

Breytingar á bráðapjónustu í Reykjavík



Davíð O. Arnar

davidar@landspitali.is

Það hefur varla farið framhjá neinum að nýlega voru kynntar veigamiklar breytingar á bráðapjónustu utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu. Um er að ræða breytingar á starfssviði læknis á neyðarbíl en læknir hefur fylgt bílnum í nær þrjá áratugi. Bráðataeknar (paramedics) sem hafa hlotið sérþjálfun í viðbrögðum við bráðum uppkomum taka nú að sér að manna framvarðarsveitina. Þótt læknir fylgi ekki lengur neyðarbíl í öll útköll stendur áfram til að hann sinni vandasamari verkefnum. Nauðsyn þess verður metin í hverju tilfalli og læknirinn þá ferjaður á vettvang frá slysa- og bráðadeild Landspítalans í Fossvogi. Samskipti milli slysa- og bráðadeilda og bráðataekna í útkalli verða bætt með ýmsum hætti. Efling samskipta er mjög mikilvægur liður í þessum breytingum. Á sama tíma er ætlunin að styrkja starfsemi bráðalækninga á slysa- og bráðadeild með aukinni viðveru reynds læknis. Eins og búast mátti við eru skiptar skoðanir um ágæti þessara breytinga.

Það eru til nokkrar mismunandi útfærslur á skipulagi neyðarþjónustu sjúkrabifreiða. Í meginráttum eru þó tvö mismunandi módel lögð til grundvallar neyðarþjónustu, annars vegar svokallað *Franco German system* (FGS), þar sem læknir mannar sjúkrabifreið ásamt bráðataekni og/eða sjúkraflutningsmanni (1). Hins vegar er um að ræða það sem er kallað *Anglo American system* (AAS) þar sem bráðataeknar gegna lykilhlutverki en eru í góðu sambandi við bráðalækni sem er yfirleitt staddur í fjarskiptamiðstöð bráðamóttöku (1).

Það eru kostir og gallar við bæði kerfin. FGS býður upp á möguleika á sérhæfðari læknismeðferð á staðnum, eins og til dæmis við slysa eða endurlífgun, mati á þörf fyrir sérhæfð hjartalyf, auk annarra inngripa. Þessi nálgun hefur stundum verið kölluð *stay and play*. Á hinn bóginn getur þetta stundum leitt til þess að flutningur sjúklings á sjúkrahús dregst en þar er hægt að veita enn sérhæfðari meðferð. Ávinningur af FGS kann að vera meiri þar sem flutningstími á sjúkrahús er lengri. Bráðalæknisfræði sem sérgrein virðist ekki vera jafn vel þróuð í Evrópu og í Bandaríkjunum. Þannig eru læknar sem manna sjúkrabifreiðar í Evrópu oft með aðra sérmenntun eins og svæfingalækningar, lyflækningar, barnalækningar og skurðlækningar. Bráðalækningar sem sérgrein

eru þó að sækja fram í vaxandi mæli í Evrópu og kann það að leiða til að breytingar verði á mönnum sjúkrabifreiða á næstu árum.

Hvað AAS-kerfið varðar þá virðist það ekki síst vera tilkomið vegna efnahagslegra ástæðna og vöntunar á læknum til að sinna þessu verkefni. Á sjöunda og áttunda áratug síðustu aldar var ekki óalgengt að læknar sinntu neyðartilvikum, sérstaklega alvarlegum slysum og hjartastoppum, utan sjúkrahúsa í Bandaríkjunum. Með frekari þróun sjúkraflutninga var síðan tekin ákvörðun um að fýsilegt væri að fela þjálfuðum staðgenglum þeirra (bráðataeknum) þetta hlutverk. Talið var að sjúklingum, ekki síst þeim sem lent höfðu í alvarlegum slysum, væri best borgið ef eingöngu lykilverk til að gera sjúkling stöðugan til flutnings væru framkvæmd á staðnum en lögð áhersla á að hann kæmist sem allra fyrst á sjúkrahús. Horfur sjúklings voru taldar þeim mun betri því fyrr sem hann kæmist á sjúkrahús. Gagnstætt *stay and play* hugmyndafræði FGS hefur þessi nálgun stundum verið kölluð *scoop and run*. Sums staðar innan AAS-kerfisins hefur verið mögulegt að fá bráðalækna á staðinn ef þörf krefur, til dæmis við hópslysa. Það er hins vegar meginsteffan í því kerfi að bráðalæknirinn nýtist best innan sjúkrahússins þar sem vissulega eru næg verkefni til staðar.

Eitt af lykilverkum áhafna sjúkrabifreiða við alvarleg slysa eða hjartastopp er að tryggja loftveg sjúklings. Undir slíkum kringumstæðum er gjarnan reynd barkaþræðing. Barkaþræðing á vettvangi getur verið gríðarlega vandasöm. Árangur barkaþræðinga virðist vera nokkuð breytilegur eftir rannsóknum en misheppnuð barkaþræðing, gjarnan með þræðingu barkaslöngu í vélinda, getur verið vandamál, bæði hjá bráðataeknum og læknum (2, 3). Það getur að auki reynst, í vissum tilfellum, mjög erfitt að framkvæma barkaþræðingu hjá mikið slösuðum án svæfinga- eða vöðvaslakandi lyfja. Þetta undirstrikar nauðsyn þess að setja skýrar kröfur um þjálfun þeirra sem geta lent í þeirri aðstöðu að framkvæma barkaþræðingu við mismunandi aðstæður á vettvangi.

Árangur endurlífgunar utan sjúkrahúss á Íslandi hefur verið mjög góður (4). Ástæðurnar eru eflaust nokkrar en óhætt er að fullyrða að góð þjálfun áhafnar neyðarbílsins (þar með talið læknisins) leiki þar stórt hlutverk. Eins og fyrr segir stendur til að læknir fari áfram á vettvang í

Höfundur er læknir á bráðamóttöku og lyflækningadeild Landspítala Hringbraut.

viss verkefni eins og endurlífgun. Mikilvægustu þættir endurlífgunar við hjartastopp eru skjót viðbrögð, framkvæmd grunnendurlífgunar og rafstuðsgjöf. Þetta geta bæði lækna og bráðatæknar framkvæmt vel. Aðkoma reynds læknis getur skipt miklu máli ef sjúklingur svarar fyrstu meðferð illa, endurlífgun dregst á langinn og þegar taka þarf ákvörðun um hvort hætta skuli endurlífgunartilraun. Það er mjög mikilvægt við þær skipulagsbreytingar sem nú taka gildi að viðhalda þeim góða árangri sem náðst hefur í endurlífgun utan sjúkrahúss á höfuðborgarsvæðinu.

Það er athyglisvert að í King County í Washington-fylki í Bandaríkjunum, þar sem árangur af endurlífgun er hvað bestur, byggjast fyrstu viðbrögðin á AAS-kerfinu, það er sjúkrahúsbifreið mönnuð bráðatæknum. Þar skipta reyndar ýmsir þættir máli, þar með talið mjög gott skipulag neyðarþjónustu og öflug vitund almennings um viðbrögð við hjartastoppi. Til eru uppgjör frá Evrópu, þar á meðal Norðurlöndum, sem gefa til kynna að árangur af endurlífgun sé góður ef reyndur læknir er í áhöfn sjúkrahúsbifreiðar (5, 6).

Gagnreyndar upplýsingar skortir um hvaða skipulag utanspítalaþjónustunnar skilar bestum árangri, til dæmis hjá veikum sjúklingum, við hjartastopp eða eftir alvarleg slyss. Þar spilar einnig inn í að útfærsla á skipulagi, jafnvel í sama landi, getur verið breytileg. Skortur á slembuðum sam-amburðarrannsóknum torveldar möguleika á að draga skýrar ályktanir af þeim rannsóknum sem eru til varðandi bráðarþjónustu utan spítala. Það skiptir einnig miklu að halda til haga ítarlegum upplýsingum um þessa starfsemi, eins og hversu

oft návist læknis er talin hafa skipt sköpum varðandi árangur. Slíkar upplýsingar geta verið gagnlegar við rökstuðning á ákvörðun um mönnunarmódel.

Bráðatæknar axla nú aukna ábyrgð í bráðarþjónustunni og fá verðug verkefni. Á sama tíma taka bráðalæknar og lækna í námstöðum á slysa- og bráðadeild við breyttu hlutverki sem ráðgefandi við vettvang. Aukin viðvera þeirra á sjúkrahúsinu er skref í þá átt að efla þjónustu á deildinni. Það er lykilatriði að tryggð verði að samskipti milli slysa- og bráðadeildar og vettvangs verði öflug. Almenn ánægja hefur fram til þessa verið með þjónustu neyðarbílsins í Reykjavík. Það er hins vegar ótímabært að fullyrða að nýtilkomnar breytingar muni leiða til lakari þjónustu. Miklu máli skiptir að meta áfram árangur í bráðarþjónustu utan sjúkrahúsa til að tryggja að svo verði ekki.

Heimildir

1. Dick WF. Anglo American vs. Franco German Emergency Medical Services System. *Prehosp Disaster Med* 2003; 18: 29-37.
2. Jones JH, Murphy MP, Dickson RL, Somerville GG, Brizendine EJ. Emergency physician-verified out-of-hospital intubation: miss rates by paramedics. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 707-9.
3. Timmermann A, Russo SG, Eich C, et al. The out-of-hospital esophageal and endobronchial intubations performed by emergency physicians. *Anesth Analg* 2007; 104: 619-23.
4. Björnsson HM, Marelsson S, Magnússon V, Sigurðsson G, Þorgeirsson G. Endurlífgunartilraunir utan sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu 1999 til 2002. *Læknablaðið* 2006; 92: 591-7.
5. Herlitz J, Bahr J, Fischer M, Kuisma M, Lexow K, Þorgeirsson G. Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. *Resuscitation* 1999; 41: 121-13.
6. Böttiger BW, Grabner C, Bauer H, et al. Long term outcome after out of hospital cardiac arrest with physician staffed emergency medical services: the Utstein style applied to a midsized urban/suburban area. *Heart* 1999; 82: 674-9.

Fræðsludagur heimilislækna

29. febrúar og 1. mars 2008

Hinn árlegi fræðslu- og fagnaðardagur Félags íslenskra heimilislækna verður haldinn á Hilton Nordica Hótel 29. febrúar og 1. mars 2008. Fræðsludagurinn hefst með vinnubúðum 29. febrúar og síðan verður hefðbundin dagskrá laugardaginn 1. mars.

Öldrunarlæknar og endurhæfingarlæknar eru sem fyrr hjartanlega velkomnir.

Fræðsludagurinn er skipulagður af FÍH og styrktur af AstraZeneca.

Nánari dagskrá verður send læknum sérstaklega.

Fræðslunefnd FÍH
AstraZeneca