

Akuttmedisinske utfordringer blant turnusleger på utrykning i Finnmark

- *"Det gikk jo tross alt bra"*

5. årsoppgave i stadium IV, Profesjonsstudiet i medisin ved
UiT Norges arktiske universitet

Student: Kaja Hansen Hunnålvatn, MK-11

Veiledere:

Torben Wisborg, spesialist i anesthesiologi, overlege ved
Hammerfest sykehus og professor II ved institutt for Klinisk
Medisin

Daniela Ivan, spesialist i allmenntmedisin og fastlege i
Hammerfest.

SAMMENDRAG

En vet at leger i vakt i kommunal helsetjeneste i svært varierende grad deltar på utrykning med ambulansen på akutte turer, men en vet ikke hvorfor. Dette er noe jeg ønsket å utforske nærmere i min 5. årsoppgave ved Universitetet i Tromsø.

Gjennom fokusgruppeintervju med samme gruppe turnusleger før- og etter distriktsturnus i Finnmark har jeg prøvd å tilnærme meg problemstillingen hovedsakelig gjennom en kvalitativ forskningsmetode. Hvilke forventninger og forestillinger har turnuslegene om utrykning i vakt før distriktsturnus og hvilke utfordringer møter de underveis? Analysemetoden jeg benyttet meg av for det transkriberte datamaterialet var Grounded Theory.

Før distriktsturnustjenesten hadde deltakerne i fokusgruppeintervjuene mange forestillinger om hvilke utfordringer de kom til å møte i utrykningsarbeid. Forestillingene og forventningene ble beskrevet gjennom kjernekategoriene "Kan jeg gjøre noen nytte?", som igjen ble beskrevet av underkategoriene "Erfaring", "Ferdigheter", "Logistikk", "Tillit til andre yrkesgrupper" og "Egne hensyn".

Under fokusgruppeintervjuene etter distriktsturnus ble kjernekategoriene "Det gikk jo tross alt bra" formet. Den ble beskrevet nærmere av underkategoriene "Erfaring", "Ferdigheter", "Logistikk", og "Tillit til andre yrkesgrupper".

Gjennom turnustjenesten i distriktet i Finnmark gikk turnuslegene fra å være usikre og redd for å skulle være overflødig på utrykning, til å bli bevisst over at de hadde en nyttig rolle prehospitalt. Årsakene til at turnuslegene hadde valgt å avstå fra utrykning var kort transportvei til legevakt og sykehus og godt kjennskap til enkelte pasienter som ofte var innom legevakt.

Studien gir grunnlag for mer praktisk ferdighetsøving før distriktsturnustjeneste i Finnmark, samt mer teamtrening og tverrfaglig samarbeid med ambulansarbeidere, politi og AMK ved oppstart av turnus i kommunehelsetjenesten i Finnmark.

Honningsvåg, 24.mai 2016

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
FORORD	4
INNLEDNING	5
BAKGRUNN	6
FORMÅL	8
MATERIALE	8
METODE	9
Arbeidsprosess	9
Innsamling av data	11
<i>Spørreskjema</i>	11
<i>Fokusgruppeintervju</i>	12
Dataanalyse	13
<i>Spørreskjema</i>	13
<i>Fokusgruppeintervju</i>	13
<i>Grounded Theory</i>	14
ETISKE HENSYN	14
RESULTAT	15
Før distriktsturnus	15
<i>Spørreskjema</i>	15
<i>Fokusgruppeintervju</i>	17
Etter distriktsturnus	22
<i>Fokusgruppeintervju</i>	22
DISKUSJON	30
KONKLUSJON	38
VEDLEGG	39
LITTERATURLISTE	40

FORORD

Hensikten med oppgaven var å innhente mer kunnskap om hva nyutdannede leger oppfatter som styrke og svakhet ved den akuttmedisinske utdanningen de har fått, samt hvilke konkrete utfordringer turnusleger møter når de kommer ut i utrykning i legevakt.

Årsaken til at jeg valgte denne oppgaven var at Finnmarkssykehuset ved Torben Wisborg og Daniela Ivan tilbød denne oppgaven i universitetet i Tromsø sin prosjektkatalog. Jeg synes umiddelbart oppgaven hørtes spennende ut, tok kontakt og fikk positiv respons. Min personlige motivasjon for å gjennomføre studien er sammensatt. For det første kommer jeg fra distriktet. Med 180km til nærmeste sykehus og et arktisk vær som til tider kan være svært utfordrende, har jeg tidlig erfart hvor viktig det er med et godt prehospitalt tilbud. Tilleggsvis har jeg vært delaktig i en akuttmedisinsk studentorganisasjon, Tromsø Akuttmedisinske Studentorganisasjon (TAMS), hvor jeg har fått dele erfaringer med medisinstudenter fra hele landet og oppdaget at de akuttmedisinske tilbudene ved universitetene er ganske ulike.

Prosjektet støttes delvis med tilbakebetaling av reiseutgifter fra Universitetet i Tromsø. Resten av utgiftene har jeg selv stått for.

Gjennom prosjektet har jeg vært beriket med to gode veiledere. Med kort responstid på e-post og telefon, har de gladelig bidratt med sin tid, råd, kunnskap og erfaring. Herved kommer en stor takk for god veiledning til Torben Wisborg, spesialist i anesthesiologi, overlege ved Hammerfest sykehus og professor II ved institutt for Klinisk Medisin, UiT og Daniela Ivan, spesialist i allmennmedisin og fastlege i Hammerfest. Dere er super!

Jeg vil også få takke Helen Brandstorp som ga meg god veiledning og delte av sine egne erfaringer om fokusgruppeintervju, Paul Olav Røsbø, Drude Bratlien og Nina Guttormsdatter Helberg som gjorde plass til fokusgruppeintervjuene med turnuslegekandidatene samt alle turnuslegekandidatene som stilte opp som deltakere på intervjuene.

INNLEDNING

En god, funksjonell akuttmedisinsk kjede prehospitalt er viktig for at befolkningen skal få rask og kompetent hjelp når ulykken er ute. Legevakt utgjør sammen med lekfolk, AMK og ambulansetjenesten viktige tidlige ledd i kjeden. For at den, om nødvendige, intrahospitale behandlingen skal lykkes, er det ofte viktig at de tidlige leddene i kjeden også er på plass.



Ved prehospital akuttmedisin bestemmer visse kriterier hvorvidt lege i vakt skal varsles sammen med ambulansetjenesten eller ikke. Dette er det AMK, etter retningslinjer fra norsk indeks for medisinsk nødhjelp, som avgjør. Ved rød respons; situasjoner som er akutte, varsles legen sammen med ambulansen (1). Det er imidlertid en vanlig misforståelse at legen rekvireres fra AMK, når det i realiteten er legen som må ta en selvstendig avgjørelse på om den skal rykke ut sammen med ambulansen eller ikke (2). Samtidig viser en studie gjort av AMK nasjonalt at det varierer hvordan en bruker norsk indeks for medisinsk nødhjelp (3), noe som igjen kan påvirke varsling av lege i vakt og dens deltakelse på utrykning i akutte situasjoner.

I tillegg til norsk medisinsk indeks skal egne forskrifter om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (4), bidra til at den kommunale legevaktsordninga dekker behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Dette går under kapittel 2: kommunal legevaktordning, § 6:

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet.

Legevaktordningen skal blant annet:

- a) Vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp*
- b) Diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste*
- c) Yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.*

Gjennom nye forskrifter for kommunal legevaksordning, mai-15, har punkt C, "yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig", blitt lagt til. Tidligere kom det ikke fram av forskriften at det var et krav at lege i vakt måtte rykke ut med ambulansen. Den nye forskriften skjerper kravene til legevakslegen, men det kan også tenkes at legen ut fra den fortsatt må ta en selvstendig avgjørelse på hvor "nødvendig" det er at en deltar på utrykning.

BAKGRUNN

Bakgrunnen for oppgaven er at en vet at lege i vakt i kommunal helsetjeneste ikke alltid deltar på utrykning ved rød respons, men en vet ikke hvorfor (5, 6). Hensikten med denne studien er å prøve å få en dypere forståelse av hvorfor oppslutningen på utrykning er så lav og hvorfor leger velger å avstå fra deltakelse.

En studie gjort i Sør-Trøndelag i 2010/11 viste at legevakslegen deltok på bare 19,2% på akuttoppdragene (5). Det kan se ut som det er variasjoner da en annen studie gjort av legevaksleger i Norge viser at de var involvert i 42% av utrykningene (7).

Årsaken til at legen ikke velger å rykke ut kan se ut til å være sammensatt; mer selvstendig og trent ambulansepersonell, ambulansepersonell ønsker ikke å ha med lege, geografiske forhold, manglende varslingsprosedyrer og ressurser, legens manglende erfaring, selvtillit, ferdigheter etc. I de senere år har det også dukket opp spørsmål om hvorvidt det er hensiktsmessig at legevaktslege deltar på utrykning eller ikke når ambulansepersonell har overtatt en stor del av jobben til legen prehospitalt. Dette kan skyldes flere ting; urbanisering av akutte tjenester som legger mer press på primærhelsetjenesten og ambulanse, mer trening og utdanning av ambulansepersonell på avansert utstyr, diagnostikk og behandling prehospitalt, etc. I en studie av ambulansepersonell i Norge kommer det fram at ambulansepersonell selv synes de kan håndtere mange akutte pasienter på egenhånd, men at det kan være nyttig å ha legen tilstede som diagnostisk supplement til vanskelige og mer sammensatte caser (8). Studien viste også at pasientene, etter ambulansepersonellens vurdering, fikk en suboptimal behandling i tilfeller uten legevaktsinvolvering. Lege prehospitalt har fått andre hovedarbeidsoppgaver enn tidligere, men studien styrker argumentet for å ha lege i vakt tilstede under utrykning for å ha et medisinsk overblikk, kunne lede situasjonen, organisere behandling og supplere ambulansepersonells ferdigheter.

”Det er en oppfatning blant mange at akuttmedisin består av enkle, men alvorlige tilstander som kan håndteres ved hjelp av enkle prosedyrer av trent personell, men de fleste akuttmedisinske situasjoner i Norge er kompliserte og trenger legens kompetanse” – Erik Zakariassen (9).

I denne studien skal vi se spesielt på legens rolle og hvorvidt de akuttmedisinske verktøyene de nyutdannede legene har fått gjennom studiene og turnus kan være medvirkende årsak til at lege i vakt ikke alltid bidrar på utrykning ved rød respons, samt undersøke hvilke andre utfordringer turnusleger i Finnmark møter i tilknytning til utrykning i distriktsturnus.

FORMÅL

Målet med studien er både å kartlegge hva nyutdannede leger opplever som styrke og svakhet ved den akuttmedisinske utdanningen de har fått, samt få et dypere innblikk i konkrete akuttmedisinske utfordringer turnuskandidatene møter når de kommer ut i distriktsturnus. Er det mangel på praktisk ferdighetstrening gjennom studiet som fører til at leger i vakt i kommunal helsetjeneste velger å avstå fra utrykning? Hvordan varierer tryggheten på egne ferdigheter mellom universitetene? Hvilke utfordringer mener turnuslegene i distriktsturnus er de største i møtet med utrykningsarbeid?

MATERIALE

Studien består av tre deler- spørreskjemaundersøkelse til alle nyutdannede leger i Norge vår- 15, samt spørreskjema og to runder med fokusgruppeintervju med turnusleger som skal ut i distriktsturnus i Finnmark.

Utvalg til spørreskjema som omhandlet selvrapportering av akuttmedisinske ferdigheter hos nyutdannede leger var alle Norges avgangskull i medisin, vår-15. For å innhente svar til spørreskjemaene kontaktet jeg studieadministrasjonene ved Norges fire medisnutdanninger, samt medisinstudenter jeg har kjennskap til ved de fire universitetene. Studieadministrasjonene la ut link til spørreundersøkelse med oppfordring til avgangskullene om å respondere og mine bekjente videreformidlet link via sosiale medier på lukkede grupper for avgangskullene. Da det var lav oppslutning etter første utsendelse av linken, purret vi på avgangskullene ved to anledninger. Da det var fortsatt lav svarprosent, valgte jeg å se bort fra spørreskjemaene i oppgaven min.

Utvalg for fokusgruppeintervjuene var turnuslegekandidater i distriktsturnus i Finnmark. Årsaken til at utvalget ble i Finnmark er både fordi fylket er interessant å studere distriktsmessig, dette med tanke på fylkets areal, kun to sykehus og arktiske værforhold som utfordrer det prehospitale arbeidet. Jeg selv fra Finnmark, og synes det er interessant å studere mitt "eget" fylke, i tillegg til at oppgaven ble lagt ut av Finnmarkssykehuset ved mine to veiledere som jobber i Hammerfest. På den måten ble videre kontakt og organisering i fylket enklere.

Rekruttering av turnuslegene skjedde via turnuslegeveilederne for kandidatene som skulle ut i distriktsturnus i Finnmark. Turnuslegene var delt i tre grupper: "Vest", "Midt" og "Øst". Gruppene har samlinger ved oppstart- og etter gjennomført distriktsturnus og planen var at jeg skulle prøve å få innpass ved disse samlingene. Dette ble spesielt viktig da det ellers kunne være utfordrende å få samlet gruppene som videre skulle være spredd over hele fylket. Kontaktinformasjon til turnusveilederne fikk jeg via veilederne mine og jeg tok kontakt via e-post. Etter første kontakt så det ut som om det ble vanskelig for turnuslegeveilederne å få plass til intervjuene i deres allerede oppsatte program. Etter videre hjelp fra mine veiledere, lot det seg gjøre. Ved første samling inviterte jeg turnuslegene til studiet. Alle kandidatene var positivt innstilt og ønsket å bidra.

Utvalget endte med tre grupper på henholdsvis syv, åtte og åtte deltakere i intervjuet ved oppstart av distriktsturnus og fem, åtte og åtte deltakere etter turnustjenesten. På én av gruppene var det to stykker som ikke hadde mulighet til å komme til andre runde. I en annen gruppe var det én som meldte frafall på andre intervju, men en annen som hadde kommet tilbake fra permisjon som deltok på samtalegruppen.

METODE

Arbeidsprosess

Prosjektstart var i oktober 2014 med planlegging av prosjekt og utforming av prosjektprotokoll. Via hjelp fra veilederne mine både ved møter ved universitetet i Tromsø, via Skype og telefon fikk jeg tidlig hjelp til hvor jeg skulle søke litteratur og hvordan en prosjektprotokoll skulle bygges opp. Parallelt med oppbygging av protokoll skrev jeg ved hjelp av veileder Torben Wisborg søknad til Regional Etisk Komité (REK) og Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Oppgaven ble vurdert som ikke fremleggingspliktig av REK og godkjent av NSD. Prosjektprotokoll ble levert mars-15 ved UiT.

På vårparten -15 utarbeidet jeg sammen med veilederne mine en mal for spørreskjema som skulle sendes ut til alle medisinstudenter i Norge som var ferdig med medisinstudiet vår-15. Grunnet bekymring for at vi ikke skulle få nok respondenter, ble plan B å holde fokusgruppeintervju med turnusleger før og etter distriktsturnus i Finnmark.

I juni -15 sendte jeg ut link til spørreskjema ut til kontakter jeg har dannet meg gjennom TAMS, som skulle videreformidle link både via sosiale medier og universitetenes lokale administrasjonsplattformer. Da responsen initialt var lav purret jeg på studentene i to runder. Grunnet fortsatt lav oppslutning, bestemte jeg meg for å se bort fra spørreundersøkelsen i oppgaven og legge hovedtyngden på fokusgruppeintervju.

Gjennom sommeren -15 begynte jeg planleggingen av fokusgruppeintervjuene. I utgangspunktet hadde jeg planlagt å intervju to av tre grupper i distriktsturnus i Finnmark. Dette ble etter hvert endret til å omfatte alle tre gruppene. Utfordringen var at de eneste gangene turnuslegene skulle være samlet i sine tre respektive grupper før de ble spredd ut i fylket var ved tre ulike samlinger i September-15. Etter litt om og men og god hjelp fra veiledere klarte turnusveilederne å lage plass til meg på de tre ulike samlingene.

Høst-15 fullførte jeg de tre intervjuene jeg skulle gjøre med turnuslegene før de skulle ut i distriktsturnus. Disse befant seg i Hammerfest, Lakselv og Kirkenes. I januar -16 gjorde jeg intervju med to av gruppene etter distriktsturnus ved Jergul Fjellstue på Finnmarksvidda. Da den siste gruppa ikke hadde mulighet til å ha avsluttende samling der og grunnet min situasjon som student i sykehuspraksis langt unna, valgte vi å ta siste intervju over video-lyd- tjenesten Skype. Dette fungerte likevel som et godt alternativ.

I løpet av vinter/vår- 16 har arbeidet bestått i å transkribere intervjuene jeg har hatt, kategorisert dem og analysert dem. Arbeidet har vært utfordrende i form av at jeg ikke hadde særlig kunnskap om kvalitativ forskning fra før av. Gjennom studiet ligger hovedvekten på kvantitativ forskning, så en god del tid har bestått av sette seg inn i metode og hvordan en bearbeider kvalitativ informasjon. Gjennom veiledning om

hvilken litteratur og hvilke metoder som passer til min studie har arbeidet likevel vært interessant og svært lærerikt.

Innsamling av data

Spørreskjema

For å kartlegge hvor trygg de nyutdannede legene følte seg på akuttmedisinske ferdigheter valgte jeg å bruke spørreskjema. Spørreskjema er en god metode for å samle inn svar ved et avgrenset, målbart tema. Ved å distribuere og samle inn svar over internett, har man mulighet til å nå ut til mange respondenter.

Utvalg:

Utvalg til spørreundersøkelsen var avgangskullene ved alle Norges medisinerutdanninger, vår- 15, samt turnusleger før distriktsturnus i Finnmark.

Forberedelse og gjennomføring

Spørreskjemaet ble utarbeidet på bakgrunn av tidligere liknende undersøkelser (17,18) og ved hjelp fra mine veiledere. Respondentene skulle via spørreskjemaet rapportere hvor godt de mente de behersket ulike akuttmedisinske ferdigheter. De skulle gradere sine ferdigheter mellom 1 (ingen ferdigheter) og 10 (behersker svært godt), på spørsmål om trygghetsfølelse skulle deltakerne gradere mellom 1 (utrygg) og 10 (svært trygg). På spørreundersøkelsen var det ett fritekstfelt hvor respondentene skulle oppgi hvilke akuttmedisinske ferdigheter, utover de som var nevnt i spørreundersøkelsen, de gjerne skulle ha lært mer om før utrykningsarbeid. Spørreskjemaet skulle besvares av to forskjellige grupper. Det var derfor ett spørsmål som omhandlet hvilket universitet de nyutdannede legene hadde studert ved, som ble fjernet fra undersøkelsen til turnuslegene som skulle ut i distriktsturnus. Dette for å bevare deres anonymitet. Spørreskjemaet ble utarbeidet og innhentet svar i gjennom programmet *SurveyMonkey*.

Bearbeidelse

Grunnet lav svarprosent fra avgangskullene av medisinstudenter i Norge, valgte jeg å se bort fra spørreundersøkelsen fra dem i oppgaven min. Spørreskjemaet som ble brukt i forbindelse med fokusgruppeintervjuene for å innhente informasjon om hvor trygg turnuslegene før distriktsturnus i Finnmark følte seg på akuttmedisinske ferdigheter, var det 100% svarprosent på. De ble derfor analysert og brukt i oppgaven for å kunne ha mer konkrete data om hvor trygg denne gruppen følte seg på akuttmedisinske ferdigheter.

Fokusgruppeintervju

For å komme nærmere å besvare min problemstilling om hvilke utfordringer turnusleger i distriktsturnus møter i forbindelse med utrykning, valgte jeg å bruke fokusgruppeintervju. "Fokusgruppeintervju er en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data, som krever mindre ressursinnsats enn om hver av deltakerne skulle vært intervjuet individuelt. På en annen side gir gruppesamtaler en annen type kunnskap enn individuelle samtaler fordi konteksten er forskjellig," – Kirsti Malterud (10)

Utvalg

Utvalg for fokusgruppeintervjuene var turnuslegekandidater i distriktsturnus i Finnmark i tidsrommet september- februar 2016.

Forberedelse

I forkant av intervjuene leste jeg Kirsti Malteruds bok "Fokusgruppeintervju som forskningsmetode for medisin og helsefag" (10). Jeg begynte arbeidet med å lage spørsmål og rammene for hvordan intervjuene skulle gjennomføres. Parallelt med dette sendte jeg inn søknad til Regional Etisk Komité (REK) og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). REK betraktet prosjektet som ikke framleggingspliktig og NSD godkjente innsendt skjema.

Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i seks runder. Tre intervjuer før distriktsturnus og tre intervjuer etter distriktsturnus. Fokusgruppene var på forhånd delt opp i tre grupper, dette basert på hvor de gjennomførte turnustjenesten. De var mellom fem og åtte deltakere på hvert av intervjuene. I tillegg til deltakerne var også veilederne til turnuslegene tilstede under intervjuene, de var imidlertid ikke delaktig. Før intervjuene skrev deltakerne under på et samtykkeskjema som ga dem informasjon om prosjektet, samt ga meg tillatelse til å ta opp intervjuene med lyd. Jeg brukte programvaren QuickTime Player til opptak. Jeg hadde satt av rundt én time til intervjuene, men avsluttet når jeg hadde stilt alle spørsmålene og deltakerne ikke hadde mer å tilføye. Det endte med at lengden på intervjuene varierte fra 34 minutter til 1t og 5 minutter. I tillegg til lydopptakene tok jeg notater under intervjuene for å ha et innblikk i gruppedynamikken i etterkant.

Bearbeiding

Etter jeg hadde gjennomført de første intervjuene transkriberte jeg straks materialet i tekstbehandlingsprogrammet *Word*, dette mens jeg fortsatt hadde deltakerne og informasjonen friskt i minne. Samme prosedyre fulgte jeg etter runde to med intervju. Når materialet var transkribert begynte jeg videre koding. Dette gjorde jeg ved hjelp av metoden *Grounded Theory*.

Dataanalyse

Spørreskjema

Til analyse av spørreskjemaene fra turnuslegene brukte jeg regneark-programmet *Excel*. Her satt jeg inn data fra de innsamlede spørreskjemaene og fremstilte dem grafisk.

Fokusgruppeintervju

Det finnes ingen bestemt analysemetode som passer bedre for data fra fokusgruppeintervju, det er mange alternativer (10). Da jeg ikke har drevet så mye med

forskning før, valgte jeg en metode som er godt beskrevet i litteraturen, samt en metode som min veileder har kunnskap om: *Grounded Theory*.

Grounded Theory

Grounded Theory er en kvalitativ analysemetode som tillater forskere å bevege seg fra data til teori, i den hensikt å skape rom for nye eller alternative teorier (11).

Det transkriberte materialet fra fokusgruppeintervjuene ble analysert setning for setning for å finne meningsbærende ord og fraser i teksten (indikatorer). Disse ble sortert inn i kategorier som beskrev felles kvaliteter. Sitatene og kategoriene ble i gjentatte runder satt opp mot det transkriberte datamaterialet for å bedre sikre at analysen reflekterte faktiske data.

Jeg analyserte intervjuene fra de tre gruppene før distriktsturnus sammen og de tre intervjuene etter distriktsturnus sammen. Første del av koding ledet til at jeg sto igjen med femten kategorier på første intervjurunde og fjorten kategorier på fokusgruppeintervjuene etter endt turnus. Videre så jeg på felles egenskaper mellom kategoriene og delte dem opp i fem endelige kategorier fra intervjuene før distriktsturnus, og fire endelige kategorier etter endt distriktsturnus. Første og andre intervjurunde ble bearbeidet som to forskjellige datasett, likevel var det de samme kodene som oppsto fra begge intervjuene.

ETISKE HENSYN

Ved utsendelse av spørreskjema brukte jeg en internettløsning via et online spørreskjemaprogram, *SurveyMonkey*, som gjorde respondentene anonyme.

Anonymiseringen skjedde i form av at jeg ikke visste hvem de var, og at de ikke kunne spores opp ved hjelp av IP-adresse fra programvarens side. Av spørreskjema fremgikk det hvilket universitet respondenten har fått utdanning ved, men ikke andre personlige opplysninger.

På de første fokusgruppeintervjuene delte jeg ut samtykkeskjema som deltakerne skrev under på. De ble informert om at det var frivillig å delta på studien, og at de kunne trekke seg frem til innlevering av oppgaven. Jeg oppfordret deltakerne til å opprettholde taushetsplikt i forhold til hverandre utenfor samtalene. Intervjuene ble tatt opp med lyd og videre transkribering av lydfilene anonymiserte deltakerne. Lydfilene slettes ved godkjent oppgave. Ved spørreskjemaene som turnuslegene fylte ut, hadde jeg av hensyn til gruppenes få deltakere, fjernet spørsmålet om ved hvilket universitet de hadde studert ved. Dette for å opprettholde anonymiteten til deltakerne.

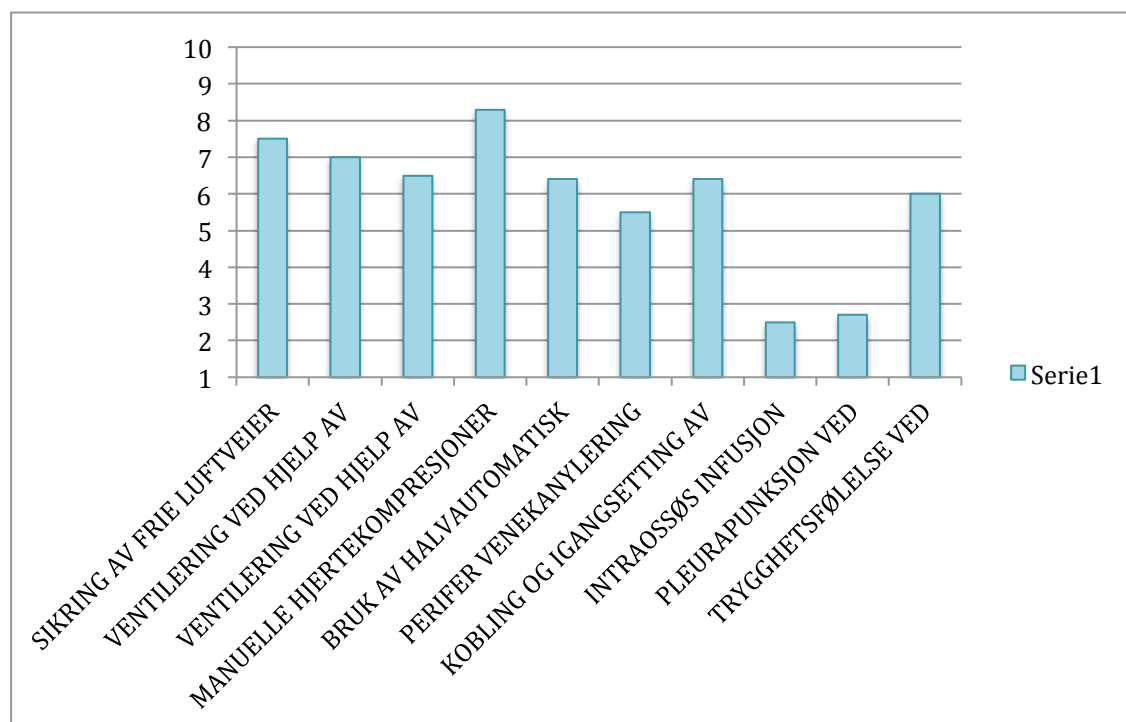
RESULTAT

Før distriktsturnus

Spørreskjema

Før distriktsturnus fylte turnuslegene i de tre gruppene ut et spørreskjema hvor de skulle gradere sine ferdigheter innen enkelte akuttmedisinske prosedyrer.

Ferdighetene gradertes fra 1 (ingen ferdigheter) til 10 (behersker svært godt), og på spørsmål om hvor trygg de følte seg på å skulle rykke ut med ambulansen mellom 1 (utygg) og 10 (svært trygg)



Ut fra spørreskjema kom det fram at turnuslegene følte seg veldig sikre på ferdigheter som manuelle hjertekompresjoner og sikring av frie luftveier, mens ferdigheter de kanskje ikke har gjennomført så mange ganger, som intraossøs infusjon og pleurapunksjon ved pneumothorax var de usikre på. En relativt vanlig prosedyre som perifer venekanylering stikker seg frem som noe av det turnuslegene ikke føler seg så sikre på å skulle gjennomføre. Ved spørsmål om hvor trygg de følte seg på å skulle rykke ut med ambulansen på akutte turer lå turnuskandidatene ”midt på treet” og følte seg generelt verken veldig trygg eller utrygg.

På spørreundersøkelsen var det også et fritekstfelt hvor turnuslegene skulle skrive ned hvilke akuttmedisinske ferdigheter, utover dem som var nevnt i spørreskjemaet, de gjerne skulle ha øvd mer på før møtet med utrykningsarbeid.

Ferdighet	Antall svar
Teamtrening	V
Pediatrike kasus	III
Primærundersøkelse	II
Intubering	II
Administrasjon av trombolyse	I
Håndtering av synlig blødning	I
Vakuumpjellek-og madrass	I
Håndtering av epilepsi	I
Medikamentadministrering	I

Her kom særlig teamtrening frem som en ferdighet kandidatene gjerne skulle ha behersket bedre. Legens rolle i team, kommunikasjon og samarbeid med spesielt ambulanspersonell var noe som ble nevnt spesifikt. Videre ble det nevnt av kandidater at de gjerne skulle øvd mer på barn, primærundersøkelse, trombolyseadministrering,

håndtering av epilepsi, medikamentadministrering, håndtering av synlig blødning og vakuumpjelk- og madrass.

Fokusgruppeintervju

Gjennom fokusgruppeintervjuene før distriktsturnus fremkom ”Kan jeg gjøre noen nytte?” som kjernekategori. Kjerne kategorien beskrives av fem underkategorier som er listet og utdypet nærmere under.

”Kan jeg gjøre noen nytte?”

- **Erfaring**
- **Ferdigheter**
- **Logistikk**
- **Tillit til andre yrkesgrupper**
- **Egne hensyn**

Erfaring:

Gjennom de første intervjuene kom det fram at turnuskandidatene hadde en generell forestilling før distriktsturnustjeneste om at erfaring kunne være en medvirkende faktor til at enkelte leger velger å avstå fra utrykning. De dro paralleller til opplevelser de har hatt gjennom sykehusturnus hvor de var usikker i starten, men etter hvert opparbeidet seg erfaring og ble mer selektiv utover i løpet.

”Deltakelse på utrykning har sikkert noe å gjøre med hvor erfaren man er. Altså, jeg kommer jo ikke til å tørre å si nei. Mens leger som er mer erfarne sier nok fortere ”nei det her har jeg vært borti før, jeg ser dem på kontoret når de kommer inn til meg””.

Med en viss usikkerhet til arbeidet som skulle møte dem i distriktsturnus var det mange følelser knyttet til første vakt og forestilling om utrykning. Flere av turnuskandidatene følte seg utrygge fordi de skulle møte en ny jobbhverdag med andre rammer og prehospitaletenkning. Det å skulle innta en ny rolle med økt ansvar, møte situasjoner de

ikke hadde blitt drillet så mye i før og en tanke om at de kom til å stå mer alene i arbeidet. Én av hovedbekymringene til turnuskandidatene var uklare situasjoner som involverte alvorlighetsgradvurdering, det å skulle føle seg komfortabel med å sende pasienter hjem igjen. Summen av dette gjorde at de fleste av kandidatene følte seg svært spente, gruet seg til første legevakt og var usikker på hvordan de kom til å reagere når de skulle stå i situasjonene prehospitalt.

"Det er kanskje det man er mest usikker på. Greier man å holde hodet kaldt, greier man å være rolig? Jeg har ikke blitt testet i det før. På sykehuset, det telles på en måte ikke da. Selv om folk er syke så blir det noe annet der ute..."

Det var en gjennomgående enighet i gruppene om at de som turnusleger både hadde læring og kunne opparbeide seg trygghet ved å delta på utrykning. Dette ved å bli kjent med arbeidet, men også ved å bli kjent med pasientene.

"Når du begynner å bli kjent med pasientene og befolkningen så vet man kanskje at ja; han her har brystmerter hver lørdag, sånn er det bare og det er veldig liten sjanse for at det er noe. Da har man kanskje litt mer is i magen enn første gangen man hører at man har en brystmertepasient én time unna."

Ferdigheter:

Gjennom intervjuene med turnuslegene før distriktsturnus var det en generell enighet om at deltakerne hadde fått god nok opplæring i de fleste praktiske ferdighetene. Det å skulle ha ambulanspersonell, som er så drillet på praktiske ferdigheter, med seg, var en stor trygghet. Det som ble nevnt under intervjuene var å sette perifer venekanyler på sirkulatorisk dårlige pasienter, intubering, mer trening på AHLR og larynxmaske som ferdigheter de gjerne skulle hatt mer trening på. Generelt under intervjuene ble også frykten for å møte dårlige barn nevnt opptil flere ganger.

"Sånn ferdighetsmessig så tror jeg vi stort sett har fått god trening på det meste i turnusen."

”Før sykehusturnus hadde vi én gjennomgang av AHLR da vi begynte medisinsk turnus, hvis en da ikke har vært borti stans i løpet av det halve året i turnus, så har en heller ikke noe mer trening i det i løpet av det halve året, eller ett år i turnus. Så hvis en skulle ha forberedt seg bedre, så er det kanskje et tiltak å legge inn hyppigere AHLR- øvelser. ”

Medikamenthåndtering var også noe som bekymret enkelte turnusleger før de skulle delta på utrykning. Det å skulle huske medisiner, dosering, dosering til barn, opptrekk av medisiner og medikamentregning var noe av det som gjorde at noen av turnuskandidatene gruet seg også til den delen av utrykning.

”Jeg håper jeg slipper å trekke opp medisinene selv. For det har jeg skikkelig problemer med og det er utrolig rart at vi, som er ansvarlige for medisinene ikke har noe medikamentregningskurs. Jeg synes det er dødsvanskelig, og i hvert fall hvis man er stressa.”

”Det er jo også et poeng med barn som er utrolig slitsomt, det der mg/kg og J/kg, det skal jo litt til for at noen av oss opplever det. Men det er i hvert fall sånne ekstra stressende momenter med de barna.”

Logistikk

Utover erfaring og ferdigheter så turnuskandidatene for seg at logistikk kunne bli en utfordring i det prehospitale arbeidet. Et flertall av kandidatene hadde allerede vært i sykehusturnus i Finnmark og opplevd at både avstander, vær og mindre ressurser kunne skape utfordringer. Ved å ha ansvar for store områder der du kunne måtte prioritere bort sentrum og hovedvekten av innbyggerne for å rykke ut med ambulansen og muligens være borte flere timer, var noe som bekymret deltakerne. I bekymring lå både tanker om geografiske og værmessige forhold, samt frykt for samtidighetskonflikter. Turnuslegene mente også at kort vei inn til sykehus kunne være medvirkende faktor til at enkelte leger velger å avstå fra utrykning, spesielt ved casene der en prehospitalt tenker ”load and go”. Dette fordi det både kan føre til lengre utrykningstid hvis ambulansen må hente legen, men også fordi legen kan tenke at den ikke har så mye å tilføre på den korte veien inn til sykehus.

” Nå handler det her mest om utrykning og vakt da, men jeg kvier meg vel så mye for det logistiske og de forholdene som foreligger med tanke på transport videre, og bare få løst alle de tingene der da. Når du ikke er vant til systemene og hvem du skal prate med og... Og det skal sjongleres opp pasienter som kanskje er dårlige, og kanskje det sitter en pasient som er skikkelig dårlig på legekantoret og ikke klager. Det er mer sånne ting som bare surrer rundt i hodet...”

” Jeg tenker at jeg kunne godt ha vært med på alt. Hvis det ikke hadde vært for at da har jeg et senter som står alene igjen der det fortsatt kan skje ting. Hvis jeg får meldt en pasient som kan høres fredelig ut, må jeg kanskje gjøre en vurdering på om det er så alvorlig eller viktig at jeg tør å la resten av kommunens befolkning gå uten lege i to timer.”

”Jeg tror vel fellesnevneren er at det er ikke noe medisinskfaglig vi er usikker på, det er mest alt det andre... Logistikk og hvem og hva og hvor...”

Ved snakk om at lege i vakt prioriterer å ikke bli med grunnet kort avstand til sykehus:
”Sånn var det ofte i Trondheim... 10 minutt inn til sykehus, og ambulansestasjonen ligger nærmere enn legevakt...”

Tillit til andre yrkesgrupper

Når det kommer til samarbeid med andre yrkesgrupper hadde turnuslegene en gjennomgående stor tillit til ambulanspersonell og fant trygghet i at de skulle være med på utrykning. Både på grunn av deres erfaring og kunnskap om lokal forhold og rutiner, men også som medisinsk ressurs og sparringspartner prehospitalt. Likevel var det enkelte av turnuslegene som var bekymret for at ambulanspersonellet skulle ”ta litt over” og at de skulle føle seg overflødig og ikke ville ha så mye å bidra med prehospitalt. Flere av kandidatene nevnte at de ikke hadde hatt spesielt mye trening på teamarbeid og teamledelse og at dette kunne være medvirkende årsak til at de følte en usikkerhet knyttet til samarbeid blant annet med ambulansen, men også forhold til sin egen autoritet og rolle.

”Jeg må jobbe litt med min egen autoritet... Ambulansearbeiderne er veldig flinke, men på noen områder så tar de også litt over. Og da å kreve sin plass. Det er noe å jobbe med;

autoriteten sin da. ”Nei, å ha den der kraften til å trå gjennom da. Når du er ny så er du litt usikker også, og har ikke like mye selvtillit til å prate høyest i en sånn situasjon.”

”Vi skulle hatt en teamledningstrening når det er snakk om flere yrkesgrupper. Det tror jeg kunne vært veldig nyttig”.

”Det lille jeg har jobbet med ambulanspersonell... De har jo sett alt! ...Gjerne flere enn én gang. Så man lener seg veldig på dem. I hvert fall når man er ute. Så det faglige er ikke det som bekymrer meg mest, for da vet jeg liksom at dem er veldig god å ha!”

Egne hensyn

Turnuslegene hadde også tanker om at hensyn til seg selv kunne være medvirkende faktor til at leger i vakt prioriterer bort utrykningsarbeid. De fleste leger i distriktet i Finnmark skal på jobb- og har full liste dagen etter legevakt. Det å skulle rykke ut flere ganger i løpet av natta, vil kunne påvirke dagen etter på jobb. Dette så turnuskandidatene for seg at kunne ha innvirkning på valget en tar om natta når en blir oppringt med spørsmål om en skal være med på utrykning.

”De aller fleste skal jo på jobb dagen etterpå. Og hvis du har en full pasientliste da, og det er satt at du ikke tror det er noe alvorlig og kanskje ikke blir med på alle ti turene én natt...”

”Det er jo en vurdering på hvor stort trykk en tror det er. Hvor mye får en sove på disse vaktene.... Men hvis du da har helgevakt fra fredag til mandag, og da igjen skal på jobb på mandag, så har det lite å si at fredagen var rolig hvis du har fullt kjørt hele søndagen. Det tror jeg i lengden kan være med på å prioritere bort å bli med på utrykning da...”

I tillegg til at jobb dagen etter vakt kan bidra til at leger synes utrykningsarbeid er krevende for selvet, var også turnuslegene opptatt av at rus og psykiatri prehospitalt kunne være vanskelig. Kandidatene hadde på forhånd hørt historier om at det var mye rus og psykiatri i Finnmark, leger lokalt hadde delt opplevelser de hadde hatt og kandidatene hadde selv noen erfaringer i bagasjen. Det at det kan være utfordrende å få

hjelp fra politiet, da vaktordningene i fylket ikke nødvendigvis tilbyr 24-timers tilstedeværelse, var noe som stresset kandidatene; spesielt med tanke på egensikkerhet.

"Men det er én ting jeg lurer på; sånn som de farlige pasientene, hvor man må rykke ut hjem til noen. For eksempel der jeg jobber har vi ikke politi, dem er 1, 5t unna. Hva gjør vi?"

"Én ting til litt mer konkret som jeg er litt redd for er rus på legevakt. Og det har blitt tatt opp flere ganger i legeföreningen også at man sitter alene på vakt. Mitt kontor er også bygget slik at pasienten er mellom meg og døra, og da blir det litt sånn... Det er litt vanskelig å se på venterommet at det her er en sånn pasient som kan klikke da... Han éne overlegen på sykehuset han fortalte liksom at han hadde blitt slått ned i bakken."

" Hvis man skulle etterspurt noe opplæring, så kunne jeg tenkt meg å hatt et sånt psykiatris- kurs. For det er det jeg synes er mest ubehagelig, og det har vi ikke så mye av... Jeg har hatt litt av det på sykehus da. Men hvordan håndtere det her oppe og hvordan vurdere suicidalitet og sånt, det er fryktelig vanskelig. Det kunne jeg tenkt meg. Det er lenge siden jeg har hatt psykiatri på studiet."

Etter distriktsturnus

Fokusgruppeintervju

Etter distriktsturnus fremkom "Det gikk jo tross alt bra" som kjernekategori. Den beskrives av flere av de samme underkategoriene som før distriktsturnus, men nå med en litt annen vinkling. Underkategoriene er listet under og utdypes i videre analyse.

"Det gikk jo tross alt bra!"

- **Erfaring**
- **Ferdigheter**
- **Logistikk**

➤ Tillit til andre yrkesgrupper

Erfaring:

Turnuslegene beskrev under intervjuet etter endt distriktsturnus at opparbeiding av erfaring hadde hatt flere virkninger. Både deres følelse av trygghet i arbeidet de stod i, i form av at de møtte enkelte situasjoner flere ganger og på den måten ble mer trygg på det rent medisinskfaglige, men også via kjennskap til egen rolle i forhold til det å jobbe i team og ha ansvar. Frykten som kandidatene satt med før distriktsturnus ble for de fleste mindre, selv om de oppga at de fortsatt ikke slapper helt av når de går legevakt.

"Mye er liksom en algoritme, så når man har vært utsatt for det én gang, så senkes skuldrene litt til neste gang."

"Jeg tenkte faktisk på det på vei hjem til juleferie... Før var det sånn; hvis noen blir dårlig i det flyet her; hva faen gjør jeg da? Men nå er jeg litt sånn; det går bra. Da følte jeg at jeg har lært noe da."

"Frykten... den er vel mye mindre hos de fleste. Før man begynte så hadde man bare frykten. Men nå er det sånn at hver gang du er ferdig med en utrykning eller ferdig med en vakt, så føler man seg nesten euforisk. Man er drithappy. Man har liksom angsten først, så er man liksom superhappy etterpå. Så det balanserer seg litt ut. Før vi begynte så hadde vi bare det at man gruet seg. Det var litt slitsomt."

Enkelte av kommunene i Finnmark har som lokale retningslinjer at lege i vakt skal være med på utrykning uansett hvis lege-ambulanse-alarmen går. Turnuslegene i disse kommunene forteller at de deltok derfor på alle utrykninger når det var akutte turer under deres vakt. Andre fikk spørsmål fra AMK om å bli med og måtte på den måten ta en selvstendig avgjørelse på om de skulle rykke ut eller ikke. Enkelte av turnuslegene oppga at de noen ganger hadde latt være å delta på utrykning, men mente likevel at de hadde lavere terskel for å rykke ut enn de mer erfarne legene.

” Vi merker jo at vi har jo mye lavere terskel for å bli med enn de andre legene som er der fast. Det er enkelte av dem andre som konsekvent aldri blir med på utrykning.”

” Jaja, vi rykker ut mye oftere enn de erfarne legene. De legene som har vært der i ti år kjenner jo alle pasientene og kan si at ”neimen han her har fått ti episoder med helt stabile brystsmarter fra sin kjente angina etter han gjør visse øvelser”. Det er jo ikke alltid det er like trygge vurderinger, du kan jo overse noe nytt, men... Klart hvis det er brystsmarter med for eksempel pusteproblemer så bør man i utgangspunktet alltid bli med ut.”

Turnuslegene forklarte at det å utvikle bekjentskap til pasienter, hadde vært medvirkende årsak til at flere av dem hadde valgt å la være å delta på enkelte utrykninger. Dette spesielt ved pasienter som de etter hvert kjente godt og som ofte kom på legevakt med samme symptomer. De oppgir at de heller har møtt pasientene på legevakta da. Flere av turnuslegene forklarer at de har hatt mindre utrykninger enn det de forventet før distriktsturnus, og enkelte er litt skuffet da de ønsket seg enda mer erfaring med prehospitalt arbeid enn det de føler de har fått.

” Jeg har gjort det, å heller valgt å få de inn på sykestua for undersøkelse. Men det har kanskje vært sånn type pasienter som du har inne ti ganger med samme symptomer, hver gang har det vist seg at det ikke har vært somatisk sykdom. Og når det kommer igjen, kanskje to ganger samme dag, så hender det at man ber om at de kan komme inn på sykestuen. Det tar cirka ett kvarter å komme seg inn dit. Jeg tenker at det må være greit.”

” Én gang har jeg latt være å bli med og da var det en som bodde rett ved sykestua og har vært inne der hundre ganger og hadde vært hos meg dagen før og jeg visste på en måte hva det gjaldt. Og da lot jeg være, og møtte heller pasienten på sykestua.”

Ferdigheter:

Turnuskandidatene har opplevd at de ikke har hatt så stor nytte av praktiske ferdigheter i forbindelse med utrykning i kommunehelsetjenesten. Ikke bare mente de at det ikke har vært så stort behov for ferdigheter prehospitalt, men også at en annen rolle har opptatt tiden deres. De forklarte at det å skulle ta hånd av de oppgavene som

turnuslegen kanskje er best egnet til, gjorde at arbeidet hadde blitt ineffektivt hvis ambulanspersonellet skulle ha ventet med å utføre det praktiske de er så drillet på.

"Ofte, hvis det er en situasjon hvor mye skal skje på en gang; det skal legges kateter, blodprøver skal tas... Hvis du skulle gjort alle de praktiske tingene, så hadde det tatt veldig lang tid. For du har på en måte andre oppgaver som kommer først da, som ta en anamnese, få det skrevet ned, ta noen telefoner... Det blir jo ofte en litt naturlig fordeling av arbeidsoppgavene da også."

"Men kanskje hadde man vært mer ivrig på å gjøre mer praktisk hvis man følte seg litt tryggere på det i utgangspunktet. Nå overlater jeg veldig mye til ambulanspersonellet. Og har litt lavere terskel å sende fra meg ting når jeg ikke har gjort dem før."

"Jeg har hatt behov for kunnskap, men ikke praktiske ferdigheter."

"Jeg tenker også litt på det kurset vi har hatt, så er det bare én gang i løpet av turnusen. Kanskje man skulle hatt noe repetisjon underveis, vi fikk for eksempel ikke gjøre primærundersøkelsen én eneste gang. Bare å ha gjort det én gang, mens du er i en situasjon som kanskje er den eneste gangen i livet du blir å gjøre det, hadde vært fint"

"Jeg synes også det er litt vanskelig å si hva vi skulle trent mer på. For jeg tenker hvis du har en større verktøykasse, så vil du også aktivt lete etter ting du kan gjøre. Hvis du ikke har de verktøyene, så leter du ikke, og da ser du ikke. Så det er veldig vanskelig å si i ettertid. Jeg kunne kanskje ha sagt mer om det når jeg var ferdig student enn nå... Men nå har man vent seg til at hverdagen er som den er på en måte."

Ved spørsmål om hvilke ferdigheter turnuskandidatene gjerne skulle kunnet bedre før utrykningsarbeid, nevner turnuskandidatene overgrep og voldtekt spesielt. Det å skulle møte en person i en sårbar situasjon har først og fremst vært en utfordring, men flere av kandidatene kunne også tenkt seg å lære mer praktisk om undersøkelse og sporsikring i forbindelse med slike situasjoner.

"For det er jo ikke noe man får ofte, heldigvis. Men det er en veldig stor greie i pasientens liv, så er det litt synd at man føler seg så utrygg når man skal prøve å komme pasienten i møte."

"Den prosedyren er veldig grei for man har et skjema foran seg, men det er denne samtalen rundt og oppfølging og hva slags prøver som skal tas."

Logistikk

Når temaene koordinering, logistikk og administrasjon gjennom turnustjeneste i distriktet kommer opp, er det tydelig at dette er et tema som har skapt mye frustrasjon. Flere av turnuslegene mener at logistikk har vært det vanskeligste med å gå legevakt. De forteller at mye vær og utfordrende geografi har ført til at det har vært vanskelig å få logistikken til å gå opp. De har måttet bli mer kreativ og finne løsninger i lokalsamfunnene de har tatt del i siste månedene; både i form av samarbeid med lokalt politi, ambulanse, brøytemannskap og AMK.

" Administrasjon og logistikk... Det er vanskelig... Det er kanskje det vanskeligste med hele jobben. Det tar utrolig lang tid. Hvis pasienten er dårlig og du må vente, det er stress. Det er det verste med å gå vakt synes jeg."

" Koordinering av pasienttransport avhenger jo av været. Er været bra, så går det jo bra. Er været dårlig, så blir man kreativ."

" Der jeg jobber har jeg måttet rekvirere brøytebil for å komme oss til på utrykning."

Lang transportvei inn til både legevakt og sykehus har ført til at turnuslegene har måttet ta i bruk hjelpemidler som ambulansebil-, båt-, fly og noen ganger også taxi. Enkelte tilfeller har det vært vanskelig å få ressursene de har trengt. De forteller at de var litt redd for å bli med på de lengre utrykningene med ambulansen før distriktsturnus på grunn av eventuelle samtidighetskonflikter. Erfaringen de har hatt er at det er ikke så mange alvorlig syke pasienter samtidig, men at det har vært mer en prioritering om man skal forlate pasienter som kanskje ikke er så dårlige på legevakta. De lengre turene med ambulansen er i hvert fall noe flere av turnuskandidatene nå har et ønske om å bli med

på. De forteller at de føler de kan bidra på disse turene, følger pasientens tilstand bedre, og sparer transporttid inn til sykehus.

"Jeg måtte gi bort en utrykningspasient engang, da var det mulig hjerteinfarkt. Det var samme dag som det var snøras på Svalbard, så du kunne drite i å få fly"

"Jeg sto på ambulanserbåt ved sykehuset to timer unna legevakta da jeg fikk melding om en kvinne med kraftsvikt i begge beina, og mulig hjerneslag. Da var jeg to timer unna og det var ingen andre leger på stedet. "

"Ute der jeg er skjer det ofte at det er en lengere transport inn til sykestua, så da er det veldig praktisk å være med hvis man vurderer at det er noe som må legges inn, så får man prata med AMK og får organisert transport før man er på plass på sykestua. Da kan man spare opp til én time transporttid inn til sykehus. Det er lettere å se på en person med pusteproblemer eller brystmerter hvor dårlige de er hvis de faller under transporten.

De korte turene derimot forteller flere av kandidatene at de har uteblitt fra. De begrunner dette med at det kan være en omvei for ambulansen å skulle hente dem først, i tillegg til at de ikke føler at de får gjort så mye prehospitalt på de ti minuttene det tar å få pasienten inn på legevakt eller sykehus.

"Ja, flere ganger når det har vært i sentrum, med personer med kjente problemstillinger fra tidligere, har jeg ofte møtt dem på legevakta."

"Det går mye raskere at ambulansen henter pasienten, så møtes vi på legesenteret. Det er unødvendig å bruke masse tid på å plukke opp legen når du vet at du bare kommer til å se på hele greia liksom."

I tillegg til å måtte forholde seg til vær og geografi synes turnuslegene de brukte mye tid prehospitalt på logistikk, flere av dem forteller at deres hovedjobb på utrykning har blitt å prate i telefonen. Likevel ser enkelte av turnuslegene på den logistiske biten som en del av den medisinske vurderingen, hvor den ene avhenger av den andre.

”Ja, så må man ringe via resepsjonen, som for eksempel hvis du skal ringe til UNN... Så har jeg opplevd at de ikke tar telefonen. Det er det som er litt sånn kleint når du er med på utrykning. Jeg har nevnt der her før, men jeg jobbet som pleieassistent på sykehus, og da når folk er dårlige så er man jo litt sånn ”hands on”, føler at man gjør noe. Og selv om jeg føler jeg er aktiv på utrykning nå, gir medisiner og gjør andre ting, så er hovedjobben på utrykning å ringe å bestille fly. Og det tar jo en halvtime, så man står jo i telefonen hele tiden. Jeg synes nesten det er litt kleint ovenfor pårørende, som lurer hvorfor jeg står i telefonen hele tiden. Jeg har jo lyst til å være ”hands on” liksom. Men det er jo det man gjør. Så må man forklare samme greia på nytt og på nytt og på nytt... Du må jo forklare sykehistorien minst tre ganger; først AMK Kirkenes, så AMK Tromsø, så vakthavende lege i Kirkenes, kanskje på UNN og kanskje må du fortelle den til en medisinsk vakthavende i tillegg til en kirurgisk. Så endrer sykehistorien seg... Ja... Du bruker utrolig mye tid på telefonen.”

”Mye av logistikken, i hvert fall der jeg jobber, er en del av den medisinske vurderingen. For det er jo; hva har vi tid til i forhold til hva er mulig. Og det forandrer seg jo hele tiden, jeg føler ofte at det er like mye logistikkvurderinger som medisinske vurderinger som det handler om.”

Tillit til andre yrkesgrupper

Samarbeid med AMK har gjennom turnustjenesten bydd på utfordringer for turnuslegene. Disse har bestått av både tilfeller med kommunikasjonssvikt og at turnuslegene noen ganger føler seg overkjørt av AMK i spørsmål om spesielt transport og utrykning.

”Jeg har måttet krangle én gang med AMK. Men til syvende og sist så må man bare etablere hvem som har ansvaret. Jeg husker ikke helt hva som feilet pasienten, men jeg ville ha flytransport. Så var det en eller annen AMK- operatør som begynte å krangle veldig. Så sa jeg at jeg ikke kan tvinge dem til å sende et fly, men jeg sa at jeg journalførte at dem hadde ansvaret for pasienten da. Nei det fikk jeg ikke gjøre. Så da fikk jeg til slutt et fly da.”

”Det jeg reagerer på er at i blant blir bare avgjørelsen tatt av AMK og kanskje ambulansen om å ikke ringe legen. Som for eksempel brystmerter hvor det egentlig er en enighet om at legen skal bli med ut. Plutselig får jeg inn en pasient med brystmerter og spørsmål om hjerteinfarkt og jeg lurer på hvorfor jeg ikke har fått beskjed før.”

” Det var kommunikasjonssvikt mellom AMK og sykehjemmet, hvor det tok en halvtime å få beskjed om at det lå en bevisstløs pasient ute på gata. Så da kom jo jeg betydelig senere enn jeg hadde trengt å komme. Det var litt uheldig. Jeg gjorde ikke noe annet, jeg var hjemme og holdt ikke på med noe.”

Turnuslegene forteller at de er overrasket over hvor godt samarbeidet med ambulansarbeiderne har gått. Før distriktsturnus var enkelte av kandidatene redde for at de skulle ha lite autoritet i samarbeidet med ambulansepersonellet, de var også spente på om de ble å føle seg nyttig og ha en rolle prehospitalt. Den generelle meningen deres etter distriktsturnus er at de har følt at de har en kompetanse å bidra med utover ambulansepersonellets og at de har fått respekt for det. Likevel følte enkelte på at det noen ganger kunne være vanskelig å ta plass i teamet på utrykning.

”Jeg var egentlig overrasket over hvor greit det gikk og hvor godt de aksepterte en yngre lege, en uerfaren lege. Jeg forventet å bli mer overkjørt, men med én gang man viser at man tar litt grep eller begynner å gi litt ordre, så har det gått veldig bra. Jeg har hvert fall ikke møtt noen konflikt der. God fordeling av oppgaver og godt samarbeid.”

”Jeg synes samarbeidet fungerer bra, og det er jo også en av grunnene til at jeg ønsker å bli med ut. Jeg føler at jeg ikke blir stående i et hjørne å se på. Vi har en rolle alle sammen. De ønsker jo også at jeg blir med ut, så jeg har ikke følt meg veldig overflødig egentlig. På en stans vi hadde i høst var det et lite trangt rom, så da ble jeg på en måte stående litt i bakgrunnen, fordi det var bare plass til X antall rundt personen. Så da blir man litt overflødig. Ellers synes jeg det fungerer.”

”Jeg synes fortsatt det er vanskelig å ta plass egentlig. Jeg føler at jeg trengs, men vet ikke helt hvordan jeg skal komme meg inn, hvor jeg skal være. For det er litt sånn at alt skjer automatisk, også vil man liksom egentlig at alt bare skal stoppe litt, sånn at man kan få det

lille øyeblikket til å få oversikt over situasjonen, og tenke litt. Men det skjer så fort at man rekker liksom ikke komme inn. Og man vil jo bidra, men man blir litt passiv..."

Enkelte steder i Finnmark er ikke politiet tilgjengelig på vakt 24/7. Dette har ført til vanskelige situasjoner i forbindelse med vaktarbeid for turnuslegene. Det å skulle vente med å få politi i situasjoner som spesielt involverer rus og psykiatri og som har utfordret egensikkerheten til kandidatene, har vært ubehagelig og i flere tilfeller skremmende. *"Sånn tverretat- samarbeid med politi, det kan være veldig vanskelig."*

"Ja, jeg har rykket ut med ambulanse og politi. Vi måtte vente på politi fra et annet sted fordi politiet der jeg er hadde julebord. Det var jo ikke så utfordrende medisinsk da, men den ventetiden der er ikke så sykt kul. Det var en som truet med å skyte seg selv, og hvis vi nærmet oss skulle han skyte alle rundt. Så satt vi der og ventet på politi. Ikke veldig kult."

"Hos oss er det jo ikke hele tiden politiet er på vakt og jeg har to ganger ringt og bedt om assistanse på legevakten. Én gang på grunn av en utrolig utagerende, voldelig, dritafull mann der og barn som satt og ventet på å komme inn på legevakta. Da måtte jeg ringe politiet, hvor de da svarte at de beklageligvis ikke hadde noen på vakt. Da jeg ba dem om å få assistanse fra et annet sted, ville ikke de kjøre ut av kommunen. Det var et problem, som endte med at en av dem som jobber på sykestua kjenner de som er politimenn der jeg jobber og måtte ringe hjem til dem privat og be om assistanse. De kom privat og hjalp til. Men gjennom politisentralen i Finnmark var det et kjempeproblem. Og da spurte jeg om det betyr at samfunnet er lovløst så lenge politiet ikke er på vakt. Da kan du gjøre hva du vil. Det er kjempefrustrerende, men de lokale politimennene kom med en gang, men de må få beskjed fra sentralen. Men sentralen har jeg hatt kjempeproblemer med. Og det var ubehagelig også fordi de ansatte ble reddet, pasientene ble reddet, barna ble livreddet og begynte å gråte. Selv var jeg livredd. "

DISKUSJON

Gjennom første runde med fokusgruppeintervju kom det fram mange forestillinger og bekymringer blant turnuslegene. De var svært spente på hvordan den nye arbeidsdagen med andre rammer og mer ansvar skulle møte dem. Fremfor alt var de bekymret for om deres rolle på utrykning skulle være nyttig. Kom de til å bli overflødig? De forestilte seg at erfaring var noe som etter hvert kunne bidra til at de lar være å bli med på utrykning. Dette ved at de så for seg at de kom til å bli tryggere på arbeidet de skulle stå i, utvikle kjennskap til pasientene og dermed bedre grunnlag til å vurdere deres helse. Gjennom distriktsturnus opplevde de fleste av turnuskandidatene at de ble tryggere i arbeidet. Ved å opparbeide seg medisinsk faglig kompetanse, kjennskap til området, lokale rutiner og samarbeidspartnere, ble skuldrene senket etter hvert.

Manglende erfaring i starten var ikke årsak til at turnuslegene valgte å avstå fra utrykning, heller tvert i mot; frykt for å ikke bli med ut når de satt med ansvaret, gjorde at turnuslegene rykket ut ved alle akutte turer i starten. Etter hvert som de fikk mer erfaring, spesielt kjennskap til pasientene, oppgir flere av dem at de lot være å delta på enkelte utrykninger.

Således kan det se ut som om manglende erfaring ikke har vært oppfattet som en utfordring som har ført til at turnuslegene har avstått fra utrykning, men heller at erfaring ses på som en kompetanse de har opparbeidet seg, som gjør at de tenker at de bedre kan vurdere situasjoner på bakgrunn av at de kjenner pasientene. Turnuslegene tar opp at mer erfarne leger velger å avstå fra utrykning nettopp på grunn av dette. Enkelte av kandidatene stiller seg fortsatt kritisk til at man setter kjennskap til pasientene over kriteriene som er fastsatt av Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp, da man aldri helt vet hva som feiler pasientene.

Når det kommer til praktiske ferdigheter før turnus, var det en generell mening i fokusgruppene at de hadde hatt god nok opplæring i de fleste praktiske ferdigheter. Likevel fremkom det av spørreundersøkelse av aktuelt tema at de ikke følte at de behersket en relativt vanlig prosedyre som perifer venekanylering spesielt godt. Kandidatene følte seg ikke trygge på å skulle delta på utrykning og spesielt det å skulle

møte pediatiske problemstillinger skremte dem. De oppgir at gjennom medisinstudiet og turnustjeneste øvde de på "vanlige problemstillinger" som brystmerter og hjertestans. Det de savnet før distriktsturnustjeneste var øving på litt andre kasuistikker også.

Kandidatene har gjennom turnus i kommunehelsetjenesten opplevd at det ikke har vært så stort behov for at de skulle kunne praktiske ferdigheter. Dette forklarer de med at de har hatt en annen rolle som har tatt av tiden deres prehospitalt. Enkelte av kandidatene tar opp at det kunne være de hadde vært mer på tilbudssiden med å bidra praktisk, hvis de hadde følt seg tryggere på ferdighetene. Er det virkelig slik at en lege i vakt på utrykning ikke har en funksjon utover logistikk? Eller kan det tenkes, slik som en av kandidatene tar opp, at *"hvis du har en større verktøykasse, så vil du også aktivt lete etter ting du kan gjøre. Hvis du ikke har de verktøyene, så leter du ikke, og da ser du ikke"*? Kunne for eksempel mer øving før distriktsturnustjenesten bidratt til å øke antall verktøy i verktøykassene og på den måten trygge kandidatene på praktiske ferdigheter?

Dårlig vær, geografiske utfordringer og mindre ressurser, kombinert med dårlige pasienter, var skrekkszenarioet til turnuslegene ved oppstart av turnus i kommunehelsetjenesten. Erfaringer de hadde fra sykehus i fylket førte til tanker om at logistikken kunne bli en trøblete del av jobben i distriktet. Enkelte av turnuslegene mente at denne delen av jobben førte til mer usikkerhet enn det medisinskfaglige.

Flere av turnuslegenes erfaring gjennom turnustjenesten var at logistikken var det vanskeligste med å gå legevakt. Logistikken ble krevende å få til å gå opp og har ført til mye frustrasjon blant annet på utrykning. Flere av kandidatene oppga at deres hovedoppgave på utrykning ble å prate i telefonen, noe som gjorde at de fikk mindre *hands on-* tid med pasientene. Enkelte av turnuslegene skulle ønske legene hadde en egen sekretær til å ta seg av alt det logistiske, mens andre igjen mente at den delen av jobben er en del av den medisinske vurderingen- Dette i form av hvordan pasientens tilstand er, satt opp mot hva en har tid til.

Kan logistikken være bidragsytende til at turnuslegene føler de ikke bidrar praktisk, eller i enkelte tilfeller- lar være å bli med på utrykning? Hvis det er slik, kan det tenkes at

ved å lette på logistiske oppgaver prehospitalt; vil legen da gjøre mer praktisk? Turnuslegene tar spesielt opp dette med telefontid som et frustrerende moment. De må ofte ringe flere enn ett sykehus, vente på vakthavende lege og fortelle samme sykehistorien opp til flere ganger. Dette tar tid. Kunne et prehospitalt data-/telefonsystem, som tar opp sykehistorien, bli sendt til det aktuelle sykehuset? Da kunne vakthavende lege ringe legevaktslegen opp igjen når han hadde mottatt og hørt opptaket. Hvis utfallet da skulle bli at legen måtte ringe nok ett sykehus- kunne da opptaket bare bli videresendt dit?

En bekymring turnuslegene satt med før distriktsturnus, var at de skulle møte på samtidighetskonflikter som gjorde at de kanskje måtte prioritere bort utrykning. Frykten for samtidighetskonflikter ble også nevnt som en mulig årsak til at en kanskje spesielt prioriterer bort utrykninger til steder langt unna. Gjennom turnustjenesten har legene erfart at å bli med på utrykningene langt unna er viktig for optimal behandling av pasienten og for å spare transporttid inn til sykehus. De korte turene derimot, har vært årsak til at flere turnusleger har valgt å avstå fra utrykning. Dette spesielt hvor det er kort transportvei inn til legevakt eller sykehus. De begrunner fraværet med at de ikke føler de får gjort noe på de korte turene og/ eller at det har vært omvei å hente dem før pasienten.

Før turnus i kommunehelsetjenesten var turnuslegene spent på hvordan samarbeidet med andre yrkesgrupper skulle forløpe. Spesielt samarbeidet med ambulanspersonellet skapte diskusjon. De fleste turnuslegene syntes det var betryggende at ambulansarbeiderne skulle være med på utrykning, men noen var også redd for at de skulle ta over og at de selv skulle stå igjen med følelsen av å være overflødig. Dette å jobbe i team var noe turnuslegene savnet bedre opplæring i. Det å være ubevisst sin egen rolle i samarbeid med andre yrkesgrupper, var noe som turnuslegene gjerne skulle ha gjort noe med før de skulle stå i akutte situasjoner. Kunne teamtrening i forkant av vaktarbeid være med på å trygge kandidatene? Noen av turnuslegene oppgir at de har besøkt ambulansstasjonen og hilst på sine medarbeidere, og at bare dette har gjort dem mindre usikre. Kunne obligatorisk teamtrening innen gitte akuttmedisinske kasuistikker lokalt der turnuslegene skal jobbe, bidratt til å senke frykten og samtidig øke tverrfaglig kompetanse?

Den generelle meningen etter turnus var at samarbeidet med ambulansetjenesten hadde vært godt. De fleste følte de hadde funnet sin rolle prehospitalt, og hadde fått respekt for det. Det som imidlertid hadde vært utfordrende for turnuslegene var både samarbeid med AMK og politi. Med AMK har utfordringene bestått av både kommunikasjonssvikt og vanskeligheter med å få ressurser turnuslegene har ønsket. Dette har også vært med på å ytterligere komplisere den logistiske delen av utrykningsarbeidet. Er det uklare retningslinjer for når legene i distriktet kan få ressurser, som for eksempel flytransport, til pasientene? Hvordan kunne denne delen av arbeidet vært gjort lettere for leger på utrykning i primærhelsetjenesten? Kunne oppdaterte, klarere retningslinjer føre til bedre samarbeid med AMK? Eller vil andre faktorer, som vær og tilgjengelige ressurser, føre til samme utfordringer også i fremtiden? Kunne tidlig involvering av AMK, for eksempel et kurs med dem og hvordan leger i vakt kan bruke AMK, på første turnuslegesamling i distriktsturnus, være med på å forebygge kommunikasjonssvikt og konflikt?

Turnuslegene var ved oppstart av distriktsturnus engstelig for problemstillinger som omhandlet rus og psykiatri prehospitalt. Dette i form av at de var bekymret for egensikkerhet, men også ved at de hadde hørt historier om at vaktordningene i politiet ikke nødvendigvis åpnet for at de kunne få hjelp fra dem når det trengtes. Dette var også noe de kom til å erfare gjennom turnustjenesten. Ved at lokalt politi ikke har vært tilstede, har enkelte av turnuslegene måttet vente med nødvendig helsehjelp og opplevd truende situasjoner, både ovenfor egen person og pasienter. Dette har flere av turnuslegene opplevd som svært ubehagelig. Å endre på vaktordningene til politiet slik at det alltid hadde vært vakt tilstede og klar til å bistå ved alle legevaktene ville vært det beste for å hindre slike problemstillinger. Men hvilke andre tiltak kunne bedret tryggheten til legene? Kunne et møte med lokalt politi ved oppstart av distriktsturnustjenesten øke kandidatenes kunnskap om hvordan de håndterer slike situasjoner? Ved endt distriktsturnus er også voldtekt og overgrep temaer turnuslegene mener de skulle ha vært bedre forberedt på. Kunne også disse emnene vært på programmet ved et eventuelt slikt møte?

Ved oppstart av distriktsturnus hadde turnuslegene tanker om at hensyn til seg selv kunne være medvirkende faktor til at leger i vakt prioriterer bort utrykningsarbeid. Spesielt tok de opp at det å skulle ha full liste på jobb, påfølgende dag etter vakt, kunne bidra til at man ikke dro på alle utrykningene gjennom natta. Erfaringen gjennom turnustjenesten var at full liste dagen etterpå ikke hindret turnuslegene fra å rykke ut med ambulansen. Ved travle vakter hadde de mulighet til å ta seg fri fra arbeid neste dag. Denne muligheten benyttet noen av turnuslegene. Én av turnuslegene fortalte imidlertid at dette skapte frustrasjon på sin arbeidsplass, som resulterte i en kommentar fra en kollega at det å ta seg fri var ukollegialt. Kan det tenkes at slike kommentarer bidrar til at leger i vakt ikke tar seg fri, slik som turnuslegene, men heller velger å avstå fra utrykning?

Gjennom forskriften for turnustjeneste for lege fremkommer formålet med turnustjenesten(13):

“Formålet med den praktiske tjenesten (turnustjenesten) er at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig erfaring, herunder erfaring med akutte tilstander, samt tilegne seg praktisk rutine for selvstendig å kunne utføre vanlig legevirkosomhet på forsvarlig måte.”

Formålet med turnustjenesten kan tolkes som at det er en periode hvor de nyutdannede legene skal begynne å praktisere mer selvstendig, men fortsatt være under en form for læringssituasjon med veiledere og tett oppfølging. I så måte kan en kanskje ikke forvente at turnuslegene skal føle seg helt trygge på arbeidet som skal møte dem ved oppstart av distriktsturnus. Likevel kan en antakeligvis gjennom å sette inn enkelte tiltak, trygge og forberede turnuslegene enda bedre før de skal ut i legevaktsarbeid i Finnmark.

Styrker og svakheter med studien

Årsaken til at jeg valgte å bruke fokusgruppeintervju som metode i min studie var at jeg i utgangspunktet ikke hadde en bestemt teori knyttet til min problemstilling, men et fenomen jeg ønsket å utforske videre. Fenomenet var at enkelte leger i vakt velger å

avstå fra utrykning på akutte turer. Jeg valgte en kvalitativ metode som tok sikte på å forstå og beskrive deltakernes opplevelser, heller enn å komme med en fasit eller en satt forklaring.

”En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver, selv om ikke alle perspektiver er like relevante for den problemstillingen som vi ønsker å belyse” (10). Ulike menneskelige erfaringer og fortolkninger av fenomen kan generere ulike teorier og idéer hos deltakerne i et fokusgruppeintervju. På grunnlag av dette valgte jeg denne metoden over andre kvalitative metoder for å prøve å belyse min problemstilling.

Troverdigheten til studien har blitt styrket ved at det transkriberte materialet er analysert setning for setning, kategorisert, kodet og videre analysert gjennom metoden *Grounded Theory*. Det analyserte materialet har flere ganger gjennom prosessen blitt satt opp mot transkribert data, for å sikre at analysen reflekterer datamaterialet. Metoden har blitt diskutert med veileder som har forskningsbakgrunn, og bedre grunnlag for å vurdere valg av metode.

Svakheten med metoden er at deltakerne er samlet i grupper med andre personer. Under fokusgruppeintervjuene jeg gjennomførte var også veilederne til turnuskandidatene tilstede. Frykt for å si ting som egentlig bekymrer dem eller som de har opplevd som utfordrende kan føre til at deltakerne ikke deler alt de tenker. Tilleggsvis kan det oppstå skjevhet i form av at sterke personligheter tar mye plass og kan ha stor innvirkning på resultatet. Jeg valgte å benytte meg av fokusgruppeintervju da jeg mente at det ikke var spesielt sensitive opplysninger deltakerne skulle komme med, men opplevelser og betraktninger. Det må likevel tas høyde for at å dele ting i plenum kan ha påvirket enkelte deltakers utsagn og ført til innsmigringsbias, dette svekker igjen studiens troverdighet.

Gruppen turnusleger til studiet er valgt ut på bakgrunn av hvor de skal gjennomføre distriktsturnustjeneste; i Finnmark. Gruppen er således ikke valgt ut på bakgrunn av ønskede kvaliteter. Det kan likevel ikke utelukkes at turnuskandidater som søker seg til distriktsturnus i Finnmark innehar felles egenskaper og interesser, for eksempel

interesse for distrikts- eller akuttmedisin, som gjør at deres kompetanse skiller seg ut fra resten av Norges turnuskandidater.

Målet med å velge kvalitativ forskningsmetode i oppgaven min var å fremkalle holdninger og erfaringer hos turnuskandidatene, dette for å prøve å få en dypere forståelse av hvorfor leger i vakt velger å avstå fra utrykning. Resultatet kan brukes til å få en nærmere forståelse av fenomenet og som indikator til hva som er relevant å undersøke i andre undersøkelser, også kvantitative. Resultatet kan ikke brukes til å generalisere utenfor utvalget. På grunn av at menneskelig oppførsel ikke er statistisk, kan ingen undersøkelse, uansett metode eller design, reproduseres eksakt (14). Dette gjør at hvis en skulle gjennomført samme undersøkelse i samme utvalget på et annet tidspunkt, vil en kunne forvente å få ulikt resultat.

Under intervjuene har jeg som moderator prøvd å bidra til god samhandling og gruppedynamikk. Dette er viktig for å danne et miljø der deltakerne kan mobilisere assosiasjoner og fantasi som genererer nye idéer hos hverandre (10, 19). Likevel har jeg under analysen rettet oppmerksomhet mot tematikken i fokusgruppene og ikke fokusert så mye på kommunikasjon og kontekst. Flere har kritisert analyse av fokusgruppeintervju for nettopp dette, da de mener forskere ofte utelukker en relevant del av intervjuene som kreves for å gjøre forsvarlige tolkninger av det som blir sagt (10). Dette er også noe som kan ses på som en svakhet ved studien.

Grounded Theory forutsetter at en tar utgangspunkt i innsamlet datamateriale for å generere nye teorier. Ved at jeg gjentatte ganger under analysen har satt analysert materiale opp mot innhentet data, har jeg prøvd å øke troverdigheten til studien. Det kan likevel ses på som en svakhet at jeg har lest litteratur innenfor området og at jeg gjennom erfaring kanskje har dannet meg egne teorier rundt problemstillingens som igjen kan ha påvirket studien.

KONKLUSJON

Turnuslegene i distriktsturnustjeneste i Finnmark var ved oppstart av tjenesten usikre på egen kompetanse og engstelig for at de skulle bli overflødige når det var snakk om utrykningsarbeid. De var også bekymret for hvordan samarbeid med andre yrkesgrupper skulle forløpe og for logistiske utfordringer i distriktet. En naturlig konsekvens av å stå i et arbeid, med dets utfordringer, er at en blir tryggere på det. Dette er noe som studien styrker. Etter endt turnustjeneste i distrikt var kandidatene mye sikrere på at de hadde en nyttig rolle prehospitalt og følte seg generelt tryggere på å skulle delta på utrykning. Fortsatt ser kandidatene flere utfordringer ved denne delen av legevaktsarbeid. Flere nevner logistikk som den største utfordringen, men oppgir imidlertid at den ikke vært bidragsytende til at de har latt være å bli med på utrykning.

Bakgrunnen for oppgaven var å prøve å få en dypere forståelse av hvorfor leger i vakt i kommunehelsetjenesten ikke alltid deltar på utrykning ved rød respons. Da tidligere studier har vist at det enkelte steder i landet er så lav som 19,2% legevaktsdeltakelse på akuttoppdragene (5), var det gjennom studien en interesse av å prøve å komme nærmere hvorfor lege i vakt velger å avstå.

For turnuslegene i distriktet i Finnmark var det godt kjennskap til pasienter som ofte var innom legevakt og kort transportvei inn til legevakt og sykehus som var årsakene til at de enkelte ganger valgte å prioritere bort utrykning. Da studien er kvalitativ og på den måten ikke egnet til å generalisere, kan en ikke bruke funnene til å si noe om i hvor stor grad deres prioriteringer er overførbare til andre legevaktsleger. Det kan tenkes at turnusleger velger å delta på flere utrykninger enn de erfarne legene, eller at andre utfordringer som turnuslegene møtte i forbindelse med utrykningsarbeidet kan bidra til at leger andre steder velger å avstå. Studien kan likevel brukes slik som formålet med den var; å øke forståelse for hvorfor enkelte velger å avstå i utrykningsarbeid. Den kan også brukes til å utvikle nye kvalitative- og kvantitative studier.

Som et resultat av denne studien, foreslås følgende tiltak for turnusleger i Finnmark:

- Obligatorisk teamtrening med lokalt ambulanspersonell før kandidatene begynner å gå legevakt. Kasuistikker bør berøre bredere kunnskapsfelt enn kun hjertestans og bør involvere pediatri. Det bør være en målsetting at turnuslegene gjennom kasuistikker får øvd seg og blitt kjent med praktiske redskaper.
- Ved oppstart møte med lokalt politi. Her kan en gjennomgå egensikkerhet og hva kandidatene kan gjøre når politiet ikke har mulighet til å bistå i situasjoner som spesielt involverer rus og psykiatri, overgrepssituasjoner og voldtekt.
- Kurs med AMK hvor en går gjennom logistiske løsninger og retningslinjer for transport av pasienter.

VEDLEGG

Vedlegg 1:	Forskningsprotokoll
Vedlegg 2:	Spørreskjema avgangskull
Vedlegg 3:	Spørreskjema turnusleger
Vedlegg 4:	Mal til fokusgruppeintervju 1
Vedlegg 5:	Mal til fokusgruppeintervju 2
Vedlegg 6:	Fokusgruppeintervju transkribert
Vedlegg 7:	Samtykkeskjema
Vedlegg 8:	REK- vedtak

LITTERATURLISTE

1. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp, 3. Utgave, 2009. Om rollefordeling og generelt anbefalt respons.
2. Lexow Kristian, notat om samhandling mellom vakthavende legevaktslege og ambulansetjenesten, Stavanger Universitetssykehus, august 2013.
(<http://legeforeningen.no/PageFiles/161409/Samhandling%20med%20ambulansetjenesten.pdf>)
3. Ellensen EN, Hunskaar S, Wisborg T, Zakariassen E. *Variations in contact patterns and dispatch guideline adherence between Norwegian emergency medical communication centres--a cross-sectional study.* Scand J Trauma, Resusc Emerg Med 2014, 22:2.
4. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften), 2015. Kapittel 2, § 6; *kommunens ansvar for kommunal legevaktordning.*
5. Moyr M, Kindt P. Akuttmedisinske hendelser utenfor sykehus. Hovedoppgave NTNU, medisinsk fakultet, institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk. 2011.
6. Kindt PG, Momyr M, Sundland E, Gisvold SE. *Prehospital akuttmedisin uten legevaktlege?* Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1176-7
7. Zakariassen E, Hunskår S. *Involvement in emergency situations by primary care doctors on-call in Norway - a prospective population-based observational study.* BMC Emerg Med. 2012, May 8; 12:5
8. Hjortdahl M, Zakasiassen E, Wisborg T. *The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study.* Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2014; 22:47.

9. Zakariassen E. *Allmennlegen viktig ved rød respons*. Utposten, Nr. 6, 2008.
10. Malterud, K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget 2012.
11. Hartman, J. *Grundat teori, teorigenerering på empirisk grund*. Studentlitteratur 2001.
12. Wisborg T, Murad MK, Edvardsen O, Brinchmann BS. *Life or death. The social impact of paramedics and first responders in landmine- infested villages in northern Iraq*. Rural and Remote Health 8: 816. (Online), 2008
13. Forskrift om turnustjeneste for leger, kapittel I. 2002. Generelle bestemmelser. § 1; Formål og målbeskrivelse.
14. LeCompte, M. Goetz, J. *Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research*. Review of Educational Research. 1982.
15. Frich, J C. *Kvalitative Studier*. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:2649.
16. Wilkinson S. *Focus Groups. Psychology og Women Quarterly*. 1999;23(2):221-44
17. Karlsvik, AK.. *Hvordan gjøre det man ville ha gjort?- Bruk av simulatortrening i akuttmedisinsk opplæring av medisinerstudenter i Trondheim*. Hovedoppgave ved medisinstudiet, NTNU, 2010.
18. Martinussen, S. *Akuttmedisinsk kompetanse blant turnusleger i allmennpraksis i Troms fylke 2007*". 5. årsoppgave ved medisinstudiet i Tromsø., 2007
19. Kitzinger J. *Qualitative research. Introducing focus groups*. BMJ. 1995. 29;311 (7000).