

Luftambulanshelikopter er dårlig egnet som akuttberedskap vinterstid. Bare bilambulans kan garantere at befolkningen i innlandskommuner får et adekvat tilbud i akuttsituasjoner året rundt

Hold beina på bakken

I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet viser Haug og medarbeidere at ambulanshelikopter fra Brønnøysund kun gjennomførte svært få oppdrag vinterstid i tre innlandskommuner (1). Om helsepolitikere trodde at ambulanshelikopter kunne løfte pasienter fra disse stedene forbi Mosjøen og ut til sykehus med døgnekirurgi, har forfatterne vist at dette ikke går i vinterhalvåret. Helgelandssykehuset Mosjøen er viktig for å behandle eller stabilisere disse pasientene. Som forfatterne skriver, er dette ikke enestående for denne regionen. Store innlandsområder i Norge med langt flere innbyggere kan i mørke og snøvær heller ikke regne med ambulanshelikopter. Forklaringen er i hovedsak at de aktuelle ambulanshelikoptrene ikke kan fly uten å se landskapet og i kaldt vær ikke kan fly gjennom skyene uten at rotorbladene iser. Hvordan kan dette forbedres? Instrumentinnflyvning til forberedte helikopterlandingsplasser i Norge vil kreve en ekstra pilot og oppvarmede rotorblad. Da kan oppdrag til de forberedte landingsplassene gjennomføres under nesten alle værforhold. Slike helikoptre er imidlertid kostbare og oftest større. Dette medfører for eksempel at helikopter ikke alltid kan lande tett ved trafikulykker.

Funnene til Haug og medarbeidere er imidlertid ikke så dramatiske som man først kan få inntrykk av. Siden om lag 13 500 av de 16 600 innbyggerne bor i Mosjøen med flyplass og ambulansflytilgang rett ved, må vi anta at behovet for ambulanshelikopter særlig gjelder de om lag 3 000 innbyggerne i kommunene Grane og Hattfjelldal og en relativt beskjeden vintertrafikk på E6 på ca. 1 200 biler per døgn.

I tillegg til at den manglende dekningsgraden i vinterhalvåret berører et relativt beskjedent antall innbyggere, er det klart at det for en rekke tilstander foreligger adekvate transportmuligheter allerede. Ved behov for perkutan koronar intervensjon må pasientene, som i Bodø, fraktes med ambulansfly til enten Tromsø eller Trondheim. Disse pasientenes luftambulansbehov dekkes altså av ambulansflyet. Det gjelder også alle andre pasienter som ikke kan behandles i Sandnessjøen eller Mo i Rana. Mosjøen flyplass har høy regularitet. Resten av pasientene kan bruke pålitelig helårlig bilambulans fra Mosjøen til sykehusene i Mo i Rana eller Sandnessjøen, som tar henholdsvis 80 og 65 minutter. Veien til Sandnessjøen er planlagt forbedret bl.a. med tunnel, og reisetiden kan sannsynligvis da forkortes til omtrent 45 minutter. Til denne transporten er det ikke behov for helikopter.

Det er derfor mye som tyder på at bilambulansene er viktigere for å opprettholde sikker tjeneste til befolkningen enn en utbygging av ambulanshelikoptrene. Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste fraråder at ambulanshelikoptrene brukes som påskudd til å bygge ned bilambulansene. Nord i Nordland, der over 70 % av befolkningen bor i kommuner som i praksis aldri benytter seg av helikopterets ambulansetjeneste, er bilambulansetjenesten og kommunehelsetjenestens akuttmedisinske kompetanse viktig (2). En ny rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at «legevaktslegen kjøres av ambulansarbeider i en utstyrt og uniformert bil i store legevaktdistrikter. En slik løsning fremmer legevaktslegens mulighet til å delta i akuttsituasjoner, fremmer legens tilgjengelighet i helse-radionettet og øker sikkerheten ved legevaktsbesøk» (3). La oss igjen ta situasjonen sør i Nordland som eksempel: Der er det legevaktlege og ambulansbil både i Trofors og Hattfjelldal.

Transporten til Mosjøen der det er anestesilege, indremedisiner og kirurg i døgnvakt, tar henholdsvis en halvtime og én time. Ambulansbil med anestesilege eller anestesisykepleier fra Mosjøen vil kunne bringe tilsvarende kompetanse som ambulanshelikopter ut til pasienten i innkommende ambulansbil og konkurrere på tid. Det forventes et lavt antall nødvendige utrykninger. Siden det er bestemt at kun planlagte kirurgiske inngrep skal gjøres ved Helgelandssykehuset Mosjøen, vil anestesilegen sjelden komme i samtidighetskonflikter med viktigere arbeid på sykehuset. En slik bilutrykningstjeneste vil ha kortere responstid og er dessuten sikrere. Risikoaspektet kommer man dessverre ikke utenom. Antall helikopterulykker i USA avtok i mange år, som i Norge, men økte igjen fra 1,7 per 100 000 flytimer i 1997 til 4,8 i 2004. Nå diskuteres det igjen om flere pasienter kunne fraktes i bilambulans (4). I Stavanger-området, som riktignok er tettere befolket, er det interessant å merke seg at man ikke kunne vise forskjell i reddede leveår om legen rykket ut i bilambulans eller i ambulanshelikopter (5).

Bilambulansers og legevaktlegers akuttmedisinske potensial kommer dessverre lett i bakgrunnen av det spektakulære ambulanshelikopter. Om helsepersonell og helsepolitikere i større grad fokuserte på det medisinske innholdet, ville man dels se at størstedelen av helikopteroppdragene er transport uten avansert behandling (2, 6), dels at kommuneleger og lokalt tilpassede bilambulansløsninger kunne tatt hånd om de fleste oppdragene. Dette viser Haug og medarbeideres artikkel med all mulig tydelighet.

Erik Waage Nielsen
erikwn@fagmed.uit.no

Erik Waage Nielsen, f. 1956, er overlege ved Anestesiavdelingen, Nordlandssykehuset, Bodø, og professor ved Universitetet i Tromsø. Han har lang erfaring fra helikopter- og flyambulansetjenesten i Bodø, Banak og Brønnøysund.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Haug B, Åvall A, Monsen S-A. Luftambulansens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1089–93.
- Ulvik A, Rannestad BS, Carlsen AW et al. Redningshelikoptertjenesten i Bodø – avansert akuttmedisin eller alternativ transport? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 25–9.
- Pedersen AR, Lindheim NJ, Tvette P et al. En helhetlig gjennomgang av de prehospitaltjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet mars 2009. www.helse-nord.no/viktige-dokumenter/category22130.html [12.5.2009].
- Greene J. Rising helicopter crash deaths spur debate over proper use of air transport. Ann Emerg Med 2009; 53: 15–7A.
- Lossius HM, Soreide E, Hotvedt R et al. Prehospital advanced life support provided by specially trained physicians: is there a benefit in terms of life years gained? Acta Anaesthesiol Scand 2002; 46: 771–8.
- Gisvold SE. Helicopter emergency medical service with specially trained physicians – does it make a difference? Acta Anaesthesiol Scand 2002; 46: 757–8.