

# Oppsummering etter gjensidig revisjon av traumesentre

Besøk på Haukeland Universitetssjukehus den 27.10.2014

**Besøksgruppen besto av:** overlege Tina Gaarder (Helse Sør-Øst), regional traumekoordinator Olaf Jacobsen og regional traumeansvarlig lege Trond Dehli (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:** regional traumekoordinator Elin Bakkerud, fagdirektør Alf Henrik Andreassen, klinikkdirektør Trond Haugstvedt, klinikkdirektør Håkon Nordli, klinikkdirektør Kjell Matre.

**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 utfylt av de enkelte klinikker på Haukeland Universitetssjukehus med koordinering fra regional traumekoordinator, noe ble ettersendt.

## Hovedvurdering

- Haukeland Universitetssjukehus har fysiske rammer som tilfredsstillende de fleste krav til et traumesenter.
- Haukeland Universitetssjukehus 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 Haukeland Universitetssjukehus, men også den overordnede funksjon som ansvarlig for traumebehandlingen i Helse Vest.

## Detaljert gjennomgang

**Dedikert traumeorganisering:** Det mangler dedikerte, fast ansatte ansvarlige overleger og traumekoordinatorer utover dagens to personer. Det umiddelbare behovet er anslått til fire halve kirurgjempler og to halve anesthesiologjempler. Legene som skal fylle disse stillingshjemlene forutsettes å ha resterende tjeneste i egen spesialitet. Det er behov for 100 % regional koordinatorfunksjon som godt kan være delt mellom 2, og 200 % for å dekke behovet inne på Haukeland Universitetssjukehus.

**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 Haukeland Universitetssjukehus 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 Vest ved etablering av formell overlegebakvakt i traumatologi.

Ved samtidig ankomst av flere pasienter fikk vi opplyst at pasient nr 2 mottas av en yngre LIS lege med tilstedevakt. Denne legen kan ha nok så begrenset erfaring med traumer, og fyller ikke kravene til teamlederfunksjon. Dette er en farlig og utilstrekkelig løsning.

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

Det er varierende og mangelfull oppfølging av traumepasienter som ligger på generell intensivavdeling.

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. Når det gjelder innlagte med utløst traumeteam er Haukeland Universitetssjukehus på nivå med kravene, mens det ikke systematisk søkes etter innlagte som IKKE har fått utløst traumeteam og likevel viser seg å ha alvorlige skader. Denne gruppen er viktig for kvalitetskontroll.

Tall fra traumeregisteret for 2013 ble gjort tilgjengelig for gruppen i forbindelse med møtet. Haukeland tar imot i underkant av 400 pasienter. 88 pasienter var alvorlig skadd. Dødeligheten blant alvorlig skadde er 19% og blant kritisk skadde 33%. Dette er sammenliknbare nivåer med OUS før innføring av dedikert traumeorganisering i 2005, og tyder på at det ligger betydelig forbedringsmuligheter i tiltak skissert under møtet og i dette referatet. I tillegg viser tallene at gjennomsnittlig en intensivseng er opptatt hele året med en traumepasient. Alle forbedringer i traumebehandlingen vil derfor ha store konsekvenser ikke bare for aktuelle pasienter, men også for sykehuset som organisasjon.

#### **Øvrige kommentarer:**

Det er mangelfull teoretisk og praktisk opplæring av operasjonssykepleiere i hemostatisk nødkirurgi, 20 av 117 har deltatt på dette. For å kunne lykkes med et slikt inngrep er det nødvendig at alle i teamet skjønner hva det går ut på. Dersom alle operasjonssykepleiere skal kunne delta ved denne typen kirurgi, må de ha nødvendig opplæring.

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.