

Med dansk beredskap i norsk akuttmedisin

– Når så mange leger sier at de føler seg utrygge i akuttsituasjoner, er det et faresignal som må tas på alvor. I helsevesenet er det altfor liten aksept for å drille rutiner og ferdigheter før ulykken er ute, mener anestesilege Torben Wisborg.

Redningshelikopteret ved 330-skvadronen på Banak flystasjon ved Lakselv i Finnmark er klar til avgang. Dagens øvelse er en «pickup», dvs. en heiseoperasjon der helikopteret skal hente opp 15 personer fra et fiskefartøy ute i havgapet, og frakte dem til land. Etter en briefing og gjennomgang av sjekklisten skifter mannskapet antrekk og tar plass i den store Sea King-maskinen. Snart durer den av sted over fjord og fjell, med kurs for kysten i nordvest og med et team bestående av to flygere, en systemoperatør, maskinist, redningsmann og en anestesilege.

Trene på kriser

Tidsskriftet er med som observatør under redningsøvelsen som varer en drøy time og går som planlagt. På turen tilbake til helikopterbasen er det debriefing om bord. Fartøysjef Anders Rossing påkaller hver og en av besetningen som i tur og orden uttaler seg om forløpet og eventuelle avvik fra standardrutinene.

– Å gjennomføre hyppige øvelser er en forutsetning for å kunne ha en reell redningsberedskap, konstaterer Torben Wisborg noen timer senere når vi er på visitt i legens vaktbolig, bare et steinkast unna flyplassen. Det har ikke vært noen oppdrag på vekten, og ettermiddagskaffen kan nytes i ro og mak.

Wisborg er medisinsk-faglig ansvarlig for redningshelikopteret i Banak, en bistilling han har ved siden av jobben som seksjonsoverlege ved akuttavdelingen ved Hammerfest sykehus. Redningshelikopteret drives av Forsvaret og betjener fiskeflåten i Nord-Troms, Finnmark og Barentshavet. Det inngår også i Statens luftambulans og utfører ambulansoppdrag i det samme området (1, 2). 10–15 % av ambulansoppdragene foregår i Barentshavet, og halvparten av disse henvendelsene er fra utenlandske skip. Mens hjerte- og karsykdommer er den vanligste kontaktårsaken på fastlandet, dominerer skader og mage- og tarmsykdommer til havs.

Etter mer enn ti års fartstid som helikopterlege er Wisborg sikker i sin sak om at helsepersonell har mye å lære av hvordan fly-, rednings- og forsvarspersonell simulerer og trener på krisesituasjoner som kan oppstå.



Torben Wisborg har det medisinske ansvaret for redningshelikopteret stasjonert i Banak i Finnmark. Begge foto T. Sundar

– Det gjelder måten å håndheve regler, rapportere avvik og gi tilbakemeldinger på. Ingen flyger ville få lov til å fly livet ut med et flysertifikat man fikk som 25-åring. Det trengs systemer for ferdighetstrening og internkontroll, og som sørger for at personell som gjør ting galt, får både korrektinger og oppfølging.

Føler seg utrygg

Gode rutiner innen akuttmedisin er en fane sak for den danske legen, som mener det er behov for å tenke nytt rundt beredskapstrening i helsevesenet.

– En utbredt holdning blant helsearbeidere er at man lærer mens man jobber og tar problemene når de kommer. Men noen traumer og akuttifeller er så sjeldne eller alvorlige at vi ikke kan trene på pasientene. Skal vi redde liv, må vi være forberedt. Det betyr å ha øvd på forhånd, sier Wisborg.

Han peker på at ca. 50 norske sykehus mottar pasienter med akutte skader. Det er et stort antall i forhold til befolkningens

størrelse. Siden små sykehus sjelden utsettes for de store prøvelsene, opparbeider legene her mindre kompetanse og erfaring innen traumebehandling gjennom den daglige virksomhet.

– Dermed blir rutinene mangelfulle. Sykehusene er imidlertid avhengig av gode rutiner for å unngå sub-optimal behandling og for ikke å overse alvorlige skader. Det anslås at hvert fjerde dødsfall etter skade kunne ha vært unngått, og skader er den hyppigste dødsårsaken blant personer under 35 år. Da sier det seg selv at det er store gevinster å hente gjennom en bedre traumebehandling.

I en undersøkelse publisert i *Tidsskriftet* i fjor viste Wisborg & Brattebø at halvparten av norske sykehus mangler gode akutt-rutiner i form av definerte traumeteam eller traumemanual, og at de små sykehusene ligger dårligst an på dette feltet (3).

– Det er bekymringsfullt dersom vi får et skille i beredskapskvaliteten mellom små og store sykehus, påpeker Wisborg.

Utenfor sykehus er behovet for å drille akuttmedisin minst like stort. En undersøkelse har vist at norske allmennleger er lite fortrolige med akuttmedisinske prosedyrer og sjelden utfører dem (4). Halvparten av allmennlegene hadde satt færre enn fem intravenøse kanyler de siste 12 månedene. En av fem leger hadde ikke utført noen av de oppgitte prosedyrene, blant annet bagging, defibrillering og håndtering av rygg- og multitraumepasienter.

Best når det gjelder

Wisborg sitter ikke bare på gjerdet og venter på at andre skal foreta seg noe. De siste årene har han reist land og strand rundt og holdt kurs i traume- og skadebehandling. Han har vært initiativtaker til kursene i skadebegrensende kirurgisk teknikk i regi av universitetssykehusene, de såkalte grise-kursene (5), samt en pådriver for det prisbelønte BEST-prosjektet (6), støttet av Legeforeningen. Det siste står for bedre og systematisk traumebehandling, og er et kursopplegg som gjør bruk av simuleringsøvelser og samarbeid for å oppøve leger, sykepleiere og andre helsearbeidere i mottak, stabilisering og primærbehandling av traumepasienter. Til nå har nesten 20 syke-

hus, deriblant sentral- og regionsykehus, samt én kommune, Alta, kjørt kursopplegget, som går over 1–2 dager.

– Ideen er at øvelse gjør mester, og bruk av simuleringsovelser kan hjelpe sykehusene til å etablere bedre akutt-rutiner. Det er gledelig å få tilbakemeldinger om at dette også skjer, og at sykehusene følger opp med nye øvelser, sier Wisborg. Ved hans eget sykehus i Hammerfest blir personalet drillet hvert halvår etter BEST-metoden. – Hvordan vil BEST bli evaluert og fulgt opp?

– Vi er i gang med å kartlegge del-takernes følelse av mestring før og etter trening. Vi ønsker også å finne ut om kursopplegget har endret sykehusenes måte å organisere akuttberedskapen på.

Tidligere i år gikk BEST-prosjektet over til å bli en stiftelse, med Torben Wisborg som daglig leder.

– Hva vil dere oppnå med en stiftelse?

– Beslutningen om å danne en stiftelse ble tatt etter anbefaling fra myndighetene, som ønsket å forholde seg til en virksomhet med styre og vedtekter, og ikke en gruppe personer. Vi tror stiftelsesmodellen er hensiktsmessig og kan bidra til å formalisere opplæring og kvalitetssikring innen traumebehandling, sier han, og understreker samtidig at BEST er en ideell stiftelse som ikke tar ut økonomisk utbytte.

Danske i det høye nord

Det var kjærligheten som førte københavneren Wisborg til en fast adresse nord for polarsirkelen. Hans kone Ellen Blix er jordmor og kommer fra Hammerfest. De traff hverandre i Libanon i 1983 da begge jobbet for hjelpeorganisasjonen Røde Halvmåne. Siden 1990 har paret med sine fire barn vært bosatt i Hammerfest.

Jakt, fiske, båtliv og muligheter til å utfolde seg. Det er hva Finnmark kan tilby en urban danske, men Torben Wisborg fremhever også de faglige utfordringene ved å være lege i det høye nord: – Det kan være vel så spennende å drive med akuttmedisin ved et utkantsykehus, for eksempel å gjøre en vellykket intubering av et barn med epi-glottitt, som å behandle hjertesyke ved et regionsykehus. Jeg får ikke formell spisskompetanse av å bli i Hammerfest, men bred erfaring.

Wisborg ønsker seg et helsevesen som legger vekt på kvalitet, pasientsikkerhet og et likeverdig tilbud til befolkningen.

– Som lege ved et lokalsykehus er dette et viktig prinsipp for meg. Hvis en traumepasient dør i Hammerfest, vil de pårørende spørre: Hvorfor ble han ikke sendt til Tromsø? Men hvis pasienten derimot dør i Tromsø, sier man gjerne: Livet stod ikke til å redde. Legene har selv bidratt til å flytte



To personer fra en fiskeskøyte blir spent fast til en vaier og heist opp i Sea King-helikopteret under en «pickup»-øvelse i Øksfjord.

faglig prestisje fra lokal- til regionsykehus, men det viser seg faktisk at pasientoverlevelsen er størst i små sykehus. Dette bør anspore leger ved lokalsykehusene til å arbeide videre med innovasjon og utvikling.

Det nytter

En fagmann til fingerspissene er den gjengse oppfatningen av Torben Wisborg blant kolleger. Noen går så langt som å kalle ham kompromissløs. Det siktes da gjerne til hans rolle i ambulansestriden i Finnmark som kulminerte i fjor da han trakk seg som medisinsk ansvarlig for tjenesten. Det gjorde han i protest mot at fylkeskommunen la ambulansetjenesten ut på anbud uten å ta nok hensyn til kvalitet og sikkerhet.

— fakta —

- Torben Wisborg, f. 1956
- Cand.med. i København 1982, spesialist anesthesiologi 1989
- Ca. 70 publikasjoner om akuttmedisin, anesthesiologi og prehospital behandling
- Anestesioverlege ved Hammerfest sykehus 1990–93, avdelingsoverlege samme sted 1993–
- Bistilling i Norsk Luftambulans fra 1989, medisinsk-faglig ansvarlig for redningshelikopteret i Banak 1992–
- Førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø 1996–

– Fylkeskommunen ansatte personell uten utdanning og benyttet enmannsbetjente ambulanser uten nødvendig utstyr som defibrillator. Mine innvendinger ble ikke hørt, og i stedet ble jeg motarbeidet av fylkeskommunen. Det førte til tillitsbrudd, og jeg kunne ikke lenger ta ansvaret for tjenesten, sier Wisborg.

Gjør din plikt og krev din rett er et motto for ham i faglig sammenheng. Men, understreker han, dette forutsetter vilje til selvrefleksjon.

– Det er nettopp dette kvalitetssikring handler om; å stille faglige krav til en tjeneste og evaluere den før man eventuelt gjør endringer. Prehospital akuttmedisin lider under fraværet av standarder, kvalitetskriterier og virksomhetsdata. Innen traumatologi trenger vi kunnskaper om hvem som dør og hvordan de dør. For eksempel vet vi at 70 % av dem som får alvorlige skader i Finnmark, dør innen en time. Det høye tallet viser at det er viktig og riktig å sette inn redningsressurser tidlig, sier Torben Wisborg.

Nytten av å sette inn målrettede tiltak i akuttmedisinsk og katastrofemedisinsk arbeid, har han og kollegene Mads Gilbert og Hans Husum fullt ut demonstrert gjennom Trauma care-prosjektet, som er rettet mot mineska-

dede sivile i flere krigsherjede land (7). Med forholdsvis enkle midler har legene systematisk drillet lokalt hjelpepersonell i tidlig avansert førstehjelp. I Kurdistan, der Wisborg har vært stasjonert i noen perioder, er resultatene av arbeidet frapperende: Dødeligheten etter mineskader har gått ned fra 40 % til 11 % i løpet av 4–5 år.

Nok en gang terper han på kjepphesten sin om at øvelse gjør mester, forutsatt at rutinene er hensiktsmessige og tuftet på faglige overveielser.

– Poenget er, sier han på klingende dansk: – Vi må vite hva vi gjør og om det virkelig hjelper!

– Tom Sundar, Tidsskriftet
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Haagensen R, Sjøborg K-Å, Rossing A, Ingilæ H, Markengbakken L, Steen PA. Oppdrag med redningshelikopter i Barentshavet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1070–4.
2. Wisborg T. Kvalitetsrevisjon av luftambulansetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3749–51.
3. Brattebø G, Wisborg T. Organiseringen av traumemottak ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2364–7.
4. Wisborg T, Brattebø G. Confidence and experience in emergency medicine procedures. Scand J Prim Health Care 2001; 19: 99–100.
5. Brattebø J, Brattebø G, Lønn R, Pillgram-Larsen J, Brønstad A. Hvordan øve kirurgiske team i skadebegrensende kirurgi? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1513–5.
6. Sundar T. Simulering – øvelse som gjør mester. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2700–1.
7. Husum H, Gilbert M, Wisborg T. Save lives, save limbs. Penang, Malaysia: Third World Network, 2000: 148.