



KVO

**KONSERNTILLITSVALGTE HELSE NORD RHF**  
**KONSERNVERNEOMBUD HELSE NORD RHF**

**Dato: 19. oktober 2010**

---

### Høringssvar:

### Behandlingstilbudet til alvorlig skadde pasienter - regionalt traumesystem for Helse Nord

### Sammendrag:

KTV/KVO mener Helse Nord har tatt et viktig initiativ for å bedre traumeomsorgen i Nord-Norge. Vi har sammenfattet våre viktigste synspunkter:

1. Det må snarest etableres kvalitetssystemer som sikrer at det som vedtas (og er vedtatt) gjennomføres på alle sykehus og i prehospitaltjenester (BEST-trening, traumeregistrering, mortalitetsovervåking osv).
2. Det må organiseres systematisk samarbeid med kommunene for å etablere lokale akuttmedisinske team med definerte kvalitets- og funksjonskrav.
3. Arbeidet med faglig styrking av alle typer ambulansetjenester i regionen må trappes opp.
4. Lokalsykehusene må få en utvetydig plass i kjeden, klare faglige krav og ressurser til gjennomføring av forsvarlig medisinsk behandling og omsorg for alvorlig skadde pasienter.
5. I henhold til den nasjonale rapporten anbefales kun to nivå av sykehus: Traumesenter og akutt sykehus.
6. Det fastholdes en traumeomsorg med UNN Tromsø som regionalt traumesenter.

### Innledning:

KTV/KVO er positive til det store arbeidet som er nedlagt for å kartlegge og forbedre traumehåndtering i regionen. Det er dokumentert at gode traumesystemer bedrer overlevelse<sup>1</sup>, men resultatene av regionaliserte traumesystemer gir fortsatt ikke entydige svar på hva som er optimal balanse mellom prehospitalt og hospitalt tiltak, eller hvilke faktorer som er av størst

---

<sup>1</sup> Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF'ene, 9.oktober 2007, avsnitt 3.6

---

Organisasjon	Navn:	Telefon:	Mobil:	e-post:
Akademikerne	Fredrik Sund		90 16 70 28	<a href="mailto:fredrik.sund@helse-nord.no">fredrik.sund@helse-nord.no</a>
LO-stat	Kari B. Sandnes		41 22 49 94	<a href="mailto:kari.sandnes@helse-nord.no">kari.sandnes@helse-nord.no</a>
SAN	Tove Elisabeth Svee		97 60 28 85	<a href="mailto:tove.elisabeth.svee@helse-nord.no">tove.elisabeth.svee@helse-nord.no</a>
Unio	Sissel Alterskjær		99 03 60 88	<a href="mailto:sissel.alterskjaer@helgelandssykehuset.no">sissel.alterskjaer@helgelandssykehuset.no</a>
YS Spekter	Ann-Mari Jenssen	75 42 40 93	97 58 10 79	<a href="mailto:ann-mari.jenssen@helse-nord.no">ann-mari.jenssen@helse-nord.no</a>
Vernetjenesten	Tone Bjerknæs	78 97 34 19	92 43 88 46	<a href="mailto:tone.bjerknes@helse-finmark.no">tone.bjerknes@helse-finmark.no</a>

betydning i slike komplekse samhandlingssystemer som overlevelseskjeden for traumer representerer<sup>2</sup>.

Vi mangler i dag systematiske data fra Helse Nords ansvarsområde som kan danne grunnlag for å foreslå strukturelle endringer utover det som allerede er implementert. Det er av stor viktighet at allerede fattede beslutninger om traumesystem (jf. nasjonal rapport) følges opp og iverksettes av RHF/HF.

Helse Nords ansvarsområde er særegent mht. organisering av faglig forsvarlige behandlings- og omsorgskjeder ved tidskritiske tilstander. Regionens geografi, demografi og klima gjør det nødvendig at nærmeste sykehus vil måtte ta i mot traumer og ha kompetanse til dette. Å beslutte at eksisterende, basale akuttfunksjoner ved lokalsykehusene skal erstattes med lokale akuttmedisinske team bestående av legevaktslege (LV-lege) og lokalt ambulanspersonell virker urealistisk. Det foreligger ingen data fra regionen som kan dokumentere at den nødvendige basiskompetansen finnes i slike team, eller om slike team er tilgjengelig for pasienten på førstelinjenivå. Traumerapporten dokumenterer ingen systematisk oversikt over hvilke kommuner/opptaksområder som har kvalitetssikrete lokale akuttmedisinske team.

Lokalsykehusene i Nord-Norge er i dagens sykehusstruktur akuttmedisinske hjørnesteiner. De kan ikke erstattes av ambulanssystemene og LV-leger. Vi mener dagens ordning med et desentralisert nettverk av lokale akutt sykehus på lang sikt vil gi bedre resultater enn nedbygging og strukturendring i lokalsykehusfunksjonene. Lokalsykehus med begrenset, men viktig ansvar for livreddende initial stabilisering før overføring til regionalt traumesenter - kombinert med et aktivt, langsiktig arbeid for kvalitetsutvikling av ambulansetjenestene og systematisk bygging av lokale akuttmedisinske team - representerer en nøkkelfunksjon.

I henhold til den nasjonale rapporten anbefales kun to nivå av sykehus; Traumesenter og akutt sykehus (traumesykehus i den regionale rapporten). Det å innføre nye nivåer/kategorier av sykehus vil skape forvirring og uklarhet, og vil etter vår vurdering kunne forringe behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Strategien med parallelle prosesser vedrørende endring av andre tilbud på lokalsykehusene (intensivnivå, kreftekirurgi, fødselsomsorg, laboratorietjenester, røntgenberedskap og lignende) synes lite tilfredsstillende og burde blitt behandlet helhetlig. En samlet vurdering ville vært en klar fordel for pasienttilbudet og de ansattes arbeidsforhold. Foretakene vil også i større grad kunne tilby forutsigbarhet til befolkning og de ansatte.

Luftambulansetjenestene i Helse Nord (fly og helikoptre) avviser nær 20 % av oppdragene på årsbasis. Halvparten av oppdragene som avvises, kan ikke gjennomføres grunnet værforhold. Dette betyr at luftambulansetjenestene i mange situasjoner ikke kan påregnes å gjennomføre stabiliserende behandling og transport videre av alvorlig skadde til rett behandlingsnivå umiddelbart. Tjenesten utnyttes nært maksimum i vår landsdel, noe man ser ved at oppdrag også må avvises som følge av stort arbeidspress og samtidighetskonflikter. De prehospitale tjenestene vil trolig kunne styrkes ved å opprette flere luftambulansebaser, men slike strukturelle endringer vil neppe alene kunne kompensere for nedbygging av akuttberedskap ved lokalsykehusene. Mange av de hyppigst brukte evakueringsakser er lange for alvorlig skadde pasienter i Nord-Norge. Konsekvenser av utsatte livreddende nødprosedyrer dersom lokalsykehus mister grunnleggende akuttberedskap er ikke utredet.

Det må tas hensyn til evt. endringer av pasientflyt i tilstøtende regioner/land (eksempelvis funksjonsendring på Namsos sykehus, Barentssamarbeid i øst med mulighet for betydelig økt pasientgrunnlag for Kirkenes sykehus).

Den offentlige debatt og flere forhold vi peker på i høringssvaret, viser etter vår mening at de endringer som foreslås bør bearbejdes videre før plan kan vedtas og implementering startes.

---

<sup>2</sup> Nathens AB ea. Development of trauma systems and effect on outcomes after injury (Series, Trauma I) *Lancet* 2004; 363: 1794–801

Rapporten mangler på mange områder vurdering av risiko og tilhørende planer for å redusere disse i forkant av og under implementeringen.

Etter behandling av rapport fra arbeidsgruppa og på bakgrunn av de ulike høringsuttalelsene som Helse Nord RHF mottar, må det gjøres et omfattende arbeid med vurderinger og planlegging på detaljnivå som inkluderer risikovurdering og utarbeiding av handlingsplaner knyttet til de ulike komponentene. Dette arbeidet må omfatte forhold knyttet til kvalitet, økonomi, personell/kompetanse og tidsfaktorer og munne ut i en helhetlig plan for implementering av aktuelle endringer og forbedringer. På denne bakgrunn kan styret for Helse Nord RHF i neste omgang inviteres til å gjøre vedtak om organisering av fremtidig organisering av traumebehandlingen i Helse Nord.

### **Kommentar til rapporten:**

Sammensetningen av arbeidsgruppen er ikke optimal. Ingen fra fagfeltet rehabilitering, røntgen, laboratorietjenester, ambulansefag eller sykepleiere er med i arbeidsgruppen. Kun en lege fra primærhelsetjenesten deltar. Gruppen fremstår derfor ensidig. I høringssvarene til den nasjonale rapporten er også dette et forhold som ble satt sterkt fokus på:

*"Fra mange høringsinstanser kritiseres imidlertid sammensetningen av gruppen, med innspill om at andre spesialiteter (eks røntgen og rehabilitering) og andre yrkesgrupper (eks sykepleiere og ambulanspersonell) burde vært med."*

Kartlegging av nåværende kompetanse prehospitalt, spesielt for LV-leger er mangelfull, det samme gjelder rehabilitering og dels sykehusene. Rapporten inneholder få visjoner rundt kompetanseutvikling sett fra utdanningssystemer for alle faggrupper involvert. Grunnutdanningene og/eller spesialiseringsløp burde kanskje tilpasses/endres i Helse Nord. Samlet virker det lite forsvarlig å gjennomføre større organisatoriske endringer uten at de forbedringene i eksisterende system som rapporten legger opp til er iverksatt.

Kostnadsberegningene er kun delvis gjennomført, og betydelige økte utgifter i prehospitaltjenester må påregnes ved foreslåtte strukturelle endringer (f. eks. ny helikopterbase). For øvrig er kildehenvisninger til fakta i rapporten mangelfulle, slik at det er vanskelig å kunne spore disse.

Det er naturlig å se den regionale rapporten om traumesystem i sammenheng med den nasjonale rapporten fra 2007. Den nasjonale rapporten setter fokus på hvor lite kunnskap/forskning vi har innen traumeomsorgen og administrasjonen bør merke seg konklusjonen i avsnittet (fet skrift er påført av undertegnede):

#### *"4.2.6 Andre viktige tiltak for å styrke og bedre traumebehandlingen*

*Som det fremgår av innstillingen mangler vi i dag data innen traumeomsorg. En norsk studie (54) viser at med dagens krav dokumenteres kun en liten del av de viktigste data, selv ved sykehus som har spesiell fokus på traumebehandling. Et traumeregister er et viktig verktøy for å skaffe faktabasert kunnskap til forbedringer. Man bør være varsom med å ta helsepolitiske beslutninger uten at det er basert på kunnskap om hvilke effekter beslutningen kan ha på kvaliteten i behandlingen."*

Den nasjonale rapporten påpeker at RHF må innfri økonomisk og ta ansvar for å skape et sterkt fagmiljø:

#### *"1.8 anbefalinger:*

*RHF'ene må sørge for at traumesystemet følges opp med en adekvat **finansiering**.*

*RHF'ene må legge forhold til rette for å sikre **rekruttering** til fagområdet."*

Rapporten sier ingenting om rekruttering. Det er en stor utfordring å sikre rekruttering til traumatologirelaterte fagområder i framtiden, blant annet fordi det generelt er vanskelig å få folk til å ta belastning med å gå i framskutte vakter. Det er nødvendig med tiltak som kan kompensere for merbelastningen – i form av tiltak som gjør arbeidet mer attraktivt (hospitering, ambulering, kurs, 0-timers uker i tjenesteplan, lønn m.m.).

Vi har valgt ut enkelte avsnitt i den regionale rapporten som vi ønsker å kommentere. Den følgende tekst i dette avsnittet omhandler dette. Tekst i kursiv er tatt direkte fra den regionale rapporten, bortsett fra enkelte steder hvor det spesifikt henvises til den nasjonale rapporten. Deler av tekst er noen steder markert med fet skrift av oss.

### *”0 Sammen drag*

*Traumeorganiseringen i Helse Nord må ta utgangspunkt i kravene skissert i rapporten ”Organisering av alvorlig skadde – nasjonalt traumesystem” og sees i sammenheng med lokalsykehusstrategien, nivåinndelingen i intensivmedisin, sentralisering av kreftkirurgien og en forsvarlig ressursforvaltning av de menneskelige, faglige - og økonomiske ressurser.”*

Det virker svært fornuftig at man koordinerer planene med flere av de andre pågående strategier, handlingsplaner m.m. Det synes imidlertid som dette er lite samkjørt, noe som virker utmattende på de ansatte i foretakene og kan gå ut over total kvaliteten på pasientbehandlingen.

*”Det anbefales en videre utredning av hva utvalgets foreslåtte endringer vil innebære for krav til kompetanse og kapasitet innen ambulansetjenesten, herunder luftambulansen, for å sikre forsvarlig transportalternativ, før endringene iverksettes.”*

Vi kan ikke se at det er utført/startet noen utredning om hva de foreslåtte endringer vil medføre. Dette er et viktig poeng fra arbeidsgruppen.

### *”1.1 Rammebetingelser for arbeidet*

*Det er et overordnet mål at pasienten skal tas imot av et multidisiplinært team ledet av en kirurg med bred generell kirurgisk erfaring.”*

Det er tidligere sagt i den nasjonale rapporten at denne type kompetanse forsvinner av flere årsaker (bl.a. subspesialisering og funksjonsfordeling), likevel er det denne kompetanse som skal lede et traumeteam. Det er ingen modell/tanker mht. hvordan dette skal imøtekommes i utdanningssystemet, spesialiseringsløp m.v.

*”Tiltak som krever videre utredning nasjonalt:*

.....

- *Allmennlegenes rolle i traumebehandlingen og krav til kompetanse i legevaktsarbeid.*
- *Formalkrav til utdanning/kompetanse for luftambulansелеger før disse settes i tjeneste.*
- *Manglende intensivkapasitet synes i stor grad å bidra til å presse traumeomsorgen til lavere behandlingsnivå enn hva gruppen mener er ønskelig. ”*

Hvis disse områdene skal utredes nasjonalt må det regionale prosjektet i stor grad avvente utfallet av dette, da funksjon til LV-leger, kompetansekrav i luftambulanse og intensivkapasitet må regnes som svært viktige betingelser å ha på plass før en ny traumeorganisering iverksettes.

*Erfaringer fra Sogn og Fjordane (oppsummert av Jellestad)*

Her er det ingen kildehenvisninger. Er det Jellestads personlige erfaringer som blir beskrevet eller stammer dette fra en rapport/analyse el.? Det bør være en kvalitetskontroll på disse opplysningene. Er forholdet mellom Sogn og Fjordane og Nord-Norge sammenlignbare mht. demografi, geografi mv.? Det burde angis referanser hvis dette finnes.

### *”2.1.3 Status for ambulansetjenesten*

#### *Kompetanse hos ambulansarbeiderne*

*Det foreligger ingen sikker dokumentasjon på at minst en av ambulansepersonellet har PHTLS eller tilsvarende. Heller ikke foreligger det dokumentasjon av at det gjennomføres årlige resertifiseringer. Samtrenting/øving med kommunehelsetjenesten er sjelden. Det foreligger heller ingen kartlegging av i hvilken grad det er system for kvalitetssikring og evaluering i alle ambulansetjenester. Medisinsk ansvarlig for ambulansetjenesten deltar ikke i traumekomiteer i kraft av sin stilling i noen foretak. Det stilles ikke krav til størrelse i stillingshjemmel for medisinsk systemansvarlig lege og undervisningsleder.”*

Arbeidsgruppen påpeker her svakheter i prehospitaltjenester som det er viktig å ta tak i tidlig i prosessen med innføring av nye systemer. I tillegg setter den nasjonale rapporten fokus på flere viktige sider innenfor dagens svakheter i de prehospitaltjenestene:

#### *”3.1 Prehospitaltjenester:*

*I 3 av våre 5 helseregioner hadde mindre enn 50 % av ambulansepersonellet fagbrev. Andelen av de som manglet fagbrev er størst i Helse-Nord og Helse-Midt. I de samme områdene var akuttoppdragene i gjennomsnitt ca 1 time mens det for hel landet er på ca ½ time. Dette betyr at ambulansarbeiderne med minst formell kompetanse sannsynligvis har de lengste transportene. I tillegg synes det som de perifere distriktene med store Legevaktsdistrikter også har minst legedekning ved ambulansetransportene. Dette innebærer at den prehospitaltjenesten i periferien faktisk har mindre formell kompetanse enn i sentrale områder. Kombinert med færre akuttstusykehus utgjør denne situasjonen en utfordring. På grunn av disse forholdene og mangel på data om prehospital mortalitet bør man etter gruppens mening være forsiktig med å legge ned akuttfunksjonen ved mindre sykehus uten å se dette i sammenheng med den eventuelle økte avstand fra potensielle ulykkessteder til sykehus.”*

#### *”Responstider for bilambulanser*

*I Helse Nord var responstiden (tid fra AMK mottar melding til enheten ankommer skadested) 30-59 minutter i de mest avsidesliggende områdene i 3 av 5 AMK distrikt, og over 60 minutter i 2 distrikt. Hele Helse Sør-Øst nås innen 60 minutter. Når det gjelder maksimum reisetid fra skadested til nærmeste sykehus var den mer enn 4 timer i 2 av 5 distrikter i Helse Nord.”*

Dette betyr at en betydelig del av pasienttransportene i Helse nord er tidkrevende. Hva gjør vi hvis luftambulansen ikke er tilgjengelig? Sett i sammenheng med utfordringene med kompetansenivå generelt i den prehospitaltjenesten(3.1(forrige avsnitt) i den nasjonale rapporten), viser dette en av de største utfordringene i anbefalingen til arbeidsgruppen.

#### *”Regularitet ambulanshelikopter i Nord-Norge*

*Helikopteret i Brønnøysund gjennomførte 68 % av oppdragene i 2005 mens Tromsø-helikopteret gjennomførte 84% av ..... I november-februar kunne imidlertid kun 7 av 24 nødvendige oppdrag gjennomføres. Totalt i løpet av året greide ambulanshelikopteret i dette området å gjennomføre 47 av 79 henvendelser (ca. 60 %) som ble vurdert som medisinsk nødvendige. Undersøkelsen*

.....at lufttransport i vintermånedene kun må betraktes som et supplement til bil- og båtambulansse. Redningshelikopterene i Norge er i ferd med å nå taket for aktivitet.”

Regulariteten for luftambulansse er i enkelte områder dårlig; spesielt i vinterhalvåret. Det må tas hensyn i lokalisering av sykehusfunksjoner og ambulanssetjenester sett i forhold til regularitet. Den nasjonale rapporten oppsummerer dette på en dekkende måte under 3.1:

”På grunn av operative begrensninger (vær, tid uten beredskap på grunn av teknisk svikt, samtidighetskonflikter o.lign.) kan luftambulanssetjenesten neppe ventes å få over 85-90 % regularitet. Dette indikerer at tjenesten aldri kan bli en erstatning for lokal akuttmedisinsk beredskap. For å gjøre noe med disse problemene kreves flere tiltak. Alle sykehus må kunne gi god akuttbehandling i henhold til nasjonale standarder.”

#### 2.1.4 Kommunehelsetjenesten

Arbeidsgruppens beskrivelse av status er en kopi av avsnitt 4.2.3.4 i den nasjonale rapporten (Forslag til tiltak for å lage et traumesystem i Norge). Utdraget gjenspeiler den nasjonale gruppens tanker og ønsker om hva legevakt skal tilby. Det er ingen beskrivelse av hva som er den reelle status. Kompetansen til LV-leger er høyst variabel og det er ingen systematiserte krav til kompetanse vedrørende traumer. I LV-tjenesten er det også utstrakt vikarbruk. Det burde vært kartlegging av ferdigheter, kurs m.v. for disse, på samme måte som for ambulanssetjenesten og sykehuspersonell. Dette virker lite gjennomtenkt da forslaget forutsetter at LV-legene skal tildeles mer ansvar/oppgaver en tidligere. Det overføres oppgaver til de fagpersonene vi har minst oversikt over kunnskapsnivået og ferdighetene til. Denne gruppen kan sannsynligvis minst om traumer i den akuttmedisinske kjeden. Hva ble konsekvensen av ”...er hjelpa nærmast! Forslag til handlingsplan for legevakt? Forslag til krav for LV bør være PHTLS eller lignende traumekurs. Kommune-BEST innføres regionalt. Samtrening med ambulanssetjenesten i større grad. Det er også nevnt i rapporten at planene for nødvendig kompetansebygging i primærhelsetjenesten skal være avklart innen 01.01.2011. Dette fremstår urealistisk.

#### 2.2 Akuttsykehus

Det er inkonsekvente opplysninger mht. tabeller og tekst. Det mangler tall for UNN HF. I beskrivelse av vikarbruk og stor grad av vakante stillinger er det uoverensstemmelse mellom tekst og tabell (Helgelandssykehuset og Helse Finnmark). Det legges stor vekt på opplysninger samlet i slike tabeller, det burde derfor være viktig at alle data var innhentet og kvalitetssikret.

#### ”3 Alternative strategier for det regionale traumesystemet

Med hensyn til antall og plassering av akuttsykehus i Helse Nord legger utvalget avgjørende vekt på følgende premisser:

##### 1) Undertriage

*Under normale omstendigheter skal 90 % av aktuelle pasienter kunne nå et akuttsykehus eller traumesenter innen 2 timer fra skadetidspunktet.”*

Det er usikkerhet for hva som er årsaken til at denne tidsgrensen er satt. Det savnes referanse til dette. I faglitteratur er det ikke nødvendigvis tid for å nå et akuttsykehus eller traumesenter som er avgjørende, men også hvilket personell som møter pasienten<sup>3</sup>

##### ”3.3 Justert struktur for nivådeling

---

<sup>3</sup> McGuffie AC, Graham CA, Beard D *et al.* Scottish urban versus rural trauma outcome study. *J Trauma* 2005; **59**: 632–38.

*På Helgeland .... Her er imidlertid avstandene mellom sykehusene såpass kort at det ville være forsvarlig å sende alle traumepasienter til ett sted.”*

Avstandene i dette distriktet kan bli betydelige hvis traumer skal samlokaliseres til ett sted (opptil 3-4 timer ved bil/båttransport). Eksempelvis er kjøretid mellom Kirkenes og Hammerfest 6 timer og 46 minutter<sup>4</sup>.

#### *4 Samhandling i behandlingsskjeden*

Det er i rapporten henvist til Regional Trauma Systems, Interim Guide for Commissioners, The Intercollegiate group on Trauma Standards, The Royal College of surgeons of England, December 2009 . Når slike kilder brukes bør det presiseres at data fra større britiske traumeguider og studier ikke nødvendigvis er overførbare til vår region (les; kritisk kildebruk). Det synes fornuftig å problematisere noe rundt kildebruk i en slik fagrapport.

#### *”5.1 Målgruppene for den kirurgiske skadebehandlingen.....*

*Mens store traumer i dag mottas i akuttfasen ved 10 sykehus i regionen, er forekomsten av alvorlige skader ikke større enn at kapasitet og erfaringsgrunnlag tilsier at dette fordeles på vesentlig færre institusjoner. Graden av sentralisering bør begrenses hovedsakelig av hensynet til transporttid.”*

Vi støtter begrensning av sentralisering på bakgrunn av store transportavstander. I tillegg er det slik at den nasjonale rapporten har fremlagt solide forskningsresultater på at det ikke er en nødvendig sammenheng mellom pasientvolum og overlevelse innenfor traumebehandling<sup>5</sup>. Dette bør tas i betraktning før en ytterligere sentralisering gjennomføres. I denne sammenheng henvises det til konklusjonen under avsnitt 3.5 i den nasjonale rapporten: *”Konklusjonen på ovenstående rapporter tilsier at også mindre sykehus kan gi adekvat traumebehandling dersom skadebehandlingen systematiseres, ressurser øremerkes til oppfølging og systematisk opplæring.”*

*”Den medisinske utviklingen har også bidratt sterkt til at endringer av sykehusstruktur er satt på dagsordenen. Innen kirurgiske fagområder har det vært en betydelig nedgang i aktivitet ved lokalsykehusene, både pga utvikling av nye metoder og pga volum – kvalitets vurderinger. Kreftkirurgien er sentralisert for de aller fleste krefttyper og tykktarmskreft som hittil har vært behandlet ved de fleste lokalsykehus vil bli sentralisert i 2010. Implementeringen av nivådeling innen intensivmedisin vil også skje 2010.”*

Det er slik at den øvrige funksjonsfordeling som nevnt må ligge til grunn for hvor akuttsykehus i traumesystemet skal lokaliseres, evt. må det gjøres en samordnet avgjørelse på funksjonsfordeling.

#### *”5.1.1 Avveining mellom alternativene i endret struktur*

*Ved vurdering av hvilket alternativ utvalget skal anbefale må man 1) vektlegge akseptabel transportavstand (under normale omstendigheter skal et akuttsykehus eller traumesenter kunne nås innen 2 timer fra skadetidspunktet).”*

I anbefalingene til faggruppen er akseptabel transporttid satt opp som et av de viktigste faktorer. Ut fra vår kjennskap til Nord-Norge blir dette svært vanskelig å ivareta ved foreslåtte endringer.

---

<sup>4</sup> <http://kart.gulesider.no/>

<sup>5</sup> Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF'ene, 9.oktober 2007, avsnitt 3.5

*”For Vesterålen kan vi ikke konkludere med en definitiv anbefaling. Sykehuset i Vesterålen er under utbygging..... Befolkningen i sykehusets nedslagsfelt må sikres nasjonal standard for traumebehandling enten ved at sykehuset i Vesterålen blir et akuttisykehus, eller ved at prehospitaltjenester i form av bl a legebemannet luftambulans oppgraderes betydelig.”*

Dette er fornuftige betraktninger fra faggruppen, men vi savner en plan/utgiftsestimert for betydelig oppgradering av luftambulans hvis dette skulle bli et alternativ. Et estimat som er gitt for helikopterbase i Sør-Troms/Vesterålen er 36 mill. kroner pr. år<sup>6</sup>. Dette overstiger betydelig de totale økonomiske rammene som faggruppen har foreslått.

#### *”5.2 Ressursmessige konsekvenser*

*Ressurser kan frigjøres ved nedbygging av akuttilbud/beredskap på sykehus som ikke skal oppgraderes til akuttisykehus”*

Adm. dir. i Helse Nord har en klar holdning til at akuttkirurgisk beredskap skal opprettholdes på alle sykehus som i dag har slik beredskap. Dermed kan man ikke regne med frigjøring av ressurser på grunn av nedbygging av akuttilbud. Utgiftene til implementering må derfor totalt sett økes. Betydelig grad av kursing og resertifisering, samt hyppig trening, tapt pasientbehandling og økt innleie, vil medføre økte utgifter utover estimerer forelagt.

Vennlig hilsen  
Konserntillitsvalgte Helse Nord

Fredrik Sund  
Akademikerne  
(sign.)

Ann-Mari Jenssen  
YS Spekter  
(sign.)

Tove Elisabeth Svee  
SAN  
(sign.)

Sissel Alterskjær  
Unio  
(sign.)

Kari B.Sandnes  
LO-stat  
(sign.)

Tone Bjerknes  
Konsernverneombud  
(sign.)

---

<sup>6</sup> Luftambulansen ANS muntlig tilbakemelding til Helse Nord – jf. Trond Elsbak