

Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Høringssvar fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin vedrørende revidert traumerapport

Forslaget til ny traumerapport er en revisjon av rapporten "Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter - Traumesystem 2007". Initiativtaker og gjennomfører er Nasjonalt kompetansetjeneste for traumatologi. Flere av de som skrev den første rapporten har vært med i revisjonen, i tillegg har alle helseforetakene denne gangen med sine traumeansvarlige leger og koordinatorene i arbeidsgruppen. Primærhelsetjenesten er representert ved en LIS lege i allmenntjenesteforskning. Med bakgrunn i sin helsetjenesteforskning, ble forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) invitert inn i arbeidsgruppen og har arbeidet spesielt med kapitlene om forebygging og rehabilitering.

NSDM ser nødvendigheten av å revidere "Traumerapporten" og ser at det er lagt arbeid ned i en bred prosess. Det beskrives hvordan denne rapporten er plassert i forhold til annet arbeid på feltet og at tyngdepunktet ligger på virksomhet knyttet til sykehusene. Det er et valg som er gjort, sannsynligvis ut fra sterke føringer fra helseforetakene, men vi tror at rapporten kunne blitt enda bedre dersom gruppen også hadde invitert inn en sykepleier som representant for legevaktsentralene og paramedic/ambulansespersonell i klinisk virksomhet, i tillegg til en spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin. Da ville alle ledd vært representert. Viktige trekk i Primærhelsetjenestemeldingen ble f.eks. allerede høsten 2014 gjort kjent: som at sykepleiernes rolle ville styrkes betraktelig utenfor sykehus.

Legevaktsentral

Medisinske nødmeldesentraler i Norge omfatter både AMK-sentraler og legevaktsentraler, ifølge Akuttmedisinforskriften. Vi vil beskrive utfyllende om AMK-sentralene sett fra et primærhelsetjenesteperspektiv senere i dette høringssvaret. Fra en registrering i en norsk legevaktsentral, vet vi at akuttmedisinske hendelser i studiekommunen i stor grad ble meldt til legevaktsentralen i stedet for til AMK¹ (over 50%). Av disse akuttmedisinske hendelsene var sannsynligvis også noen traumer. Denne praksis gjenfinnes ikke i rapportutkastet. God håndtering i legevaktsentraler er viktig for det

¹ Rørtveit S., Hunskaar S. Akuttmedisinske hendelser i ein utkantkommune
Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:738 – 42

akuttmedisinske nettverkets pasienthåndtering lokalt og bør omtales i rapporten. I alvorlige traumesituasjoner vil LV-sentralene holdes informert om hendelsene i sentralens legevaktdistrikt for å ha oversikt over bruken av lokale ressurser og kunne varsle legevaktens ressurser som frivillige organisasjoner og kommunalt kriseteam. En sykepleier med relevant PhD fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) tror vi vil kunne bidra til beskrivelse av LV-sentralen.

Kommunal legevakt

Kapittelet om kommunal legevakt er så og si uten drøfting av sykepleiers rolle ved traumer. Det er bemerkelsesverdig da teamtenkning og -trening er inkludert. Vi vet at stabilisering av pasienter i kommunene gjøres av ambulanspersonell alene, sammen med lege og/eller inne på legevakt der en sykepleier ofte vil bistå. Deres rolle og kompetansekrav vil være viktig for pasientene og bør beskrives på samme måte som legevaktlegen, fortrinnsvis av en sykepleier med relevant erfaring.

Beskrivelsen og litteraturen som er oppstilt i dette kapittelet gir imidlertid en god virkelighetsbeskrivelse sett fra legens perspektiv. I forslaget til anbefalinger finner vi imidlertid en kompetanseliste for leger i legevakt som avviker fra listen fagmiljøene har formulert i den digitale Legevakthåndboken², den viktigste prosedyremalen for legevakt i Norge (lastet ned som app av 70 000 i 2014). Spjelking av brudd er f.eks. i praksis noe ambulanspersonell gjør og så og si aldri leger utenfor sykehus. Rent praktisk tror vi det vil være hensiktsmessig at nødvendige ferdigheter, kunnskap og holdninger defineres og vedlikeholdes via trening i samhandling lokalt. Nødvendige lege- og sykepleierferdigheter vil variere noe fra sted til sted.

Såkalte ikke-tekniske ferdigheter som ikke nevnes eksplisitt i rapporten eller i Legevakthåndboken, men som vil være nødvendige overalt, er det å kunne lede et team hensiktsmessig, kjenne til hva som er hensiktsmessig kommunikasjon og rollefordeling i egne lokale akuttmedisinske nettverk. Vi foreslår at de skrives inn.

Å kunne utføre en rask og god primærundersøkelse bør også føres inn. Det er en ferdighet som er helt sentral i kurs for allmennleger som PHTLS, ATLS, og i lokalt arrangerte akuttmedisinkurs i allmennlegers videre- og etterutdanning som følger Nklm sin kursmal for slike kurs.

AMK sett fra primærhelsetjenesten

Norsk forening for allmennmedisin og deres referansegruppe i legevakt³ trekker i sitt høringssvar frem at det må fokuseres mer på samarbeid mellom AMK og legevakt. Det og det videre støtter vi: «Det bør implementeres i ny nødnettsprosedyre at AMK operatør skal varsle legevaktslege ved alle røde

² Ingrid H. Johansen I.H., Blinkenberg J., Arentz-Hansen C., Moen K. Legevakthåndboken. Gyldendal akademisk 2012, tilgjengelig fra: <http://www.lvh.no/>

³ Norsk forening for allmennmedisin, 8. mai 2015: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Horingsuttalelser/Horing---revidert-nasjonal-traumeplan--traumesystem-i-Norge-2015/>

utrykninger. Unnlatelse av melding bør registreres som avvik. Etter hvert som AMK distrikt slår seg sammen er det også viktig å påpeke at AMK operatørene må kjenne det geografiske området de dekker. Mangel på slik kunnskap kan bidra til å sette den skadde pasientens liv i ytterligere fare. Med dette menes at operatørene bør reise rundt og bli kjent med både distriktene, veier og legevaktene de samarbeider med.»

NSDM ønsker i dette høringsvaret å bidra med en beskrivelse av AMK-sentralene fra et primærhelsetjenesteperspektiv. De beskrives i rapporten og ellers oftest fra et innenfra perspektiv. For primærhelsetjenesten vil en reduksjon av antallet sentraler, slik det diskuteres, vil bety tap av nærhet til en ressurs. Det er mindre sjans 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 og det er vanskeligere å bygge tillit mellom aktørene.

Helselovgivingen gjør Helse vesensforskjellig fra Politi og Brann

De fleste kontaktene med AMK 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 en smidig samhandling mellom helsepersonell på ulike nivå. 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 og skiller medisinske nødsentraler fra de til politi og brann.

Virtuelle team

AMK er én aktør av flere som samhandler – typisk samhandles det med ambulansetjenesten (bil, båt og fly), legevaktsentralen, lege og pasient/pårørende. Disse aktørene fungerer da som et ad hoc sammensatt team⁴, men aktørene vil være på ulike plasser og utgjør dermed et *virtuelt* team⁵. 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 for dette overfor hverandre”⁶. Som i andre team i helsevesenet, har hver aktør ulike roller, ulik kompetanse, men målet om best mulig pasienthjelp vil bidra til

⁴ 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.

⁵ Townsend, A., DeMarie, S., & Hendrickson, A. (1998). Virtual teams: Technology and the workplace of the future. *Academy of Management Executive*, 12(3), 17-29.

⁶ Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (2005). *The wisdoms of teams: creating the high-performance organisation*. London, UK: McGraw-Hill.

retning i samarbeidet. utfordringene handler om å finne balansen mellom ulikhetene (roller, kompetanse, kultur) og det å være en felles integrert enhet⁷.

En relevant doktorgradavhandling fra Nederland⁸ fremstiller følgende utfordringer for virtuelle team og som er 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”

Distanse og tillit

Forskning viser at når avstanden mellom sammenhengene folk tilhører øker (sosial kontekst) så er det assosiert med lavere nivå av tillit^{9,10}. 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. 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 tillit og trygge relasjoner. Personellet treffes dessuten i andre, mer pasientnære roller, da AMK-personellet også jobber i akuttmottak og ambulansetjenesten.

⁷ Arrow H., Henry K.B. (2010), Using Complexity to promote group learning in health care. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16; 861-866

⁸ 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.

⁹ 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

¹⁰ 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 mye¹¹, og det vil igjen påvirke lokal oppgavefordeling og utforming av roller i samspill med AMK eller LV-sentral. 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 trening¹².

AMK alarmerer leger i varierende grad

AMK varsler lege sjeldnere i bykommunene enn på bygda, viste en undersøkelse i 2005¹³. Nklm og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) undersøkte i 2008¹⁴ 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: I 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 i undersøkelsen fra 2008):

Tabell 1

| Kommunenes sentralitet | Varsling (%) | | | | Kvittering (%) | | | |
|------------------------|----------------|-----------------|----------|-----------------|----------------|-----------------|----------|-----------------|
| | 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 |

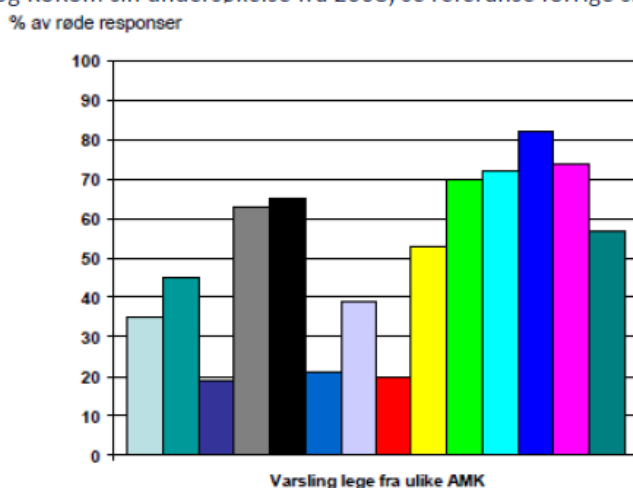
¹¹ Zakariassen, E. Red response. Studies on the role of primary care doctors in out-of-hospital emergency medicine. Doktorgradsavhandling, Universitetet I Bergen, 2010

¹² Brandstorp et al. PhD prosjekt utgående fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin, upubliserte resultat.

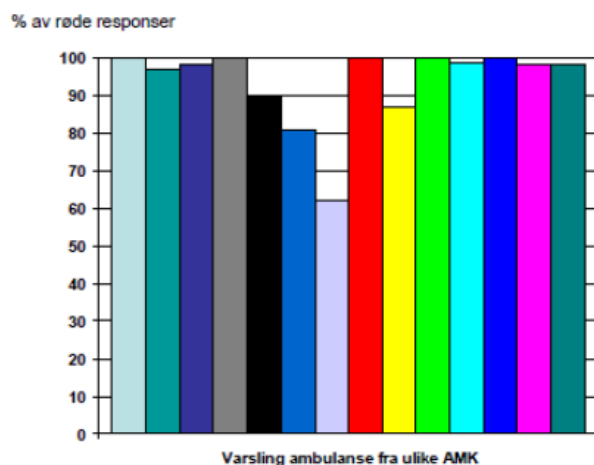
¹³ B Vaardal, B., Lossius, H.M., Steen, P.A., Johnsen, R. Have the implementation of a new specialised emergency medical service influenced the pattern of general practitioners involvement in pre-hospital medical emergencies? A study of geographic variations in alerting, dispatch, and response. Emerg Med J 2005;22:216-219

¹⁴ Blinkenberg, J., Jensen, Å., Press, K. (2008) Lege/ ambulansalarm i helseradionettet, -bruk, tilgjengelighet og respons. Et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)

Figur 3, Variasjon mellom 14 AMK-sentraler med hensyn til varsling av lege ved rødrespon (s.9 i Nklm og KoKom sin undersøkelse fra 2008, se referanse forrige side):



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



Samhandling ut fra pasientens behov

Helsehjelpen som når frem til pasientene, vil variere med hvem som blir varslet og responsen på varslet. Mange steder får ikke leger i kommunen vite om pasienter som har behov for akutt helsehjelp. Helsepersonellovens § 4 om forsvarlighet sier at det er pasientens behov som skal avgjøre om hvem som samhandler. Flere aktører vil kunne være med å definere dette behovet og legen må inkluderes i disse vurderingene. Den store variasjonen med hensyn til om AMK vurderer 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 helseradio, 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.

AMK med på trening i samhandling

Bygging av en god samhandlingskultur en forutsetning for å kunne snakke om og lære av vanskelige oppdrag. Både i den forrige og i den gjeldende Akuttmedisinforskriften er det et krav om at tjenestene skal få 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. Vi foreslår at Traumerapporten understreker behovet for at AMK systematisk inkluderes i samhandlingstrening med primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten.

AMK-reaksjonstid.

Fra et distriktperspektiv 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 problemstilling¹⁵. Undersøkelsen 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.

Fremtidig sykehusstruktur

Avslutningsvis vil vi understreke at optimal traumebehandling må veies mot bevaring av lokal sykehusenes kirurgiske avdelinger. Det isolert beste tilbudet til pasienter må ikke bli det helhetlige tilbudets fiende. Kirurgiske og anesthesiavdelinger og ressursene knyttet til dem er viktige for kommunehelsetjenesten på flere måter enn rent kirurgisk og/eller anesthesiologisk. På mindre sykehus vil hver ressursperson ofte fylle flere funksjoner enn på et stort sykehus. I de store systemene er helsepersonellens roller mer avgrenset og spesialisert enn i små systemer der rollene er mer utydelig avgrenset da det er vanlig å måtte dekke opp flere funksjoner. Denne fleksibiliteten er små organisasjoners styrke – man er vant til å måtte improvisere og strekke seg for å løse utfordringene. Og det gjør organisasjonene mer sårbare ved tap av ressurser. Da må de som blir værende igjen strekke seg enda lenger. Legevaktsjefen i Narvik har beskrevet hvordan kirurger, anestesileger, ambulans- og legevaktpersonell jobber sammen om kursvirksomhet og samtrening både for leger og for sykepleiestudenter¹⁶. – «Narvik har allerede et etablert fagmiljø som grunnmur i arbeidet med å bygge opp et bærekraftig og solid studium på bachelornivå i ambulansesfag» sier ambulansesfagarbeidere.¹⁷ Vi kjenner til flere andre gode bidrag i denne debatten, også fra NKT, som ønsker å se helhetlig på tjenestene uten at de neves her.

Takk for invitasjon i høringsrunden. Lykke til med siste bearbeiding.

¹⁵ 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

¹⁶ Brevet til Bent Høie fra Sverre Håkon Evju. Fremover.no 9.april 2015: http://www.fremover.no/Brevet_til_Bent_H_oe_fra_Sverre_H_kon_Evju-5-17-40638.html?ns_campaign=article&ns_mchannel=recommend_button&ns_source=facebook&ns_li nkname=facebook&ns_fee=0

¹⁷ Narvik vil ha bachelor-utdanning I ambulansesfag. Fremover 18. november 2015. http://www.fremover.no/lokale_nyheter/article7698979.ece