

Møtedato: 31. mai 2010

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Jan Norum, tlf. 954 04 205

Dato: 21.5.2010

Styresak 57-2010 Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem, oppfølging av styresak 7-2009 Organisering av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Nord

Formål/sammendrag

Denne saken er en oppfølging av *styresak 7-2009 Organisering av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Nord*, hvor styret i Helse Nord RHF sluttet seg til de overordnede prinsippene i den nasjonale traumerapporten. Rapport fra det faglige utvalget som har utredet saken foreligger nå, og denne saken presenterer utvalgets anbefalinger og adm. direktørs vurdering og konklusjoner for etableringen av et regionalt traumesystem.

Bakgrunn/fakta

Rapporten "*Organisering av behandlinga av alvorlig skadde pasienter - Traumesystem*", av 09.10.07 (heretter: den nasjonale traumerapporten) ble behandlet av de adm. direktører i RHF-ene i 2008, og det ble gitt tilslutning til de overordnede føringene i rapporten. Styret i Helse Nord RHF behandlet saken i februar 2009 (sak 7-2009) og sluttet seg til de overordnede prinsippene. I behandling av saken ble også Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø vedtatt som regionalt traumesenter for Helse Nord.

Ingen sykehus i Nord-Norge har per i dag et traumatologitilbud helt i tråd med anbefalingene i den nasjonale traumerapporten. Det regionale utvalget ble etablert for å gi anbefalinger om å etablere et regionalt traumesystem. Utvalget har kartlagt dagens håndtering av traumepasienter og status ved sykehusene i forhold til de nasjonalt fastsatte krav til kompetanse og system for traumebehandling. Målsettingen med arbeidet har vært at alle enheter i behandlingsskjeden skal oppfylle kravene, materialisert i et regionalt traumesystem. Et regionalt traumesystem innebærer

- organisatorisk:
 - kompetansebyggende tiltak
 - tiltak for å bedre samhandlingen i behandlingsskjeden
 - et erfaringsbasert system inkludert traumeregister for å evaluere og justere elementene
- strukturelt:
 - oppgradere noen av regionens sykehus til et spesifisert kompetansenivå
 - oppgradere den prehospitale tjenesten, inkludert sikre nødvendig kapasitet innen prehospital transport med spesialkompetanse

I Nord-Norge går alarmen for traumeteamene i sykehusene 500-600 ganger pr. år. Traumeteamet er det teamet som tar imot hardt skadde pasienter/pasient med mistanke om alvorlig skade. Hvis vi holder utenfor våre to største sykehus i Tromsø og Bodø, er det totalt ca. 290 traumeteamaktiveringer ved de øvrige sykehus i regionen. Omkring en fjerde del av disse er reelle traumepasienter. En sentralisering av traumepasientene til ett sykehus i hvert

helseforetak medfører derfor små endringer i pasienttilgangen til de øvrige sykehus. Av totalt 500-600 pasientene i regionen er ca. 130 i kategorien alvorlig skadde. Disse trenger livreddende traumebehandling og oppfølging.

Behandlingen av disse pasientene krever et kompetent team av høyt spesialiserte leger og annet helsepersonell som regelmessig øver på traumehandtering. Den regionale traumerapporten handler om å bygge opp behandlingstilbudet for de relativt få, alvorlig skadde pasientene/pasienter med mistanke om alvorlig skade(r). Erfaringer internasjonalt viser at antall dødsfall kan reduseres med inntil 40 % hvis behandlingen utføres på sykehus/sentre som tilfredsstillende alle de faglige kravene til god traumebehandling. Det er som nevnt få alvorlig skadde pasienter i Nord-Norge. Dette gjør at alle lokalsykehusene ikke vil ha tilgang til nok pasienter og dermed sikres tilstrekkelig erfaring, kompetanse og de nødvendige treningsmuligheter.

Rapporten "Regionalt traumesystem for Helse Nord" foreslår hvordan behandlingstilbudet til traumepasienter kan bygges opp og forbedres.

Forslaget til traumeorganiseringen i Helse Nord tar utgangspunkt i kravene skissert i nasjonalt traumesystem.

I traumerapporten omtales traumesykehus som akuttsykehus. Begrepet akuttsykehus er benyttet i den nasjonale rapporten, og denne rapporten skisserer de krav som må oppfylles for at et sykehus skal kunne behandle pasienter med livstruende skader. I denne styresaken bruker vi begrepet *traumesykehus*, der den nasjonale rapporten bruker begrepet akuttsykehuset. Det regionale traumeutvalgets anbefalinger med hensyn til antall og lokalisering av *traumesykehus* vektlegger at et slikt sykehus under normale omstendigheter skal kunne nås innen to timer fra skadetidspunktet.

Vurdering

Avveiningen av befolkningsstruktur, transportavstander, eksisterende kompetanse og infrastruktur ved de enkelte foretak og anslag over kostnader forbundet med oppgradering av enkeltsykehus tilsier at Helse Nord i tillegg til det regionale traumesenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, bør oppgradere fire sykehus i regionen til traumesykehus. Dette innebærer at de er i stand til å ta i mot hardt skadde pasienter og pasienter med mistanke om alvorlig skade. De fire sykehusene skal oppgraderes til traumesykehus for traumepasienter jf. kravene i den nasjonale rapporten. Utvalgets anbefalinger til destinasjonskriterier (hvem som skal hvor) og kommunikasjonsprotokoller mellom nivåene legges til grunn for den videre utviklingen av regionalt traumesystem. Videre anbefales det å styrke kompetansen i livreddende behandling i de prehospitale tjenestene inkl. legevaktlegene for å sikre raskere diagnostikk og stabilisering på skadested. En grundigere utredning av kapasitet og kompetanse i de prehospitale tjenestene og AMK-funksjonene bør iverksettes og slutføres innen sommeren 2011. Utredningen av konsekvensene og tiltak for den prehospitale tjenesten må foreligge, før endringene iverksettes. Regionalt traumesystem er forutsatt innført fra 1. januar 2012.

Medbestemmelse

Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumerapport (oppfølging av styresak 7-2009) drøftes med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 26. mai 2010. Protokoll fra drøftingsmøtet vil bli ettersendt til styret.

Konklusjon

Adm. direktør slutter seg i all hovedsak til anbefalingene i rapporten ”Regionalt traumesystem i Helse Nord” jf. utredningen. Det regionale traumesystemet skal være implementert innen 1. januar 2012.

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

1. Styret viser til saksutredningen og den vedlagte rapporten fra utvalget som har utredet forslag til regionalt traumesystem. Styret slutter seg i all hovedsak til utvalgets anbefalinger. Tiltak som å etablere traumekomiteer/utvalg og å implementere de anbefalte kommunikasjonsprotokollene og destinasjonskriteriene, gjennomføres så snart som mulig i hvert helseforetak, da disse kan gjennomføres uten tilførsel av økte ressurser.
2. Kompetanseheving som krever tilførsel av ressurser gjennomføres etter en opptrappingsplan i hvert helseforetak, slik at traumesystemets krav til traumesykehus og traumesenter innføres i perioden 2010 til 2012.
3. Sykehusene i Hammerfest, Harstad, Bodø og Mo i Rana oppgraderes for å ivareta alle kravene til traumesykehus, jf. den nasjonale traumerapporten.
4. Sykehusene i Kirkenes og Sandnessjøen har avstander til deler av befolkningsunderlaget og til nærmeste alternative sykehus, som tilsier at disse sykehus må ha noe større evne til lokal håndtering av traumer enn øvrige lokalsykehus.
5. Ansettelse av regional traumekoordinator ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø gjøres så snart som mulig. Regional traumekoordinator skal legge til rette for å innføre regionalt traumesystem i Helse Nord, drive kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid innenfor traumesystemet og bidra til traumatologisk forskning i regionen.
6. Ansettelse av medarbeidere som drifter et traumeregister gjøres, når system for traumeregistrering er implementert gjennom elektronisk pasientjournal.
7. Utredning av konsekvenser av regionalt traumesystem for kapasitet og kompetanse i de prehospitaltjenestene og AMK-funksjonene iverksettes og slutføres innen sommeren 2011.

Bodø, den 21. mai 2010

Lars Vorland
Adm. direktør

Trykte vedlegg:

- Rapporten ”Regionalt traumesystem for Helse Nord”. Se våre hjemmesider: <http://www.helse-nord.no/styremoeter/article67506-1079.html>
- Protokoll fra drøftingsmøte, den 26. mai 2010 – *ettersendes*

UTREDNING

Innledning

Hensynet til pasientenes trygghet, en helhetlig forvaltning av menneskelige og økonomiske ressurser, samt faglige prioriteringer tilsier at det er behov for en fast og forutsigbar struktur på traumeberedskapen. Det er nødvendig å sikre robuste fagmiljø med stabil og forutsigbar kompetanse og regelmessig teamtrening, for å redde liv ved alvorlig skade. Det er et lite antall pasienter i landsdelen som rammes av alvorlig skade og med behov for livreddende behandling. Det er derfor nødvendig å oppgradere noen sykehus for å ivareta disse relativt få pasientene på en optimal måte. Denne saken omhandler etableringen av et regionalt traumesystem hvis målsetting er å optimalisere bruk av ressurser slik at traumepasienten blir behandlet *på rett sted til rett tid og av de rette spesialistene*.

Bakgrunn

Rapporten ”*Organisering av behandlinga av alvorlig skadde pasienter - Traumesystem*”, av 09.10.07 (heretter: den nasjonale traumerapporten) ble behandlet av de adm. direktører i RHF-ene i 2008, og det ble gitt tilslutning til føringene i rapporten. Styret i Helse Nord RHF sluttet seg til de overordnede prinsippene i sak 7-2009. Styret ønsket en utredning om hvordan de nasjonale overordnede prinsipper kunne omsettes til et regionalt traumesystem. Rapport fra det faglige utvalget som har utredet saken foreligger nå, og utvalgets anbefalinger presenteres i saken.

I den foreliggende rapporten blir begrepet ”traumepasient” benyttet om en alvorlig skadd pasient eller en pasient med mistanke om alvorlig skade. Pasienten har pådratt seg åpenbart alvorlige skader og/eller er sirkulatorisk/respiratorisk ustabil og/eller har vært utsatt for 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. En traumepasient trenger med andre ord avansert medisinsk behandling.

Et regionalt traumesystem etableres for å sikre optimal behandling av alvorlig skadde og for å sikre god ressursbruk. Kliniske beslutninger om behandlingsnivå er ofte upresise da de må tas innenfor et kort tidsvindu uten støtte i komplett diagnostikk. Behandlingskjeden vil derfor også omfatte en betydelig andel pasienter med bare lette til moderate skader.

En sentral forutsetning er at de aller fleste med alvorlig skade eller velbegrunnet mistanke om dette, raskt skal kunne nå et sykehus av en slik standard at åndedrett og sirkulasjon kan stabiliseres i de tilfeller livsfunksjonene er truet av reversible årsaker. I traumerapporten omtales dette som *akuttsykehus*. Begrepet *akuttsykehus* er benyttet i den nasjonale rapporten, og denne rapporten skisserer de krav som må oppfylles for at et sykehus skal kunne behandle pasienter med livstruende skader. I denne styresaken bruker vi begrepet *traumesykehus*, der den nasjonale rapporten bruker begrepet akuttsykehuset. Det regionale traumeutvalgets anbefalinger med hensyn til antall og lokalisering av *traumesykehus* vektlegger at et slikt sykehus under normale omstendigheter skal kunne nås innen to timer fra skadetidspunktet.

I Nord-Norge går alarmen for traumeteamene i sykehusene 500-600 ganger pr. år. Traumeteamet er det teamet som tar imot hardt skadde pasienter/pasient med mistanke om alvorlig skade. Hvis vi holder utenfor våre to største sykehus, Tromsø og Bodø, er det totalt

ca. 290 traumeteamaktiveringer i regionen. Av totalt 500-600 pasientene i regionen er ca. 130 av pasientene (25 %) alvorlig skadde hvor det handler om å redde liv.

Den foreliggende rapporten foreslår forbedringer i mottak og behandling av disse alvorlig skadde pasientene/pasienter med mistanke om alvorlig skade.

Utvalgets anbefalinger for etablering av et regionalt traumesystem

Utvalget som har utarbeidet rapporten "Regionalt traumesystem i Helse Nord" mener det er nødvendig å bygge opp kompetansen til de fagfolkene som skal ta imot og behandle alvorlige skader i tråd med anbefalingene i den nasjonale rapporten. Tap av tid kan bety tap av liv. Erfaringer internasjonalt viser at antall dødsfall kan reduseres med 40 % hvis traumebehandlingen utføres på sykehus/sentre som tilfredsstiller alle kravene til faglig behandling. Det er derfor nødvendig å oppgradere noen sykehus i regionen til å ta i mot de hardt skadde pasientene for å sikre en forsvarlig og livreddende behandling. Utvalgets anbefaling er å oppgradere minimum ett sykehus i hvert helseforetak til traumesykehus, i betydningen å ta imot traumepasienter (jf. definisjon i den nasjonale traumerapporten).

Ingen sykehus i Nord-Norge har per i dag et traumatologitilbud helt i tråd med anbefalingene i den nasjonale traumerapporten. Statusbeskrivelsen i rapporten viser at vi har utfordringer knyttet til både kompetansebygging, teamtrening og erfaringslæring ved våre sykehus. Noen sykehus vil imidlertid kunne tilpasse seg kravene med minimal ressursinnsats. Dette gjelder først og fremst UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø som har en infrastruktur og legebemannning som er stabil og tilgjengelig på døgnbasis innen de sentrale spesialitetene som trengs i et traumeteam.

En avveining som tar hensyn til befolkningsstruktur, transportavstander, eksisterende kompetanse og infrastruktur ved de enkelte foretak og anslag over kostnader forbundet med oppgradering av enkeltsykehus tilsier ifølge utvalget at:

1) Helse Nord's traumesenter er Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø

Dette sykehuset er det eneste sykehus i regionen med et komplett kirurgisk og intensivmedisinsk tilbud og kan med moderate investeringer bringes i samsvar med kravene til traumesenter. Utvalget foreslår i tillegg at UNN Tromsø tillegges funksjonen som *traumesykehus* for Midt- og Nord-Troms.

2) Regionen bør i tillegg til traumesenteret ha minimum fire traumesykehus

1) Helgeland, 2) Nordland mellom Saltfjellet og Tysfjorden/Lødingen, 3) Ofoten og Sør-Troms, 4) Finnmark.

1. Helgeland

Både Mo i Rana og Sandnessjøen sykehus er gode alternativer som med moderate investeringer kan bringes i samsvar med kravene til traumesykehus. Sykehuset i Mo i Rana ligger ved E6 som er en høyt trafikkert vei med ulykkesrisiko, og sykehuset har både

bløtkirurgisk og ortopedisk vakt. Videre har Mo i Rana tungindustri med ulykkesrisiko, og byen er Nord-Norges tredje største by.

2. *Nordland mellom Saltfjellet og Tysfjord/Lødingen*

Nordlandssykehuset Bodø kan med moderate investeringer bringes i samsvar med kravene til traumesykehus. I tillegg til å dekke området mellom Saltfjellet og Tysfjord¹, vil Nordlandssykehuset Bodø kunne tilby definitiv behandling av en rekke pasienter som er primærbehandlet på Helgelandssykehuset HF, spesielt innen karkirurgi, thoraxkirurgi og avansert intensivbehandling.

3. *Ofoten og Sør-Troms*

Både UNN Harstad og UNN Narvik kan med moderate investeringer bringes i samsvar med kravene til traumesykehus. Legebemanningen ved UNN Narvik baseres i noen grad på innleie, noe som gjør behovet for å sikre stabil kompetanse og kontinuerlig teamtrening noe større enn Harstad.

4. *Finnmark*

Hammerfest sykehus kan med moderate investeringer bringes i samsvar med kravene til traumesykehus. Utvalget har ikke konkludert entydig med hensyn til om også Øst-Finnmark skal ha traumesykehus.

Et begrenset befolkningsgrunnlag og høye omkostninger knyttet til evt. oppgradering til nivå 2 (traumesykehus, jf. definisjonen i den nasjonale traumerapporten) og vanskeligheter med å stabilisere et kompetent fagmiljø taler for at Kirkenes sykehus ikke tillegges rollen som traumesykehus. En oppgradering av avanserte prehospitale tjenester er i tilfelle nødvendig, slik at det sikres tilgang på prehospital behandling og transport med spesialkompetanse. Stor avstand til Hammerfest og Tromsø, tungindustri, betydelig satsing på ressursutnyttelse i havområdene og grensesamarbeid med Russland taler imidlertid for å oppgradere Kirkenes sykehus til et nivå 2-sykehus.

3) Destinasjonskriterier

Utvalgets forslag til destinasjonskriterier anbefales lagt til grunn for bestemmelse av hvem som skal hvor, i det regionale traumesystemet. Som hovedregel skal tilskadekomne bringes til nærmeste instans som effektivt kan behandle pasienten for den mest alvorlige skaden som foreligger, eller mistenkes. Når kriteriene for aktivering av traumeteam er oppfylt,² skal pasienten bringes til traumesykehus, eller regionalt traumesenter.

4) Kommunikasjonsprotokoll

Utvalgets forslag til kommunikasjonsprotokoller anbefales lagt til grunn som kriterier for overføring av pasienter til høyere nivå, i det regionale traumesystemet.

¹ Inkluderer Lofoten og Vesterålen

² Jf. reviderte kriterier ved UNN Tromsø februar-10

5) Traumekoordinator

Universitetssykehuset Nord-Norge HF anbefales å iverksette utlysning og tilsetting av regional traumekoordinator så snart som mulig. Utvalgets forslag til stillingsinstruks anbefales lagt til grunn. Stillingen er regional og anbefalt tjenestested vil være regionalt traumesenter, men annen lokalisering av vertsfunksjonen for stillingen, kan vurderes.

6) Prehospitale tjenester/nivå 1

Utvalget anbefaler at Helse Nord RHF i samarbeid med kommunehelsetjenesten gjennomgår ansvars- og oppgavefordeling, herunder krav til kompetanse og tilgjengelighet for legevakslege, for innsats på skadested. Utvalget anbefaler en kartlegging av prehospital/akuttmedisinsk erfaring hos AMK-operatører i Helse Nord og en kartlegging av tilgjengelighet til AMK-lege og i hvilken grad denne har prehospital erfaring.

Det anbefales en videre utredning av hva utvalgets foreslåtte endringer vil innebære for krav til kompetanse og kapasitet innen ambulansetjenesten, herunder luftambulansen, for å sikre forsvarlig transportalternativ, før endringene iverksettes.

7) Akutt rehabilitering

Det er behov for tiltak for å styrke akutt rehabilitering etter traume ved å bla styrke barnerehabilitering og bedre intermediærkapasiteten ved UNN Tromsø. Behov og mulighet for styrket kapasitet på rehabilitering av ryggmargsskader, bør utredes.

Adm. direktørs vurderinger

Både den nasjonale og den regionale traumerapporten viser til at publiserte studier entydig rapporterer at innføring av et formelt traumesystem som inkluderer bedre organisering, systematisk opplæring av helsepersonell og behandling etter evidensbaserte retningslinjer, øker overlevelsen etter alvorlige skader. Internasjonale studier dokumenterer 40 % økt overlevelse ved sentraliserte traumemottak. Dette er den viktigste begrunnelsen for å etablere et regionalt traumesystem. Traumesystemet vil forbedre mottak og behandling av pasienter med alvorlig eller mistanke om alvorlig skade. Traumesystemet omfatter en relativt liten andel av pasientpopulasjonen. Totalt utløses traumeteamalarmen 500-600 ganger i Nord-Norge, hvorav gjennomsnittlig ca. 25 % av disse alarmene omfatter pasienter med alvorlig skade.

Antallet alvorlig skadde pasienter er relativt stabilt over år. Statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at antallet trafikkulykker i Norge (med personer drept eller skadd), har gått ned de siste ti år fra 12 120 til 10 868 på landsbasis. Data fra Luftambulansen ANS og redningshelikopteret viser at transport av alvorlig skadde i landsdelen holder seg rimelig stabilt med svingninger mellom 400 og 550 pasienttransporter årlig de siste ti år.

Den nasjonale traumerapporten skisserer krav til de ulike nivåene i traumesystemet. Kompetanse i traumebehandling skal være stabil og forutsigbar. Disse kravene er allerede vedtatt av alle regionale helseforetak og av regjeringen, som har henvist til disse kravene i oppdragsdokumentene de siste to år. Helse Nord kan derfor ikke fravike disse kravene.

Det regionale traumeutvalget har valgt å legge vekt på vikarbruk/bruk av innleiestafetter som en vesentlig indikator med hensyn til muligheten for å stabilisere et kompetent fagmiljø ved det enkelte sykehus. I forhold til kvalitet på utredning/behandling i relasjon til frekvens, anser utvalget at antallet traumepasienter er så lavt ved mange av de små sykehusene at en ikke vil opparbeide rutiner og behandlingsforløp som sikrer gjennomgående god kvalitet. At

traumeteamet er sammensatt av vekslende personell med sterkt varierende traumeerfaring gir lite forutsigbarhet og variabel kompetanse i tillegg til at teamet har lite eller ingen mulighet til å trene sammen.

Adm. direktør slutter seg til disse vurderingene og anser det som nødvendig å oppgradere noen sykehus i regionen til *traumesykehus*, i betydningen sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter/pasienter med mistanke om alvorlig skade. Forventningene om at alle lokalsykehus skal kunne operere et bredt spekter av alvorlige skader og sykdommer, med gode resultater, må dempes. Behandlingen av disse pasientene krever et team av høyt spesialiserte leger og annet helsepersonell og hvor øvelse gjør mester. Uten denne sentraliseringen av traumepasientene vil systemet både bli dyrt og dårlig.

En oppgradering av noen sykehus får i seg selv liten betydning for beredskapen for øyeblikkelig hjelp ved de øvrige sykehus. At et sykehus ikke tillegges funksjonen *traumesykehus* i traumesystemet, innebærer ikke nødvendigvis noen vesentlig begrensning av dets virksomhet. Hverdagstraumatologien, som ikke omfattes av traumesystemet, utgjør det altoverveiende volum av skadebehandling innenfor spesialisthelsetjenesten og representerer bl.a. de fleste brudd- og kuttskader og ortopediske bløtdelsskader. Disse behandles i dag ved sykehus med full, døgnkontinuerlig kirurgisk og anesthesiologisk vaktberedskap. Det aller meste av hverdagstraumatologien kan også behandles på dagtid. Utvalget som utredet det regionale traumesystemet anbefaler at sykehus som ikke skal behandle traumepasienter heller ikke skal ha kirurgisk akuttberedskap. Argumentet er først og fremst knyttet til ressursbruk. Adm. direktør vurderer det slik at en ikke ønsker å endre eksisterende beredskap ved sykehusene. Den kommende lokalsykehusstrategien sett i sammenheng med samhandlingsreformen vil legge grunnlaget for hva som skal være tjenestetilbudet ved lokalsykehusene i framtiden.

Beslutningen om å transportere pasienten til et *traumesykehus*, evt. til traumesenteret, må ofte tas under usikkerhet og med begrenset presisjon, siden tiden ikke tillater komplett diagnostikk, før beslutningen tas. Gevinst av en akuttmedisinsk behandlingsskjede forutsetter at kort tid går med til diagnostikk, analyse og beslutning. Kriteriene for triage (utvelgelse med hensyn til destinasjon og type behandling) må derfor være konservativt inkluderende. Å feilprioritere en hardt skadet til et for lavt behandlingsnivå (undertriage) medfører risiko for tap av liv og må minimaliseres. Det er derfor nødvendig å prioritere kompetansebygging for å identifisere multitraumepasienten med risiko for tap av liv eller alvorlig funksjonshemming på skadestedet og gjennomføre øyeblikkelige intervensjoner for å sikre trygg transport og hurtig overlevering til *traumesykehus* for kirurgisk behandling og intensiv oppfølging. Adm. direktør slutter seg derfor til anbefalingene fra utvalget om at det må settes inn ressurser for å øke kompetansen i de prehospitaltjenestene.

Konkret for det enkelte helseforetak anbefales følgende:

Helse Finnmark HF

Hammerfest oppgraderes til å ivareta mottak av traumepasienter. Hammerfest har god legedekning og god kompetanse og det kreves lite ressurser for å oppgradere sykehuset til å møte kravene i nasjonal traumerapport.

Kirkenes har et begrenset befolkningsgrunnlag og høye omkostninger knyttet til ev. oppgradering til *traumesykehus*, jf. definisjonen i den nasjonale traumerapporten. Sykehuset har vanskeligheter med å stabilisere et kompetent fagmiljø og svært få alvorlige skader eller

mistanke om alvorlige skader i året. En oppgradering av avanserte prehospitaltjenester er nødvendig pga. de lange avstandene. Det må sikres tilgang på prehospital behandling og transport med spesialkompetanse. Høybuktmoen flyplass i Kirkenes har høy regularitet og fast stasjonert ambulansefly. Mange av pasientene som i dag bringes inn til Kirkenes sykehus vil komme med luftambulans fra øvrige deler av Øst-Finnmark. Disse pasientene må flys direkte til *traumesykehus* eller traumesenter av hensyn til tidstap som ev. kan koste liv, dersom en stopper ved sykehus som ikke kan gi endelig behandling.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Rapporten peker på at både Harstad og Narvik kan oppgraderes, men at legebemanningen i Harstad er større og mer stabil. Det vil derfor være naturlig å anbefale at Harstad oppgraderes til *traumesykehus* for området Sør-Troms og Ofoten.

Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset Bodø kan med moderate investeringer bringes i samsvar med kravene til traumesykehus. I tillegg til å dekke området mellom Saltfjellet og Tysfjord³, vil Nordlandssykehuset kunne tilby definitiv behandling av en rekke pasienter som er primærbehandlet på Helgelandssykehuset HF, spesielt innen karkirurgi, thoraxkirurgi og avansert intensivbehandling. Sykehusene i Lofoten og Vesterålen har begge et svært lite antall traumepasienter i året, og legebemanningen er i dag marginal. Bl.a. har ikke Vesterålen fast ansatte anestesileger eller gastrokirurger, som er sentrale i traumeteamet. Regulariteten for luftambulansen og særlig for redningshelikopteret er god, også i dårlig vær, i kystnære strøk.

Helgelandssykehuset HF

Utvalget mener at både Mo i Rana og Sandnessjøen sykehus er gode alternativer som med moderate investeringer kan bringes i samsvar med kravene til traumesykehus. Det er ingenting som tilsier behov for å oppgradere mer enn ett av disse. Adm. direktør anbefaler at sykehuset i Mo i Rana oppgraderes til å håndtere traumepasienter for Helgelandssykehuset HF. Valget begrunnes med beliggenheten ved E6 (høyt trafikkert vei med ulykkesrisiko) og allerede eksisterende bløtkirurgisk og ortopedisk vakt. Videre har Mo i Rana tungindustri med ulykkesrisiko, og byen er Nord-Norges tredje største by.

Andre vurderinger

Adm. direktør slutter seg til utvalgets forslag til destinasjonskriterier, kommunikasjonsprotokoller og de utredningene som anbefales gjort før iverksettelse av endringene. Tempoplanen som skisseres er i tråd med diskusjonen i de regionale helseforetakenes AD-møte.

Konsekvenser

De faglige konsekvensene av innføringen av et regionalt traumesystem vil være tryggere og bedre behandling for hardt skadde pasienter og pasienter med mistanke om alvorlig skade. Denne forbedrede kvaliteten på behandlingen vil kunne gi færre tap av liv. Forutsetningen er lojalitet i fagmiljøet inklusive de prehospitaltjenestene og primærlegen i legevakt, til de

³ Inkluderer Lofoten og Vesterålen

omforente destinasjonskriterier. Multitraumer som håndteres initialt ved lokalsykehus som ikke fyller kravene til *traumesykehus* i det regionale traumesystemet, har 1,5 til 5 ganger større sannsynlighet for en dødelig utgang enn de som transporteres direkte til *traumesykehus/traumesenteret*.

Befolkningssentre med lang transportavstand til nærmeste traumesykehus må sikres tilgang på prehospitaal behandling og transport med spesialkompetanse. Helse Nord RHF må i samarbeid med kommunehelsetjenesten sikre felles forståelse av ansvarsforhold, destinasjonskriterier og rollefordeling mellom institusjonene, herunder krav til kompetanse og tilgjengelighet for legevaktslege. Koordinering av den prehospitale innsatsen må styrkes. Prehospitaal innsats i form av lokalt akuttmedisinsk team, ambulanse, prehospitaal bistand fra anestesilege og beslutninger med hensyn til destinasjon må i større grad koordineres av en lege tilknyttet AMK.

Kostnadene ved innføring av et regionalt traumesystem basert på de vedtatte nasjonale krav vil være knyttet til kompetanseheving, transport, etablering av stillinger som traumekoordinator og medarbeidere som drifter et traumeregister. Ved oppgradering av fire sykehus til å ivareta kompetansekravene for *traumesykehus* er kostnadene maks 2,1 mill kroner. Vedlikehold av kompetansen er beregnet til kr 200 000,- pr. år pr. lokalsykehus og kommer i tillegg. Budsjett 2010 har tatt høyde for oppstart av kompetansebyggingen med 1 mill kroner. Budsjett for 2011 må ivareta de resterende bevilgninger for kompetanseøkningen på et sted mellom 1,2 til 2 mill. kroner avhengig av kostnadene til oppgraderingen i de prehospitale tjenestene.

Aktiviteten i flyambulansetjenesten har ikke økt de senere år, og i 2009 gikk den ned. Crewskifte hver 12. time og nye fly fra sommeren 2010 vil gi økt tilgjengelighet og produksjonskapasitet. 330-skvadronen (redningshelikopter) signaliserer at økt antall oppdrag i forhold til traumepasienter må håndteres ved omprioritering/nedprioritering av lavere prioriterte pasientgrupper. Kostnader ved de økte transporter framgår av rapporten for det enkelte helseforetak. Som skissert i rapporten er det en del forhold som må ytterligere utredes, før en kan fastslå eksakte kostnader for oppgraderingen av de prehospitale tjenestene. Adm. direktør slutter seg til at det må igangsettes et arbeid for å kartlegge ev. behov for styrket kapasitet i de prehospitale tjenestene. Arbeidet må slutføres innen sommeren 2011.

Stillingen som regional traumekoordinator er allerede budsjettet i 2010, og oppdragsdokumentet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF pålegger helseforetaket å ansette regional traumekoordinator i første kvartal. Stillingen bør derfor utlyses snarest.

Tiltak som kan gjennomføres umiddelbart uten tilførsel av økte ressurser gjennomføres så snart som mulig i hvert helseforetak. Dette vil være tiltak som etablering av traumekomiteer/utvalg, implementering av kommunikasjonsprotokoller og destinasjonskriterier. Regelmessig trening må også sikres, så snart som mulig på sykehus som skal ta i mot traumepasienter.

Oppsummering

Traumeorganiseringen i Helse Nord må ta utgangspunkt i kravene til *traumesykehus* skissert i rapporten "Organisering av alvorlig skadde – nasjonalt traumesystem" og sees i sammenheng med nivåinndelingen i intensivmedisin, sentralisering av kreftkirurgien og en forsvarlig ressursforvaltning av de menneskelige, faglige og økonomiske ressurser. En avveining som tar hensyn til befolkningsstruktur, transportavstander, eksisterende kompetanse og

infrastruktur ved de enkelte foretak og anslag over kostnader forbundet med oppgradering av enkeltsykehus tilsier at ett sykehus i hvert helseforetak oppgraderes til *traumesykehus* i det regionale traumesystemet.

Utvalgets forslag til destinasjonskriterier anbefales lagt til grunn for bestemmelse av hvem som skal hvor i det regionale traumesystemet. Som hovedregel skal tilskadekomne bringes til nærmeste instans som effektivt kan behandle pasienten for den mest alvorlige skaden som foreligger eller mistenkes. Når kriteriene for aktivering av traumeteam er oppfylt⁴ skal pasienten bringes til traumesykehus eller regionalt traumesenter.

Det foreslås i saken at sykehusene i Hammerfest, Harstad, Bodø og Mo i Rana oppgraderes for å ivareta alle kravene til traumesykehus, jf. den nasjonale traumerapporten.

Det anbefales at Helse Nord RHF i samarbeid med kommunehelsetjenesten gjennomgår ansvars- og oppgavefordeling, herunder krav til kompetanse og tilgjengelighet for legevaktslege for innsats på skadested. Utvalget anbefaler en kartlegging av prehospital/akuttmedisinsk erfaring hos AMK-operatører i Helse Nord og en kartlegging av tilgjengelighet til AMK-lege og i hvilken grad denne har prehospital erfaring.

Det anbefales videre en utredning av hva utvalgets foreslåtte endringer i mottak av traumepasienter betyr for krav til kompetanse og kapasitet innen ambulansetjenesten, herunder luftambulansen, for å sikre forsvarlig transportalternativ, før endringene iverksettes.

⁴ Jf. reviderte kriterier ved UNN Tromsø februar -10