



Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi

Deres ref.:

Vår ref.: 15/1825

Dato: 13.05.2015

## **Hørings svar - Revidert nasjonal traumeplan**

Fagdirektørene i de regionale helseforetak (RHF) ga i november 2013 Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi (NKT-Traume) i oppdrag å lede revisjon av «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter - Traumesystem» fra 2006. NKT-T ber nå om tilbakemelding på utkast til nasjonal traumeplan.

Høringsutkastet er logisk inndelt og har en ryddig struktur. Utkastet er foreløpig litt tungt lesbart og inneholder bl.a. ingen innholdsfortegnelse. Legeforeningen regner med at dette skyldes at teksten er ment for et elektronisk format og at god lesbarhet vil bli ivaretatt.

Innledningsvis blir det forklart hvordan litteratursøk og kunnskapsinnhenting er gjort. Kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene, inklusive hvilke referanser som er brukt, blir gjort rede for i hvert kapittel. Dette gjør at planens anbefalinger er transparente og etterprøvbare.

Ved å foreslå kvalitetsindikatorer for ulike områder, gir planen også hjelp til kvalitetssikringsarbeid lokalt og nasjonalt.

Planen bruker i stor grad konkrete mål for kompetanse og kvalitet i stedet for indirekte mål som f.eks. befolkningsgrunnlag. Et unntak fra dette er kapittelet om avansert prehospital behandling hvor man har en *sterk* anbefaling om at LAT-lege må være spesialist i anesthesiologi i stedet for å beskrive hvilken realkompetanse LAT-legen skal ha. Gjeldende formulering vil utelukke andre spesialiteter som også kan opparbeide seg nødvendig relevant kompetanse. Problemstillingen kan bli aktualisert ved en eventuell spesialitet innen akuttmedisin. Legeforeningen foreslår at planen blir mer nøytral i sin beskrivelse slik det er gjort for funksjonen som teamleder på sykehus.

I høringsutkastet (s.32) blir det poengtert at det bør utarbeides nasjonale retningslinjer/prosedyrer for å unngå ulik praksis ved flere baser. Nasjonale retningslinjer er viktig innen mange felt som omfattes av planen, f.eks. er det en rask utvikling av prehospital anvendelse av blod- og plasmaprodukter samt hemostatika og en nasjonal retningslinje vil kunne kvalitetssikre slik behandling.

Planen omfatter i hovedsak personell i fremste linje ved initial behandling av hardt skadde. Det er imidlertid flere viktige områder innen traumatologi som ikke er omtalt spesifikt i planen. Dette gjelder bl.a. innen nevrokirurgi, transfusjonsmedisin, gynekologi og skader på barn.

### Legevakt

Krav til legevaktslege og kommunal legevakt synes godt sammenfallende med akuttmedisinforskriften. Legeforeningen støtter anbefalingene som setter krav til kompetanse og trening hos legen. Det er viktig at planen gir kommunen et tydelig ansvar for opplæring, beredskap og utstyr, slik at legevaktlegen settes i stand til å utøve sine oppgaver i den akuttmedisinske kjeden.

### Nødmeldetjenesten

Det må fokuseres mer på samarbeid mellom AMK og legevakt. Det bør implementeres i prosedyre at AMK operatør *skal* varsle legevaktslege ved alle røde utrykninger. Unnlattelse av melding bør registreres som avvik.

Etter hvert som AMK-distrikt slår seg sammen er det også viktig å påpeke at AMK operatørene må kjenne det geografiske området de dekker. Mangel på slik kunnskap kan bidra til å sette den skadde pasientens liv i ytterligere fare.

### Ambulansetjenesten

Legeforeningen støtter anbefalingen om scenariotrening med førstelinjen/LV/kommunene hver 6 mnd. Det må også gjøres tydelig hvem som har ansvaret for å organisere disse øvelsene/treningen.

### Nødnett

Det er ønskelig at planen er mer spesifikk på hvilken kompetanse AMK-operatørene skal ha. Det skisseres at alle AMK-operatører må være helsearbeidere og ha gjennomgått systematisk opplæring. Innholdet i slik opplæring er ikke spesifisert. Legeforeningen vil henlede oppmerksomheten på kompetanse for å håndtere barn og personer i psykisk krise som innringere.

### Akuttsykehus med traumefunksjon og traumesentra

Det stilles en lang rekke krav til alle sykehus som skal ha traumefunksjon, men det sies lite om hvordan man skal sikre at disse sykehusene oppfyller kravene. Er dette tenkt som en godkjenningsordning? Det må i så fall beskrives hvem som skal godkjenne sykehusene og hvor lenge en slik godkjenning skal gjelde.

### Ivaretagelse av barn

Legeforeningen vil presisere at det er viktig å ta godt hånd om barn som har vært involvert i en ulykke og barn som pårørende (jfr. Helsepersonelloven § 10a og § 25 tredje ledd og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a ).

Det må tidlig avklares om barn er involvert og det må foreligge planer for hvordan disse skal tas hånd om. Alle ledd i kjeden må ha rutiner for hvordan barn skal håndteres, dette gjelder også innenfor kommunalt ansvarsområde.

### Ivaretagelse av gravide

Legeforeningen savner omtale av hvilke tilstander og skader man spesielt bør være oppmerksom på i traumemottak av den gravide pasient. Gynekolog bør varsles og være tilgjengelig når en slik pasient ankommer sykehuset. Placentaløsning er eksempel på en potensielt livstruende tilstand for mor og barn og bør raskt utelukkes hos den gravide pasient som har vært utsatt for et høyenergitraume. Et katastrofesectio (sectio innen 15 minutter) kan være nødvendig prosedyre ved placentaløsning.

### Transfusjonsprosedyrer:

Behandling av blødning er å stoppe blødningen. Transfusjon ved større blødning er viktig for å oppnå hemostase og er en integrert del av Damage Control Resuscitation. Legeforeningen mener at transfusjon ved større blødning bør vies større oppmerksomhet i den nasjonale traumeplanen, både fra organisatorisk og behandlingmessig synsvinkel. Legeforeningens fagmedisinske forening på området deltar gjerne i utarbeidelse av emnet.

Det bør defineres minstekrav for transfusjonsprosedyrer samt nasjonale standarder for transfusjonspakker. Det er imidlertid lite trolig at alle akuttstusykehus vil kunne ha tilgang til trombocyttkonsentrat 24/7 og det må gjøres en vurdering av om dette vil ha noen innvirkning på eventuell godkjenning av akuttstusykehus med traumefunksjon.

### Kompetanse innen psykiske reaksjoner

Det er i liten grad beskrevet hvilken kompetanse helsepersonell skal ha om psykiske reaksjoner ved krisesituasjoner. Slik kompetanse er viktig for å kunne håndtere den akutte situasjonen. Oppfølging av psykiske reaksjoner skjer vanligvis via fastlegen, men så lenge pasienten er på sykehus, må det finnes gode rutiner for slik oppfølging under oppholdet. Det er også viktig å ha rutiner for ivaretagelse av pårørende.

### Andre kommentarer

I planen brukes begrepet nasjonalt ressurscenter uten at det er definert hva som menes med begrepet. Dette må defineres.

Videre er det noen unøyaktigheter innen nevrokirurgiske problemstillinger:

- Det brukes begrepet hjernerystelse i stedet for den gjeldende HISS gradering lett hodeskade.
- Indikasjon intubasjon: GCS  $\leq 8$  ( i stedet for GCS  $< 8$  slik det står).
- Overflytningskriterium: Ved omtale av ”Spinalskade eller ustabil rygg/nakkefraktur”, bør man benytte det mer spesifikke begrepet ”**Ryggmargsskade** eller ustabil rygg/nakkefraktur”.
- Det er anslått at antall pasienter med traumatisk ryggmargsskade er 60 per år. Dette er lavere enn hva som foreligger av ryggmargsskader bare i cervikalt nivå per år. Det totale antall ryggmargsskader i Norge pr år er ukjent. Ved argumentasjon rundt rehabiliteringsressurser bør man etterstrebe en sikrere dokumentasjon for antall ryggmargsskader snarere enn å sette dette alt for lavt.

Med hilsen  
Den norske legeforening

*Sign*  
Geir Riise  
generalsekretær

*Sign*  
Bjarne Riis Strøm  
avdelingsdirektør