

Traumemottak for befolkningen i Øst-Finnmark

Dette er et innlegg i høringsrunden om organisering av traumemottak i Helse Nord.

Jeg er anestesilege og har arbeidet som vikarierende overlege ved anesesiavdelingen, Kirkenes sykehus siden 2008 og uttaler meg derfor spesielt om forhold som angår Kirkenes sykehus og behandling av pasienter fra Øst-Finnmark.

Ettersom jeg ikke er en ordinær høringsinstans vil jeg først argumentere for hvorfor man bør lytte til mine tanker rundt dette:

Jeg har svært omfattende erfaring i akuttmedisin og er sannsynligvis den i hele Helse Nord som har størst praktisk erfaring fra traumemottak og har vært aktiv utøver i hvert ledd i hele behandlingsskjeden:

Min bakgrunn:

1: Akutt prehospitalt, utrykning med ambulanse og helikopter, Østersund 1983-1988. Har arbeidet på Norsk luftambulanses helikopter + legebil ved Trondheim-basen i 16 år (1988-2004), gjennomsnittlig ca 50 døgn/år. Oppdragene var omtrent likt fordelt mellom traumer og sykdom, totalt i gjennomsnitt i løpet av disse årene i overkant av 1000 oppdrag pr. år. Det betyr at jeg har levert ca 1300 pasienter på sykehus etter traume, ca 500 av disse til mottak av traumeteam

2: Mottak på universitetssykehus: Som overlege i anestesi ved St Olavs Hospital (tidligere Regionssykehuset i Trondheim) 1988-2001 og spesielt interessert var jeg med på så godt som alle traumemottak som kom på mine vakter og det meste av traumene som kom inn på dagtid. Det betyr at jeg har vært involvert som del av mottakende traumeteam på omkring 1000 pasienter

3: Sekundærtransporter av traumer fra mindre sykehus til høyere kompetansenivå (1983-2010, Østersund, Trøndelag, Ålesund (Norsk lufttransport) og Kirkenes (ambulansefly fra Kirkenes til Tromsø). Totalt ca 300 sekundærtransporter av traumer til høyere omsorgsnivå.

Totalt har jeg altså vært involvert i ca 1500 traumemottak og vært sentral i beslutningsprosessen omkring behandlingssopplegg, hastegrad, prioritering, logistikk, behandlingsnivå og alle andre faktorer som kan være av betydning for at pasienten skal få den beste og mest effektive behandlingen og på rett omsorgsnivå.

Jeg tør derfor å anbefale at man legger betydelig vekt på mine synspunkt.

Gyldighet av studier gjort i sentrale deler av Europa (for pasientbehandlingen i vår region)

De studiene som ligger til grunn for anbefalingene omkring organisering av traumesystem, er uten unntak gjort i tettere befolkede område med en stor pasientpopulasjon.

Disse studiene har til en viss grad gyldighet også for størstedelen av Norge, men er helt irrelevant for en region med så liten befolkningstetthet, så store avstander og så store værmessige utfordringer som Øst-Finnmark. Begrensning av traumemottak kun til egne traumesykehus forutsetter at

pasientene kan nå disse traumesykehusene innenfor kort tid og med stor regularitet hele året. Dette er ikke tilfellet i Øst-Finnmark. Man er derfor avhengig av en stabiliserende enhet som ved behov effektivt kan foreta de nødvendige tiltak for at pasienten skal være i stand til å klare transporten til endelig traumesykehus.

Gjennomgang av historisk materiale (traumemottak ved Kirkenes sykehus august 2009-juli 2010):

I perioden august 2009 til juli 2010 var det 45 traumemottak ved Kirkenes sykehus. De fleste viste seg å være lettere skadet enn man først fryktet, noen var ikke skadet i det hele tatt. 39 av pasientene kunne tas hånd om ved Kirkenes sykehus. Jeg har gått gjennom journalene og det har i etterkant ikke vært noen indikasjon på at noen av disse pasientene ville hatt noen gevinst av å bli behandlet på et høyere behandlingsnivå. 2 av pasientene hadde behov for akutt livreddende behandling og ville med stor sannsynlighet ikke overlevd en transport til UNN uten først å bli stabilisert. Begge disse pasientene ble behandlet ved Kirkenes i strid med de retningslinjer som Helse Nord nå foreslår og berget livet på grunn av den behandlingen. Det dreier seg om en pasient med miltruptur etter trafikkulykke og en pasient som etter knivstikk på halsen hadde skade på sentrale kar og kompromittert luftvei. Disse to pasientene fikk den eneste fornuftige behandlingen, nemlig stabiliserende operasjon ved Kirkenes sykehus og deretter overflytting til UNN. Ytterligere 3 pasienter ble overført til UNN i denne perioden: En pasient med knusningsfraktur i L5 og en pasient med intracerebrale blødninger ble overflyttet til nevrokirurgisk avdeling for behandling etter stabilisering ved Kirkenes sykehus. En pasient med 30 % brannskade ble sendt videre til UNN og ytterligere en pasient med 30 % brannskade ble sendt til Haukeland etter at nødvendig primærbehandling var satt i gang.

Vi kan med stor sikkerhet si at ingen av de 39 traumepasientene som ble beholdt ved Kirkenes sykehus i den aktuelle perioden ville hatt noen nytte av den omlegningen av traumebehandlingen som Helse Nord har foreslått. Disse 39 pasientene ville fått den samme medisinske behandlingen, om enn noe forsinket og til er svært mye høyere kostnad (behandling på dyrere behandlingsnivå, ambulansetransport til UNN og transport tilbake, besøk av familie osv). Det ville altså være en uvettig sløsing med ressursene. Dette stemmer godt med erfaringer fra andre steder. Flertallet av pasientene som mottas i traumemottak viser seg å ha bare små skader eller ingen skader. Hvem som virkelig har behov for omsorg på et høyere nivå, er det ofte ikke mulig å avgjøre før primærdiagnostikk er gjort.

Vi kan også med stor sikkerhet slå fast at ingen av de 6 pasientene som hadde behov for høyere behandlingsnivå har fått en dårligere behandling av at de har vært innom Kirkenes sykehus for vurdering og stabilisering.

I tillegg kan vi altså med stor sikkerhet si at 2 pasienter har berget livet i den aktuelle perioden på grunn av at de har fått livreddende stabiliserende behandling ved Kirkenes sykehus.

I samme periode har et antall traumepasienter gått direkte til UNN. Vakthavende anestesilege ved anesthesiavdelingen Kirkenes sykehus er også AMK-lege for AMK Finnmark og blir rådspurt i tvilstilfeller. Når det er sannsynlig at pasienten har behov for behandling på et høyere nivå og det

haster mye, men ikke er behov for livreddende stabiliserende tiltak, vil rådet fra oss også i dag alltid være at pasienten flys direkte til UNN. I mange tilfeller vil den beste løsningen da være at en av anestesilegene ved sykehuset i Kirkenes blir med ambulanseflyet stasjonert på Høybuktknoen (om det er inne) ut og møter pasienten på nærmeste flyplass og følger pasienten til UNN. Denne seleksjonen har tydeligvis fungert godt ettersom ingen pasienter som har hatt behov for å gå direkte til UNN har blitt dirigert til Kirkenes sykehus i det aktuelle materialet.

Er det akseptabelt å frata befolkningen i Øst-Finnmark muligheten for akutt stabiliserende kirurgisk helsehjelp?

På bakgrunn av ovenstående historiske erfaring mener jeg det vil være helt uakseptabelt å frata befolkningen i Øst-Finnmark muligheten for å få kvalifisert kirurgisk akuttbehandling i egen region. Med den klart lengste transportveien i landet til behandling på høyeste nivå, er man helt avhengig av et effektivt og veldrillet traumemottak og mulighet for livreddende førstehjelp på et høyere nivå enn primærhelsetjenesten vil kunne tilby. Dersom dette legges ned vil det uten tvil medføre tap av menneskeliv.

Traumesykehus i Finnmark?

Finnmark fylke har for få innbyggere til at det er meningsfylt å etablere et traumesykehus her. Det som er behov for av spesialfunksjoner i et traumesykehus er hovedsakelig nevrokirurgisk avdeling, mer spesialisert thoraskirurgi/hjertekirurgi og omfattende abdominalkirurgi (leverreseksjon og lignende), brannskadebehandling samt et mer omfattende blodbank tilbud og intensivkapasitet. I tillegg må man ha tilgjengelig hele arsenalet av superspesialister som kan trenes i forbindelse med intensivbehandling av kritisk syke pasienter med posttraumatiske komplikasjoner. Med det lave antallet tyngre traumepasienter man har i Finnmark pr år er det helt klart ikke formålstjenlig å etablere et spesialisert traumesykehus verken i Kirkenes eller i Hammerfest. Det ville gi en svært kostbar behandling pr pasient og en dårligere kvalitet på pasientbehandling. Alle større traumer bør gå til et regionalt traumesenter i Tromsø (det bør sannsynligvis være det eneste traumesenteret for hele helse Nord for å ha nok pasienter til å opprettholde tilstrekkelig spesialkunnskap og trening til å holde et akseptabelt faglig nivå).

Stabiliserende enheter

Det man har behov for i traumeomsorgen i helse Nord i tillegg til ett traumesenter i Tromsø, er et antall velfungerende akuttsykehus som er strategisk plassert i helseregionen og som kan ta seg av de som har mindre skader (= de fleste pasientene) og ved behov kan fungere som stabiliserende enheter for de store traumene. Disse enhetene må ha de nødvendige ressursene personellmessig og materiellmessig til å kunne tilby befolkningen en kvalifisert og effektiv diagnostisering og stabilisering av pasientene før de som har behov for det sendes med minst mulig forsinkelse til traumesenteret. Kravene til disse enhetene bør være de samme som stilles til sykehus med akuttfunksjon i

”Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter”, innstilling fra arbeidsgruppe nedsatt av RHFène, 18. desember 2006.

Hammerfest sykehus. Et alternativ som traume sykehus?

Om man ser på dagens situasjon, så tilfredsstillers begge sykehusene i Helse Finnmark disse kravene til akutt sykehus for behandling av skadde pasienter. De geografiske forholdene gjør at begge enhetene bør beholdes og fortsatt være rustet til ved behov å kunne gjøre nødvendige stabiliserende tiltak for de alvorlige traumepasientene før videresending til traumesykehuset UNN. Hammerfest sykehus er etter min mening ikke et realistisk alternativ som spesialisert traumesykehus. På grunn av sykehusets størrelse og befolkningsgrunnlag vil det være altfor kostbart å etablere de tidligere nevnte spesialfunksjonene. Dermed vil det kun være stabiliserende tiltak som vil være aktuelt å foreta i Hammerfest også. I tillegg er flyregulariteten til og fra Hammerfest altfor dårlig til at det ville være forsvarlig å plassere et traumesykehus her.

I stedet for å bruke midler til å gjøre Hammerfest sykehus til et ”traumesykehus” bør man sette av midler for materiellmessig opprusting og regelmessig kursing av nøkkelpersonell ved begge sykehusene for å sikre et vedvarende høyt faglig nivå på en akuttstabiliserende funksjon for befolkningen i både Øst-Finnmark og Vest-Finnmark.

Kvaliteten på traumemottak ved Kirkenes sykehus i dag

Kirkenes sykehus har i dag personell som faglig og organisatorisk tilfredsstillers kravene for medlemmer i traumeteam. Man har et aktivt traumeutvalg, har gjennomgang av traumepasientene og månedlige traumeøvelser. Utstyret i traumemottaket sjekkes daglig. Det er utarbeidet protokoll for selve traumemottaket og etablert klare retningslinjer for overføring av pasienter til høyere behandlingsnivå. Alt dette vil raseres hvis traumepasientene skal sluses utenom sykehuset.

Den viktigste svakheten i dag i forhold til akuttmedisinsk beredskap er mangel på kontinuerlig ortopedisk vakt. Man har god dekning av kompetente ortopeder, men bare vakt til kl 21 på hverdag og ikke i helgene. Dette er gjort for å spare penger, men samfunnsøkonomisk er det en dårlig løsning. Man ”sparer” bare penger fordi man flytter kostnadene over på et annet budsjett. Dette bør uansett gjøres om på. Forøvrig er det meget sparsomme ressurser som skal til for å opprettholde Kirkenes sykehus som et akutt sykehus for mottak av skadde pasienter.

Hva vil skje med kvaliteten ved Kirkenes sykehus om alle traumer skal bypasse sykehuset?

I tillegg til bekymringene for et redusert akuttmedisinsk behandlingstilbud for befolkningen i Øst-Finnmark, er samtlige i fagmiljøet med rette alvorlig bekymret for sekundæreffekten dette vil ha på kvaliteten ved sykehuset generelt. Mindre faglige utfordringer vil gjøre det vanskeligere å rekruttere

dyktige fagfolk. Hvilken assistentlege vil satse på en karriere på et sykehus under nedbygging? Hva skjer med turnus-legene? Og medisinstudentene?

Hva vil skje med de pasientene som ikke kan transporteres med fly/helikopter?

Uansett hva man vedtar, vil det alltid være noen pasienter som vil få en forsinket flytransport (på grunn av værproblemer, samtidighetskonflikt, tekniske problemer, askesky, streik og hva det kan være). Det er svært ofte at det, også i en normalsituasjon, tar flere timer å effektivere en akutt transport fra Øst-Finnmark . Disse pasientene bør da transporteres med ambulanse til nærmeste sykehus så arbeidet med å kartlegge skadene og starte opp akuttbehandling kan komme i gang så tidlig som mulig. Dersom forsinkelsen blir langvarig blir man allikevel nødt til å ta seg av pasienten på best mulig måte. Det sier seg selv at kvaliteten på denne behandlingen vil bli dårligere hvis man som rutine ikke skal motta traumepasienter ved Kirkenes sykehus.

Som en konklusjon vil jeg si at å legge ned mottak av traumepasienter ved Kirkenes sykehus vil være en særdeles uklok beslutning både faglig og politisk.

Vennlig hilsen

Oddvar Kvalsvik

Overlege ved anesthesiavdelingen, Kirkenes sykehus

Kirkenes 2010. 10.18