

Oslo universitetssykehus Ullevål HF

Deres ref.:

Vår ref.:
2015/255-2/ 008

Saksbehandler/dir.tff.:
Anne-Lise Solberg, 90862301

Sted/dato:
Bodø, 01.06.2015

Revidert nasjonal traumeplan

Helse Nord RHF viser til mottatte høringsdokumenter.

Vår hovedkonklusjon er at utkastet framstår som grundig og utfyllende og vil være et nyttig verktøy for videre systemarbeid for utvikling av den samlede traumatologi i Norge. Oppbyggingen av dokumentet er systematisk, kunnskapsbasert og med lenker til relevant litteratur og andre dokumenter vil dette kunne representere en levende kunnskapsbase for målgruppene. Utkastet omfatter alle ledd i tiltakskjeden for alvorlig skade. Dette representerer et stort framskritt i forståelsen av enkelt elementenes gjensidige avhengighet for å oppnå et godt samlet resultat for den alvorlig skadde pasient.

Utkastet bærer preg av en sterk tro på algoritmer og ensartete nasjonale kriterier som svar på de fleste spørsmål. Figur 2 i planen angir en algoritme for transport av pasienter med mistenkt alvorlig skade. Pasienter med mistenkt alvorlig skade skal transporteres til traumesykehus med akuttfunksjon dersom transporttiden til traumesenter er over 45 min. Fagdirektør mener at dette er en for bastant grense. Det må i mye større grad åpnes for vurderingselementet basert på den erfarne klinikers skjønn og betydningen av dynamisk vurdering av den enkelte pasient og medisinskfaglige vurderinger på skadestedet må veie tungt. For enkelte pasienter vil 45 minutter kunne vurderes til å være for lang prehospital transporttid. Tidligere anbefalinger var 30 minutter. Det stilles spørsmål ved hvorfor anbefalingene har økt tiden med 15 minutter? Dette harmonerer dårlig med resten av anbefalingene.

Helse Nord RHF oppfatter en slik nasjonal plan som veiledende og et hjelpemiddel til utvikling av gode regionale planer. Den regionale plan må tilpasses lokale forhold som demografi, geografi, kultur, tradisjon og tilgang på ressurser. Algoritmer og kriterier må tilpasses den kontekst de skal fungere innenfor.

Vi vil legge vekt på ambulansetjenesten og den kommunale legevakt sin viktige rolle i traumeomsorgen i Nord Norge. Dette er bærebjelker i all pasientomsorg. Spesialiserte ressurser, som luftambulansetjenesten, er et supplement til ambulansetjenesten og legevaktslege. I vår region ser vi at luftambulansetjenesten ikke alltid er pålitelig innenfor tidsvinduet pga. vær, samtidighet og avstand. Utkastet legger for lite vekt på betydningen av ambulansetjeneste og legevaktslege. Denne holdningen synes å gå igjen i flere kapitler og kan tyde på at det er ulik virkelighetsforståelse.

Kommentarer til enkelte kapitler:

- *Jf. figur 2:* Hovedinnvendig er algoritmens kategoriske karakter som vil kunne føre til en større grad av overtriage til traumesenter. Dette vil gi en forskjøvet belastning fra akutt sykehus til traumesenter og gi en tilsvarende belastning på transportressursene. Algoritmen bør modereres med et vurderingselement og et kommunikasjonselement når det gjelder pasientdestinasjon. Alvorlig nedkjøling uten normal sirkulasjon, bør kanskje modereres med en temperatur-grense, for eksempel < 32 grader, selv om sirkulasjon tilsynelatende er upåvirket. Kriteriene ellers må gås kritisk igjennom dersom det skal kunne gi nasjonal konsensus.
- *Nødmeldetjenesten:* Kulepunkt to under sterke anbefalinger bør endres til kriterier for varsling av prehospital anestesilege bør samordnes nasjonalt. Bruken vil variere alt etter ressurstilgang og andre lokale forhold. Innhold i øvrige kulepunkt bør også modereres fra å skulle være ”likt” til ”nasjonal samordning”.
- Kapittelet om *ambulansetjenesten* bør skrives om. Ambulansetjenesten er ryggraden i den prehospitala traumeberedskap sammen med legevakt lege. Det bør fokuseres på faglige innhold og krav til tjenesten, blant annet innenfor smertebehandling.
- *Kommunal legevakt:* Sterk anbefaling, kulepunkt én, må omarbeides. Lege i vakt har en viktig rolle i all traumebehandling utenfor sykehus. Fagrådet stiller også et spørsmål ved de holdninger som kommer fram under kulepunkt én og to under anbefalinger, der legevaktslege og ambulansetjeneste ikke gis den rollen de faktisk må ivareta i den primære ivaretagelse av alvorlig tilskadekomne.
- *Avansert prehospital behandling:* Fagrådet vil anbefale Helse Nord sin retningslinje for hypotermi.
- *Alarmering av traumeteam:* Helse Nord har ens kriterier i regionen. AMK-operator har ansvar for å sørge for at sykehusene utløser alarm etter de gitte kriterier.
- *Akutt sykehus:* Positivt at det poengteres behov for dedikert personell. Antall og størrelse på stillingsprosent må vurderes ut i fra oppgavens omfang og ressurstilgang. Fagrådet er også i tvil om den faglige rasjonale bak en responstid på opptil 30 minutter for personell i hjemmevakt. Responstiden er faktisk økt med det dobbelte siden forrige anbefalinger. Det harmonerer dårlig med dokumentet for øvrig som legger vekt på å være faglig, forsknings og kunnskapsbasert. Dersom dette ikke er faglig fundert bør de gamle anbefalingene fortsatt være gjeldende. Det bør også poengteres at sykehusene må vurdere kompetanse i det samlede team i beredskap. Et team der flere av nøkkelpersoner er ukjente vikarer kan gi en uforsvarlig beredskap.
- *Overføring av alvorlig skadde:* Vår erfaring med konferansekobling mellom AMK-sentralene og traumeledere og/eller AMK-leger er god og bør komme tidlig i prosessen, gjerne allerede i den prehospitala fasen. Tilgjengelig informasjon deles og det kan legges en felles plan. Nyere kommunikasjonsteknologi som nødnett og videobasert kommunikasjon (eksempel Vake prosjektet i Helse Nord) bør få sin plass i den nasjonale veilederen.

Uttalelsen er i overensstemmelse med behandling i Fagråd for akuttmedisin 21.05.2015.

Med vennlig hilsen

Geir Tollåli
signert
Fagdirektør

Randi M. Spørck
signert
Seksjonsleder