

## Fagfellebesøk ved Haukeland Universitetssjukehus 3. november 2022

Bakgrunnen for og hensikten med besøket anses vel kjent for alle involverte. Førrige fagfellebesøk for å vurdere traumesenterfunksjonen ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS) i henhold til Nasjonal traumeplan ble gjennomført 4.10.2019.

### Besøksgruppen

Terje Lillegård Helse Nord, Stian Wendelborg UNN (via Teams), Ole-Petter Vinjevoll, St. Olavs Hospital, Tone Langø, St. Olavs Hospital, Per Einar Uggen, St. Olavs Hospital, Torben Wisborg, NKT, Tina Gaarder, Avdeling for traumatologi, OUS, Pål Aksel Næss, Avdeling for traumatologi, OUS

### Haukeland Universitetssjukehus

På Teams under ett eller begge møter:

Johanna Aakre Høgli (ungdomsrådet/traumeutvalget), Ida Elisabeth Nordvik (ungdomsrådet/traumeutvalget), Aina Nærø Kristensen (radiologisk avdeling), Brit Pedersen, (beredskapskoordinator), Anne Taule (Mottaksklinikken), Tone Høivik (Postop)

Tilstede under ett eller begge møter:

Tommy Nybakk, (Akuttmedisinsk avdeling), Heidi Brevik (Akuttmottak), Åge Jensen (AMK), Øyvind Østerås (Intensiv & postoperativ avdeling), John-Helge Heimdal (Kirurgisk klinikk), Gerry Birkeland (beredskapskoordinator), Julie Trøan (Akuttmottak)

På formøtet var ledelsen ved sykehuset representert ved viseadministrerende direktør Clara Gjesdal og på oppsummeringsmøtet ved administrerende direktør Eivind Hansen og viseadministrerende direktør Clara Gjesdal.

Fra «Traumesenteret» deltok Thomas Geisner, Kurt Børslid Andersen, Marianne Wesnes, Vigdis Giil-Jensen, og Helga Tesdal under hele besøket. Helge Asbjørnsen var til stede på deler av møtene.

Besøket fulgte en standardisert agenda med formøte hvor leder av Traumesenteret, Thomas Geisner gjennomgikk hvordan man har arbeidet siden førrige fagfellebesøk og ga en oversikt over aktiviteten kvalitets- og kvantitetsmessig. Det fremkom at HUS på langt de fleste områder tilfredsstiller de minimumskrav som Nasjonal traumeplan lister opp. Besøksgruppens foreløpige respons ble så presentert på oppsummeringsmøte med kommentarer fra ledelsen ved sykehuset.

Den følgende del av dokumentet er utarbeidet i etterkant og representerer gruppens formelle rapport etter fagfellebesøket. Vi har valgt å fokusere på områder hvor vi mener det foreligger klare forbedringsmuligheter og selvsagt forhold der sykehuset ikke oppfyller kravene nedfelt i Nasjonal traumeplan.

**Dedikasjon:** Det er positivt at sykehusets ledelse var tungt representert ved for- og oppsummeringsmøtet. Gruppen vurderer at det bør være større gjennomføringskraft i å få traumeteamet til å bli fulltallig med de teamledere som fyller kvalifikasjonskravene og må delta i både behandling, gjennomgang og opplæring/trening.

Det er opprettet et «alternativt» teamledersjikt, bestående av leger fra andre avdelinger enn gastrokirurgisk avdeling, som kan løse oppgaven med teamledelse, men som vil medføre at gastrokirurger utdannet på Haukeland mangler nødvendige ferdigheter i traumebehandling og som er midlertidige løsninger fordi legene i det «alternative» sjiktet vil gå videre i sine egne spesialiteter når de får mulighet til det.

Traumesenteret er organisatorisk plassert i Kirurgisk klinikk på nivå 2.1 og dette medfører et uklart ansvarsforhold hvor klinikkdirektør har personal- og budsjettansvar, men ikke traumefaglig ansvar. Dette er diskutert uten noen klar løsning.

**Registrarfunksjon:** Ligger nå fire måneder etter målsetting med registrering av data til lokalt/nasjonalt traumeregister (som er 3 måneder etter sanntid), mot 2 måneder ved siste besøk. Øking av stillingsbrøk til registrarfunksjonen eller andre tiltak må iverksettes.

**Traumbakvaktsfunksjon:** Traumbakvakt er nå på plass. Her har sykehuset funnet en velfungerende løsning.

**Teamlederfunksjon:** Sykehuset har opprettet et vaktlag av ansatte leger som er nesten-spesialister eller spesialister i ulike spesialiteter, som ikke er gastrokirurger (men karkirurger eller thoraxkirurg eller generell kirurgi) som teamledere. Dette har vært nødvendig fordi de legene som egentlig skal være teamledere, LIS-3 i gastrokirurgi, tillates å la være å utføre funksjonen ved å ikke møte opp på traumemottak fordi de er opptatt med operasjoner (og virker lite interessert i oppgaven). Dette betyr at en generasjon av gastrokirurger utdannet på Haukeland ikke vil få erfaring i traumebehandling å ta med seg til sine sykehus hvor de som fremtidige overleger er ansvarlige for akuttbehandlingen av traumepasientene. Besøksgruppen er forundret over hvordan man kan bli gastrokirurg på Haukeland uten opplæring i og erfaring med traumebehandling.

*Kliniske læringsmål for gastroenterologisk kirurgi (Helsedirektoratet):*

### ***Traumepasienter (ATLS prinsippet). Teamleder ved akuttsykehus med traumefunksjon***

*GAK 033*

*Selvstendig kunne bruke ATLS prinsippet til systematisk undersøkelse og behandling av traumepasienter. Beherske rollen som teamleder ved traume ved akuttsykehus med traumefunksjon i henhold til nasjonal traumeplan.*

### ***Traumepasient (stabilisering og damage kontroll) - traumemottak som teamleder***

*GAK 032*

*Ha god kunnskap om initialbehandling av traumepasienter og selvstendig kunne delta i traumemottak som teamleder. Ha god kunnskap om å stabilisere traumepasienter og beherske kirurgiske hastetiltak (damage control) før eventuell overflytting til traumesenter. Ha god kunnskap om Nasjonal traumeplan og lokale beredskapsplaner og vakthavende kirurgs rolle ved masseskade og beredskap.*

De legene som har denne funksjonen, fyller de formelle minimumskrav i Nasjonal traumeplan som er de samme som til akuttsykehus med traumefunksjon, men det fremkom tydelig at realkirurgisk kompetanse kan være beskjeden. Antall traumealarmer på HUS er heller ikke større enn at den enkelte teamleder får begrenset erfaring med mottak av alvorlig skadde pasienter. Teamlederne har behov for økt oppfølging for å fylle denne vanskelige rollen. Å øke antall teamledere ytterligere (forslag om 14) synes uheldig. Arbeidet med å skolere teamlederne må startes før de trer inn i funksjonen, og de bør følges tett opp på alle traumemottak på dagtid med målrettede tilbakemeldinger fra traumekirurgisk bakvakt. Det er utarbeidet kriterier for når traumbakvakt skal være til stede ut fra fysiologiske/anatomiske kriterier (spesielt viktig utenom ordinær arbeidstid hvor

bakvakt må innkalles på bakgrunn av prehospital rapport for å kunne være til stede når pasienten ankommer sykehuset). I tillegg bør det innføres egne møter for denne gruppen med strukturert gjennomgang av kirurgiske og ledelsesrelaterte problemstillinger. Man bør også vurdere å utvide tjenesteplanene slik at teamleder kan være til stede på traumevisitten morgenen etter vakt da dette gir muligheter for bedret utdanning og pasientbehandling.

#### Traumeteamet:

En stikkprøve tatt under traumeteam viste at det var dårlig oppfyllelse av krav til kompetanse blant de aktuelle teammedlemmer, spesielt blant legene. Traumesenterets leder har ikke mulighet for å sjekke kompetanseportalen og kurskravene, noe som må endres. Det arrangeres en mengde kurs på traumesenteret, og noen avdelinger har høy gjennomføring, så det er fullt mulig å få personalet gjennom disse obligatoriske kurs.

#### Morbidity/mortality-møter

*Gjennomføres regelmessig med de som deltar ved traumemottak, men ikke med en mindre gruppe beslutningstagere fra involverte klinikker.*

#### Traumeteamtrening

*Gjennomføres regelmessig. LIS3 gastro som har hatt traumelederfunksjonen har deltatt lite i teamtrening, noe som også svekker treningen for de andre faggruppene.*

#### Regionsfunksjon og overflyttingspraksis:

Mindre enn 5% av pasientene som tas imot med traumeteam på HUS er overflyttinger fra akuttsykehus med traumefunksjon i egen region. Dette er betydelig lavere enn ved de øvrige traumesentrene i landet. Hvis dette er et uttrykk for at pasienter som fyller kravene for overflytting til traumesenter regelmessig ikke kommer til HUS, kan dette representere et alvorlig systemproblem med muligheter for redusert kvalitet i pasientbehandlingen. HUS må etablere rutiner som sikrer at så ikke skjer.

Det synes videre som om forståelsen av at det kun er ett traumesenter i Helseregionen ikke er fullt akseptert. Dette utgjør en betydelig utfordring for HUS i det videre arbeidet for å heve kvaliteten i traumeomsorgen i regionen. Å skulle opparbeide seg rollen som det ubestridte traumesenteret i regionen, vil kreve langvarig innsats ut mot egen region. En viktig forutsetning for å lykkes i regionen er at systemarbeidet internt på HUS som påpekt over, må intensiveres slik at traumesenteret på de ulike områder fremstår som faglig kompetent og robust.

Vi er imponert over hva traumesenterets leder Thomas Geisner sammen med de øvrige ansatte har fått til og forsøkt å få til. HUS må stole på hans kompetanse, og gastrokirurgene må stole på hans viten om traumebehandling og hans nettverk.

Intervjuer:

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

### Oppsummering:

Opplæringsplaner: Legene svikter på opplæringen, traumesenteret har ikke oversikt pga mangler i tilganger.

Regionale funksjoner: Ikke hovedfokus på dette besøket. Bestemt at HUS er traumesenteret, men at traumenettverket styres fra SUS. Gruppen ser at det er få overføringer fra Stavanger til HUS, faktisk bare 2 i fjor. Dette er et fortsatt uløst problem.

Traumeregistreringen: Lenger «ventetid» nå enn ved siste besøk, dette er ikke bra.

Bakvaktfunksjonen: Etablert og bra.

Kompetanse i teamledergruppen: Her er det problemer og løsningen som traumesenteret har skissert er å oppfatte som en nødløsning som ikke er optimal. Gruppen tror at løsningen er nødt til å omfatte LIS-3 på gastrokirurgisk avdeling, og på andre traumesentre har dette skjedd uten store kostnader. Gruppen bemerker spesielt at det virker som om *holdningen* til traumepasienter har endret seg blant gastrokirurgene, der de oppfattes som plagsomme, unødvendige og «noen andres» ansvar. Dette vil føre til at Haukeland ikke kan utdanne spesialister i gastrokirurgi, og på sikt føre til en svekkelse av traumebehandling på Vestlandet og i hele Norge.

Rehabilitering: Gruppen er takknemlig for at Haukeland har en ressurs innen rehabilitering som gruppen kan bruke på nasjonalt plan. Rehabilitering har en tydelig plass i traumesenteret, og gode behandlingsforløp er utarbeidet. På Vestlandet mangler det likevel tilstrekkelig kapasitet til behandling av spinalskader.