

Anestesiberedskap ved lokalsjukehus

Nasjonale og lokale perspektiv

Notat utarbeidet for prosjekt «Framtidas lokalsjukehus»

14. februar 2013

Innholdsfortegnelse

1. BAKGRUNN	1
2. ANESTESIBEREDSKAP – I DET NASJONALE PERSPEKTIVET.....	2
2.1 KRAV OM ANESTESIBEREDSKAP	2
2.2 ANESTESIFAGET	2
2.3 ANESTESIPERSONELLETS OPPGAVER VED ANDRE SYKEHUS.....	3
3. ANESTESIBEREDSKAP VED NORDFIORD SJUKEHUS	6
3.1 KRAVET OM ANESTESIBEREDSKAP - BEREDSKAPSFUNKSJONEN	6
3.2 OPPGAVER FOR ANESTESILEGE.....	6
3.3 OPPGAVER FOR ANESTESISYKEPLEIER	7
3.4 INNSPILL FRA ARBEIDSGRUPPE SKADEPOLIKLINIKK.....	7
4. OPPSUMMERING OG KOMMENTARER.....	8
5. VEDLEGG.....	9
5.1 MANDAT: ANESTESIBEREDSKAP VED LOKALSJUKEHUS.....	9
5.2 NOTAT OM ANESTESIBEREDSKAP FRA HELSE FØRDE	11
5.3 KOMMENTARER FRA SYKEHUSENE	13

1. Bakgrunn

Mandatet for «Anestesiberedskap ved lokalsjukehus» er i sin helhet vedlagt dette notat og utgjør grunnlaget for dette innspill fra prosjektsekretariatet.

I styringsgruppemøtet for utviklingsprosjektet «Framtidas lokalsjukehus» den 25. april 2012 ble de temaene som prosjektet skal svare ut, gjennomgått og vedtatt i *Sak 17/12 Status arbeidsgrupper og oversikt over tema/arbeidsformer*. Et av temaene var «Bruk av anestesiresurs/lege». Her ble det spesifisert at tanken er å se på hvilke oppgaver anestesiresurser kan skjøtte og hvorledes ressursene best kan brukes for å styrke lokalsjukehusa.

Helse Førde HF gav 30. august 2012 i vedlegg til *styresak 056/2012 A Rammer for vidare utvikling av desentrale helsetenester ved NSH* en redegjørelse for hvorledes anestesiberedskapen skal ivaretas i sjukehuset når det ikke lenger er operativ beredskap (se kapittel 1.2).

I dette arbeidet med å se på tjenestetilbudet innen anestesi ved lokalsjukehuset, er formålet å klargjøre hvorledes anestesiresursene kan organiseres for å sikre en kvalitativ og kostnadseffektiv støttetjeneste som samhandler godt med de øvrige tjenesteområdene. Arbeidet vil munne ut i en kortfattet rapport som gir en vurdering av alternative modeller for hvorledes anestesiresursen kan benyttes.

Rapporten vil vise:

- Ved hvilke funksjoner ved lokalsjukehuset er anestesikompetanse nødvendig
- Ved hvilke funksjoner ved lokalsjukehuset vil/kan det være ønskelig med anestesikompetanse
- Hvorledes anestesiresursen ved lokalsjukehuset kan benyttes best mulig

Diskusjonen vil bli sett i forhold til:

- Effektiv ressursutnyttelse (økonomi), inkludert spørsmålet om utnyttelse av en knapphetsfaktor i sjukehusa
- Faglig kvalitet og kompetanseutvikling
- Personell (hvordan benytte personell slik at en bidrar til stabil arbeidskraft)
- Pasientopplevd kvalitet – god pasientbehandling

2. Anestesiberedskap – i det nasjonale perspektivet

2.1 Krav om anestesiberedskap

Ved behandling av Nasjonal helse- og omsorgsplan la helse- og omsorgskomiteen Innst. 422 S (2010-2011) til grunn at lokalsjukehusa må ha en tydelig plass i behandlingsskjeden, der de bidrar til god og helhetlig behandling. Videre ble det lagt til grunn at lokalsjukehusa skal ha breddekompetanse for å sikre rekruttering og kvalitet i tilbudene.

I innstillingen ble det vist til forslag i Nasjonal helse- og omsorgsplan vedrørende minstekrav til sjukehus med akuttfunksjoner: *”Lokalsjukehus med akuttfunksjon må som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap, samt kompetanse til å utføre enklere kirurgiske prosedyrer på døgnbasis.”* Disse prosedyrene må ikke nødvendigvis utføres av spesialister i kirurgi eller ortopedi. Det er derfor ikke stilt krav om at lokalsjukehus skal ha kirurgisk vaktberedskap på døgnbasis. Spørsmålet om dagkirurgi har utviklingsprosjektet omtalt i eget notat i sak 06/13: «Dagkirurgi ved lokalsjukehus – Nasjonale og lokale perspektiv».

Flertallet i komiteen la videre til grunn at lokalsjukehus med akuttfunksjoner skal videreføres med anestesiberedskap der dette er etablert i dag.

Stortinget vedtok 14. juni 2011 innstilling om Nasjonal helse- og omsorgsplan. Utformingen av tilbudet ved Nordfjord sjukehus skal med bakgrunn i denne ivareta Stortinget sine føringer når det gjelder anestesiberedskap.

Utviklingsprosjektet tar utgangspunkt i at føringen fra Stortinget innebærer anestesiberedskap med anestesilege knyttet til akuttfunksjonen; et utgangspunkt som også prosjektets referansegruppe ga sin tilslutning til i sitt møte den 17. september 2012.

Den fremgår videre i kap 6.2 i Nasjonal helse- og omsorgsplan under overskriften «Utdanning og kompetanse tilpasset lokalsjukehusenes behov» at Helsedirektoratet vil få i oppdrag å etablere et forsøk med videreutdanning (kompetanseområde) i akuttmedisin for leger og sykepleiere, tilpasset behovene ved mindre lokalsjukehus. Forsøket skal blant annet vurdere hvordan sykepleiere med videreutdanning i anestesi, kan utnytte og videreutvikle sin kompetanse for å styrke akuttberedskapen på lokalsjukehuset.

2.2 Anestesifaget

Anestesifaget har utviklet seg fra å være kirurgens hjelpere under operasjoner til å bli et selvstendig medisinsk fag som består av fire søyler:

- Anestesi - bedøvelse under operasjon
- Akuttmedisin - håndtere respirasjons- og sirkulasjonsproblemer, sikre den akuttmedisinske behandlingsskjeden
- Intensivmedisin - overvåkning av pasienter med svikt i to eller flere organsystemer
- Smertebehandling - lindre kroniske smertetilstander

Kjernen i faget er å holde pasienten i live slik at hun kan gis adekvat behandling, samtidig som pasienten ikke utsettes for unødig smerte. Faget er ungt, og det første professoratet i anesthesiologi ble opprettet ved det medisinske fakultet i Oslo i 1973.

Ulike sykehus velger ulike måter å organisere anestesiarbeidet på avhengig av blant annet sykehusets størrelse og lokale forhold. En vanlig modell er at anestesifagets fire søyler utgjør organisatoriske enheter innenfor en akuttklinikk.

Den første søylen, anestesi, er den opprinnelige søylen innenfor faget og ivaretas i dag ved anestesipersonellets ansvar for bedøvelse av pasienten og opprettholdelse av vitale funksjoner under operasjoner uavhengig av om disse gjennomføres i generell eller regional anestesi.

Den andre søylen, akuttmedisin, er grunnlaget for at anestesileger ofte har et faglig ansvar for de prehospitaltjenester. Anestesileger utgjør legeressursen ved de luftambulansetjenester vi har i Norge.

Den tredje søylen, intensivmedisin, er grunnlaget for at en stor del av landets intensivavdelinger i dag er organisert som en enhet i anesthesiavdelingen eller en akuttklinikk.

Den fjerde søylen, smertebehandling, er den yngste søylen innenfor faget. Anestesipersonellets erfaring med å hindre smerte under operasjoner er overført til arbeidet med å lindre kroniske smertetilstander. Selv om moderne smertebehandling krever en tverrfaglig tilnærming, er smerteenhetene ved de fleste norske sykehus drevet frem av og ledet av anestesileger.

2.3 Anestesipersonellets oppgaver ved andre sykehus

En tidligere delutredning i dette utviklingsprosjektet, «Løysingar andre stader» (styringsgruppesak 23/12), har beskrevet aktiviteten ved 9 andre lokalsykehus samt Hallingdal sjukestugu og Alta sjukestue. Her er også vaktordningene for anestesiberedskapen beskrevet. De aktuelle lokalsykehusene er:

- Odda sjukehus
- Røros sykehus
- Helgelandssykehuset Mosjøen
- Lofoten lokalsykehus
- Notodden sykehus
- Rjukan sykehus
- Kongsberg sykehus
- Tynset sykehus
- Larvik sykehus

For de samme sykehusene er det nå kartlagt hvilke oppgaver anestesileger og anesthesisykepleiere ivaretar. Kartleggingen har tatt utgangspunkt i anestesifagets fire søyler og er således beskrevet i forhold til følgende hovedområder:

- Tradisjonell anestesi
- Intensivmedisin
- Prehospital medisin
- Smertebehandling
- Annet

Kartleggingen er gjennomført ved utfylling av nedenstående skjema samt telefonintervju med alle sykehusene. Resultatene av kartleggingen framgår av tabell 1 nedenfor der tallene gir uttrykk for hvor mange av de 9 sykehusene der anestesileger og anesthesisykepleiere utfører

de aktuelle oppgavene. De oppgaver som flertallet (fra 7 til 9) av sykehusene har oppgitt at de utfører, er markert i gult.

Tallene må sees i lys av at ikke alle begrep er entydig definert. I vedlegg følger utfyllende kommentarer fra enkelte av sykehusene.

	An. lege	An. spl.
Tradisjonell anestesi		
Ved kirurgiske inngrep- innlagte	8	9
Ved kirurgiske inngrep - dagpasienter	8	9
Ved eksempelvis reposisjon av luksasjoner hos skadepasienter	8	8
Ved ECT	3	3
Ved røntgenundersøkelser (i narkose)	5	8
Ved tannbehandling (i narkose)	5	5
Bistand ved preoperative vurderinger	9	2
Intensivmedisin		
Bistand akuttmottak	8	8
Bistand overvåkning, intensiv, postoperativ	7	8
Bistand til sengeposten; eksempelvis veneffloninnsetting	5	8
Bistand i hjertestansteamet	7	8
Prehospitalt		
Bistand ved ambulanseutrykning	2	8
Bistand i katastrofeteamet ved katastrofealarm	6	8
Smertebehandling		
Bistand postoperativ smertelindring innlagte	7	3
Bistand ved kreftsmarter innlagte	5	
Bistand på smertepoliklinikk, kreftsmarter	3	
Bistand på smertepoliklinikk, kroniske smerter	2	
Annet		
Bistand ved opplæring i akuttmedisin	6	5
Bistand ved sedering under polikliniske endoskopiske undersøkelser		2

Tabell 1: Anestesipersonellets oppgaver ved andre sykehus. Kartlegging gjennomført av Deloitte oktober 2012.

Som tabellen viser er det noen oppgaver som i hovedsak gjennomføres av anestesisykepleieren og andre som i hovedsak gjennomføres av anestesilegen.

Tradisjonell anestesi

Som det framgår av tabellen, svarer samtlige sjukehus at de utfører anestesi ved kirurgiske inngrep både på innlagte og dagkirurgiske pasienter. Dette fremstår som hovedoppgaven til anestesipersonell i samtlige sykehus i tillegg til beredskapsfunksjonen.

Narkose ved eksempelvis reposisjon av luksasjoner hos skadepasienter¹ blir utført ved alle sykehus, med unntak av ett.

Narkose ved ECT (elektrokonvulsiv terapi) og tannbehandling utføres både av anestesisykepleier og anestesilege ved henholdsvis 3 og 5 av de 9 sykehus.

Røntgenundersøkelser (i narkose) utføres i praksis av anestesisykepleiere ved samtlige sykehus, med unntak av ett.

Kartleggingen viser at anestesilegen gjør preoperative vurderinger ved samtlige sykehus og at anestesisykepleierne i mindre grad er involvert i dette.

Intensivmedisin

På de fleste lokalsykehusene bidrar både anestesilegen og anestesisykepleieren ved behov ved akuttmottaket, overvåkingen, intensiv og postoperativ avdeling.

Når det gjelder bistand til sengeposten, for eksempel ved venefloninnsetting², så gjøres dette primært av anestesisykepleierne.

Prehospitalt

Anestesilegene bistår i mindre grad enn anestesisykepleiere utenfor sykehus ved ambulanseutrykning eller ved bistand til katastrofeteamet ved katastrofealarm.

Smertebehandling

Anestesisykepleierne bistår i liten grad i smertebehandlingen.

I de fleste sykehusene bidrar anestesilegene til smertelindring for innlagte postoperative pasienter og kreftpasienter.

Annet

I de fleste sykehusene bidrar anestesilegene og anestesisykepleierne med opplæring i akuttmedisin. Eksempel på andre oppgaver som nevnes for anestesipersonellet, er bistand ved sedering under polikliniske endoskopiske undersøkelser.

¹ Lukasjoner betyr at noe er ute av ledd hos skadepasienter

² Venekanyle; kanyle for å sette medisiner og væske direkte inn i blodet

3. Anestesiberedskap ved Nordfjord sjukehus

3.1 Kravet om anestesiberedskap - beredskapsfunksjonen

Helse Førde HF gav 30. august 2012 i styresak 056/2012 A Rammer for vidare utvikling av desentrale helsetenester ved NSH en omtale av mye av tjenestetilbudet som vil komme ved Nordfjord sjukehus. I vedlegg til saken blir det i «Notat om anestesiberedskap» (se vedlegg) omtalt hvorledes en skal ta hånd om anestesiberedskaperen etter at operasjonsberedskaperen relatert til føde/ barsel blir lagt ned 1. oktober 2012:

Anestesilegen ved NSH skal oppfylle kravet til «anestesiberedskap,» ved at det er anestesilege og medhjelpar i kontinuerleg vakt. Medhjelparen må vere spesialsjukepleiar i intensivmedisin eller anestesi, og hjelpefunksjonen er tenkt døgnkontinuerleg dekkja i basisbemanninga ved medisinsk seksjon NSH.

Dette innebærer en ny organisering av beredskapsfunksjonen tilpasset sjukehus uten operativ beredskap. Basert på en gjennomført kompetansekartlegging, har Helse Førde også utarbeidet et eget kompetanseprogram for denne spesialsykepleierrollen. Helse Førde har dessuten gjennomført en ROS-analyse i forhold til den nye beredskapssituasjonen og foreslått mulige avbøtende tiltak i forhold til risikoelementene.

Ordførerne i Nordfjordkommunene sendte den 27/8-12 et brev til statsråden der de stiller spørsmålstegn ved om Helse Førdes tilnærming er i tråd med nasjonale føringer. I svarbrevet fra statsråden den 3/10-12 bekreftes det at Helse Førdes organisering tilfredsstiller de nasjonale føringene for ivaretagelse av den indremedisinske akuttberedskaperen.

Korrespondanse omtaler imidlertid kun bruk av anestesiresurser knyttet til den indremedisinske akuttberedskaperen og legger ingen føringer for bruk av anestesiresursene til andre formål. De neste kapitler drøfter derfor mulige andre oppgaver for anestesipersonellet utover den rene indremedisinske beredskapsfunksjonen.

3.2 Oppgaver for anestesilege

Det vil av flere grunner, deriblant rekrutteringsmessige, økonomiske og omdømmemessige, være ønskelig å finne flere meningsfulle oppgaver til anestesilegen enn utelukkende å skulle ivareta en beredskapsfunksjon og de oppgaver som er direkte knyttet til denne funksjonen.

Som det fremgår av kartleggingen fra sammenlignbare sykehus, er det flere oppgaver som her kan være aktuelle.

Preoperative vurderinger

Virksomheten ved Nordfjord sjukehus skal drives tett integrert med resten av virksomheten i Helse Førde og etter de samme standarder og rutiner. Det betyr at anestesilegen ved Nordfjord sjukehus vil kunne ta hånd om de preoperative vurderingene av pasienter fra Nordfjord som skal opereres i Førde. Det vil innebære at disse pasientene ikke bare kan slippe å reise til Førde for preoperative vurderinger, men også kunne innlegges ved Førde sentralsjukehus samme dag som de skal opereres.

Smertebehandling

Etablering av et smertetilbud for Nordfjordbefolkningen, evt for hele opptaksområdet til Helse Førde, kan vurderes. Arbeidet må i så fall planlegges i nært samarbeid med de initiativ som allerede er etablert på smertebehandlingsområdet i foretaket. Anestesileger har tradisjonelt hatt hovedfokus på de delene av smertebehandlingen som omfatter diagnostikk og behandling og i noe mindre grad på den eventuelle neste fase der pasienten må hjelpes til å leve med sin smertetilstand.

Erfaringen viser at stabil drift av smerteklinikker krever anestesileger som er genuint interessert i smertebehandling og som har erfaring med slikt arbeid. I og med at smertebehandling er den yngste søylen i anestesifaget, er det i dag ikke alle anestesileger som har denne kompetansen. Helse Førde planlegger å ivareta anestesilegeberedskapen ved Nordfjord sjukehus dels ved ambulering av leger fra Førde og dels ved vikarordninger. Det vil være krevende, men ikke umulig, å finne en bemanningsmodell som sikrer den nødvendige kontinuitet i et smertebehandlingstilbud.

Anestesi ved dagkirurgi

En sentral oppgave for anestesilegen ved samtlige av de sammenlignbare sykehusene er ansvar for anestesi i forbindelse med kirurgiske inngrep. Overført til Nordfjord sjukehus med de rammebetingelser som der er lagt, vil det i så fall bety ansvar for anestesi ved dagkirurgiske inngrep. Det er ifølge følgeforskningsprosjektet pasientgrunnlag for dette i Nordfjord. Deler av infrastrukturen er også på plass, men det vil også kreve tilgang på anestesisykepleier og operasjonssykepleier på dagtid på hverdager. Dette vil i så fall innebære at dagkirurgiske inngrep som i dag utføres ved andre sykehus, overføres til Nordfjord sjukehus og således avlastet de andre sykehusene. Spørsmålet om dagkirurgi har utviklingsprosjektet omtalt i eget notat i sak 06/13: «Dagkirurgi ved lokalsjukehus – Nasjonale og lokale perspektiv».

Andre oppgaver

Som det fremgår av kartleggingen fra andre sammenlignbare sykehus, vil det også være andre oppgaver som kan ivaretas av anestesilegen. Flere av disse oppgavene blir imidlertid tradisjonelt ivaretatt av anestesisykepleiere i norske sykehus.

3.3 Oppgaver for anestesisykepleier

Utviklingsprosjektet tar utgangspunkt i at føringen fra Stortinget innebærer anestesiberedskap med anestesilege knyttet til akutfunksjonen i indremedisin. Anestesilegens medhjelper skal være spesialsykepleier i intensivmedisin eller anestesi, og hjelpefunksjonen er tenkt døgnkontinuerlig dekket i basisbemanningen ved medisinsk seksjon ved Nordfjord sjukehus.

Dette innebærer at det i store perioder, inkludert på dagtid, ikke vil være anestesisykepleier til stede. Det betyr at flere av de oppgavene som anestesisykepleiere tradisjonelt gjør ved andre sykehus (kfr kartleggingen i kap 2.3), vil måtte ivaretas av anestesilege og/eller intensivsykepleier ved Nordfjord sjukehus.

Dette vil dog ikke gjelde de oppgaver som i kartleggingen er beskrevet som «tradisjonell anestesi» og som inkluderer oppgaver som eksempelvis anestesi ved dagkirurgiske inngrep og anestesi ved røntgenundersøkelser. Ved tradisjonell elektiv anestesi er det vanlig at anestesisykepleier er til stede.

Bruk av anestesisykepleiere ved dagkirurgisk aktivitet er både omtalt i kap 3.2 ovenfor og i eget notat fra prosjektsekretariatet datert 24. januar 2013.

3.4 Innspill fra arbeidsgruppe Skadepoliklinikk

Arbeidsgruppen som utredet modellen for den fremtidige skadepoliklinikken ved Nordfjord sjukehus, kom også inn på bruk av anestesiresurser både i forbindelse med arbeidet ved skadepoliklinikken og i akutsituasjoner ved sykehuset eller i dets nærområder.

Gruppen peker blant annet på at dersom det skal utføres reponering/sedering ved skadepoliklinikken, vil dette kreve tilgjengelig anestesisykepleier i tillegg til anestesilege. Det

samme vil gjelde dersom det skal utføres ECT ved Nordfjord sjukehus. Anestesisykepleiere vil også kunne bidra ved ambulansetrykninger og i stabiliseringsteamet.

Gruppen påpeker også at en anestesisykepleier vil kunne inngå i flere andre funksjoner/stillinger utover det som er nevnt i direkte relasjon til skadepoliklinikken, eksempelvis nevnes generelt poliklinisk arbeid, bistand til kommunene i forbindelse med etablering og drift av lokalmedisinske senger og som en del av basisbemanningen ved sykehusets medisinske seksjon.

4. Oppsummering og kommentarer

Nordfjord sjukehus skal ha øyeblikkelig hjelp-funksjon i indremedisin og akuttberedskap i tilknytning til denne. Det sistnevnte ivaretas ved at det er anestesilege og medhjelper i kontinuerlig vakt. Medhjelperen skal være spesialsykepleier i intensivmedisin eller anestesi, og hjelpefunksjonen er tenkt døgnkontinuerlig dekket i basisbemanningen ved medisinsk seksjon ved Nordfjord sjukehus. Dette notat drøfter oppgaver for anestesiresursene utover ivaretagelse av denne indremedisinske akuttberedskapen.

Utviklingsprosjektet har påpekt at hvorledes anestesiresursen ved lokalsjukehuset best kan utnyttes må sees i forhold til effektiv resursutnyttelse, kvalitet, kompetanseutvikling og hvorledes personellutnyttelsen kan bidra til stabil arbeidskraft og robusthet i sjukehusstilbudet. Referansegruppen har også understreket betydningen av dette.

Den samlede vurdering er at til tross for flere mulige oppgaver for anestesilegen utover å ivareta beredskapsfunksjonen og dertil knyttede oppgaver, vil den samlede oppgavemengden uten kirurgi være svært begrenset. Noe tid vil imidlertid kunne brukes på preoperative vurderinger og smertebehandling. Anestesileger som Stortinget har bestemt at sjukehuset skal ha, er en begrenset resurs i Norge og i et samfunnsmessig perspektiv er det derfor nødvendig å søke etter flere oppgaver som utnytter denne resursen effektivt.

Det synes rimelig at en indremedisinsk akuttberedskap med anestesilege og anestesisykepleier/intensivsykepleier med døgnkontinuerlig kompetanse til å kunne legge en indremedisinsk pasient på respirator, også må kunne yte en døgnkontinuerlig tjeneste med bistand til eksempelvis sedering i forbindelse med mindre kirurgiske prosedyrer som for eksempel reponeringer.

Det vil i utgangspunktet være svært krevende å rekruttere anestesileger til et så begrenset stillingsinnhold som så langt er planlagt. Dette vil trolig likevel ordnes rimelig greit ved at Helse Førde planlegger å dekke beredskapen dels med leger som ambulerer fra Førde sentral-sjukehus og dels med innleide vikarer. Rekrutteringssituasjonen må likevel forventes å bli vanskeligere.

Alternativet med dagkirurgi ved Nordfjord sjukehus er drøftet i et annet notat fra prosjektsekretariatet datert 24. januar 2013.

Uten kirurgisk aktivitet ved Nordfjord sjukehus er det vanskelig å se et absolutt behov for anestesisykepleiere ut over det som allerede ligger i de gjeldende planer for anestesiberedskap. Arbeidsgruppe Skadepoliklinikk er blant de som har påpekt at ved å la anestesisykepleiere inngå i basisbemanningen ved medisinsk seksjon eller poliklinikken, vil deres spesialkompetanse i gitte situasjoner kunne utnyttes til blant annet narkose ved reponeringer, ambulansetrykninger og som støtte for stabiliseringsteamet.

5. Vedlegg

5.1 Mandat: Anestesiberedskap ved lokalsjukehus

Bakgrunn for arbeidet

Fleirtalet i Helse- og omsorgskomiteen gav følgjande tilleggspresiseringar i høve anestesiberedskap i lokalsjukehus i Nasjonal helse- og omsorgsplan: *Lokalsjukehus som i dag har etablert ein anestesiberedskap, skal vidareførast med dette. (Innst. 422 S(2010–2011))*

Føretaksmøtet i Helse Vest RHF 28. april 2011 la til grunn at den vidare utforminga av tilbodet ved Nordfjord sjukehus skal ta omsyn til føringar i brev frå Helse og omsorgsministeren til Stortinget datert den 16 juni 2011 med omsyn til anestesiberedskap ved Nordfjord sjukehus, *akuttfunksjonar skal vidareførast med anestesiberedskap der dette er etablert i dag.*

Helse Førde HF gav 30. august 2012 i styresak 056/2012 A Rammer for vidare utvikling av desentrale helsetenester ved NSH ein omtale av mykje av tenestetilbodet som vil vere ved Nordfjord sjukehus. I vedlegg til saka blir det i Notat om anestesiberedskap omtalt korleis ein skal ta hand om anestesiberedskaperen etter at operasjonsberedskaperen relatert til føde/ barsel vert lagt ned 1.10.2012.

Anestesilegen ved NSH skal oppfylle kravet til «anestesiberedskap,» ved at det er anestesilege og medhjelpar i kontinuerleg vakt. Medhjelparen må vere spesialsjukepleiar i intensivmedisin eller anestesi, og hjelpefunksjonen er tenkt døgnkontinuerleg dekkja i basisbemanninga ved medisinsk seksjon NSH.

Dette inneber ei ny organisering av beredskaps-funksjonen. Helse Førde har også utarbeidd eit eige kompetanseprogram for denne spesialsjukepleiarrolla.

Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus er eit nasjonalt pilotprosjekt som skal ha overføringsverdi til andre lokalsjukehus. Prosjektet har som formål å:

- Bidra til eit framtidretta tenestetilbod ved Nordfjord sjukehus
- Vurdere kva pasientgrupper som i framtida vil ha størst behov for helsetenester lokalt
- Vurdere og gje tilråding om endra oppgåvefordeling mellom nivå
- Sjå tenestene i eit samhandlingsperspektiv

I prosjektets styringsgruppemøte 25. april 2012 blei tema som prosjektet skal svare ut, gjennomgått og vedtatt i Sak 17/12 Status arbeidsgrupper og oversikt over tema/arbeidsformer. Eit av tema er «Bruk av anestesiresurs/lege». Her vert det spesifisert at tanken er å sjå på kva oppgåver anestesiresursar kan skjøtte og korleis ressursane best kan brukast ved lokalsjukehusa.

Arbeidsform for dette tema skulle vere at utviklingsprosjektet ber om ei fagutgreiing frå Helse Førde og evt eksterne. Helse Førde melder tilbake at ein har prioritert å etablere ein praktisk organisering av anestesiberedskaperen etter at tenester blir lagt om pr 1.10.2012. Notat av 28.6 om Helse Førde sin organisering av dette knytt til NSH er tenkt som innspel til mogeleg organisering ved sjukehus utan operativ beredskap.

Formål med arbeidet

I dette arbeidet med å sjå på anestesiberedskap ved lokalsjukehus er formålet å klargjere korleis anestesiberedskapen ved lokalsjukehus kan organiserast for å sikre ei kvalitativ og kostnadseffektiv støttetjeneste som samhandlar godt med dei øvrige tenesteområda.

Omtale av gjennomføring

Arbeidet skal slutførast og leggjast fram for styringsgruppa til utviklingsprosjektet i møte den 17. oktober. Arbeidsform er valt med utgangspunkt i dei tidsrammer dette gir. Arbeidet vil munne ut i ein kortfatta rapport som gir ein vurdering av alternative modellar for korleis anestesiresursen kan nyttast.

Rapporten vil ta utgangspunkt i:

- Helse Førde HF sitt notat om anestesiberedskap, og tilhøyrande kompetanseplan
- Tilbakemeldingar frå Helsedirektorat m.fl i planlagt nasjonalt referansegruppemøte den 17. september
- Tilbakemeldingar på korleis andre lokalsjukehus (sjukehus kartlagd i rapport løysningar andre stader) nyttar sin anestesiresurs

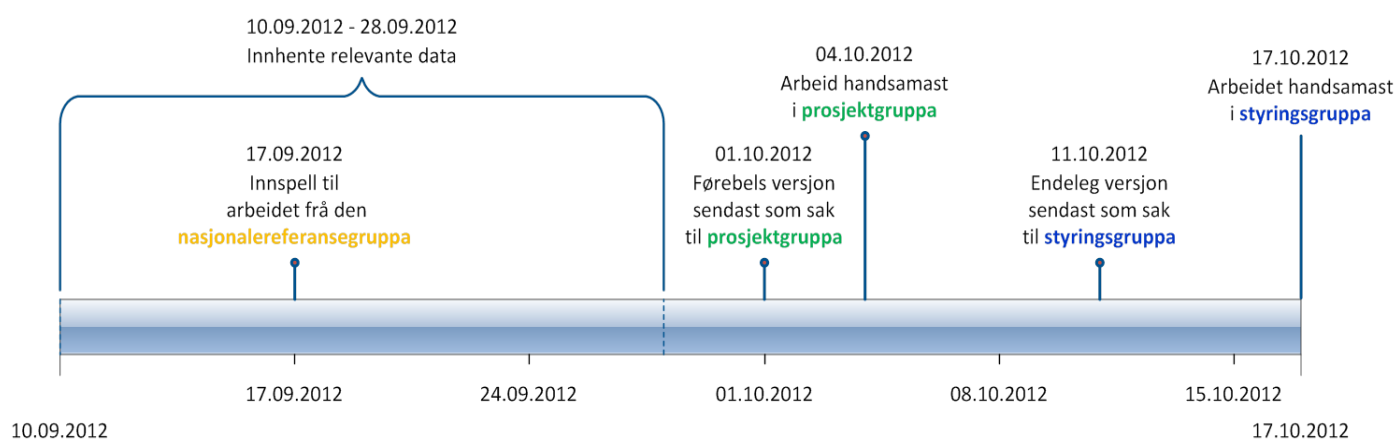
Rapporten vil syne:

- Kva funksjonar ved lokalsjukehuset det er naudsynt med anestesikompetanse
- Kva funksjonar ved lokalsjukehuset kor det vil/kan vere ynskjeleg med anestesikompetanse
- Diskutere korleis anestesiresursen ved lokalsjukehuset kan nyttast best mogleg

Diskusjonen vil bli sett i høve til:

- Effektiv ressursutnytting (økonomi)
- Fagleg kvalitet og kompetanseutvikling
- Personell (korleis nytte personell slik at ein bidreg til stabil arbeidskraft)
- Pasientopplevd kvalitet – god pasienten behandling

Plan under syner tidsramme og viktige datoar for arbeidet:



5.2 Notat om anestesiberedskap fra Helse Førde

NOTAT

28.6.2012

Anestesiberedskap ved lokalsjukehus – presiseringar vedkomande Nordfjord sjukehus

Ved handsaming av Nasjonal helse- og omsorgsplan la helse- og omsorgskomiteen (Inst. 422 S (2010-2011)) til grunn at lokalsjukehusa må ha ein tydeleg plass i behandlingsskjeda, der dei bidreg til god og heilskapleg behandling. Vidare blei det lagt til grunn at lokalsjukehusa skal ha breiddekompetanse for å sikre rekruttering og kvalitet i tilboda.

I innstillinga blei det synt til framlegg i Nasjonal helse- og omsorgsplan vedkomande minstekrav til sjukehus med akuttfunksjonar:

”Lokalsjukehus med akuttfunksjon må som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap, samt kompetanse til å utføre enklere kirurgiske prosedyrer på døgnbasis.”

Desse prosedyrane må ikkje nødvendigvis utførast av spesialistar i kirurgi eller ortopedi. Det er difor ikkje stilt krav om at lokalsjukehus skal ha kirurgisk vaktberedskap på døgnbasis.

Fleirtalet i komiteen la vidare til grunn at lokalsjukehus med akuttfunksjonar skal vidareførast med anestesiberedskap der dette er etablert i dag.

Stortinget vedtok 14. juni 2011 innstilling om Nasjonal helse- og omsorgsplan. Utforminga av tilbodet ved Nordfjord sjukehus skal med bakgrunn i denne ivareta Stortinget sine føringar når det gjeld anestesiberedskap.

Basisfunksjon

Anestesiberedskap utan operasjonsverksemd endrar anestesilegerolla. Når det ikkje lenger skal utførast operasjonar som krev narkose, vert rolla primært knytt til beredskap for medisinsk stabillisering og initial intensivbehandling.

Anestesilegen ved NSH skal oppfylle kravet til «anestesiberedskap,» ved at det er anestesilege og medhjelpar i kontinuerleg vakt. Medhjelparen må vere spesialsjukepleiar i intensivmedisin eller anestesi, og hjelpefunksjonen er tenkt døgnkontinuerleg dekkja i basisbemanninga ved medisinsk seksjon NSH. På denne måten kan ein ivareta medisinske pasientar med ABC-svikt.

I tillegg vil det bli arbeidd vidare med å sikre ein god organisering rundt ”enklare kirurgiske prosedyrar”, som anestesilegen er ein viktig støtte for. Det er utarbeidd eige oversyn over desse prosedyrane.

Organisering og kompetanse

Anestesilegeordninga ved Nordfjord sjukehus framover vert dekkja gjennom ei ordning med innleige av vikarar. Det ønskjelege på sikt er ei løysing der nokre legar ambulerer ut frå AAM FSS i kombinasjon med røynde vikarar.

Ambulering vil medføre behov for å styrke AAM med fleire legeheimlar, både for å dekke turnusen ved lokalsjukehuset, og for at legane skal kunne ha klinisk anestesiverksemd for å kunne oppretthalde kompetanse.

Anestesiberedskapen ved NSH vil krevje forpliktande samarbeid mellom klinikkane.

Anestesilegen vil bli organisert under Avdeling for akuttmedisin, FSS, medan sjukepleiarane skal vere tilsette i medisinsk seksjon på Nordfjord sjukehus. Spesialsjukepleiar som skal inngå i medhjelparfunksjon til anestesilegen, skal arbeide i vanleg turnus i sengepost og vera del av bemanningsplanen.

Det skal utarbeidast rutinar for felles trening, utstyrssjekk mv for lege og sjukepleiar. Prosedyrar og utstyr skal vere mest mogleg like andre stader i føretaket, og det skal være regelmessig hospitering ved FSS. Gjennomført opplæring og hospitering skal kunne dokumenterast.

ECT-behandling psykisk helsevern

Dersom det vert planlagt ECT behandling ved NSH, må det kunne gjevast narkose. Dette kan organiserast ved at ein samlar alle ECT – behandlingar på same dag i veka, og at det er anestesisjukepleiar på vakt for å fylla medhjelparfunksjonen. Eit alternativ er at ECT – behandling vert ivareteke ved at ein anestesisjukepleiar frå FSS ambulerer til NSH.

5.3 Kommentarer fra sykehusene

Kommentarene fra sykehusene gjengis her slik de har fremstilt det enten som en skriftlig kommentar eller pr telefon. Det er ikke foretatt noen redaksjonelle innholdsmessige endringer av dette.

Sykehus	Kommentarer
Kongsberg sykehus	Sykehuset har ikke noen beredskap for at anestesipersonell skal rykke ut prehospitalt. Sykehuet har ikke kirurgisk akuttfunksjon og tar derfor ikke imot traumer eller har katastrofeberedskap ved store ulykker som krever kirurg.
Røros sykehus	Ingen kommentarer
Helgelandssykehuset Mosjøen	I henhold til Norsk Standard for anestesi, skal to anestesikyndige personer delta ved innledning og avslutning av anestesi (narkose). Anestesilege er oftest med ved innledning og avslutning av anestesi. Resterende oppgaver kan være utført av enten lege eller sykepleier, unntatt preoperativ vurdering som anestesilegene har ansvaret for. Anestesilege er faglig ansvarlig for all anesthesiologisk aktivitet og har hovedansvar i forhold til akuttmottak og oppfølging av intensiv pasienter, anesthesisykepleier deltar.
Larvik sykehus	Larvik sykehus er et elektivt sykehus med kun ortopedi. Anesthesisykepleierne kjører selv pasienter i ASA I og II hvis det ikke er andre faktorer som tilsier noe annet. Jeg har krysset av etter beste evne. Der vi er to anesthesisykepl ved innledning, har jeg ikke krysset av for anestesilege. Inntil 1/3-2012 var vi med ambulansen på utrykning (ikke brystsmertes). Etter denne dato blir vi meget sjeldent forespurt om bistand. Etter kl 16 fredag har ortoped hjemmevakt eller vakt i Tønsberg (40km) frem til mandag morgen. Anestesilege har fri. Anesthesisykepleier i tilstedevakt forholder seg da til ortoped eller AMK lege pr. telefon når noe skjer med pasientene på sengeposten. Dette startet vi med nå i august. Anesthesisykepleierne synes ikke dette er helt greit, men ledelsen har vedtatt at dette er godt nok ut i fra en risikoanalyse. Vi skal trene samhandling på SIM senter dagkir.- sengepost- og anestesipersonell neste uke. (AHLR)
Notodden sykehus	Oppgir at det sjelden gis bistand til ambulansetrykning, og at sykehuset ikke har en smertepoliklinikk. Anestesilegen har hjemmevakt stor del av vakttiden: Anestesilegen er ikke med blant de som automatisk tilkalles ved hjerte stans, men tilkalles ved behov. (Anestesilegen bør være tilgjengelig ved slike problemstillinger). Anesthesisykepleier gjør mye av arbeidet med preoperative vurderinger, men der hvor det er spesielle sykdommer eller problem konsulteres anestesilegen, og han gjør da gjerne den preoperative visitten.
Tynset sykehus	Anestesilege skal være med på innledning av asa 3 og 4. Asa 1 og 2 innledes ofte av 2 an. spl. Ellers kan det variere om det er an. spl. eller an. lege som bistår på for eksempel rtg og lignende. An. lege er aldri med ut prehospitalt.

Rjukan sykehus	Opplyser at akuttmottaket er integrert i vanlig kirurgisk avd. – anestesilege og anesthesisykepleier bistår ved behov. Når det gjelder bistand overvåking, intensiv, postoperativ så er anestesilegen mest involvert. Prehospitalt: Bistand ved ambulansetrykning varierer veldig. Opplyser at anestesipersonell brukes mest til overflytting av alvorlig syke pasienter, hardt skadde, spesielt på vinteren. Det er definert i instruks/proseduren til sykehus at anestesilegen skal være på sykehuset.
Odda sjukehus	Anestesilege tar preoperativ vurdering. Anestesisykepleierne har hatt postoperativ overvåking i sommerferiene. Anestesisykepleier /anestesilege følger i noen tilfelle pasienter i ambulansetil helikopter. I noen helt spesielle akutte tilfeller må en anestesisykepleier følge til Haugesund. Vi har kun en anestesilege, så vi slipper helst ikke han i fra oss. Bistår rttg. med venflon hvis nødvendig til CT. Sjelden u.s. på rttg. som krever anestesi.
Nordlandssykehuset Lofoten	Beredskap 24/7 - både anesthesisykepleier og anestesilege.

Tabell 2: Kommentarer fra sykehusene. Kartlegging gjennomført av Deloitte oktober 2012.