UiT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

Akuttmedisin og legevakt i distriktene

2014

Innspill til Akuttutvalget,
Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Helsevitenskapelig fakultet, UiT Norges Arktiske universitet
Helen Brandstorp/leder NSDM/01.10.2014

Foto HB: Trening i samhandling i tverrprofesjonellt akuttmedisinsk team, i Alta

Contents

Innledning 4
Utfordringer for helsetjenestene i utkantområder 4
Utdanningenes rolle 6
Innholdet i helsetjenestene 8
Organisering av helsetjenestene 9
Kommunale akutte døgnsenger (KAD) 12
Spesielt om legevakt og akuttmedisin 13
Bærekraftige løsninger for helhetlige tjenester i distrikt 16
Ytterligere krav til samtrening 18
Forholdet til ambulansetjenestene 20
Legedeltagelse på utrykningsoppdrag 20
Forholdet til legevakt-sentralene 22
Forholdet til AMK-sentraler 23
First responders. 27
Konklusjon 28

Innledning

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) fikk i e-post datert 2. september 2014 formelt oppdraget med å lage en utredning der vi tegner fremtidens øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinske tilbud i utkantområder. Ettersom tilbudet for pasienter som trenger slik hjelp er avhengig av helsetjenestene ellers, vil vi først gi et bilde av noen utfordringer og løsninger for helsetjenestene i distrikt som helhet. Deretter vil vi presentere analyser om legevakt og noen sentrale prehospitale tjenester mer spesielt.

NSDM sitt perspektiv og hovedfokus er primærhelsetjenesten. Vi forsøker videre å se etter sammenhenger med andre nivå. Akuttmedisin er en sentral del av forskningsfeltet distriktsmedisin internasjonalt. Distriktsmedisin et fagfelt avgrenset av at den praktiseres i avstand til sykehus eller på steder det er vanskelig å rekruttere helsepersonell til grunnet avstand til de største stedene, typisk gjelder dette både kommuner og småsykehus.

Vi legger til grunn en sosiologisk forståelse som bygger på at systemer både dannes og opprettholdes av de individene som utgjør dem, i et kontinuerlig og nødvendig samspill. Videre bygger samspillsforståelsen på kompleksitetsteori som legger vekt på at man kan ikke forutsi årsak og virkning i sosiale systemer, til det er de for komplekse og uoversiktlige. I sosiale settinger er det påvirkning i nettverk som er avgjørende for effekt av handling. Aktørene påvirkes av og påvirker sine nettverk på måter som er uforutsigbare, og resultat av ulike initiativ blir derfor vanskelig å beregne. En leders initiativ trenger altså ikke bli iverksatt dersom de lederen er i nettverk med ikke tar initiativet videre og sprer det og/eller forsterker det. Omvendt kan aktører uten formell makt generere stor effekt av et initiativ deres nettverk deler og forsterker. Slik tenkning tar i betraktning aktørenes frie vilje og handlingsrom. I tillegg vil man handle i tråd med dypstrukturer for sosialt samspill. Disse kan være "når en pasient slutter å puste, handler man momentant" eller "man snakker rolig i akutte situasjoner". Disse dype strukturene styrer en del samhandling og samspill uten at deltagerne er seg det bevisst. De samme strukturene gjør at fenomen eller "sannheter" som etableres som dypstrukturer i de store, toneangivende sammenhengene, gjerne også gjør seg gjeldende i de mindre og mer perifere, til tross for at de kanskje ikke passer like godt overalt. Et slikt eksempel er "ambulansetjenesten klarer seg godt uten lege". Vi mener at det av denne grunn er viktig å etablere klare prinsipper som er gyldige både i de store dominerende miljøene og i de små. Så kan f.eks. Oslo-tjenesten utgjøre unntaket fra regelen, sammen med de aller minste kommunene på under 1000 innbyggere.

Utfordringer for helsetjenestene i utkantområder

Samhandlingsreformen forutsetter at mer av pasientbehandlingen skal skje på kommunalt nivå. Kommunene bør derfor være opptatt av kontinuerlig kompetansebygging for å møte de nye oppgavene, og de bør være opptatt av at de skal vokse i omfang. Dagens sentraliseringstendens vil bremses av dette hvis kompetansen lokalt blir god nok. Folk er mobile, men foretrekker lokale helsetjenester hvis de kan velge. Dette synes å finne støtte i en stor rapport fra Storbritannia, Future hospitals: Caring for medical patients[1], hvor følgende fremsettes:

- Helsetjenesten skal komme til pasienten - ikke pasienten til helsetjenesten
- Pasienten skal ikke transporteres med mindre dette er absolutt nødvendig for å kunne yte helsetjenester

[1] The Royal College of Physicians(2013) Future hospitals: Caring for medical patients https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/future-hospital-commission-report_0.pdf

- For å ivareta pasientenes behov for helsehjelp både i sykehus og kommuner vil det bli behov for flere leger med generell medisinsk kompetanse.

Det store veiskillet kommunehelsetjenesten i Norge står foran i dag handler nemlig om å styrke tjenestene ved interkommunalt samarbeid eller ved å satse sterkere via samlokalisering lokalt. NSDM har større tro på å satse mer på samlokalisering enn ytterligere sentralisering - altså å styrke tjenestene nær der pasientene og de profesjonelle bor, i et samlet og helhetlig tilbud. Når deler av helsetjenesten flyttes ut av kommunen, får vi en fragmentering av det totale tilbudet. I distriktene er dette spesielt uheldig da hver ressurs gjerne fyller flere funksjoner og har viktige roller å spille lokalt. Sentralisering merkes og påvirker negativt de tjenestene som blir igjen. Nettverket av ressurser svekkes. Dette kan gjøre tjenestene mindre attraktive å jobbe i og vi får en negativ spiral.

Mangel på kvalifisert helsepersonell er den største trussel mot god helsehjelp for befolkningen på bygda i dag, legevakt inkludert. "Sjokkerende forskjeller i behandlingen" sa fylkeslegen i Sogn og Fjordane til VG i mars i år. Ni av 26 kommuner i fylket har problemer med å rekruttere fastleger.[2] Og lite skjedde fra sentralt hold, heller ikke da alvorlige retts- og tilsynssaker mot vikarleger i fylket ble kjent i løpet av sommeren.[3] Slik legemangel vil ikke bare være risikosport fordi legene kan være av dårlig kvalitet. Vikarstafetter vil dessuten ramme de kronisk syke pasientene i stor grad fordi de profesjonelles kjennskap til pasienten over tid, sammen med godt utviklet lokalt samarbeid, er nødvendig for å gi gode tjenester. I Sverige er mangelen på helsepersonell mer alvorlig enn i Norge og ble et tema i valgkampen da fastleger i Falun meldte sin egen arbeidsplass til Arbetsmiljøverket[4].

I forbindelse med omleggingen av turnusordningen for leger ble det skrevet mye i media om turnusordningens viktighet for å rekruttere gode, unge leger ut av storbyene[5]. Det ble allikevel valgt en modell basert på søknader, som likner den de har i Sverige, der de altså har stor vansker med å få leger til å søke seg ut i distriktene. De unge velger seg ikke dit i turnus. Mange venter heller på «drømmestillingen» i byen da de ikke har fått vite noe særlig om det spennende «legelivet på landet» i løpet av studiet. Den gamle norske ordningen med loddtrekning fikk nyutdannede leger ut fra byene, til en smakebit, før de bestemte seg for spesialitet og bosted. Menge mener den var mer rettferdig, ettersom studentene ikke har karakterer og vi ser at utvelgelse er vanskelig for helseforetak og kommuner. Nå skal de, som i Sverige, velge begge deler tidligere. Da må de på en helt ny måte settes i stand til å ta godt informerte valg i løpet av studietiden.

Ingen offentlige instanser i Norge har oversikt over hvor utbredt problemet med legemangel er nasjonalt. Ingen vet hvor mange eller hvilke kommuner som mangler faste leger og som i stedet baserer sine legetjenester på vikarer fra utlandet. NSDM samarbeider derfor nå med Helsedirektoratet for å utarbeide en slik oversikt. Sykepleiere er imidlertid den yrkesgruppen kommunene i nord rapporterer som mest utfordrende å rekruttere[6]. En utfordring distriktene deler med både bykommuner og sykehus, også lenger sør. Ved økt bruk av vikarer (uansett profesjon) kommer kommunene inn i negative spiraler. Steder der det er vanskelig å opprettholde kvaliteten i tjenesten, vil i neste omgang være enda mindre attraktive å søke seg til.

---

[2] http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/sjokkerende-forskjeller-i-behandlingen/a/10138303/
[3] http://www.nrk.no/sognogfjordane/atvarar-mot-legevikarar-1.11916198
[4] Läkarbrist slår hårt mot Falun. Läkartidningen.se 2014-09-12
[5] Se f.eks. samleside for publiserte kronikker og nyhetssaker her: www.legeutdanning.no
[6] Helse Nord RHF og KS Nord-Norge (2013). Tiltaksplan 2014-2016 for kompetanseutfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen. Delrapport 2

De mange vikarene i norsk helsevesen har i all hovedsak ikke norsk som morsmål, og kommunikasjonsproblemer og manglende kulturforståelse resulterer fort i uheldige beslutninger og valg[7]. Manglende kjennskap om våre sykdomsbetingelser, f.eks. at "snille" typer antibiotika fremdeles virker og brukes i Norge, men ikke i mange andre land, kan gi uheldige behandlingsvalg. Problemet med en utstrakt bruk av vikarer handler også om at **det kontinuerlige arbeidet for å opprettholde gode systemer svikter.** Engasjement for å skape en god arbeidsplass vil ikke vikarer ha i samme grad som fast personell. Implementering av nye hjelpeverktøy eller rutiner prioriteres bort. Endelig vil vikarer heller ikke ha de samme samarbeidsrelasjonene som de faste og kjenner ikke befolkningen like godt. Unntakene er de *faste* vikarene som regelmessig og over lang tid kommer igjen og slik involveres i stadig flere sider av tjenestene.

Personellmangel ruralt er et erkjent problem globalt. Forskningsfeltet «Rural Health», eller distriktsmedisin, har allerede i noen tiår jobbet med løsninger. De viktigste handler om å satse på desentraliserte utdanningsløp, helst for studenter som selv kommer fra distriktene. Dernest virker det stabiliserende på helsepersonell at arbeidsplassene oppleves som trygge og kvalitativt gode både for pasienter og profesjonelle. Aktiviteter som følger med å være et utdanningssted, både for grunn-og videreutdanning, virker positivt i så måte. Slik kompetansesikring og kvalitetsutvikling styrker på sitt beste også de tverrfaglige og tverretatlige nettverkverkene -- de som fungerer som distriktenes sikkerhetsnett. Fastlønn er en fordel for å få til dette og er den avlønningsformen fastleger på små steder helst kunne tenke seg. Dette har trolig også sammenheng med at hovedmodellen for avlønning i fastlegeordningen er aktivitetsbasert og gir et lavt økonomisk utkomme med små pasientpopulasjoner.

Utdanningenes rolle

Lakseeffekten[8] i forbindelse med utdanning ble et kraftfullt argument ved etableringen av Universitetet i Tromsø for å skaffe leger til landsdelen. Laksen svømmer tilbake til sin fødeelv for å gyte etter år i havet og gir slik sitt avkom samme oppvekstsvilkår som den selv fikk. Teorien ble senest bekreftet i en undersøkelse i EU-prosjektet Recruit and Retain,[9] der Norge var et av deltakerlandene. Effekten gjelder alle typer helsepersonell.

Kvoteringsordninger spesielt for studenter fra Nord-Norge finnes derfor ved de helsefaglige utdanningene og på medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet, hvor henholdsvis 80 og 60 prosent av studentene tas opp blant de som er bosatt landsdelen og mellom 72 og 83 prosent av kandidatene med nordnorsk bakgrunn har valgt legejobb i landsdelen etter endt utdannelse i Tromsø[10].

Skal det rurale bli valgt må det rurale være erfart. Det gode legeliv på landet er ukjent for de fleste legestudenter. Et robust tilbud om utplasseringsperioder utenfor universitetsbyen er derfor avgjørende. Utplassering på lokalsykehus, sykehjem og legekontor med legevakt finnes ved alle universitet, men universitetet i Tromsø har fra starten av (1973) hatt det mest omfattende tilbudet.

---

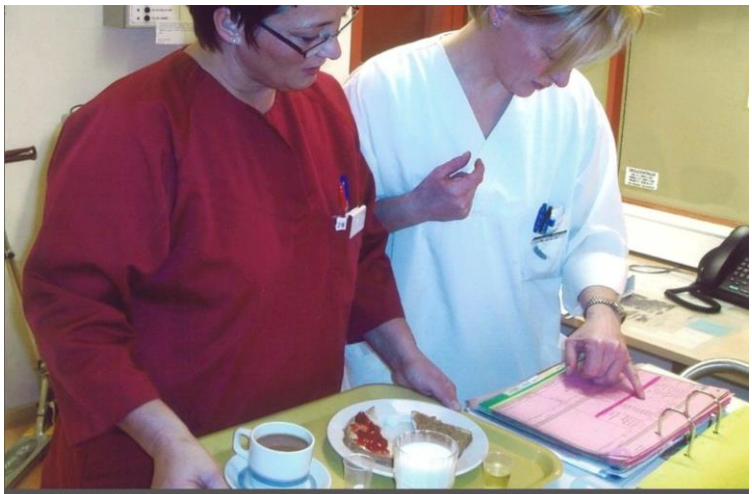
[7] Brattland, S. Z., Lundevall, S. (red.)(2009) Rapport fra Helsetilsynet 7: Læring av feil og klagesaker.
[8] Bertelsen, T.I. Hvor kommer legene fra og hvor blir de av? Tidsskrift for Den norske legeforening 1963; 83: 861-70.
[9] Abelsen, B (2013). Rekruttere og beholde. Om helsepersonell i rurale og urbane områder. http://www.nsdm.no/filarkiv/File/rapporter/NSDM_rapport_2013_Rekruttere_og_behold.pdf
[10] Forsdahl et al. 1988, Tollan & Magnus 1993, Alexandersen et al. 2004, Aaraas & Halvorsen 2014

Desentralisert utdanning innebærer at studentene undervises av generalister. Dette er helt i tråd med hva Norsk medisinerstudent forening (NMF) ønsker. Legestudentenes primære motivasjon er ikke å styrke helsetjenestene i distriktene, men å lære seg den "vanlige" medisinen godt, det som f.eks. handler om å hjelpe de store gruppene pasienter med kroniske sykdommer, de eldre og alle som trenger øyeblikkelig hjelp[11]. I Norge er det et omforent mål å utdanne generalister som siden spesialiserer seg, da generalistkompetansen kreves i et desentralisert helsevesen. Legestudentene ønsker mindre undervisning i smale, sære felt og mer i generelle tema som vil være avgjørende for pasientbehandlingen allerede i turnustiden. Stortingsmelding nr. 13, Utdanning for velferd. Samspill i praksis[12], vektlegger bredde i grunnutdanningene for helse -og velferdstjenestene, gjerne som tverrprofesjonelle utdanningsopplegg. Lokalsykehus og allmennpraksis er steder hvor studenter kan få slik breddeopplæring av generalister, nærmere der folk bor og lever sine liv.

Utdanning av eget helsepersonell og unngåelse av uetisk import fra land som strever med beholde sine egen profesjonelle, er en annen ønsket konsekvens av å ta i bruk større deler av helsetjenestene som utdanningsarenaer og dermed skape rom for flere utdanningsplasser.

Gjennomgående desentraliserte utdanningsløp for sykepleiere er tilbud mange steder i landet. Forskere ved UiT Norges arktiske universitet har undersøkt de som er utdannet i deres desentrale opplegg gjennom 20 år, hvor de kom fra og hva de velger å gjøre videre[13]. Det viser seg at de aller fleste kom fra distriktene (9 av 10) har tatt sin første jobb i distriktene. Dessuten svarer drøyt halvparten av de ferdigutdannede sykepleierne at de har fortsatt med videreutdanning, gjerne desentralisert og samlingsbasert, for å jobbe videre lokalt. Typiske fordypningsemner er omsorg for eldre og psykisk helsevern, men også akuttsykepleie[14]. Det er grunn til å tro at erfaring med et desentralisert utdanningsløp reduserer terskelen for å fortsette med samme modell i videreutdanning. Slik kompetanseheving er viktig i samlokaliseringsmodellen vi argumenterer for.

Utklipp fra avisa Nordlys, 10.10.2010:



HJELPER DISTRIKTENE: Sykepleier- studentene overtok sykehjemmet i et samarbeids- prosjekt med Salangen kommune. Her er universitets- lektor Catrine Norvik og sykepleierstudent Åse Mickelsen.

Fra krisetiltak til suksess

JUBILEUM: 20 år med desentralisert sykepleierutdanning har sørget for at distriktene i Troms har fått etterspurt og stabil arbeidskraft.

[11] Saltstraumen magasinet: http://www.nsdm.no/nyheter_cms/2014/september/saltstraumen-statementet/499

[12] HOD, Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis.

[13] Skaalvik, M., W., Nordbye, B. Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in rural Arctic healthcare services. International Journal of Circumpolar Health, 2013; 72

[14] Skaalvik, M., Gaski, M., Nordbye, B. Decentralized nursing education in Northern Norway: a basis for continuing education to meet competence needs in rural Arctic healthcare services International Journal of Circumpolar Health, 2014; 73

Innholdet i helsetjenestene

WHO lanserte konklusjonene i «Global Policy Recommendations» om rekruttering av helsepersonell til rurale strøk i 2010. Norge var bidragsytere sammen med 68 eksperter fra hele verden[15]. Grunn- og etterutdanningsmuligheter kom på topp i WHO´s opplisting av tiltak. Forskning på legers jobbtilfredshet viser at muligheten for å gi pasientbehandling av god kvalitet er det elementet som rangeres høyest i forhold til å øke øker legers tilfredshet. Har leger ikke mulighet for god kvalitet i pasientbehandlingen, er det dette som bidrar mest til deres mistrivsel[16]. Mulighet for å skape kvalitet i helsehjelpen som ytes til pasientene lokalt er derfor avgjørende for å stabilisere leger. Denne helsehjelpen er ofte *tverrfaglig og tverretatlig.* Samarbeid med NAV, skole, politi osv. er naturlig i små, oversiktlige kommuner. Gode sykepleiere, ambulansepersonell, fysioterapeuter, leger og annet helsepersonell ser ut til å stabilisere hverandre. De skaper gode tjenester sammen.

OECD lanserte sin rapport om legefordeling til rekrutteringssvake områder i april i år[17]. Også her vektlegges utdanning som et viktig virkemiddel, men i tillegg satsning på **innovasjon** for å skreddersy løsninger til spesielle forhold lokalt. Vi vet at innovasjoner i kommune-Norge foregår, men får lite oppmerksomhet. Det dreier seg ofte om organisatorisk innovasjon: hvordan utnytte ressursene bredere og bedre. Samfunnsforskere peker på oversiktlige forhold og kort vei mellom befolkning, politikere og kommunens fagansatte, som positive forhold for innovasjon.[18,19] Fremmedgjøring og ansvarspulverisering begrenses av disse relativt tette båndene. Spredning av de lure løsningene er imidlertid en utfordring da kommuneovergripende strukturer mangler. Det samme gjør ofte vidtrekkende media lokalt. "Senjalegen" er et eksempel som allikevel har fått en del oppmerksomhet (analysert i boka Innovative kommuner): interkommunale fastlegestillinger spesielt tilrettelagt for spesialisering i allmennmedisin, basert på solid fast lønn og mulighet til fagutvikling, ved siden av pasientrettet arbeid både ute på kontor i de svært små kommunene og sammen med flere leger og annet personell inne i den største kommunen Lenvik.

Avlønning har til nå ikke vært det viktigste virkemiddelet for å rekruttere leger til distriktene. Mulighet for ekstra ferie/avspasering, hjelp til bolig og barnehageplass, jobb til ektefelle og støtte til legens spesialisering er viktige, kjente virkemidler. Tall i den nevnte OECD-rapporten tyder imidlertid på lønningsnivået utvikler seg i negativ retning. Norge var det eneste landet (sammenliknet med Australia, Tyskland, Frankrike og USA) hvor lønn for leger i rurale områder var lavere enn lønnen til de i byene. Dette kan skyldes flere forhold. 1.) For fastleger lønner det seg å ha mange, raske konsultasjoner og derfor store pasientlister. I byene er spesialisthjelp nær og leger kan henvise i stedet for å løse mer selv. 2.) Andelen fastleger som tar sine legevakter i tillegg til fastlegepraksis er større i distriktene enn i byene, til tross for at inntekt på legevakt i distrikt er svært mye dårligere enn i fastlegepraksis. Samlet arbeidsbyrde i distrikt gjør at leger har mindre pasientlister. 3.) Kortere lister gir rom til flere leger slik at flere deler på vaktene.

Det har lenge vært slik at avlønning på legevakt varierer mye mellom legevaktene. Mange større steder har allerede fastlønn på natt eller i hele arbeidstiden (som Oslo og Bergen). I en liten, rolig

---

[15] WHO (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved Retention. Global Policy Recommendations.

[16] Friedberg, M.W. Van Busum, K.R. et al (2013) Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. Rand Corporation, e-bok tilgjengelig her: http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR439.html#relatedProducts

[17] OECD Health Working Paper 2014: Ono, T., Schoenstain, M., Buchan, J. Geografic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses.

[18] Ringhold, T., Teigen, H., Aarsæther, N. (red) (2013) Innovative kommuner. Cappelen Damm.

[19] Abelsen, B., Isaksen, A., Jakobsen, S.E. (red) (2013) Innovasjon – organisasjon, region, politikk. Cappelen Damm

legevakt i distrikt har vaktlegen derimot svært lav godtgjøring for å være på vakt, i beredskap: under kr 100/time. Her er det sjelden fastlønn. Det er pasientrettetbehandling som skaper inntekt via takstsystemet. Hvis stedets fastleger gjør godt arbeid med sine pasienter, slik at det meste håndteres på dagtid, vil legevaktene bli stille og dermed innebære mye bundet tid med minimal kompensasjon for legene.

Forskning har vist at fastlønn foretrekkes av leger i norske småkommuner, videre av yngre leger, leger som ønsker å undervise[20], drive med samfunnsmedisin[21] og av kvinner[22]. En grundig vurdering av legers avlønning bør derfor foretas. Fastlønn på legevakt er foreslått av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (Nklm) og Allmennlegeforeningen mener at dette vil dreie tjenesten mot en beredskapstjeneste[23].

Organisering av helsetjenestene

Store helsesystem hvor pasienter «forsvinner» har vært et tema i media. En overlege stod frem i Aftenposten med at han gav sitt private telefonnummer til pasientene slik at de skulle være sikret hjelp dersom systemet sviktet[24]. Det er grunn til å se nøyere på det som kan kalles smådriftsfordeler. Forskning viser at i næringslivet er effektive og selvstendige team en nøkkel til suksess -- team som kjenner sine styrker, har felles mål og håndterer sine konflikter. En av årsakene er at det er grenser for hvor mange relasjoner vi vil føle oss forpliktet av. Størrelsen på et ideelt team er ofte satt til et sted mellom 6-10, og under 20[25]. Slik balanseres tilfanget av ulike perspektiver og kompetanse med antallet deltagere som skal bli enige om felles mål, løsninger og oppgavefordeling. Denne typen ansvarliggjøring er det motsatte av fremmedgjøring og ansvarspulverisering. I helsevesenet vil ivaretakelse av pasientens behov representere det klare felles målet, ideelt sett som deltager i sitt eget behandlingsteam. Ofte er slike team mangelvare i dagens helsevesen og både profesjonelle og pasientene melder fra om nettopp fremmedgjøring og ansvarspulverisering i store system fundert på "upersonlig og mekanistisk tankegang." Man opplever å være «et nummer i rekken».

Forskning på trening i lokale akuttmedisinske team viser at det forskriftsfestede kravet til trening i samhandling utenfor sykehus, skaper en god læringskultur lokalt og bedrer evnen til samhandling[26]. Unge leger i Alta sier de ikke ville blitt værende i en krevende legejobb langt fra sykehus, dersom de ikke trente på samhandling i team. Slik blir de kjent med de andres kompetanse og rolle og sin egen. Samtidig forbedres ferdigheter og lokalitetene ved at de analyseres i debriefingsdelen. Vi ser at engasjement for felles tjeneste skapes hos alle grupper helsepersonell.

---

[20] Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians.J Health Econ 2008;27:1168–81.

[21] Grytten J, Skau I, Sorensen R,Aasland OG. [What does affect general practitioners' choice of contract and plans to relocate?]. Tidsskr Nor Laegeforen 2000;120:3134–9

[22] Ding A, Hann M, Sibbald B. Profile of English salaried GPs: Labour mobility and practice performance. Br J Gen Pract 2008;58:20–5.

[23] Krever fastlønn for legevaktleger. Dagens medisin, 29.08.14: http://www.dagensmedisin.no/nyheter/vil-ha-fastlonn-for-legevaktleger/

[24] Gir pasientene sitt private telefon nummer, Aftenposten, Nyhetssak 16. september 2014

[25] Curral, L.A., Forrester, R.H., Dawson, J.F., West M.A. It's what you do and the way that you do it: Team task, team size, and innovation-related group processes. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2010, 10; 2:187-204

[26] Brandstorp, H, et al. Learning processes in primary care emergency team training (ennå ikke publisert).

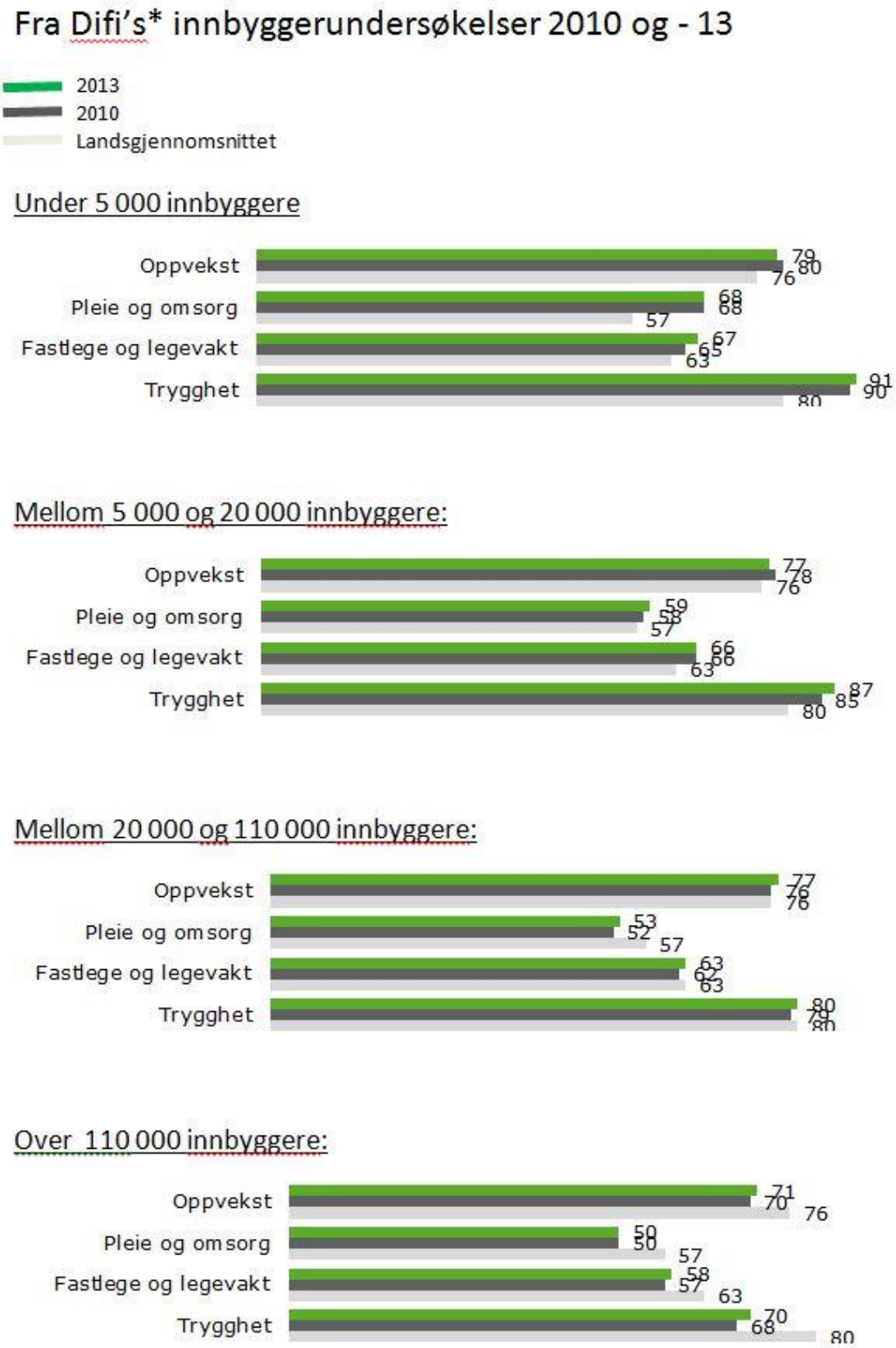
Ole Berg og Charlotte Haug drøftet nylig hvordan helsevesenets komplekse floker ikke kan løses med et tradisjonell, teknisk årsak-virkning-tankegang.[27]. De anbefaler dialog som metode og ledere tettere på tjenestene.

En del er bedre i distriktene. En studie fra Sjukestugu i Ål i Hallingdal er nylig publisert i det høyt rangerte tidsskriftet Social Science & Medicine[28]. Studien viste at sammenlignbare pasientgrupper trivdes bedre på Sjukestugu enn på Ringerike sykehus, til tross for at sykehuset gjør det bra på nasjonale rangeringer. Pasientene trekker frem at det er viktig med stille og hjemlig atmosfære, oversiktlig institusjon, tette bånd til lokalsamfunn og kontinuitet i pasient-personell-forholdet. De profesjonelle og lokalt ansvarlige vektla et tverrfaglig og holistisk tilbud, lokalt eierskap, nærhet til de lokale fastlegene og tett samarbeid med spesialistene på sykehuset.

Dette er i tråd med Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi*) sine store Innbyggerundersøkelser (2010 og 2013).[29] Disse viser at befolkningen er mest fornøyde med pleie- og omsorgstjenestene i de minste kommune: Jo større kommunene blir, jo mindre fornøyde er innbyggerne. De er også godt fornøyde med legevakt og fastlegeordningen i småkommunene. Funnet er stabilt i begge undersøkelsene. (Se Figur 1 under) En oversiktsartikkel i det medisinske tidsskriftet BMJ viste i fjor en positiv sammenheng mellom pasientopplevd kvalitet og effekt på sykdom og pasientsikkerhet[30].

[27] Berg, O., Haug, C. (2014). Helsevesenets floker. Tanker om deres årsaker og håndtering. Nytt Norsk Tidsskrift nr 3: 367-82
[28] Lappegard, Ø., Hjortdahl, P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway, Social Science and Medicine 2014 Aug 15;119C:27-35
[29] http://www.difi.no/innbyggerundersokelsen/rådata
[30] Doyle, C., Lennox, L., Bell, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. Published BMJ Open 3 January 2013

Figur 1, klippet fra Difi sine nettsider: http://www.difi.no/innbyggerundersokelsen/rådata



Kommunale akutte døgnsenger (KAD)

En av de store endringene som skjer i norsk helsevesen nå er nyetableringen av 1) observasjonssenger for pasienter som utskrives fra sykehus og 2) Kommunale akutte døgnsenger (KSD), ment å kunne erstatte enkelte sykehusinnleggelser. Både Sjukestugu i Ål, andre DMS og flere kommuner i Nord-Norge har lenge hatt slike tilbud. De kan etableres ved interkommunalt samarbeid (som i Ål) eller i enkeltkommuner (som i Nord-Norge). Det er stor variasjon i hvordan kommunene velger å organisere dette. I en rapport fra Legeforeningen og KS[31] trekkes det frem at lokale forhold bør styre organiseringen av tilbudet, men aktiv deltagelse av leger bør sikres ved planleggingen.

En evaluering av nyetablerte KAD, gjort på oppdrag fra KS,[32] baserer seg på oppfatninger til de som har *valgt å jobbe* i slike enheter og de kommunalt ansvarlige. Vi har ennå lite forsking i forhold til hva slags organisering som gir tilfredsstillende kvalitet, sett fra *pasientenes* perspektiv. Andre metoder også til for å kunne si noe mer sikkert om dette og da helst ved å sammenlikne helseeffekten av KAD-opphold med tilsvarende opphold i sykehus. Respondenter i rapporten, fra flere kommuner, oppgir at "de opplever et press på å opprette tilbudet interkommunalt, enten fra helseforetak eller fra KS" (s.29). Fra de åpne kommentarfeltene i undersøkelsen, beskriver rapporten følgende (s.33): "Flere kommuner rapporterer at de i forbindelse med utarbeiding av samarbeidsavtalen med helseforetaket ikke opplevde seg som en likeverdig part og at dette la føringer på avtalen. Enkelte nevner at helseforetaket, etter deres mening, stilte urimelige og urealistiske krav eller ultimatum for å undertegne avtalen."

Samhandlingsreformens intensjon var ikke sentralisering og spesialisering, men å skape et mer helhetlig helsetilbud der folk bor ved å bygge på *generalistkompetansen lokalt*. I rapporten over (s.45) skrives det at enkelte kommuner påpeker "at det er for mye fokus på diagnose og for lite på funksjonsnivå knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud". Med diagnose i denne sammenhengen forstår vi at det fokuseres på hvilke diagnoser som kvalifiserer for et opphold.

Vi erfarer at det i primærhelsetjenesten nå er en tendens til spesialisering i organiseringen av observasjonssenger, korttidsplasser og KAD. I dette ligger det en risiko for at pasienter faller utenfor behandlingstilbud fordi de ikke passer inn i de klare "behandlingsløp" for spesifikke diagnoser. De som faller utenfor kan ende opp med en dårligere behandling enn de pasientene som passer "malen". Malene lages nok for å trygge behandlingen, men her kan det beste bli det godes fiende. I en rapport laget for Helsedirektoratet[33] fremføres videre en risiko for at helsepersonell i små enheter ikke vil få tilstrekkelig mengdetrening i å hjelpe den nye gruppene pasienter. Det er imidlertid ikke slik at pasienter som er "for komplekse og vanskelige" skal behandles i KAD. Dersom de tverrfaglige teamene rundt pasientene oppfatter dem som det rapporten kaller "svært syke" (s.14), skal de sendes til sykehus. En praksis som følges av fastleger hver dag ved vanlig henvisning, hjemlet i Helsepersonelloven §4 Om forsvarlighet (se s. 20 og 21).

En viktig premissleverandør til Samhandlingsreformen var den amerikanske forskeren Barbara Starfield. Hun skrev mye om gevinstene ved å bygge helsetjenesten på en solid primærhelsetjeneste, både i forhold til befolkningens forventede levealder og samfunnsøkonomi.

---

[31] Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rapport fra Den norske legeforening og KS, mai 2014

[32] KS FoU-prosjekt nr. 134018. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene: http://www.ks.no/PageFiles/54111/FoU-rapport_134018_Øyeblikkelig%20hjelp%20døgntilbud%20i%20kommunene.pdf?epslanguage=no

[33] Deloitte. Undersøkelse om kommunalt døgnopphold. Januar 2014

Primærhelsetjenesten skal være noe annet enn andrelinjetjenesten. Den skal være helhetlig, tilby hjelp over lange tidsstrekk og koordinere, det vil si være generalist basert. Allerede i 1994 publiserte the Lancet hennes berømte artikkel: Is primary care essential?[34] Her skriver hun:

> *"Primary care is first-contact, continuous, comprehensive, and coordinated care provided to populations undifferentiated by gender, disease, or organ system."*

En konsekvens av dette, er at det har vært bred enighet om å øke antallet legestillinger i kommunene, ikke i sykehusene. Dette har bare skjedd i beskjeden grad. Generalistkompetansen som etterlyses av studenter i grunnutdanningen, må dyrkes også på utøversiden.

For framtidens utfordringer er viktig å styrke primærhelsetjenesten lokalt og tenke helhet i de tjenestene som utvikles. Dette er selve fundamentet for å bygge robusthet med hensyn til å håndtere de akutte situasjonene.

Spesielt om legevakt og akuttmedisin

Legevikarer bemanner i stor grad legevakter både sentralt og i distriktene. Mange av disse er ikke allmennleger, men har valgt en annen spesialitet. Både Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Legeforeningen og Helsemyndighetene er enige om at legevaktsmedisin er allmennmedisin, og vi mener det derfor er helt avgjørende å legge til rette for at allmennleger bemanner legevakt. Legevakt må derfor være attraktivt faglig, oppleves trygt og meningsfullt for allmennlegene. Ikke som idag: en byrde de fleste ønsker å kvitter seg med.

Legevaktbelastningen i distrikt kan reduseres ved andre tiltak enn sentralisering av legevaktene. Med opprettelsen av de nye arbeidsoppgaver som observasjonssenger og Kommunale akutte døgnenheter (KAD), vil kommunene kunne få flere leger som kan dele på vaktene. Samlokalisering av ambulansetjenesten og småkommunenes helse- og sosialtjenester (både sykehjem med observasjonssenger og KAD, legevakt, fastlegekontor, fysioterapi, NAV), har sikret gode fagmiljø profesjonelle og pasienter i Finnmark lenge. Her er sentralisering vanskelig pga. avstander og værforhold. Samlokaliserte helse- og sosialtjenester i et stort bygg i Florø fikk mye positiv oppmerksomhet fra statsråden og Helse- og Omsorgsdepartementet våren 2014.[35]
Fra et distriktsperspektiv ville det være ønskelig med tilrettelegging for flere og fastlønnede legestillinger der både dagtidsarbeid og vaktarbeid ble sett sammen slik at arbeidsbelastningen totalt sett blir levelig. Et slikt grep er også gunstig for å legge til rette for kompetansehevende og kvalitetsutviklende arbeid som krever litt ekstra tid: undervisning av studenter, tverrfaglig samarbeid, koordinering og oppfølging av kronisk syke. Dette er et alternativ til sentralisering av legevakter som mange leger har ønsket seg for å få redusert vaktbelastning.

For at legevakten ikke skal utvikle seg til et kveldsåpent allmenlegekontor der vikarer tjener gode ekstra kroner, bør øyeblikkelig hjelp-begrepet defineres bedre, slik akuttmedisin er i Akuttmedisinforskriften. Idag er tjenestenes mandat så uklart at legevaktene håndterer det de har tradisjon for. Vi kjenner til én definisjon i Prop. 91 L (2010-2011), kapittel 16[36] som kan danne et utgangspunkt:

---

[34] Starfield, B. Is Primary Care Essential? The Lancet, 1994, 344:1129-33.
[35] Vil bruke Sunnfjord Medisinske Senter som modell for helsereform, firda.no, 18.03.2104 http://www.firda.no/nyhende/article7236579.ece
[36] Prop. 91 L.(2010–2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

«Situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling, blant annet for å gjenopprette eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.»

Videre sies det: «Dette behøver ikke bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at det er behov for utredning og behandling uten unødvendig venting. Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille hjelpebehov som krever rask hjelp, fra helsehjelp som kan planlegges dager, uker eller måneder i forveien.»

Beredskap krever en form for slakk i tjenesten slik at legene kan rykke ut og prioritere det som haster mest. Da må legevaktressursene i vakt være avpasset pasientgrunnlaget. Men så lenge avlønning av leger stort sett baserer seg på en stykkpris-modell, vil denne avpasningen og slakken være vanskelig å få på plass mange steder. Det er ikke noe økonomisk incentiv for å kalle inn ekstra lege når det er travelt og kø på legevakta. Tvert imot, da taper vaktlegen potensiell inntjening. Vi mener omlegging til solid fastlønn derfor er nødvendig. En innretting mot beredskap for øyeblikkelighjelp og akuttmedisin harmonerer dessuten med de økte kravene til tilstedeværende medisinsk kompetanse:

- for de syke som skrives ut tidligere til sykehjem og intermediæravdelinger.
- når det er krise i kommunen (økte krav etter 22.juli)
- i Kommunale akutte døgnsenger

Sats på kompetente tverrfaglige nettverk: leger jobber ikke alene. Akuttmedisinen utenfor sykehus innebærer at flere jobber sammen med og om pasientene. Dette skjer i praksis dog oftere på kryss og tvers i nettverk enn langs en definert kjede og i klare pasientforløp. Det er viktig å ha med seg, slik at ikke forestillinger om at prosedyrer kan løse det meste får feste seg. Legevakt og akuttmedisin er ofte skreddersøm, selv om en del behandlingsrekkefølger er spesifisert i manualer. Å se på tjenesten samlet, er viktig i en tid da helsevesenet er preget av mer silotenkning enn ønskelig både på faglig og profesjonsnivå. Det er spesielt viktig å unngå båstenkning for distriktene der relativt få ressurser gjør at godt samarbeid i både formelle og uformelle responssystemer er helt nødvendig.[37] Derfor er kompetansekrav - i samhandling så vel som individuelt - til personell i legevakt, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste avgjørende. Det er viktig at det eksisterer tydelige forventning til at helseforetak og kommuner satser på aktørene i systemene, og til at de samarbeid seg imellom.

De akuttmedisinske tjenestene samhandler også over kommune- og foretaksgrenser og nasjonale krav sikrer en nasjonal tankegang: beredskap i distriktene og byene må bygges på de samme styrende normer, men med fleksibilitet der det trengs. Både de minste og den største kommunen (Oslo) er særtilfeller som vil komme til å søke om unntaksordninger i forhold til organisering og kompetansekrav. Dette må det tas høyde for i utviklingen av nasjonale krav.

Systemene legevakt, ambulansetjeneste, nødmeldesentraler, fastlegekontor og andre blir ikke bedre enn summen av aktørene som hver dag opprettholder dem. Fremmedgjøring og ansvarspulverisering er elementer som er hemmende for kvaliteten i disse systemene. Fastlegekontorene skiller seg positivt ut i denne sammenhengen: Aktørene har et sterkt eierforhold til arbeidsplassen sin og definerte oppgaver innen avgrensede, oftest mindre enheter. Dette bør man fokusere på også i de andre akuttmedisinske tjenestene, gjerne som mindre ansvarsteam, slik at tjenestene bygges på og videre av aktører "som bryr seg". Vikarbruk bør unngås og rammebetingelsene må være i tråd med andre legetjenester. Kravet om trening i samhandling er

[37] VanderBurgh D, Jamieson R, Beardy J, Ritchie SD, Orkin A.(2014) Community-based first aid: a program report on the intersection of community-based participatory research and first aid education in a remote Canadian Aboriginal community. Rural and Remote Health 14: 2537

viktig da effekten av godt samarbeid blir ekstra synlig når utfordringene kommer uplanlagt, er komplekse og tid er en kritisk faktor. Motsatt vil effektene av dårlig samarbeid også aksentueres i slike settinger.

Legevakt handler om usortert øyeblikkelig hjelp i hele sin bredde og må tilbake til å være en naturlig del fastlegers virke. Problemstillingene utgjør noe av kjernevirksomheten innen allmennmedisin, både på fastlege- og i legevaktkontor. Legevakt og fastlegeordningen må derfor sees nøye i sammenheng i forhold til total arbeidsbelastning, avlønning og profesjonalitet. Det er fastlegevirksomheten av disse to som i dag stiller sterkes i forhold til avlønning og profesjonalitet, og som i alle år har fått mest oppmerksomhet fra så vel fagutøverne selv som ansvarlige myndigheter. Dette skjevforholdet må endres ved at vakttiden sees som en forlengelse av fastlegers virksomhet.

Økt deltagelse fra fastleger i tverrfaglig arbeid i egen kommune følger av filosofien i samhandlingsreformen. Sykere pasienter sammen med flere eldre og pasienter med kroniske sykdommer utenfor sykehus, gjør at de akuttmedisinske tjenestene vil måtte håndtere et økende antall akutte forverringer og derfor mer kompleks medisin hos disse pasientgruppene. Leges rolle i teamet som behandler kritisk syke pasienter prehospitalt, som «rød respons», er godt beskrevet[38] [39][40] [41] Pasientene er i stor grad eldre og bevisste, uten livstruende tilstander, med stor variasjon av medisinske tilstander hvor behandling i liten grad kan prosedyrefestes. Moderne legevaktsmedisin i tråd med Akuttmedisinforskriften er derfor både øyeblikkelig hjelp og akuttmedisin som stiller høye krav til sykepleiere og leger i vakt, samt deres evner til samarbeid med andre.

Kravet om lokal medisinsk tilstedeværelse øker altså og nye legestillinger etableres i forbindelse med oppbyggingen av intermediærenheter som lokalmedisinske sentre og KAD, samt gjennom opprusting av korttidsavdelinger i sykehjem (mottak av utskrivningsklare pasienter). Nye legestillinger er gunstig også med tanke på å skape levelige vaktforhold for lokale leger da det blir flere å fordele vaktene på. Samtidig ser vi at det også skapes faglig interessante jobber for sykepleiere.

Flertallet av kommunene samarbeider i dag om legevakt med nabokommunen for nettopp å redusere vaktbelastningen legene har og for å kunne dele på utgiftene til nødvendig hjelpepersonell på legevakten, utstyr og lokaler. Samarbeid har i mange år vært den eneste løsningen som har vært presentert for å heve kvaliteten på legevakt. Kanskje nærmer vi oss det antallet som er hensiktsmessig? Noen kommuner deltar i store vaktsamarbeid hele eller deler av døgnet. En mindre andel kan av geografiske grunner ikke inngå i slikt samarbeid (som mange øy- og utkantkommuner). Noen distriktskommuner har krevd økte ambulansetjenester for å kompensere ressurstapet ved sentralisering av legevakt (f.eks. Andøya kommune) eller vurderer å gå ut av samarbeidet igjen. De mindre kommunene risikerer fremover et ressurstap ved sentralisering av legevaktsentraler og legevaktstasjoner grunnet krav om bakvakt og spesielt dyrt kommunikasjonsutstyr i sentralene.

---

[38] Zakariassen E. (2010). Red Response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine, doktoravhandling, Universitetet i Bergen

[39] Rørtveit, S., Hunskår, S. (2009). Akuttmedisinsk handsaming i en utkant kommune
Tidsskr Nor Legeforen 129:735 – 7

[40] Rørtveit, S., Hunskår, S. (2009). Akuttmedisinske hendingar i en utkant kommune
Tidsskr Nor Legeforen 129:738-42

[41] Hjortdahl, M., Zakariassen, E., Wisborg, T. (2014). The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 22:47

Bærekraftige løsninger for helhetlige tjenester i distrikt

Løsninger som fremmer tverrfaglig kvalitet og reduserer vaktbelastningen uten sentralisering:

1. **Øk antallet fastlegelister** via kortere lister, god fastlønn på dagtid og legevakt. Det gir tid til prosjektbasert fagutvikling som vil være nødvendig når ressursene er små.[42] Dette er løsninger som har virket godt i flere finnmarkskommuner over år.

2. **Engasjer faste allmennlegevikarer** som kommer regelmessig og blir del av de lokale tjenestene. Disse kan gi lokale leger helt fri eller bare vaktfri. Både Nordkapp og Luster er kommuner som har gode erfaringer med dette.

3. **Understøtt faste, tverrfaglige møteplasser for forbedring av tjenestene i tillegg til systematisk trening i samhandling** lokalt. Slik sikres kvaliteten i ellers sårbare tjenester og det bygges opp et felles ansvar for å levere gode tjenester, som i neste omgang kan føre til at helsepersonell stabiliserer og avlaster hverandre. Minimumsressursen - uansett profesjon – styrkes av dette tette nettverket.

Når forsvarlighet i helsetjenestene vurderes er det viktig at tilsynsmyndigheten forstår at dette handler om styrken i lokale, profesjonelle nettverk – der man både vet om og kjenner ansvar for hverandre. En viktig del av lokale helsetjenesters robusthet består videre også av at ansatte kjenner stedets ressurser i en videre krets (helseinstitusjoner, skole, livssynsinstitusjoner og frivillige) og har tilgang på slike lokale nettverk for eksempel i en krisesituasjon, men også for å løse dagliglivets *floker* i helsevesenet. I dette mobiliseringspotensialet ligger det mye trygghet og reell hjelp. Dette forutsetter at det medisinske nærværet lokalt opprettholdes på et akseptabelt nivå.

De ulike geografiske forutsetningene skaper utfordringer for akuttmedisin og legevakt, i tillegg til de utfordringene varierende kompetansenivå blant helsepersonell i tjenestene skaper. Dette dreier seg om avstander til helsehjelp og om værutsatte strekninger som fjelloverganger. Værforhold som isolerer hele kommuner vil være til hinder for samarbeid. Fjorder og fjelloverganger som gjør at vaktlegen ikke kan reise ut til deler av kommunene på vakt, som sykehjem eller sykebesøk, er etter vår mening vektige grunner til å bygge opp mer robuste enheter lokalt. Det er avgjørende for disse tjenestene at bredden av lokalt helsepersonell får være med å utvikle dem slik at de blir gode faglige arenaer for helsehjelp til pasientene de til daglig har ansvar for. Lang reisevei til legevakt er ugunstig for både pasienter og personell som skal dit, og for de som blir igjen lokalt som får færre ressurser å samarbeide med. Ambulansetjenesten er typisk en ressurs som blir mer alene.

Forskning viser at sentralisering i store legevakter gjør at bruken er tydelig større i vertskommuner. Det samme mønsteret begynner å avtegne seg for bruk av KAD. For legevaktene gjelder dette også når det haster mest[43], noe som gir grunn til bekymring. Vi vet også fra flere år med registerforskning fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, at fordelingen mellom de som kan vente til neste dag og de pasientene det haster med, ikke fordeler seg likt på de ulike stedene. Organisering og tradisjon spiller en stor rolle. Sannsynligvis har formell og uformell

---

[42] Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J. (2014) Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. OECD Health Working Papers

[43] Raknes, G., Hansen, E.H., & Hunskår, S. (2013). Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. BMC Health Services Research 13: 222

opplæring og organisering av sykepleiere i legevaktsentralen mye å si (se Vakttårnrapportene, Nklm[44] og Holm Hansen[45]).

Krav om hjelpepersonell på legevakt. Vi vet at 1 av 3 ansatte på legevakt har opplevd vold på jobb.[46] Det er derfor åpenbart at ingen skal jobbe alene i et legevaktlokale. På samme måte bør antallet hjelpepersonell knyttes opp mot legevaktdistriktets størrelse og innbyggere i det. Sannsynligvis er dette kravet viktigere enn et bakvaktskrav for leger i små tjenester. Sammen med lokalt ambulansepersonell og lege i vakt, bidrar kommunale sykepleiere med ytterligere et faglig perspektiv og nyttig komplementær kompetanse i lokal medisinsk teamarbeid. Samhandlingsreformen og medisinsk utvikling generelt gjør at pasientpopulasjonen og hjelpetilbudet utenfor sykehus endres mot det mer komplekse. Den sykepleiefaglige kompetansen er derfor viktig for pasientsikkerhet og kvalitet også i legevaktsammenheng.

Men også leger skal det stilles kompetansekrav til for å ha selvstendig legevakt og derfor må det stilles krav til kommunene slik at dette oppfylles. For å unngå en sentraliseringseffekt av økte kompetansekrav, bør den samlede kompetansen og kompetansesystemene vurderes av kommunene og deretter av fylkesmennene, som skal vurdere forsvarligheten. De må ha syn for at det er den samlede ressursen som bidrar til kvalitet på vakt.

Krav om bakvakt til flere leger enn turnusleger i forslag til revidert Akuttmedisinforskrift er nytt og bygget på gode intensjoner. Det bør være en selvfølge med bakvakt som kan rykke ut til alle turnusleger. Det må videre ikke være slik at uerfarne leger er eneste legeressurs. Etter vår erfaring brukes imidlertid denne bakvakttjenesten i svært liten grad av turnuslegene selv på slutten av deres halvår i kommuneturnus. Dette gjelder erfaringsmessig både i større og mindre legevakter. Ytterligere ett år med bakvakt som skal kunne rykke ut, vil derfor være uhensiktsmessig bruk av ressurser mange steder hvor pasientpopulasjonen er liten. I praksis er de tilstedeværende sykepleierne, ambulansepersonell og personell på lokalsykehuset (både leger og AMK-personell) viktigere støttespillere enn bakvakten til lege i vakt. Terskelen for å spørre disse er ofte lavere for lege i vakt enn å ringe hjem til en bakvakt.

Økt vaktbelastning for kommunens leger, på grunn av bakvakter i tillegg til egne vakter, virker ikke rekrutterende eller stabiliserende på leger i rekrutteringssvake kommuner. Vi vil kunne få en negativ spiral med "vikarstafett-legevakter" som resultat dersom unntakshåndteringen ikke fungerer hensiktsmessig. De lokale akuttmedisinske tjenestenes samlede kompetanse må altså vurderes av fylkesmennene. I Rapport fra Helsetilsynet, Læring av feil og klagesaker [47] publiseres en undersøkelse basert på en gjennomgang av samtlige klagesaker til Helsetilsynet i Hordaland i perioden juli 2001- desember 2006. Klagesaker mot lege i vakt er i relativt liten grad rettet mot unge leger, men heller mot de noe eldre (mellom 35-55 år). Utenlandske mannlige leger er overrepresentert i denne undersøkelsen.

---

[44] Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Vakttårnprosjektet: Se samleside på nettet: http://helse.uni.no/projects.aspx?site=8&project=2235

[45] Holm Hansen, E., Hunskår. S. (2011). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 19:48

[46] Joa, T.S., Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. Scand J Prim Health Care 30:50-60

[47] Brattland, S. Z., Bondevik G. T. (2009) Kapittel 8. Klageaker fra legevakt – hvilkeforhold kan føre til behandlingsfeil? i Brattland, S. Z., Lundevall, S (red.) Rapport fra Helsetilsynet 7: Læring av feil og klagesaker.

Videre i samme undersøkelse beskrives klager basert på systemsvikt (s.69):

> "Systemsvikt ble påvist ved 14 hendelser (20%) og utgjøres i hovedsak av forhold som knytter seg til manglende ressurser og rutiner for videreformidling av opplysninger og opplæring, for eksempel:
> - Opplysning gitt ved henvendelse til sykepleier/vaktsentral ikke videreformidlet
> - Legen ikke kjent med hvor legemidler etc. ble oppbevart
> - Uklare rutiner for samhandling
> - Adekvat transport ikke tilgjengelig
> - Travelhet»

Ut fra dette og egen erfaring, tror vi rammene for kvalitet i legevakt er bedre for en lege som jobber sammen med lokal sykepleier og ambulansepersonell uten særlig tidspress, og i en oversiktlig legevakt sammenliknet med en uoversiktlig legevakt der tempoet er høyt og beslutningene blir tatt raskt uten konsultasjon eller godt samarbeid med andre.

På den annen side kan kravet om kompetanse i legevakt og bakvakt fungere som pressmiddel over for kommunene, slik at de legge til rette for spesialisering av sine leger. Kanskje vil de også øke antallet primærleger i kommunen for å oppfylle forskriften. Dette vil i så fall være gunstige effekter av de foreslåtte skjerpede kravene.

En reell kompetanseheving i førstelinjen samt stedlig/utrykningsklar bakvakt, betyr en drastisk omlegging av avlønning og kanskje organisering av tjenestene i retning av sentralisering. De fleste av landets legevakter vil per i dag ha vansker med å etablere bakvaktsordninger og flertallet av kommunene forventer utgiftsøkninger, ifølge Kommunenes sentralforbund (KS)[48].

Ytterligere krav til samtrening

Forskriftskravet om systematisk trening i samhandling gjelder alle delene i det akuttmedisinske nettverket og er et krav det er nødvendig å følge opp også i by og i land. Måten man gjør det på må tilpasses lokale forhold og hvilke deler som skal trene på å samhandle under tidspress. I byen vil det typiske være en hendelse som skjer inne på fastlegekontoret der ambulansetjenesten kommer til. Eller en kompleks problemstilling, som krever at flere kommunale og Helseforetaksressurser mobiliseres via samhandling i "virtuelle team" bestående av LV-sentral, AMK, ambulanse og legevaktslege må løse noe i felles samtale (bygårdsbrann, gisselsituasjon, russebuss som krasjer eller rammes av meningitt). Treningen bør altså ikke begrenses til legevaktpersonell og ambulansepersonell, men alle profesjonelle som involveres i akuttmedisinske hendelser, skal være med på slik trening, dog på ulikt vis og med ulik hyppighet – tilpasset lokale forhold.

Forskning over en periode på 4 år i en middels stor norsk kommune (Alta) har vist at slik trening mellom de lokale ressursene (ikke nødmeldesentraler) skaper en læringsarena og kvalitetsforbedringsarena som opprettholdes av aktørene selv.[49] Når det haster er det spesielt viktig at hjelperne kjenner sine roller, har trent på god kommunikasjon og forstår hvordan hensiktsmessig ledelse foregår – sentrale elementer i det vi kaller samhandling. En hensiktsmessig form for ledelse har i praksis vist seg å være mer fordelt etter nødvendig kompetanse i øyeblikket

---

[48] KS, Høring: akuttberedskap. Tallrapport (2014)

[49] Brandtsorp Kirkengen, A.L., Sterud, B., Haugland, B., Halvorsen, P.A. Learning processes in primary care emergency team training. (Ikke publisert ennå)

enn aktørene selv er klar over.[50] Undersøkelser viser at også evnen til å snakke om vanskelige hendelser og egen usikkerhet trenes ved at debrief er en viktig komponent i teamtrening.

Viktigste grunn til å innføre trening i samhandling er å bedre pasientsikkerheten lokalt. Tre forskningsgrupper har nylig evaluert det positive forholdet mellom team trening og pasientsikkerhet. En gruppe la vekt på hvordan viktige forhold ved teamarbeid, slik som situasjonsforståelse, kommunikasjon, lederskap, tillit og felles mentale modeller henger sammen med kliniske resultater[51]. En annen fant statistiske bevis for effekten av team prosesser i kliniske settinger[52]. Endelig anbefaler en gruppe under Agency for Healthcare Research and Quality i USA, teamtrening som en av de anbefalte pasientsikkerhets strategiene for landet. [53] En gruppe med tilknytning til Kunnskapssenteret beskriver imidlertid at når helsepolitikk skal utformes, må spesifikk "lokal" kunnskap kombineres med "global" eller generell type kunnskap[54]. En kanadisk gruppe påpeker at standardiserte tilnærminger ikke alltid passer fordi lokale relasjoner og både formelle og uformelle responssystemer finnes og er aktive[55].

Forskningslitteraturen om *hvordan* man bør trene i team vokser fort[56][57] -- også basert på læringsteorier.[58] Dessuten beskrives nå lokale teamtreninger som del av større sammenhenger og andre lokale prosesser.[59] Læring innebærer endring på bakgrunn av et samspill mellom individuelle aktører og systemene de er en del av og opprettholder.

Treningsmodellen som brukes i Alta (BEST-modellen) fyller anbefalingene for læring en gruppe fra Sveits nylig publiserte[60]: Realistisk, men simulert scenariotrening som gir konkrete erfaringer etterfulgt av debrief i gruppe der dette gjennomgås kritisk av deltagerne selv, etterfulgt av et simulert scenario nummer to. Forskerne anbefaler at de som trener utfordres skikkelig, slik at feil og uheldige vaner avdekkes og deltagerne motiveres til endring. Alt må skje i en trygg atmosfære, i en realistisk kontekst, med realistisk sammensatte team og på pasienter som er mest mulig realistiske. I Alta simulerer lokalt helsepersonell selv pasienten, som dermed kan bidra med pasientperspektiver i debriefingen. Tiltak som å sette veneflon og ventilere, løfte, klippe klær osv. gjøres på den simulerte pasienten.

---

[50] Brandstorp, H., Kirkengen, A.L., Sterud, B., Haugland, B., Halvorsen, P.A. (2014). Leadership practice as interaction in primary care emergency team training. Action Research Journal (submitted)

[51] Lewin, S., Oxman, A.D., Lavis, J.N., Fretheim,A., Marti, S., Munabi-Babigumira,S. SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking in health 11: Finding and using evidence about local conditions. Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S11

[52] Schmutz J1, Manser T. (2013) Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. Br J Anaesth. Apr;110(4):529-44

[53] Shekelle P.G, Pronovost P.J.,Wachter,R.M., McDonald K.M.,Schoelles,K., Dy S.M., Shojania K. et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for
Adoption Now. Ann Intern Med. 2013;158:365-368

[54] Weaver S.J., Dy S.M., Rosen M.A. (2014) Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. BMJ Qual Saf;0:1–14. doi:10.1136/bmjqs-2013-001848 1

[55] VanderBurgh D, Jamieson R, Beardy J, Ritchie SD, Orkin A. (2014) Community-based first aid: a program report on the intersection of community-based participatory research and first aid education in a remote Canadian Aboriginal community. Rural and Remote Health 14: 2537

[56] Motola I. et al Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. Medical teacher 2013; 35: e1511-e1530

[57] Gjeraa k., Møller T.P., Østergaard D. Efficacy of simulation-based trauma team training of non-technical skills. A systematic review. Acta Anaesthesiol Scand. 2014 May 14. doi: 10.1111/aas.12336

[58] Salas E., Rosen M.A. Building high reliability teams: progress and some reflections on teamwork training. BMJ Qual Saf 2013; 22:369-373

[59] Salas E., King H., B., Rosen M.A.. Improving teamwork and safety: Toward a practical systems approach, a commentary on Deneckere et al. Social Science & Medicine 75 (2012)

[60] Stocker M., Burmeister M., Allen M. Optimisation of simulated team trainig through the application of learning theories: a debate for conceptual framework. BNMC Nedical Education 2014 14:69

I Alta er lokalt helsepersonell instruktører og som siden starten i 2007 har driftet treningene, utviklet de og hatt ansvaret. Det er mulig at en slik tjenesteforankret organisering reduserer terskelen for de frivillige deltagerne. Videre får lokale fastleger, sykepleiere på legevakta og ambulansepersonell fri med lønn for å delta en gang i året (definert som «fagdager»)
Lokalt eierskap til treningen.

Treningene skjer i egne lokaler på helsesenteret, hvor også legevakta ligger. Legevakta har åpent på dagtid. Deltagerne benytter derfor eget utstyr, egen lokaliteter og trener med egne kolleger – i egen kontekst, uten ekstra og fordyrende utstyr.

Forholdet til ambulansetjenestene

Ambulansetjenesten er legevaktenes viktigste samarbeidsparter. Dessverre er den, som legevakten, preget av et stort sprik i kompetanse innad i tjenestene og mellom regionene. Man kan jobbe som ambulansepersonell med formalkompetanse som strekker seg fra et 3 måneder langt kurs (NOU.76-2-kurs) til en paramedic utdannelse på 60 studiepoeng. Bachelor utdannelse på 180 poeng er en helt nylig etablert. Det synes for oss som at andelen paramedic-utdannede er vesentlig større i Sør-Norge, enn i Nord-Norge. Tilbudet om slik dannelse er dessuten dårlig utbygget i nord. Det synes også som at personell i mindre tjenester, som stadig oftere er eneste beredskapstjeneste i en kommune, har lavere formalkompetanse enn i de større byene. Oppfølgingen fra helseforetaket er dessuten vanskeligere i forhold til tjenestestedene mer perifert.

Geografiske forhold gjør at ambulansetjenestene, legevaktene og nødmeldesentralene må sees i sammenheng. Fjerner man en ambulanse påvirker det legevakten og omvendt. Det samme gjelder sentralisering av nødmeldesentralene. Paragrafens første ledd har ikke hindret helseforetak og kommuner i å gjøre slike endringer uten at samarbeidspartene er konsultert og tilstrekkelig informert frem til nå. Både lengre reiseveier og tap av lokale ressurser i de tverrprofesjonelle nettverkene kan gi uheldige konsekvenser, som er vanskelige å se fra en sentral posisjon.

Legedeltagelse på utrykningsoppdrag

Leger skal med i loopen - med i samarbeidet. Det er pasientens behov som avgjør om lege skal rykke ut, dvs. hvordan samhandlingen skal foregå. Dette ifølge § 4 i Helsepersonelloven (se under), som skal bidra til å oppfylle lovens formål, beskrevet i §1: "å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten."

Ifølge Medisinsk Index for nødmeldetjenesten skal lege inkluderes i varsling via nødnett eller helseradio utkalling alle steder på rød respons. Hvorvidt de trenger å rykke ut må avgjøres av de som samhandler i hvert enkelt tilfelle, ut fra de nevnte pasientens behov og personellets kvalifikasjoner som må sees i forhold til pasientens behov. Dessuten har leger en helt spesiell posisjon når det samhandles. Alt er hjemlet i Helsepersonelloven:

"§ 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. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.
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.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner."

Pasientens behov vil flere kunne bidra til å definere når det haster: pasienten (eller stedfortreder/innringer) skal grunnet sine klare pasientrettigheter selvfølgelig høres. AMK-operatør vil ha oversikt over tilgjengelige ressurser og må bidra med info om hva slags/hvor mange ambulanseressurser som pasienten kan få (bil, båt, luft). Ambulanseressursene vil selv ha en mening om hva de kan bidra med, og hvilken type som er best egnet (bil, båt, fly eller helikopter). Legevaktslege vil også ha en mening om hun eller han har noe å bidra sammen med de andre ressursene og endelig hun /han sammen med vil legevaktsentralen kunne vite om andre kommunale resurser er aktuelle å mobilisere. Når det gjelder beslutninger om undersøkelse og behandling har legen rettigheter andre ikke har, sannsynligvis ut fra en medisinsk utdannelse som skiller seg vesentlig fra de andres.

De profesjonelle må kjenne hverandres kompetanse og roller for å avgjøre hvilke ressurser som skal gjøre hva. Det vil være store individuelle forskjeller i kompetanse mellom de nyansatte turnuslegene og spesialistene i allmennmedisin, samt mellom lærlingene rett fra videregående skole, de høyskoleutdannede paramedic'ene i ambulansen, flysykepleiere og anestesileger. Et såkalt "skal-krav" til helseforetak og kommuner om at de skal legge til rette for trening i samhandling mellom nivåene er hjemlet i Akuttmedisinforskriftens §4., både i både gjeldende og forslag til ny forskrift. Slik trening vil gi aktørene kjennskap til hverandres kompetanse, viser upublisert forskning fra NSDM.

Ambulansetjenesten har legestøtte i sitt arbeid både by og land i noen grad. Mange steder, spesielt byer, benyttes lege på legebil eller AMK-legen som støtte for personell på ambulansebil og -båt, i stedet for legevaktslege. Ettersom ambulansepersonell trenger å innhente delegasjon fra lege for å kunne gi endel medikamenter er kontakt med lege nødvendig, rent formelt. Vi mener at opplysninger fra pasientens fastlege ville være gunstig i de fleste tilfeller, enda oftere vil en allmennmedisiners vurdering være nyttig. Allmennlegers/fastlegers daglige jobb handler om å løse uselekterte og svært varierte problemstillinger under tidspress, ved bruk av kommunens og sykehusenes ressurser og pasienters medvirkning. Sverre Rørtveit har gjort grundig rede for og forsket på at norske akuttmedisinske hendelser i hovedsak ikke dreier seg om livstruene tilstander, men er eldre pasienter med mange ulike diagnoser som gjerne trenger hjelp med sammensatte problemer. Alvorsgraden i melding fra AMK ble nedgradert i 43% av tilfellene han registrerte over en toårs periode, og bare 11% ble oppgradert. Pasienter med kroniske sykdommer, flere lidelser samt eldre er de voksende gruppene norsk akuttmedisin håndterer. Dette innebærer vurderinger av komplekse problemstillinger og gjerne også vurderinger som omhandler valg av behandlingssted (til legevakt, KAD/observasjonsseng, lokal, regionalt eller spesialavdeling på sykehus?). Tilstanden vi har klare algoritmer for, hjertestans, er sjelden forekommende.

For å oppfylle samhandlingsreformen er det ikke logisk at kravet til leger bortfaller i byen. Både på grunn av allmennlegers særegne kompetanse og bidrag når pasientens behov tilsier det, men også grunnet effekter tjenestene oppnår ved at ulike profesjoner trener, jobber og dermed lærer

av hverandre. Tverrfaglighet er skjerpende for alle parter, og det er når man utfordres at man lærer. Mye utvikling av norsk akuttmedisin drives frem av et relativt lite anestesilegemiljø. Perspektiver fra allmennmedisinen, legevaktsykepleiere og ambulansepersonell/paramedics er sparsomt, men vil også være nyttige fordi disse aktørene har et annet perspektiv enn helikopterlegene og leger i AMK eller akuttmottak. De har flere oppdrag og er ofte sammen med pasientene i lang tid.

Livreddende førstehjelp og akuttmedisin bør befolkningen kunne ha tillit til at en lege kan håndtere, spesielt en lege som får uselekterte problemstillinger inn på sitt kontor - slik en fastlegepraksis gjør. Vi kan ikke kreve at en mor alltid forstår at hennes lille barn med dehydrering pga. diaré er kritisk syk og at hun skulle ringt 113 i stedet for å oppsøke fastlege. Både medarbeidere på kontoret og fastlegen må derimot skjønne det og handle raskt. Legen må skjønne at besvimelse på venterommet er en kritisk syk pasient inntil det motsatte er bevist. Dette kan handle om indre blødninger, forgiftning eller noe med hjerte eller hjerne - eller pasienten kan våkne opp og fortelle om lavt blodtrykk og svimmelhet pga. graviditet eller at han nettopp hadde tatt en blodprøve.

Forholdet til legevakt-sentralene

Tydelige kvalitetskrav til sykepleierne i legevaktsentralene (LV-sentralen) er viktige. I likhet med AMK, er LV-sentralen en enhet som samarbeider både med befolkning og helsepersonell. Men det de syke og helsepersonellet lokalt som bærer det største ansvaret for liv og helse i de akutte situasjonene, ikke personellet på LV-sentralen. Gode samarbeidsevner og kommunikasjon med innringer er derfor helt sentralt. Personellet på LV-sentralene skal i samarbeid med innringer yte helsehjelp i form av medisinskfaglige råd og veiledning, samt prioritere, registrere, iverksette og følge opp henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp, blant annet å videreformidle henvendelser til helse- og omsorgstjenesten i kommunen, lege i vakt, fastlege, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser.

Vakttårnrapportene viser hvordan kontakttypene (telefon, konsultasjon) i et representativt utvalg på 7 legevakter med sentraler håndteres. I storbyen Tromsø håndteres klart minst via telefon (16,8 %), og mest via oppmøte og legekonsultasjon (74 %). Småkommunen Austevoll har størst andel sykepleierkonsultasjoner på telefon (31,1 %) og også flest legekonsultasjoner på telefon (15,8%), men skiller seg samtidig klart ut ved å ha 7,9 % sykebesøk, mot 2,9 % i Solør, som er nummer to i den rangeringen. Sist her er Tromsø med 0,2 % sykebesøk. Det er Austevoll som her representerer legevaktmedisinen vi ønsker for fremtiden, ressursene bindes ikke opp i konsultasjoner som kan håndteres av fastlegen neste dag eller via telefon.

Forskning har vist at sykepleieres håndtering av oppdrag varierer, men om lag en fjerdedel av alle kontaktene håndteres av sykepleiere.[61]Kvaliteten på rådgivingen og vurderingene om legehjelp er nødvendig, er det derfor viktig å kvalitetssikre som del av tjenesten legevakten gir til befolkningen[62]. Ut fra rapporter og utredninger og også sammensetning av utvalg som skal jobbe med legevakt og akuttmedisin, mener vi det er god grunn til å styrke forsknings- og

[61] Hansen EH, Hunskår, S (2008). Development, implementation, and pilot study of a sentinel network ("The watchtowers") for monitoring emergency primary health care activity in Norway. BMC Health Serv Res, 8:62.
[62] Hansen, E.H., Hunskår. S. (2011). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: a survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 19:48

fagutviklingsinnsatsen rundt sykepleiere på legevakt. Både i LV-sentralen og på LV-stasjonen. Gruppen yter viktige tjenester, men kommer ofte i skyggen fra legen. Bildet som tegnes for myndighetene og politikere og som viktige vurderinger gjøres utfra, er etter vår mening ofte mangelfulle når det gjelder sykepleierollen.

Forholdet til AMK-sentraler

Fra et primærlegeperspektiv er Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) en viktig ressurs i det daglige arbeidet. En reduksjon av antallet sentraler vil bety tap av nærhet til en ressurs. Det er mindre sjanse for at personellet har litt kjennskap til hverandre og til sammenhengen man jobber i. Dette er uheldig. Komplekse oppgaver som akuttmedisin oftest består av, krever godt teamarbeid. Dersom antallet opprettholdes, men sentralen fjernes fra sykehuset grunnet samlokalisering med andre nødetater, vil noen av de samme negative effektene oppstå: Personell treffes ikke ved overlevering av pasient, avstanden øker. Vi drøfter derfor konsekvenser av både sentralisering og samlokalisering med andre nødetater sett sammen i det videre.

De fleste kontaktene med AMK preges ikke av at sekundene teller, som ved hjertestans. De handler om å finne gode løsninger ved at innringer og operatør snakker sammen. AMK er en aktør som skal samarbeide med autonome pasienter og pårørende for å hjelpe dem ved behov for helsehjelp. AMK skal på samme måte samarbeide med helsepersonell som har eller får pasientansvar. Oftest skal aktørene da løse transportutfordringer sammen og få til smidig samhandling mellom helsepersonell på ulike nivå. Kommandering er sjelden nødvendig.

De klare og sterke pasientrettighetene og **det klare personlige ansvaret hvert enkelt helsepersonell** har i sin jobb, er hjemlet i Bruker –og pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven. Disse er godt kjente lover og etterfølges i praksis. Vi vet ikke hvordan disse forhold er for brukere av andre nødetater. Vi vet heller ikke hvorvidt andre nødetater kan kommandere sine tjenestemenn og - kvinner.

AMK er altså én aktør av flere som samhandler – typisk samhandles det med ambulansetjenesten (bil, båt og fly), legevaktsentralen, lege og pasienten selv. Disse aktørene fungerer da som et ad hoc sammensatt team[63], men aktørene vil være på ulike plasser og de utgjør derfor det som kalles et *virtuelt* team[64].

Et virtuelt team bruker IKT/informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å løse oppgaven sammen. En definisjon på team er: "et lite antall personer med komplementære ferdigheter som er samlet om en felles oppgave, felles prestasjonsmål og metode mens de opplever å være ansvarlige

[63] Hunziker, S., Tschan, F., Semmer, N. K., Zobris, R., Spychiger, M., Breuer, M., Hunziker, P. R., & Marsch, S. C. (2009). Hands-on time during cardiopulmonary resuscitation is affected by the process of teambuilding: a prospective randomised simulator-based trial. BMC Emergency Medicine 9: 3.
[64] Townsend, A., DeMarie, S., & Hendrickson, A. (1998). Virtual teams: Technology and the workplace of the future. Academy of Management Executive, 12(3), 17-29.

for dette overfor hverandre."[65] I begynnelsen på et oppdrag der AMK er involvert vil teamet være 100 % virtuelt da AMK, innringer (pasient el. pårørende), evt. LV-sentral, ambulansepersonell og lege i vakt er på ulike steder og må finne gode løsninger sammen via å kommunisere per nødnett eller telefon. Som i andre team i helsevesenet, har hver aktør ulike roller, ulik kompetanse, men målet om best mulig pasienthjelp vil bidra til retning i samarbeidet. Utfordringene handler om å finne balansen mellom ulikhetene (roller, kompetanse, kultur) og det å være en felles integrert enhet[66].

En relevant doktorgradsavhandling fra Nederland: Overcoming distance in virtual teams: effects of communication media, experience, and time pressure on distributed teamwork. [67] Følgende utfordringer er beskrevet for virtuelle team, relevant for AMK som samarbeidsaktør (s.18):

1. **Vansker med å utvikle mellommenneskelige relasjoner:**
   "The dispersed nature of virtual teams reduces the amount of social information that is communicated between members. This constrains relational development in virtual teams. Reduced levels of social information may prompt dysfunctional conflict, induce social isolation, and undermine trust, co-operative behavior, commitment to the team, cohesion, and satisfaction. Team members feel more anonymous and are focused more on themselves and less on others."
2. **Kommunikasjonsutfordringer:**
   "In virtual teams, the channel that teams use to communicate often imposes restrictions on the flow of information. This reduction may cause disruptions in conversations, difficulties in following and understanding discussions, and in monitoring feedback from others."
3. **Manglende forståelse for andre samarbeidspartneres ferdigheter:**
   "In virtual teams, members often cannot physically see each other work. Information that is gained through common experiences and first-hand observations of members' habits, situations, and working environments is therefore lacking. Without some sort of knowledge of what other members are doing, it becomes more difficult, or even impossible, to engage in coordinated teamwork"

Akuttmedisinen innebærer bruk av skjønn og improvisasjon ut fra lokale forhold. Prosedyrer og medisinsk kunnskap er selvfølgelig viktig, men ofte ikke nok. Vår erfaring fra Nord-Norge med minst én AMK i hvert fylke, er at når personell i legevakt og ambulansetjenestene kan bli litt kjent med personellet på AMK, bygges trygge relasjoner. Personellet treffes dessuten i andre, mer pasientnære roller, da AMK-personellet også jobber i akuttmottak og ambulansen. Forskning viser at når avstanden mellom sammenhengene folk tilhører øker (sosial kontekst) så er det assosiert med lavere nivå av tillit.[68,69] Det er en fordel at samarbeidet er bygget på tillit og kjennskap til hverandres roller når man skal samarbeide under stressende betingelser, som ulykker og kriser.

---

[65] Katzenbach, J. R., & Smith. D. K. (2005). The wisdoms of teams: creating the high-performance organisation. London, UK: McGraw-Hill.
[66] Arrow H., Henry K.B. (2010), Using Complexity to promote group learning in health care. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16; 861-866
[67] Rick van der Kleij. Overcoming Distance in Virtual Teams: Effects of Communication Media, Experience, and Time pressure on Distributed Teamwork. Netherlands Organisation for Applied Scientific Research: Defence, Security and Safety. Soesterberg, The Netherlands.
[68] Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. Academy of Management Review, 23, 393–404
[69] Cascio, W. F. (2000). Managing a virtual workplace. The Academy of Management Executive, 14, 81-90.

Rollene er ikke uten videre gitt i dagens helse-Norge. Legers deltagelse i akuttmedisinen varierer som et eksempel mye[70], og det vil igjen påvirke lokal oppgavefordeling og utforming av roller. Forskning på trening i samhandling i lokale akuttmedisinske team viser at rolleavklaring og oppgavefordeling er viktige tema som helsepersonell stadig bruker tid på å avklare på trening[71].

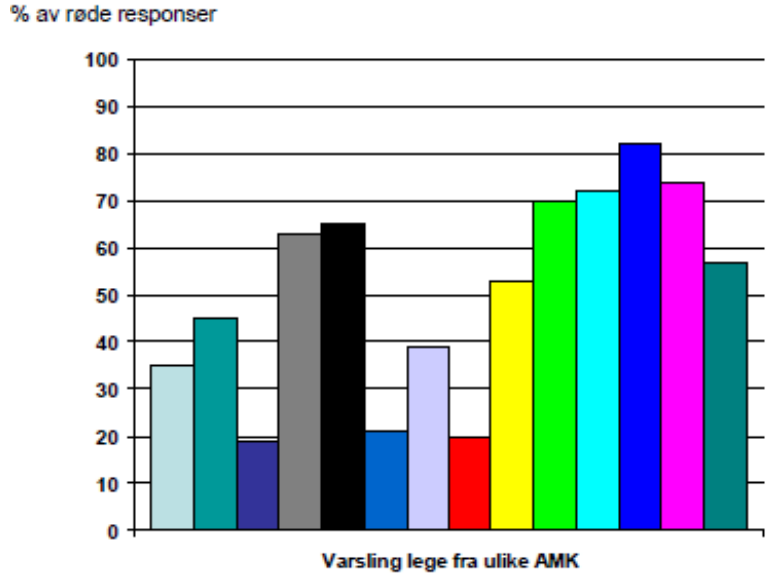
AMK alarmerer leger i varierende grad: sjeldnere i byene enn på bygda, viste en undersøkelse i 2005[72]. Nklm og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) undersøkte i 2008[73] hvordan 14 av landets 20 AMK-sentraler varslet leger og ambulansetjenesten (s.7) og nyanserte bildet, og viste samtidig i hvilken grad ressursene kvitterte i helseradio: «Varsling av lege 769 (49 %) av hendelsene ble legen varslet via helseradionettet, mens legen kvitterte via helseradioen i 545 (35 %) tilfeller. Varsling av ambulanse: I 1500 (95 %) av hendelsene ble ambulanse varslet via helseradionettet, og i 1475 (94 %) av tilfellene kvitterte ambulansen via helseradionettet.»

Mønsteret i varsling og kvittering fra varslet ressurs etter kommunestørrelse (s.8):

Tabell 1

	Varsling (%)				Kvittering (%)			
Kommunenes sentralitet	Minst sentrale	Mindre sentrale	Sentrale	Særlig sentrale	Minst sentrale	Mindre sentrale	Sentrale	Særlig sentrale
Lege	50	60	42	50	38	47	22	37
Ambulanse	92	93	85	99	90	89	84	98

Figur 3, Variasjon mellom 14 AMK-sentraler med hensyn til varsling av lege ved rødrespons (s.9):



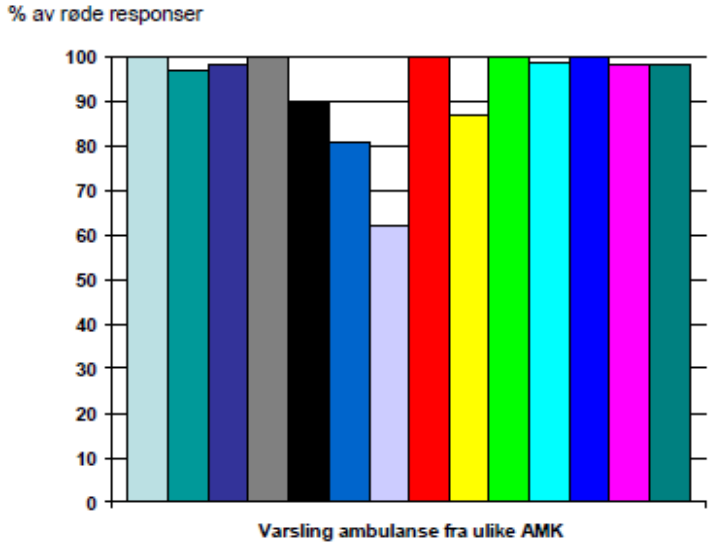
[70] Zakariassen, E. Red response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine. Doktorgradsavhandling, Universitetet I Bergen, 2010

[71] Brandstorp et al. PhD prosjekt utgående fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin, upubliserte resultat.

[72] B Vaardal, B., Lossius,H.M., Steen, P.A., Johnsen, R. Have the implementation of a new specialised emergency medical service influenced the pattern of general practitioners involvement in pre-hospital medical emergencies? A study of geographic variations in alerting, dispatch, and response. Emerg Med J 2005;22:216-219

[73] Blinkenberg, J., Jensen, Å., Press, K. (2008) Lege/ ambulansealarm i helseradionettet, -bruk, tilgjengelighet og respons. Et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)

Figur 4, Variasjon mellom 14 AMK-sentraler vedr. varsling av ambulanse ved rød respons (s.10):



Helsehjelpen som når frem til pasientene vil variere med hvem som blir varslet. Mange steder får ikke lege vite om pasienter som har behov for akutt helsehjelp. Vi har beskrevet at det er pasientens behov som skal avgjøre om hvem som samhandler og at flere aktører vil kunne være med å definere dette behovet. Den store variasjonen med hensyn til ok AMK vurdere at lege trenger å varsles, har sannsynligvis flere årsaker enn en medisinsk vurdering av pasientens behov. Både distriktets tradisjon for å ha med lege «i loopen» og legens egen interesse i å svare på helse radio, er elementer som skaper slike forhold. Bruk av avviksmeldinger i situasjoner der lege ikke svarer eller lege ikke får oppkall og tilsynsmyndighetens oppfølging av akuttmedisinsk samhandling er andre forhold.

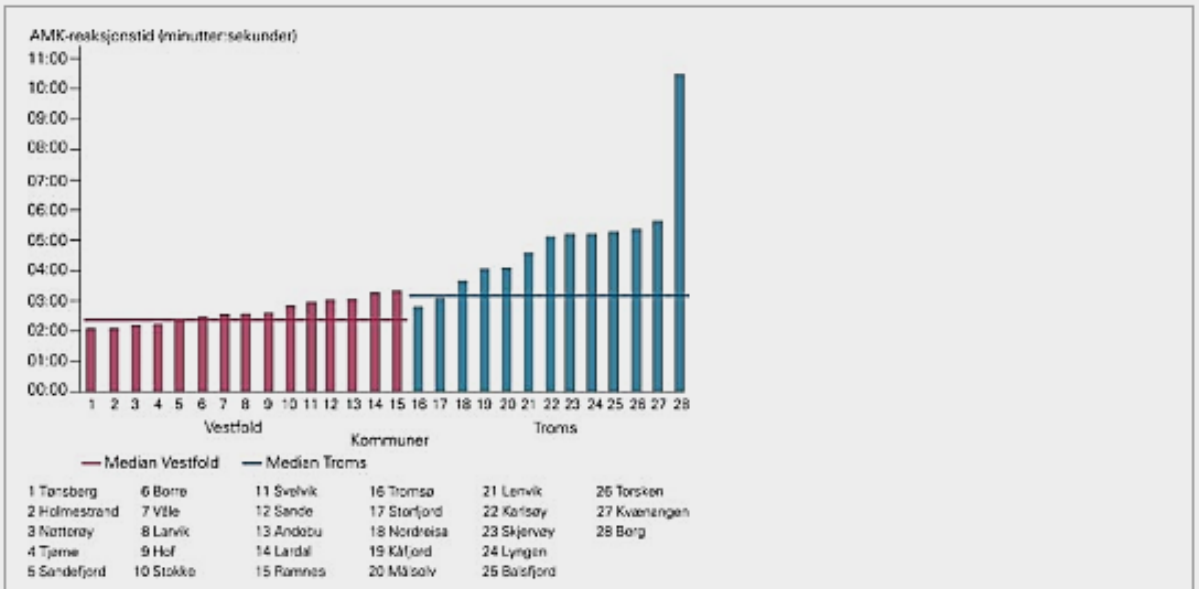
Bygging av en god samhandlingskultur en forutsetning for å kunne snakke om og lære av vanskelige oppdrag. Både den gjeldende og i forslag til revidert akuttmedisinforskrift er kravet om trening i samhandling med (se §4). Det gjelder alle aktørene innen akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus – AMK inkludert. I stedet for at AMK skal fjerne seg fra samarbeidspartnere, legger forskriften altså opp til at det aktivt skal trenes for å bedre samhandlingen.

AMK-reaksjonstid. Fra et distriktsperspektiv er det også viktig at AMK-reaksjonstid (tid fra mottatt melding til varsling videre) er vist å gå opp jo lenger unna AMK-sentralen er fra innringer når det handlet om en akutt problemstilling[74]**.**

Figur 5 under viser at AMK- sentralene i Vestfold og Tromsø alarmerte ressursene i samme by som sentralen raskest. Dette viser at geografisk nærhet til AMK-sentralen har betydning.

[74] Folkestad, E.H, Gilbert, M., Steen-Hansen, J-E. Når det haster – prehospitale responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:324 – 8

Figur 5, fra artikkelen Når det haster – prehospitale responstider i Vestfold og Troms i 2001:



AMK-reaksjonstid ved ambulanseutrykning i hastegrad AKUTT (N = 4 162) i medianverdier. Data fra 2001 for 28 kommuner i Vestfold og Troms. Sortert fylkesvis. Streker for medianverdi i hvert fylke

Det er mange argumenter mot sentralisering og samlokalisering, vi finner få for. Man kan ved større pasienttilfang (sentralisering) trene AMK-operatører til å handle raskere etter i standardiserte prosedyrer. Det kan også løses ved simulering. Fordi oppgavene AMK skal løse mye oftere er komplekse og løses av helseetaten alene, vil forhold som fremmer godt samarbeid med de man daglig samarbeider ofte med telle mye mer enn man kan vinne på å bygge samarbeid med andre etaters nødmeldesentraler.

First responders.

Frivillige aktører uten helsefaglig bakgrunn har alltid vært viktige støttespillere i kommune-Norge under større kriser. Lokale førstehjelpere i mer organiserte former har vist seg å kunne redde liv, viser en fersk oppsummering av behandling av hjertestans i rurale strøk.[75] NSDM vil understreke kommunenes ansvar for å sikre forsvarlige tjenester og vil advare mot en utvikling der ambulansebiler eller legevakter erstattes av ufaglærte førstehjelpere. Effekten kommer først når disse beriker og kommer i tillegg til de profesjonelle tjenestene. Det er ikke ved oppbygging av et korps med førstehjelpere at utfordringene utenfor sykehus løses.

[75] Mathias Ströhle, M., Paal, P., Strapazzon, G., Avancini, G.,Procter, E., Brugger, H. (2014). Defibrillation in Rural Areas. The American Journal of Emergency Medicine

Konklusjon

Samhandlingsreformen legger opp til at flere pasienter skal behandles utenfor sykehus. Dette krever at det finnes nok kompetent helsepersonell som kan gi helsehjelp på riktig sted og til riktig tid. Derfor må det settes inn tiltak som hindrer personellmangel i distriktene. Det bør i stedet skje en vekst her. Kontinuerlig bygging av gode, trygge, tverrfaglige fagmiljøer lokalt er selve nøkkelen for å styrke legevakt og akuttmedisin i utkantene. Alle er avhengige av alle i distriktene og marginalene er små i forhold til om kommunen klarer å beholde kompetent personell eller ikke.

1. En satsning på lokal kvalitet- og kompetansebygging lokalt er et virkemiddel som vil stabilisere helsepersonell og samtidig komme pasientene til gode i form av god helsehjelp der de bor og lever. Å sikre at alle akuttmedisinske tjenester får trening i samhandling vil være et av de sentrale virkemidlene for å bidra til trygge, samhandlende akuttmedisinske tjenester i både by og land. Økt bruk av legevakt som undervisningsarena for desentraliserte elementer i grunnutdanning i sykepleie og medisin er et annet.

2. Samlokalisering av legevakt og andre helsetjenester (KAD, sykehjem, ambulanse, fysioterapi osv.) vil kunne styrke det tverrfaglige samarbeid og være steder lite mobile pasientgrupper får hjelp under ett tak. Dette kan være skrøpelige eldre og pasienter med flere lidelser.

3. Tilrettelegging for flere fastlønnede legestillinger i kommunene er viktig for å dreie legevaktsvirksomhet mot beredskap og for å beholde legene i distrikt. Samlet arbeidsbyrde for leger er i mange småkommuner uholdbart stor ettersom dårlig betalt legevakt kommer i tillegg til lange dager som fastlege. De unge søker seg heller til byene for bedre regulert arbeidstid og bedre lønn. Ved å tydelig definere legevakt som en del av fastlegejobben og tilby fast lønn som kan konkurrere med lønningene i urbane strøk, kan rekrutteringen og stabiliseringen bedres. Med en avlønning som står bedre i forhold til antall timer på jobb, kan legene få bedre arbeidsvilkår. Sannsynligvis vil det da bli klart at det trengs flere leger i distriktene. Slik blir det flere å dele vaktene på og sentralisering vekk fra der både pasienter og profesjonelle bor kan unngås.

Fulle referanser for fotnote nummer 10, side 6:

1. Forsdahl, A., Grundnes, O., Eliassen, E., Gamnes, J., Hagland, R., Ytrehus, I. Hvor blir Tromsølegene av? Tidsskrift for den norske legeforening 1988; 108: 1225-1230.
2. Alexandersen, Ø., Jørgensen, E., Østerås, J., Hasvold T. Medical education in Tromsø: important to the northern parts of Norway? Tidsskrift for den norske legeforening 2004; 124: 2107-2109
3. Tollan, J.H., Magnus, A. Tromsøkandidatene – blir de i Nord-Norge? Tidsskrift for den norske legeforening 1993; 113: 27-29.
4. Aaraas, I., Halvorsen, P. Developing rural medical Sschools: History of Tromsø and Northern Norway. In Chater AB, Rourke J, Couper ID, Strasser RP, Reid S (eds.) WONCA Rural Medical Education Guidebook. World Organization of Family Doctors (WONCA): WONCA Working Party on Rural Practice, 2014.