

Harald G. Sunde
Allmennlege
Kirkenes legesenter
9900 Kirkenes

Kirkenes 21. oktober 2010

Til Helse Nord RHF
8038 Bodø

Høringsuttalelse vedr regionalt traumesystem for Helse Nord.

Som allmennlege ved Kirkenes legesenter har jeg bestemt meg for å levere en egen høringsuttalelse til RHF Helse Nord om denne saken, og vil forståelig nok fokusere på forhold i eget fylke, dvs Finnmark.

Oslo:

I følgebrevet som er lagt med saken er det skrevet bl.a. at Oslo Universitetssykehus har redusert dødeligheten hos de alvorligst skadde pasientene med 33% etter opprettelse av en formell traumeenhet. Her henvises det til artikkel i "Kirurgen" nr 1-2010. Jeg har lest denne artikkelen, og finner her de samme tallene gjengitt, men det finnes ikke informasjon i form av grunnlagstall i denne artikkelen, slik at det blir umulig å vite om denne observerte bedringen i overlevelse som følge av reorganisering av traumebehandling i Oslo er framkommet som følge av reorganisering som på noen måte har overføringsverdi mot Finnmark.

Storbritannia/Skottland:

I følgebrevet står det videre at erfaringer fra Storbritannia viser at antall dødsfall der er redusert med 40%. Dette er videre underbygget i Helse Nord's rapport "Regionalt traumesenter for Helse Nord" side 45 der denne britiske rapporten ("Regional Trauma Systems - Interim guidance for commissioners" utgitt av The Intercollegiate group on Trauma Standards - december 2009) er sitert med flg setning: *"Et regionalt traumesystem kombinert med høy utnyttelse av traumesenteret kan redusere antall dødsfall ved multitraumer med 40%"*.

Ved gjennomlesing av den britiske originalrapporten finner man flg originaltekst nederst på rapportens side 10: *"Inclusive regional trauma systems combined with the designation of high-volume major trauma centres can reduce mortality from major trauma by 40%."*

Det er interessant at den norske oversetteren har unnlatt å oversette det første ordet i setningen, ordet *"inclusive"*, som i denne sammenhengen best lar seg oversette med den norske ordet *"omfattende"*. Ved gjennomlesing av teksten forut for denne setningen i originalteksten framgår det med all tydelighet av denne reduksjonen av dødelighet framkommer som følge av utvikling av ikke bare en mer strukturert behandlingsskjede for traumepasienter, men også betydelig innsats innen forebygging av traumer. Ordet *"omfattende"* henspiller således til en kombinasjon av så vel traumeforebygging som bedret behandling, og den angitte reduksjon av dødelighet representerer ikke bare behandlingsskjeden, slik Helse Nord-oversettelsen feilaktig indikerer.

Videre i Helse Nords rapport på side 45 er det også oversatt flg: "*I Storbritannia kan nesten alle ambulansetransporter gjennomføres med responstid på under 30 minutter. Bruk av lenger tid prehospitalt har nesten ingen effekt på død eller invaliditet - selv i utkantstrøkene på vestkysten av Skottland.*" I originalteksten er det brukt angivelsen "very rural" om utkantstrøkene i vest-Skottland, så i britisk målestokk er altså den skotske vestkyst angitt som et svært tynt befolket område, og i utgangspunktet vil man kanskje tro at informasjon innhentet derfra vil kunne være relevant for Finnmark. Originalartikkelen som den britiske rapporten lener seg til er artikkelen "*Scottish Urban versus Rural Trauma Outcome Study*" publisert i "*The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care*" i september 2005. Rapporten er interessant lesing, men spørsmålet er om det vestlige Skottland er geografisk og/eller demografisk sammenlignbart med Finnmark.

Noen fakta:

	Areal	Befolkning	Befolkningstetthet	Antall sykehus
Vest-Skottland	Ca 40.000 km ²	2.600.000	65/km ²	26
Finnmark	50.000 km ²	75.000	1,5/km ²	2

Det dreier seg altså om et geografisk område mindre enn Finnmark der det bor 2,6 millioner mennesker som har 26 sykehus til rådighet. Rapporten konkluderer med at ikke alle disse 26 sykehusene bør være traumesentre, men at de hardt traumatiserte pasientene ville profitere på å bli kjørt forbi småsykehus for å bli direkte kjørt til større traumesentre.

Videre i rapporten er det beskrevet en kurve som sier noe om tid for å transportere pasientene inn til nærmeste sykehus med akuttmottak (engelsk term "ED", "Emergency department").

Man ser her flg tall (tallene er tatt ut fra en graf, og kan derfor være litt unøyaktige):

	Utrykningstid	Tid på ulykkesstedet	Transport til sykehus	Total ambulansetid
Sentrale strøk	9 min	16 min	16 min	41 min
Utkantstrøk	11 min	21 min	31 min	73 min

Det viser seg altså at utkantpasientene i snitt brukte drøyt 30 minutter lenger enn de sentralt boende pasientene for å bli hentet inn til akuttmottak, og det er beskrevet at disse drøyt 30 minuttene ikke har hatt noen betydning for overlevelse, ettersom det ikke er noen forskjellig dødelighet mellom traumepasienter fra griségrende kontra sentrale strøk i vest-Skottland.

De nevnte tall viser altså at befolkningen som bor i "rural Scotland", dvs "utkant-Skottland", kun har en transporttid til sykehus med ambulanse på i snitt 31 minutter. Dette lar seg på ingen måte sammenlikne med Finnmark, der kun de som bor ganske sentralt (i sykehusenes vertskommuner) vil kunne påregne å komme til sykehus innen de samme 31 minutter.

Finnmark:

Helse Nord har anbefalt at Hammerfest sykehus oppgraderes til traumesykehus, mens Kirkenes sykehus i denne rapporten ikke er anbefalt opprustet til traumesykehus. Kirkenes sykehus er av fagsjef Norum i avisa kalt "en pasientfelle", og på allmøte i Kirkenes skal samme fagsjef ha uttalt at traumatisert pasient fra Sør-Varanger etter Helse Nords mening i framtida skal tas med ambulanse til Kirkenes flyplass, sendes med fly til Hammerfest sykehus for mellomstabilisering for deretter å sendes videre til UNN for endelig behandling. Kirkenes

sykehus skal dersom Helse Nord får sin plan gjennomført ikke behandle eller stabilisere sterkt traumatiserte pasienter.

Man må anta at en slik organisering av tjenestene vil gjøre arbeidsplassen som kirurg på Kirkenes sykehus lite attraktiv, og dette vil kunne være med på å destabilisere kirurgitjenestene på sykehuset.

Min konklusjon:

Traumebehandling består av en akuttmedisinsk kjede der ambulanspersonell, primærleger, helsesentre, lokalsykehus, luftambulansen og sentralsykehus jobber nært sammen. Det er viktig at oppgradering av medisinsk beredskap i fylket skjer på en måte som styrker alle leddene i den akuttmedisinske kjeden og som er organisert på en slik måte at den gir effekt for størst mulig del av befolkningen.

I Helse Nord's rapport og henviste underrapporter finnes det ingen medisinskfaglig bevisførsel for at det på noe sammenlignbart geografisk eller demografisk område er innført rasjonalisering av behandlingssystemer for behandling av traumatiserte pasienter som støtter opp om sentralisering av traumemottak til kun ett sykehus i Finnmark.

Å innføre et prinsipp med kun ett traumesykehus i Finnmark (Hammerfest) vil være vel og bra for de pasientene i Vest-Finnmark som bor nært Hammerfest sykehus, og som derved vil kunne dra nytte av gode tjenester dette sykehuset. For befolkningen i Øst-Finnmark vil en slik organisering imidlertid få negative konsekvenser i form av lengre avstand til god helsehjelp og trolig også et svekket lokalt kirurgitilbud.

Å kutte ut et ledd i den akuttmedisinske behandlingsskjeden i Øst-Finnmark må i høyeste grad anses som hasardiøs helseeksperimentering der befolkningen i Øst-Finnmark blir å regne som forsøkskaniner.

Min konklusjon blir derfor å fraråde planene om sentralisering av traumebehandling i Finnmark til kun Hammerfest sykehus. Jeg vil tilråde at styrkingen av kirurgisk akuttkompetanse gjøres parallelt på Kirkenes og Hammerfest sykehus med UNN som regionalt traumesenter.

Med hilsen

Harald G. Sunde
allmennlege
spesialist i allmenmedisin