

Oppsummering etter gjensidig revisjon av traumesentre – oppfølging av besøk juni 2014

Besøk på St Olavs Hospital den 1.10.2015

Besøksgruppen besto av: Regional traumekoordinator Rannveig Anderson og overlege Pål Aksel Næss (Helse Sør-Øst), regional traumekoordinator Kurt Børslid Andersen og traumeansvarlig lege Espen Gubberud (Helse Vest), regional traumekoordinator Terje Lillegård og traumeansvarlig lege Petter Cappelen Endresen (Helse Nord) og leder Torben Wisborg (Nasjonal kompetansetjeneste for Traumatologi).

Fra St Olavs Hospital deltok: Regional traumekoordinator Ole-Petter Vinjevoll og overlege Bent Åge Rolandsen. På åpningsmøtet deltok konstituert fagdirektør Johan Skomsvoll og klinikkssjef Birger Endreseth samt en rekke klinikkssjefer, på avslutningsmøtet deltok en del av klinikkssjefene.

Til grunn for revisjonen lå: Det samme felles policydokument som ble brukt ved siste besøk, og som nå er en del av den nye nasjonale traumeplan som er levert fagdirektørene. Dokumentet bygger på utenlandsk standard og norsk konsensus. Dokumentet var før møtet utfyllt av de enkelte klinikker på St Olav med koordinering fra regional traumekoordinator.

Hovedvurdering

- St Olavs Hospital har fortsatt fysiske rammer som tilfredsstillende de fleste krav til et traumesenter.
- Hospitalet har kommet et stykke med utvikling av en traumeorganisasjon som anbefalt i policydokumentet.
- Teamlederne fyller nå de formelle kravene til teamlederfunksjonen ved akuttsykehus med traumefunksjon, men har ingen formell organisasjon ut over dette. Det er ikke ansatt overleger med dedikert traumefunksjon og avsatt dagarbeidstid til å sikre kontinuiteten i behandling av alvorlige skader etter initialfasen.
- Traumbakvaksordning er ikke etablert
- Traumeregistreringen fungerer bra, og det regionale traumesystem fungerer bra.
- Traumeutvalget fungerer ikke.
- Rehabiliteringstilbudet til pasienter uten hode- eller spinalskade er fortsatt utilfredsstillende.

Detaljert gjennomgang

Dedikert traumeorganisering: Det mangler fortsatt dedikerte, fast ansatte ansvarlige overleger og traumekoordinatorer utover dagens tre personer som er ansatt for hovedsakelig å ivareta regionale oppgaver. Behovet som ble anslått ved siste besøk (fire halve kirurghjemler og to halve anesthesiologhjemler) er fortsatt til stede, og ikke dekket. Legene som skal fylle disse stillingshjemlene må ha avsatt halvparten av dagarbeidstiden for å sikre traumefunksjonen, men forutsettes å ha resterende tjeneste i egen spesialitet. Det er behov for en hel traumekoordinatorhjemmel for å dekke behovet ved St. Olavs Hospital. Imidlertid har traumesenteret laget en utviklingsplan for

trinnvis opptrapping slik at minimumskravene for å oppfylle kravene til et traumesenter kan oppfylles.

Krav til dedikert traumeinfrastruktur: Det er nå definert klare krav til opplæring av teamledere, og disse kravene er oppfylt.

Sykehuset har fortsatt ikke en egen traumekirurgisk bakvakt. Dette anses ikke tilfredsstillende da man med dagens ordning ikke er sikret en formalisert traumekirurgisk kompetanse ut over teamledernivå. Kravene til kirurgisk teamlederkompetanse er ikke høyere ved St. Olavs Hospital enn de øvrige sykehusene i regionen. **Dette anser vi som et område hvor tiltak bør iverksettes snarest for å bedre tilbudet til traumepasientene i Helse Midt.**

Regionen virker til å ha et godt tilbud for rehabilitering av traumepasienter med nevrologisk skade, men tilbudet til alvorlig skadde pasienter uten hode/spinalskader er ikke tilstrekkelig. Det er behov for bedring av det psykososiale tilbudet til alvorlig skadde og deres pårørende. Vi viser her til ny nasjonal traumeplan, der det er definert behov for ubrutt rehabilitering til alle, og vurdering av rehabiliteringsbehov innenfor 72 timer etter skade. Se www.traumeplan.no.

En fast definert traumefunksjon som følger pasientene i forhåndsbestemte pasientforløp, vil sikre en enhetlig og god kvalitet på behandlingen.

Kvalitetssikring: Tverrfaglige morbidity & mortality-møter er fortsatt ikke innført. Dette er et viktig lærings- og forbedringstiltak og en nødvendig del av systematisk traumeomsorg ved sykehuset.

Traumeregister: Sykehuset registrerer alle traumer systematisk, og har også kontroll på undertriage. Dette er meget bra. Dødeligheten for pasienter med ISS > 15 i 2014 var 19%, og dette er på linje med OUS Ullevål FØR de iverksatte systematiske tiltak i 2005. Siden da har OUS Ullevål halvert dødeligheten i denne pasientgruppen.

Øvrige kommentarer:

Det er tydelig at det har vært jobbet systematisk med traumeomsorgen siden første besøk, men også at det gjenstår en del.

Planer for kvalitetssikrede behandlingsforløp for traumepasientene er utarbeidet, men er ikke implementert. Dette bør prioriteres.

Det er bekymringsfullt at systematisk trening i tverrfaglige team ikke synes å prioriteres på alle avdelinger. Med den deltakelse som ble presentert for gruppen, vil majoriteten av traumeteamets medlemmer størsteparten av tiden ikke skjønne hvordan man skal jobbe i et team. Dette går ut over kvaliteten i pasientbehandlingen, og avspeiles kanskje i mortaliteten i gruppen med de hardest skadde. Dette gjelder også for trening i hemostatisk nødkirurgi, der de aller fleste anestesisykepleiere IKKE har deltatt.

Traumeutvalget er ikke i funksjon fikk vi opplyst. Dette må bringes på plass, og gruppen anbefaler en formell organisering av traumeutvalget så nært ledelsen som mulig.