

HØRINGSUTTALELSE FRA DEN NORSKE LEGEFORENING VED HELGELANDSSYKEHUSET RANA ANGÅENDE RAPPORT OM ORGANISERING AV BEHANDLING AV TRAUMEPASIENTER

Høringsuttalelsen er fra ledelsen i Mo i Rana, og er etter vår mening saklig og grundig. Argumentasjonen for at Mo i Rana skal få traumefunksjonen på Helgeland er hovedsakelig tuftet på fag, dernest rekruttering, økonomi, transport, geografi og generelle vurderinger.

De viser til en bred kompetanse og aktivitet innen akutt og elektiv kirurgi, ortopedi samt indremedisin i sin argumentasjon for hvorfor de mener vi er best egnet som traumesykehus.

Vi mener at vi ved Helgelandssykehuset Rana har en **strategisk og dyktig ledelse**. De har i flere år jobbet med å få opp fagkompetansen, oppdatere medisinteknisk utstyr, rekruttere dyktige fagfolk samt modernisert det bygningsmessige på så nær sagt hele sykehuset. I tillegg har omstillingsevne blant de ansatte vært en dyd av nødvendighet i prosessene. Vi tillitsvalgte har fått vært delaktig i disse prosessene. Dette arbeidet har til enhver tid foregått innenfor de økonomiske og driftsmessige rammene vi har blitt tildelt og samtidig som oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF har vært fulgt opp. Det har i de siste årene i tillegg blitt etablert en Helsepark i samarbeid med den kommunale helsetjenesten og man har i så måte ligget i forkant av Samhandlingsreformen.

Helgelandssykehuset har i flere år vært det sykehuset på Helgeland hvor man har drevet best økonomisk sett, til tross for flere oppgraderinger av bygningsmassen og utstyrsparken. Dette mener vi viser at vi er fleksible og i stand til å gjennomføre relativt store omstillinger samtidig som vi har kontroll både på kvalitet innenfor pasientbehandlingen og kontroll på økonomien.

Ledelsen mener avstandene mellom Sør-Helgeland og Mo i Rana kompenseres med at helikopteret og traumesykehuset er lokalisert i hver sin ende av regionen. Ifølge ambulansepersonell fra Mosjøen har snakket med skiller de mellom sommer og vinter hva gjelder kjøretid. Tallene våre er hentet fra ambulansejournaler fra Mosjøen.

Til Rana på sommeren bruker de ca. 50 minutter (akutt). Det vil si 30 minutter mindre tid enn det Sandnessjøen påstår. På vinterstid ca 1 time – pluss/minus 5 minutter. Det er for øvrig bedre vedlikehold på veiene vinterstid til Rana, samt at det er E6. Man transporterer pasienten raskt, tryggere samt at man kan behandle pasienten bedre underveis i ambulansen til Rana.

Til Sandnessjøen på sommeren bruker de ca 55 minutter – 1 time (akutt). Vinterstid ca 1 time og 10 minutter (akutt). Man kan bruke noe kortere tid, iflg. Ambulansen i Mosjøen, men da går det utover behageligheten til pasienten grunnet veistandard.

En annen viktig faktor for oss tillitsvalgte er at Mo i Rana har det eneste fullverdige akuttmottak på Helgeland. Det er en egen avdeling som er døgnbemannet. Avdelinga er veldrevet og det er lite turnover blant sykepleiepersonell, det vil si faglig stabilitet. Vi har 4 stuer hvor vi kan ta imot skadede. Dette mener vi også må tas med i betraktningen ved valg av traumesykehus. Det er lite endringer som trengs for å oppgradere vårt Akuttmottak.

Hele 13 av sykepleierne i mottakelsen har gjennomgått TNCC utdanning og avdelingssykepleier har gjennomgått spesialisering i akuttsykepleie. Akuttmottaket i Rana har også mottatt rosende omtale etter at Helsetilsynet har gjennomført en større runde med tilsyn i 2007.

Akuttmottaket i Rana er organisert i akuttavdelingen og man har blant annet 3 faste overleger innenfor anestesi samt en LIS stilling. Avdelingen har eget vaktsjikt på legesiden.

Vi mener at to viktige faktorer i traumebehandlingen er utelatt i rapporten: Nærhet til ortopedisk kompetanse og radiolog i døgnbemannet vakt.

I den nasjonale rapporten om organisering av traumebehandling fra 2006 er det satt inn en tabell som viser prosentvis fordeling av skadetype i forhold til kirurgisk behandlingsområde. Her angis rundt 40% av skadene å være ekstremitetsskader og 22% å være abdominale skader. Det er altså et stort antall skader som skal behandles av ortoped. For å begrense overflytting av pasienter i flere runder og for å oppnå en definitiv behandling på laveste effektive omsorgsnivå så vil en samlokalisering av traumemottak med ortopedisk kompetanse føre til en at en økt andel av pasientene vil motta den behandlingen de trenger på lokalsykehuset og ikke ha behov for overflytting til Bodø eller Tromsø. Man oppnår da en effektiv avlastning av hele systemet og bedre kapasitet både for transport og behandling for de pasientene som virkelig trenger det, både traumepasienter og andre pasienter. Ved Helgelandssykehuset avdeling Rana går spesialister i ortopedi i eget vaktsjikt og man oppnår dermed ytterligere en fordel i forhold til traumemottak da man har flere kirurgiske overleger tilgjengelig.

Ved utkalling av traumeteam på de fleste sykehus inngår radiolog som en naturlig del av teamet. Vi mener det er viktig med tilgjengelig radiolog da de hardt skadde pasientene som ikke er så ustabile at de går direkte til kirurgi i de aller fleste tilfellene gjennomgår større radiologisk utredning med traume CT undersøkelse. Dette er undersøkelser som genererer store mengder bildemateriale og hvor behovet for en relativt rask primærbeskrivelse er ønskelig da dette ofte avgjør videre behandling og eventuelt overflytting til regionale traumesenter. Vi mener derfor det er viktig at sykehus som skal fungere som traumemottak har radiolog i døgnbemannet vakt. Ved Helgelandssykehuset er vi i ferd med å etablere en

slik vaktordning og vi mener derfor at vi også på dette området står godt rustet til oppgave som traumemottak.

Vi mener at dersom man skulle velge å følge traumerapportens anbefaling om kun ett sykehus i hvert foretak som tar imot traumerapporten så vil Helgelandssykehuset Rana være det beste valget på Helgeland. Dette først og fremst basert på de faglige forutsetningene. Når man i tillegg tar med faktorer som omstillingsevne og fleksibilitet mener vi helt klart at dette styrker vårt sykehus som det naturlige valget på Helgeland. Vi mener helt klart at akuttkirurgisk beredskap bør opprettholdes på det sykehuset som ikke blir valgt og at en oppgradering av noen sykehus ikke skal gå på bekostning av tilbudene ved de resterende, bortsett fra akkurat den aktuelle pasientgruppen. En nedbygging av beredskap ved flere sykehus enn det som er gjennomført i dag vil etter vårt syn ikke være ønskelig faglig sett.

Man bør imidlertid se på om det er hensiktsmessig å gjennomføre en slik endring da studier gjennomført innenfor feltet stort sett er gjort i ikke sammenlignbare miljøer hvor grunnoppbyggingen av systemet er annerledes og avstandene mindre enn de er i vår region. Derfor vil vel kanskje en oppgradering av hele behandlingsskjeden uten sentralisering være et vel så aktuelt alternativ.

Oppsummering

- Undertegnede har tillit til Helse Nord RHF og ønsker at denne saken nå skal vedtas. Vi mener det er ønskelig og fornuftig å beholde annen akuttkirurgisk beredskap på dagens nivå på det sykehuset som ikke blir valgt.
- Vi mener i samsvar med rapporten at det er viktig at den primærmedisinske behandlingsskjeden oppgraderes i forbindelse med en oppgradering av resten av traumesystemet.
- Vi har også tillit til at de traumatiserte pasientene på hele Helgeland får nødvendig og riktig helsehjelp til rett tid, også etter beslutningen er tatt i Helse Nord's styre.
- Vi mener det er viktig at avgjørelsen tas relativt raskt da den lokaliseringsdebatten som nå pågår er distraherende og slitsom for våre medlemmer i arbeidshverdagen.
- Legeforeningen ved Helgelandssykehuset Rana mener at vårt sykehus er det beste alternativet dersom styret i Helse Nord RHF velger å ha et sykehus for traumemottak i hvert foretak.

- Som et alternativ mener vi at en oppgradering og videreutvikling av beredskapen slik den er i dag vil være et godt alternativ grunnet geografi og værforhold i regionen.

Med vennlig hilsen

Truls Wright-Nilssen

HTV, Overlegeforeningen

Den Norske Legeforening

Brynjar Andreassen

HTV, Yngre Legers forening

Den Norske Legeforening