

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slik gjør (nå) jeg det!»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)  
jeg det!*

## Tverrfaglig trening i team = trygghet og trivsel to timer, to scenario og to refleksjoner

Det er politisk korrekt og forskriftsfestet (1), vi skal ha trening i samhandling innen feltet akuttmedisin. Treningen kan være nyttig for andre samhandlingssituasjoner også, og det er pasientens behov som avgjør om det skal samhandles i hverdagen (2). Ansvar for å få i gang trening i samhandling er både kommunenes og helseforetakenes (1). Både legekontor og legevakt er aktuelle arenaer. Det vil også være stor gevinst å hente med treninger med personalet på sykehjem. Trygghet og forståelse for når en *ikke* skal starte gjenoppliving mangler mange steder.

Jeg tror trening i tverrfaglige team er vel anvendt tid av flere grunner:

1. Man lærer effektivt og ofte nye ting av de med en annen kompetanse enn en selv
2. Man kvalitetssikrer de man er avhengige av å jobbe i lag med
3. Legene forventes å ta en lederrolle. Forventningen må erfares og ferdigheter oppøves
4. Forventninger til hverandre og innhold i teamets andre roller blir også kjent og trent via praksis.

### Det første gode rådet: gjør treningen til en fast rutine!

Det er planleggingen og initiativet som tar krefter. Det som innarbeides som en rutine kan bli en energisparende vane.

(Råd fra Kommuneoverlege Risten Utsi i Kautokeino. Der samtrener de på enkle prosedyrer en langlunch i uken!)

### Flere råd:

#### En må ha ansvar for teamtreningsrutinen lokalt

Helst bør det organiseres uten økonomisk tap for noen. Dette bør være en del av «den kommunale tiden» for legene og også betalt arbeidstid for de andre. Unge leger er ofte oppdaterte og interesserte. De kan utfordres som koordinatører, gjerne sammen med en fra ambulansetjenesten, som jo har dette som spesialfelt.

#### Tren i realistiske team, ett av gangen

Sett sammen treningsteamet så likt virkeligheten som mulig: en lege, to ambulanspersonell, en helsesekretær eller legevaktsykepleier.. lokale variasjoner er regelen. Gruppen blir liten og man favner alle. Overføringsverdien til en virkelig hendelse blir slik størst, og man unngår kanskje noen av kommentarene, som alltid kommer; «æsj, dette er så kunstig...» Et team per dag er overkommelig uten at det blir for mye heft for praksisen ellers.

#### Beregn minst to timer per lege per gang

La fastlegene få velge fritt når det passer for dem å sette av to timer i en gitt periode, og hjelp dem med å få det inn i timeboken! Sykepleiere, medarbeidere og ambulanspersonell er mer fleksible og kan innrette seg etter fastlegene, men de må ikke glemmes og spørres i rimelig tid. Skjemaet til venstre har jeg brukt med god erfaring. Legen fyller altså i først, så de andre. Koordinatoren sørger for at listen kommer rundt.

Dato & klokkeslett	Legge	Medarbeider/sykeplei.	Ambulanspersonell
Mandag 8. jan, 10-12			
Tirsdag 9. jan, 10-12			
Onsdag 10. jan, 10-12			
Torsdag 11. jan, 10-12			
Fredag 12. jan, 10-12			
Mandag 15. jan, 10-12			
Tirsdag 16. jan, 10-12			
Onsdag 17. jan, 10-12			



### En trening, inspirert av K-BEST-nettverket (3), består av en teorigjennomgang og så to, små pasientscenario og debrief/refleksjon etter hver

Tar man tid til en teorigjennomgang før eller etter treningen vil sannsynligvis utbyttet bli størst. Teorien kan også forutsettes ivaretatt av den enkelte for å spare tid.

Å trene på to scenario i stedet for ett er lurt fordi deltagerne slik får en mulighet til å gjøre det bedre andre gang. Dermed opplever de at de har lært noe! Dessuten kan det ta litt tid å komme inn i treningsformen.

### Det er mest realistisk med levende markører

Spill gjerne selv eller la et annet helsepersonell få erfaringen av å være pasient og evt. pårørende. Selv nokså tydelige hjerterekompresjoner kan man gjøre på hverandre: man kan ikke la de bli sikkert dype, men takt og teknikk får man testet. (Kommentar fra legevaktssjef Anton Giæver i Tromsø: «Det er bedre med varme kroppar enn klamme dukker»)

### En spilleleder kan oppgi puls og blodtrykk og annen informasjon det er vanskelig å simulere

Pasienten kan selv gi anamnese hvis bevisst, og stramme en vondt mage, puste sakte, fort eller anstrengt, snakke utydelig eller ha sterke brystmerter. Bevisstløshet er lett å spille, kvalme og oppkast også (yoghurt) og gir jobb for teamet. Ved å la noen spille pårørende kan man skape mange nye situasjoner.

### Gjør alt dere faktisk ville har gjort: pakk opp, trekk opp, kall opp og skriv ned...

Ikke velg dere kunstige yrkesroller, tidspunkt eller sted. Vær dere faktisk er, der dere er og gjør ting slik dere ville gjort i en reell situasjon. Da er trolig overføringsverdien størst. Pakk opp venflonen, finn frem tape og let frem morfina, sett på oksygenet osv. Slik får dere trent fingerferdigheter og kjent på at ting tar tid. Likeså blir utstyr testet. Dere har råd til det! Og dere finner garantert ubehagelige mangler ved det materielle.

Ved å kalle opp eller ringe med sykehuset og begynne samtale med «Dette er en øvelse...», blir det enda mer realistisk og nyttig. AMK sentralen vil like å vite at det trenes og at det er interesserte tjenester de betjener.

### Etter omtrent 20 minutter praksis samles gruppen til refleksjon/debrief

Gruppen lærer kanskje mer og det blir mindre prestasjonsangst ved at de evaluerer seg selv. Ofte husker man best det man selv sa. Lederens rolle er å holde tiden (!) og å hjelpe frem viktige synspunkt. Deltagerne får snakke etter tur, man tar runder slik at alle får komme til orde. Leder kan styre samtalen slik at den er rimelig fokusert og i en positiv, konstruktiv ånd.

#### *En gruppedannende metode er å la personellet snakke om følelser først*

Hvordan opplevde den enkelte scenarioet? Det kan være vanskelig for mange, men åpner opp for å snakke videre. Ingen kan ta feil når de gjelder sine egne følelser. Sannsynligvis er det gunstig å ha vist litt sårbarhet for videre samhandling.

#### *Runde nr. to er utelukkende med vekt på det positive gruppen gjorde*

Man bekrefter de gode valgene og støtter hverandre og seg selv, – psyker hverandre opp. Positiv stemning er fint for å skape et læringsklima før runde nr 3. Fokus både på medisinske valg, lederskap og kommunikasjon er nyttig.

#### *I runde tre fokuserer man på det som kunne blitt gjort annerledes*

Også her vil det bli en blanding av medisinske valg og samhandlingselement. Leder hjelper til å holde det på et konstruktivt nivå, samt kommer med viktige forbedringsområder når alle deltagerne har fått sagt sitt.

#### *Tilslutt velger gruppen en ting man vil forbedre i neste scenario*

Det andre scenarioet foregår på samme måte som i det første, og debriefen holdes på samme måte. Nesten hver gang har samarbeidet gått bedre og teamfølelsen er etablert på en annen måte. Kanskje flyttes fokuset fra et innkrøket «jag» til et «hva kan vi gjøre for pasienten».

Min erfaring er at denne fremgangsmåten alltid gir en god blanding av medisinsk fokus og teamfunksjon – og samhandlingsfokus. Lederrollen blir alltid drøftet. Det er viktig at alle blir like synlige og får kommet frem med sine tanker og kompetanse. Slik bør det være i reelt samarbeid også og

det gir viktige erfaringer for en moderne, ikke dikterende teamleder. Det er effektivt og motiverende når leder klarer å utnytte all handle- og tankekraften i teamet.

Målet er læring under trygge forhold, med lav kost og høy nytte, samt en metode som gir motivasjon for å trene neste gang også. Man trenger ikke noe ekstra utstyr, ingen dyre dukker eller forflytning fra arbeidsplassen. De fleste synes også at dette er ganske «artig»!

#### Referanser

1. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester uten for sykehus. [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)
2. Lov om helsepersonell. [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)
3. [www.bestnet.no](http://www.bestnet.no)

#### **BEST = bedre og systematisk traumebehandling.**

Ikke-kommersiell stiftelse i Norge, som i 10 år har jobbet for å innføre regelmessig teamtrening i sykehus, med spesielt fokus på teamfunksjoner rundt traumebehandling.

Har hatt støtte fra legeföreningen, Voxx, helseforetak og mye dugnad.

Pedagogikken er den samme som beskrevet over: tverrfaglig teori før teamtrening på to scenario med debrief etter hver. Treningene videofilmes og filmen benyttes i debriefene.

Treningen skal skje med egne kolleger, eget utstyr i egne omgivelser.

Barne-BEST er et nettverk startet i Kristiansand, inspirert av sykehus-BEST.

#### **K-BEST = Kommune-BEST.**

##### **Initiert av stiftelsen BEST.**

Tverrfaglig nettverk som de siste fire år har reist til kommuner i Nord-Norge for å lære bort modellen og motivere til trening videre på egenhånd.

Økonomisk støtte fra Helse- og omsorgsdepartementets «lokalsykehusmidler», Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved universitetet i Tromsø og flere helseforetak.

I K-BEST foregår treningen på tvers av nivåene, da ambulansetjenesten er spesialisthelsetjeneste. Også veilederne er tverrfaglige for bedre å kunne forstå innsatsen til de forskjellige yrkesgruppene. Scenarioene er både indremedisinske og traumer. Videofilming er kuttet ut. Mye fokus på legens forventede teamlederrolle og de andre helsepersonellens ofte utnyttede ressurser.

*Helen Brandstorp*