

## En ekte redningsmann!



Foto: NLA

**Terje Engevik takket i år av etter 25 års tjeneste som redningsmann, altnuligmann og inspirator i Norsk Luftambulans (NLA). Hans akuttmedisinske karriere har dog vart lenger, og er heller ikke over nå. Akuttjournalen intervjuet ham i sommer for å høre mer om hvilke erfaringer han har høstet og hvilke tanker han gjør seg om fremtiden. Terje er flink til å dele ut skryt, men også til å påpeke åpenbare svakheter i systemet.**

Alt har en begynnelse. For undertegnede var møtet med Terje Engevik i 1977 begynnelsen på interessen for akuttmedisin. Å være atten år og portør-vikar på gamle Rogaland Sjukehus var ingen spøk. Døde og halvdøde pasienter strømmet på og opp i alt dette dukket stadig de grønneklede, altså anestesen, opp. Terje var den som så en lett rystet, men interessert, portør-vikar midt i kaoset. Han forklarte og inspirerte. Med ham som rollemodell ble min fremtid som akuttmedisiner lagt.

Vi treffes til denne samtale 27 år senere. I samtalen med Terje kommer det frem at han fra 1974 jobbet stadig mindre som anestesisykepleier inne på sykehuset og mer med fokus prehospitalt. Når jeg spør om hva som var de store svakheterne innen akuttmedisinen på 70-tallet, svarer han følgende:

- Den gang var mye mer basert på tilfeldigheter. Det var intet døgn-basert system for å takle de vanskeligste situasjonene. Stort sett stod de ferske legene alene med initialbehandlingen av selv de vanskeligste pasientene. Dette så vi på anestesen i det vi ble involvert "ved behov" rundt omkring på hele sykehuset. Utenfor sykehuset var også forbedringspotensialet betydelig. "Død under transport" var et vanlig begrep den gang.

I 1979 kom anestisilege Olav Veum Eielsen tilbake til fødebyen Stavanger fra Oslo medbringende Jens Moe sin ide om en legeheliopertjeneste. Sammen med Terje Engevik jobbet han

natt og dag for å skaffe økonomiske og politiske dekning for et legeheliopert på Sør-Vestlandet, noe de lyktes med tross initial politisk motstand. I 1981 åpnet luftambulansbasen i Stavanger. Drivkraften den gang som nå var å gjøre tidlig behandling mer tilgjengelig ("legen til pasienten og ikke omvendt"). For å få til dette var det viktig å få til et raskt og smidig varslingsystem og et godt samarbeid med andre nødhjelpsinstansene. Også dette klarte de to i sammen. Siden ble det mange og lange vakter på luftambulans baser i Stavanger og senere Bergen, kun avbrutt av enkelte utenlandsopphold for Røde Kors. På spørsmål om hvordan han har beholdt entusiasmen og humøret i alle disse årene svarer han: - Utrykningstjeneste er en blanding av full action og venting på neste oppdrag. For å unngå den såkalte "brakkesjuken" er det viktig å bruke tiden på vakt konstruktivt. Trene, planlegge og oppdatere seg slik at man kan løse primærjobben sin. Men, redningsmann, flyger og lege utgjør også et team sammen. Derfor er det svært viktig for alle i teamet å dele dagen med de to andre, i stede for kun å "mure seg inne" på kontor eller foran TV. Alle har et felles ansvar for å delta i felles oppgaver. Når vakt teamet blir bedre kjent med hverandre vil

de også fungere bedre under stress. Videre åpner dette for mer åpenhet og konstruktiv kritikk i trygge rammer under og etter endt oppdrag. Hver av de tre har sin egen definerte primæroppgave, men er samtidig assistenter til hver andre. Det er derfor viktig å ha ørene åpne for råd og innspill fra de to andre. Spesielt legegruppen synes å glemme disse viktige poengene når nye leger skal inn i tjenesten. Det resulterer i en unødvendig slitsom startfase for mange nye leger.



Fra en dramatisk redningsaksjon i elven Kinso i Hardanger. Kvinnen ble reddet etter fem timer i elva.

Foto: Svein Arne Hauge



# Rogaland vil ha luftambulansen

*Nekter å akseptere avslag fra Sosialdepartementet*

## Luftambulansen starter 5. juli

*Rogaland, under fellet som får legobemannet helikopter*

Rogaland fylkeskommune sier ikke til å stå med Sosialdepartementet slik om ikke å gi tilsatt ambulansetjenesten etland. Saken vil at m smitt bli tatt opp i etemnet for å finne ig, sier lege Lars Vaage bladet. Vaage er formann i hdd selskaper i Rogaland og for Sentralgruppa i Nord hvor luftambulansetjenesten er stilt har det legobemannet er i Stavanger er 100 oppdrag si lert i sommer. Vaage sier at man i avgjort vil oppre kalsamordningen, er se noen ang til at ordnings slansen skal tet



*En engasjert Terje Engevik, som under hele oppbyggingen av basen i Stavanger var en sentral person.*

Hva kjennetegner så en god redningsmann i luftambulansetjenesten?

- Redningsmannen er på mange måter krumtappen i systemet og må være multi-funksjonell. Selv om han ikke trenger å være anestesisykepleier er en akuttmedisinsk bakgrunn svært viktig. Redningsmannen driver med lite redning og mye støtte til flyger og lege i deres funksjoner. En åpen, lyttende og lærende holdning kombinert med evnene til å si ifra er viktig. Redningsmannen trenger ikke være mann, men vi ser av erfaring at få kvinner ønsker å gå denne veien. Jeg tror personlig ikke dette kommer til å endre seg særlig fremover. Også blant legene tror jeg kvinnene vil utgjøre mindretallet fremover. Kanskje ikke "macho-imaget" til tjenesten appellerer i samme grad til kvinner?

Hva med flygeren i denne spesielle tjenesten?

- Mye som kan sies her selvsagt. Men, det viktigste for resten av teamet er at han har erfaring og trygghet nok til å kunne si nei til oppdrag utfra flysikkerhets hensyn. Videre at han har evnen til å "se an sitt publikum". Med det mener jeg at flygeren som fartøysjef ikke bare skal inngi respekt, men også trygghet! Hva som virker skremmende vil variere fra

person til person også i denne tjenesten, og det må flygeren ta hensyn til.

Du mener åpenbart ikke andre yrkesgrupper skal overta anestesilegens sentrale rolle i tjenesten, men fungerer sykehusbaserte legespesialister (les: anestesileger) ute i felten sånn uten videre?



*Besøk fra sykehusbarnehagen siste dag på jobb.*

*Foto: NLA*



Omgitt av kolleger og samarbeidspartnere ved avslutningsfesten på NLA's base i Stavanger.  
Foto: NLA

- Svaret er nei. Anestesilegen er sentral for å løse de medisinske utfordringene, men selv om fagkunnskap fra operasjonsstuer og intensivavdeling er viktig så er ydmykhet (les: realisme) overfor egne ferdigheter ikke mindre viktig. Anestesilegen må ha egeninnsikt nok til å se egen begrensning og samtidig være selvsikker nok til å kunne ta beslutninger. Som tidligere nevnt er det å kunne lytte på innspill og råd en nøkkel faktor til suksess. Denne tjenesten trenger ikke verdensmestre med oppblåst ego. I motsetning til på sykehuset så må anestesilegen ute i felten være helt selv dreven, dvs. kunne koble og bruke alt utstyr uten assistanse, og ikke minst vite hva som finnes av medikamenter og hvor. Han eller hun må kunne tåle å lære av de andre i systemet hva som fungerer prehospitalt og ikke. Verden forandrer seg når man går ut sykehusdøren. Selv om personlighet spiller inn, så har jeg mange ganger stusset på at så lite har endret seg i denne sammenheng over tid. Jeg mener det er behov for en helt ny type utsjekk kurs for nye leger i denne tjenesten. En periode hvor de både lærer av erfarne kolleger, kan få prøvd seg i simulerte men realistiske situasjoner, og blir fortrolige med de spesielle behandlingsoppleggene og faglige utfordringene, som er spesifikke for den prehospitaltjenesten. Alle forstår at legen gjør individuelle vurderinger hos den enkelte pasient, men det er i beste fall forvirrende og i verste

fall farlig når avviket fra en etablert praksis blir for stort. Da vil det fort bli spørsmål i etterkant.

Som ung pensjonist har Terje ingen planer om sitte stille og se på solnedgangen på hytta utenfor Bergen. Utfordrende oppgaver rundt etablering av ambulansetjenste i Afghanistan venter, også denne gang på oppdrag fra Norges Røde Kors. Har du noen sluttkommentarer til alle de som skal jobbe videre i utrykningstjenesten spør jeg?

- Tenk forbedring hele tiden. Tenk ettervekst. Mitt motto har alltid vært at eleven skal bli bedre enn læreren sin. Det betyr at vi må lære av tidligere feil, bruke den kunnskapen som er i systemet til stadig å gjøre en bedre jobb. Samtidig må vi tørre å slippe nye krefter til. Å bygge opp et system er en ting, å vedlikeholde det en annen. Den største forandringen mener jeg er at vi nå har et døgn-kontinuerlig system som sikrer kontinuitet og kvalitet på behandlingen, både prehospitalt og i akuttmottakene. De kritisk syke eller skadde pasientene dør ikke lenger i Akuttmottak eller under transport på grunn av mangel på kvalifisert personell. Fremdeles kan det akuttmedisinske systemet bli bedre og smidigere. Ikke minst kan dette skje ved at vi alle hjelper til å spre den kunnskapen vi nå har opparbeidet i systemet.

Disse utfordringen formidler jeg gjerne videre til leserne. Jeg sitter igjen med et bestemt inntrykk av at en virkelig pioner i norsk akuttmedisin har sluttet i aktiv tjeneste. "En ekte redningsmann" var hedersordet som ble brukt av mange på markeringen av Terje's inntreden i pensjonistenes rekke som ung 57-åring. La oss håpe at systemet tar vare på den kompetansen det bygger opp, og aktivt bruker den i videre forbedring av opplæring og praksis. Pionertiden i norsk luftambulansetjeneste er over. Utfordringen nå er å vedlikeholde og bygge videre, og da trenger vi pionerene til å hjelpe oss å holde riktig kurs.