

Høring: Behandlingstilbudet til alvorlig skadde pasienter

Regionsutvalget i legeforeningen har gjennomgått den regionale rapporten "Regionalt traumesystem for Helse Nord" med høringsfrist 25.10.10.

En grunnleggende forutsetning for planlegging og oppbygging av helsetjenestetilbudet til befolkningen - er å tilby en kvalitetsmessig god helsetjeneste i alle deler av landsdelen. Tilgjengelighet og kvalitet forutsettes å være som i øvrige deler av landet.

Alle sykehus med akutfunksjon i kirurgi (akuttsykehus) må kunne ta i mot og stabilisere alvorlig skadde pasienter. Initial stabilisering vil kunne omfatte å sikre frie luftveier, legge inn thoraxdren, stoppe blødninger (hemostatisk nødkirurgi), forebygge hypotermi, stabilisere store brudd og smertebehandling. Pasienter med alvorlige traumer skal normalt overføres raskt til regionalt traumesenter etter initial stabilisering på akuttsykehuset. Noen ganger vil transporttid og tilstand tilsa direkte transport fra skadested til regionalt traumesenter. Det kan foreligge medisinsk-faglige begrunnelser for primær stabilisering på akuttsykehus før overføring til traumesenter, og full behandling av enklere traumer på akuttsykehus.

Betegnelsen "traumesykehus" er forvirrende og uegnet, og bør utgå.

UNN Tromsø skal fortsatt være regionalt traumesenter i Nord-Norge.

Spredt bosetting og klimatiske forhold tilsier at beredskapsplanlegging må skje med tilstrekkelige alternative løsninger dersom evakueringslinjen til traumesenter kompromitteres, f.eks pga dårlig vær eller andre kritiske flybegrensninger (jfr. askeskyen våren 2010). Kapasitetsmessige begrensninger og andre teknologiske begrensninger som avhengighet av kommunikasjonsteknologi gjør beredskapsplaner knyttet til lufttransport usikre i krisesituasjoner.

Det må sikres en bedret kommunikasjon mellom utrykningsenhet, akuttsykehus og regionalt traumesenter med sikre loggprosedyrer og sanntids tilgang til pasientrelatert informasjon. Hvis akuttsykehusets traumeleder ser at assistanse fra regionalt traumesenter vil kunne bli nødvendig, bør vedk. tidlig gå i konferanse med regional traumeleder og/eller AMK-lege mtp. skadeomfang, videre håndtering/overflytting til regionalt traumesenter mv. Regionalt AMK skal føre regional traumelogg.

All traume-CT tatt ved akuttsykehuset bør snarest overføres til regionalt traumesenter for second opinion av radiolog og eventuelt regional traumeleder og loggføres i regional traumelogg.

Nødvendig trening i alle ledd - inklusive primærhelsetjenesten og øvrige prehospitale enheter - må systematiseres. Videokommunikasjon mellom akuttsykehusenes traumemottak og regionalt AMK (AMK-lege, traumeleder eller annen utvalgt ressurs) bør vurderes under mottak av alvorlig skadde pasienter i akuttsykehuset. Slik kan akuttsykehuset veiledes, og regionalt traumesenter forberedes på det videre forløpet. Videokommunikasjonen kan også bli gjenstand for retrospektiv video coaching, og investering i dette vil kunne få positive sideeffekter i form av økt supervisjon og kontakt mellom sykehusene i andre akuttmedisinske situasjoner.

Det synes nødvendig å bygge ut helikopterkapasiteten pga. hyppige samtidighetskonflikter.

Sjøvegan, 25.10.10

Lars A. Nesje

Leder

Regionsutvalg Nord, legeforeningen