

NOTAT

Emne / sak: Ad traumefunksjon ved SSF

Til SSHFs ledergruppe v/ AD

Fra Per Kristian Hyldmo, leder, Traumeenheten SSHF

I forbindelse med utredning av samlede akuttfunksjoner ved SSF har Traumeenheten ved undertegnede deltatt i prosessen. På bakgrunn av dette har jeg utarbeidet svar til høringsdokumentet av 6. januar 2017.

Formelt oppfyller SSF i dag de fleste kravene stilt av Helse Sør-Øst til akutt sykehus med traumefunksjon. Disse kravene samsvarer med forslag til nasjonal traumeplan. Dette krever i dag trening (simulering) i team, kontinuerlig kursvirksomhet (for alle teamdeltakere, og for legene i team, inkludert kurs i nødkirurgi). Det er min vurdering at det gjøres et godt, kontinuerlig arbeid med kvalitetssikring i SSF.

Det legges i listen over krav vekt på erfaring og teknisk kompetanse, for eksempel i nødkirurgi. Det som er vanskeligere å måle er vurderingskompetanse og effekt av kurs/trening i dette. Jeg vurderer generelt faren for å overse skade, for eksempel blødning i buk som betydelig dersom en ikke har erfaring med slike skader. Vurdering av tilsynelatende stabil pasient som kan utvikle for eksempel farlig indre blødning er sammensatt. Dette krever erfaring og kontinuerlig overvåkenhet, og er vanskeligere å lære gjennom kurs og trening.

Det er for sykелighet og dødelighet ikke vist klar sammenheng mellom tid fra skade til ankomst sykehus. Unntak er pasienter som trenger livreddende kirurgiske inngrep ved ankomst sykehus. Den siste gruppen er svært liten. Pasienter som langsommere utvikler farlig blødning eller andre truende tilstander utgjør en større gruppe. Hos denne gruppen er ikke kort transporttid det viktigste, men høykompetent personell ved ankomst sykehus. Dette er også bakgrunnen for nasjonal traumeplans diktat om at pasienter skal direkte til traumesenter (og ikke innom annet sykehus) hvis transporttid er under 45 minutter. Dette er ikke aktuelt i SSHFs nedslagsområde med mindre en er i utkanten av dette, og luftambulanshelikopter er på stedet. Ikke desto mindre må SSHF søke å optimalisere behandlingskvaliteten, slik at pasienter på kyndig og effektivt vis kan undersøkes, evalueres og stabiliseres før evt. videre transport til traumesenter.

Spørsmålet om de involverte i traumebehandlingen ved SSF kan opprettholde sin kunnskap og erfaring er vanskelig. Dette gjelder for nåværende personell, men særlig for fremtidig ansatte som ikke har slik erfaring fra tidligere. Dersom for eksempel kirurgene ikke noen gang skal operere buker med åpen teknikk (jfr. SSHFs beslutning om større akutt buk kirurgi ved SSF) vil det bli vanskelig å opprettholde god nok kompetanse til å kunne gjøre dette i nødsituasjoner. Et svært lavt volum av andre, men samtidig alvorlig skadde pasienter gir etter min mening heller ikke tilfredsstillende volum for å opprettholde vurderingskompetanse. Ved SSF dreier dette seg om ca. 10 pasienter i året.

Min vurdering er at om forsvarlig traumekompetanse skal opprettholdes og videreutvikles ved SSF vil dette kreve intern kursing og øving i et stort volum. Dette gjelder også vurderingstrening i form av caseøving. I tillegg må nøkkelpersonell rotere til andre sykehus med større volum, inkludert åpne buk inngrep. Hospiteringsordninger ved traumesentra må opprettes, og kurs i nødkirurgi bør gjentas regelmessig.

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Anestesiavdelingen
Postboks 416
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
+47 38 07 36 94
Telefaks
+47 38 07 37 01
Bankkonto
1503.27.07405

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
03738

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

Konkret er min vurdering av de alternative modellene denne:

- Modell A vil nødvendiggjøre at alle potensielt alvorlig skadde pasienter sendes direkte til Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK) (eller Stavanger Universitetssykehus) når kirurg med traumekompetanse ikke er tilstede. Turnuslege kan ikke gis ansvaret, selv ikke i konferanse med erfarne leger ved SSK.
- Modell B vil kreve omfattende tiltak for å beholde og videreutvikle kompetanse i mottak av alvorlig skadet pasient. Særlig er det verdt å merke seg at den generelle kompetansen hos mottakende kirurger vil svekkes ved nytilsetninger; spesialiteten i generell kirurgi finnes ikke lenger. Gastrokirurger med utdanning og erfaring mhp. alvorlige skader må overta denne rollen i fremtiden, men kan ikke forventes å ha samme kompetanse som spesialister i ortopedi og karkirurgi i behandling av pasienter med slike skader.

Mandal, 30. januar 2017

Overlege Per Kristian Hyldmo
Leder, Traumeenheten SSHF