

Hovudproblemet mitt med artikkelen er at det ser ut til at svaret deira er «ja»: «Basert på vår erfaring mener vi dette er veien å gå.» skriv dei, og det ser ut til at dette peiker attende på auka utdanningsnivå, kompetanseheving og formell forskriftsfesting av ambulansenivået.

Mi meining er tvert om at eg *ikkje* ønsker den stasjonære legevaktlegen som distanserer seg frå akuttmedisinen, og eg vil kort grunngje det slik:

Frå min kommune, Austevoll i Hordaland, har me publisert to artiklar som beskriv alle akuttmedisinske hendingar i kommunen i toårsperioden 2005–2007 (2, 3). Av funn i studien vil eg framheve at talet på diagnoser ved dei 236 akutthendingane som legen vurderte, var 62. Med andre ord er den udifferensierte akuttmedisinen ved helsepersonellet sin første kontakt med pasienten, ein svært variert arena.

Den innskrenkar seg ikkje til eit fåtal kjernetilstandar, der intensiv trening i prosedyrer er det som er viktig. At mange akutte situasjonar er prega av diffus og raskt endrande symptomatologi, gjer at ein generelt høg medisinsk kompetanse er viktig for å gjere rette handlingar og få pasienten til rett nivå.

Eit anna funn gjeld den endring av alvorsvurdering som skjer i forløpet av ein akuttmedisinsk aksjon. I vårt materiale nedgraderte legen den initiale alvorsvurderinga ved meldingsmottaket i 42 % av tilfella, då ho eller han faktisk fekk undersøkt pasienten. Med andre ord er det behov for ein høg grad av diagnostisk utelukkingskompetanse i den prehospitalt akuttmedisinen.

Kanskje like viktig er det at alvorsgraderinga vart auka i 11 % av tilfella. Det viktige for å kunne forstå eller gjenkjenne at ein tilstand er meir alvorleg enn ein først hadde tenkt, er å ha generelt gode medisinske kunnskapar.

Eg synest at desse enkle kjensgjerningane burde vere nok til å forstå at den medisinske profesjonen, legen, er essensiell i akutt-situasjonane.

Det finst ikkje noko datamateriale som beskriv variasjonen av utdannings- og kompetansenivå hos ambulansarbeidarar. Realiteten er nok at den høge kompetansen som mange legar skulle ønska at skulle finnast i ambulansetenesta, i mange tilfelle ikkje er der, og at det er slik desto lenger ein kjem frå dei geografiske sentra. Nesten-lege-ambulansarbeidaren vil aldri komme til å bli hyppig i utkantane.

Sverre Rørtveit

sverre.rortveit@austevoll.kommune.no

Sverre Rørtveit (f. 1949) er kommunelege 2 i Austevoll kommune og fastlege ved Bekkjarvik legekontor. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Kindt PG, Momyr M, Sundland E et al. Prehospital akuttmedisin uten legevaktlege? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1176–7.
- Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendingar i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 738–42.
- Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinsk handsaming i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 735–7.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 23.6.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3019306/>

P. G. Kindt og medarbeidere svarer:

Vi takker for interessante kommentarer fra Rørtveit og Zakariassen og beklager at vi ikke refererte til Rørtveit og Hunskaars artikler fra 2009. Vi konstaterer at vi alle er enige i at dette er et viktig problemområde som fortjener økt oppmerksomhet. For oss var det vesentlig å få frem hovedpoenget, nemlig at legevaktlegen i forbausende liten grad er involvert i akutte medisinske hendelser utenfor sykehus. Vår undersøkelse var retrospektiv og derfor neppe helt presis. Kanskje er legenes reelle involvering noe høyere, slik Zakariassen antyder. Det er imidlertid neppe noen tvil om at tallet er lavt.

Vi er enige i at vi trenger søkelys på selve varslingen: I hvilken grad blir legevaktlegen faktisk varslet av AMK-sentralen ved akutte hendelser slik forskriften krever? Dette hadde vi dessverre ikke undersøkt. Likeledes trenger vi mer kunnskap om hvorfor legevaktlegen velger ikke å rykke ut i situasjoner hvor han/hun er varslet. Vi tror dette henger sammen med etableringen av stadig større flerkommunale legevakt-distrikter, noe som gjør det svært problematisk for legen å rykke ut. I flere distrikter er det 10–15 mil mellom distriktets utkanter.

Rørtveit er bekymret fordi vi tar til orde for at veien videre er en ytterligere styrking av ambulansespersonellens utdanning og kompetanse. Vi deler hans bekymring. Han har utvilsomt rett i at den primære kontakten er en svært krevende arena, med varierte og vanskelige problemstillinger, noe som krever høy kompetanse. Han har også rett i at det er vanskelig å gjøre korrekte alvorlighetsvurderinger. Når vi skriver som vi gjør, er det ikke fordi vi *ønsker* at legen skal være lite involvert, men fordi vi har en sterk følelse av at den utviklingen vi beskriver, har kommet for å bli: Legen blir mer stasjonær og overlater stadig mer av det primære arbeidet – inkludert diagnostikk og behandling – til ambulansespersonellet.

Det gleder oss at debatten er i gang og at både Rørtveit og Zakariassen synes å ønske at legevaktlegen skal være mer aktiv. I så fall kreves en kraftig bevisstgjøring og økt søkelys fra legenes side, inkludert en styrket akuttmedisinsk utdanning, og antagelig også organisatoriske grep.

Kan det tenkes at også bekvemmelighetshensyn fra legenes side spiller en rolle?

Petter G. Kindt

petter.kindt@gmail.com

Marius Momyr

Erlend Sundland

Sven Erik Gisvold

Petter G. Kindt (f. 1988) er turnuslege ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Elverum-Hamar og har arbeidserfaring fra akuttmottaket ved St. Olavs hospital og ambulansetjenesten i Trondheim. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marius Momyr (f. 1983) er turnuslege ved Orkdal Sjukehus og har arbeidserfaring fra allmennpraksis ved Saupstad legesenter og ambulansetjenesten i Trondheim. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Erlend Sundland (f. 1954) er utdannet anestesisykepleier og jobber nå som avdelingssjef for Sør-Trøndelag i Ambulans Midt-Norge. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Sven Erik Gisvold (f. 1944) er professor dr.med. ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved Anestesiavdelingen, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kan høyt kolesterol være gunstig?



I en artikkel i Tidsskriftet nr. 11/2013 fremstilles den lipidprofilen som oppsto etter et forsøk med lavkarbokosthold, som noe som ensidig økte risikoen for å få hjerte- og karsykdom (1). Jeg er usikker på om det er grunnlag for å være så bastant. Det finnes nemlig også forandringer i lipidprofilen som er positive, og som kanskje kan oppveie de eventuelt negative forandringene i lipidmønsteret. Deltakerne i studien fikk nemlig en betydelig økning i HDL-nivået, noe mange eksperter på området vil tolke som helsemessig gunstig. >>>