

Holdningspapir vedr. snitflader i Skadestue og Traumemodtagelse mellem Akutmedicin og Ortopædkirurgi

Indledning

Dansk Ortopædisk Selskab (DOS), Dansk Ortopædisk Traumeselskab (DOT) og Dansk Selskab for Akut Medicin (DASEM) har i gennem de seneste år haft et samarbejde omkring oprettelsen og indførelsen af det nye speciale Akutmedicin i Danmark. Alle tre selskaber er optaget af at skabe gode patientforløb og øge kvaliteten i behandlingen i forhold til den almindelige skadestuepatient samt den svært traumatiserede patient (Traumemodtagelse). Begge patientgrupper er aktuelt ortopædkirurgernes ansvarsområde, men i fremtiden kommer akutmedicineren til at have en ny rolle. Efter det seneste årtis centralisering af akutsygehusfunktionerne med etablering af de fælles akutmodtagelser og Sundhedsstyrelsens godkendelse af et nyt akutmedicinsk speciale i 2017, er der en bevægelse mod at akutmedicinere i stigende grad overtager ansvaret for patienternes første lægekontakt på sygehusene i forbindelse med akut opstået sygdom. Dette gælder også mange steder for de traditionelle skadestuefunktioner, ligesom traumemodtagelse er en del af akutmedicinerens uddannelsesportefølje. Akutmedicineren skal kunne vurdere patientens symptomer, stabilisere tilstanden og tage stilling til den indledende udredning og behandling, men det har hele tiden været meningen at det skal ske i et tæt samarbejde med sygehusets øvrige specialer dér hvor det giver faglig mening, for at sikre patienten den allerbedste behandlingskvalitet. Det er derfor også nødvendigt at få klarlagt snitflader specialerne imellem og lave klare aftaler om hvornår en skadestuepatient kan færdigbehandles af en akutmediciner og hvornår der er tale om en ortopædkirurgisk specialepatient.

DOS og DOT har været høringspart under sundhedsstyrelsens forskellige høringsprocesser både i den tidlige fase af oprettelsen af specialet Akutmedicin, i forhold til de nye målbeskrivelser inden for Akutmedicin og under udarbejdelsen af den nye nationale akutplan. Herefter har DOS inviteret DASEM og Dansk Ortopædisk Traumeselskab (DOT) til samarbejds møder, hvor vi har delt viden og bekymringer, haft forventnings afstemning og et samarbejde vedr. målbeskrivelser, uddannelse, ansvar, kvalitet, patientforløb osv. både for skadestuepatienter og traumemodtagelse.

Samarbejdet har været vigtigt i forhold til at imødekomme hinanden i en fase hvor mange facetter har været uafklarede i processen, vi håber at processen fører til en bedre forståelse af opgavefordelingen for både akutmedicinere og ortopædkirurger, og dermed et bedre samarbejde i fremtidens skadestue. Der er stadig en del uafklarede spørgsmål vedr. skæringsflader på nuværende tidspunkt, og helt væsentligt, for at undgå tab af faglig kvalitet og velfungerende patientforløb, er det at få defineret ansvar, struktur og fagligt indhold i forhold til skæringsflader mellem de to specialer.

DOS, DOT og DASEM udarbejdede derfor et kommissorium og nedsatte en fælles skrivegruppe, der i løbet af 2019 har udarbejdet forhåndenværende holdningspapir. *Arbejdsgruppens formål var at sikre beskrivelse af snitfladerne mellem ortopædkirurgen og akutmedicineren i praksis. Med fokus på diagnoser, kvalitet, ansvar, patientforløb og samarbejde.*

Der har været tale om et frugtbart samarbejde, hvor det helt primære fokus har været at sikre de bedst mulige patientforløb med høj behandlingskvalitet, under anvendelse af de rette ressourcer til rette tid. Der er tale om anbefalinger i erkendelse af, at der fortsat er stor diversitet i

organisation og specialeansvar på landets fælles akutmodtagelser, ligesom akutmedicineren først nu flere steder er ved at finde sit faglige ståsted. Antallet af meritgodkendte speciallæger i akutmedicin er endnu en relativt lille faggruppe i Danmark, men om få år vil antallet vokse, i takt med at de første HU-læger færdiggør deres uddannelser.

Der vil fremover ligge en stor opgave i lokalt at omstrukturere til den nye arbejdsfordeling, ligesom sikring af den faglige kvalitet i overdragelsen skal sikres i fællesskab indtil den er fuldt implementeret. Det er ligeledes helt afgørende at der aftales klare retningslinjer for hvem der på et givet tidspunkt i patientforløbet har det lægefaglige ansvar, og hvornår dette ansvar skifter ved en sektorovergang, hvad enten der er tale om indlæggelse eller opfølgning i et ortopædkirurgisk skadesambulatorium. Herunder er det vigtigt at der på forhånd er aftalt arbejdsgange på tværs af sektorerne, der sikrer at patientovergange forløber både gnidningsløst og uden unødvendigt bureaukrati.

Men den nye organisation og den akutte patients tidlige møde med akutmedicinerens generalistkompetencer åbner imidlertid også op for en række muligheder og potentielle løsninger på eksisterende udfordringer i samarbejdet på tværs af faglige siloer. Med den brede faglige tilgang fra begyndelsen bliver den akutte skade set i et helhedsbillede ud fra patientens samlede helbredssituation. Er der en bagvedliggende medicinsk årsag til skadespatientens faldtraume? Og hvilken udredning eller behandling bør der følges op med efter at patienten er færdigbehandlet i skadestuen? Vi ved at hurtig korrektion og stabilisering af organ dysfunktion har betydning for postoperativt outcome hos den multimorbide patient med eksempelvis collum femorisfraktur. Et samarbejde imellem akutmedicineren og ortopædkirurgen kan øge kvaliteten af den præoperative optimering af disse patienter. Andre gamle vaner og rutiner kan også rationaliseres, når vi får mulighed for observation i korttidsophold på akutmodtagelserne, det kunne f.eks være observation af patienter med commotio cerebri eller patienter indlagt til smertebehandling og mobilisering. Her vil et velfungerende samarbejde imellem ortopædkirurgi og akutmedicin være en gevinst for både patienter og organisationen.

Akutmedicinerens uddannelse i teambaseret ledelse vil også kunne bruges i samarbejde med ortopædkirurgens faglige viden både ved traumemodtagelse og i beredskabssituationer.

Traumemodtagelse

Modtagelse af multitraumatiserede / svært tilskadekomne patienter er en multidisciplinær opgave, som har til formål at optimere kvaliteten af patientbehandlingen for svært tilskadekomne patienter ved at reducere mortalitet, morbiditet og komplikationer.

Behandlingen af de svært tilskadekomne kan opdeles i tre faser:

- 1) Den primære fase, hvor patienten resusciteres
- 2) Den sekundære fase, hvor diagnostiske og terapeutiske tiltag foregår
- 3) Rehabiliteringsfasen.

Derudover er der en præhospital fase, hvor man skal samarbejde med det præhospitale system om tidlig behandling, korrekt visitation og optimal kommunikation og samarbejde med traumeteamet og i tilfælde af kontakt fra et andet sygehus er der behov for at kunne rådgive om behandling, klargøring til transport og overflytning af patienterne.

En effektiv traumemodtagelse er baseret på et velfungerende traumeteam, der arbejder efter klare aftaler om ansvars- og kompetencefordeling og klare samarbejdsaftaler for patientforløbet. En teamstruktur, baseret på en traumeleder og et fast team med relevante lokale specialer, er allerede eksisterende på danske traumecentre og akutsygehuse.

Traumelederen skal være erfaren i modtagelse af svært tilskadekomne patienter, have et bredt kendskab til resuscitation, diagnostisk udredning og kirurgisk behandling, samt have indgående kendskab til lokale retningslinjer og samarbejdsaftaler på området. Traumelederen kan være anæstesiolog, ortopædkirurg, abdominal kirurg eller akutmediciner, hvis man har de fornødne kompetencer og vedligeholder dem løbende. Valget af traumeleder bør være aftalt og fremgå af den lokale traumemanual.

Man bør sikre en maksimal behandlingskvalitet for den svært tilskadekomne patient ved at visitation, diagnostik og behandling varetages på speciallægeniveau fra alle deltagende specialer døgnet rundt, og der bør sikres en hurtig og fuldstændig diagnostik i det initiale forløb, herunder umiddelbar adgang til CT-scanning, og endelig at sikre hurtig og tidlig definitiv kirurgisk behandling, hvor dette er relevant for at reducere sekundære komplikationer.

Kontinuitet i patientforløbet bør der være fokus på i de lokale samarbejdsaftaler, således at information ikke går tabt i overgange. Det overordnede behandlingsansvar skal være klart defineret på ethvert tidspunkt i behandlingsforløbet og overdragelse af traumeleder rollen f.eks. når patienten forlader Fælles Akut Modtagelse bør være klart og utvetydigt beskrevet.

I den lokale traumemanual bør desuden være aftaler om løbende kvalitetssikring og uddannelse af læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale med relation til traumecentret, herunder regelmæssig teambaseret simulationstræning.

Akutmedicinerens rolle: Kan medvirke til den del af patientforløbet, som foregår i Fælles Akut Modtagelse enten som medlem af traumeteamet eller som traumeleder. Kan også medvirke i præhospital fasen og ved overflytninger. Det er afgørende at der foreligger klare samarbejdsaftaler lokalt og at der arbejdes tæt sammen med ortopædkirurgen og læger fra andre specialer.

Ortopædkirurgens rolle: Vil ofte være involveret i det meste af patientforløbet, enten som medlem af traumeteamet eller som traumeleder. Kan også medvirke i præhospital fasen og ved overflytninger. Det er afgørende at der foreligger klare samarbejdsaftaler lokalt og at der arbejdes tæt sammen med akutmedicineren og læger fra andre specialer.

Skadestue funktion – patienttyper

De danske skadestuer ser og behandler dagligt mange tusind patienter. En vis andel af disse patienter kræver overflytning til en ortopædkirurgisk afdeling mhp. videre behandling. Dette kan spænde fra det non-operative, som intravenøs antibiotisk behandling af infektioner i knogler og bløddele til indlæggelse mhp. operation af større eller mindre frakturer eller kirurgisk

sanering af infektioner og sår.

Det vil altid være et vurderingsspørgsmål, hvorvidt en given fraktur skal opereres eller om en bløddelsinfektion skal revideres eller blot håndteres med antibiotika. Det vil her være naturligt at akutmedicineren drøfter patienten med ortopædkirurgen.

Overflytning til og indlæggelse i ortopædkirurgisk regi sker efter aftale med vagthavende ortopædkirurg.

Skadestuepatienter

Skadestuen er en del af FAM over hele landet. Her vurderes alle akutte skader (fraset traumemodtagelse).

Skadestuepatienterne kan opdeles i 4 kategorier:

- Patienter med skader, som kan færdigbehandles og afsluttes uden opfølgning eller ved egen læge.
- Patienter med skader, hvor behandling eller udredning kan initieres, men har behov for opfølgning eller videre behandling i ortopædkirurgisk ambulatorie.
- Patienter som er indlæggelseskrævende enten til observation eller behandling, men kan foregå i FAM.
- Patienter som skal indlægges på ortopædkirurgisk afdeling til videre behandling.

Der er med etablering af det akutmedicinske speciale en forventning om, at akutmediciner skal overtage den daglige bemanning i skadestuen og derved behandlingsansvaret for skadestuepatienterne.

Det er en kompetence i hoveduddannelsen at akutmedicineren skal kunne undersøge, diagnosticere og behandle patienter med akutte skader.

Med dette forventes det, at en akutmedicinsk speciallæge kan færdigbehandle og lægge plan for langt hovedparten af patienterne, som dagligt kommer i skadestuen. Dette indbefatter målrettet undersøgelse, foretage reponering af simple luksation på over- og underekstremiteter, samt grovreponere frakturer, så patienter modtager den akutte, nødvendige behandling i FAM og ikke forsinkes af primær vurdering efterfulgt af ortopædkirurgisk vurdering og behandling.

Den ambulante opfølgning vil foregå i ortopædkirurgisk afdeling, hvorfor patienten fra skadestuen skal henvises til ortopædkirurgisk afdeling. Det er vigtigt, at der er et godt samarbejde med fælles forståelse for hinandens arbejdsopgaver og specialer, så patienter henvist for skadestuen kan blive set i ambulatoriet uden forsinkelser eller tvivl, som påvirker patientens forløb.

Den videre behandling vil foregå i ortopædkirurgisk regi, men patienter skal i skadestuen informeres om den forventede plan.

Det vil være det ortopædkirurgisk speciale, som har ansvar for at sikre evidensbaseret behandlingsregimer for skadestuepatienter med opdateret vejledninger, nationale kliniske retningslinjer (NKR), korte kliniske retningslinjer (KKR) og opdateret lokale instrukser. Men det forventes også, at

den akutmedicinske uddannelses- og speciallæge orienterer sig i retningslinjer som er tilgængelige på DOS' og subspecialers hjemmesider samt lokale intranet.

Der skal være et tæt samarbejde i skadestuen mellem akutmediciner og ortopædkirurger, så man ved tvivl kan få vejledning eller vurdering af en ortopædkirurg. Dermed sikres det, at patienten kan få korrekt behandling ved første besøg eller få lagt en plan for videre forløb.

Hoftenære frakturpatienter:

Der er knap 7000 nye tilfælde af hoftenære frakturer om året i Danmark. Langt hovedparten er lavenergifrakturer hos ældre, mens end mindre andel udgøres af højenergiskader hos yngre. Det er oftest meget skrøbelige patienter med væsentlig comorbiditet, hvorfor den operative behandling blot udgør en del af behandlingen af disse patienter.

Alle hoftenære brud kræver indlæggelse på en ortopædkirurgisk afdeling mhp. operativ behandling.

Med akutmedicinerens indtog i skadestuen er der en mulighed for, at denne bliver en del af det accelererede forløb for patienter med akutte hoftenære frakturer. Herunder bidrage til den præoperative optimering af patienten i samarbejde med andre specialer. Eksempelvis:

- Smertelindring i form af evt. femoralisblok.
- Rekvirering af anæstesitilsyn.
- Korrektion af elektrolytforstyrrelser.
- Medicinsanering (fx antihypertensiva o.l.). Plan for BS-monitorering hos diabetikere.
- EKKO ved behov.
- Kontrol af koagulationstal.
- Udredning af evt. infektion (U-stix, røntgen thorax etc).
- Stillingtagen til delirbehandling.
- Opstart af faste (med mindre andet aftales med ortopædkirurgisk vagthavende).
- Ordination af smertestillende.
- Starte optransfundering ved transfusionskrævende patienter.

Operationspatienter:

Foruden de hoftenære frakturer har en bred vifte af patienter behov for akut kirurgisk behandling og dermed indlæggelse i ortopædkirurgisk regi. Lige fra den brækkede barnarm over den dislocerede ankel til infektioner i lettere eller svær grad.

Akutmedicineren kan bidrage til den initiale behandling i varierende omfang afhængigt af lokale aftaler, det kan bl.a være:

- Bandagering af frakturer.
- Grovreponeering og bandagering (ved voksne) ved fejlstilling, dislokationer eller påvirkede neurovaskulære forhold.
- Steril afvaskning og indpakning af læsioner.
- Nøje beskrivelse af evt. læsioner og neurovaskulære forhold i primærjournal.
- Rekvirering af anæstesitilsyn.

- Initiere antibiotisk behandling ved åbne frakturer og oplagt infektion (hvor der ikke planlægges kirurgisk sanering).

Det påhviler ortopædkirurgen at stille operationsindikation, indhente samtykke fra patient og/eller pårørende samt at informere om det per- og postoperative forløb.

Indlæggelse i Fælles Akutmodtagelse

Alle danske akutmodtagelser er i stand til at afslutte egne patientforløb indenfor 24 – 48 timer afhængig af den lokale organisation. Der kan være tale om simpel observation eller decideret færdigbehandling. Disse forløb er typisk under akutmedicinerens ansvar, og betyder en gevinst for det samlede sygehus, idet korte patientforløb ikke trækker på sygehusets øvrige sengekapacitet, hvor indlæggelse på specialeafsnit erfaringsmæssigt ofte forlænger opholdet med 1 – 2 døgn. Men det er også en fordel at det er en generalist der har det primære behandlingsansvar, hvis patientforløbet skal koordineres på tværs af specialer eller andre faggrupper og sektorer inklusiv kommunal opfølgning.

I den kontekst vil det give mening at se på patientgrupper der traditionelt har ligget i ortopædkirurgisk regi, i forhold til om ikke det giver bedre mening at de håndteres af akutmedicinere. Eksempelvis kan nævnes:

- Patienter indlagt til observation for commotio. I tilfælde af komplikationer er akut billeddiagnostik hurtigt tilgængelig og evt. involvering af relevant speciale et andet end ortopædkirurgi.
- Patienter med rygtraume uden operationsindikation, stabile bækkenfrakturer, hoftekontusioner m.fl. til smertebehandling og mobilisering. De fælles akutmodtagelser har ofte tværfaglige behandlerteams – herunder fysioterapeuter – tilstede, der har kompetencerne til at løfte opgaven, men samarbejdet med ortopædkirurgen både vedr. behandlingsinstruks og individuel vurdering skal også være på plads.

Organisation og ledelse

Organisationen i Fælles Akut Modtagelse (FAM) er som på andre afdelinger baseret på en afdelingsledelse og ansat sundhedsfagligt personale. Den ledende overlæge og det lægelige personale i FAM vil være akutmedicinere. I skrivende stund er der fortsat nogle skadestuer, som lægefagligt bemannes af ortopædkirurgisk afdeling, men på sigt forventes det at alle skadestuer bemannes lægefagligt af akutmedicinere.

Behandlingsinstrukser for ortopædkirurgiske skader, som f.eks. frakturer, luksationer og andre ekstremitetsskader samt sår, sene- nerveskader, og infektioner på ekstremiteterne bør udarbejdes og vedligeholdes i samarbejde med ortopædkirurgisk afdeling. Der findes en national skadeinstruks NOMS, udarbejdet af Dansk Ortopædisk Traumeselskab, som kan bruges som udgangspunkt.

Forskning og ulykkesforebyggelse har traditionelt været i ortopædkirurgisk regi, men bør fremover være en fælles opgave for Akutmedicin og Ortopædkirurgi.

Kvalitetskontrol

Der vil i den kommende årrække være en overgangsfase, hvor skadestuebehandling og -ansvar vil være delt mellem det ortopædkirurgisk speciale og det akutmedicinske speciale. Selvom behandlingsansvaret langsomt skifter hænder, er det vigtigt at kvalitetskontrollen fortsætter. Dette sikrer korrekt behandling af patienter, samt feedback til behandlende læger og skal ske i form af røntgenkonference og journalgennemgang. Det vil være de behandlende afdelinger, som har ansvaret. Så i takt med, at behandlingsansvaret går fra ortopædkirurgisk til akutmedicinsk speciale vil dette ansvar skifte hænder.

Ved røntgenkonferencer er der mulighed for tværfaglig sparring med røntgenafdeling, som kan bidrage med erfaring og viden, så udover sikring af korrekt diagnostik af patienter bidrager det til læring.

Gennemlæsning af journal har ligeledes to formål - kvalitetskontrol og feedback til læger under uddannelse.

Da det bliver ortopædkirurgisk afdeling, som har den videre kontakt med patienter er der selvfølgelig stor bekymring for, at behandling af skader i FAM fortsat er på højt niveau. Det skal derfor sikres gennem godt samarbejde på tværs af afdelinger med mulighed for løbende feedback og tiltag til forbedret arbejds gange.

Uddannelse

Akutmodtagelsen og herunder skadestuerne er i høj grad også lokalisation for uddannelse af forskellige faggrupper på forskellige niveauer. Her er både tale om uddannelse af behandlere sygeplejersker, KBU læger, yngre læger indenfor det ortopædkirurgiske og akut medicinske speciale. Traditionelt har det været ortopædkirurgerne der har haft mest specialiseret viden og erfaring med klassiske skadestue patienter og dermed haft ansvaret for uddannelse og supervision af de øvrige behandlere og yngre læger, men nu hvor der kommer akutmedicinere med tiltagende erfaring kommer denne balance til at tippe og ansvaret flytter sig. Derfor er det vigtigt at man i den lokale aftale og struktur gennemtænker hvordan uddannelse på alle niveauer tilrettelægges så ingen tabes i en overgangsordning og man har defineret ansvaret for uddannelse af alle grupper. Der vil formentlig være en start periode hvor der er behov for at ortopæder primært uddanner akutmedicinere, men på sigt vil akutmedicinere være dem der uddanner yngre ortopædkirurger, da der både i målbeskrivelsen for uddannelse af ortopædkirurger og akutmedicinere er defineret flere kompetencer som man kun kan lære i en skadestue. Der er fx i porteføljen for introduktionsuddannelsen indenfor alle 7 lægeroller kompetencer man kun kan tilegne sig i skadestuen, specielt under medicinsk ekspert samt 4 ud af 8 kompetencekort.

Indenfor begge specialer vil der løbende være revidering af målbeskrivelsen. I det arbejde er det vigtigt at man også overvejer hvilke evalueringsmetoder der anvendes til at vurdere den uddannelsessøgende læges kompetencer mhp. at det evt. er en speciallæge fra et andet speciale der skal lave observationen og dermed gerne skulle kende til evalueringsmetoden. I skrivende stund er den ortopædkirurgiske målbeskrivelse under omfattende revision og endnu ikke færdig, Tanken er at man vil gøre den mere praktisk anvendelig ifht. at sikre at der faktisk bliver lavet

feedback sessioner og den enkelte uddannelseslæge bliver evalueret ifht. kompetencer. I målbeskrivelsen indenfor akutmedicin er der lagt op til at man bruger evaluerings værktøjerne: Mini – CEX (Mini CEX – relativ skala ikke absolut – ifht. forventet niveau)
DROPS (Direct observation of procedural skills (DOPS) som er en SLE, supervised learning event tool samt såkaldt Struktureret observation med en 3 trins skala der angiver om man er på niveau ifht. uddannelses mål. Der ligger således en opgave for speciallæger indenfor både akutmedicin og ortopædkirurgi, der har ansvar for uddannelse af yngre læger i at sætte sig ind i de formelle krav og evalueringsmetoder og på sigt vil det være fordelagtigt om man kan koordinere læringsmål og evalueringsmetoder imellem de to specialer så kvaliteten af uddannelse øges.

I traumemodtagelses sammenhæng er der tradition for at man i hele Danmark er uddannet og arbejder i teams efter ATLS principperne. Det er denne arbejdsgruppes anbefaling at man fortsat tilstræber uddannelse efter ATLS principperne indenfor både akutmedicin og ortopædkirurgi.

Perspektiv

Det er afgørende vigtigt at relationen og det fortsatte samarbejde dyrkes mellem de ortopædkirurgiske og akutmedicinske specialer, såvel lokalt som nationalt. Vi må forudse at den primære håndtering af akutte patienter med tiden vil gå fra fordeling af få akut patienter fordelt på store kirurgiske og medicinske specialer til samlet hurtig vurdering hos akutmedicinere, med risiko for at eksempelvis skadestuekompetencer ikke opretholdes tilstrækkeligt blandt ortopædkirurger, hvis ikke der gøres et modtræk. Dette forpligter til en bilateral indsats i forhold til at sikre at ortopædkirurger under uddannelse, også i fremtiden vil opnå akutte skadeskompetencer gennem ophold på akutmodtagelserne og under uddannelsesansvar af akutmedicinere.

Henrik Ømark Petersen, DASEM
Dan Volder, DASEM
Michael Langergaard, DASEM
Pernille Engell BovBovbjerg, DOT
Mette Rosenstand, DOT
Marie Fridberg, DOS
Morten Schultz Larsen, DOS