

chok, vand í lungerne, hjertestop m.fl. Ved disse tilstande har det vist sig, at præhospitalsbehandling ingen eller kun meget begrænset effekt har. Her drejer det sig om hurtig transport til sygehus. I en stor amerikansk undersøgelse af patienter med blodprop i hjertet fandt man i overensstemmelse hermed næsten dobbelt så høj dødelighed hos de patienter, der nåede sygehuset inden for mindre end 2 timer fra de første sygdomstegn debut som hos dem, der først nåede sygehuset efter mere end 2 timer. Lignende undersøgelser fra andre vestlige lande har endvidere vist samme tendens til øget sygelighed og dødelighed med øget transporttid til sygehus for denne sygdom. At det forholder sig således virker ikke overraskende, når man betragter disse tal fra en nyere engelsk lærebog i medicin (Davidson's Principles & Practice of Medicine, Churchill Livingstone 1991): »Ca. 25% af alle patienter med blodprop i hjertet dør inden for få minutter under behandling. 50% af dødsfaldene ved blodprop i hjertet sker inden for 2 timer efter symptomdebut og 75% inden for 24 timer».

Det skal slutteligt anføres, at patienter med blodprop i hjertet, hører til den patientkategori, omtalt under punkt 6, hvor transport i sig selv kan forværre patientens tilstand.

Andre sygdomme, hvor transporttiden til sygehus er afgørende
Af andre almindeligt forekommende akutte medicinske tilstande, hvor livreddende behandling må ske på sygehus, og hvor tidsfaktoren er altafgørende, kan nævnes svære astmaanfald og meningitis. Disse tilstande rammer som bekendt hyppigt børn.

Af akutte kirurgiske tilstande kan nævnes tilstande med store blødninger, så som blødende mavesår, blødninger fra de store kar, f. eks. legems pulsåren og blødende årekunder på spiserøret. Hertil kommer trafikskader og ulykker, som involverer skader på større pulsårer og andre indre blødninger, blødninger fra blodkar på hjerneinderne, fremmedlegemer i luftvejene, åbne skader på brystkassen m.fl.

Akutte tilstande hos gravide kvinder

Herudover kommer akutte tilstande hos gravide kvinder, så som løsrivet moderkage og forliggende moderkage, ved hvilke tilstande kvinderne kan forbløde på

få minutter, svær uopdaget svangerskabsforgiftning, som på kort tid kan bringe både mors og barns liv i fare og endelig en række akutte tilstande, hvor kun barnets liv er i fare, så som barnfald af navlesnor i forbindelse med vandafgang, iltmangel p.g.a. utilstrækkelig moderkagefunktion, hurtigt indsættende kompliceret fødsel hos flergangsførende m.fl.

Alt i alt et stort spektrum af akutte sygdomme, hvor den nødvendige livreddende behandling vil kunne finde sted på sygehuse i Klaksvík og på Suderø og hvor denne livreddende behandling ikke vil kunne erstattes af præhospitalsbehandling ved kommunelæger kombineret med transport til Landssygehuset i Tórshavn.

Politikernes ansvar
Mod udgangspunkt i ovennævnte betragtninger spørger man sig selv: Deresom de færreste politikere vedtager at indføre »Model A« for det fremtidige færøske sundhedsvæsen, hvilke af disse politikere er da rede til at påtage sig ansvaret for det første barn, der dør af meningitis, mens det venter på transport fra Klaksvík eller Suderø til landssygehuset? Hvilke af politikere er rede til at påtage sig ansvaret for den første gravide kvinde, der forbløder under transport fra Klaksvík eller Suderø til Tórshavn? (End ikk blodtransfusioner vil kommunelægerne have mulighed for som præhospitalsbehandling, eftersom »Model A« som bekendt tillige foreslår lukning af laboratorierne og blodbankerne i Klaksvík og på Suderø). Hvilke politikere vil tage ansvaret for det første unge menneske, der dør af indre blødninger, som kunne være standset af kirurgerne i Klaksvík og på Suderø, o.s.v. o.s.v.

Og hvad skal der ske med de mennesker, der bliver ramt af akutte livstruende sygdomme på de dage, hvor helikopteren ikke kan flyve og båden ikke kan sejle?

Som det fremgår af ovenstående og som nævnt i tidligere artikler, vil indførelse af »Model A« medføre et alvorligt indblik i trygheden hos 25% af den færøske befolkning og det endda uden nogen som helst garanti for økonomiske eller kvalitetsmæssige gevinster. Måske snarere tværtimod. Er dette en holdbar og forsvarlig løsning? Og er den færøske befolkning villig til at acceptere den?

»Rådgivningsgruppens« rapport udarbejdet på forkert grundlag

»Model A« er en dansk model, som i »Rådgivningsgruppens« rapport foreslås overført til Det færøske Sundhedsvæsen uden hensyntagen til de specielle forhold, der gør sig gældende på Færøerne. Her tænkes særligt på geografi og vejforhold. Den hovedansvarlige for rapporten, departementchef i Sundhedsministeriet, Jørgen Varder, har indirekte udtalt på møder i Tórshavn og Klaksvík samt i et interview til Den færøske Radio, at rapportens udgangspunkt havde været, at der ikke var noget, der hed specielle færøske forhold, ej heller hvad angik geografi og vej. Man ikke enhver færing kan se, at rapporten dermed er udarbejdet på et forkert grundlag?

Afventende holdning til præhospitalsbehandling i Danmark

Som nævnt har erfaringerne med præhospitalsbehandling fra hele verden, incl. Danmark, entydigt vist, at effekten af denne form for behandling er størst, der vor afstandene og transporttiden til sygehus er korte, og at effekten af præhospitalsbehandling falder stærkt, hvis behandlingen strækker sig over mere end 1/2 time.

Som anført i den danske debat om præhospitalsbehandling af mange specialister på området, gør ovennævnte Danmark velegnet for avanceret præhospitalsbehandling, i modsætning til Færøerne.

Man skulle derfor forvente, at »eksperterne« i »Rådgivningsgruppen« udviste en liberal og åben holdning overfor præhospitalsbehandling på Færøerne. Paradoksalt nok har det vist sig at være lige omvendt. Overlæge i Sundhedsstyrelsen, Lone de Neergaard, der som medlem af »Rådgivningsgruppen« nu varmt anbefaler et færøsk sundhedsvæsen, baseret på præhospitalsbehandling, sad også i det udvalg, nedsat af Amdradsforeningen og Sundhedsministeriet, der i 1991 udarbejdede den såkaldte »1225-betænkning« om præhospitalsbehandling i Danmark. Denne betænkning redegør for, at ambulancerne i Danmark 250000 gange om året rykker ud til ulykker eller akut opstået sygdom. I 42% af tilfældene, når ambulance frem, inden er gået 5 min. og inden 10 min. er 81% nået frem. 94% er fremme i løbet af 15 min. Og 97% inden for 20 min.

Ud fra dette konkluderer udvalget, at der kun for en mindre del af patienterne vil kunne opnås en væsentlig behandlingseffekt, hvis behandlingen indledes alle-

rede i den præhospitale fase. Udvalget omtaler endvidere, at erfaringer med særligt intensive præhospitalsordninger med deltagelse af medicinalpersonale viser, at der kun i enkelttilfælde har været livreddende og livsbevarende effekt, og at præhospitalsbehandling har vist meget begrænset effekt overfor livstruende tilstande. Derimod er det udvalgets vurdering, at udvidet præhospitalsbehandling hos patienter udenfor livsfare i visse tilfælde kan medføre en forbedring af patienternes tilstand. Udvalget konkluderer slutteligt, at der er behov for mere forskning på området. Man spørger sig selv: Skal Færøerne mon nu være forsøgsstation for denne forskning?

Hurtig transport til sygehus har højeste prioritet i Danmark

Af ovennævnte ambulancetransporttider fremgår endvidere, at man i Danmark har lagt vægt på hurtig transporttid til sygehus som vigtigste faktor ved akut opstået sygdom. På den baggrund er det igen helt uforståeligt, at de danske »eksperter« i »Rådgivningsgruppen« i »Rapport om det færøske sundhedsvæsen« og på møder i Tórshavn og Klaksvík finder på at komme med flg. udtalelse: »Hvis der foregår en kvalificeret præhospitalbehandling, der er kun for en meget lille del af de tilskadekomne (f. eks. ved blødninger fra de store kar) af afgørende betydning, hvor lang tid der går, indtil behandlingen på kan påbegyndes. Den væsentligste faktor er, at sygehusbehandling foregår med den fornødne ekspertise«.

3 bæredygtige sygehuse, der arbejder tæt sammen
Hvis den færøske befolknings tryghed skal sikres, må udgangspunktet være 3 bæredygtige sygehuse, der arbejder tæt sammen. Dette betyder naturligvis, at sygehusene i Klaksvík og på Suderø må sikres et vist minimum af funktioner. Dette vil der blive gjort rede for i en kommende rapport, som undertegnede er i gang med at udarbejde i fællesskab med overlæge Jákup Petersen, Klaksvík Sygehus.

Jesper Brandt Andersen
læge, gynækologisk/fødaafdelingen
Centralsygehuset i Næstved
(tidl. læge ved Klaksvík Sygehus)

Udsat auktion

Det meddeles herved, at tidligere bekendtgjort tvangsauktion (AS 389/93) over matr. nr. 64 c, Hvannasund v/ Advokatfelagið j. nr. 34836 der var berammet til den 11. februar 1994 kl. 09.40, er udsat til

onsdag 02. marts 1994 kl. 09.00

Færøernes fogedret, den 14.02.94
Mette Søgaard-Nielsen
dfm.

Tvangsauktion

På Dommerkontoret, C. Pløensgøta 1, 100 Tórshavn, afholdes

Torsdag den 10. marts 1994 kl. 14.00

tvangsauktion, (AS 17/93) over matr. nr. 1369 Klaksvík tilhørende P/F matr. nr. 1369 Klaksvík.

Auktionen er begæret af advokat Jógván Páll Lassen, Bryggjubakki 22, Tórshavn, tlf. 1.1260 (j. nr. 309/88) på vegne en pant- og udlægshaver.

Ejendommen er en kontor/handelsbygning på en 112 kvm. stor grund, i 3 etager.

Ejendommen kan beses efter aftale med ovennævnte advokat.

Auktionsdokumenterne ligger til genemsyn på Dommerkontoret.

Færøernes fogedret, den 11.02.94
Mette Søgaard-Nielsen
dfm.

Tvangsauktion

På Dommerkontoret, C. Pløensgøta 1, 100 Tórshavn, afholdes

Torsdag den 10. marts 1994 kl. 10.50

tvangsauktion, (AS 672/93) over matr. nr. 40, Nes beliggende Nes.

Auktionen er begæret af advokat Jógván Ellefsen, Bryggjubakki 22, Tórshavn, tlf. 1.1260 (j. nr. 37472) på vegne en pant- og udlægshaver.

Ejendommen er et beboelseshus på en 1098 kvm. stor grund, det bebyggede areal udgør 130 kvm. i 1 etage.

Ejendommen kan beses efter aftale med ovennævnte advokat.

Auktionsdokumenterne ligger til genemsyn på Dommerkontoret.

Færøernes fogedret, den 11.02.94
Mette Søgaard-Nielsen
dfm.

Amnesty International

Skrivtovan i Vágsbotni er opin mánaðag, týsdag og fríggjardag kl. 10-16. Tlf. 15816.