

«DOBBELTIME»

med Per Einar Jahr mars '03

Per Einar Jahr er en markert akuttmedisinsk interessert lege på Fagernes, men det er langt mellom det akuttmedisinske miljøet sørpå og nordpå. Intervjuer i Tromsø vet derfor ikke så mye om Dr. Jahr. Nysgjerrigheten er desto større. Vi begynner rett og slett med en fyldig presentasjon.

«Kem e du?»

Jeg er kommunelege i Nord Aurdal, 47 år og har fire barn som etter hvert er begynt å bli voksne. Født i Oslo, bodd flere steder under oppveksten. Studert i Tromsø, kull '78. Kom til Valdres ganske rett etter turnus og har vært der mer eller mindre hele tiden. Hadde et opphold i Østfold, men lengtet tilbake til naturen og vintrene i Valdres. Jobbet som ambulansesjåfør i Oslo et år for å samle poeng til å komme inn på legestudiet. Det var ikke poenggivende da. Arbeidet som ambulansesjåfør ble ikke verdsatt som medisinsk virksomhet, men via mange omveier fikk jeg det gjennom som tellende. (Var egentlig på nippet til å fortsette i den jobben for så fascinerende var det!) Jobbet så senere på ambulansen i ferier gjennom studietiden. Ellers så er jeg med i styret for NAKOS (Norsk akuttmedisinsk kompetanse senter) og Norsk førstehjelps fagråd. Jeg har også vært med i en av utredningsgruppene som bl.a. Helse Øst og Helse Innland har brukt i forbindelse med omstilling av akutfunksjonene.

«NAKOS er lite kjent nordpå... Fortell!»

Norsk akuttmedisinsk kompetanse senter startet som et samarbeide mellom akuttmedisinsk orienterte kolleger, som Peter Andreas Steen, Jan Erik Nilsen, Lars Wik. Samt Stiftelsen Norsk Luftambulans. Departementet har besluttet at NAKOS i fremtiden skal være et offentlig etablert kompetansesenter som er ment å fungere som en node i et nettverk mellom regionale og lokale kompetansesentre rundt om i hele landet.



Rask kikk på nettet: NAKOS har i følge hjemmesiden deres eksistert siden 2000–2001 og så langt hatt tre store akuttmedisinske seminar.

Adr: www.NAKOS.org (– men sidene er foreløpig litt uferdige og delvis på latin...)

I likhet med mange allmennleger i distriktene er Per Einar Jahr nå opptatt av Distriktsmedisinske sentre, DMS.

Vi var i februar i Alta, møtte Daniel Haga og så hva de har fått til der. Vi har fått prosjektmidler og er også i ferd med å etablere et distriktsmedisinsk senter i Valdres. Vi vil lage en interkommunalt DMS med seks kommuner, og det skal ligge i Nord Aurdal kommune, på Fagernes. Fagernes er regionsenteret og ligger fint til midt i regionen geografisk. Vi er kommet så lang at det i disse dager installeres digitalt røntgen utstyr hos oss som skal sende bilder ned til Gjøvik sykehus via bredbånd. Slik kan vi ta bilder i Fagernes og se på dem sammen med radiologene på sykehuset mens pasienten venter. Dette er faglig spennende for oss og det er samtidig samfunns økonomisk gunstig.

«Men kvaliteten på røntgen bildene...?»

Det blir bra kvalitet pga teknisk avansert utstyr.

«Jeg mener; får dere volum nok til å bli gode?»

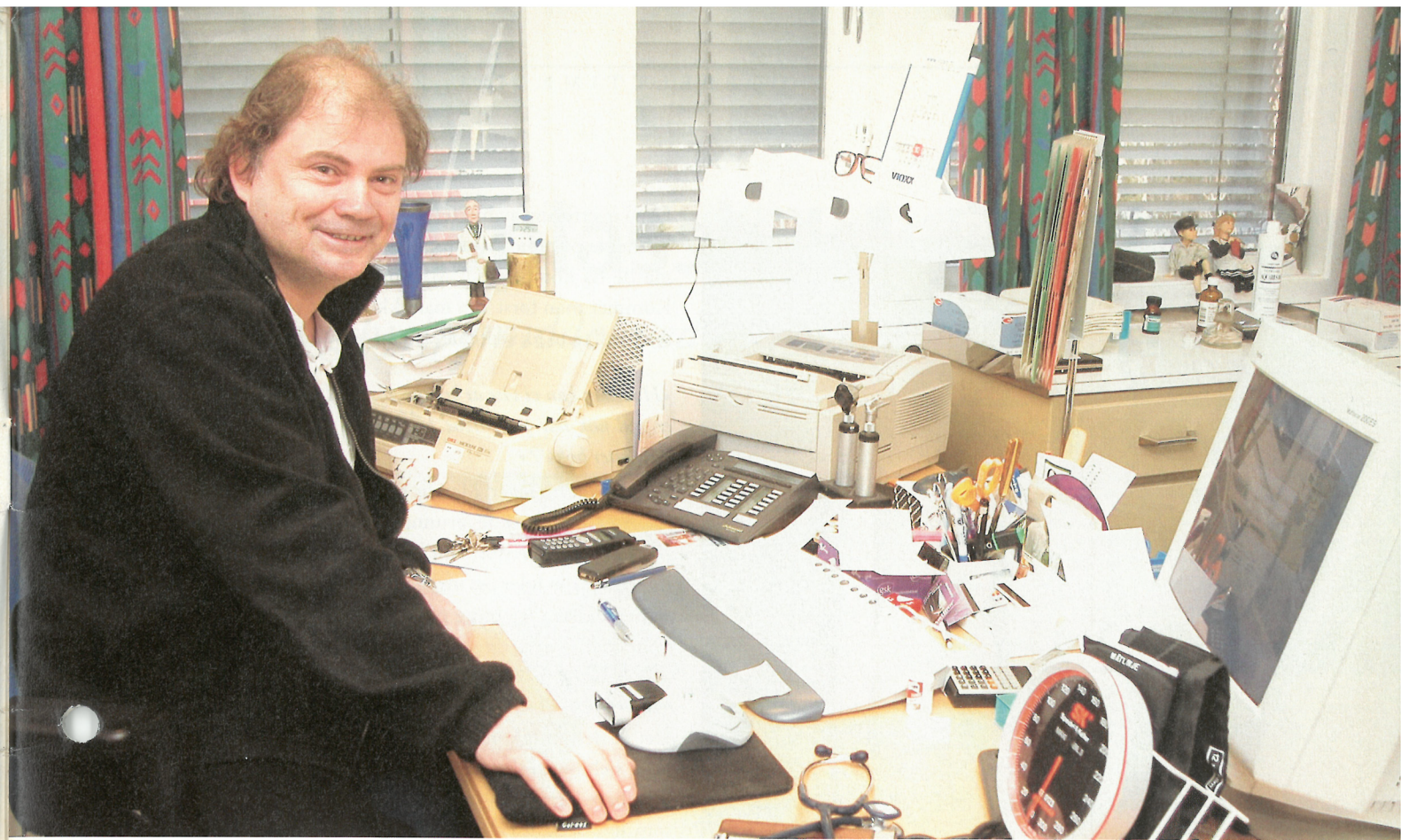
Vi regner med å ta mye skjelett røntgen og lunge røntgen. Det vil en radiograf få volum nok til å bli god på. Dessuten vil vi raskt få tilbakemelding fra radiologene på sykehuset om kvaliteten på bildene ikke er god nok. De vil jo ikke godta dårlige bilder.

Jahr forteller videre at også de, som Altaværingene, vil ha dialysetilbud på sitt DMS og de vil ha spesialister i annet enn allmennmedisin.

Vi håper å få spesialisthelsetjeneste litt gradvis, ikke for fort. Vi vil knytte til oss spesialister som ikke bare vil tjene raske penger samtidig som de er på hytta si i nærområdet. Vi vil gjerne at de skal ha en tilknytning til senteret og at vi skal kunne dra veksler på hverandre. Felles spisepauser er for eksempel viktig. Vi må møtes og føle at vi har et eierskap til samme sted. Det som er en av utfordringene er at dette vil kreve betydelig bygningsmasse. Det koster penger...

«Det hadde vært spennende å høre litt mer om akuttmedisinen hos dere, om legevakt og ambulansetjenesten.»

Vårt distrikt var en av de aller første som opprettet en bemannet interkommunal legevaktsentral i Norge. Myndighetene ville dette for at legene skulle ha sjeldnere vakt, da spesielt nattevakt og også kunne gi et bedre tilbud til pasientene pga bedre utstyr. Dette har vært ellers i landet i tilknytning til sykehus eller sykestue. Hos oss har vi et vakt-samarbeid om nettene fra kl 22.00–08.00, samt i helgene. Legevaktsentralen (LV sentr.) er bemannet med sykepleiere for det meste, men også noe ambulanse personell går



i turnus. De fleste pasientene bor innenfor en radius av tre–fire mil. De pasientene som er lengst unna, i den ytterste avkrok, har sju–åtte mil til sentralen. Men det gjelder ikke mange. Vi har ikke en formalisert bakvaksordning for disse pasientene. Det er jo anbefalt å ha en lege tilgjengelig som bakvakt der ute i periferien ved mer en 1 times kjøring inn til legevakt. Vi føler at vi er akkurat i grenseland.

Jahr er fornøyd med at de i tillegg har en uniformert legevaktsbil med blålys dersom de skulle trenge å rykke ut fort. Men oftest reiser de sammen med ambulansen som er lokalisert rett i nærheten av legevakten.

Det vi kunne ønske på sikt var å integrere ambulansesentralen i legevaktsentralen. Da kan vi jobbe enda tettere, vi kan bli enda bedre kjent, vi kan utvikle flere felles prosedyrer og trene sammen. Foreløpig har vi et godt samarbeidsforhold, men ikke noe formalisert. Vi har felles øvelser som vi prøver å gjennomføre to ganger i året. Da er det gjerne en litt større øvelse og en litt mindre øvelse vi har, kanskje en papirøvelse.

Ellers er legevaktsentralen døgnåpen, så der drikker vi kaffe sammen. Legene har lav terskel for å bli med ut i ambulansen og det er klart en stor fordel med stabile leger for teamarbeidet. Det er lenge mellom hver gang en lege slutter her hos oss!. Dessverre har det vært noe mer gjennomtrekk på ambulansesiden. Det ble nye folk i tjenesten her etter anbudsrunde for tre år siden, så de er relativt nyetablert, men de fungerer godt faglig sett og har stort potensial til å bli riktig gode ved at de etablerer en stabil stamme igjen.

Videre vil Fagerneslegen gjerne fortelle om kriseteamet som de kaller POSOM, psykososial omsorgsgruppe.

Den har akkurat vært i aksjon i forbindelse med det tragiske drapet på en bussjåfør på jobb. I løpet av en halv time var hele gruppen etablert og i sving. Dette er en gruppe som har vært på kurs på Starum på Sivilforsvaret treningssenter og gått igjennom POSOM-kurset. Det var veldig nyttig. Kurset munnet ut i en større øvelse som vi kjenner at vi kan dra nytte av i arbeidet her, vi kjenner oss igjen i forskjellige situasjoner.

Mange steder kan ambulanse tjenesten være de som er mest stabile i kjeden som redder liv. Nå planlegges det å legge ned kirurgisk akuttberedskap flere steder. Nye utfordringer er følgen for beredskapen i kommunen. Utposten vil lufte med Per Einar Jahr litt om hvem som har ansvar for at ambulansetjenesten er bra nok til å møte disse utfordringene.

Nå er det helseforetakene (HF) som har ansvaret. Hos oss er det primært også et samarbeid med kommunehelsetjenesten.

«Hva når dette samarbeidet ikke eksisterer, når legene i kommunene mener at en tjeneste ikke er bra nok? Det er jo legene i kommunen som har det medisinskfaglige ansvaret for pasientene innen for kommunegrensen.»

Det er HF man må jobbe mot dersom ambulanse tjenesten ikke fungerer. Det vil komme en forskrift i løpet av året og den vil på en måte sette en standard som vil gjelde i hele landet. Jeg tror ambulansen er på full fart til å få ordnede former når det gjelder faglighet.



Jahr mener imidlertid også at det er uheldig at allmennleger på bygda ikke prioriterer akuttmedisin høyt nok. I tillegg trekker han frem at det dessverre ikke er spesielle krav til dette i spesialistutdannelsen i allmennmedisin.

De som blir spesialister skal ofte ut på landsbygda og ha ansvaret for den akutt medisinske tjenesten. De kan ikke lene seg tilbake og regne med at ambulansen alltid skal rydde opp!

Det kan allikevel synes som at trenden er at ambulansen skal gjøre mer og mer av jobben ute. Utposten synes det er spennende med Jahr sitt doble engasjement i både DMS og akuttmedisin. Med større interkommunale løsninger vil lege-pasient avstanden ofte øke. Hva mener han om hvor lenge er det forsvarlig at en pasient bare taes hånd om av ambulanspersonell?

Det er intet enkelt svar. Når ambulansetjenesten får formelle krav, så er i alle fall den forutsigbart. De kan en del grunnleggende medisin for å opprettholde de vitale funksjoner. Jeg er ikke så bekymret for om de må ta hånd om pasienter i 1\2-1 time før de kommer til lege evt. sykehus. Etter hvert

får vi overføring av hjerterytme, EKG osv. og opererer med vaktleger på radio. Men når leger blir og skal bli involvert så må de ha kompetanse! Man må vite hva man skal gjøre. Kommer man først kan man ikke stå og vente på ambulansen fordi man forventer at de skal gjøre en bedre jobb.

«Hvordan kan vi vite at kompetansen til ambulanspersonellet er god nok når pasientene presenterer problemer som ikke er 'helt etter boka'?»

De er langt fra leger. Men de har mye erfaring i akuttmedisin. Det er en viktig grunnpilar for å vite når man skal reagere! Jeg har stor tillit til ambulanspersonellet. Vi er med ut når vi føler oss utrygge, når vi trengs, men i de aller fleste tilfelle er jeg trygg på ambulanspersonellet.

«Vil DMS med interkommunal LV-sentral føre til at lege sjeldnere reiser ut til pasientene?»

Det er den interkommunale LV-sentralen som evt gjør at leger sjeldnere reiser ut. Vi reiser sjeldnere i besøk nå. Det er ikke bare negativt. Vi er nå stort sett lokalisert ved sentralen som ligger midt i distriktet. Beredskapen er bedre. Publikum kommer nå til oss der de kan få gjort en helt annen vurdering enn før, i gode lokaler med mye utstyr. Vi går glipp av en del info fra hjemmemiljøet, men rent medisinsk teknisk og faglig er jeg mye tryggere når jeg har pasienten på et senter. Det tror jeg pasientene også føler. Vi kan også legge pasienter til observasjon og slipper å ta en avgjørelse der og da, som man må gjøre når man er hjemme hos pasientene. På vår LV-sentral bruker vi legekantorene til observasjons-plasser. På et DMS vil vi få dedikerte observasjonsenger.

Avslutningsvis lar vi legen som nesten valgte å bli ambulanspersonell i stedet, slå et slag for den yrkesgruppen. «De er en gruppe i stor utvikling. Kan vi gjøre noe for å støtte dem?»

Jeg helt enig med ambulanspersonellet i at de tjener for dårlig i forhold til arbeidet de gjør og ansvaret de tar, – så absolutt! Dette gjelder over hele Norge. De er underbetalte og er ikke blitt verdsatt i forhold sitt ansvar og den etter hvert store kompetanse de har greid å få gjennom utdanning og kursing. Ambulanspersonellet har jo fått en helt annen status nå som helsearbeidere. Før var de transportarbeidere. Folk skjønner at de har en både viktig og vanskelig jobb. Når de er i en situasjon sammen med oss, må vi derfor ta i mot dem på en ordentlig måte. Deres opplysninger fra transport og observasjonstiden er veldig viktige for oss. Jeg synes også de bør få være med i de prosedyrene vi utfører før transport videre. Da vet de hva jeg har gjort og hvordan jeg tenker før de skal transportere. Jeg synes de ofte har sin plass i den behandlingen. Utgangspunktet må være at pasienten har det tryggest mulig under transporten videre. Vi må være oss bevisst at vi jobber i team.

Helen Brandstorp