

Minnesanteckning, Användarmöte i SWETRAU

Datum 2018-11-19
Tid 10:00 – 15:30
Plats Nanna Svartz, Nya Karolinska universitetssjukhuset Solna

1. Välkomna, presentation och nästa möte Lars Lundberg

Lars presenterar sig som ny registerhållare för SweTrau, han efterträdde Olof Brattström i september i år. Lars är specialist i allmänkirurgi och akutsjukvård och har jobbat på flera sjukhus runt om i Sverige och Norge men har även tjänstgjort som yrkesofficer i 20 år. Hans huvudintresse har legat på utbildning inom prehospitalt trauma och han har innehaft en professur i prehospital akutsjukvård i Borås som han just har avslutat.

Syftet med ett Svenskt Traumaregister är att rikstäckande monitorera traumapatientens hela vårdkedja för att identifiera styrkor och svagheter med fokus på slutenvårdsbehandling av svåra traumata. Registret ska öppet redovisa resultatmått och kvalitetsindikatorer och vara ett underlag för klinisk forskning och fördjupningsstudier.

I dag har vi en anslutningsgrad på 95,5% (52 av 55 sjukhus) och en täckningsgrad på 81%. Registret innehåller drygt 55 000 registreringar och materialet har med tiden blivit så stort att det har börjat användas mer aktivt för forskning. Under 2018 presenterades fyra avhandlingar där data från SweTrau har använts i något eller några av ingående arbeten. Lars poängterar också vikten av att registerdata används lokalt för förbättringsarbeten och vill gärna att de olika sjukhusen (enheterna) mejlar in och berättar om arbeten där SweTrau har använts. Detta för att SweTrau i sina rapporter till Sveriges Kommuner och Landsting (som finansierar Sveriges kvalitetsregister, bl.a. SweTrau) bättre ska kunna visa hur registret används lokalt för kvalitetsarbete.

Nästa användarmöte kommer att hållas den 2019-05-17 i Nanna Svartz, Nya Karolinska Sjukhuset

2. Dashboard och "Frågor/Funderingar & Svar" Tina Friberg

SweTrau delar IT-utvecklingsresurser med alla register som finns på Pharos-plattformen vilket medför att våra (SweTraus) önskemål konkurrerar med andra registers önskemål om IT-utveckling. Vi är medvetna att det upplevs som att inget händer, men vi jobbar på att prioritera och skynda på arbetet så mycket som möjligt.

Utveckling som är gjord

- **Dashboard** bör vara implementerad i systemet innan jul, men vi kan i nuläget gå in på testplattformen för att titta på funktion och utseende. Det kommer att finnas möjlighet att skriva ut vart och ett av diagrammen. Det kommer även att finnas möjlighet att exportera de ingående siffrorna till Excel för att kunna göra egna diagram.
- Det är sedan i september möjligt att i Qlikview få fram data från alla andra sjukhus, detta i ett led att öka öppenheten i SweTrau. Ökad öppenhet är något som SKL efterfrågar och som därmed är en förutsättning för att vi ska få fortsatta anslag.

Utveckling som är på gång

- Möjligheten att registrera **estimerade tider** är efterfrågad. På listan över IT-utveckling finns en estimerad traumatid med. Detta ska utvecklas vidare, men denna möjlighet kommer bara att finnas för traumatiden.
- **Läsbehörighet** ska utvecklas tillsammans med de andra registerna på Pharos-plattformen och det kommer därför tid innan den är klar men finns på listan över önskad IT-utveckling.
- ”**Inga åtgärder**” liknande ”Inga skador” är ett nytt, väldigt bra förslag som kommit fram som skrivs upp på IT-utvecklingslistan.
- **Rätt skador på rätt kroppsdel** Det är framförallt skador på extremiteterna som ligger på fel plats, vi har skickat en uppdaterad lista till IT-utvecklarna och ligger på för att dessa förändringar ska ske.
- Möjligheten att **söka på AIS-koderna** är väldigt viktig för många användare och utvecklingen påbörjades redan i samband med flytten till nya plattformen.
- **Snabbkommandon** är inte återställda sen flytten till Pharos, vi förstår frustrationen och de är inte bortglömda.
- **Hint** om att man är på väg att dubbelregistrera en patient är ett förslag som kom upp på förra användarmötet och som är väldigt bra, det står på listan över IT-utveckling.

Frågor

- Hur alternativet ”7–Annat” ska användas vid transportslag finns beskrivet i manualen (1.1) t ex när patienten inte kommer direkt från olycksplatsen utan ”mellanlandat” på en vårdcentral eller annan plats med medicinsk personal.
- Parametrarna och de olika alternativen som finns i SweTrau styrs av att vi ska följa Utstein-protokollet. I manualen finns det en hänvisning till Utstein där man kan läsa mer om respektive parameter och de olika alternativen.
- Respiratorbehandling behöver inte läggas in bland åtgärderna. Åtgärderna är i första hand tänkta för att registrera kirurgiska åtgärder.
- Runt GOS vid utskrivning uppstod det en diskussion som gör att det kommer att tas upp i styrgruppen för vidare diskussion men tillsvidare är det GOS när patienten lämnar ditt sjukhus som gäller.
- Alla operationer under det vårdtillfället ska registreras även om de inte rör de traumatiska skadorna.
- Motorkomponenten i GCS vid en tvärsnittslesion kan bedömas genom att patienten uppmanas tex blinka eller gapa, se manualen (1.3, 2.4)

3. **Ansiktstrauma** Daniel Danielsson

Daniel börjar med att berätta om hur organisationen för ansiktstrauma ser ut på Karolinska Sjukhuset. Det framkom att det finns en organisation och en god kompetens runt ansiktstrauma på alla Regionsjukhus i Sverige även om organisationen kan se lite olika ut. Karolinska Sjukhuset handlägger ca 450–500 ansiktstrauma/år varav c:a hälften behöver opereras och att många patienter remitteras från andra sjukhus då det är ett regionsuppdrag.

Många patienterna har fått sina skador från diverse idrottsaktiviteter men misshandelsoffer är tyvärr en klart överrepresenterad grupp och 70% av patienterna har manligt kön.

När det gäller traumatiska ansiktsskador brukar man prata om mjukvävnads- och hårdvävnadsskador. Den akuta vården handlar mycket om att säkra luftvägen och många patienter blir tracheostomerade, både för att säkra luftvägen och för att underlätta kirurgin. Daniel uppmanade alla att vara observanta på avslagna tänder så att de inte har hamnat i lungorna eller på andra mindre lämpliga ställen. Det rika kärlträdet i ansiktet gör att det kan bli stora svullnader och blödningar som kan orsaka problem när luftvägen ska säkras. Skador som involverar munhålan räknas som orena och behöver alltid antibiotikaprofylax.

Timing när det gäller att operera en ansiktsskada är viktig, det ska antingen ske omedelbart eller vänta 5–6 dagar. En fördel med fördröjd operation är att man kan samordna de olika professioner (ÖNH, Käk, Plastik och Neuro) som kan behöva vara med. En av de få ansiktsskador som måste tas om hand skyndsamt är retrobulbärblödning (bakom ögongloben), detta för att synen på ögat ska gå att rädda, då blödningen kan trycka på/sträcka synnerven.

Daniel presenterar sedan flera fall och visar på bilder hur de olika frakturlinjerna går, hur man opererar och hur resultatet ser ut efter några månader.

4. Hur presenterar vi våra siffror Tina Friberg

Under diskussionerna i små grupperna kom det fram att det är väldigt olika hur mycket och vad som presenteras för de olika sjukhusen. Att det på flera ställen inte presenteras så mycket beror både på en bristande förmåga/utbildning i QlikView och Excel, men även på resursbrist (man hinner inte). Ett tips som kom fram var att ta fram grafer på ”tid till CT” månad för månad och visa för traumagruppen. Detta både för att följa upp och analysera upp- och nedgångar i tiderna. Ett annat tips var att dra ut statistik månadsvis (antal trauma, fördelningen män/kvinnor, åldrar och skademekanismer) och sätt upp på ett specifikt ställe. Genom att presentera siffror på ett enkelt och överskådligt kan ett intresse väckas hos andra och på så vis generera resurser.

Det fanns en del frågor om hur man lokalt får ta ut/använda/lagra data från SweTrau. Det är sjukhusen som själv ansvarar att den data som tas ut från SweTrau förvaras och hanteras enligt de lagar och regler som gäller det lokala sjukhuset, detta är beskrivet i SweTraus stadgar. Det finns information om forskning/registeruttag från kvalitetsregister att läsa på <http://kvalitetsregister.se/forskning/forsknaparegisterdata.1907.html> och på SweTraus hemsida finns information om hur man ansöker om uttag från SweTrau, <http://rcsyd.se/swetrau/utlamnande-av-data-ur-registret>.

5. TraumaAlert – vad händer när larmkriterierna ändras Fredrik Linder

Fredrik började med att visa en graf på hur användningen av de nationella Traumalarms kriterierna har ökat och att det nu är 84% av de registrerande sjukhusen som använder dem. Det faktum att endast 3,1% av alla traumafall omprioriteras, visar att de fungerar väl även om ytterligare utvärderingar behövs.

Fredriks studie ”A prospective stepped wedge cohort evaluation of the new national trauma team activation criteria in Sweden – the TRAUMALERT study” visade att de nya nationella traumalarmskriterierna har minskat minskade traumalarm nivå 2 med 42%. Studien är gjord på fem sjukhus i Uppsala-Örebroregionen och data samlades in under 6 månader efter att de nya traumalarmskriterierna införts på respektive sjukhus. Minskningen skedde utan att undertriaget ökade, dvs det var de lätt skadade/oskadade patienterna som stod för minskningen av larmen.

I beräkningarna sågs också att andelen män ökade vilket förklaras med att det är fler män än kvinnor som skadas allvarligt i trauma. Även andelen penetrerande våld ökade, men mortaliteten förblev oförändrad.

Vad gäller skademekanismer så minskade andelen bilolyckor och fall (såväl höga som låga) som utlöste traumalarmer efter förändringarna i traumalarmskriterierna. I de nya kriterierna utlöser skademekanismerna bara ett nivå 2 larm och minskningen förklaras med att både bilolyckor och fall har fått snävare ramar. Minskningen av de låga fallen förklaras med en ökad följsamhet gentemot traumalarmskriterierna.

Den minskade användningen av traumalarmer som sågs på de lätt/oskadade patienterna sparar både resurser och gynnar de enskilda patienterna. Fler lätt/oskadade patienter slipper utsättas för onödig strålning i form av en helkropp-DT och de kan få ett mer individanpassat omhändertagande än vad det strikta traumaprotokollet tillåter.

6. Vad vill ni få ut av användarmötena Lars Lundberg

För att se till så det inte blir slentrian i innehållet på användarmötena så ställdes frågan ”Vad vill ni ha ut av användarmötena?”. Flera tyckte att **föreläsningar** som uppdaterade kunskapen på svåra områden var bra men även vikten av att **få träffa andra som registrerar** ansågs viktig, speciellt för de som sitter ensamma och registrerar på sitt sjukhus. **Frågor & Svar** tyckte man att ökade samsynen i olika frågor och gjorde att man kände sig delaktig.

Det önskades möjlighet att kunna ställa skaderegistreringsfrågor (AIS frågor) och vi enades om att i samband med nästa användarmöte försöka ha någon form av **repetitionsutbildning på AIS**. Mer **utbildning på QlikView** efterfrågades också, detta görs troligen bäst i en lokal där man kan få sitta vid en dator och få jobba med programmet under handledning. Vi kommer att jobba på att få till sådan utbildning framöver. Framtill dess finns det förutom QlikView manualen också en presentation och en Quikguide på SweTraus hemsida,

<http://rcsyd.se/swetrau/wp->

[content/uploads/sites/10/2017/05/20170503_Qlikview_Swetrau.pdf,](http://rcsyd.se/swetrau/wp-content/uploads/sites/10/2017/05/20170503_Qlikview_Swetrau.pdf)

<http://rcsyd.se/swetrau/wp-content/uploads/sites/10/2016/04/SnabbguideQlikview.docx>