

Nasjonal Kompetansetjeneste i Traumatologi
Oslo universitetssykehus Ullevål HF
Postboks 4956 Nydalen
0424 OSLO

Vår ref.: Traumeutvalet Voss Sjukehus

Dato: 01.06.2015

Høyringsutkast revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2015

Me viser til høyringsutkast «revidert nasjonal traumeplan» og vil takke for eit flott arbeid som vi trur vil gjere det lettare å levere gode tjenester for Voss sjukehus som akuttjukehus med traumefunksjon. Her blir planverket lett tilgjengeleg via ny nettside basert på klare faglege råd frå kompetent miljø. Som del av linja vil det bli lettare å formidle «vår plass» i kjeden til dei mange nye som til ein kvar tid treng opplæring i traumebehandling.

Er det utviklingstrekk eller planer i tjenestene som denne planen ikke beskriver eller tar høyde for?

Det ligg føre mange ulike planar for utvikling av dei kirurgiske tjenestene i helseforetaka lokalt og regionalt. Samla sett er tendensen ei sterk sentralisering som utfordrar lokalsjukehusa. Det er viktig at nasjonale traumeplan blir sett på som «overordna» for traumebehandling i Noreg og kan bli ein nasjonale rettleiar som foretaka faktisk tilpassar seg etter.

Vi saknar også ein fagleg diskusjon om større hendingar/masseskadar der transportkapasiteten er «oppbrukt». Som døme på dette kan ein sjå for seg bussulykker eller tunnelbrannar i området til Voss sjukehus – jamfør Gudvangatunnelen. Bør nasjonale sjukehusplan ta opp i seg krav til beredskapsplanlegging mellom sjukehusa i behandlingsskjeda innan for logistikk for personell, blodbanktjenester, forsyning av fobruksvarer for å nevne nokre felt. Skal Traumesenteret flytte personell ut til Akuttjukehuset med traumefunksjon ?

Er anbefalingene i det enkelte ledd konkrete og etterprøvbare?

I delen «Identifisering av alvorleg skadde» med tilhøyrande figur i algoritme er det basert på vitale funksjonar, skadeomfang og skademekanisme lagt inn «destinasjonskriterier» for om pasienten skal til traumesenter eller kan gå til akuttjukehus med traumefunksjon. Dette støttar me! Men i praksis er det ikkje så lett å få dette til. Sjølv om det kan vere flyver, tek det minst 30 minutt før luftambulansen er på Voss (responstid + flytid). Skjer skaden i nærleiken av sjukehuset vil pasienten kunne vere på akuttjukehuset på svært kort tid. Dette har vi opplevd mange gonger, t.d med skadar frå skibakken. Vi trur at det er i pasienten si interesse å få tidleg diagnose og stabiliserande behandling før overflytting til traumesenteret sjølv om ein etter algoritmen skulle direkte til traumesenteret.

Er det anbefalinger som er for svake eller for sterke?

Problemet ved slike anbefalingar som er «overkonkrete» er at budsjettmessige omsyn «trumfar» slike råd – dersom dei ikkje er lovhjemla. Dei blir «rettesnorer» som vi skal «strekke oss etter». Erfaring frå forrige traumeplan frå 2007 viser likevel at det er til hjelp for å nå opp i budsjettprosessen med tanke på dyre tiltak.

Vil formatet være anvendelig i daglig praksis, og muliggjøre løpende revisjon?

Ei nettbasert utgåve av nasjonal traumeplan vil vere lett tilgjengeleg og sikre oppdaterte retningslinjer. Dette er etter vårt syn ein fornuftig måte å dele informasjonen.

Det bør likevel vere enkelt å skrive ut dokumentet i papirformat om ein ynskjer det.

Vidare vil me kommentere kapittelet som omhandlar «akuttsjukehus med traumefunksjon» side 40-47 i høyringsnotatet:

Kommentar / spørsmål 1:

Vedlegg 1:

Under skriftlige rutiner pkt 3:

"...tverrfaglig traumevisitt."

Konkretisering eller døme til eksisterande ordning (t.d. Ullevål sjukehus sin).

Kommentar/ spørsmål 2:

Vedlegg 1, Infrastruktur, pkt 1. "Dedikert traumestue".

Kva legg ein i dette?

For mange små sjukehus vil det vere lite hensiktsmessig å ha eigne lokaler sett av kun til traumepasienten.

Kommentar/spørsmål 3:

Vedlegg1, infrastruktur, pkt 6; "Blodbank" -

Burde det vore definert nærare kva denne blodbanken skal/bør innehalde og innan kva produkt den skal kunne levere innanfor definerte tidsfristar ?

Kommentar/spørsmål 4:

Vedlegg 1, Utstyr traumestue, "Nødkirurgisk utstyr"

- legge til: utstyr for kirurgisk luftveg

- definere nærare kva ein legg i spinalt immobiliseringsutstyr. Nakkekrage? Backboard?

Kommentar/spørsmål 5:

Vedlegg 1, Prosedyrer, kirurgi, pkt 2 "Thoracotomi (...)"

- legge til: avklemming av aorta for blødningskontroll

Kommentar/spørsmål 6:

Vedlegg 2, "ustabil bekken ringfraktur".

Sitert tekst: "(...) anleggelse av binder eller laken". Er det bekkenkompresjon ein meiner her?

Med enten laken eller kommersielle produkt som SAM-sling? Viktig at ein i så fall bruker dei samme begrepa konsekvent i heile dokumentet.

Kommentar/spørsmål 7:

Vedlegg 2, femurfraktur med blødning.

Her er sager-splint nevnt. Er dette det anbefalte produktet? Neste side i dokumentet beskriv at denne typen strekkspjelk skal av ved innkomst pga faren for trykkskade i perineum.

Kommentar/spørsmål 8:

"Akuttsykehus med traumefunksjon" - introduksjon - 2. avsnitt - siste linje

"Denne trenden vil fortsette." - er dette ein konklusjon ein bør treffe i eit slikt dokument? Det blir i så fall ein form for aksept for at det er den riktige måten å organisere dei norske sjukehusa i framtida.

Krav til og/eller nærare skildring av kva ein forventer anestesilegen skal kunne i traumeteamet

Det er i rapporten laga lister over kirurgiske prosedyrer som kirurg og ortoped skal kunne utføre. Traumatologien er kirurgisk fag, men i høve til den sjokkerte eller fysiologisk ustabile pasient har ofte anestesilegen en vel så viktig rolle. Det er riktignok skildra at ein skal ha "prosedyre for transfusjon ved større blødningar basert på tilgjengelige blodprodukter", men dette er også det næraste ein kjem ein sterk anbefaling eller krav til kompetanse hjå anestesilegen ut over dei generelle kompetansekrava.

Forslag til "prosedyrer som må beherskes av anestesilege på akuttsykehus med traumefunksjon"

- god kjennskap til etablering og bruk av intraossøse tilganger
- kunne etablere "hi-flow" intravenøs kateter perifert og sentralt
- kjenne prinsipp for permissiv hypotensjon, DCR, og kunne gjennomføre dette ved hjelp av riktig valg og bruk av anestesimedikament
- vere trent i algoritme for vanskelig luftveg og kunne etablere kirurgisk luftveg
- i fråvær av kirurg eller i samarbeid med denne kunne anlegge torakale eskaratomiar ved sirkulære brannskadar for å lette/mogleggjere respirasjonsrørsler

Med vennleg helsing
Traumeutvalet Voss Sjukehus