
Minnisblað

Dagsetning: 15. maí 2019
Höfundur: Alma D. Möller landlæknir
Viðtakandi: Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra
Málsnúmer/skjalalykill: 1901135

Efni: Minnisblað landlæknis vegna liðskiptaaðgerða og biðlistaáttaks

Inngangur

Með bréfi dagsettu 24. apríl 2019 óskaði heilbrigðisráðuneytið, með hliðsjón af *Minnisblaði landlæknis vegna biðlistaáttaks 2019* frá 21. janúar 2019, eftir ítarlegri greiningu á ástæðum þess að ekki hefur náðst ásættanlegur árangur í biðtíma eftir tilteknum skurðaðgerðum. Í því minnisblaði er m.a. yfirlit yfir svonefnt biðlistaáttak 2016-2018; almennt mat á árangri, greining á því hvar árangur hafði náðst og hvar ekki, umræða og tillögur. Þar kom fram það álit Embættis landlæknis (EL) að auka þurfi afköst í liðskiptaaðgerðum enn frekar og eins að stytta þurfi bið eftir mati bæklunarskurðlæknis. Í ljósi óskar ráðuneytisins er sjónum nú beint frekar að þeim aðgerðum þar sem ekki hefur náðst ásættanlegur árangur en það eru liðskipti á mjöðmum og hnjám.

Aðferð

Nýjasta [greinargerð](#) Embættis landlæknis um stöðu á biðlistum eftir völdum skurðaðgerðum frá því í maí 2019 var rýnd. Auk þess var rætt við stjórnendur og hlutaðeigandi starfsfólk á aðgerðasviði og skurðlækningasviði Landspítala (LSH). Þá var rætt við forstöðulækni bæklunarskurðlækninga á Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK) og bæklunarskurðlækni á Heilbrigðisstofnun Vesturlands (HVE). Loks var stuðst við [úttektarskýrslu embættisins](#) vegna alvarlegrar stöðu á bráðamóttöku Landspítalans frá því í desember 2018 og [greinargerð embættisins](#) um hjúkrunarrými á Íslandi frá því í apríl 2019.

Niðurstöður

Biðtími sjúklings á biðlista eftir liðskiptaaðgerð hefur styst á átakstímabilinu en er enn langt umfram viðmið þannig að bæta þarf þjónustu við þennan sjúklingahóp. Miðgildi biðtíma eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm var 20 vikur hjá þeim sem fóru í aðgerð á SAK 2018, 22 vikur á LSH og 60 vikur á HVE. Miðgildi biðtíma var 22 vikur hjá þeim sem fóru í liðskipti á hné árið 2018 á SAK, 36 vikur á LSH og 61 vika á HVE. Bið eftir liðskiptum á hnjám er þannig mun lengri en bið eftir liðskiptum á mjöðmum. Aðgerðatíðni á Íslandi hefur þó vaxið töluvert á tímabilinu og virðist nú orðin nálægt því sem er í nágrannalöndunum, sérstaklega hvað varðar liðskipti á hnjám (sjá nánar í [greinargerð](#)). Forsenda styttingar biðtíma eftir liðskiptaaðgerð er að sjálfsögðu aukning á fjölda aðgerða og verður nánar vikið að því hér á eftir.

Megin ástæða þess að ekki hefur náðst að stytta biðtíma eftir liðskiptaaðgerðum eins og ráð var fyrir gert í upphafi biðlistaáttaks er að eftirspurn eftir liðskiptaaðgerðum hefur vaxið hraðar en reiknað var með og fleiri komið inn á biðlista heldur en forsendur gerðu ráð fyrir þegar átakið hófst. Í nágrannalöndunum hefur einnig verið reynt að spá fyrir um þróun í eftirpurn og reynslan sýnt að slíkar spár hafa vanmetið þörfina. Líklegar skýringar eru fjölgun í efri aldurshópum, vaxandi ofþyngd og offita

sem og auknar kröfur um eigin getu og hreyfingu þannig að fólk er nú yngra þegar það fer í aðgerð. Þá eru vísbendingar um að tíðni slitgigtar í mjöðmum sé hærrí hÉrlendis en slíkt hefur ekki verið skoðað varðandi slitgigt í hnjám. Eftirspurn eftir aðgerðum virðist þannig vaxa hratt og athygli vekur að „innstreymi“ á biðlista hefur aukist um tæplega helming á þremur árum. Tilefni er til að skoða það nánar og fara yfir verklag við mat á þörf fyrir aðgerð.

Þá hefur ekki tekist að fullu að framkvæma þær liðskiptaaðgerðir sem gera átti á Landspítala innan átaksins. Samið var um 911 „átaksaðgerðir“ á þessum þremur árum (fyrir utan þær u.þ.b. 700 aðgerðir sem Landspítali gerir árlega fyrir fasta fjármuni) en 827 voru framkvæmdar, þannig munar 84 aðgerðum, eða 9% sem ekki tókst að framkvæma. Þessar tölur endurspeglar þann vanda sem við er að glíma innan Landspítalans en fresta hefur þurft skurðaðgerðum vegna skorts á legurýmum. Skortur á legurýmum á Landspítala, eins og áður hefur verið rætt í [skýrslum](#) EL, er bæði vegna einstaklinga sem bíða annarra úrræða, einkum [hjúkrunnarrýma](#) og vegna þess að loka hefur þurft legurýmum vegna skorts á hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum.

Þá skal bent á að biðtími eftir mati bæklunarskurðlæknis á þörf fyrir aðgerð hefur lengst. Nákvæmar tölur um þann biðtíma liggja ekki fyrir. Áætlaður biðtími í ársbyrjun 2019 var um 6-8 mánuðir á LSH, en var um 3 mánuðir í ársbyrjun 2018. Á SAK var biðtíminn um 4 mánuðir í ársbyrjun 2019, en um einn og hálfur mánuður á fyrra helmingi ársins 2018. Sem stendur er biðtími eftir mati bæklunarskurðlæknis á HVE innan við 2 vikur.

Umræða

Liðskiptaaðgerðir eru mikilvægar, bæði fyrir einstaklinga sem í þær fara sem og samfélagið í heild. Langur biðtími dregur úr hagkvæmni aðgerðanna og hefur áhrif á lífsgæði sjúklinga.¹ Þá eru vísbendingar um að bið lengur en sex mánuði eftir mati bæklunarskurðlæknis geti haft áhrif á árangur eftir mjaðmarliðsskipti.

Mikil umræða hefur verið um biðlista í þjóðfélaginu. Á það skal bent að það er biðtími eftir aðgerð sem skiptir máli, ekki lengd biðlista. Þannig skiptir langur biðlisti ekki máli ef afköst eru góð þannig að biðtími sé innan viðmiða. Því er betra að beina umræðunni að biðtíma.

Þegar talað er um biðtíma eftir aðgerð er mikilvægt að hafa í huga að sá tími er í raun tvískiptur. Fyrir sjúklinginn hefst biðin þegar beiðni um mat bæklunarskurðlæknis á þörf fyrir slíka aðgerð er send frá heimilislækni eða öðrum lækni. Að því mati loknu er viðkomandi sjúklingur annað hvort settur á biðlista eftir aðgerð eða aðgerðar ekki talin þörf, sem á LSH er í fjórðungi tilfella. Þessi fyrsti hluti biðtímans hefur verið kallaður forbiðlisti eða duldi biðlistinn og er eðlilega háður afköstum göngudeildar viðkomandi aðgerðarstaðar og aðstreymi að henni.

Biðtími eftir mati er mislangur og virðist sjúklingum sérstaklega erfiður þar sem óvissa ríkir um hvort aðgerðar er þörf. Þessi langi biðtími getur hugsanlega verið falin afleiðing af biðlistaátakinu þar sem aðgerðum hefur fjölgað og fleiri þurfa því að koma í eftirlit eftir aðgerð, því gæti tími fyrir nýja sjúklinga minnkað. Einnig virðist sem þessi biðtími sé vannýttur til undirbúnings aðgerðar t.d. með þjálfun og

¹ Mascarenhas, R. (2009). The Manitoba arthroplasty waiting list: impact on health-related quality of life and initiatives to remedy the problem. J Eval Clin Pract. Feb;15(1):208-211

lífsstílsbreytingum sem gætu haft jákvæð áhrif á árangur aðgerðar og líðan sjúklings (mætti kalla forhæfingu, sbr. endurhæfingu).

Í því biðlistaátaki sem hér er til skoðunar var ekki lögð sérstök áhersla á forbiðlistann. Til framtíðar ætti að huga betur að heildarbiðtíma sjúklings eftir aðgerð. Miðlægur biðlisti inn á göngudeild til mats gæti mögulega stýtt biðina og jafnað dreifingu aðgerða, þetta þarf að skoða. Kaflaskil verða svo þegar mat bæklunarskurðlæknis hefur farið fram og ákveðið hefur verið hvort aðgerðar er þörf. Þá tekur við næsta ferli biðtímans og nákvæmar [tölur](#) eru tiltækar um lengd þess tíma. Unnið er að því að koma upp samræmdum, miðlægum biðlista fyrir skurðaðgerðir.

Ekkert formlegt samstarf varðandi beiðnir, mat á þörf fyrir forhæfingu eða eftirlit fram að aðgerð hefur verið við heilsugæsluna. Á LSH er nýlega hafið rannsóknarverkefni² undir forystu svæfingalækna sem hefur það að markmiði að auka samstarf göngudeildar LSH og þeirra heilsugæslustöðva sem senda inn beiðni um liðskiptaaðgerð. Ætlunin er að auka samfellu í meðferð sjúklings fyrir og eftir aðgerð og minnka hættu á fylgikvillum liðskiptaaðgerða með því að taka á áhættuþáttum eins og reykingum, sykursýki, blóðleysi og offitu. Það verkefni er til fyrirmyndar og án efa liggja sóknarfæri í eflingu samstarfs milli mismunandi eininga heilbrigðiskerfisins.

Á Landspítala kom fram mikill samhljómur í viðtölum við starfsfólk spítalans og voru allir viðmælendur sammála um að með samstilltu átaki og góðu samstarfi fagstétta hefði verið lyft grettistaki í þessum málaflokki en betur megí ef duga skal og að skipuleggja þurfi þjónustuna til framtíðar. Það er mat embættisins að starfsfólk LSH hafi reynt sitt ítrasta til að halda fjölda framkvæmdra liðskiptaaðgerða á pari við gerðan samning. Gerð hefur verið endurskipulagning á ferlum og á skurðstofum spítalans auk þess sem legutími hefur verið stytur markvisst. Bætt hefur verið við vinnu um stöku helgi til að auka afköstin frekar. Afkastageta spítalans er hins vegar ekki meiri miðað við núverandi aðstæður. Greining EL leiðir ótvírætt í ljós að það er legurýmiskortur spítalans sem stendur fjölgun liðskiptaaðgerða fyrir þrífum eins og áður hefur verið rakið. Ennfremur er ákveðinn mönnunarvandi til staðar hjá svæfingalæknum og –hjúkrunarfræðingum. Ekki er því svigrúm til að fjölga liðskiptaaðgerðum á Landspítala eins og sakir standa.

Á Sjúkrahúsinu á Akureyri tókst að fjölga aðgerðum umtalsvert á skömmum tíma með fullri nýtingu á skurðstofurými og samstilltu átaki starfsfólks. Einnig hefur s.k. flýtibatameðferð stuðlað að stytum legutíma. Þar hefur verkefnið eingöngu verið unnið í dagvinnu. Á SAK er hugsanlegt við núverandi aðstæður að gera um 50 aðgerðir til viðbótar á ári hverju. Enn meiri aukning krefst þess að bætt sé við skurðstofu á sjúkrahúsinu.

Afkastageta á sjúkrahúsi Heilbrigðisstofnunar Vesturlands á Akranesi hefur verið takmörkuð vegna þess að einungis einn bæklunarskurðlæknir er að störfum við stofnunina. Stefnt er þó að ráðningu bæklunarskurðlæknis í hálf starf í ágúst og mun HVE þá geta aukið afköst sín en óvíst á þessu stigi hve mikið og er það m.a. háð skurðstofurými.

Embætti landlæknis hefur, í síðustu [biðlistaskýrslum](#) og áður nefndu minnisblaði, bent á að auka þurfi afköst í liðskiptaaðgerðum. Það er að mati EL óskynsamlegt að dreifa þeim aðgerðum of mikið í okkar

² María Sigurðardóttir et al. Áhrif langtíma undirbúnings og uppvinnslu sjúklunga í bið eftir liðskiptaaðgerð á hné eða mjöðm á aðgerðarferilinn og tíðni fylgikvilla. Samvinnuverkefni Landspítala Háskólasjúkrahúss og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

fámenna landi. Hinsvegar er það svo að ef ekki tekst að sinna þessum aðgerðum sem skyldi á sjúkrahúsunum þremur, þ.e. Landspítala og sjúkrahúsunum á Akureyri og Akranesi, liggur í augum uppi að skoða þarf aðrar leiðir og þá hvort útvista ætti þessum aðgerðum til einkaaðila. Það skýtur hins vegar skökku við ef bjóða þarf út sérhæfða meðferð eins og liðskiptaaðgerðir, mun nær væri að bjóða út minna sérhæfða meðferð eins og meðferð hjúkrunarsjúklinga en skortur á þjónustu við þann sjúklingahóp er megin orsök þess að að Landspítali getur ekki fjölgað liðskiptaaðgerðum. Þá mætti einnig skoða hvort útvista ætti öðrum skurðaðgerðum til að rýma til fyrir liðskiptaaðgerðum.

Við mat á því hvort útvista eigi liðskiptaaðgerðum er mikilvægt að meta kosti og galla. Kostir þess að útvista heilbrigðisþjónustu til einkaaðila eru augljóslega að afköst aukast og aðgengi batnar, það léttir álagi af opinberum stofnunum og eykur valfrlsi sjúklinga sem og starfsfólks. Gallar eru að sérhæfðum verkefnum er dreift meira og einnig getur útvistun veikt opinberar stofnanir. Það getur gerst ef verkefnum fækkar of mikið og eins ef starfsfólk flyst frá opinberum stofnunum yfir á þær einkareknu, þar sem verkefni kunna að vera þægilegri og ekki þarf að ganga kvöld-, nætur- og helgarvaktir. Í reglugerð nr. 510/2010 um samninga um heilbrigðisþjónustu sem veitt eru utan heilbrigðisstofnana sem ríkið rekur (með stoð í lögum um sjúkratryggingar nr.112/2008 og lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007) er einmitt ákvæði um þetta: „Við samningsgerð um heilbrigðisþjónustu skal þess gætt að raska ekki þeirri þjónustu sem veita ber samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu og draga ekki úr hæfni opinberra stofnana til að veita þjónustu á hagkvæman og öruggan hátt“. Ef leið útvistunar yrði farin ætti að bjóða starfseminu út og þá hugsanlega einungis tímabundið meðan verið er að byggja upp meiri afköst á sjúkrahúsunum þremur. Lykilatriði væri þá að hafa til grundvallar nákvæmar þarfa- og kostnaðargreiningar, kröfulýsingu með tilliti til öryggis og gæða sem og vandað eftirlit. Þá þyrfti að skoða vandlega hvernig meðhöndla ætti fylgikvilla sem upp gætu komið.

Samantekt

Fjölga þarf liðskiptaaðgerðum og stytta þarf bið eftir fyrsta viðtali við bæklunarskurðlækni. Þörf fyrir liðskiptaaðgerðir var vanmetin í upphafi biðlistaátaks og semja hefði þurft um fleiri aðgerðir. Óvíst er þó hvort tekist hefði að framkvæma þær vegna takmarkaðra bjarga, fyrst og fremst skorts á legurýmum á Landspítala sem er tilkominn vegna biðsjúklinga og mönnunarvanda en EL hefur áður bent á margháttaðar afleiðingar þessa. Þau sjúkrahús sem þátt tóku í átakinu hafa þó gert sitt ítrasta til að ná umsömdum árangri.

Brýnt er að ráðast að rótum vandans og gera Landspítala kleift að sinna lögboðnu hlutverki sínu við að sinna flóknari þjónustu með því að flytja starfsemi, eins og t.d. hjúkrunarheimilisþjónustu, sem ekki á að vera á hendi spítalans, annað.

Ábendingar

Ábendingar til heilbrigðisráðuneytisins

- Gera LSH kleift að sinna betur lögboðnu hlutverki sínu sem háskólasjúkrahús og veitanda sérhæfðar heilbrigðisþjónustu.
 - Efla þjónustu við aldraða: heimahjúkrun, heimaþjónustu, dagdvalarúrræði og heilsuefingu með áherslu á samhæfingu öldrunarþjónustu.
 - Íhuga að fela til þess bærum aðilum að reka hjúkrunarrými, a.m.k. til bráðabirgða með því að bjóða út rekstur þeirra.

- Efla mönnun, einkum hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða, til skemmri og lengri tíma.
- Fjölga liðskiptaaðgerðum.
 - Gera þarfagreiningu á fjölda liðskiptaaðgerða til skemmri og lengri tíma.
 - Fjölga liðskiptaaðgerðum á SAK og hámarka afköst þar.
 - Skoða möguleika á að færa liðskiptaaðgerðir á kragasjúkrahúsin með aðkomu teyma frá LSH.
 - Ef ekki tekst að fjölga liðskiptaaðgerðum á sjúkrahúsunum þremur sem þegar sinna þessum aðgerðum þá að útvista þeim, a.m.k. tímabundið.
 - Hafa samninga um aðgerðir skýra, byggja áfram á NordDRG og skilgreina vel hvað um er samið; fjölda aðgerða ásamt kröfum um öryggi og gæði, þar með talið bæði biðtíma eftir mati sérfræðings sem og biðtíma eftir aðgerð. Í samningum þarf einnig að koma fram að skráning á biðlista og gagnaskil séu í samræmi við kröfur landlæknis.
- Fjölga aðgerðum vegna offitu, sjá *Minnisblað landlæknis vegna biðlistaáttaks 2019*, meðal annars til að minnka áhættu á slitgigt í hnjám.

Ábendingar til Landspítala

- Tryggja skýrar leiðbeiningar til heimilislækna og annarra hlutaðeigandi lækna varðandi beiðnir um mat á þörf fyrir liðskiptaaðgerð.
- Skoða starfsemi göngudeildar bæklunarskurðlækninga með það að markmiði að stytta bið eftir mati bæklunarskurðlæknis með nýtingu fjölþættari úrræða en nú er.
- Skilgreina betur hlutverk og verkaskiptingu heimilislækna og bæklunarskurðlækna í meðferð sjúklinga sem bíða eftir liðskiptaaðgerð. Góð leið væri að halda vinnustofu með bæklunarlæknum, Landspítala, og Þróunarmiðstöðvar íslenskrar heilsugæslu.
- Tryggja framgang rannsóknarverkefnis á LSH um samstarf við heilsugæslu um uppvinnslu og undirbúning sjúklinga fyrir liðskiptaaðgerðir.

Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu

- Skilgreina betur hlutverk og verkaskiptingu heimilislækna og bæklunarskurðlækna í meðferð sjúklinga sem bíða eftir liðskiptaaðgerð, sjá tillögu um vinnustofu hér að ofan.
- Tryggja framgang rannsóknarverkefnis á LSH um samstarf við heilsugæslu um uppvinnslu og undirbúning sjúklinga fyrir liðskiptaaðgerðir.
- Virkja sjúklinginn til heilsueflingar á meðan beðið er eftir mati og/eða aðgerð.

Embætti landlæknis hyggst

- Hafa forgöngu um að fara yfir og samræma verklag við mat á þörf fyrir aðgerð.
- Skoða hvort koma skuli upp miðlægum biðlista til mats fyrir aðgerð og vinna að s.k. tilvísanagátt.
- Koma upp samræmdum biðlista fyrir skurðaðgerðir.