

## Forslag - De viktigste enkelte tiltak NKT-Traume kan jobbe med i forbindelse med alvorlig skade

Forslag nr 2; Fordi det er reelt sett vanskelig å forebygge traumer, men hvis man forbedrer behandlingen i den akutte fase, og kan intensivere pasientforløpet, har man muligheten for, at forebygge senskader og samtidig redusere bruken av rehabilitering. Altså man vil jobbe med flere områder samtidig.

Ambulansetjenester i Norge har forskjellig praksis i håndtering av traumer.  
Erfaringer som burde vært anderledes his OUS etter min mening.

1. Ambulansene i Oslo/akershus har ikke tranexamsyre.  
 Dette bør implementeres.

2. Ambulansene har ikke varmeskap slik at hvis induksjon må gis så er denne kald.  
 Ennå ikkke hørt er godt argument for hvorfor vi ikke har dette annet enn økonomi.

3. Til tross for traumetabell ser vi iblant at traumepasienter man vil ha til sykehus blir henvist legevakt.  
 Lege bør stole på ambulanspersonellets vurdering og ta imot pasienter der det er tvil.

4. En erfaring jeg har er at vi i ambulansetjenesten er tilbakeholdne med morfin til traumepasienter (ikke hodeskade)

En bedre informasjon om viktigheten av smertelindring er viktig.

Vi har andre tjenester som har ketamin, Paracet iv og fentanyl nasal. I ous er det kun morfin.

5. Det er lite fokus prehospitalt på øyeskader.

Tanker om at oksygen kan være gunstig, ikke skylle ved penetrasjon av sklera, ikke bare dekke til 1 øye men begge, fjerne irr med tupher, unngå lufttransport eller vurdere stesolid for og unngå stress å økt trykk.  
 Dette er ting jeg har lært av øyelege. Dette er ikke i fokus i det hele tatt i min tjeneste.

6. GCS ved hodeskade av berusede.

Få frem viktigheten av at GCS er GCS. Ikke bare kjøre til legevakt med mistanke fyll.

Dette ble litt rotete her jeg skriver på mobil. Men dette er ihvertfall ting jeg mener det må fokuseres mer på

Forbedre rehabiliteringen og lage «pakkeforløp» for traumepasienten med tilbud om oppfølging etter utskrivelse.

Forslag til å forebygge skader hos barn i bil : 1. Kjøpe inn (evt sponses av leverandør) og gi ut beltesamlere til alle foreldre med barn som går på småbarnsavdelinger i barnehage og til foreldre ved førstegangbesøk på helsestasjoner. Spesielt om vinteren er det mange som sikrer sine små barn feil i bil med fare for at barnet "sklir ut" av beltene når de har på tykke jakker. Beltesamlere kan være med på å bidra til å øke trafikksikkerheten til disse barna. 2. Kan også evt dra rundt i barnehager og finne ut en morsom måte å lære de eldre barna (som sitter forovervendt i bilen) hvordan de faktisk skal ta på beltet slik at de kan selv kan rette på foreldrene sine når beltet blir tatt på feil (eks alt for løst over hofte).

Som tung aktør innen akuttmedisin bør dere være med på å opplyse/påvirke og motivere befolkningen til økte kunnskaper i førstehjelp. Helsepersonell/akuttmedisinsk kompetanse er svært sjelden den første som kommer til en skadet person. Det kan være helt avgjørende for pasientens overlevelse,behandling og rehabilitering utefra hvilken måte han initialt ble tatt hånd om. Kun 15-20% av befolkningen oppgir at de kan førstehjelp,tallet burde være minst 30. Dette er også et helsepolitisk satsningsområde så derfor burde også NKT traume komme med innspill på hvordan dette tallet kan økes.

En akuttmedisinsk dag hvert halvår fra 1. - 7. klasse. Barn lærer mye bedre og raskere enn voksne. Det du lærer som barn sitter resten av livet.

utarbeide og innføre bruk av sjekklister for leger som behandler pasienter i intensivfase. Sjekklisten må rette seg mot tidlig rehab.tiltak og videre pasientfly/forløp. Dette vil potensielt kunne effektivisere forløpene, bidra til å redusere komplikasjoner og bidra til en mer tverrfaglig tilnærming til traumepasientene.

## Forslag - De viktigste enkelte tiltak NKT-Traume kan jobbe med i forbindelse med alvorlig skade

Digital satsning for fagpersonell, med vekt på toveiskommunikasjon! Opprette online forum for utveksling av erfaringer (case-reports?), behandlingsdiskusjon. I denne sammenheng utvikle app for push-varsel om oppdateringer og trådvarsling på forumtråder man følger. Dette kan sikre involvering av fagmiljøer (ledere såvel som fotfolk), som ambulanseforetak, anestesivdelinger, akuttmottak. Min innvending er at de enkelte enheter (som sykehus), både innen samme region, og særlig nasjonalt, sitter på egne holmer. Samhandling er mangelvare!

2,3 og 4 sammen. Gjøres ved å jobbe for samlokalisering av traumepasienter internt på sykehusene slik at tilsyn, oppfølging og kompetansebygging forenkles og tilgjengeliggjøres.

1. Dele undervisningsmål for akuttmedisin i mål/bør/kan kriterier. Tydelig på kva ein skal mestre utfra sitt kompetansenivå (,førstehjelpere, ambulanse, sjukepleiar, allmennlege, kirurg, anestesi). Må kunnskap skal beherskes. Skal testest og øves ofte. Måntlig? Bør kunnskap øves sjeldnere, halvårlig? Dersom tydelige krav til kunnskap ein må kunne vil ein heve alle opp på eit minimumsnivå.
  2. Huskeapp/lapp prehospitalt. Ved traumemottak er det eigen person dedikert til registrering og påminning om ikkje utførte oppgaver. Prehospitalt har vi ikkje nok personell til dedikert person. anbefaler huskeliste og registrering som er intuitivt og kort. Dette skal sikre rask utføring av må oppgaver og deretter rask oppstart av transport. Idielt sett vil huskeliste være elektronisk med registrering av tiltak, funn og automatisk tidsangivelse. Dersom også mulighet for sending til alle i samme nødnettsggruppe kan ein følge endringer i sanntid. Dersom forverring av tilstand kan dette oppdages tidlig ikkje kun av personell i ambulansen, men også av andre
- 3 chatbot
- Ein i ambulanse som registrerer opplysninger i samtale og skriv dette inn i eige journalvindu for videre bruk. Ein i AMK som medlytter til operatør og noterer informasjon etter kvart som det kjem inn. Operatør kan klippe dette inn i eget notat fortløpande ved behov.
4. Kamera i ambulanse og på uniform. Ikkje for overvåkning, men til bruk ved akutt dårlig pasient. Personell i akuttmottak og AMK kan få vesentlig bedre bilde av pasientens tilstand. Viktig med sikkerhetsystem som hindrer feil bruk.
  5. Fallskader eldre
- Rask prehospitalt forløp alla slag eller brystsmerte. Ambulansepersonell vil ofte godt kunne vurdere sikre bruddtegn uten dobbeltkontroll av legevakslege. Ved tvil dobbeltkontroll. Rask vurdering med røntgen i mottak. Dersom ikkje kapasitet til rask nok operasjon tidlig fysikalsk behandling av armer og ikkje skadet fot (, dersom dette har noko for seg).

Mitt forslag blir under punkt 2 "Gjøre behandlingen av alvorlige skader bedre".

Det jeg kunne tenkt meg var økt fokus på relevant kurs og trening for sykepleiere innen mottak/anestesi/operasjon som deltar på traumeteam. Økt felles forståelse for traumebehandlingen vil være i tråd med nye traumepanen og være positivt for pasienten som er utsatt for alvorlig skade.

Fokus på lik og god opplæring i felles traumekriterier for prehospitalt personell for å forebygge redusere antall undertriagerte traumepasienter. Spesielt fokus på eldre med hodeskader som bruker antikoagulantiva. Jeg tenker vi er gode til å finne skademekanikk hvor det har vært mye energi, men mindre god på anatomisk skadeomfang og påvirket vitale funksjoner spesielt når det ikke har vært mye energi involvert.

Forslaget mitt går på å standardisere traume behandlingen prehospitalt på nasjonalt. Idag er det eneste opplærings målet alle helseforetak er enstemt om nemlig phtls kurs og store variasjoner i forventede tiltak underveis og eventuelle medisinske behandlinger foruten smertelindring.

Mitt forslag går ut på å lage en nasjonal prosedyre på traume behandling som omfatter traneksansyre og andre smertelindrende medikamenter og som fokuserer mer på det prehospitale aspektet enn traumehåndboka gjør. dette kan bidra på sikt og videre standardisere kompetanse prehospitalt

Pålegge alle biler å ha pledd/ redningsfolie, på lil linje med refleksvest. Ikke mindt bevistgjøre sivile enda mer i viktigheten med å unngå nedkjøling av skadde

Det er viktig for traumepasienter at det blir ført dagbok og gjerne tatt bilder av sykehistorien deres slik at de i ettertid kan forstå hvordan prosessen deres har vært på sykehuset. Det er alltid nok folk i traumemottak til å sikre dette og pasientene er ofte sedert og mange ønsker gjerne å vite om sitt hendelsesforløp. Dette kan gjøres som rutine på alvorlige traumer.

## Forslag - De viktigste enkelte tiltak NKT-Traume kan jobbe med i forbindelse med alvorlig skade

Det er altfor mange barn som blir utsatt for skoldings-skader av voksne sine varme kopper med kaffe/te etc. Dette er 100% unngåelig og fører ofte til langvarige sykeperioder med mange sårskift og stor belastning for disse barna.

Viktig behandling ved alvorlig traume er å holde god oksygenering og perfusjon av vev. For å sikre dette kan det være viktig å tidlig kunne gi pasienter med alvorlig blødning erytrocytter og trombocytter. Dette er noe som kanskje fortjener litt oppmerksomhet. Hvordan kan vi få gitt pasientene tidlig blodprodukter og hvordan er prosedyrene i dag?

Ett annet viktig tema som fortjener oppmerksomhet er, fett emboli syndrom etter brudd i store rørknokler. Hvordan oppdager vi dette og hvordan forebygge?

Mange unge dør og blir skadet i såkalte ungdomsulykker.

Dere kan utarbeide en PowerPoint med veileder sånn at lokalt amb.pers/brannvesen og politi kan oppsøke ungdommer der de er og snakke om dette

Viktig at ungdommen treffes der de er både i fysisk forstand men også pedagogisk.

Derfor hadde en standard PowerPoint vært et godt hjelpemiddel i så måte

Mange alvorlig skadde pasienter med behov for komplett og langvarig rehabilitering opplever fragmenterte helsetjenester av svært varierende kvalitet. Jeg ønsker at NKT-Traume vil kunne arbeide med å utvikle retningslinjer for forløpskoordinator for traumepasienter Jf nasjonal traumeplan.

I forbindelse med utarbeidelsen av nye nasjonale prosedyrer, som man fortrinnsvis ønsker at skal få nasjonal utbredelse er det viktig å også formidle implementeringskunnskap - gi verktøyer som gjør at noe har høyere sjanse for å bli implementert. En ting er nye retningslinjer og prosedyrer, en annen er implementering. Det tar dessverre veldig langt fra man har kunnskap til det faktisk blir implementert i daglig praksis.

Innhente kunnskap fra andre sykehus/traumesentre/Forsvaret angbruken av fullblod. Kanskje dette er noe man kan anvende i traumebehandlingen i Norge

Hurtig tester for Troponin, enzym test for cerebral traume (og insult) CRP +HB med fokus på transport til rett sykehus og rett respons samt redusere en del unødvendige transporter da legevakt distriktene blir større og større