



Sak:	Utkast revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015		
Klinikk:	Operasjons- og intensivklinikk – UNN HF		
Saksbeh.:	Tor Magne Gamst og Kristine Wærhaug		
Ephorte nr.	2015/1713	22.05.2015	Kristine.waerhaug@unn.no

## Svar på høring fra Operasjons- og intensivklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

### Kommentarer til policy-dokumentet

- En generell tilbakemelding er at policy-dokumentet bør være en veileder og ikke en prosedyre. Traumesentrene har svært forskjellige behandlingsvolum, og som en konsekvens av det vil organiseringen måtte være forskjellig på visse områder
- Pkt 3A. Det beskrives *en traumeseksjon/-avdeling/-enhet*. Det er vanskelig å forstå hva dette innebærer. Skal personellet være ansatt ved enheten? Har den et fysisk sted? Er pasienter innlagt ved enheten? Har enheten pleiepersonell? Store og små traumesentre vil måtte organisere dette forskjellig.
- Pkt 3A. *Traumeteamsleder skal være kirurg*. Vi mener dette ikke er en absolutt nødvendighet. Mange land har god erfaring med at andre yrkesgrupper kan ha denne rollen, som anestesileger eller det som heter "emergency physicians", som er en spesialitet man vurderer å opprette i Norge. Personlig egnethet kan være vel så viktig.
- Pkt 5D. *Operasjonsstue dedikert traume og bemannet 24/7*. Vi har stue dedikert nødkirurgi 24/7, men ikke dedikert traume. Vi er litt usikre på om vi oppfyller dette kriteriet.
- Pkt 5E. Anestesi overleger i traumeteam...spesialkompetanse... ATLS og nødkirurgiske prosedyrekurs. Tilsvarende dette kurs i hemostatisk nødkirurgi?
- Pkt 5E. Leger i spesialisering..... skal ha gjennomgått ATLS-kurs... Forslag: endres til bør, da LIS starter å delta i traumemottak tidligere enn det er naturlig å sende dem på ATLS-kurs. Dersom Skal-kravet opprettholdes må LIS med liten erfaring ut av traumeteamet. Dog støtter vi kravet som sier at det alltid skal være anestesileger med ATLS tilstede ved alle traumeaktiveringer.

Vennlig hilsen

Tor Magne Gamst og Kristine Wærhaug

Tromsø, 22. mai 2015