

Høringsuttalelse vedrørende revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

Traumeutvalget ved Sykehuset Namsos takker for invitasjon til høring, og vi har følgende kommentarer til høringsutkastet som foreligger:

Kriterier for å mistenke alvorlig skade/Kriterier for alarmering av traumeteam:

De punkter som nevnes nedenfor gjelder både kriterier for å mistenke alvorlig skade og kriterier for alarmering av traumeteam.

Kriteriene for anatomiske skader omfatter ikke amputasjonsskader proksimalt for handledd eller ankel, disse er heller ikke omtalt annet sted. Disse pasientene bør fanges opp av kriteriene, og skal i henhold til retningslinjene hurtigst mulig til OUS Rikshospitalet dersom reimplantasjon er aktuelt. Således vil en transport til traumesenter være et potensielt tidstap for denne pasientgruppen, og dette bør bemerkes. Dersom reimplantasjon ikke er aktuelt vil lokalsykehuset sannsynligvis kunne handtere pasienten.

Kriteriene for anatomiske skader omfatter brannskader, og skal i følge kriteriene til traumesenter. Disse pasientene skal etter retningslinjene overflyttes til brannskadeenheten ved Haukeland Universitetssykehus, og dette bør skje fra nærmeste sykehus med traumefunksjon, ikke nødvendigvis fra traumesenter. Hurtig vurdering av luftveier ved brannskader i ansikt/inhalasjonsskader støtter også transport til nærmeste sykehus med traumefunksjon.

Kriteriene for anatomiske skader omfatter skade i to kroppsavsnitt. Vi er redd for at dette kriteriet vil medføre unødvendig transport av pasienter med mindre alvorlige skader i de nevnte kroppsavsnitt forbi sykehus med traumefunksjon til traumesenter. De pasientene som har alvorlige skader i de nevnte kroppsavsnitt fanges etter vår mening opp av de andre kriteriene.

Kriteriene for skademekanisme omfatter eksempelvis rundvelt av kjøretøy, men ikke dødsfall i samme kjøretøy. Vi stiller spørsmålsteget ved dette. Samtidig ser vi stor overtriage på pasienter som har vært i bilulykke/utforkjøring med hastighet over 70 km/t med bilbelte eller utløst airbag, og støtter at dette ikke er tatt med som eget kriterium.

Derimot ser vi undertriage i kategorien skademekanisme på pasienter som har vært utsatt for fallulykker samt høyhastighetsulykker uten sikkerhetsbur, eksempelvis MC, moped, sykkel, ski, snøscooter/vannscooter, ATV, båt, hest. Vi mener det bør inkluderes et kriterium som omfatter disse skademekanismene, samt at kriterium vedrørende fallskader bør inkludere eksempelvis fallunderlag for om mulig fange opp flere skadde. Vi ser for øvrig særlig undertriage hos eldre pasienter med fallskader fra høyder under 5 meter.

Kriteriene for skademekanisme omfatter ikke drukning, og vi mener dette bør vurderes som et eget kriterium.

Akuttsykehus med traumefunksjon:

Ikke krav om røntgenlege i traumeteamet - skal kravene senkes fordi enkelte akuttsykehus med traumefunksjon ikke har radiolog i vakt? Røntgenlegens kompetanse mht å utføre FAST på traumestua og tolke en traume CT umiddelbart kan ikke uten videre erstattes av andre faggrupper / fjerntolking av CT innen 60 minutter.

Et krav om radiolog i traumeteam vil være med på å styrke akuttsykehus med traumefunksjon, da effekten av radiolog i vakt vil slå veldig positivt ut for sykehusets øvrige funksjoner.

Formulering vedr ortoped i vakt – man kan ikke skrive et sted at det er et krav, og motsatt annet sted, må være konsekvent. (Det står at dersom man ikke har ortopedvakt, så må bløtkirurg kunne utføre div. ortopediske prosedyrer) Det blir veldig vanskelig for oss som driver traumearbeid ved små sykehus å argumentere for å ha personellgrupper i vakt dersom vi ikke kan vise til pålegg fra sentralt hold.

Kompetansekrav til medlemmer i traumeteam:

Viktig at det stilles obligatoriske kompetansekrav til medlemmene av traumeteamet. Vi opplever at det er vanskelig å få plass ved DSTC-kurs/ nødkirurgikurs for våre kirurger, og ser gjerne at traumeplanen sier noe om hvordan kurskapasiteten skal økes. Ser også at det kommer til å bli svært problematisk å få re-sertifisert de som allerede har kurs dersom det ikke skjer drastiske endringer her.

Traumesenter:

Viktig at Traumeleder har «uinnskrenket» intern makt slik at hun kan ta imot de traumepasientene som hører hjemme på Traumesenteret.

Traumeleder bør også disponere sengeplasser for alle typer traumepasienter som primært kommer dit eller overflyttes fra andre sykehus.

For oss i periferien er det viktig at Traumeleder ved Traumesenteret kan nåes på telefon 24/7, og at Traumeleder håndterer all kommunikasjon om traumepasienten innad på traumesenteret (henvisende sykehus skal ikke behøve å diskutere med nevrokirurg eller ortoped for å få overflyttet traumepasienten)

Nødmeldetjenesten:

Nødvendig for AMK at traumekriteriene er klare og entydige, og at det er gode destinasjonskriterier. Dette for å unngå undertriage og få minst mulig overtriage. Det vil også sikre at traumepasienten kommer til riktig sykehus og får rett behandling.

Mht. IKT-verktøy som benyttes nå, mangler det en enhetlig journal for pasientdata fra 1. telefon til 113 til pasienten er ferdig rehabilitert. Dette medfører informasjonstap i behandlingsskjeden og vil kunne resultere i at pasienten får et suboptimal behandlingsforløp.

Det bør jobbes mot å få et IKT-verktøy som gir sømløs overføring av pasientdata fra start til slutt i pasientforløpet.

AMK-operatører:

Viktig at det stilles nasjonale krav mht opplæring og resertifisering.

Mvh

Traumeutvalget ved Sykehuset Namsos

v/ Traumekoordinator Ingunn Almli Øvereng

og Traumeansvarlig lege Tina Foss Hakli