
50 år med anestesileger i Norge

REDAKSJONELT

FLAATTEN HK

Norsk anestesi markerer i høst to begivenheter. 16.10.1996 er det 150 år siden generell anestesi, den gang med eter, ble brukt for første gang. Metoden spredde seg raskt, også til vårt land. Helt frem til etter den annen verdenskrig vardet imidlertid spesialopplærte sykepleierei operasjonsstuene som administrerte narkose, vanligvis eter på åpen maske. Det skulle gå 100 år før den medisinske utvikling førte til opprettelse av den første stillingen for anestesileger i Norge. Denne begivenhet fant sted høsten 1946, da Otto Mollestad ble ansatt ved Rikshospitalet. Legene var den gangansatt ved kirurgisk avdeling, og arbeidsoppgaven var først og fremst knyttet til narkose (generell anestesi). Fra åvære en del av kirurgien utviklet faget seg raskt til en egen spesialitet, og Norsk anestesilegeforening, som navnetvar den gang, ble stiftet i 1949. Samme år ble foreningen godkjent som spesialforening av Den norske lægeforening. Desiste 20 år har veksten i faget vært betydelig. Som sykehusspesialitet er faget nå blant de største.

Hva er anesthesiologi?

Dagens anestesileger har en større faglig bredde og kontaktflate enn man hadde for 50 år siden. Litt forenklet kan anestesiologi anno 1996 beskrives ved fire arbeidsområder: anestesivirksomhet knyttet til operativ og diagnostiskvirksomhet, intensivmedisin, akuttmedisin (i og utenfor sykehus) og smertebehandling. Bortsett fra anestesidelen avfaget overlapper de andre områdene mange spesialiteter. Dette gjør arbeidet her spesielt utfordrende, men gir også potensial for konflikter.

Det å gi narkose, eller generell anestesi, er fortsatt en hovedoppgave for de fleste anestesileger. Imidlertid er defysiologiske og biokjemiske mekanismer som gir generell anestesi fortsatt uklare (1).

Utviklingstrekk i norsk anestesiologi

Norsk (og nordisk) anestesiologi har utviklet seg forskjellig fra anestesiologi andre steder i verden, hvoranestesilegene stort sett kun arbeider med operasjonspasienter. Veien ut av operasjonsstuene har vært naturlig. Anestesiologi handler blant annet om å ivareta vitale funksjoner hos pasienter mens de medikamentelt gjøresbevisstløse. Det er av den grunn avgjørende for anestesileger å kjenne til hvordan respirasjon og sirkulasjon fungerer under ulike forhold. Anestesileger blir av den grunn ofte tilkalt ved behandling av kritisk syke pasienter med alvorligsvikt i vitale funksjoner, som respirasjon og sirkulasjon. Nordiske anestesileger har spilt en stor rolle i utvikling av moderne intensivmedisin (2).

Anestesi er også smertebehandling, det ligger i navnet ("uten følelse"). Ikke bare smerter under og etteroperasjoner har fanget kollegers interesse. Bjørn Lind ved Sentralsykehuset i Akershus var tidlig ute med å beskjeftigeseg med smerte under fødsel (3). I de siste ti år har det vokst frem egne smerteklinikker ved de fleste større sykehus. Som regel er disse ledet av anestesileger.

Hjerte-lunge-redning er et annet felt som har engasjert anestesileger. Allerede i 1961 ble det foreslått at dette ble obligatorisk undervisning i folkeskolen (4). Påtrykk fra anestesimiljøet førte til at Samferdselsdepartementet i 1963 leverte sin innstilling om ambulansetjenesten, et viktig skritt i retning av en nødvendig modernisering av den netjenesten. I 1967 ble den første legebemannede ambulansesatt i drift. Den hadde base ved anesthesiavdelingen, Ullevålssykehus. Akuttmedisin utenfor sykehus engasjerer i dag et stort antall anestesileger, spesielt etter at vi i 1988 fikk landsdekkende luftambulansetjeneste.

Mindre kjent er det kanskje at også blodbankene har sitt utspring fra anesthesiavdelingene. I 1948 tok Ivar Lund initiativet til opprettelse av den første blodbank i vårt land ved Ullevålssykehus. Etter hvert ble disse arbeidsoppgavene så krevende at tjenesten ble atskilt fra anesthesiavdelingene.

Samarbeid

Kontaktflaten i faget er stor, og anestesileger må samarbeide med kolleger innen mange ulike spesialiteter. Innsatsområdet kan være overlappende eller med uklare grenser til andre fagområder. Dette kan gi opphav til revirtenking og konflikter. Anestesilegen som bokstavelig talt daler ned på et skadested hvor både én og to primærleger allerede har startet arbeidet og som knapt registrerer at disse er der før han eller hun er forsvunnet med pasienten, kan selvsagt etterlate et negativt inntrykk. Det er ikke å undres over at begrep som "blålysmedisin" og "helikoptermafia" har dukket opp.

Intensivmedisinen er et typisk multidisiplinært fagområde. Det kreves godt og tett samarbeid mellom mangespesialister og anesthesi(intensiv)legen for å løse pasientene gjennom kritisk sykdom eller skade. Muligens har vi vært for ekskluderende i våre forsøk på å bevare intensivmedisinen som en slags subspecialitet innenfor anestesiologien, med risiko for at norsk intensivmedisin

kan stagnere (5). Det blir derfor en stor oppgave å skape en multidisiplinærintensivmedisin, uten at ledelses- og ansvarsbegrepene av den grunn blir utydelige.

Ikke bare er samarbeid med andre leger viktig, også samarbeidet med anesthesi- og intensivsykepleiere er av stor betydning. Deres medvirkning er nødvendig for å gjennomføre de kompliserte behandlingsprosedyrer faget i dag krever. Igjen kan innsatsområdet være overlappende, kanskje spesielt mot anesthesisykepleiere. I samarbeid med anesthesisykepleierenes landsgruppe har Norsk anesthesiologisk forening utarbeidet en standard for anestesi i Norge (6) som også har fått tilslutning fra Den norske lægeforening.

Behov for og tilgang på anestesileger

Mangel på spesialister i anesthesiologi har i flere år ført til en rekke ubesatte overlegestillinger, først og fremst ved mindre sykehus.

En stor andel av anestesilegene er mellom 45 og 55 år gamle. Dette, og en tendens til at flere forlater faget før oppnådd pensjonsalder, gjør at situasjonen i løpet av 10-15 år vil gå fra vondt til verre. Forsøk på å analysere situasjonen med tanke på fremtidig behov for og tilgang på spesialister i anesthesiologi har vært presentert i Tidsskriftet av Brattebø & Wisborg (7). Deres konklusjon er klar: Uten en rask økning i utdanningskapasiteten vil det bli et økende problem å dekke landets behov for spesialister i anesthesiologi.

Et viktig punkt blir derfor *hvor* slik utdanning skal foregå. Det er problematisk å øke antall utdanningsstillinger ved regionsykehusene uten at dette vil medføre for lite pasienttrening og for få veiledere. Det finnes et betydelig potensial for spesialistutdanning ved sentralsykehus og større fylkessykehus. En desentralisert utdanning gir i tillegg et bedre utgangspunkt for rekruttering av spesialister til mindre sentrale deler av landet.

En kritisk vurdering av hvilke sykehus som skal opprettholde 24 timers beredskap, spesielt med tanke på akuttkirurgisk og obstetrisk beredskap, er også viktig for vårt fag. En samordning her vil få betydning for et fremtidig behov for spesialister i anesthesiologi.

Vi må trolig også være villige til å vurdere til hvilke oppgaver anestesilegen trengs mest, og derved muligens nedprioritere de mindre viktige. Dette blir en utfordring for faget, og ikke minst for Norsk anesthesiologisk forening.

Utfordringer videre

Anestesileger er i dag en viktig del av norsk medisin. Fagets "handle først og spørre etterpå"-holdning er nødvendige kritiske situasjoner, og har reddet mange pasienter fra den sikre død. Vi må imidlertid vokte oss vel for å opptreuekritisk i forhold til dette. En stor utfordring blir fortsatt å finne vår plass i samarbeid med andre spesialiteter, noe som utdypes av Gisvold på annet sted i dette nummer av Tidsskriftet (8).

Det blir også en stor utfordring å holde faget samlet. Vi ser en utvikling mot organspesifikke klinikker ved størresykehus (9). Den tradisjonelle inndeling i avdelinger forlases, og som erstatning etableres hjerteklinikk,neuroklinikk, gastroklinikk etc. Anestesiologer er ofte ønsket i slike klinikker. Problemer som hvordan man skalforholde seg til spesialistutdanning og vaktordninger innenfor et slikt blokkssystem er imidlertid ikke løst, og man kan få uønskede effekter av å spre støttefunksjoner.

Etiske problemstillinger er en viktig del av faget, i særlig grad ved intensivavdelinger hvor grenselinjen mellom liv og død er tynn. Hvem skal tilbys intensivmedisinsk behandling, og når skal vi avslutte en behandling som kunutsetter døden (10)? Etter som den medisinske utvikling gir oss nye måter å understøtte eller overta vitale funksjoner på, må vi kontinuerlig drøfte slike spørsmål.

I årene som kommer vil det bli mange utfordringer for norsk anestesiologi.

Hans Flaatten

LITTERATUR

1. Ræder JC. Hva er anestesi? Noen betraktninger over definisjon, målemetoder og virkningsmekanismer ved et 150-årsjubileum. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3015-9.
2. Ibsen B. The anaesthetist's viewpoint on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemic in Copenhagen, 1952. Proc Roy Soc Med 1954; 47: 72-4.
3. Lind B. Hvordan behandler vi de fødende? Oslo: Tanum, 1970.
4. Lind B. Teaching mouth to mouth resuscitation in primary schools. Acta Anaesth Scand 1961; 5 (suppl 9), 63-70.
5. Flaatten H. Intensivmedisin - eget fag eller en del av anestesiologien? NAForum 1996; 9: 1.
6. Standard for anestesi i Norge. Vedtatt av generalforsamlingen i Norsk anestesiologisk forening. Oslo: Norsk anestesiologisk forening, 1994.
7. Brattebø G, Wisborg T. Hvordan monitorere utviklingen i en spesialistpopulasjon. En metode til å utarbeide prognoser brukt på anestesiologi. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 1618-22.
8. Gisvold SE. Anestesi i 150 år - hvor går vi nå? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3032-4.
9. Holand H, Gisvold SE, Nilsen G, Petersen H, Unsgård G. Organisering av sykehus i kliniske sentre. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2194-7.
10. Flaatten H. Prioritering av kritisk syke intensivpasienter. Omsorg 1994; 11 16-9.

Publisert: 20. oktober 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.