

Satsing på prehospital akuttmedisinsk beredskap krever høy faglig kompetanse, politisk vilje og evne til omstilling

God akuttberedskap gir trygghet

Hvert år kommer flere enn 40 000 nordmenn opp i situasjoner der det kan stå om livet. Om lag 5 000 pasienter rammes årlig av plutselig og uventet hjertestans (1). Det er godt dokumentert at tidlig og god akuttmedisin kan redde liv og forebygge senskader. Man kan beregne kvalitetsjusterte leveår når akuttmedisinske tjenester skal dimensjoneres. Men folks engasjement ved endringer i akutttilbud og ambulansetjenester viser at dette også handler om trygghet i hverdagen. Trygghet er vanskelig å måle, og opplevd trygghet er ikke alltid reell. Vissheten om at man blir tatt raskt hånd om av kyndige fagfolk hvis akutt eller livstruende sykdom eller skade rammer, oppleves av mange som så avgjørende at det har betydning for livskvalitet og dermed kanskje indirekte også for bosetningsmønster og distriktpolitikk. I dette nummer av Tidsskriftet er det flere artikler om tiltak som kan styrke den lokale akuttmedisinske beredskapen, og som gir innsikt i hvordan vi skal kunne tilby økt reell trygghet i lokalsamfunnet (2–6).

Ellen Holtan Folkestad og medarbeidere viser at svært få av de undersøkte kommuner oppfylder anbefalte krav til prehospital responstid for ambulansetjenesten (2). Tidstapene i den akuttmedisinske kjeden er til dels betydelige, og avstanden mellom helsepolitiske og faglige målsettinger på den ene side og den akuttmedisinske virkeligheten på den annen er stor. Myndighetene og helseforetakene kan møte denne utfordringen på to måter: Ved å redusere de helsepolitiske målsettingene gitt i stortingsmeldingen om akuttmedisinsk beredskap (7) eller ved å bedre de akuttmedisinske tjenester.

Det er faglig enighet om at hjerte-lunge-redning og tidlig defibrillering kan redde liv. Utfordringen er å organisere denne hjelpen på en måte som tilfredsstillende befolkningens forventninger og de faglige anbefalinger og samtidig ligger innenfor forsvarlige kostnadsrammer. Ved behandlingen av stortingsmeldingen (7) pekte sosialkomiteen på at hjertestartere i langt større grad burde gjøres allment tilgjengelige. Myndighetene har som et ledd i oppfølgingen av meldingen blant annet inngått avtale med Stiftelsen Norsk Luftambulansse om utplassering av hjertestartere og opplæring av personell i mange mindre kommuner. Mange steder etableres beredskap også etter lokalt initiativ. Enkle defibrillatorer finnes på hoteller, på kjøpesentre og i større bedrifter. To av tre plutselige dødsfall på jobben i den vestlige verden skyldes akutt hjertesykdom og ett av tre skyldes ulykker (8).

På grunnlag av en systematisk litteraturstudie av tilgjengelig forskning på området setter Sverre Rørtveit & Eivind Meland spørsmålstegn ved verdien av å utplassere enkle hjertestartere på offentlige steder i Distrikts-Norge (3). De mener at en slik strategi neppe vil gi noen vesentlig økt overlevelse ved hjertestans. Forfatterne skisserer i en annen artikkel et opplegg med lekfolk i lokale hjertestartergrupper i fremskutt beredskap (4). Dette representerer et nytt og spennende tiltak med organisert naboomsorg i lokalsamfunn der det er lang vei til ambulansse.

God akuttmedisinsk beredskap i Distrikts-Norge forutsetter en faglig oppdatert og engasjert kommunehelsetjeneste. Alle leger i vakt bør beherske avansert hjerte-lunge-redning ved hjertestans etter gjeldende retningslinjer (9, 10). Janecke Thesen og medarbei-

dere viser i sin artikkel om hjerte-lunge-redning som lokalt kvalitetssikringstema hvordan nytenkning og moderne pedagogiske prinsipper kan styrke kompetansen og bidra til tverrfaglig samarbeid, økt samhandling, samhold og ikke minst entusiasme i det lokale akuttmedisinske teamet, hvor legen bør være sentral (5). Eksemplet viser hvordan kommunehelsetjenesten på egen hånd med enkle midler kan bidra til bedre akuttberedskap.

Satsing på prehospital akuttmedisinsk beredskap krever politisk vilje, ressurser og evne til omstrukturering. Sentrale helsemyndigheter bør bidra ved å stille nasjonale og faglig høye krav til ambulansetjenesten, nødmeldetjenesten og den kommunale førstelinjetjenesten (6). Den bebudede forskriften for prehospital akuttmedisin må ha klare krav til responstider, bemanning og faglige kvalifikasjoner. Slike krav må følges opp med midler til helseforetakene og kommunene for slik satsing.

Dagens finansieringsordning av helseforetakene gir få incitamenter til satsing på prehospital akuttmedisinsk beredskap. Helseforetakene må bidra til at lokalsamfunn har en faglig god ambulansetjeneste og må etablere gode samarbeidsmønstre med kommunene. Kommunene må stille krav til legene i vakt og legge forholdene organisatorisk til rette for faglighet og tilgjengelighet. Som leger må vi bidra med å sette høye faglige krav til egen kompetanse.

Omorganisering kan være nødvendig for å utnytte ressursene bedre, men slike prosesser må ikke bare styres av hva som kan oppnås av kvalitetsjusterte leveår. Trygghet for akuttmedisinsk hjelp av god kvalitet i tide er et viktig samfunns gode. Å sikre befolkningens og lokalsamfunnens subjektivt opplevde og reelle trygghet må være målsettingen.

Kristian Lexow
klexow@online.no

Kristian Lexow (f. 1952) er spesialist i anesthesiologi, overlege ved Akuttklinikken, Helse Stavanger HF, og universitetslektor ved Universitetet i Bergen. Han er redaktør for Lægeforeningens arbeidsgruppe for revisjon av Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp og er for tiden leder av Norsk Resuscitasjonsråd.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.
2. Folkestad EH, Gilbert M, Steen-Hansen JE. Når det haster – prehospital responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 324–8.
3. Rørtveit S, Meland E. Utplassering av hjertestarterar – nyttar det? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 316–9.
4. Rørtveit S, Meland E. Hjertestartargrupper med lekfolk i spreiddbygde område. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 320–1.
5. Thesen J, Mosevoll TD, Malterud K. Hjerte-lunge-redning i kommunehelsetjenesten – enkelt program for opplæring og vedlikehold. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 322–3.
6. Sundar T. Styret ambulanssefag gir bedre prehospital behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 378–80.
7. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap.
8. Guidelines on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care, an international consensus on science. Resuscitation 2000; 46: 1–448.
9. Norsk Resuscitasjonsråd. Anbefalt beredskap mot hjertestans. www.nrr.org (12.1.2004).
10. Lexow K, Skogvill E, Sunde K, Steen PA. Nye retningslinjer for basal og avansert hjerte-lunge-redning av voksne og barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 282–4.