



VEFSN KOMMUNE

Service

Saksbehandler: Eva Daabach, Tlf. 75 10 10 13
Epost: post@vefsn.kommune.no

Deres referanse/dato:

Vår dato:
19.10.2010

Vår referanse:
10/2031-6

Arkivkode:
G20

Vår referanse bes oppgitt ved henvendelser

Helse Nord RHF

8038 BODØ

REGIONALT TRAUMESYSTEM FOR HELSE NORD - BEHANDLINGSTILBUDET TIL ALVORLIG SKADDE PASIENTER HØRINGSUTTALELSE

Formannskapet behandlet i møte 15.10.2010 sak 160/10

Følgende vedtak ble fattet:

Formannskapet vedtak:

Vefsn kommune har merket seg at det er stor faglig enighet, både nasjonalt og regionalt, om at behandlingen av alvorlig skadde pasienter kan bli bedre. Kompetanse og vurderingsevne på skadestedet er svært viktig, men de alvorlig skadde pasientene må raskest mulig til det sykehuset som kan gi endelig behandling. Vi konstaterer at ca. 130 pasienter blir alvorlig skadet hvert år og trenger best mulig behandling for å redde livet. Siden man i mange tilfeller ikke vet hvor alvorlig en skade er i utgangspunktet, blir traumeteamene i sykehusene aktivert 500-600 ganger i året.

Den nasjonale og regionale rapporten bruker begrepet "akuttisykehus" om sykehus som skal motta traumepasienter. Helse Nord bruker begrepet "traumesykehus", og vi vil derfor bruke dette uttrykket i denne høringsuttalelsen.

Vefsn kommune er enig i formålet om å gjøre behandlingen av alvorlig skadde pasienter enda bedre ved å utvikle en god og sammenhengende behandlingsskjede, fra skadested til endelig behandling og rehabilitering. Ingen av sykehusene i Helse Nord oppfyller i dag fullt ut kravene til traumesykehus/traumesenter i den nasjonale rapporten. Derfor er det viktig at lokalsykehusene i Nord-Norge oppgraderes slik at de oppfyller kravene til å motta og stabilisere slike pasienter før de sendes videre til Universitetssykehuset i Tromsø som er det regionale traumesenteret.

Av rapporten fra det regionale traumeutvalget framgår det at både sykehuset i Sandnessjøen og Mo i Rana har det som skal til for å kunne oppgraderes til traumesykehus, og at det er små kostnader forbundet med dette på begge sykehusene. Funksjonsfordelinga mellom Sandnessjøen og Mo i Rana, der Rana har ortopedi, er en faktor som ikke kan tillegges vekt når det gjelder disse pasientene.

I den regionale rapporten sies det at akuttsykehus må kunne nås innen to timer. Dette er ikke i tråd med det veletablerte uttrykket ”den gyldne timen” innenfor akuttmedisinen. Det vil si at den første timen ofte er avgjørende for å få diagnostisert og stabilisert en alvorlig syk eller hardt skadet pasient enten for behandling eller videresending til et mer spesialisert sykehus.

Tidstapet gjennom overlevelseskjeden fra skadestedet til det første lokale sykehuset kan i mange situasjoner bli så stort at lokalsykehusets beredskap og kompetanse vil være avgjørende for sluttresultatet. Derfor vil alle lokalsykehus med akuttberedskap spille en viktig og sentral rolle i overlevelseskjeden også for traumepasienter.

Da askeskyen fra vulkanutbruddet på Island førte til flyforbud, fikk vi dokumentert viktigheten av lokalsykehusene som akuttmedisinske hjørnesteiner i Helse Nord. De kan ikke erstattes av ambulansesystemer og ”lokale akuttmedisinske team” slik ”traumerapporten” antyder.

Avstander, værforhold og kommunikasjoner er svært viktige kriterier i diskusjonen om traumeorganisering. Planene for opprusting av E 6 og tunnel gjennom Toven vil innebære vesentlige forandringer når det gjelder pasienttransporten på vei. Når disse planene er gjennomført vil det legge grunnlaget for en diskusjon om mer framtidsette løsninger på Helgeland.

I det opprinnelige forslaget fra administrasjonen i Helse Nord om ett traumesykehus på Helgeland, lokalisert til Mo i Rana, ble beliggenheten i forhold til E 6 bl.a. trukket fram. Vefsn kommune finner det derfor på sin plass å påpeke at det er flere traumeskader på grunn av trafikkulykker på E 6 som først havner i Mosjøen, og at vårt sykehus mottar flere pasienter med traumeskader enn begge de to andre sykehusene. Det betyr at sykehuset i Mosjøen er et viktig ledd i traumebehandlingen for mottak, stabilisering, diagnostisering og sortering (triage) for alvorlige skader som skjer i området nærmest dette sykehuset. Derfor var det en stor feil å fjerne den kirurgiske akuttberedskapen. Vi har mange eksempler som viser at sykehuset er i stand til å fylle denne funksjonen, og at selv uten kirurgisk akuttberedskap vil sykehuset være et svært viktig ledd i kjeden fram til endelig behandling.

Derfor tar vi sterk avstand fra at det brukes uttrykk som ”pasientfelle” om sykehuset i Mosjøen. Dette er et farlig uttrykk som kan føre til at sykehuset ikke blir kontaktet når det oppstår livstruende skader eller sykdomstilfeller der tidsfaktoren spiller en avgjørende rolle for stabilisering og videresending. Det kan også svekke tilliten til sykehuset og undergrave dets eksistens.

På Helgeland har vi i dag store avstander kombinert med dårlige veier og vanskelige vær og føreforhold i deler av året. Regulariteten for helikoptertransport på Sør- og Ytre Helgeland er kun 60 %. Det vil si at i fire av ti tilfeller vil pasienter fra disse områdene måtte fraktes med bil hvis det kun blir sykehuset i Mo i Rana som får traumeberedskap. Derfor er dette en fullstendig uakseptabel løsning. Etter som den største befolkningsskonsentrasjonen er i Rana og omegn, er det eneste holdbare at både sykehuset i Sandnessjøen og Mo i Rana oppgraderes til traumesykehus.

Vi anser at mye av denne problematikken også gjelder i den nordlige delen av fylket, og støtter derfor Narviks krav om at de skal ha traumeberedskap i likhet med Harstad.

Vi forutsetter uansett at den kirurgiske og medisinske akuttberedskapen blir opprettholdt på alle sykehus i Helse Nord som har det i dag.

Med hilsen

Eva Daabach
Konsulent

Kopi: Helgeland Regionråd