



Drøbak, 30. mai 2015

Høringssvar til revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

Stiftelsen Norsk Luftambulansse (SNLA) er ikke høringsinstans i denne saken, men vi tillater oss likevel å sende inn våre betraktninger og innspill til revidert nasjonal traumeplan. SNLA støtter arbeidet med å revidere eksisterende nasjonal traumeplan. Endringer i sykehusstruktur og kompetansetilgang både i og utenfor sykehuset gjør det nødvendig med jevnlig evaluering og revisjon av eksisterende planverk. Samtidig har ny forskning og erfaringer de siste årene gitt ny viten som gir grunnlag for, og stiller krav til, nødvendige endringer i traumesystemet, slik at tilbudet til befolkningen styrkes. Vi vil her spesielt fremheve erfaringene fra 22. juli 2011. Selv om det dreier seg om erfaringer fra en ekstrem hendelse med en påfølgende ekstrem belastning på helsevesenet er det flere forhold i håndteringen av de skadde fra Oslo sentrum og Utøya som lar seg overføre til en normal situasjon eller ekstrapolere til masseskadesituasjoner av mindre skala. I den forbindelse vil vi på generelt grunnlag påpeke at masseskadesituasjoner ikke er beskrevet i denne traumeplanen. En nasjonal traumeplan bør beskrive forhold utover håndteringen av den enkelte traumepasienten, men også forhold relatert til håndtering av mange traumepasienter innenfor samme tidsrom. Utkastet til traumeplan slik det foreligger nå, beskriver i stor grad forhold på operativt nivå (der hvor pasienten og behandleren er) og i noe grad forhold på taktisk nivå (koordinering av enkelt leddene i tjenesten, for eksempel kjeden som redder liv). Derimot beskriver planen i svært liten, eller ingen grad forhold på strategisk nivå (koordinering av traumesystemet på et overordnet plan, for eksempel i kriser og situasjoner med masseskader, eller hendelser med over regional innsats). For å få en helhetlig tilnærming til tema anbefaler vi at dette blir inkludert i planen. Vi kan ikke se at det er noe i mandatet for revisjonen som taler mot dette.

I det videre gir vi våre kommentarer kapittelvis.

Kap: Identifisering av alvorlig skade

Under STERKE ANBEFALINGER

Revidert traumeplan nevner ingenting om differensierte traumeteam (to-delt traumeteam). Dette konseptet er innført ved flere traumesykehus i dag (for eksempel Ullevål og Stavanger Universitetssykehus). To-delt traumeteam har vist seg resurs effektivt (Rehn M et al. Efficacy of a two-tiered trauma team activation protocol in a Norwegian trauma centre. Br J Surg 2012, 99: 199 – 208.). SNLA savner en beskrivelse av muligheten for differensiert traumeteam eller vurdering av det.



Figur 2: Kriterier for å mistenke alvorlig skade.

SNLA savner alderstilpassede verdier for vitale funksjoner:

- Grenseverdi for systolisk blodtrykk ≤ 90 er gyldig for voksne pasienter, men ikke nødvendigvis for geriatriske eller pediatrike pasienter. Systolisk blodtrykk ≤ 90 hos barn inntil 5 år er å anse som innenfor normalen. Geriatriske pasienter med systolisk blodtrykk ≥ 90 kan i noen tilfeller også være hypotensive. Vi anbefaler derfor at det settes en høyere beslutningsgrense for systolisk blodtrykk for eldre pasienter og at det angis aldersspesifikke verdier for barn under 12 år (se for eksempel: Advanced Paediatric Life Support: The Practical Approach (APLS) 5th Edition. Plymouth, UK; BMJ Books; 2011 eller Nasjonal veileder for masseskadetriage)
- Hjerterefrekvens > 130 er innenfor normalen hos barn inntil 5 år. For geriatriske pasienter kan lavere hjerterefrekvenser enn 130/min også indikere livstruende skade. Vi anbefaler derfor at det settes lavere beslutningsgrense for geriatriske pasienter og angis aldersspesifikke verdier for barn under 5 år (se forrige punkt).
- Verdiene for respirasjonsfrekvens er også for generelle. Vi anbefaler at det også her angis særskilte verdier for barn (se første punkt).

Kap: Nødmeldetjenesten

Under STERKE ANBEFALINGER / ANBEFALINGER

Nødmeldetjenesten må være robust nok til å kunne håndtere en koordinering av resurser ved katastrofer og masseskader, spesielt ved hendelser som involverer resurser fra flere regioner eller hendelser av over-regionalt omfang. Erfaringer fra 22. juli 2011, men også andre masseskadehendelser påpeker viktigheten av dette. I den nye Akuttforskriften stilles det for første gang formelt krav til "Regional AMK" (§14e). Vi savner noen ord om dette i gjeldende kapittel, for eksempel en stillingstagning til om en "Regional AMK" bør ha samme geografisk lokalisering som regionalt traumesenter. SNLA savner også en beskrivelse av koordinatorene for luftambulansetjenesten (LAT koordinator) i AMK, og mener dette bør komme som en svak anbefaling i påvente av erfaringsdata fra AMK Oslo Akershus, hvor dette allerede er innført.

Kap: Ambulansetjenesten

Som det påpekes i introduksjonen er kompetanse viktig, men at det er stor variasjon i kompetansenivå blant ambulansesarbeidere. SNLA mener at dagens ambulansefagutdanning ikke imøtegår de økende utfordringene i prehospital medisin vi ser i dag. En rapport fra Canada (Bigham et al. Patient safety in emergency medical services. Canadian Patient Safety Institute, 2010) påpeker at ambulansesarbeideres evne til å ta kritiske beslutninger i en stadig mer kompleks klinisk hverdag er den største trusselen mot pasientsikkerheten utenfor sykehuset. Ambulansefaget må derfor styrkes enten i grunnutdanningen eller i etterutdanningen for å møte disse utfordringene. Som det også nevnes i introduksjonen ble det etablert en bachelor utdanning i ambulansefag og en masterutdanning i akuttmedisin i 2014. Dette bør være fremtidige standarder for utdanning og kompetanseheving i ambulansefaget og ikke kurskonsepter som PHTLS. Slike LS kurs har vist seg å være lite fleksible i innhold og har lang latens på å ta opp i seg ny kunnskap til formidling. SNLA er derfor kritisk til at PHTLS er angitt under STERKE ANBEFALINGER som må-kompetanse for minst en ambulansesarbeider i ambulansefartøyet. SNLA mener det er mer riktig å anbefale nasjonale lære- og kompetanseplaner for ambulansepersonell i Norge slik at lik kompetanse sikres allerede i grunnutdanningen. Akuttforskriften stiller krav om autorisasjon hos minst en om bord i ambulansefartøyet, noe som dermed er implisitt med gjennomført grunnutdanning. Det skal her bemerkes at man ikke en gang i grunnutdanningen i ambulansefaget på VK2 nivå har klart å enes om en nasjonal læreplan.



SNLA foreslår derfor følgende endring under STERKE ANBEFALINGER:

Strykes:

- *“Minst en ambulansearbeider på bilen må ha PHTLS eller tilsvarende traumekompetanse”*

Erstattes med:

- *“Det må utarbeides en nasjonal læreplan for grunnutdanning i ambulansefaget som sikrer lik traumekompetanse i ambulansetjenesten nasjonalt. Inntil slik plan foreligger må nødvendig traumekompetanse sikres gjennom etterutdanning av eksisterende personell og foreligge hos minst en om bord i ambulansefartøyet”*

Kap: Kommunal legevakt

Under STERKE ANBEFALINGER, Krav til lege i vakt

SNLA viser til at avlastning av pneumothorax med nål er meget omdiskutert mtp effektivitet (se for eksempel <http://www.trauma.org/archive/thoracic/CHESTtension.html>). Vi stiller derfor spørsmål ved om det er riktig å innlemme denne teknikken i krav til leger i legevakt. Selv ved livstruende overtrykkspneumothorax (bevisstløs pasient, truende respirasjons og sirkulasjonssvikt) er effekten av avlastning med nål sannsynligvis usikker. Det kan gi en midlertidig avlastning, men er ingen permanent løsning og pasienten vil kreve thoracostomi med dren. Thoracostomi uten innleggelse av dren er riktignok et mer omfattende inngrep, men vil ha større effekt ved livstruende overtrykkspneumothorax. Ved våken pasient og mistanke om overtrykkspneumothorax kan støttende behandling med sittende leie og oksygen på maske med reservoar være en bedre løsning enn forsøk på avlastning med nål. Vi er derfor skeptisk til at denne teknikken ukritisk innlemmes som en sterk anbefaling.

SNLA støtter kravet om at legevaksleger skal kunne holde fri luftvei, men ikke intubere. Vi mener imidlertid at det også må stilles krav om at legen kan ventilere pasienten med maske bag. Dette anser vi som et basalt tiltak som bør beherskes av alle innen spesialisthelsetjenesten utenfor sykehuset, herunder legevakslegen.

Kap: Avansert prehospital behandling

Under ANBEFALINGER:

SNLA støtter kravet om innføring av EPJ i ambulansetjenesten. Samtidig er vi opptatt av at data variablene som velges i en fremtidig EPJ må være validerte og sammenlignbare med andre tjenester ikke bare nasjonalt, men også internasjonalt. Vi mener derfor det må stilles krav om at EPJ er basert på eksisterende datavariabler fra eksisterende konsensusbaserte variabelsett som for eksempel Utstein variablene for prehospital hjertestans, prehospital avansert luftveishåndtering og legebemannet utrykningstjeneste.

Under PROSESSINDIKATORER

SNLA mener “adekvat ABC” er en svært upresis indikator. Dette må defineres mer presist, utelates eller erstattes med annet. Endringer i vitalparameter vil for eksempel høre naturlig under Resultatindikatorer, mens om ABC faktisk er registrert og dokumentert er en Prosessindikator.

Kap: Alarmering av traumeteam

Under STERKE ANBEFALINGER

SNLA vil gjøre oppmerksom på at det er internasjonalt akseptert at traumeteam aktiveres med bakgrunn i fire (ikke tre kriteriekategorier): Fysiologi, åpenbar anatomisk skade, skademekanikk og komorbiditet. Dette fremgår for så vidt i “Kriterier for alarmering av



traumeteam”, men kriterie fire (komorbiditet) er ikke definert som et selvstendig kriterie. SNLA stiller derfor spørsmål ved om retningslinjene bør si noe om traumeteamet skal aktiveres fra de prehospitalt enhetene eller i sykehuset, fordi vi mener at det kan tolkes slik at traumeteamalarmering er basert på skademekanikk alene. Flere vitenskapelige studier fra norske traumesentre har vist at skademekanikk alene har dårlig prediktiv verdi (genererer uakseptabel overtriage). Disse studiene er ikke nevnt eller referert noe vi etterlyser. En massiv overtriage representerer et pasientsikkerhetsproblem for andre pasienter i sykehuset (for eksempel pasienter som ligger på intensiv) fordi en traumealarm binder opp personell (for eksempel vakthavende anestesilege på intensivavdelingen) i traumemottak. Dette har vist seg å både føre til ressursløsning, skape irritasjon og bidra til å demotivere nøkkelpersonell (i disse tilfeller vakthavende anestesilege på intensivavdelingen). En konsekvens av dette kan bli at traumeinteressen blant personalet faller fordi man i en særdeles travel vakt situasjon er nødt til å respondere på pasienter som ikke er skadd, men som faller inn under skademekanikkdefinisjonen (ulv ulv prinsippet). SNLA mener at dette problemet kan løses ved å innføre to-delt traumeteam; da kan skademekanikk være greit nok for å alarmere det lille teamet. Se også kommentar angående to-delt traumeteam over.

Under KVALITETSINDIKATORER

SNLA mener at definisjonen alvorlig skade ISS>15 er noe avleggs, og anbefaler at NISS>15 brukes.

Med vennlig hilsen
Stiftelsen Norsk Luftambulansse

Hans Morten Lossius /s/
Generalsekretær



Om Stiftelsen Norsk Luftambulansse (SNLA)

- *Norges største ideelle medlemsorganisasjon med drøyt 700 000 støtte-medlemmer.*
- *Hovedmålsetting er å utvikle luftambulanssetjenesten gjennom forskning, undervisning og utviklingsprosjekter til beste for den akutt syke og alvorlig skadde pasient.*
- *Har Europas største forsknings- og utviklingsmiljø innen prehospital akuttmedisin.*
- *En akuttmedisinsk kompetanse- og beredkapsorganisasjon som siden 1977 har bidratt til å styrke den akuttmedisinske redningskjeden.*
- *Har etablert nasjonalt utviklingssenter for luftambulanssetjenesten i Norge på Torpomoen, Al i Hallingdal.*
- *Støtter og finansierer tiltak for bedre beredskap ved luftambulansse- og redningshelikopterbasert i hele landet, uavhengig av operatør.*
- *Eier av Norsk Luftambulansse AS (NLA AS) som fra mai 2015 vil drive legehelikoptervirksomheten på 9 av Norges 12 luftambulanssebaser på oppdrag for Helseforetakenes nasjonale luftambulanssetjeneste ANS. 1. oktober 2014 startet NLA AS driften av Danmarks tre luftambulanssebaser. NLA AS drives som et non-profit selskap hvor eventuelle overskudd går tilbake til det ideelle formålet*