

Allvarliga brister i utredningen om ambulanshelikoptrar

Nyligen har den 58:e utredningen angående ambulanshelikopterverksamhet lagts fram, denna gång genomförd av Socialstyrelsen i samverkan med Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och SOS Alarm AB. Utredningen har sin upprinnelse i »nollvisionen och det trafiksäkra samhället» och föreslår 15 helikopterbaser till en kostnad av 250–300 miljoner kronor.

Man föreslår att helikoptrarna skall bemannas med två piloter, en anestesisjuksköterska samt ambulanssjukvårdare och, endast vid behov, narkosläkare. Om denna spetsresurs skall utnyttjas optimalt vore det självklart att alltid säkerställa diagnostisk kompetens genom läkarmedverkan. Ett väl samtrimmat team är en förutsättning för att den medicinska personalen skall kunna agera effektivt. En av finesserna med ambulanshelikoptrar är att man kan gå direkt från olycksplats till rätt vårdnivå. I framtiden kräver Socialstyrelsen att sjuksköterska alltid skall vara med vid ambulanstransporter där läkemedel kan behöva användas. Fördelen med denna nya resurs är att man kan tillföra ytterligare kompetens, inklusive diagnostisk förmåga. Om narkosläkare bara är med vid behov kan allt detta ej uppnås.

Placering av baserna

Vidare kan placeringen av helikopterbaserna ifrågasättas. I utredningens förslag finns det inte någon helikopterbas i Norrlands inland från Östersund i söder till Gällivare i norr. Detta trots att man har en väl fungerande verksamhet i Lycksele, där man täcker stora delar av väglös och svår terräng. Man når också i princip hela Västerbottens kustland inom stipulerad tid. Att lägga en helikopterbas i Umeå, där halva aktionsradien går över öppet hav, ter sig förvånande.

Vad gäller ekonomin har man inte penetrerat flygsäkerhetsfrågor eller kostnad för helikopterlandningsplatser vid sjukhus. Om utredningens förslag genomförs bör landstingen åläggas byggandet av permanenta landningsplatser.

Enligt utredningsdirektiven skulle också sekundärtransporter behandlas. Man diskuterar dock inte ansvarsförhållanden under sekundärtransport. Man föreslår att huvuddelen av luftbur-

na sekundärtransporter i fortsättningen skall ske med ambulansflyg, speciellt i norra delen av landet. För den oinvidige är det inte avståndet som är avgörande, utan kompetens och tidsåtgång. Även om flygplan är snabbare måste man ta hänsyn till såväl tidsödande som potentiellt farliga omlastningar och transport till och från flygplatser. Det måste vara den totala tiden från avdelning till avdelning som tillsammans med riskmoment är avgörande.

Även om Socialstyrelsen haft huvuduppdraget har utredningen genom-

förts i samverkan med Kommunförbundet, Landstingsförbundet samt SOS Alarm AB. Dessa tre är direkt eller indirekt ägare av Svensk Flygambulans. Blotta misstanken om att man företräde ägarintressen i en statlig utredning är allvarlig. Det hade varit mer smakligt om Landstingsförbundet, Kommunförbundet och SOS Alarm AB fått yttra sig tillsammans med andra tillfrågade intressenter.

Per Elowsson

överläkare, anestesikliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Replik 1:

Det finns inte tillräckligt många läkare/sjuksköterskor för full bemanning

Landstingsförbundet utgår från att det inte skall bli en 59:e utredning om ambulanshelikoptrar, utan att nu liggande förslag har en rimlig möjlighet att bli genomförda. Det är landstingen som kommer att svara för merparten av kostnaderna för ambulanshelikoptrarna. Förslagen måste därför vara realistiska och kostnadseffektiva. Det krävs också ett statligt engagemang för att de skall bli verklighet.

Vår bedömning – som har delats av Socialstyrelsen – är att antalet anestesiläkare inte räcker till att bemanna 15 ambulanshelikoptrar med jour dygnet runt, även om det i sig är önskvärt av precis de skäl som insändarskribenten anför. Vår uppfattning är att alarmoperatörerna skall ha kompetens att avgöra när läkarresurser är nödvändiga.

Det finns inte heller obegränsat antal sjuksköterskor med lämplig kompetens för att bemanna ambulanshelikoptrarna. Inte minst av det skälet har vår utgångspunkt varit att helikoptrarna skall ha sin bas i ett regionsjukhus. Regionssjukhusen har också resurser att ta hand om de allra flesta olycksfall där helikoptern är larmad.

Slutligen vill Landstingsförbundet starkt tillbakavisa antydningen att förbundet skulle hålla Svensk Flygambulans om ryggen i sin egenskap av indirekt delägare. Utredningens genomgång av för- och nackdelar med heli-

koptertransporter jämfört med flyg vid sekundärtransporter över längre avstånd visade att flyg har tydliga patientfördelar jämfört med helikopteralternativet. Utredningen anser dock att helikopteralternativet har vissa fördelar i södra Sverige med hänsyn till de kortare avstånden.

Stig Wintzer

ledamot i projektgruppen,
Landstingsförbundet, Stockholm

Replik 2:

Utredningen ett underlag för diskussion

Den nu framlagda ambulanshelikopterutredningen har haft ambitionen att inte vara en i raden av utredningar utan snarare ett underlag för de i slutänden politiska beslut som krävs för att åstadkomma den kvalitetshöjning som ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem innebär. Men utredningen har inte formen av ett i alla delar fast förslag, utan är ett underlag för en fortsatt diskussion och förhandling mellan landstingen och staten. De överväganden som ligger bakom förslagen finns

ANNONS

Varje anmält HSAN-fall bedöms utifrån rådande situation

redovisade i rapporten. Att staten har en roll motiveras av att de vinster som erhålls med ett snabbt och professionellt omhändertagande innefattar kostnader inte bara för sjukvård utan också i hög grad för invaliditet, kvarstående sjuklighet och för tidig död.

När det gäller förslaget om den medicinska besättningen är det naturligtvis en fördel med att en läkare ingår i grundbemanningen, inte minst för att alltid säkerställa diagnostisk kompetens. Läkaren och sjuksköterskan blir ett väl fungerande team, på samma sätt som sjuksköterskan och ambulanssjukvårdaren i en ambulans. De får god kunskap om och övning i att fungera optimalt utanför sjukhuset.

Att utredningen trots dessa argument ändå föreslår en grundbemanning med en specialistutbildad anestesijuksköterska och en ambulanssjukvårdare baseras på det faktum att det enligt vår bedömning för närvarande inte finns tillräckligt många anesthesi- och/eller intensivvårdsläkare för att dygnet runt kunna bemanna de 15 ambulanshelikoptrar som tillsammans täcker Sverige. Erfarenheterna från Jämtland talar också för att det går att identifiera de tillfällen då läkarmedverkan är nödvändig. Detta förutsätter dock tillgång till relevant läkarkompetens vid SOS-centralerna.

Vi vill understryka att förslaget till grundbemanning är en miniminivå, och att det är regionerna som med hänsyn till de lokala förutsättningarna själva avgör vilken grundbemanning som bör finnas på helikoptern.

Att få tillgång till kvalificerad personal är skälet till att helikoptrarna placeras vid regionsjukhusen. Dessutom har en förutsättning varit att helikoptrarna skall nå så många människor som möjligt på kortast möjliga tid.

Vår förhoppning är nu att utredningen leder till de förhandlingar och fortsatta diskussioner som var avsikten, och att inte andra intressen eller bevekelsegrunder kan tas till intäkt för att förhålla frågan ännu en gång.

Nina Rehnqvist
överdirektör, Socialstyrelsen
Gunilla Hulth-Backlund
direktör, Socialstyrelsen
Walter Slunge
fd förbundsdirektör

I Läkartidningen 32–33/99 kommenterar Ulf Lindsjö referat av HSAN-ärendet (HSAN 29/98) publicerat i 25/99.

Ulf Lindsjö har reagerat över formuleringen »om operationen sker i tidigt eller sent skede eller först efter ett eller två dygn har ingen betydelse» i HSANs bedömning av ett ärende rörande att en medial collumfraktur på en 76-årig man blev opererad först efter 39 timmar. Taggen ur sitt sammanhang ter sig formuleringen givetvis absurd. I det aktuella fallet gällde det emellertid att anmälan ifrågasatte huruvida tidsfördröjningen var orsaken till att hans fraktur ej läkte utan läkningskomplikation. Det är mot den bakgrunden jag i egenskap av HSANs föredragande i ortopedi formulerat bedömningen. »Slutresultatet av en operation av ett lårbenshalsbrott bestäms av den initiala skadan, och hur väl man lyckas reponera frakturen och korrekt placera fixationsmaterialet (skruvarna). Om operationen sker i ett tidigt skede eller först efter ett eller två dygn har ingen betydelse.»

Möjligt och rimligt

Som föredragande i HSAN anser jag det grundläggande att varje anmält fall bedöms utifrån den rådande situationen när händelsen inträffar. Givetvis instämmer jag i alla Ulf Lindsjös åsikter om den ökade risken för generella komplikationer vid fördröjning av frakturoperationer, problemen med prioriteringar av ingrepp opererande specialiteter emellan och de otillräckliga resurserna för optimalt driven handläggning av akut frakturkirurgi. Vi lever dock ej i den bästa av världar och därför måste bedömningar i HSAN göras på ett sätt som rättvist bedömer varje anmälan under iakttagande av vad som var möjligt och rimligt för patient och inblandad sjukvårdspersonal när den anmälda händelsen inträffade.

Huruvida tiden mellan collumfraktur och operation har betydelse för läkningen har studerats, men att den är av sådan betydelse att det är mot vetenskap och beprövad erfarenhet att fördröja ingreppet till, som i det aktuella fallet, 39 timmar anser jag ej.

HSANs bedömningar måste formuleras så att beslut som friar läkare och annan sjukvårdspersonal inte hos patienten eller anmälan lämnar tvivel om

att just de fått den bästa behandling som var möjlig i den aktuella situationen.

Jag anser inte heller att det är etiskt eller medicinsk försvarbart att generellt låta äldre frakturpatienter vänta till sist vid operationsprioritering, och så sker nog inte heller vid några av våra sjukhus. Däremot är det en verklighet att det vid anhopning av jouroperationer på gemensamma operationsavdelningar ofta är andra ingrepp som på goda grunder prioriteras före höftfraktureringreppen.

Richard Wallensten
föredragande ortoped i HSAN

Tidigvarning även för kroppsliga symtom

Lars Werkö beskrev tidigvarningssystem i Läkartidningen 28–29/99 och poängterade att nya metoder måste vetenskapligt värderas innan de införs i sjukvården.

Ordet *tidigvarning* är värt att använda även i andra sammanhang, bl a för de signaler från friska rörelseorgan som hotas av smärta. Under enformiga rörelser och/eller långvarig orörlig kroppsställning uppträder en känsla av trötthet, stramning och obehag. Om dessa upplevelser får pågå övergår de snart i smärta, och om de tillåts uppträda många gånger om dagen kanske man talar om långvarig («kronisk») smärta i nacke, skuldror, arm eller rygg.

Ett nytt arbete kan medföra bestående gott resultat, medan sjukskrivning och lokala behandlingar ger nedslående effekt om patienten återgår till tidigare aktiviteter. I de fall då ändring av arbetsuppgifterna inte låter sig göra bör en sjukgymnast eller arbetsterapeut beredas tillräcklig tid att hjälpa patienten att uppleva tidigvarningarna och därmed få möjlighet att undvika smärta.

För patienter med artros och/eller spondylos kan tidigvarningarna uppträda vid relativt små belastningar, vilket gör de nämnda åtgärderna särskilt viktiga.

Harald Brodin
professor emeritus, Vallsta