

Fra: Siri Bernadette Lund

Sendt: 17. januar 2017 12:35

Til: SSHF PB Postmottak, Felles

Kopi: Annette Echrict Solinski; Ingeborg Rønning Eikeland; Jens Pallenschat; Trine Marie Nesheim; Vivian Valente; Therese Madsen; Marcus Müller; Beate Undheim Tjørsvåg

Emne: sak 17/00188

Høringsinnspill til sak 17/00188

Tallene fra 2016 viser at 88 traumepasienter ble mottatt ved SSF.

77 pas. (88%) ble ferdigbehandlet på SSF uten å måtte flyttes til høyere behandlingsnivå. Vi har derfor en betydelig vurderingskompetanse og en viktig rolle i behandling og vurdering av et forholdsvis stort antall traumepasienter (sammenliknet med andre lokalsykehus).

Kun 9 pas. måtte videresendes til annet sykehus etter stabilisering: 4 pasienter (5%) til SSK og 5 pasienter (6%) til regionssykehus/traumesenter.

2 pasienter døde ved SSF. Behandling av disse ble tidlig avklart med Traumesenter og utfall ville ikke blitt annerledes ved evt. overflytting pga. håpløs prognose ved ankomst. Palliativ behandlingssituasjon.

Den faglige diskusjonen har i hovedsak dreid seg om 2 punkter:

1. Er det bedre å komme direkte til et sykehus der man kan ferdigbehandle pasienten. Bør derfor alle traumepasienter gå direkte til SSK og eller traumesenter?
2. Hva med pasienter som trenger nødkirurgiske prosedyrer? På SSF utføres til vanlig ingen akutte større bukoperasjoner? Er dette nødvendig for å sikre kompetanse?

Pkt. 1 Ferdigbehandling

Kun 4 pasienter (5%) i 2016 hadde behov for videre transport og definitiv behandling ved SSK. 5 pasienter ble vurdert som så alvorlig skadd at de måtte få definitiv behandling på traumesenter. Er det riktig å utsette de 77 (88%) andre for ekstra reisevei til SSK med de komplikasjonsmuligheter og risiko dette medfører? Hva vil økt transport bety for ambulanseberedskapen? Hvilken konsekvenser får dette for pasientsikkerheten? Hvordan vil en slik endring av helsevesenet utifra et helseøkonomisk perspektiv oppleves av våre pasienter?

Pkt 2 Akutt livreddende nødkirurgiske prosedyrer

Det er ca. 1 (-2) pasienter i året som trenger et slikt inngrep på SSF.

På den ene siden kan det være en fordel for noen pasienter å bli operert på et sykehus med et større team og mer volum som for eksempel ved SSK.

På den andre siden er det akkurat hos disse pasientene at tidsfaktoren er mest kritisk. Det er en risiko for at pasienter ikke overlever transporten til SSK. (livsstruende A, B og C problemer).

Jfr. NHSP skal akuttsykehus ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster,

avstand mellom sykehus, bil-, båt, luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. Det synes vi i aller høyeste grad gjelder for SSF!

Etter vår mening vil det være mest riktig å opprettholde traumefunksjonen på SSF som en viktig del av traumesystemet i Norge. Det bør settes av tid til mulighetsstudier(som vi reagerer på at ble droppet i denne omgang pga tidspress!?) for best mulig å kunne definere morgendagens løsninger og satse sterkt på ivaretagelse av kompetanse, teamtrening og telemedisin/konferering. En mulighetsstudie ville kunne gi rom for helt andre konklusjoner og det er kritikkverdig at en ikke tar seg tid til dette i prosess. Vi vil gjerne be om at dette revurderes! SSF skal for de alvorligst skadde pasienter ha en begrenset rolle i pasientbehandlingen. Nødvendige livreddende tiltak, stabilisering og rask videretransport til definitiv behandling bør være gullstandard.

Vivian Valente

Traumekoordinator SSF / Sykepleier Akuttmottak

Telefon 91330152 / kontor 38327135 / akuttmottak 38327180

og

Siri Bernadette Lund

Seksjonsoverlege akuttmottak SSF | +47 38 32 51 72 | +47 970 80 024 | siri.lund@sshf.no



Medisinsk avdeling SSF | Postboks 416, 4604 Kristiansand | www.sshf.no