

Fagfellebesøk ved Haukeland Universitetssjukehus 4. oktober 2019

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 13. desember 2017.

Besøksgruppen

Dagrun Pettersen, UNN, Olaf Jacobsen, UNN, Ole-Petter Vinjevoll, St. Olavs Hospital, Bent-Åge Rolandsen, St. Olavs Hospital, Torben Wisborg, NKT, Knut Magne Kolstadbråten, Avdeling for traumatologi, OUS, Elin Bakkerud, Avdeling for traumatologi, OUS, Pål Aksel Næss, OUS

Haukeland Universitetssjukehus

På formøtet og /eller oppsummeringsmøtet var ledelsen ved sykehuset representert ved administrerende direktør Eivind Hansen, fagdirektør Marta Ebbing, klinikkdirektørene Evelyn Neppelberg, Torhild Vedeler, Kjersti Erdal, Hanne Klausen, Jon Helge Heimdal og Kjell Matre, avdelings-/seksjons- lederne Elin Møgsvoll, Ranveig Uhre, Sigbjørn Løes, Mathias Hutler og Bjørn Nedrebø.

Fra «Traumesenteret» deltok Thomas Geisner, Kurt Børslid Andersen, Hanne Langseth Næss, Vigdis Giil Jensen, Gerry Birkeland og Helga Tesland under hele besøket.

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 tilfredsstillende de minimumskrav som Nasjonal traumeplan lister opp. Deretter fulgte en kort diskusjon, omvisning, møte med kirurgisk teamleder og nevrokirurgisk primærvakt. 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. Sykehuset kan vise til at andelen av alvorlig skadde pasienter som overlever, er høyere etter at man har etablert en formalisert traumeorganisasjon og ligger i dag på om lag 90%. Det ble på møtet uttrykt forståelse fra ledelsens side at god traumebehandling forutsetter involvering og engasjement fra alle involverte klinikker. Besøksgruppen sitter igjen med en klar oppfatning av at denne holdningen ikke gjenfinnes i organisasjonen ned på enkelte avdelinger og fører til at forbedringstiltak ikke lar seg gjennomføre som eksemplifisert senere. Det er også viktig å understreke at systemet man er i ferd med å bygge på HUS lokalt, ikke er robust. Det vil kreve kontinuerlig, betydelig innsats for å vedlikeholde og videreutvikle dette.

Registrafunksjon: Ligger 2 måneder etter målsetting med registrering av data til lokalt/nasjonalt traumeregister (som er 3 måneder etter sanntid). Dersom dette vedvarer, må øking av stillingsbrøk til registrafunksjonen eller andre tiltak iverksettes.

Traumbakvaktsfunksjon: På dagtid ivaretas denne funksjonen av et fåtall overleger med ulik spesialitetstilørighet hvorav ikke all er kirurger. Denne funksjonen bør styrkes med flere kirurger for å sikre supervisjon av traumeteamene på dagtid og ivareta oppfølgingen av allerede inneliggende traumepasienter med behov av traumespesifikk kompetanse. Disse overlegene forutsettes da også å

delta i bakvaktsfunksjonen på kveld/natt og i helger. Aktuelle kandidater har gitt uttrykk for at de ikke ønsker å ta på seg en slik jobb da dette ikke vil møte forståelse i «moder»-avdelingen de tilhører, men hvor de fortsatt skal ha tilhørighet for å sikres tilstrekkelig operativ virksomhet.

Bakvaktsfunksjonen på kvelds/nattetid dekkes delvis av kirurger som ikke har daglig virke eller ikke operativ virksomhet på HUS. Dette er suboptimalt. Det må utarbeides kompetansehevingsplaner for gruppen generelt og for hver enkelt overlege.

Teamlederfunksjon: De legene som har denne funksjonen, fyller de formelle minimumskrav i Nasjonal traumeplan som er de samme som til akuttstusykehus 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 traumebakvakt skal være tilstede ut fra fysiologiske/anatomiske kriterier (spesielt viktig utenom ordinær arbeidstid hvor bakvakt må innkalles på bakgrunn av prehospital rapport for å kunne være tilstede når pasienten ankommer sykehuset). I tillegg bør det innføres egne møter for denne gruppen med strukturert gjennomgang av kirurgiske og ledermessige 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: Undersøkende kirurg er i dag LIS2 (bløtdelskirurgi) med til dels svært liten erfaring og hvorav mange ikke har grunnleggende traumekurs. Man må arbeide for å styrke kompetansen i denne gruppen, men i tillegg bør man overveie å overføre oppgaven som undersøkende lege til vakthavende LIS2 ortopedi som allerede er med i traumeteamet. Dette vil øke kompetansen hos denne gruppen og vil være gunstig med tanke på å takle samtidighetskonflikter. Hvorvidt LIS2 nevrokirurgi skal være medlem i traumeteamet eller tilkalles på spesielle kriterier, må man avgjøre i samråd med relevante fagmiljøer. Det ble også bemerket at man ved gjennomgangen savnet oversikt over kompetanse på anesthesi- og operasjonssykepleierne i teamet. Den ukentlige trening som teamet gjennomfører er svært kort. Besøksgruppen anbefaler at man bruker noe lengre tid for å få tilstrekkelig utbytte av treningen.

Regionsfunksjon og overflyttingspraksis: Mindre enn 5% av pasientene som tas i mot med traumeteam på HUS er overflyttinger fra akuttstusykehus 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.