

Lydfil

[Helhjerta_MayLissHatleskog.mp3](#)

Utskrift

Heidi

Jeg heter Heidi Skutlaberg Wiig, og jeg er kreftsykepleier og veileder på Akershus universitetssykehus. Jeg brenner for at alle som ser andre, selv må våge å bli sett. For menneskemøtene de er spennende. Dette er Helhjerta.

Heidi

Tenk deg at du jobber på en avdeling hvor det er 46.000 pasienter innom hvert år. Og så er det 125 til 130 pasienter innom per døgn. Hvor jobber du da? Jo, da jobber du faktisk på Akershus sitt eget "Grace Anatomy". Og i studio i dag så sitter hun som er seksjonsleder for legene der; May-Liss Hatleskog. Velkommen hit til Helhjerta.

May-Liss

Tusen takk.

Heidi

Der jobber du. Akershus eget "Grace Anatomy". Er det sånn eller?

May-Liss

Ehm, det er vel ikke helt sånn som på "Grace". Men vi har jo mye moro hos oss også, vil jeg si. Det er kanskje ikke like mye intriger der som det er på "Grace" da.

Heidi

Det er ikke like mye love stories, liksom?

May-Liss

Nei, jeg tror ikke det.

Heidi

Du jobber på akuttmottaket her på Ahus. Og dere har faktisk 46.000 innleggelser per år, eller pasienter innom.

May-Liss

Ja, det er Norges største akuttsykehus.

Heidi

Det er jo helt drøyt. Men altså når det er 125 pasienter innom per døgn. Hvor mange ansatte er det på jobb på vakt da?

May-Liss

Ja, det er jo litt forskjell på hverdag og helg. Så vi har jo gjerne flere på hverdager, opp mot 150 innleggelseser, og ned mot 70-80 på helg. Vi har jo prøvd å tilpasse driften vår i forhold til når pasientene kommer, og hvor mange som er på jobb det vil jo variere i løpet av døgnet. Men nå har jeg ansvar for de medisinske legene på vakt, og vi har ganske store vaktlag. Opp mot ti stykker på vakt på dagtid. Og så er det jo det at vi har, på natt for eksempel, så har vi jo flere typer oppgaver som også skal dekkes, og funksjoner. Så vi er jo avhengig av å være mange på, men at vi har litt forskjellige arbeidsoppgaver da.

Heidi

Kommer det flest på kveld og sånn eller kommer de fleste på dagen?

May-Liss

De aller fleste pasientene kommer til oss litt utpå dagen. Det er jo sånn her i Norge at de fleste pasientene er sett på av noen andre før dem kommer til oss på sykehuset. De er også henvist av fastlege, legevakt. Noen kommer selvfølgelig med ambulansen. Og derfor så er det ofte at de har kanskje vært hos noen først, og så kommer de til oss. Og derfor så kommer de ofte fra klokken 12, 13, 14 og utover. Og egentlig helt fram til ja, 18-tiden på kvelden, så kommer det veldig mange pasienter.

Heidi

Akkurat. May-Liss du er jo lege. Du er spesialist innen indremedisin, og så har du tatt en spesialitet til? Som er ganske fersk? Fortell litt om den.

May-Liss

Ja, jeg er spesialist i akutt og mottaksmedisin, og det synes jeg er veldig moro fordi det var jo nå i tjuenitten, 1. mars tjuenitten, så ble altså akutt- og mottaksmedisin en egen spesialitet i Norge. Jeg hadde jo jobbet lenge med akutt- og mottaksmedisin de siste årene som indremedisiner, og brenner veldig for den kritisk syke pasient og akuttmottaket. Så når den spesialiteten kom, så tok jeg det løpet med en gang, eller hadde allerede begynt på det. Og ble altså spesialist i akutt- og mottaksmedisin. Så nå er vi jo fire spesialister her på Ahus, og vi har et eget vaktlag med akutt- og mottaksmedisinere. Jeg tror vi får ganske mange flere spesialister nå hvert øyeblikk.

Heidi

Så bra. Det er gøy at det liksom hele tiden utvikler seg nye spesialiteter, at man lager enda flere muligheter.

May-Liss

Ja og jeg tenker at det er viktig, og at det er en plass for oss akutt- og mottaksmedisinere fordi vi må kunne litt om alt, og være en slags bro mellom kirurger, ortopeder, nevrologer. Og vi har også noen barnelæringsmål i vår spesialitet. Så er det nok det at faget er jo litt nytt, og jeg snakker en del med de andre sykehusene hvordan de har valgt å løse dette med akutt- og mottaksmedisin, og vi gjør det litt forskjellig. Men jeg tenker at vi på Ahus har funnet vår plass nå med å være i "triage". Det betyr at vi ser på alle pasienter som kommer inn til sykehuset og prøver å finne ut hvem som er alvorlig syke, eller hvem som kan vente litt. Vi setter i gang tiltak og prøver å ha kompetanse da helt i front. Det er jo det som er stikkordet; kompetanse i front.

Heidi

På akuttmottaket så er det både medisinerne og det er kirurger og nevrologi, nevrologi er vel en del av medisinerne, men det jobber flere spesialiteter på akuttmottaket samtidig på alle vakter, ikke sant?

May-Liss

Det gjør det. Her hos oss på Ahus så har vi jo medisinerne, og så har vi egne nevrologer som tar imot de nevrologiske pasientene. Og så har vi kirurger og ortopeder. Vi har også mulighet til å ta imot barn. Det har vi for eksempel, en gang i uka så kommer det et dårlig barn som tas imot i akuttmottaket. Vi kan ta imot øre-nese-hals-pasienter som er veldig dårlig, da kommer øre-nese-hals-legen ned til oss. Vi kan ta imot fødende kvinner eller de som blør og er gravide. Sånn at vi har jo en stor funksjon, men det vi ikke tar imot det er jo vanlige barn. Dem har et eget akuttmottak. Psykiatriske pasienter har et eget akuttmottak. Så har vi også en skadelegevakt her på Ahus hvor de blir henvist til fra legevakter sånn at de ser vi ikke i akuttmottaket, da.

Heidi

Og det er jo de typiske sånn knær og armer og sånn som knekker på glattisen.

May-Liss

Men disse kommer jo i ... på andre sykehus er jo de også en del av akuttmottaket.

Heidi

Ja, akkurat. Så det skillet har dere gjort fordi at det er såpass stort her, eller?

May-Liss

Ja, det også en tradisjon. Vi hadde jo en sånn interkommunal legevakt før som nå har blitt en ortopedisk akuttpoliklinikk.

Heidi

Men er det sånn at dere samarbeider og vurderer pasientene sammen, kirurgene og medisinerne? Eller gjør dere dere ferdig først og så "Nei, dette er ikke medisinsk. Så dette hører til kirurgen"? Hvordan jobber dere liksom? Hvordan skjer det?

May-Liss

Når det kommer en pasient inn på sykehuset så er den ofte konferert inn. Altså den legen der ute eller de som sitter i ambulansen har gjerne ringt inn til sykehuset først og snakket med noen. Det er veldig mye kommunikasjon da mellom de der ute og oss inne på sykehuset, og da blir vi ofte enige om hvilken fagtilhørighet denne pasienten skal ha når den kommer inn på sykehuset. Så ofte, så er jo pasientene allerede puttet, altså inn i en bås da, før de kommer inn. Vi akuttmedisinerne, vi sitter da i front og ser på pasientene som kommer. Vi har ansvar kun for de medisinske pasientene, men er det noe som vi tenker at denne pasienten er dårligere enn, det den er meldt inn passet kanskje ikke helt det de der ute tenkte, eller noe har skjedd underveis, pasienten blir fort dårligere - så er vi med å gjøre en vurdering. Og kanskje de har fått feil tilhørighet, og da må vi jo hjelpe de inn i rett tilhørighet.

Heidi

Så trygt, så bra. Jeg tenker jo sånn som vi bare ser det på tv da, sånn som for eksempel på "Grace", så er liksom ... det er liksom ... det er jo alt. Dere får jo alt. Og det skjønner jeg at sånn er det

virkeligheten og. Så leser vi liksom i avisen at “pasienten lå et døgn på akuttmottaket, fikk ikke kommet til egen avdeling eller egen post”. Det er mye sånn hvor tregt det går der på et vis, i avisene. Og så vet vi at sånn er det jo ikke. Fordi det altså pasienten ligger ofte et døgn, men det er en grunn til at noen ligger der i et døgn. Dere har et mål om at pasienten skal ligge der i maks fire timer, er det det? Tre og en halv til fire timer? Si litt si litt om de greiene der.

May-Liss

Ja. Som jeg sa, så kommer det jo veldig mange pasienter ofte samtidig, og da er det jo viktig at vi har laget gode systemer for å sortere. Det er det vi kaller for “triage”. På sykehuset så har vi et eget validert system for å “triagere” pasienter som heter “Manchester triage”. Da ser vi på alle pasientene når de kommer, og så gir vi dem en hastegrad. Og det er jo klart at hvis du kommer til oss og får en lav hastegrad, så er det alltid noen som har en høyere hastegrad foran deg. Det kan da oppleves som veldig frustrerende å måtte vente, og det er noe vi sliter mye med fordi pasientene kommer mange samtidig. Og når det er mange som er der samtidig, så er det sannsynligvis også mange som er veldig dårlig samtidig. Og vi må jo hele tiden prioritere å gjøre noen valg sånn at de det haster mest med tas først, og det er jo klart at vi skulle jo ønske at vi hadde mulighet til å gi alle hjelp umiddelbart, men det har vi ikke mulighet til. Så er det også sånn at når vi har det mest travelt i akuttmottaket, så er det gjerne også ganske fullt på sengepostene. Så det er vanskelig også å få pasienter som kunne gått til en sengepost opp der, for dem har ikke fått ut de som de skulle skrive ut i løpet av dagen. Så vi har en veldig høy “turnover”. Men vi ... hva skal jeg si? Det er vanskelig å prioritere, og vi ser at pasienter venter lenge. Noen blir også liggende over natta, og det er jo også et valg vi må ta, for vi tenker at det er det tryggeste for den pasienten å bli der hvor vi har folk til å se på den, istedenfor å flytte de opp på en korridor plass, eller at vi må flytte på andre pasienter. Vi gjør jo overveide valg, men det er harde prioriteringer. Det er det.

Heidi

Og det som jeg synes er litt viktig å få fram er jo at de pasientene som ligger i et døgn, eller 15-16 timer på akuttmottaket, de er ikke glemt. Det er ikke derfor de ligger der. Det er en grunn for at de ligger der, og de blir passet på. Også tenker jeg det du sa når vi snakket litt på forhånd, så sa du det at noen pasienter som kommer inn, som for eksempel trenger å sove av seg rusen, det er bedre for de at de sover på ett sted enn at det blir flytta på og trilla rundt på dette store sykehuset. Så ofte ligger det omsorg bak at de faktisk blir på akuttmottaket.

May-Liss

Så er det noen pasienter som vi tenker trenger en viss behandling eller et eller annet før de skal hjem. Og da er det også fint å kunne ferdigbehandle de i mottak. Selv om det er jo ikke det vi egentlig skal drive med, men noen ganger så skjer det også.

Heidi

Jeg tenker jo når det er 125 pasienter i løpet av et døgn, og det er alt fra at noen kommer inn med store traumer til alvorlig sykdom, noen ganger død vil jeg tro, til at det er helt enkle ting ... så må man jo omstille seg veldig fort. Og det kaller dere for skifter. Jeg tenker det er ganske stor belastning på de ansatte, både sykepleiere og leger og alle sammen. Det er en ganske stor, både fysisk og psykisk belastning, både med veldig mange pasienter og samtidig ganske alvorlige ting. Så skal du til tillegg skifte fra å være alvorstynget og har fart i kroppen til at du skal liksom være blid og motiverende mot neste pasient. Og det må vi jo på alle avdelinger, men hos dere så blir det enda større grad da.

May-Liss

Ja, og det er jo det jeg synes er veldig gøy da, med å få lov å jobbe i et akuttmottak. At vi kommer jo inn i mange settinger, og så har vi jo også det der å prøve å sondere terrenget litt eller lese rommet. Og å komme inn til pasienter. Du vet jo aldri hva du får, og det synes jeg er så spennende. Og noen ganger så kan jo folk være veldig sinte, andre er veldig takknemlige. Du må alltid prøve å finne litt ut litt kjapt "Hvor er vi hen her?", før du kan kanskje komme inn i dette behandlingsvinduet, hvis jeg kan kalle det det. Å møte pasienten og prøve å få noe konstruktivt fort ut av denne pasienten. Og det synes jeg er veldig moro. For det utfordrer jo meg hele tiden til å prøve å se på hele pasienten. Man må jo lese kroppsspråket og prøve å komme raskt inn der hvor jeg får tillit, sånn at vi kan komme videre da. I min på en måte diagnostiske prosess. Det er også klart det er vanskelig når du holder på med en ting og så går alarmen og du må løpe til neste ting. Altså, kanskje du har en som holder på å dø på rommet ved siden av, og så skal du bare gå tilbake og fortsette å ta imot han med brystmerter som har hatt det i 2 uker etterpå. At du må bare omstille deg, for du skal jo prøve å ikke dra med deg det ene inn i det andre. Det er nok en trenings sak det her. Man må bare puste litt imellom og så nullstille seg litt. Riste det bort litt og ja ... starte på nytt.

Heidi

Jeg tenker jeg som jobber med "fire gode vaner" sånn til vanlig, så tenker jeg at det krever sin mann og kvinne å kommunisere godt for å få til den tilliten. Og ikke minst tenke over at du bare henter roen og være like på plass før neste. Det krever ganske bevisste handlinger faktisk.

May-Liss

Ja, man må nok være litt bevisst og litt sånn ... Ja, jeg prøver ofte å tenke "hva er det denne pasienten trenger nå?" eller "hva er greia her?". Sånn at vi kan komme videre til det som egentlig betyr noe da. Hvorfor de er kommet da.

Heidi

Ja, men tilbake til det med belastning da. Fordi at det må jo være ganske belastende for dere? Å ha både høyt tempo, og at det kan være ganske alvorlig og heftige ting som skjer. Der har jo dere vært litt sånn ... eller du har jobbet mye med at dere skal være der for hverandre, typ kollegastøtte og sånn. Fordi det er jo liksom noe med den psykososiale beredskapen man trenger å ha på et sånt sted. Det har jo du gjort ganske mye med. Fortell litt om det May-Liss.

May-Liss

Ja, det er jo sånn at vi, både sykepleierne og legene, opplever ganske til tider tøffe ting. I et akuttmottak, det vi opplever veldig mye av er kanskje "våre første". Altså vår første hjertestans, vår første pasient som har tatt overdose og dør, vår første sepsispasient som kanskje ikke klarer seg - alt dette som vi ser for første gang, det kan være ganske tøft. Men så tror jeg at hvis vi klarer å ta lærdom av det på en sånn god måte og ta det med oss videre, så gjør det oss til bedre leger, bedre sykepleiere. Vi opplever jo ganske tøffe ting innimellom, og noen ganger så er det helt sånn åpenbart at dette var tøft. Det var tøft for alle når en ung mann dør i akuttmottaket vårt, så er det tøft for alle som er involvert. Men noen ganger så tror jeg det er mye sånt som er tøft som vi ikke skjønner, og det er jo de tingene som jeg er opptatt av at også kommer frem. For det var en lege som sa til meg at "jeg gruer meg til å komme på jobb på mandag, for etter å ha hatt vakt da plutselig er mange av pasientene som jeg tok imot døde. Og så tenker jeg at det er min skyld", og det er jo ikke deres skyld. Men folk som kommer til oss er syke, og vi må jo tørre å prate om de tingene. Vi har med oss ting hjemmefra, vi har med oss ting som vi har lært fra før, eller situasjoner vi har vært i fra før som

gjør at ting kan være vanskelig. Så vi på akutt driver med vaktlags-oppfølging, og det synes jeg er givende for vi har mange unge leger; vi har lis 1- leger, det som vi kalte for turnusleger før, de er hos oss og opplever ... hva skal jeg si? Mange, mange møter, og de er mye alene med pasientene, og de er usikre på om de gjør en god nok jobb. Så jeg og noen andre i akuttmottaket vi prøver å sondere terrenget litt og høre hvordan de har hatt det. Og så vet dem at hvis det er noen som har opplevd noe, så kan de komme og prate med oss.

Heidi

Så de kan diffuse når som helst, liksom?

May-Liss

Ja, stort sett. Vi har også heldigvis hele tiden på vakt en teamleder som også er på en måte egnet og er erfaren, og har med seg dette kollegastøtte-perspektivet da. Og de teamlederne våre er kjempegode på å si fra videre hvis noe har vært tøft. Og det er jo også de erfarne sykepleierne i mottak, de er også kjempegode på dette her. De ser når legene ikke har det bra, og plukker de opp og snakker med dem. Men det er klart det tar jo litt tid å ha tid til å se de rundt seg. Så når vi er på strekk, så blir jo også tiden til å ta vare på hverandre kanskje litt mindre. Og det tenker jeg kanskje er det som er skummelt, at vi ikke har tid til hverandre da.

Heidi

Og da er det jo enda viktigere å ha muligheten til å komme tilbake igjen, tenker jeg. Når det roer seg igjen, at man har tillit til at man kan gå tilbake og ha en debrief litt senere.

May-Liss

Og det er jo klart, vi pleier jo noen ganger å kjøre debrief etter de største, tøffeste hendelsene hvor alle skjønner at dette var tøft. Så er det behov for det. Så det er også noe vi gjør.

Heidi

Vi har jo disse kommunikasjonskursene for både leger og sykepleiere, og også andre. Og inn i de kursene så har vi lagt inn å snakke om det med skamfølelse og skyldfølelse. Og det er så veldig mange som aldri har jobbet steder som det aldri blir debriefa, da. Som har gått rundt i flere år og kjent på skyld for situasjoner. Og de situasjonene sitter så i dem og sitter i kroppen, altså. Det er jo et enormt ansvar dere har som leger for et annet menneskeliv, liksom. Så jeg tenker det er jo fantastisk at dere har begynt å gjennomføre dette her. At dere gjør det liksom fast på en måte.

May-Liss

I hvert fall har noen som har litt avsatt tid da, til å gjøre det og ha med seg det perspektivet på jobb. Det tror jeg er veldig bra. Men jeg føler jo at de som kommer nå etter oss da, de nye, de er også mer opptatt av sånne typer ting. Flinkere til å prate om det.

Heidi

Det er veldig bra. Og nå er det jo like før vi skal sette i gang med et litt større prosjekt her på Ahus, med kollegastøtte på flere avdelinger. Fordi at det har vel blitt sett til deres avdeling hvor bra det er og hvor viktig det er.

May-Liss

Ja, vi har jo vært med i det prosjektet der. Så det gleder jeg meg veldig til å se hvordan blir etter hvert, og tror at det er kjempeviktig at vi på Ahus har et system for å ta vare på kollegaene våre.

Heidi

I forbindelse med det da, så tenker jeg at det er noe annet du også er litt sånn kjent for. Og det er liksom "May-Liss, hun tenker alltid team. Det er en team-dame". Og du sa det også før du skulle sette deg ned her at "jeg vil ikke prate så mye om meg, jeg vil prate mer om oss". Fortell litt om det også du.

May-Liss

Ja, jeg er nok en lagspiller. Det er jo alltid gøyest å være flere. Jo flere, jo bedre. Når det kommer til team, så er det jo dette her med medisinske team som er kanskje det jeg har jobbet mye med de siste ti årene, og vært med å innføre på Ahus. At vi tar imot de dårligste pasientene. En hel gjeng med folk med sine faste oppgaver på tvers av profesjoner. Fordi vi er jo helt avhengig av hverandre og hverandres kunnskap. Og jeg synes det er skikkelig gøy da, å få lov å være et team, og har vel alltid likt å ha mye folk rundt meg. Tenker at jeg spiller på A-laget når jeg er på jobb og på mottak. Og at vi sammen får det til. Og så er det jo at vi får jo ikke til, i akuttmottaket så er det jo ingen som kan klare å få igjennom alle disse pasientene hver dag og finne ut hva som feiler de uten å snakke sammen. Så for meg så er dette med team helt essensielt i et akuttmottak og. Når vi får det til og det flyter, og vi har trent på ting og ting alle vet hva de skal gjøre og ting går fort, så er det veldig gøy da. For det er jo det som er meningsfylt.

Heidi

Og den treningen det er det som heter "best", og i år har dere altså 10 årsjubileum? Gratulerer.

May Liss

Takk! Det er veldig morsomt. Medisinsk team på Ahus er 10 år.

Heidi

Og "best" det står for så får bedre og systematisk teamtrening, og det er rett og slett at dere simulerer.

May-Liss

Det er riktig. Det er jo en måte vi simulerer hvordan vi tar imot en dårlig pasient, øver på hvordan vi snakker sammen og at vi går inn og gjør oppgavene som vi kan. Så når vi da møtes, så vet jo alle sin oppgave.

Heidi

I episode 54 så hadde vi besøk av en som heter Haukvik. "Janne" kaller vi bare han. Han har vært leder for traume-teamet, så han har forklart veldig mye om hva simulering er. Men det er jo både et medisinsk team, et kk-team for kvinneklinikken og så er det et ped-team?

May-Liss

Riktig. Jeg trener pediaterne i dag, så jeg kom derfra nå oppe i mottak. Først så startet jo kirurgene med sine traumeteam, og så kom vi medisinerne etter i tjuetretten. Og nå de siste årene, så har vi også begynt å trene på det som du kaller for "kk føde-team". De har vel trent nå i et års tid snart, og

pediatere har også trent i over et år. Og de trener der hvor vi tar imot pasientene, altså i akuttmottaket med våre sykepleiere inne på den stua hvor det skal skje.

Heidi

Og da trener de på dokker?

May-Liss

Vi trener på dokker. Vi har masse forskjellige dokker, så nå var det til en liten barnedukke der oppe. Det er veldig bra å trene for det gjør jo at de som har trent ikke ... Det er jo litt skummelt tror jeg, for andre profesjoner som fra ren pediater, altså en barnelege, å komme ned til vårt store akuttmottak. De pleier jo ikke å være der, men når vi har et skikkelig dårlig barn så må alle komme dit. Og da er det jo fint at de har vært der før og vet hva de kommer til, og gjør at det også blir trygt for dette barnet og de pårørende å vite hva som skjer. Så hver fredag trener vi i akuttmottaket på å ta imot kritisk syke. Og da bytter vi på mellom traumeteam, medisinsk-team, kk føde-team og et barneteam sånn som vi har i dag. Vi trener også på det med sånn trombolyse, den hjerneslag sløyfen, og vi trener også på hjertestans. Så vi har mye trening hele tiden.

Heidi

Og det gjør vel sikkert at alle blir mye tryggere også, fordi da prater dere jo sammen på en litt annen måte: "closed loop". Si litt om hvordan dere snakker sammen da, for det kan høres kanskje voldsomt ut for folk som ikke har vært borti det.

May-Liss

På et team så har vi jo mange personer som står rundt da en pasient, og vi er jo mange forskjellige profesjoner. Vi har anestesileger, sykepleiere, leger, vi har en radiograf som kommer og tar bilder. På barneteam så har du vel altså barneleger selvfølgelig, og på sånt kvinne-team så har dem gynekologer. Og når alle disse skal jobbe sammen så er det jo viktig at den som er teamleder, det er jo den som skal prøve å samle trådene og kommunisere i teamet, fordi alle er så fokusert på sine oppgaver, sånn at vi trenger det at en holder i alle trådene. Og da har vi en lege for eksempel som undersøker brystet og lytter på hjertet, og da når den sier sånn "klare hjertetonen", så kan teamleder si "klare hjertetonen" tilbake. Så vet alle i teamet at det er oppfattet og hva vi snakker om. Så det er jo noe med å få masse info, for du vil også kanskje få en sykepleier som har telt hvor mange ganger man puster, og da kan det også tas imot av teamleder og kommuniseres ut i teamet. Så vi hele tiden prøver å hjelpe teamet til å være på samme sted.

Heidi

Og så er det en rekkefølge på hvem som skal si hva, ikke sant? Sånn at ikke alle roper "klare lunger".

May-Liss

Ja! Vi kjører "ABCDE-prinsippet". Så vi begynner med det farligste først. Det som kan drepe oss først, med luftveier. Så vi begynner alltid på "A", og dette er jo ... hva skal jeg si? Vi må jo ha en måte å jobbe på som er likt for alle og som alle er enige i. Eller så glemmer vi noe; den klokken 02:00 på natta og når folk er trøtte. Så vi må gjøre det vi pleier å gjøre hver gang.

Heidi

Si hva alle sammen står for. "A", det er luftveier?

May-Liss

Ja, og så "B" så er det jo altså mer luftveier og ja ... lunger og de tingene. Og så har vi jo "C" som er dette med blodtrykk og ...

Heidi

Sirkulasjon, liksom?

May-Liss

Sirkulasjon ... Vi leter etter om folk blør, på en måte da. Og så er det "D" som er mer med våkenhet og bevissthet. Og så er det "E" som er "exposure" - at vi må se på hele pasienten og vi må ta temperatur, vi må snu pasienten og se på ryggen, for eksempel at ikke det er en kniv et sted eller masse sånne smertepaster som vi har sett noen ganger. Så det er dette vi går igjennom hver gang da, og så har vi jo selvfølgelig på de forskjellige bokstavene forskjellige ting vi skal gjøre og rapportere. Og da har vet alle i teamet hvilken bokstav de skal gå inn og se på.

Heidi

Kirurgene, eller traume-team, de har elleve personer i sånt team. Hvor mange har dere? Veit du det?

May-Liss

Ja, det vet jeg. Jeg må bare telle. Vi har to sykepleiere, vi har to anestesileger, vi har en anestesisykepleier, vi har to medisinske leger og en lis 1- lege og så har vi en radiograf. Så vi har ni stykker.

Heidi

Trygge saker, altså.

May-Liss

Og da er det jo fem forskjellige profesjoner da. Med fem forskjellige vaktlag. Men vi funker sammen da.

Heidi

Artig! Det må jo være gøy.

May-Liss

Det er veldig gøy når det funker, og en annet ting som jeg tenker er viktig med dette med team. Det er jo en veldig god læringsarena. Vi kan spille hverandre gode, og det er jo kanskje det jeg synes det er gøy med team; at teamleder kan jo ikke kunne alt. Ingen i dette teamet kan kunne alt, og det er derfor vi sammen må spille hverandre gode og hjelpe hverandre videre. At vi kanskje kan komme med litt tips og komme med forslag og at vi sammen ser noe, så summen av det vi har samlet av folk vil gjøre at pasienten blir tatt imot på en tverrfaglig og god måte.

Heidi

Og da er jo en ting det at man er flink til å snakke sammen om de faglige tingene, men jeg tenker jo her må det jo være også kjempeviktig å ha et godt arbeidsmiljø. For å kunne føle seg trygg. Trygg nok til å komme med ideer på en måte, eller komme med vurderinger eller tørre å våge å si noe. Våge å heve stemmen sin og si noe. Det må jo kreve ganske godt arbeidsmiljø.

May-Liss

Jeg tror vi medisinere, det er jo litt mildere. Nå hørte jeg jo på denne podkasten til Haukvik. Og han snakker jo litt om det, og vi medisinere vi ... Det er rom altså for å komme med innspill, og jeg håper virkelig at alle føler at de kan komme med et forslag eller et spørsmål når vi holder på. Og ofte så er det jo de spørsmålene som er kjempeviktig. Jeg husker en gang vi hadde en lis- 1 som fant ut at pasienten hadde noe i halsen, et gebiss som satt fast i halsen, og det er sånne ting som ... Ja, det var veldig bra at noen turte å stille spørsmål.

Heidi

Ja, det er bra.

May-Liss

Det er viktig.

Heidi

Alle er viktig.

Heidi

Dere får jo ikke bare de som har vondt i hjertet eller har hjerteproblematikk eller andre alvorlige sykdom. Dere får også ... Du sa jo at sic, psykiatrisk avdeling, har sitt eget akuttmottak. Men dere også får jo en del rus og psykiatri inn hos dere. Hvilke typiske pasienter er det?

May-Liss

Vi får veldig mange som tar overdose eller som har forsøkt å ta livet sitt inn til oss. Det er ganske mye av vår hverdag. Jeg tenker at det er to grupper av pasienter innenfor den kategorien, og det ene er de som kanskje har det så vondt inni seg at de tar en overdose eller gjør noe om det ikke bare er piller, altså de de prøver å ta livet sitt.

Heidi

De kommer alltid inn til dere først?

May-Liss

De kommer inn til oss. Ofte så må de jo da få behandling, om det er motgift eller om det er støttende behandling, altså annen type motgifter som vi gir. Så de er en gruppe, og så har vi de som har et rusmisbruk som har vært uheldig å ta en overdose. De har vi også en del av. De hjelper vi jo selvfølgelig også. Så der prøver jeg å sonde litt hva slags type pasienter er det vi har? For det er jo da noe med veien videre etter vi er ferdig med de, om de skal inn i psykiatrien eller om de skal til rusavdelingen vår her på Ahus.

Heidi

Det er også noe som står liksom litt i avisene, og som er litt sånn som folk tenker at man kommer inn og har prøvd å ta livet sitt og så blir du behandlet sånn litt på akuttmottaket, og så blir du sendt rett hjem. Er det mange som går videre i systemet eller hvordan? Og hva gjør dere altså? Hva tenker dere når dere sender det hjem? Er det noen som passer på at det er en knagg, at det er noen som tar vare på når de kommer hjem, eller hvordan jobber dere med de?

May-Liss

Ja, dette synes jo jeg at vi på Ahus er gode på, det synes jeg. Men jeg skjønner jo at det er mange som kan tenke at vi lurar på hva vi driver med noen ganger. Men det vi sånn konkret gjør da, det er jo at når det kommer en pasient som har forsøkt å ta livet sitt, så snakker vi jo med dem. Vi som tar imot prøver å finne ut "hva er greia her?". Og ofte så er jo kanskje ikke de pasientene i det behandlingsvinduet som jeg nevnte i stad. At de er jo kanskje enten for sløve eller de er for frustrert ... Det er for mye som skjer til at vi kan få noe konstruktivt der og da. Sånn at dagen etter når vi prater med dem, så er det vi legen som prater med dem. Og så har vi jo en fantastisk ordning her på Ahus med liaisonpsykiatere, altså psykiatere som jobber i somatikken som vi henviser til. Og de kommer jo alltid og hjelper oss dagen etter i disse vurderingene. Og sammen med de så blir vi enige om er det somatiske, altså er kroppen ... er det en forgiftning, eller er vi ferdige med det sånn at det er trygt? Klarte leveren seg gjennom denne paracetamol-overdosen. Ikke sant? Er vi trygge på at vi kan sende pasienten fra oss, vi medisinske legene. Og så snakker vi med psykiaterne, Er det trygt at pasienten reiser hjem? Skal den legges inn på psykiatrisk avdeling, skal den på DPS i morgent? Hvordan skal vi gå videre nå? Så vi prøver å gjøre en gjennomtenkt utskrivelse, og føler meg ganske trygg på det der. Det er klart at det er dagen etter jeg synes det er mye vanskeligere hvis pasienter vil dra og vi ikke har fått gjort en god vurdering, og jeg føler ikke at jeg har kommet inn i dette behandlingsvinduet ... at de drar når de fortsatt har for mye, enten det er for mye følelser da, til at jeg er trygg på at dette var bra. Og det er vanskelig å stå i. Ja, da har vi heldigvis noen venner å ringe i psykiatrien som kan hjelpe oss- For ofte så er jo dette kanskje kjente problemstillinger og pasientene er litt kjente for dem fra før.

Heidi

Jeg tenker når det er såpass travelt som det er hos dere da, såpass høyt trykk og fart liksom. Jeg tenker når de våkner da, de har fått motgiftene og de kommer til seg selv og de begynner å bli littegranne klare i toppen. Så må det jo være veldig mange som kjenner masse på skam for at de har gjort det, eller at de kjenner på fortvilelse for at det ikke gikk, eller? Ja altså alle disse følelsene. Har dere bemanning nok til å være der da og ha disse samtalene? Siden liaison teamet kommer dagen etter, så tenker jeg; hva skjer akkurat der og da når det virkelig trenger at noen er der?

May-Liss

Det tror jeg er vanskelig å svare på sånn ... Svaret ville vel være at vi alltid kunne vært flere. De som er rusmisbrukere og har tatt en tilfeldig overdose når de våkner, og vil hjem. Så er det ofte greit det. Det er ikke noe problem. Vi hjelper de med det å passe på å sende en melding til ruskonsulent eller til prøver. Men det er verre med disse som vi kanskje liksom ikke har en sånn god følelse inni oss på at her burde vi gjort noe mer. Og jeg tror nok at det kan være ganske tøft for sykepleierne, fordi pasientene de ... vi ser jo at det egentlig trenger å prate. Og å måtte vente til dagen etter, men ofte så er det lurt å vente litt også, for ting roer seg jo ofte litt. Så jeg føler at dagen etter så får vi ofte en ganske god samtale. Og de fleste vil prate faktisk. Jeg opplever kanskje ikke at pasientene ... det er sikkert mye skam og sånt, men de de fleste tar imot hjelp og åpner seg ganske overraskende til oss da.

Heidi

Det er vel ofte der det ligger, at de trenger noen å snakke med?

Heidi

Når det kommer til det, så tenker jeg også på dette med pårørende. Har pårørende lov til å være med inn på en måte? Altså nå er jo vi jo ferdige med pandemien.

May-Liss

I akuttmottaket, ja.

Heidi

Forholder dere dere til mye pårørende?

May-Liss

Det er mye pårørende. Det er lov å ha med pårørende. I de arealene i akuttmottaket hvor vi har mange pasienter samtidig, så kan vi jo ikke ha pårørende sammen med pasienten. Og det skjønner vi at oppleves som vanskelig, men vi har jo noen sånne flersengsrom, stuer og rom, hvor vi ser på mange. Og der kan vi jo ikke ha mange pårørende i tillegg. Vi prøver jo så langt det lar seg gjøre å få folk inn på rom, men det er ikke alltid så lett. Og da må pårørende vente på venterommet eller nede i glassgata.

Heidi

Jeg tenker sånne akuttsituasjoner og sånn da, og da kan vi liksom gå litt sånn tilbake til "Grace Anatomy", så ser du liksom at pårørende er med, og de står midt oppi traumeteamet på en måte, eller midt oppi ... ja. Og så er det egentlig ingen som har tid til å ta med seg de og snakke med de. Funker det sånn liksom? Det gjør vel ikke det?

May-Liss

Nei, det gjør ikke det.

Heidi

Ingen pårørende som står midt oppe i et ...

May-Liss

Nei, det er ikke det. og vi har egne sykepleiere som er pårørendeansvarlig. Så det er noen i akuttmottaket, altså en sykepleier der, som har det ansvaret å ta seg av de pårørende. Og følger de gjerne til et pårørende-rom når det pågår. Det er klart når vi har barn så lar vi jo foreldrene være med litt mer, og det er jo en trygghet for barnet. Vi har jo i vårt opptaksområde veldig mange som snakker andre språk, så noen ganger så trenger vi å ha med pårørende for å hjelpe oss å forstå. Vi klarer ikke å finne riktig tolk på fem minutter, og vi må vite ting der og da. Så vi trenger å bruke pårørende som tolk. Og de pårørende er jo ofte en ressurs, og vi ringer jo mye til pårørende for å spørre "hva er det som har skjedd? Nå fikk vi inn mannen din, hva er det som har skjedd her?". Og det er mye kommunikasjon da med pårørende. Vi trenger opplysninger.

Heidi

Så bra, og så flott at du sier at pårørende er en ressurs. For vi kan synes det er litt slitsomt noen ganger når det blir mye, men de er en ressurs.

May-Liss

Ja, og det ser vi. Vi har jo mange eldre som kommer som har delir, og som også trenger noe fast å holde ved. Og da er jo de pårørende veldig gode til å støtte den pasientgruppen da.

Heidi

Roe litt.

May-Liss

Ja, eller bare for å være noe kjent

Heidi

Det er den pasientgruppa. Og så er det jo også de som er rusmisbrukere som du nevnte som også kommer inn med overdoser. Og mange av de kan være gjengangere, sånn at noen kan være liksom kjent i psykiatrien også kanskje? Og noen er vel kanskje mest kjent for at de kommer tilbake igjen og igjen etter å ha tatt overdoser. Hvordan møter dere de? Hvordan er holdningene da liksom?

May-Liss

Ofte så det jo litt sånn at noen av disse pasientene som kanskje tar mange overdoser på kort tid. Jeg tenker at de går sånn opp og ned i sin sykdom, og er veldig syke og veldig sånn ... Ja, vi ser dem veldig mye en periode. Og de lager veldig mye føss. Det er kanskje ikke riktig ord å bruke, men de lager veldig mye engasjement ... støy. For det blir så voldsomt fordi dem har det nok ikke bra inni seg, og da blir det voldsom både med ambulansen som kommer der, og ting er nok veldig i et høyt frustrasjonsnivå. De oppsøker legevakter, de ringer til ambulansen, de kommer til oss i akuttmottaket, vi sender dem hjem og inn og ut. Det er litt sånn demotiverende å ta imot den samme pasienten kanskje tre ganger på rad.

Heidi

Men nå er det ikke overdose hver gang når de ringer inn?

May-Liss

Ja, men de ringer og har kanskje drukket noe giftig da, eller sier at de har lyst til å dø. Og det er jo klart at den vil på en måte ha hjelp, men jeg tror ikke de helt vet åssen hjelp de vil ha. Og vi får ikke helt gitt dem den hjelpen de trenger, fordi det er for mye. Vi er ikke inni noe sånt behandlingsvindu her, vi er langt utenfor. Holdningen er nok at vi føler oss maktesløse, for vi har ikke noe sånn godt behandlingsløp for akkurat disse pasientene som er litt utenfor. Og det vi gjør da er jo at vi tidlig prøver å identifisere disse pasientene, og vi prøver å koble på de vi kan. Er det noe vi har så er det jo masse ressurser på dette sykehuset. Vi er jo superheldig. Vi har en psykiatrisk avdeling, vi har ARA med sine behandlere der, vi har sosionomene som hjelper oss masse, vi har liaison-team, og vi har fastleger der ute og kommunen hjelper oss. Og hvis vi sammen klarer å sette de ressursene rundt denne pasienten litt kjapt, så kanskje dette fallet da i funksjonen ikke blir så dårlig. Eller at vi unngår at de skader seg veldig når vi er i den dårlige perioden. Og det prøver vi å jobbe med i akuttmottaket, for det er jo vi som ser de der.

Heidi

Og så er det sånn at både du og noen andre med deg har liksom hjerte for denne pasientgruppa. Liksom føler liksom at disse vil vi hjelpe, og det er jo helt fantastisk. Jeg er veldig opptatt av det der at skal vi være gode hjelpere, så kan vi ikke ha den der "vi skal dømmе andre mennesker hele tiden". Og vi har så mye tanker om sånn og sånn må det være og ... Altså ja, vi er så forutinntatte istedenfor å være nysgjerrig. Så jeg synes det er så fint at dere har liksom et sånt fokus i denne gruppa.

May-Liss

Det er det. Det er jo litt utfordrende for det er jo de ... det passer ikke inn i lærebøkene dette her. og det er jo kanskje det jeg liker, at vi må bruke hele oss og tenke litt annerledes. Og så er det jo den verdien av å finne ut av hva vi kan hjelpe akkurat denne pasienten med da, som er veldig givende da synes jeg. Det er jo litt vanskelig når pasienter ikke liksom oppfører seg sånn som vi er vant til. Men nå kjenner jeg jo en del av disse, og de er jo ... det går jo litt opp og ned. Men det er veldig, veldig givende å se at de har det litt stabilt en periode da, og ting går bra. Og da man sier bra, så er det jo på dens premisser at det går bra, og det er fint.

Heidi

Og så tenker jeg bare det å komme inn og møte en lege eller sykepleier som har respekt i blikket, og ikke den der litt sånn avvisende "Åh, herregud. Er du her igjen?". Det uttrykket i ansiktet da. At du møter noen som faktisk har et godt empatisk ansikt. Det må jo være ganske godt.

May-Liss

Ja, ja. Nei, og det er jo mange gode sjeler, og i det ene øyeblikket så kan vi også krangle, for vi må jo sette grenser. Å tørre å sette grenser og stå litt i det, det tenker jeg også at pasientene ... de liker det litt også.

Heidi

Ja, er empati det å sette grenser.

May-Liss

Så har brukt lang tid på å komme dit at vi ser det, fordi vi ja ... det er givende å få lov å jobbe med disse og bli litt kjent med noen av de vanskeligste, hvis vi kan si det sånn. For dem er jo bare egentlig veldig syke. Så jeg tenker jo at ruspasienter ... vi har så mange år vi kan redde her. Vi kan jo være med å gjøre en god innsats tidlig. Og det ja ... Vi redder jo mange, mange liv. Altså år.

Heidi

Tenk på det. Hva var det som gjorde at du valgte akuttmedisin?

May-Liss

Ja, jeg er litt utålmodig type.

Heidi

Nysgjerrig liksom?

May-Liss

Jeg er litt nysgjerrig og blir litt fort ... må ha noe nytt å gjøre. Må ha en ny jobb eller neste jobb, ja. Så det var jo litt tilfeldig at den akutte mottaksmedisin, at det var det det skulle være. Men jeg ville jobbe med dårlige pasienter. Jeg vil jobbe i det miljøet hvor det skjer noe hele tiden. Jeg liker høyt tempo. Og gleder meg til å komme på jobb hver dag i akuttmottaket, synes det er veldig godt sted å være.

Heidi

Så bra. Jeg ser det! Du smiler som bare det. Hva var det som gjorde at du ble lege da?

May-Liss

Nei, det tror jeg var litt tilfeldig faktisk. Jeg hadde tenkt å bli lærer. Så måtte det jo passe inn med alt annet som jeg ville drive med, så da tok jeg noe som heter grunnfag medisin. Og så har jeg drevet mye med idrett og sånn, og tenkt at kroppen er jo veldig spennende. Og da måtte jeg bare studere medisin. Så gjorde jeg det og har egentlig bare fulgt lysta, og gjort det. Jeg tenker "skal jeg holde på med nå, så må jeg gjøre noe jeg liker". Og da er liksom det det som har vært motivasjonen min underveis da.

Heidi

Så gøy. Hva slags idrett driver du med? Du driver fortsatt med idrett gjør du ikke det?

May-Liss

Ja, jeg spiller. Jeg spiller håndball og så driver jeg med litt ja ... løper litt og.

Heidi

Sprek dame altså.

May-Liss

Ja, kanskje.

Heidi

Noe sted så må man jo hente seg inn, tenker jeg. Når man jobber mye med mennesker og man jobber med mye fart på en måte, på jobben også. Så må man liksom hente seg inn et sted. Da er det ut å løpe og sånn som hjelper for deg, eller?

May-Liss

Ja. Nå er vi jo så heldig at jeg bor ved Østmarka her. Og bare å få være ute hvert fall. Det er det som er ... og være sammen med familien.

Heidi

Kan du huske et menneskemøte som har liksom betydd mye for deg i løpet av disse årene du har vært lege? Hvor lenge har du vært lege? Begynner å bli noen år?

May-Liss

Min første sommerjobb i akuttmottaket på Ahus var i totusen og ni. Ja, da var jeg student. Så jeg har liksom alltid kommet tilbake til akuttmottaket.

Heidi

Kan du huske et spesielt menneskemøte som har liksom betydd noe spesielt for deg? Dette har jeg ikke forberedt deg på. Hva er det som kommer for deg liksom?

May-Liss

Det er veldig mange sånne menneskemøter. Jeg husker min første hjertestans, jeg husker jeg hadde en pasient som døde som jeg hadde behandlet på sengepost, husker den første unge transplanterte pasienten jeg har behandlet. Så jeg husker mange av disse "mine første", hvis jeg kan si det sånn. Og på en måte første gangen jeg følte meg lurt, hvis jeg kan si det sånn - jeg trodde jeg hadde kontroll, men så hadde jeg ikke det, fordi pasienten hadde tatt mye mer tabletter enn den sa. Og så har det jo kommet andre etterpå, så har man jo lært av de. Og det er kanskje det jeg vil si jeg tenker ofte på

når jeg er heldig og nå får lov å lære opp nye i akuttmottaket. Prøve å gi dem en god første opplevelse, da. Ja.

Heidi

Så bra. Da du var 18 år May-Liss, så var du sikkert like utålmodig og like nysgjerrig? Hvis du skulle gi deg selv en et lite råd tilbake til da du var 18 år, eller et lite tips. Hva hadde May-Liss 18 år tenkt å høre?

May-Liss

Dette har jeg jo tenkt på da, fordi det hadde du forberedt meg på. Nei, jeg tror det der å fortsette å følge lysten, gjøre det man liker og at man får til det man vil. Jeg får tid til nesten alt jeg vil, hvis jeg bare vil det nok. Så får jeg det til. Jeg tror jeg ville sagt til meg selv at det lønner seg å jobbe hardt og stå på. At man får noe igjen for det.

Heidi

Det var et kjempegodt råd faktisk.

May-Liss

Er det det?

Heidi

Ja det tror jeg mange trenger å høre, ja. Både 18-åringer og 48-åringer. Det lønner seg å jobbe hardt. May-Liss, hvorfor skal folk begynne å jobbe i akuttmottaket?

May-Liss

Jeg tenker at vi tar jo imot så mange pasienter som er ganske redde da, folk som kommer til oss. I tillegg til at vi forvalter jo veldig mye ressurser og er med på å gjøre en forskjell, og oppleves som veldig meningsfylt. Jeg er jo litt sånn serviceinnstilt, så jeg tenker at det skal være fint da, å komme til oss og at vi skal ha den kunnskapen og tryggheten sånn at de som kommer til oss føler seg trygge. Og den servicen liker jeg å gi da. Altså de som jobber der er det er bra folk. det er A-laget. Det er ja ... om vi vil vel.

Heidi

Dere er gode.

May-Liss

Ja, sammen er vi gode.

Heidi

Og det tror jeg skal få være det siste ordet. Tusen takk for at du kom, May-Liss. Takk. Det var veldig, veldig hyggelig at du kom hit. Herfra, så synes jeg vi skal huske det: sammen er vi gode.

Heidi

Helhjerta er en podkast fra Kompetansebroen, en digital plattform for kompetansedeling i helsetjenesten. Personer som blir omtalt i pasienthistorier er enten anonymisert eller har gitt samtykke til deling.