

# Kompetansespredningsplan

---

## Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi – NKT-Traume

---

### Bestillingen til tjenesten er:

#### Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi: NKT-Traume skal:

«Koordinere traumesystem regionalt og nasjonalt. Aktiviteten samordnes med Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS).»

(Godkjenning 7.12.2011)

### Kompetansebehov:

I denne planen vil vi først se på behandlingsskjeden slik den er undersøkt i forbindelse med revisjon av nasjonal traumeplan, deretter tar vi for oss tverrgående behov hos enkelte yrkesgrupper, og til slutt ser vi på spesielle felt.

### Behandlingskjeden etter nasjonal traumeplan

#### Kvalitetsindikatorer

Kvalitet inndeles ofte i struktur- prosess og resultat. I traumeomsorg er mortalitet det hyppigst brukte resultatmål. Mortalitet er robust, men et lite følsomt mål, spesielt fordi mortaliteten er lav i forhold til morbiditeten. Det er behov for å spre kompetanse om hvordan man kan utvikle, teste og implementere mer følsomme mål for kvalitet i traumeomsorg.

#### Identifisering av alvorlig skade & Kriterier for alarmering av traumeteam

Landets sykehus har til nå brukt ulike kriterier for å identifisere hos hvilke pasienter man skal mistenkte alvorlig skade. Dette fører til overtriage, der pasienter UTEN alvorlig skade mottas med traumeteam og transporteres til traumesenter etter kriteriene for det. Omvendt kan alvorlig skadde utsettes for undertriage, og mottas uten traumeteam eller transporteres som «vanlige» pasienter og ikke får den kompetanse de trenger initialt. Den nye nasjonale traumeplan definerer enhetlige kriterier for hvilke pasienter som omfattes av traumesystemet. Det er behov for å spre kompetanse om hvordan man kan validere kriteriene ved å følge graden av over- og undertriage.

## **Førstehjelp**

De fleste pasienter som omkommer etter skade dør på skadested, bortsett fra pasienter utsatt for lav-energiskade (ofte eldre som faller på samme nivå). Dette betyr at innsats fra publikum antagelig kan bidra til å hindre noen av disse dødsfall, men det finnes liten faktisk viten om det. Det er behov for forskning og viten om hvilke førstehjelpstiltak som er effektive, og om hvordan disse kunnskaper kan spres, og kunnskapens levetid/behov for gjenopptrening av allerede trente førstehjelpere. Det er deretter behov for å spre denne kompetansen til førstehjelpere og førstehjelpsundervisere.

## **Medisinsk nødmeldetjeneste**

Studier gjort i NKT-Traume har vist at presisjonen i alarmering av luftambulanse er liten. Det er ulike kriterier for når luftambulanse alarmeres. Traumeteam klager på ulik og varierende melding fra skadested og varierende bruk av systematisk melding (MIST) som formidles gjennom nødmeldetjenesten. Det er behov for å utvikle og spre kompetanse om alarmeringskriterier for luftambulanse, og om hvordan disse kriterier valideres, og om hvorfor og hvordan alvorlig skade meldes fra skadested til traumeteamleder uten informasjonstap underveis.

## **Bil- og båtambulansetjenesten**

Bilambulansetjenesten har gjennomgått en stor forbedring gjennom de siste 10 år. De fleste ambulansearbeidere har nå fagbrev, og er autorisert helsepersonell. Det er likevel ikke definert spesifikk kompetanse innen behandling av alvorlige skader i læreplanene for ambulanselæringer. Dette er definert som en kompetansemangel i den nye traumeplan. Det er derfor behov for å spre kompetanse om korrekt prehospitalet behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade inntil læreplanene for ambulansetjenesten samkjøres nasjonalt og får dette innhold.

## **Kommunal legevakt**

En del leger i kommunal legevakt deltar regelmessig i utrykning med ambulanse til alvorlig skadde pasienter. Andre steder i landet er det ikke slik tradisjon. Turnusleger som skal i distriktsturnus har utilstrekkelige kunnskaper og får et kompetansekurs før de starter i kommunal tjeneste, og den nye akuttforskrift har definert skjerpede krav til bakvakt. De kurs i akuttmedisin kommunale leger i vakt skal ta har ikke felles definerte krav til kompetanse i behandling av alvorlig skadde. Det er behov for å sikre at de nye kurs som tilbys tilfører tilstrekkelige kompetanser som kommunal lege i vakt skal ha for å kunne behandle pasienter med mistenkt alvorlig skade, og for å sikre at disse ferdigheter implementeres.

## **Avansert prehospitalet behandling og luftambulanse**

Tjenestene er preget av lokale behandlingsprotokoller. Utrykningstjenester som yter avansert prehospitalet behandling må ha enhetlige behandlingsstrategier (prosedyrer) for håndtering av alvorlig skadde pasienter. Personell som deltar i disse tjenestene må sikres adekvat opplæring og trening i relevante prosedyrer. Det er behov for å etablere nasjonale retningslinjer / prosedyrer for å iverksette nye behandlingstiltak slik at tilbud og prosedyrer blir nasjonale og ikke basespesifikke. Kompetansetjenesten bør bidra til utvikling av disse kompetanser.

## **Akuttsykehus med traumefunksjon**

Akuttsykehus med traumefunksjon er karakterisert ved lavt antall alvorlig skadde pasienter, og får derfor manglende mulighet til erfaringsbygging når det gjelder denne pasient gruppen gjennom daglig virksomhet. Sykehusene kompenserer dette med regelmessig tverrfaglig trening. En del sykehus sliter med manglende motivasjon blant noen personellkategorier, og mange lokale traumekoordinatorer opplever det vanskelig å skulle fungere som fasilitator ved trening. Det er behov for å spre kompetanse om teamtrening, og å vurdere hensiktsmessig treningshyppighet, varighet og effektmål.

## **Behandling av kritiske blødninger og bruk av massiv transfusjon**

Bruk av blodprodukter som «massiv transfusjonspakke» og balansert transfusjon har økt de siste årene på traumesentrene. Det er likevel ikke enighet selv blant de største internasjonale sentre om innhold i pakken, og om korrekt monitorering av den blødende pasient. Det er behov for å utvikle og spre kompetanse om hvordan spesielt sykehus uten trombocytter i blodbank skal håndtere pasienter med pågående alvorlig blødning, og om hvordan man skal overvåke koagulasjonsmekanismene hos pasientene.

### **Overføring av den alvorlig skadde pasienten**

Internasjonale studier har vist at overføring mellom sykehus er en risikabel fase, ikke kun i forbindelse med selve overføringen, men også knyttet til informasjonstap og manglende muligheter for å se journal og prøvesvar mellom sykehus. Det er behov for å øke kompetansen om hvilke prosedyrer både under transport og i forbindelse med informasjonsoverføring som kan øke sikkerheten for den alvorlig skadde pasient.

### **Traumesenter**

Våre gjensidige fagfellebesøk på traumesentrene har avdekket uohensiktsmessig stor variasjon i bemanning og kompetanse. Traumesentrene har i fellesskap utarbeidet en norm for sentrenes funksjon og innhold, men den er i varierende grad implementert. Pasientene forventer lik behandling uansett hvilket traumesenter de bringes til, og det er derfor behov for å spre kompetanse om spesielt implementering og kvalitetskontroll.

### **Rehabilitering**

Den nye traumeplan refererer norsk forskning som viser at det er svært ulik praksis for rehabilitering av pasienter utsatt for alvorlig skade, og at disse ulikheter gir ulike resultat for pasientene, med varierende evne til å klare seg selv i hverdagen og retur til yrkeslivet. Det er behov for å spre denne kompetansen, og å implementere kvalitetsmål for rehabilitering som kan redusere disse ulikheter. Et slikt arbeid har startet i samarbeid med Nasjonalt traumeregister og rehabiliteringseksperter.

### **Ivaretagelse av involverte personer og pårørende i akutt situasjoner.**

En alvorlig skade involverer ikke bare pasienten, men også pårørende og tilstedeværende. Det er økende fokus på slike psykologiske og psyko-sosiale traumas betydning for barn og pårørende. Det finnes verktøy for å minske skadevirkningene, slik det er beskrevet i traumeplanen. Det er nødvendig å spre denne kompetansen til spesielt det kommunale nivå, der slike situasjoner er sjeldne, men utfordrende.

### **Pasienterfaringer**

Alle som yter helsehjelp er pålagt å inn dra pasient/bruker i beslutninger og å bruke erfaringene fra disse til å forbedre tjenestene. Alvorlig skadde pasienter har ofte også kognitiv skade, og kan ha vanskelig ved å formulere sine erfaringer. Kompetansetjenesten har brukt pasientorganisasjoner (Personskadeforbundet) og enkeltpasienter som eksperter på pasienterfaringer. Det har vært tydelig for oss at mange erfaringer ikke er kjent, og vi mener at denne kompetansen må spres til alle behandlingssteder.

### **Nasjonalt Traumeregister**

Nasjonalt traumeregister er en selvstendig enhet organisert parallelt til NKT-Traume. Registeret er likevel en viktig forutsetning for kvalitetskontroll i traumebehandlingen. Kompetansetjenesten kan bidra med forslag til relevante datapunkter som belyser hele traumebehandlingen. I dag har registeret ikke variabler som fanger rehabilitering, dette er en viktig del av behandlingsforløpet. NKT-Traume har kompetanse til å samordne disse databehov og kan bringe dem til traumeregisteret.

### **Forebygging**

Forebygging er grundig behandlet i ny traumeplan. Det er påvist behov for å utvikle kompetanse til å bruke dagens erfaringer fra traumeregister og offentlige statistikker til konkrete forebyggingsprogram. Dette er gjort med effekt i lokalsamfunn og innen enkelte nasjonale prosjekt. NKT-Traume har som mål å bidra med kompetanse og initiativ for å forebygge skader, slik vi for eksempel har gjort i forhold til snøscooterskader. Vi bør kunne

vurdere alle de hyppigste skadetyper for å kunne bidra med kompetanse om skademekanisme og mulige forebyggingstiltak.

### **Forsvaret**

Forsvaret har et avansert traumebehandlingssystem. Det bygger dog på helsepersonell fra sivil sektor, og i krisesituasjoner kan det derfor bli behov for samme kompetansen begge steder. Kompetansetjenesten har tatt initiativ til møte med sjef for forsvarrets sanitet for å drøfte hvordan de to parallelle systemer kan fungere i symbiose, og ikke blokkerer for hverandre. Det er behov for fortsatt å spre viten om hvilke kapasiteter de to systemer har - og hvordan de påvirker hverandre.

### **Sykehus uten traumefunksjon, helsesentre m.v.**

En del sykehus (og kanskje flere ett ny nasjonal helse- og sykehusplan) er akuttsykehus uten definert funksjon overfor pasienter med alvorlige skader. For traumepasienten er det viktig at disse sykehus og helsesentre yter rask og nødvendig helsehjelp som ikke forsinker pasientens transport til sykehus med traumefunksjon eller traumesenter. Kompetansen om hvilke tiltak som er viktige og hvilke som bare stjeler pasientens tid finnes i NKT-Traume, og må spres til disse institusjoner.

## **Tverrgående behov hos enkelte yrkesgrupper**

### **Hemostatisk nødkirurgi**

Vi skal tilby å koordinere det nasjonale faglige ansvaret for de regionale kurs i hemostatisk nødkirurgi. Det er hensiktsmessig at de har en felles faglig plattform da helsepersonell flytter og kursene bør kunne godkjennes som gjennomført uansett kurssted.

### **Nakkestabilisering**

Kompetansetjenesten tok initiativ til utvikling av en nasjonal retningslinje for stabilisering av ryggsoylen etter skader. Denne er nå publisert, og vi følger implementeringen blant annet gjennom et masterprosjekt. Vi skal bruke erfaringene fra dette til å lære mer om implementering av faglige hyvinninger.

### **ATLS**

ATLS-kursene er obligatoriske i en del legespesialistutdannelser og for leger i traumeteam. ATLS er organisert som et selvstendig prosjekt med sekretariat i Kompetansetjenesten. Det er et omfattende arbeid å arrangere og gjennomføre kursene, og de er viktige for traumefunksjon i hele landet. Dette skal kompetansetjeneste fortsett å prioritere.

### **KITS**

KITS står for Kompetanse i TraumeSykepleie og er et kurs utviklet på Ullevål sykehus. Det er nå spredt til hele landet, og er en obligatorisk opplæring for alle sykepleiere i traumebehandling på sykehus. Kompetansetjenesten skal fortsette å bidra til at kurset vedlikeholdes og utvikles.

### **M&M-møter**

Morbidity and Mortality-møter er tverrfaglige møter på de enkelte sykehus der traumepasienter gjennomgås. I tidligere undersøkelser vi har gjort etter innføring av traumeplanen fra 2006 viste det seg å være et svakt punkt, der mange sykehus ikke hadde komme i mål. Kompetansetjenesten skal bidra til at sykehusene tar i bruk denne læringsform.

## **Spesielle felt**

### **Tverrfaglig trening**

Alle akuttstusykehus med traumefunksjon og kommunale legevakter er pålagt regelmessig tverrfaglig trening av sine team. Kompetansetjenesten samarbeider med Stiftelsen BEST som har lang erfaring med bruk av tverrfaglig teamtrening og opplæring av fasilitatorer. NKT-Traume skal bidra til at alle akuttstusykehus med traumefunksjon får tilgang på treningsmetodene for å kunne ta dem i bruk, og at erfaringer fra kommuner som driver regelmessig tverrfaglig teamtrening sprer sine erfaringer til andre kommuner slik at den lokale initiale traumebehandling skjer i trente team.

### **Simulering**

Siden de fleste sykehus og kommuner ikke har et antall traumepasienter som gir tilstrekkelig rutine gjennom daglig praksis må de trene, og her er simulering et nyttig hjelpemiddel. Som for tverrfaglig trening skal NKT-Traume samarbeide med Stiftelsen BEST for å spre kompetanse i bruk av simulering som treningsmetode.

### **Internasjonalt**

Behovet for tilgang på kirurgi og anestesi i lav- og mellominntkomstland er stort, og spesielt en serie i the Lancet, verdenshelseorganisasjonen (WHO) og internasjonale organisasjoner har påpekt behovet for en større innsats fra høy-inntkomstland. Kompetansetjenesten har ikke direkte ansvar for overføring av kompetanse til andre land, men vi anser det som en moralsk plikt. Vi samlet derfor nasjonale og internasjonale kirurger og anestesiloger til vårt årlige møte «even Better Trauma Care in Norway» på Holmenkollen i oktober 2016 som en start på dette arbeid. Kompetansetjenesten skal fortsette å fokusere også på internasjonale behov og muligheten for gjensidig nytte av utvekslingsordninger og lignende.

### **Erfaringsutveksling**

Det er behov for å lære mest mulig av hverandre på et felt som er karakterisert ved lavt pasientantall med høy kompleksitet. Stiftelsen BEST har gjennom 20 år holdt årlige nettverksmøter der fagfolk møtes og får faglig påfyll og utveksler erfaringer. Det er et mål for NKT-Traume at dette forum utvikles til et nasjonalt årlig møte for alle som er engasjert i behandling av mistenkt alvorlig skadde for å redusere det årlige antall møter og skape en felles møteplass.