

Høringsvar fra Nordlandssykehuset Vesterålen

Til rapporten ”Regionalt traumesystem for Helse Nord” (mars 2010)

Det er gledelig at Helse Nord tar grep for å lage et regionalt traumesystem. I en landsdel med store avstander og lite folk kreves det relativt mye ressurser for å opprettholde et tilfredsstillende tilbud til hardt skadde pasienter. Det er åpenbart rom for forbedring i organiseringen av behandlingstilbudet til traumepasienter. Vi ønsker likevel å utdype og nyansere rapporten ”*Regionalt traumesystem for Helse Nord*” fra vårt faglige og geografiske ståsted.

UNN-Tromsø bør være traumesenter

Etter vårt syn bør multitraumepasienter i Vesterålen overføres til UNN-Tromsø enten direkte fra skadestedet eller ved behov via en rask initial stabilisering på lokalsykehuset (Stokmarknes) etter BEST-prinsippet. Nordlandssykehuset Bodø er ikke et fullgodt alternativ for definitiv behandling for Vesterålens pasienter, bla pga begrensninger på tilgjengelig kompetanse, især nevrokirurgi. Det er i praksis også like lang transportvei som til UNN-Tromsø. Det er for få traumepasienter i landsdelen for å satse på flere regionale traumesenter eller “mellomnivåer” slik det var tenkt i det første forslaget til Helse Nord. Alle lokalsykehus bør være fullverdige akuttstusykehus innen kirurgi med kompetanse for traumemottak. Dette er ikke i konflikt med en nødvendig sentralisering, med tidlig overføring av selekterte traumepasienter til regionalt traumesenter etter gitte kriterier.

Status for traumearbeidet ved Nordlandssykehuset (NLSH) Vesterålen

Vi mener at NLSH Vesterålen med få endringer kan tilfredsstillende alle krav til det som i den nasjonale traumerapporten omtales som akuttstusykehus. Vi har de siste 2-3 årene satset på opplæring av personalet etter bla BEST-modellen, gjennomført traumeøvelser regelmessig og holdt vår traumemanual kontinuerlig oppdatert (siste versjon sept 2010). Enkelt personer har deltatt på ATLS-kurs, og sykehuset har også deltatt med to operasjonsteam på de nyopprettede regionalt arrangerte hemostatisk nødkirurgikursene (BEST) ved UNN-Tromsø. Vi er for øvrig det første sykehuset i Helse Nord som allerede har hatt med to team på disse regionale kursene. Et ferskt arbeid fra UNN-Tromsø (Dehli et al. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:1455-7) viser at NLSH Vesterålen er den nest største leverandøren av overførte traumepasienter til UNN-Tromsø i observasjonsperioden. Dette er vel en indikasjon på at regionen ut fra befolkningsgrunnlag og skadeepidemiologi har et åpenbart behov for fortsatt væruavhengig initial stabilisering og behandling av traumepasienter. Dessuten kan det tolkes til at sykehuset allerede fungerer som en integrert del av et regionalt traumesystem, med selektiv tidlig overføring av traumepasienter til neste behandlingsnivå. Disse utfyllende opplysningene er viktige, siden vi opplever at Traumerapporten i liten grad synliggjør og vektlegger våre lokale ressurser.

NLSH Vesterålen er for dårlig utredet som traumesykehus i rapporten som er til høring. Flere steder er det påpekt at man ikke kan konkludere for Vesterålen – uten utfyllende begrunnelse. Skulle det bli aktuelt å ha flere traumesykehus enn UNN-Tromsø og NLSH Bodø, må NLSH Vesterålen utredes som et reelt alternativ til andre nærliggende sykehus. Det må også synliggjøres konsekvenser i form av økt behov innen tilgjengelig desentralisert legevaktstjeneste, ambulansberedskap og luftambulansetjenester.

Traumepasienter må ved behov kunne stabiliseres på lokalsykehuset

Fordelen med å komme direkte til et traumesenter må veies mot å komme på sykehus innen

“The golden hour”, - den første timen etter skaden hvor en del pasienter kan reddes hvis de får rett hjelp. Betingelsene for å gi slik hjelp er mye bedre på et lokalsykehus med akuttkirurgisk beredskap enn prehospitalt. Et anerkjent prehospitalt prinsipp har vært “load and go” framfor “stay and play” (bedre å laste pasienten fort i bilen og komme raskt til sykehus framfor å bli værende og gjøre tiltak i grøftkantene). Vi synes det er faglig betenkelig å satse på lengre transporttider framfor å komme raskt til lokalsykehuset. Lokalsykehuset er ingen pasientfelle når det er organisert og kurset i et traumesystem, tvert imot! Tiden frem til luftambulansetjeneste er fremme kan utnyttes for å vinne tid for pasienten med nødvendige stabiliserende tiltak, sikring av vitale funksjoner, temperaturkonservering og klargjøring for videre transport.

Geografiske forhold og begrensninger i tilgjengelige luftambulansetjenester

Geografiske forhold gjør Nordlandssykehuset Vesterålen godt egnet til å kunne bidra til initial stabilisering og tidlig vurdering av videre transportbehov for uavklarte traumepasienter. Regionen har relativt høy befolkningstetthet og > 2/3 av innbyggerne vil ha kjøretid til sykehuset kortere enn flytid fra de to nærmeste ambulanshelikopter – eller redningshelikopterbasen (ca 40-45 min). Stokmarknes lufthavn er en flyplass med høy regularitet i kort kjøreavstand (5 minutter) fra sykehuset. Dette er viktig, siden regulariteten for ambulansfly er mye bedre enn for helikopter. Tidsfaktoren er likevel relevant - varslings- og responstid, åpning/klargjøring av flyplass/rullebane vil gjøre at ambulansflyene også har begrensninger som første tilgjengelige akuttmedisinske ressurs. I andre nordnorske områder er det rapportert en kanselleringsfrekvens på >50 % for ambulanshelikopter i vintermånedene. (Haug B et al. *Luftambulansens pålitelighet – en undersøkelse i tre kommuner på Helgeland*. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1089–93) Slike vurderinger er i rapporten bagatellisert med referanse til uttalelser fra en skvadronsjef i 330-skvadronen. Dette virker merkelig gitt de utfordringene slike oppdrag gir redningstjenesten. Bruk av redningshelikopter til slike oppdrag skal vurderes fortløpende mot andre aktuelle oppdrag, tjenestetid og øvrig redningsberedskap for et enormt område. Tid til gjennomføring vil også i betydelig grad være påvirket av været. Om en pasient skal transporteres videre til f.eks regionalt traumesenter, vil en dårligværsrute langs kysten for eksisterende redningshelikopter med base i Bodø via Vesterålen kunne medføre en total flytid på flere timer før pasienten er fremme ved UNN-Tromsø. I denne perioden har for øvrig hele regionen en betydelig svekket helikopterberedskap.

Vesterålen og tilgrensende regioner har et betydelig ulykkespotensiale som langt overskrider lokale ressurser, bla med den nye Lofast-traséen. I et slikt scenario vil mulighet for å utnytte nærmeste flyplass til videre ambulansflytransport sannsynligvis bli viktig for begrensede luft- og bilambulanseressurser. Nærhet til trent personell og fasiliteter på sykehuset vil da kunne være viktig som et ledd i en større katastrofeberedskap. Selv om man skulle oppgradere den prehospitale tjenesten betydelig med bedre tilgjengelighet på helikopter og fly, er direkte transport til UNN-Tromsø fra et skadested i vår region sannsynligvis sjelden oppnåelig innen rimelig tid. Vi har mange ganger opplevd at luftransport er utilgjengelig på grunn av været eller andre årsaker som samtidighet, begrensninger i tjenestetid etc.

Harstad er lite egnet som initialt traumesykehus for Vesterålen

Å transportere Vesterålens pasienter via UNN-Harstad mener vi vil være et dårlig alternativ av flere årsaker.

1. UNN-Harstad har lite ekstra kompetanse å by på utover det som allerede finnes på Stokmarknes, - de som trenger mer enn enkle stabiliserende tiltak eller hemostatisk nødkirurgi bør uansett raskt til UNN-Tromsø.

2. Selv om hele Vesterålen, Lofoten og Ofoten inkluderes i Harstads pasientgrunnlag vil pasientvolumet bli for lavt til å få noen vesentlig traumetrening. Vi ser ingen faglig gevinst i å etablere "mellomnivå-sykehus".
3. Stokmarknes har flyplass like ved sykehuset og er dermed bedre egnet enn Harstad for rask videre transport til UNN-Tromsø for pasienter hvor initial vurdering på skadested eller etter traumemottak indikerer behov for transport og videre behandling på regionalt traumesenter.
4. Væruavhengig biltransport vil gi lange prehospitaltider (>2t) for Vesterålens befolkning på >30.000. Medregnet Lofoten vil over 10 % av Nord-Norges befolkning ved valg av Harstad få uakseptabelt lange væruavhengige prehospitaltider på minimum 2-3 timer, forutsatt at det er ambulanseressurser tilgjengelig lokalt. Slike lange prehospitaltider, økt fare for samtidighet og fravær av tilgjengelige ressurser vil også gi betydelige utfordringer og behov for styrkede beredskapsordninger for lokale leger og bilambulanser.

Utfordringer ved å bruke UNN-Harstad, er på samme måte som evt positive forhold ved NLSH Vesterålen som traumesykehus, for dårlig utredet i rapporten som er til høring. Skulle det bli aktuelt å ha flere traumesykehus enn UNN-Tromsø/Bodø, må dette belyses bedre. Lofoten og Vesterålen som region er bokstavelig talt redusert til en fotnote i rapporten, og behov og utfordringer for en befolkning på nesten 60.000 er lite ivaretatt. Dette må vurderes opp mot kostnader til ekstra tilgjengelige ambulanserbiler for å sikre beredskap ved samtidighet og lange transportavstander og -tider for en økt gruppe pasienter. Fravær av lokal beredskap vil også medføre en økt etterspørsel etter ambulansefly og ambulanshelikopter til uavklarte pasienter. Dette er tjenester som allerede med dagens bruksmønster har betydelige utfordringer med de tilgjengelige ressurser.

Gode intensjoner om økt overlevelse, men holder teorien mål?

Som bakgrunn for arbeidet med sentralisering av traumemottak til noen få sykehus i landsdelen brukes potensialet for økt overlevelse blant alvorlig skadde (40%). Det antas at man vil få økt overlevelse for traumepasienter i Nord-Norge ved å sentralisere behandlingen. Denne forutsetningen mener vi er fremsatt på svært sviktende grunnlag og ikke umiddelbart overførbart til et regionalt traumesystem for Nord-Norge.

Tallet (40%) er hentet fra bl.a. amerikanske og engelske studier som har sett på store populasjoner med høy befolkningstetthet – en virkelighet langt fra våre utfordringer. Det er ikke snakk om mange timers prehospitaltid. For eksempel har man under innføring av traumesystem i England og Wales registrert en økning fra 32 til 45 minutter i gjennomsnittlig tid fra melding til "AMK" til pasienten er på sykehus. Et illustrerende eksempel finnes i en artikkel fra 2008 (Med J of Australia 2008; 189 (10): 546-550). Man så på effekten av å innføre traumesystem med to traumesykehus (pluss ett for barn) i staten Victoria i Australia (5 mill innbyggere, omkring **1000 traumepasienter/år**). I tillegg var 18 sykehus "mellomnivå"-sykehus og de resterende 117 vanlige lokalsykehus. Retningslinjene tilsa direkte transport til de to traumesykehusene dersom det var **mindre enn 30 minutter transporttid fra skadestedet**. Man fant også her en reduksjon i dødelighet på bortimot 30-40%.

Er det grunn for å tro at nord-norske traumepasienter vil få en tilsvarende redusert mortalitet ved å sentralisere mottak av traumepasienter? Vi tror ikke det. Ved å øke antall multitraumer på et middels stort sykehus i Nord-Norge fra 20 til 40 per år kommer man ikke i nærheten av den mengdetreningen sykehusene i USA/England/Australia fikk. Selv ikke om alle kommer rett til UNN-Tromsø (130 tilfeller/år) får man noen skikkelig mengdetrening. Og med langt over 30 minutters transporttid i Nord-Norge forsvinner sannsynligvis mesteparten av den gunstige reduksjonen i dødelighet. Kanskje får man til og med økt dødelighet. Det er synd at

slike dramatiske beslutninger skal fattes på sviktende og vanskelig overførbare premisser, og i fravær av adekvat regionalt forankret forskning, epidemiologi og relevante ROS-analyser.

Et annet aspekt er at man faktisk ikke vet hvilken komponent i det å innføre regionale traumesystem som virker inn på overlevelsen. Er det selve sentraliseringen eller er det større årvåkenhet og bevissthet i alle ledd? Noen analyser peker på at for eksempel kursingen på sykehuset har mye mer å si enn økt pasientvolum.

Hvordan vil helsetilbudet for Vesterålens befolkning som helhet påvirkes av en svekkelse av lokal kirurgisk beredskap?

Er den totale helsegevinsten i befolkningen tilstrekkelig vurdert? Noen alvorlige skadde pasienter vil på grunn av været eller fordi man undervurderte skadene på ulykkesstedet uansett havne på lokalsykehuset. Hvor mye dårligere går de med disse dersom traumeteamet på lokalsykehuset (som ikke fikk status som traumesykehus) får enda mindre trening enn i dag? Hvilke slags kirurger er det som vil søke fast jobb på et sykehus der akuttfunksjoner utarmes? Hvordan innvirker dette på overlevelsen til andre pasienter som får akutte kirurgiske lidelser (uten relasjon til traume)? Flere av landsdelens sykehus er nå midt i et sårbart generasjonsskifte. På flere av de mindre sykehusene er det mange positive tegn til ettervekst av yngre krefter med lokal tilknytning. Dette kan og må stimuleres og fremheves. Usikre rammer og fremtidsutsikter, kombinert med en ensidig elendighetsbeskrivelse av behovet for og faglig nivå ved de mindre sykehusene er destruktivt for videre rekruttering og stabilisering av fagfolk og fagmiljøer.

Konsekvenser for andre fagområder

Det er slik vi ser det sterke sammenheng mellom det å ha et oppegående akuttkirurgisk tilbud til traumepasienter og det å ha en akuttkirurgisk beredskap for andre pasientgrupper. Akuttkirurgisk beredskap er en forutsetning også for å drive forsvarlig indremedisinsk virksomhet. Vi er bekymret for at man innen indremedisin må ekskludere enkelte pasientgrupper. Likeså kan anestesiberedskapen og gynekologisk beredskap bli de neste til å lide dersom akuttkirurgiske funksjoner i Vesterålen svekkes. Turnustjenesten blir også skadelidende om vordende leger ikke får opplæring fra akuttkirurgi.

Konklusjoner

- 1. Det bør i Nord-Norge være maksimalt to traumesenter, UNN-Tromsø og evt NLSH Bodø.**
- 2. Inntil NLSH-Bodø er utbygd med fullverdig traumetilbud er det mest naturlig å sende våre traumepasienter til UNN-Tromsø.**
- 3. Alle lokalsykehus med akuttberedskap må oppgraderes slik at de kan gjøre initial håndtering og stabilisering av traumepasienter.**

Traumekomiteen, NLSH Vesterålen, 19. oktober 2010

Vegard Heimly Brun, leder traumekomitéen/lege i spes. kir/ort klinikk avd Vesterålen
Finn Larssen-Aas, avdelingsoverlege, medisinsk klinikk avd Vesterålen
Annbjørg Sørbo, overlege, bildediagnostisk avdeling Vesterålen
Geir Brokstad, avdelingsleder kir/ort klinikk avd Vesterålen

Trine Haugen, avdelingsleder, AKUM avd Vesterålen
Stig Pedersen, BEST-koordinator, enhetsleder operasjon/anestesi
Ole-Hermann Johansen, formann teknisk avdeling Vesterålen
Jann Ødegård, soneleder ambulanse Vesterålen
Rose S. Johnsen, enhetsleder felles mottagelse/kir poliklinikk, Vesterålen