



Representantforslag 68 S

(2016–2017)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen

Dokument 8:68 S (2016–2017)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om å sikre skadde pasienters tilgang til akuttstusykehus med traumefunksjon dersom transporttid til traumesenter er over 45 minutter

Til Stortinget

Bakgrunn

Om lag ti pst. av befolkningen skades årlig, og 100 000 skades så alvorlig at de trenger behandling på sykehus. Årlig dør 2 500 fortrinnsvis unge og tidligere friske personer av skader. Skader er den hyppigste dødsårsaken i befolkningen under 35–40 år. Kvaliteten på behandlingen av alvorlige skader betyr mye for utfallet med tanke på overlevelse og følgetilstander. Behandlingen vil oftest være tidskritisk, og er avhengig av tilgjengelig og godt forberedt kompetanse. Et traumesystem er en organisering av alle ressurser i den kjeden som behandler den alvorlig skadde pasienten, der sømløs overlapping og informasjon flyt tilstrebes i et system uten terskler og flaskehals. Traumesystemet omfatter alle ledd, fra forebygging til førstehjelp på skadested til rehabilitering, det inkluderer pasienterfaringer og implementering av overvåkningssystemer som det nasjonale traumeregister.

I NOU 2015:17 Først og fremst. – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, vises det til at flere studier påpeker at risikoen for å dø etter traumer er større i tynt befolkede områder enn i tett befolkede områder, og at risikoen særlig er knyttet til transportulykker (Kristiansen et al., 2012; Kristiansen et al., 2014). Videre er det i en studie fra 2013 påvist høyere skade-

forekomst og dødelighet ved skader og ulykker i Finnmark sammenliknet med tilsvarende hendelser i rurale og urbane områder i Hordaland (Bakke et al., 2013). Utvalget skriver likeledes at slik kunnskap bør ha betydning for hvordan akuttberedskapen legges opp.

I 2007 vedtok fagdirektørene i de regionale helseforetak dokumentet «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem». Rapporten beskriver to sykehusnivåer – traumesenter og akuttstusykehus med traumefunksjon. Målsettingen var å oppnå så stor grad av nasjonal samordning av traumesystemene som mulig. Implementeringen har blitt mindre samordnet enn opprinnelig håpet. I 2013 ble Nasjonalt kompetansesenter for traumatologi (NKT-Traume) åpnet. Kompetansesenteret fikk i oppdrag å lede revisjon av «Organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem», som ble vedtatt av fagdirektørene i de regionale helseforetakene (RHF) i 2007.

Fagdirektørene i de regionale helseforetakene har laget en felles styresak som Nasjonalt kompetansesenter for traumatologi oppgir at skal styrebehandles i alle RHF. Helse Vest var først ute med å vedta:

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 (NKT-Traume 9. februar 2017).

Forslag til Nasjonal traumeplan inneholder kriterier for å identifisere alvorlig skade. Blant annet står følgende oppført som en sterk anbefaling i planen:

- Alle pasienter skal raskest mulig til det sykehus som kan ferdigbehandle dem.
- Alvorlig skadde pasienter skal raskest mulig til et av landets fire traumesenter og de mindre alvorlig skadde skal til akutt sykehus med traumefunksjon. Dersom det er mer enn 45 minutters transporttid til traumesenter, transporteres den alvorlig skadde pasienten til nærmeste akutt sykehus med traumefunksjon.
- (...) noen pasienter kan ha skader som ikke tillater transport forbi et akutt sykehus med traumefunksjon.
- De fleste traumepasienter ankommer akutt sykehus med traumefunksjon og kan ferdigbehandles der uten å overføres til et av landets traumesenter.

Ifølge forslag til Nasjonal traumeplan er traumeteam spesialiserte team med kvalifisert og trent helsepersonell som har klare roller ved mottak av pasienter med potensielt alvorlig skade. Å motta pasienten med traumeteam øker pasientsikkerheten og reduserer risiko for feil og oversette skader. Forslagsstillerne viser også til at Nasjonal traumeplan anbefaler at traumesentrene i hver helseregion må oppfylle krav til akutt sykehus med traumefunksjon. Men i tillegg må de oppfylle bestemte kravspesifikasjoner til traumesentrene for å kunne ta seg av de hardest skadde pasientene. Forslagsstillerne viser til at i store deler av Norge representerer akutt sykehusene med traumefunksjon en viktig del av traumesystemet, og at akutt sykehus med traumefunksjon skal ha kapasitet til å ta seg av majoriteten av skadde pasienter. Et akutt sykehus med traumefunksjon skal også kunne gi riktig initial behandling til de hardest skadde pasientene, og de skal ha overflyttingsrutiner for de pasientene som overstiger sykehusets kompetanse og ressurser. Målet er at alle pasienter skal få den samme behandling uavhengig av hvilket sykehus med definert traumefunksjon han/hun innlegges primært på, og uavhengig av hvilket tidspunkt på døgnet. Dette forutsetter at akutt sykehus med traumefunksjon oppfyller minstekrav til beredskap, kompetanse, infrastruktur og organisering. Dette igjen forutsetter dedikasjon fra ledelsen i foretaket.

Forslagsstillerne viser til forslag til Nasjonal traumeplan, der det står at i 2007 var det 44 lokalsykehus som mottok traumepasienter, i tillegg til de fire sykehusene som i dag er traumesentrene. Befolkningsgrunnlaget varierer fra 13 000 til 400 000 for disse sykehusene. Mange av sykehusene med lite befolkningsgrunnlag har hjemmevakt på kveld og natt for leger og personell med ansvar for operasjonsstue, radiologi og laboratoriefunksjoner. Pr. 1. september

2014 var antall akutt sykehus med traumefunksjon sunket til 32. Årsakene er flere, og et hovedproblem har vært å opprettholde et døgnkontinuerlig tilbud med generell kirurgi. Det har bl.a. vært en funksjonsfordeling mellom sykehus, hvor noen har mistet akutt generell kirurgi og dermed muligheten for å opprettholde et forsvarlig døgnkontinuerlig tilbud til potensielt hardt skadde pasienter.

Ifølge Nasjonal traumeplan er det i Norge ca. 7 000 traumealarmer pr. år. Av disse mottas 2 500 på et regionalt traumesenter, mens de resterende 4 500 tas imot på akutt sykehus med traumefunksjon. Av 32 akutt sykehus med traumefunksjon har 17 sykehus under 100 traumealarmer pr. år, 9 sykehus har 100–200 traumealarmer pr. år, og 6 sykehus har mer enn 200 traumealarmer pr. år. Mange traumepasienter mottas altså på akutt sykehus med traumefunksjon som til dels har liten erfaring med potensielt alvorlig skadde pasienter. For å kompensere for manglende erfaring, må sykehusene gjennomføre kurs og øvelser for å bygge opp og opprettholde kompetanse.

Forslagsstillerne viser til Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). I planen blir det vist til at traumesystemet i Norge nå er under revisjon, og traumesystemet omtales ikke særskilt. I innstilling fra helse- og omsorgskomiteen (Innst. 206 S (2015–2016)) slår komiteens flertall fast at akutt sykehus skal ha akutt funksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Komiteens flertall slo også fast at akutt sykehus skal ha traumeberedskap og generelt akutt kirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.

Forslagsstillerne registrerer at det er ulik begrepsbruk i Nasjonal helse- og sykehusplan og i Nasjonal traumeplan. For eksempel opererer ikke Nasjonal traumeplan med begrep som sykehus med traumeberedskap, men bruker begrepet traumefunksjon, som er definert. Nasjonal helse- og sykehusplan sitt krav om akutt sykehus med beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser, finnes heller ikke igjen i Nasjonal traumeplan. Det er også uklart hvordan en slik beredskap skal sikres og hvilke kompetansekrav som skal settes. Spesielt er det vanskelig å kunne forstå hvordan dette skal kunne sikres samtidig som det ikke settes krav til at det skal være kirurger i døgnvakt.

Forslagsstillerne viser også til representantforslag fra Per Olaf Lundteigen, Marit Arnstad, Janne Sjelmo Nordås og Kjersti Toppe, Dokument 8:60 S (2016–2017), om å opprette ein eigen utdannings-spesialitet i akutt kirurgi (generell kirurgi), og nødvendige tiltak for å styrke rekruttering av kirurgar til lokalsykehus, og representantforslag fra Janne

Sjelmo Nordås, Per Olaf Lundteigen og Kjersti Toppe, Dokument 8:34 S (2016–2017), om tiltak for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse.

Nå pågår det utviklingsplaner i flere helseforetak, som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Flere helseforetak vurderer forslag om at akutt-sykehus med traumefunksjon skal miste akutt-kirurgisk kompetanse og dermed traumefunksjon. Forslagsstillerne er opptatt av at dersom flere akutt-sykehus blir fratatt sin traumefunksjon, vil det være enda vanskeligere å oppfylle anbefalingen om at alvorlig skadde pasienter som ikke vil nå traumesenter innen 45 minutter, skal transporteres til et akutt-sykehus med traumefunksjon. Akutt-sykehus med traumefunksjon utgjør i dag en viktig del av traumesystemet og mottar størstedelen av traumealarmene. Derfor er det viktig at traumefunksjonen ved akutt-sykehus blir opprettholdt.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

for s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen sikre at dersom avstand til traumesenter for pasientene er over 45 minutter, skal lokalsykehuset ha traumefunksjon.
2. Stortinget ber regjeringen gjennom oppdragsdokument til regionale helseforetak sette krav om å legge dagens traumefunksjoner på eksisterende akutt-sykehus til grunn for utvikling av det regionale traumesystemet.
3. Stortinget ber regjeringen gjennomføre en opprydning og samordning av begrepsbruk når det gjelder krav og kompetanse for mottak av skadde pasienter på akutt-sykehus, og på egnet vis fremme sak om dette for Stortinget.

21. mars 2017

Per Olaf Lundteigen

Kjersti Toppe

