

Til Helsedirektoratet

Helen Brandstorp

Høringsuttalelse fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) om Nasjonal veileder for organisering på skadestedet (16/11175)

NSDM ønsker å bidra til en nasjonal veileder for organisering på skadestedet. Forslaget som nå er på høring har vært gjenstand for mange drøftinger der også NSDM har vært involvert. I vår bidrag til veien videre, velger vi derfor å konsentrere oss om det mest utfordrende med veilederen: hvilket helsepersonell som skal ha øverste myndighet på skadestedet.

Vi tror at veilederens forslag nok vil fungere i praksis i de tettest befolkede områdene, men trenger å endres noe for å ikke kunne skape vansker i distriktene. Slik vi forstår forslaget skal Medisinsk leder helse (MLH, alltid lege) eksplisitt være underlagt Innsatsleder Helse (ILH, oftest ambulanspersonell, men kan være lege). En slik eksplisitt underordning av en lege under et ambulanspersonell mener vi er i strid med Helsepersonelloven. Lovens §4 om forsvarlighet, gir legen en overordnet rolle overfor annet helsepersonell når det skal tas beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

En eksplisitt underordning bryter også med ansvars- og likhetsprinsippene veilederen legger til grunn (s.6):

- Ansvarsprinsippet handler om at det organet som har ansvar for funksjoner eller oppgaver til daglig også har det under en redningsaksjon.
- Likhetsprinsippet handler om at organisasjonen man oppretter i krise skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig.

Forslaget til veileder er slik vi ser det, egnet til å skape unødvendig konflikt i situasjoner på skadesteder der lege er involvert. Vi tror det er mer ryddig om både MLH og ILH kan fylles av ambulanspersonell eller lege, men at lege alltid er overordnet ambulanspersonellet – i prinsippet og i tråd med loven.

Utdyping

Fra vårt ståsted kan helsepersonellsammensetningen på skadesteder se temmelig forskjellige

ut i ulike deler av landet. I større byer vil gjerne ambulansepersonell dominere på skadestedet med kompetanse og antall, og ved større ulykker jobbe sammen med sykehusspesialister, fortrinnsvis anestesileger. Anestesileger er drillet i å sikre vitale funksjoner på en helt annen måte enn allmennleger. Anestesilegen jobber derfor like gjerne med pasientbehandling, mens kompetent ambulansepersonell har en naturlig plass i innsatsledernes felles kommandoplass.

Når det er stor avstand til sykehus er det oftere legevaktslege og eventuelt fastleger (dvs. allmennleger) som utgjør legeressursene. De har kompetanse i ledelse og administrasjon, og i det å jobbe sammen med ambulansepersonellet i lokale ad hoc team. Trening i slik samhandling for tjenestene utenfor sykehus er forskriftsregulert i Akuttforskriften (§ 4). Dette kravet om trening i samhandling gjelder ikke for anestesilegene.

Vi ser at under slik trening i samhandling i de vanlige ulykkescenarioene, fordeles ledelsen til det personellet som har mest relevant kompetanse i ulike settinger, og vil bevege seg mellom personell i et pasientforløp konfliktløst og sømløst. Legen forventes dog å ha oversikt, kunne oppsummere, ha den overordnede ledelsen og kommunisere med sykehus, AMK, helikopterlege¹.

Ettersom legen har lederrollen i det daglige samarbeidet med ambulansepersonell, er det vår erfaring fra slike områder, at lederrollen for det organisatoriske også i større og uvanlige ulykker tilfaller legen. Den med størst medisinsk innsikt trenger god oversikt for å kunne styre innsatsen – i avstand fra pasientene, i samtale med sykehus og andre ressurser. Ambulansepersonellet er ofte mer trent enn allmennleger i den praktiske håndteringen av traumepasienter og tar gjerne styringen i dette arbeidet. Skadestedsarbeid i slike settinger vil da gjerne være slik at allmennlegen fyller rollen som ILH i kommandoplass og ambulansepersonell jobber med praktisk pasienthåndtering på samleplass/skadested. Leder av dette arbeidet tettere på pasientene kalles i forslaget MLH. Vi foreslår at derfor at denne rollen bør kunne fylles av et ambulansepersonell.

NDSM foreslår at den nye konstruksjonen i forslaget - som vi ikke er kjent med finnes andre steder i helsevesenet – ikke implementeres. Vi mener at det ikke er bra at legens vanlige rolle i medisinske beslutninger endres. Det kan oppleves svært stressende og uheldig i settinger der presset allerede er høyt. Dette vil i sin tur kunne gi uheldige konsekvenser for pasientbehandlingen.

Det må derfor fortsatt være slik at ambulansepersonellet er underlagt lege ved medisinske beslutninger også på skadestedet, uavhengig av funksjon. Dersom funksjonene ILH og MLH er sidestilt, vil leges plikt og rett til å fatte beslutninger i samarbeid med andre, kunne utøves godt enten legen bekler MLH eller ILH.

Konklusjon

ILH og MLH sidestilles i teksten og begge rollene bør kunne fylles av både lege og ambulansepersonell. Legens rett til å fatte medisinske beslutninger må ikke kompromitteres ved at MLH eksplisitt underordnes ILH. Ansvars- og likhetsprinsippet må følges og veilederen må ikke kunne leses slik at oppsettet bryter med Helsepersonelloven.

¹ Brandstorp H, Kirkengen AL, Sterud B, Haugland B, Halvorsen PA. Leadership practice as interaction in primary care emergency team training. Action Research 2015; 13:84-101

Vennlig hilsen

Helen Brandstorp

Leder

[NSDM](#)

helen.brandstorp@uit.no

99152115