

Høringsuttalelse fra Traumeutvalget i Klinikk Kirkenes

«Den alvorlige pasienten i Øst-Finnmark»

Hva er prislappen vi setter på et menneskeliv? Når traume-organiseringen i Norge skal omlegges for å bedre tryggheten for den enkelte pasients liv og helse, skaper det reaksjoner i helsevesenet og samfunnet. Økonomien har fått en sterk stemmerett og vil være en viktig faktor i avgjørelsen av Kirkenes sykehus. Debatten om det nye traume-systemet i Helse Finnmark, skaper frykt for unødig tap av menneskeliv i Øst-Finnmark hvis Kirkenes sykehus mister en viktig rolle i kjedebehandlingen av traume-pasienter. Det er kanskje den alvorlige pasienten i Øst-Finnmark som må betale prisen for hver spart krone.

Med denne høringsuttalelsen ønsker jeg å gå gjennom flere punkter som jeg mener er viktig for å styrke Kirkenes og sykehusets posisjon da den regionale og nasjonale traumerapporten er usikker i sin konklusjon for Øst-Finnmarks skjebne.

Den regionale traume-rapporten fastslår at Kirkenes sykehus utløser ca. 20 aktiveringer av traume-teamet, jfr s. 44 i «Regionalt traumesystem for Helse Nord». Våre egne tall det siste året viste at vi hadde 44 traumer. 6 pasienter ble betegnet som alvorlige eller mistanke om alvorlig skade og sendt til det regionale sykehuset med riktige kompetanse for den akutte problemstillingen (jfr høringsuttalsen fra anesthesi avdelingen i Kirkenes). I tillegg til de virkelige traumene, trener traumeteamet månedlig. Det stilles også krav til ATLS-kurs for alle leger i spesialisering, LIS, som jobber på kirurgisk avdeling.

Vår praksis frem til nå har vært i mottakelse av alvorlige pasienter hvis de ikke er allerede sendt til UNN i Tromsø, at de skal stabiliseres og overflyttes til et sykehus med et høyere traume-nivå, når resurser eller kompetanse ikke strekker til hos oss.

Et eksempel på et liv som kunne ha gått tapt hvis ikke vedkommende kom til et sykehus raskt når tid teller.

Vi opplevde i desember i fjor en ung pasient, rundt 20 år, som var utsatt for en trafikkulykke i nærområdet. Pasienten hadde litt ømhet over venstre og øvre del av buken, men var sirkulatorisk og respiratorisk stabil i mottaket. Pasienten var klar og orientert. Under utredning med radiologisk undersøkelse, gikk pasienten i hypovolemisk sjokk. Planen var å overflytte pasienten til UNN for radiologisk intervensjon, men resultatet ble akuttkirurgi hvor den sprukne og blødende milten ble fjernet. På den første-andre postoperativ dag fikk pasienten blodpropp til begge lungene og måtte overflyttes til UNN pga hematologiske utfordringer.

Unge pasienter har store evner til kompensering ved traumer. Det gjør at unge pasienter er en uforutsigbar og skummel pasientgruppe.

Jeg våger å stille meg spørrende til hvordan hendelsesforløpet hadde vært med det nye foreslåtte traumesystemet hvis Kirkenes sykehus ikke hadde vært trappet opp til nivå-2 som Hammerfest sykehus og kunne ikke ta imot denne pasienten.

Gjør vi et tankeeksperiment hadde realiteten blitt at den prehospitaltjenesten måtte stabilisere pasienten ute i distrikt med begrenset resurser i påvente av transport til Hammerfest med et fly med spesialkompetanse.

Det jeg, og den vakthavende overlegekirurgen, tror er at det hadde blitt en katastrofe uten like på flyet på vei til Hammerfest. Verdifull tid hadde gått tapt og mortaliteten hos denne pasienten hadde naturligvis økt. Prinsippet om «The golden hour» og målet om å forbedre tryggheten av pasientens liv og redde liv, hadde blitt utfordret. Vi reddet pasienten!

Det ligger store ambisjoner om å styrke den prehospital funksjonen når flere sykehus mister muligheten til opptrapping til nivå-2 og derved mister en del av traumefunksjonen. Sykehusene kan per definisjon ikke ta imot pasienter med « åpenbart alvorlige skader (store blødninger eller knusninger, dislokerte bekkenbrudd eller brudd i lange rørknokler, ustabil brystkasse, stikk- og skuddskader over albue og kne samt store brannskader) og/eller er sirkulatorisk/respiratorisk ustabil og/eller har vært utsatt for høyenergetisk traume (fall fra stor høyde, kollisjon/utforkjøring i stor fart etc)», jfr s.10 i den regionale traumerapporten.

Det er disse pasienter som må tas hånd om av distriktlegen og flypersonellet for stabilisering før videre forflytning til Traumesykehusene. Er dette forsvarlig praksis?

I Øst-Finnmark er det en del legeutskiftning og legevikarer ut i distrikt med svært variabel kompetansenivå innenfor traume. Det er allerede utfordrende å skaffe nok leger (og mange ganger turnusleger) til distriktene. Løsningen for å få leger til distriktene har ofte vært å øke lønnen samt lokking med gode fordeler. Selv slike tiltak er noen ganger ikke nok. I noen kommuner, uten å nevne navn, er det bare turnusleger som står helt alene med pasientene på vakt mens bakvakt befinner seg på et annet sted i landet. Turnussystemet for turnuslegene er også blitt lagt under mikroskopet og trues for nedleggelse/omorganisering

Med en sårbar prehospital tjeneste, lange transportavstander og vanskelige pasientkasuser, kan resultatet bli angrende for alle parter. Jeg stiller meg litt uforstående til å ikke bruke ressursene til å bedre lokal sykehuset som kan gi livreddende og stabiliserende behandling i et fylke med store geografiske prøvelser.

På nåværende tidspunkt har Kirkenes sykehus evne til å gi forsvarlig og rett behandling som bygger på ATLS- og BEST-systemet. Vi har på generell kirurgisk side to faste overlegestillinger 100 %, en fast overlegestilling 50 % og fire faste LIS 100 %. Pga mammapermisjon går der en vikariat i LIS-stilling til mars 2011. Vår vikariat har per dags dato vært hos oss i et år. Det kommer også faste overlegevikarer fra Sverige, som har jobbet i over flere år, i korte perioder i Kirkenes. Disse overlegevikarene kjenner til organiseringen, rutine på sykehuset og kommer i jevne mellomrom tilbake. Vår faste ortoped har nylig sluttet og vi er allerede i gang med å søke etter en ny ortoped i fast stilling. I mellom tiden har vi to faste svenske ortopeder i 50 % stilling.

Det er vanskelig for mange i Kirkenes å forestille seg at bare Hammerfest bringes til et høyere traume-nivå, og ikke Kirkenes sykehus. Det er ikke bare at vår arbeidsplass trues, men at man frykter for at Kirkenes til slutt skal ende opp som en sykestue pga den negative trenden de siste årene.

Ta for eksempel ortopedi i Kirkenes. For en del år siden da det er var en ortopedistafett, hadde Kirkenes sykehus god ortopedisk dekning. På grunn av store økonomiske utgifter, ble stafettet avskaffet for å spare. Med innsparingen kom også nedskjæring av ortopedisk seksjon og det ble færre operasjoner.

Sett fra LIS ståsted får man nå bare godkjent et år ansiennitet innenfor ortopedi.

Ortopedene har fått begrensinger og må avslutte sitt arbeid nøyaktig kl. 21 på vanlig hverdag. På lørdager får de utbetalt noen få timer for postarbeid og klareringer av pasienter. På søndag er det ingen ortopeder tilstede i Kirkenes. Pasientene skader seg til alle tidspunkter og kommer til Kirkenes for å få hjelp. Det er vakthavende ortopedisk overlege i Hammerfest, som fungerer som bakvakt for LIS i Kirkenes når ortopedene i Kirkenes ikke er tilstede eller har vaktfunksjon. Er pasienten heldig kan de opereres fordi vi har en ortoped tilstede. Er de uheldig må de ofte vente på operasjon til det kommer en ortoped. Må pasienten overflyttes til Hammerfest så kan han/hun fort ende opp i Tromsø pga vanskelig landingsforhold eller stengt flyplass i Hammerfest. Nedskjæringen på ortopedisk seksjon skaper en ond sirkel da Kirkenes sykehus står i et dårligere lys enn Hammerfest ift ortopedi. Mister Kirkenes muligheten for oppgradering, kommer det til å være en dårlig utvikling for kompetansebygging og opprettholdelse av et godt fagmiljø. Det nye sykehuset som skal bygges i Kikenes og som skal stå klart i 2017, kan fort bli en myte.

Ortopedi som generell kirurgi er viktig for traumebehandling, og har lidd pga politiske avgjørelser til fordel for Hammerfest. Hvorfor er det slik?

Kirkenes har 7209 innbyggere (1. jan 2005, SSB) og et opptaksområde på 27 119 innbyggere (pr. 1.juli 2009) med et areal som dekker 18 738 km². Omkring 10 prosent av befolkningen i selve Kirkenes er russere. Tidligere var gruvedriften hovednæring i Kirkenes med 1 500 ansatte på det meste og etter opphøret i -96 av AS Sydvaranger, har de siden 2009 greid å få 343 fast ansatte medarbeidere i Sydvaranger Gruve AS (pr. 30 september 2010) og 120 medarbeidere som er ansatt hos under-kontraktører.

De er i gang med å få godkjenning som lærlingbedrift, og har ambisjoner om å ta inn lærlinger innen enkelte fagområder tidlig i 2011. Sydvaranger Gruve AS vil også sikre egen-rekruttering. I den forbindelse er også den privateide jernbanelinjen «Kirkenes-Bjørnevattn-banen» tatt i bruk igjen. Hovednæring i Kirkenes er nå turisme.

Det er også «betydelig satsing på ressursutnyttelse i havområdene og grensesamarbeid med Russland taler imidlertid for å oppgradere Kirkenes sykehus til et nivå 2-sykehus» (den regionale rapporten). Tungindustrien i Kirkenes er i vekst og det er økt interesse for oljeindustrien i Barentshavet. Barentssekretariatet ble opprettet i -93 for å utvikle det norsk-russiske samarbeidet i nord. Kirkenes som by er i industriell utvikling og vil pga dette være utsatt for økt risiko for ulykker og traumeskader. For å ikke å glemme GSV, garnisonen i Sør-Varanger, som ofte skader seg i vaktholdet/arbeidet på den 196 km lange norsk-russiske grensen. Utviklingen vil tiltrekke til seg flere mennesker til Øst-Finnmark. Er det kanskje ikke riktig at sykehuset også blir med på forbedring og oppbygging enn mulig nedleggelse?

Heldigvis er det fredstider og ingen opprustningstider, men Øst-Finnmark grenser jo til Finnmark og Russland, og var den hardest bombete by i verden under 2 verdenskrig. Å ha et godt sykehus tilbud virker uunnværlig.

Ikke for å nevne at vi har en del russisk-talende arbeidere i Øst-Finnmark, som ved en alvorlig skade hadde brukt Kirkenes sykehus som mellomsykehus før videre transportering til Russland. Vil forsikringsselskap/russiske ambassade akseptert at deres klient/medborgere hadde blitt transportert til Hammerfest eller Tromsø når det er de som har det siste ordet i beskyttelse av sine borgeres rettigheter, og må betale for regningen?

Flere år tilbake hadde Kirkenes et par ammoniakk-katastrofer nede på kaia hvor flere pasienter på båten trengte rask behandling. Ammoniakk kan gi etse skader og luftveissymptomer. I værste fall bevissthetstap, krampe og væske på lungene (giftinformasjonen). Nå gir ammoniakk sjelden livstruende utfall hvis man kommer til med rask behandling, men hva hvis flere fikk livstruende skader pga forsinket behandling. Det er vanskelig å tenke seg at sykehuset i Kirkenes ikke fikk lov til å ta imot disse pasientene fordi vi ikke ble oppgradert. Vi vet jo at det er lang reise vei i Finnmark enten med bil, båt eller fly. Det hadde vært moralsk uakseptabelt å ikke kunne hjelpe til når vi har kompetansen til det.

På tross av at kirurgisk avdeling må forholde seg til en del overlegevikarer som har likevel vært faste over flere år, har de bidratt positivt til det kirurgisk miljøet med nye operasjonsteknikker og behandlingsmetoder. De er dyktige og oppdaterte.

Tilslutt vil jeg avslutte med å fortelle om en middelaldrende pasient som betegnes som alvorlig skade i følge den nasjonale og regionale rapporten. Vedkommende hadde fått en stikkskade i halsen ute i nærliggende kommune av sin partner og var på vei inn til Kirkenes. Traumeteamet var innkalt og han ble kjørt rett opp på operasjon. Kuttet var dypt og traff en del samlekar som det blødde kraftig av. På operasjon blodstillet man, knyttet av avskårete kar, eksplorable og påviste mulig skade mot luftveiene også. Lot såret stå åpent og overflyttet pasienten til Tromsø. Han overlevde hendelsen og ble overflyttet tilbake til oss på noen få dager.

Tør vi å ta en sjanse med et så viktig helsetilbudet i Kirkenes, tror jeg også at vi tar sjanser med folks liv. Da er det ikke sikkert at vi helsearbeidere sitter igjen med gode minner om solskinnshistorier, men en høy pris som alle må betale.

Mvh

Mina Lam
Leder i Traumeutvalget i Kirkenes
assistentlege ved kirurgisk avdeling