

Oslo Universitetssykehus Ullevål HF**post@traumatologi.no**Vår ref.
2015/270 - 3522/2015Deres ref.
Brev av 7.4.15Saksbehandler
Steinar Bjørås,Dato
01.06.2015**Høringsutkast revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015**

Helse Midt-Norge RHF viser til tilsendt utkast til revidert traumeplan i Norge datert 7.4.2015.

Helse Midt-Norge RHF mener at planutkastet i det store og hele er et godt dokument som vil bedre traumesystemet nasjonalt og i Helse Midt-Norge.

Vi har forelagt planutkastet til vårt fagledernetverk for prehospitaltjenester og brukerutvalget i Helse Midt-Norge RHF. Deres anmerkninger gjengis nedenfor.

Fagledernetverket angir at dokumentet virker solid og gir et godt grunnlag for videreutvikling av traumesystemet i Midt-Norge.

Noen kommentarer til enkeltpunkter fra nettverket:

- **Overtriage** – Under avsnittet om kvalitetsindikatorer for aktiveringskriteriene hevdes det at «overtriage kun er et ressursproblem, og da kun på sykehus med store volum traumepasienter.» Store deler av vår region har lang transporttid til akutt sykehus med traumefunksjon, og begrensede prehospitaltjenester. En tvilsom indikasjon for transport til traumesykehus kan innebære unødvendig tap av beredskap i det aktuelle området i lengre tid. Også i sykehusenes akutt mottak vil et økt volum traumealarmere påvirke ressurstilgangen og mulighetene for å ta imot andre pasienter.
- **Overstyring av kriteriene** – Kriteriene (figur 2) må til en viss grad kunne overstyres av personell på stedet. Særlig gjelder dette når traumekompetent lege er på skadestedet.
- **Kriterier Skademekanisme** - Vi er enige i en begrensning i antallet kriterier under skademekanikk. Det er disse kriteriene som omfatter flest pasienter, og som i størst grad vil avgjøre omfanget av traumemottak ved sykehusene. Det er mulig «kjøretøy rullet rundt» og «fastklemt person» bør spesifiseres nærmere slik at alle aktører har en felles forståelse.
- **Tilleggskriterier** – Erfaringene fra flere av sykehusene i HMN er at ved noen av tilfellene med undertriage var pasientene under ruspåvirkning. Det bør vurderes hvorvidt rus burde inn som tilleggskriterium. Rus og fallskader fra lavere enn 5 meter har gitt flere tilfeller med undertriage ved Sykehuset Levanger for voksne pasienter.

- **Traumeleder** – Konferanse med traumeleder bør vektlegges i større grad. Særlig viktig er dette for å gi ambulanspersonell beslutningsstøtte i grensetilfeller eller der det er tvil omkring riktig destinasjon. Vi vil påpeke viktigheten av konferanse med traumeleder via AMK. Viktig at alle er i konferanse (inkludert AMK) og i loopen slik at alle har lik forståelse på samme tid.
- **30 vs 45 minutter** – Det er ikke kjent for Regionalt Fagledernetverk noen nye retningslinjer internasjonalt for tidsgrenser for transport prehospitalt siden forrige traumeplan ble forfattet i 2007. Altså bør ikke grensen på 30 minutter forandres til 45 minutter, da dette kan forverre prognosen til traumepasienten.
- **Nødmeldetjenesten** - Under kapittel nødmeldetjenesten vises det til utgått forskrift, ny fra 2015, bør påpekes.

Når det gjelder utsagnet om «*Opplæring av AMK-personell baserer seg stort sett på lokale tradisjoner og i mindre grad på nasjonale krav (kun beskrevet i begrenset grad)*», så er det ingen nasjonale krav for slik opplæring, men en anbefaling fra KoKom.

Vi støtter både sterke anbefalinger og anbefalinger under nødmeldetjenesten *unntatt* denne: «*Opplæring i Nødnett må ta hensyn til det nasjonale traumesystem og regionale destinasjonskriterier, slik at nye brukere vet hvordan man skal benytte Nødnettet i denne sammenheng*». Det som er viktig er bruk av konferansekopling mellom aktørene.

Når det gjelder kvalitetsindikatorer som skal gjelde for nødmeldetjenesten:

«*Andel av pasienter som ikke er sendt til riktig sykehus etter gjeldende destinasjonskriterier*», så avhenger denne av flere og andre i større grad enn AMK-operatørene. Dette angår mer traumeleder og prehospitale tjenester.

«*Fortløpende registrering av ekspedisjonstid*»: «*Ekspedisjonstid*» er ikke et definert begrep i definisjonskatalogen for den akuttmedisinske kjede. Det bør benytte begreper derfra. Hvis det er AMK reaksjonstid som menes bør det koples til bevisstløse og pasienter med unormal respirasjon.

Regionalt brukerutvalg


Videre er traumeplanen forelagt regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge.

De har følgende punkter å anmerke:

- Man mener at det må fokuseres på informasjon til pårørende i forhold til mottak av traumepasienter. Utpeking av ansvarlig person for denne oppgaven anses som viktig.
- Informasjon om handlingsplaner/førstehjelp ved trafikkulykker. Det bør utarbeides en enkel folder som viser hva man bør gjøre i slike situasjoner.
- Det må være krav om norsk språkforståelse for deltagere i traumemottak. Språkforståelsen må testes.
- Nasjonal kjernejournal må være tilgjengelig for alt helsepersonell som deltar i traumebehandling.

- Telefon nr. til pårørende må være lett tilgjengelig i mobiltelefoner. Helst bør det være en standard for dette.
- Det er viktig at behandlingsforløp etter traumer blir godt planlagt og kommunisert til pasient/pårørende og at det oppnevnes en kontaktperson som er lett tilgjengelig.

Med vennlig hilsen

for 
Kjell Åsmund Salvesen
direktør for helsefag, forskning og utdanning


Steinar Bjørås
Rådgiver

Kopi til:
Reg. fagledernetverk prehospitaler tjenester
Regionalt brukerutvalg