

Helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten 2018

Spørsmål til lederen av kompetansetjenesten

SETT MARKØREN I DET GRÅ FELTET FØR DU STARTER SKRIVINGEN.

Navn på tjenesten:	Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi
Lokalisering:	Ullevål sykehus OUS
Tjenestens innhold og organisering	
<p>1. Gi en kort beskrivelse av organisering og bemanning av tjenesten.</p> <p>Nasjonal Kompetansetjeneste for traumatologi er etablert i 2013 for å bygge opp og spre kompetanse om identifikasjon, utredning og behandling av alvorlig skadde. Arbeidsområdet omfatter skadested, førstehjelp, nødmeldetjeneste, ambulanse, avansert prehospital akuttmedisin, lokalsykehus, traumesentre, rehabilitering og pasienterfaringer. Tjenesten driver kompetansespredning rettet mot helsetjenesten, helsepersonell og befolkningen, samt initierer utredninger og forskning på fagfeltet.</p> <p>Tjenesten skal bidra til at det etableres faglige nettverk i hver helseregion som på sikt skal overta og ivareta dette arbeidet lokalt.</p>	
<p>2. Angi en prosentvis fordeling mellom tjenestens viktigste oppgaver.</p> <p>Frem til og med 2017 har vi brukt om lag 50% av arbeidstiden på systemutvikling (Nasjonal traumeplan, prosedyrer for stabilisering av ryggspylen og for vurdering & behandling av pasienter med alvorlig hypotermi), 25% på undervisning og møtedeltakelse for å spre kompetanse, og 25% på popularisering og forskning.</p>	
<p>3. Inngår nasjonal pasientbehandling som en del av tjenesten? (ja/nei – dersom svaret er ja – beskriv behandlingstiltak)</p> <p>Nei</p>	

Kompetansespredning

4. Beskriv den primære målgruppen for tjenestens virksomhet knyttet til veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning?

Helsepersonell i alle ledd i behandlingsskjeden for mistenkt alvorlig skadde pasienter, dvs. førstehjelpere, brann, politi, ambulanse, legevakt og lokal lege, ansatte i spesialisthelsetjenesten, rehabiliteringspersonell og brukerrepresentanter.

5. Beskriv hvilke virkemidler tjenesten benytter for å nå denne målgruppen. Det bes om at plan for kompetansespredning legges ved rapporteringen og merkes vedlegg 1.

Vi viser til kompetansespredningsplanen, som er vedlagt. Vi benytter følgende virkemidler:
1: Nasjonal Traumeplan. Planen ble revidert i perioden 2014 til levering til fagdirektørene for de regionale helseforetak høsten 2015, og i samråd med dem løpende til vedtak sommer 2017. Den skal nå implementeres, og fagdirektørene har gitt NKT-Traume i oppdrag å forestå utvikling av en app knyttet til en egen hjemmeside som er vert for traumeplanen, samt å gjennomføre løpende revisjon av planen.

2: Kompetansekurs. Her er det snakk om Advanced Trauma Life Support (ATLS) som er obligatorisk for leger i traumeteam (traumeplanen) samt i legenes spesialistutdanning, og om Kompetanse i Traume Sykepleie (KITS) som er kompetansekurs (og obligatorisk iflg. nasjonal traumeplan) for sykepleiere, radiografer, bioingeniører og portører i traumeteam på alle sykehus, et kurs som kompetansetjenesten sammen med Avd. f. Traumatologi, OUS Ullevål har distribuert til alle landets akutt sykehus med traumefunksjon og traumesentre slik at de kan arrangeres lokalt under veiledning fra regionale hovedinstruktører. Kurser i hemostatisk nødkirurgi - trening for traumeteam i livreddende kirurgi. Disse kurs er distribuert til de regionale helseforetak, men kompetansetjenesten koordinerer innhold og står som søker for godkjenning i forbindelse med legers spesialistutdanning.

3: Regionale møter: Tjenesten deltar på møter som arrangeres i de regionale helseforetak med egne faglige innlegg og formidling av forelesere.

4: Deltakelse på relevante nasjonale og internasjonale møter: Vi deltar og har eget programansvar for deler av Skandinavisk Akuttmedisin og Ambulanseforum, samt det europeiske akuttmedisinske møtet EMS 2017 og EMS 2018.

5: Nettverksmøte. Vi har de siste to årene sammen med Stiftelsen BEST og Nasjonalt traumeregister samt Avd. f. Traumatologi, OUS holdt en årlig nasjonal samling av alle personellgrupper innen behandling av alvorlig skadde av en ukes varighet. Årets møte blir i Trondheim i uke 46.

6: Hjemmeside: www.traumatologi.no blir brukt aktivt, og i 2017 hadde vi 112.293 unike besøkende. Gjennomsnittlig er det 2159 brukere på siden pr uke. Vi publiserer ukentlige nyhetsbrev, og har en abonnementsordning der lesere kan få epostvarsling når det kommer nyhetsbrev. For tiden har vi 1341 unike brukere av denne tjenesten.

Forskning

6. Gi en kort beskrivelse av tjenestens forskningsvirksomhet og i hvilken grad dette involverer kliniske fagmiljø i andre helseregioner.

Tjenesten har etablert en nasjonal forskergruppe med forskere fra de fire universitet med medisinerutdanning. Tjenesten finansierer 20%-stillinger til universitetene som engasjement i tre år hvert sted.

Av årsmeldingene fremgår at vi i 2017 publiserte 12 artikler og en doktorgrad. I 2016 publiserte vi 6 artikler, og i 2015 5 artikler. Alle artiklene har vært med nasjonale forfattere, og alle pågående prosjekt er med flere helseregioner involvert.

Nytt i 2017 var at vi fikk publisert to artikler med nasjonal datainnsamling der alle regioner bidro med data. På tross av at nasjonalt traumeregister ikke leverer data vi kan bruke (se pkt. 7) har vi altså maktet å samle data selv (som burde vært tilgjengelige i nasjonalt traumeregister) og kan gjøre nasjonale analyser.

Dokumenterte resultater av tjenestens virksomhet

7. Gi en kort beskrivelse av de dokumentasjonssystemer/verktøy som tjenesten benytter for å overvåke resultater av utredning og behandling og effekt av tjenestens virksomhet (se Veilederen s. 16 + 17 - §4-6)

Kompetansetjenesten var tiltenkt å skulle bruke Nasjonalt Traumeregister som kvalitetsverktøy allerede i traumeplanen fra 2006. Dette register er imidlertid (før tjenesten ble opprettet) plassert i en annen klinikk i OUS. Vi har derfor ikke styring over det, og registeret sliter med dårlig dekning og en uvanlig rigid tolkning av personvernet som har umuliggjort bruk av data til kvalitetskontroll så langt.

Kompetansetjenesten bruker derfor 1) sitt eget forskernettverk og 2) de regionale og lokale traumekoordinatorer til kvalitetskontroll. De regionale traumekoordinatorer har sammen med kompetansetjenesten brukt de klare kvalitetsindikatorer som er beskrevet i Nasjonal traumeplan til å lage sjekklister.

Effekten av tjenestens virksomhet skal ideelt kunne måles på de kvalitetsindikatorer som er beskrevet i traumeplanen. Dette forutsetter at traumeregisteret oppnår nasjonal dekning og at det blir mulig å ta ut data fra registeret. På grunn av organiseringen er dette ikke under vår kontroll.

8. Gi en oppsummert beskrivelse av hvilke resultater tjenesten har oppnådd (se Veilederen s. 17). Det bes om at dokumentasjon for oppnådde resultater vedlegges og merkes vedlegg 2. Dersom det vises til dokumentasjon som er publisert, kan det benyttes referanse til hvor relevant dokumentasjon er tilgjengelig.

Vi viser til vedlegg 2. Vi oppsummerer bare kort viktige resultat herunder.

Likeverdig tilgjengelighet til kompetanse: Her har vi etablert hjemmeside med ukentlige faglige nyheter og godt besøk.

Kompetanseoppbygging: Forskergruppe etablert. Nasjonale forskningsprosjekt startet. Kompetansekurs etablert og videreført.

Kunnskaps- og kompetansespredning til hele helsetjenesten: Se over om kompetansekurs og hjemmesiden. Tjenesten legger stor vekt på å yte likeverdige tilbud til alle områder av landet.

Kvalitet og merverdi i forhold til behandling og hele behandlingkjeden: På vårt årlige nettverksmøte samles behandlere fra alle ledd i behandlingkjeden. Her er etablert et forum for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Vi har sammen med rehabiliteringseksperter (Bergen, Tromsø og Oslo) forsøkt å få Nasjonalt traumeregister til å ta inn rehabiliteringsvariabler og pasientrelaterte utfalls- og opplevelsesmål (PROM og PREM), men ikke fått det til foreløpig.

Vi har siden 2014 formidlet kollegabesøk mellom de fire traumesentre, der NKT-Traume organiserer gjensidige besøk av fagfolk, men med deltakelse av adm.dir og kliniksjefer på det traumesenter som besøkes. Vi har sett en klar effekt av dette på struktur og prosess, og foreløpige data fra Nasjonalt traumeregisters årsmelding for 2016 tyder på en reduksjon i mortalitet på tre av fire traumesentre (der OUS allerede var på internasjonalt referansenivå).

Kostnadseffektivitet: Vi TROR at opplæringen fører til bedre overlevelse og færre blivende mén, men siden Nasjonalt traumeregister ikke har tilstrekkelige data kan vi ikke dokumentere det. Vi VET at helsepersonell opplever bedre mestring, og i de studier vi har gjort viser vi at flere og flere strukturindikatorer er oppfylt på landets akuttsykehus og traumesentre, noe som i andre land har ført til bedre behandlingsresultat.

Pasientperspektiv: Vi har hatt brukerrepresentant med i vårt nettverk fra start. Vi har pasienter med på stort sett alle regionale møter for å formidle pasientperspektivet. Som anført ovenfor har vi ikke oppnådd å få Nasjonalt traumeregister til å ta med pasientrapporterte utfall ennå.

9. Beskriv hvilke tiltak som er iverksatt for å videreføre kompetansetjenestens arbeid i alle helseregionene.

I samarbeid med de regionale helseforetak, og i tråd med nasjonal traumeplan, er det etablert regionale og lokale traumekoordinatorer i alle regioner. Disse bruker vi aktivt til implementering. Utviklingen av nye prosedyrer (f.eks. nakkestabilisering, hypotermi ferdigstilt i hhv. 2016 og 2017) må imidlertid foregå i et nettverk og ledes av personer med kompetanse og arbeidstid.

Kompetansekursene er distribuert, så både de avanserte kurs (ATLS og hemostatisk nødkirurgi, se ovenfor) og KITS holdes regionalt og lokalt i alle helseregioner. Utviklingen av

disse kurs må imidlertid gjøres sentralt for å sikre pasientene et enhetlig tilbud uavhengig av bosted, i tråd med tjenestens oppdrag.

Hjemmesiden brukes for rask distribusjon av faglige nyheter, se ovenfor.

10. Dersom det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet, gi en beskrivelse av hvorfor dette er nødvendig (se Veilederen s. 15 + 16). Legg ved dokumentasjon for behov og en tidsplan for gjennomføring. Det bes om at dokumentasjonen legges ved rapporteringen og merkes vedlegg 3.

Vi anser det nødvendig å videreføre kompetansetjenesten. Vi har satt inn hele argumentasjonen og dokumentasjonen i vedlegg 3 (og vedlegg 1b).

Tilleggsinformasjon

11. Beskriv evt. andre nasjonale kompetansetjenester eller behandlingstjenester som har oppgaver innenfor denne tjenestens faglige ansvarsområde?

Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS). Nasjonalt senter for legevaktsmedisin (NKLM). Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

12. Er det gjort en formel ansvarsavklaring med disse tjenestene? Hvis ja, gi en kort beskrivelse

NAKOS og NKT-Traume er begge lokalisert til Ullevål og vi sitter i hverandres referansegruppe. NKLM er også representert i vår referansegruppe. NSDM er involvert i lokal akuttmedisinsk trening i kommunehelsetjenesten, som NKT-Traume bidrar til gjennom vårt samarbeid med Stiftelsen BEST: Bedre & systematisk teamtrening. En av NSDM's medarbeidere tok del i arbeidet med Nasjonal traumeplan.

Det er ikke gjort skriftlige avtaler med de parallelle tjenester, men siden de to er representert i vår referansegruppe er de sikret både reell og formell innsigelsesrett, i tillegg til det daglige uformelle samarbeid vi har med dem.

13. Eventuelle andre forhold som er viktig å kjenne til ifm en helhetlig gjennomgang av denne nasjonale kompetansetjenesten?

NKT-Traume ble etablert 1. mai 2013, og fyller dermed 5 år 1. mai 2018. Tjenesten har etablert et nasjonalt faglig nettverk, har revidert Nasjonal traumeplan, har utarbeidet kvalitetsindikatorer i alle behandlingsledd, har utarbeidet faglige veiledere og etablert en hjemmeside som formidler kunnskap, har etablert og deltatt på regionale møteplasser, har etablert gjensidige besøk mellom traumesentrene og har målbåret pasienterfaringer i arbeidet med ny traumeplan. Vi er betrodd løpende revisjon av Nasjonal traumeplan og formidling gjennom app og hjemmeside, og også å bidra til implementeringen. Vi har ikke rådighet over kvalitetsregister som kan etterprøve effekten av intervensjonene, men samarbeider med Nasjonalt traumeregister.

Effekten på overlevelse av nyvinninger innen medisin beskrives gjerne som produkt av medisinsk viten x undervisningseffektivitet x lokal implementering. Den nye nasjonale traumeplan er dermed først nå klar til at vi kan begynne å forvente effekter, og vil være avhengig av oppfølging under

implementering for å oppnå resultat. Det fremgår av denne internasjonalt anvendte formel at svikt i bare ett av de tre ledd (medisinsk viten - undervisningseffektivitet - lokal implementering) kan ødelegge effekten av de andre.

Signering av ansvarlig leder

Dato og navnet på den som har skrevet denne tilbakemeldingen:

28. februar 2018. Torben Wisborg, leder.

Vedlegg

Det bes om følgende vedlegg:

- Tjenestens plan for kompetansespredning - vedlegg 1
- Dokumentasjon for oppnådde resultater - vedlegg 2
- Dokumentasjon for at helsetjenesten fortsatt er kompetansesvak - vedlegg 3

040118 arl

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 pasientgruppen gjennom daglig virksomhet. Sykehusene kompensere 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 u hensiktsmessig 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 rehabiliteringsekspertene.

Ivaretagelse av involverte personer og pårørende i akutsituasjoner.

En alvorlig skade involverer ikke bare pasienten, men også pårørende og tilstedeværende. Det er økende fokus på slike psykologiske og psyko-sosiale traumers 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 inndra 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 forsvarets 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 akuttisykehus 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 ryggspylen 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 legespesialistutdannelse 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 fortsatt 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 mellominnkomstland er stort, og spesielt en serie i the Lancet, verdenshelseorganisasjonen (WHO) og internasjonale organisasjoner har påpekt behovet for en større innsats fra høy-innkostland. 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.

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 inneles 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.

Kvalitetsindikatorer er definert i Nasjonal traumeplan, de må implementeres og helsepersonell må gjennom Nasjonalt traumeregister settes i stand til å måle indikatorene.

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.

Kriteriene er definert i Nasjonal traumeplan, de må implementeres og evalueres, og Nasjonalt traumeregister må kunne levere data på 1) indikasjon for utløsning av traumealarm og 2) pasientens utfall.

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.

Forskning igangsatt, NKT-Traume leverer data og viten til den nasjonale førstehjelpsdugnad. Ny viten må implementeres i praksis (førstehjelpsopplæringen) og effekten må evalueres.

Medisinsk nødmeldetjeneste

Studier gjort i NKT-Traume har vist at presisjonen i alarmering av luftambulansetjeneste er liten. Det er ulike kriterier for når luftambulansetjeneste 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 luftambulansetjeneste, og om hvordan disse kriterier valideres, og om hvorfor og hvordan alvorlig skade meldes fra skadested til traumeteamleder uten informasjonstap underveis.

Vår forskning viser usystematisk bruk av luftambulansetjeneste ved alvorlig skade. Kriterier for bruk må utarbeides og implementeres, og så evalueres.

Bil- og båtambulansetjenesten

Bilambulansetjenesten har gjennomgått en stor forbedring gjennom de siste 10 år. De fleste ambulansetjenestearbeidere 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 prehospital behandling av pasienter med mistenkt alvorlig skade inntil læreplanene for ambulansetjenesten samkjøres nasjonalt og får dette innhold.

Vår forskning viser at ambulansetjenestepersonell ikke er i stand til å behandle penetrerende skader. Vi deltar i et opplæringsprosjekt som skal prøve ut nye opplæringsmetoder og implementere dem i nasjonal skala.

Kommunal legevakt

En del leger i kommunal legevakt deltar regelmessig i utrykning med ambulansetjeneste 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.

NKT-Traume samarbeider med Stiftelsen BEST: Bedre & systematisk teamtrening om innhold i lokale akuttmedisinske kurs med tanke på tidlig og bedre lokal skadebehandling i påvente av transport. Dette må implementeres og evalueres.

Avansert prehospital behandling og luftambulansetjeneste

Tjenestene er preget av lokale behandlingsprotokoller. Utrykningstjenester som yter avansert prehospital 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.

NKT-Traume har deltatt i nasjonal debatt om hvilke prosedyrer som egner seg på nasjonalt nivå. Luftambulansetjenestens innsats ved alvorlig skade bør evalueres, og enhetlige kriterier for alarmering utarbeides og etterprøves, jf. vårt studie av bruk av luftambulanse hos pasienter med høy alvorlighetsgrad.

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 pasientgruppen 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.

Dette punkt ivaretas godt av lokale og regionale traumekoordinatorer, men er ikke i mål ennå.

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.

Ivaretatt gjennom nasjonal traumeplan.

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.

Internasjonalt kjent kritisk fase. Det mangler norske studier eller data fra Nasjonalt traumeregister som kan dokumentere om de skader ved overføring som ses internasjonalt også forekommer i Norge.

Traumesenter

Våre gjensidige fagfellebesøk på traumesentrene har avdekket uhenksommessig 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.

Denne besøksformidling har tilsynelatende hatt effekt, ved at foreløpige og usikre data fra Nasjonalt traumeregister antyder bedre overlevelse på de tre mindre traumesentre i landet. Besøkene må fortsette.

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 rehabiliteringsekspertene.

Nasjonalt traumeplan stiller store krav til forbedret rehabilitering. Kompetansetjenesten må overvåke om forbedringene blir iverksatt, og om de fører til ønsket og ventet resultat. Kvalitetsindikatorer er definert i Nasjonal traumeplan, men ikke tatt inn i Nasjonalt traumeregister.

Ivaretagelse av involverte personer og pårørende i akutsituasjoner.

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

Ikke iverksatt ennå.

Pasienterfaringer

Alle som yter helsehjelp er pålagt å inndra 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.

Kompetansetjenesten har formidlet besøk av tidligere skadde pasienter på alle møter vi bidrar til å arrangere. Vi har informerer brukere på vår hjemmeside. Brukererfaringer må i enda høyere grad inkorporeres i planlegging og behandling.

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.

Registeret er foreløpig ikke i stand til å levere validerte data med god dekning. Dette er helt vesentlig for bruk av kvalitetsindikatorer i Nasjonal traumeplan.

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.

Ikke iverksatt ennå.

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 forsvarers 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.

Ikke iverksatt ennå.

Sykehus uten traumefunksjon, helsesentre m.v.

En del sykehus (og kanskje flere ett ny nasjonal helse- og sykehusplan) er akutt sykehus 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.

Dette gjøres støtt og stadig, også som del av den offentlige debatt, men utviklingen viser at behovet for denne informasjon bare øker, jf. siste valgkamp.

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.

Denne funksjon er (bortsett fra godkjenningene) overtatt av de regionale traumekoordinatorene.

Nakkestabilisering

Kompetansetjenesten tok initiativ til utvikling av en nasjonal retningslinje for stabilisering av ryggspylen 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 nyvinninger.

Prosjektet pågår og vil ha betydning for implementering av andre nye tiltak som hypotermiproceduren.

ATLS

ATLS-kursene er obligatoriske i en del legespesialistutdannelse 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.

Denne aktivitet pågår løpende, og har behov for å fortsette. Det er ikke regionale eller lokale alternativ til en sentral faglig oppdatering av innholdet og koordinering av aktiviteten.

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.

Denne aktivitet pågår løpende, og har behov for å fortsette. Det er ikke regionale eller lokale alternativ til en sentral faglig oppdatering av innholdet og koordinering av aktiviteten.

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.

Ikke iverksatt ennå.

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.

NKT-Traume samarbeider med Stiftelsen BEST: Bedre & systematisk teamtrening om innhold i lokale akuttmedisinske kurs med tanke på tidlig og bedre lokal skadebehandling i påvente av transport. Dette må implementeres og evalueres.

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.

Denne aktivitet pågår løpende, og har behov for å fortsette. Det er ikke regionale eller lokale alternativ.

Internasjonalt

Behovet for tilgang på kirurgi og anestesi i lav- og mellominnkomstland er stort, og spesielt en serie i the Lancet, verdenshelseorganisasjonen (WHO) og internasjonale organisasjoner har påpekt behovet for en større innsats fra høy-innkostland. 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.

Iverksatt på individuelt nivå (dvs. tjenestens leder/forskningsleder deltar der det er mulig), men kompetansetjenesten har ikke noe overordnet program på dette felt (men burde hatt ut fra en nasjonal og internasjonal forpliktelse til å spre viten og bidra der nøden er størst).

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.

Iverksatt de siste to årene.

Dokumentasjon på at behandling av alvorlige skader i Norge fortsatt er et kompetansesvakt område.

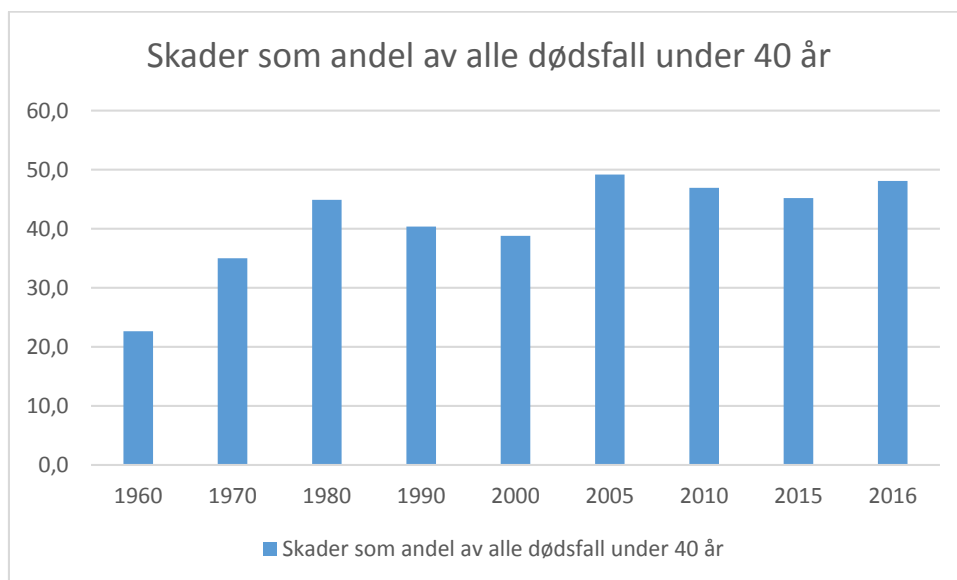
Fra veilederen: «Et kompetansesvakt fagområde er definert som et område der det allerede eksisterer kunnskap, men hvor kunnskapen ikke er tilstrekkelig implementert i den norske helsetjenesten. Det innebærer at de som driver en nasjonal kompetansetjeneste eller søker om etablering av en nasjonal kompetansetjeneste skal ha tilegnet seg, og være oppdatert på relevant kunnskap på gjeldende fagområde.»

I forbindelse med revisjon av nasjonal traumeplan fra 2006 gjennomførte arbeidsgruppen en omfattende litteraturgjennomgang. Planen ble levert i 2015, men vedtatt først sommer 2017. Den skal nå implementeres, og den opprinnelige arbeidsgruppe møttes i januar 2018 til et to-dagers møte der alle kapitler ble justert og ny aktuell litteratur ble gjennomgått. Alle regioner og alle ledd i behandlingsskjeden var representert. Kompetansetjenesten besitter dermed relevant kunnskap for å vurdere status i landet.

Vår kompetansespredningsplan har tidligere gjennomgått alle relevante områder av behandling og forebygging av alvorlige skader. I en oppdatert og kommentert versjon har vi vurdert status innen hvert enkelt felt. Vi tror at det er enklere i forbindelse med bedømmelse av kompetansestatus på feltet å se gjennom den kommenterte versjonen, vedlagt som vedlegg 1b. Vi skisserer likevel kort status for behandling av alvorlig skade nedenfor.

Status for områdets samfunnsmessige betydning

Statistisk sentralbyrå viser at skader utgjør en økende andel av dødsfall for befolkningen under 40 år.



Figur 1. Data fra Dødsårsaksregisteret

Med forventet levealder i betraktning er det opplagt at det kan spares svært mange leveår dersom noen av disse dødsfall kan unngås. Samtidig vet vi at 1) 60-85% av alle skaderelaterte dødsfall skjer prehospitalt, de fleste før ambulanse kommer frem, og 2) at for de pasienter som IKKE dør betyr videre behandling inklusive rehabilitering svært mye for evnen til å klare seg selv og å komme tilbake

i jobb. Det er altså grunn til fortsatt fokus på både forebygging, behandling med rehabilitering og å inndra pasienterfaringer i videre utvikling av det nasjonale traumesystem.

Status i februar 2018

Det finnes nå en oppdatert nasjonal traumeplan som er basert på nyeste tilgjengelige litteratur. Planen er imidlertid ikke omsatt til handling, men kompetansetjenesten har etablert et nettverk som er klar for dette. Med avtalen vi har inngått med fagdirektørene for de regionale helseforetak om å være vertskap for planen, og å forestå løpende revisjon, har vi alle muligheter for å bidra til å omsette viten til handling.

Det er utarbeidet kvalitetsindikatorer for alle avsnitt i den nasjonale traumeplan. Disse indikatorer er langt på vei datapunkt i det nasjonale traumeregister. Når det nasjonale traumeregister fungerer vil det være mulig å evaluere etterlevelse og effekt av traumeplanen, og dermed utbytte for pasientene.

Det nasjonale traumeregister er etablert, men administrativt og økonomisk lagt til en annen klinikk i OUS, så kompetansetjenesten har ikke hverken direkte tilgang til eller råderett over registeret. Registeret er fortsatt svært umodent, det er vanskelig å ta ut rapporter, det er ikke gjort dekningsgradsanalyser eller validering av data i registeret, og vi kan se fra årsmeldingen for 2016 at det ikke er tilfredsstillende datafangst. Registeret er altså fortsatt ikke brukbart hverken for kompetansetjenesten er for fagfolk lokalt til å kontrollere kvalitet på pasientbehandling.

Tidsperspektiv: 5 år(?)

Kompetansetjenesten har etablert og videreført utdanninger i traumebehandling så fagfolk i hele landet får samme opplæring, og for sykepleiernes vedkommende kan de få opplæringen lokalt. Dette krever et korps av oppdaterte lokale instruktører og regionale hovedinstruktører. Kompetansetjenesten er sammen med Avd. f. Traumatologi, OUS vertskap for dette kompetansekurs og formidler faglig oppdatering. Dette er en oppgave som ikke kan tidfestes, og vi venter ikke at lokale eller regionale traumekoordinatorer skal kunne oppnå et samlet overblikk over nyvinninger på traumebehandlingsområdet godt nok til lokale justeringer av et nasjonalt kurskonsept. **Denne oppgaven må altså utføres fortløpende.**

Oppdatert kompetanse skal spres til behandlerne. Dette har vi gjort gjennom hjemmeside og regionale og nasjonale møter. Vurdert på bruken av hjemmesiden har dette vært en suksess. Når traumeregisteret fungerer skal vi kunne se dette på pasientresultater og kvalitetsindikatorer. Videre oppdatering av landets behandlere inne traumefeltet kan ikke forventes å kunne gjøres lokalt, siden det krever kompetente fagfolk som har som oppgave å evaluere ny kunnskap og implementere den. Den løpende revisjon av nasjonal traumeplan vil representere en slik faglig oppdatering av prosedyreverk. **Tidsperspektiv: 10 år** (når vi tar i betraktning at den første versjon av nasjonal traumeplan kom i 2005 og først ble revidert etter 12 år).

Førstehjelp er et nytt forskningsområde for NKT-Traume. Publikasjonene fremgår av de siste årsmeldinger, men er tatt med som appendiks her. Fordi størsteparten av alle som dør av skader dør før ambulanse kommer frem er førstehjelp og forebygging den eneste veien vi kan gå for å redusere disse dødsfall. Vår satsning på førstehjelp startet før den nasjonale førstehjelpsdugnad og leverer data til den. **Tidsperspektiv: 5 år(?)**

For øvrig viser vi til vedlegg 1b, kompetansespredningsplan med kommentarer til hvert punkt.

Appendiks: Forskning på førstehjelp utgått fra NKT-Traume

Wisborg T, Ellensen EN, Svege I, Dehli T

Are severely injured trauma victims in Norway offered advanced pre-hospital care? National, retrospective, observational cohort. *Acta Anaesthesiol Scand* 2017 Aug;61(7):841-847. Epub 2017 jun 26. PMID: 28653327

Fattah S, Agledahl KM, Rehn M, Wisborg T

Experience With a Novel, Global, Open-Access Template for Major Incidents: Qualitative Feasibility Study. *Disaster Med Public Health Prep* 2017 Aug;11(4):403-406. Epub 2016 des 20. PMID: 27995839

Bakke HK, Wisborg T. The trauma chain of survival - Each link is equally important (but some links are more equal than others). *Injury* 2017 05;48(5):975-977. PMID: 28427610

Wisborg T, Manskow US, Jeppesen E. Trauma outcome research - More is needed. *Acta Anaesthesiol Scand* 2017 04;61(4):362-364. PMID: 28251602

Bakke HK, Wisborg T. We need to include bystander first aid in trauma research. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2017 Mar 23;25(1):32. Epub 2017 mar 23. PMID: 28335785

Bakke HK, Steinvik T, Ruud H, Wisborg T. Effect and accuracy of emergency dispatch telephone guidance to bystanders in trauma: post-hoc analysis of a prospective observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2017 Mar 07;25(1):27. Epub 2017 mar 7. PMID: 28270170

Bakke HK, Steinvik T, Angell J, Wisborg T. A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway. *BMC Emerg Med* 2017 Feb 23;17(1):6. Epub 2017 feb 23. PMID: 28228110

Fattah S, Agledahl KM, Rehn M, Wisborg T. Experience With a Novel, Global, Open-Access Template for Major Incidents: Qualitative Feasibility Study. *Disaster Med Public Health Prep* 2016 Dec 20. Epub 2016 des 20. 27995839

Fattah S, Johnsen AS, Sollid SJ, Wisborg T, Rehn M, Sóti Á, Truhlár A, Krüger AJ, Gunnarsson B, Gryth D, Ohlén D, Fevang E, Sunde GA, Breitenmoser I, Kurola J, Nurmi J, Fredriksen K, Rognås L, Temesvari P, Mikkelsen S, Magnusson V, Voelckel W. Reporting Helicopter Emergency Medical Services in Major Incidents: A Delphi Study. *Air Med J* 2016 Nov - Dec;35(6):348-351. Epub 2016 okt 22. 27894557

Ellensen EN, Wisborg T, Hunskaar S, Zakariassen E. Dispatch guideline adherence and response interval-a study of emergency medical calls in Norway. *BMC Emerg Med* 2016 Oct 13;16(1):40. Epub 2016 okt 13. 27737641

Sollid SJ, Mellin-Olsen J, Wisborg T. Emergency airway management - by whom and how? *Acta Anaesthesiol Scand* 2016 Oct;60(9):1185-7. 27594425

Fattah S, Rehn M, Wisborg T. Field Reports: Yes, They Will Add to the Prehospital and Disaster Knowledge Base. *Prehosp Disaster Med* 2016 Aug;31(4):461. Epub 2016 mai 24. 27216765

Raatinemi L, Steinvik T, Liisanantti J, Ohtonen P, Martikainen M, Alahuhta

S, Dehli T, Wisborg T, Bakke HK. Fatal injuries in rural and urban areas in northern Finland: a 5-year retrospective study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2016 May;60(5):668-76. Epub 2016 jan 8. 26749577

Bakke HK, Steinvik T, Eidissen SI, Gilbert M, Wisborg T. Bystander first aid in trauma - prevalence and quality: a prospective observational study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2015 Oct;59(9):1187-93. Epub 2015 jun 19. PMID: 26088860

Brennvall HM, Hauken H, Hunskaar S, Wisborg T, Zakariassen E. Out-of-hours doctors' decisions on call-outs in emergency situations. Tidsskr Nor Laegeforen 2015 Apr 21;135(7):654-7. Epub 2015 apr 21. PMID: 25899370

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi – NKT-Traume

Visjonen for tjenesten er:

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi: NKT-Traume skal bidra til å sikre en likeverdig høy kvalitet på behandlingen av alvorlig skadde i hele landet, uansett alder, kjønn og bosted

NKT-Traume oppnår dette gjennom å:

- Etablere nettverk
- Formidle erfaringer og behandlingsprotokoller
- Initiere utredninger og etablere konsensus
- Initiere og delta i forskning innenfor hele behandlingsskjeden
- Etablere eller legge til rette for opplæring, trening og videreutdanning
- Bidra til at pasienterfaringer inndras i planlegging av tjenestetilbud

Resultatmål for 2017:

Kompetanseoppbygging (forskning, etablering av/deltakelse i nasjonale og internasjonale forskernettverk)

Vi skal delta på alle regionale samlinger i traumenettverk. ✓

Vi skal delta på alle nasjonale møter i deler av behandlingsskjeden for alvorlig skadde (som Ambulanseforum, Skandinavisk Akuttmedisin, rehabiliteringsmøter). ✓

Vi skal spesielt oppfordre til – og bidra i – forskning i de ledd i traumekjeden som ikke er godt representert (forebygging, førstehjelp, lokal lege på skadested, pasient- og pårørendeerfaringer, kvalitetsindikatorer), og prosjekter som favner større deler av behandlingsskjeden. ✓

Vi skal fortsette de nasjonale multisenterstudier vi har startet der alle regioner deltar med forskere og data. ✓

Overvåke og formidle behandlingsresultater

Leder for NKT-Traume er leder for Fagrådet for Nasjonalt Traumeregister som også er lokalisert til OUS Ullevål Sykehus. Traumeregisteret startet registrering i fullskala fra januar 2015.

Kompetansetjenesten skal jobbe for at traumeregisteret synliggjøres, og bidrar i den offentlige debatt. Det skal også legges vekt på at registrarene selv skal kunne ta ut lokale rapporter til bruk på sykehusene. (✓)

Kompetansetjenesten vil bidra til at det tidlige rehabiliteringsforløp inkluderes i det nasjonale traumeregister. Spesifikke kvalitetsindikatorer er inkludert i den nye nasjonale traumeplan. (✓)

Formidling av kunnskap til hele helsetjenesten og bidra i relevant undervisning

Vi skal gjennomføre 10 ATLS-kurs som sekretariat og driftsorganisasjon. ✓

Vi skal bidra til å slutføre implementering av KITS-kurset for sykepleiere, radiografer, bioingeniører m.fl. i traumeteam over hele landet ved å bidra med stillinger til KITS-utviklerne. Det skal samtidig gjennomføres en revisjon og kvalitetssikring av kurskonseptet og utvikles e-læringsverktøy. ✓

Vi skal tilby å koordinere det nasjonale faglige ansvaret for de regionale kurs i hemostatisk nødkirurgi. Det må være en sentral søker for å få disse kursene godkjent av Legeforeningen, og da er det påkrevet at de har en felles faglig plattform. (✓)

Utvikle bedre pasientbehandling i hele behandlingsskjeden

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi tok initiativ til og ledet revisjon av den nasjonale traumeplan. Planen ble ferdigstilt og levert fagdirektørene i 2015. Vi skal overvåke implementering etter vedtak av planen sommer 2017, i samarbeid med fagdirektørene for de regionale helseforetak.

NKT-T skal være vertskap for traumeplanen, og forestå arbeidet med revisjoner. ✓

Vi skal fortsette å formidle gjensidige besøk på landets traumesentre vi startet i 2014, der NKT-Traume koordinerer besøk av fagfeller fra de fire traumesentre hos hverandre for revisjon og erfaringsutveksling basert på den nye nasjonale traumeplan med vedlegget om traumesentre. Besøkene skal ha spesielt fokus på rehabiliteringstilbudet. ✓

Bidra til implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis

Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi gjennomførte en prosess som resulterte i en faglig begrunnet konsensus for hvordan pasienter med risiko for skade i ryggstøyla skal stabiliseres pre- og intrahospitalt. Vi skal følge implementeringen av denne gjennom en masterstudie i 2017. ✓

NKT-Traume har tatt initiativ til en nasjonal prosess for å bedre diagnostisering og behandling av prehospita aksidentell hypotermi. Retningslinjen skal sluttstilles i 2017, og vi skal overvåke implementeringen. ✓

Iverksette tiltak for å sikre likeverdig tilgjengelighet til kompetanse.

Fortsette utvikling av vår hjemmeside www.traumatologi.no og formidle ny fagkunnskap blant annet gjennom tilgjengelige video-opptak fra relevante fagmøter og regelmessige nyheter. Vi skal i 2017 også på hjemmesiden ha en økt representativitet fra alle ledd i behandlingsskjeden. ✓

Vi skal formidle høringsnotater fra aktuelle prosesser og utredninger via hjemmesiden, og publiserer alle våre hørings svar der også. ✓

Dokumentasjon på at behandling av alvorlige skader i Norge fortsatt er et kompetansesvakt område.

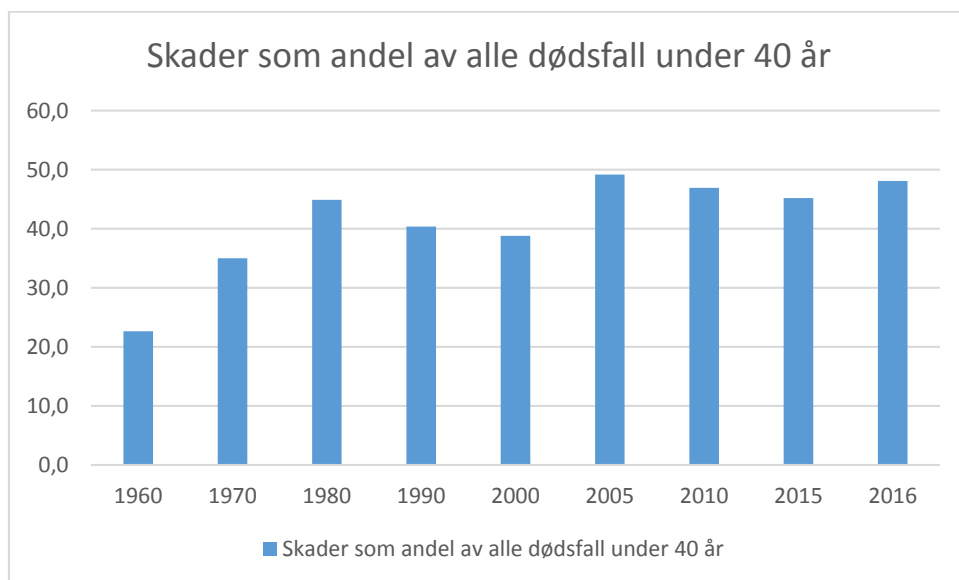
Fra veilederen: «Et kompetansesvakt fagområde er definert som et område der det allerede eksisterer kunnskap, men hvor kunnskapen ikke er tilstrekkelig implementert i den norske helsetjenesten. Det innebærer at de som driver en nasjonal kompetansetjeneste eller søker om etablering av en nasjonal kompetansetjeneste skal ha tilegnet seg, og være oppdatert på relevant kunnskap på gjeldende fagområde.»

I forbindelse med revisjon av nasjonal traumeplan fra 2006 gjennomførte arbeidsgruppen en omfattende litteraturgjennomgang. Planen ble levert i 2015, men vedtatt først sommer 2017. Den skal nå implementeres, og den opprinnelige arbeidsgruppe møttes i januar 2018 til et to-dagers møte der alle kapitler ble justert og ny aktuell litteratur ble gjennomgått. Alle regioner og alle ledd i behandlingsskjeden var representert. Kompetansetjenesten besitter dermed relevant kunnskap for å vurdere status i landet.

Vår kompetansespredningsplan har tidligere gjennomgått alle relevante områder av behandling og forebygging av alvorlige skader. I en oppdatert og kommentert versjon har vi vurdert status innen hvert enkelt felt. Vi tror at det er enklere i forbindelse med bedømmelse av kompetansestatus på feltet å se gjennom den kommenterte versjonen, vedlagt som vedlegg 1b. Vi skisserer likevel kort status for behandling av alvorlig skade nedenfor.

Status for områdets samfunnsmessige betydning

Statistisk sentralbyrå viser at skader utgjør en økende andel av dødsfall for befolkningen under 40 år.



Figur 1. Data fra Dødsårsaksregisteret

Med forventet levealder i betraktning er det opplagt at det kan spares svært mange leveår dersom noen av disse dødsfall kan unngås. Samtidig vet vi at 1) 60-85% av alle skaderelaterte dødsfall skjer prehospitalt, de fleste før ambulanse kommer frem, og 2) at for de pasienter som IKKE dør betyr videre behandling inklusive rehabilitering svært mye for evnen til å klare seg selv og å komme tilbake

i jobb. Det er altså grunn til fortsatt fokus på både forebygging, behandling med rehabilitering og å inndra pasienterfaringer i videre utvikling av det nasjonale traumesystem.

Status i februar 2018

Det finnes nå en oppdatert nasjonal traumeplan som er basert på nyeste tilgjengelige litteratur. Planen er imidlertid ikke omsatt til handling, men kompetansetjenesten har etablert et nettverk som er klar for dette. Med avtalen vi har inngått med fagdirektørene for de regionale helseforetak om å være vertskap for planen, og å forestå løpende revisjon, har vi alle muligheter for å bidra til å omsette viten til handling.

Det er utarbeidet kvalitetsindikatorer for alle avsnitt i den nasjonale traumeplan. Disse indikatorer er langt på vei datapunkt i det nasjonale traumeregister. Når det nasjonale traumeregister fungerer vil det være mulig å evaluere etterlevelse og effekt av traumeplanen, og dermed utbytte for pasientene.

Det nasjonale traumeregister er etablert, men administrativt og økonomisk lagt til en annen klinikk i OUS, så kompetansetjenesten har ikke hverken direkte tilgang til eller råderett over registeret. Registeret er fortsatt svært umodent, det er vanskelig å ta ut rapporter, det er ikke gjort dekningsgradsanalyser eller validering av data i registeret, og vi kan se fra årsmeldingen for 2016 at det ikke er tilfredsstillende datafangst. Registeret er altså fortsatt ikke brukbart hverken for kompetansetjenesten er for fagfolk lokalt til å kontrollere kvalitet på pasientbehandling.

Tidsperspektiv: 5 år(?)

Kompetansetjenesten har etablert og videreført utdanninger i traumebehandling så fagfolk i hele landet får samme opplæring, og for sykepleiernes vedkommende kan de få opplæringen lokalt. Dette krever et korps av oppdaterte lokale instruktører og regionale hovedinstruktører.

Kompetansetjenesten er sammen med Avd. f. Traumatologi, OUS vertskap for dette kompetansekurs og formidler faglig oppdatering. Dette er en oppgave som ikke kan tidfestes, og vi venter ikke at lokale eller regionale traumekoordinatorer skal kunne oppnå et samlet overblikk over nyvinninger på traumebehandlingsområdet godt nok til lokale justeringer av et nasjonalt kurskonsept. **Denne oppgaven må altså utføres fortløpende.**

Oppdatert kompetanse skal spres til behandlerne. Dette har vi gjort gjennom hjemmeside og regionale og nasjonale møter. Vurdert på bruken av hjemmesiden har dette vært en suksess. Når traumeregisteret fungerer skal vi kunne se dette på pasientresultater og kvalitetsindikatorer. Videre oppdatering av landets behandlere inne traumefeltet kan ikke forventes å kunne gjøres lokalt, siden det krever kompetente fagfolk som har som oppgave å evaluere ny kunnskap og implementere den. Den løpende revisjon av nasjonal traumeplan vil representere en slik faglig oppdatering av prosedyreverk. **Tidsperspektiv: 10 år** (når vi tar i betraktning at den første versjon av nasjonal traumeplan kom i 2005 og først ble revidert etter 12 år).

Førstehjelp er et nytt forskningsområde for NKT-Traume. Publikasjonene fremgår av de siste årsmeldinger, men er tatt med som appendiks her. Fordi størsteparten av alle som dør av skader dør før ambulansse kommer frem er førstehjelp og forebygging den eneste veien vi kan gå for å redusere disse dødsfall. Vår satsning på førstehjelp startet før den nasjonale førstehjelpsdugnad og leverer data til den. **Tidsperspektiv: 5 år(?)**

For øvrig viser vi til vedlegg 1b, kompetansespredningsplan med kommentarer til hvert punkt.

Appendiks: Forskning på førstehjelp utgått fra NKT-Traume

Wisborg T, Ellensen EN, Svege I, Dehli T

Are severely injured trauma victims in Norway offered advanced pre-hospital care? National, retrospective, observational cohort. *Acta Anaesthesiol Scand* 2017 Aug;61(7):841-847. Epub 2017 jun 26. PMID: 28653327

Fattah S, Agledahl KM, Rehn M, Wisborg T

Experience With a Novel, Global, Open-Access Template for Major Incidents: Qualitative Feasibility Study. *Disaster Med Public Health Prep* 2017 Aug;11(4):403-406. Epub 2016 des 20. PMID: 27995839

Bakke HK, Wisborg T. The trauma chain of survival - Each link is equally important (but some links are more equal than others). *Injury* 2017 05;48(5):975-977. PMID: 28427610

Wisborg T, Manskow US, Jeppesen E. Trauma outcome research - More is needed. *Acta Anaesthesiol Scand* 2017 04;61(4):362-364. PMID: 28251602

Bakke HK, Wisborg T. We need to include bystander first aid in trauma research. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2017 Mar 23;25(1):32. Epub 2017 mar 23. PMID: 28335785

Bakke HK, Steinvik T, Ruud H, Wisborg T. Effect and accuracy of emergency dispatch telephone guidance to bystanders in trauma: post-hoc analysis of a prospective observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2017 Mar 07;25(1):27. Epub 2017 mar 7. PMID: 28270170

Bakke HK, Steinvik T, Angell J, Wisborg T. A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway. *BMC Emerg Med* 2017 Feb 23;17(1):6. Epub 2017 feb 23. PMID: 28228110

Fattah S, Agledahl KM, Rehn M, Wisborg T. Experience With a Novel, Global, Open-Access Template for Major Incidents: Qualitative Feasibility Study. *Disaster Med Public Health Prep* 2016 Dec 20. Epub 2016 des 20. 27995839

Fattah S, Johnsen AS, Sollid SJ, Wisborg T, Rehn M, Sóti Á, Truhlár A, Krüger AJ, Gunnarsson B, Gryth D, Ohlén D, Fevang E, Sunde GA, Breitenmoser I, Kurola J, Nurmi J, Fredriksen K, Rognås L, Temesvari P, Mikkelsen S, Magnusson V, Voelckel W. Reporting Helicopter Emergency Medical Services in Major Incidents: A Delphi Study. *Air Med J* 2016 Nov - Dec;35(6):348-351. Epub 2016 okt 22. 27894557

Ellensen EN, Wisborg T, Hunskaar S, Zakariassen E. Dispatch guideline adherence and response interval-a study of emergency medical calls in Norway. *BMC Emerg Med* 2016 Oct 13;16(1):40. Epub 2016 okt 13. 27737641

Sollid SJ, Mellin-Olsen J, Wisborg T. Emergency airway management - by whom and how? *Acta Anaesthesiol Scand* 2016 Oct;60(9):1185-7. 27594425

Fattah S, Rehn M, Wisborg T. Field Reports: Yes, They Will Add to the Prehospital and Disaster Knowledge Base. *Prehosp Disaster Med* 2016 Aug;31(4):461. Epub 2016 mai 24. 27216765

Raatinemi L, Steinvik T, Liisanantti J, Ohtonen P, Martikainen M, Alahuhta

S, Dehli T, Wisborg T, Bakke HK. Fatal injuries in rural and urban areas in northern Finland: a 5-year retrospective study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2016 May;60(5):668-76. Epub 2016 jan 8. 26749577

Bakke HK, Steinvik T, Eidissen SI, Gilbert M, Wisborg T. Bystander first aid in trauma - prevalence and quality: a prospective observational study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2015 Oct;59(9):1187-93. Epub 2015 jun 19. PMID: 26088860

Brennvall HM, Hauken H, Hunskaar S, Wisborg T, Zakariassen E. Out-of-hours doctors' decisions on call-outs in emergency situations. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2015 Apr 21;135(7):654-7. Epub 2015 apr 21. PMID: 25899370

Blix SW, Melau J, Lund-Kordahl I. Performance of Norwegian civilian EMTs and army medics in penetrating trauma: a controlled simulation-based assessment. *Acta Anaesthesiol Scand* 2017; 61: 848-853.

Helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten 2018

Spørsmål til tjenestens faglige referansegruppe

SETT MARKØREN I DET GRÅ FELTET FØR DU STARTER SKRIVINGEN.

Navn på tjenesten:	Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi
Lokalisering:	OUS
1. Er det lagt til rette for at referansegruppen kan utøve sin funksjon i tråd med sitt mandat ? (jf. kjernemandat for referansegruppene)	Ja
2. Er referansegruppens sammensetning dekkende for kompetansetjenestens ansvarsområde og oppgaver?	Ja
3. Er det lagt til rette for aktiv brukermedvirkning i referansegruppens arbeid?	Ja. Personskadeforbundet er representert i referansegruppen.
4. Hvor ofte arrangeres det møter mellom tjenesten og referansegruppen?	Ett fast årlig møte.
5. Får den enkelte helseregion dekket sitt behov for kompetanseoppbygging innenfor kompetansetjenestens ansvarsområde? Gi en kort beskrivelse.	Ja, i og med en detaljert og gjennomarbeidet kompetansespredningsplan som blant annet adresserer behov for kompetanseheving innen førstehjelp, nødmeldetjeneste, legevaksarbeid, teamtrening i sykehus, håndtering av store blødninger inkl massiv transfusjon, og rehabilitering.
6. Beskriv hvilke tiltak som er iverksatt for å videreføre kompetansetjenestens arbeid i alle regionene – evt. nasjonalt.	

Arbeid med å implementere bruk av kvalitetsindikatorer, forskning igangsatt vedr. nasjonal førstehjelpsdugnad, samarbeid med BEST-stiftelsen om teamtrening, utvikling av prosedyrer, besøk ved traumesentra, innhenting av pasienterfaringer, arrangement av kurs (ATLS) og faglige møter ("even Better Trauma Care in Norway").

7. Dersom det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet, gi en begrunnet beskrivelse av hvorfor dette er nødvendig.

Tjenesten bør videreføres. Hovedbegrunnelsen er dens sentrale rolle i gjennomføring og videreutvikling av nasjonal traumeplan. Kompetansetjenesten har etablert et nettverk og avtalt med de regionale foretakenes fagdirektører å være vertskap for planen, og å forestå løpende revisjon. Kompetansetjenesten har etablert og videreført utdanninger i traumebehandling så fagfolk i hele landet får samme opplæring, og for sykepleiernes vedkommende kan de få opplæringen lokalt. Dette krever et korps av oppdaterte lokale instruktører og regionale hovedinstruktører. Kompetansetjenesten er sammen med Avd. for Traumatologi, OUS vertskap for dette kompetansekurset og formidler faglig oppdatering. Dette er en oppgave som ikke kan tidfestes, og vi venter ikke at lokale eller regionale traumekoordinatorer skal kunne oppnå et samlet overblikk over nyvinninger på traumebehandlingsområdet godt nok til lokale justeringer av et nasjonalt kurskonsept. Denne oppgaven må altså utføres fortløpende.

Tilleggsinformasjon

8. Det bes om eventuell tilleggsinformasjon som er viktig å ta hensyn til ved helhetlig vurdering av denne nasjonale kompetansetjenesten.

Signering av ansvarlig leder

Dato og navnet på den som har skrevet denne tilbakemeldingen:

4.4.2018 Kristian Bartnes

040118 arl