

Allmennlegen viktig ved **rød** respons

AV ERIK ZAKARIASSEN

Det er en oppfatning blant mange at akuttmedisin består av enkle men alvorlige tilstander som kan håndteres ved hjelp av enkle prosedyrer av trenet personell, men de fleste akuttmedisinske situasjoner i Norge er kompliserte og trenger legens kompetanse. De ukompliserte protokollstyrte situasjonene, som eksempelvis hjertestans, er sjeldne.

I 2007 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant landets fastleger. De fastleger som de siste 12 måneder hadde deltatt i legevakt ble spurt om hvilke akuttmedisinske situasjoner de hadde vært borti, hvilke akuttmedisinske prosedyrer de hadde gjennomført og om de følte seg trygge i å utføre prosedyrene (1). Med akuttmedisinsk situasjon mente vi det som tilsvarte rød respons etter medisinsk indeks, eller en situasjon der legevurdering ble antatt å haste.

Et vidt spekter av erfaring

Det ble spurt om fjorten forskjellige akuttmedisinske situasjoner som alle var potensielt livstruende (TABELL 1). Det var stor erfaringsbredde innen akuttmedisinske situasjoner blant legevaktlegene. Alle situasjonene var erfart av noen. Ikke overraskende var det vanligste vanlig. Brystsmerter, akutt psykiatri og tungpust hadde nesten samtlige leger behandlet mellom fire og seks ganger i løpet av de siste 12 månedene. Fødsler hadde lavest skår med erfaring minst en gang blant bare elleve prosent av legene. Fastlegene som deltar i legevakt har altså en vid akuttmedisinsk erfaring, men likevel oppleves de fleste akuttmedisinske situasjonene relativt sjeldent. Det er indikasjoner på at den akuttmedisinske erfaringen kunne vært større om fastlegene hadde hatt mer fokus rettet mot de sykeste. Det kommer jeg tilbake til senere.



Erik Zakariassen

sykepleier.

Cand.polit / forsker Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Stipendiat Norsk Luftambulansse

Studerer akuttmedisinske hendelser med hovedfokus rettet mot legevakt

Fastlegene ble spurt om de hadde vært i en situasjon der det var nødvendig å utføre noen av de åtte akuttmedisinske prosedyrer (TABELL 2, s.17), hvem utførte prosedyren (legen selv, ambulansepersonell etc) og om fastlegene følte seg trygge i å utføre prosedyrene. De akuttmedisinske prosedyrene som det oftest hadde vært nødvendig å gjennomføre, var oksygen på maske, innleggelse av venekanyler og intravenøs medikamentering. Hjerter-lungeredning, defibrillering, maske-bag ventilering og intubering var sjeldent eller aldri nødvendig å gjøre. Hvem som utførte prosedyrene svarte ikke fastlegene på. Fastlegene hoppet til neste spørsmål som dreide seg om de følte seg trygge i utførelsen av prosedyrene, noe de i stor grad gjorde, bortsett fra intubering.

TABELL 1. De akuttmedisinske situasjoner med prosent av fastlegene som hadde erfart situasjonen minst en gang.

Akuttmedisinske situasjoner	%
Brystsmerter / hjerteinfarkt / lungeødem	94
Akutt psykiatri	92
Astma / Kols	88
Intox / overdose	69
Hode skade	68
Kramper	60
Koma / bevisstløshet	59
Utrykning	52
Anafylaksi	47
Hypoglycemi	42
Hjertestans	42
Multitraume	30
Hypotermi	12
Fødsler	11



Legevaktlegen og ambulansetjenesten samarbeider tett om akuttmedisinen noen steder.

ILLUSTRASJONSFOTO: KNUK EKANGER

Store forskjeller mellom by og land

Grovt sett kan vi si at på bygda rykker legene ut til pasientene, mens i byen jobber de kun i legevaktslokalet. I undersøkelsen rapporterte fastleger ved interkommunale legevakter og i legevaktdistrikt med mer en 20 000 innbyggere lavere eksponering for akuttmedisinske hendelser og prosedyrer, og en betydelig lavere deltagelse ved utrykninger. Dette er rart. Er det slik at tilfeller av akutt syke eller skadede i interkommunale legevakter er lavere enn i kommunale legevakter? Færre vakter, som er motivasjonen bak interkommunalt samarbeid, gir selvsagt mindre tid i vakt, men samtidig vakt for en større befolkning og skulle således ikke gi lavere eksponering. Ved statistisk analyse, der det blant annet ble justert for antall vakter og innbyggere i legevaktdistriktet, fant vi likevel lavere eksponering for akuttmedisinske hendelser ved interkommunale legevakter og i legevaktdistrikt med mer enn 20 000 innbyggere sammenlignet med små kommunale legevakter. Her er det klare indikasjoner på at de akuttmedisinske pasientene som ikke møter direkte på legevakten i større grad blir overlatt til ambulansetjenesten. En forklaring på dette kan være at disse legevaktene ligger nærmere sykehuset og at legen ikke ser behovet for å rykke ut. Dermed blir pasientene ofte unødvendig kjørt direkte til sykehus.

Erfaring innen akuttmedisinske hendelser kunne altså vært større blant fastlegene om de hadde konsentrert seg om de

sykeste. Samtidig vet vi at de fleste kommuner / legevaktdistrikt ikke har legebil til disposisjon for legevakten, men overlater transport av lege til helseforetak eller legens private bil. Dette er en organisering som sannsynligvis ikke øker legevaktlegens lyst til å rykke ut.

Har legevaktlegen akuttmedisinsk kompetanse?

Undersøkelsen viser at de fastlegene som deltok i legevakt, også deltok ved akuttmedisinske situasjoner. Det er flott. Erfaringsgrunnlaget er bredt, men samtidig er akuttmedisinske hendelser sjeldne. Eneste krav til lege på vakt er at vedkommende er lege. Det er ikke krav om kurs i akuttmedisin. For spesialiteten allmennmedisin, er det nå krav om et akuttmedisinkurs hvert femte år. Det hjelper jo noe for dem som er allmennleger, men ikke for dem som tar legevakt som ikke er allmennleger. For å opprettholde praktiske ferdigheter er kurs hvert femte år uansett for sjeldent. Øver man eksempelvis hjerte-lungeredning hvert femte år vil man huske hva som skal gjøres, men den praktiske utførelsen vil være dårlig. Her er også noe av min bekymring vedrørende svarene på undersøkelsen. De kompliserte akuttmedisinske prosedyrene ble utført meget sjeldent, men fastlegene svarte i stor grad at de følte seg kompetent til å utføre dem. Ut fra den forskning som finnes innen praktiske ferdigheter i akuttmedisin må prosedyrene enten utføres jevnlig eller det må øves jevnlig(2). I undersøkelsen ble det ikke spurt om antall treninger i året. Enten er det slik at

legene øver mye, eller så er dette en større opplevelse av mestring enn det en kan forvente. Fastlegene må i dag selv ta ansvar for hvor ofte de trener på akuttmedisinske prosedyrer. Kan hende kommunene burde ta større ansvar her.

Legevakt for hvem?

Min oppfatning (som innbygger i en kommune) er at kommunen har en lege på vakt om ettermiddagen og natten for å kunne ta seg av de innbyggerne som blir akutt syke eller skadet og som ikke kan vente til fastlegekontoret åpner om morgenen. Det vil si de pasienter som må ha umiddelbart hjelp av lege og de som kan vente noen timer, men ikke til dagen etter. Håndtering av akuttmedisinske pasienter og utføre akuttmedisinske prosedyrer blir dermed en naturlig del av legevaktsarbeidet. Høyest kompetanse til de sykeste pasientene bør være mottoet til legevakten i Norge.

Akuttmedisinsk hjelp av hvem?

Helseforetakenes ambulansetjeneste og personell ved landets AMK sentraler beklager seg over manglende deltakelse fra legevakttjenesten når det dreier seg om akutt syke og skadede pasienter som ikke befinner seg i legevaktlokalet. Stemmer det at legene ikke rykker ut? Halvparten av landets legevaktdistrikt har leger som alltid er tilknyttet helseradionettet (altså leger som bruker radio på vakt) slik at AMK sentralene kan varsle dem når det skjer noe som krever legens umiddelbare oppmerksomhet. Det kan bety at halvparten av landets legevaktdistrikt delvis eller alltid bryter forskriften om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dessuten er det problematisk hvis legevakten er organisert slik at den overlater behandling av de antatt sykeste til helseforetakenes ambulansetjeneste. De ukompliserte akuttmedisinske tilstandene, som eksempelvis hjer-testans, er sjeldne blant de røde responsene men forholdsvis lette å behandle for trenet personell. Hjer-testans behandles etter protokoll og dette er ambulansepersonellet gode på.

TABELL 2. Median verdi av antall ganger akuttmedisinske prosedyrer hadde vært nødvendig å utføre og prosent av fastlegene som hadde vært i situasjonene

Prosedyrer	Median verdi antall ganger		Alle
	Median	25–75 % percentil	
Venøs tilgang	4	1–10	78
Oksygen på maske	3	1–10	77
IV medikamentering / væske	3	1–10	78
Pålegge nakkekrage	0	0–2	41
Hjerte-lungeredning	0	0–1	36
Bag-maske ventilering	0	0–1	37
Defibrillere	0	0–1	30
Intubasjon	0	0–0	22

Det forventes at fastleger som tar legevakt har praktiske ferdigheter innen også disse sjeldne akuttmedisinske hendelsene. Konsekvensen av mangel på praktisk kunnskap kan bli alvorlig (3). Men det vanlige er jo likevel det fastlegene selv rapporterte var vanlig, nemlig ondt i brystet, vanskelig for å puste eller alvorlige psykiatriske tilfeller. Dette er oftest eldre pasienter med et sammensatt sykdomsbilde under akutt forverring og de pasientene trenger den beste kompetanse innen diagnostikk og behandling, noe det er legen, i dette tilfelle fastlegen, som har.

I tillegg ser det ut som om helseforetakene også bryter forskriftene angående varsling. Det oppstår daglig mange akuttmedisinske hendelser rundt i landet som ingen legevaktleger blir varslet om. Vet ikke legevaktlegen om at noen er akutt syk i legevaktdistriktet sitt, så kan legevaktlegen selvsagt ikke delta i behandlingen.

Vi må vite mer om legevakt, og mer kunnskap er på veg. I løpet av våren 2009 skal Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og Stiftelsen norsk luftambulans ha analysert alle akuttmedisinske hendelser i tre AMK distrikt som til sammen dekker omtrent 800 000 mennesker. Da får vi tall på hvem som varsles fra helseforetakene, hvem som rykker ut, hva som er antatt problem og hvor pasientene blir behandlet. Insidens av akuttmedisinske problemstillinger i befolkningen vil være representativt for innbyggerne i Norge. Åttifire forskjellige kommuner er representert med alle varianter av organisering av legevakter. Om administreringen av akuttmedisinske hendelser i de tre AMK sentralene er representativt for landets AMK sentraler er mer usikkert. Men jeg gleder meg til å analysere resultatene. Kanskje det kan knekkes noen myter om akuttmedisin og legevaktsleger?

Takk til fastlegene som svarte på undersøkelsen. Dette var tydeligvis noe fastlegene mente var viktig ettersom 95 prosent av alle som hadde tatt vakter på legevakten siste 12 måneder besvarte spørreskjemaet, til sammen 1832.

Referanser

1. Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. *Emerg Med J* 2008; 25: 528–533.
2. Isbye D, Høiby P, Rasmussen et.al. Voice advisory manikin versus instructor facilitated training in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 2008, doi:10.1016/j.resuscitation.2008.06.012
3. Makeham M, Saltman D, Kidd MR. Lessons from the TAPS study. Management of medical emergencies. *Australian Family Physician* 2008; 37. <http://www.racgp.org.au/afp/200807/25441>

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
erik.zakariassen@isf.uib.no