

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Kostbare, gjentatte hamskifter på Radiumhospitalet

I Tidsskriftet nr. 19/2010 viser Petter Gjersvik ved sin gjennomgang av det nye storsykehusets navn i Oslo hvordan ledelsen i Helse Sør-Øst ikke eier følelse for tradisjon (1).

Godt innarbeidede navn som Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Ullevål sykehus og Aker sykehus forkastes, og navn, tradisjon, følelse og tilhørighet ofres av helsebyråkratene. Det Gjersvik ikke skriver, er at Radiumhospitalet i de siste årene har byttet navn, logo på stempler, brevhoder og klær fem ganger etter at Helse Sør-Øst startet med sine herjinger med sykehusene.

Logoene så merkelige ut. De lignet på en sigd, en fortegnet halvmåne og et svart kors. Gjentatte ganger har de prøvd å forbedre dem uten å lykkes, og de er upopulære blant de ansatte.

Ikke bare er det upopulært, hver forandring har også kostet masse penger. Det koster å trykke nye ID-kort med foto, nye konvolutter, brevark, stempler osv.

Derfor er mitt spørsmål: Hva er kostnadsnytte-verdien av dette? Hvor mange prostataoperasjoner kunne man ha utført for de mange millionene av kroner som ble brukt på disse meningsløse prosjektene?

Imre Hercz
hercz@online.no
Høvik legesenter

Litteratur

- Gjersvik P. Ett sykehus – flere merkevarer. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1905.

Traumebehandling i Norge

I Tidsskriftet nr. 15/2010 presenterte Dehli og medarbeidere en undersøkelse av pasienter med alvorlige skader overført til UNN (1). Dette krever noen kommentarer. Alvorlig skadde pasienter utgjør en uensartet gruppe, og å identifisere dem er derfor

ikke enkelt. ISS-graderingen som forfatterne bruker, må gjøres retrospektivt. I den akutte fasen består gruppen av alle med *mistanke* om alvorlige skader, både de som viser seg å ha alvorlige skader, og de som er lettere skadet. Mottakssykehus kan være både lokalsykehus og traumesenter, slik det påpekes i den redaksjonelle kommentaren (2). Det hadde vært bedre om forfatterne også inkluderte pasienter som ble overført på mistanke om alvorlig skade, samt pasienter transportert direkte til traumesenteret.

Vi får ikke presentert resultatene av røntgenundersøkelsene, heller ikke om det var uenighet rundt tolkningen. Lokalsykehusene kritiseres for varierende praksis (bl.a. bruk av CT). Hva har UNN gjort for å oppnå en mer ensartet bildediagnostikk hos traumepasienter i regionen?

Det ble utført få akutte operasjoner, både ved lokalsykehusene og traumesenteret. Alvorlige skader er en dynamisk tilstand, og selv om pasienter senere samme døgn trenger inngrep, betyr ikke det nødvendigvis at disse inngrepene skulle ha vært utført ved lokalsykehusene, fordi behovet kan ha oppstått senere. Funnet viser dog at det er behov for trening i disse sjeldne skadebegrensende prosedyrene, og da kanskje like mye ved lokalsykehusene som ved universitetsklinikken. Artikkelen redegjør heller ikke for tidsforløpet av nødkirurgi for pasienter innlagt direkte ved UNN.

Lokalsykehusene i Nord-Norge var tidlig ute med kompenserende tiltak for lavt traumepasientvolum, og teamtrening startet her (3). Det er således gledelig at UNN nå holder kurs i skadebegrensende kirurgi på linje med resten av landet (4).

Traumesentrenes rolle som pådrivere for god regional traumeomsorg er viktig, men vi bør være varsomme med å kritisere andre sykehus dersom forventningene til hva som skal gjøres lokalt, ikke er avklart. Det betyr selvsagt ikke at man *ikke* skal se etter forbedringsområder. Det årlige nettverksmøtet i BEST har i mer enn ti år fungert som en slik arena, der små og store fagmiljøer åpent legger frem pasientforløp for diskusjon og konstruktiv kritikk. Norges særegne geografiske og befolkningsmessige utfordringer krever at vi finner løsninger som støtter «kjeden som redder liv», og her er lokalsykehusene viktige også i fremtiden.

Guttorm Brattebø

Haukeland universitetssykehus
og
Stiftelsen BEST: Bedre & systematisk teamtrening

Torben Wisborg

Hammerfest sykehus
og
Stiftelsen BEST: Bedre & systematisk teamtrening

Litteratur

- Dehli T, Bågenholm A, Johnsen L-H et al. Alvorlig skadde overført til universitetssykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1455–7.
- Hanoa R. Multitraumer og traumesentre. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1446.
- Wisborg T, Brattebø G, Brinchmann-Hansen Å et al. Effects of Nationwide Training of Multi-Professional Trauma Teams in Norwegian Hospitals. J Trauma 2008; 64: 1613–8.
- Hansen KS, Uggen PE, Brattebø G et al. Team-Oriented Training for Damage Control Surgery in Rural Trauma: A New Paradigm. J Trauma 2008; 64: 949–54.

T. Dehli og medarbeidere svarer:

Vi takker for interessen Brattebø og Wisborg viser for vår artikkel i tidsskriftet (1).

I sin kommentar er de kritiske til studiens inklusjonskriterier, som de mener burde favnet bredere. Vi vil derfor utdype grunnlaget for vårt pasientutvalg (1). Et bærende element i det planlagte nasjonale traumesystemet er optimal samhandling og klar rollefordeling mellom lokalsykehus og traumesenter. Vårt pasientutvalg – et komplett toårsmateriale for alle pasienter med *Injury Severity Score* > 15 som ble overført fra lokalsykehus til traumesenter i akutfasen – er velegnet til å adressere to sentrale elementer i traumesystemet: 1) omfanget av nødkirurgiske prosedyrer og 2) kvaliteten på den bildediagnostikken som lokalsykehuset må basere sine beslutninger på, med hensyn til umiddelbar stabiliserende kirurgi og overføring til traumesenter.

Et hovedfunn er den lave forekomsten av nødkirurgi slik dette er definert i *Traumesystem i Norge* (2). 14 av 74 pasienter gjennomgikk slike prosedyrer i akutfasen, hvorav åtte på lokalsykehus. For den aktuelle pasientgruppen gikk det gjennomsnittlig tre måneder mellom hver gang traumesenteret mottok en pasient som hadde gjennomgått et nødkirurgisk inngrep ved et lokalsykehus. Disse dataene bør være en del av beslutningsgrunnlaget for hvordan traumesystemet skal organiseres.

Med hensyn til vår omtale av bildediagnostikken hevder Brattebø og Wisborg at «Lokalsykehusene kritiseres for varierende