

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Samhandling mellom leger og ambulanspersonell

I Tidsskriftet nr. 11/2009 presenterer Oddvar Førland, Erik Zakariassen og Steinar Hunskaar en studie om samarbeidsforholdet mellom ambulansarbeidere med fagbrev og legevaktleger (1). Som ansvarlig for deler av videreutdanningen Nasjonal Paramedic-utdanning (2) synes jeg resultatene er interessante og tankevekkende. Temaer rundt samhandling med andre profesjoner er noe vi jobber med i undervisningen, men det er sikkert noe vi kunne gjort enda mer ut av, og studien er et fint utgangspunkt for diskusjon.

Det er et aspekt ved undersøkelsen som etter min mening kunne ha vært utdypet noe mer. Et slående hovedfunn er at et flertall mente at deres egen yrkesgruppe hadde best kompetanse i å håndtere pasienter med akutt sykdom og skade prehospitalt. Forfatterens konklusjon blir at det foreligger en profesjonskamp.

Uttrykket «håndtere» er imidlertid, som forfatterne selv påpeker, ikke entydig (1). Etter det jeg har erfart mener ambulanspersonell at mange av de typiske utfordringene de står overfor i pasientinteraksjon, er annerledes enn utfordringene legene står overfor. Når de omtaler sin egen spisskompetanse, fremhever ambulanspersonell ofte faktorer som går utover det rent medisinskfaglige. Som eksempel kan nevnes praktiske utfordringer knyttet til selve transporten og mellommenneskelige utfordringer som det å overtale pasienter som ikke ønsker nødvendig behandling og transport.

Det er derfor en reell fare for at konklusjonen som fremheves i artikkelen ikke avdekker en reell «profesjonskamp», men simpelthen en oppfatning om at mange av de avgjørende utfordringene som ambulanspersonell står overfor, ikke er av tradisjonell medisinsk karakter. Det hadde vært interessant om dette kunne utdypes noe mer i videre studier. Akkurat på hvilke måter er det ambulanspersonell mener de er best egnet til å «håndtere» pasienter med akutt skade eller sykdom? Dessuten, og delvis uavhengig av hva de selv faktisk mener, hva slags profesjonell handlingskompetanse og arbeidsdeling med legene bør ambulanspersonell egentlig ha? Den interessante studien til Førland og medarbeidere samt det faktum at ambulansetjenester i stadig større grad blir vurdert som en autonom del av

sykehusenes forlengede arm, tilsier at disse spørsmålene bør få mer oppmerksomhet enn det de hittil har fått.

Halvor Nordby

Høgskolen i Lillehammer
og
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Førland O, Zakariassen E, Hunskaar S. Samhandling mellom ambulansarbeider og legevaktlege. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1109–11.
2. Nasjonal Paramedic-utdanning. <http://paramedic.hil.no/> [26.6.2009].

O. Førland og medarbeidere svarer:

Halvor Nordby har skrevet en interessant kommentar til vår artikkel. Det er for tiden et sterkt fokus på samhandling, og i særdeleshet samhandlingen mellom de organisatoriske nivåene i helsetjenesten. Et annet vesentlig aspekt dreier seg imidlertid om den *tverrprofesjonelle* samhandlingen i og på tvers av disse nivåene, og det er dette vår artikkel handler om.

Akuttmedisinske hendelser i kommunene er et godt eksempel på et arbeidsfelt der flere helsefaggrupper har ansvar og må samarbeide – i særlig grad helseforetakenes ambulanspersonell og lege i kommunal vakt (1). Dette fordrer en avklaring av deres ansvars- og myndighetsområder. At feltet synes å være i endring både med hensyn til formell kompetanse, ny medisinsk teknologi og yrkesgruppens deltakelse, forsterker behovet for rolleavklaring. Vi har ikke omtalt dette som en profesjonskamp, slik Nordby skriver, men at situasjonen fordrer en fornyet bevisstgjøring av myndighetsområder og rollene i samarbeidet.

Vi tror Nordby er inne på et sentralt aspekt når han skriver at ambulansarbeiderne har en spisskompetanse knyttet til ikke-medisinske forhold som kommunikasjon, praktisk håndtering og selve transporten. Det er likevel slik at disse forholdene, i de konkrete situasjonene, ikke kan ses uavhengig av den medisinske behandlingen. Mye av deres arbeid grenser opp mot og er en integrert del av den medisinske behandlingen. Det er nettopp derfor det er behov for rolleavklaring i akuttmedisinske situasjoner der begge gruppene er til stede.

Som Nordby ønsker vi debatt og beskrivelser av arbeidsdelingen. En rolledeling der legen er faglig leder i kraft av dybde-

og breddekunnskap knyttet til medisinske vurderinger og behandling, og der ambulansarbeideren har ansvar for operative sider knyttet til transport, kommunikasjon, instrumenter, prosedyrer og praktisk pasienthåndtering, gir etter vår mening et godt utgangspunkt for god samhandling til beste for pasienten. Rolledelingen må konkretiseres og trenes på lokalt.

Oddvar Førland Erik Zakariassen Steinar Hunskaar

Litteratur

1. Forskrift av 18.3.2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Forskning på barnediare i u-land

Det gjøres, som Mette Sagsveen riktig påpeker i Tidsskriftet nr. 9/2009, altfor lite forskning på diare hos barn i utviklingsland (1). Hovedsakelig er oppmerksomheten blitt rettet mot årsaksfaktorer, mens mulige følgetilstander er blitt langt mindre utforsket.

Noen lyspunkter er det dog å finne. The Bill & Melinda Gates Foundation har bevilget 30 millioner amerikanske dollar til en «worldwide study on links between malnutrition, intestinal infections and child development» (2). Åtte ulike steder i Sør-Amerika, Afrika og Asia er blitt valgt til «basestasjoner» og skal delta aktivt i forskningen. Ett av disse stedene er nesten som norsk å betrakte: Haydom Lutheran Hospital i Tanzania (3). Det blir et betydelig antall forskningskroner som nå kan brukes til undersøkelsene.

Haydom burde være kjent for Tidsskriftets lesere. Sykehuset ble startet av norske leger for over 50 år siden, og gjennom årene er det mange kolleger som har arbeidet der på idealistisk basis for kortere eller lengre tid. Flere har skrevet om sykehuset i Tidsskriftet (4). Det å bli valgt ut – og få muligheten til å delta i et slikt prestisjefyllt prosjekt – er ganske enkelt stort, og det er gleden over at det er en «norsk» virksomhet som får dette kvalitetsstempelen som vi gjerne vil dele med Tidsskriftets lesere. Det er kanskje sant at industri og forskningsråd gir lite til slik forskning, men Bill og Melinda Gates har forstått betydningen. Måtte de få følge av andre mesener, gjerne

norske, slik at president Franklin D. Roosevelts ord «Look to Norway» også på dette feltet vil kunne ha gyldighet – selv i Afrika.

Karsten Midtvedt

Tore Midtvedt

Oslo

Litteratur

1. Sagsveen M. Forskning på diaré hos barn i U-land er nedprioritert. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 902.
2. The Center for Global Health. www.healthsystem.virginia.edu/internet/cgh/press/GatesGrant.cfm (26.6.2009).
3. Norway – the official site in Tanzania. Major increase in births at Haydom Hospital. www.norway.go.tz/News/Embassy-News/Haydomdeliveries.htm (26.6.2009).
4. Nylehn P. Under en høyere himmel. Tidsskr Nor Legeforen 2004; 124: 2386–8.

Hvem var distriktslege Johnsen?

De første spesialistreglene for leger ble vedtatt i 1918, men først mange år senere fikk vi den første større utredning om saken. En komité ledet av distriktslege P.O. Johnsen la frem sin innstilling i 1936. De hadde utført et imponerende utredningsarbeid og har siden gått under navnet Johnsen-komiteen (1).

I forbindelse med en artikkel om spesialistutdanningens historie forsøkte vi å finne ut litt mer om distriktslege Johnsen, men det viste seg vanskelig. Han er omtalt i kun to utgaver av Norges leger (2, 3): Peder Otilius Johnsen var født 1895 i Bodin (nåværende Bodø) og ble cand.med. i 1922. Han var distriktslege i Måsøy 1923–26, i Skjerstad 1926–33 og deretter i Meråker (4). I 1936 ble han godkjent som spesialist i lungesykdommer og lungetuberkulose. Stort mer var ikke å finne.

Først da vi sjekket minneboken til studentene fra 1914, kom vi videre (5). Der sto han oppført som Per Hjartøy. I 1948 hadde han fått «bevilling til å anta navnet Hjartøy som slektsnavn». Og under dette navnet dukker han også opp igjen i Norges leger: Han arbeidet som distriktslege i Meråker 1933–48 og deretter som distriktslege i Lunner frem til han døde i 1958 (6). Han var i fem år formann i Nord-Trøndelag legeforening og i flere år formann i Offentlige legers landsforening (5).

Dermed var ringen sluttet, fra Peder Otilius Johnsen til Per Hjartøy. Det er verdt å minnes denne pioneren i spesialistutdanningens historie.

Erlend Hem

Tidsskriftet

Einar Skoglund

Den norske legeforening

Litteratur

1. Skoglund E. Spesialistutdanningens historie. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1124–7.

2. Kobro I, red. Norges læger 1909–1925. Oslo: Aschehoug, 1927: 176.
3. Kobro I, red. Norges læger 1926–1936. Oslo: Aschehoug, 1938: 562–3.
4. Utredning om spesialistreglene m.m. Johnsen-komiteen 1934–1936. I: Aasved H. Spesialistutdanning av leger i Norge (historisk oversikt). Oslo: Den norske lægeforening, 2001. www.legeforeningen.no/id/2484 (15.6.2009).
5. Studentene fra 1914: biografiske opplysninger samlet til 50-års jubileet 1964. Oslo: Aas & Wahl boktrykkeri, 1964: 112–3.
6. Larsen Ø, red. Norges leger. Bd. 2. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 671.

Leger må ta økonomisk ansvar

Helsebudsjettet for 2009 er satt til i overkant av 200 milliarder (1). Det er rundt 50 000 kroner per person. Amerikanerne har så langt ligget noe over oss, men det regnestykket er beregnet uten de 30 millioner menneskene som ikke har helseforsikring. Tar man med dem, er det ingen over oss, ingen ved siden. Som relativt nyutdannet lege forundrer det meg hvor lite refleksjon det medisinske fagmiljøet gjør seg over hvor alle pengene egentlig tar veien. Noe av forklaringen ligger nok i vår utdanning. Som ung lege på sykehus får man i dag ettertraktelig banket inn en vesentlig grad av katastrofetenkning. Yngre leger gis lite incentiver til å vurdere kostnader ved de beslutningene de tar. At kritikken ville bli flengende hvis vi unnlot å utføre en undersøkelse det i ettertid ble vist var nødvendig, er det ingen tvil om. Jeg er aldri blitt fortalt eller vet om noen andre som har fått høre: «Dette var litt unødvendig, nå brente du nettopp av 30 000 kroner på undersøkelser uten grunn.» Kanskje fordi det i et DRG-basert system vil være økonomisk selvmord å senke antall prosedyrer? Når sykehusdirektører bruker tall over fjorårets polikliniske konsultasjoner og innleggelses som rene skrytetall, sier det noe om hvor langt inn i hjørnet vi har malt oss.

En annen grunn til at legene ikke tar ansvar for pengestrømmen er selvfølgelig den sinnrike omorganiseringen som helsevesenet har gjennomgått de siste årene. Når planlegging og gjennomføring håndteres av politikere med omorganisering på hjernen og konsulenter med dollartegn i øynene, er det selvfølgelig vanskelig for folk med medisinsk embetseksamen å forstå hva som foregår. Den generelle ideen har vært å ribbe lokalsykehusene, for deretter å fjerne og gjenopprette funksjoner rundt om i landet med jevne mellomrom. Dette har i studier visstnok vist seg å være den mest økonomiske måten å drive helsevesenet på.

Rundt 60 % av helsebudsjettet er personellutgifter (1), og dette har ikke endret seg mye de siste årene. Det som derimot

har endret seg, er mengden informasjonsdirektører, hotelldirektører og tilsvarende «pasientorienterte» stillinger i helsevesenet. Disse skal jo også gjerne ha litt bedre betalt enn en overlege som jobber 70 timer i uken.

Leger må begynne å reflektere over kostnadssiden i Helse-Norge. Hvis vi ikke snart tar kontroll over hvor pengene går, blir vi nok siste generasjon som har gratis helsevesen.

Andreas Edenberg

Lillehammer

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. Jevn økning i helseutgiftene. www.ssb.no/emner/09/01/helse-sat/ (3.6.2009).

■ RETTELSE

Luftambulansens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland

Bjørn Haug, Anders Åvall, Svein-Arne Monsen

Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1089–93

I Tidsskriftet nr. 11/2009, side 1093, skal riktig Internett-adresse for referanse nr. 10 være: www.luftambulanse.no/aarsrapporter.aspx.

Tidsskriftet praktiserer tilsvaretsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler (<http://www.icmje.org/#correspond>). Dersom vitenskapelige artikler kommenteres i spalten, får artikkelforfatterne mulighet til å svare i samme nummer. Slik automatisk tilsvaretsrett gjelder kun for forfattere av vitenskapelige artikler. Den gjelder imidlertid ikke dersom debatten fortsetter i spalten Brev til redaktøren, dvs. hvis det for eksempel publiseres et motinnlegg til det første tilsvaret.