

Bedre mottak av den akutt syke pasient

De fleste akuttisyrkehus her i landet har tverrfaglige traumeteam som trener regelmessig for å være best mulig forberedt på å ta imot traumepasienter, i senere tid også barn. Mottaksteam rundt alvorlig syke medisinske pasienter er derimot lite utbredt.

Studier viser at systematisk tilnærming og regelmessig trening bedrer mottaket av traumepasientene, gir økt trygghet og kompetanse blant personellet og bedrer overlevelsen (1–3). De fleste norske sykehus organiserer sine team etter BEST-prinsippene (Bedre og systematisk teamtrening). Prinsippene ble utviklet for mottak av traumepasienter, men er siden blitt utviklet til bruk prehospitalt og ved mottak av barn (4, 5). I videreutdanningen innen kirurgi og anestesi finnes det flere kurs i systematisk mottak av traumepasienter der simulering blir brukt som virkemiddel (6–8).

For alvorlig syke medisinske pasienter er det gode algoritmer ved for eksempel hjertestans (9), mens andre tilstander som lungeødem, sepsis og intoksikasjon faller utenfor disse algoritmene. Pasientene er ofte multimorbide med sammensatte problemstillinger og har behov for tverrfaglig behandling. I de nasjonale retningslinjene for akuttmottak fra 2014 stilles det krav om at alle sykehus skal ha systemer for tilkalling av akutteam ved alvorlig syke pasienter (2), men få sykehus har en systematisk opplæring og trening av sine team.

Vårt system og våre erfaringer

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttisyrkehus med et opptaksområde på rundt 500 000 mennesker. Vi har omtrent 40 000 innleggelser gjennom akuttmottaket per år, hvorav 500–600 tas imot av medisinsk team og 400–500 av kirurgisk team.

Høsten 2012 laget vi en egen prosedyre for medisinske team med egne utkallingskriterier (ramme 1), basert på tilsvarende

RAMME 1

Utkallingskriterier

- Mistanke om truede vitale funksjoner
- Hjertestans
- Respirasjonsfrekvens per minutt < 8 eller > 30 og besværet, SpO₂ < 85 %
- Klinisk påvirket pasient med kompromittert sirkulasjon (puls < 50 slag/min eller > 140 slag/min, systolisk blodtrykk < 90 mm Hg eller > 220 mm Hg)
- Endret bevissthet uten korrigerbar årsak, < 11 på Glasgow Coma Scale
- Alvorlig hypotermi
- Gastrointestinalblødning med påvirket sirkulasjon (dvs. synkope, systolisk blodtrykk < 100 mm Hg, puls > 100 slag/min)

prosedyre for traumeteam. En erfaren indremedisinsk lege i spesialisering er teamleder og en indremedisinsk lege i spesialisering er undersøkende lege. I tillegg inngår anestesileger og -sykepleiere, to sykepleiere fra akuttmottak, radiograf og turnuslege, tilsvarende traumeteam. Nevrolog tilkalles

«Det initiale mottaket og primærundersøkelsen av traumepasienter og kritisk syke medisinske pasienter kan gjøres svært likt»

ved mistanke om nevrologisk problemstilling. Dette gjelder ikke akutt hjerneslag, som har en egen algoritme. Vi mener at det initiale mottaket og primærundersøkelsen av traumepasienter og kritisk syke medisinske pasienter kan gjøres svært likt, da fokus er å avdekke og sikre truede vitale funksjoner.

Siden våren 2013 har vi hatt teamtrening etter BEST-prinsippene. Her har vi lagt vekt på å gjøre en systematisk primærundersøkelse av ABCDE (luftveier, respirasjon, sirkulasjon, bevissthet/nevrologi og oversikt/omgivelser), god teamledelse og tydelig kommunikasjon innad i teamet.

Kursdager med kirurger

For å trene teamet har vi heldagskurs med en teoretisk introduksjon og simulering av tenkte tilfeller på en dukke. På tre år har vi hatt 31 kursdager, og over 225 leger og sykepleiere har deltatt. Vi har også kursdager sammen med kirurger, der teoriundervisningen er felles og teamene har simulering parallelt. En gang i måneden har vi uanmeldte øvelser i akuttmottaket og kasusmøter.

Konklusjon

Tilbakemeldingene etter at vi startet å trene våre medisinske team har vært utelukkende positive. Medlemmene føler seg sikrere på at de ikke overser alvorlige funn, kommunikasjonen oppleves som bedre og teammottaket flyter lettere.

Det er lite litteratur om denne måten å ta imot medisinske pasienter på, men basert

på erfaringer fra traumepasienter og barn mener vi at nytten er overførbart til medisinske pasienter. Å samarbeide med allerede eksisterende systemer for traumemottak tror vi kan være av stor verdi også for andre sykehus.

Solvor Findalen Pedersen

solvorp@gmail.com

Kristian Nødtvedt Malme

Anne Cathrine Parelus Wammer

Liv Mejdell Jacobsen

May-Liss Hatleskog

Magnus Lauritzen

Raymond Bårdsen

Kashif Waqar Faiz

Solvor Findalen Pedersen (f. 1979) er lege i spesialisering i indremedisin ved Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristian Nødtvedt Malme (f. 1980) er lege i spesialisering i indremedisin, B-gren infeksjonsmedisin ved Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne Cathrine Parelus Wammer (f. 1980) er lege i spesialisering i indremedisin, B-gren endokrinologi ved Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Liv Mejdell Jacobsen (f. 1985) er lege i spesialisering i indremedisin ved Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

May-Liss Hatleskog (f. 1982) er lege i spesialisering i indremedisin ved Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Magnus Lauritzen (f. 1980) er lege i spesialisering i anestesilogi ved Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Raymond Bårdsen (f. 1973) er sykepleier og medisinsk teamkoordinator i Avdeling for akuttmedisin ved Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter. >>>

Kashif Waqar Faiz (f. 1978) er ph.d., spesialist i nevrologi og avdelingssjef ved Avdeling for akuttmedisin ved Medisinsk divisjon, Akershus universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Isaksen MI, Wisborg T, Brattebø G. Organisering av traumemottak – stor forbedring på fire år. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 145–7.
2. Helsedirektoratet. Kvalitetskrav for somatiske akuttmottak. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/faglige-og-organisatoriske-kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak> [20.4.2016].
3. Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter. Traumesystem. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHFene. www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Artikler_nyhets saker/Traumesystem%20endelig%20rapport.pdf [20.4.2016].
4. Johannessen L. BEST – også når det gjelder barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 210.
5. Sundar T. BEST når det gjelder, også utenfor sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2766.
6. Abrahamsen HB, Finsnes K. Mer simulering! Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2369–71.
7. Brinchmann-Hansen A, Wisborg T, Brattebø G. Simulering – en god metode i legers videre- og etterutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2113–5.
8. Helse Sør-Øst. Styresak 086–2010. Praktisk gjennomføring av organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst. www.helse-sorost.no/omoss/_styret/_Documents/Styrem%C3%B8ter/2010/12%20Desember/086-2010%20Saksframlegg%20%20Praktisk%20gjennomf%C3%B8ring%20av%20organisering%20traumesystem.pdf [20.4.2016].
9. Norsk Resuscitasjonsråd. Avansert hjerte-lunge-redning (AHLR) hos voksne. Retningslinjer 2010. <http://nrr.org/wp-content/uploads/2010/12/5.-AHLR-retningslinjer-2010.pdf> [20.4.2016].

Mottatt 28.3. 2016 og godkjent 20.4. 2016. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.