

## **Vurderings- og stabiliseringskompetanse ved mindre kirurgiske enheter. Definisjon av begreper og innhold sett i lys av framtidig behov i Helse Nord spesielt og ved mindre avdelinger med akutt kirurgisk aktivitet generelt.**

Helse Nord RHF nedsatte 5.7.2016 to utvalg for å utrede løsninger for framtidig akuttkirurgisk beredskap ved NLSH Lofoten og UNN Narvik. I dette oppdraget lå det at det skulle utredes et tilbud på nivå med dagens og et tilbud som «(...)minimum har vurderings- og stabiliseringskompetanse og kompetanse til å håndtere komplikasjoner etter egen planlagt kirurgi». Bakgrunnen for utredningen ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan sin definisjon av akuttsykehus, hvor det m.a. fremgår at akuttsykehus skal ha beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, samt håndtering av akutte hendelser.

Det foreligger ingen nærmere spesifisering hva dette innebærer, men det er presisert at man skal legge til grunn at i akutte situasjoner skal man utnytte ressurser i helseforetaket som helhet. Dette betyr at en i så henseende også må ta med i vurderingen den samlede fagkompetansen i så vel det «lokale» helseforetaket som det regionale og hvordan denne kan brukes i akutte situasjoner for å styrke avgjørelsene lokalt. Det er i den sammenheng pekt på at det må etableres en hensiktsmessig oppgavefordeling, samt et tett samarbeid, faglig og organisatorisk mellom sykehusene. Begrepene må videre sees i lys av de endringer som har funnet sted i spesialiststrukturene og som vil videreføres i nær fremtid.

Med dette som bakgrunn ble det nedsatt en arbeidsgruppe som fikk følgende mandat:

- Arbeidsgruppen skal definere begrepene vurderingskompetanse og stabiliseringskompetanse i lys av gitt bakgrunnsinformasjon.

Arbeidsgruppens sammensetning:

- Tidligere avdelingsoverlege, professor emeritus August Bakke, Helse Bergen HF (leder)
- Dr. med. Anders Walløe, tidligere avdelingsoverlege og leder i Norsk Ortopedisk Forening, Bergen.
- Avdelingsoverlege Gunnleiv Birkeland, Kirurgisk avdeling Helgelandssykehuset, Mosjøen.
- Klinikkooverlege, PhD, Torunn K. Nestvold, Kirurgisk ortopedisk klinikk, Nordlandssykehuset HF.
- Overlege/professor Øivind Irtun, Gastrokirurgisk avdeling, UNN Tromsø.

Arbeidsgruppen har hatt ett kombinert video- og telefonmøte. Ut over dette har man samarbeidet via e-mail. Det er foretatt et begrenset litteratursøk med relasjon til mandatet. I vurderingen har man tatt med de nye reglene for spesialisering i kirurgi, Nasjonal helse- og sykehusplan samt tilgrensede dokumenter. Fra andre land har man spesielt sett på dokumenter knyttet til kirurgivirksomheten i Scotland og deres håndtering av tilsvarende problematikk. Det fremheves policydokumentet fra mars 2016: «Standards informing delivery of care in rural surgery».

Overordnet er det lite dokumentasjon på hva begrepene vurderings- og stabiliseringskompetanse innebærer. Det nærmeste man har kommet en generell definisjon av vurderingskompetanse er muligens den som Høyskolen i Vestfold har gitt for sitt masterstudium i geriatrik vurderingskompetanse. De definerer at vurderingskompetanse generelt omfatter observasjon, kartlegging og analyse av pasientsituasjoner for å definere

behov for helsehjelp, iverksetting og koordinering av nødvendige tiltak basert på en kunnskapsbasert praksis.

Ordet «stabilisering» brukes i ulike sammenhenger og oppfattes muligens som selvforklarende. Søker man imidlertid på det i relasjon til medisin får man frem ulike aspekter alt fra stabilisering etter psykiske traumer til skadestedsarbeid ved alvorlige somatiske hendelser. Wikipedia omtaler det med følgende: “Stabilization is a process to help prevent shock in sick or injured people”. I denne sammenheng er det knyttet mot intensiv eller akutt medisin. I dette dokumentets mandat ligger vel dette nærmest.

Sentralt i de to nevnte begrepene er kompetansebegrepet. I henhold til definisjoner.no/kompetanse defineres kompetanse som individets evne til å utføre en oppgave på riktig måte. Kompetanse kan sees på som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og oppførsel brukt til å forbedre ytelse, eller evne til å utføre en gitt rolle. Dette kan igjen deles i faglig kompetanse som utvikles gjennom utdanning og erfaring (realkompetanse), og personlig kompetanse som uttrykkes gjennom den måten kunnskaper og ferdigheter brukes på.

Vurderings- og stabiliseringskompetanse bygger således på ett sett med kunnskap og erfaringer som man har ervervet seg og som man bruker i en aktuell situasjon. Innenfor kirurgi- og traumebehandling kan slike aktuelle situasjoner strekke seg fra tilnærmet dagligdagse oppgaver til livskritiske situasjoner. Dette er imidlertid ikke noe man nødvendigvis skal stå alene om. Begrepene har en høyst personlig komponent, men også en systemkomponent knyttet mot det organisatoriske system man er i.

Det må være grunnleggende at innbyggerne får tilnærmet den samme kirurgiske standard og omsorg uavhengig av hvor de bor. Det innebærer at en kirurgisk avdeling som skal utøve akutt kirurgi på døgn og årsbasis, må ha en god nok bemanning og struktur i den samme tiden. Det oppnår man ved å ha en team- og beslutningsstruktur som kan ta de rette avgjørelser med henblikk på enten å behandle pasienten der og da eller å overføre pasienten til et annet sykehus samme hvor tid på døgnet en hendelse inntreffer. En slik lokal beslutningsstruktur må innebære flere faktorer som: kirurgisk og anesthesiologisk utdannet personale med tilstrekkelig erfaring, tilgjengelige enheter for avansert overvåking, laboratorie-støtte og nødvendig lokal og tele-radiologisk kompetanse. Ut over dette må man ha et system for god kommunikasjon og støtte fra større sentrale sykehus. Desto lenger man er fra et annet større sykehus og desto vanskeligere transportforholdene mellom disse er, desto større kompetanse kreves det på det mindre akutte sykehuset.

Graden av den samlede kompetanse og den enkeltes spesialkompetanse det til enhver tide er ved sykehuset er avgjørende for hvilke oppgaver sykehuset kan ta på seg i den elektive virksomheten. Mulige alvorlige komplikasjoner til et kirurgisk inngrep og evnen til å takle disse uten å sende pasientene fra seg, må være styrende for hvilke operasjoner og prosedyrer sykehuset skal utføre. Pasientens trygghet er et absolutt krav. I dette ligger også at henvisninger til elektiv virksomhet skal kunne vurderes av kompetent helsepersonell fortrinnsvis med spesialistutdannelse i fagfeltet og i henhold til prioriteringsretningslinjene.

For traumer og akutte hendelser må den samlede kompetanse **24-7-365** være kjent både innenfor og utenfor sykehuset om man skal håndtere akutte hendelser. Dette gjelder ikke minst for de prehospitaltjenester i deres vurdering om å transportere pasienten til eller forbi sykehuset. I dette kunnskapsgrunnlaget ligger også kjennskapet til kommunikasjon mellom sykehusene i så vel HF-et som i RHF-et.

Operasjonelt betyr dette at skal man være et akutt sykehus, må de pasientene som legges inn der møte et sett personell som kan ivareta alvorlig syke og tilskadekomne i en akutfase slik at risiko for død og alvorlig funksjonstap minimaliseres. Stabilisering av disse pasientene betyr frie luftveier evt respirasjonsstøtte, stoppe blødninger, optimalisere blodsirkulasjonen, stabilisere brudd, hindre ytterligere skjelettskader og gi nødvendig smertelindring. Formålet er å gjøre pasienten i stand til ytterligere behandling lokalt eller transport til annet sykehus. I vurderingen av hvor dette skal skje trenger man et erfarent vaktteam som ved hjelp av sykehusets infrastruktur, kan gjøre de nødvendige diagnostiske prosedyrer (blodprøver, røntgen, ultralyd mv.). Ut fra disse og egen erfaring skal man gjøre en rask og objektiv vurdering av pasientens tilstand og enten foreta behandling eller transportere pasienten videre.

Et spesielt forhold relatert til kompetanse er knyttet mot spesialistutdannelsen i de kirurgiske fag i Norge. Ortopedi ble egen hovedspesialitet fra 1997. Innføring av ortopedisk kirurgi som egen spesialitet medførte behov for nye organisatoriske enheter med egen vaktordning for ortopeder ved sykehusene<sup>1</sup>. I praksis har kun et fåtall ortopeder fått utdanning i generell kirurgi og vise versa «bløtdelskirurger» i ortopedi etter 2000. Det betyr at en stor og økende andel av ortopeder ikke har kvalifikasjoner til å gå i bløtdelskirurgiske vakter. På den andre siden har generell kirurger heller ingen krav om ortopedisk kompetanse og disse er derfor formelt og utdannelsesmessig ikke kompetente til å vurdere og behandle ortopediske tilstander. Ortopedisk behandling må gis av ortopeder og ikke av kirurger som mangler ortopedisk skolerung (se pkt. 10.8.6 i Helsedirektoratets utredning). For å oppnå vurderingskompetanse er det fremmet forslag om at ortopeder i sin utdanning skal ha bløtkirurgiske tjeneste i 1 år («common trunk») – se 10.9.6 (Helsedirektoratets utredning). Dette er så langt ikke tatt videre, og er for øvrig etter gruppens mening ikke tilstrekkelig for å oppnå en slik kompetanse..

Konsekvensen av dette er at dersom man så vel innenfor elektiv som akutt virksomhet, skal være et fullverdig akutt sykehus, må man minst ha to parallelle team – et team innen bløtdelskirurgi og et innen ortopedi. Har man ikke det, så må pasientstrømmene gå utenom dette sykehuset om fagkompetansen ikke er til stede. Sykehusene kan kompensere for og bedre sin situasjon på deler av døgnet (dagtid) med å bygge ut et attraktivt spesialistmiljø uten døgkontinuerlig vakt for eksterne pasienter.

Krav til kvalitet kan man ikke gå på kompromisser på. Det er helseforetaket evt. det regionale helseforetaket som har det overordnede system- og fagansvaret for å tilse at tjenesten tilfredsstillende disse krav.

Følgende kravspesifikasjoner ansees nødvendige for å ha et kompetent akutt sykehus:

#### Sykehusets organisering:

- Døgnbasert vaktteam bestående av spesialister i en av de kirurgiske spesialiteter, anesthesiolog, akuttmottak med erfarne sykepleiere, bioingeniører eller tilsvarende, samt radiografer.
  - Med spesialister i kirurgi menes både innen bløtdelskirurgi og ortopedi.
  - Det er sykehuset som har ansvaret for at personalet som ansettes, permanent eller på vikarbasis, tilfredsstillende kompetansekravene.
- Oppdatere regelmessig utstyr av ulike karakterer

---

<sup>1</sup> Helsedirektoratets utredning: Fremtidens legespesialister (IS-2079-3) – pkt 6.3.6 (s 54)

- Røntgen med CT og evt ultralyd med 24 timers teleradiologi (mot regionalt nivå)
- Videofasiliteter mot større enheter.
  - Bindende avtaler om døgnbasert bistand mellom større og mindre sykehus.
- Sørge for at faglig oppdatering av personalet herunder:
  - Arrangere regelmessig kursing innen akuttmedisin som BEST.
  - Regelmessige MDT-møter, komplikasjonsmøter etc. sammen med større enheter.
  - Utvekslingsavtaler av personale mellom sykehusene (både til og fra akuttsykehuset).

#### Kirurger og anestesileger:

- Kirurger skal være spesialist i en kirurgisk disiplin (tidligere kirurgisk grenspesialitet)
  - Et hvert vaktteam skal ha minst en kirurg med følgende kvalifikasjoner:
    - Minimum 2 års generell kirurgi tilsvarende «common trunk».
    - ATLS kurs eller tilsvarende. Dette må oppdateres ved gitte intervaller
    - Delta regelmessig i BEST kursing.
- Tilsvarende krav til ortopeder om de skal delta i akutt team
  - Ortoped må være tilgjengelig på døgnbasis for vurdering om sykehuset skal ha ØH-funksjon innen ortopedi.
- Anestesiologer skal være spesialister eller nær-spesialister
  - Et hvert vaktteam skal ha minst en slik anestesilog. I tillegg til fagutdannelse kreves det:
    - ATLS eller tilsvarende. Dette må oppdateres ved gitte intervaller
    - Delta regelmessig i BEST kursing.
- Delta i regionale MDT møter og komplikasjonsmøter.
- Ha regelmessig opphold ved større enheter (sentralsykehus, universitetssykehus).
- Gis mulighet for å være på nasjonale og internasjonale møter.

#### Øvrige personale:

- Fagspesifikk utdannelse
- Regelmessig trening i teamarbeid f.eks. BEST
- Gis mulighet for videre- og etterutdannelse. Utvekslingsordninger

Komiteen takker for oppdraget og håper det kan være avklarende for hvilke kravspesifikasjoner som skal settes til det utøvende helsepersonellet og sykehusets system og organisering.

Bergen, Mosjøen, Bodø, Tromsø, 31.12.2016

August Bakke (s) - Anders Walløe - Gunnleiv Birkeland - Torunn K. Nestvold - Øivind Irtun