

Oppsummering etter gjensidig revisjon av traumesentre

Besøk på St Olavs Hospital den 13.6.2014

Besøksgruppen besto av: overlege Pål Aksel Næss & regional traumekoordinator Rannveig Anderson (Helse Sør-Øst), overlege Bjørn Jostein Christensen (Helse Vest), regional traumekoordinator Terje Lillegård (Helse Nord) og koordinator Tone Slåke & leder Torben Wisborg (Nasjonal kompetasetjeneste for Traumatologi).

Fra St Olavs Hospital deltok: regional traumekoordinator Ole-Petter Vinjevoll og overlege Bent Åge Rolandsen: På åpningsmøtet deltok viseadministrerende direktør Stein Kaasa samt en rekke kliniksjefer, på avslutningsmøtet deltok kliniksjeferne.

Til grunn for revisjonen lå: et felles policydokument utarbeidet av alle landets traumesentre i fellesskap. Dette 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.

På åpningsmøtet fikk revisjonsgruppen flere konkrete bestillinger fra ledelsen ved sykehuset:

- Se på organiseringen av akuttstuekirurgi
- Vurdere funksjonsdeling lokalt traumesenter vs. funksjonen som traumesenter for regionen
- Se på meldingsflyt fra prehospitaltjenester til traumeleder i forhold til utløsning av traumeteam

Hovedvurdering

- St Olavs Hospital har fysiske rammer som tilfredsstillende de fleste krav til et traumesenter.
- Hospitalet har ikke en tydelig traumeorganisasjon som anbefalt i policydokumentet og mangler klare krav til kompetanse for å yte alvorlig skadde pasienter optimal behandling.
- Det er umiddelbart behov for øremerkede stillinger for å kunne fylle rollen som traumesenter. Dette gjelder både den direkte pasientrettede virksomheten ved St Olavs Hospital, men også den overordnede funksjon som ansvarlig for traumebehandlingen i Helse Midt.

Detaljert gjennomgang

Dedikert traumeorganisering: Det mangler dedikerte, fast ansatte ansvarlige overleger og traumekoordinatorer utover dagens tre personer. Det umiddelbare behovet er anslått til fire halve kirurgjemler og to halve anesthesiologjemler. Legene som skal fylle disse stillingshjemlene, forutsettes å ha resterende tjeneste i egen spesialitet. Det er behov for en hel traumekoordinatorhjemmel for å dekke behovet ved St. Olavs Hospital.

Krav til dedikert traumeinfrastruktur: Det er ikke definert klare krav til opplæring av teamledere, selv om de øvrige kravene oppfylles.

Sykehuset har 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 ved etablering av formell overlegebakvakt i traumatologi.

Oppfølgingen av og ansvaret for pasienter med lettere skader frem til tertiærundersøkelse virker ikke klar.

Regionen virker til å ha et godt tilbud for rehabilitering av traumepasienter med nevrologisk skade, men vi fikk inntrykk av at tilbudet ikke er like bra til alvorlig skadde pasienter uten hode/spinalskader. Det er behov for bedring av det psykososiale tilbudet til alvorlig skadde og deres pårørende.

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

Kvalitetssikring: Tverrfaglige morbidity & mortality-møter bør innføres og avholdes regelmessig slik at dette lærings- og forbedringstiltak blir en integrert systematisk del av traumeomsorgen ved sykehuset.

Traumeregister: Det er av avgjørende betydning for et traumesenter å følge kvaliteten på behandling gjennom systematisk innsamling av data om alle pasienter, både de med utløst traumealarm, men også de som er alvorlig skadd og innlegges uten mottak med traumeteam. Et traumeregister med ansvarlig lege og opplærte registrarer er nødvendig.

Øvrige kommentarer:

Det er mangelfull teoretisk og praktisk opplæring av operasjonssykepleiere i hemostatisk nødkirurgi. For å kunne lykkes med et slikt inngrep er det nødvendig at alle i temaet skjønner hva det går ut på. Dersom alle operasjonssykepleiere skal kunne delta ved denne typen kirurgi, må de ha nødvendig opplæring.

Avdeling for gastrokirurgi har overlege Per Einar Uggen som uformell traumeansvarlig. Overlege Uggen har stor kompetanse og erfaring innen fagområdet traumatologi. Hans funksjon bør formaliseres som del av den nødvendige styrkingen påpekt under avsnittet om "dedikert traumeorganisering". Et gjennomgående problem ved de kirurgiske avdelinger er mangelen på traumekvalifiserte bakvakter (ATLS, BEST, hemostatisk nødkirurgi). Dette understreker behovet for å etablere en egen bakvaktsfunksjon med dedikerte, traumekvalifiserte overleger.

Vurdering av sykehusets spørsmål til besøksgruppen fra de andre traumesentre:

Organisering av akuttstuekirurgi: Ved dagens besøk fikk vi inntrykk av at tilgang på anestesisykepleiere er en begrensende faktor for mange aktiviteter rundt akuttkirurgi. Hyppigheten av akutte operative inngrep etter traumealarm synes ikke så stor at man må stoppe en hel stue ved hver traumealarm. Det er vanskelig for gruppen å konkludere etter dette korte besøket, men vi antar at hyppigheten av akutte hemostatiske inngrep på traumepasienter er på linje med risikoen for to samtidige akutte keisersnitt, noe som sykehuset antagelig har en beredskap for å håndtere?

Funksjonsdeling lokalt traumesenter vs. regionalt traumesenter: Det er nødvendig med et dedikert og kvalifisert traumekirurgisk overlegesjikt som kan følge opp pasientene døgkontinuerlig for å oppfylle den lokale traumesenterfunksjonen. De ressursene som er satt av til regionalt traumesenter er ikke tilstrekkelig for at St. Olav oppfyller kravene til et traumesenter.

Meldingsflyt fra prehospitaltjenester: Dette problemet ble gjenkjent fra de øvrige traumesentre. Generelt er gruppen skeptisk til å nedgradere traumeteamaktivering utløst etter forhåndsdefinerte

kriterier, fordi evaluering av kriteriene da blir vanskelig. Derimot bør det være teknisk mulig å få kommunikasjon mellom prehospital tjeneste og traumeteamleder for bedre beslutninger om respons. Vi oppfordrer traumesenteret til å systematisere dette.