



Sak:	Utkast revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015		
Komité:	Traumekomiteen UNN Tromsø		
Saksbeh.:	Kristian Bartnes		
Ephorte nr.	2015/1713	25.05.2015	Kristian.Bartnes@unn.no

Høringsuttalelse fra Traumekomiteen UNN Tromsø, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Traumekomiteen UNN Tromsø (i det videre benevnt *Traumekomiteen*) takker for muligheten til å avgi høringsuttalelse. Våre synspunkter presenteres for hvert kapittel i planforslaget¹.

Innledning

I mandatet lå det en bestilling på et estimat av kostnader og personellbehov. Gruppen angir at "denne analysen ikke er klar". Flere av forslagene i planen innebærer sentralisering. For eksempel foreslås transport til traumesenter for pasienter med mistenkt alvorlig skade og alder over 60 år.

Det er liten tvil om at dersom foreliggende utkast blir vedtatt vil det medføre flere direkte transporter og flere overflytninger til traumesenter enn hva som er dagens praksis. Dette vil sannsynlig gi bedre og mer lik traumeomsorg i Norge, men vil også nødvendiggjøre en ressursoverføring fra lokalsykehus (som vil få færre traumepasienter) til traumesenter (som vil få flere). En slik beregning er ikke lagt fram i dokumentet. Bli anbefalingene vedtatt i den form de er foreslått, må det samtidig stilles krav om at disse beregningene gjøres regionalt, og at de ekstra ressurser som kreves blir stilt til rådighet for traumesentrene slik at de kan ivareta oppgavene.

Identifisering av alvorlig skadde

Traumekomiteen mener de forslag som foreligger for direkteoverføring fra skadested til traumesenter (figur 2) og overføring fra akuttisykehus med traumefunksjon (vedlegg 1, kapittel om Traumesenter) er rimelige og velbegrunnede. Vi forstår rasjonale bak anbefalingene hvor målet er bedre og lik traumeomsorg i Norge. Forslagene vil antagelig medføre større overtriage til traumesentra og mindre undertriage.

Figur 2 i planen angir en algoritme for transport av pasienter med mistenkt alvorlig skade. Det er angitt at pasienter med mistenkt alvorlig skade skal transporteres til traumesykehus med akutfunksjon dersom transporttiden til traumesenter er over 45 min. Traumekomiteen mener dette er en for bastant grense. Flere medlemmer framhevet at beslutningen i noen grad må baseres på skjønn og at medisinskfaglige vurderinger på skadestedet må veie tungt: Hovedregelen må være at alvorlig tilskadekomne snarest bringes til det sykehuset som kan gi definitiv behandling. Men dersom kompetent personell på skadestedet anser det som nødvendig, bringes pasienten i stedet til nærmeste akuttisykehus for stabilisering selv om definitiv behandling må skje på et mer spesialisert sykehus.

¹ Kst. overlege og regional traumekoordinator Trond Dehli er medlem av komiteen. Siden han er medforfatter av "Revidert nasjonal Traumeplan - Traumesystem i Norge", har han funnet det riktig å ikke delta i komiteens arbeid med høringsuttalelsen.



Komiteens anbefalte formulering er at *transport til traumesykhushus med akuttfunksjon bør vurderes dersom transporttiden til traumesenter er over 45 min.*

Komiteen stiller spørsmålsteget ved om alderskriteriet over 60 år alene bør kvalifisere for transport til traumesenter ved mistanke om alvorlig skade.

Førstehjelp

1) Introduksjon:

Henviser til vedlegg 1 i 1. avsnitt: "undersøkelser viser at det er mange traumepasienter som dør før de ankommer sykehus og at enkle førstehjelpstiltak vil øke overlevelse". Finner ingen dokumentasjon i vedlegg 1.

2) Vedlegg 2: Sjekkliste for førstehjelpsopplæring, enkle førstehjelpstiltak:

- Sammenhengen mellom *-angivelsen av evidensgrader og skal(***)/bør(**)/kan(*) bør framstilles klarere.
- Formulering
Skader i armer og bein: førstehjelper bør kjenne:
Det typiske tegn på en bløtdelsskade:
 - Skademekanisme er ikke et tegn

Nødmeldetjenesten

Traumekomiteen mener det er viktig at medisinsk nødnummer 113 beholdes.

Kommunal legevakt

Planforslaget setter en grense på 45 min transporttid fra skadested til nærmeste sykehus for involvering av legevaktslege. Komiteen er i tvil om hva som ligger i dette. Mener man i planforslaget at legevaktslege ikke skal involveres ved skadested nærmere enn 45 min unna med bilambulans? Dette er vi i tilfelle uenig i. Komiteen ønsker aktiv deltakelse fra legevaktslege ved alle alvorlige traumer.

Avansert prehospital behandling

Traumekomiteen er i tvil om hva som menes med "LAT må ha nasjonale prosedyrer og utstyr for å forebygge/behandle hypotermi". Dersom det menes aksidentell hypotermi, bør dette presiseres. LAT bør ha nasjonale retningslinjer for behandling av aksidentell hypotermi.

Overføring av den alvorlig skadde pasienten

Traumekomiteen mener at all kontakt vedrørende overføring av traumepasienter fra akutt sykehus til traumesenter bør gå via AMK.

Traumesenter

Høringsforslaget tar til orde for en sterkere traumespesifikk organisering hvor traumatologi langt på veg betraktes som et eget fag som bør ha egne vaktlinjer og egen sengepost.



Komiteen anser at en gangbar alternativ organisering, særlig for mindre traumesentre, er å ivareta traumatologi innenfor en tradisjonell organisering med kirurgiske avdelinger som svarer til spesialitetsstrukturen, uten en separat traumeenhet. Ved UNN Tromsø er mottak, diagnostikk og behandling av alvorlig tilskadekomne basert på at pasientforløpet ved traumer skal være spesifikt for traumepasienter bare i mottaksfasen. Pasientansvaret overføres deretter fra traumeteamleder til en kirurgisk moderavdeling. Begrunnelsen for dette er: 1) multitraumer utgjør en liten del av en stor akuttkirurgisk virksomhet, 2) spesifikke forløp for små grupper innebærer uheldig kompleksitet, 3) lavt volum av alvorlige traumer tilsier at bruk av personell som er involvert i annen akuttkirurgisk virksomhet er mer rasjonelt enn å sette av traumespesifikke ressurser, 4) lavt volum tilsier at en dedikert traumatologisk sengepost gir urasjonell ressursbruk, 5) våre behandleres kompetanse baseres ikke først og fremst på traumeerfaring, men på en betydelig erfaring med annen tung intensivmedisin/anestesiologi/akuttkirurgi.

Traumekomiteen mener at rapporten bør åpne også for en organisering som beskrevet ovenfor, uten en separat traumeavdeling og hvor styrking av traumefunksjonene i stedet vil innebære ressursoverføring til de tradisjonelle spesialavdelingene. Traumemottak og ansvaret for videre oppfølging av traumepasienter kan ivaretas av tradisjonelle vaktlinjer. Opprettelse av egne vaktlinjer for traumatologi vil noen grad kunne føre til en ansvarsfraskrivelse for traumatologi langs de øvrige vaktlinjene.

Traumekomiteen understreker at traumepasienter tilhører en klinisk moderavdeling på samme måte som andre kirurgiske pasienter. Moderavdelingens ansvar følger av lovverket og av sykehusets generelle retningslinjer og består i diagnostikk, behandling, daglig visitt, koordinering av tverrfaglig innsats, daglig dokumentasjon, kontakt med pårørende, kontakt med samarbeidende institusjoner, å oppfylle lovkravet om koordinator for pasienter med langvarige og komplekse forløp og å stå til ansvar overfor tilsynsmyndighetene.

Planforslaget innebærer opprettelse av 5 nye stillinger (2 kirurger, 1 anestesilege og 2 lokale koordinatører). Traumekomiteen ser behovet for å styrke traumatologifunksjonene. Komiteen kan ikke ta stilling til forslaget i større detalj før mer er kjent om premisene, særlig mht hvilke ressurser som tilføres og hvilke som representerer interne omfordelinger.

Tromsø 25. mai 2015

Traumekomiteen UNN Tromsø