

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 13.01.2017
SAKSHANDSAMAR: Ingvill Skogseth
SAKA GJELD: **Revidert nasjonal traumeplan - traumesystem i Norge 2016**

ARKIVSAK: 2017/58
STYRESAK: **013/17**

STYREMØTE: **02.02. 2017**

Saka er felles for alle fire RHF, og er difor ikkje skriven på nynorsk.

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret tar saken om «*Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016*» til orientering og ber om at planen legges til grunn for videreutvikling og organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Vest.
2. Styret understreker betydningen av at oppfølgingen av traumeplanen skjer i et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å sikre pasienter i hele landet størst mulig likhet i spesialisthelsetjenestetilbudet.

1. Hva saken gjelder

Formålet med et nasjonalt traumesystem er å gjøre behandlingen av alvorlig skadde pasienter bedre, mer likeverdig og tilpasset den faglige og teknologiske utviklingen. Målet er å etablere en god og sammenhengende behandlingsskjede, fra skadested til endelig behandling og rehabilitering.

De fire regionale fagdirektørene ga i 2013 Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi (NKT- Traume) i oppdrag å lede et arbeid med en revisjon av «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem» fra 2006. Det ble utarbeidet et mandat for oppdraget etter konsultasjon med Helsedirektoratet.

I denne saken fremlegges «Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016». Det er behov for å få tilslutning til at den reviderte nasjonale traumeplanen implementeres i alle regionene og brukes nasjonalt, dog med enkelte tilpasninger til regionale og lokale forhold.

På denne bakgrunn fremmes det likelydende styresak for styrene i alle de fire regionale helseforetakene.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Bakgrunn

Rapporten «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem» ble utarbeidet av en gruppe fagpersoner i 2005-2006 på oppdrag fra fagdirektørene i de regionale helseforetakene. Etter høring ble rapporten og likelydende styresak lagt frem for de regionale helseforetakenes styrer, i Helse Vest RHF i 2008, Helse Nord RHF i 2010, Helse Sør-Øst RHF i 2010 og Helse Midt-Norge RHF i 2012. De fire helseregionene har arbeidet ulikt med traumeplanen fra 2006, men alle har fulgt opp rapportens anbefalinger med enkelte regionale tilpasninger.

Traumeplanen fra 2006 inneholdt få krav til enkelte av leddene i behandlingsskjeden, blant annet rehabilitering. Videre har det funnet sted en stor utvikling i ambulansetjenesten, som i traumeplanen fra 2006 ble karakterisert som det svakeste leddet i kjeden.

Dagens status er at alle regionene har ett definert traumesenter, definerte akuttisykehus med traumefunksjon og noen sykehus som ikke skal motta alvorlig skadde pasienter. Det er etablert strukturer med regionale traumekoordinatorer og regionale traumeansvarlige leger, selv om ikke alle regionene oppfyller alle krav i traumeplanen fra 2006. Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi ble etablert i 2013 som oppfølging av ett av tiltakene i traumeplanen.

Revidert traumeplan av 2016

Den reviderte traumeplanen, *Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016*, er på oppdrag fra de fire regionale fagdirektørene utarbeidet av en gruppe fagpersoner, med sekretariat og ledelse i Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi. Arbeidsgruppen ble oppnevnt av de fire regionale fagdirektørene og det ble utarbeidet et eget mandat for oppdraget etter konsultasjon med Helsedirektoratet.

Målet med revisjonen har vært å:

- redusere regional uensartethet
- definere tydeligere krav til kompetanse til hvert ledd i behandlingskjeden
- definere klare kvalitetsindikatorer som tjenestene kan måles mot
- oppdatere alle faglige anbefalinger i tråd med nyeste evidensbaserte kunnskap
- tydeliggjøre fagmiljøenes anbefalinger i sterke anbefalinger og anbefalinger

Planen er skrevet etter mal for nasjonale faglige retningslinjer og det er lagt vekt på klare kvalitetsindikatorer i alle deler av planen. Videre er planen skrevet i et web-basert format, slik at det kan være et aktivt dokument. Det vil si at faglige oppdateringer, som ikke har organisatoriske eller økonomiske konsekvenser, kan gjøres fortløpende. Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi kan bidra med å tilpasse traumeplanen til en webløsning og holde den oppdatert.

Planen har to typer anbefalinger – sterke anbefalinger og anbefalinger.

Sterke anbefalinger er hva arbeidsgruppen oppfatter som godt dokumenterte minimumskrav, som ikke skal fravikes. Dette er det den alvorlig skadde pasienten bør kunne forvente, uansett alder, bosted og kjønn.

Anbefalinger er tiltak arbeidsgruppen mener er viktig for den alvorlig skadde pasient og som kan planlegges innført. Der det gis anbefalinger er evidensgrunnet svakere, og anbefalingene er basert på tilgjengelig viten og konsensus i en samlet arbeidsgruppe.

Arbeidsgruppen oppnådde konsensus om hele planen.

Traumeplanen har vært til høring og det kom nærmere 50 hørings svar. Hørings svarene er langt på vei tatt til følge. I innledning til traumeplanen gjøres en vurdering av de viktigste hørings svarene.

Planens enkelte deler

Nedenfor gis en oversikt over kravene i *Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016*

Førstehjelp og medisinsk nødmeldetjeneste	Ikke nye vesentlige krav eller krav som ikke kan imøtekommes med dagens tjenester.
Bil- og båtambulansetjenesten	Samme krav til samtrening som i akuttforskriften.

Kommunal legevakt	Følger akutforskriften. Ikke føringer som ikke er gitt i forskriften.
Avansert prehospital behandling og luftambulans	Sterk anbefaling om at det skal være enhetlige kriterier for bruk av tjenesten til mistenkt alvorlig skadde. Sterk anbefaling om at det lages en nasjonal behandlingsstrategi/proseduresamling og en rutine for felles, samordnet innføring av nye behandlingstiltak. Dette for å opprettholde størst mulig likhet i tilbud uavhengig av bosted, kjønn, økonomi og lignende.
Alarmering av traumeteam	Sterk anbefaling om at utløsning av traumealarm skjer på identiske kriterier i hele landet. Dette vil sikre at kriteriene kan etterprøves og justeres om nødvendig.
Akuttsykehus med traumefunksjon	<p>Stort sett uendret fra første plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke økte krav til teamledere, men kravene til tilgjengelighet for personell i hjemmevakt er endret fra 15 til 30 minutter etter innspill fra sykehusene. Arbeidsgruppen anser dette forsvarlig dersom personell i hjemmevakt begynner transport til sykehus umiddelbart ved traumealarm og ikke avventer tilbakemelding/første undersøkelse av pasient. • Kravene til traumekoordinator og lege med særlig ansvar for traumefunksjonen samt traumeregistrar er nå definert i stillingsbrøker <ul style="list-style-type: none"> ○ Minimum 50 % stilling for traumekoordinator ○ Minimum 20 % stilling for lege med særlig ansvar for traumefunksjonen (minst en kirurg bør være dedikert traumefunksjonen, i tillegg anbefales dedikert avsatt tid for anestesilog, evt ortoped) ○ Registrar i stillingsbrøk tilpasset antall traumepasienter • Kravene til tilleggstrening av personell i traumeteam er spesifisert, men sykehusene oppfyller i dag disse kravene langt på vei. • Det stilles ikke krav om ortoped eller radiolog i vakt for å kunne ha traumefunksjon, men det er krav om kompenserende kompetanse i teamet dersom ortoped og radiolog ikke er i vakt.
Behandling av kritiske blødninger og bruk av massiv transfusjon	Anbefalingene er nyttige for sykehusene ved både traumer og andre typer blødninger. Avsnittet spesifiserer behov for medikamenter og lager i blodbankene, men stiller ikke krav om tilgang på trombocytter overalt.
Overføringer av pasienter	Har definert ansvarsforhold og kommunikasjonsveier, men stiller ikke krav som ikke stilles i andre avsnitt eller den gamle planen.
Regionalt traumesenter	<p>Det legges til grunn et policydokument utarbeidet av de fire traumesentrene. Kravene er som til akuttsykehus med traumefunksjon, men med en rekke tilleggfunksjoner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterk anbefaling at teamleder ved traumesentrene hele døgnet

	<p>sikres støtte av spesialister ved behov, og at disse spesialistene oppfyller krav til opplæring innen traumatologi. Dersom teamleder har anbefalt kompetanse kan disse spesialistene ha bakvakt hjemme, men de må reise til sykehus umiddelbart ved traumealarm og være tilgjengelig innen 30 min.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterk anbefaling at de regionale traumesentrene sikres ressurser slik at de både kan følge opp egne traumepasienter og samtidig ivareta sin funksjon som traumefaglig veileder for helseregionens øvrige sykehus med akuttkirurgisk- og traumefunksjon. • Sterk anbefaling om å samle de mest skadde pasientene for observasjon og tverrfaglig oppfølging og med en traumekompetent lege som ansvarlig. Dette for å sikre at de får en adekvat initialbehandling og oppfølging.
Rehabilitering	<p>Det påpekes alvorlige svakheter i dagens tilbud, men også dokumentert helse- økonomisk effekt av tidlig systematisk rehabilitering basert på norsk forskning. Det er en sterk anbefaling at alle pasienter på intensivheter vurderes innen 72 timer av spesialist fra rehabiliteringsenhet. Det skal etableres pasientforløp som sikrer ubrutt rehabilitering uten venteopphold på akuttsykehus mellom traumesenter og rehabilitering. Traumesentrene bør, i samarbeid med kommunene, definere standardiserte pasientforløp som gir like rehabiliteringstilbud uavhengig av helseregion.</p>
Ivaretagelse av involverte personer og pårørende.	<p>Her beskrives eksisterende krav uten nye krav til spesialisthelsetjenesten. Et nytt avsnitt om pasienterfaringer har sterke anbefalinger om at sosionomtilbudet og psykolog- psykiatritilbudet ved traumesentrene organiseres slik at en eller flere fagfolk dekker alle traumepasienter.</p>
Nasjonalt traumeregister	<p>Sterk anbefaling om at alle sykehus leverer data til registeret innen 3 måneder etter at pasienten er utskrevet. Dette er data som uansett skal leveres til kvalitetsregisteret. Når det gjelder stillingsbrøk til registrar er dette beskrevet i avsnittene om traumesenter og akuttsykehus med traumefunksjon.</p>
Forebygging	<p>70-90 % av alle dødsfall forårsaket av alvorlig skade skjer prehospitalt. Forebygging er helt nødvendig for å redusere disse skadene. Det er en sterk anbefaling at alle ledd i behandlingsskjeden bidrar til å utvikle målrettede, kunnskapsbaserte forebyggingstiltak.</p>
Forsvaret	<p>Ingen sterke anbefalinger, men anbefaling om at det etableres et formelt samarbeid mellom helsemyndigheter, relevante departementer og forsvaret for å sikre god utnyttelse av traumerelevante helseressurser inklusive nøkkelpersonell. Dette</p>

	gjelder så vel i fredstid som ved mobilisering. Videre anbefales det utarbeidelse av konkrete beredskapsplaner som sikrer at den sivile traumekapasiteten ikke svekkes ved behov for innkalling av personell til forsvaret, selv med rask responstid.
Sykehus uten traumefunksjon, helsesentre m.v.	Sterk anbefaling om at slike institusjoner ikke har noen definert plass i behandlingsskjeden, men kan brukes for midlertidig undersøkelse og behandling <i>i påvente av transport</i> . Helseforetak og regionale helseforetak bør informere befolkningen og ansatte i AMK, ambulansetjeneste, luftambulansse etc. om sin beredskap for behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade. Befolkningen bør vite at transport til akutt sykehus med traumefunksjon og traumesenter er tryggere enn transport til sykehus uten definert traumeberedskap.
Implementering av ny nasjonal traumeplan og økonomiske konsekvenser	Avsnittet redegjør for de potensielt kostnadsdrivende sterke anbefalingene i planen. I detalj gjennomgås: <ul style="list-style-type: none"> • Kurskostnader knyttet til obligatoriske kompetansekrav • Kostnader knyttet til fristilling av forelesere/instruktører til obligatoriske kurs • Fagutvikling i ambulansetjenesten gjennom deltakelse på traumemøter på sykehus hvor hardt skadde pasienter avleveres • Kvalitetssikring av førstehjelpsopplæringen • Utvikling og iverksetting av tiltaksplaner for å forebygge alvorlige skader

Oppfølging av traumeplanen

Arbeidsgruppen som har utarbeidet planen har i tråd med bestillingen fra fagdirektørene lagt vekt på å lage en plan som kan implementeres i hele landet uten regionale/lokale tilpasninger. Den oppfyller dermed regjeringens mål i Prop. 1 S 2014-2015 for Helse- og omsorgsdepartementet: «Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet.». Det vil dog være behov for enkelte regionale og lokale tilpasninger. Dette gjelder for eksempel innen rehabilitering der behovene er identiske, men regionale avtaler og fordeling av plasser nødvendiggjør tilpasning.

For traumesentrene er det kjent at Oslo universitetssykehus HF har brakt dødeligheten av de alvorligste skader (ISS > 15) ned fra internasjonalt nivå på rundt 20 % til 9 %. De øvrige tre traumesentrene har ikke tilsvarende tall.

For rehabilitering finnes det forskning fra Oslo universitetssykehus HF som dokumenterer forskjeller i utfall for gruppen som fikk rehabilitering rett i etterkant av akutt opphold kontra gruppen som måtte vente på rehabiliteringsplass (90 % versus 76 % selvhjulpne, 76 % versus 34 % tilbake i jobb).

3. Administrerende direktørs vurdering

Traumeplanen er en revisjon av tidligere traumeplan og utarbeidet på oppdrag fra de fire regionale helseforetakene ved fagdirektørene. Den representerer et samlet fagmiljø konsensus og er basert på beste tilgjengelige evidens og metodologi for utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer. Planen anses å oppfylle kravene til god praksis. De økonomiske konsekvenser av innføring av planen er begrenset og omfatter kostnader til kurs og videreutdanning for medlemmer av traumeteam. De anbefalte kursene er mange steder allerede innarbeidet i arbeidsplaner da de ansees som en del av nødvendig fagutvikling.

Planen er skrevet med nasjonal implementering for øye. Det er ingen faglige grunner for å gjennomføre regional tilpasning av planen tilsvarende det som ble gjort ved implementering av traumeplanen fra 2006, der regionale tilpasninger førte til unødvendig ulik praksis i landet og implementeringen av traumesystemet ble forsinket med 5 år. Den nye planen har tatt høyde for dette og er ment å redusere regionale variasjoner. Det er dog behov for enkelte regionale og lokale tilpasninger, selv om anbefalingene vil være ensartet for hele landet. Kvalitetsindikatorer muliggjør kontroll av effekten av slike regionale/lokale løsninger.

Likeverdig pasientbehandling av traumepasientene er vektlagt og en samlet oppfølging av planen i alle regionene vil sikre en bedre og mer helhetlig oppfølging av traumepasienter.

Administrerende direktør anbefaler at styret støtter innføringen av traumeplanen slik at Helse Vest RHF kan bidra til en nasjonal implementering av planen.

Trykte vedlegg:

- Revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016