

Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

8 2019
ÅRGANG 48

TEMA

Det gode samarbeidet

INNHold

1 LEDER: Det gode samarbeidet

Marit Tuv

2 It takes two to tango – men av og til må vi ha noen til å rette på takten

Ivar Thomsen

4 En overraskende telefonsamtale

Stine Alp

6 Samarbeid og tillit – finnes det alternativer?

Arnulf Heimdal

8 Luftetur på verandaen

Kjetil Sørdal Klungre

10 Der det gode samarbeidet sitter i veggene

Ståle Onsgård Sagabråten

14 Fra bekymret mor til avansert kirurgi – samarbeid redder 11 dager gammel jente

Ottar R. Fjose

16 Diabetesteamet – et vellykket samarbeid

Anne Grethe Olsen

18 En leksjon i samarbeid på ridebanen

Anita Husveg

20 Vær så god, neste! – Hei, og takk for sist!

Marit Karlsen

22 Starten på noe spennende

Britt Larsen Mehmi

24 Det skjedde noe magisk da fastlegen og 'fast-sykepleieren' i kommunen samarbeidet tettere

Berit Marie Lien

26 Skreddersøm for Berton

Torgeir Gilje Lid

28 Samhandling på glattisen

Bjørn Lyngen

30 Tenke selv og handle sammen

Olav Gunnar Ballo

FORSIDE: Helle Dunker

2.-3.-4. OMSLAGSSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



Det gode samarbeidet

De fleste av oss har opplevd at samarbeid kan ha ulik kvalitet, men det er ofte vanskelig å peke på hva det er som gjør at det fungerer på én arena, men slett ikke på en annen. Ibland arbeider vi så knirkefritt sammen at vi ikke ofrer samhandlingen en tanke. Hva er hemmeligheten bak et godt samarbeid? Finnes det en oppskrift – eller en nøkkel til suksess? Kanskje gjør det ikke det, men vi kan ta lærdom av andres erfaringer. I dette julenummeret har *Utpostens* redaksjon invitert kolleger over hele landet til å løfte fram historier om nettopp det gode samarbeidet.

Leger er nært knyttet til jobben sin, og mange peker på samarbeidet med pasientene og mellom de ulike tjenestene som en suksessfaktor for trivsel og kontinuitet. Allmennlegene samarbeider med og om pasientene sine, mens samfunnsmedisinerne har befolkningen i tankene i sitt virke. Målet for samarbeidet er det samme på individnivå som på systemnivå: en helsetjeneste som både oppleves og er trygg.

Trygghet krever tillit. Leder av Overlegeforeningen, Anne-Karin Rime poengterte dette i sin kronikk «Gi tilliten en sjanse» i *Dagens Medisin* i april i år:

«Man stoler på – eller våger – å ta en større risiko i samhandling med andre mennesker når man har tillit til dem. [...] Tillit kan ikke vedtas, men det er heldigvis smittsomt. Blir vi møtt med tillit, er det stor sjanse for at vi også lærer å møte andre med tillit.»

Flere av skildringene i årets julenummer berører nettopp dette med tillit som et fundament for godt samarbeid. Per Fugelli uttrykte det slik i sin kronikk «Tillit» i *Tidsskriftet* i 2001: «Tillit er det 'gudestoffet' som holder pasienten og legen sammen.» I noen deler av vårt langstrakte land er legens liv vevet tettere sammen med pasientenes liv enn andre steder – og

rolleforståelse er essensielt for at flokken skal kunne fungere godt i hverdagen.

En flokk trenger ledelse. Dette momentet er viktig i arbeidet omkring pasientene våre. Helsepersonellovens paragraf 4, tredje ledd, stadfester at ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient. God rolleforståelse og tydelig ledelse blir dermed en forutsetning for godt samarbeid.

Selvstendighet er en viktig lederegenskap som innebærer å stå på egne ben. Dette kan oppleves som en litt ensom posisjon å ha, men det er viktig for fellesskapet at noen tør å stikke seg ut og mene noe om retningen vi beveger oss i. Sitatet om å bry seg om flokken er blant Per Fugellis mest kjente. Mot slutten av livet nyanserte han dette, slik at det ivaretok hensynet til frihet så vel som fellesskap: «Vær et ett-tall på jorden, og bry deg om flokken din.»

Vi håper at dette julenummerets tekster vil vekke gjenkjennelse, tilhørighet og samhold. Alle lesere ønskes med dette en fredfull jul og et riktig godt nytt år!

MARIT TUV



It takes two to tango

– men av og til trenger vi noen til å rette på takten

■ IVAR THOMSEN
Fastlege, Forus legesenter

Mye er skrevet om lege-pasient-forholdet og betydningen av god dialog. Det aller viktigste for god og sikker diagnostikk er den gode dialogen basert på tillit og kjennskap over tid. Over tid kan imidlertid denne tilliten også slites og ende i skuffelse og mistillit – slik det også er i andre tette og nære relasjoner i livet.

Gjennom mine mange år i praksis har jeg hatt en del lange og gode pasientrelasjoner, som en dag har endt i skuffelse for pasienten. Det skjer når jeg har tatt feil, oversett en detalj i anamnesen, og ikke henvist der jeg burde ha gjort det. Stort sett ender ikke slikt i klagesaker, men av og til i brutt tillit og et brutt lege-pasient-forhold. Slik er livet som fastlege. Vi er på mange måter heldige som har et system som lar pasienten velge sin fastlege, med mulighet for å kunne «slå opp» når tilliten halter.

Noen ganger er det andre som redder oss ut av knipen når vi gjør noen tvilsomme diagnostiske vurderinger og ikke lever opp verken til det vi selv forventer av oss, eller det pasienten forventer. Stort sett går det bra, fordi de fleste er sørgelig klar over våre begrensninger og at vi ikke er ufeilbarlige. Da oppsøker de oss gjerne på ny og gir oss en ny sjanse. Kanskje vi snublet litt i dialogen, tok et feiltrinn.

En liten og ikke spesielt original historie illustrerer dette: En kvinne i 50-årene med krevende jobb, ikke-røyker, ingen familiehistorie på koronar hjertesykdom, oppsøkte meg for noen år siden med brystsmarter. Det startet i påsken i forbindelse med et stort og tungt måltid. Hun hadde fått syre-

hemmer på legevakten, men følte ikke at det hjalp. Symptomer var til stede både i hvile og ved anstrengelse. Det var ikke noe klart mønster når det gjaldt verken anstrengelse eller matinntak. Smertene kunne være klemmende og ganske intense. Hun hadde normalt blodtrykk, normalt EKG og normale lipider.

Dosen med syrehemmer ble økt. Hun ble ikke bedre. Mistanken gikk i retning av hiatushernie. CT thorax var negativt. Hun gjennomgikk en gastroskopi, som var negativ. Mage- og tarmspesialisten mente hun burde henvises videre til kardiolog, noe jeg også sørget for at hun ble, selv om jeg ikke fikk frem at hun hadde klassisk anstrengelsesutløst angina. Epikrisen derfra viste positivt A-EKG, og kardiologen skrev i epikrisen at selv om pasienten ikke hadde vanlige risikofaktorer, hadde hun klassiske symptomer på anstrengelsesutløst angina. Hun ble henvist til hjerteutredning med koronar angiografi, og det ble funnet signifikant stenose i LAD som ble blokkert ut og stentet.

Pasienten kom til time hos meg en uke senere, og jeg følte meg ikke så høy i hatten. Jeg var ærlig og sa til henne at jeg hadde bommet, men ble hjulpet av en mage- og tarmspesialist til å ta det riktige valget. Til min lettelse signaliserte hun ingen mistillit mot meg. Hun var svært fornøyd, og fortalte at hun ikke hadde opplevd bedre kondisjon på flere år. Nå kunne hun gå i trapper og motbakker uten å bli så trett og tungpustet som hun hadde vært de siste årene. Dette var noe hun hadde vent seg til

og lært seg å leve med – hun tenkte at kondisjonen var dårlig og trodde det skulle være slik. Ved nærmere ettersyn viste det seg også at hun hadde hatt lett forhøyede blodsukkerverdier og en prediabetes-tilstand, og at flere i familien hadde diabetes type 2, slik at dette kunne utgjøre en risikofaktor.

Jeg lærer stadig nye ting om kommunikasjon og fallgruver, selv innenfor helt klassisk medisin som jeg burde beherske. Denne historien er ikke spesielt original, og jeg burde absolutt ha avdekket at hun hadde koronarsuspekterte symptomer uten hjelp fra en mage- og tarmspesialist. Av og til kan vi bli litt for raskt forutbestemt, og det gjør at vi kanskje stiller spørsmål på en måte som er med og tildekker i stedet for å avdekke.

Jeg er glad det kan komme noen inn i dansen og korrigere oss når vi har kjørt oss opp i et hjørne og ikke er oss tilstrekkelig bevisst den store blinde flekken. Mage- og tarmspesialistens hint gjorde at denne pasienten slapp å få sitt hjerteinfarkt før korrekt diagnose ble stilt. Dette rådet er jeg svært glad for at jeg fikk. Iblant skal vi være glade for å få noen «utidige» hint fra andre, selv om vi kanskje strengt tatt burde ha sett det selv. Vi må erkjenne at vi er feilbarlige. Stort sett er vi svært flinke til å skille snørr fra bart, men en dose ydmykhet for at vi kan gjøre feilvurderinger er ikke feil.

■ IVAR.THOMSEN@LYSE.NET



En overraskende telefonsamtale

■ STINE ALP

Fastlege, Meland kommune, Hordaland

Min erfaring er at fastlegen er spesielt viktig for barn med kroniske sykdommer. En aktiv, kunnskapsrik og empatisk fastlege kan være avgjørende for god livskvalitet til de mest sårbare barna og familiene deres. En historie jeg opplevde da jeg jobbet som barnelege kan illustrere dette:

En multihandikappet gutt bodde langt fra sykehuset. Han var ofte innlagt, da barnale infeksjoner, små endringer i ernæring og mye annet raskt kunne gjøre ham livstruende syk. Han var avhengig av døgnpleie fra foreldre og hjemmesykepleie. Dessverre var tilstanden hans så ustabil at det fra sykehusets side var vanskelig å finne behandling som stabiliserte så mye at han kunne være hjemme. Hver sykehusinnleggelse og kontroll medførte mange timers reise i drosje for gutten, mor og et par assistenter. I tillegg måtte den andre forelderen være alene med resten av barna hjemme. Til tider var det enten innleggelse eller polikliniske kontroller flere ganger i uken.

En dag ringte guttens fastlege til sykehuset. Hun lurte rett og slett på hva de kunne gjøre hjemme, i kommunen, for at disse innleggelsene og kontrollene kunne reduseres. Hun fortalte at de kunne strekke seg veldig langt: blodprøver, drikkelister, veiinger, daglige vurderinger av hydreringsstatus og andre kliniske observasjoner var trolig ikke noe problem for dem å få til. De gjorde jo mye av dette uansett. Det skulle

ikke være så vanskelig å få satt observasjonene i system slik at behandlingen kunne styres ut fra dette.

Vi ble litt overrasket på sykehuset. Vi hadde tenkt at dette var så vanskelig å få til at vi ikke engang hadde forsøkt. På sykehuset hadde vi observert verdens beste mamma, med verdens mest sirlige perm med verdens mest oversiktlige notater og verdens mest dedikerte assistenter, men ikke forstått at disse var kapable til mye mer enn å følge et sykt barn til kontroller på sykehus. Det hadde imidlertid fastlegen sett, forstått og anerkjent. Og nå ringte hun sykehuset og gjorde oss oppmerksomme på det. Verdens beste fastlege, tenkte jeg da.

Vi tok det selvsagt på alvor. Behandlingsstrategien ble endret slik at barnet fra da av i mye større grad ble vurdert og behandlet hjemme – der han, verdens beste godgutt, og resten av familien hadde det aller best.

Det er i de mest komplekse sakene det er viktigst at samarbeid fungerer godt. Det er ofte i de sakene at man jobber best også, når en kjenner at den måten en velger å jobbe sammen på utgjør en virkelig forskjell for den det gjelder.

Jeg har mange ganger blitt imponert over hvor systematisk og godt foreldre til de sykeste barna jobber. Jeg ser dem tydelig for meg: Disse foreldrene som kommer til sykehuset trillende på et barn i vogn eller rullestol. En bag full av avansert medisinsk utstyr, bleier, mat og skifteklær i den ene

hånden og en perm med epikriser, prøvesvar og «dag til dag-observasjoner» fra familie/pleiepersonell hjemme under den andre armen. Denne type foreldre har alltid full innsikt og oversikt over de medisinske problemstillingene som gjelder barnet deres. I løpet av en kort poliklinisk time klarer de å sette seg inn i og ta stilling til ulike behandlingsstrategier for barnet samtidig som de ivaretar barnet, skifter bleier, setter i gang ernæringspumper og håndterer epileptiske anfall og andre uforutsette ting. Alle oppgaver utføres med ro, varme og tilstedeværelse. Når de senere kommer hjem, overfører de kunnskap og informasjon til pleiepersonell, assistenter og skole. De ivaretar et sykt barn og søsken døgnet rundt. Uke etter uke. År etter år. Foreldre som gjør alt for at deres barn skal ha det så bra som mulig. De er imponerende. Verdens beste foreldre.

Nå gjør de jo ikke alltid dette helt alene. Heldigvis. Dersom foreldre skal klare å jobbe slik, trenger de god støtte og hjelp fra alle deler av samfunnet. Det er ikke lett å få til. Jeg skulle ønske vi leger ble enige om å anerkjenne og støtte disse foreldrene mye mer. Og at vi hjelpere ble flinkere til å se, forstå og verdsette hverandre.

■ STINE.ALP@MELAND.KOMMUNE.NO



*Personene på bildet
har ingenting med
historien å gjøre*

Samarbeid og tillit – finnes det alternativer?

■ ARNULF HEIMDAL

Fastlege, Kjelsås Legesenter, Oslo

Dagens siste pasient på øyeblikkelig hjelp-time: Johanne på tre år som jeg aldri har møtt før. Hun har hatt vondt i ørene noen dager, særlig om natten, og mor fjernet i går kveld et dren som lå i ytre øregang. Dette fikk hun operert inn i en annen by for seks måneder siden, og fikk da samtidig fjernet både mandler og polypper etter mange ørebetennelser de første årene.

Johanne går foran inn på kontoret og setter seg rolig opp i riktig stol. Mor setter seg ved siden av. Jeg spør hvor gammel hun er, og hun svarer frimodig om både alder og hvilke tall som kommer etter tre. Hun forteller så at hun har hatt vondt i ørene, men er bra nå. Mor supplerer litt om detaljer. Johanne lar meg deretter uten protester eller spørsmål få se en klassisk serøs otitt på begge sider.

Tidligere på dagen ringte en av våre erfarne legesekretærer inn og mente jeg burde se på en pasient som var til planlagt sårskift. På skiftestuen satt en kjent 90 år gammel vital pasient som hadde et traumatisk leggsår i god bedring, men nå med økende ødemer i begge ben. Etter sårskiftet fant vi tid til videre undersøkelse og utredning, og begynnende behandling ble startet der og da.

Disse hendelsene er enkle eksempler på samarbeid: Johanne og mor samarbeider for å finne ut av hva som kan gjøres videre

med ørene til Johanne. Deretter samarbeider Johanne med legen med samme mål. Internt på legekontolet samarbeider vi om ganske mye – i dag også om å finne ut hvorfor vår spreke 90-åring hadde hovne anklær.

Ingen dramatik i dag, kun nokså vanlige problemstillinger i en normal norsk allmennpraksis. Men disse, og de fleste andre vi møter i løpet av en dag, har noe grunnleggende til felles. Noe som gjør at det er mulig å samarbeide. Johanne og hennes mor, 90-åringen og legesekretæren har tillit til at legen kan hjelpe. Legen har tillit til at mor har observert riktig og vil det beste for sin datter. Legene og medarbeiderne på kontoret har tillit til hverandre, deler et felles ønske om å hjelpe, og har nødvendig kunnskap for å kunne gjøre dette.

Denne tilliten er basert på erfaring fra tidligere opplevelser og kjennskap til hverandre. Et barns tillit til sine foreldre, en mors tillit til legen, og en gammel pasients tillit til sine lokale hjelpere på legekontolet.

De fleste tar dette for gitt – det er en selvfølgelighet vi sjelden eller aldri funderer over i hverdagen. Kanskje verdt å ofre en tanke av og til? Kanskje spesielt i disse dager der stadig flere av oss opplever på kroppen hva som har skjedd med samarbeidet og tilliten mellom våre ledende helsepoli-

tikere og helsebyråkrater og landets fastleger.

Er det mulig å tenke seg dette annerledes? Et samarbeid uten gjensidig tillit?

«Tillit er det gudestoffet som holder pasientene og legen sammen.» Sitatet er fra avdøde kollega Per Fugelli. Han kunne tilføyd det samme om de mange som jobber for samme mål i vårt helsevesen. Hvordan ville hverdagen vår vært uten samarbeid og tillit? Per Fugelli hadde et svar:

«Uten tillit ville medisinen være en slagmark invadert av advokater, byråkrater, journalister, kontrollører, konsumenter og spekulanter.»

Fastlegeordningen er nå truet – først og fremst av et mangeårig manglende ønske om samarbeid med fastlegene fra våre sentrale myndigheter, samt deres manglende kunnskaper om virkeligheten i fastlegeordningen. Dette har over lang tid medført en sviktende tillit til disse hos stadig flere av landets fastleger. Vi er dermed på vei mot Per Fugellis dystopi.

For vårt felles solidariske helsevesen er dette alvorlig. For samfunnet vil det bli dyrt. For Johanne, hennes mor og vår spreke 90-åring kan det bli både dyrt og farlig.

For en gangs skyld er svaret på det innledende spørsmålet enkelt: Svaret er nei.

■ ARNULFHEIMDAL@GMAIL.COM



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Luftetur på verandaen

■ KJETIL SØRDAL KLUNGRE

Fastlege, Verdal kommune

«Dette klarer eg ikkje, eg må ha luft» sa pasienten. Heldigvis har kontoret mitt ein veranda med luft i store mengder, så pasienten hasta ut og lukka døra etter seg. Igjen satt eg og den psykiatriske sjukepleiaren som hadde kome saman med pasienten. Eg tenkte etter om det var noko spesielt vi hadde sagt som hadde skremt ut pasienten. Det var nok ikkje det, vi skrapa berre i overflata på eit gammalt sår. Eg kika bort på sjukepleiaren, vi kan kalle ho Mette. Vi sukka og smilte begge to.

Eg har likt å ha med Mette på konsultasjonar saman med felles pasientar. Då skjerper vi oss litt, både pasientane og eg – som om vi var The Beatles og fekk besøk av Eric Clapton i studio. Eg brukar ofte å starte ein samtale med å spørje om korleis det går. Kva har skjedd sidan vi snakka saman sist? For somme pasientar blir dette spørsmålet så alt for stort. Då er det godt at Mette kan fortelje at dei har snakka om litt av kvart, og at nokre ting går betre medan andre ting kanskje må jobbast meir med. Og så nikker eg og pasienten, kanskje kjem

ein av oss med eit innspel eller eit spørsmål, og så er vi på glid. Vi snakkar om kva vi ønskjer å oppnå, kva vi skal gjere med sjukmeldinga, om vi skal prøve oss med nokon små tablettar eller heller la det vere. Til slutt røyser vi oss og har ein felles tanke om kor vi skal gå.

Men denne dagen var det berre éin som hadde røyst seg, for ein strategisk retrett, og eg og Mette sat på kvar vår stol og sa ikkje noko på ei stund. Etter kvart vart det klart at verandadøra ikkje ville opne seg med det første. Mette tok ordet og ga nok informasjon om kva ho og pasienten hadde snakka om veka før til at eg kunne forstå kvifor pasienten no sto og kvilte seg på rekkverket. Vi diskuterte korleis vi kunne hjelpe pasienten på best mogleg måte og var einige om at eit viktig mål var å skape betre mestringsverktøy. Ein kan ikkje planlegge livet ut i frå kor ein kan finne ein veranda.

Til slutt kom det eit forsiktig klikk i dørhandtaket, og pasienten trippa inn frå kulda med raude roser i kinna og eit oppgitt

flir om munnen. Mette og eg presenterte våre tankar om vegen vidare, og pasienten var einig i at det vi foreslo virka lurt. Meir sa vi ikkje, utanom at vi avtalte tidspunkt for neste møte.

For meg er denne historia eit eksempel på godt samarbeid. Eg og Mette var og er trygge både på kvarandre og på vår felles kompetanse. Med utgangspunkt i dette kan vi både ta og gi frå oss ansvar, i visse om at pasienten blir tatt hand om på ein god måte. Eg trur ein føresetnad for eit slikt samarbeid er det personlege møtet og relasjonen som blir til ved samarbeid over tid. Ingenting er meir viktig i helsevesenet enn tillit – tillit mellom behandlar og pasient, men også mellom helsepersonell.

Eg var spent på korleis det skulle gå – neste gong vi møttest på mitt kontor. Ingen måtte ut på verandaen – det var kanskje den viktigaste indikatoren på at vi var på rett veg. At eg hadde rydda verandaen til ingen nytte, får eg heller tåle.

■ KKLUNGRE@GMAIL.COM

Der det gode samarbeidet

■ STÅLE ONSGÅRD SAGABRÅTEN

Fastlege, Nesbyen legesenter

Nesbyen legesenter har i realiteten fungert som et primærhelseteam i en årrekke, skriver forfatteren. Han er nummer 2 fra høyre på bildet. FOTO: PRIVAT



sitter i veggene



Jeg er fastlege i Nes kommune i Buskerud, fra nyttår Nesbyen kommune. For å unngå forveksling med storebror på Romerike når vi ved nyttår trer inn i storfylket Viken, ønsket kommunalminister Mæland et navneskifte av «beredskapsmessige årsaker». Vi nesninger var såpass dynamiske at vi skiftet navn på hele kommunen til det folk vanligvis kaller kommunesenteret vårt: Nesbyen – kanskje best kjent for å være Norges varmeste sted, 35,6 grader i 1970.

Kommunen vår ligger 17 mil fra Oslo i en dal som var nokså avsondret fra omverdenen, i alle fall før den norske stat brukte et helt statsbudsjett og bygde Bergensbanen. Da den åpnet i 1909, ble også dalen åpnet mot omverdenen og førte til at de seks Hallingdal-kommunene ble til en av landets største turistregioner. Faktisk er det i vår kommune flere hytter enn innbyggere: 3417 hytter mot 3314 innbyggere. Når snøen legger seg over bygda og fjellheimen, øker befolkningen så mye som fire ganger!

Å drive fastlegepraksis i en kommune som vår, byr på hektiske, men spennende dager. Ikke bare skal vi ta oss av de fastboende, men også sørge for daglegevakt for både nesninger og turister. Og turistene, de liker å drive med risikoaktiviteter som fort gir skader – gressklipping på hyttetak, rydding av kratt med øks og ikke minst slalåmkjøring. Vår nye «vekstnæring» er utforsykling – en sikker leverandør av kutt- og bruddskader til legekontoet. Den mest trafikkerte veien mellom øst og vest, Rv 7, dunderer også gjennom kommunen. Vi må derfor alltid være forberedt på å rykke ut til trafikkulykker.

Det er et stort ansvar å jobbe som fastlege i et slikt distrikt, men heldigvis er en ikke alene. Noe av det som gjør at jeg hver dag gleder meg til å gå på jobb, er det gode samarbeidet på kontoret – først og fremst med to andre spesialistkolleger, en erfaren utdanningskandidat og stadig nye, lærevillige og toppmotiverte LIS1-leger. Jeg må heller ikke glemme å nevne legestudentene fra UiO som vi har på lån tre ganger i

året. I tillegg har vi gjennom en såkalt 8.2-avtale med kommunen ansatt tre sykepleiere i hel- eller deltidstilling; en med kreftsykepleierutdanning og en hjertesyekepleier. En bioingeniør med over 30 års erfaring har ansvaret for laboratoriet. Lege-sekretæren kjenner befolkningen etter mange tiår i «luka».

Kontoret vårt utgjør i realiteten et primærhelseteam, som har fungert lenge før helsemyndighetene fant på at de skulle pilotere denne «nyskapningen». Sykepleierne våre har gjennom mange års arbeid utviklet seg til å bli avanserte spesialister i klinisk allmennsykepleie lenge før den nye AKS-utdanningen ble påtenkt. De forsterker teamet vårt og avlaster legene i mange oppgaver, men har ingen ønsker om å være selvstendige «mini-leger».

Vi mener vår modell, som har blitt til gjennom mange års prøving og feiling, er verdt å lære av. Nylig hadde kontoret besøk

av «trepartssamarbeidet» (Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen), som kom for å se hvordan vi samarbeider tverrfaglig på kontoret og med resten av helse- og sosialtjenesten i kommunen. Jeg tror samarbeidet gjør oss alle til bedre yrkesutøvere, til glede for pasienter og pårørende.

Det er ikke bare på kontoret vi tenker samarbeid og tverrfaglighet. Kontoret vårt holder til i den ene enden av et typisk helse- og sosialbygg fra 1980- og -90-tallet. Over gangen sitter et knippe flinke og engasjerte helsesykepleiere, i motsatt ende finner vi to fysioterapeuter og et NAV-kontor med svært kompetente sosionomer. I et tilbygg til helse- og sosialsenteret fikk vi for noen år siden nye, gode naboer i ambulansetjenesten. Bare ti prosent av landets legevaktkontorer er samlokalisert med legevakten; men vi erfarer at dette har åpnet for tett og godt samarbeid med paramedic'en Roger

og de ivrige kollegene hans. Ved akutt alvorlig sykdom eller ulykker, kan vi rykke ut sammen. Når alpinistene eller syklistene kommer inn med stygge brudd eller forurensede sårskader, er det godt for legen på alenevakt å kunne hente hjelp på ambulansbasen for å hjelpe til med sårbehandling og gipsing. Sammen kan vi gjøre ting som en vanligvis bare får gjort på sykehus eller en større legevakt. Samarbeid gjør oss bedre.

Av og til må vi bruke telefonen eller pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) for å finne ut av tingene for pasientene våre. Siden i sommer har vi spart mye tid på å slippe å vente i telefonen ved at vi kan nå våre kolleger på sykehuset elektronisk. Gjennom dialogmeldinger kan vi få kjapp og effektiv kommunikasjon rundt enkle og av og til litt mer sammensatte problemstillinger som ikke trenger konsultasjon på sykehuset for å få sin løsning.

Sykepleier Reidun Haraldseth styrer kommunens hjemmesykepleie-flåte med effektiv og smidig hånd; en viktig samarbeidspartner for fastlegene.



Gjennom 8.2-avtalen med kommunen føler vi oss ekstra knyttet sammen med resten av den kommunale helsetjenesten – også ut over de faste offentlige bistillingene vi har i helsestasjon og sykehjem. På sykehjemmet har vi KAD-senger som vi kan legge inn til fra legekantoret eller fra legevakt. Siden vi kjenner disse pasientene best, stiller fastlegene opp på telefon eller avlegger et besøk også utenom kontortid og vakt. Dette oppleves ikke som noen belastning på legene siden sykepleierne sjelden bruker denne muligheten, med mindre de må ha et råd. Tryggheten for at de har muligheten for å konsultere en som kjenner pasienten godt, ser ut til å gjøre dem sikrere.

På legesenteret har vi lagd en egen «visittturnus» der en av legene ukentlig besøker bokollektivet for demente og boliger for heldøgns omsorg, hvor beboerne er definert som hjemmeboende og dermed har beholdt fastlegen. Beboerne betjenes av sykepleiere og vernepleiere som også trenger «sparring», ikke bare om enkeltpasienter, men om overordnede, faglige problemstillinger. Siden en alltid lærer mer av å høre på andre enn å snakke selv, er disse møtene med flinke demenssykepleiere alltid interessante og faglig stimulerende.

Det som kanskje imponerer meg mest og gir meg følelsen av å være del av et stort apparat som hele tiden jobber for pasientenes beste, er hjemmesykepleien. Dersom jeg har en pasient som trenger ekstra oppfølging under en infeksjon, hjelp til blodsukermålinger, eller hvor tarmen har gått aldeles tett og et oljeklyster må settes, er det bare å løfte av røret og slå «901 04 166». På dagtid svarer sykepleieren Reidun, som gjennom en mannsalder i kommunen har skaffet seg inngående kunnskap om bygdas innbyggere. Når problemstillingen er forklart og ønsket fremført, sier Reidun alltid «ja» og «det skal vi selvfølgelig ordne». På kveld, natt og i helg blir telefonen besvart av like positive medarbeidere.

Reidun personifiserer det jeg er aller mest stolt av i kommunen min: Ønsket om å ordne opp slik at syke og hjelpetrengende føler seg trygge og ivaretatt, samtidig som de kan være i nærheten av sine kjære – om de er bosatt i bygda eller bare på besøk på ei hytte og har behov for helsehjelp. Gjennom samarbeid og en positiv vilje til å finne løsninger, klarer vi ofte å få oppfylt dette ønsket!



Fra bekymret mor til – samarbeid redder 11 dager

■ OTTAR R. FJOSE

Fastlege og sykehjemslege, Voss

Historien jeg vil dele er ett eksempel på noe vi gjør ofte, å undersøke barn, og noe vi gjør heller sjeldent, å være med på å avdekke livstruende sykdom.

Behandlingen involverte mange nivåer; fra helsestasjon via fastlege, barneavdeling, ambulansetjeneste med fly, nyfødtintensiv avdeling og thoraxkirurgisk avdeling på Rikshospitalet.

Barnet var født ved en ukomplisert fødsel, igangsatt sju dager etter termin på grunn av lett preeklampsi.

Mor kommer til meg med barnet for første gang da barnet er 11 dager gammelt. De har fått øyeblikkelig hjelp-time rett etter lunsj. Hun har to eldre søsken. Jeg er fastlege til alle.

Mor har vært på helsestasjonen og kommer til meg på grunn av bekymring for den nyfødte. Hun har reagert på at respirasjonen er for rask.

Jeg noterer følgende under anamnese-opptak:

«Hurtig respirasjon. Mor har snakket med jordmor og ønsker en sjekk. Tapt seg i vekt 100 gram siden fødselen fra 4250 til 4125 gram. Tar brystet greit mange ganger i døgnet, ca. hver tredje time. Mor startet på AB Dicloclil 12 /4 og det har bedret seg.

Føler at barnet ikke får nok brystmelk nå. Resp frekvens ca 70.

Sover greit, bæsjer og tisser normalt. Sover ganske mye.»

og funn:

«Beveger alle lemmer helt spontant. Roer seg ned på fanget etter en stund. Sidelik respirasjon, men hurtig; ca 80/min – talt flere ganger. Ingen fremmedlyder på lungene. Puls: 140. Kapillær fylning ca. 2 sek. Ingen cyanose. Fin farge på leppene.

Temp: 36,7 i pannen.»

Jeg har vennet meg til å kle av overkroppen helt hvis jeg ønsker å lytte på hjerte og lunger på barn. Mange foreldre nøler litt med å kle av hele bodyen, men jeg pleier ikke gi meg før den er helt av. Jeg finner altså ikke så mye på undersøkelsen, men reagerer på respirasjonsfrekvensen som jeg vet aldri bør være over 60 pr. min.

Jeg ringer, mens mor hører på, til barnelegen på regionsykehuset og ber om råd. Det blir en ganske kort samtale. Den kvinnelige vaktlegen er snar med å konkludere med at de får komme til innleggelse på barneavdelingen.

Vi blir enige om at de skal kjøre av gårde til barneavdelingen med egen bil, så snart de kan. Konsultasjonen er ganske rask.

Det er ca halvannen times kjøring til barneavdelingen.

Allerede dagen etter får jeg første epikrise fra barneavdelingen.

På barneavdelingen finner de at SpO₂ er 99 i høyre hånd, men bare 70 på venstre fot. Blodtrykket på overarmen er 117/94, på foten er det ikke målbart. Lyskepuls er ikke palpabel. Respirasjonen er påskyndet og anstrengt med inndragninger, periodevis stønnende pust.

Røntgen thorax: Betydelig forstørret hjerte med tegn til svikt. Betydelig forstørret hjertehalvdel.

Ekkokardiografi viser: Høyre ventrikel er større enn venstre. Venstre til høyre shunt over PFO; persisterende foramen ovale. Det er ikke mulig å få en god fremstilling av aorta distalt for avgangen av arteria subclavia sinister, morfologi som ved avbrutt bue.

Pro-BNP > 35 000.

Barnet får CPAP-behandling og prostaglandin-infusjon for at ikke ductus arteriosus skal lukke seg. Hun blir fløyet i løpet av natten til Rikshospitalets nyfødtintensiv avdeling. Derfra blir hun straks flyttet videre til thoraxkirurgisk avdeling.

Allerede døgnet etter de tok kontakt ble barnet operert for koarktasjon av aorta (koarktasjon er latin og betyr innsnevring) med en ende-til-side anastomose av aorta.

Sternum blir lukket dagen etter hjerteoperasjonen. Hun ble ekstubert to dager etter operasjon.

Blodprøvene normaliserte seg, lyskepuls fikk god fylde. Hun ble utskrevet fra Rikshospitalet ni dager etter operasjonen. Etter ytterligere en uke på vår lokale barneavdeling kunne hun skrives ut med utmerket allmenntilstand, ubesværet respirasjon, upåfallende operasjonssår og vekt 4200 gram. Behandling med ACE-hemmer mikstur for hypertensjon.

I løpet av året etter hjerteoperasjonen har hun utviklet seg på alle måter normalt, også motorisk og språklig.

Hun har hatt fire kontroller på barneavdelingen etter operasjonen.

Hun har siden vært til konsultasjon hos meg tre ganger. En gang åtte måneder gammel, på grunn av hoste, snørr og tetthet som hadde vart i flere uker. Det kunne være en RS virus infeksjon, men hun var ved god allmenntilstand. Mor fikk råd om nesesdråper, morsmelk eller saltvann, eller Rhinox i inntil tre dager. Ventoline som behandling for hosten.

Foreldrene er takknemlig for behandlingen de har fått.

Historien er fortalt med samtykke fra foreldrene.

■ FJOSE@VANGSTUNETLEGESENTER.NO

avansert kirurgi gammel jente



BAKGRUNNSBILDE: COLLABOX



Diabetesteamet – et vellykket samarbeid

■ ANNE GRETHE OLSEN

Helse- og sosialdirektør, Fylkesmannen i Troms og Finnmark

Det er forventninger fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet om at også allmennleger skal jobbe i team, og reaksjonene på dette har ikke vært spesielt positive fra fastlegenes side. For allmennlegen selv er «bøtta full», og teamarbeid synes uoverkommelig i en presset hverdag. Før fastlegeordningen kom, hadde vi diabetessykepleier på legekantoret vårt. Hun samarbeidet med hver og en av oss, og hennes tilnærming til pasientene tilførte diabetesomsorgen vår noe verdifullt. Hun hadde bedre tid, hun undersøkte føttene til diabetikerne – noe vi legene ofte glemte – og hun hadde en egen evne til å bidra til at vi kom i mål med behandlingen også hos de vanskeligste pasientene. Da fastlegeordningen kom, og vi ble delt, gikk hun over til et av de andre legekantorene, men jeg savnet henne og det hun tilførte diabeteskontrollene av mine pasienter.

Da jeg for noen år siden begynte å jobbe som leder i sykehus, med ansvar for samhandling, kvalitetsarbeid, utviklingsarbeid, fag, forskning og e-helse, kjente jeg fort på tomrommet etter pasientene mine. Plutselig var det ingen som hadde behov for mine fagkunnskaper og min omsorg på samme måte som før. Og det var heller ingen som brydde seg om meg på samme måte som før, og fulgte interessert med på hva jeg holdt på med både jobbmessig og privat. Det er jo slik med pasienter man har hatt en stund som fastlege; de bryr seg like mye om deg som du gjør om dem, og det er en god følelse. Å bety noe for noen er kanskje like viktig for legen som for pasienten?

Jeg begynte i alle fall å kjenne på at noe manglet i arbeidshverdagen min, og det var da jeg oppdaget at sykehusets diabetesteam ikke hadde en fast lege. Etter dialog med ansvarlig diabetessykepleier, avdelingsleder og direktør var avtalen på plass. Jeg fikk anledning til å jobbe inntil

20 prosent stilling på poliklinikken som lege i diabetesteamet. Gleden var stor over å få lov til å jobbe med pasienter igjen, å lære mere om diabetes og å få jobbe i et team. Diabetesteamet besto av to diabetes-sykepleiere; en med ansvar internt i sykehuset og en med ansvar ut mot kommunene, klinisk dietist og meg.

Vi samarbeidet godt og utfylte hverandres kompetanse. Jeg er ikke endokrinolog, men allmennlege med generalistkompetanse og spesiell interesse for diabetes, kosthold, fysisk aktivitet, forebyggende medisin og motiverende samtaler. De to diabetessykepleierne hadde ulike kompetanse og erfaring og var svært dyktige på hver sin måte. Vår kliniske dietist hadde også lang erfaring og solid kompetanse, og hun var flink til å undervise. Jeg hadde funnet mitt «dreamteam», og jeg fikk anledning til å møte pasienter igjen.

Diabetesteamet utviklet en effektiv og god måte å samarbeide på. Når vi hadde polikliniske konsultasjoner, gikk pasienten først inn til diabetessykepleier, som lastet ned data fra målere og pumper, tok opp anamnese, kartla utfordringer og undersøkte føtter, innstikkssted med mer. Hun startet utfylling av Noklus diabetesskjema. Deretter kom de begge inn til meg, og vi hadde en felles samtale om utfordringer og behandling. Så gikk sykepleier ut og jeg utførte en legeundersøkelse, så gjennom blodprøvesvarene og gjennomgikk øvrig medikasjon, før jeg fullførte utfyllingen av Noklus-skjemaet. Dersom det var høye lipidverdier eller annet som tilsa samtale om ernæring, ble pasienten henvist videre til klinisk dietist. Når hun var til stede på samme kontorsted som meg, så tok hun pasienten rett inn. Ofte fullførte jeg det polikliniske notatet før jeg fikk inn neste pasient og sendte det direkte til fastlegen samme dag.

Pasientene ga uttrykk for at de satte pris på å komme til oss. Kanskje fordi vi var så samkjørte og etter hvert ble så godt kjent med dem, at de slapp å fortelle historien sin mange ganger? Eller kanskje det var fordi vi var så fornøyde med måten å jobbe på at det syntes utenpå; vi ble rett og slett i godt humør av å jobbe sammen. Det kan selvsagt også være fordi diabetessykepleierne var så dyktige og hyggelige. Resultatene våre ble i alle fall brukbare, spesielt for HbA_{1c}, blodtrykk og gjennomførte prosedyrer.

Vi hadde undervisning for kolleger på sykehuset og for allmennleger og annet personell i primærhelsetjenesten, samt LMS-kurs for pasienter og pårørende. Kursene i kommunene arrangerte vi sammen med diabetesteamet i et samarbeidende lokalsykehus. De hadde nefrolog i sitt diabetesteam, og vi underviste godt sammen. Etter disse undervisningsrundene i kommunene og besøk på allmennlegekantorene av en av våre diabetessykepleiere, så vi at antall fastleger som tok i bruk Noklus diabetesregister økte fra 11 prosent til 42 prosent (fra 2017 til 2018) i fylket vårt. Finnmark kom derfor på andreplass etter Nordland i årsrapporten fra Noklus diabetesregister for voksne 2018 over antall allmennleger som registrerte pasienter i registeret. Vi velger å tro at vi medvirket til dette.

Denne lille fortellingen er egentlig ikke fra allmennpraksis, og den handler heller ikke om en konkret hendelse hvor jeg opplevde inspirerende samarbeid, men en lang rekke hendelser hvor vi samarbeidet godt i diabetesteamet. Og det var jo det historien skulle handle om; et vellykket samarbeid mellom en allmennlege og noen samarbeidspartnere, som jeg tror førte til at totalresultatet ble bedre enn summen av innsatsen fra de enkelte aktørene.

■ ANGR-OLS@ONLINE.NO



En leksjon i samarbeid på ridebanen

■ ANITA HUSVEG

Fastlege, Rana kommune • PKO-leder, Helgelandssykehuset

Utposten utfordret meg til å skrive om samarbeid, kanskje fordi jeg har jobbet som praksiskonsulent og PKO-leder i noen år og har undervist om samarbeid og samhandling på grunnkurs for unge allmennleger. Så da er jeg vel over middels god å samarbeide, da? Nei, dessverre. Som fastlege, PKO-kollega, pårørende, partner og mor består livet av samarbeidsutfordringer på alle kanter!

De siste årene har det dukket opp noen fine ord for samarbeid: Teamwork er populært i andre etater, men i helsetjenesten er det ordet *samhandling* som gjelder. Det er laget en hel reform basert på dette ordet, og det er skrevet lange og tungleste tjenesteaftaler (et annet fint ord) som definerer hvem som skal gjøre hva. I kommunen har vi fått et samarbeidsutvalg, og i det regionale helseforetaket et samhandlingsutvalg. Det arrangeres samhandlingskonferanser og samhandlingsdager. I 2019 kom det endatil en samhandlingstakst, slik at vi fastleger får noen kroner fra HELFO for å drøfte en pasient med en sykehuskollega.

Så hvorfor klarer vi ikke å samarbeide bedre i helsevesenet? Hvordan oppstår situasjoner der vi lar pasienten lide, mens vi er opptatt av å slå hverandre i hodet med samarbeidsaftaler? Det kan virke litt underlig og kanskje også litt trist at vi er nødt å ha avtaler, veiledere, retningslinjer, konferanser og takster for å få til å samarbeide. Tenk om vi i stedet samarbeidet fordi det var det beste, både for oss og pasienten, ikke bare fordi en reform eller avtale sa vi skulle det?

Det finnes faktisk noen som får til dette med samarbeid, eller samhandling. Jeg er

vokst opp på gård, med fire søsken. Fra var jeg var ganske liten fikk jeg og min eldre søster sammen ansvar for våre egne skift i fjøsen. Som søsken flest var vi ganske ofte uenige, men i fjøsen krangla vi aldri. I fjøsgangen krangler man ikke om hvem sin tur det er til å sette på eller ta av melkemaschinen, man gjør jobben. Ellers lider jo kua, det er vondt med melkemaschinen på tomme jur, og enda vondere dersom den ikke blir melka. Jeg og søsteren min arbeidet sammen, men selvstendig og gjorde våre oppgaver, til beste for dyrene på gården. Det å alltid sette dyras beste først er verdifull lærdom jeg har fått fra min far bonden.

Et annet eksempel på godt samarbeid er fra ridebanen, der jeg ofte observerer datteren min og de andre rytterne fra sidelinja. Som rytter er du nødt til å samarbeide med hesten, du må gi signaler som den forstår, og selv forstå signalene den gir. Tenk på et sprangstevne med høye hinder på banen, musikk og annen støy. Den forskremte hesten er kanskje ti ganger tyngre og sterkere enn den lille rytteren på ryggen. Noe skjærer seg i samarbeidet. Kanskje har rytteren gitt uklare signaler til hesten? Plutselig blir det bråstopp foran hinderet. Rytteren flyr gjennom lufta. Tårer og neseblod flyter.

Når datteren min får summet seg etter fallet reiser hun seg og går mot hesten. Hun kjefter ikke, men sier noen beroligende ord. Hesten roer seg, den føler seg trygg. Hun får fatt i hesten, klapper og stryker den, og leier den ut av banen. De tapte konkurransen denne gangen fordi samarbeidet skar seg, men går sammen av banen,

fortsatt med full tillit til hverandre. Det første hun sier til meg eller ridetreneren etterpå, er som oftest «Jeg vet nøyaktig hva jeg gjorde feil som gjorde at hesten stoppa!». Av og til kan hun spørre: «Mamma, så du hva jeg gjorde feil?» På neste trening jobber hun med å rette opp dette, slik at det skal gå bedre neste gang.

Kanskje bør jeg som lege gjøre som rytterne og spørre meg selv hva jeg gjorde feil, neste gang samarbeidet med en kollega skjærer seg? Var jeg for vag i min muntlige beskrivelse av pasienten? Kom den faktiske problemstillingen godt nok frem i henvisningen? Hadde jeg en forutinntatt oppfatning om at sykehuslegen kom til å stille spørsmål ved behovet for akuttinnleggelse, og endte opp med å være unødig krass fra første setning?

Det nærmer seg jul, sier kalenderen, en tid som kan stille ekstra krav til samarbeid og samhandling på alle livets fronter. På kontoret skal vi få til en rettferdig fordeling av julevakter, og forberede oss på travle dager med redusert åpningstid og bemanning. Hjemme kommer svigermor på middag, og både mine, dine og våre barn har skolefri, og er nødt til å klare å være sammen med hverandre og resten av familien mange dager i strekk.

La oss alle i minst en av våre samhandlingsutfordringer nå rundt jul forsøke å trekke pusten dypt og tenke «Hvordan kan jeg gjøre dette bedre?» i stedet for å irritere oss over hva alle andre burde gjort bedre.

■ AHUSVEG@GMAIL.COM



– Vær så god, neste! – Hei, og takk for sist!

■ MARIT KARLSEN

Fastlege, Kautokeino legesenter

Jeg var en gang på et kurs der åpnings-spørsmålet var: «Er du lege eller *jobber* du som lege?». Det kom tydelig fram at jo mindre kommunen var, desto større var følelsen av å *være* lege – kanskje fordi hyppig legevakt blir en livsstil hvor man alltid bærer rollen med seg.

Befolkningen på slike små steder bommer sjelden i dette godt innøvde, automatiserte og elegante «rollespillet»: Det å være vår for de glidende, sømløse overgangene i rollene – og respektere hvilken hatt sambygdingen har på seg – ligger i ryggmargen hos folk. Trua på at man kommer langt med folkeskikk og vennlighet eksisterer fremdeles i distriktene, og hver og én må fylle flere funksjoner for at man skal kunne få maks ut av samfunnets potensial. «Her betyr du mer» sier rekrutteringskampanjen til Finnmarkssykehuset. I små Finnmarkskommuner ville tilsvarende slagord vært: «Her betyr du enda mer for relativt flere av de du deler bygd med».

I høst rettet Rådet for legeetikk pekefingeren mot å leve og interagere på vanlig bygdevis med noen som hadde sveipet innom deg på legekantoret eller på legevakt. Rådets medlemmer bor ikke i Berlevåg, Loppa, Kautokeino eller i Finnmarks fylkeshovedstad Vadsø, men de er hjertelig velkomne for et lynkurs i legeliv og samfunnsliv på små steder.

Min pasient på formiddagen er læreren til min sønn. Vi møtes samme ettermiddag til en foreldresamtale. Da er hun lærer – og jeg er mor. En lørdag står vi på samme dugnadspost, ettersom døtrene våre spiller på

samme fotballag – og om kvelden er vi kanskje invitert i et felles 40-årslag. Vi er venner på Facebook – aldri med lege-pasient-forholdet i bunnen, men fordi vi er forbundet på så mange andre vis.

Kontrasten er stor mellom det at noen leger kjenner seg ukomfortable ved å være på restaurant dersom det sitter en pasient ved et av bordene, og det selvsagte i dette ved et restaurantbesøk i egen bygd. Forskjellen er at jeg ikke opplever dette som krevende, men tillater meg selv å nyte en kveld ute. Jeg er godt trent i å ikke se pasienter, men heller restaurantgjester – for det er jo det de er denne kvelden ute.

Det er ikke alltid lutter harmoni å ha mange hatter – det kan være krevende å gi palliativ behandling til sin nabo, ta imot en skadet pasient fra egen svigerfamilie, melde bekymring for omsorgsevnen hos en bekjent, eller å bli klaget på av den som jobber på butikken der man handler flere ganger i uka.

På mindre steder stilles det samme krav til profesjonalitet som i større samfunn, men det forventes også nærhet og deltagelse i livet ved siden av jobben. Jeg tror at disse to hensynene godt kan kombineres – og at vi da ender opp som bedre leger for pasientene i det samfunnet vi ikke bare *jobber* i, men også er en del av.

■ MARITKARLSEN@HOTMAIL.COM

I høst rettet Rådet for legeetikk pekefingeren mot leger som lever og interagerer med pasienter på vanlig bygdevis i sosiale settinger. Rådets medlemmer er hjertelig velkomne for et lynkurs i legeliv og samfunnsliv på små steder, skriver Marit Karlsen fra Finnmark i denne betraktningen.



OS
AMBULANS

VADSO BRANNVESEN

RØYKDYKKERBIL

UA 32881

TAS kommune
BEST
PLIVO

Starten på noe spennende

■ BRITT LARSEN MEHMI

Kommuneoverlege og fastlege, Vadsø, Finnmark

«Har du hørt om TAS-kurs?» spurte daværende beredskapsrådgiver Aleksander Øvre meg på senvinteren i fjor. Han tittet inn kontordøra mi' med et engasjert blikk, klar til å få meg med ut på et eventyr som han nok ikke helt så omfanget av. I hvert fall ikke den gangen. Jeg kjente at nysgjerrigheten ble trigget. Jeg fremsto kanskje forsiktig optimistisk på utsiden, men jeg ville absolutt vite mer. Temaet akuttmedisinske samhandlingsøvelser har tross alt stått mitt hjerte nært i mange år.

Det er ikke så vanskelig å gjette seg til at jeg kort tid senere satt ved et møtebord på helsesenteret i Vadsø sammen med ikke bare ambulansespersonell, men også ledelsen for brann- og redningstjenesten og en representant fra politiet i Vadsø. Med Aleksander Øvre i spissen fikk vi til å organisere TAS-kurs den samme høsten. Stiftelsen Norsk Luftambulansetok turen oppover, og koblet oss sammen på tvers av etater og fagområder. Plutselig var lege, ambulanse, brann og politi ett team, en forunderlig og fornøylig opplevelse hvor felles situasjonsforståelse plutselig var et faktum. Dette viste seg å være starten på noe spennende.

TAS står for Tverretattlig Akuttmedisinsk Samarbeid, og er altså en kursserie som Stiftelsen Norsk Luftambulanset har laget. Hele poenget med TAS-kursene er å få til samarbeid mellom nødetatene på skadestedet. Vi hadde selvfølgelig ikke behov å gå for nettopp dette konseptet, for det finnes flere veier til målet. Men akkurat den dagen Aleksander Øvre troppet opp på kontoret mitt, var det TAS som sto på blokken hans.

En av de andre variantene presenterte seg faktisk allerede på vei ut av lokalet på kursdagen. Jeg kom nemlig i prat med min nabo, brannsjefen. «Vi skal ha PLIVO-kurs i november, er det noe legene kunne tenke seg å være med på?» Han hadde nettopp oppdaget legene, akkurat som at jeg nettopp hadde oppdaget brannvesenet. Pågående livs-

truende vold, eller PLIVO, er en del av det obligatoriske nettkurset «Volds- og overgrepshåndtering» på kurs.uni.no. Men teoretisk kunnskap fra et nettkurs kan selvfølgelig ikke sammenlignes med å få kjenne ubehaget på kroppen. PLIVO handler blant annet om å jobbe med skadde og redde mennesker under utrygge forhold. Det har vært nok av eksempler på PLIVO-situasjoner i mediene de siste årene; å havne uti noe sånt uten et praktisk kurs ville antakelig være ganske uheldig. Jeg var derfor ikke vanskelig å be denne gangen heller.

I Vadsø har vi i flere år hatt en tradisjon for å øve på tverrfaglig akuttmedisinsk samhandling med legevaktleger, legevakt-sykepleiere og Finnmarkssykehuset HF sin ambulansetjeneste. Med utgangspunkt i kommuneBEST-modellen har vi laget vår egen versjon som kjøres i et par timer en dag i måneden. Scenarior-trening har blitt en godt kjent øvelsesmetode blant helsepersonell i denne kommunen. Dermed var den nødvendige forankringen allerede på plass da jeg ba ledelsen om lov; man hadde for lengst sett nytten av å bruke penger på øvelser.

Så en novemberkveld i fjor sto de første legene klare. Gule «Lege»-jakker, ullgenser, lue, hansker og alt vi kunne oppdrive av nødnett-radioterminaler. Jeg var litt nervøs. Som siste gruppe inn i nødetatsfellesskapet visste vi ikke helt hva som skulle skje. Og man kan trygt si at pulsen steg da varslingen kom. «AMK Finnmark kjører lege-ambulansetalarm i Vadsø. Øvelse, øvelse, øvelse. Politiet melder om...» Jeg trykket på «godta», byttet talegruppe og startet opp reserveradioen i tillegg. Den ble satt i BAPS. «Lege er i BAPS 09. Rykker ut med ambulansen.» Beskrivelsen må stoppe der siden PLIVO-prosedyren er unntatt offentlighet. Men de av dere som har vært med på enten øvelser eller reelle hendelser er sikkert enig i at det er noe helt annet å

gjøre dette praktisk sammen med brann og politi enn å se en tegnefilm på nett. Kanskje kan slike kurs være inngangsporten for samarbeid i andre kommuner også.

Siden den gangen har de fire nødetatene i Vadsø dannet Øvelsesforum. Vi har samlet en eller to representanter for hver etat, og alle har myndighet til å fatte avgjørelser på vegne av sine egne organisasjoner. Kommunikasjonen foregår for det meste på Messenger (Facebook) og på Dropbox i en egen delt mappe hvor alt felles blir lagt inn. Der finner man både markørinstrukser og bilder fra øvelser. I tillegg har vi laget en oversikt over årets øvelser, temaer og hvem som deltar. Dermed har brann og politi fått komme med på flere av våre månedlige kommuneBEST-øvelser, og trener på småskala hendelser sammen med helsepersonell i et par timer, etterfulgt av debrief etter BEST-metoden. I løpet av høsten har vi gjennomført enda et PLIVO-kurs, denne gangen med betydelig bedre forkunnskaper enn sist.

Min oppfordring til deg er: Hopp uti og snakk med kolleger i andre nødetater. De er ikke så skumle, som man kanskje skulle tro. En lokal politileder erklærte tidligere i år, under et beredskapsrådsmøte i Vadsø, at disse øvelsene har skapt et fellesskap hvor vi kan navnene til hverandre. Det vitner om en nærhet og et samarbeid som også glir over i reelle situasjoner, og bidrar til et positivt arbeidsmiljø og forbedret HMS. Man trenger ikke å legge felles øvelser på et katastrofenivå. Det er utrolig hva man kan få til med litt samarbeid.

REFERANSER

- «Tverretattlig akuttmedisinsk samarbeid» – Stiftelsen norsk luftambulanset
- «Volds- og overgrepshåndtering» – kurs.uni.no
- Kommune-BEST – Stiftelsen BEST – Bedre & systematisk teamtrening

■ BRLAR79@GMAIL.COM



Det skjedde noe magisk da fastlegen og 'fast-sykepleieren' i kommunen samarbeidet tettere

■ BERIT MARIE LIEN

Fastlege, Nøtterøy Legesenter

Når det snakkes om samhandling, tenker de fleste på den som foregår mellom tjenestenivåene. Det har vært mindre oppmerksomhet på samhandlingens innad i kommunene. Det er dette min historie skal handle om.

På mitt kontor henger de sju tesene for allmennmedisin i glass og ramme. Jeg er spesielt opptatt av punkt 3 som sier at vi må gi mest til de som har størst behov. Rapporten *Evaluering av fastlegeordningen* fra EY og Vista Analyse som kom i høst beskriver at vi er for dårlige til å hjelpe disse pasientene.

Primærhelsemeldingen fra 2015 berører nettopp dette – at vi må hjelpe de sykeste bedre ute i kommunene. Løsningen er relativt ensidig beskrevet som teambaserte tjenester. Det er nok riktig at vi fremover må jobbe tettere sammen i team, men hvorfor lage nye team istedenfor å bygge på det gode samarbeidet vi allerede har i kommunene?

Jeg jobber som fastlege i en praksis med fem leger i Færder kommune (tidligere Tjøme og Nøtterøy). Jeg vil si at det er en relativt stor kommune, ca. 27 000 innbyggere. Vi har 23 fastlegehjemler, og antall sykepleiere i hjemmetjenesten er mange. Det er egentlig altfor mange å forholde seg til, og vi mister de personlige relasjonene til hverandre. I de små kommunene får de ofte til samhandlingen bedre. Jeg tror de personlige relasjonene nettopp er noe av årsaken til det – denne plattformen av felles forståelse med pasienten i fokus.

I Færder kommune hadde vi i 2012 et prosjekt som rettet oppmerksomheten mot samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjenesten. Prosjektet bestod av to legekontorer med til sammen sju fastleger og hjemmesykepleieren. Jeg var så heldig å få delta som lege i prosjektgruppen. Målet var å forbedre samarbeidet rundt de sykeste pasientene i kommunen, og gikk ut på at hjemmesykepleieren var organisert mot så få

leger som mulig. Istedenfor å jobbe i et geografisk område, så hadde en sykepleier ansvaret for alle pasientene til en fastlege. Da skjedde det noe magisk.

Sykepleier hadde ansvaret for å ta initiativ til møtene, som ble lagt til slutten av dagen på legens kontor. Det å få besøk av sykepleier på kontoret var både hyggelig og faglig inspirerende. Sammen gikk vi gjennom fokusområder som legemidler i bruk, funksjonsnivå, ernæring og hjelpebehov. Vi gjennomgikk alle pasientene vi hadde felles. En kopp kaffe og en god prat hørte også med.

Med en slik organisering fikk vi en personlig relasjon til «vår» sykepleier, og vi fikk til en bedre samhandling nettopp fordi vi kjente hverandre. Det viste seg at det ble enklere å ta kontakt, arrangere tverrfaglige sykebesøk og nye møter. Erfaringene i prosjektgruppen var unisont gode. Først og fremst ble det en bedre og sikrere pasientbehandling. Like viktig var det at vi som jobbet med de samme pasientene ble godt kjent med hverandre. Det ga en gjensidig respekt og kjennskap til hverandre som ikke kan måles, det var rett og slett magisk.

Da prosjektet var over, ble kommunen og fastlegene enige om å implementere modellen i hele kommunen. Kommuneledelsen var positivt innstilt til det – til tross for at det var noe fordyrende. Som deltager i prosjektgruppen fikk jeg et personlig engasjement for dette nye systemet. Selv om alle legene var positive, var nok ikke alle like begeistret som meg.

Når en skal få en hel fastlegegruppe til å jobbe på en ny måte, er det vanskelig om ikke alle opplever eierskap til prosjektet. Det gjorde jeg i dette prosjektet, og jeg har tatt disse gode erfaringene med meg videre i min fastlegepraksis. Jeg ser verdien av å knytte meg litt tett opp mot «fast-sykepleier», demenssykepleier og kreftsykepleier når jeg har pasienter som trenger noe ekstra. Jeg har

sett at dette fungerer i praksis, og det har motivert og inspirert meg. Det er ikke mye som skal til – min erfaring er at et lite initiativ til et raskt møte på legens kontor med involverte aktører kan løse mange floker.

Nå – flere år etter at vi startet dette fine prosjektet – ser vi dessverre at det sklir ut. Fastlegemøter og tverrfaglige sykebesøk blir salderingspost i en travel hverdag som preges i altfor stor grad av å håndtere det som haster mest til enhver tid. Effektiviseringstiltakene er mange og noen sikkert nødvendige. I dag er det stor tro på digitale løsninger. PLO-meldingene strømmer inn i stor skala. Jeg mener at om man investerer i noen få tverrfaglige møter med sykepleier, så kan kanskje meldingene som sendes skriftlig bli mer målrettede og effektive.

Samhandlingsreformen var krevende for kommunehelsetjenesten, og vi sliter med etterdønningene fortsatt. I tillegg må vi i fremtiden forvente at enda flere oppgaver må løses i kommunene. Komplekse pasienter som veksler mellom tjenestenivåene kommer i større grad til å dominere vår felles kommunehelsetjeneste. I dette landskapet har «fast-sykepleier» en nøkkelrolle, men har behov for tett dialog med pasientens fastlege. I mitt hode er fastlegen og «fast-sykepleieren» et «dream team». Jeg har tro på at vi kan klare oppgavene sammen.

Gullet i fastlegeordningen er at vi følger pasienten over tid og dermed raskt kan fange opp ny sykdom. Det samme gjelder for sykepleierne. Vi trenger ikke stadig nye teammodeller som flyttes fra pasient til pasient for å diagnostisere uavklart sykdom – da får vi økt fragmentering. Hvorfor ikke bygge ut det teamet vi allerede har, der fastlegen og «fast-sykepleieren» samarbeider tettere om de sykeste pasientene?

Da skjer det nemlig noe magisk.

■ BERITMLIEN@GMAIL.COM



Skreddersøm for Berton

■ TORGEIR GILJE LID

Tidligere fastlege, Forsker, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest

Berton nærmet seg 50 år. Livet hadde ikke fart fint med ham. Mye var han skyld i selv, men alt var ikke hans egen feil. Som LAR-pasient for fjerde gang, med flere alvorlige somatiske lidelser, ble samarbeidet med alle ulike hjelpere utfordrende. Berton kom også lett på kant med folk. Han var av den oppfatning at både systemer og personer motarbeidet ham. Dette mente han ikke uten grunn, han hadde mange vonde erfaringer med seg i bagasjen. Men det var ikke alltid så lett for ham å se slik at han fikk fram det beste i folk. Iblant fikk han fram det verste. Derfor fikk han rett som det var bekreftet sine egne negative forventninger.

Berton var også en mann som en lett fikk omsorg for. Det ga iblant et godt utgangspunkt for oppfølgingen, og de få han stolte på, stolte han fullt og fast på. I lange perioder var dette svært få personer, de første årene var det kun fastlegen og advokaten som fikk hans tillit. Men for hver ny runde i LAR gikk det litt bedre. Han begynte å samle de gode erfaringene, og det ble lettere for ham å tro på at det var noen som ville ham vel. Selv om det ikke alltid gikk slik som han og hjelperne ønsket.

For menn som Berton er det ikke bare livet og hjelperne som lager problemer. Det å bo var også en stor utfordring. Han og katten bodde i leid loftsrom i et stort, gammelt trehus. Hadde huset sett litt mer sjar-

merende ut, ville en kalt det et kråkeslott. Nå var huset oftere en del av utfordringene hans enn det var et trygt hjem. Både Berton og huset han bodde i var en utfordring for hjemmesykepleien. Han var heller ikke spesielt enkel rent medisinsk. Etterhvert fikk han økende hjertesvikt, som førte til flere svært langvarige opphold på hjer-teavdelingen. Men med god kommunikasjon mellom fastlege, LAR og overlege på sykehuset, fikk Berton etter hvert et doseringsregime som ble lettere å håndtere, med færre bivirkninger og bedre effekt. Sykehusinnleggelsene ble det færre av og viktigst av alt: Berton fikk en bedre hverdag.

Berton fikk etterhvert en kommunal leilighet på en annen kant av byen. Han klar-te seg nå uten hjemmesykepleien, men han fikk miljøterapeut i kommunen og en ny fast behandler i LAR. I tillegg fikk han også hjelpeverge. Berton var fornøyd med leiligheten. Han blomstret opp, begynte å gå med hatt, fikk et annet glimt i øyet. Han fikk en god og tillitsfull relasjon til både miljøterapeut og behandler i LAR, men han var sint på hjelpevergen som han følte overstyrte økonomien hans. Men hjelpevergen så hva som trengtes, og på tross av Bertons sinne ble det gradvis ryddet opp i økonomiske forhold.

Berton klarte aldri å kutte helt ut alkohol og cannabis. I tillegg hadde han LAR-medikamenter (to ulike) og sobril. I de

gode periodene, og de var flere og lengre enn på mange år, drakk han lite og ting fungerte passelig. Et hovedpoeng i oppfølgingen var derfor å forebygge at alkoholforbruket økte og fange opp raskt når det skjedde. Likevel gikk det galt iblant, men mye sjeldnere enn før. Og når han ble innlagt ved akutte forverringer, kom han seg mye raskere igjen. Berton sa ofte at han hadde det bra, selv om sinnet kunne glimte til iblant hvis han følte seg overkjørt. Ansvarsgruppemøtene var hyppige, men nødvendige for samarbeidet. Berton var oftest med selv, iblant sint, men stort sett var møtene konstruktive.

Berton døde for ikke så lenge siden. Jeg tenker ofte på ham. De siste tre årene hans ble på mange måter gode, mot alle odds. Behandlingen han fikk var skreddersøm. Medikamentregimet hans var ikke etter boken, men ble laget i fellesskap med kardiolog, LAR-lege og fastlege. Ingen kunne være i tvil om at han ble bedre. De siste årene av hans liv ble miljøterapeut og LAR-behandler de viktigste personene for Berton. De to fulgte ham opp til daglig, og hans tillit til dem og deres robuste omsorg for ham, var helt nødvendige forutsetninger for at det gikk så bra som det gjorde. Til det ikke gikk lenger.

■ GILJELID@GMAIL.COM





Samhandling på glattisen

■ BJØRN LYNGEN

Fastlege, Midtre Gauldal legekontor

Det hender at jobben som lege i distrikt kan kreve både improvisasjon og uortodokst samarbeid. En vinterkveld jeg hadde legevakt, ringte AMK. En person var funnet død i sitt hjem, og jeg måtte ut for å konstatere dødsfallet. Prosedyren i slike tilfeller er at legevaktlegen rykker ut sammen med politiet, siden man aldri kan vite om det kan være snakk om et unaturlig dødsfall. Politiet ble varslet og jeg kom i kontakt med en politibetjent. Vi ble enige om å møtes i nærheten av den aktuelle boligen.

Som nevnt var det vinter, og da vi møttes, fant vi ut at veien til boligen var svært glatt. Vi parkerte derfor bilene på hovedveien, og politibetjenten og jeg gikk med stavrende skritt fram til inngangsdøra. Avdøde ble funnet, det var ikke tegn til noe kriminelt, og begravelsesbyrået ble oppringt for å overta. Mens vi ventet på at bære bilen skulle komme, snakket vi om at det altså var veldig glatt utenfor, og vi fryktet at bilen kunne gli av veien. Jeg nevnte at det jo sto en traktor med full kjetting-utrustning utenfor, kanskje vi kunne kjøre noen runder på veien med den for å rive opp isen?

«Men jeg kan da ikke kjøre traktor!» innvendte politibetjenten.

«Nei, men det kan jeg», svarte jeg – måneskinnsbonde som jeg tross alt er på fritiden.

Som sagt, så gjort – jeg fikk rett i min antakelse om at nøklene til traktoren sto i tenningslåsen, som de som regel gjør på bygda. Jeg startet opp motoren, kjørte en tre-fire runder langs gårdsveien, og hoppet ut av kjøretøyet da bære bilen sto på gårds-plassen. Gravferdsagenten gjorde store øyne da han så meg, han hadde ikke opplevd at legevakslegen tok seg av slike oppgaver ved uventede dødsfall tidligere.

Moralen i historien er vel at dette var det beste jeg kunne gjøre for avdøde – det var ikke lenger noen helsehjelp å gi, men jeg kunne i hvert fall bidra til at den siste reisen ble litt tryggere. Politiet og helsevesen hadde løst oppdraget på beste måte i fellesskap. Det eneste jeg er litt usikker på er hvilken lovhjemmel jeg eventuelt benyttet meg av for å rekvirere kjøretøyet, men jeg følte meg ganske trygg på at jeg ikke gjorde noe ulovlig. Jeg hadde jo tross alt en politibetjent for hånden.

■ BJORN.LYNGEN@GMAIL.COM



Tenke selv og handle sammen

■ OLAV GUNNAR BALLO

Kommuneoverlege og fastlege, Loppa kommune

I Monty Pythons film *Life of Brian* lar hovedpersonen seg fortvile av at en voksende hærskare forfølger han, i den tro at han er deres frelser. Flokkens respons på Brians desperate utrop «You are all individuals!», er å gjenta utsagnet, som om det var et svar på livets gåte: «We are all individuals!»

Brian, hakket mer desperat nå: «Dere er alle forskjellige!»

Menneskemengden: «Vi er alle forskjellige!»

Bare én enkeltstemme, bakerst i flokken av stadig mer fanatiske følgere, bryter med hallelujakoret med sin ensomme røst: «I'm not.»

Det er noe paradoksalt fascinerende ved å være denne ene, som ikke følger flokken, men som tar sine egne veier. Man står tidvis ganske sterkt når man står alene. Den eneste som da kan svikte en, er en selv.

Muligvis er dette en forunderlig innledning til *Utpostens* temanummer om det

gode samarbeidet. For er ikke forutsetningen for å få til et godt samarbeid nettopp at man legger sin individualisme til side og evner å dra lasset sammen, løfte i flokk?

Jeg skal prøve å gi et kronglete svar på dette enkle spørsmålet.

Da jeg var elev i niende klasse på ungdomsskolen, hadde vi noe som ble kalt normerte prøver (tilsvarende dagens nasjonale prøver). Vi var radikale den gang, og fant ut at vi hadde liten personlig nytte av å be-



ALLE FOTO: OLAV GUNNAR BALLO



svare prøver vi aldri selv fikk tilbake. Dermed fant vi, kollektivt i klassen jeg gikk i, ut at vi skulle boikotte prøvene. Hele klassen, 29 elever i alt, skulle stå sammen om dette.

Men da første prøve skulle fylles ut, og læreren truet med at det kunne koste oss vitnemålet for ungdomsskolen om vi ikke gjorde hva vi var pålagt, var det til slutt bare to tilbake som sto på det standpunktet klassen var blitt enige om. Slik endte nesten alle med å være «individuals», som gikk mot en enstemmig beslutning. «We're not», svarte to, i et forsøk på å stå opp for det kollektivet de opprinnelig hadde vært en del av.

Slike erfaringer har lært meg at det ikke er noen innbyrdes konflikt mellom å være individualist, og å tro på resultatet av en kollektiv innsats. De beste resultatene oppnås ikke ved at mennesker går i flokk. De beste resultatene oppnås ved at meninger brytes, at utsagn møter motstand, at argumenter ikke tas for gitt. De beste resultatene oppnås ved at hver især fortsetter å være seg selv, og ikke lar seg kue av fellesskapets nagende tyranni.

Leger er vant til å stå i situasjoner der svaret ikke er åpenbart, og forholde seg til det. Vi gjør det til daglig ved å anta. Vi antar at vi har en forklaring på den sykes symptomer, men er åpne for at vi kan ta feil. Kan vi ikke alene finne svaret, sender vi pasien-

ten videre til noen som kan hjelpe oss med å finne det ut, og lever godt med at fasiten kan være en annen enn våre første antakelser.

Det gode samarbeidet innenfor helsevesenet handler nesten alltid om summen av enkeltindividers selvstendige handlinger på veien mot et felles mål: Riktig diagnose, etterfulgt av optimal behandling.

Min erfaring er at fagfolk finner sammen, uavhengig av hvordan tjenestene organiseres, så lenge de selv får ta ansvar for sine beslutninger.

Når derimot mennesker forsøksvis skal ensrettes, passes inn i former, fratas beslutningsmyndighet, begynner også samarbeidet å forvitte.

I boken *Alice i Eventyrland* av Lewis Carroll møter Alice underveis på sin forunderlige ferd Cheshire-katten.

«Kan du være så snill å fortelle meg hvilken vei jeg skal gå?» spør Alice Cheshire-katten.

Til det svarer Cheshire-katten: «Det kommer helt an på hvor du har tenkt deg, det.»

Alice: «...så lenge jeg bare kommer meg et sted.»

Cheshire-katten: «Du kommer nok et sted, bare du går langt nok.»

De beste resultatene, de klokeste veivalgene jeg kan huske å ha tatt, blant mange valg som ikke viste seg å være spesielt klo-

ke, kom i møter med andre, og gjennom å finne felles løsninger med andre.

En statsråd alene kan oppnå lite uten støtte fra regjeringsskollegiet. Og i stortingsalen står ingen spesielt sterkt når man står alene, i hvert fall ikke hvis det er resultatene som teller.

Selv den dyktigste legen vil ikke kunne gi rare hjelpen til pasientene sine, hvis hun eller han ikke evner å spille på lag med andre innenfor samme vesen, ut fra en forsøksvis felles forståelse av hva som kan hjelpe den syke.

Det er noe befriende ved å være del av et fellesskap som ikke handler om å skulle bevise at man er bedre enn andre, å slippe å love mer enn man kan holde for fortsatt å ha et arbeid å gå til, slik mange politikere må. Man kan tillate seg å innrømme at man ikke vet, men kan sikre hjelp fra noen som kan skje gjør det, uten å tape ansikt av den grunn.

Vi kan søke råd om veien videre fra hvem som helst. Men det er ikke så dumt å ha en selvstendig mening om hvor vi har tenkt oss. Da blir som regel rådene vi får også både bedre og mer målrettede. Også i jakten på det gode samarbeidet skal vi tillate oss å forbli de individualistene vi vit-terlig er, ved fortsatt å tenke selv, men handle sammen.

Ha en god jul, i samarbeidets ånd!

■ OGBALLO@GMAIL.COM

Utposten

*ønsker sine lesere
en riktig*

god jul



Abonner på
Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN