

Minnesanteckning, Användarmöte i SWETRAU

Datum 2019-05-14
Tid 10:00 – 15:30
Plats Nanna Svartz, Nya Karolinska universitetssjukhuset Solna

1. Välkomna, presentation och nästa möte Lars Lundberg

På vårens användarmöte fanns representanter för alla sjukvårdsregioner vilket var roligt med tanke på att fokus delvis kommer att ligga på regionalt samarbete.

Nästa användarmöte är den **6 november på Karolinska Sjukhuset, Solna**.

2. Nytt i SweTrau Tina Friberg

En uppdatering av systemet kommer att ske den 27/5, med följande förändringar:

- När en ny registrering påbörjas kommer en varningsruta att öppnas om det finns en osignerad registrering på samma personnummer på samma enhet.
- Möjlighet att registrera okänd traumatidpunkt införs.
- Varningsruta för att det är mer än 24 timmar mellan ankomst till sjukhus och den avgörande initiala åtgärden införs.
- Möjlighet att söka på AIS-koderna kommer att finnas.
- Ruta för ”Inga åtgärder” införs, liknande rutan ”Inga skador” på skadesidan.
- En ny export införs där alla åtgärder inklusive tider kommer att finnas med.

Överförd patient till annat sjukhus

På efterfrågan från förra användarmötet så har styrgruppen fattat beslut om hur variabeln ”Överförd patient” ska registreras när det gäller patienter som flyttas mellan flera sjukhus. Alternativ 4 – Överflyttad ”till/från”, alternativt ”från/till” ska användas om patienten flyttas till ett annat sjukhus och sedan återkommer till sjukhuset igen i en obruten vårdkedja inom akutvården. Registreringen hållas ”öppen” och registreras som ett vårdtillfälle.

GOS (Glasgow Outcome Score) vid utskrivning

GOS ska bedömas vid utskrivning från registrerande sjukhus, dvs datumet för utskrivning ska överensstämma med när GOS bedömdes. Detta för att man ska kunna avgöra vilket GOS som är det senaste för patienter som finns registrerade på flera sjukhus.

Dagar på annat sjukhus

Styrgruppen föreslog att det skulle ges möjlighet att registrera om patienten hade dagar på annat sjukhus, i det fall att detta efterfrågades. Användarmötet ansåg det fanns både för- och nackdelar med förslaget. Fördelen var att det enskilda sjukhuset skulle kunna visa antal vård dagar på det egna sjukhuset, men nackdelarna var siffrornas tillförlitlighet och att det skulle ta ännu mer tid i en redan tung registrering. Samtliga användare tänker vidare på hur de skulle vilja göra och frågan tas upp igen på nästa användarmöte i november.

3. SweTrau – arbete, mål och visioner Lars Lundberg

SweTrau har nu över 62 000 registrerade traumafall i sitt register, vilket utgör ett stort underlag för forskning och förbättringsarbeten. Nationella uttag som görs får styrgruppen automatiskt information om då ansökan beviljas.

Nationella uttag är gjorda av:

- Therese Djärv, KS (2014)
- Martin Gerdin, KS (2016)
- Olof Brattström, KS (2016)
- Linda Sandström, Luleå (2017)
- Fredrik Linder, Uppsala (2017)
- Poya Ghorbani, KS (2017)
- Eva-Corina Caragounis, Göteborg (2018)
- Martin Salö, Lund (2019)
- Tal Hörer, Örebro (2019)

Avhandlingar 2018

- Linder F. Trauma – Diagnostics and triage.
 - Doktorsavhandling, Uppsala (disputation 2018-04-13).
 - SweTrau har använts i artikel III-IV (två kohortstudier).
- Eriksson M. Severe trauma – Risks and outcomes.
 - Doktorsavhandling; Stockholm (disputation 2018-04-27).
 - SweTrau har använts i samtliga artiklar (en case-control studie, tre kohortstudier).
- Ghorbani P. Review and prediction of trauma mortality.
 - Doktorsavhandling; Karolinska (disputation 2018-10-19).
 - SweTrau har använts i samtliga artiklar (fyra kohortstudier).
- Granström A. Patient and organisational perspectives of initial trauma care.
 - Licentiatsavhandling, Karolinska (försvarad 2018-11-09).
 - SweTrau har använts i samtliga artiklar (en kohortstudie, en kvalitativ studie).

Avhandlingar 2019

- Caragounis E-C. Surgical management of rib fractures following trauma and triage.
Doktorsavhandling, Göteborg (disputation 2018-04-13).
 - Doktorsavhandling, Sahlgrenska (disputation 2019-05-03).
 - SweTrau har använts i artikel IV (prospektiv studie).
- Sandström L. The trauma continuum – Experiences from injured persons and critical care nurses.
 - Doktorsavhandling; Luleå (disputation 2018-05-23).
 - SweTrau har använts i artikel IV (PROM-data, longitudinell studie).

Lokala uttag

Det finns ett problem med att få reda på vad de lokala uttagen används för och vilka arbeten som dessa genererar. Det är därför viktigt att alla mejlar in när lokala uttag görs för att vi ska få en heltäckande bild av vad registret används till detta gäller t.ex. utvärdering av det kliniska

arbetet, mortalitetskonferenser, uppföljning av följsamhet till riktlinjer för specifika skadetyper, triage, uppföljning av enskilda parametrar, tider på skadeplats, tid till CT mm. Skicka ett mejl till någon i styrgruppen med lite information, hellre en gång för mycket än en gång för lite.

Eftersläpande registrering är ett stort bekymmer, dels för att siffrorna som kommer ut är ”inaktuella”, dels blir det svårare att använda siffrorna lokalt på sjukhusen i vårdkvalitetsarbeten.

4. **Patienterfarenheter från traumarummet** Anna Granström

Trauma är den vanligaste dödsorsaken bland unga människor i hela världen, även i Sverige där uppemot 5 000 människor dog av traumarelaterade skador under 2016. Under det senaste årtiondet har det skett stora förändringar i omhändertagandet av traumapatienterna här i Sverige – traumacenter, traumalarm, traumateam. Ett korrekt omhändertagande av svårt skadade människor minskar mortalitet och morbiditet och är därför av största vikt både för den enskilde patienten och för att hålla nere samhällskostnaderna.

På Karolinska Solna, där Anna genomförde sin studie kan det fulla traumateamet bestå av mer än 10 olika professioner och det kan stå uppemot 20 personer och invänta patienten på traumaenheten när de rullar in med de prehospitala resurserna. Det kan antas att mer lindrigt skadade patienter upplever omhändertagandet av så stort antal människor som skrämmande, ett snabbt och strikt protokollbaserat omhändertagande i en högteknologisk miljö.

Studien som Anna gjorde var en kvalitativ studie bestående av individuella intervjuer som syftade till att undersöka vad patienterna egentligen upplevde under det initiala omhändertagandet.

Resultatet visade att traumaomhändertagandet upplevdes som betryggande av en del medan andra upplevde det som skrämmande, att patienten ibland upplevde sig som att vara i centrum medan som ointressant vid andra tidpunkter. Allt sammanfattades som en huvudkategori ”Att känna sig trygg i en skrämmande situation” och en slutsats av studien är att patienternas psykosociala omhändertagande kan förbättras genom en informativ dialog och att deras välbefinnande måste vara i fokus under hela omhändertagandet, både före och efter att man uteslutit allvarliga skador. Detta skulle kunna uppnås genom att en ny roll/funktion introducera i traumateamet med fokus på patientens psykosociala omhändertagande. Andra saker som skulle kunna förbättra patienttillfredsställelsen skulle kunna vara bättre hantering av patienternas rädsla och oro, minskning av smärtsamma procedurer och förbättra det personliga mötet, allt detta *utan* att riskera säkerheten.

Vill man läsa mer om Annas arbete så är detta referensen: Granström A, Strömmer L, Falk A-C, et al. *Patient experiences of initial trauma care*. Int Emerg Nurs. 2019 Jan;42:25-29.

5. **Traumadödsfall och dödsfalls analys** Pieter van Wyk

Att påvisa minskad mortalitet i ett stort heterogent patientmaterial som en traumapopulation utgör är mycket svårt. En av de få saker som påvisats ha effekt på lång sikt är att man analyserar sina dödsfall på ett konstruktivt och strukturerat sätt. Utan att man blundar för fakta, sina egna tillkortakommande och framförallt utan att det blir en hetsjakt av ”skyldiga”, ska förbättringspotential i varje enskilt fall försöka identifieras.

Pieter går igenom patientfall som dragits på Traumamortalitets konferensen på Karolinska Solna. Dessa konferenser sker med särskilt inbjudna med stor kompetens från olika områden i vårdkedjan. Varje analys börjar med en PowerPoint presentation där kronologiska fakta från respektive fall presenteras, allt ifrån traumatillfället till dödförklaringen och de närvarande har möjlighet att ställa frågor och få förtydliganden. Presentationen avslutas med att ett antal frågor ska besvaras:

- Var det ett dödsfall relaterat till traumat?
- Var utfallet för denna patient det man kunde förvänta sig – om inte, varför?
- Vad var dödsorsaken? Blödningschock, multiorgansvikt, traumatisk hjärnskada eller annan/okänd?
- Var patienten död vid ankomsten?
- Var dödsfallet icke undvikbart, potentiellt undvikbart eller undvikbart?
- Bidrog eller orsakade någon åtgärd till ett sämre utfall? Specificera om så var fallet
- Bidrog något annat i kompetens eller struktur till ett sämre utfall? Specificera.
- Gjordes verkningslösa eller onödiga interventioner/behandlingar?
- Gick patienten till organdonation?
- Vilka åtgärder planeras för att förhindra att detta sker i framtiden?

Det framkom i diskussionerna att på flera andra sjukhus har man öppna Analyser för att fler ska få möjlighet att delta och lära sig av det som hänt.

6. **Projekt Traumasystem Sydöstra** Louise Almström

Projekt Traumasystem Sydöstra drog i gång som ett svar på rapporten traumavård vid allvarlig händelse (2015). RSL uppdrog till en projektgrupp att genomföra en förstudie som en mer grundlig kartläggning om hur det såg ut inom SÖSR, Resultatet blev ett förslag på att organisera traumavården inom SÖSR. Traumasystemet innehåller flera regional arbetsgrupp trauma (RAG-T) som är en del av det regionala medicinska programområdet (RMPO) Akut vård. RAG-T träffas 4 ggr/år, och ordförande och en regional traumakoordinator jobbar heltid/deltid för att driva arbetet framåt mellan mötena.

Louise jobbar som traumakoordinator i Linköping och är då knuten till det lokala traumaprojektet på sjukhuset som ska drivas i 3 år. Mål och visioner för projektet är att

- Linköping ska vara ett traumacentrum för SÖRS
 - ”En väg in” så andra sjukhus slipper ringa flera personer
 - Täckta hela vårdkedjan från remittentsjukhus till rehabilitering inom SÖRS
- Skapa ett Ledningssystem
 - Valfungerande struktur och samarbete
 - En gemensam IT struktur där gemensamma dokument kan förvaras och uppdateras
- Skapa fördefinierade vårdplatser för traumapatienter
 - På vårdavdelningen
 - På klinisk observationsavdelning (KOA)
 - Trauma IVA plats/platser

Praktiskt har projektet arbetat med att se till att det finns sjuksköterskor avsatta för registrering, en funktion så registreringen inte ska bli beroende av specifika personer. En uppdragsutbildning i AIS köptes, så att AIS-kodningen skulle komma igång i hela regionen, en kirurg och en radiolog kopplades till registreringen och fick gå AIS utbildningen för att underlätta arbetet. Arbetet med att identifiera patienter från i akutliggaren pågår löpande och ett samarbete med koordinatorena för olika avdelningar har påbörjats för att kunna identifiera överförda patienter. En funktionsmejl har också skapats för att eventuella frågor inte ska bli liggande om någon är ledig. Hur detta arbete ska förvaltas när projektet är slut är ännu inte klart, men någon form av förvaltning måste finnas även framöver.

7. Regionalt samarbete Södra regionen Johanna Ollén

Södra sjukvårdsregionen består av 3 ½ län (Skåne, Blekinge, Kronoberg och södra Halland) och regionens traumacentrum ligger i Lund. Det finns 7 olika akutmottagningar/enheter i regionen och det regionala arbetet hålls samman av en expertgrupp Trauma. I Expertgruppen finns representanter från hela regionen och gruppen är rådgivande. Det finns för tillfället ingen prehospita styrning, men det pågår diskussioner angående att isolerade skallskador ska direkt dirigeras till Traumacentrum för att minska tiden till intervention för denna patientgrupp.

2018 infördes en Traumabakjour på traumacentrum, som ska fungera som stöd och vara rådgivande till samtliga sjukhus i regionen och i framtiden även för ambulansen. Tanken är att den ska vara involverad i alla överflyttar till traumacentrum så det bara blir ett samtal för det remitterande sjukhuset.

Regionen har en gemensam traumamanual som är under uppbyggande och finns på region Skånes hemsida. I denna kommer det även finnas lokala anvisningar för de olika sjukhusen i de fall det är aktuellt. En annan del av samarbetet är gemensamma utbildningar bl.a. Traumateamsutbildning, utbildning för vårdpersonal och Prio1/röd grupp utbildning.

Mål för nära framtid är prehospita traumamanual och dedikerade platser för traumapatienter och längre fram även en välfungerande rehabilitering inom regionen.

När det gäller SweTrau så har registratorerna på traumacentrum inlett ett samarbete med en andra sjukhusen i regionen med syftet är att stötta och samarbeta för att få en så optimal registrering som möjligt i södra sjukvårdsregionen. Man har påbörjat arbete med att meddela varandra vid sekundärtransporter så patienter inte ska missas. Regionen har också sedan i april ett gemensamt forum där målet bl.a. är att ha gemensamma ”Fria variabler”. I framtiden vill man se mer regional forskning och en direktöverföring av vissa variabler till SweTrau.

8. Variabeln ”Dödsfallsanalys” Thomas Troëng

Analys av dödsfall är den kvalitetsindikator SweTrau har och det är därför viktigt att visa hur det går för olika sjukhus och i regionerna. Denna variabel kommer därför att visas öppet på Vården i siffror (VIS). Diskussioner pågår med VIS om hur många dödsfall som är minsta antal för att få visa en enhet och eventuellt kommer siffrorna att redovisas på regionnivå i stället för sjukhusnivå. Andelen gjord dödsfallsanalys beräknas på de patienter som är döda vid 30-dagars uppföljningen. Det betyder att det sjukhus som har 3 döda och 3 gjorda

dödsfallsanalyser kommer att få 100% medan den som har 75 döda och har gjort analys på 45 stycken bara kommer att få en procentsats på 60%.

Styrgruppen har också formulerat minikrav för en dödsfallsanalys.

Journalhandlingar på samtliga patienter registrerade i SweTrau som avlidit inom 30 dagar efter ankomst till sjukhus skall analyseras av sjukhuset utsedd traumagrupp, bestående minst av läkarrepresentant för kirurgi respektive anesthesi/intensivvård, samt sjuksköterska.

Analysen skall ligga till grund för möjliga förbättringar i omhändertagandet samt identifiering av potentiellt undvikbara dödsfall.

Tillägg

Resultaten av dessa analyser kan med fördel presenteras på morbiditets- och mortalitetskonferenser (M&M), för personalkategorier involverade i sjukhusets traumamottagande men detta ingår inte i definitionen av dödsfallsanalys.

I bästa fall blir även eventuella komplikationer som uppstår under vårdförloppet föremål för motsvarande analys. Någon central rapportering krävs dock ej för detta.

Andelen dödsfall som blir föremål för granskning redovisas till SweTrau som ett kvalitetsmått.