

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi ( NKT-Traume )

Traumeutvalget SI-HF Hamar- Elverum

V / Eva K. Birkelund

Sykehuset Innlandet HF

Serviceboks

2418 Elverum

Elverum 01..06.15

### **Høringsuttalelse revidert nasjonal traumeplan- Traumesystem i Norge 2015.**

Bakgrunn:

Den norske legeforening ( DNLF ) har mottatt høring fra Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi om revidert nasjonal traumeplan- traumesystem i Norge 2015.

Traumeutvalget ved SI-HF Hamar- Elverum syns Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi har levert et godt gjennomarbeidet utkast til ny nasjonal traumeplan.

Vi har to innspill til utkastet:

1. Det første vedrører spørsmålet om ” Er det utviklingstrekk eller planer i tjenesten som denne planen ikke beskriver eller tar høyde for ? ”

Stadig flere sykehus ”mister” akutfunksjon, og inngår ikke i i behandlingsrekken for den multitraumatiserte pasient. Norge er et land med store avstander, og vår erfaring er at det er vanskelig for ambulansetjenesten å passere et sykehus dersom pasienten er alvorlig/ kritisk skadd. Dette opplever vi som en utfordring. Vårt sykehus består av to geografisk adskilte sykehus med 30 km avstand imellom. Vi har klart definert Hamar sykehus som akuttsykehus med traumefunksjon. Elverum har ingen traumefunksjon. Til tross for klare retningslinjer vedrørende traumefunksjon opplever vi stadig at traumepasienter avleveres på Elverum. Dette er selvfølgelig en stor utfordring da Elverum ikke har ressurser eller rutiner for å ta imot hardt skadde pasienter. Vi ser allikevel at det kan være situasjoner der det er vanskelig for ambulansetjenesten å passere ett sykehus med anestesikompetanse når pasientene er kritisk skadd og man mistenker A- og/ eller B-problematikk.

Vi ønsker oss retningslinjer som beskriver situasjoner hvor sykehus uten akutfunksjon kan fungere som en kontinuitet av prehospital behandling. Hvilke kompetansekrav bør stilles, hvordan bør disse situasjonene organiseres ? Tidsbruk, forventede tiltak med mer

2. Det er definert at multitraumatiserte pasienter skal leveres til regionalt traumesenter dersom dette er mulig innen 45 minutter, hvis ikke skal pasienten til nærmeste akuttstusykehus med traumefunksjon for stabilisering.

Vi syns dette tidsbegrepet er uklart. Det er ikke definert starttidspunkt for når tiden begynner å løpe. Det vil være stor forskjell om tiden løper fra skadetidspunkt, eller fra pasienten er klar for transport. Tiden brukt på skadested, og pasientens tilstand/ fysiologi er viktige faktorer for pasientens prognose. Vi ber derfor om en presisering av tidsbegrepet, og nyansering i forhold til tid brukt på skadested.

Vi foreslår følgende presisering; tiden begynner å løpe etter gjennomført prehospita triage am Retts. Pasientens skadeomfang og fysiologi er faktorer som må vurderes i hvert enkelt tilfelle.