

Mottak av alvorlig skadd pasient på UNN HF – Mobilisering av traumeteam Organisering – ansvar - oppgavefordeling

Avd. for hjerte, lunge og karkirurgi vil ha det faglige og administrative ansvaret for den kirurgiske funksjonen i traumemottaket. Dette innebærer opplæring for kirurger, oppfølging av organisatorisk funksjon (sammen med samarbeidende avdelinger, spesielt avd. for akuttmedisin), bistand i mottak av skadde i vaktperioden etter dagarbeidstid, etterundersøkelser og kvalitetsforbedring.

Hensikt

Sikre effektiv kommunikasjon og felles forståelse av respons, ansvar og innsats blant personell involvert i mottak av pasient med sannsynlig alvorlig skade

Traumeteamet

Består av kirurg primærvakt 1, ortoped primærvakt, anestesilege primærvakt 2, anestesisykepleier, radiolog primærvakt, sykepleier fra Akuttmottak, klinisk kjemisk bioingeniør og portør.

Mobilisering av traumeteamet

Forvarsling: Straks AMK mottar melding om pasient som oppfattes å ha vært utsatt for et alvorlig traume og der minst ett av alarmkriteriene nedenfor er oppfylt, varsler AMK traumeteamet og koordinerende operasjonssykepleier (calling 70 050) i form av gruppeoppkall til personsøker. Ved overføring av traumepasient fra annet sykehus (minst ett kriterium for traumealarm oppfylt), kontakter AMK traumeleder for direkte telefonforbindelse med henvisende lege eller for oppmøte i AMK med videre felles planlegging med AMK-legen. Ordinært arbeid fortsetter inntil teamet mottar innkalling.

Innkalling: Traumeteamet innkalles til AMK ved at AMK sender ut gruppe-oppkall **SKADEALARM** fortrinnsvis 20 min. før forventet ankomst av pasient.

Ansvar og oppgaver

AMK-sykepleier vurderer innkomne meldinger, iverksetter forvarsling og innkalling av traumeteamet og oppdaterer traumeleder fortløpende.

Innkalt personell møter umiddelbart i AMK for informasjon og er deretter tilgjengelig på akuttrommet inntil de blir dimittert.

Ledelse: Kirurg primærvakt 1 er traumeleder med det overordnede pasientansvar. En egen personsøker, 70 011, er knyttet til traumelederfunksjonen. Traumeleder har følgende oppgaver:

1. søke nødvendig forhåndsinformasjon
2. planlegge mottak
3. avklare arbeidsdeling
4. vurdere behovet for personell i tillegg til traumeteamet
5. vurdere skader på brysthulen, bukhulen, kar og nervesystemet og besørge evt. etablering av kirurgisk luftvei, innleggelse av thoraxdren og blottlegging av vene
6. informere generell kirurgisk bakvakt om forhold som har innvirkning på bruk av operasjonsavdelingens ressurser

7. avgjøre pasientens avdelingstilhørighet, journalføre dette og kontakte vakthavende lege ved aktuelle avdeling, som derved overtar ansvaret for pasienten. Dette ansvaret inkluderer en plikt til å utpeke pasientansvarlig lege og til å innhente kompetanse fra andre enheter ved behov
8. sikre at ansvar for overvåking under transport internt i sykehuset er ivaretatt
9. dimettere teamets medlemmer enkeltvis eller kollektivt slik at disse raskest mulig er tilgjengelige for andre oppgaver
10. informere bakvakt traumeleder om skadeomfang, behandlingsplan og om hvilken avdeling som har hovedansvaret for pasienten, straks et traumemottak er avsluttet
11. rapportere traumemottak på morgenmøtet, Avd. for hjerte-, lunge- og karkirurgi kl. 07.50 påfølgende virkedag

Kirurg primærvakt 1 tar beslutning om å innkalle bakvakt ved behov for seniorkirurg i lederfunksjonen eller pga av medisinskfaglig behov:

Bakvakt traumeleder (thoraxkirurg) innkalles ved behov for bistand i lederfunksjonen, f eks til å organisere mottak, håndtere en uklar tilstand og/eller prioritere mellom flere tilskadekomne. Bakvakt traumeleder skal **IKKE** fungere som primær leder av traumemottaket; aktivering av denne funksjonen forutsetter at primærvakt 1 er involvert i arbeidet. På hverdager fram til kl. 17 må annen kompetent lege ved hans avd. dekke traumelederfunksjonen dersom primærvakt 1 er opptatt. Bakvakt traumeleder innkalles etter kl. 17 via en egen personsøker (70 013) eller via sentralbordet.

Aktuell seksjonsbakvakt (gastrokirurg, nevrokirurg, ortoped, urolog osv) innkalles ved behov for faglig ekspertise utover det kirurgisk primærvakt innehar.

Anestesilege/ Anestesisykepleier sikrer luftveier og respirasjon, etablerer intravenøs tilgang, sirkulatorisk stabilisering, smertebehandling og hypotermiltak.

Ortoped primærvakt vurderer skjelettskader og iverksetter nødvendig umiddelbar behandling av disse.

Radiolog leder røntgen- og ultralydundersøkelser og formidler umiddelbart resultatet til traumeleder. Rtg. thorax front tas med pasientens overkropp mest mulig oppreist på klarsignal fra traumeleder når cervikalcolumna er stabilisert og instabilitet i thoracolumbalcolumna ikke mistenkes.

Sykepleier i Akuttmottaket har ansvar for at aktuelt utstyr er klargjort og iverksetter aktuelle prosedyrer. Er ansvarlig for at den primære kontakt med pårørende er ivaretatt.

Bioingeniør har ansvar for å ta venøse blodprøver og formidler umiddelbart resultatene til traumeleder.

Portør framskaffer journal, henter blod og bistår traumeledelsen.

Dokumentasjon

- Prehospitalnotat dikteres av evt. ledsagende lege
- Innkomstjournal dikteres av primærvakt ved den avdeling pasienten legges inn
- Traumeleder dikterer oppsummerende journalnotat og har ansvar for at traumeregistreringsskjemaet er komplett utfyllt

- Andre involverte leger dokumenterer egne observasjoner, undersøkelser og tiltak
- Anestesisykepleier fører traumeregistreringsskjema
- Sykepleier fra Akuttmottak dokumenterer egne tiltak
- AMK-sykepleier loggfører prehospital informasjon inkl. anvendt(e) alarmkriterium(er)

Kriterier for mobilisering av traumeteam

Traumeteamet mobiliseres når pasienten oppfattes å ha vært utsatt for alvorlig traume og minst ett av nedenstående kriterier er oppfylt:

Vitale funksjoner

1. Luftveisobstruksjon, stridor
2. Tachypnoe (voksne: respirasjonsfrekvens > 30)
3. Respirasjonsfrekvens <10
4. Pulsfrekvens > 130 (voksne)
5. Systolisk BT < 90 mmHg
6. Redusert bevissthet (GCS < 13) i mer enn 5 minutter
7. Kramper
8. Dilaterte eller ikke reagerende pupiller

Skadeomfang

9. Ustabil thorax (flail chest)
10. Ustabil bekkenfraktur
11. To frakturer i lange rørknokler
12. Traumatisk amputasjon eller knusningsskade ovenfor handledd/ankel
13. Skade i to kroppsavsnitt (hode/ hals/ bryst/ abdomen/ bekken/ rygg/ femur)
14. Lammelser
15. Penetrerende skade i hode/hals/bryst/ abdomen/bekken/lyske/rygg
16. 2. eller 3.grads forbrenning > 15 % av kroppsoverflate (barn >10 %)
17. Brannskade med inhalasjonsskade
18. Hypotermi (kjernetemperatur < C)°32

Skademekanisme

19. Kastet ut av kjøretøy
20. Andre i samme kjøretøy drept
21. Fastklemt i vraket
22. Syklist eller fotgjenger påkjørt av motorkjøretøy
23. Motorsykkellulykke
24. Bilens kupé betydelig deformert
25. Trafikkulykke med hastighet >60 km/t
26. Fall > 5 m
27. Rasulykke

(Avd. for hjerte-, lunge- og karkirurgi, aug. -04. Revidert januar 2008)