

NASJONAL KOMPETANSETJENESTE
for TRAUMATOLOGI
Oslo universitetssykehus HF
Ullevål sykehus
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo

Vår ref.:

Deres ref.:

Bergen, 29.mai 2015

Høringsvar: Revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har i sine kommentarer fokusert på den delen som omhandler identifisering av alvorlig skade, førstehjelp, nødmeldetjenesten, ambulansetjenesten, kommunal legevakt og avansert prehospital behandling.

Generelle betraktninger

Traumeplanen har i større grad enn den forrige involvert hele den prehospitalt kjeden, inkludert kommunal legevaktstjeneste. Kunnskapsgrunnlaget virker veldokumentert der det finnes forskning, og hvor kunnskapsgrunnlaget får konsekvenser for om anbefalingene er sterke eller ikke. Det er positivt at det konkretiseres områder hvor det er manglende kunnskap, og hvor det er ønskelig og behov for videre forskning.

Det er bra at traumeplanen skal legges ut som en elektronisk ressurs som følger Helsedirektoratets mal for veiledere. Dette er gjenkjennbart og lett tilgjengelig, samtidig som det vil være enkelt å oppdatere planen.

Ny forskrift om akuttmedisin ble innført 1.mai 2015. Noen av forslagene i teksten under legevakt bærer preg av at den nye forskriften ikke var kjent når dokumentet ble skrevet.

Det er en god målsetning å få etablert kvalitetsindikatorer for de ulike delene av den prehospitalt tjenesten. Kvalitetsindikatorene må være målbare. Forslag til kvalitetsindikatorer i ambulansetjenesten, legevakt og luftambulansetjenesten (eller anestesilegebemannet tjeneste) bør ha noen forskjeller (slik det er lagt opp til), men også noen like indikatorer. Ambulansetjenesten er eksempelvis ikke satt opp med effektmål/resultatmål slik både legevakt og anestesibemannet tjeneste er. Hva er begrunnelsen for at livskvalitet er satt opp som indikator for pasientene under legevakt, men ikke ved de to andre tjenestene? Både legevakt og anestesibemannet tjeneste har blitt gitt mortalitet som effektmål (anestesibemannet tjeneste også morbiditet, men det er ikke et ønsket effektmål på legevakt). Hvorfor disse forskjellene? Er det nok traumer i Norge til å kunne måle effekten av tjenesten med mortalitet som effektmål? Vi tror ikke det.

Identifisering av alvorlig skade

Det er viktig raskt å kunne identifisere alvorlig skade ved traumer der tidsfaktoren og behovet for adekvat tilgang på riktige ressurser er avgjørende. Figur 2 står sentralt i disse vurderingene, og det er viktig at kunnskap om disse kriteriene er kjent for alle involverte parter. Det bør settes krav til både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten at dette er implementert.

En av målsetningene og kvalitetsindikatorerne er at en tilstreber undertriagering på under 5 %. Overtriagering er akseptert på bakgrunn av at en ikke ønsker å ha utilstrekkelig kompetanse når en mistenker alvorlig skade. Dette er vi enig i, men en burde også ha hatt kvalitetsindikatorer som angir grad av overtriagering. Særlig viktig er dette på områder hvor det er knapphet på ressurser, for eksempel luftambulansetjenesten. Denne tjenesten kan både komme i samtidighetskonflikter og være «utflydd på tid» på bakgrunn av oppdrag som er overtriagert.

Begrepene traumesenter og akuttstusykehus med traumemottak angis som begreper uten at disse videre defineres. En introduksjon i kravene og forskjellene hadde vært oppklarende.

Det angis en grense på 45 min transporttid til traumesenter. Det vises ikke til grunnlaget for denne grensen, og vi etterspør hva som finnes av dokumentasjon for dette.

Førstehjelp

Vi støtter forslagene og innspillene til heving av befolkningens kunnskapsnivå innenfor førstehjelp, ønske om nasjonal plan for livslang opplæring og vedlikehold av førstehjelpskunnskap, mer monitorering av undervisningen og kompetansekrav til undervisere.

Nødmeldetjenesten

Vi støtter anbefalingene om like kriterier og lik ressurstilgjengelighet i alle AMK-sentralene. Krav til AMK operatørers utdanning er beskrevet i ny forskrift. Her benyttes imidlertid begrepet helsearbeidere, noe som ikke sier noe om utdanningsnivå.

Det påpekes at AMK-sentralen må iverksette rett respons og varsle alle relevante instanser. Legevaktlegen er her nevnt som en naturlig del av kjeden. Når det gjelder AMK-sentralens kjennskap til ressursoversikt nevnes ikke LV-legen eller andre deler av legevaktjenesten. I enda større grad enn i spesialisthelsetjenesten har legevaktjenesten ulik organisering gjennom døgnet og det er helt avgjørende for god samhandling at AMK-sentralene har nøyaktig og god kunnskap om dette.

Det settes fokus på informasjonsutveksling mellom AMK-sentralene og andre samarbeidende instanser. Vi støtter behovet for et løft på dette området da det er stort rom for forbedring. Det ønskes bedre integrasjon opp mot sykehusenes EPJ og pasientadministrative systemer, noe vi støtter. Det er likevel viktig at dette også skal gjelde for hele kjeden, inkludert legevaktene, noe som ikke nevnes.

Norsk medisinsk indeks er nevnt som AMK sitt verktøy, men det er ikke problematisert at de ulike tjenestene bruker ulike verktøy med ulikt språk, jamfør aktuelt fokus på innføring av ulike triagesystemer i den akuttmedisinske kjede. Det problematiske med dette kan godt nevnes. Det bør legges klare føringer om at alle triageringsverktøy som

brukes til å håndtere traumepasienter i primær- og sekundærhelsetjenesten i Norge bør samkjøres i tråd med figur 2.

Ambulansetjenesten

Etter at kapittelet er skrevet har det kommet ny akuttmedisinforskrift og en regner med at dette oppdateres i den endelige versjonen. Den setter i større grad krav til kompetanse, blant annet at minst en skal ha autorisasjon som ambulansarbeider og at begge skal ha førerkort og kompetansebevis for utrykningskjøretøy. Det er ikke krav til responstider for ambulanse eller legevakt. Vi støtter forslagene om krav til responstider og økt kompetanse, også spesifikt på traumehåndtering (PHTLS e.l.). En ønsker regelmessige traumemøter og scenariobasert trening med samarbeidende instanser og dette stiller vi oss bak. I tillegg er det presisert at alle endringer i ambulansestasjonering og LV-diskrikt skal planlegges mellom helseforetak og kommunene før endringene iverksettes og at det skal holdes faste samarbeidsmøter. Vi vil gjerne understøtte viktigheten av dette.

Etablering av EPJ bør stå under sterke anbefalinger. Anbefalingen bør også legge sterke føringer for en nasjonal EPJ, som dermed bør bli lik i alle prehospitale tjenester.

Under anbefalinger: Det bør forskes på ambulansepersonellets rolle og medisinske nytteverdi i akuttmedisin med dagens formalkrav til kompetansenivå. Man må være bevisst at ambulansepersonellet deltagelse ikke må virke mot sin hensikt ved at det fører til dårligere pasientbehandling.

Kommunal legevakt

Innledningsvis henvises det til utdatert forskrift, dette bør oppdateres og beskrive kravene til den kommunale legevakten som blant annet er økte kompetansekrav for legene og annet helsepersonell, bakvaksordning, utrykningsplikt og krav til utstyr for å rykke ut.

Det diskuteres legevaktlegens rolle i traumehåndtering, og det konkluderes med at legen bør være tilstede fordi han har diagnostisk breddekompetanse, mulighet til raskere og mer presis diagnostikk og bestemmelse av behandlingsnivå. Men at det bør settes kompetansekrav til håndtering av traumepasienter, samt at involvering ikke skal forsinke transport til skadested. Dette er vi enig i, og med den nye forskriften er legen pliktig til å ha obligatorisk kurs i akuttmedisin hvert femte år og kommunen ansvarlig for adekvat organisering av transportordning ved utrykning.

I tillegg støtter vi kravene til lokal kunnskap om geografi og rutiner, regelmessig tverrfaglig trening og konkrete krav til spesifikke prosedyrer legevaktlegen skal beherske. Vi er også svært enig i at legevakten bør organiseres slik at akutte tilstander prioriteres og tiltak som beredskapsvakt, fastlønn og samlokalisering med ambulansetjenesten er viktig i denne sammenheng.

Det gis en sterk anbefaling om at legevaktlegen skal være en aktiv deltaker på alle traumer med mer enn 45 min transporttid til sykehus. Hva er kunnskapsgrunnlaget for denne grensen? En slik grense må oppfattes som et brudd på den nye akuttmedisinforskriften. Hovedregelen er at LV-legen skal alarmeres på alle røde responser, også traumer. LV-legen skal vurdere om hun vil rykke ut, på basis av informasjon gitt av AMK. Traumeplanen kan ikke inneholde punkter som bryter med

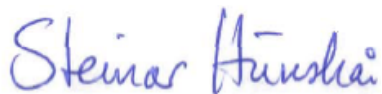
gjeldene forskrift. I tillegg mener vi det ikke er grunn til å sette en slik tidsgrense, og at hovedregelen er at legevaktlegen rykker ut på alle traumer. De gode argumentene for å involvere legevaktlegen, gjelder også ved kortere reisevei.

Det benyttes begrepet «bakvakt» i traumeplanen. I denne sammenheng forstår vi det som en ordning hvor legevakten raskt kan innhente mer ressurser når det er behov. Da bør det heller brukes begrepet beredskapsvakt da det er mer presist.

Avansert prehospitalet behandling

Anestesilegebemannet tjeneste utenfor sykehus er den tjenesten som i størst grad har mengdetrening med traumepasienter i den prehospitale fasen. Det er derfor viktig at deres kompetanse kommer frem når det er behov. Samtidig er det en ressurs som det kan bli knapphet på dersom den brukes unødvendig. Vi støtter derfor anbefalingene om at det bør utarbeides klare retningslinjer for når LAT skal rykke ut. Dette både for å sikre like kriterier i hele landet, men også for å gi AMK-sentralene gode beslutningsverktøy. Det er også et viktig poeng at LAT ikke varsles som eneste ressurs ved traumer, da det ifølge statistikk fra 2013 var 29-49% av LAT-oppdragene som ble avvist eller avbrutt, mesteparten av avbrutte oppdrag på grunn av manglende flyvær.

Vennlig hilsen



Steinar Hunskaar
forskningsleder