

Innspill til Helsereformutvalget fra Norsk skadelegeforening

Våre hovedanbefalinger

- Endre organiseringen av dagens skadebehandling i Norge, med utgangspunkt i god samfunnsøkonomi, sammenhengende helsetjenester, redusere uønsket variasjon, totalberedskap og skape gode vilkår for fagmiljø, rapportering og forskning innen skadebehandling.
- En fremtidig organisering bør legge til rette for at vurdering, diagnostikk og behandling skjer på ett og samme sted. Vi mener hovedregelen bør være at det organiseres i spesialisthelsetjenesten, men med mulighet for tilpasninger ut fra forskjeller i geografi, infrastruktur og befolkningstetthet.
- Det bør etableres en egen medisinsk breddespesialitet innen akutt skadebehandling for å sikre fremskutt kompetanse, bærekraftige fagmiljøer og skjerme kirurger og akuttmottak fra en uhensiktsmessig stor mengde pasienter som ikke trenger operativ behandling.

Innledning

FHI skriver i rapporten «Skader og ulykker i Norge» (22/06/2026) følgende:

«Skader, forgiftninger og vold ble i 2021 anslått å koste det norske samfunnet omtrent 150 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2024a). Av disse samfunnskostnadene kan rundt 95,2 milliarder kroner knyttes direkte til sykdomsbyrde (tapte leveår og helsetap), mens resten fordeles på kostnader for helsetjenesten (22,3 milliarder) og produksjonstap på grunn av sykefravær, uførhet og død (33,5 milliarder).

Fallskader fører til betydelige kostnader for samfunnet. Helseutgiftene knyttet til fall ble beregnet å være 14,5 milliarder kroner i 2019. Dette plasserte fall på andreplass, etter demens, over tilstander med høyest helseutgifter i Norge (Kinge et al., 2023). Utsiktede skader, inkludert fall, er også forventet å være en av de viktigste årsakene til økte helseutgifter fram mot 2050 (Kinge et al., 2025). En viktig grunn til denne forventede økningen er et høyere antall eldre i befolkningen.»

Det er estimert at ca. 700 000 nordmenn trenger legebehandling etter akutt skade hvert år (ref. Ohm et al). Mange behandles i primærhelsetjenesten, men ca. 315 000 behandles helt eller delvis i spesialisthelsetjenesten. Skadebehandling utgjør således en stor og viktig del av helsetjenesten, men dagens organisering av skadebehandling preges av uønsket variasjon, mangel på kompetansemiljøer og lite

bærekraftige bemanningsmodeller. I store deler av landet håndteres skadepasienter primært av leger med begrenset erfaring, ofte uten tilgjengelig supervisjon. Pasientforløpene blir lange, fragmenterte og ressurskrevende. Et uavklart ansvarsskille og krevende grenseoppgang mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i vurdering og behandling av skader, gir økt risiko for forsinket eller feil behandling og økte samfunnskostnader. Dobbel- og trippelkonsultasjoner, unødige lange sykefravær og i noen tilfeller unngåelig funksjonstap og uførhet, utgjør betydelig merbelastning på den enkelte pasient, helsetjenesten og samfunnet.

Organisering av skadebehandling nasjonalt

Før Helseforetaksreformen kunne pasienter oppsøke norske sykehus direkte ved behov for røntgen eller mer avansert sårbehandling etter akutt skade. Da staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002 ble ansvaret for bildediagnostisk utredning som røntgen mm, lagt til sykehusene og dermed også akutt skadebehandling med behov for slik diagnostikk. Delvis var dette begrunnet i sentralisering og spesialisering, delvis i økte krav til radiologisk kompetanse, strålevern og digital bildelagring. Samtidig gjorde et stadig økende volum og økonomiske hensyn at mange sykehus valgte å innføre henvisningsplikt siden det er kommunene som finansierer de kommunale legevaktene. Dette medførte at pasientene måtte via fastlege eller kommunal legevakt for så å bli henvist videre til sykehus for røntgen og evt. videre skadebehandling, selv om det medførte dobbel- og trippelkonsultasjoner for pasientene. De fleste sykehus med akuttkirurgisk funksjon har i dag organisert akutt skadebehandlingen i egne skadepoliklinikker.

Skadelegevakten i Oslo og Skadepoliklinikken i Bergen gjorde i 2023 en kartlegging av skadebehandling i 19 av de største sykehusene i Norge. Med unntak av Oslo og Bergen blir det som hovedregel praktisert henvisning fra fastlege eller kommunal legevakt til de respektive skadeavdelinger hvor det vanlige er at det er LIS1 som bemanner disse. Sykehusene har utfordringer med å bemanne skadeavdelingene med erfarne leger. Den store aktiviteten på skadepoliklinikkene utgjør en direkte konkurranse med annet ansvar (kirurgiske inngrep, sengepost, poliklinikker) og læringsaktivitet i utdanningsstillingene (kirurgiske inngrep). Konsekvensen er at de minst erfarne legene i stor grad står alene i front i skadebehandling i sykehus. Dette er en tydelig parallell til Akutt- og mottaksmedisinens utgangspunkt hvor behovet for fremskutt kompetanse ble vektlagt da beslutning om ny spesialitet ble tatt. Mens Akutt- og mottaksmedisinen ivaretar pasienter med akutte indremedisinske problemstillinger, mangler en tilsvarende faglig og organisatorisk ivaretagelse av pasienter med akutte skader.

Skadebehandling i Oslo og Bergen

Skadeavdelingene i Bergen og Oslo skiller seg ut ved at de ikke krever henvisning fra primærhelsetjenesten. Skadepoliklinikken i Bergen tar imot akutte ekstremitetskader, mens Oslo også inkluderer skader i øye, hode, rygg og mage. Avdelingenes evne til å beskytte akuttmottakene mot et uhåndterlig pasientvolum er fortsatt like avgjørende som da de ble etablert på tidlig 1900-tall. Til sammen har disse to skadeavdelingene alene om lag 175.000 konsultasjoner årlig, kontroller inkludert. Av disse er 105.000 er første konsultasjon for akutte skader. Øvrige sykehus må fortsatt håndtere om lag 215 000 skader årlig, slik at denne problematikken i høyeste grad gjelder hele Norge. En organisering som i Oslo og Bergen er et godt eksempel på en effektiv samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hvor den rådende silotankegangen utfordres. Tjenesten er effektiv både i et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. En slik organisering hindrer et stort antall dobbeltkonsultasjoner og virker derved besparende på bruk av helsepersonellressurser og for den enkelte pasients tid og penger.

I 2024 reiste Helfo spørsmål om lovligheten av en slik organisering i lys av gjeldende lovverk. Saken satte et viktig søkelys på uløste spørsmål rundt ansvarsfordeling og skillelinjer i organisering av skadebehandlingen nasjonalt. Lovverket definerer ikke nærmere hvilke skader som er primærhelsetjenestens ansvar og hvilke som faller under spesialisthelsetjenesten. Lovverket har heller ingen klar definisjon på hva som er øyeblikkelig hjelp, da det er en helsefaglig skjønnsmessig vurdering som i tillegg ofte krever utredning for å avklare hastegrad. Helsedirektoratet publiserte derfor i 2024 et notat om fortolkning av poliklinikkforskriften §2, der det tydeliggjøres at pasienter som på egenhånd oppsøker sykehusets akuttfunksjon som øyeblikkelig hjelp og avdelingen finner det nødvendig å undersøke/behandle pasienten, har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten med vanlig refusjon.

Sammenhengende helsetjeneste

Akutte skader utgjør en betydelig del av helsetapsjusterte leveår og er en hyppig årsak til å søke helsetjenesten i Norge og internasjonalt. Det store volumet av akutte skader på ene siden, og røntgendiagnostikkens sentrale rolle på andre siden, utfordrer den tradisjonelle silotenkningen rundt organisering av helsetjenesten i Norge hvor primærhelsetjenesten møter pasient i første ledd og henvises videre til spesialisthelsetjenesten i neste. En slik tilnærming vil ubønnhørlig kreve et stort antall dobbelkonsultasjoner. Enhver dobbelkonsultasjon innebærer betydelige kostnader og risiko for både samfunnet, helsetjenesten og den enkelte pasient. Tjenesten fremstår for den enkelte fragmentert og pasienter kan oppleve å være kasterboller i et system som ikke klart har definert skille i ansvar. En sømløs, sammenhengende tjeneste til en lavere samfunnskostnad er nødvendig for å møte fremtidens utfordringer i

helsetjenesten. Det er behov for å se nærmere på hvordan skadebehandling organiseres i Norge i dag.

Forskning og forebygging

I 2019 kom FHI ut med Rapporten “Skadebildet i Norge – Fordeling etter utvalgte temaområder”. Den peker på mange og viktige utfordringer samfunnet og helsevesenet står overfor både mht. sykdomsbyrde ved skader, men også kunnskap og rådende forutsetninger for innhenting av data. I forordet står det: *“Skader og ulykker medfører store helsemessige og økonomiske utfordringer, både for den enkelte, men også for ulike sektorer i samfunnet. Blant bosatte i Norge blir 12% av befolkningen behandlet for skader hvert år, og skader er en stor utfordring for folkehelsen. For å kunne forebygge omfanget av skader og ulykker er det viktig å kunne beskrive utviklingstrekk og egenskaper ved hendelsene. Det har gjennom flere år vært en nedgang i antall dødsulykker, men begrensninger i datagrunnlaget gjør det vanskelig å gi en tilsvarende oversikt over utviklingen av ikke-dødelige personskader.”* I rapporten pekes det på en manglende kvalitet i datagrunnlaget i de offentlige helseregistrene innenfor skadefeltet. I arbeid med trendanalyser, årsaksbeskrivelser og forebygging er det derfor nødvendig å sammenstille data på tvers av ulike datakilder. Kunnskapsgrunnlaget er fragmentert. De ulykkene som medfører flest skader i befolkningen er dem vi vet minst om; fallulykker, hjemmeulykker og fritidsulykker. Det pekes spesielt på mangelfull registrering av ytre omstendigheter rundt skaden, så som skadested, aktivitet, årsak ol. I spesialisthelsetjenesten blir deler av ytre omstendigheter beskrevet av FMDS (felles minimum datasett), men rapporteringen er mangelfull. I primærhelsetjenesten mangler disse opplysningene helt.

I rapporten står det også: *“I 2014 publiserte Folkehelseinstituttet rapporten «Skadebildet i Norge: hovedvekt på personskader i sentrale registre». Denne rapporten var et ledd i regjeringens strategi «Ulykker i Norge - nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014» (Departementene, 2009). Her ble det for første gang i Norge presentert en samlet oversikt over skadedødsfall og skader behandlet i helsetjenesten (både i primær- og spesialisthelsetjenesten). Samtidig avdekket rapporten store kunnskapshull. Skadefeltet er fragmentert, og i fravær av et nasjonalt register med heldekkende og entydig statistikk over skadebildet må man sammenstille opplysninger på tvers av ulike datakilder. Imidlertid er de fleste registrene med opplysninger om skader og ulykker preget av underrapportering og mangelfull datakvalitet. I noen sektorer foretas det nesten ikke registrering av skadedata. Dette gjør det vanskelig å gi noenlunde eksakte tall på omfanget av skader og ulykker i Norge, samt å tallfeste mål for reduksjon i antall ulykker som medfører personskade.”*

Det er altså et gjennomgående tema at innsamling og kvalitet i skadedata er mangelfull. Hvordan skadebehandlingen i Norge er organisert må her vies oppmerksomhet. En fragmentert helsetjeneste vil gi fragmenterte data. Som representanter fra spesialisthelsetjenesten er skadeavdelingene i Oslo og Bergen vesentlige bidragsytere i datafangst i forbindelse med personskader. Disse to avdelingene rapporterte alene inn over 100.000 personskadeskjemaer årlig med tilhørende FMDS. Tallene beskriver på en god måte hvordan organiseringen og driften av skadebehandling direkte påvirker rapporteringsdekning og –kvalitet innen feltet. Uten disse to skadeavdelingene, vil største delen av skaderapportering i Norge falle bort. Det er i forlengelsen av dette like viktig å peke på fraværet av skadedata i andre deler av helsetjenesten. Skadedata fra Oslo og Bergen utgjør en stor andel av skaderapportering først og fremst på grunn av fraværet i rapportering fra andre deler av landet, ikke alene på grunn av avdelingenes størrelser. I arbeidet med å heve kvalitet og kompletthet i skadedata, er det med andre ord like viktig å se på hvordan vi organiserer skadebehandling i Norge ellers, som det er å opprettholde avdelingene i Oslo og Bergen. Det er et enormt og uforløst potensial i kunnskap om personskader i Norge. Samfunnets evne å forebygge skader, hviler tungt på kunnskap om årsak. Solide fagmiljøer er avgjørende for datainnsamling og er viktige premissleverandører for en ytterligere kvalitetsheving i skaderapporteringen.

En sentral del av utfordringsbildet rundt skaderapportering, er det organisatorisk skarpe skillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er ikke mulig under rådende forhold å koble data direkte på tvers av nivåer. I FHI-rapporten skrives følgende om dette: *“Registreringen av skadebehandlinger i helsesektoren består av flere kilder. Disse kildene har verken en felles registreringsplattform eller ett felles diagnosesystem. Mange pasienter kan gjenfinnes med en skadediagnose i både primær- og spesialisthelsetjenesten i en og samme årgang (FHI, 2014). Det er allikevel ikke mulig å si med sikkerhet om en skadediagnose i primærhelsetjenesten viser til den samme skaden som blir diagnostisert i spesialisthelsetjenesten, eller til behandling for en annen skade. Det er følgelig også vanskelig å si med sikkerhet hvor mange skader som ferdigbehandles i primærhelsetjenesten.”* En høy grad av kompletthet og kvalitet i datasettet i spesialisthelsetjenesten, vil i stor grad kunne redusere utfordringen knyttet til sammenstilling av skadedata på tvers av forvaltningsnivå. Ved å organisere skadebehandling i egne avdelinger vil både primærvurdering, diagnostikk og behandling kunne foregå på samme sted til samme tid uten fordyrende dobbelkonsultasjoner. En slik organisering vil bidra til å bedre kunnskapsgrunnlaget innen skadefeltet, begrense uønsket variasjon og styrke fagmiljøene innen skadebehandling.

Forskning på skader og skadebehandling foregår i dag primært i de ortopedkirurgiske fagmiljøene. Mye av årsakene til dette er fravær av fagmiljøer som utgjør motvekter til kirurgisk metodologi. På denne måten ser vi drivere i retning av den kostnadskreven, kirurgiske behandling av skader som, med rett behandling, kunne

opnådd minst like godt behandlingsresultat til en lavere kostnad og lavere komplikasjonsrate. For å etablere en reell balanse mellom kirurgisk og konservativ behandling av skader, er det avgjørende at det etableres fagmiljøer som ikke har sitt primære virkeområde i operasjonssalen. Det er mange eksempler på tilstander som tradisjonelt har blitt klassifisert som operasjonskrevende, som det nå vises til like gode resultater ved konservativ behandling. I en slik spenning mellom kirurgi og konservativ behandling, er det avgjørende å forstå konservativ metode som noe annet enn ingen behandling. Det er avgjørende at fremtidens helsevesen bruker personellressurser og kompetanse på riktigst mulig måte. I lys av dette er det viktig å se på hvordan skadebehandling løses i helsetjenesten i Norge.

Sykehusenes og samfunnets evne til å håndtere store mengder skadepasienter – sykehusenes beredskap

Skadeavdelingene utgjør en viktig del av samfunnsberedskapen gjennom å avlaste sykehusets akuttmottak ved å behandle akutte, ikke livstruende skader. I en beredskapssituasjon - enten det dreier seg om masseskadeulykker, ekstreme værhendelser, epidemier eller økt pågang av andre årsaker - er det avgjørende at akuttmottakene kan konsentrere ressursene om de mest kritisk syke og skadde. Skadeavdelingene fungerer derfor som en bufferkapasitet i helseberedskapen ved større hendelser. Etter 22. juli-terroren ble 77 pasienter behandlet på Oslo skadelegevakt. Det er publisert en vitenskapelig artikkel som konkluderer med at en viktig suksessfaktor for at Ullevål reddet 30 av 31 hardt skadde, var at de ble skjermet for massetilstrømning av lettere skader. (C. Gaarder et al. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73: 269-275). Ved utforming av fremtidens helsevesen, må håndtering av skader og masseskader i helsetjenesten vurderes opp mot samfunnets totalberedskap.

Effektiv bruk av helsepersonellressurser og oppgavefordeling

Samhandlingsreformen fra 2008-2009 fokuserte på rett behandling på rett sted og til rett tid. På tross av stor innsats i både spesialist og primærhelsetjenesten har evaluering i etterkant vist at mange av de samme utfordringene rundt dette fremdeles er gjeldende. Regjeringen har gjennom Nasjonal Helse og samhandlingsplan 2024-2027 satt søkelys på tre viktige innsatsområder fremover: Mangel på personell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og likeverdig fordeling av helse og omsorgstjenester.

For å kunne videreføre et bærekraftig helsetilbud er det ønskelig og nødvendig med produktivitetsfremmende tiltak. I den nasjonale samhandlingsplanen pekes det på at det må tenkes nytt omkring hvordan den offentlige helse- og omsorgstjenesten samlet skal innrettes og organiseres for å unngå mer todeling og for å fremme et helhetlig og sammenhengende helsetilbud. Spesialist- og primærhelsetjenesten må i større grad gjøre felles vurderinger av hvilke kompetanse- og personellbehov de enkelte

delene av tjenesten skal ha framover. Hvordan skadebehandling organiseres må ses på i lys av dette.

Siden bildediagnostikken er forankret i spesialisthelsetjenesten og røntgendiagnostikk er tett integrert med skadebehandling, foregår i dag stor behandlingsaktivitet i spesialisthelsetjenesten. Rådende forutsetninger hindrer sykehusene å etablere egne fagmiljøer innen skadefeltet og det er i stor grad de minst erfarne legene som behandler det store flertallet av skader. Administrerende direktører ved Oslo universitetssykehus og Helse Bergen, sendte i 2026 brev til sine respektive regionale helseforetak hvor utfordringsbildet ble belyst og det ble uttrykt bekymring for bærekraft under gjeldende vilkår. Sykehusene ser både nytten av og behovet for egne, selvstendige avdelinger og fagmiljøer innen skadebehandling. Som en del av løsningen, så direktørene behovet for opprettelse av en ny legespesialitet innen skadebehandling. Ved å gi spesialisthelsetjenesten bærekraftige vilkår, vil pasienter som trenger akutt skadediagnostikk og –behandling få lett tilgjengelig tjeneste av høy kvalitet og til en lav kostnad. Dagens tradisjonelle silomodell er innen skadebehandling fordyrende, kostnadsdrivende, fragmentert og lider under uavklarte skillelinjer. I tillegg legger den til rette for uønsket variasjon, store kunnskapshull og er drivende i retning av kirurgisk behandling. Når fremtidens helsetjeneste skal utformes, er det vesentlig å se nærmere på organisering og oppgavefordeling innen skadebehandling.

Bergen / Oslo 3. juli 2026

Siri Sværd

Styreleder Norsk skadelegeforening

Konstituert overlege Skadepoliklinikken, Helse Bergen

Knut Reidar Sanness Melhuus

Styremedlem Norsk skadelegeforening

Avdelingsleder og overlege Skadelegevakten i Oslo, Oslo universitetssykehus

Torbjørn Hiis Bergh

Styremedlem Norsk skadelegeforening

Avdelingsoverlege Skadepoliklinikken, Helse Bergen

Ph.d.

Martine Merete Enger

Styremedlem Norsk skadelegeforening

Overlege Skadelegevakten i Oslo, Oslo universitetssykehus

Ph.d.

Njål Kleven

Styremedlem Norsk skadelegeforening

Overlege Skadepoliklinikken, Helse Bergen

Lokal tillitsvalgt OF

Fredrik Finstad

Styremedlem Norsk skadelegeforening

Supervisorlege Skadelegevakten i Oslo, Oslo universitetssykehus

Lokal tillitsvalgt YLF