

Oppsummering etter gjensidig fagfellebesøk ved Haukeland Universitetssjukehus 6. januar 2025

Bakgrunnen for og hensikten med besøket anses vel kjent for alle involverte. Forrige fagfellebesøk for å vurdere traumesenterfunksjonen ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS) i henhold til Nasjonal traumeplan ble gjennomført 3.11.2022.

Besøksgruppen

Terje Lillegård Helse Nord, Stian Wendelborg UNN, Ole-Petter Vinjevoll, St. Olavs Hospital, Tone Langø, St. Olavs Hospital, Per Einar Uggen, St. Olavs Hospital (via Teams), Torben Wisborg, NKT, Tina Gaarder, Avdeling for traumatologi, OUS, Pål Aksel Næss, Avdeling for traumatologi, OUS, Knut Magne Kolstadbråten, Avdeling for traumatologi, OUS. Fra Nasjonalt traumeregister deltok Veslemøy Nordset og Olav Røise.

Haukeland Universitetssjukehus

På formøte og oppsummering var ledelsen ved sykehuset representert ved administrerende direktør Eivind Hansen og viseadministrerende direktør Clara Gjesdal, fagdirektør Marta Ebbing samt direktørene for Mottaksklinikken (Linn Dale Bergsma), Ortopedisk klinikk (Kjell Martre), Kirurgisk klinikk (John-Helge Heimdal), Hode-hals klinikken (Evelyn Neppelberg), Kirurgisk Serviceklinikk (Hanne Klausen – på oppsummeringen), Rehabiliteringsklinikken (Kjersti Erdal), foretakstillitsvalgt for Overlegeforeningen (Bjørn L Husebø), avdelingssjef Gastrokirurgisk avdeling (Thomas Geisner), avdelingssjef Urologisk avdeling (Christian Beisland, oppsummering) og avdelingssjef Karkirurgisk Espen Gubberud. Fra Stavanger Universitetssjukehus deltok klinikkssjef Berit Haaland, kirurgisk overlege Jon Narvestad og anestesilege Hilde Lobekk (Teams). Fra Helse Vest RHF deltok assisterende fagdirektør Panchakulasingam Kandiah. Brukerutvalget var representert ved Eli Sjø.

Dessuten deltok på Teams: Avdelingssjef nevrokirurgisk avdeling Rupavathana Mahesparan og Overlege ved traumesenteret Kristina Ugelvik.

Fra Traumesenteret deltok Geir Arne Sunde, Kurt Børslid Andersen, Marianne Wesnes, Helge Asbjørnsen, Janecke Engeberg Sjøvold, Vigdis Giil-Jensen, Agnete Flakke og Helga Tesdal under hele besøket. Mari Hagerup var til stede på deler av møtene.

Besøket fulgte en standardisert agenda med formøte hvor leder av Traumesenteret, Geir Arne Sunde gjennomgikk hvordan man har arbeidet siden forrige 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. 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.

Under besøket intervjuet fagfellene følgende ansatte:

[Redacted text block containing names of interviewed staff members]

Oppsummering ble lagt frem av Tina Gaarder (OUS):

Det ble understreket at det var svært positivt med så godt oppmøte fra sykehusets øverste ledelse, og involverte klinikker og avdelinger. Man gjentok at presentasjonen fra traumesenteret under introduksjonsmøtet på morgenen beskriver at mye av det nødvendige er på plass og synes å fungere godt: de ansatte i traumesenteret fyller mange av de nødvendige oppgavene tverrfaglig, infrastruktur og logistikk er stort sett på plass, alle spesialiteter er tilgjengelige ved behov innen normert tid, det foregår mye opplæring/kursvirksomhet. Fast ansatt fysikalsk medisiner i 100% gjør en stor innsats med screening og oppfølging av innlagte pasienter, også etter utskrivelse. Evaluerings- og forskningsprosjekter er planlagt og pågående.

Det poengteres at fagfellevurderingen er ment å gi råd rundt aspekter i traumevirksomheten der det er mulighet for forbedring. Generelt stiller gruppen spørsmål ved ledelsens dedikasjon (se under). Det er i oktober 2024 opprettet en styringsgruppe for traume som består av 10 relevante klinikkledere opprettet av AD. Fagfellegruppen forutsetter at relevante traumekompetente nøkkelpersoner blir involvert eller settes sammen til et fagråd på mandat fra styringsgruppen.

Dedikasjon fra klinikkledelsen og vilje til å ta ansvar for gjennomføring av nødvendige tiltak er en helt sentral forutsetning i nasjonal traumeplan, men synes ikke til stede da de samme utfordringene med å få på plass robuste vaktlag av teamledere og bakvakter har vært sentrale under de tidligere fagfellebesøkene ved HUS.

Kompetansekartleggingen av alt involvert personell var ikke gjennomført til dette besøket. Den må ved de fleste sykehus gjøres manuelt da kompetanseportalen ikke fungerer til dette formålet. Her foreslår man at styringsgruppens medlemmer får i oppgave å delegerer ansvar i egen klinikk til å utføre kartlegging årlig.

Traumekirurgisk overlegefunksjon: Man kommer ikke unna beredskap. Traume er en kirurgisk lidelse. Også det å ikke operere en skade er en kirurgisk beslutning. Videre

oppfølging og monitorering tilligger også traumekirurgisk kompetente overleger ved et traumesenter. Man har ved HUS ikke lykkes å innføre en robust og varig kirurgisk overlegefunksjon som både følger pasientene på dagtid med kontinuitet og fyller bakvaktfunksjon. En hovedårsak er kultur i gastrokirurgisk avdeling, samt manglende oppfølging og støtte fra klinikkledelsen for å få til en endring. Å få dette på plass vil være essensielt mtp å beholde, og rekruttere ansatte til Regionalt traumesenter. Tverrfaglighet tilstrebes, men traumekirurgisk bakvaktkompetanse må bygge på:

- En av de tidligere generell kirurgisk baserte spesialitetene: gastrokirurgi, karkirurgi, barnekirurgi, thoraxkirurgi, urologi. Med økende subspesialisering er det etter hvert nesten kun gastrokirurger som er brede nok til å kunne tenke seg traume som tilleggskompetanse (se Traumekirurgisk kompetanseprogram).
- De aktuelle kirurgene må aktivt ønske seg traume som karrierevei (10 års-perspektiv da det tar mange år å oppnå kompetanse).
- Kirurgene må sikres relevant elektiv virksomhet i modersspesialitet (svarende til ca 1 operasjonsdag/uke) i tillegg til annen vanlig virksomhet.
- Deltet stillinger med ca 30% traumetid i form av hele uker, anbefales.
- Det bør opprettes minst 3 stillinger 30%/70% ved gastrokirurgisk avdeling.
- Dersom dette medfører behov for å øke kirurgisk virksomhet, må nødvendige tiltak gjennomføres.
- Man har dårlig tid på å rekruttere aktuelle med adekvat kompetanse (les blant annet dr Ugelvik). Tre stillinger kan utnyttes slik at gastro har 2 til enhver tid, traume har en. Dette kan tiltrekke andre (evt fra karkirurgi).
- Bakvaktfunksjonen må ikke spres på for mange da volumet av alvorlig skadde pasienter er lavt.

Teamlederrollen: I dag fyller de mest erfarne gastrokirurgiske LIS minimumskrav til teamlederrollen, men i praksis oppleves det manglende traumekompetanse hos flere. De har imidlertid for mye å gjøre på vakt (mye akuttkirurgiske samtidigheter, traume blir bare dråpen som får begeret til å renne over). De må: coaches/støttes av traumekirurgisk bakvakt, de kan avlastes ved at minst erfarne gastrokirurgiske Lis avløses av annet vaktlag som undersøkende kirurg. I tillegg foreslår man et mellomsjikt med erfarne gastrokirurgiske Lis som kan støtte teamlederfunksjonen.

Undersøkende kirurg: Se over. Helt uerfarne Lis, har ikke noe i et traumeteam på et traumesenter å gjøre. Gruppen foreslår annet vaktlag som kan være undersøkende lege. Vi minner om at det dreier seg om mindre enn 2 pasienter per døgn i gjennomsnitt. Konkret forslag er at ortopedisk Lis deltar som undersøkende lege. Det øker kompetansen til denne gruppen og er nyttig for sykehusets beredskapsfunksjon.

Beredskap: Traumesenteret er sentral i gjennomføring av øvelser og trening, og sitter i kjerneteam beredskap. Traumesenteret er ikke en direkte del av beredskapsledelsen ved HUS. Plan for masseskade ligger pr i dag hos Mottaksklinikken. Det vil være naturlig at

Traumesenteret får ansvar for beredskap og plan for masseskade, da Traumesenteret skal sikre kompetanse hos utøvende personell i en situasjon som utfordrer beredskapen i Helse Vest.

Traumesenterfunksjon Helse Vest: Nasjonal traumeplan har vedtatt at det er ett traumesenter per helseregion og traumesenteret i HV er Haukeland. Nettverksfunksjonen for HV ligger i Stavanger (SUS). Det er vanskelig for gruppen å vurdere hvordan nettverket fungerer og om det støtter opp under traumesenterfunksjonen ved HUS eller ikke. NTR viser et så lavt antall overføringer fra SUS til Haukeland at det må reises spørsmål om destinasjonskriteriene for overføring til traumesenteret følges i for liten grad. Volumet til HUS og SUS er sammenlignbare. Volum og kvalitet henger sammen. Gruppen oppfordrer HUS og SUS til å gå gjennom pasientgrunnet og finne best mulig løsning for regionens pasienter. Forslag om regionale kasus-diskusjoner som i helse Midt. I tillegg bør man inkludere Luftambulansetjenesten i diskusjonene slik at destinasjon for alle traumepasienter, kritisk dårlige inkludert, baserer seg på Nasjonal traumeplan.