

Rapport etter fagfelleevaluering av traumevirksomheten ved St. Olavs Hospital den 02.03.2021

(Forrige besøk 05.04.2018)

1. Besøksgruppen (nettmøte)

Torben Wisborg, overlege/professor/anestesilege, NKT-Traume
Knut Magne Kolstadbråten, regional traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, OUS
Pål Aksel Næss, overlege/professor/barnekirurg, Avdeling for traumatologi, OUS
Kurt Børslid Andersen, regional traumekoordinator, Regionalt traumesenter, HUS
Thomas Geisner, overlege/thoraxkirurg/leder, Regionalt traumesenter, HUS
Terje Lillegård, regional traumekoordinator, UNN
Dagrun Pettersen, regional traumekoordinator, UNN
Kirsten Kjelstrup, overlege/anestesilege/leder, Anestesiavdelingen, UNN
Martin Hagve, lege, Traumeseksjonen, UNN

2. Fra St. Olavs Hospital (nettmøte)

2.1. Tilstede på formøtet:

Pål Klepstad, Avdelingssjef intensiv, Klinikk for anestesi og intensivmedisin, St Olavs hospital
Tone Langø, traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Bent Åge Rolandsen, regional traumeansvarlig lege, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Ole-Petter Vinjevoll, Avdelingssjef, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Per Einar Uggen, traumeansvarlig lege, avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Birger H Endreseth, Klinikksjef, Kirurgisk klinikk, St Olavs hospital
Torbjørn Dahl, Avdelingssjef leger, Kirurgisk klinikk, St Olavs hospital
Morten Trøøyen, Klinikksjef, Klinikk for bildediagnostikk, St Olavs hospital
Marit Fagerli, Klinikksjef, Klinikk for ønh, kjeve- og øyesykdommer, St Olavs hospital
Erik Sundqvist, Seksj. overlege ortopedi, Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, St Olavs hospital
Tom Tørhaug, rehabiliteringslege, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Hilde Pleyrn, Klinikksjef, Klinikk for anestesi og intensivmedisin, St Olavs hospital
Henrik Andreas Sandbu, Helsefaglig rådgiver, Helse Midt-Norge helseforetak
Sigmund Gismervik, Klinikksjef, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, St Olavs hospital
Linn Nikolaisen, traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Kjetil H Karlsen, Klinikksjef, Klinikk for akutt- og mottaksmedisin, St Olavs hospital
Gilda Oppland, Klinikksjef, Laboratoriemedisinsk klinikk, St Olavs hospital
Runa Heimstad, Fagdirektør, Sentral stab, St Olavs hospital
Vigleik Jessen, Klinikksjef, Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, St Olavs hospital

2.2. Til stede på oppsummeringsmøtet:

Tomm Müller, Avdelingssjef leger, Nevroklinikken, St Olavs hospital
Pål Klepstad, Avdelingssjef intensiv, Klinikk for anestesi og intensivmedisin, St Olavs hospital
Tone Langø, traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Bent Åge Rolandsen, regional traumeansvarlig lege, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Ole-Petter Vinjevoll, Avdelingssjef, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital

Per Einar Uggen, traumeansvarlig lege, avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Birger H Endreseth, Klinikksjef, Kirurgisk klinikk, St Olavs hospital
Marit Fagerli, Klinikksjef, Klinikk for ønh, kjeve- og øyesykdommer, St Olavs hospital
Nils Petter Fosslund, Avdelingssjef leger, Klinikk for ønh, kjeve- og øyesykdommer, St Olavs hospital
Erik Sundqvist, Seksj. overlege ortopedi, Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, St Olavs hospital
Tom Tørhaug, rehabiliteringslege, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Hilde Pleyrn, Klinikksjef, Klinikk for anestesi og intensivmedisin, St Olavs hospital
Henrik Andreas Sandbu, Helsefaglig rådgiver, Helse Midt-Norge helseforetak
Linn Nikolaisen, traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, St Olavs hospital
Kjetil H Karlsen, Klinikksjef, Klinikk for akutt- og mottaksmedisin, St Olavs hospital
Gilda Oppland, Klinikksjef, Laboratoriemedisinsk klinikk, St Olavs hospital
Runa Heimstad, Fagdirektør, Sentral stab, St Olavs hospital
Vigleik Jessen, Klinikksjef, Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, St Olavs hospital
Tina Wik, Avd. overlege ortopedi, Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, St Olavs hospital
Torbjørn Dahl, Avdelingssjef leger, Kirurgisk klinikk, St Olavs hospital
Sigurd Fasting, Avdelingssjef leger, Klinikk for anestesi og intensivmedisin, St Olavs hospital

2.3. Ikke representert ved noen av møtene:

Klinikk for thoraxkirurgi

3. 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.

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

Fagfelle vurderingen bygger på nasjonal traumeplan og krav til traumesentre definert der og i det tilhørende dokument "Policydokument for traumesentre i Norge". 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.

4. Oppsummering

4.1. Tilfredsstillende forhold

- Avdeling for traumatologi er opprettet som en egen enhet i Kirurgisk klinikk, med definerte lokale og regionale ansvarsområder.
- Regional koordinatorfunksjon er dekket (160 %, kravet er minimum 150 %)
- Lokal koordinatorfunksjon er dekket (200 %, kravet er minimum 200 %)
- Traumeteamlederne oppfyller nasjonale krav
- Traumevisitt på Intensiv er etablert

- Mortalitets- og morbiditetsmøter er gjeninnført, med to møter i 2020 og fire møter planlagt i 2021.
- St. Olavs Hospital har fysiske rammer som tilfredsstillende de fleste krav til et traumesenter, med funksjonell traumestue i akuttmottaket og CT og blodvarmer i umiddelbar nærhet.
- Traumeregistreringen fungerer meget godt og registrarene er ajour med innrapportering til Nasjonalt Traumeregister.
- St. Olavs Hospitals oppfølgeransvar og støtte for traumeansvarlige leger og koordinatorene ved de øvrige sykehusene i regionen er ut fra rapporten meget godt ivarettatt av regional traumeadministrator og regional traumeansvarlig lege.
- Det er tilfredsstillende kursaktivitet og tilbud om fagdager.
- Prosedyrer er oppdaterte

4.2. Forbedring siden forrige fagfelleevaluering

- Traumekirurgisk bakvakt er etablert og lagt til bakvakt øvre gastrokirurgi
- Traumeutvalget (fagråd i traumatologi) er reaktivert.
- Det er ansatt kirurger tilsvarende 0,8 stillingshjemmel.
- Det er ansatt rehabiliteringslege i 0,2 stillingshjemmel.
- Simulering for traumeteamet er arrangert 7 ganger i 2020.

4.3. Utfordringer

- Traumekirurgisk bakvakt bør involveres i arbeid ved Avdeling for traumatologi på dagtid.
- Stillingshjemlene for kirurger i Avdeling for traumatologi er ikke fullt ut besatt.
- Stillingshjemlene for anestesileger i Avdeling for traumatologi er ubesatt.
- Kun én sykepleier fra Akuttmottak inngår i traumeteamet.
- Traumeutvalget ligger under Kirurgisk klinikk og mangler et tydelig mandat direkte fra administrerende direktør eller fagdirektør ved sykehuset.
- Rehabiliteringstilbudet til pasienter uten hode- eller spinalskade er fortsatt fraværende, og det foreligger ikke et konkret rehabiliteringsforløp for pasienter med alvorlige flerorganskader.
- Det er ingen forskningsaktivitet ved Avdeling for traumatologi, til tross for at traumeregisteret legger godt til rette for akademisk aktivitet.
- Det drives ikke prosedyretrening verken for traumbakvaktene eller legene i traumeteamet.

5. Detaljert gjennomgang

5.1. Definert traumeorganisering:

Det er en utvikling i riktig retning etter at det ble påpekt store mangler ved traumeorganiseringen ved sykehuset under forrige besøk i 2018, og ledelsen har vist forståelse for at det er viktig for utfallet for den enkelte pasient at det lokale traumesystemet og pasientforløpet styrkes. Det er etablert en egen avdeling for traumatologi. Det er ansatt kirurger i tilsvarende totalt en 100 % stilling og fysikalsk medisiner i 20 % stilling for å ivareta det medisinske ansvar som St. Olav har som regionalt

traumesenter i Helse Midt-Norge. 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 er anslått til to kirurghjemler og en anesthesiologhjemmel, så behovet er langt fra dekket. 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 blant annet for å opprettholde operative ferdigheter. Det har vist seg vanskelig å rekruttere overleger til de ubesatte stillingene. Det er en lederoppgave å tilby insentiver som sikrer at interesserte og motiverte leger tar på seg oppgaver på vegne av avdelingen og sykehuset. *Om sykehusets ledelse har en visjon for hva tilbudet til traumepasientene skal være og hvordan det skal gjøres, råder det fortsatt usikkerhet om.*

Sykehuset har etablert en egen traumekirurgisk bakvaksordning, ved å legge oppgaven til det eksisterende vaksjiktet i øvre gastrokirurgi. Alle teamledere og bakvakter har gjennomgått kurs i hemostatisk nødkirurgi.

Traumekirurgisk bakvakt bør i større grad involveres i arbeid ved Avdeling for traumatologi på dagtid. Traumatologi er en tverrfaglig virksomhet, og det er viktig at bakvaktene deltar i diskusjonene om traumesystemet og utviklingen av dette ved St. Olavs Hospital. De bør også møte ved alle traumemottak på dagtid og til de tider av døgnet de har tilstedevakt. Når traumebakvaktene møter rutinemessig ved alle traumemottak, kan de gi tettere oppfølging av traumeteamet generelt og teamlederne spesielt, og samtidig eksponere seg for et høyere volum av traumepasienter pr år. *Dette forutsetter at overlegene i øvre gastrokirurgi skoles for de ulike oppgaver en slik bakvaktfunksjon er ment å skulle innebære. Planer for dette etterlyses.*

Det er kun én sykepleier fra Akuttmottak i traumeteamet. Under vårt intervju med to sykepleiere fra Akuttmottak, kommer det fram at de ofte mister oversikten over traumemottaket og går glipp av informasjon og viktig kommunikasjon underveis, fordi de av ulike grunner midlertidig må forlate traumestua. Når de forlater traumestua, står teamet igjen uten sykepleier. *Gruppens sterke anbefaling er at traumeteamet utvides til to sykepleiere fra Akuttmottak.* Det vil også sikre god kunnskapsoverføring, ved at en uerfaren sykepleier kan ha med seg en erfaren kollega. Når Helseplattformen innføres vil det stilles enda større krav til tilgjengelig personell for dokumentasjon, og det vil være behov for ytterligere en sykepleier, totalt tre, fra Akuttmottak.

Regionen synes å ha et godt tilbud for rehabilitering av traumepasienter med neurologisk skade, men øremerkede plasser for alvorlig skadde pasienter uten hode-/spinalskader finnes ikke. *Det er behov for bedring av det psykososiale tilbudet til alvorlig skadde og deres pårørende.* Rehabiliteringslege i 20 % traumefunksjon vil imidlertid bedre kvaliteten på oppfølgingen og på lenger sikt gi mer enhetlige forløp for traumepasientene.

Kvalitetssikring:

Tverrfaglige morbidity & mortality-møter (M&M-møter) er 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 tilfredsstillende.

Øvrige kommentarer:

- Planer for kvalitetssikrede behandlingsforløp for traumepasientene er utarbeidet, men er ikke implementert. Dette angis å være prioritert.
- Systematisk trening i tverrfaglige team bør prioriteres på alle avdelinger og antall traumesimuleringer kan med fordel dobles fra 10 til 20 ganger årlig. Dette gjelder også for trening i hemostatisk nødkirurgi, der det har vært ledige kursplasser for anestesileger, uten at disse er blitt benyttet. Dette har medført at bare 70 % av anestesilegene i traumeteamet har deltatt på kurset.
- Det er ikke gjennomført prosedyretrening for traumeteamets leger. Leger som er usikre på hvordan de teknisk skal utføre et inngrep, vil bruke lengre tid både på prosedyren og på å ta beslutningen om å utføre prosedyren. Tid til intervensjon er en svært viktig faktor for traumepasientene, og en slik forsinkelse kan i verste fall være avgjørende for utfallet for pasienten.
- *Traumeutvalget må gis et klart mandat, og besøksgruppen anbefaler en formell organisering av traumeutvalget så nært toppledelsen som mulig.*
- Det er ingen definert pårørendeansvarlig sykepleier i Akuttmottak. Det anbefales at denne funksjonen legges fast til en koordinator eller vaktleder i Akuttmottak. Legene i traumeteamet kan være opptatt i relativt lang tid med pasientbehandling før de har anledning til å snakke med pårørende, og i mellomtiden bør de pårørende ikke være helt overlatt til seg selv.
- Det er gledelig at det er innført koordinert traumevisitt med alle relevante spesialiteter til stede samtidig.
- **St. Olavs Hospital har tatt steg i riktig retning mot et godt lokalt traumesystem. Nyopprettet avdeling, nyansettelser, traumebakvakt og traumevisitt er kommet på plass siden forrige besøk. Dette er fundamentet for god pasientbehandling, men systematisk kompetansebygging er en forutsetning for at dette skal representere en forutsigbar kvalitetsheving av traumeomsorgen. Infrastrukturen er fortsatt helt avhengig av ildsjeler og betydelige utfordringer gjenstår før traumevirksomheten er robust. Vi ser fram til og håper at dette er på plass ved neste besøk.**