

# BESKRIVELSE AF MULIGHEDER FOR DEN FREMTIDIGE ORGANISERING AF UROLOGIEN

## Indhold

<b>1. Baggrund.....</b>	<b>2</b>
1.1 Formål .....	2
1.2 Grundlag for vurderingen .....	2
1.3 Beskrivelse af specialet urologi .....	2
<b>1.2.1 Udviklingstendenser .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Organisering af det urologiske speciale i 2013 .....</b>	<b>3</b>
2.1 Datagrundlag.....	4
<b>2.1.1 Akutte indlæggelser i tidsrummet 22-7 .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1.2 Omvisiterede patienter til private aktører .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Den fremtidige organisering af det urologiske speciale .....</b>	<b>7</b>
3.1 Principper for den fremtidige organisering .....	7
3.2 Forslag til den fremtidige organisering .....	7
<b>3.2.1 To afdelinger med akutindtag og to udefunktioner jf HOPP 2020 .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2.2 Tre afdelinger med akutindtag og ingen udefunktioner.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2.3 To afdelinger med akutindtag, én elektiv afdeling og ingen     udefunktioner .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Organisering af specialet i en overgangsperiode.....</b>	<b>11</b>
4.1 Mangel på specialistkompetencer .....	11
4.2 Ændring i varetagelsen af optageområdet Hvidovre Kommune .....	13
<b>5. Administrationens anbefalinger .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Bilag.....</b>	<b>16</b>
Bilag 1: Kommissorium .....	16
Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning .....	18
Bilag 3: Aktivitetsdata for 2011 og 2012 .....	19
Bilag 4: Oversigt over opgaver hvor opgaveglidning anbefales .....	20

## 1. Baggrund

I forbindelse med den årlige revision af Hospitals- og Psykiatriplan 2020 er der rejst flere forslag, som berører organiseringen af urologien, fx:

- foreslås det af Rigshospitalet, at hospitalet overtager optageområdet Hvidovre Kommune fra Herlev Hospital. Såfremt dette forslag gennemføres vil Herlev Hospital dog gerne beholde nogle specialiserede patientgrupper fra Hvidovre Kommune ift. kapaciteten for robotkirurgien,
- foreslås det af Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler at overtage ledelsen af den funktion, som i dag befinder sig på matriklen på Frederiksberg. Og at den fremadrettet placeres på Nyt Hospital Bispebjerg.

Det er derfor besluttet, at det administrativt skal belyses hvilke muligheder, der er for den fremtidige organisering af specialet på hospitalerne i Region Hovedstaden.

Arbejdet blev administrativt igangsat i april 2013.

### 1.1 Formål

At belyse muligheder for den fremtidige organisering og varetagelse af specialet urologi på regionens hospitaler, herunder at vurdere hvorvidt den planlagte organisering af urologien i Region Hovedstaden på nuværende tidspunkt skal fastholdes.

### 1.2 Grundlag for vurderingen

Der er afholdt tre møder, hvor den fremtidige struktur og udfordringer for urologien er drøftet. Drøftelser fra møder indgår i vurderingen (jf kommissoriet).

Derudover indgår oplysninger fra Sundhedsstyrelsen specialevejledning for urologi (2013), data fremsendt fra afdelingerne, samt data fra LPR som grundlag for vurderingen.

### 1.3 Beskrivelse af specialet urologi

Specialet urologi omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, palliation og rehabilitering af patienter med sygdomme, skader og medfødte misdannelser i nyrer, urinveje og mandlige kønsorganer hos voksne og børn, hvor et kirurgisk indgreb, herunder minimalt invasive indgreb, teknologikrævende ikke-kirurgisk behandling, medikamentel behandling og palliation kan blive aktuel. Specialet urologi dækker ca. 20 pct. af alle nyopdagede cancertilfælde. Specialet varetager desuden forskning, udvikling og uddannelse inden for dets områder.

Inden for urologien udgjorde akutte indlæggelser 40 % (i 2010 på landsplan), hvor der ofte kræves akut urologisk diagnostik i form af røntgen og ultralyd. Langt hovedparten (90-95 %) af operationer i urologi er imidlertid elektive. Op til 1/3 af de urologiske senge anvendes til palliation.

Urologien har et tæt samarbejde med en række specialer på hovedfunktionsniveau:

Anæstesiologi/intensiv, billeddiagnostik inkl. intervention (inkl. CT, MR og ultralyd) og klinisk biokemi. I forhold til specialfunktioner er der et langt bredere samarbejde bl.a. i forhold til onkologi, thoraxkirurgi, kirurgi, gynækologi og obstetrik, patologi mv.

### 1.2.1 Udviklingstendenser

Incidensen indenfor prostatacancer er stigende (ca. 10 pct.årligt), og det er vurderingen, at incidensen vil stige med ca. 7 % pr. år således, at prostatakræft inden for få år vil være den hyppigste kræftform hos mænd. En væsentlig del af disse patienter vil skulle tilbydes helbredende behandling i form af kirurgisk fjernelse af prostata eller strålebehandling.

Udviklingen i kirurgisk behandlingsteknik går i retning af øget anvendelse af skånsom kirurgi. Åbne kirurgiske procedurer erstattes af minimalt invasive teknikker såsom endoskopi. Specielt forventes laparoskopi og retroperitoneoskopi at få større udbredelse. Samtidig forventes visse kirurgiske behandlinger at blive erstattet af medicinsk behandling. Den ambulante aktivitet inden for urologien er stigende, og denne vækst forventes at fortsætte. Således forventes flere urologiske patienter at blive behandlet og kontrolleret i ambulatorier, herunder sygeplejerskeambulatorier. Desuden forventes flere urologiske patienter fremover at blive fulgt i praksissektoren.

## 2. Organisering af det urologiske speciale i 2013

Der er aktuelt 3 urologiske afdelinger, som er placeret på:

- Herlev Hospital
- Rigshospitalet
- Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (Frederiksberg matriklen)

I følge Hospitalsplan 2007 skulle afdelingerne på Rigshospitalet og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler fusioneres, men fusionen er endnu ikke blevet effektueret. De to afdelinger har et tæt samarbejde.

For *akutte* urologiske patienter er optageområderne som følgende:

Herlev Hospital	Rigshospitalet og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler:
Patienter fra planlægningsområde Nord, Midt og Syd (kommunerne: Albertslund, Brøndby, Høje Taastrup, Glostrup, Hvidovre og Ishøj og Vallensbæk)	Patienter fra planlægningsområde Byen og Syd (Kommunerne: Valby, Vesterbrosø, Amager, Tårnby og Dragør)

Den præcise fordeling af akutte patienter mellem Rigshospitalet og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler ift. optageområde Syd er baseret på sygdom:

Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler: Kateterproblemer, alle vandladningsproblemer, alle sten. På kræftområdet varetages primært patienter fra Frederiksberg kommune, Amager, Tårnby og Dragør).

Rigshospitalet: Resten, herunder infektioner, blødninger, traumer, mv.

For *elektive* urologiske patienter – herunder kræftpatienter - er optageområderne som følgende:

Herlev Hospital	Rigshospitalet*, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler:
Patienter fra planlægningsområde Nord, Midt og Syd (kommunerne: Albertslund, Brøndby, Høje Taastrup, Glostrup, Hvidovre og Ishøj og Vallensbæk)	Patienter fra planlægningsområde Byen og Syd (Kommunerne: Amager, Dragør, Valby, Vesterbro og Tårnby)

\*Rigshospitalet modtager primært tertiære henvisninger som visiteres via CVI

Alle urologiske afdelinger varetager specialfunktioner. Afdelingerne på Rigshospitalet og på Herlev Hospital varetager højtspecialiserede funktioner. Nogle højt specialiserede funktioner varetages kun på én afdeling. Afdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler varetager kun regionsfunktioner. For uddybning henvises til Sundhedsstyrelsens specialeplan for urologi.

## 2.1 Datagrundlag

Tabel 3A og 3B viser aktiviteten fordelt på hospitaler i 2012. I aktiviteten er også inkluderet borgere med bopæl i andre regioner og udlandet. Særligt Region Sjælland har en del patienter i urologisk behandling på Region Hovedstadens hospitaler. Region Sjællands patienter behandles primært på Rigshospitalet, og det er hovedsageligt kræftpatienter.

Tabel 3A: Aktivitet i 2012

Hospitaler	Ambulante operationer	Elektive operationer	Akutte operationer * foretaget på akutindlagte patienter
Rigshospitalet	1630	1279	351
Herlev Hospital	4570	3412	1158
Frederiksberg Hospital	2075	1697	378
Total	8275	6388	1887

\* Det skal præciseres at de operationerne er afgrænset til koderne KA til KQ. Således vil skopier mangle ift. antallet af operationer.

Tabel 3B: Aktivitet i 2012

Hospitaler	Ambulante besøg	Elektive indlæggelser	Akutte indlæggelser
Rigshospitalet	20.136	1498	1922
Herlev Hospital	70.698	4420	6207
Frederiksberg Hospital	32.301	2097	1709
Total	123.135	8015	9838

Der er fra 2011 til 2012 en aktivitetsstigning på:

- 3 pct. i antallet af ambulante besøg,

- 6,5 pct. i antallet af akutte indlæggelser,
- 7,3 pct i antallet af akutte operationer.

Se bilag 6.3 for uddybning af aktivitetsstigningen fra 2011 til 2012.

Det er umiddelbart vurderingen, at stigningen i antallet af akutte indlæggelser og akutte operationer kan skyldes bl.a. natlukningen af akutklinikkerne, fordi patienterne nu indlægges. Hertil kommer at specialiseringen i sundhedsvæsenet generelt medfører, at nogle opgaver i dag kun varetages af én faggruppe. Derfor vil opgaven ikke blive løftet i fx akutmodtagelsen, men patienter vil derimod blive akutindlagt.

### 2.1.1 Akutte indlæggelser i tidsrummet 22-7

Hospital	Antal	Beskrivelse af vagtlag
Herlev Hospital	997	Afdelingens vagtlag består af: 1-2 forvagter, bagvagt i tilstedeværelsesvagt og overlægebaggvagt i tilkald fra hjemmet. I opgaveporteføljen indgår endvidere tilsynsfunktion i vagtperioden på patienter indlagt på andre afdelinger, samt frivillige urologiske tilsyn på ikke flytbare patienter på regionens øvrige hospitaler.
Rigshospitalet	309	Afdelingen vagtlag består af: forvagt (introduktions-/uddannelseslæge), vagt fra vagtvarerelse (varetager alt akut forefaldende i afdelingen, tilsyn i traumecenter og andre afdelinger, deltager i operationer), bagvagt (uddannelseslæge/speciallæge (R1-/A-/O-læge), vagt fra hjemmet, varetager stuegang, tilsyn, komplicerede problemer, traumecenter, udfører/deltager i operationer, organudtagning mhp. nyretx., samt urologiske tilsyn på ikke-flytbare patienter på regionens øvrige hospitaler. Bag-baggvagt (speciallæge O-læge), varetager transplantationer, komplekse tilsyn, komplekse operationer.
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	225	Afdelingens vagtlag består af: 1 reservelæge i bunden vagt og 1 speciallæge i bagvagt (tilkaldevagt).

\*Data fra 2012

Antallet af akutte indlæggelser om natten på de tre hospitaler viser, at der på Rigshospitalet og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler er en relativ lav aktivitet.

Det er derfor nærliggende, at det vurderes yderligere om der er patientgrundlag til at opretholde akutindtag om natten på tre matrikler eller om det skal samles til to matrikler. Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler vurderer umiddelbart, at besparelsen ved at have akutindtag på to matrikler fremfor tre vil være minimal, da der fortsat skal opretholdes vagtberedskab af hensyn til indlagte patienter. En samling af de akutte indlæggelser om natten for Rigshospitalets og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitals op-

tageområdet, på fx Righospitalet, vil betinge en betydelig udvidelse af sengekapaciteten på Righospitalet og vil ifølge Righospitalet medføre talrige overflytninger dagen efter til den elektive kirurgiske enhed på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

## 2.1.2 Omvisiterede patienter til private aktører

Der omvisiteres en række patienter til udredning og behandling hos private aktører.

Tabel 3C: Oversigt over omvisiterede henvisninger

	Total	2011	2012	2013
<b>Total</b>	<b>4.076</b>	<b>903</b>	<b>2.059</b>	<b>1.114</b>
1301 Righospitalet	<b>10</b>	1	6	3
1401 Frederiksberg Hospital	<b>622</b>	52	484	86
1516 Herlev Hospital	<b>3.444</b>	850	1.569	1.025

\* 2013 er pr. 14-06-13 opgivet i antal henviste patienter

Antallet af omvisiterede patienter er stigende fra 2011 til 2012, og de tilgængelige data fra foråret 2013 viser, at antallet af omvisiterende patienter også forventes at stige fra 2012 til 2013.

Der er på kort sigt behov for, at det belyses hvordan antallet af omvisiterede patienter til private aktører nedbringes. Både for at efterleve princippet om, at der skal sendes så få patienter ud til private aktører som muligt, samt for at understøtte, at kompetencerne fastholdes på regionens afdelinger. Implementeringen af udredningsretten aktualiserer behovet yderligere.

Herlev Hospital vurderer, at stigningen bl.a. skyldes en stigning i antallet af henviste hæmaturopatienter.

På grund af den aktuelle kapacitetsmangel kan det være en nødvendig løsning, at der i en periode omvisiteres patienter til private aktører. En løsning der dog primært vurderes hensigtsmæssig ifm. pukkelafvikling. Det er derfor vurderet i SFR for urologi, at en række patienttyper/diagnoser kan varetages i privat regi.

Det drejer sig om patienter til første ambulante besøg for:

DN308: Cystitis	DN 43.5: Hydrocele
DR391: Luts	DN 48.4: Impotens
DN 409: Hyp Prost	DQ 53.1: retentio testis
DR 339: Urin retention	DA 63.0: Condylomer
DN391: Uretrastrictur	DQ 54.4: Krummerik
DN35.9: Testodysi	DT 830: Kath probleme
DN 43.4: Spermatocoele	DN 509: Blandings diagnose for diverse små ting i de mandlige kønsorganer.
DN 47.9: Phimosi	

Der er pr. 1. september 2013 indgået 1-årige aftaler med to private aktører om varetagelse af en række patienttyper/behandlinger på hovedfunktionsniveau. Herlev Hospital har samtidig en aftale som omfatter omvisitering af hæmaturopatienter til privat aktør.

### 3. Den fremtidige organisering af det urologiske speciale

#### 3.1 Principper for den fremtidige organisering

Den fremtidige organisering af urologien skal sikre, at afdelingerne har en volumen, som understøtter en effektiv ressource anvendelse, kvalitet, udvikling, uddannelse samt forskning. Hertil kommer hensyntagen til nærhedsprincippet.

##### Principper:

- Opgaveportefølje: Afdelingerne skal have en opgaveportefølje med en bredde, som sikrer mulighederne for uddannelse, udvikling og forskning
  - Der er med det nuværende patientgrundlag i regionen basis for, at der er to afdelinger, som varetager højt specialiserede funktioner
  - Udviklingen af nogle specialfunktioner kræver, at én afdeling har et særligt fokusområde. Varetagelsen af nogle specialfunktioner kan derfor kræve, at de kun varetages ét sted i regionen (fx varetager Rigshospitalet transplantationer for hele regionen og Herlev Hospital varetager brachyterapi for prostatacancer for hele regionen)
- Kvalitet fremfor nærhed: Hvis ikke organiseringen kan tilgodese både kvalitet og nærhed, vil hensynet til kvalitet altid gå forud for nærhed
- Organiseringen skal understøtte en optimal anvendelse af ressourcerne
- Opgavevaretagelsen skal understøtte, at der sendes så få patienter som muligt til private aktører
- Organiseringen skal understøtte forløbstankegangen, dvs. at der sikres et hensigtsmæssigt flow i hele patientforløbet, herunder at der ikke pga. organiseringen skabes unødvendige overflytninger af patienter i et forløb
- Sundhedsfaglig ubegrundet ventetid elimineres eller mindskes mest mulig.

De tilgængelige ressourcer skal anvendes effektivt og ift. personale ressourcer skal kompetencerne anvendes til rigtige opgaver, dvs. læger skal varetage lægefaglige opgaver mv.

#### 3.2 Forslag til den fremtidige organisering

Det er vurderingen, at der er flere mulige scenarier for den fremtidige organisering af urologien.

##### Overordnede forslag til den fremtidige organisering:

- Fastholde den nuværende planlagte organisering med HOPP 2020, dvs. to afdelinger med akutindtag samt to udefunktioner
- Fastholde den nuværende organisering, dvs. tre afdelinger med akutindtag og ingen udefunktioner
- Fastholde dele af den planlagte organisering med HOPP 2020, dvs. to afdelinger med akutindtag og en elektiv afdeling

Hertil kommer, at der ift alle forslag til den fremtidige organisering kan etableres udefunktioner med ambulante tilbud, såfremt det vurderes hensigtsmæssigt og i overensstemmelse med de overordnede principper.

### 3.2.1 Scenarie 1: To afdelinger med akutindtag og to udefunktioner jf HOPP 2020

Den planlagte varetagelse af specialet er baseret på princippet om, at der er urologisk funktion i alle fire planlægningsområder. Herlev Hospital og Rigshospitalet har begge fortsat en urologisk funktion. Hertil kommer, at Herlev Hospital leder en udefunktion på Nyt Hospital Nordsjælland, som etableres, når dette er færdigbygget. Mens Rigshospitalet opretter en udefunktion på Hvidovre Hospital, når de fysiske rammer muliggør det. Samtidig lukker den funktion, der i dag findes på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (på Frederiksberg)

Ifølge HOPP 2020 skal der således være to akutte afdelinger i regionen placeret på:

- Herlev Hospital, der varetager specialet for planlægningsområderne Midt og Nord
- Rigshospitalet, der varetager specialet for planlægningsområderne Syd og Byen

Derudover varetages elektive urologiske funktioner på:

- Nordsjællands Hospital i Hillerød, som ledes af Herlev Hospital
- Hvidovre Hospital, som ledes af Rigshospitalet

Specialfunktioner skal varetages på både Herlev Hospital og Rigshospitalet.

Såfremt denne model fastholdes ift. den fremtidige organisering af urologien, er det foreslået, at udefunktionen ikke etableres på Hvidovre Hospital, men på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler. Både for at understøtte Bispebjergs faglige profil, der i forhold til de øvrige akuthospitaler har en relativ spinkel profil på det kirurgiske område, samt for at styrke akseksen Bispebjerg-Rigshospitalet, hvilket i så fald vil være en ændring af HOPP 2020.

Begrebet ”udefunktion” anvendes som betegnelse for mange forskelligartede funktioner i Region Hovedstaden (strækkende fra et fremskudt ambulatorium til en funktion med sengeafdeling, ambulatorium mv.). Der er derfor behov for nærmere at beskrive rammerne for, hvad en udefunktion – kan og skal varetage, herunder mulighederne for varetagelse af visse akutte funktioner i udefunktionen.

#### Opmærksomhedspunkter:

- Ved at etablere urologisk funktion i alle planlægningsområderne understøttes nærhedsprincippet, og muligheden for urologisk tilsyn på alle akuthospitalerne, da erfaring viser at logistikken, ift. at sikre tilsyn forbedres, hvis funktionen er på matriklen
- Ved to afdelinger med akutindtag sikres muligvis en bedre anvendelse af vagtberedskabet



- Ved at have urologisk aktivitet på fire matrikler er der større mulighed for at tilpasse kapaciteten efter behov
- Ved at etablere to afdelinger med udefunktioner vil fx lægerne kun være forankret i 2 enheder, hvilket understøtter det lægelige samarbejde på tværs af matrikler (mellem hovedafdeling og udefunktion)
- Ved at etablere afdelinger på flere matrikler herunder særligt udefunktioner:
  - øges risikoen for unødvendige patientovergange
  - reduceres mulighed for faglig sparring
  - vanskeliggøres uddannelse af speciallæger
  - øget administration
  - besværliggøres anvendelse af databaser
  - akutte tilsyn skal alligevel overflyttes til moderafdeling
  - det er økonomisk uhensigtsmæssigt med en udefunktion

### 3.2.2 Scenarie 2: Tre afdelinger med akutindtag og ingen udefunktioner

Den anden mulighed vil være, at den nuværende organisering fastholdes med tre selvstændige afdelinger med akutindtag placeret på Rigshospitalet, Herlev Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (for nuværende på Frederiksberg matriklen). Herlev Hospital har planlægningsområde Nord og Midt som optageområde for både akutte og elektive funktioner, og Rigshospitalet og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler varetager i samarbejde optageområderne Byen og Syd for både akutte og elektive patienter.

Dette scenarie er en ændring af HOPP 2020 og en videreførelse af den nuværende organisering.

#### Opmærksomhedspunkter:

- Fastholdelse af samarbejdet mellem og Rigshospitalet og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler muliggør etableringen af en højt specialiseret funktion uden indtag af uselektede akutte patienter, hvilket giver bedre mulighed for planlægning af optimale forløb, idet planlagte procedurer i mindre omfang vil blive aflyst/skubbet af uforudsete akutte forløb
- Ved at have akut urologisk aktivitet på tre matrikler sikres der større mulighed for at tilpasse kapaciteten efter behov
- Ved at fastholde en selvstændig urologisk afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler konsolideres/forstærkes hospitalets kirurgiske profil
- Ved at videreføre den nuværende organisering, videreføres et velfungerende samarbejde mellem to hospitaler, som i høj grad er kendetegnet ved et godt lokalt ejerskab for funktionen og opgaverne
- Risiko for ressourcestab og ineffektive ressourceudnyttelse ved akutindtag på tre afdelinger
- Øget risiko for manglende koordinering mellem afdelingerne og uensartede behandlingstilbud ved tre selvstændige afdelinger
- Nogle patienter fra planlægningsområde Nord får længere transporttid til et urologisk tilbud

- Risiko for uensartede tilbud, da afdelingerne her forskellige driftsvilkår. For eksempel at afdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler i højere grad virker som "buffer" for Rigshospitalet end for Herlev Hospital

### 3.2.3 Scenarie 3: To afdelinger med akutindtag, én elektiv afdeling og ingen udefunktioner

En tredje mulighed vil være, at den nuværende organisering fastholdes med tre selvstændige afdelinger placeret på Rigshospitalet, Herlev Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (for nuværende på Frederiksberg matriklen). Men det er kun Herlev Hospital og Rigshospitalet, som skal have akutindtag og højt specialiserede funktioner. Afdelingen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler etableres som en elektiv afdeling, der varetager basisfunktioner for hele regionen. Den elektive afdeling skal fungere som en 'buffer' ift. afvikling af flaskehalse mv. Afdelingens optageområde, opgaver og snitfalder til de øvrige afdelinger skal nærmere defineres.

Dette scenarie er en ændring af HOPP 2020.

#### Opmærksomhedspunkter:

- Ved to afdelinger med akutindtag sikres muligvis en bedre anvendelse af vagtberedskabet, men man skal være opmærksom på, at også en elektiv enhed med sengeafdeling har behov for et vagtberedskab
- Det er ikke for nærværende hverken fysisk muligt at huse den akutte funktion fra Frederiksberg Hospital på Rigshospitalet
- En elektiv afdeling giver bedre økonomisk mulighed for at opretholde en selvstændig afdeling på Frederiksberg-matriklen, selvom ortopædkirurgien fraflytter matriklen, da der ift. bemanning ikke skal tages hensyn til uforudsete akutte operationer, sterilfunktion kan varetages på anden matrikel mv
- Ved at fastholde en selvstændig urologisk afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler konsolideres/forstærkes hospitalets kirurgiske profil
- En elektiv afdeling vil give mulighed for at skabe fokus på områder af urologien, der i dag er nedprioriteret
- Ved at opretholde tre afdelinger, hvoraf den ene er elektiv kan der komme et flow i patientstrømmene, som sikrer en bedre kapacitetsudnyttelse, og der kan opnås en stor fleksibilitet
- Patienter fra planlægningsområde Nord får længere transporttid til et urologisk tilbud
- Det kan være vanskeligt at rekruttere lægefagligt personale til en ren elektiv enhed

### 3.3 Varetagelse af højt specialiserede funktioner

Varetagelsen af de højt specialiserede funktioner på henholdsvis Herlev Hospital og Rigshospitalet fastlægges i forbindelse med Sundhedsstyrelsens specialplanlægning. Ændringer i varetagelsen belyses i forbindelse med en revidering af den nationale specialeplan for specialiet.

Herlev Hospital huser fortsat regionens Center for Robotkirurgi, og skal sikres en opgaveportefølje som understøtter dette. Samtidig skal hensynet til Rigshospitalets vare-

tagelse af både uddannelse og udvikling af de højt specialiserede funktioner sikres. I forbindelse med den årlige revision af HOPP 2020 i 2012 blev det besluttet, at fjernelse af urinblære ved invasiv kræft (cystektomi) hos patienter fra planlægningsområde Syd flyttes til Herlev Hospital. Flytning af basis optageområde for planlægningsområde Syd fra Herlev Hospital til Rigshospitalet som forudsat i HOPP 2020 gælder derfor ikke fjernelse af urinblære ved invasiv kræft (cystektomi) hos patienter fra planlægningsområde Syd. Disse patienter skal fortsat behandles på Herlev Hospital.

Funktionerne radikale prostatektomier og partielle nefrectomier, som også opereres robotassisteret, følger indtil videre uændret hospitalernes basis optageområde. I takt med at Rigshospitalet hjemtager optageområde Syd som forudsat i HOPP 2020, skal det vurderes om optageområdet for radikale prostatektomier og partielle nefrectomier skal revurderes.

#### **4. Organisering af specialet i en overgangsperiode**

Der omvisiteres aktuelt (jf. afsnit 3.2.1) en række patienter til behandling i privat regi. Hertil kommer at nationale opgørelser viser, at en række urologiske kræftpatienter har længere ventetid til behandling i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner.

Den nuværende kapacitet på regionens urologiske afdelinger kan derfor ikke rumme det aktuelle behov. Samtidig er udviklingstendensen, at der kommer flere tunge patienter (fx kræftpatienter). At behandlingstilbuddene vil være mere invasive. Og at andelen af ambulante besøg er stigende.

Der er derfor aktuelt et behov for, at den samlede kapacitet udvides. Herunder at den ambulante kapacitet, og kapaciteten til at varetage fx kræftpatienter, udvides.

##### **4.1 Mangel på specialistkompetencer**

For at udvide kapaciteten er det vurderingen, at den største udfordring er manglen på specialist kompetencer, primært lægespecialistkompetencer. Det er erfaringen, at hvis det lykkes én afdeling at rekruttere specialistlægekompetencer, så er det en kompetence, der rekrutteres fra en anden urologisk afdeling i regionen. Samlet set er det vurderingen, at der på nuværende tidspunkt mangler specialistlægeressourcer svarende til ca. 6 speciallæger, for at udvide kapaciteten svarende til efterspørgslen i regionen.

##### Forslag til løsningsmuligheder:

- Særlig fokus på rekrutteringen af speciallæger i urologi fra andre arbejdsgivere, herunder rekruttering af speciallæger i urologi fra udlandet. Der arbejdes på alle afdelinger løbende med at rekruttere de rette kompetencer. Der har ikke været igangsat målrettede initiativer ift. at rekruttere speciallæger i urologi fra andre arbejdsgiver eller udlandet.
- Indgå aftaler med speciallæger i urologi om udvidet arbejdstid. Den nye overenskomst for lægerne pr 1. januar 2014 giver mulighed for en anderledes organisering af arbejdstiden for speciallægerne.

- Sikre, at lægespecialistkompetencerne anvendes til lægefaglige opgaver. Det er vurderingen at der i dag er sket en u hensigtsmæssig 'opgaveglidning', således at speciallægekompetencer i nogle tilfælde anvendes til lægesekretær opgaver.
- Fokus på opgaveglidning. Der arbejdes med opgaveglidning på alle regionens urologiske afdelinger. Det er vurderingen, at de speciallægetimer, der kan frigøres ved at arbejde yderligere hermed derfor er begrænsede, men at det fortsat skal være et fokus.

Det er vurderingen, at et særligt fokus skal være om der er opgaver som (specialuddannede) sygeplejersker kan varetage. Sygeplejersker varetager i dag en række opgaver på de urologiske afdelinger.

På Herlev Hospital varetager sygeplejersker følgende ambulante funktioner:

- Injektioner
- Blæreskyllebeh. (BCG o.s.v.)
- Blærekateter (anlæggelse, kateter-skift og afhjælpning af kateterproblestillinger)
- Oplæring i RIK
- TFE
- Stomipleje
- Sacralelektroder, kontrol
- Opfyldning af PRO-ACT balloner

På Rigshospitalet varetager sygeplejersker følgende ambulante funktioner:

- Urodynamik,
- Skylleregimer ved blæreneoplasi,
- Simple behandling/kontrol af prostatacancer,
- Kateterpleje/skift,
- Sårbehandling.

På Frederiksberg og Bispebjerg Hospitaler varetager sygeplejersker følgende ambulante funktioner:

- Behandling af patienter med prostatacancer i stabil fase
- Afsluttende kontrol af patienter efter Tur-P/Sache
- Kateterskift
- Oplæring af patienter i selvkateterisation/dilatation
- Samtaler med patienter med inkontinensproblematik
- Diverse vejledningsopgaver, typisk i forhold til brug af hjælpemidler
- Kontrol af UVI

Ud over de nævnte opgaver foreslås det, at der arbejdes videre med lokalt at belyse om følgende områder kan varetages af sygeplejersker:

- ESWL (har været sådan tidl.)
- C.prost. kontrol
- Kontrol af stenpt. i Urocit beh.
- Primær LUTS udredning (jr. + TFE eller RIK-oplægring)

- Kontrolcystoskopi
- Caverject inj. titrering/oplæring
- Telefon kons. for cancer patienter
- Kontrol af patienter med avanceret prostatacancer i komplicerede behandlingsregimer
- Udføre ¾ dele af forundersøgelsen af patienter med Luts
- Ultralyd af prostata forud for operation
- Kontrol cystoskopi af afgrænset patientgruppe
- Yngre kvinder henvist med Luts, udredes, behandles og evalueres til et vist punkt og startes af kontinens sygeplejerske/uroterapeut

Det foreslås endvidere, at der oprettes tilbud til de praktiserende læger, hvor visse patienter med vandladningsproblemer kan komme i ambulatoriet og blive screenet af en sygeplejerske, der kan opstarte evt. medicinsk behandling, som den praktiserende læge derefter overtager vurderingen af.

Hertil kommer, at der skal være fokus på, at sikre fastholdelse af nuværende kompetencer. Det vil sige fokus på godt arbejdsmiljø, muligheder for faglig udvikling, etablering af seniorordninger mv.

På længere sigt skal der endvidere arbejdes med at sikre de nødvendige uddannelsesstillinger.

#### **4.2 Ændring i varetagelsen af optageområdet Hvidovre Kommune**

Det er foreslået af Rigshospitalet, at hospitalet overtager optageområdet Hvidovre Kommune med undtagelse af cystektomierne fra Herlev Hospital. Det forudsættes at flytningen kan gennemføres uden yderligere investeringer i fysik og apparatur.

Flytningen af Hvidovre Kommune som optageområde er i overensstemmelse med den nuværende beslutning i HOPP 2020. En flytning af optageområdet Hvidovre Kommune vil betyde, at optageområdet fordeles mellem de to hospitaler jf. de snitflader, der allerede er i dag mellem de to hospitaler. Det er forventningen at flytningen vil frigive ressourcer hos Herlev Hospital, således at fx aktivitet som i dag viderehenvises til det private kan hjemtages. Det skal kortlægges yderligere, hvilke funktioner/opgaver den frigjorte kapacitet skal anvendes til.

Implementeringen af HOPP 2020 sker i takt med, at modtagende hospital kan implementere ændringer, og i takt med at de økonomiske rammer muliggør det. Flytningen af optageområdet: Hvidovre Kommune vurderes på den baggrund at være fornuftig, og det foreslås, at den implementeres i 2014.

Ændringen i optageområdet forudsætter, at optageområde Syd forsat skal hører under Rigshospitalet.

## 5. Administrationens opsummering

Der er flere muligheder for den fremtidige varetagelse af urologien, og der er både fordele og ulemper ved alle de forskellige scenarier.

Det er vurderingen, at den bedste løsning på nuværende tidspunkt er at fortsætte med at tre selvstændige urologiske afdelinger i regionen. Men at organiseringen på sigt skal etableres i overensstemmelse med HOPP 2020, dvs. at der skal være to afdelinger med akutindtag på henholdsvis Herlev Hospital og Rigshospitalet, som begge har én udefunktion.

Forudsætningerne for den fulde implementering af HOPP 2020 for det urologiske område er dog, at der sikres tilstrækkelig fysisk kapacitet på Rigshospitalet og Herlev Hospital. Udbygning af de to hospitaler muliggør, at de fysiske rammer sikres.

Ifølge HOPP 2020 skal de to udefunktioner etableres på Nordsjællands Hospital og på Hvidovre Hospital. Det er vurderingen, at udefunktionen ledet af Rigshospitalet skal placeres på Bispebjerg Hospital og ikke på Hvidovre Hospital. Der er i dag et veletableret samarbejde, som understøtter, at der på sigt etableres en udefunktion på Bispebjerg Hospital. Placeringen af en urologisk udefunktion på Bispebjerg Hospital vil desuden understøtte, at hospitalet får en bredere kirurgisk profil.

Det skal belyses nærmere, hvilke opgaver de to udefunktioner skal varetage fremadrettet.

I en overgangsperiode frem til byggerierne står klar, fastholdes den nuværende organisering, hvor Frederiksberg Hospital bibeholder akutindtag og samarbejder tæt med Rigshospitalet.

Det forventes dog, at Frederiksberg Hospital i højere grad, end det er tilfældet i dag, også samarbejder med Herlev Hospital. SFR for urologi skal i tæt samarbejde med hospitalsdirektionerne komme med forslag til, hvordan Frederiksberg Hospital kan aflaste Herlev Hospital på udvalgte områder, og hvordan et fælles visitationsarbejde kan etableres. I vurderingen af, hvordan afdelingen på Frederiksberg Hospital skal aflaste Herlev Hospital, skal der indgå forslag til, hvordan afdelingen kan varetage nogle af de elektive funktioner, som i dag viderevisiteres fra Herlev Hospital til private aktører.

Rigshospitalet skal hjemtage optageområde Syd i takt med, at det er muligt (jf. HOPP 2020). Det vil sige Hvidovre Kommune flyttes fra Herlev Hospitalsoptageområde til Rigshospitalet. Rigshospitalet skal endvidere hjemtage den øvrige aktivitet fra Herlev hospital (planlægningsområde Syd) i det omfang hospitalet har mulighed for det. Specialfunktionerne med undtagelse af cystektomierne følger basisoptageområdet. Området skal dog følges tæt mhp at sikre, at regionens Center for Robotkirurgi på Herlev Hospital sikres den nødvendige aktivitet.

De tre urologiske afdelinger skal endvidere sikre, at speciallæge kompetencerne anvendes bedst muligt. Alle hospitaler skal derfor sikre opgaveglidning af de opgaver, der kan varetages af sygeplejersker fremfor speciallæger.

I forhold til organisering af urologien i en overgangsperiode, og dermed fastholdelse af en selvstændig afdeling på Frederiksberg Hospital med akutindtag, er der en afhængig til organiseringen af ortopædkirurgien. Hvis der træffes beslutning om, at ortopædkirurgien skal fraflyttes Frederiksberg Hospital, er det vurderingen, at den urologiske funktion kan opretholdes på Frederiksberg Hospitals-matriklen, men det vil kræve at funktionen tilføres yderligere aktivitet.

Mulighederne for at Frederiksberg Hospital kan hjemtage aktivitet fra Albertslund, Brøndby, Høje Taastrup, Glostrup, Ishøj og Vallensbæk skal i så fald belyses yderligere (aktivitet fra planlægningsområde Syd, som i overensstemmelse med HOPP 2020 på sigt skal varetages af Rigshospitalet).

Flytning af optageområde fra Herlev Hospital til Frederiksberg Hospital påvirker indirekte Rigshospitalets kapacitet, pga. Frederiksberg Hospital og Rigshospitalets interne fordeling af opgaver. En flytning af optageområde fra Herlev Hospital til Frederiksberg Hospital kan derfor indledningsvist udelukkende dreje sig om flytning af de funktioner, som Frederiksberg Hospital allerede varetager i dag, således at Herlev hospital fortsat varetager de funktioner, som Rigshospitalet i dag varetager i relation til Frederiksberg Hospital og det optageområde de deler.

## 6. Bilag

### Bilag 1: Kommissorium

#### Vurdering af den fremtidige organisering af urologien i Region Hovedstaden

##### Formål

At belyse muligheder for den fremtidige organisering og varetagelse af specialet urologi på regionens hospitaler, herunder at vurdere, hvorvidt den planlagte organisering af urologien i Region Hovedstaden på nuværende tidspunkt skal fastholdes.

##### Baggrund

I forbindelse med den årlige revision af HOPP 2020 er der rejst flere forslag, som berører organiseringen af urologien, fx:

- foreslås det af Rigshospitalet, at hospitalet overtager optageområdet Hvidovre Kommune fra Herlev Hospital. Såfremt dette forslag gennemføres vil Herlev Hospital dog gerne beholde to specialiserede patientgrupper fra Hvidovre Kommune ift. kapaciteten for robotkirurgien,
- foreslås det af Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, at hospitalet overtager ledelsen af den udefunktion, som idag befinder sig på matriklen på Frederiksberg, og at den fremadrettet placeres på Nyt Hospital Bispebjerg.

Det er derfor besluttet, at det skal belyses hvilke muligheder, der er for den fremtidige organisering af specialet på hospitalerne i Region Hovedstaden.

##### Udviklingstendenser

Urologiske patienter anses, som værende en ”tung” patientgruppe. Kapaciteten er udfordret af et stigende antal kræfttilfælde, som skaber kapacitetsudfordringer. Ca. 15 pct. af alle nyopdagede kræfttilfælde er urologiske kræfttilfælde, og derudover forudser Sundhedsstyrelsen, at antallet af prostatakraft vil stige med ca. 7 pct. pr. år.

I fremtiden forventes det, at visse af de kirurgiske behandlinger bliver erstattet af medicinske behandlinger. Derudover er der en forventning om, at flere patienter bliver behandlet i ambulatorier eller i praksissektoren

##### Nuværende organisering af urologien

Specialet er i dag placeret på Herlev Hospital, Frederiksberg Hospital og Rigshospitalet, og organiseret som 3 selvstændige afdelinger.

##### Den fremtidige organisering af urologien ifølge HOPP 2020

Den planlagte varetagelse af specialet er baseret på princippet om, at der er urologisk-funktion i alle fire planlægningsområder. Herlev Hospital og Rigshospitalet har begge fortsat en urologisk funktion. Hertil kommer, at Herlev Hospital leder en udefunktion på Nyt Hospital Nordsjælland, som etableres, når dette er færdigbygget, mens Rigshospitalet opretter en udefunktion på Hvidovre Hospital, når de fysiske rammer muliggør det. Samtidig lukker den funktion, der i dag findes på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital – Frederiksberg.



### Opmærksomhedspunkter

Vurdering af den fremtidige organisering af specialet skal tage hensyn til en række elementer, fx:

- Urologiens samspil med andre specialer, eksempelvis ortopædkirurgien og kirurgien
- Placering ift. principperne i HOPP2020 og de beskrevne hospitalsprofiler i HOPP 2020
- Placeringen i regionen for borgerne under hensyntagen til kvalitet og nærhed
- Regionens større byggeprojekter, herunder også optimal anvendelse af den samlede fysiske kapacitet i regionen i perioden frem mod fuld gennemførelse af byggerierne.

### Organisering af projektet

Styregruppe: Planstyregruppen

Rådgivningsgrupper: VD-kredsen (HOPP) og UD-kredsen

Projektleder: Nina Kjær Bregendahl og Rikke Ørtved

### Arbejdsgruppens medlemmer

Enhedschef Anne Skriver (formand)

En vicedirektør fra de fire akuthospitaler samt Rigshospitalet

Tre repræsentanter fra SFR Urologi

En repræsentant fra Budgetenheden, KØK

Sekretariatsbetjeningen varetages af Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning

### Proces

Uge 8: Udkast til kommissorium forelægges planstyregruppe  
Indkaldelse til 1. møde i arbejdsgruppen

Marts/april: Møder i arbejdsgruppen

VD-kredsen og UD-kredsen

Ultimo juni: Forslag til den fremtidige organisering og varetagelse af specialet urologi på regionens hospitaler forelægges planstyregruppen og KD

## **Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning**

### **Oversigt over medlemmer i arbejdsgruppen for fremtidens organisering af urologi i Region Hovedstaden**

Enhedschef Anne Skriver, for Hospitals- og Psykiatriplanlægning (Formand)

Vicedirektør Leif Panduro Jensen, Nordsjællands Hospital

Vicedirektør Gitte Fangel, Herlev Hospital

Vicedirektør Kristian Antonsen, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler

Vicedirektør Torben Mogensen, Hvidovre Hospital

Centerdirektør Ulrik Meyer, Rigshospitalet

Ledende overlæge Jesper Rye Andersen, SFR Urologi

Ledende overlæge Per Bagi, SFR Urologi

Ledende overlæge Paul Ostri, SFR Urologi

Spealkonsulent Liselotte Oldelund Kreilgaard, Budgetenheden

Sekretariat: Specialkonsulent Rikke Ørtved og konsulent Nina Kjær Bregendahl, Enhed for Hospitals- og Psykiatriplanlægning

### Bilag 3: Aktivitetsdata for 2011 og 2012

2012

Hospitaler	Ambulante operationer	Elektive operationer	Akutte operationer*
Rigshospitalet	1630	1279	351
Herlev Hospital	4570	3412	1158
Frederiksberg Hospital	2075	1697	378
Total	8275 (+0,6)	6388 (-1,2 pct.)	1887 (+7,3 pct.)

Det skal præciseres at da operationer er afgrænset til koderne KA til KQ vil skopier mangle ift. antallet af operationer.

\*Akutte operationer er akutte operationer, hvor patienten er blevet indlagt akut.

2011

Hospitaler	Ambulante operationer	Elektive operationer	Akutte operationer*
Rigshospitalet	1601	1155	446
Herlev Hospital	4624	3629	995
Frederiksberg Hospital	2000	1682	318
Total	8225	6466	1759

Det skal præciseres at da operationer er afgrænset til koderne KA til KQ, vil skopier mangle ift. antallet af operationer.

\*Akutte operationer er akutte operationer, hvor patienten er blevet indlagt akut.

2012

Hospitaler	Ambulante besøg	Elektive indlæggelser	Akutte indlæggelser
Rigshospitalet	20.136	1498	1922
Herlev Hospital	70.698	4420	6207
Frederiksberg Hospital	32.301	2097	1709
Total	123.135 (+3 pct.)	8015 (-0,2 pct.)	9838 (+6,5 pct.)

2011

Hospitaler	Ambulante besøg	Elektive indlæggelser	Akutte indlæggelser
Rigshospitalet	19.160	1443	2053
Herlev Hospital	67.600	4502	5705
Frederiksberg Hospital	36.791	2088	1479
Total	119.551	8033	9237

Tallene i parentes er den procentvise forskel mellem 2011 og 2012.

Der er sket en stigning på 3 pct. i antallet af ambulante besøg i perioden 2011 til 2012 og en stigning på 6,5 pct. i antallet af akutte indlæggelser, mens der er sket en stigning i antallet af akutte operationer på 7,3 pct. fra 2011 til 2012.

## Bilag 4: Oversigt over opgaver hvor opgaveglidning anbefales

Opgaveglidning fra læger til sygeplejersken.

På Herlev Hospital varetager sygeplejersker følgende ambulante funktioner:

- Injektioner
- Blæreskyllebeh. (BCG o.s.v.)
- Blærekateter (anlæggelse, kateter-skift og afhjælpning af kateterproblestillinger)
- Oplæring i RIK
- TFE
- Stomipleje
- Sacralelektroder, kontrol
- Opfyldning af PRO-ACT balloner

På Rigshospitalet varetager sygeplejersker følgende ambulante funktioner:

- Urodynamik,
- skyleregimer ved blæreneoplasi,
- simple behandling/kontrol af prostatacancer,
- kateterpleje/skift,
- sårbehandling.

På Frederiksberg og Bispebjerg Hospitaler varetager sygeplejersker følgende ambulante funktioner:

- Behandling af patienter med prostatacancer i stabil fase
- Afsluttende kontrol af patienter efter Tur-P/Sache
- Kateterskift
- Oplæring af patienter i selvkateterisation/dilatation
- Samtaler med patienter med inkontinensproblematik
- Diverse vejledningsopgaver, typisk i forhold til brug af hjælpemidler
- Kontrol af UVI

Ud over de nævnte opgaver foreslås det, at der arbejdes videre med lokalt at belyse om følgende områder, kan varetages af sygeplejersker:

- ESWL (har været sådan tidl.)
- C.prost. kontrol
- Kontrol af stenpt. i Urocit beh.
- Primær LUTS udredning (jr. + TFE eller RIK-oplægring)
- Kontrolcystoskopi
- Caverject inj. titrering/oplæring
- Telefon kons. for cancer patienter
- kontrol af patienter med avanceret prostatacancer i komplicerede behandlingsskemaer
- udføre ¾ dele af forundersøgelsen af patienter med Luts
- Ultralyd af prostata forud for operation
- Kontrol cystoskopi af afgrænset patientgruppe

Yngre kvinder henvist med LUTS, udredes og behandling og evalueres til et vist punkt startes af kontinens sygeplejerske/uroterapeut