

Til:

Helse Vest v/styret

Kommunalt innspel til prosjektrapport, datert 26. mars 2017 (opphaveleg 19. des 2016)

(sendt etter avtale med styreleiar og administrerande direktør i Helse Vest,)

Dette er ei oppsummering av underteikna sine innspel i siste møte (19. des 2017). I møtet vart det kun tid til å ta opp ei håndfull av alle sidene i dokumentet. Innspel frå underteikna og andre vart ikkje gjennomgått i det heile i siste avklarande møte. Vi ba om å få nytt møte i prosjektgruppa slik at alle innspel og heile rapporten kunne gjennomåast i plenum. Det vart lova anten fysisk møte, eller videomøte. Dette vart ikkje gjennomført. Dei 11 av 15 i prosjektgruppa som gjekk inn for å behalda akuttkirurgien fekk i staden tilbod om å koma med eige vedlegg til rapporten. Det vart sett frist for dette til 29. desember. Det vart gjort eitt forsøk på dette per telefon i romjula. Med 11 personar på ulike juleferiar seier det seg sjølv at dette ikkje er ein god måte å gjennomføra eitt prosjektarbeid på. Det vart gitt eitt kortare vedlegg. Dersom prosjektleiinga hadde lagt opp til ei skikkeleg avslutning av prosjektet ville rapporten stått sterkare og hatt fleire moment enn det som vart resultatet.

Innspel:

Myndigheitene har gjort det klart at sjukehus som i dag har akuttkirurgiske tilbod framleis vil ha dette når omsynet til pasientane sine behov gjer det naudsynt. Stortinget har konkludert med følgande: «Akuttsykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Vi mener at akuttsykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil- båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjer det nødvendig».

Regjeringspartia og Venstre gjekk i mars ut med pressemelding der planen legg til rette for ein framleis desentralisert sjukehusstruktur, med ei «ryggrad» av akuttsjukehus.

Den mest stabile vegen i opptaksområdet verkar å vera Odda-Jondal. Dette er raskaste veg til traumesenter (Haukeland sjukehus) for nær heile opptaksområdet. Likevel er det slik at vegen frå Jondal med ferje via Kvam til Bergen også er rasutsett. Siste to åra har det vore 20 rashendingar på vegen mellom Odda og Jondal. Deloitte har i rapporten sett på vegar ut av opptaksområdet over to avgrensa år. Men kun sett på avstandar om lag 40 km frå Odda sjukehus. Tokagjelet i Kvam har t.d. dei seinare år vore særleg råka av ras og vegstenging. Det erlite hjelp å koma seg til Jondal, dersom vegen er stengt i Kvam. Vidare er det heller ikkje beredskapsferje/nattferje Jondal Tørvikbygd. Omkøyning kan vera til Årsnes, men her er det ofte vegstengingar. Særleg ved Furebergfossen ved stor vassføring og steinsprang. I nasjonal transportplan 2018-2029 er det ingen nye vegprosjekt som utbetrar framkome ut av opptaksområdet.

Seinast i haust har det vore to tilfelle der ein har vore avhengig av livreddande behandling og stabilisering ved Odda sjukehus. Eitt tilfelle med hastekeisersnitt som hadde vore fatalt om ikkje lokalsjukehuset kunne løysa det. Samt ein sterkt skadd pasient med indre blødningar som ville omkome om ein ikkje fekk stansa blødningar i Odda ved «pakking» før luftambulansen frå Ål kom.

Ved det siste tilfellet var det ikkje flyvær frå Bergen som førte til at det tok for lang tid før luftambulans frå Ål kunne vera på plass.

Antall ø-hjelps innleggingar ved Odda sjukehus er som venta avgrensa som følgje av prosedyrar som sikrar at pasientar som kan det skal transporterast raskast mogleg til traumesenter. 15 % av akuttkirurgi som blir utført på innlagte pasientar frå Odda-området, blir utført ved Odda sjukehus. Noko som er i tråd med dei føringar som er lagt for foretaket si handtering av akutte hendingar.

I prosjektarbeidet er det kome fram at pasientane vert transportert så raskt som mogleg til traumesenter. Direkte frå skadestad og raskast mogleg frå Odda sjukehus til traumesenter etter stabilisering/behandling lokalt. Det vert alltid vurdert kva som gagnar pasienten best. Venta på transport eller få akutt behandling ved lokalsjukehuset når transporten vil ta for lang tid. Omsynet til helsetap og livredning skal alltid vera det som avgjer pasientforløp.

Det er få om nokon stader det er så store utfordringar med geografi, topografi, værtilhøve og stengde vegar som i opptaksområde til Odda sjukehus. Samstundes er sjukehuset det landfaste alternativet ved akutte hendingar for Kvinnherad kommune (13.500 innbyggjarar).

Det finst ei rekke døme på ø-hjelp som har vore livreddande ved Odda sjukehus. Nokre her:
2010: Prematur fødsel. Påbegynt transport til luftambulans. Man ville ikkje rekke fram til Haukeland via luftambulans ved Enes (på grunn av værtilhøve), før fødsel. Jordmor turte ikkje ta risikoen på at barnet skulle bli født under transporten. Det ble gjort hurtig transport tilbake til sjukehuset i Odda. Der viste det seg at babyen lå i et komplisert seteleie, med føttene ned. Etter konsultasjon med Haukeland sjukehus vart det beslutta å ta keisersnitt på Odda sjukhus. Etter kort tid var barnet ute og ble stabilisert for transport til Haukeland sjukehus.
2013: Hastekeisersnitt – barnet ville dødd utan akutt behandling ved Odda sjukehus.
2015: utanlandsk barn med skade i bekken «åpen bok.» Store blødningar. Som vart stabilisert ved Odda sjukehus. På grunn av stor forblødning var det avgjerande å stabilisera pasienten raskt og ikkje tid til å transportera pasienten. Det ville også vore risikabelt å transportera pasienten med slik skade. Tiltaket var vellukka og nødvendig for å unngå fatal utgang.
2015: Fødsel gjennomført ved hastekeisersnitt ved Odda sjukehus.
2016: Foster vart forløst akutt. Utan denne moglegheita ville tilfellet fått fatal utgang.
2016: Voksen mann (50 år) med indre blødningar. Manglande flyvær frå Bergen medførte rekvirering av luftambulans frå Ål. Noko som innebar forseinking. Pasienten var kritisk skadd og fekk naudsynt livreddande behandling ved lokalsjukehuset i form av «pakking.» Dvs en mengde kompresser i kroppen for å unngå forblødning og død.
Legg ein normert levetid til grunn (81,5 år) kan ein her summera opp at berre desse døma gjer 430 sparte leveår som følgje av akutt behandling ved Odda sjukehus.

Det har vore fleire valdelege skader som knivstikking. Mellom anna 18. mars 2015- kvinne knivstukken fleire gonger blant anna i hals og bryst med store blødningar. Pasienten vart denne gongen transportert med luftambulans til Haukeland universitetssjukehus. Ved dårleg flyvær kunne beste alternativ vore Odda sjukehus.

Området er overrepresentert med trafikkulykker. I 2008 var det ei alvorleg trafikkulykke på Korlevoll (Seljestad). Luftambulansen landa på Korlevoll, men kunne ikkje letta att før dagen etter. Ein pasient (ca 30 år) med indre blødningar vart transportert i ambulans frå Korlevoll. Pasienten kunne fått akuttkirurgisk livreddande behandling ved Odda sjukehus. Men vart i staden transportert forbi mot luftambulans og døydde uungåeleg under transport. Pasienten kunne fått auka sine overlevelsesjansar drastisk om den hadde fått behandling ved Odda sjukehus.

Når det tek for lang tid å bli transportert med bil og luftambulanse, eller værtilhøve hindrar/utset transport, er det avgjerande for å unngå død og varig skade, at lokalsjukehuset kan gi akutt kirurgisk behandling. Ei eventuell borttaking av akuttkirurgi i Odda vil medføre unødvendige dødsfall i opptaksområdet på årleg basis. Samt gjera det umogleg i ein del høve å nå livreddande akuttbehandling tidsnok.

Rekruttering av legar er sentralt. Odda sjukehus har gode erfaringar siste åra med rekruttering. Sjukehuset har rekruttert erfarne, dyktige overlegar. Dette må Helseforetaket leggja opp til å vidareføra og vidareutvikla. Helse Fonna sitt vedtak 7. mars legg ikkje opp til dette. Ordninga ein der går inn for vil svekke beredskapen og medføre at ein må ty til vikarstafettar. Dagens ordning innan akuttkirurgi i Odda sikrar livreddande stabilisering på robust vis for opptaksområdet.

Den tilpassa ordninga for akuttkirurgi må vidareførast. Gjennom gode attraktive turnusordningar har ein lukkast i å halda ein berekraftig beredskap som kan stabilisera pasientar før vidaretransport og utøva nødkirurgi når det er naudsynt. Denne ordninga er rimeleg. Tiltaka som vert planlagt som erstatning for denne beredskapen vil fort verta dyrare. T.d .kostar det i dag over 8 millionar kroner berre for å drifta ein ambulanse i opptaksområdet. Helse Fonna-vedtaket legg opp til at det skal tilførsast ein «Intensivambulanse.» Det er uklart kva ein slik bil er. Samt at kostnadane ved tiltaket ikkje er vurdert. Ein slik ambulanse må reknast som vesentleg dyrare enn ein ordinær ambulanse. Dette og andre tiltak for å ivareta den beredskapen foretaket vil leggja til rette for burde vera avklart kvalitetsmessig og kostnadsmessig. Vi trur dette vert dyrare. Samstunde som det gjer dårlegare beredskap enn i dag.

Av prosjektrapporten går det fram: «Ressursar som i dag blir brukte for å oppretthalde akuttkirurgien, skal brukast til å utvide tilbodet ved Odda sjukehus til dei store pasientgruppene som treng spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært.» Når Helse Fonna skal vidareføra alle innsparingar ved akuttkirurgi i anna tilbod ved sjukehuset, samt oppretta intensivambulanse og laga ei ny ordning for stabilisering av akutt sjuke pasientar, seier det seg sjølv at dette vert dyrare enn dagens rimelege ordning. Samt at meir transport i seg sjølv er belastande for pasientane, dyrt for føretaket og dyrt for samfunnet. Ved å ta bort akuttkirurgien vil sjukehuset forvitra, oppleve mindre tillit i opptaksområdet, missa pasientar og inntekter.

Stadleg leiar skal inngå i leiargruppa i helseføretaket. I dag er dagleg leiar det kun i navnet. Leiarane ved Stord og Valen inngår i leiargruppa, medan leiaren i Odda ikkje deltek der. Odda sjukehus går då glipp av viktig informasjon og sjukehuset si «stemme» er ikkje i tilstrekkelig grad til stades i leiarmøta. Det vert eitt A- og eitt B- lag. Dette er svært uheldig. Om føretaket meiner alvor med å visa opptaksområdet tillit og å satsa på sjukehuset, er eit minstemål at ein legg til rette for at den lokale leiinga deltek i leiargruppa.

Kirurgane ved Odda sjukehus er erfarne. Dei har høg kompetanse. Sjukehuset er svært populært for turnuskandidatar. Kirurgane går i ei vaktordning som er attraktiv for dei. Det vil den vera i mange år frametter. Vidare medfører vaktordninga mange vakter som gjer mykje trening. Kirurgane har om lag 10 vakt døgn per måned. Kirurgane har døgnvakt. Er på jobb ved sjukehuset frå 08.00-15.30 og har heimevakt etter det. Samt går visitt i løpet av heimevakta. Det vert gjennomført trening og hospitering. Det er få kirurgar som deler vaktene. Dette medfører at kvar kirurg deltek på relativt mange hendingar og får mykje erfaring med å handtera situasjonar når luftambulansen ikkje når fram tidsnok. Ved Odda sjukehus får kirurgane meir knivtid og fleire akutte oppdrag enn ved store sjukehus.

Helsing
Odda Kommune v/Ordførar Roald Aga Haug