



Helse Nord RHF
8038 Bodø

Deres ref:
2010/522/324

Vår ref:
2005/43

Arkivnr:

Saksbehandler:
Pål Madsen, tlf. 90656336

Sted / Dato:
Bodø, 25.10.2010

Regionalt traumesystem for Helse Nord – høringskommentar

Det vises til brev av 08.07.2010.

Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS) takker for muligheten til å kommentere denne saken. Det er svært positivt at Helse Nord nå utreder traumeorganiseringen i regionen. Helse Nord har i brev av 28.07.2010 i tillegg stilt noen konkrete spørsmål knyttet til konsekvenser for luftambulansetjenesten. Dette besvares i en egen ekspedisjon. Forhold knyttet til Svalbard kommenteres ikke her, da dette temaet utredes i andre sammenhenger.

En viktig premiss for dette høringssvaret er de transportutfordringene LAT ANS ser i regionen. Lange avstander og til tider vanskelige flyforhold for luftambulanse medfører at den medisinskfaglig sett optimale traumeorganiseringen vanskelig kan implementeres fullt ut. Helse Nords traumesystem bør derfor baseres på realistiske forventninger til transporttid og –måte.

Oppsummering og anbefalinger

- Tidsgrensen på to timer til nivå 2-sykehus er ubegrunnet og virker urimelig lang
- Mange forhold taler for at det bør etableres en legebemannet ambulanshelikopterbase i Vesterålen/Ofoten
- Det må legges til grunn at luftambulanse ikke alltid er tilgjengelig innen ønsket tidsramme
- Alle sykehusene bør ha et forberedt opplegg for ledsagerteam
- Samtlige sykehus med akuttkirurgisk beredskap må være forberedt på å motta alvorlig skadde pasienter, uansett status i traumeorganisasjonen
- I den foreslåtte traumemodellen, er det fare for at et nivå 2-sykehus først og fremst blir et tilbud for befolkningen i dets tradisjonelle opptaksområde, mens befolkningen rundt de øvrige sykehusene i praksis vil få et dårligere traumetilbud
- Vi betviler hensiktsmessigheten av et konsept der det gjøres forskjell på de mindre sykehusene med akuttfunksjoner med hensyn til nivåplassering i traumeorganisasjonen
- UNN må ha en tilstrekkelig intensivkapasitet
- Det er etter vår mening helt nødvendig at Helse Nord inngår en avtale med Helse Midt Norge som sikrer at traumepasienter fra Helgeland kan mottas ved St. Olavs Hospital når dette er faglig mest hensiktsmessig.

Generelt om traumerapporten

Den regionale traumerapporten bør leses i sammenheng med den nasjonale traumerapporten (Røise 2006). Til sammen gir disse to dokumentene en god oversikt over dagens kunnskap om traumebehandling, status i dagens traumeomsorg og trekker opp gode retningslinjer for traumeorganiseringen generelt. Mangelen på diverse data om traumepasientene er en stor svakhet og vanskeliggjør planleggingsarbeidet. Etableringen av et nasjonalt kvalitetsregister for traumepasienter bør derfor prioriteres høyt.

LAT ANS slutter seg i hovedsak til det regionale traumeutvalgets vurderinger, men vil problematisere enkelte forhold. Vi stiller oss kritisk til den anbefalte rollefordelingen mellom (de små) sykehusene.

Hvor skjer traumene og hva er utsiktene framover?

Utvalget har ikke kunnet gi en oversikt over den geografiske fordelingen av traumer. Man vet omtrent hvor mange traumepasienter sykehusene mottar, men ikke hvor skaden skjedde og hvor pasientene er blitt transportert fra. I motsetninger til de fleste sykdomstilfeller, er den geografiske fordelingen av alvorlige traumer neppe sammenfallende med hvor folk bor. Det er kjent at trafikkuhell er den viktigste kilden til de alvorligste traumene. Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) var det i 2009 11 trafikkdrepte i Nordland, 6 i Troms og 5 i Finnmark. Ifølge statistikk (SSB) fra 1996-2005 forekommer det 0,3 – 0,4 meget alvorlige skadde (definisjon ukjent, statistikken skiller mellom meget alvorlig, alvorlig og lettere skadd) for hver trafikkdrepte. Dette skulle teoretisk tilsi at det i Helse Nord's område i 2009 var ca 30 drepte eller meget alvorlig skadde som følge av trafikkuhell. Det kan indikere at trafikkofer utgjør en betydelig del av regionens mest alvorlige traumepasienter. De alvorligste trafikkuhellene skjer ikke i tettbebygd strøk, men på fartsveiene. Andre kjente kilder til alvorlige traumer er fiskerinæringen, skogsdrift, visse deler av industrien og friluftliv/ekstremспорт. Traumeforekomst må altså antas å være dårlig korrelert med bosetningsmønster. Framtidig utvikling av trafikkmønster, primærnæringene, industri på land og off shore og friluftliv/ekstremспорт, og dermed forventet traumeutvikling, er heller ikke diskutert eller hensyntatt i rapporten. Dog er det pekt på en mulig utvikling i Øst-Finnmark, som kan tale for at sykehuset i Kirkenes bør oppgraderes til nivå 2.

Hvilke sykehus bør oppgraderes til nivå 2? Konsekvenser for transport.

Traumeutvalget har i sin gjennomgang av samtlige sykehus i regionen sannsynliggjort at noen av dem neppe kan oppnå nivå 2 innenfor forsvarlige ressursrammer og foreslår ett nivå 2-sykehus i hvert helseforetak. Samtidig anbefaler utvalget at samtlige sykehus med komplett akuttkirurgisk tilbud bør tillegges rollen som nivå 2-sykehus. I dette ligger det implisitt at de sykehus som ikke skal være på nivå 2 heller ikke skal ha komplett akuttkirurgisk beredskap og ikke skal motta pasienter med alvorlig traume. Det er anbefalt en struktur som skal sikre at alle slike pasienter skal kunne bringes til et nivå 2-sykehus innen to timer.

Grensen på to timer er ikke begrunnet og virker urimelig lang, tatt i betraktning at den største trusselen hos disse pasientene er indre blødninger (ref. "The Golden Hour"). Forsinket adekvat nødkirurgi kan ikke kompenseres med prehospitalt tiltak. For øvrig betinger den foreslåtte strukturen at luftambulansse i enkelte strøk er påkrevet for å tilfredsstille to timers-kravet. Det gjelder for eksempel pasienter fra øykommunene på Helgeland, ytre Lofoten (dersom Stokmarknes ikke får nivå 2) og i Øst-Finnmark (dersom Kirkenes ikke får nivå 2). I den forbindelse finner LAT ANS det nødvendig å minne om luftambulanssetjenestens regularitet og operative sårbarhet. Dette forholdet er belyst i rapporten og skal ikke gjentas i detalj her. Kort oppsummert er både ambulansse- og redningshelikoptrene langt mer sårbare vinterstid ved flyging innover i landet i forhold til langs kysten. Ambulansseflyenes operative sårbarhet er sammenlignbart med ruteflyenes, men det minnes om at et flertall av regionens flyplasser er nattestengt, og flere er uten beredskap for de-icing (avising av vinger og flykropp). Det tar tid å tilkalle lufthavnpersonell, rydde rullebanen osv. Det må derfor legges til grunn at luftambulansse ikke alltid er tilgjengelig innen ønsket tidsramme. LAT ANS vil også påpeke at flyplassen i Hammerfest (det stedet i Finnmark en anbefaler nivå 2-sykehus) er blant de flyplassene i landsdelen med dårligst regularitet.

Styrking av de prehospitale tjenestene

Utvalget foreslår mange gode tiltak for å styrke den prehospitale traumeomsorgen. Ved enkelte varianter av traumeorganiseringen forutsettes det også en styrking på det prehospitale området, primært anestesilegebemannet enhet.

I vårt svar knyttet til konsekvenser for luftambulansetjenesten (egen ekspedisjon) kommenterer vi en eventuell etablering av ambulanshelikopterbase i Vesterålen/Ofoten. På bakgrunn av dagens luftambulansedekning og –kapasitet, samt føringer fra myndighetene (90% av befolkningen skal nås av legebemannet ambulans innen 45 minutter, ref. St. Meld. Nr. 43 1999-2000), er det mye som taler for at det bør etableres en legebemannet ambulanshelikopterbase i dette området. Argumentene forsterkes naturligvis dersom verken sykehusene i Lofoten, Stokmarknes eller Narvik skal oppgraderes til nivå 2. Anestesilege kan også bidra prehospitalt når luftambulans ikke kan fly eller ikke er tilgjengelig. Det kan skje gjennom legebilordning ved basene, noe som allerede er etablert ved dagens ambulanshelikopterbasen, og ved at sykehusene har en rutine for utrykning med stedlig ambulans.

Alle sykehusene bør for øvrig ha rutiner for følge av pasienter i ambulans. Transport innebærer spesielle utfordringer og risikoaspekter. Det bør derfor foreligge egne prosedyrer som sikrer at aktuelt personell er forberedt og trent og at aktuelt medisinsk utstyr er identifisert og testet i ambulans. Mye sykehusutstyr er uegnet for bruk under ambulansetransport.

Det er pekt på manglende krav til luftambulanselagene. Vi kan opplyse om at LAT ANS har igangsatt et prosjekt som skal resultere i en nasjonal standard for luftambulanselager, herunder faglige krav. Dog skal bemerkes at dagens luftambulanselager i Helse Nord er ansatt hos helseforetakene, og samtlige er anestesileger.

Hva med de sykehusene som beholder kirurgisk akuttberedskap, men som ikke oppgraderes til nivå 2?

Slik vi oppfatter det, anbefaler utvalget at de sykehus som ikke skal være på nivå 2 heller ikke skal ha komplett akuttkirurgisk beredskap. Det argumenteres for at alvorlige skadde pasienter ikke må bringes til sykehus under nivå 2. Med den anbefalte traumestrukturen (ett nivå 2-sykehus pr helseforetak) skulle det altså innebære en redusert kirurgiberedskap ved mange av regionens sykehus. Dette imøtegås av administrerende direktør i Helse Nord i høringsbrevet av 08.07.

Vi ønsker å reflektere litt rundt en situasjon der noen sykehus med døgnbasert akuttkirurgisk beredskap pålegges å ikke motta alvorlig skadde pasienter fordi disse skal transporteres direkte til nivå 2-sykehus. Et slikt system tror vi er forsvarlig kun i områder med relativt stor sykehusetetthet. Avstanden mellom sykehus i regionen, og hensyntatt at en ikke alltid kan påregne luftambulansetransport, tilsier at enkelte alvorlig skadde pasienter må bringes til det fysisk nærmeste stedet der det er håp om at livbergende nødkirurgi kan utføres. Dette kan belyses med følgende klassiske eksempel der sykehuset i Mo i Rana er utpekt som nivå 2-sykehuset på Helgeland: en ung gutt får et sykkelstyre i magen på Dønna og utvikler sterke buksmerter. Han fraktes i ambulansebåt til Sandnessjøen, og underveis blir han blek og får rask puls. Ved ankomst Sandnessjøen er det åpenbar mistanke om en ukontrollert indre blødning i buken. Dette er en tilstand hvor gutten kan dekompenere meget raskt. Å frakte denne gutten videre til nivå 2-sykehuset i Mo i Rana, og dermed bypasse kirurgene i Sandnessjøen, ville etter vår mening være en stor forsømmelse. Dersom gutten var tatt hånd om av luftambulans allerede ute på Dønna, ville det være en større mulighet for å velge det mest optimale sykehuset. I så fall ville ikke Mo i

Rana være det beste alternativet, men Bodø. Det kunne lages mange tilsvarende eksempler som viser at samtlige sykehus med akuttkirurgisk beredskap må være forberedt på å motta alvorlig skadde pasienter, uansett status i traumeorganisasjonen. Mye kan tale for at et nivå 2-sykehus først og fremst blir et tilbud for befolkningen i dets tradisjonelle opptaksområde, mens befolkningen rundt de øvrige sykehusene i praksis vil få et dårligere traumetilbud.

Vi mener det vil kunne få uheldige konsekvenser for et sykehus å ikke bli utpekt som nivå 2, men likevel skal opprettholde akuttfunksjoner på andre områder. I en slik situasjon kan sykehuset bli mindre attraktivt for fagfolk med interesse for akuttmedisin. De ansatte kan bli demotiverte når de blir nedprioritert i videre- og etterutdanning. Kulturen i akuttmottak og på avdelingene kan bli påvirket og medføre slappere akuttrutiner. Dette vil potensielt ha uheldige konsekvenser for en rekke andre store pasientgrupper, der kvalifisert behandling innen knappe tidsvinduer er avgjørende for utfallet. Eksempler er akutt hjerteinfarkt, hjerneslag, forgiftningstilstander m.m.

På dette grunnlag betviler vi hensiktsmessigheten av et konsept der det gjøres forskjell på de mindre sykehusene med akuttfunksjoner med hensyn til nivåplassering i traumeorganisasjonen. Vi tror at de aller fleste av disse sykehusene vil måtte motta alvorlig skadde pasienter og bør gjøre sitt ytterste for å kvalifisere seg for dette i henhold til de anbefalte tiltakene. Slik kvalifisering innebærer ikke minst at man forstår sine egne begrensninger og på dette grunnlaget har klare kriterier for hvilke pasienter som skal sendes videre til traumesenter.

Traumesenter

UNN utpekes som regionens traumesenter, og dette er naturlig. Det pekes også på at Nordlandssykehuset i Bodø vil kunne avlaste UNN med utvalgte pasienter. Vår erfaring er imidlertid at UNN har en såpass dårlig post operativ- og intensivkapasitet at returtransport til hjemmesykehuset ofte må iverksettes mens pasienten ennå er i behov av intensivbehandling. Dette er ikke faglig optimalt, da en transport alltid medfører risiko. Denne virksomheten legger for øvrig beslag på luftambulanskapasiteten i regionen. I 2009 utgjorde returtransporter hele 28% av alle ambulanseflytransportene i Helse Nord, og et stort flertall av disse var fra UNN.

LAT ANS savner sterkt en diskusjon om hvilket traumesenter hardt skadde pasienter fra søndre Helgeland skal transporteres til. For mange av disse pasientene vil luftambulansetransport til St. Olavs Hospital i Trondheim være mest hensiktsmessig. Der ambulanshelikopter er involvert primært, kan det være situasjoner hvor direkte transport til traumesenter er ønskelig. Dette gjelder pasienter med behov for spesialisert traumebehandling og som er sirkulatorisk rimelig stabile. Et eksempel kan være rene hodeskader med GCS under 8. Ambulanshelikopteret i Brønnøysund har en flytid derfra til St. Olav på ca 60 minutter, og da lander det direkte på taket av Akuttsenteret. Dersom en slik pasient fra Brønnøysund skulle transporteres til UNN, ville direkte helikoptertransport være mindre fristende (godt over to timer). På den annen side tar det gjerne lang tid å organisere legebemannning av ambulansfly, noe luftambulansmiljøet på Helgeland ofte har påpekt. Den samme problemstillingen gjør seg gjeldende ved sekundærtransporter. I slike tilfeller har man ofte noe bedre tid fordi pasienten er stabilisert, men ikke alltid.

Det er etter vår mening helt nødvendig at Helse Nord inngår en avtale med Helse Midt Norge som sikrer at pasienter fra Helgeland kan mottas ved St. Olav når dette er faglig mest hensiktsmessig.

Med vennlig hilsen

Øyvind Juell
Daglig leder