

Oppsummering etter gjensidig revisjon av traumesentre

Besøk på Oslo Universitetssykehus Ullevål den 22.1.2015

Besøksgruppen besto av: regional traumekoordinator Olaf Jacobsen og regional traumeansvarlig lege Trond Dehli (Helse Nord), traumekoordinator Marianne Dalhaug (St Olavs hospital) og regional traumeansvarlig lege Bent Åge Rolandsen (Helse Midt), regional traumekoordinator Kurt B Andersen og regional traumeansvarlig lege Espen Gubberud (Helse Vest), og leder Torben Wisborg (Nasjonal kompetasetjeneste for Traumatologi).

Fra Oslo Universitetssykehus deltok: Gastrokirurg og leder for avdeling for traumatologi Tina Gaarder, traumeansvarlig overlege anesthesi Nils Oddvar Skaga, regional traumekoordinator Rannveig Anderson. Fra ledelsen: Traumeansvarlig overlege anesthesi Nils Oddvar Skaga, Klinikkssjef Øyvind Skraastad Akuttklinikken, Klinikkssjef Olav Røise Hoved-OrtoKKN-klinikken. Administrerende direktør eller hans representant deltok ikke.

Fra Helse Sør-Øst deltok: Ass. Fagdirektør Elisabeth Arntzen.

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 utfyllt av de enkelte klinikker på OUS Ullevål med koordinering fra avd. for traumatologi, noen data ble ettersendt.

Hovedvurdering

- Oslo Universitetssykehus Ullevål har fysiske rammer som tilfredsstillende krav til et traumesenter.
- Besøket avdekket et klart behov for en egen sengepost for traumepasienter.
- Oslo Universitetssykehus Ullevål har en tydelig traumeorganisering som fyller policydokumentet, men ivaretar ikke de nasjonale funksjoner for kompetanseheving og system oppbygging ved de andre traumesentrene som er forventet fra de øvrige traumesentre i kraft av Ullevåls størrelse og pasientgrunnlag.
- Det er behov for bedre kapasitet i tidlig rehabilitering, spesielt for pasienter som ikke har hode- eller spinalskade.

Detaljert gjennomgang

Dedikert traumeorganisering:

Organiseringen med avdelingen for traumatologi og egne faste bakvakter med faglig tilhørighet i andre avdelinger virker hensiktsmessig. Traumesenteret virker som et velfungerende nav i et regionalt system.

Krav til dedikert traumeinfrastruktur:

Ikke alle anestesileger har ATLS, og noen av anestesilegene jobber med andre pasientkategorier til daglig, og går vakt i traumeteam relativt sjelden. På grunn av omorganisering, sammenslåing og aldersprofil i enkelte avdelinger er funksjonene plastikkirurgi, barnekirurgi og kjevekirurgi på sikt i fare på traumesenteret. Dersom barnekirurgi skal flytte, betyr det mangel på barneanestesierfaring for anesthesiavdelingen. Reduksjoner på intensivavdelingen gir mangel på intensivplasser og behov for ikke faglig begrunnet flytting av pasienter fra Ullevål.

Behov for egen sengepost for traumepasienter, som også kan være en hjelp/løsning for intensivavdelingen. En slik post vil sikre koordinering av tverrfaglige pasientforløp, tillate observasjon på et lavere omsorgsnivå enn i dag, tillate at pasienter flyttes ut av intensivavdelingen kort tid etter ekstuberering. I tillegg vil man kunne bygge og samle tverrfaglig dedikert traumekompetanse hos alt pleiepersonell, samt en mest mulig dedikert og rasjonell tilgang på nødvendige støttefunksjoner som fysioterapi, rehabilitering, psykososial støtte og ernærings ekspertise. En post vil redusere liggetid både totalt sett og på intensiv.

Kvalitetssikring: Tverrfaglig teamtrening gjennomføres, men bare sporadisk, tre ganger de siste 6 måneder. Regelmessige morbidity & mortality-møter er innført. Det virker likevel til å være behov for å legge til rette for at alle personalkategorier kan delta på disse møter, som ligger på tidspunkt da andre enn kirurgene er opptatt med daglig drift.

Traumeregister: Lokalt traumeregister med høy datakvalitet, men langt etterslep (> 12 måneder). Det virker å være behov for bedre kapasitet i registeret.

Øvrige kommentarer:

Ullevål har en viktig nasjonal rolle, som landets største traumesenter. For eksempel kurs for instruktører i hemostatisk nødkirurgi var viktig og bør videreføres. Hospitering på overlegenivå for ledende leger fra de øvrige traumesentre er en viktig funksjon og bør systematiseres med en stilling, slik at kollegene fra de øvrige traumesentre kan følges opp under hospitering.

Nasjonale funksjoner ikke spesifisert, og bør med i ny nasjonal traumeplan.

Ullevål har funksjoner som i praksis er unike, og som antagelig bør diskuteres som en landsfunksjon. Dette gjelder for eksempel pan-faciale skader.

Traumesenterets volum: 2000: 600/år. 2012-2014: 1800/år. Dette gjelder utløste alarmer. 40% ISS > 15. Dette er høyere enn internasjonalt (rundt 20%). Forklaringen på økningen er antatt å være regionalisering («ja-sykehuset»), hodeskader, kontakt direkte til traumeleder, luftambulans med 2 helikopter på Lørenskog, Sea-King Rygge, og helikopter på Ål og Arendal. 20% av pasientene kommer med legebemannet ambulans/helikopter (dette gjelder for alle 1800 mottatt med traumealarm).

Brannskadebehandling: Traumesenteret etterlyste mulighet for enten rask overflytting til Haukeland og/eller mulighet for behandling på Ullevål i form av to nasjonale brannskadeavsnitt. Hvis brannskadepasienten er skadd i tillegg til brannskaden er det et dilemma hvor pasienten skal.

Ullevål har omfattende forskningsaktivitet innenfor traumatologi, og nylig opprettet (men ikke besatt) stilling for professor i traumatologi virker hensiktsmessig.