

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



AV HELEN BRANDSTORP

Ny rolle: Allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med oversikt og innsikt

Jostein Gaarder skriver dette i sin nydelige førjulsbok *Julemysteriet*¹:

«Det er nøyaktig to måter å bli vis på. Den ene måten er å reise ut i verden og se så mye som mulig av Guds skaperverk. Den andre måten er å slå rot på ett bestemt sted og studere alt der så nøye som mulig. Problemet er bare at det er komplett umulig å gjøre begge deler på en gang.»

I samme sekvens skriver han om de gamle murene i et utkikkstårn. De kan til slutt bli lei av utsikten. På den annen side har de opplevd hvordan mennesker har kommet og gått, og det har kanskje gitt innsikt.

Jeg har, med utgangspunkt i min personlige uro over å ikke kunne løse de akuttmedisinske oppgavene godt nok, gjort både det ene og det andre, vært på ett sted og vært i bevegelse. De siste åtte årene har jeg studert både mitt eget legevaktssystem i Tana og Nesseby, samt vår lokale overlevelseskjede inn mot Kirkenes sykehus. I tillegg har jeg reist rundt til andre. Min lille visdom består nå i at jeg tror vi vaktleger skal strebe etter en lederposisjon med utsikt som gir oversikt og

innsikt. Utsikten får vi ved å være i posisjon til å se og observere, ved å være tilstede der det skjer. Dette gjelder i det meste av allmennmedisinen, selvfølgelig også innen akuttmedisin.

Vi har valgt en jobb som hjelpere, og når nøden er størst er plikten vår å hjelpe etter pasientens behov og egen evne. Oppgaven med å lede, kommunisere med mange og ha oversikt evner vi godt, er min observasjon og erfaring.² Ved samhandling med andre er det dessuten legens plikt, etter helsepersonelloven, å diagnostisere og bestemme behandling.³

Håndtering av bærer, oksygenflasker og masker vil ofte ambulansepersonellet kunne mer elegant, og det er fint. En god leder behøver ikke nødvendigvis stå med hendene fulle og prøve å fylle alle roller på en gang. Som Gaarder sier, det er komplett umulig å gjøre begge deler på en gang.

Jeg tror legens rolle er som leder og den beste lederposisjonen er et skritt til siden, for best mulig oversikt.

Og ambulansetjenesten vil faktisk ha oss med ut igjen!



Er forskjell i kjøretøy avgjørende?



Som en slags «reisende i akuttmedisin i allmennpraksis», gjennom prosjektet Kommune-BEST⁴, har jeg møtt mange akuttmedisinske team i deres hjemkommuner i Nord-Norge. Møtene med fastlegekolleger der de arbeider til daglig, med ambulanspersonell i forskjellige helseforetak og sykepleiere og helsesekretærer på mange ulike helsesentre og legekontor, har gitt meg tro på at rolleavklaring er viktig i fagfeltet vi strever litt med for tiden, – akuttmedisinen. Det synes som legens rolle er litt uklar og dårlig definert. Dette gjør at de andre yrkesgruppene roller blir tilsvarende uklare, og oppgavene noe tilfeldige fra gang til gang.

Mange er også stemmene som hevder at legene trekker seg bort fra dette fagfeltet, og at ambulanspersonell tar over.⁵ Sist i juni kom denne påstanden fra Riksrevisjonen, som har sett på «akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten».⁶ De så nettopp og utelukkende fra spesialisthelsetjenestens perspektiv.

Ulik praksis i by og land

Det er forskjell på bykommuner og distriktkommuner, er en vanlig påstand i allmennlegemiljøene. Organiseringen må bli forskjellig!

Mye av Nord-Norge er distrikt med lange avstander, mine erfaringer farges selvfølgelig av det. Men vi har da også byer å trekke erfaringer fra her oppe, se VGs forside fra Tromsø i sommer: Lege på stedet. Viktig der og da, og også i tiden etterpå.⁷

Uansett, det er klart at det er forskjell på Tana, Tromsø og Trondheim. Det skilles imidlertid overhodet ikke på by og land i «Forskrift om krav til akutt

medisinske tjenester utenfor sykehus»⁸. Forskriften kom i fjor vår, og er kanskje ikke veldig godt kjent blant andre enn ambulansepersonell av landets helsepersonell? Kravene til legene er ikke mange eller spesifiserte, men to er klare nok. Helsepersonellovens paragraf om forsvarlighet er også interessant.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus krever:

1. Alltid en lege med helseradio knyttet til nødradionettet i alle kommuner; vaktlegen.
2. Aktørene i den lokale akuttmedisinske kjeden skal samtrene. Både nivåene i helsevesenet skal trene sammen, og det skal trenes med de andre aktuelle etatene.

Loven om Helsepersonell. § 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Sentralisering

På den grisgrendte bygda er det ofte en selvfølge at vi er med ut fra kontoret for å hjelpe «våre». Vi har ingen hjelpere å avse og ingen av våre å miste. Slik er det i alle fall på

Geir i Sør-Varanger: mer sjarmerende enn skummel...



sitt beste. Legen kan føle seg personlig rammet dersom ikke pasienthåndteringen går så bra som mulig utenfor sykehus. Påførende eller pasienten treffer man igjen på butikken.

Trenden med å sentralisere legevakttjenestene i større, interkommunale legevakter (IKLV) er i ferd med å endre dette bildet. Distriktskommuner jobber sammen om å drive en felles legevakt, åpen utenom ordinær kontortid. Der geografien og økonomien tilsier at det er hensiktsmessig, håper man å rekruttere og stabilisere leger ved redusert vaktbelastning, mer hjelpepersonell og utstyr. Alternativet med å øke antallet fastleger i hver kommune med forskningsmidler, kan bli en spennende alternativ løsning for å redusere vaktbelastningen. For denne nye sentraliserings-tanken i IKLV er en utfordring for akuttmedisinen. Teamene legene jobber i på dagtid erstattes av helt andre på vakttid, fordi man er et annet sted. Klare roller og gode samarbeidsevner blir enda viktigere. Særheter vil ikke forstås eller aksepteres så lett utenfor legens eget «revir». I tillegg øker avstandene til mange av pasientene, og her må bakvakt i periferien stille opp når det behøves. Hvilke klare kriterier eksisterer for det?

Ønsket om service fra pasientenes side øker kanskje også. Mens de små kommunale legevaktene kan klare å skape en forståelse for at legen må ut og hjelpe de som er mest syke først, så kan det innad i større befolkningsgrupper oppstå en lavere grad av solidaritetsfølelse og økt fremmedgjørelse. Egne krav hos den syke blir kanskje viktigst. Man kjenner mest på egne plager, og orker ikke ta innover seg andres i det store fellesskapet. Presset på vaktlegen i form av antall pasienter som skal sees på i løpet av en vakt, øker når befolkningsgrunnlaget øker. Det er upraktisk å avbryte jobben inne på legevakta når det sitter pasienter i kø. Pasienter som kanskje i tillegg har reist langt.

Spesialisering

Byene har oftest enda større pasientpopulasjon per legevakt enn distriktene. Ikke bare er befolkningen vesentlig større i byene enn i distriktene, antallet hjelpere er større også. Kanskje er det da naturlig med en slags økt spesialisering? Legen tar seg av listen sin og ambulansen det akutte, legevakten de som kommer seg dit. **Problemet er at ambulansetjenesten, nettopp i de store byene, begynner å si høyt at de ikke er kompetente til et slikt ansvar.**⁹ Etter år med en kraftig oppgradering av ambulansetjenesten faglig, er det naturlig at den tjenesten sammenliknes med andre helsepersonellgrupper som i mange år allerede er blitt hørt og regulert. Sjøførene er blitt fagpersonell og vil ha ordnede forhold. Med økt andel kvinner i tjenesten, kan man også tenke seg utvikling bort fra eventuelle «machoholdninger».



Turnuslege Silje i Loppa kommune har lederrollen med oversikt, et skritt til siden.

Allmennlegens følelse av forpliktelse til å rykke ut synes mange steder visket ut av handledyktig ambulansepersonell. Dresser med gullstjerner og gullstriper, ubesværet håndtering av radio og apparatur med lys og lyd gjør inntrykk. Klare meninger vinner der legen tenker mer diffust, med flere eventualiteter i hodet.

Kanskje er ambulansetjenesten også mer ivrige i byer med kort vei til sykehus? **Det kan virke effektivt å «få pasienten inn», selv om nettopp den praksisen kan koste samfunnet dyrt.** I England har man snudd trenden av den grunn. Silingen av lege før innleggelse er på vei tilbake. Med bedre diagnostikk og behandling utenfor sykehus kan man unngå unødvendige prøver og dyre undersøkelser på sykehus.

Men få snakker om den prisen i Norge, og vi lar oss narre til å tro at ambulansepersonalet kan tingene bedre enn allmennlegen, de har jo det nevnte utstyret, kjører fortere og har et mye smalere fagfelt enn oss. De har spisskompetansen. Det kan virke som vi glemmer alle de flere årene vi har mer i utdanning, at vi har dybde- og breddekompetanse. Å stå der uten prangende uniform og uten enkle, tydelige beslutninger gjør oss så puslete... Trøstig jobber vi heller videre på pasientlisten, i god tro på at vi egentlig ikke behøves der ute.

Kanskje blir vi ikke varslet engang. En AMK-sentral som ikke kjenner vaktlegenes kompetanse, kan fort fokusere kun på ambulansetjenesten. De er jo organisert i samme helseforetak. Og kun få har protestert på denne praksisen, til nå.

Rammer

Hvordan vil vi så ha det? Hvilke grep må til?

Noen beslutninger er tatt allerede og rammene som til nå er lagt, peker i én retning.

- Forskriften om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus krever samtrenning. Slik samtrenning gir en lokal, tverrfaglig kompetanseheving og kvalitetssikring, som gjør det mer attraktivt å forsøke seg i det virkelige liv. Kollegaomsorgen styrkes sannsynligvis også med denne samtrenningen. Trygghets- og trivselsskaping blant alle typer helsepersonell, oppsummerte vi i Tana og Nesseby, etter fokus på tverrfaglig kompetanseheving.¹⁰
- Ledende talspersoner i de store ambulansetjenestene (Oslo, Bergen, Stavanger) ønsker å ha med allmennlege ut, og de vil jobbe for det, på lag med oss. De mener ambulansepersonell svært ofte får ansvar og oppgaver som er mye større enn de har utdanning til. Mulighetene for å nekte er minimale, og kulturen har ikke vært tilstede for det, så langt. Første nasjonale konferanse om dette planlegges i november i år.
- Krav til obligatorisk emnekurs i akuttmedisin i allmennlegers videre- og etterutdanning fra 2012, taler for at vi igjen skal ut på den banen, ut i den veigrøfta, ut til hjemmene og stedene der folk jobber.¹¹
- Turnuslegene i distrikt skal fra i år få tilbud om legesvaktkurs med hovedvekt på akuttmedisin. Det har SHDir bestemt, etter en undersøkelse om hva turnuslegene syntes var vanskeligst i tjenesten.¹² Skal vi være gode rollemodeller for de unge og rekruttere dem til den mest spennende spesialiteten av alle, kan vi ikke ignorere faget



– Best trening i Hasvik.
Åse kan sin ABCDE.

akuttmedisin. Denne fagbiten fenger og skremmer nemlig ofte de unge. Det erfarer vi som jobber med de nye kursene for turnusleger. Det er evner innen faget som skal redde de jevnaldrende eller yngre fra stor skade eller død i traumer. Det er tempo, team og kunnskap i dette faget som skal redde myokard, lunger og hjerner når det er krise. «Katastrofetenking» er de godt opplært i etter mange år med sykehusleger som lærere. Akkurat på dette feltet er det nyttig. På flere universitet er det bare akuttmedisinen som har egne aktive studentorganisasjoner.

Ledelse. Hvorfor?

Der flere mennesker gjør noe sammen, er det automatisk en som har mer å si enn de andre, det er en som er litt mer sjef. Helt flate organisasjoner finnes ikke, biologien taler imot. Og forsøker man på dette, vil man erfare at organisasjonen blir ekstremt ineffektiv når uforutsette hendelser oppstår, og noen må da ganske enkelt få oversikt, beslutte og lede de andre.

I akuttmedisinen kan man føle at situasjonen er litt kaotisk på grunn av mange ukjente og uvante forhold. Det kan være vanskelig å finne sikre diagnoser, klare behandlingsregimer, den beste logistikken i en setting som aldri er lik en annen. Uforutsette hendelser oppstår ofte i disse jobbene. I tillegg skal man jobbe sammen med andre yrkesgrupper. Ikke bare skal vi samarbeide med andre typer helsepersonell, men også med andre etater, som politi og brann/redningspersonell. De har gjerne en litt fremmed jobbkultur fra vår egen, og ofte en litt annen lederstil.

Ledelse. Hvem?

En bør altså defineres som leder i helseteamet, og jeg tror det bør være den med mest erfaring i tverrfaglig ledelse. Den som er vant til å beslutte på usikkert grunnlag, og den som er vant til effektivt å skaffe seg en så god oversikt som mulig over nye problemstillinger. Få jobber så effektivt, er så beslutningsdyktig og er i kontakt med så mange forskjellige yrkesgrupper som allmennlegen i den jevne hverdag inne på kontoret, tror jeg. Gode på skriftlige notater er vi også. Alle telefonene, alle avbruddene av noen som «bare må spørre om», alle de uklare sykdomsbildene som må få en avklaring i løpet av en kort time, gir verdifull kompetanse for det litt annerledes arbeidet utenfor kontoret.

Ambulansepersonellet har kanskje flere kurs i akuttmedisin, men de har ofte lite tverrfaglig ledererfaring. De jobber nok oftere med politi og brann/redning, så her er de ofte viktige for kommunikasjonen. Ambulansepersonell er i tillegg gode til å følge prosedyrer, og har gode manualer. Men de er ikke opplært til å avvike fra algoritmene eller å beslutte tiltak med alvorlige konsekvenser. Det er der allmennlegens breddekompetanse kommer til nytte. Ambulansepersonellet jobber ved å gjenkjenne symptomer og stabilisere vitale funksjoner. Men det er legen som skal fatte beslutning om diagnose og behandling ved samhandling. Å behandle en pasient er mer enn å stabilisere vitale funksjoner. For meg er det tydelig at vi til sammen kan bli et bra team.

Ambulansepersonellet gjør, som nevnt, stadig oftere tiltak de egentlig ikke er helt kompetente til, i følge dem selv.¹³ Jeg vet ikke om mange leger som virkelig sørger for at det ikke får skje under sin vakt, i sin kommune, på sin pasient i bilen på vei til legevakt eller sykehus. Vet vi godt nok hvilken kompetanse våre medhjelpere i sykebilen har? Det er hvert helseforetak som har systemansvaret for ambulansetjenestens arbeid. Men pasientansvaret er vårt, dersom vi har vært i kontakt med en pasient i vår kommune. Pasientansvaret til den enkelte pasient har vi til denne er inne på sykehus. Altså også under transport.

Dersom vaktlegen forbigås eller ikke svarer på oppkall, kan ambulansepersonellet støtte seg til en AMK-lege, som gjerne er en anestesilege i vakt på sykehus med AMK-funksjon. Ikke overalt er dette en godt etablert funksjon. Vikarbruken er stor også på anestesivdelinger. AMK-funksjonen er sentralisert de siste årene, så AMK-legen kan umulig ha våre lokalkunnskaper eller geografikunnskaper. AMK-legen har heller ikke mulighet til å se pasienten før delegasjoner gies, eller råd formidles via radio eller telefon, slik mange av oss ikke liker å praktisere god medisin.

Ledelse. Hvordan?

En god leder er den som holder gruppen samlet med en plan for arbeidet, får hvert enkelt medlem til å yte sitt beste samt representerer utad. Det kreves trening i å kunne lede godt og i å bli ledet. En vennlig tone, klare beskjeder og ros fungerer. Et annet godt tips er «time out», der leder oppsummerer og gir tydelig åpning for innspill. Her skapes fruktbar følelse av tillit og respekt, i tillegg til ryddige forhold for meningsutveksling. Oversikten får leder ved sin posisjon litt til siden, og ved å delegerer oppgavene med monitorering og også enkle undersøkelser.

Gode og systematiske beskrivelser med eksakte funn, gjerne tallverdier med utvikling over tid, gir god kommunikasjon i overlevelseskjeden. Og ved kommunikasjon inn på sykehus er det igjen en fordel at legen tar ansvar. Det er sannsynligvis mye lettere for en vaktlege ute å få snakke med en overlege inne, enn det kan være for andre yrkesgrupper. Historiene om dårlige meldinger inn til AMK er mange. Misforståelser oppstår lettere når en melding går gjennom mange ledd, med forskjellig ordbruk og «stammespråk». En erfaren bakvakt kan derfor fort få vanen med å avvente situasjonen og så agere først når egen assistentlege har sett på pasienten og rapporterer. Mottaket på sykehus blir ikke optimalt.

Det optimale mottaket på sykehus er ikke med bare en lege tilstede, det er mange! Her inne er det også vaktleger. Disse slipper fremdeles det de holder på med og iler til de sykeste pasientene der de er. Men som Mads Gilbert sier i et kursre-

ferat i *Tidsskriftet* nr 16: «Akuttsykehusene er en «død» ressurs uten gode prehospitale akuttkjeder.»¹⁴

Det er altså utenfor sykehus, i de lokale akuttmedisinske teamene, man nå bør sette inn ressursene når det gjelder akuttmedisinske tilstander. Rammene i lovverket peker i en og samme retning. Organisasjonene til både leger og ambulansepersonell er enige. Nå er det bare å begynne å se på praksisen.

Referanser

- 1 Gaarder, Jostein. Julemysteriet. Aschehoug & Co, 1995, s 82
- 2 Brandstorp, Helen. Dette er ikke en anmodning, det er en ordre. Fastleger tar ledelsen. Utposten nr 7, 2005
- 3 Loven om helsepersonell. §4. Forsvarlighet
- 4 www.bestnet.no
- 5 Gilbert, Mads. Allmennlegen må være en aktiv akuttmedisinsk ressurs, Utposten nr 3, 2004
- 6 Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Dokument nr. 3:9 (2005–2006)
- 7 Giæver, Anton. Leder på Tromsø legevakt. Personlig meddelelse
- 8 FOR 2005–03–18 nr 252 Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
- 9 Personlige meddelelser på SHdirs konferanse om ambulansetutdanning, mai 2006
- 10 Brandstorp, Helen. Akuttmedisin der man henger med, – bushmedisin på vidda. Prosjektrapport, Nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin. 2002
- 11 Vedtatt i Dnlf's sentralsyre, juni 2006
- 12 Kolloen, Grethe. Underdirektør i Shdir. Personlig meddelelse
- 13 Haugen, Jan Erik, ambulansesjef Sykehuset Buskerud HF. Personlig meddelelse
- 14 «Samfunnsmedisinsk engasjement i nord.» Tidsskr Nor Lægeforen nr.16, 2006;126

Kjell & Kjell i Kvænangen tester CPAP'en.

