

Morgendagens akuttmedisin

– en disiplin uten allmennleger?

AV NILS RUNE NILSEN OG HARALD LYSTAD

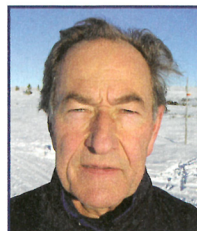
I byer og bynære områder blir stadig mer av akuttmedisinen håndtert av ambulanspersonell – uten at allmennlegene er involvert. Ofte medfører det direkte innleggelse i sykehus uten legevurdering. Dette gjelder i første rekke pasienter med skader, brystmerter, akutt dyspné, hjertestans og store magesmerter. Er dette en utvikling vi ønsker? Og er allmennlegene i ferd med å bli fratatt akuttmedisinsk kompetanse og ansvar?

På landet er det tradisjonelt fastlegen eller legevaktslegen som har hatt ansvaret for akutte medisinske og kirurgiske tilfeller. I Hallingdal, der det er et par timers reisevei til nærmeste sykehus, har allmennlegen eller legevaktslegen vært en hovedaktør innen akuttmedisin. Også her opplever vi nå at ambulanspersonell i økende grad forholder seg utelukkende til sykehus, AMK og luftambulansen, uten at allmennlegene er involvert. Ved akutte brystmerter blir EKG tatt i ambulansen og sendt via telenettet til kardiolog på sykehus. Ved bilulykker og andre større skadetilfeller blir pasientene transportert direkte til sykehus.

Ambulanspersonell har fagbrev og stadig flere tar paramedic-utdanning som tilsvarer høyskole med bachelor-grad. Mange tar avanserte kurs som AMLS («Advanced medical life support») og ATLS («Advanced trauma life support») med eksamen som er skriftlig og praktisk. De får en tidsbegrenset sertifisering som gir høy kompetanse i håndtering av traumer samt akutte medisinske og kirurgiske tilstander.

Legene på vikende front

I ti år har legekontorene i Hallingdal drevet med prehospital trombolyse ved ST-elevasjonsinfarkt. I et møte med AMK og lokalsykehus ble det spurt om ikke dette syste-



Harald Lystad

Cand.med. Bergen 1970, distriktslege i Lofoten 1971–1975, distriktslege/kommunelege i Hemsedal fra 1975–, spesialist i allmennmedisin i 1985 og i samfunnsmedisin i 1987. Spesialinteresse er skiskader som han har registrert siden 1997. Kjører legevakt fortsatt.



Nils Rune Nilsen

Cand. med. Dublin 1979, 1 år indremedisin ved Ringerike sykehus, spesialist allmennmedisin.

met – som har vist seg å fungere godt – bør videreføres. Det ble sagt at i andre deler av fylket var det ikke slik, og at enkelte allmennleger ikke en gang visste hva AMK var. Man kan ikke ha to operative systemer i ambulansetjenesten, med en særordning for Hallingdal. EKG skal tas av ambulansen, selv når pasienten er nabo til legekontoret, ble det sagt.

Kommunene i Hallingdal deltar i en den såkalte STREAM-studien, der pasienter med ST-elevasjonsinfarkt og mindre enn tre timers sykehistorie randomiseres til trombolyse og PCI (perkutan koronar intervensjon) eller til PCI alene. Trombolyse og randomisering gjøres av ambulansen – noe vi oppfatter som mistillit til allmennlegene fra AMK og sykehuslegene. Kan vi ikke lenger tolke EKG og behandle brystmertepasienter? Forspiller vi tid? Selv på landet, ser det ut til at allmennlegene får en mer perifer rolle ved akuttmedisinsk behandling.

Seks akuttmedisinske scenarier

1.

Ambulansen rykker ut til en trafikkulykke. En kvinnelig passasjer sitter fastklemt og klager over magesmerter. Hun blir raskt frigjort av brannmannskapene. Hun er stabil sirkulatorisk og respiratorisk. I det hun legges ned, klager hun



Allmennleger bør fortsatt ha en aktiv og sentral rolle i akuttmedisinsk arbeid, fremholder artikkelforfatterne. ILLUSTRASJONSFOTO: KNUT EKANGER

over skuldersmerter. Hun er lett trykkøym i øvre del av abdomen. Ambulansepersonellet mistenker en intraabdominal blødning. De er utstyrt med bærbart ultralydapparat og opplært til «focused assessment sonography for trauma» – til blant annet påvisning av aortaaneurismer. Ultralyd viser blod mellom venstre nyre og milten. Sannsynlig milt-skade diagnostiseres. Man legger inn to grove vene-floner, men er forsiktig med væsketilførsel (ifølge protokoll). Luftambulansen kontaktes for rask transport til sykehus.

2.

En mann med pustebesvær ringer AMK. Ambulansen kommer raskt fram. Man gjør en rask vurdering etter AMLS-protokollen og finner rikelig med knatrelyder på lungene. Oksygen gis. EKG viser akutt STEMI (ST-elevasjons-myokard-infarkt) i hjertets fremre vegg. Etter lokal protokoll og i samråd med sykehus gis morfin, diuretika, nitroglyserin, acetylsalisylsyre og klopido-grel. Været tillater ikke transport med luftambulanse. Man gir derfor trombo-lyse i hjemmet før transport til sykehus.

3.

Fastlegen mottar en kvinnelig pasient med svimmelhet og brystmerter. Blodtrykket er 80 systolisk. Pulsen er 40. Legen tar et EKG som viser forandringer i hjertets nedre

vegg samt bradykardi. Det er lenge siden legen har hatt befatning med brystmertepasienter. Pasienten er dårlig og legen ringer etter ambulanse. Ambulansepersonellet legger inn vene-flon, gir metoklopramid intravenøst og tar EKG som blir sendt til sykehuset. Ambulansen er bemannet med paramedics, og det erfarne personellet mener at det er et STEMI i nedre vegg. De finner at lungene er rene og tørre, og gir pasienten raskt 300 ml Ringer intravenøst. Pasientens blodtrykk stiger til 100. Man gir derfor en liten dose morfin i tillegg. Pasienten føler seg bedre. Svaret fra sykehuset bekrefter STEMI i nedre vegg samt AV-blokk grad 2. Man blir enig med sykehuset om å gi en liten dose atropin i tillegg til den vanlige protokollen. Pasienten blir fløyet til Rikshospitalet for PCI-behandling.

4.

En mann med akutte, sterke magesmerter ringer AMK. Ambulansen rykker ut og finner mannen liggende sammenkrøket. Han har smerter i epigastriet med noe utstråling til ryggen. Vitale tegn er stabile. Ambulansepersonellet tar opp en fokusert anamnese og gjør en fysisk undersøkelse. Det foreligger stramhet i epigastriet samt trykkøymhet og slippøymhet – forenlig med parietale smerter. Ut fra anamnesen (pasienten bruker NSAIDS) mistenker man et perforert ulcus. Det bærbare ultralydapparatet

viser ingen tegn til aneurisme. Pasienten får væske og morfin intravenøst og transporteres direkte til sykehus.

5.

En kvinne ringer AMK om morgenen. Hennes to år gamle barn har høy feber og gir dårlig kontakt. Ambulansen er raskt framme. Barnet reagerer ikke på tiltale, men på lette smertestimuli. Respirasjonsfrekvensen er økt, pulsen er hurtig og svak. Man sikrer luftveiene ved å legge barnet i sideleie og gi det oksygen. Undersøkelsen avdekker et utslett som ikke lar seg bleke ved trykk. Barnet virker litt stiv i nakken. Kernigs og Brudzinskis prøver er positive. Man mistenker meningokokksepsis og meningitt. Ambulansepersonellet har god trening på å legge veneflon, og klarer det også nå. Barnet får to millioner enheter penicillin og Ringer intravenøst. Ettersom luftambulansen er opptatt med en annen pasient, innledes transporten med bilambulanse. Litt senere møtes bil- og luftambulanse på veien.

6.

En kvinne på 69 år har akutt oppstått kraftsvikt på høyre side. Ambulansen rykker ut. Kvinnen ligger på gulvet og har nedsatt bevissthet, men svarer på tiltale. Ambulansepersonellet sikrer luftveiene gjennom hakegrep og sideleie. Oksygen gis. Glukoseverdien måles til sju. Pasienten er skjev i munnen, har talevansker og nedsatt kraft i armen og i beinet på den ene siden. Ambulansepersonellet er lært opp til å gjenkjenne hjerneslag ved å følge en spesifisert sjekkliste. De ringer luftambulansen for rask transport til sykehuset med henblikk på trombolyse. Vitale funksjoner hos pasienten kontrolleres hvert femte minutt.

Utrente allmennleger – god nok hjelp?

Disse scenarioene er ikke fiksjon, men beskriver reelle akuttmedisinske situasjoner hvor allmennlegen er fraværende. I byer og bynære områder har allmennlegene allerede meldt seg ut eller blitt skjøvet ut av akuttmedisinen. Hvorfor skjer dette? Noe av svaret ligger i at ambulansetjenestens utøvere ønsker en slik utvikling. Man jobber for at ambulansene etter hvert skal være bemannet med paramedics som kan utøve avansert prehospital akuttmedisin og legge pasienter direkte inn i sykehus (1).

Artikkelforfatterne ser flere problemer med utviklingen. Legene, som har den høyeste medisinske kompetansen, tar ikke del i akuttmedisinske vurderinger og mister verdifull

trening i akuttmedisin. Pasientene mister verdifulle differensialdiagnostiske vurderinger og viktig behandling. Ambulansen rykker ut på oppdrag som kanskje kunne vært unngått. Hva skjer om ambulansen ikke er tilgjengelig, eller om ambulanspersonellet trenger bistand? Og hva med dårlige pasienter som kommer direkte til fastlege eller legevakt – hvilken behandling vil de få?

Legevaktene blir etter hvert større, med interkommunale ordninger som krever at både leger og ambulanspersonell har akuttmedisinsk kompetanse som sikrer forsvarlig beredskap. Hva vil befolkningen si dersom man får beskjed om at nærmeste kompetente lege er på lokalsykehuset – to timer unna legevakten?

Noe av sjarmen med faget allmennmedisin er variasjonen i oppgavene. Akuttmedisin er del av dette. Leger velger å jobbe på landet, blant annet på grunn av utfordringene som akuttmedisinen gir. Mange leger på landet har betydelig kompetanse i akuttmedisin. Skal vi kaste vrak på dette?

Fragmentering

Artikkelforfatterne er bekymret over utviklingen. Vi mener det pågår en fragmentering av allmennlegetjenesten. Helseøstre og jordmødre tar seg av p-pilleforeskrivning, prevensjonsveiledning og svangerskapskontroller. Optikere får henvisningsrett til øyelege. Kiropraktorer og manuellterapeuter tar seg av ryggproblemer – også viderehenvisning og sykmelding (men ikke sykmelding to til NAV). Prehospital akuttmedisin tar ambulansetjenesten seg av. Helseministeren ønsker at allmennlegene skal være helsepedagoger.

Vi mener at allmennlegene – med sin brede kliniske erfaring – har en sentral plass i akuttmedisinen. Skal de beholde sin plass, må de ta ansvar og ikke akseptere at andre overtar. Allmennleger bør fortsatt rykke ut med ambulansen når det gjelder, og samarbeide med ambulanspersonell og andre i den akuttmedisinske kjeden. Det er på mote å snakke om samhandling. Det er på tide at helseforetakene, sykehusene, kommunene, Legeforeningen og departementet kommer sammen og diskuterer hvordan morgendagens prehospital akuttmedisin skal organiseres og ledes.

Referanse

1. Scandinavian Update Magazine nr. 1, 2008.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: nilsrune@bommelibom.com