

Minnesanteckning från; Användarmötet i Swetrau 2012-04-24

Datum 2012-04-24

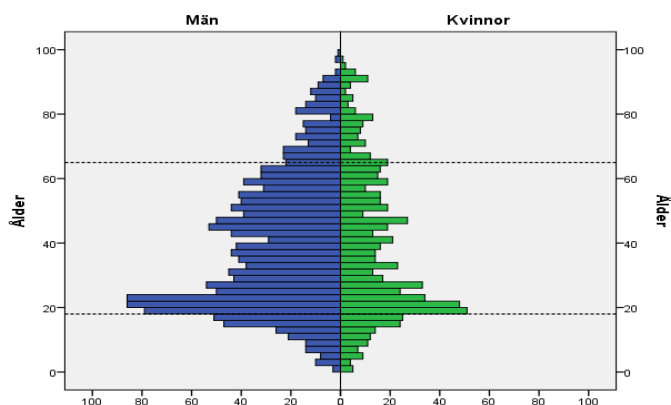
Plats Rydbergska rummet, Karolinska sjukhuset

Närvarande Collin Gunilla, Bergendal Lisbet, Brattström Olof, Jansson Lena, Wihlke Gunilla, Eriksson Helen, Antonsson Patrik, Granhed Hans, Hellström Ola, Klarin Lena, Albrecht Susanne, Serring Irene, Troëng Thomas, Östling Lisa, Ericson, Lena, Falkenström Lena, Gustavsson Eva, Jilke Peter, Christensson Christin, Löveström Helene, Söderberg Marie, Johansson Monica, Martinsson Susanne, Frick Bergström Monica, Bylund Per-Olof, Hammarskjöld Anneli, Lundgren Linda, Rengstig Annica, Djusberg Håkan, Johansson Leena Torgilsman Kristian, Söderberg Sandra.

1. Aktuell lägesbeskrivning i Swetrau

Thomas Troëng presenterar resultat efter 10 månaders registrering i Swetrau.

Följande 27 sjukhus deltar i Swetrau: **Akademiska Uppsala**, **Blekingesjukhuset**, Borås, Danderyd, **Falun**, Halmstad, **Helsingborg**, **Jönköping**, Kalmar, Karlstad, Karolinska Huddinge, **Karolinska Solna**, Kristianstad, Lindsberg, **Linköping**, **Lund SUS**, **Malmö SUS**, NÄL Trollhättan, NUS Uddevalla, Nyköping, **Örebro**, **Sahlgrenska**, Skövde, Södersjukhuset, Varberg, Västerås, Växjö. Markerade med fet stil är de sjukhus som har börjat att registrera fall. Sammanlagt finns det 2322 fall registrerade och presentationen innehöll vidare;



Fördelning mellan män och kvinnor samt ålderstruktur på de registrerade fallen (se ovan)

Vilken typ av skador rör det sig om?

Tidsintervall mellan larm och ankomst till sjukhus, tid på skadeplatsen, minuter till CT o s v.

Fördelning i skadepoäng, NISS

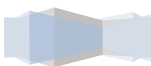
Procent av skador som har NISS över 15

Av 475 fall har som första initiala åtgärd 141 registrera annan åtgärd.

Av de som har NISS under 15 blir cirka 80 % återställda. För de som har NISS över 15 är det 26,1 %. Mortaliteten ökar ju högre NISS-gruppering fallet hade.

Trauma leder till

op / åtgärd	23,9%	(48,8%)
död	3,5%	(14,1%)
vårdkrävande invaliditet	6,9%	(27,5%)
<i>vård dagar</i>	32 924 (90 vpl)	Se i övrigt bifogad ppt, bilaga 1.



Nya förslag som ska införas under första initiala åtgärd. När annan åtgärd väljs så visar en ny ruta med fler alternativ:

- Större sårskada som kräver operation
- Thoraxdrän (ev.)
- Märgspikning
- Bäckensfraktur;
- Gördel
- Exfixation
- Femurfraktur
- Tibiasträck
- Tibiafraktur

Beslut tas vid styrgruppsmöte i juni.

TARN visar mortalitet på sjukhus. Men det är av vikt att veta hur många som blir funktionshindrade efter exempelvis 3 månader. PROM skulle kunna införas i Swetrau för att utvärdera hur det går för traumapatienterna efter exempelvis tre månader.

2. Export av data

Susanne visade den nya exportfunktionen i registret. Med exportfunktionen kan man vid valfri tidpunkt plocka hem lokala data för bearbetning. Excel-filen kan också användas som validering av införd data. Det är ganska lätt att upptäcka avvikande värden genom att använda filterfunktionen. Avvikande värden sticker ut och kan därefter kontrolleras.

3. Svensk handbok till Swetrau

Susanne presenterade därefter en svensk manual för Swetrau som kommer att ges ut efter att vi har gjort dagens ändringar den 21 maj. Innan den ges ut kommer den att granskas av några användare.

4. Certifiering av kvalitetsregister

De nya certifieringsnivåerna för kvalitetsregister presenterades av Susanne, se bilaga 2.

5. Skaderegistrering

Vilis Pavulans fortsätter med sitt projekt att försöka översätta ICD-koder till AIS/NISS. Blekingesjukhuset och Karolinska arbetar med projektet.

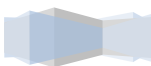
6. Kontakter och samarbeten

Samarbetsformer är under utveckling med följande register:

- Hjärtstoppregistret (1,4 % hjärtstopp i Swetrau)
- Frakturregistret
- SIR (Svenska Intensivvårdsregistret)
- Akutvårdsregistret

En fråga uppkom om registreringen i STRADA (alla trafikskadefall). Borde vi inte också samarbeta med IDB = Injury DataBase. Umeå, Akademiska och tre sjukhus i Värmland registrerar i IDB. Per-Olof Bylund från Umeå är engagerad i registret. De brukar ha nätverksträffar på Socialstyrelsen. Registerhållare svarar jakande på detta.

En fråga ställdes om vi registrerar komorbiditet i Swetrau? Ja i form av ASA-klassificering.



Hur gör vi med de patienter som skickas mellan olika sjukhus? Det lämpligaste verkar var att ett sjukhus håller i registreringen och sedan får man kommunicera om det är information som behöver hämtas från ett annat sjukhus. Här finns en potentiell risk för dubbelregistrering. Kan Richard göra någon programmering som varnar för dubbelregistrering?

Primärtrauma & sekundärtrauma

Alla registrerar de patienter som inkommer som traumafall.

Ex första episoden registreras i Växjö - neurokirurgen registrerar sekundärtrauma??

Har ska vi göra i Swetrau?

I STRADA gäller att den patient som ev. omhändertas på regionsjukhus registreras på primärsjukhuset - som även tar hand om uppföljningen.

Förslag kommer från användarna att lägga till en ruta för primär- och sekundärfall. Den rutan skulle i så fall finnas uppe i "huvudet" på registersidan, placerat efter traumadatum.

Viktigt inför analys att komma ihåg att vårdtillfällen och individer är olika saker i statistiken.

Olof frågar hur de gör i andra länder med detta? Olof får uppdrag att kontakta Norge och Finland. Frågan bordläggs till vi vet mer fakta.

SKL, SBU och Socialdepartementet är överens om att det behövs en översyn av traumaomhändertagandet i Sverige. Swetrau blev kallat till möte på SKL av Jan Lindmark och det känns bra att kvalitetsregistret är kallat till dessa möten framöver.

7. Skaderegistrering i Swetrau, fliken skada

(KS: Olof Brattström, Lena Jansson, Lisbeth Bergendahl)

Olof berättar om KS lösning med Traumaenhet och två heltidsanställda traumakoordinatorer.

Traumaenheten Karolinska är ett virtuellt center.

AIS (kom 1971-1972). Den version som används i Swetrau är AIS 2005, med uppdatering 2008.

Versionen är viktig att nämna när man jämför data. Dislocerade radiusfrakturer var tidigare 3:or men är i denna version uppgraderade till 2:or. Det finns en rapport som Thomas Fredlund, Transportstyrelsen, har skrivit. Rapporten beskriver de problem man får om man blandar olika versioner av AIS klassifikationer. Se bilaga 3.

ISS används sedan 1983, räknar skador från kroppsregioner. Internationella jämförelser börjar nu luta åt NISS. NISS är på väg in!

Poängen mellan 15-24, 20-30 är de poäng som förändras mest mellan de olika systemen.

Gällande skaderegistrering är det omöjligt att alltid göra exakt rätt. Men vi kan lära oss att göra likadant i registret. Förslag från användarna att starta en frågespalt på hemsidan. Man skulle kunna använda Triple AM, som redan har månadens fråga? Skickas som exempel till EyeNet Sweden.

AIS-kurs. Bedrivs via Västra Götaland. Kursen kostar 4725 SEK. Swetrau betalat kursavgift för intresserade. Arbetsgivare betalar hotell och resa. Nästa kurs startar i november. Lena berättar om att kursen i april förlöpte väl och de som utbildades var 17 stycken.

8. Fria variabler

(Sahlgrenska, Hans Granhed, Lena Klarin)

Från Göteborg vill man visa hur man lokalt kan använda de fria variabler som finns i registret.

SU= Sahlgrenska Universitetssjukhus registrerar i Swetrau för samtliga sjukhus i området.

Sahlgrenska, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset.

På ett gemensamt möte har man fastställt variabler som gynnar hela sjukhuset.

De fria variablerna är:

1. Larmnivå
2. Omprioritering
3. Sjukhuskropp inom SU
4. Temperatur (om patienten är hypoterm)
5. RLS (GCS var ej tillräckligt)
6. Start för första operation och operationskod för organet
7. Start för andra operationen

TIPS OM MAN INFÖR NYA VARIABLER

- Noggrann dokumentation är viktig om man inför fria variabler som lokal variant
- Dokumentera införandedatum och bytesdatum för ny variabel
- Använd siffror i möjligaste mån
- Dokumentera hur vi ska skriva

På SU finns tre variabler som inte används idag. De fälten ska fyllas av variabler som i konsensus tas fram. Intresse finns för att se vad vi opererar, tiden till första operation är intressant.

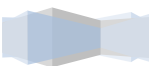
Åtgärds-koder diskuteras samt transfusioner. Se bilaga 4.

En fråga lyftes angående barntrauma. Vad är trauma på barn? Traumalarm + ISS 9. KS berättar att de hade 201 traumalarm på barn under 2011. Inklusionskriterier

9. Problem och buggar

FLIK 1- PREHOSPITALT

- Önskemål: Att flytta prehospitla tider till den prehospitla fliken
- Likadana tidsboxar önskas. Påtala för Richard att man vill ha ett sätt att skriva in tiden på!
- Base Excess. Önskemål finns om att rutan och tiden ska finnas på samma flik. Enligt Utstein ska man fylla i 9999:00 om det ej finns en normal Base Excess. Se till att det är möjligt i Swetrau. Ska vi endast fylla i arteriell blodgas? De flesta idag tar venösa blodgaser. Hur stor skillnad är det mellan arteriell eller venös blodgas? Ska vi modifiera i Swetrau så att rutan och tiden gäller arteriell och venös blodgas? Styrgruppen tar upp frågan och återkommer med besked.
- När Patrik i VGR registrerar ett ja för intubation och väljer teknik- så fastnar inte registreringen. När försöker återskapa problemet fastnar det både om man sparar innan man byter flik eller gör som det är sagt, sparar efter man har registrerat klart (inkluderar flikbyten). Be Richard att titta på om det är ett versionsproblem. Dock ska tilläggas att vi testade med IE 7.0 på användarmötet.
- Okänd =999 enligt Utstein. Gäller andningsfrekvens på skadeplats, hjärtstillestånd prehospitalt. 26a, 26b
- Högsta kompetens prehospitalt. 5- Icke applicerbart ska istället vara "Annan"
- Typ av luftvägshantering 9999 icke applicerbart ska tas bort. Prehospital luftvägshantering - byt variabelnamn även på den ovanstående som man svarar Ja/Nej på. Dessutom ska 9999 tas bort) Som annat gäller ex. bårbil, sjukvårdstransport. Sedan kommer man att få fylla i om prehospitla data finns eller är okända



FLIK 2- PÅ SJUKHUS

- Traumateam aktiverat. För alla dessa alternativ gäller att även siffran ska synas.
- Avgörande initial behandling. Ordningen på de sju första alternativen ska synkroniseras med Utsteinvariablerna
999-okänd
99 -ingen gäller variabel 2 på fliken
- Base Excess Diskussion om decimalkomma eller punkt. Beslutas att den svenska varianten med decimalkomma behålls.

FLIK 3- SKADA

- Skadegubben önskas. Lättare än att klicka sig igenom skadetabellen.
- Önskemål finns att slå in koden direkt? Räknar systemet poäng då?
- Bäckén ligger under höft
- Organen ligger under abdomen
- Huvud – whole area. Här hittar man 110604.2 Major >10 cm, 110606.3 Blood Loss, Scalp NHS 11099 Laceration.
- Temperatur kan läggas in på skadefliken. Man får skadepoäng för hypotermi.
- Det finns ingen NÄSTAKNAPP på fliken skada. Richard tittar på en lösning.

FLIK 4- UPPFÖLJNING

- Levande/Död. Gå igenom de förhandsval som förekommer om man arbetar via tangentbordet. Här finns ologiska kopplingar såsom att GOS-skalan automatiskt ställer sig på god återhämtning och utskriven till väljer avliden bland listalternativen. Kan lätt bli felregistreringar! Måste ändras av Richard. Beställningen är mottagen.
- GOS
9999-Icke applicerbart ska tas bort

FLIK 5- FRIA VARIABLER

- Önskemål finns om flera fria variabler. Fem numeriska och 10 alfanumeriska variabler önskas (innebär tillägg av fem alfanumeriska)
- Namngivning av fria variabler på lokal nivå, är det möjligt? Ja enligt Richard.
- Op/Åtgärds-koder önskas i registret.
- Om man har bytt ett reservnummer till personnummer. Finns historiken kvar i registret? Ja, genom kontroll av databasen, enligt Richard.
KS sparar det som en fri variabel som säkerhet. Gör det möjligt att hitta ex. blodprover som har tagits med reservnumret.
Kan detta ses i vårddokumentationen? (tillägg av SA).
- Beslut om att införa fler skademekanismer avvaktar vi med. Nu kör vi Utsteinvariablerna ett tag. Idag är 7,6 % annan skadeorsak.
- Att lägga till skadediagnos som ny variabel i registret är ett förslag. Då kan E-koder föras in. Beslutas av styrgruppen vid nästa möte.
- Ett generellt problem är att inloggningstiden varierar. Ibland kan man vara inloggad hela dagen för att påföljande dag bli utslängd efter 30 minuter. Vad är fel??

10. Utveckling av standardrapporter



Beslut tas att Thomas gör ett förslag som skickas ut. Alla ombeds att skicka in synpunkter på rapporten.

11. Nästa möte blir den 8 november

0900-1100 – styrgruppsmöte

1100-1500 – användarmöte

Den 21 maj ses vi på KS för korrigeringar av felaktigheter. Styrgruppen har telefonmöte den 11 juni.

För styrgruppen att fatta beslut om till den 11 juni

- Tillägg av skadediagnos som ny variabel i registret? Då kan E-koder föras in. Beslutas av styrgruppen vid nästa möte.
- Ska vi endast fylla i arteriell blodgas? Många tar venösa blodgaser. Hur stor skillnad är det mellan arteriell eller venös blodgas? Ska vi modifiera i Swetrau så att rutan och tiden gäller både arteriell och venös blodgas?
Styrgruppen tar upp frågan och återkommer med besked.
- Hur gör vi med de patienter som skickas mellan olika sjukhus? Vem ska registrera?
Primärsjukhuset? (Olof)
- Beslut om tillägg av alternativ under annan åtgärd.

