

## Oppsummering fra Nasjonalt traumeregisters Kvalitetsforbedringskonferanse I

Bergen, 17. november 2017

Tusen takk for at du var med på møtet denne dagen. Det er med innsats fra deg, ledelsen ved ditt sykehus og andre kollegaer at vi sammen kan gjennomføre nasjonalt kvalitetsforbedringsarbeid innenfor traumatologi i framtiden.

Olav Røise innledet og ønsket velkommen til Nasjonalt traumeregisters møte om kvalitetsforbedring i traume-behandlingen:

- Helseminister Bent Høie er tydelig på at Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er viktige. Innregistrering er viktig og ikke minst – bruk av data i etterkant.
- Fokus i 2018 for Nasjonalt traumeregister (NTR) er å få god datakvalitet (høyere dekningsgrad, datakompletthet og god registreringspraksis). Enkle rapporteringsløsninger må på plass.
- I 2016 mangler anslagsvis 2000 pas. i NTR
- Valide data er nøkkelen til å oppnå forbedring i behandlingen
- Det er utfordrende å validere dekningsgrad. Man kan ikke validere mot NPR, fordi det er mange pasienter med ICD10-koder som innlegges uten traumealarm (lavenergiskader). Det vil si at man ikke kan bruke ICD-10 kodene for å validere pasienter i registeret.
- Årsrapporten for 2016 har for mange feilkilder
  - Grad av identifisert av undertriage
  - Ulike aktiveringskriterier
  - Ulik registreringspraksis
- Meningen å gjøre dette til en årlig konferanse

***Enighet om at mål 1 nå er å bedre datakvalitet i registeret.***

***Enighet om at det skal arrangeres Kvalitetsforbedringskonferanse II i 2018.***

Fagsjef i Helse-Midt Henrik Sandbu viste til viktigheten av å ha Nasjonale kvalitetsregistre:

- Kvalitetsforbedring er helt avhengig av kunnskap om hva vi gjør. Registerne er viktige for å kunne monitorere den behandlingen vi gir.

Professor Rolf Lefering delte erfaringer fra det tyske traumeregisteret (TR-DGU):

- Definition of risk factors, if one or more is present --> 10x increase in mortality
- Weekday and time of day admission time, age distribution, volume vs. mortality(?), TXA prehospitalt

- Quality indicators
- Expert rating using QUALIFY

### **Tysk traumeregister**

40800 pasienter i 2016; 650 tyske sykehus, ca. 50 andre sykehus i registeret

Tendens til større sykehus, mens man går mer bort fra å bruke små sykehus

NISS >15: 55% og ISS>15: 45%

Definisjon av alvorlig skade:

24 t i sykehus

MAIS 3+

ISS > 15

NISS >15

RISC 2 kalkulerer mortalitet

Resultatene viser en nedgang i alvorlighet – og mortalitet, økning i alder, whole body CT viser gode resultater.

Alle registre bør ha med Utstein dataene

### ***Inspirerende innlegg som tydeliggjør at bruk av data er viktig.***

Professor Keith Willet ga en kort oppsummering fra innlegg holdt dagen før – erfaringer fra det engelske traumeregisteret (TARN) der de systematisk har brukt økonomiske incentiver koplet mot registerdata for å bedre behandlingskvaliteten.

- The trauma centers should reach out in system, to smaller hospitals
- Look to Victoria, Aus.
- The trauma centre is responsible for the whole system

England:

25000 ISS>9 i England halvparten ISS >15

25 traumesentre

| Tone Dagsvold fra Hammerfest og Marianne Dalheim fra St Olav fortalte -om sine erfaringer som traumeregistrar; har alle sykehusene det tilgjengelig hele tiden, utfordringer i rollen og hvordan løse oppgavene og sikre at vi får gode data i registeret uten forsinkelser?

Hammerfest

- Ca. 100 alarmer pr år
- Ikke registeransvarlig lege, ikke styringsgruppe...
- Mye alene

St Olav

- >500 pas årlig
- Også oftest aleine i jobben
- De arrangerte systematiske møter med registrarer i Helse Midt (på Skype) med blant gjennomgang av alle pasientene som ble overflyttet til St. Olav – bør også gjøres i andre RHF-ene
  - Diskuterer AIS-koding med ander registrarer – nettverk
  - Går gjennom alle med ISS>15
- Ønsker seg også nettverk mellom RH-ene

***Registrarene er ofte ensomme i sitt arbeid – vi må arbeide for et større nettverk og flere (mere) ressurser***

Elisabeth Jeppesen og Kjetil Ringdal fra NTR; status for støttefunksjoner på sykehusene for registrering til NTR - lokale og sentrale ressurser basert på en spørreundersøkelse til alle de lokale registrene.

Traumeansvarlig /Registeransvarlig lege; Formell nasjonal status, har alle sykehus dette? Utfordringer i rollen samt hvordan sikre at vi har fungerende traume- og registeransvarlig lege ved alle landets sykehus i framtida?

Det har vært gjennomført en kartleggingsundersøkelse vedrørende støttefunksjoner ved alle sykehus. Det er ikke alle sykehus som har støttefunksjoner og vedtekter for registeret på plass.

- Formelt har hvert sykehus et register, men kan ha identiske ansvarlige for registeret
- Registeransvarlig leges rolle, Kjetil redegjør for dette
- Dokumentere ALLE utleveringer fra registeret, også for å dokumentere hva en har bidratt med.
- De lokale sykehusene må også ha vedtekter på plass
- Mange har ikke registeransvarlig lege og faglig styringsgruppe
- Bare sykepleiere som koder
- NTR sender ut mal for Vedtekter (først verifisert i Fagrådet NTR)
- NTR har målsetning at alle har vedtekter innen 1. juni 2018
- Flere har ikke retningslinjer for bruk av data
- Registeransvarlig leger rolle: Følge opp registrarer, behandle søknader, utvikling av registeret, utarbeide vedtekter, ivareta formalia, ta del i dataauthenting, intern rapportering, fronte registeret utad, løse tekniske problemer, bidra til å sikre drift, forbedringsarbeid

***Undersøkelsen gjentas før møtet i 2018. Registrarene er ikke ansvarlige for å besvare spørreundersøkelsen.***

***Målsetting om at alle registrene har støttefunksjoner (registeransvarlig lege, vedtekter) på plass innen 2018.***

Erfaringer fra SSHF ved Per Kristian Hyldmo;

- Har et godt etablert system ved SSHF
- Tre «siloe» (Kristiansand, Arendal og Flekkefjord)
- Ca. 600 pas
- Tett kontakt med fagdirektør
- Stort fokus på datatuttrekk
- **Pasient ber seg slettet fra det lokale registret;**
  - anonymisering eller sletting, i både NTR og i de lokale registrene - uklarheter

***NTR undersøker med jurister i SKDE ang anonymisering vs sletting både i det lokale og nasjonale***

***Mal for vedtekter utarbeides av Nasjonalt traumeregister. Må tilpasses av de lokale registrene som er ansvarlig for eget register.***

***Målsetning: retningslinjer og styringsgruppe på plass ved alle sykehus innen 010618.***

Torben Wisborg, leder NKT-traume og anestesilege ved Hammerfest sykehus;  
Strukturutfordringer i Nasjonal traumeplan som omhandler registeringsarbeidet

- Viktig å få opp dekningsgraden
  - Døde utenfor sykehus
  - Identifisere undertriage
- Vise nytten av registreringsarbeidet
  - Rapporter – data ut
- Holde motet oppe, oppmuntring og ydmykhet
- Etterspør data fra NTR

Stor variasjon på traumealarmaktivering pr 100 000 populasjon.

***NTR utarbeider mal for rapportering (pivottabeller) og arbeider for å få på plass enkle rapporteringsløsninger i databasen.***

Undertriage ved Morten Hestnes fra traumeregisteret ved Ullevål og NTR og Marianne Dalhaug, registrar ved St Olav;

St. Olav:

- Går gjennom innleggesliste (Akuttdatabasen, tilsv. sengepostliste Akuttmottak i DIPS)
- Rapport fra AMIS for overføringer
- Abstract fra bl.a. Ole Petter Vinjevoll: Stor andel av pas. > 60 ikke tatt imot med traumeteam.

Ullevål:

- Rapport / søk i DIPS, alle ICD10 S, noen T. Metoden ligger på NTR-web.  
<http://nasjonaltraumeregister.no/>
- Undertriage defineres som ISS<15

Thomas Kristiansen informerte om nytt studie om ulykker og rus.

Ulykker er viktigste årsak til dødsfall og invaliditet blant unge voksne. Rus og legemiddelbruk er kjente risikofaktorer for alvorlige ulykker. I dag er det ingen systematisk datainnsamling vedrørende rus i eksisterende lokale traumeregistre, og evt informasjon vedrørende rus i pasientjournal, eksporteres ikke i det datasett som går til det nasjonale traumeregister (NTR). Det er p.t. store mørketall, og følgelig kunnskapshull, rundt rusmisbruk som risikofaktor for alvorlige ulykker. Økt kunnskap om sammenheng mellom rus og ulykker, vil derfor kunne bedre presisjon og effekt i ulykkesforebyggende arbeid.

Hvert år mottas ca. 8000 pasienter med mistanke om alvorlig skade i totalt 40 traumemottak i Norge. Studiet vil prospektivt, over en 12 måneders studieperiode, samle blodprøver fra alle pasienter innlegges med mistenkt alvorlig skade i norske sykehus.

***Hovedkonklusjon: Stor enighet om at kvalitetsforbedringskonferanse skal arrangeres hvert år.***

Oppsummering, avslutning og vel hjem!

Nasjonalt traumeregister,

Oslo 23.11.2017