

Rygcentret i Middelfart

Fremtidens sygehuse i Region Syddanmark



www.fremtidenssygehuse.dk



Region Syddanmark

Rygcentret i Middelfart

**På vegne af planlægningsgruppen
H.C. Thyregod, Sygehus Lillebælt
April 2008**

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund	1
2. Middelfart Sygehus	1
3. Oprettelse af Rygcentret.....	1
4. Udfordringer ved oprettelse af Rygcentret	2
5. Nuværende rygbehandling i Region Syddanmark.....	2
6. Fremtidig rygbehandling i Region Syddanmark	3
7. Henvi sning og visitation	3
8. Central og decentral kirurgi	7
9. Struktur og samarbejdsflader	8
10. Forventet aktivitet og dimensionering.....	9
11. Økonomiske aspekter	13
Bilag 1. Deltagere	14
Bilag 2. Beregningsgrundlag	15
Bilag 3. Notat fra rygkirurgerne.....	21

1. Baggrund

Med Regionsrådets vedtagelse af akutplanen den 20. december 2007 blev det samtidig besluttet, at den regionale kirurgiske og ikke-kirurgiske rygbehandling på regionalt niveau skal samles på Middelfart Sygehus.

Til planlægning af dette arbejde er der nedsat en planlægningsgruppe bestående af repræsentanter fra Sygehus Lillebælt, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Fyn, Odense Universitetshospital (OUH), Sygehus Sønderjylland samt Region Syddanmark. Sygehus Lillebælt har formandsposten og sekretariatsbetjeningen. Gruppen har til formål at:

- Skabe grundlaget for etablering af det nye centraliserede Rygcenter for Region Syddanmark på Middelfart Sygehus i henhold til Regionsrådets beslutning af 20. december 2007.

I processen med etablering af Rygcentret er der behov for nærmere analyse af delelementer. Til varetagelse heraf er der nedsat tre underarbejdsgrupper:

- Underarbejdsgruppe vedr. behandlingskoncept
- Underarbejdsgruppe vedr. kirurgi
- Underarbejdsgruppe vedr. samarbejdet mellem Rygcentret og primærsektoren

Deltagere i de to første grupper ses i bilag 1. Nærværende rapport indeholder resultatet af disse arbejder og anbefalinger, mens resultatet af den sidste gruppes arbejde først præsenteres senere. Formulering af principper og retningslinier for samarbejde mellem Rygcentret og primærsektoren er dog i gang.

2. Middelfart Sygehus

I dag er Middelfart Sygehus hjemmehørende under OUH. I rapporten "Fremtidige funktioner på Middelfart Sygehus" indstilles det, at Middelfart Sygehus pr. 1. januar 2009 vil henhøre under Sygehus Lillebælt.

Middelfart Sygehus indeholder Skadestue, Ortopædkirurgisk afdeling og Organkirurgisk afdeling samt de kliniske servicefunktioner Røntgenafdeling, Anæstesiologisk Intermediær afdeling, Laboratorium og Terapiafdeling. Hertil kommer Reception, Teknisk afdeling, Køkken, og Portørcentral.

Behandlingen af de organkirurgiske patienter flyttes i løbet af 2008 til Sygehus Lillebælt og OUH. For ortopædkirurgiske patienter er tidshorizonten længere. Den ortopædkirurgiske funktion skønnes at kunne rummes sammen med den nyetablerede rygfunktion på sygehuset. Udover sengeafsnit, ambulatorierum og kontorfaciliteter skal der etableres den nødvendige kapacitet til scanninger, operationer (ti ugelejer, herunder halvdelen som flowstuer), opvågning og intermediære pladser, før rygbehandlingens samles i Middelfart. Endeligt skal det sikres, at der er plads til forskningsafdelingen, de nødvendige kontorfaciliteter og mulighed for uddannelse af de forskellige faggrupper.

3. Oprettelse af Rygcentret

Visionen for det kommende Rygcenter iberegnet lokalteams er at skabe et center, som nationalt er førende på sit område og internationalt er blandt de mest markante. Den ledende position skal gælde mht. faglig kvalitet i udredning og behandling af den enkelte patient, og i perspektivet med faglig udvikling, uddannelse og forskning på rygområdet. Ved etableringen af Rygcentret bygges der videre på allerede indhentede erfaringer fra regionens hidtidige rygafdelinger.

Placeringen af Rygcentret vil blive i lokaler på Middelfart Sygehus, men med satellitdannelse på 4 andre geografiske lokaliteter i regionen, dvs. i lokalteams tilknyttet regionens akutsygehuse.

Personalet vil være tværfagligt, eftersom følgende faggrupper vil være repræsenteret på centret og/eller i lokalteams: Læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kiropraktorer, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, psykologer, psykoterapeuter, lægesekretærer, forskere og socialrådgivere.

I Rygcentret inklusiv lokalteams forventes et indtag på ca. 12.000 nye patienter årligt fra Region Syddanmark, hvoraf de 8.000 ses i Middelfart og de resterende 4.000 i lokalteams. Der ventes en aktivitet på 38.000 ambulante besøg i Middelfart og 12.000 i lokalteams, dvs. i alt 50.000 ambulante konsultationer pr. år. Hertil kommer omtrent 1.200 indlæggelsesforløb til kirurgi, samt yderligere et antal sub-akutte indlæggelser uden kirurgi, som alle gennemføres på Rygcentret i Middelfart.

For at kunne fungere er det væsentligt, at Rygcentret udvikler og fastholder en række faglige og forskningsrelaterede samarbejdsflader, ikke mindst med andre afdelinger i Sygehus Lillebælt, forskellige parter i primærsektoren, OUH og Syddansk Universitet.

Rygcentret vil få sin egen ledelse, som refererer til Direktionen på Sygehus Lillebælt. Den rygkirurgiske sektion vil høre under Ortopædkirurgisk afdeling på Sygehus Lillebælt, men med eget budget og funktionsledelse. Ledelsen har bl.a. til opgave at understøtte det tværfaglige samarbejde og patientforløbene.

Tidsplan

Primo april 2008 afleverer planlægningsgruppen sin rapport indeholdende to af underarbejdsgruppernes bidrag. Efter behandling i regionsforvaltningen og Regionsrådet vil forslaget blive sendt i høring til relevante parter henover sommeren, og den endelige beslutning om implementering vil ske i september 2008. Medio 2009 forventes Rygcentret at være etableret og i drift.

4. Udfordringer ved oprettelse af Rygcentret

Det er vigtigt, at centraliseringen af den regionale rygbehandling i Middelfart og oprettelse af decentrale lokalteams sker hurtigt og planmæssigt. Hertil at centret fungerer fra første færd. Det forbedrer chancerne for fastholdelse af medarbejdere både fra de nuværende behandlingssteder og på Middelfart Sygehus. I dette arbejde vil Region Syddanmarks personalepolitiske retningslinier blive fulgt. Opbakning fra personalet til Rygcentret er samtidig en væsentlig faktor til sikring af projektets succes.

Det er ligeledes af afgørende betydning, at patienterne under flytningen af rygfunktionen og efterfølgende fortsat oplever en kvalificeret rygbehandling til rette tid.

5. Nuværende rygbehandling i Region Syddanmark

Kirurgisk behandling

Den nuværende elektive operative behandling i Region Syddanmark foregår flere steder. Højt specialiseret behandling i henhold til Sundhedsstyrelsens udmelding varetages på Universitetscentret for rygkirurgi (neurokirurgi og ortopædkirurgi) på OUH, mens Vejle-Give Rygcenter, Rygcenter Aabenraa og Sydvestjysk Sygehus Esbjerg primært står for behandling på regionalt niveau. Akut rygbehandling foregår hovedsageligt på OUH og i mindre omfang på de regionale akutcentre.

Herudover foretages der rygkirurgi på en række privathospitaler i regionen. Det er Mølholm, Danske Privathospitaler i Esbjerg, Privathospitalet i Kollund, Damp i Tønder samt Ortopædisk Center Varde, og det forlyder, at et nyt privat rygcenter er under planlægning i Odense. Desuden udføres rygoperationer på Friklinikken i Give, og der er regionalt indgået aftale med Silkeborg Sygehus om et antal rygoperationer.

Ikke-kirurgisk behandling

På Rygcenter Fyn i Ringe foretages der alene ambulante ikke-kirurgiske behandlinger af patienter ved tværfaglige behandlerteams bestående af læger, kiropraktorer og fysioterapeuter. Give Rygcenter varetager både kirurgisk og ikke-kirurgisk rygbehandling ligeledes ved tværfaglige teams og også under indlæggelse. Hertil kommer aktivitet på regionssygehusenes fire reumatologiske afdelinger herunder afdeling C på OUH. Den betydeligste del af rygbehandlingen finder naturligvis sted i primærsektoren hos de praktiserende læger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Akutmodtagelsen af rygpatienter til vurdering sker i dag på regionens sygehuse med akutmodtagelse.

6. Fremtidig rygbehandling i Region Syddanmark

Fra medio 2009 vil den subakutte og elektive kirurgiske og ikke-kirurgiske rygbehandling på regionalt niveau være samlet på Rygcentret i Middelfart, mens den højt specialiserede behandling fortsat vil blive varetaget på OUH. Det medfører, at aktiviteten på Rygcenter Aabenraa, Vejle-Give Rygcenter, Rygcenter Fyn og Sydvestjysk Sygehus Esbjerg ophører og delvist på afdeling C (reumatologi), OUH. Den ikke-kirurgiske behandling vil fortsat også være til stede i tværfaglige lokalteams.

Lokalteams

Lokalteams etableres flere steder i regionen som enheder, der udfører kliniske undersøgelser/teamvurderinger, patientinformation og lægger behandlingsplaner samt foretager opfølgende konsultationer af en mindre gruppe af patienterne henvist til Rygcentret i Middelfart. Alle patienter, som modtages decentralt, er visiteret centralt, jf. henvisnings- og visitationsretningslinier beskrevet i næste afsnit. Patienterne har gennemgående en mindre alvorlig problematik end patienterne, som sendes direkte til Middelfart. Det tilstræbes, at patienter som har brug for særlige faglige ydelser alle ses fra starten i Middelfart.

Lokalteams består af ca. 6-8 fagpersoner, nogle deltidsansatte. Fagfordelinger er således, at der altid er en læge til stede og yderligere et ligeligt antal kiropraktorer og fysioterapeuter. Hertil kommer sygeplejerske og sekretærer. Studerende kan tillige få ophold i kortere tid af gangen i lokalteams.

Det er meget vigtigt, at lokalteams arbejder ud fra samme faglige grundlag og principper, som der praktiseres i Rygcentret i Middelfart. Derfor må det forventes, at de ansatte ca. en gang hver anden uge har behov for at deltage i konferencer, undervisning og konkret patientbehandling centralt, og at de ansatte i lokalteams er ansat på/associeret Rygcentret. Principperne for lokalteams beskrives yderligere i løbet af den kommende tid.

7. Henvisning og visitation

Al behandling på Rygcentret er elektiv eller subakut. Patienterne er visiteret fra enten egen praktiserende læge, praktiserende speciallæge, kiropraktor eller (akut)sygehus, og det forudsættes at ske via den centrale visitation i Middelfart. Henvisningen forudsættes at ske struktureret og elektronisk for at sikre, at relevante oplysninger foreligger ved første besøg på centret. Henvisningen kan af både henvisende og visiterende part kvalificeres gennem telefonisk kontakt. Visitation gennemføres i dagtid på almindelige arbejdsdage.

Patienter der modtages i Rygcentret

- Patienter med behandlingsresistente ikke-acceptable smerter i nakken eller ryggen og bækken
 - opstået spontant eller
 - forværret eller
 - opstået efter en skade/ulykke
- Også patienter, hvor der er (udstrålende) smerter i arme eller bækken/ben eller led, modtages.

Patienter som IKKE modtages i Rygcentret

- Gentagne patienthenvisninger, som ikke klart beskriver nye somatiske problemstillinger i forhold til tidligere
- Patienter, hvor en relevant initial indsats i primærsektoren ikke er gennemført.
- Smerter, hvor der mistænkes en aktuel fraktur, pågående infektion eller inflammatorisk reumatologisk lidelse.
- Smerter i relation til anden somatisk lidelse, herunder smerter relateret til osteoporose eller maligne lidelser.
- Gravide med bækkenløsning.
- Børn (< 15 år) modtages som udgangspunkt ikke på Rygcentret, men på sigt kan der blive mulighed for kirurgisk vurdering og behandling ved en rygkirurg afhængig af den kirurgiske kompetence på Rygcentret.

Patienter der modtages til udredning i lokalteam eller i det centrale Rygcenter i Middelfart

Alle patienter med forventelige behov for særlige faglige ydelser ses fra starten centralt, fx:

- Patienter med aktuelle rygsmerter af mere end 4 måneders varighed.
- Patienter, der er sygemeldt.
- Patienter, der tidligere er opereret i den del af ryggen, hvor det aktuelle problem er lokaliseret.
- Patienter, der aktuelt modtager eller inden for de seneste år har modtaget psykologisk/psykiatrisk assistance.

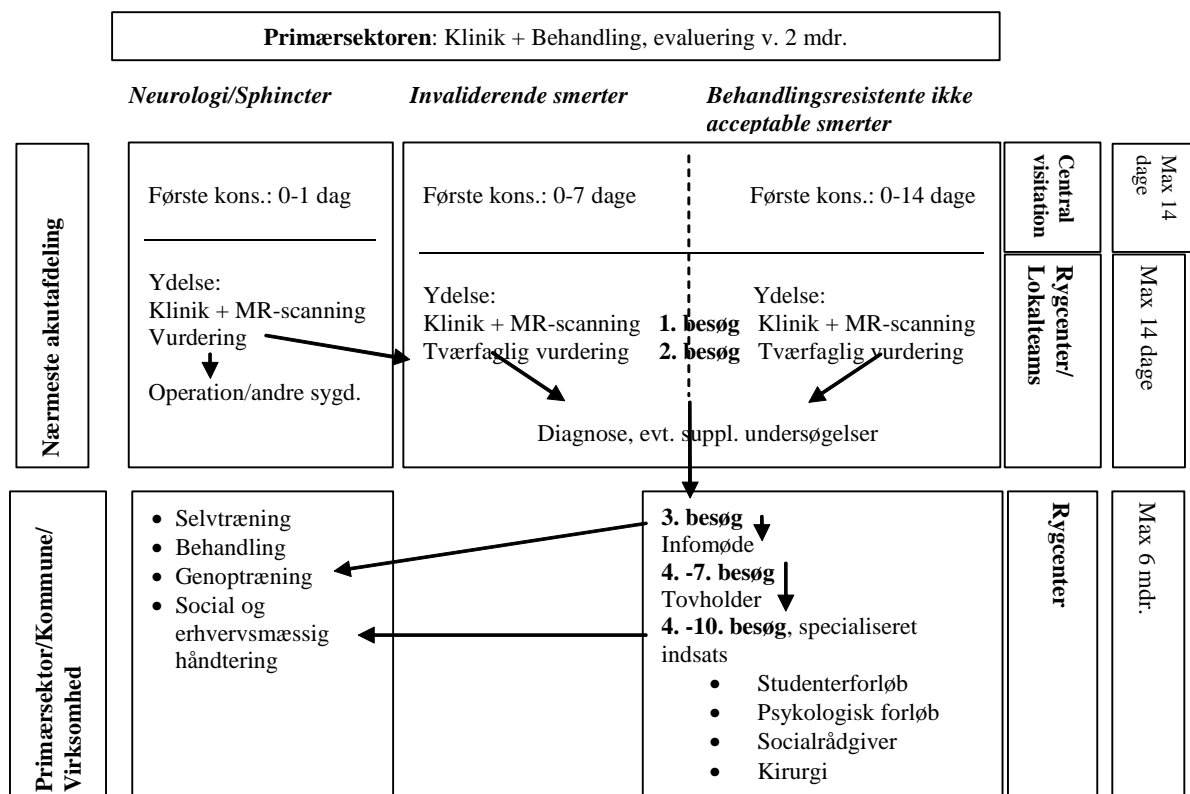
Alle øvrige patienter fordeles, så gennemførelse af udredningspakken sker i lokalteamet/centralt hurtigst muligt. Patienter, der under udredningen i lokalteamet, har behov for særlige faglige ydelser, viderehenvises centralt.

Behandlingsforløb

Alle patienter med ryglidelser vil blive tilbudt deltagelse i et generelt informationsmøde på Rygcentret i Middelfart.

Nedenstående figur angiver udredningsforløbet for subakutte og elektive rygpatienter.

Figur 1. Udredningspakke for elektive og subakutte patienter til Rygcentret i Middelfart



Patienter, som har invaliderende rygsmerter, kan modtages subakut. Ved telefonisk henvendelse til den centrale visitation modtages de indenfor 0-2 dage. Er der tale om ikke-telefonisk henvisning, ses disse patienter indenfor 0-7 dage.

Øvrige patienter vil primært blive modtaget i Rygcentret på almindelig vis, dvs. indenfor 14 dage. Det er patienter med aktuelle smerter fra rygsøjlen á 0-12 måneders varighed, og hvor behandling er forsøgt i primærsektoren, men hvor der ved en status efter ca. 2 måneders smerter er vurderet uacceptabel effekt. Patient og behandler foretager herefter en fælles status.

Udredningspakken består af to besøg, som påbegyndes senest to uger efter modtagelse af henvisning og afsluttet med en diagnostisk konklusion og plan for det videre forløb inden fire uger fra henvisningstidspunktet.

Ved første besøg på centret foretages en MR-scanning. Ved det efterfølgende besøg vil resultatet heraf foreligge, og den kliniske undersøgelse og tværfaglige vurdering udføres. Desuden foretages en diagnostisk konklusion, og en plan for det videre forløb fastlægges. Behandlingen kan efterfølgende indledes ved de relevante fagpersoner, og en eventuel tovholder tildeles. Såfremt der allerede er foretaget MR- eller CT-scanning af det aktuelle rygsnit inden for det seneste år, eller i tilfælde hvor henvisningen indikerer, at der ud fra et fagligt skøn næppe vil blive behov for MR-scanning, kan den tværfaglige vurdering mv. gennemføres allerede ved første besøg på Rygcentret. Efterfølgende kan indsatsen påbegyndes ved de relevante fagpersoner.

Patientens tovholder styrer den videre indsats, som vurderes at kræve i alt 1-4 konsultationer. Der kan ved behov iværksættes supplerende diagnostisk udredning, og effekt af diverse behandlingsindsatser kan afprøves og observeres. Hvis der findes indikation for at iværksætte særlige faglige ydelser, sættes disse i gang gennem et samarbejde mellem tovholder/det tværfaglige team og de respektive særlige kompetencepersoner. Det kan være rygkirurgisk vurdering (herunder samarbejde med OUH), reumatologisk vurdering (herunder samarbejde med Reumatologisk afdeling Kolding/Vejle), socialmedicinsk vurdering og/eller psykologisk/psykoterapeutisk vurdering.

Det er muligt efter afsluttet udredningspakke at henvise patienten til særlige forløbspakker, hvis dette vurderes hensigtsmæssigt. Fx igangværende forskningsprojekter med særlige patientforløb herunder medic-ambulatorium, whiplash-ambulatorium, bækkenambulatorium eller ekstremitets-skade-ambulatorium og herunder samarbejde med Ortopædkirurgisk afdeling, Middelfart/OUH.

I en del tilfælde vil der være indikation for at udarbejde en plan for selvtræning eller genoptræning til gennemførelse i patientens hjemkommune. Iværksættelsen kan i nogle tilfælde efter tovholders og kommunens faglige skøn ske samtidig med, at patienten følges et par gange ambulantly i Rygcentret. I andre tilfælde iværksættes genoptræningen først efter afslutning i centret. Retningslinier for videre udredning, behandling og iværksættelse af særlige faglige ydelser eller særlige forløbspakker er ikke endeligt afklaret.

Kirurgisk behandling

Den akutte rygkirurgiske behandling varetages på OUH.

Elektiv og subakut rygkirurgisk behandling skal varetages på Rygcentret i Middelfart og OUH, hvor førstnævnte tager sig af behandlingen på regionalt niveau. Sidstnævnte står for den højt specialiserede behandling samt en vis behandling på regionalt niveau bl.a. for at sikre et passende volumen. Patienter med svære konkurrerende sygdomme, hvor egentlig intensiv behandling kan komme på tale, ses altid på OUH.

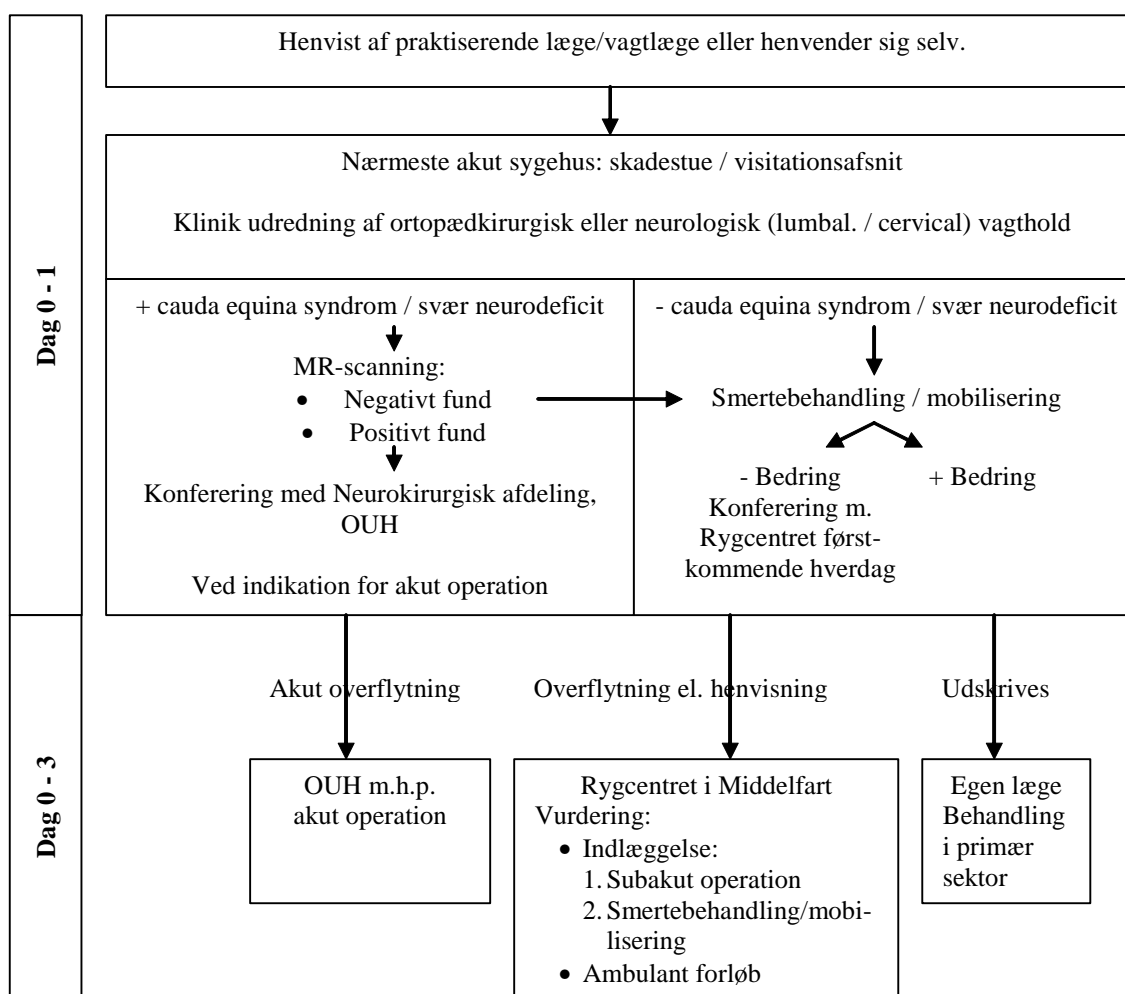
Ved fordeling af behandling på regionalt niveau mellem Rygcentret og OUH, må sidstnævntes økonomi ikke undergraves, ved at OUH får alle de komplicerede patienter, mens Rygcentret modtager de mindre

kompliserede. Principperne for fordeling af patienterne aftales mellem direktionerne på Sygehus Lillebælt og OUH.

Akutte og subakutte patienter

Akutte patienter er enten henvist fra praktiserende læge/vagtlæge til nærmeste akutsygehus eller henvender sig selv i skadestuen. Rygcentret i Middelfart modtager ikke akutte patienter. Forløbet for den akutte patient er skitseret i nedenstående figur.

Figur 2. Behandlingsforløb for den akutte rygpatient i Region Syddanmark



Efter henvisning til nærmeste akutsygehus indlægges patienten her, og der foretages udredning, eventuelt inklusiv MR/CT-scanning med henblik på viderevisitering og/eller behandling. Plejkrævende patienter med svære rygsmarter, men med ingen eller uspecifik neurologi smertebehandles og mobiliseres så vidt det er muligt.

Herefter kan forløbet følge tre spor:

1. Patienten, der ikke allerede er indlagt på OUH, kan overflyttes akut hertil med henblik på akut operation.
2. Patienten kan udskrives fra akutsygehuset til viderebehandling i primærsektoren eller lokalteams, men via den centrale visitation.

3. Patienten kan førstkommande hverdag overflyttes via den centrale visitation til Rygcentret i Middelfart til nærmere vurdering og fastlæggelse af videre undersøgelses- og behandlingsplaner herunder muligt behov for subakut operation.

De kliniske retningslinier og forløbspakker, herunder en nærmere præcisering af cauda equina syndrom og svær neurodeficit vil blive udarbejdet i detaljer senere.

Subakutte patienter kan henvises direkte til Rygcentret i Middelfart og få en tid den efterfølgende dag. Det drejer sig ofte om patienter, som har invaliderende smerter, men hvor udredningen uden konsekvenser for patientens helbred kan vente til dagen efter.

8. Central og decentral kirurgi

Under udvalgsarbejdet har der fra kirurgisk hold (jf. bilag 3) været udtrykt uenighed om det hensigtsmæssige i at centralisere den kirurgiske rygbehandling. Der er givet udtryk for, at rykirurgerne fra Åbenrå og Esbjerg muligvis ikke vil flytte med funktionen, hvilket vil reducere den rykirurgiske kapacitet i regionen betydeligt. Dermed skabes store vanskeligheder med at få tilstrækkelig operativ kapacitet ved Rygcentret. Det foreslås derfor i den vedlagte skrivelse (bilag 3) at bevare den decentrale kirurgiske aktivitet ved Åbenrå og Sydvestjysk Sygehus og evaluere funktionen efter 3 år. Såfremt rykirurgien bevares decentralt, kan rykirurgerne deltage i lokalteams og dermed styrke disse.

Der har fra samme side ligeledes været bekymring for, at den rykirurgiske tilknytning til den ortopædkirurgiske funktion i øvrigt vil blive for svag, når funktionen isoleres i Middelfart, hvorved der skabes rekrutteringsmæssige vanskeligheder. Udfordringen er at få yngre ortopædkirurger til at vælge fagområdet til og uddanne sig til rykirurger.

Endvidere er der givet udtryk for, at den manglende rykirurgiske tilstedeværelse ved akutsygehusene kan svække visitationen af akutte rygpatienter. I øvrigt henvises til bilag 3, som er fremlagt af rykirurgerne.

Der er i diskussionerne mod at bevare rykirurgien decentralt fremført, at det er en politisk beslutning at samle både den kirurgiske og den ikke-kirurgiske rygbehandling i Middelfart. Dels for at se rygbehandlingen i et samlet hele i et tværfagligt miljø og dermed sikre den bedst mulige patientbehandling. Dels for at udnytte faciliteterne i Middelfart bedst muligt ved at skabe volumen til at drive et nødvendigt sengeafsnit og en tilstrækkelig operativ funktion ved Rygcentret. Herved frigøres tilsvarende kapacitet på sygehuse, hvor der i dag behandles rygge uden for OUH og til dels også på OUH, med henblik på at medvirke til at løse de ventetidsproblemer, der i øvrigt er inden for det ortopædkirurgiske område.

Rykirurgerne vil i henhold til anbefalingerne i indeværende rapport bevare deres tilknytning til ortopædien ved Sygehus Lillebælt ved at være en ortopædkirurgisk sektion med specialeledelse og eget budget. Videreuddannelsen af ortopædkirurger til de forskellige fagområder vil dermed kunne ske inden for den store ortopædkirurgiske funktion ved Sygehus Lillebælt, selvfølgelig i samarbejde med de øvrige afdelinger i regionen og især OUH.

Ved akutsygehusene vil akutte rygpatienter blive modtaget og følge et patientforløb, som er beskrevet i kapitel 7. Her skal de kunne vurderes af speciallæger, der er tilknyttet den akutte funktion, og også på akutcentre, som ikke har rykirurger i dag. Det drejer sig om speciallæger i ortopædi, intern medicin og neurologi, som også i dag er i stand til at håndtere den akutte rygpatient og visitere de patienter videre til OUH, som har behov for akut operation.

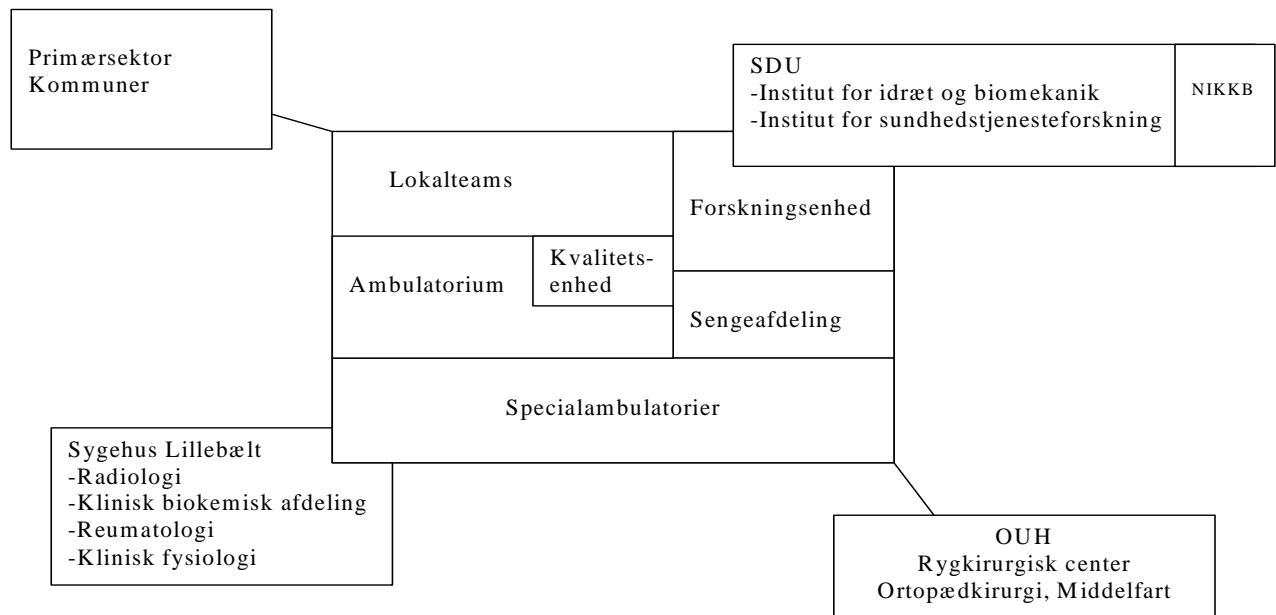
De fleste af de øvrige deltagere i arbejdsgrupperne gav derimod udtryk for, at det er en god idé fysisk at samle rygbehandlingen. Herfra er der støtte til oprettelse af Rygcentret i Middelfart inklusiv den kirurgiske

behandling på regionalt niveau. Alle deltagere har dog forholdt sig til den politiske beslutning og arbejdet frem mod den bedst mulige etablering.

9. Struktur og samarbejdsflader

Rygcentret i Middelfart vil få en kompleks organisatorisk struktur med mange relationer udadtil og flere afsnit indadtil. Nedenstående figur illustrerer den foreløbige plan for strukturen af centret. Enkelte områder beskrives nærmere efterfølgende.

Figur 3. Struktur og samarbejdsflader for Rygcentret i Middelfart



NIKKB = Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

Kvalitetssikring

Kvalitetssikring er centralt i Rygcentret for at sikre ensartet og optimal produktion. Rygcenter Fyn har siden 2007 i samarbejde med australske forskere og en international IT-virksomhed arbejdet med udvikling af en ny database til erstatning for COBRA-databasen, som både Rygcentret Fyn og Vejle-Give Rygcenter har anvendt i 10 år. Målet er at udvikle en ny og opdateret database, der er fleksibel i indhold og fagligt solidt funderet. Tillige at skabe et kvalitetskontrolsystem, som fokuserer på hele patientens sygeforløb. Samtidig arbejdes der på, at de indhentede data opnår en kvalitet, så databasen kan udgøre det væsentlige grundlag for centrets fremtidige forskning. Version 1.0 forventes færdig maj 2008 og kan efter afprøvning formentlig med fordel udgøre platformen for Rygcentrets fremtidige kvalitetskontrol.

Kvaliteten i Rygcentrets indsats karakteriseres ved:

- Udredning af patienten på rette tid, sted og niveau.
- Maksimalt en måned fra henvisning til diagnose.
- Ens tilbud til alle borgere i regionen.
- Nærhed når muligt (lokalteams).
- Særlig faglig kompetence, når nødvendigt (centralt center).
- Ambulant indsats frem for indlæggelse.
- Fokus på tværfaglighed og tværsektoriel indsats.

- Fokus på evidens og patientoplevelt kvalitet.
- Tid til dialog med patienten og de ansatte imellem.
- Løbende kvalitetskontrol, faglig udvikling og formidling af viden.
- Betydelige præ- og postgraduate uddannelsesaktiviteter.
- Forskning af internationalt format.
- Evaluering af behandlingskoncept.

Forskning og uddannelse

Succes for et nyt rygcenter vil være tæt forbundet med, at det lykkes i dagligdagen at koble patientklinikken med forsknings- og uddannelsesopgaver, så disse understøtter hverandre. Det er vigtig allerede fra første færd at understøtte en sammensmeltning af funktionerne i afdelingen, fx ved at kvalitetssikring er en daglig aktivitet i afdelingen, ved at de uddannelsessøgende integreres i de daglige patientopgaver og ved at forskere har ansættelse som klinisk arbejdende og som forskere samtidigt (fx halvt/halvt). Den forskningsmæssige opgave løses i tæt samarbejde med Syddansk Universitet. Der påtænkes ansat et antal lektorer og professorer.

Væsentlige forskningsområder for Rygcentret er:

- Klinisk forskning i rygsygdomme
- Børn/unge forskning
- Forebyggelse af ryg- og ekstremitetsskader
- Evidensbaseret viden og implementering
- Rygkirurgi
- Rygepidemiologi
- Klinisk kiropraktik

Studerende repræsenterende mange forskellige faggrupper vil få dele af deres uddannelsesforløb i Rygcentret. Studerende på den kliniske del af biomekanikuddannelse, Syddansk Universitet, vil udgøre den største gruppe. I alt 40-60 biomekanikstuderende årligt forventes at få ophold i afdelingen. Herudover vil der gennemføres uddannelse af læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og sekretærer. Af samme grund tænkes tilknyttet et antal professorer og kliniske lektorer samt etableret et formaliseret samarbejde med Syddansk Universitet. Forsknings- og uddannelsesområdet mangler dog endelig afklaring, hvilket vil ske i en senere fase.

10. Forventet aktivitet og dimensionering

Bilag 2 viser uddybende beregninger til indeværende kapitel. Beregningerne er baseret på tal fra 2007.

Lokaler

Ambulatorierum centralt på Rygcentret

Omfanget af den fremtidige ambulante rygbehandling i sekundærsektoren i Region Syddanmark skønnes at være 50.000 besøg årligt. Heraf vil aktiviteten på Rygcentret i Middelfart være i omegnen af 38.000 ambulante besøg pr. år, mens de resterende vil foregå decentralt i lokalteams.

Ved hvert besøg på Rygcentret vil patienten blive tilbudt flere ydelser hos specialbehandlere, studerende, sygeplejersker og/eller tovholder. Ved en forventet gennemsnitlængde på en halv time pr. ydelse, kan der foretages 12½ ydelse pr. dag pr. ambulatorierum. I alt 2.000 ydelser årligt pr. rum ved aktivitet i fire dage ugentligt i 40 uger pr. år.

Der forventes omtrent 8.000 patienter til Rygcentret årligt. Gennemsnitligt set vil de modtage fire ydelser ved første konsultation og 12 ved de efterfølgende 3-5 besøg. Hermed modtager den gennemsnitlige patient 16 ydelser under forløbet. Samlet vil Rygcentret udføre 128.000 ydelser årligt. Det medfører et behov for 64 ambulatorie- og samtalerum. Hertil skal lægges en vis margin, idet behandlere under uddannelse vil have

brug for mere tid pr. konsultation, samt for at sikre fleksibilitet. I alt indebærer det et behov for 60 undersøgelseslokaler og 12 samtalerum centralt på Rygcentret.

Operationsstuer, senge og hotelsenge

På Rygcentret forventes der årligt at blive foretaget 1.200 operationer eksklusiv operationer for rygfraktur og cervikale ryglidelser. Det nødvendiggør, at der er 10 ugelejer til rådighed for rygpatienter til kirurgisk behandling. Heri er der indregnet kapacitet til at varetage den nuværende private aktivitet delvist, men forudsat, at aktiviteten på OUH forbliver der.

Ovenstående opererede patienter forudses at få 5.200 sengedage, hvilket medfører et behov for 17 senge. Hertil skal lægges patienter, som bliver indlagt subakut, men som ikke gennemgår en operation. Desuden vil visse patienter pga. selve transportlængden have brug for en seng. Det samlede behov er dermed 25 senge og 5 hotelsenge på Rygcentret. Heraf er 12 overflyttelse fra Vejle-Give Rygcenter, 10 fra Aabenraa Rygcenter og 8 fra Sydvestjysk Sygehus Esbjerg.

MR-scanner mv.

Udgangspunktet er, at alle henviste patienter skal have foretaget MR-scanning ved første besøg på nær dem, der allerede har fået foretaget en MR- eller CT-scanning af det pågældende rygområde inden for det seneste år. Det medfører, at 90-95 % af patienterne, svarende til 11.000 personer, skal igennem denne første scanning. Hertil kommer 2.000 forsknings- og udviklingsscanninger og 2.000 kontrolscanninger postoperativt. I alt 15.000 MR-scanninger vil årligt blive gennemført på rygpatienter. Halvdelen heraf forventes at foregå i Rygcentret i Middelfart, hvor én MR-scanner vil kunne dække behovet. De resterende 7-8.000 scanninger skal foretages på sygehuse, hvor der er tilknyttet lokalteams.

Den kliniske kemi varetages fortsat af OUH, også efter oprettelsen af Rygcentret. Sygehus Lillebælt vil stå for CT-scanninger, neurofysiologi og ultralyd.

Kontorer, konferencerum og studieområde centralt på Rygcentret

Forventeligt 20 af undersøgelseslokalerne kan ligeledes anvendes som kontorer. Herudover vil der være behov for arbejdsstationer til 80 medarbejdere. Af disse skal 12 være i enkeltkontorer, og den resterende del kan fordeles i 14 kontorer med hver 5-6 arbejdsstationer.

Det store indtag af studerende, særligt kiropraktorstuderende, indebærer behov for et område dedikeret hertil. Her bør være 12 arbejdsstationer, 3-4 lokaler til selvstudie, praktiske øvelser mv. samt et undervisningslokale til 30 personer.

Et kontorområde med 20 arbejdsstationer reserveret til forskningsenheden er ligeledes påkrævet. 7 enmandskontorer, ét kontor med 4 arbejdsstationer og 5 kontorer med 2 arbejdspladser hver er nødvendigt.

Hertil kommer 3-4 konferencerum, hvoraf det ene skal kunne rumme op til 120 personer.

Lokalebehov decentralt

Behandlerne i de lokalt forankrede lokalteams har ligeledes brug for undersøgelses- og samtalerum. Til disse konsultationer kan et rum pr. behandler dække behovet, dvs. i alt 32 rum fordelt decentralt. Hertil kommer kontorfaciliteter, som må fastlægges lokalt, når størrelsen på de enkelte teams er afklaret.

Bemanding til rygbehandling i Middelfart

I det følgende gives et groft skøn over det forventede bemandingsbehov til driften målt i fuldtidsstillinger ved det kommende Rygcenter i Middelfart.

Det skal understreges, at der generelt er tale om meget simple skøn - primært baseret på en række "skrivebordsbetragtninger", idet der i forløbet indtil nu ikke har været tid og mulighed for at inddrage og høre

alle relevante og berørte parter. Skønnet vil således skulle kvalificeres i en senere fase, førend der kan drages konklusioner om flytning af konkrete normeringer mv.

I forbindelse med Rygcentret anbefales det, at Region Syddanmark tager initiativ til at udarbejde nogle overordnede retningslinier og principper for, hvorledes ressourcerne for aktivitet, som skal flyttes mellem forskellige sygehusenheder, skal gøres op. Eksempelvis om der skal tages udgangspunkt i normering (budget) eller forbrug (regnskab).

Formålet med nærværende skøn er primært at give en fornemmelse af størrelsen af bemandingsbehovet ved de forskellige delfunktioner i Rygcentret, og så vidt muligt at sammenligne bemandingsbehovet med de nuværende personaleressourcer ved rygcentrene i Ringe og Give.

Endeligt forsøges det belyst, hvor mange fuldtidsstillinger, som kan tænkes flyttet til Middelfart fra de forskellige nuværende enheder og ud fra princippet om, at ressourcerne følger opgaverne.

De for skønnet tilgrundliggende beregninger fremgår i detaljer af bilag 2, men de overordnede aktivitetsforudsætninger for Rygcentret (centralt) skal kort ridses op herunder:

- 1) 8.000 nye patienter, svarende til ca. 38.000 besøg årligt.
- 2) 1.200 patienter til operation, svarende til ca. 5.200 sengedage årligt
- 3) 10 OP-stuedage ugentligt
- 4) 8.000 MR-scanninger årligt

Ambulant udredning og behandling

Det skønnes, at der til den ambulante udrednings- og behandlingsdel er behov for én fagperson (fuldtidsstilling) pr. 100 patienter pr. år, hvilket med forventet 8.000 nye patienter pr. år i Rygcentret vil kræve 80 fuldtidsstillinger.

Denne aktivitet tænkes primært dækket ved flytning af det nuværende personale ved Rygcentrene i Ringe og Give. Der er i Ringe (undtaget Rygforskningscentret) i 2007 43,49 fuldtidsstillinger, mens der i Give (incl. andel af fysio- og ergoterapi) er forbrugt 30,48 bruttostilling. Sammenlagt er der således knap 74 bruttostilling til rådighed mod et ønsket behov på 80 bruttostillinger, svarende til manko på ca. 6 stillinger.

Fordelingen mellem læger, sygeplejersker, kiropraktorer, fysioterapeuter og andre faggrupper er p.t. ikke fastlagt nærmere, og vil jo specielt på kort sigt være meget afhængig af hvem og hvor mange, som ønsker at følge med fra Ringe og Give til Middelfart.

Sengeafsnit til opererede patienter

Der forventes oprettet et sengeafsnit på 25 sengepladser. I første række skal sengeafsnittet dække en forventet aktivitet på 1.200 patienter til operationer med et forventet sengedagsbehov på 5.200 sengedage. Herudover kommer formentligt en række subakutte indlæggelser af patienter, som ikke fører til operation, men hvis sengedage vil skulle lægges til ovenstående tal.

Ud fra normtal fra de ortopædkirurgiske sengeafsnit ved Vejle Sygehus, som siger ca. 190 sengedage årligt pr. fuldtidsstilling, er der beregnet et personalebehov på godt 27 bruttostillinger til drift af de 17 kirurgisk sengepladser.

Sengeafsnittet tænkes formeret ud fra sengeafdeling R ved Rygcentret i Give, samt ud fra de ortopædkirurgiske og neurokirurgiske afdelinger i Åbenrå, Esbjerg, Vejle og OUH.

Såfremt den rygkirurgiske aktivitet i 2007 lægges til grund vil Vejle-Give skulle stille med ca. 7, Åbenrå med ca. 9, Esbjerg med ca. 8 og øvrige (OUH og nynormering) med ca. 3 bruttostillinger.

Der er mange ubekendte i ovenstående skøn. Eksempelvis er det endnu uafklaret om - og eventuelt i hvilken udstrækning - der kan/skal flyttes rygkirurgi fra OUH til Middelfart.

Endeligt har rygkirurgerne i Esbjerg og Åbenrå givet udtryk for, at de ikke ønsker at medvirke til en samling af rygkirurgien i Middelfart, idet der angiveligt er mange ulemper forbundet med en udskillelse af den rygkirurgiske aktivitet fra den øvrige ortopædkirurgi.

De resterende 8 sengepladser som planlægges oprettet til sub-akutte patienter, som ender med ikke at skulle opereres, tænkes bemandet ved flytning af det resterende personale fra Afdeling R i Give, som i dag er beskæftiget med rygpatienter, svarende til 8,88 fuldtidsstilling.

Det skal understreges, at selvom der beregningsmæssigt tales om sengeafsnit på 17 og 8 sengepladser, er der reelt tale om et samlet sengeafsnit på 25 sengepladser med fælles ledelse og personale.

Operationskapacitet

Der forventes en årlig aktivitet på ca. 1.200 rygkirurgiske operationer, hvilket vil kræve 10 OP-stuedage pr. uge. Ovenstående forudsætter, at al rygkirurgi ved Vejle, Give, Friklinikken i Give, Åbenrå, Esbjerg og private sygehuse flyttes til Middelfart, mens der p.t. ikke er indregnet rygkirurgi fra OUH.

Bemandingen hertil er skønsmæssigt opgjort til 18,75 fuldtidsstillinger incl. rygkirurger, men ekskl. ressourcer til opvågning/intermediærafsnit.

Såfremt den rygkirurgiske aktivitet i 2007 lægges til grund, vil Vejle-Give skulle stille med ca. 4, Åbenrå med ca. 6, Esbjerg med ca. 5 og øvrige (OUH og nynormering) med ca. 4 bruttostillinger.

Den rygkirurgisk aktivitet kommer til at foregå samtidigt med en betydelig øvrig ortopædkirurgisk aktivitet på operationsgangen, hvor der i alt er 6 OP-stuer, og der vil derfor i nogen udstrækning kunne trækkes på fælles personale, eksempelvis mht. afdelingsledelse, portør, opvågning osv.

Det præcise personalebehov til rygkirurgien vil derfor afhænge af integrationen i den samlede OP-gang.

Endeligt vil behovet for OP-personale og kapacitet selvfølgelig være direkte afhængigt af hvor mange rygkirurger, som kan rekrutteres til Rygcentret, hvorfor det ikke kan udelukkes at være nødvendigt med en fasemæssig opbygning af OP-kapaciteten.

MR-kapacitet

Der skønnes behov for ca. 8.000 MR-scanninger i Middelfart årligt, hvilket formentligt vil kræve, at scanneren skal køre i 2-holdsdrift. Der vil således være et nettobehov på $2+2 = 4$ radiografer, svarende til en bruttonormering på 5 stillinger. Bemanding tænkes primært at komme fra Ringe og Give.

Samlet bemandingsbehov til rygbehandling i Middelfart

Det samlede bemandingsbehov til Rygcentret i Middelfart kan således opgøres til ca. 140 bruttostillinger. Heraf vil henholdsvis ca. 45 og ca. 51 bruttostillinger komme fra Rygcentrene i Ringe og Give.

Til dækning af OP-aktivitet og sengeafsnit vil der herudover formentligt skulle flyttes ca. 15 stillinger fra Åbenrå og ca. 14 stillinger fra Esbjerg, samt eventuelt et tilsvarende antal stillinger fra OUH, hvorfra der dog endnu mangler en konkret udmelding på antallet af operationer, som vil kunne flyttes til Middelfart.

Endelig skal der ske bemanding af kvalitetsafdeling, formodentlig svarende til 1-2 fuldtidsmedarbejdere, og forskningsenhed. Der vil blive redegjort nærmere for dette i en senere fase.

Bemanding til lokalteams

Et lokalteam vil være tværfagligt og som udgangspunkt bestå af fysioterapeuter, kiropraktorer, læger, sygeplejersker, sekretærer og psykologer. I det patienttyngden her er lavere end i Rygcentret vil 0,8 fagperson pr. 100 patienter pr. år dække behovet. Med 4.000 patienter årligt indebærer det 32 fuldtidsstillinger fordelt på ovennævnte personalegrupper.

Region Syddanmark vil forventeligt blive dækket af fire lokalteams, hvorved hvert team gennemsnitligt udgøres af 8 fagpersoner inkl. administrativt personel. Det vurderes at være en passende størrelse for at sikre funktionelle og bæredygtige teams. Der gøres opmærksomt på, at disse lokalteams ikke er væsentligt udbredt i Region Syddanmark, hvorfor der i dag ikke er finansiering hertil.

11. Økonomiske aspekter

Det skal flyttes budget til løn- og personaleomkostninger samt øvrig drift fra de berørte sygehuse og afdelinger til Rygcentret i Middelfart. Herunder regnes ligeledes omkostninger til administration.

Generelt er det væsentligt, at der udover daglig drift, forskning og udvikling budgetteres med midler til rekruttering for at sikre et kvalificeret personale også i fremtiden.

En nærmere belysning af de økonomiske aspekter ved etableringen af Rygcentret i Middelfart vil i den nærmeste fremtid ske i planlægningsgruppens regi med inddragelse af relevante medarbejdere på sygehusene.

Bilag 1. Deltagere

Planlægningsgruppen:

- Hans Christian Thyregod, Sygehus Lillebælt (formand)
- Claus Manniche, Sygehus Fyn
- Johnnie Gantov, Sydvestjysk Sygehus
- Per Busk, Region Syddanmark
- Jens Peter Steensen, Odense Universitetshospital
- Marianne Breddam, Sygehus Sønderjylland
- Sten Larsen, Sygehus Lillebælt
- Lisbeth Blak, Sygehus Lillebælt
- Jesper Bliksted, Sygehus Lillebælt

Underarbejdsgruppen vedrørende behandlingskonceptet:

- Claus Manniche, Sygehus Fyn (formand)
- Hans Christian Thyregod, Sygehus Lillebælt
- Carsten Ernst, Sydvestjysk Sygehus
- Per Riegels-Nielsen, Sydvestjysk Sygehus
- Dorte Lemvig, Sygehus Fyn
- Søren O'Neill, Sygehus Fyn
- Stig Mindedahl Jespersen, Odense Universitetshospital
- Mogens Tange, Odense Universitetshospital
- Anne Boertmann Voss, Odense Universitetshospital
- Peter Dirch Jørgensen, Odense Universitetshospital
- Marianne Breddam, Sygehus Sønderjylland
- Sten Larsen, Sygehus Lillebælt
- Inge Haahr Petersen, Sygehus Lillebælt
- Lene Møller Henningsen, Sygehus Lillebælt
- Lisbeth Blak, Sygehus Lillebælt
- Jesper Bliksted, Sygehus Lillebælt

Underarbejdsgruppen vedrørende kirurgi:

- Hans Christian Thyregod, Sygehus Lillebælt (formand)
- Claus Manniche, Sygehus Fyn
- Niels Wedderkopp, Sygehus Fyn
- Marianne Breddam, Sygehus Sønderjylland
- Stefan Hummel, Sygehus Sønderjylland
- Sten Larsen, Sygehus Lillebælt
- Anna-Marie Ebbesen, Sygehus Lillebælt
- Stig Mindedahl Jespersen, Odense Universitetshospital
- Mogens Tange, Odense Universitetshospital
- Carsten Ernst, Sydvestjysk Sygehus
- Jesper Bliksted, Sygehus Lillebælt
- Lisbeth Blak, Sygehus Lillebælt

Bilag 2. Beregningsgrundlag

Beregning af samlet ambulans aktivitet på Rygområdet i Region Syddanmark
med udgangspunkt i aktiviteten i Ringe

Nøgletal	Rygcenter, Ringe				Region Syddanmark Aktivitet hvis som Ringe
	Total aktivitet	Heraf Fyns Amt	Fyns Amt Andel i %	Aktivitet* pr. 1000 indbyggere	
Ambulante besøg	18.403	17.841	96,9 %	37,1	44.167

Kilde: Aktivitetstal: DOSA, pr. 13. februar
2008

*) Aktivitet på borgere fra Fyns Amt ift. indbyggertallet på Fyn

Folketal, pr. 1/1 2007:

Region Syddanmark	1.189.817
- heraf Fyn	480.616
- heraf Jylland	709.201

Til de godt 44.000 ambulante besøg skal der lægges besøg i whiplash-ambulatorium og bækkenambulatorium mv., hvorved det samlede antal skønnes at være 50.000 ambulante besøg årligt.

Rygkirurgisk aktivitet* i Region Syddanmark i 2007

Sygehus	Stamafdeling	Antal udskrivninger				Antal vigtigste/primære operation				Antal sengedage			
		KABC	KNAG	Øvrige**	I alt	KABC	KNAG	Øvrige**	I alt	KABC	KNAG	Øvrige**	I alt
OUH	Neurokirurgisk afd. U	387	40	46	473	389	42	46	477	1.596	302	392	2.290
	Ortopædkirurgisk afd. O	65	122	130	317	67	144	134	345	474	1.055	720	2.249
	Øvrige (1)	34	1	41	76	34	1	41	76	466	22	462	950
OUH i alt		486	163	217	866	490	187	221	898	2.536	1.379	1.574	5.489
Sygehus Sønderjylland	Rygkirurgisk afdeling, Aabenraa	258	53	43	354	258	53	44	355	1.080	334	193	1.607
Sydvestjysk Sygehus (1)	Ortopædkirurgisk afd., Esbjerg (2)	235	72	24	331	236	76	24	336	898	571	242	1.711
Vejle Sygehus	Ortopædkirurgisk afd.	23	6	1	30	23	7	1	31	28	7	1	36
Give Sygehus	Rygcentret (3)	223	0	2	225	223	0	2	225	1.213	0	5	1.218
Friklinikken Give	Ortopædkirurgisk afd. (4)	169	33	0	202	169	33	0	202	248	161	0	409
Silkeborg Sygehus (1)	Ortopædkirurgisk afd. K (5)	9	12	1	22	9	12	1	22	22	82	8	112
I alt offentlige sygehuse		1.403	339	288	2.030	1.408	368	293	2.069	6.025	2.534	2.023	10.582
Privathospitalet, Kollund (5)		30	15	0	45	30	15	0	45	34	52	0	86
Privathospitalet, Mølholm (5)		14	8	0	22	14	8	0	22	20	20	0	40
Øvrige privathospitaler (5)		16	12	1	29	16	13	1	30	27	42	3	72
I alt private sygehuse		60	35	1	96	60	36	1	97	81	114	3	198
I alt offentlige og private sygehuse		1.463	374	289	2.126	1.468	404	294	2.166	6.106	2.648	2.026	10.780
I alt offentlige og private sygehuse, ekskl. OUH		977	211	72	1.260	978	217	73	1.268	3.570	1.269	452	5.291

Sygehus	Stamafdeling	Antal sengepladser v. 85 % belæg.				Antal OP-stuer			
		KABC	KNAG	Øvrige**	I alt	KABC	KNAG	Øvrige**	I alt
OUH	Neurokirurgisk afd. U	5,1	1,0	1,3	7,4	0,49	0,11	0,06	0,65
	Ortopædkirurgisk afd. O	1,5	3,4	2,3	7,2	0,08	0,36	0,17	0,61
	Øvrige (1)	1,5	0,1	1,5	3,1	0,04	0,00	0,05	0,10
OUH i alt		8,2	4,4	5,1	17,7	0,61	0,47	0,28	1,36
Sygehus Sønderjylland	Rygkirurgisk afdeling, Aabenraa	3,5	1,1	0,6	5,2	0,32	0,13	0,06	0,51
Sydvestjysk Sygehus (1)	Ortopædkirurgisk afd., Esbjerg (2)	2,9	1,8	0,8	5,5	0,30	0,19	0,03	0,52
Vejle Sygehus	Ortopædkirurgisk afd.	0,1	0,0	0,0	0,1	0,03	0,02	0,00	0,05
Give Sygehus	Rygcentret (3)	3,9	0,0	0,0	3,9	0,28	0,00	0,00	0,28
Friklinikken Give	Ortopædkirurgisk afd. (4)	0,8	0,5	0,0	1,3	0,21	0,08	0,00	0,29
Silkeborg Sygehus (1)	Ortopædkirurgisk afd. K (5)	0,1	0,3	0,0	0,4	0,01	0,03	0,00	0,04
I alt offentlige sygehuse		19,4	8,2	6,5	34,1	1,76	0,92	0,37	3,05
Privathospitalet, Kollund (5)		0,1	0,2	0,0	0,3	0,04	0,04	0,00	0,08
Privathospitalet, Mølholm (5)		0,1	0,1	0,0	0,1	0,02	0,02	0,00	0,04
Øvrige privathospitaler (6)		0,1	0,1	0,0	0,2	0,02	0,03	0,00	0,05
I alt private sygehuse		0,3	0,4	0,0	0,6	0,08	0,09	0,00	0,17
I alt offentlige og private sygehuse		19,7	8,5	6,5	34,7	1,84	1,01	0,37	3,21
I alt offentlige og private sygehuse, ekskl. OUH		11,5	4,1	1,5	17,1	1,22	0,54	0,09	1,86

Kilde: DOSA pr. 5. februar 2008. pr. 8. februar 2008 (Private sygehuse) og pr. 12. februar 2008 (Friklinikken)

*) Afgrænset som udskrevne patienter med operationskode: KAB eller KNA, som vigtigste eller primære operation

***) Dækker over patienter med operationskode KAB eller KNA, som ikke er KABC eller KNAG

(1) Patienter med stamafd. på medicinsk afd., børneafd., onkologisk afd. og urologisk afd.

(2) inkl. 1 patient med neurologisk afdeling som stamafd.

(3) inkl. 1 patient med ortopædkirurgisk afdeling som stamafd.

(4) inkl. 1 patient med organkirurgisk afdeling som stamafd.

(5) Kun operationer på borgere fra Region Syddanmark

(6) Dækker over 9 andre danske privat hospitaler

Ambulant udredning og behandling

Enhed	Afdeling	Nuværende personale forbrug			Personalebehov* til 8.000 nye patienter	Manko
		Personaleforbrug i alt	Andel til Rygområdet	Personaleforbrug til Rygområdet		
Ringe	I alt	43,49		43,49		
Give	Rygcentret	19,58	100 %	19,58		
	Fysioterapien	20,56	39 %	8,10		
	Ergoterapien	6,04	46 %	2,80		
Andre	?					
I alt				73,97	80	6,03

*) Der regnes med en norm på én fuldtidsstilling pr. 100 nye patienter pr. år.

Sengeafsnit til opererede patienter

Enhed	Afdeling	Nuværende personale forbrug			Personalebehov til 17 sengepladser*	Manko	Sengedage
		Personaleforbrug i alt	Andel til Rygområdet	Personaleforbrug til Rygområdet			
Ringe		0				0	
Give	Afdeling R	21,73	70,39 %	15,30	6,41	1.218	
Vejle	Ortopædkirurgisk	?	?		0,19	36	
Åbenrå	Ortopædkirurgisk	?	?		9,01	1.711	
Esbjerg	Ortopædkirurgisk	?	?		8,46	1.607	
OUH	Ortopæd- og neurokirurgisk	?	?		0,00	0	
Andre					3,31	628	
I alt					27,37	5.200	

*) Til dækning af 1.200 udskrivninger og ca. 5.200 sengedage. Der regnes med et normtal på 190 sengedage pr. fuldtidspersonale

Sengeafsnit til ikke-opererede patienter

Enhed	Afdeling	Nuværende personale forbrug			Personalebehov til 8 sengepladser*	Manko	Sengedage
		Personaleforbrug i alt	Andel til Rygområdet	Personaleforbrug til Rygområdet			
Give	Afdeling R			8,88	8,88		

Operationskapacitet

Personalkategori	Personalebehov til 10 OP-stuedage pr. uge	
	Netto	Brutto (+ 25%)
Rygkirurger	5	6,25
Anæstesi-læger	1	1,25
Anæstesisygeplejersker	3	3,75
OP-sygeplejersker	5	6,25
Portør	1	1,25
I alt	15	18,75

Enhed	Operationer	Overflyttet personale
Give	225	3,52
Vejle	31	0,48
Åbenrå	355	5,55
Esbjerg	336	5,25
OUH		
Andre	253	3,95
I alt	1.200	18,75

MR-kapacitet

Der skønnes behov for ca. 8.000 MR-scanninger årligt, hvilket vil kræve 5 fuldtidsradiologer, idet scanneren må forventes at skulle køre i to-holdsdrift, dvs. 2+2 radiologer + 25 % fra netto til bruttonormering.

Samlet forslag til bemanning af Rygcentret i Middelfart fordelt på aktivitet og hvor personalet skal overflyttes fra.
Bruttostillinger

Enhed	Ambulant udredning og behandling	Sengeafsnit til opererede patienter	Sengeafsnit til ikke-opererede patienter	Operationskapacitet	MR-kapacitet	I alt
Ringe	43,5	0,0		0,0	1,5	45,0
Give	30,5	6,4	8,88	3,5	1,5	50,8
Vejle	0,0	0,2		0,5		0,7
Åbenrå	0,0	9,0		5,5		14,6
Esbjerg	0,0	8,5		5,3		13,7
OUH	0,0	0,0				0,0
Andre	0,0	3,3		4,0		7,3
Manko - evt. nynormering	6,0				2,0	8,0
I alt	80,0	27,4	8,9	18,8	5,0	140,0

Bilag 3. Notat fra ryggkirurgerne

Middelfart rygcenter

Forslag til struktur for ryggkirurgiske funktion, ved en central model:

Baggrund:

Politisk bestemt at der kun skal være et reumatologisk rygcenter.

Der skal være tæt samspil med ryggkirurgien.

Rygcentret skal rumme kiropraktorskole.

Fordele:

Øgede forskningsmuligheder, gerne i samspil med ryggkirurgerne.

Mulighed for at reumatologisk og ryggkirurgisk tilgang til patienterne nærmer sig hinanden.

Mulighed for mere ensartede patientforløb ved en form for central visitation.

Problemer:

Afklaring af den centrale visitation

Håndtering af akutte rygpatienter

Rekruttering af kommende ryggkirurger.

Tilknytningsforhold til rygsektoren OUH

Central visitation:

Alle patienter er forvisiteret i Middelfart rygcenter ved diverse visitationsteams (se Claus Maniches oplæg).

Undtagelse er kun patienter overflyttet mhp subakut kirurgi og patienter med oplagt neurologi (se senere).

Disse ses direkte af kirurgerne.

Der er fælles konference i Middelfart med reumatologer hver 14. dag mhp. sekundær visitation af patienter.

Henvvisning fra primærsektoren skal være meningsfuld, så relevante oplysninger fremgår. Evt. et afkrydsningsskema.

Reumatologerne tager sig af henvisninger på patienter, med lumbale smerter uden neurodeficit eller massive radikulære smerter.

Kirurgerne tager sig af henvisninger på patienter med

1. Massive radikulære smerter og MR verificeret nerverodspåvirkning.
2. Neurodeficit > grad 1
3. Spinal klaudicatio
4. Spondylolistese med rodpåvirkning
5. Skolioser
6. Komplikationer efter tidligere kirurgi

Visitering til ryggkirurgi efter fælles konferencer:

Behandlingsresistente lænderygsmerter ved samtidig patologi på diskus eller facetled ved MR scanning eller supplerende undersøgelser. Herunder

1. Instabilitet
2. Modic 1 forandringer
3. spondylose (andre)
4. Spondylartrose (facetledsartrose)

5. Spondylolistese
6. Arkolyse
7. Fraktursequelae
8. dårlig sagital balance

Kirurgien foregår på Middelfart sygehus med mindre patienten ikke kan håndteres her: ASA 4? Forreste kirurgi? Højt specialiseret Kirurgi?

Håndtering af akutte patienter:

Indlægges på nærmeste akutsygehus og ses af det stedlige ortopædkirurgiske vagthold, hvis det drejer sig om mistanke om lumbale problemer og det stedlige neurologiske vagthold, hvis der er mistanke om cervikale problemer. Ved behov konfereres med ryggkirurg. (NB rygvagtfunktion eller neurokirurgisk bagvagt). Lægger sig tæt op ad forslaget fra akutfLOW gruppen.

Ved cauda equina symptomer eller grov neurodeficit: MR scanning inden for 0 - 24 timer. (Hvis nødvendig skanning ikke kan finde sted overflyttes patienten akut til neurokirurgerne OUH til scanning og evt. operation). Operationskrævende kirurgi udføres inden for 6 – 48 timer. Patienten overflyttes til Neurokirurgisk afdeling OUH hvis der skønnes at være behov for uopsættelig kirurgi eller kirurgi uden for dagarbejdstiden. Patienten overflyttes til Middelfart rygcenter, hvis kirurgien kan udføres som subakut kirurgi. Ofte kan patienten udskrives dagen efter operation. Fysioterapi efter 3 uger i kommunalt regi.

Plejekrævende patienter med svære rygsmerter med ingen eller uspecifik neurologi: Smertebehandles og mobiliseres med alle midler. Ved mistanke om patologi da MR scanning inden for 4 – 5 døgn. Udskrives når de er afklarede og selvhjulpne. Enkelte har behov for overflytning til Middelfart rygcenter. De fleste visiteres tilbage til primærsektoren og kontrolleres her. Enkelte skal ses ambulant efter træning i kommunalt regi enten i lokalt primær rygcenter eller på rygcenter Middelfart.

Tilgængeligt udstyr Middelfart:

Velfungerende radiologisk afdeling med moderne udstyr:

1. MR scanner betjent alle hverdage 8 – 15.30 med tilstedeværende MR kyndig radiolog.
2. Mulighed for pakkeløsninger til patienter, så MR scanningen kan foregå ved første ambulante besøg, hvis der er behov.
3. MR scanner hvor patienten kan sidde mhp. påvisning af instabilitet.
4. Mulighed for rtg. Columna alle hverdage i ambulatoriets åbningstid.
5. Gennemlysningsapparat i god kvalitet.
6. CT scanner
7. Fuldt digitaliseret rtg. System (PACS), med skærme i alle ambulatorierum, kontorer og operationsstuer. Det skal være netværk så alle regionens billeder er tilgængelige.

Kirurgisk kapacitet til at foretage ca. 1200 dekompressioner, 400 deser og 50 diskproteser. Det svarer ca. til 14 lejer pr. uge. Heraf 1 leje hver 14. dag til forreste kirurgi, med mulighed for karkirurgisk opbakning. Smidig og velfungerende anæstesiaafdeling med mulighed for at anæstesere min. ASA 3 patienter, samt opvågningsfaciliteter svarende hertil (ca. 6 patienter om dagen, der ligger 1-3 timer). 18 senge hvis der regnes med gennemsnitlig liggetid på 3 dage.

Knoglebank.

Blodbank/ tilgængeligt blod efter BAC test.

Kirurgiens art:

kabc26 diskusprolaps operation
 kabc36 dekompression af nerverod
 kabc56 dekompression af spinalkanal

kabc28 Interspinøs spacer
 knag64 uinstrumenteret dese
 knag74 instrumenteret bageste dese
 knag34 forreste dese
 knab94 diskprotese

Nuværende rygkirurgisk produktion i regionen

	Neurokir OUH	Ryg OUH	Give Vejle	Åbenrå	Esbjerg	Silkeborg Give, privat	total
Kabc26	140?	15?	120?	145?	140?	150?	710?
Kabc 36	30?	20?	40?	35?	30?	30?	185?
Kabc56	60?	30?	50?	55?	60?	60?	315?
Kabc 34	?	?	?	20?	5?	0?	25?
Knag74	20?	50?	7?	30?	2?	20?	129?
Knag 74+34	40?	60?	0?	40?	35?	40?	215?
Knag 34	0?	10?	0?	5?	5?	0?	20?
Knag64	?	?	0?	10?	35?	20?	65?
Knab 94	0?	10?	0?	20?	20?	0?	50?

Svært at sige hvor meget der er dobbeltregistrering. Er der kun hoved- operationskoden, eller er der også bi-operationskoder på?

Derudover foregår der kirurgi i privatklinikker privatfinansieret eller forsikringsfinansieret?

Ved rygkirurgisk betjening af 14 lejer pr. uge kræves minimum 6 rygkirurger gerne 7, da der skal være mulighed for dublikering til flere operationer. Desuden 2 kirurger under oplæring. Hver kirurg har 1 ambulatoriedag og 1 stuegangsdag/kontordag og ½ konferencedag. Ved behov for vagtfunktion skal der minimum være 9 rygkirurger.

Ledelsesmæssigt

Den rygkirurgiske sektion hører under Ortopædkirurgisk afdeling, Sygehus Lillebælt med eget budget og funktionsledelse.

Fastholdelse af nuværende rygkirurger i regionen

Godt fagligt miljø
 Klinisk råderum
 Bekvem geografi

Ved en tvungen centralisering vil der helt sikkert være rygkirurger, der vælger alternativ beskæftigelse.

Man kan evt. indføre strukturen over tre år for at se, om rekrutteringen af rygkirurger er tilstrækkelig.

Der skal til Rygkirurgisk funktion konstant være tilknyttet én ortopædisk kursist og én neurokirurgisk kursist, alternativ en afdlingslæge under oplæring fra hver af specialerne .

Den centralistiske model efterlader to akutsygehuse uden nogen form for rygkyndig mandskab i huset. Det giver dårligt forløb for de akutte rygpatienter og meget landevejstransport med patienterne.

Man tapper de decentralt beliggende sygehuse for yderligere speciallægekompetence.

Carsten Ernst

Middelfart rygcenter

Forslag til struktur for rygkirurgiske funktion, ved en decentral model:

Baggrund:

Politisk bestemt at der kun skal være et reumatologisk rygcenter.

Der skal være tæt samspil med rygkirurgien.

Rygcentret skal rumme kiropraktorskole.

Fordele:

Øgede forskningsmuligheder, gerne i samspil med rygkirurgerne.

Mulighed for at reumatologisk og rygkirurgisk tilgang til patienterne nærmer sig hinanden.

Mulighed for mere ensartede patientforløb ved en form for central visitation.

Problemer:

Afklaring af den centrale visitation

Håndtering af akutte rygpatienter

Rekruttering af kommende rygkirurger.

Tilknytningsforhold til rygsektoren OUH

SVS Esbjerg, SS Åbenrå, og rygfunktionen OUH fortsætter som hidtil, bortset fra at alle patienter uden neurodeficit eller massive radikulære smerter går over den centrale visitation i Middelfart.

Der er fælles konference i Middelfart med reumatologer hver 14. dag mhp. sekundær visitation af patienter.

Trekantens Sygehus Give, Kolding, Vejle betjener Middelfarts daglige rygkirurgiske funktion og varetager Sygehus Lillebælts akutte og subakutte patienter i det omfang det er muligt.

Central visitation:

Henvvisning fra primærsektoren skal være meningsfuld, så relevante oplysninger fremgår. Evt. et afkrydsningsskema.

Reumatologerne tager sig af henvisninger på patienter, med lumbale smerter uden neurodeficit eller massive radikulære smerter.

Kirurgerne tilknyttet de respektive optageområder tager sig af henvisninger på patienter med

1. Massive radikulære smerter og klar radiologi (MR scanning).
2. Neurodeficit > grad 1
3. Spinal klaudicatio
4. Spondylolistese med rodpåvirkning.
5. Skolioser
6. Komplikationer til tidligere kirurgi

Visitering til rygkirurgi efter fælles konferencer

Behandlingsresistente lænderygsmerter ved samtidig patologi på diskus eller facetled ved MR scanning eller supplerende undersøgelser. Herunder

1. Instabilitet
2. Modic 1 forandringer
3. spondylose (andre)
4. Spondylartrose (facetledsartrose)
5. Spondylolistese

6. Arkolyse
7. Fraktursequelae
8. dårlig sagital balance

Kirurgien foregår på det sygehus, der hører til patientens naturlige optageområde afhængig af venteliste og evt. subspecialisering.

Håndtering af akutte patienter:

til ortopædkirurgerne og cervikale problemer til neurologerne. Ved behov konfereres med rygkirurg, som har beredskabsvagt. (NB rygvagtfunktion), alternativt med neurokirurg OUH.

Ved cauda equina symptomer eller grov neurodeficit: MR scanning inden for 0 - 24 timer. (Hvis nødvendig skanning ikke kan finde sted overflyttes patienten akut til neurokirurgerne OUH til scanning og evt. operation). Operationskrævende kirurgi udføres inden for 6 – 48 timer. Ofte kan patienten udskrives dagen efter operation. Fysioterapi efter 3 uger i kommunalt regi.

Plejekrævende patienter med svære rygsmerter med ingen eller uspecifik neurologi: Smertebehandles og mobiliseres med alle midler. Ved mistanke om patologi da MR scanning inden for 4 – 5 døgn. Udskrives når de er afklarede og selvhjulpne. Enkelte har behov for overflytning til Middelfart rygcenter. De fleste visiteres tilbage til primærsektoren og kontrolleres her. Enkelte ses ambulant efter træning i kommunalt regi, disse patienter kunne måske med fordel ses i lokalt rygcenter eller på rygcenter Middelfart.

Tilgængeligt udstyr Middelfart:

Velfungerende radiologisk afdeling med moderne udstyr:

1. MR scanner betjent alle hverdage 8 – 15.30 med tilstedeværende MR kyndig radiolog.
2. Mulighed for pakkøløsninger til patienter, så MR scanningen kan foregå ved første ambulante besøg.
3. MR scanner hvor patienten kan sidde mhp. påvisning af instabilitet.
4. Mulighed for rtg. Columna alle hverdage i ambulatoriets åbningstid.
5. Gennemlysningsapparat i god kvalitet.
6. CT scanner
7. Fuldt digitaliseret rtg. System (PACS), med skærme i alle ambulatorierum, kontorer og operationsstuer. Der skal være tilgængeligt netværk så alle regionens billeder er tilgængelige.

Kirurgisk kapacitet til at betjene det naturlige optageområdes patienter: 4 – 5 lejer pr uge, svarende til 2 rygkirurger. Herunder anæstesiafdeling med mulighed for at anæstesere min. ASA 3 patienter, samt opvågningsfaciliteter svarende hertil. 5 – 10 senge.

Knoglebank

Blodbank/ tilgængelig blod efter BAC test

Der skal være avanceret conferenceudstyr, så der kan laves WEB baserede fælleskonferencer sygehusene imellem.

Kirurgiens art:

1. kabc26 diskusprolaps operation
2. kabc36 dekompression af nerverod
3. kabc56 dekompression af spinalkanal
4. kabc28 Interspinøs spacer
5. knag64 uinstrumenteret dese

6. knag74 instrumenteret bageste dese
7. knag34 forreste dese
8. knab94 diskprotese?

Nuværende rygkirurgisk produktion i regionen

	Neurokir OUH	Ryg OUH	Give Vejle	Åbenrå	Esbjerg	Silkeborg Give, privat	total
Kabc26	140?	15?	120?	145?	140?	150?	710?
Kabc 36	30?	20?	40?	35?	30?	30?	185?
Kabc56	60?	30?	50?	55?	60?	60?	315?
Kabc 34	?	?	?	20?	5?	0?	25?
Knag74	20?	50?	7?	30?	2?	20?	129?
Knag 74+34	40?	60?	0?	40?	35?	40?	215?
Knag 34	0?	10?	0?	5?	5?	0?	20?
Knag64	?	?	0?	10?	35?	20?	65?
Knab 94	0?	10?	0?	20?	20?	0?	50?

Svært at sige hvor meget der er dobbeltregistrering. Er der kun hoved- operationskoden, eller er der også bi-operationskoder på?

Derudover foregår der kirurgi i privatklinikker privatfinansieret eller forsikringsfinansieret?

Fastholdelse af nuværende rygkirurger i regionen

Godt fagligt miljø
 Klinisk råderum
 Bekvem geografi

Ved en decentral model vil samtlige rygkirurger blive i funktionen.

De nuværende rekrutteringsmuligheder fastholdes. Sygehus Lillebælt opfordres til at øge rekrutteringen blandt ortopædkirurger. Ved rekruttering specielt fra Sygehus Lillebælt, ortopædkirurgisk afdeling og fra rygfunktionen OUH kan man byde ind på de yderligere 350 operationer, der udføres i Brædstrup, Silkeborg og privat. Der kan blive mulighed for at finde yderligere patienter i samarbejde med neurokirurgerne OUH. Således patientunderlag for min 4 rygkirurger uden at funktionerne i Esbjerg og Åbenrå behøves at nedlægges.

Den decentrale model støtter funktionen med de nye akutsygehuse, så der er rygkirurgisk ekspertise disse steder. Det giver mere patientvenlig håndtering af den akutte rygpatient.

De perifert beliggende akutsygehuse bliver ikke drænet yderligere for speciallæger

Man kan tage strukturen op igen om tre år for at se, om betænkelighederne er gjort til skamme.

Carsten Ernst

Region Syddanmark
Damhaven 12 . 7100 Vejle
Tlf. 7663 1000

regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark