

# Oppsummering etter fagfelleevaluering etter besøk på St. Olavs Hospital den 05.04.2018

– forrige besøk 01.10.2015

## Besøksgruppen

Veslemøy Nordset, regional traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, OUS  
Pål Aksel Næss, overlege/professor, Avdeling for traumatologi, OUS  
Hanne Næss, rehabiliteringsoverlege, Regionalt traumesenter, HUS  
Thomas Geisner, overlege/thoraxkirurg/leder, Regionalt traumesenter, HUS  
Terje Lillegård, regional traumekoordinator, UNN  
Stig Hermansen, overlege/thoraxkirurg/leder, Traumeseksjonen, UNN  
Martin Hagve, lege, Traumeseksjonen, UNN

## Fra St. Olavs Hospital

### *Tilstede på formøtet:*

Håkon Gammelseter, Rådgiver Helse Midt  
Bjørn Skogstad, Klinikksjef, Avdeling for fysikalskmedisin og rehabilitering  
Sara Langlo, overlege, Avdeling for fysikalskmedisin og rehabilitering  
Ivar Rossvold, avdelingssjef, klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer  
Johan Skomsvoll, Daglig leder og medisinsk faglig rådgiver, Regionalt senter for helsetjenesteutvikling  
Nils Petter Fosslund, avdelingssjef kjeve, klinikk for ØNH, kjeve og øyesykdommer  
Ståle Nordgård, avdelingssjef ØNH, klinikk for ØNH, kjeve og øyesykdommer  
Gilda Opland, klinikksjef, Laboratoriemedisinsk klinikk  
Edmund Søvik, klinikksjef, klinikk for bildediagnostikk  
Birger Endreseth, klinikksjef, kirurgisk klinikk  
Pål Klepstad, klinikksjef, klinikk for anestesi- og intensivmedisin  
Bent Åge Rolandsen, avdelingssjef, regionalt traumesenter  
Ole-Petter Vinjevoll, regional traumekoordinator, regionalt traumesenter  
Marianne Dahlhaug, traumekoordinator, traumeenheten, St. Olavs Hospital

### *Til stede på oppsummeringsmøtet:*

Håkon Gammelseter  
Bjørn Skogstad  
Ivar Rossvold  
Nils Petter Fosslund  
Birger Endreseth  
Johan Skomsvoll (kom på slutten)  
Lokal traumekoordinator Marianne Dahlhaug, regional traumekoordinator Ole-Petter Vinjevoll og karkirurg/regional traumeansvarlig overlege Bent-Åge Rolandsen.

### *Ikke representert ved noen av møtene:*

Nevroklinikken  
Klinikk for akutt og mottaksmedisin  
Klinikk for thoraxkirurgi

## Bakgrunn

Skader er den viktigste dødsårsak i aldersgruppen 1 – 45 år i Norge, og i tillegg fører skader til store personlige og samfunnsøkonomiske kostnader for et stort antall overlevende etter skader. Traumatologi er imidlertid ikke en egen spesialitet, og det er derfor utarbeidet nasjonale retningslinjer for håndtering av disse pasientene. I Nasjonal traumeplan ligger en forventning om, og et minimumskrav til infrastruktur og organisering i hver region. St. Olavs Hospital er basert på disse kravene utpekt til å inneha funksjonen som regionalt traumesenter i Helse Midt.

Fagfellevurderingen ved over nevnte delegasjon, har som mål å avklare i hvilken grad disse kravene er oppfylt ved St. Olavs Hospital.

Dokumentet bygger på utenlandsk standard og norsk konsensus. Dokumentet var før møtet utfylt av de enkelte klinikker på St. Olav med koordinering fra regional traumekoordinator.

## Hovedvurdering: Tilfredsstillende forhold

1. St. Olavs Hospital har fortsatt fysiske rammer som tilfredsstillende de fleste krav til et traumesenter, med funksjonell traumestue i akuttmottaket og CT i umiddelbar nærhet.
2. Traumeregistreringen fungerer som forventet og er tilfredsstillende, med innrapportering til Nasjonalt Traumeregister fire måneder på etterskudd.
3. St. Olavs Hospitals oppfølgeransvar og støtte for traumeansvarlige leger og koordinatorene ved de øvrige foretakene i regionene, er ut fra rapporten meget godt ivaretatt av regional traumekoordinator og regional traumeansvarlig lege.

## Hovedvurdering: utfordringer

1. **Det er ingenting som tyder på at det har vært jobbet systematisk med traumeomsorgen på foretaksnivå siden forrige besøk. Status er dårligere enn ved forrige besøk, da engasjerte fagpersoner synes å ha resignert, og ikke lenger jobber systematisk for å bedre traumehåndteringen.**
2. Teamlederne fyller de formelle kravene til teamlederfunksjonen ved akuttstusykehus med traumefunksjon, men oppfølging og opplæring av teamlederne er tilfeldig og mangelfull. Dette er bekymringsfullt ikke bare for mottak av traumepasientene ved St. Olavs Hospital, men også for den rådgivningsfunksjonen skal ha ved henvendelse fra akuttstusykehusene (med traumefunksjon) i egen region. Teamlederne har ansvar for dokumentasjon ved traumemottak, men BEST-skjema er ikke alltid utfylt.
3. Det er fortsatt ikke ansatt overleger med definert traumefunksjon, eller avsatt dagarbeidstid til å sikre kontinuiteten i behandling av alvorlige skader etter initialfasen, til tross for at dette er nedfelt i kravene i Nasjonal traumeplan og ble påpekt som en alvorlig mangel ved forrige besøk.
4. Traumbakvaksordning er ikke etablert, og det er heller ikke satt i gang kompetanseheving hos aktuelt personell, slik at det i overskuelig framtid kan etableres en slik ordning av tilstrekkelig kvalitet.

5. Traumeutvalget er i praksis nedlagt; det ble ikke avholdt noen møter i 2017. Vi anbefaler sterkt at traumeutvalget vekkes til live og gjøres beslutningsdyktig ved at det legges til foretakets stab og med et tydelig mandat direkte fra administrerende direktør eller fagdirektør ved sykehuset.
6. Rehabiliteringstilbudet til pasienter uten hode- eller spinalskade er fortsatt fraværende, og det foreligger ikke et konkret rehabiliteringsforløp for pasienter med alvorlige flerorganskader.

**St. Olav Hospital oppfyller ikke kravene til regionalt traumesenter og faktisk heller ikke de formelle kravene til akuttstusykehus med traumefunksjon. Sykehuset kan derfor ikke dekke regionale, eller lokale funksjoner og ansvar tilfredsstillende.**

**Det er vår oppfatning at sykehuset med dette sender et tydelig signal om at traumepasientene ikke er en prioritert pasientgruppe.**

#### Detaljert gjennomgang

##### Definert traumeorganisering:

Det mangler fortsatt definerte, fast ansatte ansvarlige overleger for å ivareta det medisinske ansvar som St. Olav har som regionalt traumesenter i Helse Midt. Den organisatoriske oppfølgingen av akuttstusykehusene med traumefunksjon i regionen er ivaretatt, og regional traumekoordinator og traumeansvarlig overlege gjennomfører jevnlig besøk og Skype-møter. Det lokale behovet ved St. Olavs Hospital som ble anslått ved de to siste besøkene (totalt to kirurghjemler og en anesthesiologhjæmme) er fortsatt til stede, men udekket. Legene som skal fylle disse stillingshjemlene må ha avsatt 20 – 50 % av dagarbeidstiden for å jobbe systematisk med utvikling av traumeorganisasjonen, men forutsettes å ha resterende tjeneste i egen spesialitet. Det er behov for en hel traumekoordinatorhjæmme for å dekke behovet ved St. Olavs Hospital. Det er for flere år siden utarbeidet en konkret utviklingsplan for trinnvis opptrapping, slik at minimumskravene til St. Olav som et traumesenter kan oppfylles.

Sykehuset har fortsatt ikke egen traumekirurgisk bakvaksordning, og det er ingen av de eksisterende vaksjiktene i de ulike kirurgiske (sub)spesialitetene som formelt har ansvaret for støtte til teamleder. Gastrokirurgisk overlegebakvakt blir tilkalt når det er skader i abdomen, men svært få har deltatt på ATLS eller kurs i hemostatisk nødkirurgi.

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 er et område hvor tiltak burde vært iverksatt for lengst, for å ivareta tilbudet til traumepasientene i Helse Midt på en kvalitetsmessig forskriftsmessig måte.**

Regionen synes å ha et godt tilbud for rehabilitering av traumepasienter med neurologisk skade, men tilbudet til alvorlig skadde pasienter *uten* hode/spinalskader finnes ikke. 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. ([www.traumeplan.no](http://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 (M&M-møter) er fortsatt ikke innført. Dette er et viktig lærings- og forbedringstiltak og en nødvendig forutsetning for en 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. HUS kan vise til liknende resultater, med fall i mortalitet fra 19 % til 11 % etter at systematiske tiltak ble satt i verk i 2016.

#### **Øvrige kommentarer:**

- 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. Det er gjennomført kun 6 simuleringer i 2017. 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 og anestesileger IKKE har deltatt.
- Det er ikke gjennomført prosedyretrening for traumeteamets leger i 2017.
- Traumeutvalget er ikke i funksjon. Dette må bringes på plass, gis et klart mandat, og gruppen anbefaler en formell organisering av traumeutvalget så nært ledelsen som mulig.
- Ingen legestilling for å følge opp traumeteamet.
- Kun én mottakssykepleier i traumeteamet – redusert pga. økonomi.
- Teamleder følger ofte ikke pasienten fram til avlevering, og loggen er ofte ikke utfylt.
  - Mottakssykepleier følger pasienten i teamleders fravær, men brukes under traumemottaket som regel til andre oppgaver, analysering blodgass og henting av utstyr o.l., og har ikke fullstendig informasjon å videreformidle ved avlevering.
- Traumemanualens retningslinjer etterfølges ikke når det gjelder loggføring og rapportering.
- Det er manglende kirurgisk oppfølging i form av sekundær og tertiærundersøkelse. Det gjennomføres heller ikke koordinert traumevisitt med alle relevante spesialiteter til stede samtidig. Den daglige oppfølgingen etter initialmottaket er mangelfull. Ansvarsforholdene er i beste fall uklare.

- Det er ikke tydelig hvem som har overordnet ansvar for forløpet for traumepasientene, og det vil derfor være tilfeldig om det blir oppdaget systemfeil.

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]