

De kommer som

**Meningsytringer om
hva som bør forventes i
akuttsituasjoner av en
primærlege på vakt.
Utposten intervjuer
Mads Gilbert, seksjons-
overlege ved anesthesi-
avdelingen ved
Regionssykehuset
i Tromsø RiTø og
professor ved Universi-
tetet i Tromsø, og
Morten Bain, kom-
munelege I i Vågan
kommune i Lofoten.**



engler

fra himmelen....

Vi ønsket å belyse følgende problemstilling: Det er en opplevd diskrepans mellom det anestesilegene mener primærlegen bør kunne av akuttmedisinske prosedyrer og det de egentlig kan. For å få vite mer om dette har vi snakket med representanter fra begge leire for å høre deres synspunkter. Valget falt lett på Mads Gilbert som har drevet oppsøkende opplæringsvirksomhet av primærleger i helseregion Nord i 17 år. Morten Bain har engasjert seg i problemstillingen ut fra sitt ståsted som kommunelege i et lokalsamfunn med alle de oppgaver dette medfører i tillegg til belastende legevaktsarbeid.

Morten Bain holdt for en tid tilbake et foredrag om kommunelegens hverdag under et kurs i akuttmedisin for primærleger. Han interesserer seg for den reelle situasjonen legen står i der akuttmedisin og legevaktsarbeid er en liten del av en travel hverdag der legen skal kunne mest mulig om alt. Vi tok en prat med Morten Bain for å høre hans refleksjoner om legevakt og akuttmedisin.

Hva mener du samfunnet kan forvente at leger på vakt i distrikts Norge bør kunne?

Jeg er opptatt av å sette ord på hva som skjer med oss som leger og mennesker når det forventes av oss at vi skal greie

det umulige. Vi er ikke herre over liv og død, det må vi ha som utgangspunkt. Samfunnet legger føringer på at vi som leger skal lykkes med alt. Hvis noe «går galt», når vi ikke greier å redde en forulykket pasient eller gjenopplive akutt syke, risikerer vi å bli uthengt i pressen, eller få klager og rettssaker mot oss. Det blir etter hvert en umenneskelig oppgave å leve opp til slike forventninger. Vi har et annet utgangspunkt enn Luftambulansen, vi kommer ikke som engler fra himmelen og redder alt og alle. Vi er alene på vakt, har ofte lang vei og må greie alt alene. Vi må få klart fram at det ikke er noe galt med oss som leger om vi ikke mestrer enhver akuttsituasjon. Vi gjør så godt vi kan.

Problemet er at forventningene er høye både til oss selv og fra publikum om at vi skal redde de fleste. Når vi ikke greier det får vi en voldsom insuffisiensfølelse.

Da er det vel betryggende å få mer opplæring slik at legen kan føle seg sikrere på at han kan det som forventes av ham i en akuttsituasjon?

Det som ofte skjer er at du på kurs øker bevisstheten om det du ikke mestrer og fortvilelsen kan øke i stedet for å avta. Det er viktig å gå på kurs for å oppdatere kunnskap, men jeg har hørt fra mange at kursene, om de er for avanserte,

også kan føre til at en blir enda mer oppmerksom på sin utilstrekkelighet. Denne følelsen av ikke å mestre må være en del av forklaringen på at mange ikke takler utfordringen det er å kjøre legevakt i dag.

Hva skal vi da gjøre? Opplæring fører til større usikkerhet og færre og færre takler utfordringene. Har du tanker om hvordan vi skal kunne beholde legene i distriktene?

Vi må ta bedre vare på hverandre. Her hos oss rykker vi alltid ut med to leger i alvorlige akutsituasjoner. Da kan vi støtte og utfylle hverandre under arbeidet med pasienten(e) og blir heller ikke stående alene igjen med ansvaret hvis noe går galt. Dette er en god modell som kan prøves der det er mulig å få det til. Vi prøver også å ha et nettverk, noen som du kan ringe til hvis det er vanskelig eller noen som ringer til deg hvis du for eksempel blir uthengt i pressen.

Vi trenger selvsagt også å holde oss oppdatert i håndverket, en del prosedyrer må sitte i ryggmargen i slike situasjoner. Alle må kunne basale gjenopplivingsprosedyrer. Vi må imidlertid også ha den ferdighet at vi kan takle det når det går galt. Og vi må kunne leve med vonde følelser.

Det er også en god investering å ha dyktig skolert ambulansepersonell. De kan gjøre mye av jobben i slike situasjoner som avlastar oss. De er også mye flinkere i debriefing enn vi er.

Det ser ut som om vi får til gode ordninger med større legevaktsdistrikt og styring over AMK sentraler. Et problem med dette er at primærlegene enda sjeldnere får utført prosedyrer som forventes at vi skal kunne, for eksempel intravenøs tilgang, intubering etc.

Så hva skal vi konkludere med? Er det rett og slett for tøft å kjøre legevakt i store deler av Norge i dag?

Vi må senke forventningene om hva en legevaktslege kan greie alene på vakt og innse at vi ikke er herre over liv og død. Vi må kunne basale akuttmedisinske prosedyrer og gjøre så godt vi kan i akutsituasjoner med den hjelp vi kan få av ambulansepersonell og kolleger. Og vi må bli flinkere til å ta vare på hverandre og innse at vi ikke har den samme mulighet til redningsaksjoner når vi står alene som når Luftambulansen kommer dalende med alle sine hjelpere og utstyr.

Med dette i bakhodet starter jeg samtalen med Mads Gilbert i Tromsø.

Hva mener du en primærlege bør kunne av akuttmedisinske prosedyrer?

I prinsippet må de ha de samme kjerneferdigheter som akuttmedisinsk personell. Livreddende prosedyrer må starte i lokalsamfunnet, og der er primærlegen den første til å utføre dette. I helseregion Nord har vi drevet med oppsøkende kursvirksomhet for primærhelsetjenesten i 17 år og ser på dette som en meget nyttig og viktig investering.

Konkret må legen kunne det som inngår i plan B-L-Å-S-T som vi utviklet gjennom læreboka «Gjør noe, da!» (Cecilie Arentz-Hansen, Kåre Moen og Mads Gilbert)¹. Vi skrev boka som læreverk for alle landets 9-klassinger, og den er vel verd å lese for alle som kommer i kontakt med akuttmedisin – etter min mening! «BLÅST» er ei huskeregle eller arbeidsplan for de viktigste tiltakene i *alle* akutsituasjoner – uansett årsak.. BLÅST står for Bevissthet, Luftveier, Åndedrett, Sirkulasjon og Temperatur. Kommunelegen i vakt må ha visse kjerneferdigheter i tråd med denne arbeidsplanen:

B = bevissthet:

- må kunne sjekke og vurdere bevissthetsnivået med bakgrunn i Glasgow coma scale

L = luftveier: lege i vakt må kunne:

- diagnostisere om det er fri eller ufri luftvei og åpne eventuelt ufri luftvei
- leire pasienten korrekt
- bruke svelgtube
- bruke sug
- intubere hvis nødvendig
- åpne luftvei kirurgisk med nødtrakeotomi

Å = åndedrett

- vurdere kvalitet på åndedrett
- telle respirasjonsfrekvens
- undersøke thorax skikkelig
- sikre forsvarlig åndedrett på vei til sykehus; administrere oksygen
- punktere evt. pneumothorax, gi adekvat smertelindring
- evt. nedsette ventrikelsonde for å avlaste åndedrettet

S = sirkulasjon

- vurdere klinisk sirkulasjon; telle puls, måle blodtrykk, vurdere perifer sirkulasjon
- leide pasienten korrekt
- stoppe synlige blødninger ved pakking av såret komprimert med bandasje

- substituere tapt volum ved kanylering og infusjon av varme væsker
- vurdere om pasienten er stabil eller ustabil
- vurdere effekt av behandlingen, evt. mistanke om skjulte blødninger

T = temperatur

- enkle teknikker for å holde pasienten varm
- Ved lavere temperatur er risiko større, pasienten blør mer, det er generelt større komplikasjonsfare.

Legevaktslegen må kunne gjenopplive en livløs pasient etter standard regler HLR og A-HLR (basal og avansert hjerte- lungeredning) AHR og (bruk av defibrillator (D-HLR), og kunne dosering og bruk av livreddende legemidler som atropin og adrenalin. Han må også kunne moderne behandling av akutt hjerteinfarkt. Kommunelegen bør se på seg selv som leder av teamet på skadestedet. Han må kjenne til helseradionettet og kunne kommunisere med AMK. Med seg i lomma bør alle ha siste utgave av

1. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp
2. Legevaktshåndboka.

Alle legevaktsleger bør – i likhet med ambulansefagfolkene – resertifiseres i akuttmedisinske prosedyrer hvert år.

Dette høres flott ut, og det høres ut som om dere får dette til i Nord. For primærlegene er akuttmedisinen en del av en mye større virkelighet med arbeidsoppgaver i hverdagen. Det kan gjøre det vanskelig å henge med i alt, man må prioritere skarpt.

Akuttsituasjoner er ikke så sjeldne som vi skulle tro og kanskje ønske. I Norge har vi hvert år ca. 1800–2000 ulykkesdødsfall, 6000 hjertestans, 25000 alvorlige ulykkesbetingede skader, ca 1000 suicid og ca 21.000 hjerteinfarkt. Dette gir i alt ca 55.000 akuttsituasjoner som igjen betyr rundt 150 akuttsituasjoner i Norge hvert døgn. Når nødsituasjonen er der må legen vite hva han skal gjøre og kunne beherske situasjonen.

Legene må få tilstrekkelig opplæring til å bli trygge på seg selv og egen mestring. Jeg tror at det gir mer ro over hele arbeidssituasjonen og at det faktisk kan gi legen bedre helse. Vi må leve med mulighetene for at vi kan gjøre feil. En omskrivning av Inger Hagerups diktillustrerer dette godt:

«Vi bærer med oss natt og dag
den bleke skrekk for det faglige nederlag»

Gi oss ressurser til opplæring og resertifisering av legene som skal drive med legevaktsarbeid, så blir de tryggere på seg selv og de får et bedre liv.

På RiTØ har vi tatt dette på alvor i forhold til våre studenter og de gjennomgår nå en omfattende opplæring i form av et 5 ukers akuttmedisinsk kurs hvor vi har praktisk utsjekk for hver enkelt av HLR og innlegging av venekanyler også i vena jugularis ext.

Selv om en kommunelege som Morten Bain har vært med i denne kursaktiviteten som dere har tilbudt i mange år, sier han at han føler at forventningene til hva han og hans kolleger skal kunne er altfor høye. Hvordan kan du forklare det?

Jeg synes legene ofte tar utgangspunkt i det som er vanskelig og tar skrekken fordi de ikke får til/kan f.eks intubere etc. Det vi vil at legene skal lære seg er en enkel handlingsplan som kan brukes i alle situasjoner. Så får vi heller tåle at vi ikke alltid får til alt det vanskelige. Jeg synes at Plan B-L-Å-S-T er en fin huskeregle som kan fylles ut med det den enkelte legen selv vil mestre. Noe må legevaktslegen beherske veldig godt – det er bedre enn å kunne litt her og litt der.

Etter å ha snakket med primærlegen og akuttmedisineren lurer jeg på om de er så uenige faglig sett. Basal kunnskap i akuttsituasjoner sier de begge må være et minimum for å kjøre legevakt i Norge. Begge sier også noe om at god opplæring gir bedre sikkerhet, men Bain mener også at denne opplæringen kan bli for avansert for primærlegen. Budskapet må være at man må få drillt inn en måte å jobbe på som kan brukes i alle akuttsituasjoner. Spørsmålet er bare hvor mange som får anledning og tid til å gjennomføre dette i praksis.