



Utviklingsprosjekt: Kompetanseplan akuttmedisin Klinikk Kirkenes

**Nasjonalt topplederprogram
Kull 14**

**Geir Braathu
Avdelingsleder Akuttavdelingen**

Kirkenes april 2013

Bakgrunn og organisatorisk forankring:

En regional arbeidsgruppe i Helse-Nord foreslo nivådeling og differensiering av behandling av de alvorligst akutt syke pasientene, noe som ble fulgt opp med et styrevedtak 23. september 2008. I rapporten/vedtaket (**vedlegg 1**) ble intensivavdelingene i regionen delt opp i tre nivå etter flg kriterier:

Nivå 1:

Intermediærenhet: Behandler pasienter som trenger ekstra behandlings- og pleieressurser samt monitoreringsutstyr/overvåking.

Lokalsykehusene med intermediærenhet (nivå 1) må etter planen opprettholde kapasitet og kompetanse for å kunne legge en pasient på respirator, stabilisere og overføre til høyere nivå.

Nivå 2:

Intensivenhet ved lokalsykehus som skal kunne behandle pasienter med begrenset organsvikt (respirasjon/sirkulasjon) over et gitt tidsrom på respirator samt kunne avvenne pasienter fra respirator.

Nivå 3:

Intensivenhet: Behandler pasienter som er akutt, kritisk syke, som ofte er ustabile og med svikt i flere organsystemer

I henhold til denne planen, skulle Klinikk Kirkenes behandle pasienter på nivå 1. Erfaringene viser imidlertid at avstander, værforhold og intensivkapasitet på avdelinger på høyere nivå gjør dette vanskelig i praksis.

Tall fra Norsk Intensivregister (vedlegg 2) viser at både for 2009 og 2010 hadde Klinikk Kirkenes en omfattende behandling av pasienter på nivå 2. Både hensynet til pasientsikkerhet og økonomi tilsier at klinikken må tilføres faglige ressurser for bedre å kunne håndtere denne utfordringen.

Adm. direktør Helse Finnmark HF og klinikkssjef Klinikk Kirkenes har bedt meg gjennom dette prosjektet skissere løsninger på denne utfordringen.

Problemstilling og målsetting:

Erfaringen de siste årene tilsier at det ikke er enkelt å overføre pasienter med de avstander og værforhold som det er i Finnmark. Dermed blir pasientene, som skulle overføres til et høyere omsorgsnivå, liggende og blir behandlet videre på Klinikk Kirkenes. Da kommer Klinikk Kirkenes på nivå 2 ift regional plan.

I perioder med lavt pasientbelegg, må jevnlig praksis kompenseres med øvelser og sertifiseringer for å sikre en forsvarlig behandling. I tillegg må vi kompensere for de funksjoner klinikken ikke har i dag. Vi har ikke barnelege, komplett 24/7 dekning av ecco-tilgang (3 av 5 har kompetanse til komplett, resten har for enkel diagnostisering) og hemodynamisk monitorering (PiCCO, Continuous pulse contour cardiac analysis, mangler apparatet, har kompetanse).

Planen er derfor å lage et kompetanseplan/årshjul for ansatte ved Klinikk Kirkenes slik at de tilfredsstiller kravene for traume- og intensivbehandling. Dette kompetansehjulet har til hensikt å tette de "huller" som finnes ift behovet ved behandling av disse pasientgruppene.

Effekt mål:

Klinikk Kirkenes skal ha kompetanse til å behandle traume- og intensivpasienter i tråd med de faglige utfordringer vi erfaringsmessig møter.

Resultatmål:

1. Lage planer for kompetanseheving. Kompetanseplan/årshjul.
2. Vurdere kostnader og effekt av økt tidsforbruk på kompetanseheving. Lavere DRG, innkjøp utstyr og evt hospitering.
3. Iverksette kompetanseplanen i løpet av 2.halvår 2013.

Analyse og argumentasjon rundt problemstillingen

Klinikk Kirkenes har et mindre befolkningsområde enn Hammerfest, men antallet intensivpasienter per år er likevel høyere ved Klinikk Kirkenes. Arbeidstydningen på Hammerfest er imidlertid større per pasient enn i Kirkenes, målt ved høyere NEMS (**vedlegg 2**)(Nine Equivalents og Nursing management use Score). Disse tallene tyder på at bruken av avdelingene ved de to sykehusene ikke er ensartet – det virker på den ene side som om det på Klinikk Kirkenes tas inn flere ”lette” pasienter enn hva gjøres på samme avdeling i Hammerfest, men at det på den andre side er flere som trenger intensivbehandling i Kirkenes.

Siden det i registerdata ikke skilles mellom CPAP(ContinuousPositiveAirwayPressure) og bruk av respirator, og både NEMS og antallet liggedøgn er høyere i Hammerfest, kan dette i første omgang tyde i retning av at nivå-inndelingen i Finnmark praktiseres etter intensjonene med Hammerfest som nivå II og Kirkenes som nivå I. Dette kan imidlertid ikke helt sikkert slås fast ut i fra de foreliggende data.

I høringsvarene på Handlingsplanen for Helse Nord er det fra Finnmark anført, fra så vel Finnmark Legeforening som fra Helse Finnmark, ønsket om at også Klinikk Kirkenes burde kunne ta hånd om respiratorpasienter opp til minst fem dagers behandling. Ved manuell opptelling av registreringene fra Kirkenes viser det seg at i 2009 var det syv mens i 2010 var det ti pasienter som lå lengre med respirasjonsstøtte enn fem dager. Totalt antall pasienter med respirasjonsstøtte i 2009 var 75 og i 2010 var det 77. Dette betyr at respiratorpasientene på Kirkenes i all vesentlighet (85-90 %) har korte behandlingsperioder enn fem dager på respirator. Kun 5 % av Kirkenes-pasientene ligger lenger enn 14 dager med respirasjonsstøtte.

I Helse Nord's handlingsplan(**vedlegg 3**) er det skrevet mye om volum og kvalitet. Det er blant annet lagt ved en graf som skriver seg fra artikkelen ”Hospital Volume and the Outcomes of Mechanical Ventilation”, N Engl J Med 2006; 355:41-50(**vedlegg 4**). I denne artikkelen konkluderes det med at respirasjonsstøtte av pasienter i sykehus med høyt volum har en bedre prognose enn på sykehus med lave volum. På bakgrunn av dette utarbeidet Helse Nord en plan med nivådeling i de 4 HF.

Imidlertid ligger begge Finnmarksykehusene godt over grensen som Helse Nord har beskrevet i sin rapport (”Handlingsplan for intensivmedisin”, 31.01.08), der de uttaler at ”sykehus som har mindre enn 150 respiratordøgn i året, bør overføre pasientene til et annet nivå.”

Det er vanskelig å hente tall for hendelser der ikke fly/helikopter kan benyttes pga vær, kapasitet på andre sykehus og risiko ved å forflytte pasienten. Det er ikke en samordnet datainnhenting på dette. Anslagsvis 1-2 pasienter per måned vil ikke bli overflyttet, med en overvekt i vintermånedene. Imidlertid har vi nok erfaringer fra naturgitte transportutfordringer til å kunne se betydningen av at Klinikk Kirkenes må kunne gi intensivbehandling utover nivå 1.

Samtidig vil opprettholdelse av intensivbehandling på dagens nivå fortsatt gi mulighet for utdanning og stabilisering av leger ved Klinikk Kirkenes.

Fremdriftsplan med milepæler (vedlegg 5)

Kompetanseplan: Planen vil bli utarbeidet i løpet av studietiden på NTP.

Innkjøp utstyr(PiCCO): Vurderes nå i forbindelse med innkjøp på årets investeringsplan. Må endre prioritering og få faglig støtte for dette blant medisinerne og anestesileger. Type utstyr og kostnad jobbes det nå med.

Gjennomføring av planen: Allerede nå, ved å sette et fokus på disse utfordringene, merkes vilje og engasjement til å gjennomføre.

Budsjett for prosjektet

Kostnader for utarbeiding av prosjektet er gjort gjennom mitt arbeid i NTP. Det har derfor ikke gitt ekstra kostnad.

Kostnader til gjennomføringen av kompetanseplanen består i hovedsak av redusert drift på enkelte dager. Dette kan kompenseres ved å flytte og øke drift andre dager. Inneleie av foreleser dekkes innenfor rammen av kurs.

Risikoanalyse

Risikoanalyse ligger vedlagt i vedlegg 6.

Konklusjon og anbefaling

Vær, intensiv kapasitet på andre sykehus og risiko ved å forflytte pasienten gjør at et vesentlig antall pasienter må behandles på Klinikk Kirkenes utover nivå 1. Det er derfor viktig for Klinikk Kirkenes å få iverksatt en konkret plan for kompetanse. Dokumentert plan for kompetanseutvikling er et viktig signal til alle avdelinger i klinikken og befolkningen om at Klinikk Kirkenes jobber etter metoder som gir forsvarlig drift.

Det anbefales derfor å gjennomføre denne planen inkludert innkjøp av nytt utstyr.

Vedlegg:

Vedlegg 1 Rapport Helse Nord mai 2012

Vedlegg 2 Tall norsk intensivregister

Vedlegg 3 Utredning om ny spesialitet i akuttmedisin endelig rapport

Vedlegg 4 NEJMsa053993

Vedlegg 5 Milepæl-aktivitetsplan prosjekt Kompetanseplan

Vedlegg 6 Risikoanalyse Kompetanseplan

Vedlegg 7 Kommunikasjonsplan Kompetanseplan