

# Oppsummering av fagfellevurdering etter besøk på UNN Tromsø 11.2.2022

– forrige besøk 8.2.2019

## Besøksgruppen

Knut Magne Kolstadbråten, regional traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, OUS  
Tina Gaarder, overlege/avdelingsleder, Avdeling for traumatologi, OUS  
Pål Aksel Næss, overlege, Avdeling for traumatologi, OUS  
Aqeel Chaudry, overlege, Regionalt traumesenter, HUS  
Kurt Børslid Andersen, regional traumekoordinator, HUS  
Hanne Langseth Næss, overlege, Regionalt traumesenter, HUS  
Marte Carlsen, overlege, regionalt traumesenter, St Olav  
Ole-Petter Vinjevoll, avdelingssjef, regionalt traumesenter, St Olav  
Tone Larsen Langø, traumekoordinator, regionalt traumesenter, St Olav  
Torben Wisborg, forskningsleder, Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi

## Fra UNN Tromsø

Hege Margrethe Lauritzen, lokal traumekoordinator, Traumeseksjonen, UNN  
Runar Orø Eilertsen, lokal traumekoordinator, Traumeseksjonen, UNN  
Terje Lillegård, regional traumekoordinator, Helse Nord  
Stian Wendelborg, leder for traumesenteret, UNN Tromsø  
Carl Lannerstad, traumekirurg, traumesenteret, UNN Tromsø  
Dagrun Pettersen (videodeltager), regional traumekoordinator, Helse Nord

## *Tilstede på formøtet fra ledelsen ved UNN:*

Anita Schumacher, administrerende direktør UNN HF  
Solveig Anita Thuv Skog, overlege anesthesiavdelingen  
Karl Ivar Lorentsen, avdelingsleder ortopedisk avdeling  
Snorre Manskow Sollid, driftsleder Operasjons- og Intensivklinikken  
Lars Røslie, avdelingsleder Akuttmottak- og obspostavdeling  
Bjørn Yngvar Nordvaag, klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken  
Fredrik Sund, klinikkssjef Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken  
Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerter- Lungeklinikken  
Marianne Nordhov, overlege Barne- og ungdomsavdelingen  
Kate Myreng, klinikkssjef Diagnostisk klinikk

## *Til stede på oppsummeringsmøtet:*

Samme som på åpningsmøtet, bortsett fra Marianne Nordhov

## Bakgrunn

Skader er den viktigste dødsårsak i aldersgruppen 1 – 45 år i Norge, og i tillegg fører skader til store personlige og samfunnsøkonomiske kostnader for et stort antall overlevende etter

skader. Traumatologi er imidlertid ikke en egen spesialitet, og det er derfor utarbeidet nasjonale retningslinjer for håndtering av disse pasientene. I Nasjonal traumeplan ligger en forventning om, og et minimumskrav til infrastruktur og organisering i hver region. UNN Tromsø er basert på disse kravene opprettet en egen avdeling for traumatologi til å ivareta og organisere funksjonen som regionalt traumesenter i Helse Nord.

Besøksrunden gjort av de andre traumesentre har som mål å avklare i hvilken grad disse kravene er oppfylt ved UNN Tromsø.

Det er utarbeidet et spesifikt dokument som beskriver funksjoner og krav til traumesenterfunksjonen i Norge. Dette Policydokument bygger på utenlandsk standard og norsk konsensus, vedtatt av fagdirektørene i de regionale helseforetak. Dokumentet var før møtet utfylt av UNN Tromsø med koordinering fra traumesenteret.

1. Policydokumentet inneholdt rikelige, detaljerte kommentarer ført i pennen av avdelingsleder Stian Wendelborg, Avdeling for traumatologi vedrørende status og konkrete planer for tiltak på de fleste områder der krav ikke er innfridd. Det kan tjene som arbeidsdokument for sykehuset i å utvikle traumefunksjonen ved sykehuset videre. Besøksgruppens kommentarer til opplysningene i dokumentet, beskrives i punktene under inkludert en oppsummering av hovedutfordringer til slutt. Våre kommentarer baserer seg også på opplysninger som kom frem i samtaler med en representant for teamlederne og en av anestesioverlegene.
2. Det har skjedd en klar utvikling siden forrige besøk i 2019 der ledelsen ved sykehuset synes å ha tatt nye grep for å støtte arbeidet med sikring av traumebehandlingen etter Nasjonal Traumeplan.
3. **Dedikert traumeinfrastruktur**
  - Traumeorganiseringen er løftet fra seksjonsnivå til avdelingsnivå fra 01.01.22.
  - Avdelingen er organisatorisk plassert i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K).
  - Ansatt avdelingsleder i 50% stilling fra samme dato.
  - Traumekomiteen er avviklet og fra 01.01.22 erstattet av Fagråd traumatologi UNN HF som har hatt første møte 24.01.22. Fågrådet ledes av Klinikkjef i K3K og det planlegges kvartalsvise møter.
  - Traumekirurg i 50% stilling er ansatt.
  - 2 anestesioverleger i 20% stillinger.
  - Det er fra tidligere ansatt 2 lokale traumekoordinatorer i 50% stillinger, og 3 hjemler på 10%, men fra 1. juni kun 2 slike hjemler.
  - 2 regionale koordinatorene i 50% stillinger
  - UNN har rammer som tilfredsstillende de fleste krav til et traumesenter sett i lys av det volum sykehuset har av traumepasienter. I 2020 var det 211 traumeinnleggelser ved UNN Tromsø.
  - **Teamlederfunksjonen er ikke tilfredsstillende ivaretatt.** Ingen av dagens teamledere fyller kravet om minst 4 års kirurgisk erfaring. Fortsatt synes for mye av vurderingene overlatt til teamlederne. For å kompensere for dette har

det siden 2016 eksistert en «skyggevaktt»-ordning. Som påpekt i rapporten etter besøket i 2019 framstår ordningen å være tilfeldig fordelt og med tilfeldig kompetanse/erfaring med traumer. Det foreligger nå konkrete planer om at teamlederfunksjonen skal legges på LIS3-vaktsjiktet i gastrokirurgisk avdeling der alle leger fyller minimumskravene og med implementering første halvår 2022 ifølge klinikkssjef i K3K, Fredrik Sund.

- I forbindelse med omorganiseringen av traumefunksjonen ved UNN anbefaler besøksgruppen at **traumebakvaktsfunksjonen** overføres til overlegesjiktet ved gastrokirurgisk avdeling. Det vil innebære behov for formell styrking av traumekompetanse av denne gruppen for at de skal kunne ivareta funksjonen etter intensjonene. Funksjonen vil innebære konkrete oppgaver på dagtid i form av visitt- og koordineringsarbeid samt oppfølging av teamlederne. Som anbefalt i 2019 foreslår man at det opprettes entydige kriterier for å involvere/tilkalle bakvakt traume.

#### 4. Kvalitetssikring

- Tverrfaglige **mortality & morbidity-møter** er i etableringsfasen i samarbeid med kvalitetsavdelingen ved UNN. Tverrfaglige åpne traumemøter har ikke vært arrangert senere år, men er planlagt gjenopptatt med halvårlige møter fra 2022.
  - **Traumemanualen** ved UNN Tromsø ble ved besøket i 2019 beskrevet å være i behov av en større revisjon som fortsatt **ikke** har ikke blitt gjennomført. I policydokumentet beskriver avdelingsleder Stian Wendelborg hvordan man enkelt kan gjennomføre dette basert på bruk av traumamanualen fra OUS med lokale tilpasninger med en beskjeden kostnad for bruk i hele det regionale HF.
  - **Traumerelatert forskning** foregår ved UNN Tromsø og det er å håpe at opprettelsen av Avdeling for Traumatologi vil kunne medføre ytterligere fokus på slik aktivitet.
5. **Undervisningsaktiviteten** relatert til traumatologi lokalt og i regionen er det godt redegjort for i Policydokumentet. Det arrangeres regelmessig KITS-kurs, Kurs i hemostatisk nødkirurgi og månedlig videoundervisning for hele Helse Nord. Det legges opp til at man får deltatt i obligatoriske kurs (ATLS), men pandemien med kansellering av kurs har vært en utfordring. Prosjekt med teamlederskole er i støpeskjeen og det blir spennende å se om dette kan realiseres. Praktisk prosedyretrening (thoraxdreninnleggelse, kirurgisk luftvei mm) bør formaliseres.
6. **Traumeregistreringen** som var mangelfull ved besøket i 2019 er nå under god kontroll der man etterlever 3 månederskravet for innregistrering i NTR. UNN Tromsø hadde 211 traumeinnleggelser i 2020, Av disse var 181 primærinlagt ved UNN Tromsø og nær alle ble mottatt med traumeteam. Andelen med ISS > 15 var 16%. Det er anført at man ved UNN Tromsø har prosedyre for å unnlate å aktivere traumeteam

om kun kriterier for skademekanisme er oppfylt. En slik praksis **anbefales ikke** av besøksgruppen (i henhold til Nasjonal Traumeplan).

7. **Traumekoordinatorer** er usikre på egen rolle/oppgaver. Begge de nye har bakgrunn fra intensiv. Det foreslås at de for å skaffe seg erfaring og innflytelse involveres aktivt i KITS (helst som kursledere), simulerings-trening, traumeoppfølging og registrering.
8. **Rehabilitering.** Det er i rapport fra UNN angitt: *Traumepasienter på intensiv tilses og vurderes av rehabiliteringslege innen 72 timer. Konkrete kriterier for rehabilitering av andre alvorlig skadde enn hodeskade, spinalskade og ortopediske skader ble etterspurt, men er uavklart i alle regioner.*

Det er i dag ikke avsatt ressurser til ivaretagelse av sterke anbefalinger i Nasjonal traumeplan vedrørende rehabilitering. Ut fra kartlegging under fagfellevurdering 11.02.22 fremkommer det at rehabiliteringsavdelingen på UNN har tilgang til «sengepostliste» i DIPS som viser pasienter som innkommer som traume, men det foreligger ikke noe formelt samarbeid mellom traumeseksjonen og rehabiliteringsavdelingen, og det er heller ikke et system som sikrer at alle hardt skadde traumepasienter får en vurdering innen 72 timer som angitt. Pasienter som er i behov for spesialisert rehabilitering på sykehus fanges likevel i stor grad opp gjennom samarbeid mellom intensivavdeling og rehabiliteringsavdelingen (som fra rehabiliteringsmiljøets side angis å være bedret siste året). Utover manglende tilbud i intensivfase er det også manglende tilbud for å sikre hardt skadde pasienter som ikke er i behov av intensivopphold, en vurdering av rehabiliteringstiltak under akutttoppholdet og vurdering av rehabiliteringsnivå og oppfølging etter sykehusoppholdet. Traumesenteret har heller ikke et system som sikrer likeverdige tilbud i regionen for traumepasienter når det kommer til rehabilitering.

Kort oppsummert er det behov for å få på plass rehabiliteringskompetanse (spesialisert rehabilitering) i traumesenteret enten ved å knytte rehabiliteringslege til traumeseksjonen (ansettelse) eller ved å få på plass et formalisert samarbeid mellom traumeseksjonen og rehabiliteringsavdelingen. Oppgavene må knytte seg til både rehabilitering under intensivopphold, sykehusoppholdet i sin helhet, oppfølging etter utskriving og arbeid med å sikre likeverdig tilbud i regionen.

9. **Regionalt arbeid** forventes styrket etter etablering av Avdeling for Traumatologi. Det foreligger konkrete planer for at legene ansatt i avdelingen skal delta i besøk til de øvrige sykehusene i regionen i tett samarbeid med de regionale traumekoordinatorer. Det er ønskelig at avdelingsleder innehar rollen som regionalt traumeansvarlig kirurg. De regionale koordinatorene bør også være involvert i arbeidet på UNN Tromsø for best mulig ressursutnyttelse og sikre en optimal traumeomsorg i regionen. Det ble påpekt fra regional traumekoordinator at UNN Tromsø må engasjere seg i arbeidet for å sikre landingsplasser av tilstrekkelig kvalitet ved akutt sykehus med traumefunksjon slik at overflytning av pasienter til traumesenteret kan skje på en effektiv måte.

## 10. Overflyttinger/kommunikasjon prehospitalt og med AMK

- Nasjonal Traumeplan definerer kun 2 nivåer sykehus – traumesenter og akuttsykehus med traumefunksjon. I HN RF er UNN Tromsø traumesenter, og traumesenterpasienter i regionen skal triageres/videresendes til UNN i henhold til traumeplanen. Unntak fra denne praksis må være nedfelt skriftlig i forståelse med traumesenteret.
- Det anbefales at regional AMK koordinerer traumelogistikken i HN RF for å sikre ensartet praksis. På grunn av lange avstander vil oppdaterte meldinger om pasientens tilstand under transport til traumesenteret kunne være med på å sikre optimal ressursutnyttelse ved mottak.

### Oppsummering

Det er foretatt omfattende organisatoriske endringer i traumeorganiseringen ved UNN Tromsø med opprettelse av Avdeling for Traumatologi lagt inn under K3K fra 1. januar i år. Det synes å være betydelig entusiasme for å ta fatt på å videreutvikle traumebehandlingen ved sykehuset i avdelingen og i sykehusledelsen. Det er viktig å understreke at et slikt arbeid ikke kan baseres på «skippertak»-prinsippet, men krever vedvarende, dedikert innsats.

Avdelingsleder Stian Wendelborg fremla ambisjonene og utfordringene nedfelt i Policydokumentet. Besøksgruppen peker på følgende punkter som avgjørende for at UNN Tromsø skal 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.