Referat møde i DOS Kvalitetsudvalg

Torsdag 19/1-23. Kl. 09.00 – 12.00
Lokalitet: Comwell Kolding

1. Tilstede (09.00-09.05):
Rikke Bielefeldt RB (Traume), Kolja Weber KW (Tumor), Marie Fridberg MF (Børn), Lars Vadstrup LV (Hånd), Christen Ravn CR (DSOI), Thomas Falstie-Jensen TFJ (Skulder-albue), Ole Gade Sørensen OGS (SAKS), Mikkel Andersen MA (Ryg), Jens Kurt Johansen JKJ (Fod) og Annie Primdahl AP (Formand).

Afbud: Julie Ringstrøm Brandt JRB (Hofte/knæ), Ole Jakobsen OJ (DOO).

2. Mail og adresseliste (09.05-09.10):
Som *bilag 1* nederst i teksten er indsat mail og adresseliste.
Denne sendes rundt og opdateres på mødet, med specielt fokus på udskiftninger, suppleanter mv. Alle fagområder opfordres til at konstituere sig med en suppleant så flest muligt fagområder er repræsenteret på hvert møde.

3. Nyt fra fagområderne (09.10-09.20):
Traume RB: DFDB er desværre ikke blevet godkendt som RKKP database. Planlagt til opstart som "test" i Region Syd. DOT årsmøde med tema "akut traumatologi" – i år sammenfaldende tema med YODA forårsmøde. NOMS ca 80% komplet. God opbakning fra øvrige fagområder. Har søgt SST om hjælp til videre drift/ løbende opdateringer. SST har meldt, at de hellere vil lave deres egen.
Fodankel JKJ: Arbejder på at lave database for ankelalloplastikker. Fint årsmøde sidste år over 2 dage med god tilslutning. Planlægger hhv 1 dag og 2 dags årmøder skiftende. I 2023 er temaet achillessene. Arbejder for at oprette fellowships.
Hånd LV: Har planlagt en kursusrække i håndkirurgi henover året for yngre læger. Årsmøde tema distal radius fraktur.
Tumor KW: Møde i Dansk Sarkomgruppe i januar. Udvikling af PROM til sarcom. Ny DMCG guideline om kæmpecelletumor, samt opdatering af tidligere guidelines. Skal opdateres på DOS hjemmesiden.
Ryg MA: SST har lavet ny behandlingsplan for stenoser og prolapser. Tilfredshed med Dansk Rygkirurgisk Selskab – styrket samarbejdet mellem ortopædkirurger og neurokirurger.
SkulderAlbue TFJ: Oprettet "Skulder Akademi" – plan for udvekslingsbesøg af kirurger (fase 4 tanke) på 2 dages ophold intra- og interregionalt.
DSOI CR: Arbejder forsat med implementering af infektionskirurgi som et område i samarbejde med øvrige fagområder. Netop oprettet amputationsdatabase
Børn MF: Ny formand Martin Gottliebsen. I 2022 udarbejdet "børnedelen" af NOMS.
SAKS OGS:

4. KU symposier. DOS 2022+2023+2024 (09.20-09.50):

Alle faste udvalg arrangerer et symposium på hver kongres. Således også KU.

2022: "KKR": På DOS kongressen i uge 46 er DOS KU værter for symposiet: Evaluering af KKR forløb efter 5 år. Dette emne har længe ligget fast jf. KKR årshjul og "bevilling" til KKR fra DOS bestyrelsen. AP+FD forestod dette. Som *bilag 2* er indsat programmet som det ser ud i skrivende stund.

Spørgeskema undersøgelse til DOS medlemmer i hhv 2020 og 2022 med ca 225 besvarelser viser positiv feedback på KKR. 75% er positivt stemt overfor konceptet KKR, 81% anvender KKR nogen gange til meget ofte, 87% synes det er en god ide at DOS prioriterer arbejdet med KKR.

Til symposiet var der også opbakning til at forsætte arbejdet med KKR. Der blev udtrykt ønske om fremtidig fokus på implementering og evaluering.

I skabelonen for KKR tilføjes et punkt med "Plan for evaluering af effekt af KKR" og "Plan for implementering".

Der blev foreslået mail til alle landets cheflæger, uddannelsesansvarlige overlæger, og endvidere forsat fokus fra de enkelte fagområder ifm "møde i fagområderne", årsmøder i fagområder og fagområde nyhedsbreve.

Uddannelsesansvarlige overlæger kan evt opfordres til en årlig undervisningsmorgen med fokus på nye/opdaterde KKRer.

Sættes på som et punkt til KKR seminar mhp at indsamle inputs

Forslag til forbedring af implementering og evaluering kan evt bringes op som punkt på fremtidigt KU møde?

2023: "**Inklusion"**: MF og RB leverede på KU mødet 1/9 oplæg til belysning af dette emne. Der blev foreslået 2 forskellige "modeller". Der var enighed om at gå videre med "model 2". Vi planlægger herefter videre med dette tema til symposium 2023.

MF har booket foredragsholderene og RB har ansøgt hhv DOS og LVS om midler til indflyvning af udenlandsk foredragsholder + honorar for dansk. Simon Fleming og Sara Louise Muhr har givet accept til deltagelse torsdag.

LVS giver 10.000

DOS giver 10.000, men har ønsket et opdateret budget tilsendt.

Tidsplan for kongres placering afventes – formentlig torsdag formiddag.

2024: Her er endnu ikke fastlagt emne. Kan fastligges ila 2023. OBS. Der skal søges om midler via VU primo 2024.

Tidligere har været nævnt udbud/licitation? Tages op ved senere KU møde

I første omgang aftales det at taget emnet "Databaser tips og tricks" op til næste KU møde mhp om vi angående Kvalitetsdatabaser kan lære noget godt af hinanden og om emnet evt kan bære et symposium.

MA arrangerer et ca 15 minutters oplæg fra Rygdatabasen DaneSpines forskningssygeplejerske. Øvrige KU medlemmer forbereder kort gode erfaringer og udfordringer fra eget fagområdes arbejde med kvalitetsdatabaser.

5. Kommende revision af specialeplanen (09.50-10.30):
Der er udsigt til at specialeplanen inden så længe skal revideres. Opmærksomheden henledes dog på at der endnu ikke er indkaldt til revision.
DOS bestyrelsen har fundet det hensigtsmæssigt at vi i KU etablerer et udvalg med repræsentation fra alle fagområder der begynder at planlægge og koordinere DOS´s indput til en kommende revision. AP har fungeret som "tovholder" for gruppen sammen med FD. Der har været afholdt en del møder i denne gruppe: I referat fra KU mødet 1/9 ligger på DOS hjemmeside tilgængeligt referat fra det opstartende møde i gruppen afholdt 22/2. Endvidere afholdt møde d 10/6 og 20/9. Som *bilag 3* er indsat referat fra mødet 23/11-22 med opsummering af møderækken (OBS langt pga multiple bilag).
Aktuelt er gruppen "gået i dvale" og afventer at DOS kontaktes af SST.
Der gjort kort gennemgang af processen til dagens møde

Der afsættes på aktuelle møde tid til at KU medlemmer kan spørge ind til referater og udvalgsarbejdet.

Som baggrundsmateriale til punktet refereres til, de ovennævnte referater, samt:

Specialeplan 2020:
https://www.sst.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialeplan-for-ortopædisk-kirurgi/SST_Specialevejledning_for_Ortopaedisk-kirurgi-02072020.ashx?la=da&hash=A08353A51E9AF1E43CE6332E7B411EF465FD6AB9

Generelt om hovedfunktion, regionsfunktion og højt specialiseret (2008)
https://www.ft.dk/samling/20091/almdel/SUU/bilag/255/809815.pdf

10.30 – 11.00 Kaffepause ☺

6. Korte Kliniske Retningslinier (KKR) (11.00-11.45)

Punktet om KKR inddeles, som vanligt, i 3 dele:

A) Arbejdsgang i DOS med KKR (15 min)

B) Listen over tidligere KKR incl. snart "ud-daterede KKR" (15 min)

C) Kommende KKR i 2023 (15 min)

6.A Arbejdsgang i DOS med KKR (11.00-11.15)

På DOS hjemmeside findes årshjul og "kogebog" samt baggrundsmateriale for arbejdet med KKR: http://www.ortopaedi.dk/guidelines-2/korte-kliniske-retningslinjer/.
Årshjulet er tilrette til den næste periode 2023-2027. Se bilag 4
Der er fra DOS bestyrelsens side nyligt ændret i retningslinierne for KKRér. En KKR gælder således fremadrettet i 5 år fra udgivelsesdato og en eventuel revision skal opstartes efter 4 år. Processen for 2022 startede med indmeldinger af emner og arbejdsgrupper til FD fra interesserede fagområder. Der blev afholdt KKR seminar i Nyborg 7-8/3 2022.
Der pågik derefter arbejde med 6 KKRer som lå til høring frem til kongressen i uge 46.

Alle disse er nu godkendt efter høring og er gældende fra uge 46 og frem.

De 6 KKR fra i 2022 var:

4 revisioner af KKRer fra 2017 (Som ville udgå hvis de ikke blev revideret):

Antibiotika profylakse ved alloplastikkirurgi knæ og hofte. DSHK + DSOI. 2022 revision.

Prøvetagning ved mistanke om infektioner relateret til osteosynteser og alloplastikker. DSOI + DOT. 2022 revision.

Operativ eller konservativ behandling af displacerede midtskafts clavicula frakturer hos voksne. DSSAK + DOT. 2022 revision.

Behandling af distale metafysære radiusfrakturer hos børn. DPOS. 2022 revision.

Samt følgende 2 nye KKRér

Anvendelse af dual mobility cup. DSHK 2022.

Dislocerede, komminutte frakturer af caput radii (Mason type III), som ikke kan osteosynteres tilfredsstillende og som er uden anden læsion af albue eller underarm. Excision eller protese? DOT + DSSAK 2022.

Primo 2022 blev der v FD sendt ny ansøgning til DOS bestyrelsen om KKR arbejde for perioden 2023 til 2027 (Som *bilag 6 I referat fra 20/4* er denne ansøgning tilgængelig). På DOS bestyrelsesmøde d 12/1-22 blev denne ansøgning imødekommet. Der er således givet bevilling til at KKR-arbejdet kan fortsætte som vi kender det i de kommende år.

Under pkt 6 B og C ser vi på indstilling af emner for 2023 og frem.

6.B Listen over tidligere KKR incl. snart "ud-daterede KKR" fra 2018 (11.15-11.30)

Via ovennævnte link kan man på DOS hjemmesiden se oversigt over tidligere udgivne KKR. Som ovennævnt er "levetiden" for alle KKRér forlænget til 5 år, med revision efter 4 år.

I 2018 blev følgende 7 KKRér udgivet:

2018 Kontrol af tilfældigt opdagede benigne enchondromer hos voksne TUMOR KW: Afløses af DMCG guidelines, som allerede er på hjemmesiden

2018 Behandling af springfinger DSH DOO LV: Revision planlægges når tid haves.

2018 Den diagnostiske sikkerhed ved udmåling af den laterale center edge vinkel (Wibergs CE-vinkel) DSHK SAKS Via Thomas Jakobsen har Stig Storegaard Jakobsen oplyst: Udgår

2017 Hoftedysplasi og periacetabular dysplasi. Thomas Jakobsen: Revideres i 2023. Ikke deltagelse i seminar.

2018 Chevron-osteotomi – fiksation med skrue eller ej? DFAS DOO JKJ: Mostafa Benyahia er tovholder på en revision af denne. AP sender mail.

2018 Behandling af olecranonfrakturer hos ældre DOT DSSAK TF: Revideres i 2023. 3 deltagere på seminar

2018 Behandling af septisk artrit i hofteleddet hos børn DPOS MF: Revideres i 2023. 1 deltager på seminar

2018 Perkutan Vertebroplastik/Kyphoplastik RYG MA: Revideres i 2023. Deltager ikke i seminar.

Fagområderne gøres opmærksomme på at de nævnte KKRer fra 2018 skal revideres i løbet af 2023 hvis de ikke skal udgå efter kongressen i 2023.

Ønsker man at gennemføre revision skal der indrapporteres en arbejdsgruppe senest i uge 3 2023 (Deadline er ifm "Sixtus møde". Men gerne før).

6.C Kommende KKR i 2023 (11.30-11.45):

KKR er altid på KU dagsordenen som et fast punkt, således at vi løbende kommunikerer om mulige emner for kommende KKR og samarbejder om KKR mellem nabo-fagområder.

Hvis man vil indmelde en KKR gør man det ved brug af følgende skema:

EMNE: arbejdstitel skrives her		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1:		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**

Kommende KKR i 2023

Deltager på seminar
Deltager ikke på seminar

EMNE: Chevronosteotomi – fiksation med skrue eller ej? REVISION		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1:DFAS		
Ansvarligt fagområde 2: DOO		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Mostafa Benyahia	DFAS	Mostafa.Benyahia@regionh.dk
Louise Lau Simonsen	DFAS	louiselau@dadlnet.dk
Naja Bjørslev Lange	DFAS	naja.bjoerslev.lange@regionh.dk
Finn Andersen-Randberg	DOO	ranberg@ortopaed-sydfyn.dk

EMNE: Anti-trombotisk profylakse hos patienter med frakturer på underben og fod		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1: DOT		
Ansvarligt fagområde 2:		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Christian Cavallius	DOT	Christian.cavallius@gmail.com
Ole Brink	DOT	o.brink@dadlnet.dk
Louise Thuren Jørgensen	DOT	Louise.thuren.joergensen.01@regionh.dk
Nikoline Møller Lynnerup	DOT	Nikoline.moeller.lynnerup@regionh.dk

EMNE: Konservativ vs operativ behandling af ustabil ankelfrakturer hos ældre patenter (>70 år)		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1: DOT		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Rasmus Elsøe	DOT	Rasmus.elsoe@gmail.com
Morten Schultz Larsen	DOT	Morten.s.larsen@rsyd.dk
Rasmus Jørgensen (tidligt afsted fredag)	DOT	rasjo@rn.dk
Lasse Bayer	DOT	lasse.bayer@dadlnet.dk
Simone Hvilsby evt	DOT	s.hvilsby@rn.dk

EMNE: Olecranon fraktur REVISION		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1:		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Anne Kathrine Belling Sørensen	DSSAK	Anne.Kathrine.Belling.Soerensen@regionh.dk
Liv Vesterby		livvesterby@hotmail.com
Michael Brix	DOT	Michael.Brix@rsyd.dk

EMNE: Perkutan Vertebroplastik/Kyphoplastik REVISION		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1:		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Mikkel Østerheden Andersen	RYG	Mikkel.Andersen2@rsyd.dk
Rikke Rousing	RYG	

EMNE: Septisk artrit hos børn (revision)		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1:DPOS		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Martin Gottliebsen	DPOS	martin.gottliebsen@gmail.com
Søren Bødtker	DPOS	soeren.boedtker.03@regionh.dk

EMNE: Ikke-operative behandling af epikondylitis lateralis		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1:DSSAK		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Klaus Hanisch	DSSAK	Klaus.hanisch@rsyd.dk
Jesper Rønnebech	DSSAK/DOO?	ronnebech@dadlnet.dk
Søren Gammelgaard Petersen	DSSAK	soerepet@rm.dk
Bjørn Thorup	DSSAK	Bjoern.Thorup@vest.rm.dk

EMNE: *TKA - patellaprotese eller ej?*		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1:DSHK		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	Tilhører fagområde	E mail
Ann Ganestam	DSHK	ann.ganestam@regionh.dk
Mikkel Rathsach Andersen	DSHK	mikkel.rathsach.andersen@regionh.dk
Julie Ringstrøm Brandt	DSHK	Julie.ringstrom.brandt@rsyd.dk

EMNE: *Cement eller ikke-cement til ældre artrosepatienter (ny KKR)*		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1: DSHK		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Søren Overgaard	DSHK	soeren.overgaard@regionh.dk
Peter Horstmann	DSHK	peterhorstmann@hotmail.com
Manuel Bieder	DSHK	mbid@regionsjaelland.dk
Morten Bøgehøj	DSHK	mbogehoj@live.dk
Martin Haubro	DSHK	martin.haagen.haubro@rsyd.dk
Thomas Jakobsen	DSHK	Thomas.jakobsen@rn.dk

EMNE: Periacetabularosteomi (PAO) for patienter over 45 år med symptomatisk hoftedysplasi (2017) (REVISION)		
PICO: Evt forslag til PICO spgl		
Ansvarligt fagområde 1:DSHK		
Ansvarligt fagområde 2: (hvis flere)		
Deltager	**Tilhører fagområde**	**E mail**
Stig Storgaard Jakobsen	DSHK	Stig.jakobsen@clin.au.dk
??		

I løbet af efteråret 2023 bedes fagområderne indrapportere emner, titler, PICO spørgsmål og arbejdsgrupper til KKR arbejdet (Jvf årshjulet).

Deadline for indmelding af arbejdsgrupper er på KU mødet i uge 3 2023.

OBS: KKR internatet i 2023 vil blive afholdt torsdag-fredag i uge 10 2023 (Dvs. 9-10/3-23)

7. Diskussionspunkter fremadrettet (11.45-12.00):

På de fleste KU møder afsættes 30-60 min til et diskussionspunkt. På dagens møde undlades dette. I stedet afsættes 15 min til "brainstorm" om emner til diskussion på kommende KU møder. Om muligt også gerne prioritering af emnerne.

Se punkt 4

8. Kommende møder (12.00-12.05):

Følgende mødetidspunkter er fastlagt for 2022-2023:

Aktuelle møde: Torsdag 19/1-23. 9.00 – 12.15 Vært: DOS. Afholdes ifbm DOS bestyrelsens "Sixtus møde" i 2023 afholdes mødet på Comwell i Kolding. DOS bestyrelsen vil efterfølgende invitere på frokost 12.15-13.00 samt efterfølgende til "dialogmøde" mellem DOS bestyrelsen fagområderne og udvalgene fra 13.00 til 15.00. Man inviteres selvstændigt til dette møde af DOS sekretariat, og bedes melde til/fra til DOS´s sekretær.

KKR forløb opstarter igen i foråret 2023. Startende med seminar i Nyborg torsdag og fredag i uge 10 (9+10/3-2023). Man deltager IKKE som ordinært KU medlem, med mindre man er deltager i en KKR gruppe.

"Forårsmøde" 27/4 2023 kl 12-17, Middelfart Sygehus, 4. sal rum 28.

"Efterårsmøde" 31/8 kl 2023 kl 10-15, Gentofte Hospital.

Aktuelt vurderes der ikke at være behov for at fastlægge flere møder end de ovennævnte i 2022-23. Ved ekstra-aktivitet / behov planlægges evt. supplerende møder.

9. "Huskeliste" Emner til kommende møder (12.05-12.10)

Her føres liste over emner vi skal huske til kommende møder:

A) Databaser tips og tricks (Udfordringer, gode løsninger, indikatorer i kvalitetsdatabaser, PRO/PROM) – Sættes på til mødet 27/4 2023 i Middelfart
B) **Udbud/Licitation**: Et emne til fremtidigt symposium var udmeldt som udbud/lisitation. Emnet er stadig i spil til et symposium i 2024, men nogle fremfører at det vil være bedre med et separat kursus? Eller at belyses emnet med en "hvidbog"? Videre diskussion af dette emne på forårsmøde.
C) **Revision af DOS strategiplan 2018** – Sættes på til mødet 27/4 i Middelfart til diskussion af indholdet i afsnittet "Kvalitetsudvalget". Dokumentet rundsendes inden
D) Vælg klogt. Kort information + Hjemmesiden er opdateret
E) NKR og tidligere retningslinier – skal vi arkivere dem? Revision af NKR?
F) Evt KKR implementering og evaluering

10. "Eventuelt" (12.10-12.15)

Kort information om

A) Nyt LKT: Sammenhængende Hoftebrudsforløb (se bilag 5)

Det kommende LKT "Sammenhængende Hoftebrudsforløb" vil have fokus på hele patientforløbet for borgere 65+ med hoftenære frakturer og særligt på optimering af samspillet mellem regioner og kommuner.
Projektbeskrivelsen til LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb udarbejdes af ekspertgruppen i løbet af første kvartal 2023 og forventes endeligt godkendt af Styregruppen for LKT medio 2023.
Der er udpeget 3 ortopædkirurger til ekspertgruppen: Rikke Thorninger, Bjarke Viberg og Henrik Palm.

Indkaldelse v/Frank Damborg
Afgået formand for DOS-KU
23/11-22

Referat v/ Annie Primdahl
Formand DOS-KU
20/1 2023

BILAG 1: **Medlemmer af Kvalitetsudvalget 2022 (Opdateret 23/11-22)**

Formand: Annie Primdahl: annie.primdahl1@rsyd.dk (24278979)

Medlemmer. Fagområderne samt privatpraktiserende:

Traumatologi: Rikke Bielefeldt: Rikke.bielefeldt@regionh.dk rikkebie@gmail.com (51785377)

Suppleant: Ilija Ban: Ilija.ban@regionh.dk (26242662)

Hofte- og knæalloplastikkirurgi: Julie Ringstrøm Brandt: julie.ringstrom.brandt@rsyd.dk (tlf xx)

Suppleant: xx

Artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi:

Anders Boesen: boesenanders@hotmail.com (40212316)
1. Suppleant: Ole Gade Sørensen: olegades@hotmail.com (tlf xx)
2. Suppleant: Adam Witten: wittenadam@gmail.com (28780809)

Håndkirurgi: Lars Vadstrup: lars.soelberg.vadstrup@regionh.dk (26718007)

Suppleant: Janni Thilemann (28137303)

Fod-ankel kirurgi: Mostafa Benyahia: mostafa@dadlnet.dk eller mostafa.Benyahia@regionh.dk (tlf xx)

Suppleant: Jens Kurt Johansen: jenskjohansen@gmail.com (28868078)

Skulder-albue kirurgi: Thomas Falstie-jensen: thofal@rm.dk (30247079)

Suppleant: Anne Kathrine Belling Sørensen: Anne.Kathrine.Belling.Soerensen@regionh.dk eller

belling@dadlnet.dk (23269988/38673268)

Rygkirurgi: Mikkel Andersen: Mikkel.andersen2@rsyd.dk (40344069)

Suppleant: xx

Børneortopædi: Marie Fridberg: mfridberg@hotmail.com (26271139)

Suppleant: xx

Ortopædisk onkologi: Kolja Weber: Kolja.sebastian.Weber.01@regionh.dk (42451042)

Suppleant: Michael Bendtsen: michael.bendtsen@viborg.RM.dk (tlf xx)

Praktiserende Ortopæder: Ole Jakobsen: ole.jakobsen@dadlnet.dk (tlf xx)
Suppleant: Michael Ulrich: mu@ortoklinik.dk (51882306)

Infektionskirurgi: Christen Ravn: Christen.ravn@rm.dk (22464675)
Suppleant: Klaus Kjær Petersen: klpete@rm.dk (20946728)

Mailliste: Christen.ravn@rm.dk; ole.jakobsen@dadlnet.dk; Kolja.sebastian.Weber.01@regionh.dk;

mfridberg@hotmail.com; Mikkel.andersen2@rsyd.dk; thofal@rm.dk; mostafa@dadlnet.dk;

mostafa.Benyahia@regionh.dk; lars.soelberg.vadstrup@regionh.dk; boesenanders@hotmail.com;

Rikke.bielefeldt@regionh.dk; rikkebie@gmail.com; julie.ringstrom.brandt@rsyd.dk

Suppleanter: klpete@rm.dk; mu@ortoklinik.dk; michael.bendtsen@viborg.RM.dk; Anne.Kathrine.Belling.Soerensen@regionh.dk; belling@dadlnet.dk; jenskjohansen@gmail.com; wittenadam@gmail.com; olegades@hotmail.com; Ilija.ban@regionh.dk

BILAG 2:

Kvalitetsudvalgets symposium om
KORTE KLINISKE RETNINGSLINIER
- Kendskab til, brugen af og fremtiden for KKRér

TORSDAG 17/11 13.30 til 15.00

De seneste år har DOS arbejdet systematisk med udarbejdelsen af Korte kliniske retningslinier.
Det er blevet til en hel del retningslinier som er tilgængelige på hjemmesiden.
Flere har haft et relativt stort impact på vores hverdag.

På dette symposium vil vi prøve at se "rundt om" KKRérne.
Baggrunden for, arbejdsgangen bag, kendskabet til, brugen af og fremtiden for KKRér som vi kender dem

Program:
5 min **Velkomst** V/FD

15 min **Baggrund** V/FD (Eller vil du?)
KKRér fra 2012 til 2022

10 min **"Hvordan er det at indgå i en KKR arbejdsgruppe"**? V/ Thomas Jakobsen.

10 min **Kan en KKR have impact?** V/ Ilija Bann

10 min **Spørgeskema om KKRér** V/AP
Kvalitetsudvalget lavede i foråret 2020 et spørgeskema blandt medlemmerne om KKRér.
Spørgeskemaet er gentaget i 2022. Hvad viser det? Hvad siger medlemmerne om KKRér?

5 min oplæg til **diskussion og spørgsmål** V/AP
Der er nu åben mikrofon.
Har du spørgsmål eller kommentarer til KKRér?
Hvad tænker du om fremtiden for KKRér?

30 min **Diskussion**
Ordstyrere FD+AP

5 min **Opsamling og afrunding** V/FD

BILAG 3:

REFERAT ”Specialeplansgruppen”

Online møde (Zoom) 23/11-2022. 17.30-18.30

Inviterede: Kolja Weber (Tumor), Klaus Kjær (DSOI), Martin Rathcke (SAKS), Ilija Ban (DOT), Bo Sanderhoff Olsen (Skulder/albue), Niels Krarup (DSHK), Martin Gottliebsen (Børn), Rikke Rousing (Ryg), Lars Ebskov (Fod/ankel), Lars Vadstrup (Hånd), Anders Lamberg (DOO), Frank Damborg (DOS) og Annie Primdahl (DOS)

Deltagere: Kolja Weber (Tumor), Klaus Kjær (DSOI), Bo Sanderhoff Olsen (Skulder/albue), Niels Krarup (DSHK), Martin Gottliebsen (Børn), Rikke Rousing (Ryg), Lars Vadstrup (Hånd), Anders Lamberg (DOO), Frank Damborg (DOS) og Annie Primdahl (DOS) *referent*.

1. Velkomst (17.30-17.32)
V/FD

2. Præsentationsrunde (17.32-17.35)

3. Repetition af formål (17.35-17.40)
Samme baggrund som gennem hele forløbet. Indsat for at ”forklare baggrund”
Der er følgende ”opdrag” for nedsættelse af denne arbejdsgruppen

DOS har valgt at bede Kvalitetsudvalget nedsætte en arbejdsgruppe til at forberede en fælles holdning til en forventet fremtidig revision af specialeplanen.
Indtil videre er der ikke fastlagt en tid for gennemførsel af dette, men for at sikre subspecialernes samarbejde, få skrevet det nye subspeciale ”infektionsortopædi”(DSOI) ind i specialeplanen og fastholde kvaliteten af patienternes behandling synes det at være værdifuldt at være på forkant.
Arbejdet forventes at gennemføres ved først en række virtuelle møder og siden en arbejdsdag med fremmøde.
Løbende mellem møderne vil repræsentanterne i de forskellig fagområde selvfølgelig have mulighed for at arbejde sammen om de indbyrdes snitflader efter behov.
Målet er at:

- *Afstemme interessekonflikter/snitflader/samarbejdsområder*
- *Identificere fejl og mangler i tidligere specialeplan*
- *Udtrykke ønsker til ændringer/forbedringer i fremtidig specialeplan*
- *Opnå fælles holdning til indhold af kommende specialplan*

Når dette er opnået går gruppen ”i dvale” til Sundhedsstyrelsen inviterer til revision af specialeplanen.

4. ”Overordnede principper” (17.40-18.10)
Oplæg ved arbejdsgruppen nedsat ved forrige møde blev godkendt på sidste møde

Ved møde d 14/6 2022 blev der nedsat en mindre arbejdsgruppe til at belyse ”Generiske kriterier”.

Gruppen bestod af:
Ilija Ban (DOT), Martin Rathcke (SAKS), Lars Ebskov (Fod/ankel) og Bo Sanderhoff Olsen (Skulder/albue).

Arbejdsgruppen havde forud for møde i september 2022 rundsendt dokumentet: "Specialeplan for Dansk Ortopædkirurgisk Selskab Overordnet retningslinje for speciale funktioner".

Side 1 kan betragtes som en opsummering af baggrunden for specialeplanen.
Side 2 opremser en række faktorer, der bør vurderes før man tildeles en speciale funktion. Især fremføres krav om opfølgning og kvalitetssikring uanset om man ønsker højt specialiseret eller regionsfunktion. De enkelte subspecialer definerer selv hvilke behandlinger/tilstande, der er komplicerede og bør betragtes som regionsfunktion eller højtspecialiseret funktion.

Punktet om samarbejdende enheder er anført mhbp. både at sørge for at funktioner ikke er så hårdt bundet op på "kun mursten", men samtidig sikre at specielle patienter får en bedre behandling. Side 2 er således elementer man bør overveje relevansen af til hver enkelt behandling/tilstand.

Specialefunktion dækker her over både regionsfunktion og højtspecialiseret funktion, da det er de samme krav, der findes vigtige. Den store forskel mellem de to typer ligger i antal. Dog er angivet antal ikke ganske bogstaveligt, men blot et forslag til vejledende estimat.

På sidste mødet i juni 2022 talte vi om hvorvidt ma kan overveje at droppe hovedfunktioner, og i stedet sige: Alle kan principielt set lave alt, MEN de "specielle ting" forudsætter, at vi overholder side 2 kravene, der for den gældende tilstand/behandling er relevant.

Vi tilføjer, at man som afdeling, der varetager specielle funktioner, endvidere har pligt til at deltage i uddannelse - også af personale fra andre afdelinger i de specialiserede funktioner.

Måske skal specialeplanen på sigt betragtes som en mere "dynamisk proces", hvor vi løbende ser på om de enkelte afdelinger løfter de opgaver, der hører med. Et forslag kunne være at mødes fx hver andet år i en gruppe som denne, eller i de enkelte fagområder og gøre status.

DOS opfordres til at tage initiativ til at "vurdere status" efter fx 2 år i en gruppe med repræsentanter fra alle fagområder. I så fald vil det være fornuftigt at forankre dette i Kvalitetsudvalget. Undervejs forventes det selvfølgelig, at de enkelte fagområder selv taler om den interne kvalitet og behovet for om en bestemt specialefunktion bør oprettes, opretholdes eller afvikles.

KK DSOI gør opmærksom på, at vi skal huske at have amputationer og sår ind i Specialeplanen. Fx under "andet" ligesom nekrotiserende fasciiter. Tilstandene er ikke oplagt under DSOI, men der er efterhånden velfunderede landsdækkende tværfaglige grupper for både sår og amputationer, som forventeligt ønsker at varetage funktionen. Sår synes mere komplekse, da de relaterer til en række øvrige tilstande.
Akut amputation skal nok være en hovedfunktion, men problemer efter amputation skal måske centraliseres. Det må specificeres senere hen.

Der var på mødet i september 2022 fuld opbakning til ovenstående og dokumentet.
Dokumentet kan anvendes som "læst" til at diskutere: Hvad er det meningsgivende at bevare som specialefunktioner i de enkelte subspecialer.

Vi er enige om at dokumentet kan danne baggrund for vores arbejde med at kvalitetssikre patienternes behandling, når SST kontakter os.

Alle fagområder var anbefalet at præsentere dokumentet i Vingsted 2022 og her diskutere det med egne medlemmer, så det blev afstemt i alle rækker.

<u>Feedback efter fagområdernes reaktion til DOS.</u>

Bo Sanderhoff Olsen: Skulder Albue Selskabet diskuteret til DOS. De vil finde konkrete tal (for tilstande omfattet af aktuelle specialeplan) for hvad der laves de forskellige steder. Vurderer at man dermed er bedre forberedt, når SST kontakter os. Rapporterer endvidere bred enighed om baggrundsdokumentet.
Specialiserede opgaver bør være sjældne, dyre og svære. Mangler en af disse er det ikke åbenlyst at det er en specialiseret opgave.
Forudser snitflader med DSOI, idræt og traume.

Lars Vadstrup Hånd: Kort diskuteret til DOS. Specialiserede ting, der evt skal spredes ud på flere matrikler, vil i så fald kræve en landsdækkende database for at holde status på antal og kvalitet.

Niels Krarup DSHK: Har ikke haft det oppe som punkt til DOS, men der har været lidt korridorsnak: Komplekse og flere gangs revisioner skal nok centraliseres. Ellers pragmatisk holdning – det meste skal kunne laves de fleste steder.

5. Oplæg fra hvert fagområde ("knaster"/problemer/overlap ml. fagområder/ubeskrevne emner?) (18.10-18.20):
Resultatet af tidligere rundsendte "hjemmeopgave" (defineret nedenfor) er vedhæftet som bilag.
Er der supplerende til allerede noterede?

"Hjemmeopgave":

- *Sikre at vi hver især har styr på eget fagområdes del af tidligere specialeplan*
- *Gennemser relevante baggrunds dokumenter (se pkt 8)*
- *Kontakter vores bagland (eget selskab) og forbereder*
    - *Snitflader med andre subspecialer*
    - *Særlige indgreb indenfor eget subspeciale (overvej behov for andre samarbejdspartnere/beredskabsbehov)*
    - *Overvejer forslag til "generiske kasser" vi evt. alle kan anvende for at klassificere sygdomme/indgreb som hørende til hhv. hovedfunktion/regionsfunktion/højt specialiseret*

Fagområderne har opstillet forskellig snitflader med andre fagområder, og flere har også identificeret områder til afklaring angående specialiseringsgrad inden for eget subspeciale.

Der eksisterer mange samarbejder på tværs af afdelinger og subspecialer allerede, og der er ønske om at en kommende revision af Specialeplanen skal understøtte det allerede etablerede gode samarbejde. Vi er forsat nødt til at acceptere, at ansvaret for en tilstand/indgreb skal være forankret i et enkelt fagområde, men områder til diskussion f.eks. angående snitflader mellem subspecialer forventes løst i fællesskab og gerne på tværs af subspecialer.
Mangler man noget, er det aftalt, at man kan skrive rundt i gruppen og efterlyse genfremsendelse fra et givent fagområde.

Hvis der findes flere snitflader/ knaster med andre fagområder, så etablere man selv kontakt ud fra deltagere i arbejdsgruppen og gør forberedelserne i samarbejde mellem relevante fagområder

6. Fremadrettet aftale: Er der fagområder der har behov for at mødes/diskutere efter dette møde før nedennævnte under pkt 7? (18.20-18.25)

Alle er bekendt med øvrige fagområders oplæg og kan selv skabe kontakt med andre fagområder med relevante snitflader.

Hvert fagområde har været hjemme og se på interne specialiseringsgrader og overvejet om noget kan tages ud af "højt specialiseret"/"regionsfunktion" og overgå til hovedfunktion.
Intet nyt fraset bilag fra tidligere – se dog kommentar fra BSO under punkt 4

Der har ikke været fremsendt emner med behov for fælles diskussion angående snitflader eller udfordringer, som ikke kan løses.

Børn har talt med traume, idræt og ryg – Børneselskabet har udfærdiget dokumenter. Traumedel er vedhæftet til sidst. Resterende rundesender Børneselskabet til hele gruppen.

Ellers ingen kommentarer

7. Møder (18.25-18.26):

Mødeindkaldelse og dagsorden til møder i dette forum udsendes 2-3 uger inden hvert møde af tovholdere. Relevante dokumenter fra hvert fagområde/deltagere bedes rundsendt <u>til alle</u> senest 2 uger før et møde.

Vi har afholdt følgende møderække:
Opstartsmøde online tirsdag d 22/2 2022 kl 17.30 til 18.30.
Online møde d 14/6 2022 kl 17.30 til 18.30.
Online møde d 20/9 2022 kl 17.30 til 18.30.
Arbejdsdag med fremmøde var planlagt til onsdag 23/11 fra 9-16. Da vi forsat ikke kender Sundhedsstyrelsens opdrag til ny specialeplan vedtages det at arbejdsdagen udsættes indtil videre. Den afløses i stedet af zoommøde onsdag d. 23/11 kl 17.30 til 18.30, hvor vi at samler trådene for hvilke hovedtræk vi er kommet frem til.

Aktuelle Online møde d 23/11 2022 kl 17.30 til 18.30.

Næste møde:

Gruppen går nu i dvale.
Afventer kontakt fra SST. Herefter er det planen, at der indkaldes hurtigst muligt til et zoommøde herefter mhbp. at lægge videre arbejdsplan udfra opdraget fra SST.

De enkelte medlemmer i det aktuelle udvalg har ansvaret for at videregive jobbet til en anden i deres respektive fagområde, såfremt de udtræder af aktuelle udvalg. Navn og kontakt info skal i så fald sendes til quality@ortopaedi.dk

Når gruppen genopstår vil DOS bestyrelsen forventet opskalere styregruppen efter behov.

8. Evt. og afrunding (18.26-18.30):

Der mangles erfaringer med nedenstående – kan tages op ved senere lejlighed såfremt det vil være meningsgivende der.

Hvert fagområde tager en specialiseret funktion og kører igennem de punkter, der er opstillet i dokumentet "Specialeplan for Dansk Ortopædkirurgisk Selskab Overordnet retningslinje for speciale funktioner". Det gør alle fagområder til næste gang og kommer med kommentar om de udfordringer der kom.
Erfaringer med dette mangles.

9. Relevante dokumenter (Tidligere udsendt)
Specialplanlægning, April 2015
Specialevejledning for Ortopædisk Kirurgi, Juli 2020
Vejledning om udmøntning af sundhedslovens § 208 om specialeplanlægning, Nov 2008
Input fra fagområderne.

Gruppemedlemmer:

Styregruppe	Frank Damborg	frank.damborg@rsyd.dk
Styregruppe	Annie Primdahl	primdahlowitz@hotmail.com
Tumor	Kolja Weber	Kolja.sebastian.Weber.01@regionh.dk
DOT	Ilija Ban	ilija.ban@gmail.com

Skulder/albue	Bo Sanderhoff Olsen	Bo.sanderhoff.olsen@regionh.dk
DSOI	Klaus Kjær Petersen	klpete@rm.dk
DOO	Anders Lamberg	anders@lamberg.dk
Hånd	Lars Vadstrup	lars.soelberg.vadstrup@regionh.dk
SAKS	Martin Ratchke	martin.rathcke@regionh.dk
Fod/ankel	Lars Ebskov	Lars.Bo.Ebskov@regionh.dk
Hofte/Knæ	Niels Krarup Jensen	d280747@dadlnet.dk
Børn	Martin Gottliebsen	martin.gottliebsen@gmail.com
Ryg	Rikke Rousing	Rikke.rousing@rsyd.dk

10. BILAGS LISTE

BILAG 1 Fagområdernes oplæg
BILAG 2 ”Specialeplan for Dansk Ortopædkirurgisk Selskab Overordnet retningslinje for speciale funktioner”.
BILAG 3 Børneselskabets dokument om snitflader med DOT Resterende dokumenter angående snitflader med SAKS og Ryg rundesender Børneselskabet til hele gruppen.

BILAG 1 Fagområdenes oplæg

Rækkefølge som følger

Kolja Weber (Tumor), Klaus Kjær (DSOI), Anders Lamberg (DOO), Lars Vadstrup (Hånd), Martin Rathcke (SAKS), Ilija Ban (DOT, Bo Sanderhoff Olsen (Skulder/albue), Niels Krarup (DSHK), Martin Gottliebsen (Børn), Rikke Rousing (Ryg), Lars Ebskov (Fod/ankel)

TUMOR

Kære alle

Jeg kan formentligt hellere ikke deltage i mødet, da jeg er på vej tilbage fra kongres i Finland på det tidspunkt.

Ud fra de korte mundtlige tilbagemeldinger jeg har fået fra mit fagområde (tumorortopædien), ser vi umiddelbart ikke interessekonflikter med de andre subspecialer og forventer ingen større ændringer (bortset måske fra justering af antallet af procedurer).
Vi har tilbagevendende diskussioner med plastikkirurgerne omkring de kutane/subkutane sarkomer, hvor vi tit oplever suboptimale patientforløb. Det skal vi dog have præciseret i den plastikkirurgiske specialeplan, og har ikke relevans for vores interne møder.

Med venlig hilsen

Kolja Weber
Afdelingslæge, Ortopædkirurgisk Tumorsektion
Afdeling for Led- og Knoglekirurgi, afsnit 6011
Rigshospitalet
Inge Lehmanns Vej 6, 2100 København Ø.
email: kolja.sebastian.weber.01@regionh.dk

DSOI

Forslag til specialeplan for infektionskirurgi.

Ortopædkirurgiske infektioner udgør et bredt spektrum af tilstande ved børn og voksne: Infektioner
kan være primære/hæmatogene eller sekundære fx til operationer (evt. med indsat implantat). De kan være systemiske og/eller lokaliserede, og de kan opstå i alle vævslag og i alle anatomiske områder/lokaliteter. Ofte har de inficerede patienter komplicerende medicinske komorbiditeter. Der er dokumentation for, at incidensen for de postoperative infektioner er stigende, hvilket bl.a. tilskrives stigende levealder, flere patienter med fedme, diabetes samt øgede operative behandlingstilbud [1, 2]. Noget tilsvarende gælder formodentlig også for de primære infektioner, men her er dokumentationen manglende.
Ortopædkirurgiske infektioner og deres behandling har ikke bare stor indflydelse på patienternes liv, funktioner og sociale liv, men har også store samfundsmæssige og økonomiske omkostninger. Infektioner er bekostelige og udgifterne er stigende. Et dansk studie fra 2017 har vist, at infektioner
ved patienter med åbne crus frakturer medførte et længere hospitalsophold end ved patienter med
ikke inficerede crusfakturer (74 dage vs 41 dage) og større økonomiske udgifter (81.500 euro vs 50.000 euro) [3]. I USA er de årlige omkostninger til inficerede revisioner steget fra $320 millioner i 2001 til $566 millioner i 2009 og forventes at stige til over $1,62 milliarder i 2020 [4]. Disse forhold har været medvirkende til at man fx i USA, England, Frankrig, Tyskland, Spanien og Schweiz har etableret centraliserede tværfaglige knogle infektionscentre, hvor man gennem høj faglighed, indførelse af faste principper og behandlingsregimer, har opnået forløb med hurtigere diagnostik, forløb med større succesrater og færre genindlæggelser [5-9]**.** McNally et al fra Oxford Bone Infection Unit (BIU) har netop præsenteret en opgørelse, hvor man sammenligner resultaterne fra deres højt specialiserede center med dels ”store hospitaler” og dels ”alle hospitaler” i England [10].
Indlæggelsestiden var kortere og antal re-operationer var signifikant færre i Oxford sammenlignet med de øvrige hospitaler. For antal genindlæggelser indenfor 3 måneder, primær eller senere amputation og mortalitet var tallene fire gange så høje for ”alle hospitaler” sammenlignet med Oxford BIU. Det er dyrt at behandle ortopædkirurgiske infektioner, men en af opgørelsens konklusioner er: ”if you think it is expensive to treat bone infection well - then try treating it badly…”
[10]
Der er en hastig udvikling i forskningen indenfor den ortopædisk infektionskirurgi. Det har medført begyndende evidens og mulighed for at etablere udredningsprotokoller og behandlingsregimer. European Bone and Joint Infection Society (EBJIS) har således udarbejdet forslag til behandlingsregimer for inficerede alloplastikker og osteosynteser [6, 11, 12]. I Danmark har etableringen af Dansk Selskab for Ortopædisk Infektionskirurgi (DSOI) medført mulighed for at udbrede principper, evidens og erfaring gennem bl.a. HU-kurser og flere KKR’er [13].
For 20-30 år siden blev der i Danmark etableret ortopædkirurgiske fagspecialer og skabt en centralisering, som har medført en faglig udvikling og mere hensigtsmæssig ortopædkirurgisk drift til gavn for patienterne, uddannelse og samfundsøkonomi. Noget tilsvarende er ikke sket indenfor

infektionskirurgien, som også kun er sporadisk beskrevet i specialeplanen. Der er kun ganske få infektionskirurgiske stillinger i Danmark og da infektionskirurgien ikke er et selvstændigt fagspeciale, er det uhyre vanskeligt at tilegne sig klinisk uddannelse indenfor området.
DSOI blev etableret med formål om at sætte fokus på de mange problemstillinger, som relaterer til infektionstilstande i bevægeapparatet: diagnostiske faldgruber, kirurgiske principper og håndtering
af patient-relaterede faktorer, biofilm, antibiotika-resistens osv. DSOI er for infektionsinteresserede
læger, som i den kliniske hverdag har infektionskirurgi som hovedfunktion eller delfunktion i eller ved siden af et fagspeciale. Man kan således fx som børneortopædkirurg godt være medlem af DSOI.
Det er ikke meningen, at man som DSOI-medlem, skal "overtage" andre fagspeciales opgaver og patienter. Alle fagspecialer har dels en patientgruppe, som fagspecialet kun behandler og dels en patientgruppe, hvor der er et overlap eller relevante samarbejdsrelationer med andre fagspecialer;
fx kan det traumatologiske fagområde have et overlap med skulder/albue-, hånd-, børn- og fod/ankel- fagspecialerne. Dette er også gældende for det infektionskirurgiske område.
Vi betragter således DSOI som en paraplyorganisation, der overordnet skal varetage infektionskirurgiske aspekter. Det er op til den enkelte afdeling at lave en funktionsbeskrivelse og udarbejde en konkret aftale, som beskriver snitflader og det tværsektorielle samarbejde. Modsat mener vi også, at der er områder indenfor infektionskirurgien, som bør centraliseres for at sikre en faglig udvikling (fx osteomyelitter (inkl. fraktur-relaterede infektioner) og pyomyositter). Den opgave vil DSOI gerne påtage sig.
DSOI anbefaler, at den kommende revision af specialeplanen er en oplagt mulighed til at give infektionskirurgien et større fokus. Vi ønsker, at infektionskirurgien bliver bedre beskrevet i specialeplanen, hvilket kan sikre forbedret patientbehandling, uddannelse og ressourceudnyttelse.
I det følgende vil vi præsentere vores overvejelser og forslag til en specialeplan.

Konkretisering af forslag til specialeplan

Fraset infektioner i skulderalloplastikker, -columna og nekrotiserende bløddelsinfektioner er ortopædkirurgiske infektioner ikke nævnt eller specialiseret i Specialeplanen. Der er et behov for at
kortlægge infektionerne og afklare deres specialisering.
I det følgende vil vi angive infektionskirurgiske tilstande, som ikke tidligere specifik er nævnt i specialeplanen. DSOI mener, at disse tilstande skal samles i en sektion, som indtil videre blot kan nævnes "Infektionskirurgi". I denne sektion er der behov tværfaglighed og samarbejde med andre lægefaglige specialer, herunder mikrobiologiske, infektionsmedicinske og plastikkirurgiske specialer.
Specialiseringsgraden følger de generelle krav fra Sundhedsstyrelsen, som også beslutter funktionsniveauet. I det følgende har DSOI foreslået en specialiseringsgrad. På afdelinger med lands-
(og regions-) funktion må man påregne, at der også skal afsættes ressourcer til rådgivning og vejledning. For at sikre volumen, stillinger og faglig udvikling har vi stilet mod at sikre en højspecialisering for at sikre etableringen af et infektionskirurgisk koncept, som så senere kan udbredes.

Der er mange mørketal indenfor ortopædkirurgisk infektionskirurgi, så det er svært at komme med et estimat over antallet af nye tilfælde per år. Vi har ud fra egne erfaringer, lærebøger og artikler forsøgt at komme med realistiske estimater.

Bløddelsinfektioner

Nedenstående vedrører kirurgisk revision og infektionskontrol. Efterfølgende kan der være behov for plastikkirurgisk assistance til bløddelsdække.

Hovedfunktion:

Lokaliserede infektioner i hud og subcutis (abscesser, bursitter, hidrosadenitter, decubiti) uden affektion af underliggende led og knogle (med/uden indsat implantat).

Estimeret incidens: >2-3000.

Regionsfunktion:

Manglende infektionskontrol efter flere revisioner på hovedfunktion.

Estimeret incidens: ?

Revision af decubiti med knogleødem eller overfladisk knogledestruktion

Estimeret incidens: 100-200

Højt specialiseret funktion:

Nekrotiserende bløddelsinfektion (initiel behandling inkl. primær revision foretages på primære sygehuse)

Estimeret incidens: < 50 ortopædkirurgiske.

Bløddelsinfektioner efter septikæmier, fx pneumokok sepsis

Estimeret inciden < 5 årligt

S. aureus sepsis med multifokale infektioner

Estimeret incidens: 50

Toksisk Shock Syndrom (med ekstremitets nekroser/infektion)

Estimeret incidens: <10 årligt

Pyomyositis (enten isolerede eller med knogle/ledinvolvering)

Estimeret incidens: 100 - 150

Bakteriel artritter:

Infektionskirurgi kompliceres ikke kun af specifikke kirurgiske forhold, men også af medicinske, herunder komorbiditet, bakteriologi og behov for intensiv terapi. Således bør man grundigt overveje

behov for tværfaglig håndtering og kontakt til sygehusenheder med højere erfaringsgrundlag.

Hovedfunktionsniveau:

Primær/native ledinfektion

Estimeret incidens: 150

Postoperativ ledinfektion efter kirurgi på hovedfunktionsniveau

Estimeret incidens: 50 -100?

Regionsfunktion:

Postoperativ infektion efter ledkirurgi på regionsfunktionsniveau

Estimeret incidens: 100

Højt specialiseret funktion:

Manglende infektionskontrol ved infektion i de store ekstremitetsled (skulder-, albue-, hånd-, hofte-

, knæ- og fodled)
Estimeret incidens: 50?
Polyartikulære infektioner i de store ekstremitetsled
Estimeret incidens: 50
Ledinfektioner i det aksiale skelet (spondylodiscitter, symfositter, sacroillitter, sternoclaviculitter)
Estimeret incidens: 30 årligt excl columna
Kirurgisk behandling efter påvist ledinfektion ved børn
Estimeret incidens: 200
Postoperativ infektion efter ledkirurgi på højt specialiseret funktion

Osteomyelitter inkl fraktur-relateret infektion
Højt specialiseret funktion:
Har du mistanke om infektion i en knogle med/uden osteosyntese-materiale bør du konferere med
højtspecialiseret infektionskirurgisk enhed (Rigshospitalet, Herlev, Århus, Odense, Aalborg)
Estimeret incidens:
en meget heterogen gruppe, hvor det er svært at lave et estimat. I Herlev behandler man ca 100-130 voksne operativt og på landsplan bliver det ca 1100
For børn skønnes incidensen at være 100 -150, som kræver involvering af ortopædkirurg

Referencer

1. Jamsen, E., et al., *Obesity, diabetes, and preoperative hyperglycemia as predictors of periprosthetic joint infection: a single-center analysis of 7181 primary hip and knee replacements for osteoarthritis.* J Bone Joint Surg Am, 2012. **94**(14): p. e101.
2. Pedersen, A.B., et al., *Risk factors for revision due to infection after primary total hip arthroplasty. A population-based study of 80,756 primary procedures in the Danish Hip Arthroplasty Registry.* Acta Orthop, 2010. **81**(5): p. 542-7.
3. Olesen, U.K., et al., *The cost of infection in severe open tibial fractures treated with a free flap.* Int Orthop, 2017. **41**(5): p. 1049-1055.
4. Kurtz, S.M., et al., *Economic burden of periprosthetic joint infection in the United States.* J Arthroplasty, 2012. **27**(8 Suppl): p. 61-5 e1.
5. McMeekin, N., et al., *Cost-effectiveness of oral versus intravenous antibiotics (OVIVA) in patients with bone and joint infection: evidence from a non-inferiority trial.* Wellcome Open Res, 2019. **4**: p. 108.
6. Metsemakers, W.J., et al., *General treatment principles for fracture-related infection: recommendations from an international expert group.* Arch Orthop Trauma Surg, 2019.
7. Ferry, T., et al., *The CRIOAc healthcare network in France: A nationwide Health Ministry program to improve the management of bone and joint infection.* Orthop Traumatol Surg Res, 2019. **105**(1): p. 185-190.
8. Anderson, M.B., et al., *General Assembly, Treatment, Multidisciplinary Issues: Proceedings of International Consensus on Orthopedic Infections.* J Arthroplasty, 2019. **34**(2S): p. S239-S243.
9. Ariza, J., et al., *Executive summary of management of prosthetic joint infections. Clinical practice guidelines by the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC).* Enferm Infecc Microbiol Clin, 2017. **35**(3): p. 189-195.

10. Ferguson JY, A.M., O'Conell M, Beecroft S, McNally MA, *A cohort study comparing clinical outcomes and healthcare resource utilisation in patients undergoing surgery for osteomyelitis in England: a case for reorganising orthopaedic infection services.* Submitted paper, 2020.
11. Glaudemans, A., et al., *Consensus document for the diagnosis of peripheral bone infection in adults: a joint paper by the EANM, EBJIS, and ESR (with ESCMID endorsement).* Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2019. **46**(4): p. 957-970.
12. Signore, A., et al., *Consensus document for the diagnosis of prosthetic joint infections: a joint paper by the EANM, EBJIS, and ESR (with ESCMID endorsement).* Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2019. **46**(4): p. 971-988.
13. DOS. *Korte Kliniske Retningslinjer (KKR)*. 2020; Available from: https://www.ortopaedi.dk/guidelines-2/korte-kliniske-retningslinjer/.
Oktober 2020
Udarbejdet af bestyrelsen i Dansk Selskab for Ortopædisk Infektionskirurgi (Klaus Kjær Petersen, Mats Høy Bue, Christen Ravn, Per Hviid Gundtoft, Hans Gottlieb, Tine BN Tesdorpf & Tine Nymark) og Martha Ignatiussen.

HÅND – DSfH

Forslag til fremtidig Specialeplan - Håndkirurgi

Efter drøftelse i Dansk Selskab for Håndkirurgi foreslås følgende fordelingen af de håndkirurgiske opgaver i specialeplanen (ændringer til den gældende specialeplan er **fremhævet**):
Hovedfunktions niveau:

- **Artrodese på fingerledsniveau**.
- **Primær behandling af CRPS** (overekstremitet) i samarbejde med specialiserede ergoterapeuter (hospital). (Smertebehandlingen er beliggende i neurologisk regi)
- Akut opståede nervelæsioner i niveau **distalt for carpaltunnelen**
- Læsioner af bøje- og strækkesener på hånd og underarm
- Akut opstået ledbåndsskade distalt for carpus
- Dupuytren´s kontraktur (primær), springfinger, ganglion, karpaltunnelsyndrom samt andre nervekompressionssyndromer.
- Diagnostik og behandling af visse degenerative og inflammatoriske lidelser.

Regions funktion

- **Nervelæsioner proximalt for carpaltunnelen, på håndledsniveau, underarm og overarm.**
- **Artroskopisk kirurgi: Fingerled, Håndled/håndrod, DRUJ.**
- **Alloplastikker/spacere: Carpus, CMC1, MCP, PIP led**
- **Korrigerende osteotomier / pseudoartroser underarm / håndrod / fingre**
- **Artrodese håndled/carpus/CMC**
- Sekundær rekonstruktion af flexorsener, senetransfereringer og behandling af nervelæsioner på underarm og hånd.
- Recidiv ved Dupuytrens kontraktur
- Kirurgisk behandling af carpale luksationer/carpal instabilitet, carpale frakturer (herunder scaphoideumfraktur), distal radioulnarleds instabilitet, ulnocarpal impingement

Højt specialiserede funktioner

- Uændret

Overvejelser:

Lettere tilgang til at opnå en Regions Funktion for de enkelte afdelinger, som måtte ønske dette.

Er en Regions- / Højt specialiserede funktion gældende på alle matrikler på hospitaler med fælles ledelse? F.eks. – kan en håndledsalloplastik udføres på Svendborg Sygehus eller Herlev Hospital? Hensyntagen til specialiserede operationssygeplejersker og lign.

Distale radius frakturer behandles aktuelt i af traumatologer og håndkirurger. Samarbejdet er velfungerende.

SAKS

Kære alle,
SAKS indputs til diskussion af grænseflader vedlagt.
Som jeg tidligere har argumenteret for, synes jeg man i gruppen primært må forholde sig til hvad man vil opnå med specialeplanen, og to emner er vigtige at vende:

1. Udtynding af kompetancer på afd. med hovedfunktion og belastning af afd. med spec. funktioner som fgl. af at flere afd. frasiger sig hovedfunktioner.
2. Hvis man skal have en specialeplan der lever op til intentionerne, bør man se på hvad det vi synes det bør indebære at få en specialefunktion, og mit oplæg til diskussion af denne del fremgår:
3.
4. <u>Indputs til overordnet mål</u>
5. *• Hvilke kriterier er der for at en funktion er specialiseret (RF – HSF)*
6. *• Hvilke kriterier ønskes for at definere en funktion som udviklingsfunktion*
7. *• Hvilke kriterier er der for afgrænsninger/overlapning med andre subspecialer*
8. *• Hvilke overordnede krav stiller DOS til subspeciale selskaber for af fremme kvaliteten på landsplan: Antal operationer - Antal kirurger - Arbejde med specialet på fuld tid*
9. *• Kompleksitet i udredning*
10. *• Kompleksitet i hvor avanceret en operation er*
11. *• Afdelingernes muligheder for udredning (ex billeddiagnostik) + OP tekniske begrænsninger?*
12. *• Dokumentation for kvaliteten af udført arbejde*
13. *• Follow-up (udvikling og forskning)*

vh Martin Rathcke / SAKS

DOT

Oplæg til den kommende specialeplanlægning med fokus på traumatologien (frakturbehandlingen)

Frakturbehandling er overordnet en kerneopgave hvor der er stort overlap mellem de mange subspecialer i forhold til både den akutte behandling med også i forbindelse med senfølger. Specialeplanen omfattende det traumatologiske kerneområde har hidtil været beskrevet ud fra følgende opdeling:

Hovedfunktion:

- Den almindelige skadebehandling
- Hoftenære femurfrakturer
- Modtagelse og behandling af øvrige ortopædkirurgiske skader hos akut tilskadekomne inklusive frakturer hos børn – eksklusiv operationskrævende ryg- og bækkenfrakturer.
- Følgetilstande efter frakturer
- Frakturer hos børn
- Bandage behandlinger
- Traumekald på Level II traumecentre

Regionsfunktion:

- Ingen krav

Højt specialiserede funktioner:

- Svært tilskadekomne patienter, herunder med skader i flere organsystemer og/eller på skadestedet eller andet sygehus erkendte komplicerede skader, og anden betydende konkurrerende lidelse eller komorbiditet. Varetages på matriklen i tæt samarbejde med relevante specialer i traumecenter.
- Intern fiksation af bækken- og acetabulumfrakturer
- Åbne frakturer Gustilio type III A-C og frakturer med større segmentært knogletab (i samarbejde med plastikkirurger)
- Kirurgisk behandling af særligt komplekse frakturer, fx calcaneus- og talusfrakturer

Dansk Ortopædisk Traumeselskabs (DOT´s) holdning er at specialeplanen indenfor frakturbehandling og traumatologiske skader har fungeret fint og at de enkelte afdelinger internt har fundet ud af at vægte og fordele behandlingen indenfor de forskellige subspecialer i hht. lokale resurser og kompetencer. DOT anerkender der er mange snitflader til andre subspecialer (f.eks. fod- og ankelkirurgerne, skulder- og albuekirurgerne, idrætskirurgerne, håndkirurgerne og børnekirurgerne) hvilket også afspejles i DOT´s arbejde med korte kliniske retningslinjer og symposier hvor der typisk samarbejdes med relevant subspeciale. DOT´s holdning er fortsat at al traumatologi og frakturbehandling inkl behandling af børnefrakturer skal forblive forankret som et traumatologisk kerneområde. Vi begrundet det med at frakturbehandling typisk omfatter osteosynteser, som er traumatologers ekspertise og primært kræver metodekendskab, samt at enkelte sjældne skader som talus og calcaneus frakturer typisk ses ved multitraumatiserede patienter, hvor den samlede behandling bedst varetages af traumatologer. Ydermere vil optimal behandling i forhold til operationstidspunkt bedre kunne sikres i traumatologisk regi da man

typisk på de fleste afdelinger ikke er påvirket af elektiv aktivitet i hhv. ambulatoriet og på operationsstuerne i samme grad som flere af de elektive subspecialer, hvilket giver fleksibilitet.

Enkelte skader eksempelvis hos børn er yderst sjældne såsom hoftenære frakturer/epifysiolyser og bør overvejes om de skal gøres til højt specialiseret så man sikre både traumatologisk og børnekirurgisk ekspertise.

I hht. frakturrelateret infektioner (FRI) kan DOT langt hen ad vejen tilslutte os oplæg fra DSOI. DOT´s anke er dog at man har mange højtspecialicerede funktioner hvilket vi ikke er sikre på at nogen afdelinger vil kunne varetage grundet den store belastning med lange indlæggelsestider. Vi forventer at man med dette oplæg færdigbehandler patienter så patientens kirurgiske situation er stabil og i en rolig fase hvor der primært foreligger plan for yderligere antibiotisk behandling inden patienten sendes tilbage til hovedfunktions hospital. I forhold til FRI nævnes det kun i hht. højt specialiseret funktion. I DOT mener vi dette er urealistisk. Primære infektioner og sårproblematiker vedr osteosynteser bør kunne varetages at hhv. hovedfunktionsniveau eller regionsniveau afhængig af frakturtype. Recidiv, tvivl om infektioner, mulitresistente infektioner, større osteomyelitter eller infektioner der kræver at man på forhånd ved at man skal udskifte osteosyntesemateriale som eksempelvis ved manglende heling bør tilhører højtspecialiceret afdelinger hvor der er tæt samarbejde med traumatologerne da der oftes kræves frakturstabilicering eller rekonstruktion som typisk ikke er område man behersker hvis man kun er infektionsinteresseret.

SKULDER/ALBUE

Skulder og Albuekirurgi

Aktuel status:

Hovedfunktion:

- Kirurgisk og ikke-kirurgisk behandling af impingementsyndrom og AC-leds artrose (20.000)
- Behandling af skulderkontraktur og primær traumatisk instabilitet uden brug af knogleblok (>1.500)
- Behandling af primære rotator cuff læsioner uden brug af muskeltransposition eller graft (>1.500)
- Albue tenotomi, synovektomi og murectomi (>2.000)

Regionsfunktion:

9. Recidiv af rotator cuff læsion uden behov for senetransposition eller graft (>200)

10. Recidiv af skulderinstabilitet uden behov for knogletransposition (200)

11. Primær skulderalloplastik på baggrund af degenerativ ledsygdom (500)

Specialiseret:

42. Primære og revisions-albuealloplastikker (<150)

43. Kronisk albueinstabilitet/albuekontraktur (<200)

44. Recidiv af rotator cuff læsion med behov for transposition eller graft. (<50)

45. Revisionskirurgi for skulderinstabilitet med behov for knogletransposition (<50)

46. Revisionsskulderalloplastik (<100)

47. Skulderartrodese (<10)

Diskussionsemner:

1. Revisions stabiliseringer i skulderled og anvendelse af knogleklods.
2. Revisions cuff kirurgi herunder SCR.
3. Revisionsskulderprotese kirurgi.
4. Scapula fraktur kirurgi gerne en samling i specialist funktion. (efter diskussion med traumelægerne)
5. Kirurgi på sternoclavikulær leddet.
6. Albuefraktur luksations behandling (koordineres med traumelægerne)

DSHK

Emne: BAGGRUNDSMATERIALE fra DSHK: "SPECIALEPLANSGRUPPE": Møde 14/6 kl 17.30

Kære Frank
Angående tilbagemelding som ønsket.
Vi har I DSHK bestyrelsen diskuteret den nu værende speciale plan og er egentlig ganske tilfreds. Stort set alle indgreb er klassificeret som hovedfunktion. Dvs primære hofte og knæ alloplastikker(herunder også unikompartmentelle knæ og knæ nære osteotomier) der antalsmæssigt hver er ca. 9000 indgreb pr år. Revisioner af såvel hofte som knæ alloplastikker er antalsmæssigt ca. 1400 og 1300 indgreb pr. år og er også hovedfunktion. Tilbage er så højtspecialiserede funktion der omfatter periacetabulare osteotomier (400) komplekse knæ og hofte alloplastikker (100) samt revisions hoftealloplastik med stort kogletab (100) og revisions knæalloplastik med stort knogletab (100).

Snitflader med andre områder vil nok først og fremmest være behandling af periprostetiske hofte alloplastikker og i væsentlig mindre antal periprostetiske knæ alloplastikker. Her vil et samarbejde med traumatologer være oplagt. Om der så skal være regions funktion for de mere komplicerede og mindre hyppige frakturer f.eks Vancouver B og C, kan jo diskuteres.

Ser i øvrigt frem til mødet d. 14/6

Mvh
Niels Krarup
Repræsentant for DSHK

BØRN – DPOS

Specialevejledning for Ortopædisk kirurgi – Børneortopædi

Børneortopædi er et lille subspeciale som reelt set kun forefindes på universitetshospitalerne (Aalborg, Aarhus, Odense og København). I København er en sammenlægning i gang mellem Hvidovre og RH hvor Børneortopædi organisatorisk bliver samlet på RH. Børneortopædi er fagligt set organiseret under DPOS (dansk børneortopædisk selskab).

Der er enkelte satellitfunktioner på regionshospitaler (særligt Kolding) men gennem de senere år er stort set alle andre af disse funktioner fjernet i specialeplanen (fordi kompetencerne er forsvundet på regionshospitalerne).

Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

Hovedfunktionsbehandling er ikke organiseret under børneortopædi som speciale. Der er regionale forskelle i organisering af børneortopædi. På flere universitetshospitaler er frakturbehandling af børn organiseret under børneortopædi. I specialeplanen er børn med frakturer er organiseret under traumatologi. Generelt vurderes samarbejdet mellem børneortopæder og traumatologer at fungere godt.

Det er dog et ønske fra børneselskabet at vi diskuterer organisering af frakturbehandling hos børn. Internationalt set går behandlingen af frakturer hos børn mod at blive mere akademisk og videnskabeligt underbygget. Udvikling og forskning foregår primært i de børneortopædiske videnskabelige selskaber. Frakturbehandlingen hos børn **flyttes også mere og mere mod børnehospitaler og specialiserede børneortopædiske læger internationalt**. Denne udvikling sker alle vegne globalt set med undtagelse af bla. få nordiske lande herunder Danmark.

De **vigtige argumenter** for at samle og centralisere børnefrakturer (eller en del af dem) er at sikre kvaliteten af behandlingen for alle børn i landet. Nogle skader kan være sjældne og/eller kræve adgang til højtspecialiserede funktioner på universitetshospitaler. Fx er femurfraktur hos børn en så relativt sjælden tilstand at langt de fleste regionshospitaler ikke vil kunne dokumentere tilstrækkelig volumen på dette felt. Behandlingen afhænger af alderen og der kræves adgang og erfaring med et bredt spektrum af behandlingsprincipper for at kunne vare behandlingen (non-operativt med spica eller stræk, TEN-søm, specialskinne, låste børnemarvsøm). Børn under 2 år med femurfraktur bør udredes for påført skade og den højt specialiserede pædiatriske udredning er centraliseret til AUH, OUH og Herlev i specialeplanen. I dag bliver mange børn formentligt ikke udredt fordi behandlingen af femurfraktur er geografisk spredt ud over hele landet. Hvis vi i DOS tør kigge på antallet af femurfraktur hos børn vil der blive en diskussion omkring centralisering af denne skade.

Man kan diskutere regionsfunktioner eller andre løsninger. Børneselskabet er klar over at antallet af børn med frakturer er meget højt og at vi skal derfor finde gangbare løsninger.

Hoftenære femur frakturer hos børn bør gøres til højtspecialiseret behandling og som udgangspunkt ligge under børneortopædi.

Vedrørende forslaget fra infektionsselskabet DSOI kan vi støtte at kirurgisk behandling af bakteriel ledinfektion hos børn gøres til højt specialiseret behandling. Vi mener dog at dette bør organiseres under børneortopædi da det langt overvejende vil være læger fra dette speciale som behandler børnene.

Vi har ikke endnu haft drøftelser med rygkirurger omkring børn med skoliose. Der er regionale forskelle i hvem der følger disse børn i det non-operative forløb. Samarbejdet vurderes at fungere godt set fra DPOS.

Børneselskabet har arbejdsdag omkring specialeplanen og organisering af de højtspecialiserede funktioner under specialet den 14. juni inden det planlagte zoom møde.

RYG

Specialevejledning for Ortopædisk kirurgi – Rygkirurgi

Rygkirurgisk behandling varetages af læger med grundspeciale i henholdsvis ortopædkirurgi og neurokirurgi og med subspeciale i rygkirurgi. De fleste rygkirurgiske lidelser varetages af rygkirurger med enten ortopædkirurgisk eller neurokirurgisk grundspeciale og der forudsættes i nedenstående plan et tæt samarbejde mellem disse 2 specialer. Der er forskel på hvordan rygkirurgien er sat op i regionerne og hvilket speciale, der varetaget hvilke patientgrupper.
Nedenstående forslag er gældende for alle afdelinger/sygehuse med rygkirurgisk subspeciale uanset grundspecialet.
Der er en enkelt funktion (perkutan vertebroplastik/kyphoplastik) som også varetages i radiologisk regi. Her er der ikke umiddelbart behov for samarbejde på tværs af specialerne, da procedurerne er velkendte i begge specialer, dog forudsættes det, at den transpedikulære adgang mestres.

Anbefalinger til hovedfunktionsniveau
Hovedfunktioner i ortopædisk kirurgi omfatter udredning og behandling af sygdomme og tilstande, som ikke kræver varetagelse på specialfunktionsniveau (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau). Hvis en påbegyndt udredning på hovedfunktionsniveauet giver begrundet mistanke om, at patientens sygdom skal varetages på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, henvises patienten til et sygehus, der er godkendt hertil.
Krav til varetagelse af specialfunktioner
I Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav' beskrives en række generelle forudsætninger og krav til bl.a. kapacitet og forskning, som skal opfyldes for at varetage specialfunktioner. Disse krav udgør grundlaget for varetagelse af specialfunktioner, men derudover oplistes der nedenfor specifikke krav, som gælder for rygkirurgi.

- **Krav til varetagelse af regionsfunktioner**

De anbefalinger, som er anført for hovedfunktionsniveauet, gælder som krav på regionsfunktionsniveauet. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af regionsfunktioner:
På regionsfunktionsniveau skal det være muligt at få kontakt til og råd fra en speciallæge i rygkirurgi i løbet af kort tid. Ved varetagelse af regionsfunktioner i rygkirurgi skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau.

- **Krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner**

De krav, som er anført for regionsfunktionsniveauet, gælder også for det højt specialiserede niveau. Derudover stilles der følgende krav til varetagelse af højt specialiserede funktioner:
På højt specialiseret niveau skal det være muligt at få assistance, eventuelt i form af rådgivning og videre planlægning, fra en speciallæge i rygkirurgi umiddelbart.
Ved varetagelse af højt specialiseret niveau i rygkirurgi skal der være samarbejde med andre relevante specialer på relevant specialiseringsniveau. De højt specialiserede funktioner skal som udgangspunkt varetages på sygehuse med Traumecentre, som specificeret i Sundhedsstyrelsens rapport "Styrket Akutberedskab" fra 2007.

1) **Hoved funktions niveau**

Lumbale degenerative rygsygdomme – herunder diskusprolaps, spinalstenose og forreste og bagerste spondylodeser på op til 3 niveauer (10.000). Vedr. forreste spondylodeser forudsættes det at anterior adgang til columna lumbalis og lumbosacralis beherskes.

2) **Regionsfunktioner**

Cervikale degenerative ryglidelser (ca. 2.000 operationer/år). (1) Osteochondrotisk cervikal rodkompression, (2) Cervikal diskusprolaps.
Rigshospitalet, Blegdamsvej (i formaliseret samarbejde)
Rigshospitalet, Glostrup
Aarhus Universitetshospital, NBG
Sjællands Universitetshospital, Køge
OUH Odense Universitetshospital
Sygehus Lillebælt, Middelfart
Aleris-Hamlet Hospitaler - Søborg
Capio CFR A/S (Hellerup)
Capio CFR Odense (Odense)
Capio CFR Aarhus
PRIVATHOSPITALET MØLHOLM P/S (Vejle)

Lumbale degenerative ryglidelser kombineret med mindre deformiteter, herunder arkolytisk spondylolistese grad I-II (dekompression og spondylodeser > 3 niveauer) hos voksne (2.000).
Rigshospitalet, Blegdamsvej (i formaliseret samarbejde)
Rigshospitalet, Glostrup
Aarhus Universitetshospital, NBG
Regionshospitalet Silkeborg (i formaliseret samarbejde)
Regionshospital Nordjylland, Frederikshavn
Sjællands Universitetshospital, Køge
OUH Odense Universitetshospital
Sygehus Lillebælt, Middelfart
Aleris-Hamlet Hospitaler - Søborg
Capio CFR A/S (Hellerup)
Capio CFR Aarhus
PRIVATHOSPITALET MØLHOLM P/S (Vejle)

Implantater (diskusproteser) ved degenerative rygsygdomme. (1) Lumbalt.
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Rigshospitalet, Glostrup
Aarhus Universitetshospital, NBG
OUH Odense Universitetshospital
Capio CFR A/S (Hellerup)

Konservativ behandling af deformiteter hos børn og voksne (800)
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre
Nordsjællands Hospital - Hillerød (i formaliseret samarbejde)
Aarhus Universitetshospital, NBG
Regionshospitalet Silkeborg
Aalborg UH Syd
OUH Odense Universitetshospital

Sygehus Lillebælt, Middelfart

Vertebro- og kyphoplastik (250).
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Rigshospitalet, Glostrup
Aarhus Universitetshospital, NBG
Aalborg UH Syd
Sjællands Universitetshospital, Køge
OUH Odense Universitetshospital
Sygehus Lillebælt, Middelfart
Capio CFR A/S (Hellerup)

3) **Højt specialiserede funktioner**

Kirurgisk behandling af columnafrakturer uden rygmarvsskade (200 operationer/år).
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Aarhus Universitetshospital, NBG
Aalborg UH Syd
OUH Odense Universitetshospital

Akut stabiliserende kirurgi ved columnafrakturer med mistænkt eller konstateret rygmarvsskade (para- og tetraplegi) (100 operationer/år). Selve behandlingen varetages i rygkirurgisk regi af speciallæge i ortopædkirurgi eller rygkirurgi med subspeciale i rygkirurgi.
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Aarhus Universitetshospital, NBG

Thorakal diskusprolaps. Varetages i tæt samarbejde med thoraxkirurgi (ca. 30 operationer/år)
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Aarhus Universitetshospital, NBG

Komplekse rygdeformiteter hos voksne inkl. cervikal myelopati, hvor corporektomi overvejes (100), kyfoskoliose, spondylolistese grad III (300).
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Aarhus Universitetshospital, NBG
Aalborg UH Syd (i formaliseret samarbejde)
OUH Odense Universitetshospital (i formaliseret samarbejde)

Pædiatriske deformiteter (250)
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Aarhus Universitetshospital, NBG
Aalborg UH Syd (i formaliseret samarbejde)
OUH Odense Universitetshospital (i formaliseret samarbejde)

Større revisionskirurgi (400)
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Aarhus Universitetshospital, NBG
Aalborg UH Syd (i formaliseret samarbejde)

OUH Odense Universitetshospital (i formaliseret samarbejde)

Infektiøse ryglidelser med behov for kirurgisk behandling (<100)
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Aarhus Universitetshospital, NBG
Aalborg UH Syd (i formaliseret samarbejde)
OUH Odense Universitetshospital

Onkologiske ryglidelser (ej sarkomer) (<500).
Rigshospitalet, Blegdamsvej
Aarhus Universitetshospital, NBG
Aalborg UH Syd (i formaliseret samarbejde)
OUH Odense Universitetshospital

FOD/ANKEL

Specialevejledning for Ortopædisk kirurgi – Fod og ankelkirurgi

Fod- og ankelkirurgien har udviklet sig til at stort subspeciale. Specialet er karakteriseret ved at inkludere alle typer ortopædkirurgi begrænset til ankel og fod. Således indeholder subspecialet alloplastikkirurgi, artroscopisk kirurgi, forskellige typer bruskkirurgi, et spektrum af rekonstruktiv kirurgi strækkende sig fra mere simple forfodsoperationer til komplekse plat- og hulfodsrekonstruktioner, instabilitetsoperationer, neuromuskulære rekonstruktioner inklusive Charcot relaterede operationer, alle typer senekirurgi, artrosekirurgi inkluderende forskellige dese typer samt korrigerende osteotomier. Desuden hører en del af fod og ankel traumatologien naturligt til i dette subspeciale.

Arbejdsgruppen under Dansk Fod og Ankelkirurgisk Selskab har haft en livlig diskussion over team og mails. Der er enighed om at foreslå følgende inddeling (se nedenfor). Der er tale om en ikke ubetydelig justering i forhold til den nuværende plan.

Følgende undergruppe er en stadig under overvejelse:

• Kirurgisk behandling af særligt komplekse frakturer, fx calcaneus- og talusfrakturer

Der er tale om operationer, som nok de fleste steder i udlandet foretaget af fod og ankelkirurger. Udfordringen i DK er relateret til vagtstrukturer og modtagelse af traumepatienter som foregår relativt få steder og f.eks. i københavnsområdet på RH, hvor der ikke er en fod og ankelkirurgisk sektion.

Hvad angår personalekrav og faglige kompetencer knyttet til varetagelsen af de forskellige funktionsniveauer samt overvejelser omkring udviklingsområder o.a. finder vi behov for yderligere analyser og overvejelser inden endelig tilbagemelding til DOS og ultimativt Sundhedsstyrelsen. Vi stiler mod et fysisk møde til efteråret.

Hovedfunktionsniveau

- **Artrodeser samt artroplastikker for- og mellemfod**
- **Osteotomier for- og mellemfod**
- **Diabetiske fodsår**
- **Artroscopisk kirurgi (f.eks. behandling af forreste impingement, BMS)**
- **Bløddelsoperationer (fod og ankel)**
- **Ikke-kirurgisk behandling af fodsmerter**

Regionsfunktioner

- **Bagfodskirurgi**
- **Operationer på fod og ankel, der inkluderer en kombination af artrodeser, osteotomier (inkl. supramalleolære), bløddelsoperation inkl. senetranspositioner.**
- **Komplekse bløddelsoperationer på fod og ankel**
- **Tåalloplastikker**
- **Kompleks artroscopisk kirurgi (inklusive bruskkirurgi (f.eks. AMIC, OATS, Stamceller, Brusktransplantation, Hemicap)**

Højt specialiserede funktioner

- **Ankelalloplastik og dertil relateret kirurgi**
- **Operation ved vanskeligt korrigerbare deformiteter, operation i fod/ankel betinget af neuromuskulære fodlidelser, og rekonstruktion af Charcot deformiteter.**
- **Ortopædkirurgisk operation (i fod/ankel) ved hæmofili o**g andre blødersygdomme

BILAG 2

Specialeplan for Dansk Ortopædkirurgisk Selskab
Overordnet retningslinje for fordeling af speciale funktioner

Sundhedsstyrelsen fordeler speciale funktioner til hospitaler efter rådføring med de enkelte fagselskaber; i det ortopædkirurgiske område med DOS.
I SSt 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav' de generelle krav for at kunne oppebærer en specialefunktion.
SSt specialefunktioner har været opdelt i HF: Alle ort.kir. afd, RF: 1-3 steder i hver region og HSF: 1-3 steder i DK.
HF: Hovedfunktion bør kunne varetages af alle ortopædkirurgiske hospitalsafdelinger.
RF: En regionsfunktion omfatter opgaver, der er af nogen kompleksitet, hvor sygdommen eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne.
HSF: De højt specialiserede funktioner omfatter opgaver af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere, hvor sygdommen eller sundhedsvæsenets ydelser er meget sjældent forekommende og derfor skaber behov for samling af viden, rutine og erfaring, og/eller hvor ressourceforbruget er betydeligt.
Dette svarer i runde tal til at HSF har befolkningsunderlag på ca 2 MIO og RF på ca 0,5 MIO.
Specialefunktionernes tildeling har i det forløbne været tildelt på basis af SST rådgivning fra specialeselskaberne, men også på basis af regionale, administative og politiske interesser.
DOS interesse er, at specialefunktioner fordeles til enheder ud fra rent faglige principper, og udelukkende med henblik på at en given patientbehandling kan optimeres bedst muligt ved at funktionen samles og dokumenteres.
DOS mener, at afdelinger, der oppebærer en specialfunktion, bør kunne dokumentere indikation og forventning, samt behandlingseffekt gennem systematisk patient follow-up.
DOS anser, at funktioner der har status af specialefunktion skal opfylde krav til antal, kompleksitet, antal kirurger, samt kvalitet af teknisk udstyr og diagnostisk udredning. Det anses optimalt at afdelinger der oppebærer en specialefunktion kan medvirke til udvikling og forskning i behandlingen.
DOS anser, at afdelinger der oppebærer en specialfunktion evner samarbejdet med andre ortopædkirurgiske afdelinger, tværgående specialer og hospitaler, f.eks i samarbejdende enheder.
Samarbejdende enheder kan også være mellem to eller flere ortopædkirurgiske afdelinger.

Krav til specialefunktion:

Antal ved komplekse indgreb: (*HSF < ca 50 (min ca 20/år/afd) Antal RF < ca 250 (ca 20/år/afd)*) : Antal ?
Kompleksitet i Udredning og Indikation/Kontraindikation : Ja/Nej for begge?
Kompleksitet i Kirurgi og Rehabilitering: Ja/Nej for begge?
Billeddiagnostik og udredning: Specifikke krav?
Teknisk udstyr: Specifikke krav?
Blodbank/Biobank: Ja/Nej ?
Tværfaglig Samarbejde: Ja/Nej?
Ortopædkirurgisk Samarbejde – I og/eller mellem Subspecialer: Specificeres?

Krav til afdelingen der oppebærer specialefunktion:

Antal kirurger med kompetancerne/Uddannelse af kirurger (2-4/afd): Antal?
Arbejder kirurger med speciale funktion på enheden på fuld tid? Timer?
Antal operationer i funktionen: Antal?
Opfylder afd. forudsætnigner til billeddiagnostik/udredning: Ja/nej?
Opfylder afd. forudsætninger til varetagelse af kirurgi/rehabilitering: Ja/Nej?
Opfylder afd. forudsætninger for blodbank/biobank: Ja/Nej/Ej relevant?
Opfylder afd. forudsætninger til tværfaglige samarbejder: Ja/Nej/Ej relevant?
Har afd. samarbejder med andre subspecialer: Ja/Nej/Ej relevant?
Har afd. regionalt samarb. med andre ort.kir. centre: *Samarbejdende enheder*: Ja/Nej/Ej relevant?
Har afd. dokumentation for kvaliteten af udført arbejde: Ja - Hvordan?/Nej?
Har afd. dokumentation for follow-up i min. 2 år: Ja – Hvordan? / Nej?
Er afd. med i uddannelse/udvikling/forskning indenfor aktuelle specialefunktion: Ja – Hvordan?/Nej?

Krav til nye udviklingsfunktioner:

Ved oprettelse eller ansøgning om nye udviklingsfunktioner forventes det at Sundhedsstyrelsen rådfører sig med relevante specialer mhp at afklare dokumentation for disse behandlinger, og/eller at der foretages kontrollerede undersøgelser af disse behandlingers effekt.

Hvad gør man med tunge ikke prestigefyldte funktioner der burde være specialefunktioner?

Eks. Amputation, Sacralt decubitus etc.

/ Version 20.9.22 – DOS Specialeplans arbejdsgruppe – ref. mr

BILAG 3 Børneselskabets dokument om snitflader med DOT (SAKS og Ryg dokumenter rundsendes af Børneselskabet)

Aarhus 30.08.2022

Til bestyrelsen i Dansk Ortopædisk Traumeselskab.

Vedrørende revision af specialeplan i ortopædisk kirurgi

Kære kollegaer,

Jeg har talt med Ilija Ban i dag og han foreslog jeg sendte et oplæg fra Børneselskab til jer. Der er nedsat en arbejdsgruppe i DOS og vi er bedt arbejde med snitflader / knaster mellem specialeselskaberne.

Som det er nu er børnefrakturer hovedfunktion under et punkt og der er ingen højtspecialiserede funktioner. For børneselskabet er børnefrakturer et interesse område men omvendt er antallet af børnefrakturer meget stort så det er naturligt at de fleste behandlinger kan foregå på alle landets hospitaler. Vi ønsker at have et fremtidigt samarbejde med traumeselskabet for at sikre udvikling og uddannelse på området.

Fra Børneselskabets side er der et ønske om at gøre hoftenære femurfrakturer hos børn til en højtspecialiseret funktion. Det er en sjælden skade som formentlig er forekommende max. 20-30 gange årligt. Særligt de intrakapsulære har en høj komplikationsrate med avaskulær nekrose. Det er ofte nødvendigt at foretage åben reposition og erfaring hermed forefindes normalt kun på universitetshospitalerne. Vi taler for at gøre behandlingen højt specialiseret og centralisere til traumecentre med børneortopædi og måske en form for formaliseret samarbejde mellem børn og traume.

Vi foreslår også et eftersyn / gennemgang af behandling af femurfrakturer hos børn generelt. Det er en relativt sjælden skade og de fleste børn er enten så små at skaderne behandles non-operativt eller så store at specialimplantater som låste børnemarvsøm er bedste behandling. En større del af de små børn udredes for børnemishandling. Efter retningslinjer i dansk pædiatrisk selskab og specialeplanen bør alle børn under 2 år med femurfraktur principelt udredes for mistanke om påført skade. Billeddiagnostikken med totalskelet røntgen er højt specialiseret og foregår kun på Herlev, OUH og AUH. De andre problemstillinger er afdelingernes erfaringsgrundlag med non-operativ behandling (spicagips eller strækbehandling) og tilgængeligheden af specialimplantater som specialskinner og låste børnemarvsøm (fx har vi på AUH 2 sæt Pedinail instrumenter med 7-9 mm søm og herudover T2 alpha 9 mm søm).

Som jeg talte med Ilija om ved vi reelt ikke om der er et problem med behandlingen af femurfrakturer og derfor er en diskussion og et eftersyn måske et godt sted at starte.

vh Martin Gottliebsen

BILAG 4

”Årshjul” samt godkendelsesprocedure for KKR forløb 2023 til 2027

(Version 3, januar 2023)

Forfatter: Annie Primdahl. Formand Kvalitetsudvalget DOS

BAGGRUND

Der har indenfor det ortopædkirurgiske område traditionelt været stor interesse for kvalitetsarbejde. Selskabet var således blandt de første, der tog initiativ til at etablere landsdækkende kvalitetsdatabaser (Dansk Hoftealloplastik Register). Der er siden etableret lignende databaser, der dækker andre områder af faget. Der er på sygehusejernes initiativ etableret andre kvalitetsdatabaser (NIP). Sundhedsstyrelsen har taget initiativ til at der udarbejdes landsdækkende kliniske retningslinjer. Disse udvikles i de videnskabelige selskabers regi. DOS har fra første færd været en aktiv medspiller i ovennævnte kvalitetsarbejde. På sigt er det væsentligt at sikre i størst muligt omfang at gennemføre evidensbaseret behandling. Dette sikre vi bedst ved for at understøtte forskning indenfor det ortopædkirurgiske område, fortolkning af det videnskabelige arbejde, og omsætning af det videnskabelige arbejde til daglig klinik. DOS har valgt fortsat at satse på de ”korte kliniske retningslinjer” – indtil videre frem til 2027.

Korte kliniske retningslinjer (KKR’er) har til formål at besvare et enkelt eller 2 specifikke spørgsmål om en given behandling. Retningslinjen beskriver efter systematisk gennemgang og vurdering af den eksisterende evidens hvordan man med fordel kan forholde sig i en given situation. På DOS´s hjemmeside under fanebladet ”guidelines” ligger de aktuelt gældende KKR’er tilgængelige, mens udgåede KKR’er arkiveres under selvstændigt faneblad.

DOS faciliterer via Kvalitetsudvalget arbejdet med KKR’er ved et årligt seminar i uge 10, hvor grundprincipperne for udarbejdelse af KKR’er gennemgåes og de enkelte grupper har mulighed for at komme solidt fra start med arbejdet.

Effektive arbejdsgrupper til den årlig udarbejdelse og løbende revision af KKR’er afhænger i høj grad af tilslutning fra bestyrelserne i fagområderne, da indstilling til KKRgrupper, løbende orientering af medlemmer og præsentation samt implementering ikke kan optimeres uden dette samarbejde. Især skal vi i den kommende periode i fællesskab sørge for at øge opmærksomheden på eksisterende og nye KKR’er ude i afdelingerne. Kvalitetsudvalgets fornemste opgave ved KKR arbejdet vil forsat være at forestå KKR seminaret, sørge for løbende opdatering af relevante arbejdsredskaber til udarbejdelse af KKR på hjemmesiden og koordinere arbejdet gennem årshjulet nedenfor.

Det er vigtigt, at vi forsat arbejder med at etablere forståelse blandt vore kolleger for at vi i DOS i tiltagende grad er nødsaget til samlet at dokumentere vort arbejde. Det bedste værktøj vi aktuelt har til rådighed til dette formål er KKR. KKR har desuden vist sig anvendelig til at belyse en omdiskuteret sag, hvis man i et fagområde, eller 2 fagområder imellem, har en tvist om et specifikt spørgsmål.

UDMØNTNING og TIDSHORISONT

I perioden 2023-2027 arbejdes efter følgende ”årshjul” vedr. KKR:

Sensommer: Fagområderne varsles om det kommende års KKR forløb. De bedes påbegynde diskussion af emner samt nedsætte arbejdsgrupper.

Oktober: På DOS kongressen præsenteres den forrige periodes KKRér. Disse er godkendt på baggrund af høringsproces på DOS bestyrelsesmødet umiddelbart forud for kongressen. På kongressen udmeldes igen oplysninger om det kommende års KKR forløb. Det er stadigt muligt at indmelde titler og arbejdsgruppemedlemmer.

November-December: Inden jul indmeldes endelige titler, udkast til PICO spørgsmål og arbejdsgruppemedlemmer fra fagområder til KU formand. Det er muligt for 2 eller flere fagområder at samarbejde om samme KKR. En KKR gruppe består af 2-3 mand, hvis PICO spørgsmål kun vedrører et fagområde. Omfatter KKRen 2 eller flere fagområder kan gruppen sammensætte af op til 2 mand pr involveret fagområde.

Januar: **Bindende tilmelding til arbejdsgrupper fra fagområder senest på "Sixtusmødet**" (traditionelt placeret i uge 3).

Januar-februar: Arbejdsgrupper modtager informationsmateriale, baggrundsmateriale mv fra undervisergruppen fra KKR seminaret og kan påbegynde "forarbejde", litteratursøgning mv.

Marts: I uge 10 afholdes det årlige 2 dages KKR seminar. Arbejdsgrupperne forsynes med nødvenlig viden og uddannelse til at kunne udfærdige KKR. Alle arbejdsgrupper tildeles en kontaktperson fra undervisergruppen.

Maj-juni: **KKR indsendes til formand for Kvalitetsudvalget senest 31/5** og oploades herefter til høring på DOS hjemmesiden.

August-September: KKR ligger på DOS hjemmeside til høring/kommentering. Eventuelle kommentarer skrives direkte på hjemmesiden i "høringsstreng" og er tilgængelige for alle.

Ultimo september slutter høringen og forfattergruppen bag hver KKR håndterer de indkomne høringssvar. KKR rettes på baggrund heraf og der udfærdiges et "svar på høring" som redegør for hvordan forfattergruppen har reageret på de indkomne kommentarer.

Senest 2 uger før kongressen er denne proces færdiggjort og forfattergrupperne **sender final udgave** af KKR i henhold til "KKR-skabelonen" inklusiv et afsnit med "svar på høring" til KU formand og DOS-redaktør, der gør de endelige KKR tilgængelige på hjemmesiden. "Formelt" godkendes årets produktion af KKR på DOS bestyrelsesmøde dagen før årets kongres.

På DOS kongressen: Fagområderne varsles om det kommende års KKR forløb. De bedes påbegynde diskussion af emner samt nedsætte arbejdsgrupper til næste år.

GODKENDELSE og PRÆSENTATION

En KKR godkendes formelt efter endt høringsperiode på DOS bestyrelsesmøde umiddelbart inden DOS kongressen.

KKR gruppen sørger løbende for at orientere deres respektive fagområder om hvordan arbejdet skrider frem, om start på høringsperiode og om den endelige KKR samt præsentation af denne.

Til DOS kongressen sørger Kvalitetsudvalget for ophængning af udprint af årets produktion af KKRér i posterområdet. De færdige KKRér skal endvidere præsenteres på DOS kongressen. Forfatterne / fagområdet kan vælge at præsentere i eget fagområde f.eks. ifm "Møde i fagområderne" om onsdagen. DOS tilbyder endvidere, at alle interesserede forfattergrupper kan præsentere deres KKR som oral præsentation (efter eget valg). Ønsker man dette skal man blot indsende abstract via DOS hjemmesiden. Det er vigtigt at anføre, at det drejer sig om en KKR (Optagelse er så garanteret). Præsentationstid tildeles derefter i relevant seance.

EFFEKT

For den forgangne periode 2018-2022 er der gennemført en spørgeskemaundersøgelse i hhv 2020 og 2022 samt et opsummerende KKR symposium til DOS kongressen i 2022 mhp at belyse DOS medlemmernes kendskab til KKRer og beslutte om KKR arbejdet burde fortsættes. DOS bestyrelsen har besluttet forsat at bakke op om og finansiere det årlige KKR seminar i perioden 2023-2027. Konklusionen blev at kendskabet til KKR efterhånden er etableret og der er bred opbakning til konceptet blandt DOS medlemmerne. KKR er forsat den bedste metode vi har til rådighed for at konvertere eksisterende evidens til brug i hverdagen

Det har krævet tid at ændre medlemmernes holdning til denne form for kvalitetsarbejde, og der er forsat et arbejde med dette. I den næste periode vil det endvidere være nødvendigt at fokusere mere på implementering og evaluering af KKR'ernes impact i den daglige klinik. Der ligger et arbejde for dette hhv i Kvalitetsudvalget via fagområdernes repræsentanter, i de enkelte KKR grupper og selvfølgelig hos Kvalitetsudvalgets formand.

En KKR er gældende i 5 år. Efter 4 år vil man bliver bedt om at iværksætte en gennemgang mhbp. revision, således at en KKR efter 5 år enten revideres eller arkiveres på hjemmesiden under "udgåede KKR'er".

Succeskriterier:

- Det er målet, at der årligt produceres 4-8 KKR om relevante emner.

- Det er målet at alle fagområder ila. de kommende 5 år har produceret mindst én KKR.

– Det er målet at opnå "bred accept" af KKR konceptet over de kommende 5 år.

- Det er målet at implementeringen optimeres over de kommende 5 år.

EVALUERING:

- På DOS kongressen 2026 arrangere KU et KKR-evalueringssymposium

- I foråret 2026 arrangere KU et spørgeskema blandt medlemmerne til evaluering af de forløbne år med KKR forløb. Resultatet af spørgeskemaet inkorporeres i ovennævnte KKR-evalueringssymposium

- På baggrund af evalueringssymposium og spørgeskema beslutter DOS bestyrelsen ultimo 2026 om man fortsat vil arbejde med KKR, eller om initiativet skal ophøre

BILAG 5:

Om LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

Hoftebrud hos ældre – et område med forbedringspotentiale

Borgere over 65 år, der får et hoftenært lårbensbrud er en gruppe med stor morbiditet og mortalitet. Patientgruppens belastning af sundhedsvæsenet er stor og ligeledes har det konsekvenser for den kommunale ældrepleje, hvis borgeren ikke genvinder mobiliteten. For patienter, der er opereret for et hoftenært lårbensbrud, er der altid en overgang mellem primær- og sekundærsektor. Sygehusene varetager operationen, den akutte postoperative pleje samt indledende genoptræning, mens kommunerne overtager pleje og rehabilitering efter få dages indlæggelse.

Ifølge årsrapporten fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud er der tale om et sygdomsområde, hvor der fortsat kan konstateres en uønsket variation i behandlingskvalitet og outcome på tværs af landet. I Danmark er resultaterne generelt set lidt dårligere end, hvad der opnås i andre lande. Men der er steder i Danmark, hvor resultaterne er på højde med, eller bedre end de internationale resultater. Det vil sige, at der eksisterer viden på området, som kan danne udgangspunkt for læring og forbedring.

LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb

I december 2021 besluttede Styregruppen for LKT, at temaet for det næste LKT skulle være hoftenære lårbensbrud. Det kommende LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb vil have fokus på hele patientforløbet for borgere 65+ med hoftenære frakturer og særligt på optimering af samspillet mellem regioner og kommuner.

Indstillingen til LKT'et kom fra Region Syddanmark og bygger på et lokalt succesfuldt projekt "Kom trygt hjem". Det nye LKT skal desuden tage afsæt i erfaringerne fra det tidligere LKT for hoftenære fraktur fra 2018-20.

LÆRINGS- OG KVALITETS TEAMS

Udgangspunktet er, at LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb skal være tværsektorielt for at det kan lykkes at forbedre det samlede patientforløb. De lokale forbedringsteams vil derfor bestå af et hospital OG en eller flere af de kommuner, som ligger i hospitalets optageområde.

Ønsket fra Styregruppen er en høj grad af kommunal involvering i hele LKT-projektet, bl.a. gennem delt formandskab i ekspertgruppen og fælles projektledelse. Region Syddanmark er, i samarbejde med KL som repræsentant for kommunerne, national tovholder for LKT'et.

Projektbeskrivelsen til LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb udarbejdes af ekspertgruppen i løbet af første kvartal 2023 og forventes endeligt godkendt af Styregruppen for LKT medio 2023. Herefter vil udvælgelsen af deltagende kommuner og hospitaler foregår i de 21 sundhedsklynger.

LKT Sammenhængende Hoftebrudsforløb forløber over en toårig periode, og forventes igangsat ultimo 2023.

LÆRINGS- OG
KVALITETS TEAMS