



Nasjonalt kompetansetjeneste for traumatologi:
NKT-T

post@traumatologi.no

Deres ref:

Vår ref:

Dato:

01.06.2015

Høringsuttalelse til Høringsutkast revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

Finnmarkssykehuset vil takke arbeidsgruppen for et solid arbeid for å sikre god behandling i hele handlingsløpet til traumepasienten. Vi har likevel noen innspill til traumeplanen basert på våre erfaringer som to lokalsykehus med lang avstand til traumesenter og spredt befolkning.

Generelle betraktninger:

Utfordringen med slike planer er å implementere disse og denne i særdeleshet. Finnmarkssykehuset har erfaring med at pasienter, som med fordel kunne vært behandlet hos oss, likevel blir transportert til traumesenter. Vi forventer at traumesentrene hjelper innleggende lege å få pasientene på rett nivå og håper denne planen kan objektivisere beslutningene i større grad enn det vi ser i dag.

Det vil etter vårt syn være fornuftig å harmonisere allerede eksisterende planverk med denne planen, som f.eks. akuttmedisinforordningen. Vi ber også om at dokumentasjonskravet ivaretas sterkere i planen ved at anbefalingene om innføring av en elektronisk pasientjournal settes som sterke anbefalinger. Ambulansetjenesten i Norge har en viktig og avgjørende rolle i traumeberedskapen og behandlingen og bør derfor vies større plass i planen.

Økonomi vil være en forutsetning for mange av tiltakene som settes som sterke anbefalinger

Vi vil videre kommentere traumeplanen kapittelvis:

- **Identifisering av alvorlig skade:**

- Til tross for en kunnskapsbasert rapport er grensen for transporttid til traumesenter økt fra 30 min til 45 min fra forrige plan fra 2006. Vi stiller oss undrende til hvorfor dette er foreslått da det ikke er dokumentert at en heving av grensen for transporttid vil bedre outcome til pasientene. Vi frykter at flere pasienter vil få lengre transporttid til sykehus i vår region. Dette kan gi negative konsekvenser dersom man ikke diagnostiserer pasienter med unormal fysiologi på skadested. Videre kan det føre til at traumesentrene får flere



pasienter som kan og bør behandles på lokalsykehus. Vi ser at dette kan gi kapasitetsutfordringer for traumesenter i vår region. I Finnmark vil dette medføre en økt bruk av lufttransport pga. avstandene. Transport langs vei er ikke et alternativ.

- **Kriterier:**

Kriteriene bør etter vårt syn sees på som et kommunikasjonsmiddel for å objektivisere pasientdata som igjen gir en beslutningsstøtte for å avgjøre destinasjonen til pasienten. Å se bastant på kriterier vil gi samme utfordring som nevnt over med overtriagering og pasientlekkasje som resultat.

Videre vil vi kommentere følgende ift kriteriene:

1. Det bør kunne stilles større krav til legevaktslege eller undersøkende lege. Denne må ha utført flere målinger/ha flere parametere før kriterier sies å være utløst. Dette for å få de rette pasientene til rett nivå.
2. Når det gjelder nedkjøling anbefaler vi at Helse Nords retningslinje for hypotermi benyttes, og at grensen settes til <32 grader
3. Vi stiller også spørsmål ved en bastant grense for alder: I dagens samfunn spør vi om 60 år er for lavt? Pasientens komorbiditet må være avgjørende, ikke alder som sådan.
4. Det bør settes en forutsetning for å transportere pasienter til traumesenter dersom dette medfører økt transporttid til de som faller under kriteriene i planen: Alle bør være fysiologisk stabil. Lange transporter til traumesenter kan forverre situasjonen for pasienten i motsetning til stabilisering på akuttisykehus

• **Førstehjelp:**

- Dersom en nasjonal nedsatt gruppe skal kvalitetssikre opplæringen som gis, bør slike funksjoner delegeres til allerede eksisterende og fungerende grupper, som f.eks. NAKOS, Norsk førstehjelpsråd o.l.
- For Finnmarkssykehusets del ser vi at spesialisthelsetjenesten kan drive førstehjelpsopplæringen for vår region. Dette fordrer at rammebetingelsene endres slik at økonomi og ressurser imøtekommer etterspørselen. Finnmarkssykehuset mener dette vil være en god investering da utdanning gitt av personell med lokal kunnskap om egen region vil gi relevant kompetanseheving for lekfolk i samme region.

• **Nødmeldetjenesten:**

- Nasjonale kriterier for bruk av prehospital anestesilege kan gi utfordringer grunnet store ulikheter i ressurstilgang og lokale forhold rundt om i landet. Finnmarkssykehuset mener dette må tilpasses lokalt.



- Punktet i forhold til AMK-operatører er for vidt. Akuttmedisinforskriften setter bemanningskrav om sykepleier eller ambulansarbeider og punktet må harmonere med en vedtatt forskrift. Punktet sier heller ingenting om resertifisering av personellet. Dette må etter vårt syn være et krav.
 - Anbefalinger punkt 1 vedrørende lydlogg mener vi må flyttes til sterke anbefalinger slik at punktet harmonerer med Akuttmedisinforskriften.
 - Anbefalinger punkt 3 der det er beskrevet at AMK bør ha oppdatert oversikt over spesialiserte tilbud ved andre sykehus. Her mener vi det må endres fra *bør* til *skal* og flyttes til sterke anbefalinger.
 - Beredskapen som eksisterer på akutt sykehusene må også klargjøres slik at man unngår "flekknvis beredskap" som kan være farlig for pasienten.
 - En anbefaling som bør forskriftsfestes er formalisering av møter innad og mellom AMK-sentraler på tvers av helseregioner.
- **Ambulansetjenesten:**
 - Traumeplanen må harmoniseres med den nye akutforskriften, og kan ikke legge føringer om krav til responstider. Dette vil være dimensjonerende for tjenesten og vil slå uheldig ut i distriktsnorge all den tid det økonomiske aspektet ikke er hensyntatt i planen.
 - Ambulansetjenesten er "bærebjelken" i den prehospitale traumeberedskapen i samarbeid med legevaktslege. I vår region ansees ikke luftambulansetjenesten som en pålitelig og tilgjengelig ressurs pga. værforhold, samtidighet og avstander. Derfor bør ambulans- og legevaktstjenesten vies et større fokus i traumeplanen.
 - Ordlyden i punktet om scenariobasert trening må avstemmes med samme krav til legevaktsleger i neste kapittel.
 - Kriteriesetting som er felles for akuttmottaket og ambulansetjeneste bør være en sterk anbefaling. Dette sikrer en bedre kommunikasjon og forståelse mellom leddene
 - **Kommunal legevakt:**
 - Dette kapittelet generelt og det første punktet under sterke anbefalinger spesielt, virker noe forvirrende. Det er viktig å presisere at **legen har ansvaret for pasienten** i sin kommune, og ambulanspersonellet er de som støtter og kompletterer legevaktslegen. Denne presiseringen gjør punkt 3 under anbefalinger overflødig og vi foreslår at dette punktet strykes.
 - Vi foreslår å stryke siste del av første setning og anbefaler deltakelse av legevaktslege ved traumer i alle områder. Økt utrykningsfrekvens av legevaktsleger er en ønsket utvikling som også akuttmedisinforskriften påpeker.



- Det kan virke noe uklart hvem som skal ha ansvaret for at legevaktslege innehar nødvendig kompetanse. I andre punkt under sterke anbefalinger om krav til lege i vakt må dette presiseres. Det blir for vagt å sette dette kravet til "legevakten". Det bør heller stå: *Ansvar for dette legges til kommunen og den enkelte lege i vakt.*
- Som nevnt i kapitlet under ambulansetjenesten må ordlyden om trening endres slik at det blir likt.
- Vi stiller spørsmålsteget ved meningen i første punkt under anbefalinger. Dette punktet kan oppfattes som om legevaktsleger generelt ikke har den nødvendige kompetanse. Vi mener punktet må strykes eller omformuleres.
- Som nevnt tidligere bør punkt 3 i anbefalinger strykes.
- **Avansert prehospital behandling:**
 - Punkt 3 under sterke anbefalinger anbefaler vi lokale og ikke nasjonale retningslinjer.
 - Punkt 8 under sterke anbefalinger vil vi igjen anbefale å bruke Helse Nords retningslinjer for hypotermi som en nasjonal retningslinje.
 - Et nytt punkt under sterke anbefalinger bør beskrive et formalisert samarbeid med luftambulanseteam/Sea King lege opp mot AMK sentraler og ambulansetjeneste. LAT leger vil kunne fungere som en rådgivende ressurs og logistikk sparringspartner. Denne funksjonen til LAT-legene er lite vektlagt selv om det utgjør en stor del av arbeidet deres og har betydning for en mer riktig ressursbruk prehospitalt.
- **Alarmering av traumeteam:**
 - For å sikre like gode rutiner i alarmeringen av traumeteam mener vi AMK-operatør bør bæres illegges dette ansvar. Det må dermed stilles krav til AMK-operatør om å kjenne sine sykehus utkallingskriterier for traumeteam.
- **Akuttsykehus med traumefunksjon:**
 - Dette kapitlet kan synes å være noe orientert mot store sykehus. Det ville her vært på sin plass med en anbefaling på responstiden til et komplett team, spesielt for små sykehus. Sykehusene må vurdere den totale kompetansen i teamet. Dersom flere av nøkkelpersonene er ukjente vikarer kan dette gi en uforsvarlig beredskap. Finnmarkssykehuset mener det må stilles samme kompetansekrav til vikarer. Dette kan innebære økte økonomiske kostnader da sykehusene selv må sende også vikarer på nødvendige kurs.
 - Under punktet traumeteam punkt 6 er ortopedisk bakvakt beskrevet. Vi mener det bør føyes på følgende parentes; (for de som har dette) da ikke alle akuttsykehus har ortoped i vakt.



- Vi stiller også spørsmål til en responstid på opptil 30 minutter for personell i hjemmevakt. Responstiden er doblet siden forrige anbefalinger. Det kan synes som det ligger økonomiske og/eller politiske motiver bak dette. Dersom dette ikke er tilstrekkelig faglig fundert bør de gamle anbefalingene fortsatt gjelde.
- Det er positivt at det poengteres behov for dedikert personell, stillingsstørrelse må vurderes ut i fra omfang på sykehuset.
- Under punktet obligatorisk kompetansekrav anbefaler vi en moderering til "ATLS *eller tilsvarende*".
- Punktet anbefalinger bør skrives om og flyttes til sterke anbefalinger. Vi mener pasienter som kommer til de sykehus med et lavt antall traumer vil nyte godt av at sykehuset har et obligatorisk krav til regelmessig trening. Etter vårt syn skal alle personellgrupper delta minst en gang pr år og i særdeleshet teamleder.
- Et hjelpemiddel som ikke er beskrevet her er VAKe eller annen form for videosamhandling. Dette punktet bør komme inn under anbefalinger.
- **Overføring av den alvorlig skadde pasienten:**
 - Under sterke anbefalinger bør det presiseres at kontakten vedrørende overføring av traumepasienter skal gå via AMK. Dette vil sikre dokumentasjon og planlegging av logistikktiltak. Den enkleste og sikreste måte ville være konferanse mellom aktørene: AMK, R-AMK, LAT-lege, traumeteamleder (både lokal og traumesenter).
 - Det bør også være en rettesnor på hvilket tidspunkt denne kommunikasjonen skal foregå. For å sikre at kriteriene fanges opp og brukes som et kommunikasjonshjelpemiddel kan ikke dette skje før etter et traumemottak er gjort og vitale parametere dokumentert.
 - Også i dette kapitlet savner vi videoassistert kommunikasjon som et kommunikasjonshjelpemiddel.
- **Traumesenter:**
 - Under punkt 3 på sterke anbefalinger oppleves det som sprikende krav til akuttsykehus og traumesenter. Akuttsykehusene forventer større kompetanse på traumesenteret av traumeteamleder, men kan risikere å møte på en LIS lege fra eget sykehus under utdanning.
 - Punkt 7 om formalisert samarbeid med prehospitale tjenester ønskes velkommen. Dette punktet kunne vært noe mer utdypet da det etterspørres at det tas et sterkere regionalt ansvar.
- **Rehabilitering:**
 - Det savnes en definisjon på når rehabilitering er ferdig på traumesenternivå.



- Under punkt 3 må det påpekes at rehabilitering på traumesenternivå **MÅ** være et helårstilbud.
- **Forebygging:**
 - Forebyggingens viktighet kan ikke understrekes nok. Det er viktig at det defineres hva som er foretakenes ansvar. Dersom foretakene og sykehusene skal bidra, er det viktig med en god strategi og bidra til kunnskapsspredning. Dette krever ressurser og økonomi som ikke er nevnt her.

Med vennlig hilsen

Finnmarkssykehuset

Jørgen Nilsen
Klinikksjef
Klinikk prehospitale tjenester
T 78 42 12 27, M 909 76 305
jorgen.nilsen@finnmarkssykehuset.no