

Oppsummering av fagfellevurdering etter besøk på UNN Tromsø

8.2.2019

– forrige besøk 04.02.2015

Besøksgruppen

Knut Magne Kolstadbråten, regional traumekoordinator, Avdeling for traumatologi, OUS
Tina Gaarder, overlege/avdelingsleder, Avdeling for traumatologi, OUS
Thomas Geisner, overlege/thoraxkirurg/leder, Regionalt traumesenter, HUS
Kurt Børslid Andersen, regional traumekoordinator, HUS
Bent Åge Rolandsen, avdelingssjef, regionalt traumesenter, St Olav
Ole-Petter Vinjevoll, regional traumekoordinator, regionalt traumesenter, St Olav

Fra UNN Tromsø

Stig Eggen Hermansen, seksjonsleder, Traumeseksjonen, UNN
Hege Margrethe Lauritzen, lokal traumekoordinator, Traumeseksjonen, UNN
Runar Orø Eilertsen, lokal traumekoordinator, Traumeseksjonen, UNN
Terje Lillegård, regional traumekoordinator, Helse Nord

Tilstede på formøtet:

Rolf Ole Lindsetmo
Lars Göran Anderson
Anita Schumacher
Solveig Johnsen
Kate Myreng
Knut Kjørstad
Thor Magne Gamst
Kristian Bartnes
Karl Ivar Lorentsen
Christian Schäfer
Anna Bågenholm

Til stede på oppsummeringsmøtet:

Samme som på åpningsmøtet, bortsett fra Rolf Ole Lindsetmo

Ikke representert ved noen av møtene:

Alle relevante klinikker stilte med representanter (men ikke alltid de øverste lederne).

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 utpekt til å inneha 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.

Dokumentet bygger på utenlandsk standard og norsk konsensus. Dokumentet var før møtet utfylt av UNN Tromsø med koordinering fra traumesenteret.

Hovedvurderinger

1. Ledelsen ved sykehuset er interessert i å støtte arbeidet med sikring av traumebehandlingen etter Nasjonal Traumeplan.
2. Det har skjedd betydelig utvikling siden forrige besøk i 2015.
 - Dedikert traumeansvarlig kirurg Stig E. Hermansen er ansatt i 50% stilling og har aktivt tatt tak i mange aspekter rundt organisering, kompetanseheving, kvalitetssikring.
 - Det er avsatt midler til 5x20% kirurg, 2x20% anestesileger
 - Det er ansatt 2 traumekoordinatorer i 50%, og 2 registrarer i hhv 10 og 20%
 - Det er ansatt 2 regionale traumekoordinatorer i 50%
 - Trening i form av simuleringer/teamtrening finner sted x 2/mnd, HNK x 2 per år (regionalt 4 per år), KITS x 2 per år
 - Mer kontroll på kompetanse enn tidligere
 - Undervisning/møter systemiseres
3. **Fysiske fasiliteter:**
 - UNN har fysiske rammer som tilfredsstillende de fleste krav til et traumesenter, med funksjonell traumestue i akuttmottaket (med ny traumestue blir kapasiteten 2 + 2 pasienter), CT og operasjonsstuer to etasjer opp i samme fløy.
 - **Det mangler blodvarmer til massiv transfusjon. Dette må prioriteres umiddelbart.** Den behøver ikke fysisk stå på traumestua, men anestesipersonell skal til enhver tid vite hvor den er.
 - **CT i mottak:** Det finnes gode faglige grunner for at en CT-maskin plasseres i mottak, mtp avklaring av akuttpasienter uten at de må lenger inn i sykehuset.
 - **Hybridstue:** Volumet gir neppe grunnlag for å argumentere for hybridfasiliteter i mottak, men en så variert drift der flere fagfelt benytter hybride behandlingsmetoder med større og mindre hastegrad, medfører behov for minst 2 hybridstuer for å kunne håndtere kritisk skadde og andre akuttpasienter.
4. **Traumeregistreringen** fraværende for 2016/2017 til tross for påpekt bekymringsfull mortalitet ved forrige besøk. Imidlertid er det konkret plan om at alle nye

traumekoordinatorer skal ha AIS kodekurs, og at manglende data skal etterregistreres. Det foreslås at også traumekoordinatorer uten registrar-funksjon bidrar med innhenting av data prospektivt ved å delta på traumerapporter/traumevisitt daglig. Det angis et volum på ca 200 traumeteamaktiveringer i 2018; hvorav ca 50 har ISS>15(?) For 2018 er det identifisert 5 dødsfall blant de med traumeteamaktivering, men man har ikke informasjon om antall eller dødelighet blant de som tas imot uten team (>24 timer).

5. **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. Traumekoordinator bør være tilstede ved alle traumemottak på dagtid.
6. Flere av **Teamlederne**, enn i 2015, fyller de formelle kravene til teamlederfunksjonen, og for de som ikke fyller kravene har en av vakthavende overleger (ikke traume bakvakt) som 'skyggevakt'.
 - Skyggevaktordningen synes å være tilfeldig fordelt og med tilfeldig kompetanse/erfaring med traumer. Her foreslår man at teamlederfunksjonen fylles av bakvakt traume, med prosedyre for innkalling direkte når traume meldes inn.
 - **Gastrokirurgisk ledelse informerer om planlagt teamlederfunksjon på B-gren nivå for å sikre oppfylging av kravene.** Dette er tenkt som en 13-15-delt vakt, noe som medfører lavt antall traumemottak for den enkelte, men anses som tryggere enn dagens ordning.
 - **Inntrykket er at for mye vurderinger er overlatt til teamleder uten klare prosedyrer/retningslinjer.** Man foreslår at det opprettes entydige kriterier for å involvere/tilkalle bakvakt traume: fysiologisk påvirket pasient, startet transfusjoner, flere pasienter meldt, penetrerende skader i/nær truncus, ved kommunikasjon med andre sykehus om overflytting av alvorlig skadet pasient/pasient som det er tvil om skal overflyttes
 - **OBS! Alltid åpen dør ved ønske om overflytting fra annet sykehus**
7. Mellomvaktlag av 6 spesialister ved kar/thorax fungerer som **bakvakt traume** og fyller kompetansekravene. **Det er imidlertid ikke avsatt dagarbeidstid til å sikre kontinuiteten i behandling av alvorlig skadde etter initialfasen**, til tross for at dette er nedfelt i kravene i Nasjonal traumeplan. Det synes å være mulig å rekruttere enkelte (2-3) fra annen bløtdelskirurgisk avdeling (gastrokir?). For å sikre engasjement og kompetanse bør disse inngå i bakvaktsfunksjon, samt at dette gir noen flere å dele dagtidsoppfølgingen med (ukesansvar for å følge opp traumepasienter på intensiv og med truncustraumer på relevante sengeposter.
8. **UNN har en velfungerende Traumekomite** ledet av klinikkleder Kristian Bartnes. Fagrådene/traumekomiteene ved de andre traumesentrene er ledet av

traumeansvarlig kirurg. Dette ble diskutert, og UNN vurderer videre modell utfra hva som gir mest robust traumeorganisering.

9. Man blir presentert en **betydelig bedre dekning når det gjelder kompetansekrav** (minner om at dette er minimumskrav). Innsats bør settes inn på å få flere operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere gjennom KITS og HNK eller tilsvarende. Når det gjelder prosedyretrening for kirurger er dette ikke et tilbud utover HNK, men man jobber med å få dette til. Formell trening på vanskelig luftvei inkludert kirurgisk luftvei er etablert for anestesileger. Man anbefaler å etablere formell trening for kirurgene i kirurgisk luftvei.
10. **Traumemanualen for UNN blir anført å kreve revisjon.** Man informerer om at Traumemanualen for Ullevål, som det legges mye ressurser i å oppdatere (ny utgave 2019), benyttes av store deler av landet, finnes som app via MyMedicalBooks, og kan via produsenten (for moderat sum) legge til kapitler for tilpasning til lokale forhold. Også Haukeland har laget egen nettbasert manual med relevante linker.
11. **Kvalitetssikringsarbeid:** det er etablert jevnlig møter med tverrfaglig gjennomgang av kasuistikker. En mer formell MM-struktur anbefales (dedikert tverrfaglig gruppe, med konkrete filtre for typer pasienter man går gjennom), i tillegg til mer åpne traumemøter for opplæring. UNN fyller kravene til pågående traumeforskning.
12. **Rehabilitering.** 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. Bør kunne ses på nasjonalt (NKT?)
13. **Regionalt arbeid**
 - Regionale koordinatorene (2 x 50%) for HN følger opp alle sykehus med traumefunksjon.
 - **Det har ikke vært oppnevnt regionalt ansvarlig kirurg (eller anestesilege) for HN.** I de andre regionene har en sett det som naturlig at funksjonen tilligger traumeansvarlig kirurg ved traumesenteret, for å sikre kommunikasjon og samarbeid. Foreslår at funksjonen fylles av traumeansvarlig kirurg ved UNN for HN.
14. **Overflyttinger/kommunikasjon prehospitalt og med AMK**
 - **Nasjonal traumeplan er klar på at det kun finnes 2 nivåer sykehus – traumesenter og akutt sykehus med traumefunksjon. I HN er UNN traumesenter, og traumesenterpasienter i regionen skal triageres/videresendes til UNN.**
 - Prosedyre skal revideres. Den skal følge Nasjonal traumeplan, som sier at fysiologisk påvirket pasient og pasienter med åpenbart alvorlig skade skal til traumesenter. Dersom fysiologi tillater det, er 45 minutter ingen øvre grense

for denne transporten. Her kan formuleringen i Nasjonal traumeplan misforstås, og dette bør presiseres i revidert prosedyre

- Det anbefales at regional AMK koordinerer traumelogistikken i HN, for å unngå misforståelser

