelig overvekt, brystkreft og liggesår i samarbeid med de andre foretakene og aktuelle aktører.

- UNN har ansvaret for å veilede og lære opp generelle kirurger i oppgaver som de selv kan foreta, der det er behov.

Forebyggende tiltak

- Iverksette tiltak i forbindelse med pasientsikkerhetsprogrammet for å forebygge liggesår.
- Sikre at det på hvert sykehus finnes et tilstrekkelig antall sirkulasjonsmadrasser for skrøpelige pasienter med lang liggetid.

Sengekapasitet

- UNN HF
 - Sengekapasiteten tilknyttet plastikk-kirurgiske pasienter ved ORPL avdeling ved UNN Tromsø økes med 2 senger.

Operasjonskapasitet

- UNN HF
 - Innslusede stuer ved UNN HF som benyttes til plastikk-kirurgi må økes med 65/per år

Utvidet ambulering fra UNN til Finnmark

- Utvide ambulering fra Tromsø til Finnmark til også å dekke Kirkenes sykehus.

1 Innledning og bakgrunn

Høyere gjennomsnittsalder, økt forekomst av livsstilssykdommer, samt bedre overlevelse i forbindelse med alvorlige sykdommer har ført til økt behov for plastikk-kirurgiske inngrep. Lang ventetid for de største pasientgruppene, pasienter med brystkreft og sykkelig overvekt, viser at tilbudet ikke har utviklet seg i tråd med etterspørselen. Samtidig gjør endringer i behandlingstilbudet det nødvendig at plastikk-kirurger på en helt annen måte trekkes inn i behandlingen av for eksempel brystkreft.

1.1 Brystkreft

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge. I 2009 ble det registrert 2745 nye tilfeller. Omtrent halvparten av disse kvinnene får utført en fjerning av brystet, resten blir behandlet med brystbevarende operasjon. Mange av disse kvinnene vil ha behov for brystrekonstruksjon.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utarbeidet forslag til hvordan rekonstruksjon etter brystkreft skal integreres i pasientforløpet (Helsedirektoratet, 2012). Rapporten viser til at antatt behov for ulike større rekonstruktive inngrep vil være ca. 950 pasienter årlig i Norge. I tillegg vil det være behov for korrigerende reduksjonsplastikker på ikke-operert side, skifte av proteser og diverse mindre korreksjoner samt primære onkoplastiske inngrep (se Ordliste/forkortelser).

1.2 Sykelig overvekt

I 2011 har alle foretakene i Helse Nord gjennomført utredning av pasienter med sykkelig overvekt i tråd med regionale henvisningsrutiner og nasjonale retningslinjer (Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst, 2007). Disse tiltakene har økt kapasiteten både på utredning og behandling i foretaksgruppen. Økt antall operasjoner har medført økt behov for plastisk kirurgi. Det er vanskelig å fastslå eksakt hvor stor andel av befolkningen som har $KMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ (se Ordliste/forkortelser). Nye tall tyder på at hver femte nordmann (20 %) har fedme ($KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), mens det er sannsynlig at én av femti (2 %) har sykkelig fedme.

Det er stort behov for plastikk-kirurgiske prosedyrer etter betydelig vektreduksjon. Det finnes ingen gode tall på hvor mange pasienter med sykkelig overvekt som har behov for plastikk-kirurgiske inngrep etter slanking. I en rapport fra 2007 anslås at ca. 50 % av pasientene som har gjennomgått bariatrisk kirurgi og/eller har oppnådd et betydelig vekttap ved konservativ behandling har behov for denne type kirurgi (Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst, 2007).

I en gjennomgang på Aker sykehus fant man at pasientgruppen hadde et korreksjonsbehov på 1,5 operasjoner / pasient. Det vil da for Helse Nord med 120

pasienter i året tilsi et behov på 180 operasjoner. I tillegg kommer selvslankerne, det vil si ca 80 inngrep i Tromsø og Bodø.

Høringsutkast til styrene i HF-ene

2 Prosess

Arbeidet med regional plan for plastikk-kirurgi ble organisert som prosjektarbeid. Detaljert prosjektbeskrivelse finnes i vedlegg 1.

2.1 Prosjektgruppe

Prosjektet ble gjennomført av Helse Nord RHF med en prosjektgruppe og fagdirektør som prosjekteier.

Ved valg av prosjektgruppens medlemmer ble det vektlagt at gruppen er bredt sammensatt og har rett kompetanse for å sikre et godt utredningsarbeid.

Prosjektgruppen har bestått av følgende:

- Avdelingsoverlege Plastikk-kirurgi Erling Bjordal, UNN
- Bryst- og endokrinkirurg Viggo Funder, Nordlandssykehuset
- Generell kirurg/ gastrokirurg Gunnleiv Birkeland, Helgelandssykehuset
- Brukerrepresentant Randi Persson, oppnevnt av Regional brukerutvalg
- Oversykepleier ved avdeling for ortopedi og plastikk-kirurgi May-Liss Johansen, UNN
- Klinikksjef Nevro- og ortopediklinikken Jens Munch Ellingsen, UNN
- Medisinsk rådgiver Anca Heyd, Helse Nord RHF (prosjektleder)

Finnmarkssykehuset HF klarte ikke å finne egen representant, men var fortløpende informert om fremgangen i prosjektet. Innspill ble innhentet underveis ved behov.

Attila Domonkos, plastikk-kirurg fra Helgelandssykehuset, var delaktig i arbeidet i tillegg til Helgelandssykehusets oppnevnte representant.

Torunn Kristin Nestvold, seksjonsoverlege ved regionalt senter for sykelig overvekt ved NLSH Bodø ble invitert med i arbeidet pga. hennes spesialkompetanse på området og som vara for NLSH sin representant.

2.2 Mandat

Prosjektgruppen fikk i oppdrag å:

1. Gi en kort beskrivelse av dagens status for det plastikk-kirurgiske miljøet i regionen.
2. Beskrive fremtidige behov.
3. Identifisere flaskehalser inkludert forslag til løsninger.
4. Utarbeide forslag til organisering som sikrer en god og effektiv bruk av tilgjengelige ressurser i regionen i dag og i fremtiden.

5. Utarbeide plan for oppbygging av kompetanse, som tar hensyn til behovet for å ta ned ventelister og samtidig er tilpasset fremtidig forventet volum og tilgjengelige ressurser.
6. Utarbeide plan for å redusere ventelister i løpet av 2-3 år.
7. Fremme forslag til fordeling/bruk av midlene som er tildelt i revidert statsbudsjett som ivaretar kravet fra HOD om reduksjon av ventetid både på kort og lang sikt.
8. Definere retningslinjer for helhetlige standardiserte pasientforløp for pasienter med sykelig overvekt og pasienter med brystkreft, på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, i tråd med nasjonale retningslinjer og regional funksjonsfordeling.

2.3 Forankring

Forslag til gruppens sammensetning og mandat er behandlet i direktør- og fagsjefmøte. RBU og konserntillitsvalgte har drøftet saken og gitt sin tilslutning, medvirkning av brukere er sikret ved deltagelse av brukerrepresentant i prosjektgruppen.

Utkast til regional plan skal sendes på høring til relevante fagmiljøer, brukerorganisasjoner samt andre samarbeidspartnere. Innspill fra høringsrunden tas med i endelig plan som legges frem for styret primo 2014.

3 Dagens status

3.1 Organisering av tilbudet

Plastikk-kirurgi har grenseflater mot flere andre fagområder, ulike bløtkirurgiske disipliner, ortopedi, hudsykdommer og øre nese hals.

Etablering av tilstrekkelig hud dekning med ulike og økende kompliserte rekonstruktive teknikker er fagets kjerneoppgave. Best mulig kosmetisk resultat er en viktig men sekundær oppgave.

Denne planen konsentrerer seg i all hovedsak om de største eller tyngste pasientgruppene som krever mest ressurser. Dette er pasienter med sykkelig overvekt, behov for brystrekonstruksjon, hudkreft eller trykksår.

Avansert håndkirurgi er et område som håndteres i Norge både av ortopeder og av plastikk-kirurger. I Helse Nord er denne virksomheten funksjonsfordelt til UNN og organisert under plastikk-kirurgi. Håndkirurgi inngår ikke i denne planen, men er på noen spesielle områder tatt med i vurderingen, da det brukes en del felles ressurser.

3.1.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg av det plastikk-kirurgiske miljøet ved UNN Tromsø. Plastikk-kirurg fra UNN ambulerer til Hammerfest i 7 perioder à 3 dager. To av dagene opererer legen på dagtid og har poliklinikk på ettermiddagen. Den tredje dagen har legen små polikliniske inngrep. Heldøgns pasienter og inngrep som krever tverrfaglig samarbeid eller større ressurser/spesialkompetanse behandles i UNN Tromsø.

Ved sykehuset i Kirkenes gjennomføres inngrep på pasienter i grenseflaten plastikk-kirurgi-generell kirurgi. En generell kirurg utfører bukplastikk (ca. 5 per år), en ortoped utfører enkle håndkirurgiske inngrep i tråd med funksjonsfordelingen. Fra Øst-Finnmark er det ikke tradisjon for å reise til Hammerfest for å få utført undersøkelser hos ambulerende spesialist fra UNN. Det er billigere og lettere å få gjort slike undersøkelser/behandlinger på UNN.

Antall polikliniske konsultasjoner for plastikk-kirurgiske pasienter i Finnmarkssykehuset inngår i tallene som finnes på hud-, kirurgisk-, ortopedi-, øye- og ØNH poliklinikk. Spesifikke tall for hvor mange av disse konsultasjonene som kan kategoriseres som plastikk-kirurgiske problemstillinger vil vanskelig kunne kartlegges. Det samme gjelder for ventelistene. Antallet plastikk-kirurgiske pasienter på venteliste vil inngå i det totale antallet pasienter på venteliste.

Med dagens organisering dekkes ikke Finnmarks behov for dagkirurgisk plastikk-kirurgi i eget fylke. Flere pasienter kunne med fordel ha vært behandlet lokalt av kompetent personell (ambulerende plastikk-kirurger).

Heldøgns pasienter og inngrep som krever tverrfaglig samarbeid eller større ressurser/spesialkompetanse skal fortsatt behandles på UNN.

3.1.2 UNN HF

Faget plastikk-kirurgi utøves i UNN HF som en integrert del av Ortopedisk- og plastikk-kirurgisk avdeling (ORPL). Det er felles sengepost med 28 senger hvor plastikk- og håndkirurgi som hovedregel benytter inntil 6 senger. Avdelingen har felles poliklinikk, tre konsultasjonsrom og to mindre polikliniske operasjonsstuer som i all hovedsak benyttes til plastikk- og håndkirurgi. I dag er poliklinikkens areal lite hensiktsmessige men det planlegges en betydelig bedre poliklinikk i den nye A-fløya.

Avdelingen har 4 overlegestillinger i plastikk-kirurgi og to overlegestillinger i håndkirurgi (ortopeder) som alle deltar i plastikk-kirurgisk bakvaktsjikt. Avdelingen har fem LIS stillinger i faget plastikk-kirurgi. Det planlegges ansettelse av en femte spesialist i plastikk-kirurgi.

Det er seksjonert bakvakt og primærvakt for plastikk- og håndkirurgisk fagseksjon. For tiden er det fire-delt vakt, men vil med nyansettelser bli seks-sju delt.

Kapasiteten ved UNN Tromsø er i noen grad begrenset av tilgjengelige senger for plastikk-kirurgi men den største utfordringen er tilgang på operasjonsstuekapasitet. Mangel på spesialsykepleiere og anestesileger gjør at UNN ikke kan gjennomføre flere plastikk-kirurgiske operasjoner før en økning av disse personalgruppene er på plass. I dagens areal for sengepost kan sengetallet maksimalt økes fra 28 til 30.

Men også når alle ressurser er på plass antas det at UNN-Tromsø, ikke vil kunne levere den operasjonskapasiteten som vil bli etterspurt. Det må derfor parallelt med øket bemanning og økning av operasjonskapasitet i Tromsø skje en økning i tilbud for lokale pasienter i Bodø og Hammerfest, samt Mosjøen.

3.1.3 Nordlandssykehuset HF

Det plastikk-kirurgiske tilbudet ved NLSH ivaretas ved ambulering fra UNN Tromsø til Bodø. Ambuleringen gjøres på bakgrunn av en avtale som er inngått mellom en av plastikk-kirurgene ved UNN Tromsø og NLSH Bodø og skjer i kirurgens fritid.

Plastikk-kirurg fra UNN Tromsø er i Bodø 2 dager hver 14. dag. Det utføres kun dagkirurgisk behandling og polikliniske undersøkelser. Tilbudet omfatter bukveggplastikk, arrplastikker, fett-transplantasjon, fettsuging, operasjon for overdreven svetting og brystreduksjonsplastikk samt enkelte brystprotese innlegg.

Fra april 2013 har man startet med primær rekonstruksjon etter fjerning av bryst for DCIS, og BRCA. Det skal også gjøres sekundære rekonstruksjoner på ubestrålte pasienter fra Nordland fylkeskommune. Dette administreres via Brystdiagnostisk senter Bodø.

Det foretas ikke plastikk-kirurgiske inngrep ved NLSH Vesterålen og NLSH Lofoten.

3.1.4 Helgelandssykehuset HF

Det plastikk-kirurgiske tilbudet ved Helgelandssykehuset HF gis ved sykehuset i Mosjøen.

Dagkirurgisk avdeling ved Helgelandssykehuset Mosjøen har 8 senger for kirurgisk dagbehandling samt 4 senger for pasienter som trenger overnatting etter kirurgisk behandling.

Avdelingen er åpen mandag kl. 07.45 til fredag kl. 16.00. Dagvaktene og aftenvaktene betjenes av sykepleiere ansatt på dagkirurgisk avdeling og kirurgisk poliklinikk, mens nattevaktene betjenes av sykepleiere på FAM/intensiv. Denne avdelingen ligger vegg i vegg med dagkirurgisk avdeling.

Det er turnuslege i tilstedevakt døgnet rundt alle dager som har fellesvakt for indremedisinske og kirurgiske pasienter etter kl. 15.30. På dagtid har avdelingen egne kirurgiske turnusleger som står for innkomstjournal, epikriser, forefallende arbeid på kirurgisk avdeling og operasjonsassistanse.

Legebemanningen består av en plastikk-kirurg, en generell kirurg, to urologer og en ortoped. Disse dekker bakvakt med hjemmevakt etter kl. 15.30 hverdager og i helger.

Avdelingen har også en LIS-stilling godkjent for 18 måneder i spesialiteten generell kirurgi.

Avdelingen har to fast ansatte anestesileger og det er anestesilege, anestesisykepleier og en operasjonssykepleier i vakt alle dager etter kl. 15.30 og i helger.

Sykehuset behandler også kirurgiske polikliniske problemstillinger på vakt og har også to observasjonssenger på FAM/Intensiv til mindre alvorlige kirurgiske akutte problemstillinger.

Plastikk-kirurgen har et eget team tilgjengelig for større operasjoner mandag, tirsdag og onsdag og for mindre operasjoner fredag. Torsdag er det poliklinisk virksomhet. Turnuslege/LIS er tilgjengelig til assistanse mandag, tirsdag og onsdag.

Det utføres blant annet brystreduksjon, bukplastikk, overarm- og lårplastikker og andre korreksjoner etter bariatrisk kirurgi som trenger plastikk-kirurgisk kompetanse. Dessuten behandles pasienter med hudkreft, og det gjøres enkel håndkirurgi.

3.2 Aktivitet

3.2.1 Døgnbehandling

Det som kjennetegner døgnbehandling innenfor plastikk-kirurgi er at de fleste inngrep er ressurskrevende. Operasjonene er langvarige, pasientene trenger ofte flere inngrep og pleie av pasienten er tung og høyspesialisert. Feil håndtering kan fort føre til ressurskrevende komplikasjoner. Døgnbehandling gis i all hovedsak til pasienter med sykelig overvekt, pasienter med behov for store autologe brystrekonstruksjoner, multisyke med moderate inngrep, senfølger etter traumer, komplikasjoner fra andre fagfelt, større brannskader og pasienter med trykksår.

En oversikt over antall gjennomførte inngrep innenfor brystrekonstruksjon, bukveggspplastikk og trykksår gis i tabellen nedenfor.

Tabell 2: Aktivitet innleggelse plastikk-kirurgi i 2012

| Foretak | Finnmarkssykehuset HF | UNN HF | Nordlandssykehuset HF | Helgelandssykehuset HF |
|---|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|
| Rekonstruksjon med eget vev (DIEP) | * ² | 26 | * | * |
| Sekundær rekonstruksjon bryst med protese | * | 20 | * | * |
| Bukveggspplastikk | 7 | 16 ³ | 24 | 36 |
| Trykksår | * | 16 | * | * |

Ressursbruk for ovennevnte inngrep:

- DIEP: ca seks timers operasjon med to til tre kirurger, liggetid sju døgn
- Sekundære rekonstruksjoner: halvannet til to og et halvt timers operasjonstid. En til to kirurger, liggetid to til tre døgn, behov for to til tre operasjoner
- Bukveggspplastikk: fire til fem timers operasjon, tokirurger, liggetid tre til fem døgn

3.2.1.1 Sykelig overvekt

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering er bedt om å lage en rapport som gir en oversikt over:

- Antall pasienter i regionen som er operert for sykelig overvekt (også de som er operert utenfor regionene) de siste 4 årene.

² Ikke aktuelt

³ Tall fra 2011

- Antall pasienter som er operert med bukplastikk de siste 4 årene (også de som er operert utenfor regionen) de siste 4 årene; prosedyre QBJ 30, diagnose E65 og Z98.0.
- Antall pasienter som har gått betydelig ned i vekt med konservativ behandling.

Det er stor usikkerhet knyttet til å identifisere disse pasientene i NPR. Korrekte tall forutsetter en spesifikk diagnose, noe som ikke finnes for denne pasientgruppen. Behandlingen foregår både i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegen.

Også i foretakets EPJ system er det meget vanskelig å få gode tall på aktivitet knyttet til pasienter med behov for rekonstruksjon etter slanking. Det skilles ikke i DIPS på om bukplastikken ble utført på en postbariatrisk pasient eller en selvslanker/postsvangerskap pasient. Det har også vært ulik koding både når det gjelder prosedyrer og diagnoser.

Prosjekt gruppen har derfor valgt å ikke legge rapporten til grunn for videre vurderinger. Likevel kan tallene gi en pekepinn på aktiviteten hittil på dette området. Disse finnes i vedlegg 2.

3.2.2 Dagkirurgi

Dagkirurgi innenfor plastikk-kirurgi omfatter brystreduksjoner, vanlig bukplastikk, sekundærkorreksjoner av bryst, mindre hudkreft og barn som trenger narkose.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over dagkirurgisk aktivitet ved det enkelte foretak. Selv om håndkirurgien ikke var en del av mandatet til denne planen er tallene tatt med i oversikten, da det brukes mye av felles ressurser for denne virksomheten.

Tabell 3: Aktivitet dagkirurgisk aktivitet i 2012

| Foretak | Finnmarkssykehuset | UNN | Nordlandssykehuset | Helgelandssykehuset |
|-----------------------|--------------------|-----|--------------------|---------------------|
| Type inngrep - antall | HF | HF | HF | HF |
| Plastikk-kirurgi | 20 ⁴ | 456 | 143 | 424 |
| Håndkirurgi | 71 ⁵ | 538 | 1146 ⁶ | |

⁴ Inngrep som plastikk-kirurg fra UNN har gjennomført i Hammerfest. Antall polikliniske konsultasjoner for plastikk-kirurgiske pasienter i Finnmarkssykehuset inngår i tallene som finnes på hud-, kirurgisk-, ortopedi-, øye- og ØNH poliklinikk. Spesifikke tall for hvor mange av disse konsultasjonene som kan rubiseres som plastikk-kirurgiske problemstillinger kan ikke kartlegges.

⁵ Samlet tall, ikke spesifisert etter dag, døgn eller poliklinikk.

⁶ Samletall for alle håndkirurgiske inngrep. Tallet er tatt ut fra virksomhetsrapporter – da er NCMP/NCSP kodeverk lagt til grunn – ND kapitlet. Denne rapporten skiller ikke mellom DKI, poliklinikk eller i sentraloperasjonen.

3.2.3 Poliklinikk

På PPK, Plastikk-kirurgisk Poliklinisk Kirurgi i Tromsø, utføres det i dag nærmere 1000 inngrep i året. Her opereres alle typer småkirurgi i lokalbedøvelse som mindre hudkreft, fettkuler, øyelokksplastikk, arrkorreksjon, brystvorterekonstruksjon og tatovering. Det utføres også mindre til moderat håndkirurgi, og større håndkirurgi med bruk av plexusanestesi.

Tabell 4: Poliklinisk aktivitet i antall konsultasjoner 2012

| Foretak | Finnmarkssykehuset | UNN | Nordlandssykehuset | Helgelandssykehuset |
|--------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| Type inngrep - antall | HF | HF | HF | HF |
| Plastikk-kirurgi | 61 ⁷ | 1651 ⁸ | 360 | 437 |
| Håndkirurgi | ukjent | 3197 | *9 | |
| Polikliniske operasjoner | | | *10 | * |

3.2.3.1 Sårbehandling

I spesialisthelsetjenesten er det mange pasienter med sår som trenger behandling. Hvordan tilbudet til disse pasientene er organisert er forskjellig i hvert foretak. Avhengig av type sår og problemstilling, behandles disse av forskjellige yrkesgrupper, blant annet generelle kirurger, plastikk-kirurger og sykepleiere.

Ved UNN HF finnes det en stor sårpoliklinikk ved hudavdelingen. Plastikk-kirurgen håndterer kirurgisk orienterte sår som gror vanskelig. Ventetid for pasienter med sår som trenger behandling av plastikk-kirurg er 1-2 år.

Ved NLSH har man ved diabetes poliklinikken egen sårpoliklinikk for diabetiske sår – med diabetes sykepleiere og også fotterapeut i 20 % stilling. Kirurgisk poliklinikk håndterer kirurgiske sår og trykksår og det finnes egne sykepleiere med spesialkompetanse for sår. Det er ingen hud avdeling men en hud poliklinikk.

På Helgelandssykehuset er det hudpoliklinikken som har såroppfølgingen i nært samarbeid med plastikk-kirurg. En del sår håndteres også ved kirurgisk poliklinikk.

⁷ Inngrep som plastikk-kirurg fra UNN har gjennomført i Hammerfest. Antall polikliniske konsultasjoner for plastikk-kirurgiske pasienter i Finnmarkssykehuset inngår i tallene som finnes på hud-, kirurgisk-, ortopedi-, øye- og ØNH poliklinikk. Spesifikke tall for hvor mange av disse konsultasjonene som kan rubriseres som plastikk-kirurgiske problemstillinger kan ikke kartlegges.

⁸ Tallene er ikke kvalitetssikrede, idet de blander pasienter operert poliklinisk og dagkirurgisk. De siste år har det vært en jevn aktivitet på 250 dagkirurgiske pasienter i året.

⁹ Polikliniske håndkirurgiske inngrep inngår i samletallet under dagkirurgi.

¹⁰ Det utføres ikke polikliniske operasjoner på Helgelandssykehuset HF og NLSH Bodø

3.3 Ventetid

Ventetidene for plastikk-kirurgisk behandling i Helse Nord er lange, både for innleggelse, dagbehandling og på poliklinikken og det er ikke uvanlig at pasienten venter på behandling i mer enn ett år. Dette selv om de har rett til prioritert helsehjelp.

Årsakene er sammensatte og skyldes til dels medisinske forhold. For eksempel er det ikke anbefalt å utføre rekonstruktive inngrep på pasienter med brystkreft som har vært strålebehandlet før tidligst ett år etter behandlingen. En del pasienter søker seg inn til behandling i perioden før det er gått ett år fordi både pasienter og henvisende leger vet at ventetiden er lang. Dette medfører uoversiktlige ventelister for brystrekonstruksjoner og også etter bariatrisk kirurgi. Den hyppigste årsaken til lang ventetid er dog kapasitetsmangel ved de plastikk-kirurgiske miljøene.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over ventetid for behandling med plastikk-kirurgi i Helse Nord for alle omsorgsnivå for pasienter med rett til prioritert helsehjelp. For pasienter uten rett til prioritert helsehjelp er det ofte 12-18 mnd ventetid til poliklinisk vurdering og 2-3 års ventetid til operasjon.

Tabell 5: Ventetid plastikk-kirurgi per mars 2013

| Type Behandling | Type inngrep | Finnmarks sykehuset HF | | UNN HF | | NLSH HF | | Helgelands-sykehuset HF | |
|-----------------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| | | Pasienter på venteliste | Ventetid i uker | Pasienter på venteliste | Ventetid i uker | Pasienter på venteliste | Ventetid i uker | Pasienter på venteliste | Ventetid i uker |
| Døgn behandling | Bryst - rekonstruksjon med eget vev | * ¹¹ | * | 47 | 72 | | | * | * |
| | Bryst - rekonstruksjon med protese | * | * | 13 | 72 | | | 0 | 0 |
| | Fettforkle | * | * | | | 35 | 56 | 43 | 40 |
| | Trykksår | | | | | | | | |
| Dagkirurgi | Alle typer | 22 ¹² | | | | | | 55 | 12 |
| Poliklinikk | Alle typer | 33 ¹³ | | | | | | | |

¹¹ Ikke aktuelt, pasientene opereres ved UNN Tromsø og står på venteliste der

¹² Pasienter som venter på behandling hos plastikk-kirurg i Hammerfest. For andre pasienter kan ventetid ikke angis da disse inngår i registrering i andre fagområder for eksempel ØNH, øye, hud. Pasienter fra Øst-Finnmark behandles i Tromsø og står på venteliste ved UNN.

¹³ Pasienter som venter på behandling hos plastikk-kirurg i Hammerfest. For andre pasienter kan ventetid ikke angis da disse inngår i registrering i andre fagområder for eksempel ØNH, øye, hud. Pasienter fra Øst-Finnmark behandles i Tromsø og står på venteliste ved UNN.

3.4 Flaskehalsar

Det plastikk-kirurgiske miljøet og mesteparten av plastikk-kirurgisk aktivitet skjer per dags dato ved UNN Tromsø. Flere forhold gir utfordringer med hensyn til en smidig og effektiv drift av den plastikk-kirurgiske tjenesten.

3.4.1 Plastikk-kirurger

Dagens bemanning med plastikk-kirurger i Tromsø er tilstrekkelig for å ivareta dagens aktivitetsnivå i Tromsø og noe ambulering til Finnmark.

Ambuleringen til NLSH skjer per dags dato i kirurgens fritid. Dersom plastikk-kirurgisk aktivitet i Bodø skal økes (og dette skal ivaretas av Tromsø) må ambuleringen skje i arbeidstiden. Dette er ikke mulig med det antallet plastikk-kirurger som er ansatt ved UNN Tromsø for tiden.

En økning av ambuleringsvirksomhet eller aktivitetsnivå vil kreve nyansettelse av plastikk-kirurg i Tromsø.

3.4.2 Sengepost ORPL UNN Tromsø

Dedikerte senger ved ORPL til plastikk-kirurgiske pasienter er 6. Dette skal sammen med tilbudet ved Helgelandssykehuset HF dekke behovet for en befolkning på 470 000 mennesker. Beleggsprosenten ved ORPL-sengepost i Tromsø er rundt 90 % med en øyeblikkelig hjelps andel på 63.7 %.

Det er et betydelig antall pasienter som strykes pga manglende sengekapasitet/ for tungt belegg i avdeling. Dette kommer ikke frem i de offisielle statistikker da strykninger er definert som strykning etter kl 1400 dagen før operasjon. Særlig store øhjelpsskader har stor innvirkning på elektiv drift, da de ofte trenger flere inngrep, eller at det er ønskelig å gjøre inngrepet på dagtid med kompetanse tilstede. Dette medfører at oppsatt program endres. Enkelte ganger påvirker disse forholdene også pasienter på andre fagfelt: plastikk-kirurgi forskyver ortopedi og omvendt.

I gjennomsnitt utenom juni-juli benyttes ca. 70 hotellsenger i måneden. Pasientene som bor på hotellet er innskrevet i avdelingen og bidrar således til den samlede arbeidsmengden for sengepostens personale.

Det finnes kun 4 enkeltrom, hvorav kun ett med sluse på felles Ortoplast sengeavdeling. I akutt situasjoner vil det derfor forekomme at smittepasienter ligger på fellesrom.

Samtidig gir dette begrensinger i drift i det elektive sår/smitte pasienter ikke kan tas inn dersom rommene er opptatt. Dette gjelder særlig pasienter med trykksår.

3.4.3 Operasjonskapasitet UNN Tromsø

Plantall 2012 for antall stuekapasiteter for innsluset elektiv kirurgi for NO (Nevro-ortopedi) klinikkens virksomhet i Tromsø har frem til 2012 vært 766.

Av dette er 95.5 stuekapasiteter strøket pga av manglende kapasitet. I tillegg estimeres det at 30.5 stuekapasiteter har vært benyttet av øyeblikkelig hjelp slik at tilgjengelige stuer til elektiv kirurgi i realiteten har vært 640 stuekapasiteter. Strykning av operasjonskapasitet skyldes i all hovedsak mangel på spesialsykepleiere.

Plantall for elektive stuer gitt til NO klinikkens fagområder har også vært uendret over svært mange år.

Konkret betyr dette at dersom en øker fra 30 til 60 DIEP inngrep i 2013 så vil nesten 10 % av tilgjengelig kapasitet av innslusede elektive stuer for hele NO klinikken bli benyttet til denne økningen. NO klinikken har også fag som ortopedi, nevrokirurgi, ØNH, håndkirurgi, hud (laserbehandling i narkose) og oralkirurgi som i tillegg til annen plastikk-kirurgi skal dele på den resterende kapasitet.

3.4.4 Manglende definisjon av pasientgrunnet/henvisningsflyt

Dedikerte plastikk-kirurger har ikke kapasitet til å ta unna de generell kirurgisk pasientene. Det betyr at for eksempel mindre hudsvulster og fettkuler utenom ansiktet og arrkorreksjoner må vurderes og primært opereres av moderavdelingene.

De korreksjonene som trenger større plastikk-kirurgiske teknikker kan henvises til plastikk-kirurg.

Det er derfor behov for å ha som generell regel at pasientene primærvurderes på lokal kirurgisk avdeling som henviser videre til plastikk-kirurgisk sekundær vurdering.

4 Fremtidige behov

4.1 Brystrekonstruksjon

Behovet for brystrekonstruksjon er kartlagt i en nasjonal rapport utarbeidet av Helsedirektoratet i 2012. Med utgangspunkt i denne rapporten antas at behovet for rekonstruktive inngrep på brystet vil være uendret i nærmeste fremtid. Hva dette utgjør for Helse Nord vises i tabell 7. Tallene må brukes med varsomhet, da det er en del usikkerheter knyttet til disse. Dette skyldes til dels at en er usikker hvor stort etterslep som foreligger, til dels også at man ved stipulering av tall har brukt data fra Sverige og det er usikkerhet knyttet til hvorvidt disse dataene kan overføres til norske forhold.

Tabell 6: Oversikt over utvikling og antatt fremtidig behov for rekonstruktiv brystkirurgi

| Type inngrep | Behov 2013 og fremover (nytilkommet sykdom, unntatt de som er på venteliste) | Utvikling fremover | Kommentar |
|------------------------------|---|-----------------------|---|
| Onkoplastisk kirurgi | Behovet vil komme frem etter hvert | Antas å være konstant | Ca. 127 pasienter vil behandles med brystbevarende kirurgi, men det går ikke frem av rapporten hvor mange av disse vil ha behov for onkoplastisk kirurgi. |
| Primær brystrekonstruksjon | Ca. 40 | Antas å være konstant | Tall fra nasjonal rapport om brystrekonstruksjon 2012. |
| Sekundær brystrekonstruksjon | Ca. 27, av disse vil ca. 14 ha behov for rekonstruksjon med eget vev | Antas å være konstant | Tall fra nasjonal rapport om brystrekonstruksjon 2012. |

4.2 Sykelig overvekt

Det er anbefalt å vente i 1,5 år etter bariatrisk kirurgi før det vurderes om korrigerende kirurgi er indisert. Det store antall pasienter som fikk utført bariatrisk kirurgi i 2010-11 forventes derfor å ha behov for plastikk-kirurgi i 2013 og senere.

Det er tidligere operert ca. 200 per år for antatt sykelig overvekt. Fremtidig behov for bariatrisk kirurgi i regionen anslås til ca. 120 pasienter per år. I gjennomsnitt vil det være behov for 1,3 korrigerende plastikk-kirurgiske inngrep for hver opererte pasient (Harbo, 2009).

Ut ifra foreliggende datamateriale estimerer prosjektgruppen at det vil være etterspørsel på ca. 200 rekonstruktive operasjoner for denne gruppen i årene fremover. I denne vurderingen er det tatt høyde for at en del pasienter ikke vil søke seg inn til

offentlig behandling, men velger behandling hos private aktører. Disse vil også ha behov for korrigerende plastikk-kirurgi, likeså pasienter som har gjennomgått konservativ behandling.

4.3 Trykksår og hudkreft

Et trykksår er en avgrenset skade på huden og/eller det underliggende vev som er et resultat av trykk eller trykk i kombinasjon med skjærende krefter. Trykksår forekommer hyppig blant pasienter innlagt i sykehus. En europeisk multisenterstudie viste en forekomst av trykksår på 18 % i sykehus, mens norske studier viser en forekomst mellom 6,7–15 %. Forekomsten er ofte høyere i enkelte pasientgrupper som pasienter med tverrsnittslesjoner, pasienter med hoftebrudd og intensivpasienter (Pasientsikkerhetskampanjen, 2013).

De fleste trykksår behandles konservativt, men hos noen pasienter utvikler trykksårene seg slik at det er behov for plastikk-kirurgisk behandling med transplantasjon av hud. Dette for at sårene skal lukke seg.

Trykksår er en økende problemstilling i helsevesenet. En tiltakende eldre befolkning hvor pasienter med langvarig intensivbehandling eller kroniske sykdommer lever lengre gjør at denne pasientgruppen øker. Denne utfordringen er erkjent og forebygging av trykksår har derfor vært et viktig fokusområde i pasientsikkerhetskampanjen. Det er vanskelig å anslå hvorvidt antallet pasienter med trykksår og behov for behandling med plastikk-kirurgi vil øke eller om det vil være mulig å dempe denne utviklingen med forebyggende tiltak.

Forekomsten av hudkreft har de siste årene økt betydelig. Risikoen for utvikling av føflekkreft er fra 2010-2012 økt med henholdsvis 14 og 15 % hos kvinner og menn (Kreftregisteret, 2012), men også annen hudkreft er blant de krefttypene som viser mest økning (Folkehelseinstituttet, 2013). Hudkreft behandles i all hovedsak av hudleger og kirurger, men særskilte former som for eksempel forekomst i ansikt eller stor utbredelse med behov for dekning av hud behandles av plastikk-kirurger.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over antall pasienter med hudkreft eller trykksår behandlet i 2012.

Tabell 7: Antall pasienter med hudkreft eller trykksår behandlet av plastikk-kirurg

| Type behandling | | Finnmarkssykehuset HF | UNN HF | NLSH HF | Helgelandssykehuset HF |
|---------------------------|----------------|--------------------------|-----------|------------|---------------------------|
| Trykksår (døgnbehandling) | | * ¹⁴ | 16 | * | * |
| Hudkreft | Døgnbehandling | | 20 | | |
| | Dagbehandling | | 108 | | |

¹⁴ Gjøres kun på UNN Tromsø

| Type behandling | | Finnmarkssykehuset HF | UNN HF | NLSH HF | Helgelandssykehuset HF |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|-----------|------------|---------------------------|
| | Poliklinisk behandling | | 18 | | 86 ¹⁵ |

Høringsutkast til styrene i HF-ene

¹⁵ Gjelder alle pasienter som behandles for hudkreft uansett oppholdstype

5 Forslag til fremtidig organisering

Formålet med denne utredningen er å sikre tilstrekkelig plastikk-kirurgisk tilbud til pasienter med behov for plastikk-kirurgiske tjenester tilpasset dagens og fremtidig behov.

Det er derfor viktig å tenke langsiktig både når det gjelder hvordan man best bruker ressursene i regionen, men også hvordan man kan bygge opp et bærekraftig fagmiljø.

Prosjektgruppen er enig i at det er nødvendig å sentralisere komplisert behandling, slik at pasienten kan ivaretas ved et senter med god kompetanse. Samtidig må plastikk-kirurgisk kompetanse i regionen, sammen med andre personellressurser og operasjonskapasitet, brukes for å kunne ivareta et stadig økende pasientantall, særlig pasienter med sykkelig overvekt.

Prosjektgruppen foreslår derfor at følgende prinsipper legges grunn ved organisering av plastikk-kirurgi i fremtiden.

5.1 Organisering

- UNN Tromsø er det sentrale fagmiljøet for plastikk-kirurger i Helse Nord, og har ansvar for et forpliktende samarbeid med plastikk-kirurg ved Helgelandssykehuset HF og ved NLSH HF.
- UNN HF har ansvaret for utdanning av plastikk-kirurger i Helse Nord og skal ivareta kompetanseoverføring til generelle kirurger, fastleger og andre relevante aktører.
- Ved NLSH Bodø skal det være en 100 % stilling som plastikk-kirurg som skal være tilknyttet miljøet i Tromsø. Kirurgen skal være tilknyttet miljøet i Tromsø og ha et forpliktende samarbeid. For 2013 tenkes dette løst ved en forpliktende ambuleringsavtale med UNN med tilstedeværelse som ivaretar behovet for onkoplastisk kirurgi for brystkreftpasienter (ca. 40 pasienter per år), behovet for sekundær brystrekonstruksjon samt andre typer rekonstruksjon (to dager per uke i 40 uker).
- Plastikk-kirurgisk tilbud ved Helgelandssykehuset må utnyttes og utvikles videre. Plastikk-kirurg ved Helgelandssykehuset Mosjøen må tilknyttes fagmiljøet ved UNN ved for eksempel felles undervisning, diskusjon av vanskelige pasienter etc. Helgelandssykehuset kan bidra til utdanning til plastikk-kirurger fra UNN, som kan reise til Helgeland for å operere.
- Det tilrådes ikke at Finnmarkssykehuset HF bygger opp eget plastikk-kirurgisk tilbud. Det bør lages avtaler mellom Finnmarkssykehuset HF og UNN HF om systematisk ambulerende plastikk-kirurg til Finnmarkssykehusets sykehus fra UNN HF. I en slik avtale må det forutsettes at Finnmarkssykehuset stiller til rådighet tilstrekkelige ressurser slik at så mange som mulig av foretakets

pasienter kan behandles i egne sykehus og de resterende pasienter henvises til UNN HF.

- Det skal etableres et forpliktende nettverk mellom fagmiljøene i regionen. UNN HF får ansvaret for å etablere og drive nettverket.

5.2 Funksjonsfordeling

- Sekundære brystrekonstruksjoner med eget vev gjøres kun ved UNN Tromsø.
- Sekundære brystrekonstruksjoner med protese gjøres ved UNN Tromsø, ved NLSH Bodø og ved Helgelandssykehuset Mosjøen. NLSH Bodø skal på sikt dekke behovet for pasienter fra eget opptaksområde. Kapasiteten og kompetansen på Helgelandssykehuset Mosjøen skal utnyttes for å ta unna ventelistene på rekonstruksjon med protese. UNN Tromsø skal både håndtere egne pasienter samt pasienter fra Finnmark, men også ta unna ventelister på forskjellige typer rekonstruksjon.
- UNN Tromsø og NLSH Bodø skal bygge opp et likeverdig tilbud med primær brystrekonstruksjon, hvor aktuelle pasienter får informasjon og tilbud om de veivalg som foreligger, evt. med primær proteserekonstruksjon eller såkalt onkoplastisk inngrep.
- UNN Tromsø, NLSH Bodø og Helgelandssykehuset skal ivareta etterslepet av pasienter med behov for annen type brystrekonstruksjon (for eksempel symmetriserende behandling etc.).
- Komplisert bukplastikk jf. nasjonale retningslinjer for plastikk-kirurgi (Nasjonal avdelingsledermøte) gjøres av plastikk-kirurg ved UNN Tromsø og NLSH Bodø. Etter individuell vurdering kan enklere bukplastikk også gjøres i Mosjøen. Vurderingen foretas av plastikk-kirurg i Mosjøen.
- NLSH skal i samarbeid med UNN HF etablere tilbud for pasienter med trykksår som trenger rekonstruktiv kirurgi

5.3 Utdanning

Det er prosjektgruppens vurdering at utdanningskapasiteten ved UNN Tromsø er tilstrekkelig for å dekke fremtidig behov for plastikk-kirurger. Tilgangen til utdanningskandidater er god. Utfordringene ligger i å sikre at utdanningen som gis er i tråd med utviklingen i faget og å sikre god læring gjennom mester - svenn metoden. Det er også viktig å tilby gode karriereløp i et marked hvor private aktører konkurrerer sterkt med det offentlige om arbeidskraft.

Prosjektgruppen foreslår derfor at UNN Tromsø

- Etablere gode utdanningsløp for leger i spesialisering i plastikk-kirurgi

6 Tiltak

I dette kapitlet foreslås konkrete tiltak for å løse utfordringene som plastikk-kirurgien står ovenfor og for å ivareta målene om å gi pasientene et likeverdig godt tilbud til rett tid.

6.1 Økt plastikk-kirurgisk kapasitet i regionen

6.1.1 Fordeling av midler som er tildelt i revidert statsbudsjett til bruk for kapasitetsøkning for brystrekonstruksjon

For å øke innsatsen for rekonstruksjon av bryst er Helse Nord tildelt 4,5 millioner kroner i 2012 og 8,9 millioner kroner i 2013. I denne tildelingen ligger en forventning om at ventetider for rekonstruksjon av brystkreft skal reduseres betydelig og at det iverksettes langsiktige tiltak som sikrer pasientgruppen behandling som er i tråd med ny utvikling på området, av god kvalitet og til rett tid.

Midlene er i første omgang tiltenkt økning av kapasitet for brystrekonstruksjon. Prosjektgruppen som har jobbet med den regionale planen har imidlertid foreslått to typer tiltak:

- Kortsiktige tiltak for å redusere ventetidene for pasienter med behov for brystrekonstruksjon.
- Langsiktige tiltak som vil ha virkning for hele det plastikk-kirurgiske tilbudet i regionen og dermed også komme andre pasientgrupper til gode.

Langsiktige tiltak må sees i sammenheng med forslag til fremtidig organisering av tjenesten og prosjektgruppen har brukt kartleggingsarbeidet som prosjektet har gjennomført som grunnlag for vurderingen. Foreslått fordeling bygger på prinsippene for fremtidig organisering som presenteres i regional plan.

Tildeling av midler ble vedtatt av administrerende direktør etter innstilling fra prosjektgruppen i to trinn. En del ble fordelt for kortsiktige tiltak i 2012 og en del for både kort- og langsiktige tiltak i revidert budsjett i april 2013. En oversikt over tildelte midler gis i tabell 8.

Tabell 8: Tildeling av midler til reduksjon av venteliste for brystrekonstruksjon

| Helseforetak | Tildeles 2013 | Tildelt 2012 | Sum |
|------------------------|---------------|--------------|---------------|
| UNN HF | 8,965 | 1,135 | 10,100 |
| NLSH HF | 2,15 | 0,00 | 2,15 |
| Helgelandssykehuset HF | 1,10 | 0,00 | 1,10 |
| Helse Nord RHF | 0,05 | 0,00 | 0,05 |
| Sum | 12,265 | 1,135 | 13,400 |

I 2013 ble det gjennomført en ekstra innsats for pasienter som venter på brystrekonstruksjon. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreftbehandling skal fra 2014 håndteres innenfor de ordinære inntektsrammene. Tilbudet skal finansieres innenfor ordinær basisbevilgning og ISF.

6.1.2 Reduksjon av ventetider

Tildeling av midler ble gjort etter vurdering av konkrete tiltak for hvordan kapasiteten på brystrekonstruksjon kan økes og ventelistene reduseres.

Tiltak

I tildelingen lå det en forutsetning at foretakene iverksetter følgende tiltak:

UNN HF

- Varig omstilling av drift som sikrer større kapasitet for store rekonstruksjonsinngrep med eget vev (minimum 40 per år) samt en kapasitetsøkning for operasjon med sekundær protese (vedlegg 3).
- Bygge opp et tilbud med tverrfaglig behandling og behandling med primærrekonstruksjon for pasienter med brystkreft.
- Ha tett samarbeid med NLSH HF og Helgelandssykehuset HF rundt denne pasientgruppen.
- Opprette ny 100 % stilling for plastikk-kirurg i UNN. En forutsetning er at denne stillingen også vil bidra til å styrke plastikk-kirurgisk virksomhet utenfor foretaket.
- Gjennomføring av kortvarig prosjekt for å øke operasjonskapasiteten for pasienter med rekonstruksjon med eget vev samt protese i Tromsø. Volum: 25 operasjoner med eget vev og 30 proteser (vedlegg 4).

NLSH HF

- Bygge opp et tilbud med tverrfaglig behandling av brystkreftpasienter.
- Etablere et tilbud for primær rekonstruksjon for brystkreftpasienter.
- Ivareta pasienter fra eget opptaksområde med behov for sekundær brystprotese, ev. andre typer rekonstruksjon.
- Bygge opp et tilbud for pasienter med behov for plastikk-kirurgi etter betydelig vekttap og pasienter med liggesår.

Helgelandssykehuset HF

- Opprette et tilbud for pasienter med behov for brystrekonstruksjon med behov for sekundær protese. Operere 30 proteser per år.
- Avlaste UNN med andre typer rekonstruksjon når ventelistene på sekundær operasjon med protese er tatt ned.

Helse Nord RHF

- Gjennomføre prosjekt plastikk-kirurgi i Helse Nord.

6.1.3 Status januar 2014

I dette kapittelet gis en oversikt over oppnådde resultater etter iverksetting av tiltakene beskrevet ovenfor.

Helgelandssykehuset HF

Det er gjort omorganiseringer for å gi plastikk-kirurg mer operasjonstid, som også får planlagt effekt med ytterligere økning med ca 20 innlagte pasienter til operasjon i 2014. Øvrige kirurger har kunnet opprettholde sine volum innenfor urologi, ortopedi og generell kirurgi.

Totalt 25 pasienter med brystprotese er operert, 14 fikk satt inn ekspanderprotese og 11 fikk permanent protese. Plastikk-kirurg har vært på kurs og operasjonssykepleiere har hospitert på St. Olavs hospital. For 2014 er ytterligere hospitering for flere av operasjonssykepleiere planlagt, fortrinnsvis ved UNN, og en ekstra operasjonssykepleier er ansatt.

Det er 116 pasienter på venteliste for postbariatrisk kirurgi, ventetiden er 52 uker.

NLSH HF

Brystkirurger har i samarbeid med plastikk-kirurg etablert et tilbud med primær protese for pasienter med brystkreft. Det ble utført fjerning av bryst med primær rekonstruksjon hos 5 pasienter, hvorav tre var på begge sider. Dessuten ble det utført sekundær rekonstruksjon hos 6 pasienter, samt innleggelse av permanent protese hos fem pasienter. Totalt ble ved NLSH i 2013 lagt inn 19 proteser.

Tilbudet om onkoplastisk kirurgi er ikke kommet i gang ennå. Syv pasienter venter på behandling med postbariatrisk kirurgi. Ventetiden er 16 måneder for de som venter lengst.

UNN HF

I tråd med føringer i oppdragsdokumentet og ved fordeling av midler var fokuset rettet mot pasienter med behov for brystrekonstruksjon. Etterslepet på DIEP operasjoner er opparbeidet. I samarbeid med brystkirurgene gjøres det nå primær rekonstruksjon på egnede pasienter. Behovet for sekundæroperasjoner er økende og i slutten av 2013 var 43 pasienter på venteliste.

Personellet ble styrket med en ekstra overlege, sekretær, operasjonssykepleier på poliklinisk operasjonsstue og tre sykepleiere på avdelingen. Det er igangsatt en prosess for ansettelse av plastikk-kirurg.

For pasienter med behov for kirurgi etter betydelig vekttap og for pasienter med liggesår er situasjonen uendret.

6.2 Oppgavedeling

For pasienter med behov for brystrekonstruksjon har UNN Tromsø allerede etablert et system der sykepleiere foretar tatoveringer av brystvorter og fyller på brystproteser. På denne måten blir pasientene godt ivaretatt, samtidig som kompetanse og ressurser utnyttes på best mulig måte.

Kontroller av håndopererte pasienter foretas av ergoterapeuter som har best kompetanse på dette området, men i dagens system har ikke ergoterapeuter refusjonsrett slik som fysioterapeuter. Det jobbes med å finne et system som kan sikre innkalling og refusjon.

Tiltak

Et område hvor man kan forbedre samhandlingen og oppgavefordelingen mellom yrkesgruppene er behandling av sår. Pasienter med behov for sårbehandling utgjør en stor gruppe. Denne behandlingen foretas per dags dato både av hudleger, kirurger og plastikk-kirurger og sykepleiere etter mer tilfeldige kriterier.

- Prosjektgruppen foreslår derfor at UNN får i oppdrag å etablere en sykepleierdrevet sårpoliklinikk. Med dette tiltaket vil ventetidene for denne pasientgruppen kunne reduseres i betydelig grad samtidig som plastikk-kirurgisk kapasitet frigjøres for bruk ved for eksempel store inngrep. Tidligere innsettende behandling vil dessuten være med på å redusere antallet kompliserte tilfeller.

6.3 Styrking av personell

Som tidligere beskrevet har behovet for plastikk-kirurgisk behandling økt betraktelig og vil også i fremtiden øke. Det er derfor behov for å styrke det plastikk-kirurgiske miljøet.

Tiltak

Prosjektgruppen foreslår å:

- Opprette en ny 100 % stilling for plastikk-kirurg ved UNN Tromsø. Dette tiltaket vil er startet iverksatt i forbindelse med økning av kapasitet for brystrekonstruksjon.
- Etablere en 100 % stilling for plastikk-kirurg ved NLSH Bodø. Denne stillingen må være tilknyttet til fagmiljøet i Tromsø. Dette kan gjøres ved for eksempel felles undervisning, en stillingsprosent i Tromsø, forpliktende hospitering eller lignende tiltak. Dette tiltaket er viktig for å kunne ivareta det nasjonale kravet om tverrfaglig behandling av pasienter med brystkreft i Bodø og integrering av plastikk-kirurgi i behandlingsforløpet for disse pasientene fra starten av. Samtidig vil denne kirurgen ivareta den økende pasientstrømmen av pasienter med sykkelig overvekt som ikke ville kunne håndteres ved UNN Tromsø alene eller ved kombinert ambulering.

- Øke sykepleiebemanning ved OPRL sengepost UNN Tromsø for å ivareta pasienter med behov for tung pleie og trykksår. Behovet anslås til tre nye stillinger.
- Øke sykepleierbemanning ved NLSH Bodøs sengepost og brystdiagnostisk senter for kunne ivareta den pleietunge pasientgruppen.

6.4 Klar oppgavefordeling

Plastikk-kirurgi oppfattes som høyspesialisert behandling, såkalt tredjelinje tjeneste. Grensegangen mellom plastikk-kirurgi og andre fag som hud eller generell kirurgi er ikke tydelig. Det er derfor viktig å ha klare retningslinjer for hva oppgaven til en plastikk-kirurg innebærer og hvor en anser at oppgaven kan løses av en annen yrkesgruppe.

Like viktig er det å sikre at tilgjengelige ressurser utenfor UNN Tromsø utnyttes på en god måte uten å påføre pasienten unødvendig belastning.

Tiltak

Prosjektgruppen foreslår at:

- Det tas i bruk nye henvisningsrutiner til plastikk-kirurgisk behandling.
 - Henvisninger til plastikk-kirurgi går via spesialisthelsetjenesten.
 - Ved vurdering av behandlingsnivå og indikasjon for inngrep legges nasjonale retningslinjer for plastikk-kirurgi til grunn (Nasjonal avdelingsledermøte).
- Følgende pasienter/tilstander skal behandles av plastikk-kirurg.
 - Alle rekonstruksjoner
 - Avansert håndkirurgi
 - Hudkreft i ansikt, og mer utbredt kreft andre steder på kroppen
 - Trykksår rekonstruksjoner, ikke revisjoner som er generell kirurgi
 - Bukplastikk, men ikke arrkorreksjon, som moderavdelingene må ta seg av
 - Brystreduksjoner skal opereres av plastikk-kirurg eller brystkirurg
- UNN HF får ansvaret for å utarbeide ny regional henvisningsmal og regionale retningslinjer. Disse skal gjøres kjent for spesialist- og primærhelsetjenesten.
- UNN HF skal i samarbeid med de andre foretakene og primærhelsetjenesten lage pasientforløp for pasienter med.
- UNN HF skal lage pasientforløp for pasienter med sykkelig overvekt, brystkreft og liggesår i samarbeid med de andre foretakene og aktuelle aktører.
- UNN har ansvaret for å veilede og lære opp generelle kirurger på aktuelle oppgaver som de selv kan foreta.

På denne måten vil pasienter som ikke har behov for plastikk-kirurgisk spesialkompetanse kunne fanges opp i spesialisthelsetjenesten og få behandling på lavest mulig nivå (LEON-prinsippet). Samtidig vil en sikre likeverdig behandling når felles retningslinjer legges til grunn for behandlingen.

6.5 Forebyggende tiltak

Lang liggetid i forbindelse med inadekvat pleie og eller mangel på trykkavlastende madrasser fører til nyoppståtte trykksår eller forverring av allerede eksisterende.

Det beste tiltak for å unngå disse skadene er god kjennskap til forebyggende tiltak. Pasientsikkerhetskampanjen har gjennom sitt satsingsområde satt fokus på forebygging av trykksår og en rekke tiltak er iverksatt. En forventer at tiltakene videreføres i pasientsikkerhetsprogrammet.

Når alvorlige sår først har oppstått må pasientene sårrevideres og infeksjoner behandles. Dette gjøres på lokalsykehus av generelle kirurger før pasientene opereres i UNN Tromsø med radikal lappkirurgi. Etter sju til ti dager overflyttes pasientene tilbake til lokalsykehus for postoperativ mobilisering. Men, de kan ikke opereres eller overføres tilbake til lokalsykehus, hjem etc. uten at de har adekvat pleie postoperativt. Dette forutsetter trykkavlastende madrasser.

Tiltak

- Iverksette eller videreføre tiltak i forbindelse med pasientsikkerhetsprogrammet for å forebygge liggesår.
- Sikre at det på hvert sykehus finnes et tilstrekkelig antall sirkulasjonsmadrasser for skrøpelige pasienter med lang liggetid.

6.6 Sengekapasitet

Moderne brystkreftkirurgi utgjør operativ fjernelse av bryst, brystbevarende kirurgi, vaktpostlymfeknuteteknikk, axilledisseksjon, brystbevarende kirurgi med plastikk-kirurgisk teknikk (onkoplastisk kirurgi), primær rekonstruksjon og sekundær rekonstruksjon enten med protese eller eget vev.

I dag foretas 85 % av brystkreftkirurgi dagkirurgisk. Ved de mer avanserte inngrep vil en del av disse opereres under innleggelse, hvilket gir en større belastning på sengeposten, men det vil bety et mindre behov for senere rekonstruksjon, samt et mer fullstendig tilbud til pasienter med brystkreft.

Tiltak

- Sengekapasiteten tilknyttet plastikk-kirurgiske pasienter ved ORPL avdeling ved UNN Tromsø økes med 2 senger.

Ved Nordlandssykehuset er endelige behov for økt sengekapasitet uavklart og vil være avhenging av hvilke pasienter og hvor mange som vil bli behandlet av plastikk-kirurg i fremtiden.

6.7 Operasjonskapasitet

- UNN HF
 - Innslusede stuer ved UNN HF som benyttes til plastikk-kirurgi må økes med 65/per år

6.8 Utvidet ambulering fra UNN til Finnmark

Øst-Finnmark har per dags dato ingen lokalt tilbud med plastikk-kirurg utover det som finnes ved UNN Tromsø. Det er ønskelig å utvide ambulering fra UNN til også å omfatte Kirkenes. Pasientene vil da få behandling nærmere hjemmet og dermed slippe en lang reise. I Kirkenes har man i tillegg et kirurgisk miljø som vil profitere faglig på økt interaksjon med kirurgimiljøet i Tromsø. Dette vil både sikre et godt samarbeid og økt kompetanse.

Tiltak

- Prosjektgruppen foreslår å utvide ambulering fra Tromsø til Finnmark til også å dekke Kirkenes sykehus.

6.9 Private aktører

Private aktører er et viktig supplement til det offentlige helsevesenet og skal brukes der det er nødvendig for å gi pasientene et godt tilbud til rett tidspunkt.

Plastikk-kirurgi er et område hvor overgangen mellom kosmetisk korreksjon og medisinsk indikasjon er glidende. Dette gjør at evt. bruk av private på dette fagområde stiller store krav til tydelig definisjon av hvilke tjenester en ønsker kjøpt og krever tett oppfølging.

Prosjektgruppen er imidlertid av den oppfatning at private aktører ikke er egnet for å bruke ved behandling av pasienter med behov for plastikk-kirurgi etter slanking, ved brystkreft eller pasienter med liggesår.

Ved operasjon med rekonstruksjon av bryst skyldes dette at kostnadene for behandling hos private er så høy at en vil måtte bruke mye penger og kun vil få et fåtall pasienter behandlet. Ved pasienter etter sykkelig overvekt er det slik at det er vanskelig å stille enhetlige tydelige krav til indikasjonssetting. Dette vil gi utfordringer med tanke på rett prioritering. Det er også slik at begge pasientgrupper til dels trenger flere behandlinger som må sees i sammenheng med tidligere behandling og med aktuell helsetilstand. Det er dermed nødvendig å ha en mest mulig enhetlig tilnærming til behandlingene og at behandlingen i minst mulig grad spres til flere aktører. Pasienter med liggesår er alvorlig syke pasienter med behov for koordinerte tverrfaglige helsetjenester og er dermed ikke egnet for behandling hos private.

Ved behov for ekstra tiltak for å redusere ventetiden på kort tid anbefales heller å styrke innsatsen i det offentlige slik det ble gjort i 2013 på området brystrekonstruksjon. Et annet alternativ er bruk av ledig operasjonskapasitet ved regionens lokalsykehus eller kjøp av operasjonsstuekapasitet.

6.10 Evaluering

Det foreslås at en regional prosjektgruppe med relevante fagpersoner evaluerer planen og foreslåtte tiltak om to år.

Høringsutkast til styrene i HF-ene

7 Økonomiske konsekvenser

UNN HF og Helgelandssykehuset HF har fått tildelt midler i forbindelse med reduksjon av ventetider for brystkreft 6.1.1.

For Helgelandssykehuset HF vil disse midlene dekke behovet for plastikk-kirurgisk aktivitet slik skissert i planen.

Midlene tildelt UNN HF er tiltenkt for varig omstilling av drift (vedlegg 3), inkludert tilsetting av ny plastikk-kirurg. Det foreligger ikke informasjon per dags dato hvorvidt realisering av foreslåtte tiltak vil ytterligere øke kostnader.

Ved NLSH vil det som tidligere beskrevet være behov for omstillinger. Disse vil medføre økte omkostninger til plastikk-kirurgisk spesiallege dekning ved Nordlandssykehuset. Det vil dessuten være økte utgifter til sykepleierbemanning ved kirurgisk Brystdiagnostisk senter, operasjonsavdelingen og på sengeposten.

Kostnaden som oppstår i forbindelse med denne omstillingen gjengis i tabellen nedenfor.

Tabell 9: Kostnader knyttet til omstilling av drift ved behandling av brystkreftpasienter med primærprotese eller onkoplastiske inngrep

| Ressurs | Fast lønn inkl FP | KLP | AGA (7,9 %) | AGA KLP | Fast lønn inkl FP |
|---|-------------------|---------|-------------|---------|-------------------|
| 0,4 sykepleier K-BDS | 160 000 | 42 064 | 12 640 | 3 323 | 218 027 |
| 0,4 sykepleier poliklinikk | 160 000 | 42 064 | 12 640 | 3 323 | 218 027 |
| 0,75 sykepleier sengepost | 300 000 | 78 870 | 23 700 | 6 231 | 408 801 |
| 1,2 spesialsykepleier dagkirurgi | 540 000 | 141 966 | 42 660 | 11 215 | 735 841 |
| 1,0 plastikkirurg | 1 400 000 | 247 940 | 110 600 | 19 587 | 1 778 127 |
| | 2 560 000 | 552 904 | 202 240 | 43 679 | 3 358 823 |
| Til fratrekk kommer kostnaden som allerede løper ifm innleie: (For to dager hver annen uke i 20 uker: $30.000 \times 1,3 \times 20 = 780000$): | | | | | 780 000 |
| Forbruksutgifter | | | | | 200 000 |
| Totalt finansieringsbehov | | | | | 2 778 823 |

8 Risikovurdering

Regional plan for plastikk-kirurgi i Helse Nord skal vise hvordan tjenesten på dette området skal være organisert for å sikre et plastikk-kirurgisk tilbud tilpasset dagens og fremtidige behov. For å oppnå målet er det viktig at tiltak som er foreslått i planen gjennomføres faktisk gjennomføres og at de viser ønsket effekt.

Prosjektgruppen har derfor sett på de viktigste risikomomentene som kan hindre at oven nevnte mål oppnås.

Den totale risikoen er vurdert som produkt av konsekvens og sannsynlighet etter følgende skjema:

Tabell 10: Vurdering av risiko

| Produkt (S*K) | Risiko | Tiltak |
|---------------|----------------|--|
| 1-4 | lav risiko | Akseptabel risiko. Eventuelle tiltak kan iverksettes, men er ikke påkrevd |
| 5-12 | middels risiko | Tiltak bør iverksettes så snart det er praktisk og økonomisk mulig. |
| 15-25 | høy risiko | Risikoreduserende tiltak er påkrevd straks eller innen en fastsatt tidsfrist som kan aksepteres av berørte parter. |

For vurdering av konsekvens er følgende kriterier for endring i pasientens helsetilstand lagt til grunn. I pasientens helsetilstand inngår også ventetid som en viktig faktor.

Tabell 11: Vurdering av konsekvens

| Konsekvens | Pasientens helsetilstand |
|---------------------------|---|
| 1: ubetydelig | Ingen påvist helseskade |
| 2: lav | Lettere, forbigående helseskade uten varig mén |
| 3: middels | Reversibel helseskade Uheldige belastninger Moderate skader |
| 4: alvorlig | Irreversibel helseskade Tap av leveår Prognosetap |
| 5: svært alvorlig/kritisk | Tap av liv Svært alvorlig skade Høygradig invaliditet |

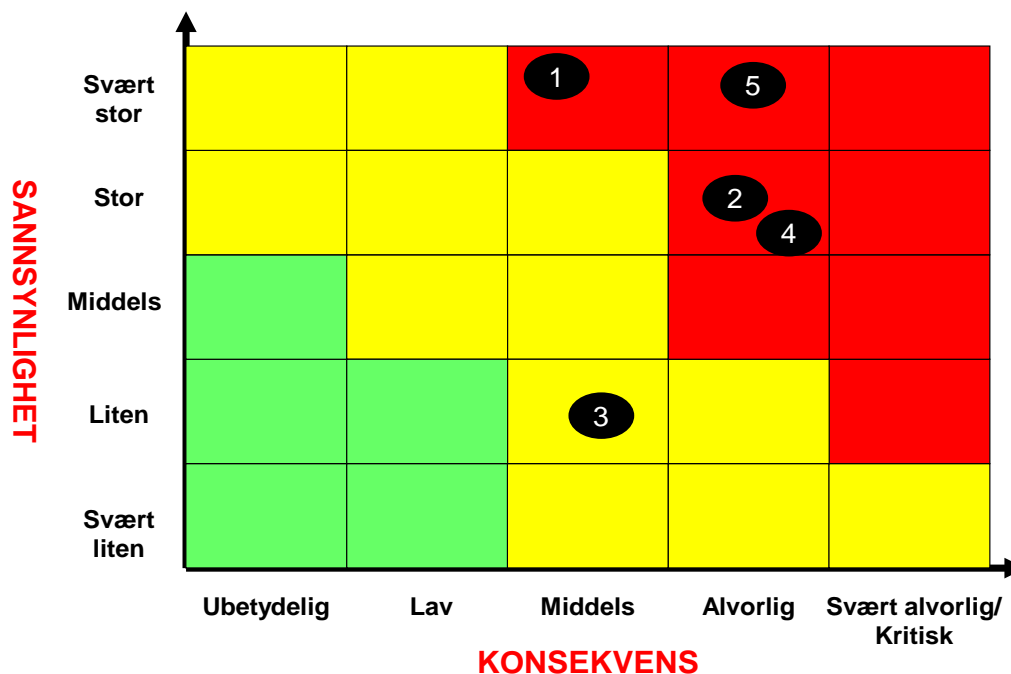
Sannsynlighet er gradert på tilsvarende måte fra 1 til 5, fra "svært lite sannsynlig, det betyr" til "svært sannsynlig".

8.1 Mål: Foreslåtte tiltak i planen blir gjennomført

Risikoelement

1. Operasjonskapasitet i Tromsø økes ikke tilstrekkelig.
2. Det ansettes ikke plastikk-kirurg i Bodø.
3. Det etableres ikke forutsigbare ambuleringsordninger til Finnmark.
4. Sengekapasiteten i Bodø økes ikke tilstrekkelig for å kunne etablere planlagt tilbud.
5. Sengekapasiteten i Tromsø økes ikke tilstrekkelig for å kunne øke det plastikk-kirurgiske tilbudet som planlagt.

Vurdering av risiko



Tabell 12: Tiltak rettet mot risikoer i rød eller gul sonesone

| Risiko | Risikoskår | Tiltak |
|---|------------|---|
| 1. Operasjonskapasitet i Tromsø økes ikke tilstrekkelig | 15 | Stille tydelige krav om implementering av planen i styrende dokumenter som OD og styrevedtak. Opprettholde satsing på rekruttering og utdanning av spesialsykepleiere. Jobbglidning Drifteffektivisering |
| 2. Det ansettes ikke plastikk-kirurg i Bodø. | 16 | Stille tydelige krav med tidsfrist i styrende dokumenter som OD og styrevedtak. Intensivere prosessen med ansettelse |

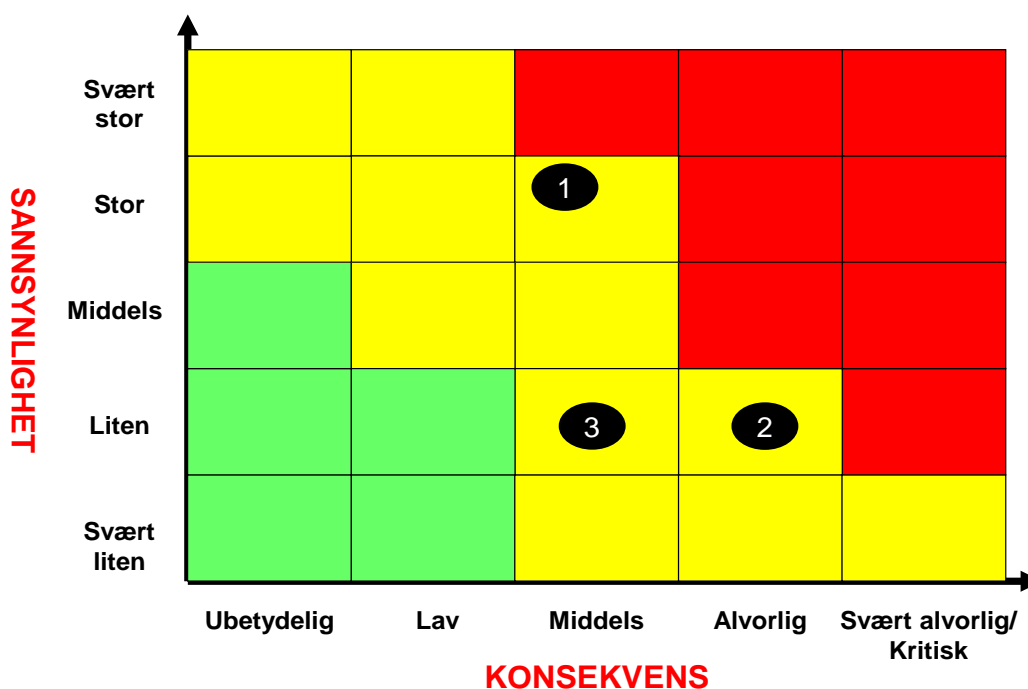
| Risiko | Risikoskår | Tiltak |
|--|------------|---|
| 3. Det etableres ikke forutsigbare ambuleringsordninger til Finnmark. | 6 | Stille tydelige krav med tidsfrist i styrende dokumenter som OD og styrevedtak. |
| 4. Sengekapasiteten i Bodø økes ikke tilstrekkelig for å kunne etablere planlagt tilbud. | 16 | Stille tydelige krav om implementering av planen i styrende dokumenter som OD og styrevedtak. |
| | | Det må avklares internt i Nordlandssykehuset hvordan sengekapasiteten kan sikres. |
| 5. Sengekapasiteten i Tromsø økes ikke tilstrekkelig for å kunne øke det | 20 | Stille tydelige krav om implementering av planen i styrende dokumenter som OD og styrevedtak. |
| | | Det må avklares internt i UNN hvordan sengekapasiteten kan sikres. |

8.2 Mål: Foreslåtte tiltak i planen viser ønsket effekt

Risikoelement

1. Fritt behandlingsvalg.
2. Sårbarhet ved små fagmiljøer.
3. Gjennomførte tiltak er fremdeles ikke tilstrekkelig pga for eksempel økt etterspørsel og endring i sykdomsbehandling.

Vurdering av risiko



Tabell 13: Tiltak rettet mot risikoer i rød eller gul sonesone

| Risiko | Riskoskår | Tiltak |
|---|-----------|---|
| 1. Fritt behandlingsvalg | 12 | Sikre god kvalitet |
| | | Sørge for kort ventetid |
| | | Lage pasientforløp |
| | | God informasjon |
| 2. Sårbarhet ved små fagmiljøer | 8 | Etablere forpliktende nettverk mellom fagmiljøene i regionen |
| | | Tett samarbeid mellom foretakene i henhold til beskrevne tiltak i planen |
| 3. Gjennomførte tiltak er fremdeles ikke tilstrekkelig pga for eksempel økt etterspørsel og endring i sykdomsbehandling | 8 | Rett prioritering |
| | | Øke kapasiteten ved for eksempel bruk av prosjekt eller kjøp av operasjonsstuer |

Høringsutkast til styrene

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1 - PROSJEKTBEKRIVELSE

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:
Anca Heyd, 75 51 29 81

Sted/Dato:
Bodø, 17.09.12

Prosjektnavn

Regional handlingsplan for plastikk-kirurgi i Helse Nord

Oppdragsgiver

Helse Nord RHF v/ administrerende direktør

Prosjekteier

Helse Nord RHF v/ fagdirektør

Bakgrunn

Behovet for plastisk kirurgiske inngrep har endret seg de senere år i tråd med utviklingen av behandlingstilbud. De største pasientgruppene er pasienter med sykkelig overvekt og pasienter med brystkreft.

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge. I 2009 ble det registrert 2745 nye tilfeller. Omtrent halvparten av disse kvinnene får utført en fjerning av brystet, resten blir behandlet med brystbevarende operasjon. Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utarbeidet et forslag til hvordan rekonstruksjon etter brystkreft skal integreres i pasientforløpet. Rapporten ligger til behandling hos HOD. Rapporten viser til at antatt behov for ulike større rekonstruktive inngrep vil være ca 950 pasienter årlig i Norge. I tillegg vil det være behov for reduksjonsplastikker kontralateralt, skifte av proteser og diverse mindre korreksjoner samt primære onkoplastiske inngrep.

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett er Helse Nord styrket med 4,5 millioner kroner til å få ned ventetid på bryst rekonstruksjon.

I 2011 har alle foretakene i Helse Nord gjennomført utredning av pasienter med sykkelig overvekt i tråd med regionale henvisningsrutiner og nasjonale retningslinjer, Disse tiltakene har økt kapasiteten både på utredning og behandling i foretaksgruppen. Økt antall operasjoner har medført økt behov for plastisk kirurgi. Det er vanskelig å fastslå

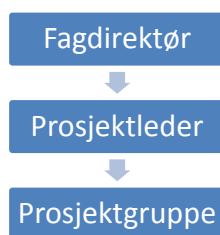
eksakt hvor stor andel av befolkningen som har $KMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$. Nye tall tyder på at hver femte nordmann (20 %) har fedme ($KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), mens det er sannsynlig at en av femti (2 %) har sykkelig fedme.

Forankring

Forslag til gruppens sammensetning og mandat er behandlet i direktør- og fagsjefmøte. RBU og konserntillitsvalgte har drøftet saken og gitt sin tilslutning..

Planen skal sendes på høring før den legges frem for styret og evalueres etter 2 år.

Prosjektorganisering



Fagdirektør i Helse Nord har det overordnede ansvaret for prosjektet og er ansvarlig for godkjenning og oppfølging av prosjektets rammer, og har derved både en bevilgende og kontrollerende rolle.

Prosjektet organiseres ved en prosjektgruppe og en prosjektleder.

Medisinsk rådgiver Anca Heyd i Helse nord RHF, seksjon somatikk og laboratorietjenester er prosjektleder. Hun er ansvarlig for at prosjektgruppen følger opp i henhold til prosjektbeskrivelsen, sørger for at nødvendige beslutninger tas, og dokumenterer arbeidet. Prosjektleder rapporterer i linjen til fagdirektør.

Det er viktig med en bredt sammensatt prosjektgruppe med rett kompetanse, for å sikre et godt utredningsarbeid. Etter behandling i direktør- og fagsjefmøte, RBU og Samarbeidsmøte med konserntillitsvalgte er det vedtatt følgende sammensetning for prosjektgruppen:

- *Plastikk-kirurg* – UNN – Erling Bjordal
- *Bryst- og endokrin kirurg* – NLSH – Viggo Funder
- *Generell kirurg/ gastrokirurg* – Gunnleiv Birkeland
- *Avdelingsleder eller lign. operasjon/DKI* - Finnmarkssykehuset
- *Brukerrepresentant* – oppnevnt av Regional brukerutvalg: Randi Persson
- *Sykepleier med plastikk-kirurgisk erfaring* – UNN: May-Liss Johansen
- *Klinikkjef plastikk-kirurgi* – UNN: Jens Munch Ellingsen

Prosjekt gjennomfører

Prosjektet gjennomføres av Helse Nord RHF.

Avgrensning

Prosjektet avgrenses til å omfatte kapasitet, struktur og utnyttelse av det plastikk-kirurgiske tilbudet i Helse Nord.

Formål

HOD har bedt de regionale helseforetakene å sikre tilstrekkelig plastikk-kirurgisk tilbud til nevnte pasientgrupper tilpasset dagens og fremtidig behov. Formålet med prosjektet er å foreslå hvordan dette kan løses samtidig som det ivaretas et godt tilbud til spesielt barn som trenger plastikk-kirurgiske inngrep.

Mandat for prosjektet

Prosjektgruppen skal:

- Gi en kort beskrivelse status i forhold til:
 - Organisering
 - Ressurser
 - Utdanning/ kompetanse
 - Funksjonsfordeling
- Beskrive fremtidige behov, inkludert:
 - nødvendige personellressurser (sykepleier, brystkirurg, plastikk-kirurg, generell kirurg etc.)
 - operasjonskapasitet
 - sengekapasitet
 - poliklinisk kapasitet
 - utdanningskapasitet
 - eventuelt kjøp fra private
- Identifisere flaskehals inkludert forslag til løsninger
- Utarbeide forslag til organisering som sikrer en god og effektiv bruk av tilgjengelige ressurser i regionen i dag og i fremtiden (legerressurs, operasjonskapasitet, behandlingsnivå/sykehusnivå)
- Utarbeide plan for oppbygging av kompetanse, som tar hensyn til behovet for å ta ned ventelister og samtidig er tilpasset fremtidig forventet volum og tilgjengelige ressurser.
- Utarbeide plan for å redusere ventelister i løpet av 2-3 år, inkludert:
 - Nødvendige ressurser (sykepleier, brystkirurg, plastikk-kirurg, generell kirurg, andre?)
 - operasjonskapasitet
 - sengekapasitet
 - mulighet for å bruke ressurser på lokalsykehus

- eventuelt kjøp fra private
- økonomiske konsekvenser
- Fremme forslag til fordeling/bruk av midlene som er tildelt i revidert statsbudsjett som ivaretar kravet fra HOD om reduksjon av ventetid både på kort og lang sikt
- Definere retningslinjer for helhetlige standardiserte pasientforløp for pasienter med sykkelig overvekt og pasienter med brystkreft, på tvers av primær og spesialisthelsetjenesten, i tråd med nasjonale retningslinjer og regional funksjonsfordeling

Øvrige rammebetingelser

Prosjektperiode

Prosjektet startes opp 24.september og planlegges slutført 15.februar 2013. Det legges opp til ca 3-4 heldagsmøter.

Leveranser

Prosjektplan skal forelegges fagdirektør innen 1. mars 2013.

Budsjett for prosjektet

Kostnader knyttet til prosjektet vil i hovedsak knytte seg til reiser og leie av møtelokaler. Det legges opp til at prosjektgruppemøtene avholdes vekselvis i Bodø og Tromsø.

Finansiering

Det er ikke avsatt midler for kostnader knyttet til prosjektarbeidet. Prosjektgruppen må enes hvorvidt midler innvilget fra HOD skal brukes eller om kostnader for reise og opphold skal dekkes av det enkelte foretak.

Risiko

Det er viktig å etablere langsiktige løsninger som ikke bare løser dagens utfordringer, men som i møtekommer fremtidige behov og struktur for dette behandlingstilbudet. En sterk satsing på fedme- og brystkreft pasienter kan påvirke ventetid for andre pasientgrupper som trenger plastikk-kirurgi. Dette gjelder særlig barn. Et større kjøp av tjenester fra private tilbydere kan påvirke dekningen av plastikk-kirurger i det offentlige.

9.2 Vedlegg 2: Kirurgisk behandling av sykelig fedme, bariatrisk kirurgi

Bestilling fra Helse Nord

I forbindelse med planen for plastikk-kirurgi er Helse Nord i behov av data for å anslå behov for framtidig kosmetisk korreksjon av overskudd av hud på buken (hudforkle).

Det ønskes framstilt datagrunnlag for;

-Antall pasienter i regionen som er operert for sykelig overvekt (også de som er operert utenfor regionene) de siste 4 årene.

-Antall pasienter som er operert med bukplastikk de siste 4 årene (også de som er operert utenfor regionen) de siste 4 årene; prosedyre QBJ 30, diagnose E65 og Z98.0.

Det er også ønskelig å få tall på pasienter som har gått betydelig ned i vekt med konservativ behandling. Det er stor usikkerhet knyttet til å identifisere disse pasientene i NPR. Korrekte tall forutsetter en spesifikk diagnose noe som ikke finnes på denne pasientgruppen. Denne pasientgruppen behandles både i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegen.

Bestiller; Anca K. Heyd, fagavdelingen, Helse Nord RHF

Analyser utført av Lise Balteskard, SKDE, Helse Nord RHF

Innhold

| | |
|--|---|
| Bakgrunn..... | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| Metode | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| Resultater..... | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| Pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført bariatrisk kirurgi, 2008-11..... | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| Pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført bariatrisk kirurgi og senere kosmetisk korreksjon av hud på buk | 48 |
| Pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført kosmetisk korreksjon av hud på buk uten forutgående bariatrisk kirurgi | 49 |
| Framtidig behov for bariatrisk kirurgi og postbariatrisk plastikk-kirurgi | Feil! Bokmerke er ikke definert. |

Bakgrunn

Forekomst av fedme både hos barn og voksne er et økende problem i Norge. Fedme øker risiko for en rekke sykdommer som diabetes 2, hjerte- og karsykdommer, slitasjeplager i kne, hofta og rygg, galleblæreplager og øker risiko for noen kreftsykdommer.

Konservativ behandling i form av diett og økt aktivitet fører ikke alltid til tilstrekkelig vekttap. I noen tilfeller som defineres som sykkelig overvekt, kan kirurgi være en av flere komponenter i en vellykket behandling. Nye matvaner og mosjon er forutsetning for et godt resultat og i dette trenger pasientene støtte, undervisning og god oppfølging fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Vekttap på 50-100 kg i løpet av 1-2 år er vanlig. Behandlingen er således multidisiplinær: kirurgi, klinisk ernæringsfysiologi, sykepleie, fysioterapi og plastikk-kirurg.

Vektreduserende kirurgi, også kalt bariatrisk kirurgi, startet for alvor i 2004 i Norge. I 2009 kom *Prioriteringsveilederen for sykkelig overvekt* og det akkumulerte seg fort en venteliste med pasienter med rettigheter som det har tatt tid å tilby behandling som inkludere kost- og livsstilsendring i forkant av kirurgi. Helse Nord hadde liten operasjonskapasitet og måtte derfor benytte private sykehus. Helse Nord er nå à jour og det er antatt at det for framtida er et lavt behov for behandling av rettighetspasienter ved private sykehus. Det er Nordlandssykehuset HF, Bodø, som er regionens kompetansesenter på dette området.

I forbindelse med regional plan for plastisk kirurgi i Helse Nord ønsket prosjektgruppen en deskriptiv analyse av antall pasienter som har gjennomgått bariatrisk kirurgi og som dermed er kandidater for postbariatrisk kirurgi, dvs nødvendig, korrigerende plastikk-kirurgi som en konsekvens av det store vekttapet. Det gjøres flest plastikk-kirurgiske inngrep på mage, arm og lår, men også på bryst, hofta og sete kan det være behov for korrigerende kirurgi. Det er usikkert hvor mange av de som er operert for overvekt som kommer til å trenge plastikk-kirurgi, ca en tredjedel er et nøkternt estimat. Med et økende antall som opereres for sykkelig overvekt (rettighetspasienter), kommer også behovet for plastikk-kirurgi for denne gruppen til å være økende for den offentlige spesialisthelsetjenesten i årene framover.

Metode

Datakilde: Norsk Pasientregister, personentydige data for årene 2008-2011

Pasienter operert for overvekt er identifisert ved disse prosedyrekodene i NCSP;

- JDF10 Ventrikkelbypass (høy-volumprosedyre)
- JDF11 Laparoskopisk ventrikkelbypass (høy-volumprosedyre)
- JDF96 Annen voluminnskrenkende operasjon på ventrikkel (mest Gastric sleeve, lavt volum)
- JDF97 Annen laparoskopisk voluminnskrenkende operasjon på ventrikkel (mest Gastric sleeve, lavt volum)

Disse prosedyrekodene er vurdert, men har lavt volum og benyttes på annen indikasjon enn sykkelig overvekt. De er derfor ikke brukt for å identifisere pasientgruppen til denne analysen

- JDF20 Ventrikkelbanding (1-2 pasienter per år i Norge, benyttes ved lett overvekt)
- JDF21 Laparoskopisk ventrikkelbanding (1-2 pas. per år i Norge, benyttes ved lett overvekt)
- JDF32 Endoskopisk nedlegging av ekspanderende fremmedlegeme i ventrikkel (1-2 per år)

Pasienter operert med korrigerende plastikkirurgi er identifisert ved prosedyrekoden i NCSP;

- QBJ30 Korreksjon av abdominalt hudforkle

Denne er satt som en "markør" på postbariatrisk kirurgi. Det er ikke søkt etter prosedyrer for korreksjon av løs eller overskudd av hud på andre steder av kroppen.

Diagnosekoder fra ICD-10 som er brukt i analysen

- E660 Fedme som skyldes høyt kaloriinntak
- E661 Legemiddelutløst fedme
- E662 Ekstrem fedme med alveolær hypoventilasjon
- E668 Annen spesifisert fedme
- E669 Uspesifisert fedme
- **E65** Lokalisert fedme
- R22 Lokalisert hevelse, oppfylling og kul i hud og underhudsvev (benyttes i Helgelandssykehuset HF)
- Z713 Diettveiledning og - tilsyn

Fra ISF-systemet

- DRG 910C Poliklinisk konsultasjon vedr fedme og overvekt.

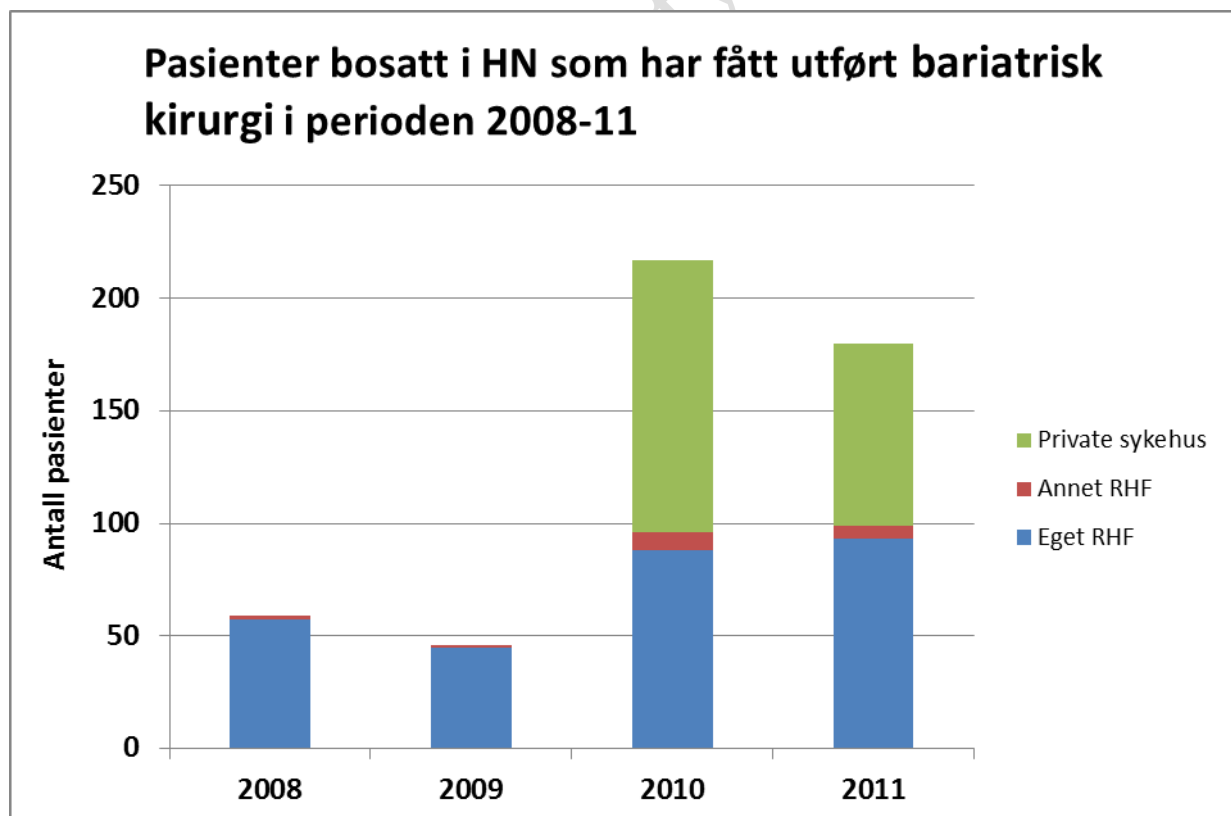
Resultater

Pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført bariatrisk kirurgi, 2008-11

Det er en tydelig økning i antall pasienter fra 2010. Dette er et sannsynlig resultat av *Prioriteringsveilederen for sykkelig overvekt* som kom i 2009. Private sykehus behandlet et stort antall pasienter i 2010, men færre i 2011 uten at «egenproduksjonen» i Helse Nord økte. En mulig forklaring kan være at den akkumulerte ventelisten allerede var redusert slik at behovet for å behandle rettighetspasienter hos private aktører ikke var like stort.

| Behandler | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------|-----------|-----------|------------|------------|
| Eget RHF | 57 | 45 | 88 | 93 |
| Annet RHF | 2 | 1 | 8 | 6 |
| Private sykehus | 0 | 0 | 121 | 81 |
| Totalt | 59 | 46 | 217 | 180 |

Tabell 14. Antall pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført Gastric bypass (de fleste) eller Gastric sleeve (noen få) i perioden 2008-2011, fordelt på behandlende enhet



Figur 1. Antall pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført Gastric bypass (de fleste) eller Gastric sleeve (noen få) i perioden 2008-2011, fordelt på behandlende enhet og år.

Pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført bariatrisk kirurgi og senere kosmetisk korreksjon av hud på buk

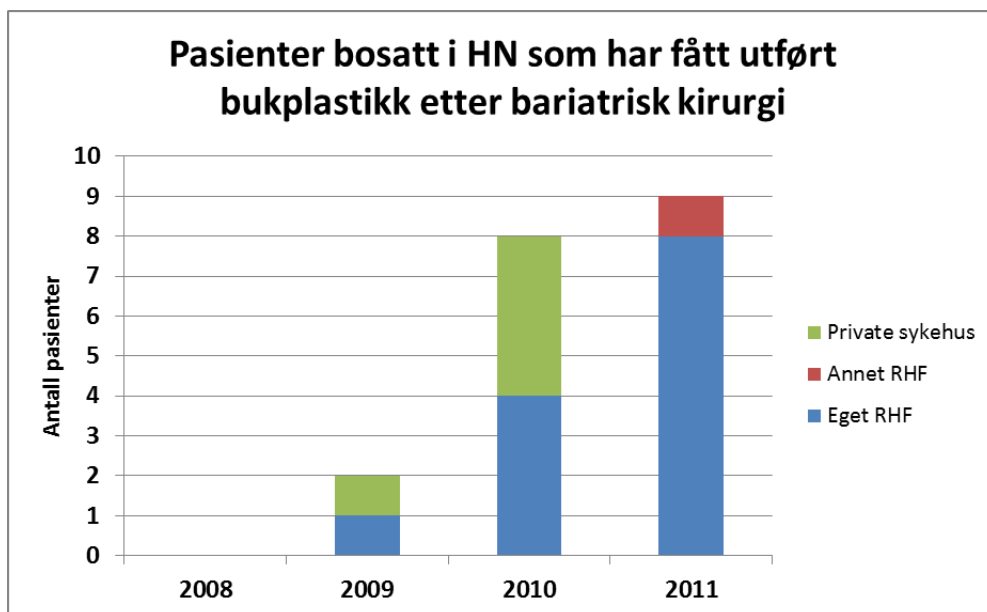
Det er anbefalt å vente i 2 år etter bariatrisk kirurgi før det utføres korrigerende kosmetisk kirurgi. Det store antall pasienter som fikk utført bariatrisk kirurgi i 2010-11 forventes derfor ikke å ha behov for plastikk-kirurgi før i 2013 og utover.

Pasienter som har fått utført en kosmetiske hudoperasjon på trunkus (*QBJ30 Korreksjon av abdominalt hudforkle*) etter tidligere bariatrisk kirurgi definert ved prosedyrene (*JDF10, JFD11, JDF96, JDF97*), er identifisert. Det er ikke tilleggskrav om diagnose for dette utvalget av pasienter som først har fått utført bariatrisk kirurgi og senere *QBJ30*. Det er veldig få bosatte i Helse Nord som fått utført slik korrigerende kirurgi i følge NPR som datakilde. Intervallet mellom bariatrisk kirurgi og bukplastikken varierte fra 327 til 1215 dager. Privat sykehusvirksomhet uten avtale med RHFene og dermed uten refusjonsrett, har SKDE ikke data-tilgang på. Noen pasienter kan ha fullfinansiert slike korrigerende kosmetiske inngrep selv.

Det er operert ca 200 per år for antatt sykkelig overvekt. Dersom en tredjedel har framtidig behov for postbariatrisk kirurgi, vil det bli ca 60 -70 pasienter per år. Hver av disse vil sannsynligvis kreve flere og tidkrevende inngrep.

| QBJ30 | Behandlerende sykehus | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Eget RHF | UNN Tromsø | | | | 1 |
| | UNN Harstad | | | 1 | |
| | NLSH Bodø | | 1 | 2 | 4 |
| | Helgelandssykehuset Mosjøen | | | 1 | 3 |
| Annet RHF | Molde sjukehus | | | | 1 |
| Private sykehus | Private sykehus | | 1 | 4 | |
| Totalt | | 0 | 2 | 8 | 9 |

Tabell 2. Antall pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført bariatrisk kirurgi i form av Gastric bypass eller Gastric sleeve og senere kosmetisk korreksjon av hud på buk i perioden 2008 - 2011, fordelt på behandlende enhet.



Figur 2. Antall pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført bariatrisk kirurgi i form av Gastric bypass eller Gastric sleeve og senere kosmetiske korreksjon av hud på buken (QBJ30) i perioden 2008 - 2011, fordelt på behandlende enhet.

Pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført kosmetisk korreksjon av hud på buk uten forutgående bariatrisk kirurgi

Kosmetiske hudoperasjoner på trunkus etter prosedyren QBJ30 Korreksjon av *abdominalt hudforkle* er også utført hos pasienter som ikke tidligere har fått utført bariatrisk kirurgi. Det er uklart for SKDE om det er stor variasjon i bruk av denne prosedyren. Det er mulig at små og store inngrep kodes med samme prosedyre. Dette må fagmiljøet selv svare på .

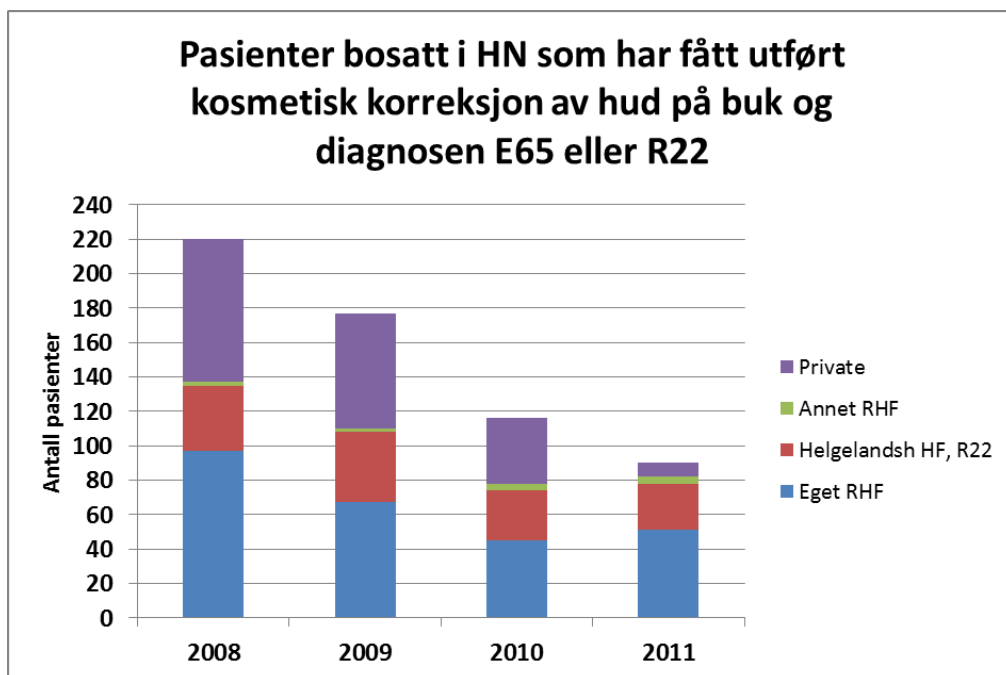
En mulig feilkilde er at disse pasientene har fått utført bariatrisk kirurgi før 2008, dvs før SKDEs personentydig datasett fra NPR starter.

Noen pasienter har diagnosen E65 *Lokalisert fedme* i sitt pasientforløp og får utført prosedyren QBJ30 *Korreksjon av abdominalt hudforkle*. Det er da rimelig å anta at indikasjonen for kirurgien er *lokalisert fedme* selv om diagnosen ikke alltid er gitt i samme opphold som prosedyren. Fra prosjektgruppen for plastikk-kirurgi i Helse Nord kom det et innspill om at Helgelandssykehuset HF benyttet diagnosen R22 *Lokalisert hevelse, oppfylling og kul i hud og underhudsvev* som et alternativ til E65. Denne kodepraksisen gjenfinnes ikke ved andre behandlingssteder i kombinasjon med QBJ30. Ettersom det er en viss usikkerhet heftet med bruken av denne diagnosen, er pasientgruppen R22 ikke slått sammen med de som er kodet som E66 *lokalisert fedme*. Denne type kirurgi utføres ved 7 av lokalsykehusene i Helse Nord og synes ikke å være

sentralisert. Flest inngrep gjøres ved Mosjøen sykehus, men denne aktiviteten skiller seg altså litt fra den øvrige ved at prosedyrekoden er den samme, men diagnosekoden er R22 Lokalisert hevelse. Pasienter operert ved Mosjøen er bosatt i opptaksområdene til de tre Helgelandssykehusene, Mosjøen, Mo i Rana og Sandnessjøen. Et fåtall (2-4) pasienter hvert år kommer fra Bodø, Vesterålen, Narvik eller Harstad.

| QBJ30 + E65 | Behandlerende sykehus | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Eget RHF | Klinikk Kirkenes | 12 | 4 | 7 | 5 |
| | Klinikk Hammerfest | 7 | 4 | 5 | 4 |
| | UNN HF | | 21 | | |
| | UNN Tromsø | 10 | | 7 | 5 |
| | UNN Harstad | 20 | | 4 | 8 |
| | NLSH Vesterålen | 31 | 13 | | 1 |
| | NLSH Bodø | 17 | 25 | 22 | 28 |
| QBJ30 + R22 | Helgelandssykehuset Mosjøen | 38 | 41 | 29 | 27 |
| Annet RHF | Sykehuset Namsos | | | | 1 |
| | St. Olavs hospital, Trondheim | | 1 | 2 | 1 |
| | Molde sjukehus | | | | 2 |
| | Stavanger universitetssykehus | | | 1 | |
| | Sykehuset Telemark Rjukan | 2 | 1 | | |
| | Sørlandet sykehus | | | 1 | |
| Private sykehus | Private sykehus | 83 | 67 | 38 | 8 |
| Totalt | | 220 | 177 | 116 | 90 |

Tabell 3. Antall pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført kosmetiske korreksjon av hud på buken (QBJ30) og har diagnosen E65 Lokalisert fedme eller R22 Lokalisert hevelse, oppfylling og kul i hud og underhudsvev i perioden 2008-2011, fordelt på behandlerende enhet. Disse pasientene har ikke tidligere fått utført bariatrisk kirurgi.



Figur 3. Antall pasienter bosatt i Helse Nord som har fått utført kosmetiske korreksjon av hud på buken (QBJ30) og kombinasjon med diagnosen E65 Lokalisert fedme i perioden 2008 2011, fordelt på behandlerenhet. Disse inngrepene er ikke knyttet opp mot bariatrisk kirurgi.

Framtidig behov for bariatrisk kirurgi og postbariatrisk plastikkkirurgi

Prosjektgruppen ønsket et estimat over pasienter som er i konservativ behandling for overvekt i regi av spesialisthelsetjenesten. Dette er pasienter som sannsynligvis er kandidater for bariatrisk kirurgi og dermed også muligens også er i behov av framtidig behov for korrigerende kosmetisk kirurgi.

Pasienter som er i konservativ behandling, dvs. i et opplegg for å endre livsstil og redusere vekten, er forsøkt identifisert etter følgende kriterier;

1. Diagnosen E66 Fedme
2. Diagnosen Z713 Diettveiledning og – tilsyn (ved flere sykdomstilstander, blant annet fedme)
3. Poliklinisk konsultasjon gruppert til DRG 910C Poliklinisk konsultasjon vedr fedme og overvekt.

Det ble funnet et lite utvalg av pasienter som lite sannsynlig representerer den gruppen som man ønsker å identifisere. Ved UNN HF ble det for perioden 2008-10 bare funnet 13 pasienter som oppfylte kriteriene og kun en av disse hadde mer en et oppmøte. Det ble også funnet kreftpasienter med spredning som fikk dietttråd. Diagnosen *E66.0 Fedme* var satt, muligens var det ment å kode med *E44 Underernæring*? NPR er ikke egnet som datakilde for å identifisere pasienter som er i et konservativt behandlingsopplegg for overvekt.

Ettersom korrigerende plastikk-kirurgi skal utføres ca to åreter bariatrisk kirurgi, har de som skal planlegge denne virksomheten gode styringsdata uten å ta inn usikre estimat om antall pasienter i et opplegg med konservativ behandling.

Høringsutkast til styrene i HF-ene

9.3 Vedlegg 3: Økning brystrekonstruksjoner UNN 2013

UNN HF ved Ortopedisk- og plastikk-kirurgisk avdeling kan øke antall behandlede brystrekonstruksjoner for 2013 med 30 DIEP og 30 proteseoperasjoner. Dette vil være mer enn en dobling av planlagt aktivitet innenfor disse gruppene. Vi vil med denne aktiviteten halvere ventelisten på DIEP og bringe den ned til 1 år og fjerne ventelisten for brystrekonstruksjoner med andre teknikker. I tillegg er det startet arbeid sammen med K3K vedrørende økning av primærrekonstruksjoner der hvor det er medisinsk indisert. Dette vil i seg selv redusere behovet for sekundær rekonstruksjoner men er mer ressurskrevende i forbindelse med primæroperasjonen. Blant annet krever det en reomlegging fra dag til døgn for disse pasientene.

I tillegg vil ORPL med en økning i antall plastikk-kirurger/håndkirurg få kapasitet til å bidra til et tettere samarbeid med BDS i Nordlandssykehuset slik at målet om flere onkoplastiske operasjoner og primærrekonstruksjoner også oppnås der.

UNN mangler spesialsykepleiere innenfor operativ virksomhet slik at det i seg selv ikke er mulig å øke denne kapasiteten for inneværende år. En økning av brystrekonstruksjoner fordrer derfor en betydelig omlegging av eksisterende driftsmåte og berører flere klinikker.

For å illustrere problemet med operasjonskapasitet kan man se på følgende:

Plantall 2012 for antall stuekapasiteter for innsuset elektiv kirurgi for NO klinikkens virksomhet i Tromsø har frem til 211112 vært 766. Av dette er 95.5 stuekapasiteter strøket pga av manglende kapasitet i OPIN slik at tilgjengelig antall stuekapasiteter hittil i år har vært 670.5 stuer. I tillegg estimerer vi at 30.5 stuekapasiteter har vært benyttet av grønn og blå ø.hjelp slik at tilgjengelige stuer til elektiv kirurgi i realiteten har vært 640 stuekapasiteter. Plantall for elektive stuer gitt til NO klinikkens fagområder har også vært uendret over svært mange år.

Dette bildet kan settes inn i en mer konkret virkelighetsbeskrivelse. Dersom vi øker fra 30 til 60 DIEP inngrep i 2013 så vil **nesten 10 %** av tilgjengelig kapasitet av innsusede elektive stuer for hele NO klinikken i Tromsø bli benyttet til dette (1 DIEP beslaglegger 1 stuekapasitet). NO klinikken har også fag som ortopedi, nevrokirurgi, ØNH, hud (laserbehandling i narkose) og oralkirurgi som i tillegg til annen plastikk-kirurgi skal dele på den resterende kapasitet.

Tilbakemeldinger fra OPIN er at denne situasjonen mest sannsynlig ikke vil bedre seg i 2013 og mangelen på operasjonssykepleiere vil heller bli større. Gjennom ø.hjelps prosjekt og bedre koordinering av samhandlingen mellom OPIN og NO har man for inneværende år maktet å opprettholde produksjonen i en situasjon med stadig færre operasjonssykepleiere. Det vil i klartekst si at den minste reduksjon i kapasitet/effektivitet eller tilførsel av nye oppgaver vil medføre at pasienter må skyves ut fra behandlingslinjene.

Vår plan innebærer samarbeid med AnOp og Pasienthotell slik at flere pasienter kan behandles ved PPK som er en enhet i ORPL poliklinikk med 2 operasjonsstuer for poliklinisk kirurgi. Disse stuene planlegges brukt til større kirurgiske inngrep enn hva som tidligere har vært gjort der. Denne omleggingen krever i tillegg til nytt utstyr også

økning i personale deriblant operasjonssykepleier og anestesilege. Omleggingen gjør også at man må tilføres areal fra andre klinikker (HLK og K3K) og deretter erstatte dette med andre alternativer slik at deres drift ikke berøres. Gjennom tidligere prosjektarbeid er det allerede skaffet god erfaring med at håndkirurgiske pasienter kan gis et kvalitativt godt tilbud gjennom en slik omlegging. Omleggingen er helt avhengig av at det kan tilbys regional anestesi ved PPK. Listen over kostnader inneholder derfor mange kostnader som ikke direkte er knyttet opp mot brystrekonstruksjoner men er en forutsetning for å etablere alternativ for de pasienter som flyttes når brystrekonstruksjoner prioriteres inn i eksisterende kapasitet.

Isolert for brystrekonstruksjonene må vi ansette 2 nye sykepleiere (1 oppvåkning, 1 sengepost) og lære opp flere sykepleiere i oppvåkningen og ved sengepost slik at pasientene sikres god overvåkning og pleie. Omleggingen innebærer også behov for sekretær slik at god pasientlogistikk i det som vil bli en aktivitetsøkning og en mer komplisert organisasjon sikres.

| Innsatsfaktor | Engangssum | Måned | Årstotal |
|--|------------|--------|-------------------|
| Anestesilege PPK , 0.5 stilling | | 58 097 | 937 086 |
| Plastikk-kirurg 0,80 % stilling | | 45 458 | 1 016 980 |
| Håndkirurg 100 % | | 56 822 | 1 271 225 |
| Operasjonssykepleier, PPK | | 36 333 | 548 521 |
| Økt sykepleiebemanning sengepost | | 32 000 | 555 572 |
| Økt sykepleiebemanning oppvåkning | | 32 250 | 572 616 |
| Opplæring sykepleiere | 28 000,- | | |
| Operatør varmesøkende kamera | | | 40 000 |
| Sekretær 100 % | | 22 500 | 336 174 |
| Leie av 4 senger pasienthotell 7 dager i uken (10 mnd) | | 70 800 | 708 000 |
| Forbruksmateriell, medikamenter pr. pasient | | | 1200 x 60 =72 000 |
| DIEP microinstrument | 140 000 | | |
| Grundinstrumenter (TRAM brikke, håndkir.brikke og reduksjonsbrikke) | 65 000 | | |
| Mikroinfiltrasjonsinstrument | 10 500 | | |
| Fettsugningsinstrument | 10 000 | | |
| Doppler | 13 000 | | |
| Varmesøkende kamera | 65 000 | | |
| Div. utstyr PPK (håndkirurgi – 2 brikker) | 30 000 | | |
| Overvåknings skjerm PPK | 150 000 | | |
| Sug PPK | 10 000 | | |
| Oksygen PPK | 10 000 | | |
| 2 trillebord m. hjul, middels størrelse PPK (65 cm.x 50 cm.bredde, 60 cm. høyde) | 9 000 | | |
| Assistansebord | 5 000 | | |

| | | | |
|--|-----------|--|------------------|
| Blodtomhetsapparat, Zimmer ATS 1200 | 30 000 | | |
| Endoskopirakk (som følge av stuebytte med K3K ved innslusa operasjon) | 500 000 | | |
| 4 kontorplasser (bygges samtidig med brakkerigg til A-fløy prosjektet) | 1 000 000 | | |
| Ombygging rom til regionalanestesi i PPK | 500 000 | | |
| SUM | 2 575 500 | | 6 058 174 |
| SUM | | | 8 633 674 |

Høringsutkast til styrene i HF-ene

9.4 Vedlegg 4: DIEP økning UNN Tromsø, kortsiktig prosjekt

UNN HF kan øke antall behandlede brystrekonstruksjoner før nyttår med 8 DIEP og 4 proteser. Dette i tillegg til planlagt antall på 8 DIEP og 6 proteser.

Dette kan kun gjøres slik at vi i endrer bruk av et operasjonsteam i uken (onsdager) frem til nyttår. For de pasienter som vi normalt ville behandlet med dette operasjonsteamet/sengeplassene må vi finne alternativer. Vi kan gjøre omleggingen slik at de pasienter som flyttes hovedsakelig er håndkirurgiske pasienter. I tillegg vil det komme kostnader ved økt sykepleiebemanning ved oppvåkning og sengepost. Vi anser det som forsvarlig for de fleste av disse pasienter å bli operert ved PPK stuen med påfølgende opphold i pasienthotell i C9 som ligger i etasjen over ORPL sengepost. Dersom disse skal behandles ved PPK må det være anestesilege tilstede for regionalblokkade.

Vi må også lære opp flere sykepleiere i oppvåkningen og ved sengepost slik at pasientene sikres god overvåkning og pleie. Omleggingen innebærer også behov for sekretær slik at god pasientlogistikk sikres.

| Innsatsfaktor | Kostnad |
|---|-------------|
| Anestesilege PPK | 210 000,- |
| Plastikk-kirurg 1 stilling fom oktober | 335 000,- |
| Økt sykepleiebemanning sengepost/oppvåkning | 246 000,- |
| Operatør varmesøkende kamera | 16 000,- |
| Leie av 3 senger pasienthotell 5 dager i uken | 133 000,- |
| Forbruksmateriell, medikamenter | 76 000,- |
| Opplæring sykepleiere | 28 000,- |
| Sekretær 3 mnd | 90 000,- |
| SUM | 1 134 000,- |

9.5 Vedlegg 5: Oversikt over avdelingsopphold fordelt på omsorgsnivå og fagområde ved UNN Tromsø

| Antall avdelingsopphold fordelt på omsorgsnivå og fagområde - samt om de kommer fra UNN's kommuner eller ikke | | | | | | | | | |
|---|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| | | 2011 | | | Totalt 2011 | 2012 | | | Totalt 2012 |
| Seksjon/fagområde | UNNs kommuner | Dagbehandling | Heldøgn | Poliklinikk | | Dagbehandling | Heldøgn | Poliklinikk | |
| HÅNDKIR | JÅ | 324 | 170 | 2 450 | 2 944 | 413 | 106 | 2 557 | 3 076 |
| | NEI | 110 | 145 | 853 | 1 108 | 125 | 88 | 640 | 853 |
| Totalt HÅNDKIR | | 434 | 315 | 3 303 | 4 052 | 538 | 194 | 3 197 | 3 929 |
| ORTOPEDI | JÅ | 751 | 1 163 | 8 090 | 10 004 | 621 | 1 104 | 8 119 | 8 844 |
| | NEI | 111 | 251 | 901 | 1 263 | 98 | 240 | 892 | 230 |
| Totalt ORTOPEDI | | 862 | 1 414 | 8 991 | 11 267 | 719 | 1 344 | 9 011 | 11 074 |
| PLASTKIR | JÅ | 378 | 166 | 1 264 | 1 808 | 373 | 191 | 1 299 | 863 |
| | NEI | 124 | 120 | 393 | 637 | 83 | 111 | 352 | 546 |
| Totalt PLASTKIR | | 502 | 286 | 1 657 | 2 445 | 456 | 302 | 1 651 | 2 409 |
| (tom) | JÅ | | 4 | 9 | 13 | 1 | 2 | 6 | 9 |
| | NEI | | | 1 | 1 | | | | |
| Totalt (tom) | | | 4 | 10 | 14 | 1 | 2 | 6 | 9 |
| Totalsum | | 1 798 | 2 019 | 13 961 | 17 778 | 1 714 | 1 842 | 13 865 | 17 421 |