

Den koordinerende læges rolle på skadestedet

Dansk Katastrofemedicinsk Selskab

Overlæge Astrid L. Lindekær, læge Per P. Bredmose, beredskabschef Knud Børge Møller & overlæge Per Bo Larsen

I de senere år har fokus rettet sig mere mod den overordnede håndtering og ledelse af det store skadested [1]. I et indsatsområde har »indsatslederpolitiet« det overordnede ansvar med »indsatslederredningsberedskab« som sideordnet med ansvar for den tekniske indsats. Hvis der er personskade, deltager sundhedsvæsenets udsendte i patienthåndteringen (**Figur 1**).

Selskabet afholdt et meget velbesøgt møde om ledelse på store skadesteder i maj 2004. Konklusionen på dette møde var, at alle parter (politi, redningsberedskab og sundhedsvæsen) ønskede, at sundhedsvæsenet får en mere fremtrædende plads, og at redningsberedskabets indsatsledere bør være bedre uddannede til at lede indsatsen ved større ulykker. Selskabet har ønsket at fastholde denne diskussion.

I Sundhedsstyrelsens Håndbog om Sundhedsberedskab 2005 [2] beskrives koordinerende læge (KOOL) som værende øverste sundhedsfaglige kompetence i indsatsområdet med den opgave at rådgive indsatslederne fra politi og redningsberedskab. KOOL beskrives som informant til akut medicinsk koordinationscenter (AMK), som varetager de koordinerende beslutninger, som KOOL videregiver til indsatsledelsen. Herudover skal KOOL tilse visitationen af patienterne til de relevante sygehuse i koordination med AMK, der har overblikket over ressourcerne i hele det område, der måtte påvirkes af en større ulykke. KOOL skal samarbejde med de øverste ledere for de andre interessenter på skadestedet. Lidt håndfast

kan man sige, at politiet sikrer lov og orden, redningsberedskabet sikrer værdierne, og sundhedsberedskabet sikrer mindst mulig påvirkning af borgerne. KOOL kan kun rådgive om f.eks. placering af venteplads og opsamlingssted, hvilket medfører, at disse ikke nødvendigvis placeres på det for den sundhedsfaglige indsats mest hensigtsmæssige sted.

Indsatslederredningsberedskabet vil gerne økonomisere med sine ressourcer ved at lade redningsmandskabet placere de udhentede patienter så tæt på udhentningspunktet som muligt, hvorimod det for KOOL kan være mere hensigtsmæssigt at samle patienterne et sted, hvor de lægefaglige ressourcer kan udnyttes bedst muligt. Dette er et eksempel på en af flere potentielle interessekonflikter. Fra lægelig side finder man det mest hensigtsmæssigt at tillægge KOOL egentlig ledelseskompetence som ligeværdig partner til de to andre indsatsledere. Fra redningsberedskabets side ser man ingen umiddelbar fordel i endnu en ledelsespartner i indsatsområdet. I stedet ønsker man at uddanne indsatslederne, så de bliver i stand til at håndtere de langt mere komplekse situationer, man i fremtiden vil stå overfor. Herunder vil man meget gerne diskutere, hvordan den medicinske indsats skal fremmes, men finder, at dette kommer efter en uddannelse i at håndtere en større helhed frem for som nu primært at relatere til egne rækker.

Uddannelsen af KOOL er en udfordring. KOOL har ikke som de andre aktører på skadestedet mulighed for at anvende sine kompetencer i hverdagen. Redningsberedskabet anvender deres kompetencer og kommandoveje ved næsten enhver indsats, hvorimod KOOL skal anvende kompetencer, der ligger langt fra hverdagen på sygehuset. Dette kræver øvelser, som nødvendiggør ekstra tilstedeværelse og derfor økonomiske ressourcer. Gentagne øvelser er den bedste træning, da de tillærte kompetencer glemmes, når de så sjældent bruges.

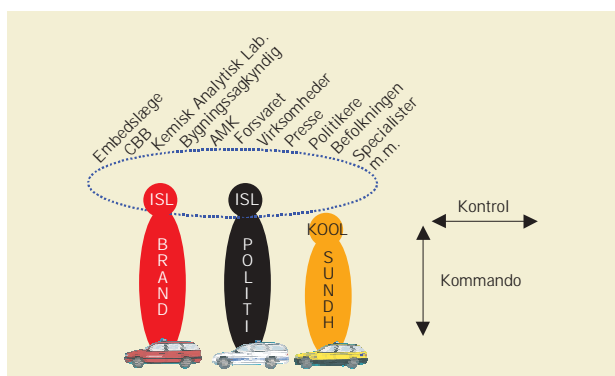
Det er Dansk Katastrofemedicinsk Selskabs håb, at der vil blive afholdt flere øvelser med alle involverede parter, at der kommer en egentlig uddannelse for KOOL-funktionen i tæt samarbejde med politiets og redningsberedskabernes indsatsledere, og at denne debat om indsatsledelse vil fortsætte i 2006. Selskabet vil aktivt deltage i debatten!

Korrespondance: Astrid L. Lindekær, Anæstesiologisk Afdeling, Frederikssund Sygehus, DK-3600 Frederikssund. E-mail: asli@fa.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Beredskabsstyrelsen. Indsatstaktiske retningslinier og samarbejdsprincipper. Birkerød: Beredskabsstyrelsens Forlag, 1999.
2. Enhed for Planlægning. Håndbog om Sundhedsberedskab 2005 – vejledning i sundhedsberedskabsplanlægning. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.



Figur 1. Ledelse og kommunikation på et skadested. Indsatsledernes samarbejde og kommunikation på skadestedet med indhentning af informationer fra samarbejdspartnere og videregivelse af oplysninger. CBB = Center for Biologisk Beredskab, AMK = akut medicinsk koordinationscenter, ISL = indsatsleder, ISL BRAND = indsatsleder redningsberedskab, KOOL = koordinerende læge, SUNDH = sundhedsvæsenet.