

Høringssvar angående Styresak 57-2010 Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem, oppfølging av styresak 7-2009 Organisering av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Nord.

Til:
Styret
Helse Nord

Dato: 29. september 2010

Fra:
Kirurgisk seksjon, UNN Harstad
Anestesiologisk seksjon, UNN Harstad
Medisinsk Avdeling, UNN Harstad

Innledning:

I forslag til organiseringen av traumeberedskapen i Nord- Norge fra Helse Nord (HN) ønsket man å definere UNN, Harstad som traumesykehus for regionen Ofoten, Sør-Troms og Vesterålen.

Administrasjonen ved UNN har imidlertid i sitt forslag til høringsnotat fra UNN, som legges fram for styret i UNN 5/10, gått inn for at det kun skal være ett traumesykehus i UNN HF. UNN Tromsø skal inneha rollen som trausesenter, men også være eneste traumesykehus i helseforetaket.

De to øvrige sykehusene i UNN (Narvik og Harstad) derimot, skal begge ha akuttkirurgisk beredskap. Dette er i og for seg positivt, men vi ønsker å påpeke at det må være helt nødvendig for en region med 110-120 tusen innbyggere å kunne nå et definert traumesykehus noenlunde innenfor to timers transport.

I det antall dager og uker samlet hvor helikopterbasert transport ikke er mulig, vil et landbasert system være helt avgjørende.

Begrepet akuttkirurgisk beredskap er ikke eksakt definert. Vi er derfor redd for at det i dette begrepet ligger en variabilitet i beredskapen til å utføre livreddende stabiliserende inngrep avhengig av de til enhver tid tilgjengelige resurser, men uten at det defineres et minstemål av permanent beredskap slik traumerapporten tilsier.

I begrepet "Traumesykehus" ligger det derimot helt eksplisitt hvilke krav til resurser som til enhver tid må finnes på stedet.

Dette definerte minimumsnivået må denne folkerike regionen i Nord Norge ha en garanti for finnes lokalt i regionen den dagen ulykken skjer.

Ved UNN Harstad finnes de nødvendige resurser allerede i dag for å fylle disse kravene. Å definere en slik standardisering av funksjon og kompetansenivå for fremtiden vil være en meget viktig faktor også for å rekruttere spesialister til å utøve sin yrkeskarriere i området.

Sammenfatning:

1. Kirurgisk og anestesilogisk seksjon samt medisinsk avdeling er enig i anbefalinger i rapport Traumesystem og Regionalt Traumesystem som bygger på internasjonale og nasjonale faglige vurderinger
2. Organisering og krav til sykehus som skal behandle skadde pasienter
Sykehus med akutfunksjon (Tidligere lokal- og sentralsykehus)
3. Ifølge Norsk Luftambulans blir ca 20% av oppdrag til ambulanshelikopter ikke gjennomført. Nord-Norge er særlig utsatt, i vinterhalvåret er det flere. En kan ikke planlegge traumesystem etter transporttid med helikopter men må legge til grunn avstand og tid med bilambulans når helikopter ikke kan fly.
4. Kompetanse, stabilt fagmiljø og framtidig rekruttering er viktige faktorer i traumesystem.
5. Separate vaktlinjer for spesialister i kirurgi og ortopedi
Det er en fordel at traumesykehus har delte linjer for bakvakt, d.v.s. en spesialist i både ortopedi og kirurgi i traumeteamet.
6. Intensiv avdeling med faste intensivplasser med respiratorbehandling er nødvendig for traumesykehus.
7. AMK sentral for regionen er plassert ved UNN Harstad.
8. På grunn av de lange avstandene vil fravær av traumesykehus mellom Bodø og Tromsø gå imot intensjonene i den nasjonale traumerapporten Kfr. undertriage / overtriage.
9. UNN Harstad har tilstrekkelig antall spesialister, tilfredsstillende faglighet, Intensiv avdeling med behandling med respirator, gode rekrutteringsmuligheter for framtiden, AMK sentral og en gunstig geografisk plassering.
10. Bilag.

Kommentar:

1. Rapportene om traumesystem bygger på faglige vurderinger
Kirurgisk Seksjon, UNN Harstad er enig i konklusjoner og anbefalinger i rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHFene av 9. oktober 2007: Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter Nasjonalt Traumesystem (NT)) - og i utredningen Regionalt Traumesystem i Helse Nord av 23. april 2010 (RT)
Vi ønsker å vektlegge og påpeke noen fakta, konklusjoner og anbefalinger i rapportene og komme med ytterligere innspill som støtte for disse med referansen til NT og RT..

Styret i Helse Nord RHF har i styresak 7-2009 allerede sluttet seg til de overordnede prinsippene i den nasjonale traumerapporten som blev anbefalt av en arbeidsgruppe med deltagelse av Tor Ingebrigtsen nevrokir avd UNN som deltager for Helse Nord. (ref. NT 1.6 side.7)

Rapporten ”Regional Traumesystem for Helse Nord” som er grunnlaget i saksmaterialet for styresak 57-2010 samstemmer med de konklusjoner og anbefalinger som er gitt i den nasjonale traumerapporten som bygger på internasjonale og nasjonale faglige vurderinger. Rapporten dokumenterer at det er et behov for å forbedre traumebehandlingen i Norge og gir konkrete forslag til en framtidig organisering med krav til organisering, resurser og kompetanse i overensstemmelse med disse vurderinger.

2. I henhold til den Nasjonale Traumerapport: (NT 4.2.4 side 59) stilles krav til organisering og kompetanse for sykehus som skal behandle skadde pasienter. UNN Harstad oppfyller i dag de fleste av kravene og har program for kursing av personell som mangler kurs.

”Utvalget mener at de fleste lokalsykehus med akuttfunksjon har materielle rammer for å påta seg den første behandling av alvorlig skadde pasienter. Følgende krav skal stilles til sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter:

- Fast definert traumeteam med kriterier for aktivering av traumeteam
- Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av toraks på mindre enn 15 minutter
- Kriterier for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå
- Oppdaterte prosedyrer (traumemanual)
- Tilpasset registreringsskjema/bruk av sjekklister
- Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter
- Etablert, regelmessig tverrfaglig trening
- Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet

Ved alle sykehus som tar i mot skadde skal man til en hver tid som et minimum kunne avlaste pneumothorax, utføre blodstillende nødkirurgi i buken og bekkenet med pakking av blødninger. Man skal kunne gjøre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, sutur av enkle stikkskader i hjertet, sutur av enkle lungeskader og primærstabilisere ekstremitetsfrakturer (ekstern fiksasjon). Det forventes at man er organisert og opplært til dette ved alle sykehus med akuttfunksjon. Osteosynteser utføres avhengig av tilgjengelig ortopedisk ekspertise. Respiratorbehandling skal være tilgjengelig, eller system for rask overflytting til traumesykehus.

Alle sykehus som behandler traumepasienter skal ha øremerkete personer/helst tverrfaglig traumekomité for kvalitetssikring av traumebehandlingen og holde regelmessige komplikasjonsmøter. Sykehusene skal også ha registrering av traumepasientene.

Kompetanse:

- Teamleder og anestesilege: Skal ha kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (ATLS eller tilsvarende)
- Annet personell i traumeteamet bør ha deltatt på relevant kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (TNCC eller tilsvarende)
- Sykehuset skal ha kontinuerlig vaktberedskap for livreddende kirurgi (teamleder eller evt bakvakt kirurg skal ha godkjent kurs i nødkirurgiske prosedyrer). Denne type trening bør gjentas hvert 3.-5.år for kirurger i vakt.
- Operasjonspersonell: Kunnskap om metoder for nødkirurgiske prosedyrer
- Sykehuset skal regelmessig tilby teamtrening i mottak av alvorlig skadet pasient. Nøkkelpersonell skal ha gjennomgått slik trening innen 3 mnd etter tiltredelse ”

3. Ambulansehelikopter. 20% av bestilte oppdrag gjennomføres ikke

På grunn av de geografiske forhold i Norge legges det i rapportene stor vekt på bruk av luftambulans og ambulanshelikopter / redningshelikopter. Imidlertid er det dokumentert at 20% av de oppdrag som blev rekvirert til ambulanshelikopter og redningshelikopter blev enten avvist eller ikke gjennomført på grunn av dårlig vær (56%), begrensninger i flytid hos piloter eller materiell samt samtidighetskonflikter (35%). (ref. NT 1.7.3 s. 9 og 2.2.1.2 s. 18). I den nasjonale rapport slås det fast at luftambulansens begrensninger må tas med i betraktning ved en framtidig traumeorganisering (ref. NT 6.6.1 s. 49 og 6.4.1 s. 53). En kan derfor ikke planlegge traumesystem ut fra bruk av ambulanshelikopter men må bruke avstand og tid med bil(båt)ambulans. Man må se på veikartet og måle avstand. I rapportens side 29 (NT 2.2.1.2) står ”På grunn av operative begrensninger kan luftambulansetjenesten aldri bli en erstatning for lokal akutmedisinsk beredskap.”

I vedlegget er befolkningstall i alle berørte kommuner og avstand fra kommunene til de forskjellige sykehus beregnet. Dette viser klart at det er stor forskjell på transporttid i forhold til hvilket sykehus man velger, spesielt for Lofoten og Vesterålen i de tilfelle hvor ambulanshelikopter ikke kan brukes. Det viser også at det må finnes minst et sykehus i Hålogaland med resurser og kompetanse for traumebehandling. Regionen har den tettste befolkning i Nord-Norge med ca 120.000 og avstanden fra både Tromsø og Bodø er over 400 km til Lofoten og Vesterålen, 300 km. til Harstad og 250 km til Narvik.

I rapporten Regional Traumesystem side 40 (ref. RT 3) angis premissene for plassering av traumesykehus. Under normale omstendigheter skal 90% av aktuelle pasienter nå et traumesykehus eller traumesenter innenfor 2 timer.

Konklusjonen i rapporten Regional Traumesystem sier at Lofoten og Vesterålen har et lite antall traumepasienter og marginal legebemannning. Videre at den operative begrensningen for ambulanshelikopter tilsier at det er behov for et traumesykehus som kan nås med bilambulans. Kun Harstad vil kunnes nås innenfor tiden angitt i premissene. (Se bilag)

4). Kompetanse, fagmiljø og rekruttering.

Det legges i rapporten stor vekt på viktigheten av et stabilt fagmiljø og rekruttering av spesialister (ref. NT 3.2.7 s. 31).

Det er allerede i dag brist på kirurger og anestesiloger i Norge. På grunn av konkurransen mellom by og land samt mellom Syd og Nord er det vanskelig å rekruttere spesialister til Nord Norge og til de mindre steder.

Og vanskeligheten øker i framtiden. Omkring 30% av landets spesialister har snart nådd pensjonsalderen.

Legeforeningen skriver i Tidsskrift for den norske legeforening at 60% medisinstuderende er kvinner, men at bare 10% av disse ønsker å arbeide med kirurgiske fag eller anestesi, bl. a på grunn av vaktarbeid.

Uansett alle andre forhold vil det derfor i de neste 10 år bli vanskelig å etablere stabile fagmiljøer på alle lokalsykehus innenfor kirurgi, ortopedi og anestesi.

Kirurgisk Seksjon Harstad har 10 overlegehjerner derav 8 er besatt. 6 LIS som alle er besatt. Siden rapporten blev skrevet har ytterligere flere overleger og leger i spesialistutdannelse fått godkjent ATLS kurs og kurs i kirurgiske nødprosedyrer. De resterende vil få kurs i 2010-11. Harstad Sykehus har i øyeblikket, foruten de 6 leger i spesialisering på avdelingen, flere leger under spesialistutdanning i indre medisin, radiologi, anestesi, kirurgi. Disse videreutdanner

seg på universitetssykehus (kategori 1 tjeneste), er etablert i Harstad og ønsker å komme tilbake i fast stilling som spesialist etter gjennomført utdanning. Utsiktene til å bevare stabile fagmiljøer i Harstad er derfor gode.

5. Separate vaktlinjer for spesialister i kirurgi og ortopedi

Det nevnes i Regional Traumesystem (ref. RT 2.2.4 s. 37) at Mo i Rana har egne vaktlinjer for bakvakt i bløtdelskirurgi og ortopedi. Som eneste lokalsykehus i Hålogaland har Harstad også delte vaktlinjer, en overlege i bløtdelskirurgi og en overlege i ortopedi som begge deltar i traumeteamet. Dette øker bredden i kompetansen i traumeteamet og er en viktig resurs dersom flere skadde pasienter kommer til sykehuset samtidig, noe som ikke er uvanlig ved trafikkulykker.

6. Intensiv kapasiteten

I den nasjonale rapport side 24 (ref. NT 2.2.2.6) nevnes at de aller fleste alvorlig skadde pasienter trenger behandling på intensiv avdeling, bl. a med respirator.

Mangel på intensivplasser skaper problemer for traumebehandlingen (ref. NT 3.2.4 s. 30) UNN Harstad har intensiv avdeling klassifisert som kategori 2, d.v.s. med faste plasser til intensiv behandling med respirator.

7. Regionens AMK sentral er plassert i ved UNN Harstad.

8. På grunn av de lange avstandene vil fravær at traumesykehus mellom Bodø og Tromsø gå imot intensjonene i den nasjonale traumerapporten Kfr. undertriage / overtriage.

Det er tidligere vist at avstanden fra alle områder i Hålogaland til Tromsø er for stor til at alvorlig skadde pasienter kan transporteres med ambulanse. I de tilfelle hvor ambulanshelikopter ikke er tilgjengelig vil derfor pasientene bli transportert til lokalsykehus. På grunn av det reduserte, men ikke ubetydelige antall pasienter vil dette sykehus få mindre mulighet å opprettholde den faglighet og kompetanse de har i dag til å behandle traumepasienter. Dette er stikk imot intensjonene i det nye traumesystem.

Kfr. side 40 i rapporten om Regional Traumesystem – Helse Nord (ref RT 3)

Undertriage:

”Under normal omstendigheter skal 90% av aktuelle pasienter kunne nå et akuttisykehus eller traumesenter innen 2 timer fra skadetidspunktet.” Akuttisykehus er her det samme som traumesykehus – sykehus som i henhold til det Nasjonale Traumesystem har resurser til å ta imot slik pasient.

Overtriage:

”Av resurshensyn bør man begrense transport av lett og moderat skadde. Mange lett til moderat skadde må i initialfasen misstenkes å kunne ha alvorlig skade. Avklaring krever rask overføring til akuttisykehus eller traumesenter. Resurshensyn taler for å begrense avstandene mellom sykehus som kan avklare slike tilstander, slik man i stor grad unngår lange transporter av pasienter som ikke trenger avansert tilbud.”

Da kriteriene for transport fra skadested til traumesykehus er definert med ”traume-alarm” vil flertallet ”mulig alvorlig skadde pasienter” bli transportert til Tromsø, - noe de ikke trenger.

9. UNN Harstad har tilstrekkelig antall spesialister, tilfredsstillende faglighet, Intensiv avdeling med behandling med respirator, gode rekrutteringsmuligheter for framtiden, AMK sentral og en geografisk gunstig plassering til at ivareta funksjonen som traumesykehus.

10 Bilag. Geografiske forhold i Hålogaland. Befolkningstall, avstand og transporttid i ambulanse mellom Lofoten, Vesterålen, Sør-Troms og Ofoten.
Se side 7 – 10.

Harstad den 29. september2010

Etter enighet i overlegekollegiet og på vegne av UNN Harstad

Kirurgisk Seksjon,
Niels E Krum-Hansen
Seksjonsoverlege

Anestesiologisk seksjon
Frank Nordlund
Seksjonsoverlege

Medisinsk Avdeling
Per Christian Valle
Avdelingsoverlege

Bilag

Geografiske forhold i Hålogaland. Befolkningstall, avstand og transporttid i ambulanse mellom Lofoten, Vesterålen, Sør-Troms og Ofoten

Tabellene side 8 og 9 vises avstand fra alle kommuner i området til Harstad og Narvik Og Tromsø

Under normale forhold vil ca 83% av befolkningen inklusive størstedelen av Lofoten og Vesterålen kunne nå Harstad med ambulanse innenfor 2 timer. 17% vil bruke lengre tid.

De ytterste deler av Vestvågøy, Flakstad og Moskenes i Lofoten, - Andenes er på grensen. Alle disse områder vil imidlertid ta mye lenger tid til Narvik.

Kun 65% av befolkningen vil kunne nå Narvik med ambulanse innenfor 2 timer.

Dobbelt så mange (35% i forhold til 17%) vil bruke lengre tid.

For befolkningen i og omkring Harstad og Narvik spiller det for geografisens skyld ingen rolle hvilket sykehus som er traumesykehus. Det er 52.000 i Vesterålen og Lofoten som får lengre avstand når helikopter ikke kan brukes. Tabellen side 8 viser kart som forklarer dette. Tabellen side 9 viser at den tettest befolkede del av Nord-Norge er Hålogaland, med Harstad som sentrum.

I tabellen side 8 og 9 er avstander til Harstad, Narvik og Tromsø multiplisert med befolkningstallet i hver kommune for å få et vektet tall (faktor H, faktor N, faktor U) der de mest folkerike kommuner teller mest.

Summen av km er deretter delt med det totale folketal for å gi en vektet gjennomsnittlig Avstand. Den gjennomsnittlige avstand for hele befolkningen i alle områder er til Harstad 122km, til Narvik 155 km. Og til UNN 343 km.

Hvis man velger Narvik fremfor Harstad som traumesykehus må enten Gravdal eller Stokmarknes også bli traumesykehus. Ut fra rent geografiske forhold vil kun Harstad kunne betjene hele området for å oppfylde målet om ca 90% av befolkningen skal nå traumesykehus < 2 timer.

Tabell Avstand til Harstad og Narvik

Sted	Befolkning	Avstand HAR	Avstand NAR	Forskjell	Faktor H	Faktor N
Moskenes	1130	294	365	71	332220	412450
Flakstad	1398	264	334	70	369072	466932
Vestvågøy	10701	228	298	70	2439828	3188898
Vågan	9034	170	241	71	1535780	2177194
22263						
Hadsel	8004	178	240	62	1424712	1920960
Sortland	9813	125	196	71	1226625	1923348
Bø	2781	178	248	70	495018	689688
Øksnes	4437	161	232	71	714357	1029384
Andøy	5027	221	292	71	1110967	1467884
30062						
Harstad	23245	0	119	119	0	2766155
Kvæfjord	3036	18	131	113	54648	397716
Skånland	2840	31	90	59	88040	255600
Tjeldsund	1317	59	104	45	77703	136968
Lødingen	2225	76	146	70	169100	324850
Evenes	1344	57	63	6	76608	84672
34007						
Narvik	18400	119	0	-119	2189600	0
Tysfjord	2029	220	101	-119	446380	204929
Ballangen	2594	163	44	-119	422822	114136
Gratangen	1138	87	59	-28	99006	67142
Ibestad	1490	187	137	-50	278630	204130
Salangen	2222	142	93	-49	315524	206646
Bardu	3982	142	93	-49	565444	370326
Lavangen	1010	123	74	-49	124230	74740
32865						
Befolkning totalt	119197		Total vektet avstand		14556314	18484748
			Vektet avstand per person		122	155

Avstand til Harstad og Tromsø

Sted	Befolkning	Avstand HAR	Avstand UNN	Forskjell	Faktor H	Faktor U
Moskenes	1130	294	546	252	332220	616980
Flakstad	1398	264	516	252	369072	721368
Vestvågøy	10701	228	480	252	2439828	5136480
Vågan	9034	170	422	252	1535780	3812348
22263						
Hadsel	8004	178	422	244	1424712	3377688
Sortland	9813	125	377	252	1226625	3699501
Bø	2781	178	429	251	495018	1193049
Øksnes	4437	161	413	252	714357	1832481
Andøy	5027	221	473	252	1110967	2377771
30062						
Harstad	23245	0	301	301	0	6996745
Kvæfjord	3036	18	313	295	54648	950268
Skånland	2840	31	272	241	88040	772480
Tjeldsund	1317	59	285	226	77703	375345
Lødingen	2225	76	328	252	169100	729800
Evenes	1344	57	244	187	76608	327936
34007						
Narvik	18400	119	251	132	2189600	4618400
Tysfjord	2029	220	349	129	446380	708121
Ballangen	2594	163	292	129	422822	757448
Gratangen	1138	87	211	124	99006	240118
Ibestad	1490	187	233	46	278630	347170
Salangen	2222	142	188	46	315524	417736
Bardu	3982	142	159	17	565444	633138
Lavangen	1010	123	199	76	124230	200990
32865						
Befolkning totalt	119197		Total vektet avstand		14556314	40843361
			Vektet avstand per person		122	343



Kartet viser at veiforbindelsen mellom Lofoten og Vesterålen går via Sortland.

Mellom Gravdal og Stokmarknes er 211 km

Gravdal – Harstad 237 km og Stokmarknes – Harstad 152 km

Gravdal – Narvik 312 km og Stokmarknes – Narvik 223 km

Konklusjon: Det er ingen geografisk fordel å slå sammen Lofoten og Vesterålen (52.000 innbyggere) til et av de 2 sykehusene i forhold til at begge områder betjenes av Harstad. Det er betydelig kortere vei fra Lofoten og Vesterålen til Harstad end til Narvik.

Befolkning i Nord-Norge – tetthet

Hålogaland er den tettest befolkede del av Nord-Norge

