

Oppsummering etter gjensidig revisjon av traumesentre

Besøk på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) Tromsø den 4.2.2015

Besøksgruppen besto av: Regional traumeansvarlig overlege Tina Gaarder, regional traumeordinator Rannveig Anderson og overlege Pål Aksel Næss (Helse Sør-Øst), regional traumeordinator Ole-Petter Vinjevoll og regional traumeansvarlig lege Bent Åge Rolandsen (Helse Midt), regional traumeordinator Kurt Børslid Andersen og regional traumeansvarlig lege Espen Gubberud (Helse Vest) og leder Torben Wisborg (Nasjonal kompetasetjeneste for Traumatologi).

Fra UNN deltok: Regionale traumekoordinatorene Olaf Jacobsen og Terje Lillegård, regional traumeansvarlig lege Trond Dehli, fag- og forskningssjef Einar Bugge, kliniksjefer, avdelingssjefer, og representanter: Kristian Bartnes, Nenad Tadjic, Tone Nordøy, Bjørn Nordvåg, Rolf Busund, Ole Magnus Filseth, Petter C Endresen, Lars Jøran Andersson, May Liss Johansen, Anna Bågenholm, Lena Nordli, Kate Myreng, Lena Nordli, Audny Anke og Jon Mathisen.

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 kliniksjeff Kristian Bartnes som traumeansvarlig på vegne av de enkelte klinikker.

Hovedvurdering

- UNN har fysiske rammer som tilfredsstillende de fleste krav til et traumesenter.
- UNN 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 likevel stor entusiasme blant mange ansatte, for eksempel på røntgenavdelingen.
- Det er umiddelbart behov for å styrke kompetansen blant teamlederne, og gruppen fra de øvrige traumesentre foreslår bruk av eksisterende mellomvaktslag. Det er umiddelbart behov for dedikerte og utdannede overleger i bakvakt bak teamlederne.
- Gruppen fra de øvrige traumesentre anbefaler at traumesenteret på UNN knytter til seg en dedikert kirurg i minst 50% stilling, og oppretter lokale traumeordinatorstillinger der 2 x 50% stilling anses umiddelbart nødvendig. Dette gjelder både den direkte pasientrettede virksomheten ved UNN, men også den overordnede funksjon som ansvarlig for traumebehandlingen i Helse Nord. I tillegg bør det opprettes en traume bakvaksordning som kalles inn ved behov og som sørger for kontinuitet i den videre tverrfaglige behandlingen av disse komplekse pasientene.

Detaljert gjennomgang

Dedikert traumeorganisering: Det mangler dedikerte, fast ansatte ansvarlige overleger og traumekoordinatorene utover dagens to regionale traumekoordinatorene (50 og 20%) og regional traumeansvarlig lege i 30% stilling. Det er nylig utpekt en lokal traumeansvarlig overlege på kar-

thorax-avdelingen, men vedkommende har ikke avsatt egen arbeidstid til dette arbeid, og redegjorde ikke for sine oppgaver. Det er behov for minimum 100 % lokal koordinatorfunksjon som godt kan være delt mellom 2 personer, og minimum 50% lokal traumeansvarlig kirurg for funksjonene på traumesenteret.

Krav til dedikert traumeinfrastruktur: Det er definert lokale krav til kompetanse og opplæring av teamledere som er lavere (3 års erfaring) enn kravene til de sykehusene i regionen UNN skal ha traumefunksjon for (akutt sykehus med traumefunksjon). Kravene virker ikke oppfylt for alle som går vakt som teamledere.

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 lavere ved UNN 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 Nord. Det bør også etableres formell overlegebakvakt i traumatologi.

Ved samtidig ankomst av flere traumepasienter vil pasient nr 2 mottas av enda mer uerfaren LIS lege med tilstedevakt. Dette er en utilstrekkelig løsning.

Oppfølgingen av og ansvaret for pasienter med lettere skader frem til tertiærundersøkelse virker formelt avklart, men fremsto i praksis som dårlig fungerende.

Det er varierende og mangelfull oppfølging av traumepasienter som ligger på generell intensivavdeling. En bakvaksordning for traume vil kunne sikre kontinuitet i det videre forløp for disse komplekse pasientene.

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. Det avholdes teamledermøter for teamlederne, men ikke faste møter for alle teammedlemmer.

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 UNN 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. UNN tar imot i rundt 200 pasienter. I 2013 var det 152 traumemottak. 70 pasienter var alvorlig skadd, med ISS > 15. Dødeligheten blant alvorlig skadde var 18,6% og blant kritisk skadde (ISS > 25) 25%. Dette er sammenliknbare nivåer med traumesenteret på OUS før innføring av dedikert traumeorganisering i 2005, og tyder på at det ligger betydelige forbedringsmuligheter i tiltak skissert under møtet og i dette referatet. I tillegg viser tallene at intensivavdelingen og postoperativ avdeling har en betydelig

belastning med traumepasienter. 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 opplæring av sykepleiere i akuttmottak. Bare 20% av sykepleierne i traumeteam har gjennomgått KITS. Det er usystematisk gjennomføring av tverrfaglig traumeteamtrening, det ble anslått at det bare var gjennomført 3-4 treninger i 2014.

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.

Legene ved traumesenteret på OUS tilbød seg å undervise på et lokalt DSTC-kurs for overleger i et kommende bakvaktssjikt dersom det er ønskelig. Å delta på DSTC-kurs forutsetter bestått ATLS-kurs.