

Luftens leger føler seg skviset

Medisinsk ansvarlige i fylkeskommunene er blitt overkjørt av Rikstrygdeverket i anbudsprosessen for luftambulansetjenesten, hevder Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin.

Luftambulansetjenesten er et viktig tema i stortingsmeldingen om akuttmedisinsk beredskap, den såkalte akuttmeldingen, som behandles i Stortinget i vår (1). I dag er det Sosial- og helsedepartementet som har det overordnede ansvaret for luftambulansetjenesten, men planleggingen skal skje i samarbeid med fylkeskommunene og tjenesten skal inngå i fylkenes helseplaner. Tjenesten er organisert slik at drifts- og transportansvaret er lagt til Rikstrygdeverket, mens fylkeskommunene har et delegert ansvar for den medisinske bemanningen av helikoptrene og flyene.

Sammenblanding av roller

I fjor høst gjennomførte Rikstrygdeverket en konsesjonsrunde for nye operatørkontrakter i luftambulansetjenesten. Dette har medført operatørskifte ved tre av åtte helikopterbasjer.

Nå retter Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin kraftig skyts mot den måten trykdeetaten har gjennomført anbudsprosessen på. I et notat til Legeforeningens sentralstyre påpeker utvalget at tildelingen av operatørkontrakter foregikk bak lukkede dører, uten at de fylkeskommunalt ansvarlige fikk delta.

– Fylkeskommunene fikk ikke anledning til å vurdere tilbudene godt nok. Man har dermed ignorert de medisinske ansvarlige som også har luftfartøyet som arbeidsplass, sier Lars A. Nesje som leder utvalget.

Utvalget mener at Rikstrygdeverket legger vekt på å spare penger, uten å ta tilstrekkelig hensyn til arbeidstidsordninger, lokal kunnskap og medisinsk kvalitet. Dråpen som har fått begeret til å flyte over, er at en av operatørene er gitt dispensasjon fra kravspesifikasjonen for redningsmannsfunksjonen.

Kravet er at redningsmannen skal ha fagbrev i ambulansesfag, svarende til fem års erfaring fra ambulansetjenesten, men Rikstrygdeverket har tillatt en operatør å bruke en flytekniker med 120 timers førstehjelpskurs.

– Vi kan ikke akseptere at legens medhjelper skal ha lavere medisinsk kompetanse enn minimumskravet. I dette tilfellet har staten, som er den flyoperativt ansvarlige instans, tatt avgjørelser som kan få direkte følger for tjenestens medisinske innhold. Tvil om redningsmannens kompetanse kan skape usikkerhet rundt tilbudet til de dårligste pasientene, for eksempel kuvøse barn og intensivpasienter, sier Nesje, som er kommuneoverlege i Salangen kommune i Troms.

Han understreker sakens prinsipielle spørsmål om hva som skjer med den medisinske faglige kvaliteten når anbudsprinsippet anvendes på en viktig helsetjeneste. Dette spørsmålet vil bli svært aktuelt når staten overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten, som inkluderer ambulansetjenesten.

– Hvordan vil utvalget følge opp spørsmålet?

– Vi ønsker å gjøre myndighetene oppmerksomme på uheldige forhold ved konsesjonstildelingen i luftambulansetjenesten. Det er viktig at faglige overveielser ikke viker for økonomiske hensyn. Dette er viktige spørsmål som må komme klart frem i debatten rundt akuttmeldingen, sier Lars A. Nesje.

Behov for standarder

Anestesioverlege Per Christian Juvkam ved Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal har deltatt i Rikstrygdeverkets arbeid med kravspesifikasjon for luftambulansetjenesten. Han mener at anbudsprosessen i luftambulansetjenesten har avdekket både faglige og forvaltningsmessige dilemmaer.

– Det medisinske fagmiljøet var med i den



Lars A. Nesje

tidligste vurderingen av innkomne anbud, men senere ble de ikke rådspurt. Rikstrygdeverket ble rådet til å konsultere fylkeskommunene ved eventuelt skifte av operatør, men valgte å unnlate dette, sier Juvkam.

– Ettersom det medisinske ansvaret og det flyoperative driftsansvaret ligger på ulike forvaltningsnivåer, er systemet sårbart for motsetninger og feilprioriteringer. Ved noen helikopterbasjer har dette også ført til samarbeidsproblemer, legger han til.

Juvkam understreker at luftambulansetjenesten har to hovedformål: å komme nedstede til unnsetning og å besørge transport for intensivpasienter mellom ulike sykehushnivåer. I tillegg er tjenesten en nøkkelfaktor innen akuttmedisinsk systemsikring og kompetanseutvikling. Men han minner om at forutsetningen for driften er god sikkerhet.

– Det er viktig at staten bygger videre på mange års kompetanse og erfaring med sikkerhetsarbeid. Det vil også være hensiktsmessig dersom både den flyoperative og den medisinske faglige delen av tjenesten blir forankret på samme nivå i den statlige organisasjonen.

Juvkam sier at det haster med å komme til enighet om faglige standarder for tjenestens personell, og at disse også må omfatte sikkerhetsforskrifter. Han tar også til orde for at operatørene følger prinsippene for CRM-trening (crew resource management), der målet er å øke besetningens samlede evne til å vurdere, unngå og mestre farlige situasjoner.

– Om det ikke skjer, kan vi havne i en situasjon der leger nekter å ta oppdrag for visse helikopteroperatører. Enkelte operatører vil få ry på seg som utrygge selskaper, og dette vil bare forverre samarbeidsforholdene, sier Per Christian Juvkam.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap.

Verdens støyfrie dag

25. april er verdens støyfrie dag. Mer enn 1 million mennesker i Norge er plaget av støy på jobben, hjemme eller i fritiden, anslår Norsk forening mot støy. Biltrafikk er den hyppigste årsaken og hele 700 000 mennesker plages av dette. Støyforeningen mener at det er mye enkeltpersoner og organisasjoner kan gjøre for å redusere støyplagen. På www.stoyforeningen.no finnes informasjon om hva man kan gjøre med nabostøy, hva støy gjør med helse og trivsel, hvilke regler som gjelder for støy og hvor man kan henvende seg for å få informasjon om rettigheter og hjelp.

Skjerper kontroll med blodprodukter

Selv om det fortsatt ikke finnes sikre holdepunkter for at den humane varianten av kugalskap smitter ved blodoverføring, er sykdommen likevel brukt av Europarådet som argument for innskjerping av forsiktighetsregler rundt blodprodukter. Blant spesifiserte tiltak nevnes at hvert land bør opprette et sentralisert system som innebærer at bloddonorer kan spores opp dersom smitte gjennom blodprodukter oppstår. Landene oppfordres også til å utvikle gode tester for diagnostikk og screening når det gjelder sykdommen.