

Engler uten vinger

– en oppfølging. Intervju med anestesilege Jan Erik Nilsen

• AV TONE SKJERVEN

I Utposten nr. 4- 2000 intervjuet vi en allmennlege, Morten Bain, og en anesthesiolog, Mads Gilbert, om deres syn på hva som er nødvendig kunnskap og ferdigheter for en lege på vakt. I et leserbrev i nr. 5 kom det tilsvaret fra en erfaren allmennpraktiker, Mari Kristin Johansen, som reflekterte over forskjellige aspekter ved samme tema, blant annet om hennes virkelighetsbilde stemmer overens med andre sitt og om hun i det hele tatt skal fortsette å kjøre legevakt.

Mari Kristin Johansen har ikke fått noen svar på spørsmålene sine. Det fortjener hun, synes vi, og har i sakens anledning huket tak i en annen spesialist for å spørre om hans virkelighetsbilde og hans syn på saken.

Presentasjon av Jan Erik Nilsen

Jan Erik Nilsen er anesthesiolog, seksjonsoverlege ved anes-
tesiavdelingen ved Rikshospitalet, akuttmottaket. Han har tidligere vært avdelingsoverlege ved Ullevål sykehus med ansvar for ambulans- og nødmeldetjeneste i Oslo – AMK. Han har fløyet mye ambulansfly og kjørt legeambulans i mange år og har således bred erfaring med legevaktstjeneste. Han svarer bekreftende på spørsmål om han har arbeidet i primærhelsetjenesten idet han forteller at han har vært allmennlege på deltid i 3 år og kjørt mye legevakt de første 12 årene av sin legekarriere. –Så han kjenner den siden av bordet også.

Stortingsmelding 43 om akuttmedisinsk beredskap

Det som gjør Jan Erik Nilsen ekstra interessant i denne forbindelse, er at han satt i Haga-utvalget som laget NOU-rapporten som ligger til grunn for St.melding nr. 43 (1999) om akuttmedisinsk beredskap som «omhandler en rekke tiltak som tar sikte på å styrke den akuttmedisinske beredskap, herunder akuttmedisinsk kommunikasjon, akuttbered-

skap i kommunehelsetjenesten, ambulansetjenesten, luftambulansetjenesten og akuttberedskap i spesialisthelsetjenesten.»

Jeg treffer Jan Erik Nilsen på telefonen, og han har mye å fortelle: *Du har lest de omtalte intervjuene og leserbrevet. Det framkommer en klar diskrepans mellom kollega Johansen sitt bilde av virkeligheten og det Mads Gilbert gir uttrykk for idet hun forteller at hun svært sjelden er ute i akutsituasjoner. Hva er ditt virkelighetsbilde i denne forbindelse?*

Tallene til Mads Gilbert er nok riktige, men den enkelte allmennlege vil, i gjennomsnitt, sjelden komme ut i akutsituasjoner. Selvfølgelig avhengig av hvor og hvordan du arbeider. I større byer vil allmennlegen i liten grad møte slike situasjoner unntatt enkelte hendelser på kontoret og en og annen legevakt. Dette henger sammen med at vi de siste årene har utviklet en mer kompetent ambulansetjeneste som håndterer akuttmedisinske situasjoner, med eller uten allmennlegen tilstede. Dette gjelder ikke bare i Norge. I storbyene i Storbritannia f.eks, er legene svært fornøyde med at



Transport med intensivambulans i forsvarets Hercules-fly. ECMO-pasient. I midten er sjefperfusjonist Thore Pedersen og til høyre avdelingsoverlege Terje Strand. Jan Erik Nilsen til venstre.

disse oppgavene ivaretas av kompetente ambulansefolk. Erfaringer fra Oslo viser at allmennlegene kan være svært inaktive før ambulansen er på plass. Til dette vil jeg si at det er fullt mulig å gjøre mye godt arbeid i utrykningstiden, som i Oslo er ca 8 min. Det bør i alle fall utføres vanlig livreddende førstehjelp, helt enkle, basale håndgrep som f.eks å sikre frie luftveier, gi surstoff og starte medikamentell behandling. Det er imidlertid ikke realistisk å tro at allmennlegen, eller enhver lege som kjører legevakt, skal være akuttmedisinske «spyspisser». Dette vil, enten vi liker det eller ikke, i stor grad gjelde for byene, og der hvor det er kort vei til sykehus.

Mari Kristin Johansen spør hvordan hun skal kunne være oppdatert i akuttmedisinske prosedyrer overhodet når hun så sjelden er i kontakt med det. Hva mener du om det?

Hun kan ikke være oppdatert i slike ferdigheter uten å få utført dem regelmessig og til stadighet. Legen må føle det trygt å kjøre legevakt. Hun må derfor kjenne den lokale ambulansetjenesten og hvordan den fungerer, kjenne ambulansefolkene ferdigheter og kunnskap og kunne kommunisere med dem. Videre må hun kunne kommunisere med AMK. Hun må ha kunnskap til å styre det diagnostiske og behandlingsmessige ved situasjonen. De tekniske grepene bør ambulanspersonell kunne ta seg av, og det kan ofte være en fordel å kunne ta et skritt tilbake og innta rollen som den som har oversikten i en slik situasjon. Samtidig skal man selvfølgelig kaste seg ut i arbeidet hvis man har interesse av det og synes det er moro.

Bør hun slutte å kjøre legevakt?

Hun skal *ikke* slutte å kjøre legevakt. Faren ved å stille for høye krav til kunnskap og ferdigheter slik som det legges fram i intervjuet med Mads Gilbert, er at erfarne kolleger ikke orker og tør å fortsette med legevaktsarbeid når de ikke får oppdatert seg faglig, og dermed overlater dette viktige arbeidet til unge, uerfarne kolleger. Vi må imidlertid kunne forlange at vi skal slippe å kjøre «solo» i distriktene. Det bør være en bakvakt som kan ta arbeid på kontoret når vaktlegen er ute i akuttmedisinske oppdrag, og det må satses på at ambulansetjenesten har et beredskapsnivå som kan være til støtte for legen og arbeide sammen med henne om de tekniske tingene.

Hvor høyt bør hun etter din mening prioritere en regelmessig oppdatering av akuttmedisinske prosedyrer?

Man blir bare god ved å utføre ting. Hun bør først og fremst prioritere å holde seg oppdatert på samarbeidsrutinene med AMK og ambulansetjenesten. Legen og ambulansetjenes-

ten bør etter min mening kursenes sammen for å teste og øve på ferdigheter og samarbeidsrutiner. Slik kursing bør i alle fall foregå årlig.

I Stortingsmelding 43 «Om akuttmedisinsk beredskap» oppfordrer departementet fagmiljøet til å utarbeide faglige prosedyrer for samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten, metoder for etterlevelse av disse samt samarbeid om etterutdanning for å vedlikeholde kompetansen. Mads Gilbert forteller at han har holdt en rekke kurs i sin region som ledd i etterutdanning og vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse. Er det planer om et mer landsomfattende opplegg som etterkommer en slik oppfordring?

Her må jeg først skyte inn at at Mads er visjonær og har gjort mye bra arbeid på dette området. Det vi kanskje er uenige om er i hvilken grad den enkelte lege skal være oppdatert i avanserte akuttmedisinske ferdigheter.

Akuttutvalget foreslo et landsdekkende kompetansenettverk med forankring i et nasjonalt akuttmedisinsk kompetanse- og undervisningssenter. Et slikt senter ble for noen måneder siden etablert ved Ullevål sykehus. Senterets leder er dr. med. Lars Wik, internasjonalt anerkjent forsker innen akuttmedisin og tidligere direktør for Medinnova (Rikshospitalets forskningsstiftelse). Under planleggingen av dette senteret hadde man allmennleger med i gruppen. Formålet med senteret skal, blant annet være å definere kompetansekrav og å utarbeide kursopplegg for alle faggrupper som er involvert i akuttmedisinsk virksomhet. Jeg tror det kunne være formålstjenlig å formulere konkrete krav til kunnskaper og ferdigheter for leger som skal delta i legevakstjeneste, fulgt opp av tilbud om kurs og lokale øvelser. Senteret skal også kunne gi råd om, og stille krav om organisering og gjennomføring av denne tjenesten over hele landet.

Dette høres jo riktig bra ut....

Ja, vi har tro på at dette skal bli bra. Skottland er et stjerneeksempel på at det går an å få gjennomført slike tiltak. Der ble det for en tid siden opprettet et nasjonalt akuttmedisinsk senter der de blant annet har utarbeidet kursmoduler for allmennleger slik at de kan få et regelmessig, godt tilbud om oppdatering på området. Men dette koster penger. Hvis man tror at man kan få til et generelt kvalitetsløft uten at «Storebror» er involvert, tror man på julenissen.

Kan du si noe om hvordan Kompetansesenteret er finansiert? Er du involvert i dette arbeidet?

Senteret vil i oppstartsfasen bli privat finansiert, blant annet gjennom støtte fra Stiftelsen Norsk Luftambulanse og

Lærdal-stiftelsen. Selv har jeg sittet i arbeidsgruppen som utredet fundament og aktuelle arbeidsoppgaver for et slikt senter.

Kan du si litt mer om hvordan du tenker at denne generelle, landsomfattende kompetansehevingen skal gjennomføres?

Ryggraden i norsk akuttmedisin bør bestå av et velfungerende samarbeid mellom allmennlegen, ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten. Det bør være en systemansvarlig overlege for akuttmedisinsk tjeneste i hvert fylke. Det er videre viktig at folk ute i lokalsamfunnet kan førstehjelp slik at enkle tiltak kan iverksettes raskt. I NOU' en anbefalte vi at lokale team går sammen om å håndtere akuttmedisinske tilstander. Ressurser bør søke sammen og løfte hverandre kompetansemessig. Ambulansepersoneell med fagbrev er gjennom ny helsepersonell-lov gjenstand for autorisering. Departementet anbefaler 2-manns-betjente ambulanser, hvorav minimum 1 har fagbrev. Lokalt bør det stilles krav til minimumskompetanse for hjelpepersonell.

Akuttmedisinske kurs kan organiseres og arrangeres ut fra de lokale sykehus, med støtte av fylkets systemansvarlige lege og det nasjonale, eventuelt regionale kompetansesentra. Helt sentrale teknikker som de bør drilles i, er HLR, luftveisikring, etablering av venevei og bruk av semiautomatisk defibrillator. Det bør utvikles standarder for utstyr i ambulansene, og dette bør være så standardisert at legen alltid skal ha en grei oversikt over hva som er i bilen og hvor han finner det.

Når det gjelder nødmeldetjenesten tror jeg det er viktig at man satser på større enheter for AMK- og legevaktsentra-

ler. Driftsenhetene må være store nok til at de blir hyppig eksponert for akutte situasjoner og slik at de kan de opprettholde en god beredskap. Jeg tror at dette er en nødvendig utvikling, ikke minst pga. at det er behov for å ta i bruk ny, og kostbar, kommunikasjonsteknologi. Dette vil være med på å gi legevaktslegen en annen ryggdekning ved at driftsenheten kan følge med på og være med i innledende selektering og vurdering av situasjoner. Legevaktsarbeidet bør nok også i større grad drives ut fra faste lokaler, og med mindre bruk av ambulerende lege i sykebesøk. Pasienten vil tjene på å bli undersøkt og behandlet i velutstyrte lokaler og med god hjelpersonell.

I en slik utvikling blir det svært viktig med skikkelig kommunikasjonsverktøy. Det siste jeg skal nevne er derfor et nytt digitalt radiosamband (TETRA) som nå er under utredning. Med dette systemet kan man være on-line med sykehuset, man kan overføre direkte signaler fra medisinsk monitorerings- og måleutstyr, f. eks. EKG. Sykehuspersonellet kan dermed være med på å backe opp kolleger i felten både faglig og mentalt. Alle har vel kjent på den isende frykten ved å stå alene overfor en pasient som er kritisk syk eller døende pga. akutt sykdom eller skade, og hvor din innsats kan være avgjørende.

Målet er at vi får et landsomfattende løft av akuttmedisinsk beredskap som gir et best mulig tilbud til publikum, og ikke minst, som gjør at allmennlegene og de som driver akuttmedisinsk virksomhet skal føle seg trygge og modige i tjenesten. Dette koster penger, og samfunnet får de tjenestene det er villig til å betale for. Det er å håpe at vi får bevilget nok midler til å gjennomføre dette innen rimelig tid.

UTPOSTEN *blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

Sjøbergvn. 32 - 2050 Jessheim

Tlf. 63 97 32 22 - Fax 63 97 16 25 - E-mail rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN

Det koster kr. 375,- pr år!

Jeg ønsker å abonnere på UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed

