

Oppsummering etter gjensidig fagfelleevaluering ved UNN Tromsø 02.09.2025.

- forrige besøk 11.02.2022.

Besøksgruppen

Knut Magne Kolstadbråten, Regional traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, OUS

Tina Gaarder, Avdelingsleder/overlege, Avdeling for traumatologi, OUS

Pål Aksel Næss, Overlege, Avdeling for traumatologi, OUS

Marianne Wesnes, Overlege, Regionalt traumesenter, HUS

Geir Arne Sunde, Avdelingsjef/Overlege, Regionalt traumesenter, HUS

Vigdis Giil-Jensen, Registrar og Traumekoordinator, Regionalt traumesenter, HUS

Per Einar Uggen, Overlege, Regionalt traumesenter, St Olav

Ole-Petter Vinjevoll, Avdelingsjef, Regionalt traumesenter, St Olav

Veslemøy Nordset, Daglig leder, Nasjonalt traumeregister

Torben Wisborg, Forskningsleder, Nasjonalt senter for Traumatologi

Fra UNN Tromsø

David Johansen, Adm. direktør (frem til kl 10)

Snorre Manskow Sollid, Klinikksjef Kirurgisk klinikk (frem til 10)

Laila Strand Sivertsen, Ass. Klinikkleder Kirurgisk klinikk (både oppstart og oppsummering)

Kim Mortensen, Overlege Gastrokirurgi (legesjef)

Torill Kaasa, Overlege Anestesilegeavdelingen

Charlotte H. Arnesen, Laboratoriemedisin

Kjetil Børge Andreassen, Røntgenavdelingen,

Helle Skjesol, Avdelingsleder, Avdeling for traumatologi, UNN

Terje Lillegård, Regional traumekoordinator, Helse Nord

Carl Lannerstad, Traumekirurg, Avdeling for traumatologi, UNN

Dagrun Pettersen, Regional traumekoordinator, Helse Nord

Therese L. Hansen, Traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, UNN

Til stede på formøtet fra ledelsen ved UNN:

Adm. direktør David Johansen

Klinikksjef Kirurgisk klinikk Snorre Manskow Sollid

Ass. Klinikkleder Kirurgisk klinikk Laila Strand Sivertsen

Overlege Gastrokirurgi Kim Mortensen (legesjef)

Overlege Anestesilegeavdelingen Torill Kaasa

Laboratoriemedisin: Charlotte H. Arnesen

Røntgenavdelingen: Kjetil Børge Andreassen,

Til stede på oppsummeringsmøtet:

Samme som på åpningsmøtet, bortsett fra David Johansen og Snorre Manskow Sollid

Oppsummering: Utfordringer identifisert ved besøket

-Avdeling for traumatologi står uten traumeansvarlig kirurg fra 15.09.

-Omstrukturering av UNN pågår og skal ferdigstilles innen april 2026. Lokalisering av Avdeling for traumatologi er i dag organisert som avdeling i Kirurgi-, Kreft- og Kvinneklinikken (K3K) og må sikres tilsvarende plassering på klinikknivå i fremtidig struktur. Dette bør skje i inneværende år.

-Registrering i Nasjonalt traumeregister (NTR) er regulert i forskrift, har siden 2024 vært mangelfull og forsinket.

-Traumeledere som har kompetanse i henhold til Nasjonal traumeplan har hjemmevakt om natten med utrykningstid 20 min. Tilstedevakt har ikke denne kompetansen. Traumesenteret må ha traumekompetente kirurger til stede 24/7.

-Traume bakvakt (bakvakt gastrokirurgi) utfører oppgaver på linje med de andre overlegene på dagtid og er ikke umiddelbart tilgjengelige på dagtid.

-Fagråd traumatologi UNN ledes av Klinikksjef K3K. Det har ikke vært avholdt møter på over ett år.

Bakgrunn for fagfelleevaluering

I Nasjonal traumeplan ligger det anbefalinger om, og minimumskrav til infrastruktur og organisering i hver region. Fagfellene 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 med forslag til forbedringer.

Til grunn for gjennomgangen ligger dokumentet «Policydokument UNN HF 2025» som baserer seg på en felles kravspesifikasjon for traumesentre i Norge. Disse er utarbeidet av landets traumesentre i fellesskap og godkjent av de regionale fagdirektørene.

I tillegg brukte gruppen rapporten fra besøket 11.02.2022. Besøksgruppen pekte da på følgende punkter som avgjørende for at UNN Tromsø skulle realisere forpliktelsene Nasjonal Traumeplan pålegger de regionale traumesentrene:

a. Teamlederfunksjonen må dekkes i henhold til krav i Nasjonal Traumeplan i løpet av første halvår 2022. Sykehuset har selv beskrevet hvordan dette kan gjennomføres.

b. Skissert løsning for Traumemanual må på plass med samme tidshorisont.

c. Overlegebakvaktfunksjon tillegges gastrokirurgisk avdeling med formell styrking av traumekompetanse hos overlegene for at de skal kunne ivareta funksjonen etter intensjonene også på dagtid i form av visitt- og koordineringsarbeid samt oppfølging av teamlederne.

d. Den vedtatte organiseringen i sykehuset må følges med praktisk/økonomisk bistand fra sykehusets ledelse slik at berørte avdelinger tar eierskap til videreutviklingen av traumebehandlingen i sykehuset. Særlig vil dette gjelde gastrokirurgisk avdeling.

e. Nytilsatt avdelingsleder i Avdeling for Traumatologi vil i flere år være i utdanningsløp frem mot spesialiteten i gastrokirurgi. Det innebærer betydelige utfordringer så vel i utførelse av lederfunksjon i forhold til andre avdelinger på sykehuset som i å sikre utdanningen med påfølgende ansettelse i overlegehjemmel i gastrokirurgisk avdeling. Disse utfordringene må løses av klinikkledere/direktør.

f. Tilsvarende gjelder for traumekirurg Carl Lannerstad.

Fagfellebesøk 02.09.2025

Besøket fulgte en standardisert agenda med formøte hvor leder av Traumesenteret, Helle Skjesol gjennomgikk hvordan man har arbeidet siden forrige fagfellebesøk og ga en oversikt over aktuell bemanning og aktivitet. Gruppen intervjuet på formiddagen nåværende og forhenværende traumeansvarlige kirurg, Avdelingssjef Gastrokirurgisk avdeling og Avdelingssjef Intensiv.

Besøksgruppens foreløpige respons ble så presentert på oppsummeringsmøte av

Per Einar Uggen (kirurg, St. Olavs hospital).

Det har vært arbeidet systematisk med traumatologi og en god del av utfordringene er løst i løpet av perioden, noen står fortsatt uten tilfredsstillende løsning, og noen nye utfordringer er kommet til.

Traumemanual er nå etablert basert på Ullevål sin traumemanual med enkelte tilpasninger for lokale forhold.

Det er bred involvering i undervisning av mange personellgrupper. KITS-kurs for sykepleierne er etablert og det avholdes regelmessig nettbasert undervisning om ulike sider av traumebehandlingen for hele regionen månedlig.

Oversikten over kompetansen og hvem som har deltatt på ulike traume-relaterte kurs er mangelfull.

Simulering med traumeteam er planlagt på regelmessig basis, men avlyses ofte på grunn av mangel på enkelte personellgrupper som får samtidigetskonflikt med drift. Det er en lederoppgave å rydde opp i dette.

Morbidity & Mortality møter (M&M-møter) avholdes regelmessig for alle sykehusene i regionen med gjennomgang av pasienter med læringspotensial for alle.

Alle sykehusene følges opp med årlige besøk av regionale traumekoordinatorer, men det mangler lege ved regional oppfølging.

Kompetanse for teamledere.

Teamledere er nå rekruttert fra erfarne LIS på Gastrokirurgisk avdeling som fyller kompetansekravene. De er i tilstedevakt fram til ettermiddag/kveld, deretter i hjemmevakt med 20 min utrykningstid. LIS i tilstedevakt kan mangle mye på å fylle kompetansekravene. Et Traumesenter må ha traumekompetente kirurger til stede på sykehuset 24/7.

Traume bakvakt

Funksjonen er lagt til bakvakt gastrokirurgi, som har planlagt aktivitet på lik linje med de andre overlegene på dagtid og er dermed ikke umiddelbart tilgjengelige. Det fremkommer ikke om det er gjort kompetansehevende tiltak på bakvakts-nivå.

Det må rekrutteres leger til systemansvar og kvalitetsforbedring i Avdeling for traumatologi. Dette har vist seg krevende også i de andre traumesentrene. En modell kan være å rekruttere flere i deltidsstilling med hoveddelen av arbeidstiden på Gastrokirurgisk avdeling, 3x30% eller 4x25%. Det må da legges til rette for at overlegene som har delte stillinger mellom Traumesenteret og Gastrokirurgisk avdeling får tilgang på meningsfull kirurgi ved Gastrokirurgisk avdeling på lik linje med

de resterende overlegene på avdelingen. Å tilrettelegge dette er en lederoppgave som krever vilje og gjennomføringsevne. Svikt i dette har vært en vesentlig årsak til at traumeansvarlige kirurger har sagt fra seg traumeansvar. Tilføring av en overlegestilling som finansieres fra Avdeling for traumatologi vil kunne frita bakvakt på dagtid fra planlagte oppgaver.

Traumeregistrering

På besøkstidspunktet er det to stillinger som traumekoordinator i 50% som er besatt, i tillegg kan avdelingssjef som har 50% stilling knyttet til akuttmottaket fristilles fra denne og ta tilsvarende som traumekoordinator ved rask avklaring. Det ansees som nødvendig med minst 150% traumekoordinatorstilling på Traumesenteret for å komme a jour med daglige oppgaver og registreringsdelen. Stillingshjemlene finnes, men er ikke besatt.

I tillegg er det to regionale traumekoordinatorer i 50% stilling som i større grad bør være aktivt involverte i arbeidet på Traumesenteret enn i dag. De regionale oppgavene løses godt foruten legeinvolvering, Traumesenteret klarer pr i dag ikke å løse alle sine. Dette har gått spesielt utover registrar-funksjonen og fristen for rapportering av data til Nasjonalt traumeregister er dermed ikke overholdt.

Rehabilitering

UNN Tromsø har en spesialisert Rehabiliteringsavdeling lokalisert i sykehuset, noe som legger forholdene godt til rette mtp å oppfylle anbefalingen i Nasjonal traumeplan om tilsyn ved spesialist i fysisk medisin og rehabilitering innen 72 timer hos alle alvorlig skadde pasienter. Per i dag ligger hovedtyngden av pasientoppfølging fra rehabiliteringsavdelingen sin side på pasienter med traumatisk hodeskade og spinal skade (i samarbeid med Trondheim). Oppfølgingen begynner da på intensivavdelingen og fortsetter ved Rehabiliteringsavdelingen. Det er potensiale for et tettere samarbeid mellom Kirurgisk avdeling og Rehabiliteringsavdelingen. Traumepasienter som ikke skal videre til spesialisert rehabilitering følges sjeldnere opp under akutttoppholdet. Logistisk sett har det vært en utfordring at Rehabiliteringsavdelingen ikke får beskjed om nye traumepasienter, og får derfor ikke mulighet til å følge opp anbefaling om tidlig tilsyn ihht Nasjonal traumeplan. Dette er det nå håp om å bedre da en skal få på plass en felles pasientliste i DIPS i høst hvor leger ved Rehabiliteringsavdelingen har oversikt over alle inneliggende multitraumepasienter og på den måte kan drive "oppsøkende" virksomhet med tidlig tilsyn etter traume. Vi understreker at tidlig rehabilitering må vektlegges på lik linje med akuttbehandling for å sikre minst mulig funksjonstap og best mulig outcome etter traume.

Beredskap/sivilt-militært samarbeid

Til slutt vil gruppen forelå at traume- og beredskapsmiljøet på UNN koordinerer sin virksomhet, og ser på hvilke muligheter som ligger i sivilt/militært samarbeid. Forsvaret har ikke personalressurser som direkte kan styrke UNN, men i fellesskap kan det for eksempel gjøres kursvirksomhet, hospitering og andre kompetansehevende tiltak. Det virker uhensiktsmessig å ha to ulike akser (traume og beredskap) som jobber parallelt med samme tema.