

STYRESAK 7-2009**ORGANISERING AV ALVORLIG SKADDE PASIENTER – TRAUMESYSTEM I HELSE NORD***Sakspapirene ble ettersendt.*

Møtedato: 12. februar 2009

Formål/sammendrag

Denne saken omhandler etablering og videreutvikling av et godt system for håndtering av alvorlig skadde pasienter. De regionale helseforetakenes "sørge-for"-ansvar innebærer et overordnet ansvar for samordning av tilbudene både i forhold til primærhelsetjenesten, innen det enkelte regionale helseforetak og på tvers av regionene. Dette kan best løses ved å definere en felles plattform som kan videreutvikles innen hvert regionalt helseforetak og tilpasses varierende lokale forutsetninger. Ut fra denne vurderingen er det behov for at det snarest fattes vedtak som gir avklaring av struktur i de regionale traumesystemene, formaliserer krav til prehospitaltjenester og definerer utgangspunktet for nødvendige tiltak i forhold til opplærings- og kompetansehevingsbehov.

Med utgangspunkt i rapporten fra en arbeidsgruppe nedsatt av alle de regionale helseforetakene, vil saker med så likt innhold som mulig bli fremmet for styrene. Hensikten er å utvikle en felles plattform for videre utvikling innen hvert regionalt helseforetak tilpasset varierende lokale forutsetninger.

Medbestemmelse

Organisering av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Nord ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 4. februar 2009 med følgende enighetsprotokoll:

- 1. Partene tar de konklusjoner som fremkommer i rapporten "Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem" til etterretning og forutsetter at Helse Nord følger opp arbeidet på nasjonalt og regionalt nivå.*
- 2. I oppfølgingen av rapporten vil det utarbeides en plan for dette arbeidet som beskriver organisering og ansvar for arbeidet og forholdet til løpende/avsluttet arbeid på områder som kan påvirke eller påvirkes av et regionalt traumesystem. Det skal gjøres konsekvensanalyser og risikovurderinger knyttet til aktuelle endringer og utarbeides forslag til handlingsplan. Dette gjøres i samarbeid med arbeidstakernes organisasjoner og vernetjenesten.*
- 3. Rapport med forslag til fremtidig organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter i Helse Nord skal legges frem for styret i Helse Nord RHF i løpet av 2009.*
- 4. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø defineres som det regionale traumesenteret i Helse Nord.*

Vurdering

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for kompetanseheving i alle ledd i tiltakskjeden. For å sikre et best mulig utgangspunkt for videre behandling av den skadde pasienten er det avgjørende at tilbudet på skadestedet gis i samsvar med faglige normer og beste praksis. Dette innebærer behov for en bevisst holdning til systematisk formidling av kunnskap også ut over egen organisasjon. Samtidig medfører det behov for regelmessige felles øvelser for å sikre at tiltakskjeden fungerer optimalt.

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret slutter seg til de felles prinsippene som ligger til grunn i rapporten "Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter" – Traumesystem.

Arbeidet med traumesystem i helseforetakene må videreføres med vekt på å etablere gode og sammenhengende tiltakskjeder for alvorlig skadde pasienter. Det må legges vekt på at rutiner og organisering gjennomføres slik at det operative nivået opplever at tiltakskjeden er klart og entydig definert og legger grunnlag for optimal utøvelse av den faglige innsatsen.

Styret for Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret slutter seg til de konklusjoner som er trukket i saksutredningen og forutsetter en videreføring av arbeidet i det regionale helseforetakets regi som innebærer at det etableres gode og sammenhengende tiltakskjeder for alvorlig skadde pasienter, bygget på prinsippene i rapporten *Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem*.
2. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø blir definert som det regionale traumesenteret i Helse Nord.
3. I oppfølgingen av rapporten vil det utarbeides en plan for dette arbeidet som beskriver organisering og ansvar for arbeidet og forholdet til løpende/avsluttet arbeid på områder som kan påvirke eller påvirkes av et regionalt traumesystem. Det skal gjøres konsekvensanalyser og risikovurderinger knyttet til aktuelle endringer og utarbeides forslag til handlingsplan. Dette gjøres i samarbeid med arbeidstakernes organisasjoner og vernetjenesten.
4. Sak om den endelige organiseringen legges frem for styret i Helse Nord RHF i løpet av 2009.

Bodø, den 4. februar 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg: *Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem*. (Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-ene – inkludert vurdering etter høringsrunde) – tidligere oversendt

UTREDNING

Innledning

De regionale helseforetakenes ”sørge-for”-ansvar innebærer et overordnet ansvar for samordning av tilbudene både i forhold til primærhelsetjenesten, innen det enkelte regionale helseforetak og på tvers av regionene. Dette kan best løses ved å definere en felles plattform som kan videreutvikles innen hvert regionalt helseforetak og tilpasses varierende lokale forutsetninger. Ut fra denne vurderingen er det behov for at det snarest fattes vedtak som gir avklaring av struktur i de regionale traumesystemene, formaliserer krav til prehospitale tjenester og definerer utgangspunktet for nødvendige tiltak i forhold til opplærings- og kompetansehevingsbehov.

Bakgrunn/fakta

Våren 2005 ble det på oppdrag fra fagdirektørene i de regionale helseforetakene nedsatt en interregional arbeidsgruppe for å se på organiseringen av hardt skadde pasienter i Norge. Bakgrunnen for arbeidet var bl.a. initiativ fra Norsk kirurgisk forening (NKF) og Norsk anesthesiologisk forening (NAF).

Arbeidsgruppen har ifølge sitt mandat behandlet følgende temaer:

- Behovet for et nasjonalt traumesystem
- Traumehåndteringen i dag
- Erfaringer fra andre land
- Definisjon/beskrivelse av et traumesystem, herunder:
 - forslag til struktur for et nasjonalt traumesystem
 - definisjon av minimumsstandarder
 - eventuelle skadetyper som bør behandles på et sted/få steder
 - forslag til system for akkreditering av sykehus
- Oppbygging av et traumesystem, herunder:
 - fremdriftsplan og organisering av arbeidet
 - kostnader

Arbeidet har pågått i perioden april 2005 til desember 2006, og har vært ledet av Olav Røise, Ullevål universitetssykehus HF. Representanter fra de daværende fem regionale helseforetakene og kommunehelsetjenesten har deltatt i arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppens innstilling har vært ute til bred høring, der det enkelte RHF selv har stått for utsendingen til relevante høringsinstanser. Etter høring og vurdering i RHF-enes felles fagdirektørmøte, er et nytt kapittel tilføyd rapporten med tydeliggjøring av avgrensning i forhold til den totale tiltakskjeden for de hardt skadde pasientene og korrigerer/presiserer av beskrivelsen av tjenestene ut fra innspillene i høringen. Med utgangspunkt i disse vurderingene har arbeidsgruppen også inkludert prioriteringer av sine forslag i dette nye kapittelet.

Rapporten fra arbeidsgruppen dannet grunnlag for behandling i RHF-enes AD-møte og Helse Sør-Øst ble gitt mandat til å utforme en felles saksfremstilling om de overordnede prinsipper, som forutsettes lagt til grunn for behandling i styrene for alle de fire RHF-ene.

Utdrag av traumerapporten

Begrepsavklaring - traumesystem og alvorlig skadd pasient

Med nasjonalt traumesystem menes en organisert plan for behandling av akutt skadde pasienter i en definert region eller populasjon. Med alvorlig skadd pasient menes en person som har pådratt seg åpenbart alvorlige skader og/eller er sirkulatorisk/respiratorisk ustabil og/eller har vært utsett for høyenergetisk traume (fall fra stor høyde, kollisjon/utforkjøring i stor fart etc.).

Med åpenbart alvorlig skade menes store blødninger eller knusninger, dislokerte bekkenbrudd eller brudd i lange rørknokler, ustabil brystkasse, stikk- og skuddskader over albue og kne samt store brannskader.

Traumeorganiseringen i Norge i dag

Traumatologi har lav status og drives i stor grad av entusiaster, hvilket medfører at traumeomsorgen er sårbar. Publiserte studier rapporterer entydig at innføring av et traumesystem som inkluderer bedre organisering på nasjonalt nivå, systematisk opplæring av helsepersonell og behandling etter evidensbaserte retningslinjer, øker overlevelsen etter alvorlige skader. Det finnes **ikke** nasjonale standarder for traumebehandling verken prehospitalt, hospitalt eller for rehabilitering.

Luftambulansen fungerer bra med god dekning over hele Norge. Topografiske forhold, dårlig vær og samtidighetskonflikter gjør tjenesten utilgjengelig i perioder – spesielt på Vestlandet, i Midt- og i Nord-Norge. Det foreligger ikke formelle krav til kompetanse for personalet med unntak av redningsmann. Nasjonale standarder for faglighet og kriterier for til hvilket sykehus man skal fly skadepasienter, mangler.

Tidligere var alle generelle kirurger før man kunne begynne på subspesialiseringen innen fagområdet. Det innebar at også ortopedier var generelle kirurger. I løpet av de siste årene har den generelle kirurgiske erfaringen til ortopedier avtatt, og generell kirurgi er fjernet i spesialiseringen til ortopedi. Dette vil medføre en betydelig reduksjon i antall kirurger med generell kirurgisk erfaring. De fleste dødsfall som kunne vært unngått i sykehus etter alvorlig skade, skyldes utblødning i buk eller thorax¹.

En skadet pasient må mottas av kvalifisert personell som er i stand til å gjøre de prosedyrer som er nødvendig for å stabilisere pasienten – uavhengig av hvilke skader pasienten har. Bruddskader, med unntak av alvorlige bekkenskader, er sjelden akutt livstruende. Blødninger i bukhule, brysthule og bekken må behandles uten forsinkelser. Det er et overordnet mål at pasienten skal tas imot av kirurg med bred generell kirurgisk erfaring.

Traumeutvalgets medlemmer mener det er grunn til å stille spørsmål ved om majoriteten av sykehusene har adekvat kompetanse i å håndtere akutte skader hele døgnet, 365 dager i året. Det foregår lite systematisk trening av teamene som driver den initiale behandlingen i forhold til behov.

Anbefalinger fra utvalget

Arbeidsgruppen har prioritert sine anbefalinger i forhold til tre kategorier:

- A. Tiltak som kan gjennomføres umiddelbart uten tilførsel av økte ressurser
- B. Tiltak som krever tilførsel av ressurser
- C. Tiltak som bør utredes videre

Forslagene er også gruppert i forhold til om tiltakene kan og bør løses innenfor RHF-enes handlingsrom, eller om det bør gjøres en ytterligere innsats med sikte på gjennomføring på nasjonalt nivå.

¹ thorax = brystkasse

Avklaring av struktur i de regionale traumesystemene

Dette er tiltak som enten allerede eksisterer i foretakene eller som vil kunne gjennomføres uten vesentlig ressurstilførsel. I de fleste tilfellene betyr dette at det bare mangler at tiltaket vedtas som en del av et formelt traumesystem. Arbeidsgruppen anbefaler at disse tiltakene gis høyeste prioritet:

- Det skal i prinsippet være ett traumesenter i hver region.
- RHF-ets traumesystemet bygges ut fra en modell med fire nivåer, med en tiltakskjede som omfatter:
 - nivå 1: Prehospital tjeneste (inkludert lokalt akuttmedisinsk team og ambulanse/luftambulans)
 - nivå 2: Akutt sykehus (som gjennom spesifiserte krav skal defineres med kompetanse til å påta seg den første behandling av alvorlig skadde pasienter)
 - nivå 3: Traumesenter (der det i tillegg til de krav som stilles for akutt sykehus stilles større krav til kirurgisk bredde)
 - nivå 4: Rehabilitering ut over akuttfasen
- RHF-ene skal sørge for god håndtering av spesialisthelsetjenestens ansvar innen en tiltakskjede som beskrevet over. Dette innebærer at det må etableres klare rutiner der skadde pasienter sendes direkte til regionalt traumesenter når akutt sykehus ikke har kompetanse eller ressurser til selv å stå for behandlingen.

Tiltak som krever tilførsel av ressurser

De regionale helseforetakene må legge forhold til rette for å sikre rekruttering til fagområdet og sørge for at traumesystemet følges opp med en adekvat finansiering. Noen av de prioriterte tiltakene innebærer merkostnader i forhold til dagens system. Det vil derfor være nødvendig å både fatte vedtak om at disse skal inngå i traumesystemet og å sørge for tilstrekkelig finansiering forhold til disse.

Tiltak i forhold til overordnet struktur

Tverrfaglig tilnærming er spesielt viktig i traumebehandlingen. Det må derfor opprettes stillinger i hver helseregion med oppgaver forbundet med undervisning og kompetanseoppbygging, koordinering og registrering i den aktuelle helseregionen. Det bør være tett samarbeid mellom disse på tvers av helseregionene.

For å koordinere implementeringen og legge forholdene til rette for samarbeid på tvers av helseregionene, opprettes en (deltids) prosjektstilling frem til traumesentrene er etablert og interregionalt samarbeid sikret. Dette bør være et samarbeid mellom helseregionene og stillingsinnehaver bør ha relevant medisinsk kompetanse.

Tiltak i forhold til opplærings- og kompetansehevingerbehov

Behovet for kurs og andre kompetansehevingstiltak vil øke ved alle sykehus med akuttfunksjon dersom de skal fylle kompetansekravene. For å sikre nødvendig kompetanse i hele akuttkjeden, er det også helt vesentlig at spesialisthelsetjenesten kan oppfylle den lovfestede veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten. Det må sikres at arbeidsforhold legges til rette for at målene kan oppnås.

Alle sykehus må forpliktes til å formidle data til det *nasjonale traumeregisteret*. Det stilles krav til at data som legges inn skal være valide - det krever sertifisering av de som registrerer.

Tiltak som bør utredes videre

Gjennom høringsprosessen kom det frem at noen av de foreslåtte tiltakene krever nærmere utredning og presisering før de kan gjennomføres. Det kan variere mellom tiltakene om dette må gjøres i et interregionalt samarbeid eller i den enkelte helseregion. Tiltakene vil også måtte utredes med forskjellig grad av konkretisering og samarbeid med andre som har ansvar for deler av tiltakskjeden, for eksempel frivillige organisasjoner, kommuner, allmennleger etc. Det vil være naturlig at den prosjektstilling som opprettes i samarbeid mellom helseregionene sørger for videre fremdrift i disse utredningene.

Videre utredning og avklaring på overordnet nivå

- Det er behov for å klargjøre om det medfører riktighet at samhandlingen mellom kommune og helseforetak ofte svikter, og om det i så fall er organisatoriske forhold som er årsak.
- Forholdet mellom sykehusene (traumesenter og akuttsykehus) må utredes for å systematisere kriterier for hvilke pasienter som skal sendes til hvilket sykehus. Dette må konkretiseres i hver helseregion, og kan eventuelt gjøres ved avtaleinngåelse mellom helseforetak. Prosessen må også avklare forholdet mellom sykehusene på samme nivå, med målsetning å skape en kjede som gir en enkel og entydig oversikt. Det er avgjørende at denne prosessen også videreføres mellom de regionale helseforetakene for å gi blant annet luftambulansetjenesten den overordnede oversikten de er avhengig av.
- Noen skadetyper vurderes sentralisert på grunn av kompleksitet og lav forekomst. Dette utredes nærmere sammen med forlag om hvor de aktuelle skadene bør behandles.
- Dagens ansvarsfordeling for vurdering av transport ved tilbakeføring av pasienter fra regionsykehus til lokalsykehus bør vurderes. Regionsykehusets fagekspertise må være med i vurderingen av forsvarlighet i en slik transport. Økonomisystemene må underbygge at dette finner sted.

Videre utredning av krav til prehospitale tjenester

- Allmennlegenes rolle i traumebehandlingen og krav til kompetanse i legevaktarbeid.
- Formalkrav til utdanning/kompetanse for luftambulanseleger før disse settes i tjeneste.
- Registrering av prehospitale dødsfall må sikres.

Videre utredning av krav til rehabilitering

- Rehabiliteringens spesialisering, lokalisering og oppfølging av pasienter med sjeldne skader. Tilsvarende for andre pasienter med alvorlige skader.

Videre utredning av behov for kvalitetshevning og læring i institusjonene

- Obduksjonsfrekvensen må økes som del av kvalitetssikring, forskning, og som del av opplæringstilbudet for personalet i traumeomsorgen.
- Det innføres ikke et formelt sertifiseringssystem av sykehusene, men et system for kvalitetssikring bør etableres.

Videre utredning av andre tiltak

- Manglende intensivkapasitet synes i stor grad å bidra til å presse traumeomsorgen til lavere behandlingsnivå enn hva gruppen mener er ønskelig. Økt kapasitet må legges til de store traumesentrene, men lokale sykehus må også ha intensivsenger for å behandle enklere skadetilfeller og ”stabile” intensivpasienter.
- Tiltak for å sikre digital overføring av bilder mellom alle foretak er av avgjørende betydning for effektiv ressursutnyttelse og god kvalitet i vurderinger. Kompleksiteten i forhold til slike behov kan variere mellom de regionale helseforetakene.

For en del av anbefalingene er det stort behov for systematisering og oppfølging i nasjonalt perspektiv. De fleste av disse tiltakene vil kreve videre utredning.

Om behov for nasjonale standarder

Det må etableres et nasjonalt kompetansesenter i traumatologi som skal ha oppgaver innen forskning, opplæring og utvikling av nasjonale standarder.

- En nasjonal standard bør legges til grunn for standardisering av ambulansejournal.
- Det bør utarbeides en nasjonal standard som sikrer digital overføring av bilder mellom alle foretak.
- Alle sykehus må forpliktes, eventuelt gjennom forskriftsfesting, til å formidle data til det nasjonale traumeregisteret.

Tidsplan for implementering av anbefalingene

Utvalgets forslag til fremdriftsplan for implementering i de regionale helseforetakene må innebære at:

- Tiltak som kan gjennomføres umiddelbart uten tilførsel av økte ressurser (A) gjennomføres så snart som mulig i hvert regionale helseforetak, slik at alle tiltak er formelt vedtatt og rutiner korrigert innen 1.1.2008.
- Tiltak som krever tilførsel av ressurser (B) gjennomføres så snart som mulig i hvert regionale helseforetak, slik at alle tiltak operasjonaliseres før traumesystemets krav til akutt sykehus innføres. Stillinger i forhold til overordnet struktur ("koordinatorstillingene") opprettes med sikte på tilsetting innen 1.6.2008.
- Hvert regionale helseforetak definerer hvilke sykehus som skal ha funksjoner som akutt sykehus innen 1.1.2009.
- De regionale traumesentrene gjennomfører evt. nødvendige organisasjonsendringer og kompetansetiltak slik at de er etablert innen 1.1.2009 og deretter kan delta i nødvendig kompetanseoppbygging i etableringen av akutt sykehusene.
- Nødvendige tiltak for kompetanseheving ved akutt sykehusene iverksettes med sikte på å være slutført innen 1.1.2012.
- Tiltak som bør utredes videre, gjennomføres etter behov i samarbeid mellom helseregionene eller i hver enkelt helseregion slik at ovenstående tidsrammer kan gjennomføres.

Adm. direktørs vurderinger

De regionale helseforetakenes "sørge-for"-ansvar er begrenset til spesialisthelsetjenestens innsats i tiltakskjeden. Samtidig er tett samarbeid med private aktører, primærhelsetjeneste, rehabiliteringsinstitusjoner og pasientens hjemstedskommune nødvendig for å etablere gode og sammenhengende tiltakskjeder fra det tidspunkt skaden er oppstått til pasienten er tilbake til et så normalt liv som mulig ut fra sine nye forutsetninger.

Utfordringene i etablering av gode tjenester til den alvorlig skadde pasienten er delvis forbundet med utvikling av tilstrekkelig faglig standard på tjenesten på alle nivåer, og delvis forbundet med etablering av en god og hensiktsmessig organisering som sikrer rask tilgang til den nødvendige kompetansen når ulykken rammer uavhengig av hvor i landet en skade oppstår. Dette innebærer ikke at alle ledd skal ha likt innhold og lik organisering uavhengig av lokaliseringer og geografi, men stiller likevel store krav til de regionale helseforetakenes samordning av tilbudene på tvers av regionene.

Traumesystem i Helse Nord (oppsummert i rapporten fra traumeutvalget)

- Universitetssykehuset Nord-Norge HF er hovedreferansesykehus
- Alle sykehusene, unntatt Mosjøen, kan motta alvorlig skadde pasienter på døgnbasis.
- Ni av elleve sykehus har definerte traumeteam
- Ni av de elleve sykehusene har definerte varslingskriterier for innkalling av traumeteam
- Alle lokalsykehus, unntatt Mosjøen, har kirurg med spesialitet i generell kirurgi til stede ved mottak av alvorlig skadde pasienter (hjemmevakt).
- Fem av sykehusene har regelmessig trening av team etter BEST-modell, og flere har sendt personellet på ATLS og tilsvarende kurs, men ikke systematisk.
- Ni av de elleve sykehusene inngår i BEST nettverket med trening på mottak av alvorlig skadde pasienter. Det er ulikt hvor ofte slik trening gjentas. Noen sykehus har dette fast flere ganger i året, mens andre trener kun sporadisk.
- Fem av sykehusene har deltatt med operasjonsteam på kurs for kirurgi på alvorlig skadde pasienter.
- Gjennomgang av kasuistikker² gjøres regelmessig ved tre av elleve sykehus.
- Overføring av alvorlig skadde pasienter skjer hovedsakelig innad i regionen. Unntak fra dette er replantasjoner³ som gjøres ved Rikshospitalet og enkelte alvorlige bekkenskader til Ullevål Universitetssykehus.

Det enkelte sykehus må defineres inn i tiltakskjeden slik at alle aktører, inkludert samarbeidspartnere og befolkning, har så god oversikt som mulig over tjenestenes organisering og hvilket tilbud som kan forventes.

Høringsuttalelse fra Helse Nord:

Helse Nord avga høringsuttalelse basert på innspill fra helseforetakene. Det var bred tilslutning til de overordnede prinsippene i rapporten. Følgende er hentet fra vår uttalelse:

”Helse Nord er svært positive til utredningen og støtter de fleste forslagene som fremkommer i rapporten. Det er likevel viktig å påpeke at realismen blir svekket når det ikke foreligger en utredning av kostnadene.”

”Helse Nord RHF er av den oppfatning at standardisering av kurs, trening og samhandling er viktige elementer for å kunne gi et optimalt behandlingstilbud til alvorlig skadde pasienter. Standardiseringen vil i større grad føre til likt tilbud til befolkningen, herunder også sikre distriktsbefolkningen sikker og adekvat behandling i initial fase.”

”Beskrivelsen av 2 nivåer bør i videre arbeid presiseres noe mer da det tydeligvis kan gi rom for misforståelser. Flere har ikke fått forståelsen av at pasienter kan overføres fra et akuttisykehus til et annet akuttisykehus, som er nærmere enn traumesenteret, dersom pasienten kan ferdig behandles der. Derimot har man fått forståelsen av at alt som ikke kan behandles ved et akuttisykehus (lokalsykehus) må til traumesenteret. Nordlandssykehuset i Bodø vil i stor utstrekning kunne tilfredsstille alle krav til traumesenter med unntak av nevrokirurgi. Det presiseres dog at UNN er det naturlige traumesenter for regionen, og at utdypingen er tatt med for å belyse at divergensen i nivå 2. sykehus med høyst ulik kompetanse vil bli definert i samme gruppe, det anbefales derfor at krav til behandling og kompetanse differensieres ytterligere i det videre arbeidet.”

² kasuistikk = beskrivelse av sykdomstilfelle

³ replantasjon = gjeninnsetting av en lemsdel som er avrevet eller løsnet på sin opprinnelige plass

Helsepolitiske føringer

Ved siden av de faglige føringer i traumerapporten, er det også etter at rapporten ble lagt fram gitt nye helsepolitiske føringer gjennom bla Revidert nasjonalbudsjett 2008, oppdragsdokument for 2008 og 2009 samt St.prp.nr.59, som det må tas hensyn til. Føringerne som er gitt innebærer at Helse Nord må:

- Arbeide med bedre funksjonsfordeling mellom sykehus
- Sikre at tilbudet ved akuttmottak er faglig forsvarlig (jf. tilsynsrapport akuttmottak)
- Det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må sees i sammenheng med og tilpasses lokale forhold:
 - lokalt tilpassede behandlingsskjeder
 - tilrettelagt kompetanse
- Etablere helhetlige, sammenhengende og lokalt tilpassede akutt tilbud
- Forpliktende nettverk mellom sykehus (viser til rapporten *Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede*).

Nasjonale standarder for akutfunksjoner er under utvikling både innen det indremedisinske og det kirurgiske området jf regjeringen i Revidert nasjonalbudsjett.

Tiltak for å lage traumesystem i Helse Nord

Etableringen av et godt traumesystem stiller krav til samarbeid over eksisterende organisasjonsgrenser og utvikling av en felles plattform for videre operasjonalisering. Dette betyr at organiseringen i varierende grad må forankres i alle ledd i kjeden, som i ytterste konsekvens spenner fra "befolkningen" via de forskjellige leddene i de faglige tilbudene opp til et overordnet administrativt nivå.

En tiltakskjede som ofte begynner ved at "tilfeldige forbipasserende" blir de første på et ulykkessted, krever at befolkningen innehar en viss grad av kompetanse om hvordan de skal varsle og oppføre seg i slike situasjoner. De profesjonelle leddene må også ha god kunnskap både faglig og om hvordan tilbudene er organisert. Administrative nivåer må sørge for at tilstrekkelige ressurser avsettes til at tilbudet i alle ledd fungerer på best mulig måte for de skadde pasientene.

Det enkelte sykehus må defineres inn i behandlingsskjeden slik at alle aktørene, inkludert samarbeidspartene og befolkning, har så god oversikt som mulig over hvordan tjenestene er organisert og hvilke tilbud som kan forventes i de enkelte lokalsamfunn. Som statusbeskrivelsen foran viser har vi mye å gjøre i forbindelse med kompetansebygging, teamtrening og erfaringslæring ved våre sykehus. Denne prosessen må ivaretas parallelt med og implementeres i lokalsykehusstrategien for Helse Nord, som vedtas til sommeren. Det må tas utgangspunkt i at alle helseforetakene har behov for:

- å styrke og klargjøre organiseringen av traumebehandlinga
- å bevare og styrke eksisterende ressurser
- forbedre og styrke kompetansen. Vurdere nødvendige tiltak for kompetanseheving ved akuttisykehusene.
- bedre samarbeid/samhandling og koordinering.
- systematisering og klargjøring av systemansvar

I denne omgang ber en styret om å vedta de overordnede prinsippene, skissert foran i saken, samt å fastslå at Universitetssykehuset Nord-Norge er regionalt traumesenter.

Konsekvenser

Risikovurdering

Det er nesten en selvfølge at ulykker sjelden skjer under optimale forhold for å kunne yte god helsehjelp til tilskadekomne. Innsatsen i den tidlige fasen av traumesystemets tiltakskjede er sannsynligvis den delen av helsevesenet som er mest avhengig av god planlegging for å gi gode resultater for pasienten. Planleggingen må ta hensyn til at kompetansekrav i forhold til planlagt helsehjelp ikke alltid samsvarer med krav i akutte skadesituasjoner.

Helsevesenets planlagte tilbud bygger i stor grad på en geografisk inndeling ut fra bosetningsmønster, mens skadetilfeller også finner sted i grenseområder av mindre betydning for planlegging av det elektive tilbudet. Dette stiller spesielle krav til graden av samarbeid og samhandling på tvers av grensene mellom kommuner, helseforetak og regionale helseforetak.

Noen av aktørene i håndteringen av den skadde pasienten er mer avhengig av gode oversikter og fordelingsrutiner enn av geografisk inndeling. For eksempel vil luftambulansen bruke mer tid på å frakte en pasient til et geografisk nært sykehus som i ettertid viser seg å ikke ha grunnlag for å kunne gi god behandling, enn på å frakte pasienten direkte til et mer hensiktsmessig sykehus som ligger lenger unna skadestedet.

Håndtering av ulykker og skader gir ofte stor medieoppmerksomhet, og kan derfor anses å være ett av de omdømmekritiske områdene innen spesialisthelsetjenesten.

Forskning viser at riktig innsats så tidlig som mulig etter at en skade er oppstått, i mange tilfeller er avgjørende for overlevelse og resultat seinere i behandlingsforløpet.

Traumehåndtering er ett av feltene der det er uforholdsmessig ressurskrevende å rette opp feil som begås i den første delen av behandlingskjeden.

Etisk vurdering

En av de viktigste faktorene i befolkningens opplevelse av et godt og trygt helsevesen er evnen dette helsevesenet har til å ta vare på mennesker når akutte hendelser gjør dem til pasienter. Det forventes at helsevesenet skal stille med tilstrekkelig kompetanse og ressurser i løpet av kort tid. Ofte stilles det spørsmål i ettertid etter små og store ulykker ved helsevesenets håndtering av den totale situasjonen rundt hendelsen, så som krisehåndtering for vitner og pårørende og informasjon og oppfølging ut over den akutte fasen.

I helsevesenets prioritering av ressurser, må det innarbeides en god likevekt mellom ressursbruk til beredskap, akutt innsats og planlagt behandlingstilbud.

Økonomisk vurdering:

DRG-vektingen vil slå svært ugunstig ut for (lokal) akuttisykehusene i Helse Nord, fordi disse fortsatt vil være en mellomstasjon før pasientene fases videre til endelig behandling, og senere til definert rehabilitering. Det bemerkes at en da vil ha en initial innsats, og en rehabiliteringsfase som i mange tilfeller innbefatter til dels tungt pleietrengende pasienter. Slik DRG-systemet fungerer i dag vil slik behandling være underfinansiert for akuttisykehusene.

Den forventede og nødvendige kompetansebyggingen personellet som skal ivareta pasientene skal inneha, vil medføre store kostnader. Før en eventuell implementering må det gjøres en grundig kostnadsanalyse i hvert enkelt RHF. En forutsetning for realistisk gjennomføring er tilførsel av nye midler til drift.

Konklusjon/oppsummering

Adm. direktør anbefaler at styret slutter seg til de felles prinsippene som ligger til grunn i rapporten "Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter" – Traumesystem.

Arbeidet med traumesystem i helseforetakene må videreføres med vekt på å etablere gode og sammenhengende tiltakskjeder for alvorlig skadde pasienter. Det må legges vekt på at rutiner og organisering gjennomføres slik at det operative nivået opplever at tiltakskjeden er klart og entydig definert og legger grunnlag for optimal utøvelse av den faglige innsatsen.

Arbeidet med traumesystem må sikre medvirkning og samarbeid om utvikling av gode rutiner for alle aktører. Det må spesielt fokuseres på de leddene i tiltakskjeden der ansvar er delt mellom forskjellige forvaltningsnivåer og eiere av tjenestene.

Krav til endret/økt kompetanse forutsetter at tiltak iverksettes så snart som mulig, og innenfor rammene av de årlige budsjettfordelinger, med sikte på at et traumesystem i hele landet skal være operasjonelt innen 1.1.2012.

Helse Nord vil bidra aktivt for å imøtekomme målene som er skissert, forutsatt sikret økonomi. Det vil fortsatt være behov for justeringer, men rapporten er et meget godt verktøy for arbeidet knyttet til behandlingen av alvorlig skadde pasienter videre fremover.