

Sjúkraflutningar í dreifbýli – athugasemdir við grein



**Sigurður
Halldórsson**

YFIRLÆKNIR HEILSUGÆSLU
Í N-ÞINGEYJARSÝSLU

Undirritaður vill þakka fyrir ágæta grein í aprílhefti Læknablaðsins því brýnt er að koma af stað opinni umræðu um þessi mál þar sem kostnaður af þjónustunni er umtalsverður eins og bent er á í greininni og öryggi íbúa og vaxandi fjölda ferðamanna í dreifbýli í veði.

Sjálfsagt er frá öryggissjónarmiði og frá sjónarmiði jafnræðis íbúa landsins til bráðaþjónustu að taka undir kröfur um að ein eða fleiri björgunarþyrlur verði staðsettar á Akureyri, því segja má að frá sjónarmiði bráðaþjónustu séu þyrlur í Reykjavík varla inni í myndinni fyrir Norðaustur- og Austurland vegna fjarlægðar. Það ýtir svo enn undir þessa kröfu að þjónusta á vegum núverandi rekstraraðila sjúkraflugs frá Akureyri hefur verið langt frá því að vera hnökralaus.

Það er hins vegar ástæða til að staldra við hugmyndir greinarhöfundu um að fækka sjúkrabílum og þar með einnig sjúkraflutningamönnum og vaktstöðvum þeirra. Hugsunin er að vísu góð, að með því að fækka mönnum og auka starfshlutfall þeirra sem eftir verða sé hægt að gera þá að betur þjálfuðum og færari fagmönnum. Það eru hins vegar tveir gallar á röksemdafærslunni. Annað er að á aðeins örfáum stöðum á landinu utan höfuðborgarsvæðisins eru umsvif það mikil í sjúkraflutningum að hægt væri að manna slíkar vaktir með starfsmönnum í fullu starfi. Hitt er svo hugmyndin um að „einhverjir aðrir“ eigi að sjá um fyrstu aðstoð við slys og bráðaveikindi meðan beðið er eftir sjúkrabíl lengra að. Á mínu svæði í Norður-Þingeyjarsýslu gæti þá orðið um 1-2ja klst bið að ræða eftir veðri og færð og gæti þá skipt litlu hversu góð þjálfun áhafnarmedlima sjúkrabílsins er því líkur eru á að t.d. sjúklingur fastur í bíl eftir bílslys yrði löngu látinn úr ofkælingu áður en sjúkrabíll kæmi á vettvang. Málið er að það er alls staðar verið að spara í opinbera kerfinu. Það eru til dæmis 220 km á milli starfsstöðva lögreglumanna á mínu svæði. Hjúkrunarfræðingar eru hvergi á vakt utan dagvinnutíma, þótt þeir hafi verið mjög liprir að koma á vettvang í bráðtilfellum ef þeir eru heima, og erfitt hefur verið að manna stöður hjúkrunarfræðinga á svæðinu. Þá eru uppi hugmyndir um að fækka hér læknavöktum með bættum samgöngum, en líka að hluta vegna erfíðleika við að manna stöður. Björgunarsveitir á svæðinu eru fremur lítið virkar og sama má segja

um slökkviliðin sem eru nær eingöngu mönnuð sjálfboðaliðum. Einstaklingar í þessum hópum eru líka í besta falli með 1-2ja daga skyndihjálparnámskeið að baki.

Það er ljóst af framangreindu að ekki er hægt að taka ákvarðanir um breytt fyrirkomulag sjúkraflutninga án þess að taka mið af heildar öryggishagsmunum svæðanna og þar með fjölda og dreifingu annarra viðbragðsaðila á svæðinu, svo sem frá heilsugæslu. Þá er það einnig ljóst að sjúkraflutningamenn á vakt á þessum stöðum eru ekki bara „flutningamenn“, heldur í flestum tilfellum fyrstu viðbragðsaðilar og fyrstir á vettvang í bráðatilfellum. Í mínum huga yrði því um verulega skerðingu á öryggi í minni þéttbýlistöðum og nærliggjandi sveitum að ræða ef vakt sjúkraflutningamanna yrði tekin af og stuðst við einhvers konar skyndimenntaða annars flokks bráðataekna í staðinn. Sú stefna væri allavega alveg úr takt við það sem kennt er í dag, þar sem höfuðáherslan er á að skjót og rétt fyrsta meðferð skipti yfirleitt sköpum um árangur við alvarleg slys og bráðaveikindi (sbr. „The Golden Hour“) og er notað sem rök til að réttlæta tilvist og mönnum sérstaks neyðarþíls á höfuðborgarsvæðinu.

Að sjálfsögðu má alltaf bæta grunn- og viðhaldsmenntun sjúkraflutningamanna. Hér á þessu svæði eru nærri allir með grunnnámskeið að baki og leitast er við að halda upprifjunarnámskeið árlega. Það má svo segja að tækniframfarir hjálpi til einnig við að komast af með núverandi menntun, því ýmis búnaður er einfaldari í notkun en áður var. Má þar nefna t.d. koktúbuna sem kynnt er í tilvitnaðri grein, hálfjálfrvirk hjartastuðtæki og betri spelkubúnað við beinbrot, bak- og hálsáverka.

Sjálfsagt er það svo að endanlegar ákvarðanir um þessi mál verða að einhverju leyti að vera pólitískar. Hins vegar væri fengur að því í framhaldi þessarar umræðu ef helstu aðilar sem að málunum koma mundu gefa umsagnir um hvað þeir telja ásættanlegan biðtíma eða vegalengd, t.d. frá litlum þéttbýliskjörnum á landsbyggðinni til næsta viðbragðsaðila/sjúkraliðs. Má þar nefna til dæmis Sjúkraflutningaráð, Fagråd Sjúkraflutningaskólans, Félag slysa- og bráðalækna og Landlæknisembættið.