

Oppsummering etter gjensidig fagfellebesøk på traumesentre

Besøk på Haukeland Universitetssjukehus den 12.2.2016

Besøksgruppen besto av: Overlege Pål Aksel Næss (Helse Sør-Øst), regional traumekoordinator Terje Lillegård (Helse Nord), regional traumekoordinator Ole-Petter Vinjevoll og overlege Bent Åge Rolandsen (Helse Midt) og leder Torben Wisborg (Nasjonal kompetasetjeneste for Traumatologi).

Fra Haukeland Universitetssjukehus deltok:

Administrerende direktør Eivind Hansen, viseadm. direktør Anne Sissel Faugstad, fagdirektør Alf Henrik Andreassen, klinikkdirektør Kari Lybak, Kirurgisk klinikk, klinikkdirektør Anne Taule, Mottaksklinikken, klinikkdirektør Håkon Nordli, Nevroklinikken, klinikkdirektør Margit Sørhus, Rehabiliteringsklinikken, avdelingsoverlege Matthias Hutler, Rehabiliteringsklinikken, klinikkdirektør Kjell Matre, Ortopedisk klinikk, avdelingsdirektør Kjell Vikenes, Hjereteavdelingen, rådgiver Brit Pedersen, foretakssekretariatet, seksjonsoverlege Halvar Reigstad, Barneklubben, avdelingsoverlege Kari Løhre Kuvås, Radiologisk avdeling.

Fra traumesenteret HUS deltok: lokal traumekoordinator Elin Bakkerud, regional traumekoordinator Kurt Børslid Andersen og overlege Thomas Geisner, Leder traumesenteret.

Til grunn for revisjonen lå: dokumentet «Traumesentre i Norge – Felles kravspesifikasjon», som er utarbeidet av alle landets traumesentre i fellesskap. I tillegg brukte gruppen rapporten fra besøk 27.10.14. Kravspesifikasjonen var før møtet utfylt av de enkelte klinikker på Haukeland Universitetssjukehus med koordinering fra leder for traumesenteret.

Hovedvurdering

- Haukeland Universitetssjukehus har tatt tydelige grep etter siste besøk og er på god vei fremover. Gruppen trakk frem fem hovedutfordringer:
- Forankring i ledelsen – må diffundere ned og sikre at mellomledere og budsjett følger med
- Nyansettelser av overleger i traumesenteret – viktig å sikre at de opprettholder status som fullverdige medlemmer av sine fagmiljø på stamavdelingene
- Organisering innad – krav til kompetanse i traumeteamet og anbefaling om bruk av «undersøkende kirurg»
- Sikre oppfølging i videre behandlingsforløp
- Kvalitetssikring

Detaljert gjennomgang

Forankring i ledelsen: Gruppen berømmer administrerende direktør og ledelsen for å ha tatt tydelige grep etter forrige besøk. Det er viktig å opprettholde trykket, og spesielt sikre at ledelsens initiativ ikke møter motstand i den daglige drift og budsjettkontroll på lavere ledelsesnivå. Dette bør følges opp både lokalt og vil bli fulgt opp av besøksgruppen ved neste besøk.

Nyansettelser av overleger ved traumesenteret: Overlege med lederansvar for traumesenteret er ansatt og deltok på møtet. Gruppen merker seg at flere ansettelser er på gang. Disse overleger skal fortsatt jobbe i 50% på sine egne avdelinger for å opprettholde sin kliniske kompetanse. Det er viktig at de anerkjennes som fullverdige medlemmer av staben på sine respektive avdelinger så de ikke mister sin spesialkompetanse samtidig som de skal dyktiggjøre seg innen traumatologi, uavhengig av hvem som søker og tilsettes.

Egen traumekirurgisk bakvaksordning er under etablering. Det er positivt, besøksgruppen peker på behovet for systematisk opplæring av også denne gruppen for å sikre kompetanseheving.

Organisering innad: Kvaliteten i initialmottaket av potensielt hardt skadde pasienter er ikke sikret ved Haukeland sjukehus i dag. Blant annet er ikke kravene til kirurgisk teamlederkompetanse oppfylt ved Haukeland Universitetssjukehus slik at leger med mindre enn 4 års erfaring står ansvarlig for mottak av denne pasientgruppen. Sykehuset må snarest rette opp i denne svikten. I tillegg må teamleder sikres faglig støtte i vurdering og behandling av alvorlig skadde pasienter. Dette vil kunne løses ved etablering av formell overlegebakvakt i traumatologi som må representere en faglig forsterkning. En slik overlegebakvakt vil også ha rådgiverfunksjon ved henvendelser fra sykehusene i regionen når de ringer inn for å diskutere traumepasienter. Slik det fungerer i dag, risikerer overleger ved sykehusene i regionen å treffe sine «egne» LIS-leger som siste instans i traumekjeden på traumesenteret når de ringer inn for å diskutere vanskelige traumepasienter. Det er selvsagt fortsatt viktig at teamlederne som mottar pasientene på HUS sikres tilstrekkelig opplæring, har tilstrekkelig kompetanse og fyller kravene. En nyttig måte å lære opp kommende teamledere før de skal bekle denne funksjonen er å innføre «undersøkende kirurg» i traumeteamet. Vedkommende må da forutsettes å ha gjennomgått basisutdanning i form av ATLS og formalisert teamtrening, Dette er en funksjon som kan dekkes av LIS-ortopedi eller den minst erfarne av de to bløtdelskirurgiske tilstedevakter. Dette vil medføre at teamleder kan konsentrere seg om å lede teamet og beslutningstaking og kan muligvis frigjøre en akuttmottakssykepleier fra traumeteamet.

Besøksgruppen understreker at radiolog og operasjonssykepleier i teamet er viktig og nyttig.

Kriterier for innkalling av traumebakvakt må etableres.

Oppfølging i videre behandlingsforløp: Traumevisitt på intensiv eller sengepost, tertiærundersøkelse og daglig oppfølging er viktige oppgaver som bør gjøres av dedikert personell, overlegene tilknyttet traumesenteret. For intensivpasienter bør både traumesenterets overleger og en intensivlege daglig følge pasientene sammen i tett samarbeid med øvrige kirurgiske spesialiteter.

Gruppen så en meget positiv utvikling av rehabiliteringstilbudet. Plan og kompetanse finnes, og gruppen støtter etablering av to planlagte intensiv rehabiliteringssenger. Dette er i tråd med forslaget til nasjonal traumeplan.

Kvalitetssikring: Traumesenteret bør ha oversikt over kompetanse blant alle medlemmer i traumeteamene. Dette er ikke tilfellet i dag. Det må videre sikres at nødvendig opplæring og vedlikeholdstrening gjennomføres planmessig. Tverrfaglige morbidity & mortality-møter bør innføres og avholdes regelmessig slik at dette lærings- og forbedringstiltak blir en integrert systematisk del av traumeomsorgen ved sykehuset. Det er fortsatt ikke gjennomført selv om det ble påpekt ved forrige besøk. Gruppen fant generelt meget godt utstyr, og ble derfor overrasket over at det var «hjemmesnekrede» blodvarmere og manglende armbord til traumebordene.

Regional funksjon: Traumesenteret har en viktig funksjon som mentor for de øvrige sykehus i regionen, og må etablere rutiner som gjør at de kan levere kompetente svar og hjelp døgnet rundt

som påpekt over. Det bør satses mer på å reise rundt og etablere gode samarbeidsrutiner med de øvrige sykehusene i regionen, og traumesenteret bør se sitt ansvar for å styrke de øvrige sykehus traumekompetanse. Dette er en viktig del av utvikling av det regionale nettverket og i å vedlikeholde det.

Sammenfattende fant de øvrige traumesentre en meget positiv utvikling på Haukeland Universitetssjukehus, og ser frem til neste besøk. Det kreves imidlertid en solid oppfølging og videre støtte fra sykehusets ledelse i de kommende år for at den gode utviklingen skal fortsette. Vi ser frem til neste besøk!