

# Styresak

---

Går til: Styremedlemmer  
Føretak: Helse Vest RHF  
Dato: 24.10.2008  
Sakshandsamar: Ingvill Skogseth  
Saka gjeld: **Organisering av behandlinga av alvorleg skadde pasientar –  
Traumesystem i Helse Vest**

**Styresak 109/08 B**

**Styremøte 05.11. 2008**

---

## 1. Bakgrunn

På oppdrag frå dei regionale helseføretaka blei det våren 2005 sett ned ei interregional arbeidsgruppe for å sjå på organiseringa av behandlinga av hardt skadde pasientar i Noreg. Bakgrunnen for arbeidet var bl.a. initiativ frå Norsk kirurgisk foreining (NKF) og Norsk anesthesiologisk foreining (NAF).

Arbeidsgruppa har ifølgje mandatet behandla følgjande tema:

- Behovet for eit nasjonalt traumesystem
- Traumehandteringa i dag
- Erfaringar frå andre land
- Definisjon/beskrivelse av eit traumesystem, under dette:
  - forslag til struktur for eit nasjonalt traumesystem
  - definisjon av minimumstandardar
  - eventuelle skadetypar som bør behandlast på ein stad/få stader
  - forslag til system for akkreditering av sjukehus
- Oppbygging av eit traumesystem, under dette:
  - framdriftsplan og organisering av arbeidet
  - kostnadar

Arbeidet har gått føre seg i perioden april 2005 - desember 2006, og har vært leia av Olav Røise, senterleiar og avdelingsoverlege, Ortopedisk senter, Ullevål universitetssykehus HF. Representantar frå dei regionale helseføretaka og kommunehelsetenesta har deltatt i arbeidsgruppa.

Innstilling frå arbeidsgruppa har vært ute til brei høyring, der det enkelte RHF sjølv har stått for utsending til relevante høyringsinstansar. Etter høyring og vurdering i RHFa sitt felles fagdirektørmøte, er eit nytt kapittel ført til i rapporten med tydeleggjing av avgrensing i forhold til den totale tiltakskjeda for dei hardt skadde pasientane og korrigeringar/presiseringar av beskrivinga av tenestene ut frå innspela i høyringa. Med utgangspunkt i desse vurderingane har arbeidsgruppa også inkludert prioriteringar av sine forslag i dette nye kapittelet.

Denne saka omhandlar etablering og vidareutvikling av eit godt system for handtering av alvorleg skadde pasientar. Rapporten frå arbeidsgruppa (vedlegg) er grunnlaget for dette saksførelegget, som også blir lagt til grunn for behandling i styra for alle dei fire RHFa.

## 2. Kommenterarar

I det følgjande blir arbeidsgruppa sine forslag gjennomgått i ei oppsummert form. For meir detaljert beskriving og utfyllande kommenterarar, viser vi til rapporten som følgjer som vedlegg.

### 2.1 Kva legg ein i omgrepa traumesystem og alvorleg skadd pasient

Med nasjonalt traumesystem meines ein organisert plan for behandling av akutt skadde pasientar i ein definert region eller populasjon. Med alvorleg skadd pasient meines ein person som har pådratt seg openbart alvorlege skader og/eller er sirkulatorisk/respiratorisk ustabil og/eller har vært utsett for høgenergetisk traume.

Med openbart alvorleg skade meines store blødingar eller knusingar, dislokerte bekkenbrot eller brot i lange røyrknoklar, ustabil brystkasse, stikk- og skotskader ovanfor alboge og kne samt store brannskadar.

### 2.2 Arbeidsgruppa sine prioriteringar av forslag

Arbeidsgruppa har prioritert sine anbefalingar i forhold til tre kategoriar:

- A. Tiltak som kan gjennomførast umiddelbart utan tilførsel av auka ressursar
- B. Tiltak som krev tilførsel av ressursar
- C. Tiltak som bør utgreiast vidare

Forslaga er også gruppert i forhold til om tiltaka kan og bør løysast innanfor RHFa sitt handlingsrom, eller om det bør gjerast ein ytterlegare innsats med sikte på gjennomføring på nasjonalt nivå.

### 2.3 Forslag til prioriterte tiltak i forhold til regionale helseføretak

#### A: Tiltak som kan gjennomførast umiddelbart utan tilførsel av auka ressursar.

Dette er tiltak som enten allereie eksisterer i føretaka eller som vil kunne gjennomførast utan vesentlig ressurstilførsel. I dei fleste tilfella betyr dette at det berre manglar at tiltaket blir vedtatt som ein del av eit formelt traumesystem. Arbeidsgruppa anbefaler at desse tiltaka gis høgaste prioritet.

#### Avklaring av struktur i dei regionale traumesystema:

- Det skal i prinsippet vere eitt traumesenter i kvar region.
- RHFet sitt traumesystem skal byggast på ein modell med fire nivå, med ei tiltakskjede som omfattar:

**nivå 1:** Prehospital teneste (inkludert lokalt akuttmedisinsk team og ambulanse/luftambulanse)

**nivå 2:** Akuttsjukehus (som gjennom spesifiserte krav skal definerast med kompetanse til å ta på seg den første behandlinga av alvorlig skadde pasientar)

**nivå 3:** Traumesenter (der det i tillegg til dei krav som er stilt for akuttsjukehus stilles større krav til kirurgisk bredde)

**nivå 4:** Rehabilitering ut over akuttfasen

- RHFa skal sørge for god handtering av spesialisthelsetenestene sitt ansvar innan ei tiltakskjede som er forklart over. Dette inneber at det må etablerast klare rutinar der skadde pasientar blir sendt direkte til regionalt traumesenter når akuttsjukehus ikkje har kompetanse eller ressursar til sjølv å stå for behandlinga.

### **Formalisering av krav til prehospitale tenester:**

- RHFa sine krav til bemanning av AMK-sentralar må innebere at kompetent lege til ei kvar tid skal være tilgjengelig for rettleiing av personalet i AMK-sentralen og ambulanse. Når AMK-lege er ute i oppdrag, må annan kompetent lege ved sjukehuset være tilgjengeleg
- Det må utviklast einsarta retningslinjer for alle AMK-sentralar for å sikre rett rekvirering av luftambulanse
- Det må etablerast system som medfører at mottakande personell på sjukehus ved behov skal ha tilgang til å kommunisere direkte med utrykkande personell. Etableringa av nytt digitalt nødnett kan ivareta dette.
- Det må etablerast rutinar der funn, vurdering og tiltak blir kommunisert tydeleg, og blir dokumentert skriftleg i form av ambulansjournal, ved overlevering av pasient frå ambulanspersonell til traumeteam. Dette blir understøtta av behov for standardisering av ambulansjournal på nasjonalt nivå.
- RHFa må stille krav om eit tett systemsamarbeid mellom sjukehus og ambulansetenesta. Dette blir operasjonalisert gjennom at medisinsk systemansvarleg lege i ambulansetenesta, eller annan representant for prehospitale tenester, bør være medlem i traumekomiteen ved det enkelte sjukehus.

### **B: Tiltak som krev tilførsel av ressursar**

Dei regionale helseføretaka må legge forholda til rette for å sikre rekruttering til fagområdet og sørge for at traumesystemet blir følgt opp med ei adekvat finansiering. Nokre av dei prioriterte tiltaka inneber meirkostnader i forhold til dagens system. Det vil derfor være nødvendig å både fatte vedtak om at disse skal inngå i traumesystemet og å sørgje for tilstrekkeleg finansiering i forhold til desse. I forhold til kvart tiltak må det skisserast kva kostnader tiltaket vil medføre.

### **Tiltak i forhold til overordna struktur:**

- Tverrfagleg tilnærming er spesielt viktig i traumebehandlinga. Det må derfor opprettast stillingar i kvar helseregion med oppgåver knytt til undervisning og kompetanseoppbygging, koordinering og registrering i den aktuelle helseregionen. Det bør være tett samarbeid mellom desse på tvers av helseregionane.

Ein (deltids) stilling med relevant medisinsk kompetanse som skal ha ansvar for koordinering og oppfølging av traumesystemet. Stillinga vil med fordel kunne kombinerast med klinisk verksemd.

Ein koordinatorstilling i kvar helseregion med relevant helsefaglig utdanning.

- For å koordinere implementeringa og legge forholda til rette for samarbeid på tvers av helseregionane, blir det oppretta ei prosjektstilling i samarbeid mellom helseregionane.

Ei (deltids) prosjektstilling med relevant medisinsk kompetanse fram til traumesentra er etablert og interregionalt samarbeid er sikra. Stillinga vil med fordel kunne kombinerast med klinisk verksemd.

### **Tiltak i forhold til opplærings- og kompetansehevingsbehov:**

- Behovet for kurs og andre kompetansehevingstiltak vil auke ved alle sjukehus med akuttfunksjon dersom dei skal fylle kompetansekrava. For å sikre nødvendig kompetanse i heile akuttkjeda, er det også heilt vesentleg at spesialisthelsetenesta kan oppfylle den lovfesta rettleiingsplikta overfor kommunehelsetenesta. Det må sikrast at arbeidsforholda blir lagt til rette for at måla kan nåast.
- Bemanningsplanane må ha rom for auka tidsbruk til kursing, øvingar etc. Dette gjeld både i forhold til egne tilsette samt rettleiing, kursing og samøving med eksterne samarbeidspartnarar.
- Det må stillast krav til at minst ein i kvar ambulanse skal ha PHTLS-kurs (prehospital life support) eller anna tilsvarande traumekurs, utover forskriftfesta krav til kompetanse. Fordi

mange allereie har slik kompetanse, er utgiftene relativt små, men kan reknast til ca 8 000 kroner per person.

- Kompetansenivå hos følgjepersonell ved overflyttingar frå akuttsjukehus til traumesenter må sikrast og vere forsvarleg mens pasientar er i avleverande sjukehus. Legen som overfører pasienten har ansvaret til neste lege overtar.
- Alle sjukehus som skal ta imot alvorleg skadde pasientar må kunne utføre nødkirurgiske prosedyrar. Det blir stillt krav til trening og kursing. Teamleiar og anestesilege skal ha ATLS-kurs (advanced trauma life support) og kirurgen skal ha kurs i nødkirurgiske prosedyrar. Det blir også stilt krav til kvalitetssikring.

Nødvendig kursing etc. vil kunne reknast ut frå at et ATLS-kurs har kostnad på ca 8 000 kroner per person, ein ekstern instruktør til teamtrening (BEST) må reknast å kosta ca 10 000 kroner (berre nødvendig dersom ikkje kurset kan arrangerast lokalt), eit krigskirurgiskurs kostar ca 3 500 kroner, kurs i nødkirurgiske prosedyrar ca 42 000 kroner per team (6-10 personar), DSTC ca 6 000 kroner per kirurg i tillegg til ca 6 000 for resterande team (3 personar) og TNCC/ATCN ca 6 000 kroner per person.

- Nasjonalt traumeregister er vedtatt etablert og er under utvikling. Alle sjukehus må forplikast til å formidle data til det nasjonale traumeregisteret. Det må stillast krav til at data som blir lagt inn skal være valide - det krev sertifisering av dei som registrerer.

### **C: Tiltak som bør utgreiast vidare**

Blant anna gjennom høyringa kjem det fram at nokre av dei tiltaka som blir foreslått krev nærare utgreiing og presisering før dei kan gjennomførast. Det kan variere mellom tiltaka om dette må gjerast i eit interregionalt samarbeid eller i den enkelte helseregion. Tiltaka vil også måtte utgreiast med forskjellig grad av konkretisering og samarbeid med andre som har ansvar for deler av tiltakskjeda, for eksempel frivillige organisasjonar, kommunar, allmennlegar etc.

Det vil være naturleg at den prosjektstillinga som er foreslått oppretta i samarbeid mellom helseregionane, sørgjer for vidare framdrift i desse utgreiingane.

### **Vidare utredning og avklaring på overordna nivå:**

- Det er behov for å klargjere om det er rett at samhandlinga mellom kommune og helseføretak ofte sviktar, og om det i så fall er organisatoriske forhold som er årsak.
- Forholdet mellom sjukehusa (traumesenter og akuttsjukehus) må utgreiast for å systematisere kriterium for kva pasientar som skal sendast til kva for eit sjukehus. Dette må konkretiserast i kvar helseregion, og kan eventuelt gjerast ved avtale mellom helseføretak. Prosessen må også avklare forholdet mellom sjukehusa på same nivå, med målsetting om å skape ei kjede som gir ein enkel og eintydig oversikt. Det er avgjerande at denne prosessen også blir vidareført mellom dei regionale helseføretaka for å gi blant anna luftambulansenesta den overordna oversikten dei er avhengig av.
- Nokre skadetypar må vurderast sentralisert på grunn av kompleksitet og lav førekomst. Dette må utgreiast nærare saman med forslag om kor dei aktuelle skadane bør behandlast.
- Dagens ansvarsfordeling for vurdering av transport ved tilbakeføring av pasientar frå regionsjukehus til lokalsjukehus bør vurderast. Regionsjukehusets fagekspertise må vera med i vurderinga av forsvarleg transport. Økonomisystema må underbygge at dette finn stad.

### **Vidare utredning av krav til prehospitala tenester:**

- Allmennlegen sin rolle i traumebehandlinga og krav til kompetanse i legevaktsarbeid.
- Formalkrav til utdanning/kompetanse for luftambulanselegar før desse blir sett i teneste.

### **Vidare utredning av krav til rehabilitering:**

- Rehabiliteringa si spesialisering, lokalisering og oppfølging av pasientar med sjeldne skader. Tilsvarande for andre pasientar med alvorlege skader.

#### **Vidare utredning av behov for registrering og innhenting av data:**

- Registrering av prehospitale dødsfall må sikrast.

#### **Vidare utredning av behov for kvalitetsheving og læring i institusjonane:**

- Obduksjonsfrekvensen må aukast som del av kvalitetssikring, forskning, og som del av opplæringstilbodet for personalet i traumeomsorga.
- Det blir ikkje innført eit formelt sertifiseringssystem av sjukehusa, men eit system for kvalitetssikring bør etablerast.

#### **Vidare utredning av andre tiltak:**

- Manglande intensivkapasitet synes i stor grad å bidra til å presse traumeomsorga til lågare behandlingsnivå enn kva gruppa meiner er ønskeleg. Auka kapasitet må leggst til dei store traumesentra, men lokale sjukehus må også ha intensivsenger for å behandle enklare skadetilfelle og "stabile" intensivpasientar.
- Tiltak for å sikre digital overføring av bilete mellom alle helseføretak er av avgjerande betydning for effektiv utnytting av ressursane og god kvalitet i vurderingane. Kompleksiteten i forhold til slike behov kan variere mellom dei regionale helseføretaka.

### **2.4 Anbefalingar med behov for ytterligare tiltak på nasjonalt nivå**

For ein del av anbefalingane er det stort behov for systematisering og oppfølging i nasjonalt samanheng. Dei fleste av disse tiltaka vil krevje vidare utredning.

Det må etablerast eit nasjonalt kompetansesenter i traumatologi som skal ha oppgåver innan forskning, opplæring og utvikling av nasjonale standardar.

#### **Om behov for nasjonale standardar:**

- Ein nasjonal standard bør leggst til grunn for standardisering av ambulansejournal.
- Det bør utarbeidast ein nasjonal standard som sikrar digital overføring av bilete mellom alle føretak.

#### **Om nasjonalt traumeregister:**

- Alle sjukehus må forplikast, eventuelt gjennom forskriftsfesting, til å formidle data til det nasjonale traumeregisteret.

#### **Om endringar i regelverk, betalingsordningar etc.:**

- Obduksjonsfrekvensen må aukast som del av kvalitetssikring, forskning, og som del av opplæringstilbodet for personalet i traumeomsorga. Eksisterande ordningar i forhold til obduksjon av personar som dør i ulykker bør gjennomgåast med sikte på å sikre at fleire blir obdusert. Tilgang på obduksjonsrapportar må sikrast for traumeutvala og registra.

#### **Andre tiltak:**

- Fordi det ikkje blir anbefalt eit sertifiseringssystem av sjukehusa, vil systematisert rådgiving og eventuelt medverknad til kvalitetsutvikling frå spesialistforeiningar, fylkeslegar og andre kunne vurderast.

### **2.5 Tidsplan for implementering av anbefalingane**

Framdriftsplan for implementering i dei regionale helseføretaka må innebere at:

- Tiltak som kan gjennomførast umiddelbart utan tilførsel av auka ressursar (A) blir gjennomført så snart som mogleg i kvart regionale helseføretak, slik at alle tiltak er formelt vedtatt og rutinar korrigerast innan 01.01.2009.
- Tiltak som krev tilførsel av ressursar (B) blir gjennomført så snart som mogleg i kvart regionalt helseføretak, slik at alle tiltak blir operasjonalisert før traumesystemet sitt krav til akuttsjukehus blir innført. Stillingar i forhold til overordna struktur ("koordinatorstillingane") blir oppretta med sikte på tilsetjing innan 01.06.2009.

- Kwart regionale helseføretak definerer kva sjukehus som skal ha funksjonar som akuttsjukehus innan 01.01.2009.
- Dei regionale traumesentra gjennomfører eventuelt nødvendige organisasjonsendringar og kompetansetiltak slik at dei er etablert innan 01.01.2009 og deretter kan delta i nødvendig kompetanseoppbygging i etableringa av akuttsjukehusa.
- Nødvendige tiltak for kompetanseheving ved akuttsjukehusa blir sett i verk med sikte på å være slutført innan 01.01.2012.
- Tiltak som bør utgreiast vidare (C) blir gjennomført etter behov i samarbeid mellom helseregionane eller i kvar enkelt helseregion slik at tidsrammene kan gjennomførast.

### 3. Traumesystem i Helse Vest

Helse Vest sitt "sørgje for" ansvar inneber eit overordna ansvar for samordning av tilboda både i forhold til primærhelsetenesta, innan det enkelte helseføretak og på tvers av regiongrensene. I traumerapporten er det definert ei felles plattform som kan vidareutviklast innan kvart regionalt helseføretak og tilpassast lokale føresetnader.

#### 3.1 Helse Vest – organisering i dag (oppsummert i rapporten)

##### Generelt

- Haukeland universitetssjukehus er hovudreferansesjukehus
- Alle sjukehusa kan ta imot alvorleg skadde pasientar på døgnbasis
- Sjukehusa har definert traumeteam\*
- Sjukehusa har definerte varslingskriterium for innkalling av traumeteam\*
- Ingen formelle kompetansekrav til teammedlemmene
- Alle lokalsjukehus har kirurg med spesialitet i generell kirurgi til stade ved mottak av alvorleg skadde pasientar (heimevakt)
- Fire av sjukehusa har definerte mål for deltaking i traumekurs for legar som deltar i traumeteamet
- Sjukehusa inngår i BEST nettverk med trening på mottak av alvorleg skadde pasientar. Det er ulikt kor ofte slik trening er gjentatt. Nokre sjukehus har dette fast fleire gonger i året, mens andre trener berre sporadisk\*
- Sjukehusa har deltatt med operasjonsteam på kurs for kirurgi på alvorleg skadde pasientar\*
- Gode data vedkommande skadde pasientar manglar
- Gjennomgang av kasuistikkar blir gjort regelmessig ved 5 av 8 sjukehus og sporadisk ved dei andre sjukehusa
- Overføring av alvorleg skadde pasientar skjer hovudsaklig innan regionen. Unntak frå dette er replantasjonar som blir gjort ved Rikshospitalet og at SUS sender pasientar med alvorlege bekkenskader til Ullevål universitetssjukehus.

\* Gjeld ikkje Lærdal sjukehus

#### 3.2 Høyringsutale til traumerapporten frå Helse Vest RHF

Helse Vest RHF ga høyringsuttale til traumerapporten basert på innspel frå helseføretaka og private sjukehus med avtale. Det var brei tilslutning til prinsippa i rapporten. Følgjande er henta frå vår uttale:

##### Generelt

*"Helseføretaka i Helse Vest ser positivt på det arbeidet som er gjort og at det er utarbeida ein rapport som grunnlag for korleis det i Noreg kan etablerast eit "Traumesystem" for å handtere alvorleg skadde pasientar. Helseføretaka støttar i all hovudsak dei tilrådingane som ligg i rapporten".*

*"Helse Stavanger HF er også positiv til det arbeidet som er gjort med gjennomgang av traumesystem i Noreg, og støttar i all hovudsak tilrådingane i rapporten. Det blir peika på som ein svakheit ved rapporten at radiologisk ekspertise er i for liten grad involvert og at denne kompetansen er tillagt for*

*lite vekt i rapporten. Helse Stavanger HF meiner dei oppfyller krava som skal til for at Stavanger universitetssjukehus får status som eit traumesenter”.*

Det er gjennomført eit møte i Helse Vest RHF (juni 2007) med representantar frå både fagmiljø og leiing i alle helseføretaka. Olav Røise (leiar av arbeidsgruppa som har utarbeida traumerapporten) gjekk gjennom rapporten og dei anbefalingane som arbeidsgruppa har kome med. I møtet blei det også drøfta kva som var utfordringane på traumeområdet i vår region. Som ei oppfølging av dette møtet har saka vore drøfta i møte der fagdirektørane saman med representantar frå traumemiljøa, drøfta forslag til implementering av prinsippa i Helse Vest. Arbeidet har vore prega av svært positiv innstilling til å kome fram til ei robust og god løysing til beste for dei pasientane som blir utsett for denne type alvorlege skader.

Gjennom høyringsuttale og den vidare prosess og arbeid med denne saka, konstaterer vi at det er:

- Brei tilslutning til prinsippa i traumerapporten, inklusive forslaget om eitt traumesenter
- Felles oppfatning av at prinsippa som er nedfelt i plan for prehospitala tenester i Helse Vest ligg fast
- Brei semje om prinsippet at sjukehusa skal behandle det dei kan, og sende vidare pasientar med skader som må/skal behandlast på eit høgare nivå eller til sjukehus med nasjonale funksjonar.

### **3.3 Helsepolitiske føringar**

Ved sida av dei faglege føringane i traumerapporten, er det også etterfølgjande helsepolitiske føringar i styringsdokument og revidert nasjonalbudsjett 2008 St.prp.nr.59 som må takast omsyn til:

- Arbeide med betre funksjonsfordeling mellom sjukehus
- Sikkerheit for at tilbodet ved akuttmottak er fagleg forsvarleg (jf. tilsynsrapport akuttmottak)
- Det akuttmedisinske tilbodet ved lokalsjukehusa må sjåast i samheng med og tilpassast lokale tilhøve:
  - lokalt tilpassa behandlingsskjeder
  - tilrettelagt kompetanse
- Etablere heilskaplege, samanhengande og lokalt tilpassa akutt tilbod
- Forpliktande nettverk mellom sjukehus (viser til rapporten *Lokalsjukehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede*).

I den situasjonen vi er i no, der det er under utvikling nasjonale standardar for akutfunksjonar både innan det indremedisinske og det kirurgiske området jf. framlegg frå Regjeringa i RNB, finn Helse Vest det rett å vera tilbakehaldne med å pålegge helseføretaka å gjennomføre endringsprosessar som det enno ikkje er fagleg og politisk semje for. Særleg i områder med lange avstandar og transporttider mellom sjukehusa er det behov for lokal forankring.

Utfordringane i etablering av gode tenester til den alvorleg skadde pasienten, er delvis forbunde med utvikling av tilstrekkeleg fagleg standard på tenestene på alle nivå, og delvis forbunde med etablering av ein god og hensiktsmessig organisering som sikrar rask tilgang til den nødvendige kompetansen når ulykka rammer.

Det enkelte sjukehus må definerast inn i tiltakskjeda slik at alle aktørane, inkludert samarbeidspartane og befolkning, har så god oversikt som mulig over korleis tenesta er organisert og kva tilbod som kan forventast.

Spesialisthelsetenesta har eit ansvar for kompetanseheving i alle ledd i tiltakskjeda. For å sikre eit best mulig utgangspunkt for vidare behandling av den skadde pasienten er det avgjerande at tilbodet på skadestaden gis i samsvar med faglege normer og beste praksis. Dette inneber behov for ei bevisst haldning til systematisk formidling av kunnskap også ut over eigen organisasjon. Samtidig medfører det behov for regelmessige felles øvingar for å sikre at tiltakskjeda fungerer optimalt.

### **3.4 Forslag til tiltak for å lage traumesystem i Helse Vest**

Det er tatt utgangspunkt i at det i alle helseføretaka er behov for:

- å styrke og klargjere organiseringa av traumebehandlinga
- å bevare og styrke eksisterande ressursar

- forbetre og styrke kompetanse. Vurdere nødvendige tiltak for kompetanseheving ved akuttsjukehusa
- betre samarbeid/samhandling og koordinering. Dette inneber systematisert rådgiving og eventuelt medverknad til kvalitetsutvikling frå spesialistforeiningar
- systematisering og klargjering av systemansvar

### 3.5 Forslag til konklusjonar

- vidareutvikle den kompetansen vi har og styrke akuttfunksjonen innan dei rammene som er trekt opp i St. prp.nr. 59 (RNB)
- Haukeland universitetssjukehus blir definert som traumesenteret i Helseregion Vest med systemansvar og sekretariatsfunksjon for eit nyoppretta traumenettverk (sjå under). Det blir etablert stilling som traumekoordinator i Helse Bergen.
- etablere eit nettverk som supplement til traumesenteret. Nettverket skal systematisere eit forpliktande samarbeidet på traumefeltet og ivareta "følgje med funksjon". Stavanger universitetssjukehus skal leie nettverket.
- etablere og vidareutvikle eit godt system for handtering av alvorleg skadde pasientar.
- Nettverket blir etablert for ein prøveperiode på 5 år. Det skal utarbeidast eit mandat for nettverket. Stikkord for mandatet er samarbeid, forbetring, rapportering, overvaking, fagrevisjonar og initiativ til forslag om sentralisering til nasjonale funksjonar. Nettverket skal som ei hovudoppgåve overvake det som skjer med innsyn i register og revisjonar.

Ut frå desse vurderingane er det behov for at det snarast blir gjort vedtak som gir avklaring av struktur i det regionale traumesystemet, formaliserer krav til prehospitala tenester (jf sak 108/08 B) og definerer utgangspunktet for nødvendige tiltak i forhold til opplærings- og kompetansehevingsbehov.

Helse Vest RHF sitt "sørgje for"-ansvar er avgrensa til spesialisthelsetenesta sin innsats i tiltakskjeda. Samtidig er tett samarbeid med private aktørar, primærhelsetenesta, rehabiliteringsinstitusjonar og pasienten sin heimkommune nødvendig for å etablere gode og samanhengande tiltakskjeder frå det tidspunkt skaden er oppstått til pasienten er tilbake til eit så normalt liv som mulig ut frå sine nye føresetnader.

Administrerande direktør anbefalar at styret sluttar seg til dei felles prinsippa som ligg til grunn i saksutgreiinga.

### Forslag til vedtak

1. Styret sluttar seg til dei konklusjonane som er trekt i saksutredninga og legg til grunn ei vidareføring av arbeidet i regi av det regionale helseføretaket som inneber at det blir etablert gode og samanhengande tiltakskjeder for alvorleg skadde pasientar, bygd på prinsippa i rapporten *Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem*.
2. Haukeland universitetssjukehus blir definert som traumesenteret i Helse Vest med systemansvar og sekretariatsfunksjon for nettverket, nemnt i vedtaks punkt 3. Det blir etablert stilling som traumekoordinator i Helse Bergen.
3. Det blir etablert eit nettverk som supplement til traumesenteret. Nettverket skal systematisere eit forpliktande samarbeidet på traumefeltet og ivareta "følgje med" funksjonen. Stavanger universitetssjukehus skal leie nettverket.

**Vedlegg:** Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem. (Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-a – inkludert vurdering etter høyringsrunde)