

„Nútíminn er trunta með tóman grautarhaus“

Það er kannski ekki úr vegi að velta fyrir sér hvort ýmislegt sem við praktíserum í dag sé bara kjagandi trunta með tóman grautarhaus og við okkur loði ákveðið kjarkleysi til að endurskoða viðhorf og venjur.

Á fræðsludegi heimilislækna 3. mars sl. fjallaði Ágúst Oddsson læknir á Hvammstanga um bráðalækningar utan sjúkrahúsa og talaði mest um landsbyggðina og brá meðal annars upp mynd af því þegar hann fyrir 20 árum var læknir í Bolungarvík. Sjúkraflutningar fóru fram í „svörtu Maríu“ með lögreglumenn á vakt sem sjúkraflutningsmenn, farsíminn var 5kg NMT sími og oft ekki hægt að ná í lækni strax í síma. Læknir mætti gjarnan í útkall á mokka síum og fékk hlífðarföt að láni hjá björgunarsveitinni ef þannig stóð á. Námskeið og þjálfun í bráðalækningum á vettvangi var ekki til og helst að menn hefðu farið á endurlífgunarnámskeið sem miðuðu fyrst og fremst við hjartaendurlífgun. Þessi lýsing þótti sköndin enda er veruleikinn í dag allur annar. Búnaður og hlífðarföt eru betri, sjálfvirk stuðtæki komin til sögunnar, símar orðnir fisléttir og alltaf við hendina, neyðarlínan sér um útköll og boðskipti, hægt er að kalla til þyrllu, og sjúkraflugþjónusta gerð út frá Akureyri hefur stórbætt ástandið víða um land. Í dag er einnig hægt að sækja sérhæfð námskeið í bráðalækningum um aðkomu og öryggi á vettvangi og er mun víðtækari þjálfun en þekktist áður.

Kröfurnar nú eru því meiri til búnaðar og þekkingar sem og leiða til að bregðast við bráðatilfellum. Læknarnir eru þó að mörgu leyti enn í sömu sporum, oftast einir á vakt í héraði, langt í aðstoð og langar flutningsleiðir í mismunandi færð. Þrátt fyrir að fjarskipti og tækjabúnaður sé betri er hinn mannlegi þáttur í raun sá sami, einn eða fáir læknar með alla ábyrgð ef slys ber að höndum. Á herðum læknisins hvílir sem sagt ábyrgðin á því að kunna nóg, geta nóg, að búnaðurinn virki, lyfin séu ekki útrunnin, leiðbeina reynslulitlu aðstoðarfólki, halda sér við í bráðalækningum, taka þátt í almannavarnarvinnu, fræða samstarfsfólk, veita ættingjum og samstarfsfólki áfallahjálp og loks að hugsa um sjálfan sig til að koma í veg fyrir að einn daginn sé viðkomandi ekki bara hættur og farinn.

Hvað er til ráða og hvernig getum við endurskoðað aðstæður okkar í dag til að bæta þjónustuna og líðan lækna og annarra sem vinna við erfiðar aðstæður á landsbyggðinni?

Í nýlegri grein í *Læknaþáttum* um sjúkraflutninga í dreifbýli telja höfundar að nauðsynlegt sé að vinna markvisst að þróun bráðþjónustu utan spítala til að tryggja að sem flestir eigi kost á sérhæfðri aðstoð eins fljótt og tók eru á. Ég get svo sannanlega tekið undir þau orð en minni líka

á að þar til sérhæfð aðstoð berst er það venjulega heimilislæknir í héraði sem kemur á slysstað og stjórnar og sinnir sérhæfðri aðstoð með sjúkraflutningsfólki sínu. Við þessar aðstæður er mjög mikilvægt að læknir og sjúkraflutningsfólk hafi góða þjálfun í bráðatilfellum og þar komum við aftur að sérhæfðri bráðþjálfun lækna og hvort og hversu oft læknar ættu að sækja slíka þjálfun. Þjálfun og endurmenntun í bráðalækningum dregur án efa úr hættu á mistökum, minnkar líkur á að læknar brenni út, eykur vellíðan í starfi og sparar fjármuni. Sérhæfð bráðanámskeið svipuð og endurmenntun HÍ hefur haldið undanfarin ár eru því bráðnauðsynleg og stjórnendur stofnana og HTR þurfa að sýna þá ábyrgð að tryggja að allir læknar sækji þau reglulega en sú er ekki raunin nú. Það virðist nær alfarið fara eftir áhuga lækna hvort þeir sækja sér reglulega sérhæfða þjálfun sem víða erlendis er forsenda þess að þeir haldi leyfi til að starfa. Mér finnst það algjört grundvallaratriði að veita fjármagn í sérhæfða þjálfun sem og að tryggja afleysingar fyrir lækna á landsbyggðinni þannig að þeir komist á þessi nauðsynlegu námskeið. Það þarf einnig að gefa lagalegri hlíð þessara mála meiri gaum og skýra og lýsa betur ábyrgð lækna í bráðþjónustu á eigin verkum og/eða aðgerðarleysi sem og stjórn á samstarfsfólki og því að tæki og tól séu í lagi. Einnig þarf að auka menntun sjúkraflutningsmanna á landsbyggðinni og efla og kynna betur björgunarsveitir og aðra sjúkraflutninga og auka samvinnu milli héraða.

Stórmál í þessu samhengi er einnig afleysingarmál fyrir lækna á landsbyggðinni. Heimilislæknar á landsbyggðinni hafa ekki í mörg hús að venda og oft hlaupa ungir læknarnemar í skarðið. Venjulega fá afleysingalæknarnemar mikinn stuðning frá læknum á svæðinu en það er ekki algilt enda krefst starfið sjálfstæðra vinnubragða. Í mínum huga er ekki forsvaranlegt að í stað reynslumikilla heimilislækna sé sett í héruð yngsta og óreyndasta afleysingafólkið sem tekst á hendur starf sem það getur ekki ráðið við svo vel sé. Í raun má segja að þarna sé ákveðin misnotkun á ungu reynslulitlu fólki sem og að skjólstæðingum sé misboðið enda ekki verið að bjóða uppá 1. flokks læknisþjónustu.

Von mín er sú að í nánustu framtíð verði afleysingarmál á landsbyggðinni tekin til gagngerðar endurskoðunar og leyst úr viðjum eldgamalla vinnubragða sem eru ekki boðleg. Einnig vona ég að tekið verði á bráðþjálfun heimilislækna á landsbyggðinni af meiri ábyrgð en áður og þeim gert mögulegt að fara í endurmenntun í bráðþjálfun annað hvert ár.



Elínborg
Bárðardóttir

elinborgb@simnet.is

Í pistlun Af
sjónarhóli stjórnar birta
stjórnarmenn LÍ sínar
eigin skoðanir en ekki
félagsins.