

Nasjonal Kompetansetjeneste i Traumatologi
Oslo universitetssykehus Ullevål HF
Postboks 4956 Nydalen
0424 OSLO

Vår ref.: Traumeutvalget Sykehuset Levanger

Dato: 28.5.2015

Høringsutkast revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

Viser til utsendelse av høringsutkast revidert nasjonal traumeplan,- en plan som vi synes omfatte mye og det meste som bør være med i en Nasjonal Traumeplan.

Vi mener det er fornuftig at fokus blir satt på rehabiliteringen av traumepasientene i denne reviderte planen. Likeså er det bra at brukerne/pasientene er satt i fokus i og med at det er lagt inn en sterk anbefaling at det opprettes brukerutvalg. Traumeutvalget ved Sykehuset Levanger har noen kommentarer. Vi vil prøve å knytte vårt hørings svar til det dere ønsker vi skal knytte kommentarene til.

Er det utviklingstrekk eller planer i tjenestene som denne planen ikke beskriver eller tar høyde for?

Vi kan ikke finne noe som planen ikke beskriver. Dette må i så fall være noe om hverdags traumer som vi ser flere og flere av(eldrebølgen...). Se senere.

Mangler det beskrivelser av ledd i behandlingsskjeden for den alvorlig skadde pasient?

Nei, ikke det vi kan se.

Er det anbefalinger som er for svake eller for sterke?

Det er greit at det i planen er listet opp minimumskrav som ikke skal fravikes. Vi har noen punkter vi vil kommentere:

1. Triagesystem.

Det står skrevet i planen at det er behov for enhetlige prosedyrer og standarder i hele landet. I den anledning mener vi at prehospitaletjeneste og akutt mottak i samme foretak MÅ benytte samme kriterier for å fastsette hastegrad. Uansett modeller må de ha felles nomenklatur. De MÅ «snakke samme språk». Alle må legge samme respons og mening bak triagekodene/fargene. Det er ikke rom for misforståelser spesielt i forhold til destinasjonssted og innmeldinger. Innmeldinger fra ambulansetjenesten skal blant annet være med å avgjøre om traumeteam blir aktivert.

2. Traumeteam

Greit at det er lagt inn som en «sterk anbefaling» at personell i hjemmevakt skal være tilstede innen 30 min etter første melding.

3. Overflytting av traumepasienter
Ved spørsmål om overflyttinger av pasienter til traumesenter skal traumeleder kontaktes. Dette er lagt inn som «sterk anbefaling» i traumeplanen. Dette er vi helt enige i.
4. ATLS kurs
LIS kirurgi, LIS ortopedi og LIS anestesi skal blant annet ha ATLS kurs. Lokalsykehusene bekoster i dag mange ATLS kurs for LIS som rimelig raskt forsvinner til regionale sykehus(traumesykehusene). ATLS bør derfor være kurs som de regionale foretakene evt traumesentrene bekoster/subsidierer.
5. Overtriage og undertriage
Grense på over og under 15 kan virke noe «streng». Skal en gå ut fra en slik grense så er drøye 90% av traumemottakene ved sykehusene i dag overtriage. Overtriage kan være et ressursproblem ved mindre sykehus med relativt få kirurger og anestesileger på vakt til enhver tid.
Det kan løses ved at man innfører 2-delt team med klare prosedyrer og kriterier for utløsning av større team etter mottak.
Man må kompensere dette med utstrakt bruk av teamøvelser.
Vi mener vi at man kan vurdere å bruke verdien NISS i stedet evt i tillegg til ISS. Da vil vi også få samsvar med inklusjonskriterier for pasienter som skal inkluderes i Nasjonalt Traumeregister.

Er anbefalingene til de enkelte ledd konkrete og etterprøvbare?

Vi synes de er gode og konkrete og med nasjonalt traumeregister på plass skal det etter hvert være mulig å etterprøve hvordan sykehusene behandler traumepasientene.

Vil formatet være anvendelig i daglig praksis, og muliggjøre løpende revisjon?

Ja, det virker slik.

Til slutt vil vi si noe om «Kriterier for alarmering av traumeteam» (Figur 3.) Det sies det kan være mulighet for lokale tilpasninger men «ikke lokale fravalg». Dagens kriterier er noe svake mht. til enkelte skadetyper som gjerne kalles hverdags-traumer, men som ofte trenger gode traumemottak. Kan nevne sykkelskader, hesteulykker og lavenergifall,- spesielt hos eldre. Erfaringsmessig har enkelte mottak av slike pasienter ikke utløst traumeteam på tross av til dels omfattende skader. Ruspåvirket pasient burde kanskje ha vært lagt inn som kriterie under spesielle hensyn. Skal en begrense antallet kriterier under skademekanikk er vi redd for at flere traumepasienter vil komme til akuttmottak uten at traumeteam er aktivert. Vi tror ikke det er veien å gå for å begrense overtriage på akuttsykehus med traumefunksjon..

Enkelte ganger kan ikke ustabile pasienter flyttes over til traumesenter for behandling. Traumeplan kunne ha sagt noe om transport av operatører **fra** traumesenteret til akuttsykehus med traumefunksjon for å bistå med livsnødvendige operative inngrep.

Lykke til videre med arbeidet med nasjonal traumeplan.

Med vennlig hilsen

Anne Fresvig
Leder traumeutvalget Sykehuset Levanger


Sturla Røiseng
Traumekoordinator