

Er norsk akuttmedisin på nett?

Jo flere kokker jo mere søl heter det. I norsk akuttmedisin er det mange kokker: ambulanspersonell, allmennleger, legevaktsentral (LV-sentral), akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), luftambulanselege, redningsmann og mange flere. Blir det bare søl av et slikt system? Den norske organiseringen har sine styrker og svakheter.

AV JESPER BLINKENBERG, JESPER.BLINKENBERG@ISF.UIB.NO
FORSKER VED NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR LEGEVAKTMEDISIN OG FASTLEGE OG LEGEVAKTLEGE I ASKØY KOMMUNE

Med de mange kokkene i bakhodet ser jeg for meg følgende scenario et sted i Norge.

En mann faller om, han har pustevansker. Publikum har sett hendelsen og varsler AMK-sentralen som sender ut lege/ambulansalarm, og ambulansen rykker ut. Allmennlegen er stasjonert på legevakten samlokalisert med ambulansestasjonen og blir med i ambulansen. Legevaktsentralen er også varslet og bidrar med opplysninger om pasienten som er kjent på legevakten fra tidligere besøk der. I løpet av kort tid får pasienten den beste hjelp av et samkjørt team av ambulanspersonell og lege.

Her var det lite søl. Mange steder fungerer de akuttmedisinske tjenestene omtrent slik, men ikke alle steder¹. Det kan skyldes flere faktorer og jeg vil komme inn på noen av dem.

TO NIVÅER – PRIMÆRHELSETJENESTE OG SPESIALISTHELSETJENESTE

Det norske helsevesenet er organisert i to nivåer, primærhelsetjeneste (kommunalt nivå) og spesialisthelsetjeneste (helseforetaksnivå). Disse nivåene skiller seg fra hverandre blant annet ved finansiering og organisering. Spesialisthelsetjenesten er organisert i regionale helseforetak som igjen er delt opp i mindre helseforetak og finansieres etter overføringer fra staten. Overføringene er delvis innsatsstyrt etter aktivitet og delvis generelle overføringer. Helseforetakene har



Allmennlege og ambulanspersonell utgjør et team. Foto: Jesper Blinkenberg

Allmennlegenes metode	Ambulanspersonellets metode
<ul style="list-style-type: none"> • Jobber alene • KOPF (Kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende) • Bruker klinisk skjønn • Konsultasjonens gang <ul style="list-style-type: none"> – anamnese – undersøkelse – diagnose – behandling • Se det an 	<ul style="list-style-type: none"> • Jobber i team • Enkeltopdrag • Bruker prosedyrer • Treat as you go • Mindre fokus på diagnose • Ta avgjørelser raskt -handle raskt

Tabell 1

en klar styringsstruktur med fagdirektører, divisjonsleder og klinikksejfer og så videre.

Primærhelsetjenesten er løsere organisert. Landets knapt 4000 allmennleger arbeider som fastleger for hver sin gruppe av befolkningen, hver sin pasientliste. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende og fungerer som autonome enheter. De er ansvarlig for egen drift, både økonomisk og faglig. Kommunene har ansvaret for å organisere allmennlegetjeneste og legevaktstjeneste, og for å ansette fastleger. Fastlegene har gjennom sin fastlegeavtale med kommunen plikt til å delta i legevakt. De er den eneste gruppen leger med en slik plikt og er derfor helt sentrale i legevaktstjenesten. Kommunene

bruker i liten grad de styringsverktøyene som ligger i fastlegeordningen for å sikre at fastlegene deltar i legevakt. Bare omtrent 50 % av fastlegene deltar fullt i legevaktstjenesten, 15 % av fastlegene deltar delvis og 35 % deltar ikke i legevaktstjenestene². Primærhelsetjenestens løse organisering står i kontrast til hvordan helseforetakene styrer sine tjenester.

Kommunene har som nevnt ansvaret for primærhelsetjenesten, blant annet allmennlegetjenester og legevakt. Hver kommune har ansvaret for å ha lege tilgjengelig på vakt for befolkningen til en hver tid, det som i Norge kalles for legevakt. Noen steder blir det opprettet interkommunalt

samarbeid der flere kommuner samarbeider om legevaktstjenestene ved at en lege har vakt i flere kommuner samtidig. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for sykehustjenestene og ambulansetjenesten.

ANSVARSFORDELINGEN

Legen på vakt i en kommune har ansvaret for å yte helsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen, og diagnostisere og behandle akutt sykdom og skade³. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å yte spesialisthelsetjeneste til alle i helseregionen, herunder akuttmedisinsk beredskap⁴. Men hvor går skillet mellom disse tjenestene, eller hvor møtes de? Hva er spesialiserte akuttmedisinske tjenester? Det er vanskelig å komme med et enkelt svar her, og svarene vil variere med hvor i landet vi er og hvem vi spør.

Organiseringen av helsetjenestene i Norge er basert på prinsippet om å benytte laveste effektive omsorgsnivå, LEON prinsippet. Primærhelsetjenesten, ved allmennlegen, vurderer pasientene først, ferdigbehandler det meste lokalt og henviser de som trenger det videre til spesialisthelsetjenesten. Her møter allmennmedisinen andre fagområder som indremedisin, kirurgi, pediatri og så videre. Men i mange kommuner gjelder ikke dette prinsippet for akuttmedisinen. Der er hele primærhelsetjenesteledet koblet av den akuttmedisinske kjeden. Betyr det at LEON-prinsippet ikke bør gjelder for akuttmedisinen, eller at allmennlegens kompetanse ikke er nødvendig i akuttmedisinen? Begge deler mener jeg er feil.

PREHOSPITALE TJENESTER

Flere utredninger, for eksempel forslag til organisering av traumesystemet i Norge⁵, har sett på organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene i Norge. Her omtales akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som prehospitaltjenester. Begrepet er problematisk fordi det angir at alle akuttmedisinske problemstillinger bør ende opp på sykehus. Hvis vi bruker Norsk indeks for medisinsk nødhjelp sin definisjon av rød respons som premiss for hva som er akuttmedisin, så skal ikke alle akuttmedisinske pasienter på sykehus. Pasientene bør vurderes av lege før en eventuell innleggelse fordi det allerede da kan avklares om innleggelse er nødvendig. Slik avklaring kan gjøres

under utrykning sammen med ambulansen, eller på legekantor eller legevakt. For den gruppen av pasienter med alvorlig sykdom eller skade og stor grad av hast vil det i de fleste tilfeller også være behov for legens kompetanse, fordi dette er ofte eldre pasienter med sammensatt sykdomsbilde, mange kroniske sykdommer og akutt forverring av disse. Disse pasientene trenger den beste kompetansen innen diagnostikk og behandling også før de ankommer sykehuset. Diagnostikk er viktig for at de skal komme til rett avdeling og det kan haste med å komme i gang med rett behandling. De ukompliserte protokollstyrte akuttmedisinske tilstandene som ambulansetjenesten håndterer greit på egen hånd, som for eksempel hjertestans, er sjeldne.

TO KULTURER

I de fleste norske kommuner samarbeider ambulansetjenesten og allmennlegene tett. En av forutsetningene for et godt samarbeid er at man kjenner hverandre. De ulike yrkesgruppene må respektere hverandre og kjenne hverandres roller og kompetansenivåer. Vi må kjenne hverandres styrker, verdsette dem og gjøre hverandre gode. Det er et stort språk mellom kulturen i ambulansen og den faglige tradisjonen i norsk allmenntillegisin. For å sette det litt på spissen kan vi si at allmennlegen er kledd i buserull og helsesko, har valium og penicillin i kofferten og jobber ut fra sitt kliniske skjønn, mens ambulansespersonellet har uniform, foretrekker adrenalin injeksjoner og arbeider etter fastsatte prosedyrer. Kulturforskjellene forsterkes av de ulike arbeidsmetodene (tabell 1). Med to så ulike kulturer kan det være vanskelig å jobbe sammen og yte en god tjeneste. Men det hjelper å kjenne hverandre, verdsette hverandres sterke sider og ha gjensidig respekt. Da kan nettopp de ulike kulturene og arbeidsmetodene snues til styrke.

PÅ NETT?

Forutsetningen for å være med på det som skjer er at man vet at det skjer. Vet du ikke om festen eller dugnaden kan du ikke stille. Sånn er det også i akuttmedisinen. Mange steder i landet varsles ikke allmennlegene via helse-radionettet ved akuttmedisinske hendelser⁶. Noen steder varsles nok allmennlegene via annen kommunikasjonsmåte, men AMK

operatørene forteller at i 10 % av landets kommuner varsles ikke allmennlege eller legevaktlege ved rød respons. De er koblet av den akuttmedisinske kjeden. I hvor stor grad dette er tilfelle varierer fra kommune til kommune, men i enda større grad fra AMK-sentral til AMK-sentral. Hvorfor det er slik? En viktig faktor er sannsynligvis den innarbeidete kulturen og rutinene på AMK-sentralen. Spesialisthelsetjenesten definerer allmennlegen og legevaktlegen ut av akuttmedisinen. En annen nærliggende årsak er at allmennlegene og legevaktlegene selv definerer seg ut, enten fordi de føler seg faglig svak i akuttmedisin, eller de ikke synes de har tid eller mulighet til å forlate legevakten eller allmennlegekontoret mens venterommet er fullt.

SAMHANDLING

I Norge satses det på samhandling på alle nivåer. Helseminister Bjarne Håkon Hansen skal legge frem en samhandlingsreform i april 2009. Også i akuttmedisinen har det lenge vært fokusert på samhandling⁷. Noen steder fungerer dette bra⁸. Mange steder er det ikke lagt til rette for regelmessig tverrfaglig trening. Årsakene til dette kan være mange. Jeg tror ulik organisering, ulik kultur og allmennlegenes organisatorisk løse tilknytning til resten av tjenesten er noe av forklaringen. Om de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus skal bli bedre tror jeg vi må møte disse utfordringene og få til en organisert samtreening mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mellom allmennleger og ambulansespersonell og mellom AMK og legevaktsentral. Å være trygg på roller og oppgavefordeling er sentralt for en velfungerende akuttmedisinsk tjeneste.

Tilbake i scenariet fra norsk akuttmedisin. *Ambulanse og lege kommer frem til mannen som har falt om. Det viser seg at han har snublet i fortauskanten og ikke kommet seg opp. Han gjør seg litt dårlig forstått fordi han hører tungt og har mistet høreapparatet i fallet. Han har fått litt vondt i kneet, men legen undersøker det og det er ikke mistanke om brudd. Pusten er tung slik den pleier. Han har kjent KOLS. Med litt hjelp kommer han seg på beina og blir hjulpet inn i ambulansen hvor han får salbutamol og ipratropiumbromid på forstøver. Han kommer seg så pass at han kan kjøre hjem.*

Ikke alle røde responser er livstruende akuttmedisin. ■

Referanser

1. Kommunale legevakter - Helsetilsynets funn og vurderinger. http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks____8297.aspx (12.11.2008)
2. Sandvik H, Zakariassen E, Hunskaar S. Fastlegens deltakelse i legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:2513-2516
3. Lov om helsetjenesten i kommunene. <http://www.lovdatabank.no/all/nl-19821119-066.html> (12.11.2008)
4. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. <http://www.lovdatabank.no/all/nl-19990702-061.html> (12.11.2008)
5. Traumesystem i Norge. http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2007/Innstilling_%20traumesystem_%20-%20endelig_%20utgave.pdf (12.11.2008)
6. Rapport: Lege/ambulansesalarm i helse-radionettet, bruk tilgjengelighet og respons www.legevaktmedisin.no (in press)
7. Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. <http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/20050318-0252.html> (12.11.2008)
8. Utsi R, Brandstorp H, Johansen K, Wisborg T. Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 1057-1059

Skandinavisk
akuttmedisinsk/akuttmedicinsk/akuttmedisinsk magasin

Abonner på Scandinavian Update Magazine

scandinavian-update.org/magazine