

Saksframlegg**Revisjon av traumesystemet i Helse Møre og Romsdal HF**

Saksnr	Utvalsnamn	Møtedato
56/19	Styret i Helse Møre og Romsdal HF	25.09.2019

Saksbehandlar: Torstein Hole

Arkivreferanse: 2019/132

Forslag til vedtak:

1. Styret sluttar seg til framlagt saksgrunnlag og implementeringsplan for revidert traumesystem i HMR med Molde sjukehus og Ålesund sjukehus som akuttsjukehus med traumefunksjon
2. Styret ber Administrerende direktør sikre at det vert utarbeidd ein plan for rehabilitering av traumepasientar i tråd med tilrådingane i nasjonalt traumesystem

Ålesund 18.09.2019

Nils Kvernmo

Konstituert adm. direktør

Vedlegg:

1. Gjennomgang av utfordringar med fylkes geografi og vær
2. Status Luftambulansenesten HMR 2018
3. Traumesystem i HMR - rapport

1. Kort om grunnlag og føremål:

«Et traumesystem er en samlet plan for hvordan alvorlig skadde pasienter i et område/land tas hånd om, med beskrivelse av alle komponenter og aktøren»

Det første forslaget til nasjonal traumeplan i Noreg vart levert til regionane i 2007, og vedtatt i HMN i 2012. Det vart oppretta ei Nasjonal kompetanseteneste for traume i 2013 (NKT-Traume), og den nasjonale planen vart revidert og vedtatt i ny versjon i 2017. Denne planen har vorte svært tydeleg og nøyaktig i beskrivinga av krav, forventningar og system for mottak av multi-traumatiserte pasientar. Den største skilnaden frå forrige plan er den nøyaktige presiseringa av krava til alle i behandlingsskjeda; frå skadeplass, til sjukehus mottak, endeleg behandling og til slutt rehabilitering og hjelp til pårørande. Samtidig som dokumentet er ein nøyaktig kravspesifikasjon, har det vorte eit godt arbeidsdokument for å kvalitetssikre behandlingsskjeda i kvar region. St. Olavs Hospital er traumesenter i HMN.

HMR si prosedyre for traumeorganisering/traumesystem vart gjort gjeldande fra 2014 (EQS ID 22813). Den har passert revisjonsfrist, og vil no reviderast i dette arbeidet. Traumesystemet for HMR vart vedtatt sist i 2014. Det er og andre endringar i HMR som gjer det naudsynt med revisjon av traumesystemet:

- Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) er vedtatt, og prosessen med bygging og organisering av den nye sjukehusstrukturen er i gang
- Karkirurgi, mamma-/endokrinkirurgi i HMR samlast i Ålesund
- Sjukehusa sine fagmiljø og kompetanse er i endring, og sjukehusa i HMR sin status kan vere endra i høve krava i Nasjonal Traumeplan.
- Regional og lokal utviklingsplan
- HMR sin krevjande økonomiske situasjon med trong om best mogeleg utnytting av ressursane

På bakgrunn av dette er det naudsynt å revidere traumesystemet i HMR, og det vart bestemt at Fagdirektør skulle eige revisjonsprosessen. Fagdirektør sette ned ei arbeidsgruppe i 2018 med brei representasjon og med regional traumekoordinator som leiar, og med representasjon frå NKT-Traumatologi. Arbeidsgruppa hadde følgande mandat:

«Dagens traumesystem/traumeprosedyrer i HMR må revideres i tråd med Ny Nasjonal Traumeplan. Traumeplanen må implementeres til HMR sine lokale forhold. Arbeidsgruppen skal rapportere til fagdirektøren i HMR.

Arbeidsgruppen skal utrede og gi forslag til:

- *Hvilken status HMR sine sykehus skal ha i tråd med nasjonal traumeplan og regionale føringer*
- *Tydeliggjøring av prosedyrene for destinasjonskriterier og praktiseringen av dette. (Operasjonalisert)*
- *Reviderte prosedyrer*

Vurdere i foretaksperspektivet kravet om likeverdig helsetjenester og kvalitet for våre pasienter – men også det driftsøkonomiske aspektet i forhold til god ressursutnyttelse.»

I tillegg vart ein bedt om å vurdere følgande:

Tematikk	
1.	Gjennomgang av alle traumeprosedyrene EQS, sortere hvilke som trenger standardisering, revisjon og/eller tilpasning – og utarbeide nye. Påpeke aktuelle akuttprosedyrer.
2.	Gjennomgang av erfaring med dagens ordning fra alle traumeutvalgene
3.	Gjennomgang av relevante data/registreringer fra traumeregister
4.	Gjennomgang og beskrivelse av tilgjengelig kompetanse / plan for kompetanse / konsekvenser for kompetanse
5.	Gjennomgang av utfordringer med fylkets geografi og vær
6.	Traumesystem i nordfylket må innebære løsninger både for dagens struktur og for SNR, inkludert plan i interimfasen.
7.	Vurdere eventuelle konsekvenser av/for nye vaktordninger
8.	Anbefale tiltak i hele behandlingskjeden; fra forebyggende medisin til rehabilitering av den skadde og ivaretagelse av pårørende (prehospitalt til rehabiliteringstjeneste og DPS)
9.	Avklare ytterligere dialog med traumeansvarlige St.Olavs hospital (Regional funksjon) Kartlegge behov for - og beskrive - gode samarbeidslinjer og sømløs overlapping mellom traumeteam i HMR og St.Olavs hospital

Arbeidsgruppa har levert sin rapport, og denne har i stor grad svart ut dei spørsmåla som det vart bedt om ei vurdering av. Leiar av arbeidsgruppa, sekretariat, og ikkje minst medlemmane i arbeidsgruppa har gjort eit stor arbeid og skal ha ros for måten arbeidet er gjennomført på og for sluttresultatet. Rapporten er vedlagt (vedlegg 1) og danner grunnlaget for dei vurderingar Fagdirektør har gjort i høve forslag til nytt traumesystem i HMR. I tillegg er vedlagt delrapport beredskap knytt til geografi og vær (pkt. 5 i mandatet, vedlegg 2).

Etter at rapporten vart levert har klinikkane hatt høve til å kome med innspel til denne og til Fagdirektøren si innstilling. Fagdirektøren si førebels innstilling har også vore sendt ut til orientering til kommunane med høve til innspel, og desse har vore vurdert i den vidare prosessen. Fagdirektør har også hatt møte med fagmiljøa ved Volda og Ålesund sjukehus. Dei to fagmiljøa er ikkje samde om kva som er mest teneleg traumesystem for befolkninga på Sunnmøre.

2. Situasjonsbeskriving:

Arbeidsgruppa har levert reviderte prosedyrer og reviderte destinasjonskriterier for HMR. Dette arbeidet er fullført. Prosedyrer vil bli samla i eigen EQS-portal for HMR for Traume for å lette samla tilgang til dette og betre oversikt?

Fagdirektør har vurdert rapporten og gitt råd om at det vert oppretta eitt overordna Traumeutval for HMR med to lokale underutval for høvesvis Nordmøre og Romsdal og Sunnmøre, og med representasjon frå sjukehus utan traumefunksjon i lokale og overordna traumeutval. Fagdirektør vil be Kirurgisk klinikk arbeide vidare med detaljer i representasjon og deltaking i regionale møter/samlingar.

Akuttsjukehus med traumefunksjon i HMR må følge minimumskrav i nasjonal traumeplan til organisering og kompetanse. Dette betyr ca. kr. 760 000 i årlege driftsutgifter pr. sjukehus med traumefunksjon, og i tillegg kjem ca. kr. 150-250 000 i eingangsutgifter pr. sjukehus dei neste åra for å fylle krava i nasjonalt traumesystem.

Arbeidsgruppa har ikkje sett på førebyggjande tiltak eller arbeid med krav til rehabilitering og omsorg for etterlatte etc. Fagdirektør vil i samsvar med oppdragsdokumentet og nasjonalt traumesystem be klinikksjefane i Klinikk for medisin og rehabilitering og Klinikk for psykisk helse og rus om å arbeide vidare med rehabiliteringsaspekta i vidaste forstand, i samarbeid med St. Olav hospital og regionale fag(leiar)nettverk. Målet er å levere ein plan for dette i løpet av 2020.

I samsvar med mandatet har Arbeidsgruppa levert ein konklusjon for status til dei ulike sjukehusa i HMR. I den gamle prosedyra for traumesystem (Id 22813), var Molde og Ålesund akuttsjukehus med traumefunksjon og skulle oppfylle minimumskrava for å inneha traumefunksjonen. Kristiansund og Volda sjukehus skulle ikkje oppfylle minimumskriteria, men likevel ha eit modifisert traumeteam for mottak og stabilisering av traumepasienter. I praksis skapte denne prosedyra uklarheiter om kvar pasienten skulle transporterast og ulikheit i tilbod då Kristiansund og Volda sjukehus ikkje hadde same krav til kompetanse og ressurser som Molde og Ålesund sjukehus.

I gjeldande nasjonalt traumesystem er det klargjort at sjukehus enten skal vere akuttsjukehus med traumefunksjon, eller ikkje vere det. Sjukehus utan traumefunksjon skal ikkje ha traumemottak etc. Det er viktig å merke seg at dette betyr at sjukehuset ikkje skal ta imot pasientar som fyller kriteria for traume, men det kan ellest ta imot alle andre skadde pasientar.

Slike sjukehus må like vel ha ein plan for mottak og vidare transport av traumepasientar som kjem til akuttmottaket grunna undertriagering (sjå nasjonal plan), eller med annan transport enn ambulansetenesta, eller i høve der td. værtilhøva gjer det uråd med transport umiddelbart til traumesenter eller akuttsjukehus med traumefunksjon. I tillegg må alle sjukehusa ha plan for masseskade/katastrofe i samsvar med beredskapsplanverket i HMR. Det er viktig å peike på at traumesystemet er ein behandlingsskjede frå skadestad til rehabilitert pasient, der alle deler må fungere, og der ulike sjukehus har ulike roller fram til endeleg behandling av pasienten.

Arbeidsgruppa har konkludert med følgjande inndeling av sjukehusa i HMR:

- Kristiansund sjukehus: Akuttsjukehus utan traumefunksjon
- Molde sjukehus: Akuttsjukehus med traumefunksjon
- Ålesund sjukehus: Akuttsjukehus med traumefunksjon
- Volda sjukehus: Akuttsjukehus utan eller med traumefunksjon er begge forsvarlege løysingar fagleg for HMR

Merknad 1: Molde og Ålesund fyller dei fleste nasjonale kriterier for å vere akuttsjukehus med traumefunksjon, og ein tilrår at begge held fram som dette, men nokon organisatoriske og kompetansemessige krav må stettast.

Merknad 2: Kristiansund sjukehus kan ikkje oppgraderast til akuttsjukehus med traumefunksjon i tråd med nasjonale krav då sjukehuset ikkje har blautdelskirurgisk vakt. Personell ved Kristiansund sjukehus skal inngå i traumeteam ved SNR, og det må lagast ein plan for

oppgradering/vedlikehald av kompetanse for dette personellet ved Kristiansund sjukehus seinast 2 år før innflytting i SNR.

Merknad 3: Føresetnad for oppgradering av Volda sjukehus til akuttsjukehus med traumefunksjon, er at blautdelskirurgisk vakt vert justert til å omfatte nye pasientar også i helgane. Det må gjerast noko oppgradering av lager for blodprodukt for å stette krava i nasjonalt traumesystem.

3. Involverte partar:

Alle deler av organisasjonen vert eller kan verte påverka av traumesystemet si utforming, men i hovudsak er det Kirurgisk klinikk, Klinikk for akuttbehandling og Klinikk for diagnostikk som er direkte involvert i den primære diagnostikk og behandling av traumepasientar sjølv om både born og gravide kan vere traumepasientar.

4. Konsekvensvurdering:

Nasjonalt traumesystem gjev klare kriterier for drift og kompetanse i traumesystemet for HMR, og dette gjev og årlege driftskostnader for HMR. I tillegg må ein investere noko ekstra i kurs dei neste 1-2 åra for å stette alle kompetansekrav (sjå over i punkt 2).

Det vil vere svært viktig at ein etter vedtak kan kommunisere og implementere det reviderte traumesystemet i HMR på ein god måte til befolkninga, legevakt, AMK, og til prehospitale og intrahospitale tenester.

Siste åra er det samla i snitt ca 60 pasientar årleg som har vore behandla i Kristiansund og Volda sjukehus av totalt ca 400 pasientar. Ca 10% av desse har vore alvorlege traumer. Desse pasientane skal primært sendast til Molde og Ålesund sjukehus dersom Kristiansund og Volda sjukehus ikkje skal vere akuttsjukehus med traumefunksjon.

5. Drøfting:

Fagdirektør presisere at dette er eit traumesystem, dvs at det som er viktig er systemkvaliteten ein kan bygge i HMR for alle pasientar med traume i M&R. Det er viktig å peike på at traumesystemet er ein behandlingsskjede frå skadestad til rehabilitert pasient, der alle deler må fungere, og der ulike sjukehus har ulike roller fram til endeleg behandling av pasienten.

Traumesenteret for HMN og HMR er St. Olavs Hospital.

Klassifisering av eit sjukehus bygger såleis ikkje på differensiert evaluering av eksisterande fagleg kvalitet av det einskilte fagmiljø eller einskilte fagpersonar, men på ei samla vurdering av alle sentrale faktorar (fag, kompetanse, infrastruktur, økonomi) og nasjonale krav som må ligge til grunn når ein skal bygge eit likeverdig og godt traumesystem for framtida i HMR.

Eit revidert traumesystem for HMR må skille klarare mellom sjukehus med og utan traumefunksjon enn systemet i dag. Dette er i tråd med nasjonalt traumesystem sine tilrådingar, og dette er det full semje om i alle fagmiljøa. Det må vidare utarbeidast destinasjonskriterier i tråd med vedtatt traumesystem.

Status for tre av sjukehusa gjev seg ganske klart og vert ikkje drøfta nærare:

- Kristiansund sjukehus kan ikkje oppgraderast til akuttsjukehus med traumefunksjon etter krava i nasjonalt traumesystem, og skal heller ikkje vere akuttsjukehus med traumefunksjon
- Molde og Ålesund sjukehus skal begge framleis vere akuttsjukehus med traumefunksjon. For å fylle alle krava i nasjonalt traumesystem, må ein neste åra gjere ei kompetansemessig oppgradering og sikre at begge sjukehusa fyller naudsynte strukturkrav

For Volda sjukehus har arbeidsgruppa konkludert med to alternativ som begge er fagleg forsvarlege løysingar:

- Volda sjukehus held fram som akuttsjukehus utan traumefunksjon, og då utan planlagt mottak av traumepasientar
- Volda sjukehus vert i det nye traumesystemet akuttsjukehus med traumefunksjon (føreset justering av kirurgisk vakt i helgane og oppgradering av lager blodprodukt)

Det er viktig å merke seg at alle medlemmane i arbeidsgruppa eksplisitt har uttrykt at det er heilt fagleg forsvarleg med eit traumesystem i M&R der Volda sjukehus ikkje har traumefunksjon. Fagdirektør har ikkje overprøvd denne uttalen frå fagmiljøa, og den vidare diskusjon vil såleis ta utgangspunkt i at når dette er klargjort av fagmiljøa, så er val av løysing for traumesystemet ein diskusjon av kva som vil gje den beste systemkvaliteten for alle pasientane/innbyggjarane i M&R med lågast kostnad.

Det er låge volum av traumepasientar som har vore behandla ved Volda sjukehus dei siste åra (ca. 30), og dette volumet utgjer ingen vesentleg belastning av systemet i Ålesund (ca 200 pasientar årleg). Dette volumet er heller ikkje avgjerande for Volda sjukehus sine akuttfunksjonar. Ved status som traumesjukehus i Volda, vil volumet auke, og dette vil gje ekstra belastning på systemet i tillegg til auken av akuttkirurgiske pasientar når ein opner for dette i helg.

Dei hardest skadde pasientane vert normalt transportert med helikopter. Pasientar frå Sunnmøre som vert transportert med helikopter skal enten til traumesenter (St. Olav) eller til Ålesund sjukehus som har meir ressurser og kan gje definitiv behandling i større grad enn Volda sjukehus. Dette er også i tråd med flyoperative synspunkt i utgreinga (vedlegg 2). Fagdirektør har ikkje registrert nokon fagleg usemje om dette prinsippet i uttaler frå dei ulike fagmiljøa.

Det er også gjort ei vurdeing av tilgang på helikoptertransport frå Volda sjukehus sitt bustadområde, og denne er vurdert som god (beste tilgjenge i M&R). Det vil vere svært sjeldan ein alvorleg skadd pasient ikkje kan transporterast med helikopter etter stabilisering ved Volda sjukehus (i snitt kvart 15-50 år ut frå historiske data). Det betyr ikkje at det ikkje vil oppstå situasjonar der pasientar må stabiliserast ved Volda sjukehus før vidare transport også utan traumefunksjon ved sjukehuset. Dette er beskrive i nasjonalt traumesystem og gjeld alle helseressurser som kompetansemessig er høgare enn ambulansetenesta. Helsedirektoratet har i juni 2019 gitt ei vurdering av balansen mellom systemansvar og individansvar i prehospitale tenester. Dersom prehospitalt personell ikkje føler at ein har kontroll over situasjonen, har ein rett og plikt til å oppsøke næraste ressurs (helsesenter/legesenter/legevakt/helseinstitusjon/sjukehus) som kan gje støtte til behandling av ein akutt kristisk sjuk pasient for stabilisering i påvente av vidare transport til definitiv behandling. Dette er også beskrive i nasjonalt traumesystem. Ein må vere førebudd på at slike

episoder vil oppstå, men ut frå dei låge voluma av hardt skadde pasientar, vil dette normalt vere ei sjeldan hending.

Sjølv om Volda sjukehus kan oppfylle krava i nasjonalt traumesystem, vil tilgjengelege ressurser og kompetanse skilje seg frå sjukehuset i Ålesund. Dette gjeld tilgang på støtteressurser frå laboratorie/blodbank og røntgen, og det gjeld tilgang på fagpersonar i vakt innan ulike faggområde, og breidde i tilbod i intensivbehandling og etterbehandling av pasientane inklusive nyreerstattande behandling mm. Det viser seg og i dei historiske data at fleire pasientar relativt sett må transporterast til traumesenter for definitiv behandling frå Volda enn Ålesund, sjølv om Volda i denne perioden har mottatt noko selekterte pasientar. Det er eit mål at flest mogeleg pasientar skal transporterast initialt til sjukehus som kan gje definitiv behandling.

Ei av vurderingane vert då om traumepasientar som skal transporterast med landtransport og med relativt lik transportveg til dei to sjukehusa, vil oppnå betre kvalitet samla i tilbodet ved eitt av sjukehusa? Dersom ein vurderer det slik, er ei anna vurdering om dette også vil gjelde ved noko lengre transporttid til eine sjukehuset sidan transporttid kan vere viktig for traumepasientar også med landbasert transport. Fagdirektør har vurdert desse problemstillingane slik at den samla systemkvalitet ved sjukehusa taler for at traumepasientane bør handsamast ved Ålesund sjukehus, og at dette samla gjev det beste tilbodet og mest likeverdige tilbodet til befolkninga på Sunnmøre. Det er viktig på ny å peike på at arbeidsgruppa samla har vurdert dette som eit fagleg forsvarleg og trygt tilbod til befolkninga. Føretaket har opna for styrking av det akuttkirurgiske tilbodet ved Volda sjukehus gjennom endring av vaktssystemet i helg. Tilrådd revidert traumesystem i HMR endrer ikkje denne styrkinga av Volda sjukehus sine akutfunksjonar, men føretaket prioriterer no to større meir robuste traumemiljø i føretaket.

Det er låge volum av traumepasientar i M&R, og difor naudsynt å øve regelmessig i team for å vedlikehalde kompetanse. Dette må kompensrast med utdanning, etterutdanning, simulering og andre kompetanseheevande tiltak for alle som tar del i traumebehandlinga.

Til lågare volum, til viktigare med øving, og til oftare må ein øve. Dette gjeld både i høve institusjonsvolum og i høve volum for den einskilde helsearbeidar. Det er knytt kostnader til slik trening og kursing, og ein syner til vedlagt rapport for nærare beskriving av dette (vedlegg 1). Det vil i samsvar med rapporten vere ekstra kostnader med å ha traumefunksjon ved Volda sjukehus på ca ein halv million årleg.

I rapporten frå arbeidgruppa er det ulike moment som taler for begge løysingane, men ei samla vurdering av dei ulike momenta er like vel at beste systemkvalitet og tilbod til heile befolkninga i M&R er eit traumesystem med Molde og Ålesund sjukehus som traumesjukehus i HMR. Dette vil gje eit robust og framtidsretta traumesystem i HMR. Det betyr at Kristiansund og Volda sjukehus i revidert traumesystemet for HMR ikkje endrer formell status, og ikkje skal vere akuttsjukehus med traumefunksjon.

Ein har då tatt omsyn til overordna nasjonale krav, likeverdige tilbod i føretaket, konsekvensar for prehospitale ressurser og tenester, flyoperative tilhøve, ressurser ved sjukehusa, og framtidige kostnader ved å opprethalde naudsynt kompetanse i systemet.

Som diskutert over, vil sjukehus utan traumefunksjon ha ei rolle i beredskapen i HMR, og vere ressursbaser for prehospitale tenester i særlege høve i tråd med nasjonalt traumesystem der følgande er uttalt for sjukehus utan traumefunksjon:

«Sykehus uten traumefunksjon, helsesentre m.v.

Sterke anbefalinger

Sykehus uten traumefunksjon, helsesentre m.v. kan brukes for midlertidig undersøkelse og behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade i påvente av transport. Behandlingstiltak kan gjøres avhengig av tilgjengelig kompetanse, men i samråd med traumeleder på det traumesenter/ sykehus pasienten venter på å komme til. Diagnostikk og behandling skal ikke forsinke transport.

Anbefalinger

Helseforetak og regionale helseforetak bør informere befolkningen og ansatte i AMK, ambulansetjeneste, luftambulanse etc. om sin beredskap for behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade. Befolkningen bør vite at transport til akuttssykehus med traumefunksjon og traumesenter er tryggere enn transport til sykehus uten definert traumeberedskap.»

6. Gjennomføring:

Aktivitet	Tid	Ansvarleg	Kostnad
Detaljere og implementere prosedyrer/destinasjonskriterier	01.11.19	Klinikkssjef Kirurgisk klinikk	
Utarbeide plan for rehabilitering og omsorg pårørende mm	01.03.20	Klinikkssjef Klinikk for medisin og rehabilitering og klinikkssjef Klinikk for psykisk helse og rus	

7. Finansiering:

Årleg kostnad: Ca 1,5 mill årleg drift til frikjøp personell for fastsette oppgåver og kurs/kompetanseheving for 2 sjukehus med traumefunksjon.

I tillegg kostnader til oppgradering neste 1-2 år for å nå nasjonal minimumsstandard på ca 400 000.

Før innflytting i SNR vil det ca 1-2 år før innflyttinga vere ekstra kostnader til oppgradering av personell ved Kristiansund sjukehus som skal delta i traumebehandlinga i SNR.

Kostnadane vert å dekke gjennom ordinær drift i dei ulike klinikkane.

8. Plan for evaluering:

Nasjonalt traumesystem føreset kontinuerleg evaluering i tenesta sjølv gjennom td. traumeutvala og årlege regionale møter. I tillegg skal ein registrere og evaluere aktiviteten gjennom deltaking i nasjonalt traumeregister med evaluering av både struktur, prosess og resultatkriterier. Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring set krav til føretaket når det gjeld oppfølging av td område med særleg risiko. Systemt over gjev naudsynt verktøy for slik oppfølging av kvalitet og risiko.

9. Tilråding:

Administrerande direktør tilrår at traumesystemet i HMR vert revidert i samsvar med vedlagt rapport frå arbeidsgruppa, og med dei vurderingane som er gjort over i saksgrunnlaget i høve organisatorisk struktur. Tilrådinga er at sjukehusa i Molde og Ålesund framleis skal vere akuttssjukehus med traumefunksjon. Ein tilrår ikkje at sjukehusa i Kristiansund og Volda skal vere

akuttsjukehus med traumefunksjon, men syner til vedlagt rapport når det gjeld konsekvensar for trening og vedlikehald av kompetanse då alle sjukehusa er ein del av HMR sin beredskapsplan. Ein tilrår ein tidsplan i samsvar med punkt 6 der klinikksjef for kirurgisk klinikk har ansvar for implementering og drift av traumesystemet i HMR i tråd med tidlegare vedtak.

Ein tilrår vidare at klinikksjef for klinikk for medisin og rehabilitering og klinikksjef for psykisk helse og rus har ansvar for å utarbeide plan for standardisert pasientforløp for rehabilitering av denne pasientgruppa inklusive ivaretaking av pårørande.

Ein må følge opp tilrådinga i nasjonalt traumesystem om at helseføretak og regionale helseføretak bør informere befolkninga og tilsette i AMK, ambulansetenesta, luftambulanse etc. om sin beredskap for behandling av pasientar med mistenkt alvorleg skade. Befolkninga bør vite at transport til akuttsjukehus med traumefunksjon og traumesenter er tryggare enn transport til sjukehus utan definert traumeberedskap.