



## Användarmöte i Swetrau – 2014-04-29

---

Datum 29 april 2014  
Tid 10.00- 15.30  
Plats Karolinska Universitetssjukhuset, Solna  
Fakultetsklubben

1. Användarmötet inleddes med att Olof Brattström, registerhållare i Swetrau, hälsade alla användare hjärtligt välkomna.
2. **Aktuell lägesbeskrivning i Swetrau, Thomas Troëng**  
Karolinska Universitetssjukhuset och Västra Götaland dominerar registreringen i Swetrau. Jämtland visar också på god registrering.

### *Antal registreringar 2013*

KS	1784
SU	840
NU	830
Halmstad	432
Huddinge	350
Jönköping	256
Östersund	212
Kalmar	208
Norrköping	127

Med flera, se powerpoint från Thomas

### *Skadeorsaker*

- Trafikskador dominerar
- Hälften blir opererade i akutförloppet (inom 24 timmar)
- Operationskoder enligt KVÅ är införda i registret.

### *GOS-graderingen*

- 80 % av de med NISS 0-8 blir återställda
- 40 % av de med NISS över 40 avlider

### *Skillnader mellan region-och länssjukvård?*

- Fler patienter med fler skador på regionsjukhus
- På regionsjukhusen är antalet svårt skadade vårdade på IVA högre
- Andelen som man opererar är flera på regionsjukhusen.

Analys av jämförelsen återstår. Högre mortalitet på länssjukhus? Sämre överlevnad på länssjukhusen? Visar siffrorna det?

På länssjukhusen är patienterna ett antal år äldre i medeltal. Är det så att äldre patienter i mindre grad transporteras för åtgärd till regionsjukhus?

Swetrau har arrangerat användarmöte vår och höst (2ggr/år). Registret har också bidragit med kursavgift till AIS-kurs för nystartade kliniker. Flera personer med forskningsintresse har hört av sig till Swetrau för att starta forskningsprojekt.

Regionsjukhusen registrerar 9/9

Länssjukhus 20/37

PROM aktiviteter – långtidsuppföljning är uppstartad i projektform med fem deltagande kliniker.

Hjärtstillestånd på skadeplats – 27 % överlever. Hur kommer det sig? Analys av fallen vore av intresse i nästa årsrapport.

Färre ingrepp på länssjukhus?

10,5 % skickas vidare till regionsjukhus

Skillnader mellan sjukhus? För tidigt att analysera? Behöver vi bättre täckningsgrad först?

Man måste vara väldigt noga att förklara när man visar siffror, speciellt för media.

Av intresse är att göra en detaljanalys av vilken typ av patient är det som avlider?

Öppenhet och offentlighet är det som gäller för dagens kvalitetsregister.

Olof kompletterar med att det finns en ny prediktionsmodell som heter NORMIT, som använder NISS. NORMIT mäter bl a RTS, Glasgow Coma Scale score, andningsfrekvens och systoliskt blodtryck. Artikel: *The Norwegian survival prediction model in trauma*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aas.12256/pdf>, modellen skulle kunna vara av intresse för Swetrau.

Triss är en annan prediktionsmodell som använts i traumasammanhang, kan också vara tänkbar. Den räknar på AIS-klassificering ur ISS/RTS/Ålder

### 3. Rapportlösning i Qlik View

Lokala data kan för närvarande tas ut via text- eller Excel fil. När rapportlösningen via Qlik View kommer att kopplas till Swetrau förbättras uttaget av lokala data. Möjlighet till jämförelse mellan hela databasen och lokala enheten kommer att kunna göras, liksom jämförelse mellan sjukhus av samma kategori. Nästa möte är den 16 maj i Lund. Planen är att visa styrgruppen hur långt arbetet har kommit i juni. En fungerande rapportfunktion beräknas vara klar till hösten.

### 4. Användarutbildning i Swetrau hölls igår med 21 deltagare och fyra instruktörer (Lena Jansson, Lisbet Bergendal, Tina Friberg och Lena Klarin). Utbildningen var upplagd så att man registrerade fall och sedan följde genomgång av fallen tillsammans. Flera utbildningar behövs för att ensa registreringen. Ny utbildning planeras till hösten i samband med användarmötet.

### 5. Validering av införd data måste göras inom kvalitetsregistret. Att validera varandras data lokalt är en god idé för de som är flera som ansvarar för registreringen. D v s när man har

registrerat be en kollega titta igenom så att det registrerade stämmer. Planer finns att i SweTrau's regi göra det även på nationell nivå.

## 6. Trauma in a Scandinavian urban region, Olof Brattström

### Att undersöka riskfaktorer för försämrat utfall bland traumapatienter.

- Introduktion
- Vilka blir traumapatienter?
- Hur går det för dem?

#### **Introduktion**

Internationellt perspektiv belystes. Var femte sekund dör någon i trauma. Oftast är det yngre patienter, under 45 år som drabbas. Den största orsaken till död för åldersgruppen mellan 1-40 år.

I utvecklingsländer finns det flest traumafall. Transportskador och fall är vanligaste orsaken. I Sverige är orsaken i fallande ordning olycksfall, självmord, våld, oklar och annan orsak.

I Sverige finns mycket registrerat på våra personnummer. Vi kan använda oss av Socialstyrelsen, FK, SCB och kvalitetsregister för att analysera riskfaktorer och samband. Sedan 2005 registreras samtliga traumafall som vårdas på Karolinska, Solna i Traumaregister, Karolinska. I avhandlingen som presenterades på mötet har man använt delar av registret i de olika avhandlingsarbetena.

#### **Vilka blir traumapatienter?**

Betydelsen av socioekonomiska faktorer och riskfaktorer för trauma. Utbildningsnivå, inkomst och komorbiditet. I Solna är 30 % alkoholpåverkade av traumafallen.

Övervägande patienter med låg utbildning fanns i traumagruppen jämfört med kontrollgruppen.

Skademekanismer överfall och självförvållad skada är övervägande i gruppen med låg utbildning/låg inkomst.

Låg inkomst och utbildningsnivå var oberoende riskfaktorer. Drogmissbruk, psykiatrisk och somatisk komorbiditet ger ökat risk att drabbas av trauma. Aktivt drogmissbruk förstärkte denna risk och hade ett tidsberoende mönster.

Idag följer KS Solna vilka traumafall som har alkoholanknytning. Det följs via en fri variabel i Swetrau.

30 % bland primärtrauma har alkoholmissbruk. Hur många har återfall av dessa? Hur många av dessa är hemlösa? Kan man ge dem ett hem och undvika återfall?

**Förslag:** Bör det införas några nya variabler – alkoholmissbruk? hemlös?

Ger man råd och information hur man kan få hjälp med sitt missbruk?

Alla trafikskador?

#### **Hur går det för de svårast skadade?**

MOF (multiorgansvikt) förekom bland	40 %
Lungsvikt	25 %
Allvarlig sepsis	25 %

30 dagars mortalitet

10,4 %

***Incidens och riskfaktorer för pneumoni hos intensivvårdade traumapatienter.  
(n=322 patienter)***

Sänkt medvetandegrad (GCS) vid ankomst till sjukhus är en riskfaktor för pneumoni efter trauma. Exempel på åtgärder som idag används inom intensivvården är; höjd huvudända, extra sugkanal för tuber.

Vid intubation av den allvarligt skadade skulle möjligtvis intubering med trachealtub med sugkanal vara av värde. Antibiotika eller inte till den denna grupp??

Följdfråga från användarna om temperatur; KS följer kroppstemperatur som fri variabel.

***Riskfaktorer för 30 och 360 dagars mortalitet, "Women rule".***

Material insamlat från 2005-2008 (n=4051 patienter)

Könsdiskussionen kring trauma. I avhandlingen kunde man visa att manligt kön var en riskfaktor efter ett år men inte vid 30 dagar efter traumatillfället. Skillnaden sågs hos män över 55 år. Samma samband fann man när det gällde komorbiditet.

***Fortsatt forskning***

Vad dör de av 31- 360 dagar? Återstår att ta reda på och är nästa projekt. Intressant ur socioekonomiskt perspektiv är hur stor del som kan komma tillbaka till arbetet.

**7. Telefonintervjuer med traumapatienter, Gunilla Wihlke**

**3- och 6 månadersuppföljning- går det att genomföra i Swetrau?**

I styrgruppen har PROM-uppföljning av trauma diskuterats. Som ett pilotprojekt bedrivs en studie inom Karolinska Universitetssjukhuset med Gunilla som ansvarig. Medverkande i projektet gör fem kliniker; KS, NÄL, Östersund, Karlstad och Jönköping.

**Material:** 186 patienter, alla traumfall som inkommit i Swetrau i september 2013.

**Metod telefonintervju (strukturerad). Följande enkäter/instrument används:**

GOS Glasgow Outcome Scale

EQ-5D Hälsoekonomisk livskvalitetsinstrument

PTSS-10 Posttraumatisk stress, självskattning, 10 frågor besvaras Ja/Nej

RAND-36 Hälsorelaterad livskvalitet -generellt

Sysselsättning

Det tar i medeltal 45 minuter per intervju. Det stora antalet arbetstimmar ligger i att få tag i patienterna.

**Antal per sjukhus**

Från början var tanken att intervjua samtliga 186 patienter. Efter avvägning blev det till sist 74 patienter som hade NISS över 9 som det gjordes telefonintervjuer på.

Svårt att få tag på patienter per telefon, tidskrävande, svårt att ringa dagtid, lång ställtid.

Bortfall (saknar telefonnummer 6, talar inte språket 3, vill inte 1)=10

**GOS efter 3 och 6 månader**

44 % helt återställda 44 % GOS 4

12 % GOS 3

## **PTSS >35**

Det finns en gräns vid 35 som anger att det finns problem med mardrömmar sömnstörningar e t c. I materialet fanns det:

7 patienter efter 3 månader (n=74)

15 patienter efter 6 månader (n=74)

### **Summering av efter den första analysen**

Patienterna är positiva till att bli uppföljda

Många patienter mår dåligt,

Vilka patienter ska följas upp?

Hitta en modell som gör det möjligt att kontinuerligt följa upp vissa patientkategorier?

Mer analys av enkäterna återstår (EQ-5D, RAND-36)

### **Hur bör Swetraus styrgrupp arbeta vidare med PROM? Olof**

- Hur många patienter behöver vi ha för att kunna evaluera? Alla i Swetrau?
- Vilka enkäter ska vi använda? Analys?
- Vad anser deltagande kliniker? Kontakter behövs på respektive sjukhus om stöd och hjälp behövs i utökad form.
- 12-månadersuppföljningen kvarstår (september 2014)
- Återbesök? Samordning med Swetraus PROM-undersökning?
- Skillnader i riket?
- Finns det behov av kontaktsjuksköterska inom traumasjukvården?

## **8. Variabeln "Överförd till annat sjukhus"**

**Hur ska vi registrera denna variabel? Alla sjukhus vill fortsätta att följa sina patienter? JA**

Då kommer vissa patienter att dubbelföras, men det hanteras sedan vid städning av databasen. 4,3 % är registrerade 2 eller flera gånger i Swetrau. Av dessa är några autentiska fall som råkat illa ut flera gånger, andra är överförda patienter. Förtydliga manualen.

1. NEJ
2. JA till rapporterande sjukhus
3. JA från rapporterande sjukhus
4. JA- både till och från sjukhus

### **Variabeln, "Utskriven till"**

End of acute care in the reporting hospital, enligt Utstein-protokollet. Det är avslut av akutsjukvård på det rapporterande sjukhuset som gäller. 2 % av patienterna som överförs mellan sjukhus kan ha längre vårdtid om man registrerar vårdtid för två sjukhus.

5 kliniker följer upp patienter som överförts till andra sjukhus. Styrgruppen ska överlägga ytterligare i frågan. Avvakta styrgruppsbeslut i denna fråga till den 11 juni.

### **Slagning mot PAR**

Thomas berättar om slagningen mot folkbokföringsregistret. Vi kan med hjälp av slagningen få reda på om en patient har avlidit efter dag 30. De kanske gick hem dag 20 men har avlidit efter dag 30. De räknas i registret som överlevare. Hur ska vi hantera denna materia i årsrapporten?

## **9. Problem och buggar**

### ***Support till användare av Swetrau***

Första support är traumaenheten på Karolinska Solna.

08- 851776431 eller mail till traumaregister.se

Bemannas av Lena Jansson, Lisbet Bergendal och Tina Friberg.

RC Syd EyeNet Sweden samlar in problem och buggar från första support och meddelar Richard om ny utveckling behövs.

**Excelfil och textfilvariant av export** av lokal data finns på registersidan. Finns i skarp drift från v 19. I Excel filen kommer endast de första 10 diagnoskoderna med. För att få med samtliga ska uttag göras via textfil. Max antal diagnoskoder = 50 st. (Nya uppgifter säger att beslutet landade på 25 diagnoser, tillägg av SA)

### **Fliken patient**

Önskemål finns att utveckla en funktion för att ändra ett temporärt nummer till ett annat temporärt nummer.

### **Fliken uppföljning**

Fel tab-ordning på fliken, dygn i respirator och ej aktuellt fungerar ej som det ska. Korrigeras av Richard.

### **Fliken uppföljning**

Utskrivningsdatum kan läggas in före inskrivning. Ska ej vara möjligt. Åtgärdas av Richard.

### **Fliken KVÅ**

OBS! KVÅ kan läggas in även efter utskrivningsdatum. Ska inte heller vara möjligt. Åtgärdas av Richard.

### **Prehospitala sidan**

Tab-ordning efter verifiering (boken i rutan). Vid användning av Tab-tangenten återgår markören till transportslag. Den ska hamna på nästa tid i rutan. Åtgärdas av Richard.

### **Utloggning syns ej**

Det ska gå att se att du har blivit utloggad/ den funktionen har försvunnit  
Man ska vara inloggad hela dagen, så länge SITHS-kortet är i. Åtgärdas av Richard.

### **Ny registrering**

Ny traumarapport ska lösas på ett bättre sätt än idag. Den gamla patientens data kvarligger i formuläret. Richard tittar på en lösning.

### **Redigering**

Vid redigering av redan signerade data uppkommer fel vid andningsfrekvens på hospitalsidan, prehospitalla sidan.

### **AIS-komplettering**

Skador som saknas; hypotermi, perineum-skador. Löstes via Susanne, Richard, Lena och Lisbeth den 8-9 maj på RC Syd, Karlskrona.

### **Fliken sjukhus**

Icke applicerbart är valt, då ska Base Excess inte vara aktivt på hospitalsidan. Åtgärdas av Richard.

### **Generell Pharos utveckling**

I den nya plattformen ska vi ha ett system som bygger på att man kan maila in problem med registreringen direkt från registersidan till traumaregister.se

## **10. Nyheter – Bakgrundsvalidering**

Förgrundsvalidering görs i formuläret (min-max-värden)

Bakgrundsvalidering (märker om något värde ändras mycket som inte ska ändras mkt)

### Regler för bakgrundsvalidering i Swetrau

Flera registreringar

Saknas korrekt personnummer

Saknas uppföljning

Ny version för bakgrundsvalidering utkommer om några veckor. Om det finns förslag till vad som kan läggas in, maila Olof, RC Syd EyeNet Sweden (Thomas/Susanne) eller Richard.

- 11. Nytt användarmöte planeras till den 11 november 2014.** Styrgruppsmöte 13-19 och användarutbildning den 10 november 13-16.  
Nästa styrgruppsmöte per telefon den 11 juni.

*Vid pennan  
Susanne Albrecht  
RC Syd EyeNet Sweden  
2014-05-06*

*Trauma - The neglected disease of modern society?*