Innst. 276 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:68 S (2016–2017)

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

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

«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 akuttsykehus 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 akuttsykehus, og på egnet vis fremme sak om dette for Stortinget.»

Forslagsstillerne viser til studier omtalt i NOU 2015:17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, som 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. Videre er det i en studie fra 2013 påvist høyere skadeforekomst og dødelighet ved skader og ulykker i Finnmark sammenliknet med tilsvarende hendelser i rurale og urbane områder i Hordaland.

Forslagsstillerne peker også på at fagdirektørene i de regionale helseforetakene i 2007 vedtok dokumentet «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem». Rapporten beskriver to sykehusnivåer – traumesenter og akuttsykehus med traumefunksjon. Målsettingen var å oppnå så stor grad av nasjonal samordning av traumesystemene som mulig. Implementeringen har ifølge forslagsstillerne blitt mindre samordnet enn opprinnelig håpet.

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 akuttsykehus med traumefunksjon sunket til 32. Årsakene er flere, og et hovedproblem har vært å opprettholde et døgnkontinuerlig tilbud med generell kirurgi. Forslagsstillerne mener det bl.a. har 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.

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 sykehusplans krav om akuttsykehus 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.

Nå pågår det utviklingsplaner i flere helseforetak, som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Flere helseforetak vurderer forslag om at akuttsykehus med traumefunksjon skal miste akuttkirurgisk kompetanse og dermed traumefunksjon. Forslagsstillerne er opptatt av at dersom flere akuttsykehus 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 akuttsykehus med traumefunksjon. Akuttsykehus med traumefunksjon utgjør i dag en viktig del av traumesystemet og mottar størstedelen av traumealarmene. Derfor er det viktig at traumefunksjonen ved akuttsykehus blir opprettholdt.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruiter, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Jorid Holstad Nordmelan, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at det i representantforslaget fremmes forslag om å sikre skadde pasienters tilgang til akuttsykehus med traumefunksjon dersom transporttid til traumesenter er over 45 minutter.

Komiteen mener det er viktig å sikre et godt sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus, som gir tilstrekkelig trygghet og kvalitet i hele landet. Komiteen er opptatt av å skape trygghet for befolkningen i alle deler av landet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at Nasjonal helse- og sykehusplan skal bidra til dette ved å legge til rette for en fortsatt desentralisert sykehusstruktur i Norge, med en «ryggrad» av akuttsykehus.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Stortingets behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11 S (2015–2016)) i Innst. 206 S (2015–2016).

Disse medlemmer tilrådde følgende ufravikelige minstekrav for sykehus som skal omtales som akuttsykehus:

«Akuttsykehus skal minst ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset skal ha kirurgisk vurderingskompetanse i beredskap og beredskap for akutte hendelser. Akuttsykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil- båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at det i praksis er vanskelig å forstå hva som ligger i ordbruken «ryggrad av akuttsykehus». I Nasjonal helse-og sykehusplan ble det skissert fire sykehustyper: regionsykehus, stort akuttsykehus, akuttsykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Bare de to første skal alltid ha døgndekkende beredskap for behandling av alvorlig skadde. I tillegg er det tatt i bruk ikke-faglig funderte nyord som «kirurgisk vurderings- og stabiliseringskompetanse» og «vurderings- og stabiliseringskompetanse». Disse medlemmer registrerer at disse nyordene brukes i vedtak og forslag om å avvikle hele eller deler av akuttkirurgisk beredskap, blant annet ved sykehusene i Flekkefjord og Narvik.

Komiteen viser videre til at det nå arbeides med utviklingsplaner i helseforetakene som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Organisering av traumeberedskapen er en del av dette.

Komiteen viser videre til at det i dag er 51 sykehus med akuttfunksjoner. Fire av disse har akuttfunksjon i indremedisin, og to har akuttfunksjon i indremedisin og ortopedi. De resterende 45 sykehusene har akuttfunksjon i generell kirurgi/bløtdelskirurgi og indremedisin, og flertallet av disse har også akutt ortopedi. De fleste av disse 45 sykehusene har traumeteam som trener på mottak av alvorlig skadde pasienter.

Komiteen viser videre til statsrådens brev til komiteen i forbindelse med behandlingen av representantforslaget hvor det fremgår at rapporten Traumesystem i Norge ble ferdigstilt i 2006 på oppdrag fra de regionale helseforetakene. Rapporten inneholdt faglige anbefalinger til sykehus som skulle motta alvorlig skadde pasienter. Komiteen peker på at traumesystemet ble revidert i 2016, og rapporten Nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge ble lagt frem for styrene i de regionale helseforetakene, og er styrebehandlet i Helse Vest og Helse Nord. Nasjonal traumeplan inneholder faglige anbefalinger til akuttsykehus med traumefunksjon og til traumesentra. Statsråden peker på i sitt brev at det er naturlig at slike faglige anbefalinger er mer spesifikke enn de

kravene som er stilt gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, er enig i at faglige anbefalinger for traumemottak må utformes i fagmiljøene ut fra tilgjengelig kunnskap om hva som er beste praksis, slik også statsråden viser til i sin uttalelse.

Flertallet peker videre på at pasienter i dag så raskt som mulig skal transporteres til et sted som kan ferdigbehandle dem, eller som kan håndtere livstruende skade i påvente av overføring til traumesenter. Flertallet mener anbefalingen om at den alvorlig skadde pasienten skal transporteres til nærmeste akuttsykehus når det er mer enn 45 minutters transporttid til traumesenter, må sees i lys av dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til minstekravene til akuttsykehus som sier at det skal være en beredskap for nødprosedyrer ved alle akuttsykehus. Dette innebærer ikke at alle skal ha en etablert traumefunksjon som gjør at de fleste traumepasienter skal til dette sykehuset.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener helseforetakene må følge de faglige anbefalingene slik de er nedfelt i Nasjonal traumeplan når de skal organisere sine traumemottak.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at om lag ti prosent av befolkningen skades årlig, og at 100 000 skades så alvorlig at de trenger behandling på sykehus. Årlig dør 2 500 personer – fortrinnsvis unge og tidligere friske – 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. Disse medlemmer viser til at NOU 2015:17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, henviser til flere studier som 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 skadeforekomst 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 at slik kunnskap bør ha betydning for hvordan akuttberedskapen legges opp. Disse medlemmer mener det er en selvsagt politisk oppgave å sørge for et traumesystem i tråd med de beste faglige anbefalingene, og som kan sikre likeverdig akuttberedskap i hele landet i tråd med formålet i helseforetaksloven.

Disse medlemmer viser til Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologis skriftlige innspill til komiteen 28. mars 2017 til Dokument 8:59 S (2016–2017), der det blant annet uttales:

«Akuttkirurgi omfatter både nødvendige kirurgiske inngrep ved tilstander som ikke er akutt livstruende, som for eksempel blindtarmsbetennelse og lårhalsbrudd, og den første nødvendige stabiliserende kirurgi ved alvorlige livstruende skader. Vårt anliggende er den siste kategori. Organiseringen av behandling av alvorlig skadde pasienter ble avklart allerede i 2006 av en nasjonal ekspertgruppe. Denne nasjonale traumeplanen er lagt til grunn for det systemet som eksisterer i dag. Traumeplanen beskriver krav som sykehusene skal oppfylles for å kunne ta imot alvorlig skadde pasienter. Disse kravene består av bl.a. krav til vaktberedskap for kirurg, anestesilege og operasjonspersonell samt kompetanse for disse gjennom utvalgte kurs. En ny nasjonal ekspertgruppe har utarbeidet en revidert nasjonal traumeplan. Gruppen gikk gjennom all tilgjengelig litteratur og oppdaterte alle anbefalinger. Vi fant at nivådelingen og kravene til sykehus som skal behandle alvorlig skadde fra 2006 fortsatt holder mål. Hverken den gamle eller den nye planen inneholder begrepet vurderings eller stabiliseringsteam. (…) Alvorlig skadde pasienter har behov for et komplett team av eksperter som kan håndtere deres livstruende situasjon. Det finnes en klar definisjon av hva dette krever i den nasjonale traumeplanen, og vi har ført kontroll med at de sykehusene som har slik funksjon i dag faktisk leverer dette til befolkningen. Sykehus uten en slik kompetanse blir feller for pasientene, de risikerer å miste verdifull tid før de kommer frem til folk som har kompetanse på behandling av deres skade. (…) Ved nedlegging av akuttberedskapen ved norske sykehus, vil nødvendigvis avstand og tid til livsbevarende behandling øke for deler av befolkningen. Dette kan ikke kompenseres ved innføring av nye begreper som ikke har dekning i fagmiljøet. Når man innfører nye begrep som vurderings og stabiliseringsteam er det viktig at de inneholder noe som faktisk er nyttig for pasientene. Et vurderings og stabiliseringsteam som er mindre og har dårligere kompetanse enn dagens akuttsykehus med traumefunksjon er å lure pasientene og befolkningen.»

Disse medlemmer deler Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologis vurderinger og er ikke enig i helse- og omsorgsministerens svar i brev til komiteen 5. april 2017 der han skriver at det er ingen motsetning mellom begrepsbruken i Nasjonal helse- og sykehusplan og Nasjonal traumeplan. Disse medlemmer viser til at for eksempel begrepet «sykehus med traumeberedskap» ikke brukes i Nasjonal traumeplan. Begrepet «traumefunksjon» er derimot faglig definert og brukes i Nasjonal traumeplan. Et akuttsykehus med traumefunksjon skal ha kapasitet til å ta seg av majoriteten av skadde pasien-

ter. Et akuttsykehus med traumefunksjon skal også kunne gi riktig initial behandling til de hardest skadde pasientene, og skal ha overflyttingsrutiner for de pasientene som overstiger sykehusets kompetanse og ressurser. Det er i Nasjonal traumeplan «sterkt anbefalt» at akuttsykehus med traumefunksjon har traumeteam, og kravene til disse er blant annet at de må ha:

- definerte aktiveringskriterier
- definerte teammedlemmer hele døgnet
- teamleder kirurg må ha fire års kirurgisk erfaring. Der dette ikke er tilfelle skal kirurgisk bakvakt (spesialist) være teamleder. Bakvakt som teamleder kan ha hjemmevakt forutsatt system for tidlig mobilisering ved varslet traumepasient (og vil da kunne være til stede ved ankomst av de fleste traumepasienter). LIS i tilstedevakt kan være undersøkende kirurg og fungere til teamleder ankommer ved kort varslingstid
- anestesilege med mer enn fire års erfaring, eller overlege
- generell kirurgisk bakvakt må være til stede innen 30 minutter
- ortopedisk bakvakt (på sykehus med ortoped i vakt) må være til stede innen 30 minutter
- vurdering av billeddiagnostikk av radiolog innen 30 minutter etter undersøkelse er gjennomført, ved eget sykehus eller ved teleradiologi

Disse medlemmer viser til at kravet i Nasjonal helse- og sykehusplan om akuttsykehus med beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering og håndtering av akutte hendelser ikke finnes 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. Disse medlemmer mener den forvirrende begrepsbruken rundt sykehusene er svært uheldig og et demokratisk problem. Når befolkningen i Narvik skulle tolke Helse Nords vedtak av 19. april 2017 om fremtiden for Narvik sykehus, var det uklart for de fleste hva som faktisk var vedtatt.

Disse medlemmer mener at Stortinget i forbindelse med behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan burde presisert at de faglige anbefalingene i Nasjonal traumeplan skal følges og mener ikke – som statsråden gjør i sitt svarbrev – at det er «naturlig at slike faglige anbefalinger er mer spesifikke enn de kravene som er stilt fra Stortinget». Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en opprydning og samordning av begrepsbruken når det gjelder krav og kompetanse for mottak av skadde pasienter på akuttsykehus, og på egnet vis fremme sak om dette for Stortinget.»

Disse medlemmer viser til at 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 traumesentre, og de mindre alvorlig skadde skal til akuttsykehus med traumefunksjon. Dersom det er mer enn 45 minutters transporttid til traumesenter, transporteres den alvorlig skadde pasienten til nærmeste akuttsykehus med traumefunksjon.
- (...) noen pasienter kan ha skader som ikke tillater transport forbi et akuttsykehus med traumefunksjon.
- De fleste traumepasienter ankommer akuttsykehus med traumefunksjon og kan ferdigbehandles der uten å overføres til et av landets traumesentre.

Disse medlemmer viser til at målet med et traumesystem slik det er lagt opp i Nasjonal traumeplan, er at alle pasienter skal få den samme behandling uavhengig av hvilket sykehus med definert traumefunksjon vedkommende innlegges på først, og uavhengig av tidspunkt på døgnet. Dette forutsetter at akuttsykehus med traumefunksjon oppfyller minstekrav til beredskap, kompetanse, infrastruktur og organisering. Disse medlemmer er svært bekymret for konsekvensene dersom flere akuttsykehus blir fratatt sin traumefunksjon. Det vil gjøre det vanskelig å oppfylle anbefalingen om at alvorlig skadde pasienter som ikke vil nå traumesenter innen 45 minutter, skal transporteres til et akuttsykehus med traumefunksjon. Akuttsykehus med traumefunksjon utgjør i dag en viktig del av traumesystemet og mottar størstedelen av traumealarmene. Derfor er det viktig at traumefunksjonen ved akuttsykehus blir opprettholdt. På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at dersom avstand til traumesenter for pasientene er over 45 minutter, skal lokalsykehuset ha traumefunksjon.»

«Stortinget ber regjeringen gjennom oppdragsdokument til regionale helseforetak sette krav om å legge dagens traumefunksjoner på eksisterende

akuttsykehus til grunn for utvikling av det regionale traumesystemet.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det i 2007 var 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. Pr. 1. september 2014 var antall akuttsykehus 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. Dette medlem mener at politisk vilje kan endre dette ved å utvikle en fremtidsrettet moderne helseberedskap for hele landet. Dette medlem viser i den forbindelse til representantforslag fra Senterpartiet «om å opprette ein eigen utdanningsspesialitet i akuttkirurgi (generell kirurgi), og nødvendige tiltak for å styrke rekruttering av kirurgar til lokalsjukehus» (Dokument 8:60 S (2016–2017)), og representantforslag fra Senterpartiet «om tiltak for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse» (Dokument 8:34 S (2016–2017)).

Forslag fra mindretall

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en opprydning og samordning av begrepsbruken når det gjelder krav og kompetanse for mottak av skadde pasienter på akuttsykehus, og på egnet vis fremme sak om dette for Stortinget.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sikre at dersom avstand til traumesenter for pasientene er over 45 minutter, skal lokalsykehuset ha traumefunksjon.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen gjennom oppdragsdokument til regionale helseforetak sette krav om å legge dagens traumefunksjoner på eksisterende akuttsykehus til grunn for utvikling av det regionale traumesystemet.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 8:68 S (2016–2017) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen om å sikre skadde pasienters tilgang til akuttsykehus med traumefunksjon dersom transporttid til traumesenter er over 45 minutter – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. mai 2017

Kari Kjønaas Kjos
leder

Kristin Ørmen Johnsen
ordfører

Vedlegg

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 5. april 2017

Dokument 8:68 S (2016–2017) - Representantforslag om å sikre skadde pasienters tilgang til akuttsykehus med traumefunksjon dersom transporttid til traumesenter er over 45 minutter - fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Per Olaf Lundteigen

Det vises til brev datert 30. mars d.å. fra helse- og omsorgskomiteen der man ber om min uttalelse vedrørende ovennevnte representantforslag. Forslagene er som følger:

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 oppdragsdokumentet til regionale helseforetak sette krav om å legge dagens traumefunksjoner på eksisterende akuttsykehus 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 akuttsykehus, og på egnet vis fremme sak om dette for Stortinget.

I Norge er det i dag 51 sykehus med akuttfunksjoner. Fire av disse har akuttfunksjon i indremedisin, og to har akuttfunksjon i indremedisin og ortopedi. De resterende 45 sykehusene har akuttfunksjon i generell kirurgi/bløtdelskirurgi og indremedisin, og flertallet har også akutt ortopedi. De fleste av disse 45 sykehusene har traumeteam som trener på mottak av alvorlig skadde pasienter.

I 2006 ble rapporten Traumesystem i Norge ferdigstilt på oppdrag fra de regionale helseforetakene. Rapporten inneholdt faglige anbefalinger til sykehus som skulle motta alvorlig skadde pasienter. Anbefalingene omfattet blant annet krav til kurs og trening, og til prosedyrer vedrørende behandling og overflytting av pasient til høyere behandlingsnivå.

I 2016 ble traumesystemet revidert, og rapporten Nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016 er lagt frem for styrene i de regionale helseforetakene, og er styrebehandlet i Helse Vest og Helse Nord.

Nasjonal traumeplan inneholder faglige anbefalinger til akuttsykehus med traumefunksjon og til traumesentra. Det er naturlig at slike faglige anbefalinger er mer spesifikke enn de kravene som er stilt fra Stortinget gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan. Faglige anbefalinger til traumemottak må utformes i fagmiljøene ut fra tilgjengelig kunnskap om hva som er beste praksis. I henhold til Nasjonal traumeplan skal akuttsykehus med traumefunksjon ha kapasitet til å ta seg av majoriteten av skadde pasienter. Sykehus uten traumefunksjon kan ifølge traumeplanen være gode steder å undersøke og behandle pasienter med mistenkt alvorlig skade i påvente av transport. Begge kategorier sykehus må ha beredskap for å vurdere og stabilisere skadde pasienter. Det er derfor ingen motsetning mellom begrepsbruken i Nasjonal traumeplan og Nasjonal helse- og sykehusplan.

Ved alvorlige skader er det overordnede hensyn at pasienter så raskt som mulig transporteres til det sted som kan ferdigbehandle dem, eller som kan håndtere livstruende skade i påvente av overføring til traumesenter. Anbefalingen om at den alvorlig skadde pasient skal transporteres til nærmeste akuttsykehus når det er mer enn 45 minutters transporttid til traumesenter må sees i lys av denne overordnede føringen. Hensynet til transportmåte (bil- eller luftambulanse) må også tillegges vekt i en slik vurdering.

Trykk og layout: Stortingets grafiske seksjon