
Ny nasjonal traumeplan

DEBATT

TORBEN WISBORG

torben@wisborg.net

Torben Wisborg (f. 1956) er leder for Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, Oslo universitetssykehus, Ullevål, professor ved Universitetet i Tromsø og spesialist i anesthesiologi ved Klinikk Hammerfest, Finnmarkssykehuset.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CHRISTINE GAARDER

Christine Gaarder (f. 1964) er ph.d., spesialist i gastrokirurgi, overlege og leder for Avdeling for traumatologi, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

THOMAS GEISNER

Thomas Geisner (f. 1970) er spesialist i thoraxkirurgi, overlege og leder for Traumesenteret, Haukeland universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BENT ÅGE ROLANDSEN

Bent Åge Rolandsen (f. 1970) er spesialist i karkirurgi, overlege og avdelingssjef for Regionalt traumesenter, St. Olavs hospital.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

En ny nasjonal nettbasert traumeplan skal sikre bedre behandling av alvorlig skadede pasienter. Planen bør iverksettes så raskt som mulig.

Det er godt dokumentert at planer som beskriver behandlingen av alvorlig skadede på nasjonalt eller regionalt nivå, fører til bedre behandlingsresultater og høyere overlevelse [\(1, 2\)](#).

Norges første nasjonale traumeplan ble lansert i 2006 (3). Nå foreligger det en revisjon, utført av Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume) etter oppdrag fra fagdirektørene i de regionale helseforetakene. Gruppen som har revidert planen, besto av representanter for alle ledd i behandlingsskjeden og en brukerrepresentant.

Målet med revisjonen har vært å redusere forskjellene mellom regionene, definere tydeligere krav til kompetanse i hvert ledd i behandlingsskjeden, definere klare kvalitetsindikatorer som tjenestene kan måles mot og oppdatere alle faglige anbefalinger i tråd med de nyeste kunnskapsbaserte kriterier.

Planen er skrevet etter mal for nasjonale faglige retningslinjer, og det er lagt vekt på klare kvalitetsindikatorer i alle deler av den.

Hva er nytt?

I den gamle planen fra 2006 ble ambulansetjenesten beskrevet som det svakeste ledd, med varierende kompetanse og konkurranseutsatte tjenester. Dette er ikke lenger tilfellet. Nå er tidlig og kontinuerlig rehabilitering et av de leddene der det er stort behov for forbedring.

For hvert behandlingsledd beskrives nå målgruppe, tilgrensende retningslinjer og veiledere, kunnskapsgrunnlag, kvalitetsindikatorer og selve anbefalingene. For eksempel er det nå klare retningslinjer for hvilke pasienter som er i fare for å ha alvorlig skade, beregnet på AMK-operatører, ambulanspersonell og avanserte prehospitaltjenester. Her er retningslinjen *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* tilgrensende, kunnskapsgrunnlaget svarer til internasjonale retningslinjer og all litteratur på området, mens kvalitetsindikatorene er henholdsvis over- og undertriage på hvert sykehus.

Planen inneholder nå to anbefalingsnivåer, nemlig «sterke anbefalinger» og «anbefalinger». Sterke anbefalinger er hva arbeidsgruppen oppfatter som godt dokumenterte minimumskrav som ikke skal fravikes. Dette er det den alvorlig skadede pasienten har krav på, uansett alder, bosted og kjønn. Som eksempel anbefales det sterkt at pasienter i intensivenhet i traumesenter skal vurderes innen tre dager fra skade/innleggelse av spesialist fra rehabiliteringsenhet, og at rehabiliteringen skal starte i intensivfasen på traumesenteret.

Anbefalinger er tiltak som gruppen mener er viktige for den alvorlig skadede, men der kunnskapsgrunnlaget er svakere og helseforetakene kan lage en plan for innføring – dette i motsetning til sterke anbefalinger, som bør prioriteres umiddelbart. Begge anbefalingskategoriene er basert på tilgjengelig oppdatert viten og konsensus i gruppen.

Det haster med å ta planen i bruk

Planen er utarbeidet i nettformat for å gjøre det mulig med kontinuerlige oppdateringer. For eksempel er det, etter at planen ble ferdigstilt, kommet antidoter mot de nye perorale antikoagulasjonsmidlene. Etter vår mening bør dette inn i kapitlet om behandling av kritiske blødninger og massiv transfusjon.

Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi har tilbudt fagdirektørene å revidere planen fortløpende i tett kontakt med de regionale helseforetakene. Kompetansetjenesten har avtalt med fagdirektørene i de regionale helseforetakene at vi skal drive nettstedet hvor planen er tilgjengelig, utvikle en app som gjør planen anvendelig i klinisk praksis og ta ansvar for den løpende revisjonen.

Planen er vedtatt av alle de fire regionale helseforetakene. Det er avgjørende for alle alvorlig skadede at den blir implementert raskt. Det er godt dokumentert, også fra norske studier, at for eksempel svikt i kontinuerlig rehabilitering fører til dårligere resultat for pasientene og samfunnsmessige tap i form av økte livsløpskostnader (4, 5). Arbeidsgruppen antar at de sterke anbefalinger er så godt dokumentert at de vil være vanskelige å fravike – dermed vil de få normativ virkning.

Planen er tilgjengelig på www.traumeplan.no.

LITTERATUR

1. Celso B, Tepas J, Langland-Orban B et al. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. *J Trauma* 2006; 60: 371 - 8. [PubMed] [CrossRef]
2. Cameron PA, Gabbe BJ, Cooper DJ et al. A statewide system of trauma care in Victoria: effect on patient survival. *Med J Aust* 2008; 189: 546 - 50. [PubMed]
3. Helse Sør-Øst. Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Traumesystem. <http://traumatologi.no/wp-content/uploads/2014/09/Traumesystem-2006-endelig-rapport.pdf> (2.10.2017).
4. Andelic N, Ye J, Tornas S et al. Cost-effectiveness analysis of an early-initiated, continuous chain of rehabilitation after severe traumatic brain injury. *J Neurotrauma* 2014; 31: 1313 - 20. [PubMed][CrossRef]
5. Andelic N, Bautz-Holter E, Ronning P et al. Does an early onset and continuous chain of rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with severe traumatic brain injury? *J Neurotrauma* 2012; 29: 66 - 74. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 11. oktober 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0792

Mottatt 14.9.2017, første revisjon innsendt 2.10.2017, godkjent 9.10.2017.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.