

Akuttmedisinsk trening i – korleis kan ein gjere det?

■ JAN HELGE DALLAND

Fastlege/spes. allmennmedisin og
samtreningsskordinator i Kvinnherad

BEST (BEdre og Systematisk Traumebehandling) er ein modell for akuttmedisinsk samtrenting mellom leger, ambulanse- og hjelpepersonell. I Kvinnherad kommune har me drevet dette fast i fire til fem år. Me har erfart at dette er med på å heva vår akuttmedisinske kvalitet.

Underteikna er fastlege i Kvinnherad, ein middels stor vestlandskommune (13 200 innb.), der me har sentral, delvis bemanna legevakt – men kommunen er aleine og har åtte- til nidelt legevakt i dag.

Me har ni til ti samtrentingar pr. år, oftast siste tysdag kl 1730–1900 i kvar måned, unntatt feriar, og me har stort frammøte. Det er vanlegvis 15–25 personer som møter, og nesten alle av dei som bidrar i ambulanse, dag- og kveldslegevakt er med på dette mange ganger i løpet av året. Dette har gjort at ein vert samtrente på både telefon- og akuttvurderingar fra alt mellom hjerteinfarkt og anafylaksi, slag og magesmerter m.m. Dette skjer samtidig som at ein vert betre kjende med kvarandre og bygger opp akuttmedisinsk team-kjensle.

Konkretiserte pasienthistorier

Opplegget er slik at ein ved ei samling har ca 20 minuttar med teori om eit tema. Dette kan vera eksempelvis 'akutte magesmerter på legevakt' eller 'den medvitslause pasienten'. Ein tenkjer enkelt og heile tida etter ABCDE-prinsipp. Teorigjennomgang er praktisk orientert, eks. kva og korleis ein tenkjer og undersøker ved akutt abdomen. Det er også språklig slik at ein ikkje må vere lege for å forstå, og alt helsepersonell kan her hente nyttig info.

Dette leier så vanlegvis opp til dei case som me øver i smågrupper på fem til seks personer, og vanlegvis vil i alle fall to av tre case ligge tett opp til temaet. Case er kon-



kretiserte pasienthistorier, der ein får eit scenario ringt inn på legevaktstelefonen som ein skal vurdere og deretter ressursmessig handtere (SE TABELL 1 OG 2 SIDE 12).

Vurderingar og tiltak

Ein har randomisert deltakere slik at det finnes alle kategorier personell på alle tre gruppene. Om gruppa er på fem til seks personer, så er ein markør, ein er pårørende og ein er observatør. Dei tre siste utgjør eit akuttmedisinsk team der ein er leiarg og to er hjelpere. Ein av dei to siste er gjerne også den som 'sit på legevakta' og mottar opp-

ringinga. Ein skal så drøfte og undersøke pasient eller dokke etter ABCD-regel, og komme fram til vurderingar og tiltak (ikkje diagnose) – og ein skal vurdere transportplan. Instruktør les opp kva dei finn av ABC-data etter kvart som dei undersøker eller dette er markert med skrift på tape på markørens brystkasse.

Ein bryt så spelet etter at dette er gjort og kvar deltakar (teamledar, assistentar, markør og observatør) får så kommentere kva dei synest gjekk bra – men ein får ikkje komme med kritiske merknader i høve seg sjølv eller andre. Det skal vere trygt å feile, for det er det me lærer av. Til sist vil in-

kommune

Samtrenting i Alta. Annedukker brukes ikke i treningene, men helsepersonell – som dermed får pasienterfaring og kan bidra med pasientperspektiver i debriefingen.

ALLE FOTO: HELEN BRANDSTORP



struktøren gje ei oppsummering der ein vektlegg det positive, eventuelt kva som kunne vore gjort anseis. Så spelar ein historia på nytt, med ein ny rollesamansetnad og kanskje ny vri. Dette tar i sum ca 2 x 10 minutt, og så skifter ein post, slik at alle grupper er inne på to til tre. Siste 10 minutt går ein attende til lunchrom og kaffe og oppsummerar felles erfaringar.

Lærer av feil

Dette blir ei blanding av teatersport og praktisk trening som er lite ressurskrevende, men veldig lærerik. Ein treng ikkje

meir enn ein som har koordineringsansvaret, men det er greitt med to som kan variere frå gang til gang – og som briefes om å instruere kvart sitt case, men dette kan gjeres same dag ved start av teoridelen.

Det er viktig at ein ikkje gjer ting for avansert, men praktisk og lett gjenkjenneleg samt trygt ved at det ikkje er lov å kritisere kvarandre. Ein skal og vil gjere feil, og ein lærer godt av det og kan ta «time out» mens ein trener ein historie der dette er nyttig for å oppsumere eller klargjere ting. Det skal vere læring gjennom «leik», og på ein måte der ingen risikerer å dumme seg ut.

I høve det praktiske, er det slik at under-teikna har 10 prosent stilling frå kommunen for å drive dette, men det starta som rein hobby for sjølv å lære meir. Elles får ambulansen akutt treningstid godkjent, og hjelpepersonell kan avspasere 2 x 2 timer i løpet av eit år. Leger får to timer pr. gang som smågruppeundervisning til spesialiteten.

Fleire kjører legevakt

Vår erfaring er at dette er med på å bidra til at fleire også over aldersgrense kjører legevakt, og me har her ingen vikarstafett. Ein

ruster også turnusleger bedre til å få mest-ringskjensle. Ambulansen gjev også tilba-kemeldinger på at dei er tryggare på oss le-gar i akutte oppdrag. Ein er i større grad betre å samsnakkes naturleg mens ein ut-fører oppdrag. Dette reduserer klart risiko for at me misforstår kvarande eller gjer fa-tale feil.

I tillegg er me betre på å handtere reint praktiske hendinger, og meir merksame på at me må ha ein plan for transport til sjuke-hus – som hos oss fort kan bli 30–120 mi-nutter, alt etter kvar me er i kommunen. Det hender også at alle ambulanser er bor-te og me må rykke ut sammen med sjuke-pleier på legevakt, anten det er dag eller kveld. Også dette har me fått gode, trygge rutiner på. Sjukepleiarar likar å vere med her, og me mstrar!

Det nivå me har lagt vår trening på er ennå ikkje lovpålagt treningsmengde, men ein kan tilpasse dette etter som ein vil til den stad ein bur og kva behov ein ser. Dei som deltek på treninga kjem også sjølve med framlegg til temaer eller anonymiser-te case som dei har erfart og som me tilpas-sar til treninga. Dette skjer via ein postboks – fysisk på legevaktskontoret – eller via e-post. Me kjører også ei litt større øving vår og haust med fleire skadde og innlånte markørar, og dette motiverer.

Me har ein 10 prosent kommunal still-ing for å drifte dette som starta som ein hobby, og har svært gode tilbakemeldingar fra både vårt personale så vel som sjukehus me samarbeider med. Ein kan lære meir om konseptet av kolleger eller på akuttme-disinsk blålys-kurs i Haugesund – dette går kvar haust.

Eg meiner dette er eit tiltak som bør inn for små og sårbare legevakter så vel som for store og differensierte – for å drive kvali-tetssikring. Konseptet til Helen Brandstorp og medarbeidere er ypperlig.

Kunnskap som delast, er lett å lære.

■ JAN.HELGE.DALLAND@KVINNHERAD.KOMMUNE.NO

TABELL 1: Case 1. TABELL: JAN HELGE HELLAND

113: Telefon vedr. jente 9 år, frisk i går, i natt høg feber. Alt vått i senga og nå forvirra, urolig og merkelig oppførsel: sint/uklar. Utslett som ikkje går bort under trykk.			
a) Hostet kraftig slim og 40,5 i temp og utslett ser ut som blodutredelser, ikkje nakkestiv eller lyssky. Bestefar i samme hus hadde lungebetennelse sist uke			
	Undersøkelse	Vurdering	Tiltak
A_{irway}	Puster sjølv, snakker få ord		
B_{reath}	Kortpusta, 35-40/min	Inndragninger = ?	Assistere med O2 ?
C_{irculation}	Bleik og kald perifert. Svak radialispuls > 120	Kapillærfylning < 4 sek – men kald Fingre har sjokkfare	Sjokktiltak??
D_{isability}	Forvirra, uklar, irritert Slapp i ekstremiteter	Hypotoni Mentalt uklar	
E_{nvironment}	Fryser/utilpass	Utslett som eccymoser	

TABELL 2: Case 2. TABELL: JAN HELGE HELLAND

113: Telefon vedr. flykningefamilie. Barn på 10 uker, Stølshaugvegen, nettopp ankommet fra Afrika. Barnet er svært tungpusta (rask overfladisk), klarer knapt holde sitt hode oppe, sannsynlig feber			
a) Gje råd per tlf + gjer vurdering akutt før og ved ankomst helsesenter, dette er på dagtid kl 08.15			
	Undersøkelse	Vurdering	Tiltak
A_{irway}	Puster sjølv, men henger med hodet	Open luftveg? Fremmedlegeme?	Skape frie luftveier
B_{reath}	Anstrengt respirasjon Inndragninger 60+	Utilstrekkelig pust? Pulsoksymetri?	O2 nær opptil ansikt + rac. Adrenalin (forstøver)
C_{irculation}	Puls 120, god radialispuls	Farge og kapillærfylning Klam hud?	IV-tilgang eller ikkje?
D_{isability}	Tung, slapp og trøtt Lite kontakt	Tonus og nakkestivhet Lysskky	
E_{nvironment}	Høgfibril. Tenke utland?	Temp og glc	

HVA ER KOMMUNE-BEST?

- BEST står for BEdre og Systematisk Traumebehandling – og går ut på at tverrfagelige team drilles i teori og ferdighetstrening i realistiske akuttmedisinske scenarier. Debriefing etter teamtrening vektlegges like sterkt som den praktiske treningen.
- Kommune-BEST (K-BEST) er et prosjekt-område innen stiftelsen BEST – og fungerer som et nettverk utenfor sykehus.
- Teamene i K-BEST settes sammen lokalt – etter hvem som vanligvis jobber sammen om akuttmedisinske oppgaver i den enkelte kommune.
- Den første treningen foregår over en dag – med veiledere fra BEST. Treningen skjer lokalt ved eller nær deltakernes arbeidsplass (helsesenter, legekontor, legevakt).
- Scenariene kan simulere alle typer problemstillinger: indremedisinske, gynekologiske, syke barn, psykiatri samt traumer. K-BEST ønsker at de lokale tjenestene skal fortsette å trene på egenhånd, etter første dag med tilreisende veiledere som har lært bort de pedagogiske prinsippene.

MER INFORMASJON: www.bestnet.no