



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi

Postboks 4956 Nydalen

0424 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:

14/6284-3

VÅR REF: / OUR REF:

2015/1157 2 SAC

DATO: / DATE:

28. mai 2015

Høring - nasjonal traumeplan - Traumesystem i Norge 2015

Statens helsetilsyn viser til brev av 7. april 2015 angående høringsutkast revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015.

Traumeplanen virker klargjørende og vi ønsker denne velkommen.

Vi har likevel funnet grunn til å komme med merknader til noen av kapitlene i traumeplanen.

Våre tilsynserfaringer fra den prehospitalt helsetjeneste har vist at manglende øving i samhandling, uklare ansvarsforhold, uklare prosedyrer og manglende risikovurderinger har medført uforsvarlig helsehjelp.

I teksten har vi benyttet kapitteloverskriftene fra traumeplanen og tekst fra planen er satt i kursiv. Våre vurderinger og bemerkninger kommer under hvert enkelt kapittel.

Implementering

Vår vurdering:

Implementering av traumeplanen er ikke et eget punkt i planen, men planen påpeker at ansvaret ligger i ledelsen av de prehospitalt tjenestene og i sykehusene. Vi vil fremheve de implementeringsprosesser som er nødvendig å gjennomføre lokalt, regionalt og sentralt. Vår tilsynserfaring viser at spesialisthelsetjenesten har en utfordring når det gjelder implementering av dagens lovkrav og retningslinjer.

Dersom planen er forankret i de regionale helseforetakene, så forplikter det RHF i implementeringen både sentralt og lokalt, og i etablering og oppfølging av det samarbeidet mellom institusjoner og mellom nivå som er avgjørende for at planen skal fungere som forventet.

Identifisering av alvorlig skade

Introduksjon

”Sykehusbehandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade skal skje på traumesenter eller akuttsykehus med traumefunksjon. Helsesentre, legevakt, eller sykehus uten traumefunksjon har ikke organisert beredskap for behandling av alvorlig skadde, men kan brukes i påvente av transport.”

Vår vurdering:

Traumeplanen tar i liten grad opp hva som skal utføres i slike helseinstitusjoner i påvente av transport. Vår tilsynserfaring viser at det vil være behov for avklaring om hva som forventes utført i påvente av transport, hvem som skal kontaktes og hvem som skal ta avgjørelsen om når pasienten skal dra videre. Det samme forholdet vil komme frem der helsepersonell i prehospital tjeneste identifiserer behov for å gjøre en stans ved en slik helseinstitusjon for sikring av frie luftveier og eventuell tilførsel av intravenøs væske/blodtilførsel. Det er behov for en avklaring av hvilke forventninger som stilles til slike helseinstitusjoner og hvilke tiltak som kan tenkes gjennomført der.

Nødmeldetjenesten

Sterke anbefalinger:

- *Kriterier for bruk av prehospital anestesilege må være like*
- *Like retningslinjer for når traumeteamleder skal kontaktes av ressurser på skadestedet/under transport (ambulanse, luftambulanse)*
- *Alle AMK-sentraler skal ha tilgjengelig AMK-lege 24/7 for konsultasjon/beslutningsstøtte. Dersom dette primært ivaretas av luftambulanselege må der være robuste system for back-up når denne er utilgjengelig grunnet oppdrag*

Vår vurdering:

Ansvarsbeskrivelse og rollebeskrivelse for involverte anestesileger, anestesisykepleiere, traumeleder ved sykehus med traumefunksjon, traumeleder ved traumesenter, LAT-lege og AMK-lege har vist seg i flere tilfeller å være utydelige. Hvilken lege samarbeidende helsepersonell skal rapportere til og hvilken lege som skal ta den medisinske beslutningen til enhver tid i perioden frem til pasienten er ankommet sykehus for sluttbehandling (traumesenter), har i flere hendelser vist seg å være utydelig. Ved gjennomgang av lydlogg i forbindelse med tilsyn har vi i flere tilfeller funnet at heller ikke den muntlige kommunikasjon dokumenterte på entydig måte at ansvar for pasienten var overført til annen lege. Avgjørelser tas ikke alltid eksplisitt, men fremkommer som konsensus uten at den blir synliggjort/oppsummert av den som er definert å ha det medisinskfaglige ansvar. Traumeplanen burde vise til en tydeliggjøring av den medisinske beslutningen.

Anbefalinger:

- *AMK bør ha oppdaterte oversikter over hvilke spesialiserte tilbud det enkelte sykehus har*

Vår vurdering:

De prehospitaltjenestene må forholde seg til mange bestemmelser om hvilke tilstander som skal behandles hvor som følge av funksjonsfordelingen av spesialiteter mellom akuttsykehus og traumeplanens retningslinjer om fordeling av pasienter. Det

vil være krevende for de prehospitaltjenester på alle nivå å holde seg oppdatert om hvor den enkelte pasient skal behandles. Vår erfaring er at AMK har en sentral rolle for beregning av avstander og ankomsttider for pasient og ressurser. De får også en sentral rolle i å angi for prehospitalt helsepersonell fra eget distrikt, andre distrikt og fra LAT, om den akuttmedisinske beredskap i sitt område herunder om funksjoner i de lokale sykehus. Vår tilsynserfaring har vist at der AMK-operatør har mangelfull kunnskap om den akuttmedisinske beredskap og de begreper som benyttes angående utstyr og funksjoner, fører det til ikke optimale avgjørelser. Akuttmedisinforskriften stiller krav om at AMK skal ha system for å holde oversikt over den akuttmedisinske beredskap i og utenfor eget ansvarsområde. Traumeplanen bør henwise til at AMK skal ha den oppdaterte oversikten over aktuelle behandlingssted som kan benyttes i ulike tilfeller og at de kan gi informasjon om dette til helsepersonell som er under utrykning.

Ambulansetjenesten

Introduksjon:

”Arbeidssituasjonen ved alvorlige traumer langt fra traumesenter og akuttisyrkehus med traumefunksjon er svært ulik med eller uten tilgang til luftambulans på stedet. Særlig i slike situasjoner ansees rask tilgang til konferansekopling med traumeleder nødvendig.”

Vår vurdering:

Vår tilsynserfaring har vist at det er en utydelig rollefordeling mellom AMK-lege, traumeleder og mottakende sykehus som evt. ikke har traumeleder. Det er heller ikke spesifisert i sjekklisen om ambulanspersonell skal ha kontakt med traumeteamleder, AMK-lege eller LAT-lege.

Traumeplanen omtaler at ambulanspersonell må forstå egen kompetanse. Vi har også sett at prosedyrer som inneholder instruks om at helsepersonell med mindre erfaring og mindre kompetanse skal ta kontakt med personell med mer erfaring og høyere kompetanse når de er i tvil om egen vurdering er riktig, ikke fungerer i alle tilfeller. Prosedyren er avhengig av at helsepersonell med den laveste kompetanse må erkjenne at de er i tvil, og at deres kompetanse er tilstrekkelig til å kunne oppnå en slik erkjennelse. I slike tilfeller har vi også sett at det er opp til de samme å vurdere hvilken kompetanse de må etterspørre.

Etter vår mening bør det vurderes å ta med i traumeplanen om det alltid skal være en fast lege som skal konsulteres ved definerte tilstander; AMK-lege, traumeteamleder lokalt, LAT-lege eller andre. Leveringssted burde også i slike tilfeller avklares med høyere kompetanse. Anbefalinger og sjekklisen i vedlegget er etter vår mening ikke tydelig nok på dette punktet. Figur 3 angir kriterier for alarmering av traumeteam og kunne eventuelt benyttes av ambulanspersonell som kriterium for å opprette direktekontakt med forhåndsbestemt lege, lokal traumeteamleder eller AMK-lege lokalt, som kan ta avgjørelse om videre konsultasjon. Det bør være ett fast kontaktpunkt. Det faste kontaktpunktet må ha prosedyre for videre konsultasjon.

Avansert prehospital behandling

Sterke anbefalinger

- *Klare retningslinjer for når LAT lege, eller annen spesiallege med anestesilogisk kompetanse, skal rykke ut må utarbeides for å gi AMK-sentralene adekvat beslutningsstøtte. Dette verktøyet bør være elektronisk for å oppnå rask beslutning og raskt utkall*

Vår vurdering:

Ansvarsforhold i forbindelse med at LAT lege ankommer pasient eller er i kommunikasjon med involvert helsepersonell før ankomst, er ikke tatt opp i anbefalingene. I vedlegg 1, Traumehåndteringsprosedyre fra systembok for Luftambulansesavdelingen, OUS, er dette berørt i punkt 3: ”Gjennomføre rask og skånsom transport til sykehus med rett kompetanse i forhold til pasientens skadeomfang. I dette ligger også luftambulansens ansvar i forhold til rask og riktig tilbakemelding til AMK og mottakende sykehus.”

Vi mener det bør tydeliggjøres ansvar og rollefordeling mellom LAT lege, AMK-lege lokalt, AMK-lege regionalt, lokal traumeteamleder, traumeteamleder ved traumesenter og ansvarlig lege ved mottakende sykehus. Ansvar og kommunikasjonsveier bør være forutbestemt.

Overføring av den alvorlig skadde pasienten

Introduksjon

Overføring i den akutte fasen

”Hvis den alvorlig skadde pasient har ufri luftvei, respirasjon og/eller sirkulasjon som ikke kan håndteres prehospitalt kan det være nødvendig å transportere pasienten til nærmeste akuttisyrkehus med traumefunksjon selv om traumesenteret er mindre enn 45 minutter unna, og dette sykehuset ikke kan gjennomføre endelig behandling.”

Vår vurdering:

Det bør også være beskrevet hva som kan gjøres eller absolutt ikke kan gjøres på andre akuttisyrkehus uten traumefunksjon med ulike sammensetninger (for eksempel kun indremedisin, evt. ortopedi osv). Selv om det er klart at disse sykehusene ikke er endelig bestemmelsessted så ser det ut til at pasienter kan havne der av ulike årsaker og for ulike formål, mer eller mindre gjennomtenkt. Det er relevant for prehospitalt helsepersonell å benytte sykehus uten traumefunksjon for stabilisering av ufri luftvei og blodtilførsel når sykehuset er nært og avstand til sykehus med traumefunksjon er lang. Vi vil her vise til situasjoner der pasient må legges i narkose for sikker trakealintubasjon og helsepersonell ikke kan utføre dette på skadestedet. Det er tilsynelatende ulike synspunkter på om disse sykehusene skal lukke øyne og ører for traumer og håpe at de ikke mottar traumepasienter, eller om de skal drive trening på BEST og ATLS og lignende likevel. Her savnes drøftinger og om mulig retningslinjer.

Under punktet ”anbefalinger” er det et punkt som omhandler retningslinjer for kommunikasjon: *På regionalt nivå bør det innføres standardiserte retningslinjer for kommunikasjon ved alvorlig skadde pasienter (vedlegg 1)*

Vår vurdering:

Vedlegg 1 gir i punkt 3 en struktur for kontakt fra lokal AMK og lokal AMK-lege med regional AMK og regional AMK-lege. Det er ifølge vedlegget R-AMK som skal varsle R-AMK-lege og traumeteamleder ved traumesenter. Målet i punkt 5 er tydelig. Vi vil likevel bemerke at kommunikasjonsveien fra ambulanse via L-AMK, L-AMK-lege, lokal traumeteamleder, LAT-lege, R-AMK, R-AMK-lege, traumeteamleder ved traumesenter og evt. andre involverte, ikke er tydelig nok.

Det er etter vår erfaring også knyttet usikkerhet til rolle og ansvar som anestesisykepleier har ved deltakelse i ambulansetrykning og hvilken lege de rapporterer til. Skal de for eksempel rapportere til egen anestesilege som har ansvar for den anesthesiologiske virksomheten på vakt i det sykehus der anestesisykepleier er ansatt?

Vi vil anbefale at roller, ansvar og kommunikasjonsveier blir tydeliggjort.

Avslutning

Til slutt vil vi bemerke at det også burde være en avklaring på hvilken status traumemodellen skal ha i forhold til akuttmedisinsforskriften.

Med hilsen

Heidi Merete Rudi etter fullmakt
assisterende direktør

Ståle Ackermann
seniorrådgiver

Dette dokumentet er godkjent elektronisk, og sendes derfor uten signatur

Saksbehandler: Ståle Ackermann, tlf. 21 52 98 61