

# Oppsummering etter gjensidig fagfellebesøk på traumesentre.

## Besøk på Oslo universitetssykehus Ullevål 6. mai 2024.

Organisering av traumatologi i Norge er nedfelt i Nasjonal traumeplan og vedtatt av alle RHF'er. Ullevål Universitetssykehus, OUS er regionalt traumesenter for Helse-Sørøst sine 3,2 millioner innbyggere, noe som utgjør nesten 60% av landets befolkning. Traumatologi skal være et erklært satsningsområde for foretaket det er lokalisert i.

Metodikken med fagfellevurderinger mellom de fire regionale traumesentrene er forankret i Nasjonal Traumeplan og fagdirektørmøtet. Besøkene fasiliteters hvert annet år av Nasjonalt senter for Traumatologi og gjennomføres av fagmiljøene ved de øvrige regionale traumesentrene. Hensikten med besøkene er å kvalitetssikre organiseringen og pasientbehandlingen innen traumebehandling utfra de krav som stilles i Nasjonal Traumeplan, med særskilt fokus på kvalitetsforbedring og læring på tvers.

Traumesenteret ved OUS har i mange år vært preget av høy faglig integritet, bred akademisk kompetanse og et utstrakt internasjonalt samarbeid innen traumatologi. Avdelingen har gjennomgående gode skussmål fra LIS som har rotert gjennom avdelingen som teamledere.

Ved siste fagfellebesøk ved OUS i juni 2021 ble det påpekt tre alvorlige hovedutfordringer.

1. Overlege bakvaktfunksjonen ved Avdeling for traumatologi var truet
2. Traumelederfunksjonen var truet.
3. Det var ikke etablert traumekirurgisk sengepost.

Det er skuffende og alvorlig for traumesenteret at overnevnte utfordringer ikke er løst, til tross for løfter fra øverste hold om at dette skulle man få til. På noen områder har utviklingen endog gått i feil retning.

Det ble i tillegg påpekt utfordringer ved

4. Tidlig spesialisert rehabilitering
5. Utfordringer som må løses på overordnet nivå.

Besøksgruppen vil sette søkelys på de samme hovedutfordringer etter dette besøket.

### Besøksgruppen bestod av:

Fra Helse Vest: Leder/overlege Geir Arne Sunde, overlege Marianne Wesnes, regional traumekoordinator Kurt Børslid Andersen

Fra Helse Midt: overlege Per Einar Uggen, traumekoordinator Tone Larsen Langø, avdelingssjef Ole-Petter Vinjevoll

Fra Helse Nord: Leder/LIS3 Stian Wendelborg, regional traumekoordinator Dagrun Pettersen, traumekoordinator Hege Lauritzen

Fra Nasjonalt senter for traumatologi-NKT overlege Torben Wisborg

### Fra Oslo Universitetssykehus:

AD Bjørn Atle Bjørnbeth, Vise-AD Anders Mohn Frafjord, kst. Fagdirektør Morten Tandberg Eriksen,  
Klinikkleder Akuttklinikken Øyvind Skraastad, kst. Klinikkleder Klinikk for Kirurgi og spesialisert  
medisin Kim Alexander Tønseth

Fra Avd. For traumatologi: professor Tina Gaarder, professor Pål Aksel Næss, ledende  
traumekoordinator Knut Magne Kolstadbråten

Alle deltok ved formøte kl 08:30 – 09:15, ved oppsummeringsmøtet kl 13:30 - 14:30 deltok bare Vise-  
AD Mohn Frafjord fra ledelsen.

## **Bakgrunn**

Traumer er den vanligste dødsårsaken i aldersgruppen 1-45 år. Et traumesystem har som mål å sikre likeverdig traumebehandling uavhengig av bosted, redusere dødelighet av skader, samt sikre best mulig funksjonsnivå videre hos overlevende etter traumer. Dette sparer samfunnet for en rekke kostnader og har stor betydning både for den enkelte traumepasient og nettverket rundt. Integrering av rehabilitering på lik linje som akuttbehandling er viktig for alle pasientgrupper, også traumepasienter.

Alvorlig skadde traumepasienter krever helhetlig tverrfaglig oppfølging både innad i sykehuset, men også i primærhelsetjenesten etter utskrivelse. For å få til dette må det utarbeides helhetlige pasientforløp for traumepasienter. Traumesystemet skal sikre at samarbeid på tvers av profesjoner og spesialiteter skjer til pasientenes beste. Traumatologi er ikke en egen spesialitet, det er derfor utarbeidet nasjonale retningslinjer for håndtering av disse pasientene. Legeforeningen har i tillegg oppnevnt en arbeidsgruppe som har som mål å etablere traumatologi som et kompetanseprogram, med egne krav for å kunne sertifiseres som traumekirurg.

I Nasjonal traumeplan foreligger det anbefalinger om, og minimumskrav til infrastruktur og organisering i hver region. Fagfelle vurderingen vurderer hvorvidt de enkelte regionale traumesentrene oppfyller disse anbefalingene, og utføres av representanter fra landets øvrige regionale traumesentre. Resultatet formidles av nasjonalt senter for Traumatologi.

Til grunn for gjennomgangen ligger dokumentet «Policydokument Traumesenter OUS NKT 2024» som baserer seg på en felles kravspesifikasjon for traumesentre i Norge. Disse er utarbeidet av alle landets traumesentre i fellesskap og godkjent av de regionale fagdirektørene. Hovedpunktene i dokumentet ble gjennomgått med fagfellene i en egen presentasjon. I tillegg brukte gruppen rapporten fra besøket 09.06.2021. I tillegg intervjuet gruppen representanter for bakvakt og traumeleder på formiddagen.

## **1. Overlege bakvaktsfunksjonen**

Avdeling for traumatologi har tilknyttet overleger i delt stilling mellom gastrokirurgisk avdeling (70%) og avdeling for traumatologi (30%). Per i dag er det 3 stillinger fra øvre og 3 fra nedre gastro. Ved fagfelle vurderingen for 3 år siden fikk en inntrykk av at overlegene fikk en mindre andel oppgaver, les operativ aktivitet, enn stillingsbrøken tilsa. Overlegene bidrar med traume- og akuttkirurgisk kompetanse inn i moderavdelingen. Gastrokirurgisk avdeling er velkjent med at overleger avsees til f.eks. gastrolab eller spesialfunksjoner som overvektskirurgi. Det burde være lett å forholde

seg til at en av overlegene til enhver tid er på traume. Under fagfelleevalueringen formidles det at traumatologi snakkes ned fra avdelingsledelsen ved gastrokirurgisk avdeling, og det organiseres dobling av overlegevaktsjikt bak traumekirurg når vedkommende går som gastrokirurgisk bakvakt. En slik organisering vil over tid svekke utvikling av selvstendighet i rollen som gastrokirurgisk bakvakt.

Til tross for at traumatologi oppleves som en interessant karrierevei både faglig og akademisk for overlegene ved gastrokirurgisk avdeling, fremkommer det i samtalene under fagfelleevalueringen at organiseringen traumebakvaktene møter på gastrokirurgisk avdeling gjør det vanskelig å skulle satse på slike kombinasjonsstillinger fremover. Det oppleves at forholdene på nedre gastro er noe bedre enn på øvre. Situasjonen slik den beskrives våren 2024 er svært lik det som ble beskrevet i 2021. Svikt i rekruttering til traume bakvakt truer opprettholdelse av bakvaktskompetanse på traume.

Utfordringen er todelt – på kort sikt må det jobbes for å beholde kompetansen i det nåværende traumebakvaktssjiktet; parallelt med dette må det være fokus på å sikre en fremtidig rekruttering.

## **2. Traumelederfunksjonen**

Teamledere rekrutteres i størst grad fra gastrokirurgisk avdeling. Gastrokirurgi er den eneste legespesialiteten hvor traumemottak og teamledelse er et eget læringsmål for LIS. Også ortopedisk avdeling bidrar med LIS-leger inn i teamlederfunksjonen. Teamledersjiktet utgjør en viktig rekrutteringskilde for nye traumebakvakter. I samtale med representant for teamlederne fremgår det at teamlederfunksjonen snakkes ned fra ledelsen i sine moderavdelinger. En følge av dette er at teamlederne heller går nedover i vaktsjiktet for å unngå interessekonflikten funksjonen fører til. Dette medfører rekrutteringsvansker for avdeling for traumatologi, og på sikt færre traumelederkompetente kirurger til andre sykehus i regionen og landet.

Det følger en liten økonomisk kompensasjon til de som har teamlederfunksjonen, denne har vært uendret siden den ble innført. I tillegg ser vi i helsevesenet en generell utvikling hvor yngre leger i større grad velger seg til stillinger med lavere intensitet og vaktbelastning. For å sikre en videre traumekompetanse samt besettelse av nøkkelfunksjoner vil det være viktig at ledelsen fremsnakker disse funksjonene og legger til rette både for å beholde, men også rekruttere til traumefaget.

## **3. Traumekirurgisk sengepost**

Dette har vært utredet flere ganger og konkludert med faglig og økonomisk gevinst. I tillegg kan en traumekirurgisk sengepost med høy faglig kompetanse og oppfølging avlaste presset på intermedierposter og intensivplasser og fungere som fleksible beredskapssenger for foretaket. Ifølge ADs redegjørelse vil bl.a. åpningen av nye Radiumhospitalet frigjøre ressurser i sengepostkabalene som kan underlette opprettelsen av traumesengepost.

## **4. Tidlig spesialisert rehabilitering**

I henhold til Nasjonal traumeplan må "likeverdig og tverrfaglig behandling av traumepasienter må vektlegges for å sikre en bedre og mer helhetlig oppfølging. Internasjonale studier viser at etablerte rehabiliteringsavdelinger i traumesykehusene bedrer utkomme hos alle pasientkategorier. Kompetent tidlig oppstart av rehabilitering etter alvorlig skade gir gevinst for pasienters livskvalitet, aktivitet og deltakelse i samfunns- og arbeidsliv, og er samfunnsøkonomisk lønnsomt»

- Alvorlig skadde pasienter i traumesenter skal vurderes innen 3 dager fra skade / innleggelse av spesialist fra rehabiliteringsenhet for vurdering og igangsetting av rehabiliteringstiltak, planlegge videre rehabiliteringsforløp og rehabiliteringsnivå
- Rehabilitering skal starte i intensivfasen på traumesenteret
- Pasienter som er vurdert å ha behov for spesialisert rehabilitering på sykehus og som ikke lenger er i behov av intensivopphold, skal overføres direkte til akuttavdeling på traumesenter til rehabilitering - ikke via vente-opphold på lokalsykehus. Det skal defineres regionale rehabiliteringsavdelinger med klare ansvarsområder og hvilke typer skader dette skal gjelde. Få avdelinger skal ha ansvar for pasienter med de alvorligste skadene
- Traumesentrene bør, i samarbeid med lokalsykehus og kommuner, utarbeide standardiserte pasientforløp, fra skadested til hjem, som gir like rehabiliteringstilbud uavhengig av helseregion.

For å få til de overnevnte sterke anbefalingene anbefales det på det sterkeste å ansette en spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering ved avdeling for traumatologi i en stillingsandel. Både Helse Midt og Helse Vest har ansatt spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering ihhv 50% og 60% stilling med gode erfaringer.

Per i dag fungerer pasientforløpet best for traumepasienter med enten alvorlig traumatisk hodeskade eller spinalskade, da disse har øremerkede regionale senger for tidlig spesialisert rehabilitering. Multitraumepasienter uten disse skadene faller lett mellom stolene. Tidlig involvering av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering vil kunne forebygge medisinske komplikasjoner og langvarig funksjonstap inkludert tap av arbeidsevne, samt legge til rett for et sømløst videre behandlingsforløp inkludert rehabilitering.

## 5. utfordringer som må løses på overordnet plan

OUS/Ullevål har en viktig bidragsyter nasjonalt innen traumatologi, og er også internasjonalt anerkjent innen traumebehandling, forskning og opplæring. Det kom også klart fram i ADs anerkjennelse av betydningen av arbeidet som er gjort. Omstillingsbehovet til «OUS 2:0» er mange, og ledelsesstrukturen er i endring. Av de fra ledelsen som møtte gruppen er både fagdirektør og klinikkleder for kirurgi konstituert i stillingene så sent som i april. Begge er likevel godt kjent med OUS fra tidligere lederstillinger.

Det vil være viktig å etablere et system og ledelsesstruktur som fremsnakker traumatologi og bidrar til utvikling av et helhetlig pasientforløp for multitraumepasienter; med gode rutiner for samarbeid på tvers mellom avdelinger, spesialiteter og faggrupper. Særlig fokus bør rettes mot teamledersfunksjon og traumebakvaktsfunksjon, både mtp å opprettholde kvaliteten på regionalt traumesenter HSØ men også mtp å ivareta traumekompetansen ved de ulike sykehusene ellers i HSØ og for å kunne bidra inn i det nasjonale traumemiljøet.

Det er strukturer og funksjoner lengre nede i systemet som oppfattes som bidragende til en ukultur som går ut over traume generelt, og de som er villige til å påta seg nøkkelfunksjoner spesielt. Traumeteam utgjør den grunnleggende enheten for sykehuset og regionens beredskap ved

masseskadehendelser. Dette har vi sett historisk ved 22. juli, London Pub-angrepet osv. Svekking av nevnte funksjoner vil derfor tenkes å ha en direkte og negativ konsekvens for beredskapen i Helse Sør-Øst.

AD Bjørn Atle Bjørnbeth sa ved avslutningen av tilsvarende besøk i 2021: «Dette skal vi få til.» De øvrige traumesentrene mener at det er på tide å innfri løftet.