



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Allmennmedisinsk akuttmedisin – empirien gjev rettleiing til handling

AV SVERRE RØRTVEIT

Utposten er eit tidsskrift som dokumenterer at det finst ei levande interesse for akuttmedisin i nokre miljø i den norske allmennmedisinen. Eg hugsar mellom anna eit entusiastisk referat frå Henningsvær-kurset i nr. 7/8-03, Mads Gilbert sin flammande og programmatisk artikkel i nr. 3-04, dessutan fleire bidrag frå Helen Brandstorp opp gjennom åra, inkludert intervju med akuttmedisinske eldsjeler i distrikts-Noreg. Seinast i nr. 3-09 uttrykkjer Nils Rune Nilsen og Harald Lystad i ein velskriven artikkel, bekymring både for at allmennlegane ikkje tek ansvar for akuttmedisinen, og for at AMK-systemet til dels pressar allmennlegane vekk frå feltet.

Akuttmedisinsk epidemiologi

I dette innlegget bringer eg materiale frå eit anna perspektiv, nemleg data frå ein studie med detaljert og fullstendig registrering av alle akuttmedisinske tilfelle i Austevoll kommune over ein to-års periode. Det dreier seg med andre ord om den allmennmedisinske akuttmedisinen sin epidemiologi, noko det ikkje er lett å finna stoff om andre stadar. Innlegget er basert på to artiklar i Tidsskrift for den norske legeforening nr 8/2009 (1, 2). Innbakt i refereringa av funn, har eg også gjeve vurderingar basert på desse data.

Austevoll er ein øykommune utan fastlandssamband, med 4400 innbyggjarar. Kommunen er liten og oversiktleg. På den tida me starta studien, hadde Austevoll ein liten stamme av entusiastiske legar og velfungerande, stabilt ambulansepersonell. I legetenesta har det vore ein mangeårig kultur for mobilitet, noko som viser igjen i ein atskilleg høgare frekvens av sjukebesøk enn landsgjennomsnittet, høgare deltaking i akuttmedisin, og, i den andre enden av skalaen, høgare fre-



Sverre Rørtveit

er kommunelege 2 i Austevoll kommune, og har deltidsstilling ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen. Spesialist i allmennmedisin. Han har forskningsinteresser innanfor områda akuttmedisin i allmennmedisin og impetigo. Medlem av arbeidsgruppa som utarbeider nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetenesta. Er med-initiativtakar til nystarta forskingsprosjekt om epidemiologisk kartlegging av utviklinga av svineinfluensa-epidemien i nokre kommunar i Hordaland.

kvens av telefonråd som tiltak ved legevaktkontaktar. Desse forholda gjorde det mogleg å gjennomføra prosjektet.

Allmennmedisinsk lærdom nr 1:

I løpet av to år registrerte me 236 akuttmedisinske hendingar, med til saman 240 pasientar. Det tilsvarar 2,7 prosent av populasjonen per år. Det er to og ein halv gong meir enn ei undersøking basert på teljing frå ein AMK-sentral kom fram til. Det passar godt med at berre litt meir enn ein tredjedel av hendingane vart meldt til legen frå AMK-sentralen. Resten vart meldt direkte til legekontoret, via legevaktsentralen, eller andre kanalar.

Det betyr at ein norsk fastlege med vanleg listelengde vil koma bort i ei akuttmedisinsk hending annakvar veke eller oftare. Vel å merka dersom vedkommande organiserer seg slik at ho/han er tilgjengeleg for dei akutt farlege situasjonane som skjer med pasientane, og tek del i ordinær legevaktdordning. Altså, spørsmålet om legen eksponerer seg for dei potensielt akutt farlege hendingane. Dette er allmennmedisinsk lærdom nr 1: Allmennmedisinsk akuttmedisin inneheld eit stort tal hendingar.



Øykommunen Austevoll har både båt- og bilambulanse. Personellet er fra venstre: skipper Johnny Horgen, sjåfør Diana Troland og ambulanse-mann/matros Jostein Hovland.

FOTO: SVERRE RØRTVEIT

Allmennmedisinsk lærdom nr 2:

Teljingar frå sjukehus, det vil seie frå AMK, underestimerer grovt kva som faktisk skjer av akuttmedisin ute i samfunnet. Det er i allmennmedisinen dei faktiske tilhøva kan kartleggjast.

Allmennmedisinsk lærdom nr 3:

Oversikt over dei diagnosene som legen mistenkte, frykta eller såg det som viktig å få utelukka, omfatta totalt 62 ulike ICPC-koder. Med andre ord er det ei stor variasjonsbreidde og eit stort mangfald av situasjonar ein kjem opp i, og som utgjer den allmennmedisinske akuttmedisinen. Det utgjer allmennmedisinsk lærdom nr 3.

Det er vanskeleg å få dette faktumet til å rima med at det mange stader i landet framleis er manglande formell, medisinsk kompetanse hjå ambulansepersonellet og dermed på den akuttmedisinske hendingstaden. Yrkestittelen ambulansearbeidar føreset tre års vidaregåande skule og deretter praksis. Mange er unge, utan særleg klinisk erfaring og har sett få pasientar, mange er så unge at dei ikkje har sertifikat for ambulansen eingong! Alle er likevel godt drillta i den avgrensa lista av prosedyrar dei skal meistre.

Det er eit paradoks for meg at mange av legekollegene mine meiner at ambulansepersonellet er meir kvalifisert enn dei sjølve i akuttsituasjonane, og at legane ikkje treng å ta del der. Det gjeld kanskje for dei få prosedyrane, men ikkje for det breie spekteret av tilstandar allmennpraktikaren har

diagnostisk kompetanse på. Det er ingen grunn til å nedgradere verdien av å sjå hundrevis av pasientar årleg, i forhold til at mange ambulansearbeidarar faktisk ser monaleg færre pasientar i løpet av eit år.

Allmennmedisinsk lærdom nr 4:

Kor skjedde dei akuttmedisinske hendingane? I pasienten sin heim eller anna bustadhus i 71 prosent av tilfella, på veg eller i terreng i 11 prosent, på offentlig stad i åtte prosent, industriarbeidsplass eller i fritidsarbeid i seks prosent, på båt eller i sjø i fire prosent, og på legekontor i en prosent.

Dei første behandlingstiltaka vart gjort i heimen i 63 prosent av tilfella, i 79 prosent vart behandlinga starta på hendingstaden. I studien var legen første personell hos pasienten i 53 prosent av tilfella, ambulansefolka var først i 25 prosent og i 21 prosent kom dei samstundes. Akuttmedisinske hendingar er noko som skjer heime hjå folk og ute i samfunnet, og det er urimeleg at ikkje behandlinga skal starta der. Då må me vera der! Dette er allmennmedisinsk lærdom nr 4.

Allmennmedisinsk lærdom nr 5:

Ein viktig del av studien var høvet mellom alvorsgredninga ved meldingsmottaket og når ein deretter kom til pasienten og fekk undersøkt ho eller han. Alvorsvurderinga vart nedgradert i 43 prosent av hendingane. I 11 prosent av hendingane skjedde oppgradering av alvorret, men nedgradering var altså fire gonger så hyppig og skjedde i meir enn fire av ti tilfelle.

Nedgraderingsfenomenet er nok felles for den prehospitalt akuttmedisinen og når pasienten kjem til sjukehuset sitt akuttmottak, men det blir sjeldan omtala og talfesta. Eg har ei kjensle av at det sannsynlegvis er litt flaut at ting ikkje er så alvorlege som først mistenkt, heltestatusen vår blir litt mindre når me ikkje heile tida gjer medisinsk avanserte saker.

Men det er ingen spøk for medisinske lettvektarar å avgjera at synsforstyringane til ein pasient dreidde seg om migrane med aura og ikkje hjerneslag, at barnet med krampar om natta hadde feberkrampe og ikkje var nær ved å døy, og at synkopetilfellet var av vasovagal karakter og ikkje trong sjukehusinnleggjing.

Mi oppsummering av dette er at medisinen generelt, og allmennmedisinsk akuttmedisin spesielt, har bruk for høg utelukkingskompetanse, ikkje berre høg tiltaks- og prosedyrekompetanse. Utelukkingskompetansen krev gode medisinske kunnskapar, det krev den medisinske profesjonen. Det er allmennmedisinsk lærdom nr 5.

Allmennmedisinsk lærdom nr 6:

Som ein del av dette aspektet inngår det å vita kva tid teknikk ikkje er viktig, kva tid det rett og slett er viktig å leggja prosedyrane vekk, fordi dei kan vera skadelege. Typiske eksempel er det viktige i ikkje å ta EKG av ein svært ung pasient med angst og brystsmerte, der god samtaleteknikk og epidemiologisk kunnskap sikkert kan utelukka alvorleg sjukdom, og det viktige i å ikkje gje O₂-tilføring til ein pasient med hyperventilasjonsanfall. Ofte må overivrige medarbeidarar hindrast i å iverksetja slike prosedyrar, og berre den legen som har ei viss breidde i den medisinske kompetansen sin, kan sørgja for at det skjer.

Det er allmennmedisinsk lærdom nr 6, betydninga av prosedyrenekting i nokre situasjonar.

Allmennmedisinsk lærdom nr 7:

At utelukkingskompetanse og prosedyrenekting er sentralt, betyr det at prosedyrekunnskap ikkje er viktig? Sjølv sagt ikkje.

Dersom me ser heilt konkret på prosedyrar som vart gjort med pasientane i Austevoll, så kan me kanskje utkrystallisera den allmennmedisinske akuttmedisinen sitt daglege brød. Sjå tabellen.

Innleggjing av venekanyle, gjeving av intravenøse medisinar, administrering av oksygen, EKG-taking og overvaking av hjarterytme med skop, var dei tiltaka som vart gjort spesielt hyppig, og i Austevoll var det legen som iverksette desse tiltaka minst like ofte som ambulansespersonellet.

Neste allmennmedisinske lærdom frå studien vår kan då vera at vekt bør leggjast på å skaffa seg ei basal meistring av desse tiltaka. Det kan bety skilnaden mellom om legen føler at «dette greier eg, eg må læra meir» på den eine sida, og «dette greier eg ikkje, det er best eg finn meg ein jobb der eg ikkje kjem bort i akuttmedisin» på den andre sida. Venekanylering, kunnskap om O₂-flaska med ventilar og masker, gjeving av akuttmedikamenter og EKG og hjarteovervaking, er det som allmennmedisinen bør satsa på å læra seg og beherska, i tillegg til basal meldingsteneste på helseradio.

Kanskje bør me vera skarpere i å avvisa at store delar av den mentale kapasiteten på kurs i akuttmedisin for legar skal gå med til innstikkstadar og ventilmekanismer ved trykknemothorax, cricothyreotomi og innlegging av sentralt venekateter.

I akuttsituasjonen har det stor betydning for det psykologiske forløpet om pårørande, tilskodarar og pasient ser at legen har eit nokolunde flytande og planmessig grep om korleis han skal gjera desse vanlegaste akuttmedisinske

TABELL 1. *Spesielle prosedyrar utført første og andre behandlingsstad (prosent av 240 pasientar)*

	Første behandlingsstad	Tilleggsbehandling andre behandlingsstad
Prosedyre	%	%
Venekanyle	37	10
Luftvegstiltak inkludert O ₂	37	7
Medikament iv/im/sc	29	5
EKG-taking/rytme-overvaking	28	5
Stabilisering av fraktur og ryggstøyle	6	1
Inhalasjon av medikament	4	1
Hjarte-lungeredning	3	0
Andre	4	1



Turnuslege Øystein Espeland Karlsen med: defibrillator, O₂-sekk, legevaktsekk, akuttesekk og EKG-apparat. FOTO: SVERRE RØRTVEIT

prosedyrane. Dette verkar attende på legen sitt ry og rykte i lokalsamfunnet, og står i vekselverknad med legen si kjensle av suksess eller fiasko.

Allmennmedisinsk lærdom nr 7 er altså å fokusera på kva som eigentleg er dei viktige kunnskapane for allmennmedisinsk akuttmedisin. Nokre vil meina at dette var ei overforenkling av realiteten. Tabellen viser at det blir gjort andre prosedyrar også. Men ein viss tryggleik i basiskunnskapane er antakeleg grunnleggjande for at legen skal kunna gå vidare i den akuttmedisinske prosedyrepjramiden, der toppen kanskje består av avansert hjarte-lungeredning og medisinsk leiing av skadestadsarbeid. For å kunna retta dei akuttmedisinske kursa inn på allmennmedisinen sitt behov, bør me ikkje ta rolla som passive diffusjonsmottakarar frå utstyrsfabrikantar og anestesilegekorps.

Litt om metode

Dei lesarane som har greid å halda koken heilt til no, skal belønnast med nokre linjer om metoden for studien. Lege og ambulansepersonell fylte ut kvar sitt registreringsskjema straks etter kvar akuttmedisinske hending. For legen inneheldt skjemaet 84 spørsmål og for ambulansepersonellet 29 spørsmål. Me registrerte data om hendingsstaden, første og andre behandlingsstad, den medisinske behandlinga, om

det var legen eller ambulansepersonellet som gjorde det, data om kommunikasjon og ulike praktiske forhold og eventuelle problem under behandlinga og transporten.

Spesielt la me vekt på å få ei vurdering av kor alvorleg den aktuelle situasjonen vart vurdert av legen og ambulansepersonellet ved to tidspunkt: Først ved mottaket av meldinga om situasjonen, dernest ved den faktiske undersøkinga av pasienten.

Hovudinklusionskriteriet var hendingar der legen ved det primære meldingsmottaket vurderte pasienten sin tilstand slik at ho eller han måtte leggja all anna pågåande aktivitet til side og rykkja ut til pasienten straks. Med andre ord ein subjektiv definisjon.

Er akuttmedisinen vårt bord?

Mange meiner at det ikkje er det. Det er ei kjent sak at ein passiv og til og med fråverande tendens ser ut til å ha utvikla seg mange plassar, me høyrer utsegner som «hos oss lar me ambulansen ordna opp» og «dei går rett til akuttmottaket» og av og til: «akutte hendingar skjer veldig sjeldan i vårt nærmiljø». Nilsen og Lystad uttrykkjer stor bekymring for dette i Utposten nr. 3-2009, dei meiner definitivt dette er vårt bord, og eg er heilt samd i det.

Korleis kan utviklinga snuast? Det er ein god ting at kurs i akuttmedisin er kome inn som eit obligatorisk element i utdanninga til spesialiteten, og det er ein god ting at Handlingsplanen for legevakt (3) foreslår obligatorisk legeutrykking ved raude responsar, i tillegg til at sjukebesøk skal gjenopprettast som eit reelt tilbod.

Eg har to moment som eg vil fokusera på, som kan ha noko å gjera med allmennlegane si deltaking i feltet. I det første momentet er eg meir ein synsar enn i det andre momentet, som har belegg i data frå studien.

1) Legen vil føla seg meir fortapt enn nødvendig i akuttsituasjonen dersom ho/han i alle andre situasjonar enn raudrespons-utrykking gjer legearbeidet sitt på legekantoret eller legevaktstasjonen. Legen må faktisk utstyra seg for og organisera seg for å vera mobil og koma seg ut til pasientane, også når det «berre» gjeld mindre hastande tilstandar, men der sjukebesøk kan vera ei gunstig kontaktform. Tenk gjerne på dei svært gamle pasientane med akutt infeksjonsproblematikk, men også på andre aldersgrupper med betydeleg nedsett allmenntilstand.

Eg høyrer mange motargument frå kolleger, om kor vanskeleg det skal vera å gjera ein god jobb heime hos pasien-

ten, fordi det er veldig tungvint å bringa moderne diagnostisk utstyr med seg.

Dette er etter mi meining eit reint kultur- og tradisjons-spørsmål. Det er ikkje vanskeleg å bringa med seg dagens enkle laboratorieutstyr eller EKG-apparat ut til pasienten, eg synast det er lett som berre det. Evne til å vera mobil, mental og utstyrmessig beredskap til å yta legejobben sin hos pasienten, trur eg utgjer ein del av den nødvendige treninga for at legen skal kunna yta noko positivt i akuttsituasjonane. Omstilling for mange? Ja. Vanskeleg? Overhoved ikkje, det er eit haldningsspørsmål.

2) Det andre momentet er at me ikkje må gjera den allmennmedisinske akuttmedisinen vanskelegare enn nødvendig. Her er eg redd for at eg må polemisera mot kolleger som har same ønskje som meg, at allmennmedisinarane skal ta ansvar for akuttmedisinen i lokalsamfunnet rundt seg.

Eg synast Nilsen og Lystad i artikkelen sin i nr. 3/2009 fokuserer for mykje på:

- a) tilstandar som er svært dramatiske og sjeldne, og treng avansert utstyr for diagnostikk
- b) at avanserte enkelt-tiltak (eller kombinasjon av tiltak) verkar direkte livreddande
- c) at ambulansepersonellet har høg kompetanse og er dei som ordnar opp, medan legane er urøynde og forkomne i situasjonane.

Eg meiner at:

- a) i røynda er det svært sjeldan at akuttutrykkingar viser seg å resultera i at ein finn ein pasient i direkte overhengande livsfare, så sjeldan at det ikkje er rimeleg å fokusera så sterkt på det
- b) avanserte enkelt-tiltak som er spontant livreddande, er noko som ein lege opplever uhyre sjeldan i karrieren sin, og faktisk også ambulansepersonellet, og
- c) at me ikkje har empirisk belegg for å meina at ambulansepersonellet generelt sett har veldig god akuttmedisinsk kompetanse.

Eg har i dette innlegget forsøkt å få fram litt om den faktiske variasjonsbreidda i tilstandar, kva for behandlingssmessige tiltak som har vore aktuelle i vår kommune, og eg har forsøkt å framheva at den spesifikke legekompetansen dreier seg ikkje minst om å utelukka alvorlege tilstandar og avverga skadelege tiltak. Me kunne kalla det klokskapsdimensjonen i akuttmedisinen. I klokskapsdimensjonen har prosedyrekunnskap og utstyr ein sentral plass, men det skal balanserast mot det som i røynda viser seg å vera behovet.

Referansar

1. Akuttmedisinske hendingar i ein utkantkommune. Sverre Rørtveit, Steinar Hunskaar. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:738-42
2. Akuttmedisinsk handsaming i ein utkantkommune. Sverre Rørtveit, Steinar Hunskaar. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:735-7
3. ...er hjelpe nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 75 s., 2009

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
sverre.rortveit@austevoll.kommune.no

FAGSEMINAR I SYKEHJEMSMEDISIN

STED: Bergen Røde Kors Sykehjem,
Ellerhusensvei 35, 5043 Bergen

TID: Torsdag 22.10.2009
og fredag 23.10.2009

LÆRINGSMÅL: Øke kompetansen
og interessen for lindrende
behandling i livets siste fase. Helhetlig tilnærming
med fokus også på ikke-medikamentelle tiltak.

MÅLGRUPPE: Leger, allmennleger, leger som arbeider i
sykehjem og geriatere

KURSARRANGØR: Verdighetsenteret ved Bergen Røde Kors
Sykehjem, Bergen

KURSKOMITÉ: Stein Husebø/Lege og leder for Verdighet-
senteret, Gerd Torbjørg Åmdal/Lege ved Verdighet-
senteret og overlege ved Bergen Røde Kors Sykehjem

GODKJENNINGER: Allmennmedisin: godkjent med 16 poeng
som emnekurs/klinisk emnekurs i geriatri/sykehjems-
medisin til videre- og etterutdanningen.

GERIATRI: Godkjent med 16 timer som valgfritt kurs for
leger under spesialisering og for spesialistenes etter-
utdanning.

KURSAVGIFT: 2500 kr som inkluderer lunch begge dager
ANTALL DELTAKERE: max 25

PROGRAM: Se på www.verdighetsenteret.no under
kurs eller du får det av koordinator Inger Wilhelmsen
Seljestad. Programmet er også på Legeforeningens
nettside.

PÅMELDING: til Inger Wilhelmsen Seljestad, koordinator,
TLF.: 55 39 77 41 / 416 36 184,
E-POST: koordinator@verdighetsenteret.no

VELKOMMEN TIL KURS I BERGEN!



Verdighetsenteret
OMSORG FOR GAMLE