

NKT-Traume
Att. Torben Wisborg

Deres ref: Vår ref: 2015/1525- Berit Haaland, tlf 52732032 Haugesund,
16214/2015 01.06.2015

Høringsutkast revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

Viser til brev av 07.04.15 der Helse Fonna HF, som et av landets helseforetak, blir bedt om å gi tilbakemelding på revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015.

Helse Fonna HF har p.t. 3 akuttstusykehus med traumefunksjon. Foretaket har siden mars hatt et pågående arbeid med evaluering av deler av traumesystemet. Evalueringsarbeidet har tatt utgangspunkt i rapporten «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem, 2007». Ny revidert traumeplan er også gjennomgått i anledning dette arbeidet.

Helse Fonna HF ønsker å berømme Nasjonal Kompetansesenter for Traumatologi (NKT-Traume) for arbeidet som er gjort med revisjon av nasjonal traumeplan. Ny revidert nasjonal traumeplan gir en god fremstilling av de utfordringer og utviklingstrekk som danner grunnlag for revidering av traumesystemet. Det er mange elementer som påvirker utviklingsbilde for organisering av helsetjenester i Norge. Behovet for tjenester har endret seg i tråd med utviklingen for øvrig. NKT-Traume har i rapporten beskrevet det meste. Arbeid som ny nasjonal helseplan, ny spesialiststruktur og utdanning for leger og den nasjonale veilederen for organisering av akuttinntak kunne kanskje vært beskrevet i rapporten.

Forslag til ny revidert nasjonal traumeplan beskriver på en imponerende måte alle ledd i behandlingsskjeden for den alvorlig skadde pasient. Fra befolkningen generelt til det ansvaret som flere statlige etater har for utvikling, undervisning og rehabilitering. Rapporten beskriver fordelingen av ansvaret mellom traumesenter og akuttstusykehus med traumefunksjon på en god måte. Beskrivelsen av ansvarsforholdet mellom de 4 traumesenterne, akutt stusykehus med traumefunksjon og nasjonale funksjoner er noe uklar. Eksempelvis gjelder dette traumatiske amputasjoner. Skal det tas direkte kontakt fra akuttstusykehus med traumefunksjon eller via traumesenteret i regionen?

Innenfor hvert kapitel/seksjon kommer NKT-Traume med både sterke anbefalinger og anbefalinger. På spørsmål om anbefalingene er for svake eller for sterke har foretaket følgende tilbakemelding: Anbefalinger oppfattes som oppdrag av helseforetakene. De kan legge føringer for utvikling av foretakene og prioriteringer mellom oppgaver. Helse Fonna HF opplever en forventet utvikling av

anbefalingene fra forrige traumerapport fram til forslaget om ny revidert traumeplan. Det er lite som kommer som en overraskelse. Det er imidlertid uvanlig at nasjonale veiledere/retningslinjer kommer med anbefalinger i forhold til stillingsandeler. Det oppfattes som unødvendig å skissere minimumstillingsandeler knyttet opp mot traumekoordinator, traumeleder og registrar. Det vil uansett være helseforetakene som vil være ansvarlige for at funksjoner og arbeidsoppgaver blir utført i tråd med de anbefalinger som kommer fra helsedirektoratet i endelig rapport.

Når det gjelder anbefalinger om kompetanse til deltakere i traumeteam, spesielt anbefalingen om >4 års kirurgisk erfaring for traumeteamleder, vil mellomstore og små sykehus oppleve økt utrykning av overleger. På ressursiden kan dette gå ut over elektiv virksomhet på dagtid. Det er få LIS som har over 4 års kirurgisk erfaring på disse sykehusene da gruppe I tjeneste utføres på andre større sykehus.

Som format er ny revidert traumeplan - Traumesystem i Norge 2015 et godt arbeidsdokument. Den ville vært enda bedre dersom traumeplanen hadde innholdsfortegnelse, nummer på kapittel/seksjon og sidetall.

Andre tiltak som kan øke sjansen for overlevelse og bedre resultat for alvorlig skadd pasient:

Til kapittelet om «Identifisering av alvorlig skade» har foretaket følgende innspill (fra traumeutvalget ved Haugesund sjukehus):

Haugesund Sjukehus har pr. i dag traumekriterier tilsvarende OUS med 1 unntak, mopedist er lagt til på skademekanisme (se punkt under). Vi er et mellomstort sykehus med traumefunksjon (jf. definisjonen i traumesystemrapporten) med 100-160 traumealarmer årlig. Det er vår bakgrunn for høringsvar på foreslått nasjonale traumekriterier/traumesystemrapporten.

Skademekanisme:

- punktet "syklist eller fotgjenger påkjørt av motorkjøretøy" bør inkludere mopedist, evt. bruke begrepet «myk trafikant». Uten treff på fysiologiske eller anatomiske kriterier er de etter vår mening ikke tilstrekkelig ivaretatt til tross for samme skademekanisme/risiko for skade som syklist, uten vesentlig bedre beskyttelsesutstyr. I tillegg er mange mopeder trimmet, farten ofte høyere enn tillatt/oppgitt, og det er ofte unge mennesker med velfungerende kompensasjonsmekanismer. Med denne begrunnelsen og på bakgrunn av flere slike hendelser med alvorlig skade har vi inkludert dem i dagens tilsvarende traumekriterie.
- MC-ulykke uten treff på fysiologiske eller anatomisk kriterier får ikke traumemottak, mens fører/passasjer i bil m sikkerhetsbelte/airbag får. Med denne skademekanismen ser vi ikke at pasientsikkerheten ivaretas uten et systematisk traumemottak. Kan den evt. inkluderes i begrepet «myk trafikant», evt legge til MC i punktet foreslått over, selv om de bruker mer beskyttelsesutstyr?
- ett kriterie for: "Uavklart, med betydelig skademekanisme/mistanke om indre skade (blødninger) uten treff i skademekanisme ELLER ukjent hendelsesforløp OG kort transporttid". Dette for å fange opp pasienter med mangelfulle opplysninger om hendelse og kort avstand til sykehus som fortsatt kan kompensere. Viser til "Mulig alvorlig personskaade" i "Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp". Traumeutvalget sin begrunnelse: flere tilfeller uten treff på fysiologiske/anatomisk/skademekanisme-kriteriene, men funn/opplysninger som kan tyde på

alvorlig personskade på våken pasient som er ute av stand til å gjøre rede for hendelsen (desorientert- GCS 14/ amnesi/ruset). I tillegg mangler vitner og det er kort transporttid. Traumeutvalget ser faren for en stor økning i antall traumer og overtriage, kanskje en her bør ha en konferanseplikt med traumeteamleder.

Traumeutvalget ved Haugesund sjukehus ønsker likevel at innspillet blir vurdert og viser til eks:

1. fra vårt traumeregister: funnet i bunn av en trapp på utested, desorientert, GCS 14, lukter alkohol, sår og blåmerker, amnesi, ingen vitner. Ikke gjort traumemottak, manglet treff i fysiologiske/anatomiske/skademekanisme-kriterier. Får heller ikke treff i forslag til kriteriene i denne rapporten. Påvises alvorlig hodeskade, ISS 29
2. fra vårt traumeregister: falt av hest, husker hendelsen, bleik, ikke klam, moderate smerter i ve skulder/hemithorax. Miltblødning grad 4 påvises. Ikke gjort traumemottak pga. ikke treff i fysiologiske/anatomiske/skademekanisme-kriterier, heller ikke treff i denne rapportens kriterier.
3. Voldsoffer med GCS > 13 uten treff i fysiologiske/anatomiske/skademekanisme-kriterier som ikke kan gjøre rede for hendelsen/sin tilstand, har smerter «overalt».

Retningslinjer for observasjon av grensetilfeller "Traume":

Man finner ingen retningslinjer i rapporten for observasjonsnivå/pasientflyt for pasienter som ikke oppfyller kriteriene, men nær treff på "skademekanisme". F. eks. falt 4,5 m. – ikke 5 m. og trafikkulykke uten oppfylt traumekriterier. Lokalt virker det pr. i dag noe tilfeldig hvem som dimitteres på stedet av legevakt, evt. på legevaktkontoret, hvem som sendes til kirurgisk poliklinikk uten tilsyn/ringesnor i flere timer (på vakttid) og hvem som innlegges ØH for observasjon/triage i akuttmottak (vanlig øhjelp innleggelse). Eksempel på meldt avvik hos oss: ung mann falt 4,5 m, gått på beina til ambulansen, innom legevakt og levert på bære på kir. pol. uten tilsyn og uten ringsnor. "Funnet" på morgenvisten etter mange timer av sykepleier på vei til dagvakt. Hadde da lavt BT og mangelfulle opplysninger fra legevakt. Bør dette inkluderes i traumesystemrapporten, eller faller det utenfor og må settes i system lokalt? Lokalt har traumeutvalget meldt fra om forbedringspotensialet og jobber med samarbeidsløsning/informasjon om kriteriene til kommunehelsetjenesten og alternativ pasientflyt lokalt.

Tilbakemelding på «Kriterier for aktivering av traumeteam», sterke anbefalinger (Traumeutvalget Haugesund sjukehus)

- Traumeteam aktiveres når pasienten fyller ett av kriteriene i listen nedenfor
- Pasienter som etter ankomst viser seg å være alvorlig skadd skal utløse aktivering av traumeteam De 2 ovenstående pkt. kan leses som at en IKKE kan aktivere traumeteam før pasientens ankomst til sykehuset, noe som kan medføre at traumeteamet ikke står klar til pasienten ankommer og unødig tidstap. Bør gjerne presiseres i første punkt at det er utfra prehospitale opplysninger.

Over/undertriage

Fra registrar i traumeregisteret ved Haugesund sjukehus er det kommet et ønske om å belyse/stille spørsmål til ulike grenser/scoringssystemer for over-/undertriage i traumesystemrapporten og Nasjonalt traumeregister. Nasjonalt traumeregister har valgt NISS >12 som inklusjonskriteriet i registeret, mens en i traumesystemrapporten (og mye annen litteratur/forskning) benytter ISS >15 som definisjon på alvorlig skadde med den konsekvens at alle traumepasienter med ISS <16 blir definert som overtriage – og dermed «unødvendig» med traumemottak. Haukeland har en egen grense/statistikk der pasienter med ISS >9 beskrives som er «akseptabelt» å gjøre traumemottak på. Det er som kjent ofte store ulikheter på ISS og NISS score på samme pasient ved flere alvorlige skader i samme kroppsregion noe som medfører at slike pasienter defineres som overtriage. Dette var vel også begrunnelsen for å benytte NISS og ikke ISS i Nasjonalt traumeregister. Dette skaper en del diskusjoner i fht. prosentandel overtriage, og brukes også som argument av en del for å velge og ikke aktivere traumealarm etter skademekanisme-kriteriene. Lokalt jobbes det med å få alle til å etterleve kriteriene i praksis. Det har vært tilfeller der traumealarm er blitt avlyst eller ikke aktivert prehospitalt.

Helse Fonna HF vil avslutningsvis trekke fram arbeidet med å utvikle gode kvalitetsindikatorer for behandlingen av alvorlig skadde. Foretakene rapporterer i dag på mange indikatorer. I et system der antall rapporteringer bør gå ned slik at foretakene kan ha drifts – og utviklingsfokus, er kvalitetsindikatorer der data samles fra registrerte driftsparametere å foretrekke. Få, men gode kvalitetsindikatorer er å foretrekke, samt klare forutsetninger om å kunne bruke kvalitetsindikatorer til forbedringsarbeid. Systemfokus på traumesystemet er viktig. Et godt organisert traumesystem der ledelsen sørger for regelmessig gjennomgang av organisering er vesentlig for å kunne tilnærme seg de anbefalingene som kommer fra myndighetene.

Helse Fonna HF

Berit Haaland
Klinikkdirektør

