

Samfunnsmedisinsk engasjement i nord

Interkommunalt samarbeid og kommunelegens ansvar i den akuttmedisinske kjeden, var blant temaene som ble diskutert da kommuneleger i Nordland og Finnmark var samlet på kurs i Bodø i juni.

Anders Smith, seniorrådgiver i Sosial- og helsedirektoratet orienterte om mulighetene og utfordringene i et interkommunalt samarbeid. – Vi er nå på historisk grunn, sa Smith og siktet til Bodø-seminaret i 1997 hvor styrking av det lokale folkehelsearbeidet var tema. Etter seminaret ble det utarbeidet en erklæring om hvordan helsefremmende og forebyggende arbeid i norske kommuner kunne styrkes. Smith brenner fremdeles for interkommunale løsninger, og mener samlokalisering må til for å få til et bedre samarbeid omkring helse-, miljøvern- og næringsmiddelarbeidet i kommunene.

Velfungerende legevaktsamarbeid

Ame Vassbotn, kommunelege I i Sortland sa at de i 2000 måtte gjøre noe med legevaktjennesten i Vesterålen. – Det er en stor utfordring i distriktet at det er stor avstand mellom de tettest befolkede stedene. Vaktbelastningen ble for stor og gjorde det vanskelig for de unge legene å leve et normalt familieliv. Vi måtte rett og slett gjøre noe for å få de unge til å bli, sa Vassbotn. Siden mars har fem kommuner i Vesterålen vært knyttet til felles legevakt.

– Legevaktsamarbeidet fungerer nå godt og de fem kommunene har erfart at befolkningen får et godt tilbud gjennom ordningen. Det er nå også blitt et levelig forhold for legene som jobber i området, sa han.

Hvem skal ta telefonen?

– Alle som har kjørt legevakt i mange år vet at gamlelegen siler bort 80–90% av telefonhenvendelsene mens de uerfarne rykker ut til det meste, sa Torbjørn Uhre, kommunelege I i Sandnessjøen. Mye av diskusjonen om interkommunal legevakt dreide seg om hvem som bør sitte i fremste linje og svare på telefonene på AMK-sentralen. – Hos oss siler sykepleierne det meste av henvendelsene, men ved den minste utrygghet konfererer sykepleieren med legen. At pasienten føler seg trygg er viktigere enn hvilken profesjonsgruppe som utfører dette arbeidet, sa Olav Brunborg. Brunborg er kommuneoverlege i Gjøvik-regionens helse- og miljøtilsyn IKS. Anders Smith mente det er viktig å sette høy kompetanse i fremste linje for å kunne vurdere det alvorlige foran det mindre alvorlige. – Bør vi stille spørsmål ved kvalifikasjonskravene til den som tar telefonen? Er en ung uerfaren lege bedre enn en kvalifisert sykepleier, spurte han.



Mads Gilbert mener at kurs i akuttmedisin bør bli obligatorisk for turnuskandidater. Foto Ellen J. Andersen

Vis deg i en akuttsituasjon

– Akuttsykehusene er en «død» ressurs uten gode prehospitalt akuttkjeder, sa avdelingsoverlege Mads Gilbert ved akuttmedisinsk avdeling på Universitetssykehus i Nord-Norge. Gilbert tok opp kommunelegens ansvar i den akuttmedisinske kjeden. – Det er grupper som er ivrige etter å overta allmenn-

legens rolle når det gjelder akuttmedisin og jeg er bekymret for at allmennlegen kan risikere å bli forbikjørt hvis det ikke nå gjøres noen grep på dette området, sa han. – Alle kommuner bør gjennomføre akuttmedisinske kurs vår og høst. På denne måten blir personalet som skal arbeide sammen i ulykkesituasjoner kjent med hverandre. For å gjøre en best mulig jobb må man ha tillit til hverandre. Det ikke nok å møtes på ulykkesstedet uten forberedelse, sa han. Han var klar i sin anbefaling om at kurs i akuttmedisin for turnuskandidater bør bli obligatorisk og ikke kun et tilbud slik det er nå.

– Samhandlingen i en krevende behandlingsskjede krever mobile og aktive kommuneleger. Det er behov for trygge faglige ledere for ambulanspersonalet i kommunene. For at det skal fungere optimalt i en akuttsituasjon, er det viktig at det bygges opp et team som etter hvert kjenner hverandre godt. Ulik kompetanse og erfaring kommer pasientene til gode, og summen av teamets kompetanse blir større enn summen av hvert teammedlems kompetanse, sa han. – Hvis ikke legen i lokalsamfunnet står frem når det skjer en alvorlig ulykke er det et potensielt autoritetstap. Det er viktig at leger har en minimumskompetanse og viser seg der det er en akuttsituasjon – noe som gir respekt og autoritet i lokalsamfunnet, sa en engasjert Mads Gilbert.

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforingen.no
Avdeling for Informasjon og helsepolitikk

Tre om kurset:

Et generasjonsskifte er på gang

Ann-Kristin Stokke, kommunelege II i Øksnes kommune



– Det har vært spennende å møte erfarne og mindre erfarne kolleger som har vært sammen på dette kurset. Det er viktig å samsnakke for å få skapt et samfunnsmedisinsk engasjement. Det

kommer nye leger inn som skal overta etter alle disse kjempene av noen kommuneleger som sitter på hvert sitt nes her i Nord-Norge. Det er en stor utfordring for oss unge, sier Ann-Kristin Stokke.

Anne-Karin Forshei, kommunelege II i Steigen kommune



– Det har vært spennende å få innsikt i kommunelege I-arbeidet og det samfunnsmedisinske arbeidet. I en liten kommune er det viktig å vite noe om dette. Det er et generasjonsskifte på gang når det

gjelder kommunelege I stillingene og det er derfor viktig for oss unge å få innblikk i hva som kan dukke opp, sier Forshei. – Som mor til tre små barn har jeg spurt meg selv om dette er et fag man holder ut i. Hva skal faget inneholde og hvordan skal det tilrettelegges for småbarnsforeldre? Jeg synes faget mangler gode rollefigurer på dette området, sier Anne-Karin Forshei.

Tore Dahl, kommunelege I i Brønnøy kommune



– Jeg synes viktige saker innen både allmennmedisinen og samfunnsmedisinen har blitt løftet frem på dette kurset. Vi sliter med de samme tingene i Nordland som i resten av landet,

og temaene var svært aktuelle. Kunne det være en idé når man snakker om samhandling og sykestuas funksjon, også å invitere andre helsegrupper som jobber i kommunen med på et slikt kurs? spør Tore Dahl.