



# Nye pasientsløyfer: Til lags å alle kan ingen gjera

---

## LEDER

DAG JACOBSEN

uxdaja@ous-hf.no

Dag Jacobsen er dr.med og spesialist i klinisk farmakologi, indremedisin og hjertesykdommer. Han er avdelingsleder og professor ved Akuttmedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## De nye akuttmedisinske pasientsløyfene kan redde liv – forutsatt at pasienten er i riktig sløyfe, og at sløyfen ikke knyttes så hardt at retrett er umulig.

«Legekunstens far», Hippokrates, som virket rundt 450 f.Kr., var opptatt av diagnostikk, behandling og prognose. Med lite utstyr og remedier i sitt virke ved Asklepios-templet på Kos ble prognose det viktigste, især overfor familienes mannlige forsørgere. I dagens medisin er imidlertid fokus skjøvet over mot sofistikert og effektiv diagnostikk og behandling – eksemplifisert ved den moderne akuttmedisinske sløyfemedisinen. Den redder liv og hindrer komplikasjoner gjennom tidlig identifikasjon, triage og behandling av f.eks. hjertestans, STEMI (ST-elevasjon-myokardinfarkt), hjerneslag, sepsis og – ikke minst – traumer. Her brukes ordspill som «tid er hjerneceller» og «tid er hjertemuskel». Mange har derfor team for såkalte sløyfepasienter i akutt mottakene, og noen har det også for pasienter utenfor de nevnte sløyfene (1).

Alle typer behandling, det være seg med inngrep, prosedyrer eller medikamenter, har komplikasjoner eller bivirkninger. Nytte må derfor alltid veies mot kostnad. Ved moderne sløyfemedisin er bivirkningen at man kan havne i feil sløyfe, noe som betyr feil behandling til tross for de beste hensikter, inntil man eventuelt innser at noe skurrer.

*«Ved moderne sløyfemedisin er bivirkningen at man kan havne i feil sløyfe»*

På en prisverdig pedagogisk måte tar Sønstabø og medarbeidere opp dette i sin kasuistikk om en mann i 40-årene med mental og sirkulatorisk påvirkning etter et falltraume (2). Her forelå opplysninger om rusbruk, noe som er vanlig hos traumepasienter (3). Det er således lett å forstå hvorfor pasienten ble håndtert av et traumeteam. En kritisk syk pasient kan ha flere diagnoser hvor fellesnevneren er behovet for rask avklaring.

Noen tilstander, slik som endokarditt, lungeembolisme og sepsis, kalles ofte «den store imitator». Enkelte vil også inkludere forgiftning og rus og abstinens i denne gruppen. I den aktuelle kasuistikken var kokainforgiftning hovedårsak til det fatale forløpet. Komplikasjonen hypertermi, som sannsynligvis utløste en forbrukskoagulopati (disseminert intravaskulær koagulopati, DIC), var også medvirkende.

Tidsskriftets spalte «Noe å lære av» har også huset pasienter fra vår universitetsklinikk. I det publiserte tilfellet kom vi ikke ut av tankegangen om rabdomyolyse som årsak til muskelsmerter under trening (4). Dette var i en tid hvor treningsindusert rabdomyolyse var på alles lepper, og «alle» tenkte på dette. Fasiten kom uker senere da pasienten ble innlagt med hjerneslag utløst av en septisk embolus fra mitralklaffen. Et annet eksempel jeg kjenner til, er pasienten som kommer inn i «slagsløyfen» på grunn av cerebrale utfall med samme patogenese som ovenfor. Uheldigvis gis det av og til trombolysis til slike pasienter.

*«Legevaktslegens tentative diagnose er ofte korrekt, og vi er derfor mindre vant til å nullstille oss diagnostisk overfor nye pasienter»*

Våre nye pasientsløyfer er kommet for å bli. Spørsmålet er hva vi kan gjøre for å hindre at pasientene inkluderes i feil sløyfe. Norsk medisin skiller seg fra mange vestlige miljøer ved at legevaktstjenesten «siler» pasientene før de eventuelt innlegges. Legevaktslegens tentative diagnose er ofte korrekt, og vi er derfor mindre vant til å nullstille oss diagnostisk overfor nye pasienter – slik som i utenlandske *emergency rooms*. Jeg mener at den «farligste» diagnosen man kan innlegges med i Norge, er mistanke om lungeembolisme. Uansett belegg i sykehuset blir slike pasienter tatt imot uten diskusjon. Mottakende lege har stor respekt for diagnosen og ønsker å bekrefte eller utelukke denne – i stedet for å nullstille seg diagnostisk. En slik pasient må kanskje vente en stund på en CT-angiografi. Hvis pasienten har sepsis, tapes dyrebare timer.

Tilsynet i norske akuttmottak i 2007 viste at de minst erfarne legene ofte sto alene i akuttmottaket (5). Derfor ble det etablert en ny hovedspesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Slike spesialister skulle håndtere de uavklarte pasientene og understøtte de mindre erfarne legene i akuttmottaket. Akuttmedisin utenfor sykehus og sløyfemedisin skulle ikke omfattes av denne nye spesialiteten – dersom sløyfene fungerte.

Erfaringene til Sønstabø og medforfattere, og våre egne erfaringer, har vist at vi må være ydmyke og åpne for at pasienter kan ha havnet i feil sløyfe, og at sløyfens «forvaltere» bør ha en lav terskel for å konferere med spesialister i akutt- og mottaksmedisin hvis ikke alt stemmer. Dette vil ytterligere bedre pasientsikkerheten, også i våre akuttmottak.

---

## LITTERATUR

1. Engebretsen S, Bogstrand ST, Jacobsen D et al. NEWS2 versus a single-parameter system to identify critically ill medical patients in the emergency department. *Resuscitation Plus* 2020; 3: 100020. [CrossRef]
2. Sønstabø K, Gjerde S, Dicko A et al. En mann i 40-årene med mental og sirkulatorisk påvirkning etter falltraume *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0546. [CrossRef]
3. Tollisen KH, Bjerva M, Hadley CL et al. Substance abuse-related admissions in a mixed Norwegian intensive care population. *Acta Anaesthesiol Scand* 2020; 64: 329–37. [PubMed][CrossRef]
4. Bjerva M, Berild D, Jacobsen D. En veltrent mann med mekanisk aortaklaff og leggsmerter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 113–6. [PubMed][CrossRef]
5. "Mens vi venter... " – forsvarelig pasientbehandling i akuttmottakene? Rapport 2/2008. Oslo: Helsetilsynet, 2008. <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/2008/forsvarlig-pasientbehandling-oppsummering-landsomfattende-2007-akuttmottak-somatisk-spesialisthelsetjeneste/> Lest 7.1.2021.

---

Publisert: 1. februar 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0014

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. august 2022.