

Strategiarbeid i Helse Nord – utarbeiding og implementering av Regional traumerapport

Sola-konferansen 08.11.11

Trude Grønlund, prosjektleder

Plan for å best mulig ivareta den alvorlig skadde pasient.....

...på skadestedet

.....i akuttmottaket

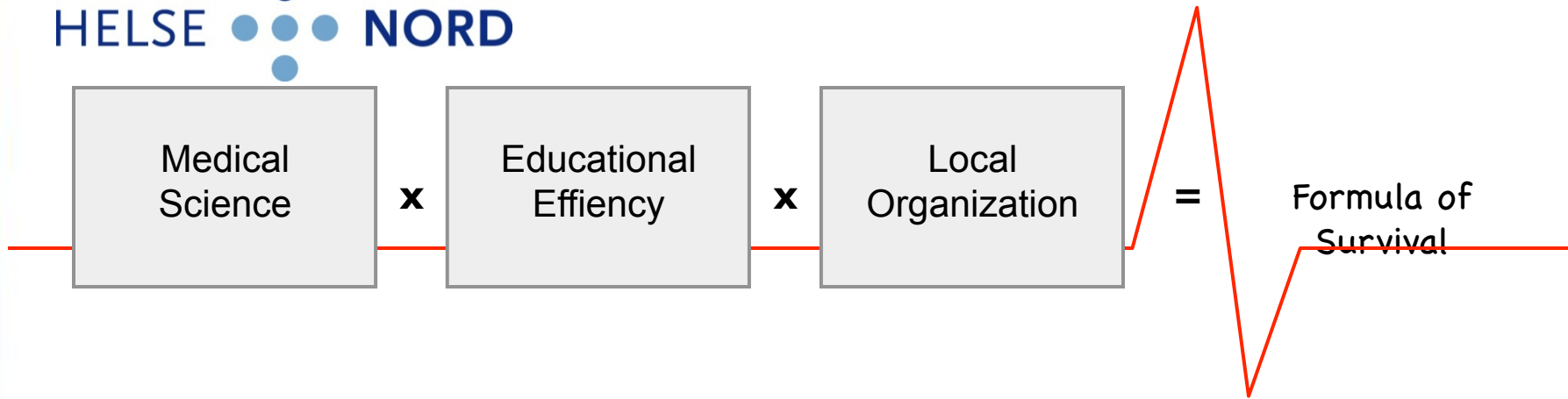


Nasjonalt traumerapport 2007/2008:

Nivådeling nasjonalt traumesystem:

- Nivå 1: Prehospitale tjenester
- Nivå 2: Akuttsykehus
- Nivå 3: Regionalt traumesenter
- Nivå 4: Rehabilitering av alvorlig skadde

**Iverksetting av systemet forutsatt fra
01.01.2012**



Nivåkrav traumesystem

Nivå 1: **Prehospital tjeneste**

- Nødmeldetjenesten (AMK) skal ha kompetent lege tilgjengelig for veiledning av personalet i AMK og ambulanse.
- Skal utvikles ensartede nasjonale retningslinjer for alle AMK-sentraler for å sikre rett rekvirering av luftambulansse.

- minst én i hver ambulanse skal utover forskriftfestede krav ha PHTLS-kurs eller tilsvarende traumekurs
- Det skal være tett systemsamarbeid mellom sykehus og ambulansetjeneste.
- Allmennlegen skal kunne livreddende førstehjelpsprosedyrer/ bidra med kompetanse i det lokale akuttmedisinske team – på skadested.
- Luftambulanselege skal i tillegg til de satte faglige krav ha gjennomgått ATLS- og PHTLS-kurs eller tilsvarende før vedkommende settes i tjeneste.

Nivå 2: Akuttsykehus

- Sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter må kunne utføre nødkirurgiske prosedyrer (4.2.4).
- Det stilles krav til trening og kursing.
- Teamleder og anestesilege skal ha ATLS-kurs -Kirurgen skal ha kurs i nødkirurgiske prosedyrer.
- Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet Det stilles også krav til kvalitetssikring.

Sykehus som tar i mot skadde skal til en hver tid som et minimum:

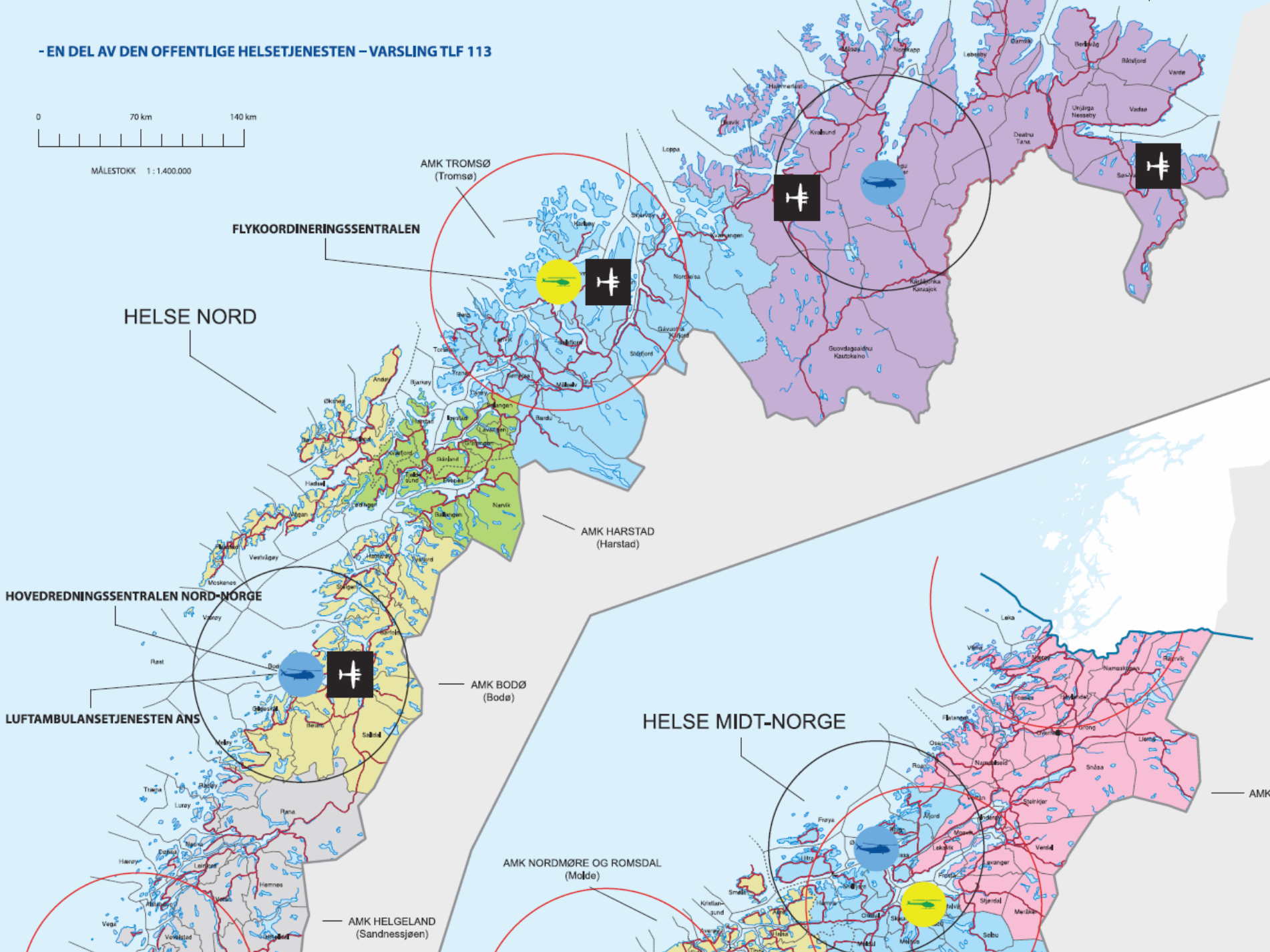
- kunne avlaste pneumothorax, utføre blodstillende nødkirurgi i buken og bekkenet med pakking av blødninger.
- gjøre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, sutur av enkle stikkskader i hjertet
- sutur av enkle lungeskader og primærstabilisere ekstremitetsfrakturer (ekstern fiksasjon).
- Det forventes at man er organisert og opplært til dette ved alle sykehus med akutfunksjon.
- Osteosynteser utføres avhengig av tilgjengelig ortopedisk ekspertise.
- Respiratorbehandling skal være tilgjengelig, eller system for rask overflytting til traumesykehus.

- Ha øremerkete personer/helst tverrfaglig traumekomité for kvalitetssikring av traumebehandlingen
- holde regelmessige komplikasjonsmøter
- ha registrering av traumepasientene.

- EN DEL AV DEN OFFENTLIGE HELSETJENESTEN – VARSLING TLF 113



MÅLESTOKK 1:1.400.000



Kartlegging i HN

- Ingen sykehus fylte kravene til akuttsykehus fullt ut – særlig mangelfullt på kompetanse og kontinuitet legespesialister
- Kun Tromsø og Bodø kan fylle kravene uten tilførsel av ressurser

•^[1] De fleste tallene er estimater. Det er ennå ikke etablert egne traumeregistreringer på noen av sykehusene

ANTALL TRAUME- AKTIVER- INGER ÅRLIG	Sand Nessj	Mo	Bodø	Lofot en	St.m. nes	Tromsø	Har- stad	Nar- vik	Ham. fest	Kirkenes
	24	20-3 0	100	15-2 0	20	Ca 200	45-50	50	75	20

Traumeteamaktiveringer

- Traumeteamet aktiveres langt oftere enn antall faktiske traumer
- Lokalsykehusene benytter aktiveringene til teamtrening
- Overtriage pga mangelfulle diagnostiske hjelpemidler på skadested
- Ca. 25% av aktiveringene ved lokalsykehus er faktiske traumepasienter, 50% i Tromsø og Bodø

4 ulike strategier er utredet i saken

1. Dagens organisering (svært kostbar og lite bærekraftig)
2. Småsykehusene skal ikke motta traumepasienter
3. Ett traumesykehus i hvert HF
4. Kun 2 traumesykehus i HN

Faglig konsensus

- Det er nødvendig med sentralisering
- Ikke mulig med stabil og forutsigbar kompetanse i henhold til kravene ved alle sykehus
- Utviklingen innen kirurgi vil nødvendiggjøre færre enheter og heller sterkere fagmiljø ved noen sykehus
- Det er ikke nødvendig ifht faglig forsvarlighet å ha flere enn 5 akuttsykehus (traumesykehus)
- Grappa anbefaler ett akuttsykehus i hvert HF

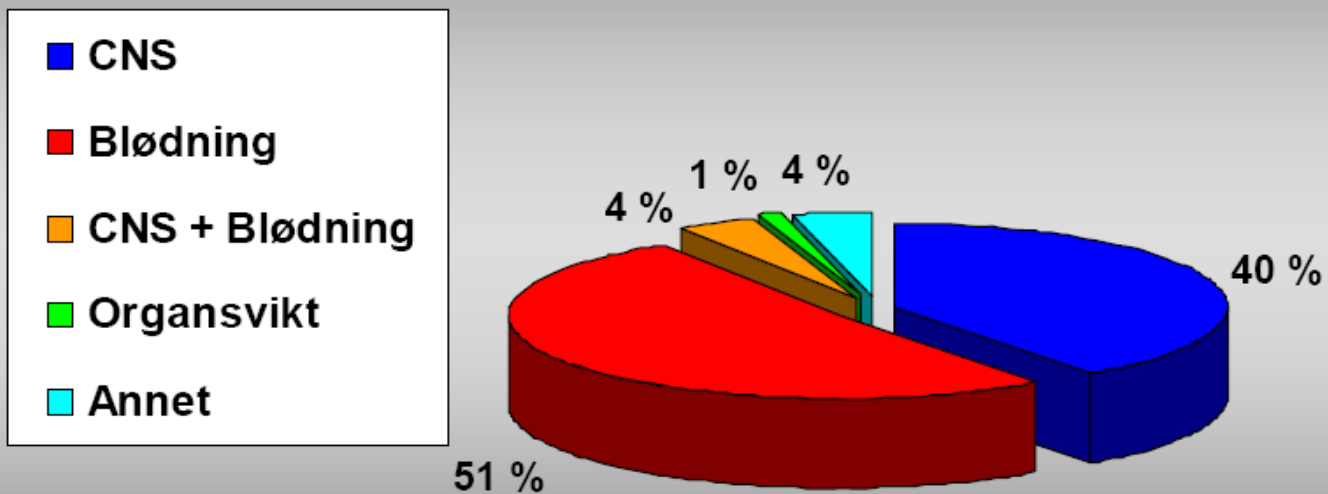
1. Styret i Helse Nord RHF viser til regionalt traumeutvalgs rapport, høringsuttalelsene og saksutredningen. Styret i Helse Nord RHF har som **hovedpremiss for sitt arbeid at alvorlig og/eller hardt skadde pasienter så vidt mulig skal sendes direkte og raskest mulig fra skadested til det sykehus som skal utføre endelig behandling.**
2. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er regionalt traumesenter nivå 3 og skal ha kompetanse til endelig behandling av alle traumepasienter (unntak for ev. pasienter som trenger behandling ved sykehus med landsfunksjoner).
3. Nordlandssykehuset Bodø er traumesykehus nivå 2, og skal kunne sluttbehandle traumepasienter som ikke trenger behandling ved regionalt traumesenter nivå 3.
4. Styret i Helse Nord RHF legger til grunn at alle sykehus som i dag har kirurgisk akuttberedskap skal fortsette å ha det. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til regionalt traumeutvalgs konklusjon om at **alle sykehus som har kirurgisk akuttberedskap skal ha kapasitet og kompetanse til å motta og kunne utføre stabiliserende/livreddende behandling, når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehusene som skal utføre endelig behandling. Sykehus med kirurgisk akuttberedskap skal ha kompetanse slik den framkommer av listen med krav til prosedyrer som var vedlagt saksfremlegget. Adm. direktør bes om å oppdatere denne listen ved behov.**

5. Regionalt traumesystem etableres i tråd med anbefalingene i Nasjonal Traumerapport. **Kompetanse må bygges opp på alle ledd i traumesystemet.** Tiltak som å etablere traumekomiteer/ utvalg og å implementere de anbefalte kommunikasjonsprotokollene og destinasjonskriteriene gjennomføres så snart som mulig i hvert helseforetak.
6. **Kompetanseheving som krever tilførsel av ressurser gjennomføres etter en opptrappingsplan i hvert helseforetak , slik at traumesystemets krav til nivåene i systemet innføres innen 1. januar 2012.**
7. Styret i Helse Nord RHF vil understreke kravet til **en sterk faglig ledelse som sikrer at medarbeiderne har nødvendig kompetanse og at alt personell, også vikarer, har nødvendig kunnskap om traumesystemet.**

8. Styret ber adm. direktør i Helse Nord RHF om å sikre at det blir gjennomført en revisjon av system og praksis ett års tid etter at alt er på plass.
9. Ansettelse av regional traumekoordinator ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø gjøres snarest. 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.
10. Utredning av konsekvenser av regionalt traumesystem for kommunehelsetjenesten, samt konsekvenser for kapasitet og kompetanse i de prehospitaltjenestene og -funksjonene, iverksettes og slutføres innen sommeren 2011.

Men – sjeldne ting forekommer

Utblødning er hovedårsak til tidlige dødsfall i sykehus



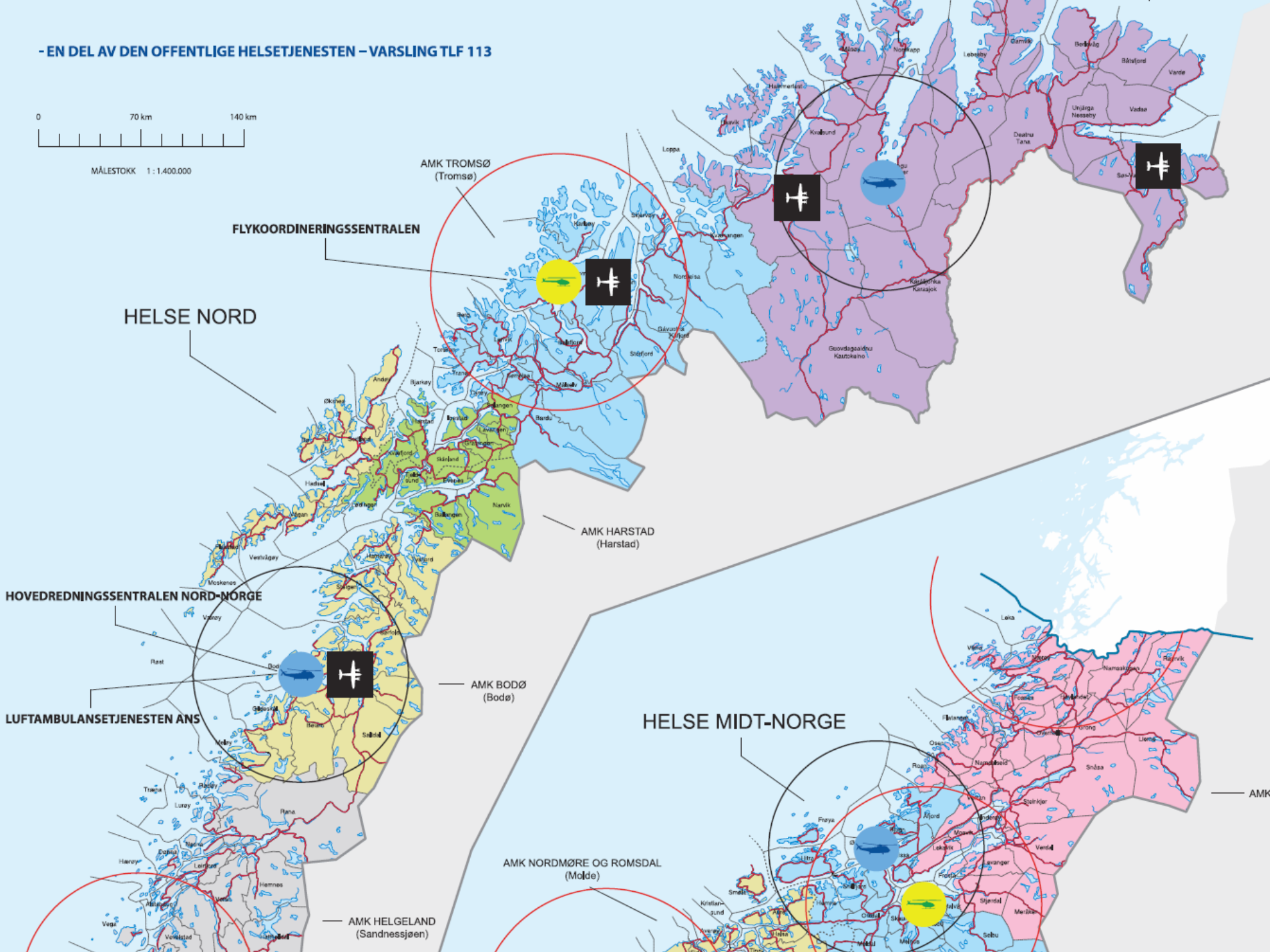
* Patients dying in hospital within 48 hours (acute deaths, n=154)

Sauaia A et al. J Trauma 1995;38:185-93

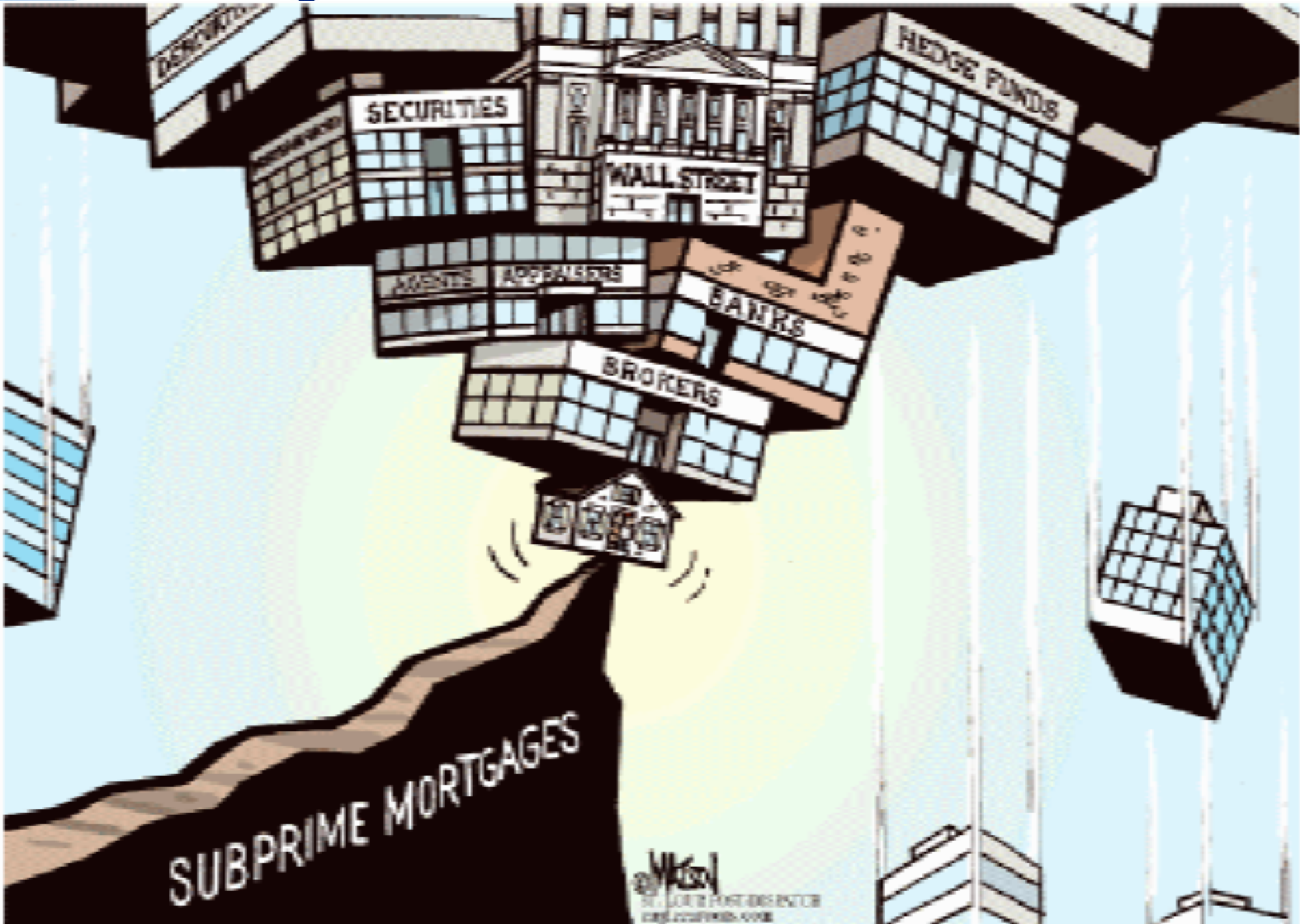
- EN DEL AV DEN OFFENTLIGE HELSETJENESTEN – VARSLING TLF 113



MÅLESTOKK 1:1.400.000



Prehospitaler tjenester er grunnmuren.....



Hva om det ene fundamentet bryter sammen?



- Prehospitale ressurser styrkes – kanskje må det investeres i et nytt helikopter? Blir utredet.
- Kompetanseheving og trening i lag med primærhelsetjenesten iverksatt
- Sikre at alle biler har min. en med PHTLS – ressurser avsatt til kompetansebygging

Hva er bestillingen fra Helse Nord?

- Krav til prosedyrer og kompetanse
- Krav til trening
- Behov for traumeregistrering
- Behov for kriterier for destinasjon og overflytting – hvem skal hvor (og når)?

- Gode, trente folk på alle nivå, prehospitalt og på sykehusene
- Med tilstrekkelig utstyr
- Kriterier for destinasjon og overføring, og gode, fungerende prosedyrer som er basert på enighet
- Et registreringsystem som lar oss sjekke at vi leverer gode tjenester til befolkningen
- Etablering av et regionalt nettverk

Dette oppnår vi *bare* ved samarbeid!