



# Rapport:

# Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger

Prosjektgruppe:

Jesper Blinkenberg, Tobias Nieber, Janecke Thesen

Bergen, mai 2008

## Innhold

1. INNLEDNING .....	3
<i>Prosjektgruppen</i> .....	4
2. PROSJEKTDESIGN – ETT PROSJEKT, FIRE DELER.....	4
2.1 Fire delprosjekter.....	4
2.2 Annet prosjekt med betydning for våre resultater .....	5
3. RESULTATER .....	6
3.1 Deltakende observatører.....	6
<i>Om kursene</i> .....	6
<i>Om de deltagende observatørene</i> .....	6
<i>Om erfaringene</i> .....	7
<i>Konklusjon</i> .....	12
3.2 Spørreundersøkelsen .....	14
3.3 Litteraturgjennomgang .....	22
3.4 Praktisk utprøving, Akuttmedisinkurs for allmennleger .....	24
<i>Kurset</i> .....	24
<i>Evaluering spørreskjema</i> .....	25
<i>Evaluering og refleksjon ved arrangører og instruktører</i> .....	27
<i>Muntlig tilbakemelding fra kursdeltakere</i> .....	28
<i>Oppsummering etter Akuttmedisinkurset på Solstrand</i> .....	28
4. DISKUSJON .....	29
5. OPPSUMMERING .....	29
6. REFERANSER .....	30
7. VEDLEGG .....	31
<i>Kursmal</i> .....	32
<i>Ressurspakke</i> .....	33
<i>Kursplan Solstrandkurset Akuttmedisin for allmennleger 30.05- 01.06.07</i> .....	34
<i>Evaluering av akuttmedisinkurset Solstrand</i> .....	37
<i>Regnskap Solstrandkurset</i> .....	38

## 1. INNLEDNING

Allmennlegens faglige arbeidsfelt er stort. Noen kliniske problemstillinger er hyppige mens andre forekommer sjelden. Noen av de sjeldne problemstillingene kan henvises til spesialisthelsetjenesten, mens andre håndteres av allmennlegen. Akuttmedisinske tilstander er sjeldne i en slik sammenheng, men må ofte håndteres av allmennlegen på grunn av tidsaspektet, - det haster. Pasienten som faller om og er bevisstløs på legekantoret kan ikke vente på at spesialisthelsetjenesten kan ta imot henvisningen og gi ventelistegaranti. De skadde i en trafikkulykke trenger hjelp umiddelbart, og mange steder i landet representerer allmennlegen den høyeste medisinske kompetansen. Allmennlegens styrke i en slik sammenheng er breddekompetansen og den solide erfaringen i å gjøre kliniske vurderinger. Derfor er legen etterspurt i det akuttmedisinske arbeidet (1).

Rammene i de akuttmedisinske tjenestene er endret de siste årene, også allmennlegens plass er endret. Ambulansetjenesten er omorganisert fra å være en kommunal tjeneste med varierende eller liten medisinsk kompetanse til å være en tjeneste organisert i spesialisthelsetjenesten med en raskt økende kompetanse, særlig innen i akuttmedisin. Det forventes at allmennleger samarbeider med ambulansetjenesten og andre i den akuttmedisinske kjeden både i tjeneste og ved trening (2).

Allmennlegens spesialistutdanning er den viktigste rammen for faglig videre- og etterutdanning av allmennleger i Norge. Både styresmaktene, publikum og fagmiljøene forventer at allmennlegene deltar i den akuttmedisinske beredskapen og bidrar til at befolkningen får et godt akuttmedisinsk tilbud. Forutsetningen for dette er at allmennlegene har både praktiske og teoretiske kunnskaper om akuttmedisin. For å sikre dette har sentralstyret i Den norske legeforening besluttet å innføre et krav om gjennomført emnekurs i akuttmedisin over minst 15 timer, både i videreutdanningen og ved resertifisering i etterutdanningen for spesialiteten allmennmedisin fra og med år 2012. Et stort flertall av allmennleger deltar i spesialistutdanningen, enten som utdanningskandidater, eller som ferdige spesialister.

Akuttmedisinkurs skiller seg fra andre kurs for allmennleger på flere områder. Disse kursene inneholder mer praktisk øvelse og krever større praktisk deltakelse fra allmennlegene. Kursdeltakerne må eksponere egne praktiske ferdigheter for kolleger og settes i en sårbar situasjon. I tillegg omhandler kurset tilstander og situasjoner som allmennlegene sjelden kommer bort i, men som har store konsekvenser for pasientene – liv og død situasjoner. Disse forholdene gjør det derfor særlig viktig at kursene gjennomføres i en trygg ramme med gode forutsetninger for læring.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har som oppgave blant annet å bidra til nasjonal faglig utvikling innen fagfeltet legevaktmedisin, herunder etablere nasjonale faglige standarder, sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse. I forbindelse med vedtaket om et obligatorisk akuttmedisinkurs for allmennleger gikk derfor Senteret i gang med å utarbeide en mal for slike kurs. Målet er at malen skal gi kursarrangører inspirasjon og en rettesnor ved planlegging og gjennomføring av akuttmedisinkurs for allmennleger.

I gjennomføringen av prosjektet har Senteret hatt stor glede og nytte av et godt samarbeid med kursarrangører for eksisterende akuttmedisinkurs. Særlig har Helen Brandstorp og Ståle Onsgaard Sagabråten stilt sine kurs til rådighet. Videre har Norsk forening for

allmenntmedisins referansegruppe for legevaktmedisin bidratt med innspill og medlemmer derfra har deltatt i deler av prosjektet. Jon-Kenneth Heltne og Guttorm Brattebø fra Akuttmedisinsk seksjon, Haukeland Universitetssykehus var sentrale støttespillere i forbindelse med gjennomføringen av akuttmedisinkursert på Solstrand juni 2007.

Akuttmedisinkurs for allmennleger setter fokus på akuttmedisinske teoretiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter, men kursene kan aldri erstatte den nødvendige treningen lokalt med egne samarbeidspartnere i egne lokaler og med lokalt utstyr. Snarere er det ønskelig at disse kursene kan inspirere til slik lokal trening. Et godt eksempel på slik trening er Kommune BEST prosjektet.

### **Prosjektgruppen**

**Jesper Blinkenberg** - spesialist i allmenntmedisin, fastlege og legevaktlege Askøy siden 1997 og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin. E post: [jesper.blinkenberg@isf.uib.no](mailto:jesper.blinkenberg@isf.uib.no)

**Tobias Nieber** - spesialist i allmenntmedisin, fastlege i Etne kommune fra 2000, forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin. E-post: [tobias.nieber@isf.uib.no](mailto:tobias.nieber@isf.uib.no)

**Janecke Thesen** - spesialist i allmenntmedisin og samfunnsmedisin, fastlege Osterøy. Spesiallege og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Leder av Allmenntmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP) og medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin. E-post: [janecke.thesen@isf.uib.no](mailto:janecke.thesen@isf.uib.no)

## **2. PROSJEKTDESIGN – ETT PROSJEKT, FIRE DELER**

I prosjektets fire deler brukte vi både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Ideen bak prosjektet var å samle elementer fra allerede eksisterende gode akuttmedisinkurs slik at disse kunne videreføres til nye kurs. Videre ville vi se på hva allmennleger opplever av akuttmedisinske tilstander og hvilke prosedyrer de utfører i hverdagen sin som allmennleger og legevaktleger, og hvordan allmennleger vurderer ulike temaer og øvelsers relevans i forhold til eget fagfelt. Vi ville se på hva som finnes av litteratur på området. Til slutt ville vi arrangere et akuttmedisinkurs for allmennleger og høste praktiske erfaringer fra dette.

### **2.1 Fire delprosjekter**

A. Prosjektmedarbeidere deltok på kurs som deltakende observatører og oppsummerte sine erfaringer på grunnlag av observasjoner, feltnotater mm. Fokus her var på pedagogiske metoder, gruppefunksjon, mestring, læringsutbytte osv.

B. Spørreskjemaundersøkelse blant kursdeltakere, kursarrangører og foredragsholdere på akuttmedisinkurs. Spørsmålene fokuserte på:

- egne, tidligere akuttmedisinske erfaringer

- relevansvurdering av de forskjellige akuttmedisinske tema og praktiske ferdigheter på kurset
- tidsbruk for de forskjellige temaene og øvelsene på kurset
- opplevd trygghet på kurset

Spørsmålene hadde lukkede svaralternativer. I tillegg stilte vi spørsmål med mulighet til fritekstsvar for å fange opp relevante illustrerende erfaringer og evt. manglende svaralternativer.

C. Kunnskapsoppsummering om akuttmedisinske kurs i førstelinjetjenesten fra litteraturen.

D. Gjennomføring av akuttmedisinkurs basert på resultatene i de forutgående deler av prosjektet. (Akuttmedisinkurs for allmennleger 30. mai -1. juni ved Solstrandkurset 2007.)

## **2.2 Annet prosjekt med betydning for våre resultater**

### **Fastlegers erfaring med akuttmedisinske situasjoner ved deltakelse i legevakt**

Forskere ved Nklm har sett på fastlegers erfaring med akuttmedisinske situasjoner ved deltakelse i legevakt. Alle fastleger fikk tilsendt et spørreskjema der de som deltok i legevakt besvarte en del som omhandlet akuttmedisin. Studien undersøkte hvilke kliniske situasjoner fastlegene var borti og hvor ofte de var borti slike situasjoner. På samme måte ble det spurt om erfaringene med akuttmedisinske prosedyrer. Funn fra denne studien stemmer godt overens med våre funn og artikkelen "Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures" er akseptert i EMJ, men ikke publisert. Forfatterne er Erik Zakariassen, Hogne Sandvik og Steinar Hunskaar.

### **3. RESULTATER**

I denne delen av rapporten presenteres resultatene av våre delprosjekter.

#### **3.1 Deltakende observatører**

##### ***Om kursene***

Vi hadde lagt vekt på å oppsøke kurs vi hadde forventninger til, eller som var kjent som spesielt gode kurs i akuttmedisin – også for allmennpraktikere. Kursene hadde derfor vekslende tema og målgruppe, og forelesere rekruttert fra forskjellige faggrupper. Vi hadde fem deltakende observatører på hvert av fem kurs. To av disse observatørene observerte sammen et sjette kurs. Deres observasjoner var i stor grad sammenfallende.

Kursene er karakterisert under, og de komplette rapportene fra observatørene kan leses som vedlegg til denne rapporten

- to akuttmedisinkurs for allmennpraktikere, åpent for medarbeidere, a to dager
- ett akuttmedisinkurs for turnuskandidater (åpent for turnuskandidater og allmennleger) a to dager
- ett lokalt Kommune-Best-kurs a en dag (beregnet på tverrfaglige lokale grupper som samhandler til daglig i akuttsituasjoner)
- ett AMLS-kurs a to dager (åpent for leger og turnuskandidater i legevaktstjenester, ambulanspersonell og sykepleiere, personell som arbeider i akuttmottak)
- ett PHTLS-kurs a tre dager (åpent for leger og turnuskandidater i legevaktstjenester, ambulanspersonell og sykepleiere)

Alle kursene vekslet mellom teori i forelesningsform og praktiske øvelser. Disse var dels organisert som trening på praktiske ferdigheter i form av grupper med instruktør, dels som kliniske ”cases” eller ”scenarier” der en gruppe skulle fungere i rollen som hjelpere i en spesiell situasjon som ble beskrevet og illustrert med markører (simulanter – ofte lett utklede kursledere eller andre). Noen kurs ga aktørene anledning til å prøve seg på nytt etter feedback og debriefing, andre kurs hadde ikke med dette elementet.

Gode markører gjorde øvelsene realistiske og overraskende (som hverdagen også kan være).

På to av kursene ble det sendt ut et (amerikansk) pensum på forhånd, på tre av kursene omtales kursprøve.

##### ***Om de deltakende observatørene***

Observatørene var erfarne allmennleger med spesiell interesse for akuttmedisin, men også med opplevd stor fallhøyde som leger tilknyttet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin - Nklm. Planen var at de skulle inngå som vanlige kursdeltakere uten at deres oppdrag som deltakende observatører ble gjort kjent. På ett av kursene ble observatørene ”outet” av kursledelsen på begynnelsen av kurset, noe som ikke gjorde fallhøyden mindre. På et annet kurs var det ikke mulig å beholde status som ”ikke-observatør”, fordi alle andre kursdeltakere kjente hverandre og arbeidet sammen til daglig.

Observatørene var frivillige, og ble honorert ved at Nklm dekket kursavgiften for dem. De fikk utlevert en omtale av rollen som observatør, med anbefalinger om hvordan de kunne lage sine private notater om egne observasjoner og refleksjoner (vedlegg 2). De leverte alle en tosidert rapport om kurset på bakgrunn av disse notatene.

Observatørene var ikke representative for kursdeltakerne. Vi planla også fokusgrupper for å innhente synspunkter fra leger med liten interesse for og engasjement i akuttmedisin. Vi ville rekruttere disse fra større allmennmedisinske kurs og kongresser, der legene hadde valgt vekk akuttmedisinkurset. Vi lyktes ikke i å rekruttere et tilstrekkelig antall deltakere. Imidlertid viser spørreskjemaundersøkelsen at ingen følte seg svært utrygge, og bare to deltakere følte seg utrygge under de praktiske øvelsene. 21 følte seg både-og, og 77 følte seg trygge eller svært trygge. Dette viser at allmennleger i dette materialet stort sett føler seg trygge på akuttkursene. Det må allikevel ikke forhindre oss i å legge til rette for kurs som trygger også utrygge leger maksimalt, og utvikler mestring.

### **Om erfaringene**

Erfaringene under er basert på en samlet gjennomgang og enkel kvalitativ analyse av rapportene fra observatørene ad modum Malterud (ref) med fokus:  
Hva sier disse erfaringene om hva som er et godt (nok) 15-timers emnekurs i akuttmedisin for allmennpraktikere? Kurset skal rekruttere bredt (emnekurset blir ikke obligatorisk før i 2012), engasjere, føre til læring og ønske om å lære mer. Det skal ikke skremme, men styrke og trygge allmennlegene til å ta ansvar for akuttmedisinske problemstillinger på legevakt og i vanlig praksis – i samhandling med samarbeidspartnere (egne medarbeidere, aktører på legevakter, ambulansetjeneste og i spesialisthelsetjenesten).

#### **► Et kurs av og for allmennmedisinere**

Der kurset er beregnet på allmennleger oppleves det som viktig at det er dyktige allmennleger i ledelse, og som dominerende blant foreleserne.

*”At ”trekkplasteret” NN (kjent anestesilege) ikke kom opplevde jeg utvilsomt som en styrke”*

*”Det overrasket meg at allmennmedisinere kan holde så gode akuttmedisinkurs”*

Observatørene legger vekt på at kursdeltakernes erfaringer inkluderes i dialogen, og opplever meddeltakerne som kompetente og interesserte. De reagerer negativt når spesialistene oppheves til orakler, eller kursledere/forelesere opererer med hevet pekefinger eller skremselspropaganda:

*”Enkeltuttalelser fra sykehusspesialister ble lansert som sannheter. Det er viktig at slike kurs i akuttmedisin defineres av allmennmedisinerne og ikke blir anesthesi light kurs”*

Men det skal ikke bare være allmennmedisinere:

*”Forelesningene var ofte et samspill mellom allmennlegen og relevant lege fra spesialisthelsetjenesten, anestesilege, nevrokirurg og pediater. Det styrket troverdigheten og ga en bredere forståelse av stoffet.”*

Fokus for kursdeltakerne er ikke nødvendigvis best mulig akuttmedisinsk håndtering, men på hva som er god nok allmennmedisinsk akuttmedisinsk håndtering i situasjonen:

*”Dessuten ønsket jeg å høre at det er noe som heter ”godt-nok” også. Mitt mål og ambisjon er ikke å være en fullgod anestesilog. Jeg skal bli allmennmedisiner!”*

Motsatt, dersom kursene beregnet på allmennmedisinere utelukkende ble ledet av spesialister i andre fag, oppfattes det som negativt. En av grunnene kan være at man opplever at spesialistene bedriver ”blaming and shaming” av allmennlegene. Kursledere som oppfattes som om de går i ledtog med spesialistene lider samme skjebne.

*”En overlege fra akuttmedisinsk seksjon brukte flere ganger uttrykk som ”jeg ville aldri kjøre legevakt uten intraossøs nål” eller ”du kan ta livet av en pasient hvis ikke du bruker kapnograf” Det opplevde jeg som unødvendig og polariserende mot feil fokus.”*

Kurs som var utlyst som spesialistkurs med spesialister og ambulansesarbeidere som kursledere (f eks AMLS-KURS OG PTHLS-KURS) led ikke samme skjebne. Det virker som om allmennleger som melder seg på kurs som er beregnet på andre målgrupper tilpasser seg og aksepterer det kursledelsen er kommet fram til, og trives på kursene.

#### ► Om å ”gruglede seg” og stress

Mange allmennleger trives med det ”action-pregete” legevaksarbeidet. De stiller likevel spørsmålstegn om de er i stand til å gjøre en god nok jobb:

*”Jeg liker å ha legevakt; følelsen av aldri å vite hvilke mennesker og situasjoner jeg møter, fascinerer. Likevel nager ofte en tanke om ”hva hvis det virkelig blir akuttoppdrag”, takler jeg det? Mengdetrening har jeg i alle fall ikke, kommer heller aldri til å få det. Av en eller annen grunn er redselen for akutt alvorlig syke barn den største.”*

De føler på ydmykheten og redselen for det akutte, men flere har fått større tro på at de kan være i det og faktisk komme til å gjøre noe riktig og i alle fall tørre å være tydelig. Men ”godt nok” er et tilbakevendende tema:

*”Er det lov å fortsatt si at noe er godt nok også for oss i en slik situasjon?”*

Flere rapporterer somatiske symptomer før vakt og kurs, og noen reflekterer over i hvilken grad det kan fungere positivt:

*”Men jeg merket meg atskillige muskelspenninger og også andre kroppslige stresstegn både før og under kurset!” .....*

*”Kroppslige stresstegn er plagsomt, men skjerpende, og slik er det jo i akuttsituasjoner på vakt også. For meg gikk det ikke over en grense der det hemmet læring, det skjerpet nok heller fokus. Jeg følte mestring, jeg følte meg trygg i teamet mitt som var svært ivaretagende og ikke-brautende.”*

Mye handler om å mestre, om å ikke tape ansikt; både overfor kolleger og andre som står på andre nivå i helsehierarkiet: Eksempler er eldre leger i forhold til turnuskandidater, leger i forhold til ambulansepersonell.

Observatører bør tildeles andre roller enn bare observatør for ikke å forstyrre læring (markør el lign). Og det bør ikke være mulig å delta bare på teoretiske deler av kurs. På ett kurs var

fem leger til stede på den teoretiske gjennomgangen, men bare to leger deltok i treningen etterpå.

*”Noen av kursdeltakerne, kanskje særlig de som ikke deltok i øvelsene, er kanskje usikre og redde for å eksponere seg i en øvelsessituasjon. En kursdeltaker motsatte seg å skulle spille en rolle uten virkelig pasient og meldte seg ut av den praktiske øvelsen av den grunn.*

#### ► **Pensum, kursprøve og tema**

Utsending av pensum på forhånd er neppe gjennomførbart i allmennpraksis, slik man gjør det på ”AMLS” og ”PHTLS” kurs:

*”Jeg fikk tilsendt en svær bok om PHTLS på engelsk + en del av innhold oversatt til norsk som en egen bok. Bøkene ble sendt ut i god tid før kurset, likevel umulig for meg å lese disse bøkene på forhånd”*

Kursprøve blir mottatt svært forskjellig blant allmennmedisinerne:

*”det er synd at kursprøven bare fokuserer på AHLR. Kunne det være mulig å utarbeide en ny prøve der også andre tema tas opp? Akkurat der følte jeg meg tilbake til der akuttmedisin bare handler om hjertestans.”*

*”Siste del av dag 2 var det teoretisk (50 multiple choice-spørsmål) og praktisk (jeg måtte lede teamet mitt i et scenarie og ble vurdert på det) eksamen. Det var stressende, men økte nok konsentrasjon og fokus. Jeg ble stolt over å klare meg bra, men vet ikke hvordan det hadde gått dersom jeg hadde opplevd å ikke funke i denne settingen”.*

En observatør etterlyser kortfattede handouts med systematiserte algoritmer mm. Slike utsendt som kompendium kunne kanskje fungere, men det var det ingen av kursene som hadde. En godt tilpasset kursprøve som avspeiler innholdet i kurset kan fungere positivt – praktisk eller teoretisk prøve.

Det er mange meninger om hvilke tema som skal være med i et slikt kurs, og noen konsensus oppnås neppe. Selv helt sentrale tema som AHLR var det delte meninger om. Kursledelsen må ta i bruk andre metoder enn konsensus når temalisten lages:

*”Intraossøs nål kunne vært vist og demonstrert.”*

*”Noen læringsmål opplevde jeg som tvilsomme, for eksempel intraossøs nål.”*

*”Å ha fått til å stikke i V jugularis var gøy og nytt.”*

#### ► **Mer praktiske øvelser, mindre teori**

Kursdeltakerne forteller om gode og varierte måter å spille ”akuttmedisinsk offer” på.

*”Kurslederne brukte flere gode og varierte metoder på å lære bort. Blant annet brukte de også seg selv ved å spille akutt syke.”*

Mange forteller om at de ønsker seg mer praktiske øvelser, på bekostning av teori:

*”En kunne ha kuttet ut en del teori og erstattet den med enda mer praktiske øvelser.”*

Men der den teoretiske gjennomgangen var knyttet til de praktiske øvelsene ble det oppfattet positivt.

I de øvelsene det ble brukt markør oppstod det noen ganger usikkerhet blant kursdeltakerne. Best fungerte det når markøren var lett utkledd (skaut), og endret språk (dialekt eller aksent), og når instruksjonene var tydelige:

*”Nå starter øvelse to. Når dere blir varslet vil dere møte en av kurslederne som markør/pasient, eller en dukke. Lykke til.”*

► **Enklere er bedre!**

*”KISS (keep it simple stupid) ble lansert i introduksjonen. Jeg synes dette ble etterlevd i kurset. Kun en foil om akutt lunge for eksempel; glitrende! Etter anestesilogens foredrag satt jeg igjen med følgende O2— O2- O2. Enkelt, men sabla viktig. DET viktigste!”*

Akuttmedisinske situasjoner er ofte kompliserte og sammensatte. Allikevel satte kursdeltakerne stor pris på å få forenklete oversikter som algoritmer, akronymer, regler osv som var lette å huske i en stresset akuttsituasjon. Forenkling er befordrende for læring:

*”jeg lærte svært mye (i form av systematisering av ting jeg kan fra før)”*.

Eksempler:

*”både undersøkelses- og behandlingsprinsippene blir bra poengtert og repetert - sjekk bevissthet/ventilasjon/sirkulasjon - støtt ventilasjon, støtt sirkulasjon”*.

*”en positiv forenkling/ sjekklister som gjelder alle traumepasienter”-*

*”hovedspørsmål som stilles ved alle scenarioer er praktisk viktig og øves gjennom hele kurset”  
”er dette en kritisk pasient?” eller retttere sagt ” er pasientens tilstand kritisk?”*

En klar målsetting bør være å forenkle akuttmedisinsk tenkning for allmennleger som i utgangspunkt sjelden er borti akuttmedisinske situasjoner - ikke å gjøre det enda mer vanskelig og skremmende.

Kursene oppleves som en super systematisering av kunnskaper som en erfaren allmennpraktiker stort sett har fra før. Mange er forbløffet over at de egentlig kunne så mye akuttmedisin, men at læringsutbyttet samtidig var så stort:

*”Å oppleve at en kan mye fra før, men samtidig kan lære mye nytt på kort tid. Å oppleve hvor bratt læringskurven er.”*

► **En atmosfære av trygghet, gjensidig respekt og mestringsfølelse**

På de fleste av kursene rapporteres det om god stemning og gjensidig tillit mellom kursdeltakerne og mellom kursdeltakerne og kursarrangører. Mange av observatørene var opptatt av hvordan man kan skape en trygg atmosfære. De la vekt på at egen sårbarhet eksponeres og at tilbakemelding foregår respektfullt og ivaretagende – både fra kursledere og deltakere:

*”Hovedinntrykket er at det var et kurs med god stemning. Avslappende tone, engasjerte og dyktige kolleger som ledet og øste av sine erfaringer og kunnskap. Latteren, men samtidig fikk alvoret plass. Meddeltakere reiste seg eller satt og fortalte egen- opplevde historier. Det var viktig!”*

*”Samtidig ble det dvelt ved forelesernes egne positive og negative erfaringer, utilstrekkelighet og sårbarhet i legevakslegerollen. Det var gjenkjennelig stoff med resonans i forsamlingen.”*

Kurslederne ga stort sett gode respektfulle tilbakemeldinger til kursdeltakerne ved de praktiske øvelsene.

*”Øvelsene ble gjennomgått på en systematisk måte med tydelig fokus på en positiv vinkling, respektfulle tilbakemeldinger og mestring.”*

Et kurs ble kritisert for å ha lagt for liten vekt på å trene instruktørene i tilbakemelding etter de praktiske øvelsene. Dermed ble det stor variasjon mellom instruktørene:

*”Naturtalentene fungerte glitrende, men det var også noen som har mye å lære om enkle tilbakemeldingsregler som ivaretar kursdeltakerne bedre. På en dårlig dag kunne det nok bety forskjellen på om jeg følte mestring eller katastrofe etterpå”.*

► **Om gruppene – smått er godt, kontinuitet er trygt**

Observatørene opplever små grupper som positivt. De vil ha samme gruppe gjennom hele kurset slik at man kan bli kjent. Forholdet mellom instruktør og gruppede medlemmer = 1:4 nevnes av flere som optimalt. Klar rollefordeling nevnes også som viktig.

*”Jeg hadde ønsket meg færre deltakere. Det ville ha gitt mer tid til å bli sett og anledning til å spørre lederne da vi øvet på praktiske ting. Dessuten ville alle kunne ha fått en rolle på caseøvelsene.”*

*”Det var trygt å jobbe i den samme firer-gruppa hele tiden – det økte trygghet og viljen til å hjelpe hverandre i stedet for å vise seg.”*

*”Å oppleve at et team er mer enn en fungerende behandlingsenhet, men at det skjer noe positivt med en og med gruppen når en finner en god tone, bearbeider et problem i felleskap, støtter hverandre og finner frem til en løsning.”*

► **Samhandling, arbeidsfordeling og rollefordeling**

Mange var opptatt av samhandling, både tverrfaglig og over linjene. Selv der medarbeidere var invitert, framstod kurset som et lege-kurs:

*”En medarbeider jeg satt ved siden av stusset over at de ikke ble nevnt i velkomsten. Hun følte seg ikke velkommen.”*

De som opplevde kurs med god samhandling ønsket seg mer av dette:

*”Det hadde vært positivt med flere leger, men ikke mer enn ca halvparten. Samhandlingen med ambulansfolkene er svært verdifull. Det hadde vært flott med både flere allmennpraktikere, og flere akuttmedisinere fra spesialisthelsetjenesten”.*

*”Jeg ønsker meg mer trening sammen med ambulansfolk i mitt eget lokalsamfunn.”*

*”Kurset var bra, det hadde god fokus på praktiske utfordringer og på samarbeid mellom 1. og 2.linjetjeneste.”*

Ett av kursene var et Kommune-Best-kurs, beregnet på deltakere som arbeider sammen ved akutte situasjoner til hverdags. Det er dermed en annen type kurs enn det vi ville utforske i dette prosjektet. Observatøren er svært positiv i sin evaluering, og er overrasket over hvor naturlig og nyttig det var å trene i de vanlige omgivelsene med de vanlige personellgruppene. Det er en god ide å arrangere disse kursene lokalt i de omgivelser og med det utstyret som allmennlegene bruker til vanlig. En annen opplagt konklusjon er at et obligatorisk to-dagers kurs hvert femte år ikke er nok – det må samtrenes lokalt i tillegg. Folk må trene i de rollene de pleier å ha, på de stedene de pleier å være, med det utstyret de pleier å bruke. Dette fritar imidlertid ikke framtidens obligatoriske akuttmedisinkurs for allmennleger fra også å legge til rette for å fokusere samhandling, arbeidsfordeling og rollefordeling.

► **Rette oppatt alle feil ifra i går**

Det er en klar oppfatning blant observatørene at kurs som øver på praktiske scenarier må gi teamene en sjanse til å prøve seg to ganger:

*”Som deltaker på caseøvelser opplevde jeg stor frustrasjon og skuffelse på scenario 1. Gruppen fungerte ikke og vi gjorde mye rart...Det at vi så øvet en gang til på nytt etter debriefing var så godt! Da fungerte vi mye bedre i gruppa. Økt opplevelse av mestring.”*

*”At det var to øvelser per gruppe medførte at kursdeltakerne med en gang fikk prøve ut det de hadde lært og ”rette opp att alle feila frå i går”.*

► **Mind-shift eller mentalt spor-skifte**

Flere nevner at akuttmedisin er annerledes enn allmenmedisinsk kontorpraksis, og at det er nyttig å bli seg bevisst dette. Til daglig rasjonerer vi ut hvor mye undersøkelser, behandlinger med mer vi bruker på et fenomen som en pasient presenterer. Vanlige ting er som kjent vanligst, og ofte går det bra å se tingene an. Slik er det ikke i akuttsituasjonen, der det må være større fokus på verstefallshypotesen, og full pakke undersøkelser.

*”Fokuset på at vi bør ha et ”mind-shift” i akuttsituasjoner var bra at ble poengtert for allmennlegene som i større grad ser ting an og er pragmatiske. Faktisk tørre å tenke litt verstefallstenkning!”*

Et annet sporskifte kan være nyttig både i kontorpraksis og akuttmedisin:

*”Foreleserne forsøkte å flytte fokus fra legens ønske om å være flink til hva som kan være nyttig for pasienten. Det var nyttig tankerydding.”*

**Konklusjon**

Et godt 15-timers klinisk emnekurs som blir obligatorisk i spesialistutdanningen og resertifiseringen i allmenmedisin fra 2012 vedtatt av sentralstyret Dnlf 2006, (etter at prosjektet var igangsatt) er et klart og tydelig skritt i riktig retning. Ut fra en rekke erfaringer, og også fra denne undersøkelsen, vil det aldri alene kunne fylle behovet for akuttmedisinsk opplæring. Det er nødvendig med lokal trening på akuttmedisinsk samhandling sammen med

## Rapport: Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger

hverdagens samarbeidspartnere, slik også Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus krever.

Man vil trolig kunne bedre samhandlingsbiten i emnekurset noe ved å åpne opp for tverrfaglig deltakelse av også ikke-leger.

Malen for framtidens akuttmedisinkurs for allmennleger bør inkorporere de tema som er framkommet i analysen over, f eks slik:

Kurset må være **et kurs av og for allmennmedisinere**. Arrangørene må vite noe om hvordan **deltakerne "grugleder seg" og opplever stress** på forhånd. **Pensum og kursprøve** kan, men må ikke, brukes og **valg av tema** bør ikke baseres på konsensus blant deltakerne. Kurset bør inneholde **mest praktiske øvelser på bekostning av teori**, og det pedagogiske prinsippet: **"enkler er bedre"** er vel så viktig i dette kurset som i andre kurs. **En atmosfære av trygghet, gjensidig respekt og mestringsfølelse** er helt sentralt, og kan skapes av kursledere som byr på seg selv. **Gruppene bør være små og de samme gjennom hele kurset**. **Samhandling, arbeidsfordeling og rollefordeling** må være tema selv om andre kurs (lokale samtreningkurs) er den viktigste arena for dette. Gruppene må få anledning til å **rette opp feil** ved at scenarier gjentas minst en gang. Viktige forskjeller mellom vanlig kontorpraksis og akuttmedisin må bevisstgjøres for å muliggjøre et situasjonsbetinget **"mindshift" eller mentalt sporskifte** hos allmennlegen i akuttsituasjoner.

### 3.2 Spørreundersøkelsen

Vi delte ut spørreskjema ved fire kurs i akuttmedisin der allmennleger deltok. Vi spurte om hvor ofte allmennlegene var i situasjoner der de trengte kunnskap eller praktiske ferdigheter innen akuttmedisinske temaer eller prosedyrer, og om deres vurdering av temaenes relevans i forhold til deres praksis.

Til sammen ble det delt ut 139 spørreskjemaer. Bare 56 ble returnert. Den dårlige svarprosenten skyldtes nok i hovedsak at spørreskjemaet var svært omfattende og at det ble levert ut siste dag av et innholdsrikt og krevende to dagers kurs. Svarprosent på 40 % gjør at resultatene ikke er representative. Likevel gir svarene et inntrykk av 56 allmennlegers erfaringer med akuttmedisin og tanker om akuttmedisinske prosedyrers relevans i for allmennleger. Våre funn peker også i samme retning som Senterets øvrige erfaringer på området, ref studie om fastlegers deltakelse i legevakt.

Allmennlegenes rapporterte erfaringer og vurderinger er vist i tabellene under. Grovt sett kan vurderingene vi fant deles inn i fire kategorier:

Tabell 1

<b>Hyppige og relevante tilstander og prosedyrer</b>	akutte brystsmarter hjertesvikt akutt astma/KOLS alvorlig infeksjon skader hode/columna akutt alvorlig sykdom hos barn samarbeideres kompetanse og utstyr O <sub>2</sub> -behandling perifer intravenøs tilgang
<b>Sjeldne men relevante tilstander og prosedyrer</b>	skadestedsledelse anafylaksi blødningssjokk AHLR maske/bag bruk av pocketmaske intravenøs tilgang vena jugularis eksterna
<b>Temaer og prosedyrer med stor spredning i besvarelse</b>	bruk av helseradio hypotermi (sjelden, men sprik i forhold til relevans)
<b>Sjeldne og mindre relevante tilstander og prosedyrer</b>	fødselshjelp CPAP trachealtube thoraxpunksjon cricotyrotomi intraossøs nål

**Tabellen under viser prosentvis fordeling av svar på hvor ofte allmennlegene er i situasjoner der de har behov for kunnskap/praktiske ferdigheter innen de angitte temaer (manglende data hos mellom 4 og 10 %)**

Tema	Svært sjelden/aldri	Sjeldnere enn 1 gang/år	1-6 ganger/år	7-12 ganger/år	Oftere enn 1 gang / mnd
Helseradio	33	8	20	13	26
Medisinsk indeks	43	18	25	6	8
Samarbeidspartneres kompetanse & utstyr	16	17	27	23	17
Skadestedsledelse	38	47	13	2	
Akutte brystmerter		2	56	24	18
Hjertesvikt		8	60	17	15
Akutt astma/KOLS		8	53	28	11
Anafylaksi	15	54	31		
Alvorlig infeksjon		11	70	17	2
Hypotermi	45	49	6		
Intokasjon	5	49	38	5	2
Blødningssjokk	40	48	12		
Hode/columnskade	11	27	51	11	
Akutt alvorlig sykdom hos barn	2	38	47	11	2
Fødselshjelp	62	36	2		
AHLR	17	64	17	2	
O <sub>2</sub> -behandling	4	23	29	27	17
CPAP	57	21	16		6
Pocketmaske	33	54	13		
Maske/bag	31	54	13	2	
Larynxtube	69	27	4		
Trachealtube	69	23	8		
I.v.tilgang perifer	8	19	40	23	10
Tilgang v. jugularis	67	25	8		
Thoraxpunksjon	94	6			
Cricotyrotomi	96	4			
Intraossøs nål	98	2			

**Tabellen under viser prosentvis fordeling av svar på allmennlegenes vurdering av relevans for angitte temaer (manglende data hos 7-11 %)**

Tema	Ikke relevant		Noe relevant		Svært relevant
	1	2	3	4	
Helseradio	31	4	15	12	38
Medisinsk indeks	18	14	30	20	18
Samarbeidspartneres kompetanse & utstyr	8	7	27	27	31
Skadestedsledelse	8	21	25	19	27
Akutte brystmerter		2	6	33	59
Hjertesvikt		4	8	31	57
Akutt astma/KOLS		2	10	33	55
Anafylaksi		6	13	31	50
Alvorlig infeksjon		4	17	35	44
Hypotermi	10	18	20	29	23
Intokasjon	2	14	23	23	38
Blødningssjokk	10	17	12	23	38
Hode/columnskade	2	14	10	31	44
Akutt alvorlig sykdom hos barn		6	13	27	54
Fødselshjelp	15	29	35	10	11
AHLR		4	17	29	50
O <sub>2</sub> -behandling	2	6	14	37	41
CPAP	20	25	27	14	14
Pocketmaske	6	10	27	23	34
Maske/bag	6	12	19	27	36
Larynxtube	15	16	31	17	21
Trachealtube	27	23	17	16	17
I.v.tilgang perifer		10	19	23	48
Tilgang v. jugularis	9	10	27	25	29
Thoraxpunksjon	23	21	25	14	17
Cricotyrotomi	28	25	25	6	16
Intraossøs nål	25	27	25	10	13

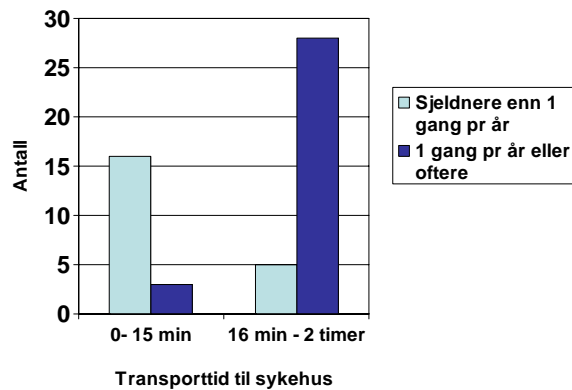
### Allmennleger – en sammensatt gruppe

Allmennleger er en sammensatt gruppe. Hva en vurderer som relevante akuttmedisinske temaer varierer, særlig ser det ut til at vurderingen varierer med om en jobber nært sykehus eller om det er lang transportvei. For noen av temaene har vi sett på denne sammenhengen.

Allmennleger som jobbet i områder med lengre transporttid til sykehus oppga å bruke helseradioen mer og mente i større grad at helseradio er et relevant tema på akuttmedisinkurs enn allmennleger med kortere transporttid til sykehus.

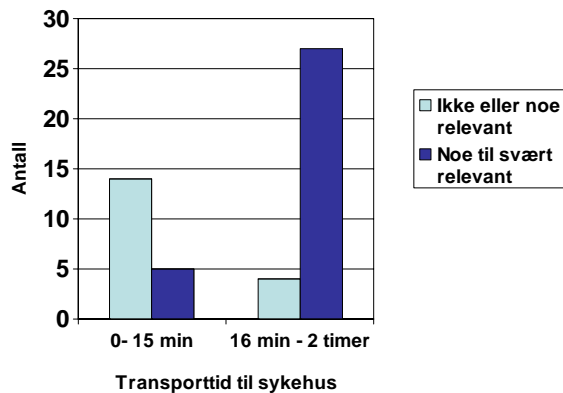
## Helseradio

brukes mest i distriktene



## Helseradio

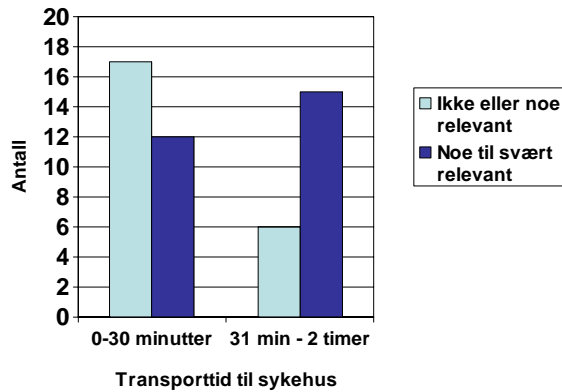
mest relevant i distriktene



På samme måte vurderte allmennleger med transporttid til sykehus på mer enn 30 minutter både fødselshjelp og thoraxpunksjon som mer relevant enn allmennlegene med kortere transporttid til sykehus.

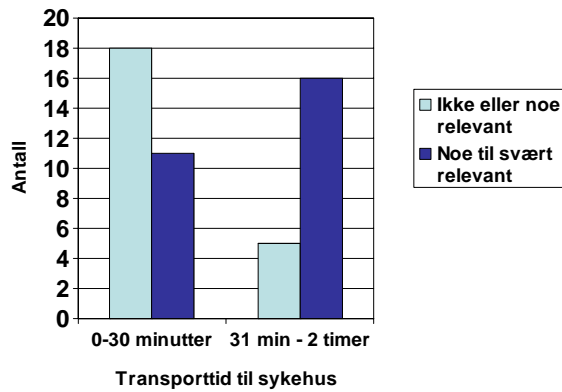
## Fødselshjelp

mest relevant i distriktene



## Thoraxpunksjon

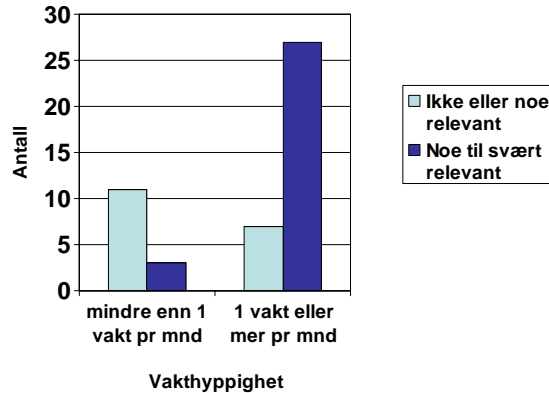
mest relevant i distriktene



En annen variabel som kan ha betydning for relevansvurdering er vakthypighet. Allmennleger som har sjeldnere legevakt enn en per måned vurderte blødningssjokk som et mindre relevant tema enn dem som hadde oftere legevakt.

## Blødningssjokk

mest relevant for dem med hyppige vakter



### Tidsbruk på de ulike temaene

Vi spurte allmennlegene som deltok på akuttmedisinkursene om hvordan de vurderte tidsbruken for teoretisk og praktisk gjennomgang av ulike temaer og prosedyrer og vi fant at kursdeltakerne mente det var satt av passe tid de mest sentrale akuttmedisinske temaene, jamfør tabellene under. Av temaer som skilte seg noe ut i forhold til at de i liten grad var behandlet på kursene men vurdert som relevante var:

- Praktisk og teoretisk behandling av helsestudio.
- Praktisk øvelse i behandling av akutt hjertesvikt, anafylaksi og alvorlig infeksjon.

Svært få mente det var brukt for mye tid på enkelte temaer mens flere ønsket seg mer tid til enkelte tema. Når rammen til kurset er gitt er det vanskelig å bruke mer tid på flere temaer uten å kutte på andre. Regnestykket går altså ikke opp, og det at flere ønsker mer tid på et slikt kurs må vi kanskje leve med så lenge rammen er 15 timer.

## Innholdet i de aktuelle akuttmedisinkursene

Tabellen viser prosentvis fordeling av hvordan allmennlegene vurderte tidsbruken for den teoretiske behandlingen av:

Tema	Ble ikke behandlet	For lite tid 1	2	Passe tid 3	4	For mye tid 5
Helseradio	55	11	9	25		
Medisinsk indeks	65	9	7	19		
Samarbeidspartneres kompetanse & utstyr	13	20	11	54	2	
Skadestedsledelse	9	2	17	72		
Akutte brystmerter	7		8	77	8	
Hjertesvikt	31	12	16	41		
Akutt astma/KOLS	21	12	10	57		
Anafylaksi	21	8	12	59		
Alvorlig infeksjon	15	6	9	70		
Hypotermi	2	6	15	77		
Intokasjon	42	23	17	18		
Blødningssjokk	2	6	7	85		
Hode/columnskade	2	4	7	83	4	
Akutt alvorlig sykdom hos barn	11	9	19	57	4	
Fødselshjelp	77	4	4	15		
AHLR	9	5	6	78	2	
O <sub>2</sub> -behandling	2	2	11	83	2	
CPAP	70	9	4	17		
Pocketmaske	9		6	85		
Maske/bag		2	2	96		
Larynxtube	8	13	13	66		
Trachealtube	20	4	12	64	2	
I.v.tilgang perifer	21	2	6	71		
Tilgang v. jugularis	9			89	2	
Thoraxpunksjon	12	4	13	71		
Cricotyrotomi	62	6	8	24		
Intraossøs nål	37	4	13	44	2	

Tabellen under viser prosentvis fordeling av hvordan allmennlegene vurderte tidsbruken for praktiske øvelser i:

Tema	Ble ikke behandlet	For lite tid 1	2	Passe tid 3	4	For mye tid 5
Helseradio	67	10	8	15		
Medisinsk indeks	70	10	2	18		
Samarbeidspartneres kompetanse & utstyr	30	6	10	54		
Skadestedsledelse	16	10	14	60		
Akutte brystmerter	42	9	2	47		
Hjertesvikt	55	17	6	22		
Akutt astma/KOLS	44	11	13	32		
Anafylaksi	52	15	4	29		
Alvorlig infeksjon	50	9	10	31		
Hypotermi	23	4	13	60		
Intokasjon	64	19	4	14		
Blødningssjokk	11	6	10	73		
Hode/columnskade	7	4	8	81		
Akutt alvorlig sykdom hos barn	29	10	16	45		
Fødselshjelp	84	2	2	12		
AHLR	13	8	4	71	2	2
O <sub>2</sub> -behandling	13	6	10	69	2	

## Rapport: Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger

CPAP	76	6	6	12		
Pocketmaske	8		4	88		
Maske/bag			6	94		
Larynxtube	16	4	10	68	2	
Trachealtube	15	8	14	61	2	
I.v.tilgang perifer	34	6	6	54		
Tilgang v. jugularis	9		2	87	2	
Torakspunksjon	28	6	4	58	4	
Cricotyrotomi	73	4	2	21		
Intraossøs nål	39	2	10	48	1	

### Trygghet

Akuttmedisinkurs skiller seg fra andre etterutdanningskurs for leger ved at de krever at deltakerne eksponerer seg selv og sine ferdigheter. Det er viktig at dette skjer i rammer der alle føler seg ivaretatt og trygge. Vi spurte om hvor trygge kursdeltakerne følte seg under øvelsene. Resultatet viser at de fleste følte seg trygg under øvelsene.

#### Hvor trygg følte kursdeltakerne seg under øvelsene på kurset?

Svært utrygg	Utrygg	Både òg	Trygg	Svært trygg
	2	21	66	11

### 3.3 Litteraturgjennomgang

#### Litteratur: akuttmedisinkurs.

Søkestrategi for litteraturgjennomgangen med valg av søkested og søkeord:

A. PubMed: Education AND family medicine AND emergencies  
(education er MeSh for trening/kurs, family medicine for allmennmedisin): 71 treff

B. Vi utelukket de artiklene som åpenbart ikke hadde med problemstillingen å gjøre, valgte ut de relevante artiklene og inkluderte passende referanser: 25 treff

Våre beste funn fra litteraturen:

- Allmennlegens rolle i akuttmedisinske situasjoner understrekes som viktig.
  - o Rawlins D, organising and training for emergencies, BMJ vol 283, 7.nov 1983, 1229-30
  - o Gilbert M, Allmennlegen må være en aktiv akuttmedisinsk ressurs!, Utposten, vol.33, 2004, 3
  - o Brandstorp, H: Allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med oversikt og innsikt, Utposten 5, 2006, 36.årgang
  
- I de fleste land finnes det ingen formalisert akuttmedisinsk sertifisering av allmennleger etter grunnstudiet.
  - o Bhimani M, Dickie G, McLeod S, Kim D: Emergency medicine demographics and physician working in rural and regional southwestern Ontario emergency departments, Can J Emerg Med 2007, 9 (6), 449-52
  
- De fleste artikler omhandler gruppebasert trening av sykehusleger, spesielt i anestesio- og kirurgiske avdelinger, i liten grad allmennleger.
- Simulering og trening beskrives som et tiltak som subjektiv oppfattes positiv, mens de fleste artikler samtidig konkluderer med at det ikke finnes harde data som kan dokumentere en positiv effekt.
  - o Brinchmann-Hansen Aa., Wisborg T, Brattebo G: Simulering - en god metode i legers videre- og etterutdanning, Tidsskr Nor Legeforen nr. 16, 2004, 124: 2113-5.
  - o Bordley WC, Travers D, Scanlon P, Frush K, Hohenhaus S.: Office preparedness for pediatric emergencies: a randomized, controlled trial of an office-based training program. Pediatrics. 2003 Aug; 112(2):291-5.
  - o Mugford B, Martin A, Owen H: simulation training in emergency medicine, Austr Fam Physician, 2004, no.4, vol.33, 279-80
  
- Både akuttmedisinsk erfaring og trening er viktig for allmennlegers akuttmedisinske kompetanse og trygghet. Utvikling av strukturerte kurs anbefales.
  - o Dick ML, Schluter P, Johnston C, Coulthard M: GP's perceived competence and comfort in managing medical emergencies in Southeast Queensland. Aust Fam Physician. 2002 Sep; 31(9):870-5

## Rapport: Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger

- Mole J, McGuire D et al., Are Perth metropolitan GPs prepared for common medical emergencies, Austr Fam Physician, 2006 vol.35, no 7, 553
- Enkelte artikler beskriver konkrete akuttmedisinske treningsmuligheter for allmennleger.
  - Thesen J, Mosevoll TD, Malterud K: Hjerter-lunge-redning i kommunehelsetjenesten - enkelt program for opplæring og vedlikehold, Tidsskr Nor Legeforen nr. 3, 2004, 124, 322-3
  - Toback SL, Medical Emergency Preparedness in Office Practice, Am Fam Physician 2007;75:1679-84, 1688
  - Somers GT, Maxfield N, Drinkwater EJ, General practitioner preparedness to respond to a medical disaster. Part I+II, Aust Fam Physician, 1999 Jan, 28 suppl 1: S3-9 + 10-4
- Noen artikler beskriver utilstrekkelig utstyr, ferdigheter og beredskap hos allmennleger ift. akuttmedisinske situasjoner.
  - Johnston CL, Coulthard MG, Schluter PJ, Dick ML: Medical emergencies in general practice in south-east Queensland: prevalence and practice preparedness. Med J Aust. 2001 Jul 16;175(2):99
  - Mansfield CJ, Price J, Frush KS, Dallara J: Pediatric emergencies in the office: are family physicians as prepared as pediatricians? Fam Pract. 2001 Sep;50(9):757-61.
  - Mole J, McGuire D et al., Are Perth metropolitan GPs prepared for common medical emergencies, Austr Fam Phys, 2006 vol.35, no 7, 553
  - Tollhurst et al: The emergency medicine training needs and rural general practitioners, Australian Journal of Rural Health 1999, 7 (2), 90-96
  - Brattebø G, Sunde G A: Skal allmennleger kunne utføre endotrakeal intubasjon?, Utposten 3,2004, årgang 33

### 3.4 Praktisk utprøving, Akuttmedisinkurs for allmennleger

#### **Kurset**

På bakgrunn av innhentet informasjon i andre deler av prosjektet arrangerte vi ”Akuttmedisinkurs for allmennleger” ved Solstrandkurset 30. mai -1. juni 2007, se kursplan vedlegg 3. Antallet kursdeltakere var gitt før kursplanleggingen kom i gang. Kurskomiteen stod for praktisk tilrettelegging mens akuttmedisinsk seksjon ved Haukeland Universitetssykehus var en viktig støttespiller i forhold til praktisk gjennomgang av øvelsene.

#### ► **Rammer**

- 104 deltakere
- 15 timers kurs over 3 dager, 2 halve dager og 1 hel dag
- hotelllokaler

#### ► **Tanker bak kursopplegget**

- fokus på vitale funksjoner i stedet for diagnoser
- mye praktisk trening i små grupper, helst 50 % av kurset
- så små grupper som økonomien tillot
- faste grupper i øvelsene for å gi trygghet i gruppen
- teoretisk gjennomgang av stoffet like før praktisk trening på øvelser
- først trening på akuttmedisinsk undersøkelse, så trening på praktiske prosedyrer, til slutt trening på dette satt sammen i praktiske øvelser med utgangspunkt i kasuistikker
- gjentakelse av øvelser med mulighet for forbedring og opplevelse av mestring
- forelesning med allmennmedisinsk fokus på akuttmedisinske temaer i samarbeid mellom organspesialist og allmennlege
- alle skulle øve på de mest sentrale praktiske ferdighetene, mens andre mindre sentrale eller mer utstyrskrevede prosedyrer ble flyttet til en sesjon med valgfrie øvelser

#### ► **Grupper**

På grunn av det store antallet kursdeltakere måtte vi holde forelesninger og gruppeøvelser parallelt. På den måten var instruktørene hele tiden i aktivitet mens kursdeltakerne vekslet mellom forelesning og praktisk trening.

Vi delte kursdeltakerne i to store grupper (rød og blå gruppe) som igjen ble delt i mindre grupper på seks kursdeltakere (som fikk hver sin bokstav). Se ellers kursplan for Solstrandkurset, Vedlegg 3.

#### ► **Ressursbehov**

Under det meste av kurset var 1 foreleser og 9 instruktører aktive. Det ble brukt instruktører på valgfrie øvelser før og etter lunsj 2. dag. I tillegg var det pga det store deltakerantallet bruk for 2 ekstra personer i tillegg til faglig kursleder for koordinering, avlastning og organisering av personell.

Samlet sett ble det ytt 56 timer i den konkrete planleggingen og forberedelsen av kurset fra kvelden før kurset til evaluering etter kurset, 16 timer i forelesninger og 181 timer i treningssituasjoner.

Av disse timer var minst 75 ubetalt, hvorav Akuttmedisinsk seksjon ved Haukeland Universitetssykehus står for hovedparten, (noe som tilsvarer ca 40.000 kr.). Ni treningsstasjoner var bemannet med hver sin instruktør. Alle stasjonene var utstyrt med akuttsekk i tillegg til utstyr nødvendig for de aktuelle øvelsene, se vedlegg 3.

► **Økonomi**

Inntektene for kurset var gitt ut fra Dnlfs rammer for kursavgift. Utgiftene til instruktører og leie av utstyr var store. Uten velvilje fra Helse-Bergen til utlån av utstyr og romslighet i forhold til bidrag fra instruktører, ville det vært vanskelig å gjennomføre kurset uten å gå med underskudd. Se regnskap Solstrandkurset, vedlegg 5.

**Evaluering spørreskjema**

I forbindelse med kursavslutningen delte vi ut evalueringsskjemaer, se vedlegg 3. Vi fikk 76 i retur. Kursdeltakerne gav tilbakemeldinger om at kurset var godt og nyttig, og resultatene fra evalueringsskjemaene kan oppsummeres slik:

► **Hva likte du *best* med kurset?**

Praktiske øvelser var den faktoren klart flest trakk frem. Mange nevnte også kombinasjonen av teori og praksis, bruk av kasuistikker, ufarliggjøring av akuttmedisinen og det allmennmedisinske perspektivet som viktige elementer de likte.

► **Hva likte du *minst* med kurset?**

De fleste besvarte ikke dette spørsmålet. Noen nevnte at de ønsket mer tid til øvelser eller at det var for lite tid ved hver post. Noen syntes også at kurset var for kort.

► **Hvordan var *fordelingen mellom teori og praktiske øvelser?***

De fleste var fornøyd med fordelingen mellom teori og praktiske øvelser. 7 svarte ikke på dette mens 10 kursdeltakere ønsket mer praktiske øvelser.

► **Gruppetørrelsen**

Nesten alle syntes gruppestørrelsene var passe, 2 syntes gruppene var for store.

► **Hva burde vært med i kurset?**

Få hadde svart på dette, men fem foreslo øvelser med barn, dehydrering, obstruktive barn og skadde barn. Enkelte foreslo frigjøring av skadet fra bil, suicidalitetsvurdering og spjelking av brudd.

► **Hva burde vært tatt ut av kurset?**

Få svarte på dette. En foreslo å kutte ut innleggelse av thoraxdren og en annen foreslo å droppe øvelse med backboard.

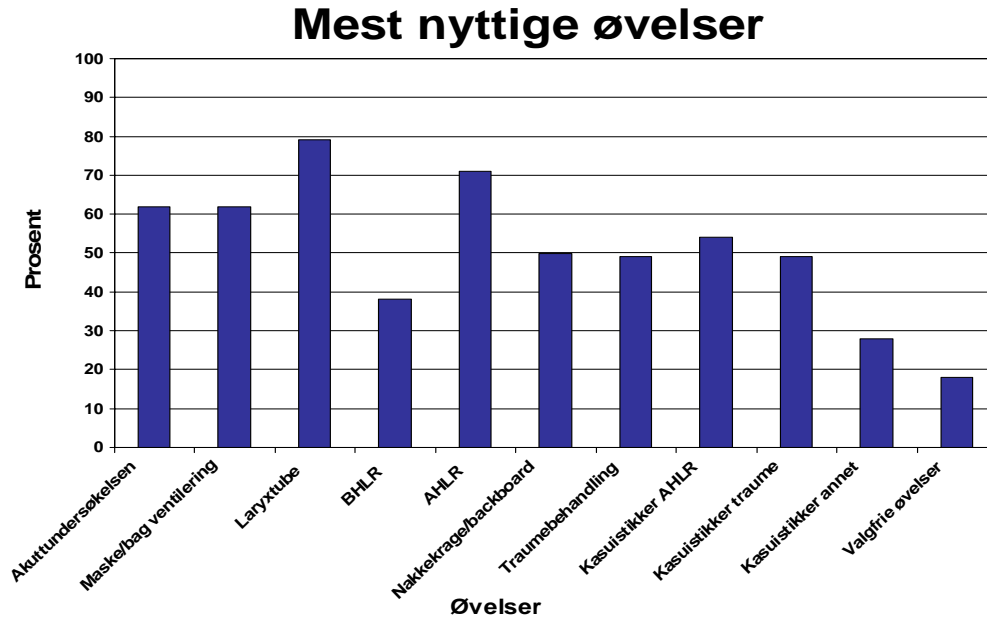
► **Innspill**

Få kom med innspill. Forslagene som kom inn varierte fra mer bruk av kasuistikker, teori tettere knyttet opp i praktisk øvelsessituasjon, mer fokus på å stanse blødninger, videoundervisning og lengre kurs, eventuelt gjentakelse av kurs.

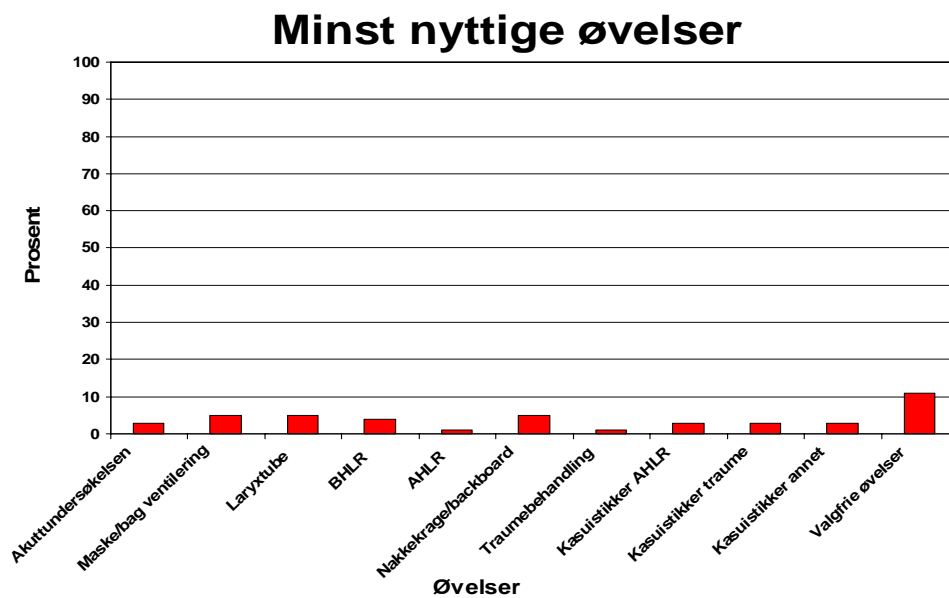
**Alle kunne anbefale kurset til en kollega**

► *Kursdeltakernes vurdering av de praktiske øvelsene.*

Vi spurte kursdeltakerne hvilke øvelser de syntes var mest nyttige. De kunne krysse av for flere øvelser. Svarene tyder på at mange mente at alle øvelsene var nyttige.



Vi spurte også hvilke øvelser de syntes var minst nyttige. Få svarte på dette og mange kommenterte at de opplevde at alle øvelsene var nyttige.



### ***Evaluering og refleksjon ved arrangører og instruktører***

Rett i etterkant av kurset ble det holdt evalueringsmøter med arrangører og instruktører. I disse kom det opp en rekke forhold som understøttet funn fra de deltakende observatørene. I tillegg fant vi:

#### **Forberedelser**

- Detaljert flytplan over utstyr, instruktører, grupper, øvelser og romfordeling bør være klar i god tid.
- Det kan være en ide å sende ut teori til kursdeltakere på forhånd, for eksempel AHLR-heftet "Norsk grunnkurs i avansert hjerte- lungeredning", eller at nettkurs i AHLR gjennomgås på forhånd.
- Tidlig avklaring av behov for utstyr, instruktører og markører og bestilling av dette i god tid er viktig sammen med klar beskrivelse av utstyrsbehovet. Store kurs som trenger utstyr fra flere leverandører og instruktører fra flere steder trenger mer tid til organisering av dette og samordning av instruktørene. Det var svært nyttig å ha en person til å forvalte utstyr, passe på "timing" mellom grupper og være reserve for instruktører.
- Små rom til gruppeøvelser, gjerne kombinert med store til forelesninger, fungerte greit. Lokalene bør ligge tett.

#### **► Generelt/ struktur**

- Gruppestørrelsen på seks, som ofte jobbet tre og tre, fungerte fint.
- Modellen med trening i flere trinn fungerte bra:
  1. undersøkelse (akuttundersøkelsen)
  2. praktisk trening på prosedyrer
  3. kasuistikker der 1 og 2 brukes
- Demonstrasjon av akuttundersøkelsen og AHLR før øvelsen var nyttig selv om stoffet hadde vært forelest teoretisk. Kursdeltakerne fikk se både hvordan trenet personell utfører prosedyren og hvordan de snakker sammen. Det er viktig å illustrere hvordan gode tilbakemeldinger underveis styrker arbeidet. (F.eks: "Fint jobbet, god ventilering nå har vi kontroll på luftveiene" ....osv.)
- Det fungerte fint med øvelser der gruppene roterte mellom poster med ulike kasuistikker der instruktørene hadde ansvaret for en post med kasuistikk.
- Ved kasuistikkøvelsene var det noe variasjon i instruktørens funksjon. Det fungerte best der gruppene fikk jobbe alene og der instruktør fasiliterte evalueringen i etterkant. Dette tar noe mer tid enn oppsatt.
- Kasuistikkene kan godt inneholde læringsmål.
- Teori kan gis i forbindelse med øvelser. Ofte blir det mer teori enn nødvendig når det holdes forelesninger, mens den mest nyttige kunnskapen formidles i forbindelse med øvelsene.
- "Timing" i forhold til gruppeskift osv. er en utfordring. Dette bør styres. Bruken av bjelle for å signalisere gruppeskift fungerte bra. En person må ha ansvaret for dette.
- Huskelapp for akuttundersøkelsen kunne foreligget i laminert utgave i lommeformat.

► **Tidsbruk på gruppeøvelsene**

- Det var variasjon fra gruppe til gruppe hvor mye tid som var nødvendig til hver øvelse.
- Det trengs mer enn 20 minutter for å øve på pocketmaske og assistert ventilasjon med maske bag. Særlig burde det vært mer tid til å øve på assistert ventilasjon. Mange kursdeltakere grep fort til maske bag ventilering i stedet for å bruke pocketmaske.
- Det var tilstrekkelig med 20 minutter for hver gruppe til å øve på innleggelse av larynxtube.
- Det bør settes av minimum 30 minutter til å øve på AHLR og 20 minutter basal HLR.
- Det var satt av litt kort tid til kasuistikkene. Tidsrammen bør minimum være 15 minutter øvelse og 5 minutter til forflytting. Kan godt settes av mer tid slik at det blir tid til å gjenta øvelsen.
- Det var tilstrekkelig med 5 minutter skifte fra forelesning til øvelser.

► **Fordeling av tema**

- Det bør være større fokus på vanligere medisinske problemstillinger.
- Kunne vært mer fokus på luftveishåndtering.
- Forholdsmessig overfokusering på traume i øvelsene. (fordelingen var 1/3 traume, 1/3 AHLR, og 1/3 annet.)

**Muntlig tilbakemelding fra kursdeltakere**

- Mange generelle positive tilbakemeldinger.
- Bra med mye øvelser.
- Positive tilbakemeldinger med kvinnelige instruktører.
- Bra med allmennleger som kursledere og instruktører.
- Noen glade for at venekanyler i jugularis eksterna ikke var obligatorisk. "Vi lurte på om vi skulle være syke i dag for å slippe, men det trengte vi ikke" (allmennpraktikere fra Oslo).
- Det var forvirrende å bruke både begrepene BLÅST og ABCDE. Alle forelesere brukte ABCDE, bortsett fra innledningsforelesning og "AKUTTUNDERSØKELSESSKJEMA". Ved håndsopprekking under avslutning av kurset mente 2 at det var greit å bruke begge, ingen foretrakk BLÅST og nesten alle ønsket å bare bruke ABCDE.

**Oppsummering etter Akuttmedisinkurset på Solstrand**

Kurset fungerte bra som akuttmedisinkurs for allmennleger. Det er viktig å sette av mye tid til trening på akuttmedisinske situasjoner og trening med kasuistikker. På store kurs er logistikken for utstyr og instruktører en betydelig utfordring. Akuttmedisinkurs med 100 og mer lar seg gjennomføre med godt resultat.

## 4. DISKUSJON

I vårt prosjekt fokuserte vi på gode eksisterende akuttmedisinkurs og hentet kunnskap om hva som fungerte bra og hva som fungerte mindre bra i disse, hva som var innholdet og hva deltakerne og arrangørene i disse kursene oppfattet som relevant. Vi fikk ikke data fra allmennleger som ikke deltok i akuttmedisinkurs. Vi hadde planer om å arrangere fokusgrupper med nettopp denne gruppen leger, men det lot seg av forskjellige grunner ikke gjennomføre. Imidlertid er det samsvar mellom våre funn og funn ved andre prosjekter ved Nklm, særlig ”Fastlegers erfaring med akuttmedisinske hendelser på legevakt”.

Et åpenbart problem med å lage en mal for akuttmedisinkurs for allmennleger er at allmennlegers behov for akuttmedisinsk kompetanse varierer. Det finnes ikke ett akuttmedisinkurs som passer for alle allmennleger i Norge. Praksisen hos en allmennpraktiker på Majorstua få minutter fra flere store sykehus skiller seg fra en allmennlege i Finnmark med store avstander til sykehus og som må ta høyde for uvær, stengte veier og dårlige flyforhold. Dette kurset skal oppleves som relevant og meningsfullt for alle gruppene allmennleger, og derfor må det være rom for arrangørene til å tilpasse kurset til deltakerne.

Som en del av prosjektet arrangerte vi et akuttmedisinkurs på Solstrand. Dette var en utprøving av en mal som ikke var ferdig og i seg selv en vanskelig øvelse. Imidlertid høstet vi mye nyttige erfaringer fra dette som vi har tatt med i utformingen av malen.

## 5. OPPSUMMERING

I prosjektet har vi utarbeidet en mal for akuttmedisinkurs for allmennleger. Denne malen er ment å være en rettesnor og momentliste for arrangører av akuttmedisinkursene for allmennleger som skal holdes i årene som kommer. Følgende punkter er de mest sentrale ved kursene:

- allmennmedisinsk perspektiv på akuttmedisinen
- arrangert, ledet og undervist av allmennleger, gjerne i samarbeid med andre spesialiteter
- tydelig sporskiftet fra vanlig allmennmedisinsk tenkning (anamnese, funn, diagnose og behandling) til målrettet akuttmedisinsk undersøkelse med iverksetting av tiltak underveis for å sikre vitale funksjoner
- tydelig sporskifte fra vanlig allmennmedisinsk tenkning (vent og se) til verstefallstenkning med lav terskel for undersøkelser og tiltak
- systematisk og samordnet drilling av enkle huskereglar og algoritmer; ”keep it simple”
- atmosfære av trygghet, gjensidig respekt og mestringsfølelse

## Rapport: Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger

- størst fokus på prosedyrer allmennlegen enten er hyppig borti, som kan være livreddende, eller som er enkle å gjennomføre, og som er relevant for leger i hele landet
- hovedvekt på praktiske øvelser, mindre teori
- praktiske øvelser i små grupper, ikke mer enn 6 i hver gruppe
- samme gruppesammensetning gjennom hele kurset
- fokus på samhandling, arbeidsfordeling og rollefordeling
- mulighet for alle til å øve på den rollen de vanligvis har i akuttsituasjoner
- mulighet for alle til å rette opp feil, gjentakelse av øvelser og scenarier

De allmennlegene vi har vært i kontakt med er positive til kurs i akuttmedisin. Det blir en organisatorisk utfordring å arrangere nok kurs til at allmennleger i både videre- og etterutdanning kan få tilbud om kurs hvert 5. år. Det vil det også være en økonomisk utfordring å arrangere gode akuttmedisinkurs uten betydelig større utgifter til blant annet instruktører og utstyr enn de fleste andre kurs i legers videre og etterutdanning. Vi tror ordningen med obligatorisk akuttmedisinkurs for allmennleger hvert 5. år vil være et løft for akuttmedisinen i Norge, men det må kombineres med lokal tverrfaglig akuttmedisinsk trening.

## 6. REFERANSER

1. Brandstorp, Helen. Allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med oversikt og innsikt. Utposten nr 5, 2006
2. FOR 2005–03–18 nr 252 Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

## **7. VEDLEGG**

- 1: Kursmal**
- 2: Instruksjon for deltagende observatører**
- 3: Kursplan Solstrandkurset**
- 4: Evalueringsskjema for Solstrandkurset**
- 5: Regnskap Solstrandkurset**

**Vedlegg 1:**

***Kursmal***

Mal i word format

<http://www.unifobhelse.uib.no/admin2/Nyhetsfiler/1340.Malakuttmedisinkurs220408.doc>

Mal i pdf format

<http://www.unifobhelse.uib.no/admin2/Nyhetsfiler/1340.Malakuttmedisinkurs220408.pdf>

## Vedlegg 2:

### **Ressurspakke**

#### **Hvorfor bidra som deltakende observatør på akuttmedisinsk kurs?**

Som ledd i prosjektet: ”Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger”, trenger vi dine erfaringer. Vi har sammen med deg valgt ut et akuttmedisinsk kurs som vi tror vi kan lære noe av. Vårt fokus er på kunnskapsinnhold, pedagogiske metoder, gruppefunksjon, mestring, læringsutbytte, opplevd trygghet i framtidige akuttmedisinske situasjoner osv. Vi vil utforske dette på grunnlag av din opplevelse av kurset. Kanskje har du erfaringer og innsikter vi overhodet ikke har tenkt på.

#### **Tilbakemelding på maksimum 2 sider senest 2 uker etter kurset**

Vi vil at du etter kurset gir oss en skriftlig rapport på maksimum 2 sider om din opplevelse av kurset. Bygg på dine egne observasjoner, feltnotater, erfaringer, inntrykk osv. Strukturer gjerne etter følgende tema, eller finn dine egne kategorier:

- Forventninger før kurset
- Kort beskrivelse av kurset
- Positive kjennetegn ved kurset
- Forhold ved kurset du vil advare mot, med begrunnelse
- Din opplevelse av egen mestring, trygghet, læringsutbytte osv i løpet av kurset
- Hva som kunne gjort kurset enda mer attraktivt for deg
- Overraskende ting ved kurset, ting verken du eller vi hadde tenkt på forhånd

#### **Hjelpemidler**

Som vedlegg finner du en tekst som omtaler metoden ”deltakende observasjon” fra et allmennmedisinsk perspektiv (kapittel 12 ”Observasjon med vekslende grad av deltakelse” s 145-156 i K Malterud. Kvalitative metoder i medisinsk forskning). Du kan lese den dersom du har lyst og tid, men du kan også la det være. Som støtte for tanken når du skal oppsummere dine erfaringer anbefales bla feltnotater, nok tid og metaposisjoner for refleksjon.

##### **FELTNOTATER**

- er dine egne, private notater under kurset. Skaff deg en notatmåte som passer for deg. Notatene er dine, vi vil ikke be om å få dem utlevert. Ideer til måter å notere på finner du som vedlegg – les eller la det være.

##### **TID TIL Å NOTERE**

- er ikke alltid lett å finne. Utnytt de mulighetene som finnes. Gå på do om nødvendig. Bruk fantasien! Pass også på å ha nok tid før og etter kurset til å notere, reflektere og bearbeide notatene dine.

##### **Å ETABLERE METAPOSISJONER**

- er å skaffe seg rom for å tenke over eller reflektere om det som skjer – ofte fra en annen synsvinkel eller en annen avstand. Mens det skjer er du ofte for nært innpå, og i ettertid kan du være for langt unna.

#### **What’s in it for you?**

- erfaring med en ny metode
- et bidrag til bedre akuttmedisinske kurs for allmennleger
- refusjon av kursavgiften

### **Stor takk for ditt bidrag!**

Hilsen Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ved  
Janecke Thesen, Jesper Blinkenberg og Tobias Nieber

**Vedlegg 3:**

**Kursplan Solstrandkurset Akuttmedisin for allmennleger 30.05- 01.06.07**

Dag 1 (halv dag)		Onsdag 30. mai 2007
45' 120 personer <b>ÅPNINGSFORELESNING</b> Innledning./ kursoversikt "Bli trygg på akuttmedisinske situasjoner" Ved: Jesper Blinkenberg		<u>Time nr.1</u>
45' 120 personer <b>FORELESNING</b> Tema: vitale funksjoner og undersøkelse av traumepasienter Ved: Jon-Kennet Heltne og Tobias Nieber		<u>Time nr.2</u>
45' 70 personer i 15 grupper à 4 <b>PRAKTISKE ØVELSER</b> Tema: Akuttmedisinsk undersøkelse - parallelt med time nr.3-	<u>Time nr.3</u>	45' 70 personer <b>FORELESNING</b> Tema: skadestedsledelse og det akuttmedisinske team "hvor er allmennlegens plass" -parallelt med time nr.4- Ved: Helen Brandstorp
45' 60 personer <b>FORELESNING</b> Tema: skadestedsledelse og det akuttmedisinske team "hvor er allmennlegens plass" -parallelt med time nr.4- Ved: Helen Brandstorp	<u>Time nr.4</u>	45' 60 personer i 15 grupper à 4 <b>PRAKTISKE ØVELSER</b> Tema: Akuttmedisinsk undersøkelse - parallelt med time nr.3-

Dag 2		Torsdag 31. mai 2007
40' 60 personer <b>FORELESNING</b> Tema: Akutte luftveisproblemer/ ventilasjon - parallelt med time nr.6- Ved: Guttorm Brattebø og Jesper Blinkenberg	<u>Time nr.5</u>	40' 60 personer i 15 grupper à 4 <b>PRAKTISKE ØVELSER</b> Tema: Luftveishåndtering - parallelt med time nr.5-
40' 60 personer i 15 grupper à 4 <b>PRAKTISKE ØVELSER</b> Tema: Luftveishåndtering - parallelt med time nr.5-	<u>Time nr.6</u>	40' 60 personer <b>FORELESNING</b> Tema: Akutte luftveisproblemer/ ventilasjon - parallelt med time nr.6- Ved: Guttorm Brattebø og Jesper Blinkenberg
40' 60 personer <b>FORELESNING</b> Tema: Nye guidelines AHLR - parallelt med time nr.8- Ved: Jon-Kenneth Heltne og Tobias Nieber	<u>Time nr.7.</u>	40' 60 personer i 15 grupper à 4 <b>PRAKTISKE ØVELSER</b> Tema: HLR/AHLR - parallelt med time nr.7-
40' 60 personer i 15 grupper à 4 <b>PRAKTISKE ØVELSER</b> Tema: HLR/AHLR - parallelt med time nr.7-	<u>Time nr.8</u>	40' 60 personer <b>FORELESNING</b> Tema: Nye guidelines AHLR - parallelt med time nr.8- Ved: Jon-Kenneth Heltne og Tobias Nieber
30'	<u>Valgfrie øvelser</u>	

Rapport: Fremtidens akuttmedisinskurs for allmennleger

60'	<b><i>Lunsj</i></b>	30'	<b><i>Valgfrie øvelser</i></b>
40' 60 personer	<b>FORELESNING</b> <b>Tema: Hode-/ nakkeskader og akutte cerebrovasculære hendelser</b> - parallelt med time nr.10- Ved: Morten Lund-Johansen og Jesper Blinkenberg	40' 60 personer i 15 grupper à 4	<b>PRAKTISKE ØVELSER</b> <b>Tema: Hode-/ nakkeskader</b> - parallelt med time nr.9-
	<b><i>Time nr.9</i></b>		<b><i>Time nr.10.</i></b>
40' 60 personer i 15 grupper à 4	<b>PRAKTISKE ØVELSER</b> <b>Tema: Hode-/ nakkeskader</b> - parallelt med time nr.9-	40' 60 personer	<b>FORELESNING</b> <b>Tema: Hode-/ nakkeskader og akutte cerebrovasculære hendelser</b> - parallelt med time nr.10- Ved: Morten Lund-Johansen og Jesper Blinkenberg
	<b><i>Time nr.10.</i></b>		<b><i>Time nr.9</i></b>
40' 60 personer	<b>FORELESNING</b> <b>Tema: Skader i thorax, abdomen og ekstremiteter</b> - parallelt med time nr.12- Ved: Kari Schröder-Hansen og Tobias Nieber	40' 60 personer i 15 grupper à 4	<b>PRAKTISKE ØVELSER</b> <b>Tema: Thorax-/ abdomen/ ekstremitetsskader</b> - parallelt med time nr.11-
	<b><i>Time nr.11</i></b>		<b><i>Time nr.12</i></b>
40' 60 personer i 15 grupper à 4	<b>PRAKTISKE ØVELSER</b> <b>Tema: Thorax-/ abdomen/ ekstremitetsskader</b> - parallelt med time nr.11-	40' 60 personer	<b>FORELESNING</b> <b>Tema: Skader i thorax , abdomen og ekstremiteter</b> - parallelt med time nr.12- Ved: Kari Schröder-Hansen og Tobias Nieber
	<b><i>Time nr.12</i></b>		<b><i>Time nr.11</i></b>

Dag 3 (formiddag)		Fredag, 1. juni 2007	
<b><i>Kulturell start på dagen 15 nin</i></b>			
45' 60 personer	<b>FORELESNING</b> <b>Tema: Akutt alvorlig sykdom hos barn</b> Ved: Terje G. Alsaker og Jesper Blinkenberg	45' 60 personer i 15 grupper à 4	<b>PRAKTISKE ØVELSER</b> <b>Tema: øvelse scenario/ kasuistikker</b> - parallelt med time nr.15-
	<b><i>Time nr.13</i></b>		<b><i>Time nr.14</i></b>
45' 60 personer	<b>DISKUSJON</b> Ved: Tobias Nieber og Jesper Blinkenberg	45' 60 personer i 15 grupper à 4	<b>PRAKTISKE ØVELSER</b> <b>Tema: øvelse scenario/ kasuistikker</b> - parallelt med time nr.14-
	<b><i>Time nr.16</i></b>		<b><i>Time nr.15</i></b>
45' 60 personer i 15 grupper à 4	<b>PRAKTISKE ØVELSER</b> <b>Tema: øvelse scenario/ kasuistikker</b> - parallelt med time nr.14-	45' 60 personer	<b>FORELESNING</b> <b>Tema: Akutt alvorlig sykdom hos barn</b> Ved: Terje Alsaker og Jesper Blinkenberg
	<b><i>Time nr.14</i></b>		<b><i>Time nr.13</i></b>
45' 60 personer i 15 grupper à 4	<b>PRAKTISKE ØVELSER</b> <b>Tema: øvelse scenario/ kasuistikker</b> - parallelt med time nr.15-	45' 120 personer	<b>DISKUSJON</b> Ved: Tobias Nieber og Jesper Blinkenberg
	<b><i>Time nr.15</i></b>		<b><i>Time nr.16</i></b>
15' 120 personer	<b>EVALUERING</b> Ved: Tobias Nieber og Jesper Blinkenberg		<b><i>Time nr.17</i></b>

Kursledere:

## Rapport: Fremtidens akuttmedisinkurs for allmennleger

**Tobias Nieber**- spesialist i allmennmedisin, fastlege i Etne kommune fra 2000, forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin.

**Jesper Blinkenberg**- spesialist i allmennmedisin, fastlege og legevaktlege Askøy kommune siden 1997 og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Medlem i NFAs referansegruppe for legevaktmedisin.

### Presentasjon av forelesere:

**Helen Brandstorp**- overlege ved akuttmedisinsk avdeling Universitetssykehus Nord-Norge. Spesialist i allmennmedisin, 8 år som kommunelege i Tana. Prosjektleder for kommune-BEST, forsker ved Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin og ansatt hos Fylkesmannen i Finnmarks helse- og sosialavdeling og hun er leder for NFAs referansegruppe for legevaktmedisin.

**Terje G. Alsaker**- overlege ved nyfødt intensivavdelingen., Barneklirikken Haukeland Universitetssykehus. Tidligere jobbet mye med akutt syke barn på Barneklirikken infeksjons/ akutt avdeling. Leder Norsk resuscitasjonsråds arbeidsgruppe for resuscitering av barn og har vært med på oppstart og instruktørvirksomhet ved APLS (Advanced Pediatric Life Support) kursene i Norge.

**Guttorm Brattebø**- overlege ved akuttmedisinsk seksjon Haukeland Universitetssykehus, seksjonsleder. Spesialist i anesthesiologi. Luftambulansesele, BEST.

**Kari Schrøder-Hansen**- dr.med., spesialist i generell kirurgi og spesiell interesse innen traumatologi. ATLS-instruktør.

Har undervist i BEST siden 1998 og har vært kursleder for flere kurs i akutt traumekirurgi.

**Morten Lund-Johansen**-dr med. Overlege nevrokirurgisk avdeling Haukeland Universitetssykehus fra 1995. Har i mange år forelest for leger og medisinstudenter om nevrokirurgiske tilstander.

**Vedlegg 4:**

**Evaluering av akuttmedisinkurset Solstrand**

<b>1. Hva likte du best med kurset?</b>			
<b>2. Hva likte du minst med kurset?</b>			
<b>3. Sett kryss ved de øvelsene du syntes har vært de mest nyttige.</b>			
Akutt undersøkelsen (onsd.)	Maske/bag ventilering	Larynxtube	BHLR
AHLR	Nakkekrage/backboard	Traume behandling (torsd.)	Kasuistikker AHLR
Kasuistikker traume	Kasuistikker annet	Valgfrie øvelser (hva)	Annet
<b>4. Sett kryss ved de øvelsene du synes har vært minst nyttige.</b>			
Akutt undersøkelsen (onsd.)	Maske/bag ventilering	Larynxtube	BHLR
AHLR	Nakkekrage/backboard	Traume behandling (torsd.)	Kasuistikker AHLR
Kasuistikker traume	Kasuistikker annet	Valgfrie øvelser (hva)	Annet
<b>5. Hvordan var fordelingen mellom teori og praktiske øvelser?</b>			
<b>6. Hva synes du om gruppestørrelsene? (sett kryss)</b>	For små	Passe	For store
<b>7. Hva burde vært med i kurset? Skriv i tilfelle hva du mener skulle vært tatt ut av kurset for å få plass til dette.</b>			
<b>8. Hva burde vært tatt ut av kurset?</b>			
<b>9. Innspill til senere kurs:</b>			
<b>10. Ville du anbefale kurset til en kollega?</b>			

Takk for hjelpen

Vedlegg 5:

**Regnskap Solstrandkurset**

Allmennlegeforeningen

18.01.2008

**Resultatrapport**

Kostsenter: 210 Solstrandkurset

Aktuelt hittil i år 01.01.2007 -  
31.12.2007

Kontonr	Navn	
	<b>DRIFTSINNEKTER</b>	
	<b>Kontingent</b>	<b>0</b>
3920	Kursavgift	-463 700,00
	<b>Sum kursinntekter</b>	<b>-463 700,00</b>
	<b>ANNONSER/STANDS</b>	
	<b>SUM ANNONSER/STANDS</b>	<b>0</b>
	<b>ANDRE DRIFTSINNEKTER</b>	
	<b>SUM ANDRE DRIFTSINNEKTER</b>	<b>0</b>
	<b>SUM DRIFTSINNEKTER</b>	<b>-463 700,00</b>
	<b>DRIFTSKOSTNADER</b>	
	<b>SUM TRYKKING/DISTRIBUSJON</b>	
	<b>PERSONALKOSTNADER</b>	
5040	Honorarer	46 300,00
5310	Honorarer selvstendig næringsdrivende	63 300,00
5400	Arbeidsgiveravgift	6 528,30
	<b>SUM PERSONALKOSTNADER</b>	<b>116 128,30</b>
	<b>PRAKSISKOMPENSASJON</b>	
5311	Praksiskompensasjon næringsdrivende	30 800,00
	<b>SUM</b>	
	<b>PRAKSISKOMPENSASJON/møtegodtgj.</b>	<b>30 800,00</b>
	<b>FREMMEDE TJENESTER</b>	
6721	Konsulent honorar	13 600,00
6780	Andel adm. kostnader Dnlf	16 868,90
	<b>SUM FREMMEDE TJENESTER</b>	<b>30 468,90</b>
	<b>KONTORHOLD</b>	
6940	Porto	11 500,95
	<b>SUM KONTORHOLD</b>	<b>11 500,95</b>
	<b>REISEKOSTNADER</b>	
7100	Bilgodtgjørelse oppgavepl	7 331,00
7120	Reise /opphold fellesregning	139 381,28
7140	Reisekostnader ikke oppgavepliktig	26 550,56
7180	Møter	18 353,00
	<b>SUM REISEKOSTNADER</b>	<b>191 615,84</b>
	<b>ANDRE DRIFTSKOSTNADER</b>	
7420	Gaver	2 030,00
7790	Andre driftskostnader	1 056,25
	<b>SUM ANDRE DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>3 086,25</b>
	<b>SUM DRIFTSKOSTNADER</b>	<b>383 600,24</b>
	<b>DRIFTSRESULTAT</b>	<b>-80 099,76</b>