

## Minnesanteckningar

### Regional arbetsgrupp trauma 2019-02-08

#### 1. Välkomna!

Knut Taxbro tyvärr sjuk.

#### 2. Förra mötets minnesanteckningar; allt klart!

#### 3. Laget runt;

- pga. brist på sjuksköterskor med rätt intensivvårdskompetens kan BRIVA fn. enbart klara 2 intensivvårdspatienter. Lika på BRIVA i Uppsala. AB visade var den nationella brännskadeplanen finns på Webben.
  - Thorax deltog i övning Malmen (3/10 -18) och insåg att deras planering delvis var föråldrad. De lokala "katastrofplanerna" ska revideras.
  - Vid behov av thorax kompetens från SÖSR upplevs som att det fungera bra!
  - Akut kir o trauma utvecklas på US – bemannas
  - I Eksjö struktureras allt mer upp trauma koordinator – kontrakt pg att skrivas kring helheten. LöF arbetet klart, SweTrau registrering igång.
  - RJK mycket kring civilt försvar ska bygga på ordinarie beredskap. Gamla resurser finns och är kompletterade och nu aktuella ute hos räddningstjänster filter, bårar, tält mm. 60 skadade kan tas om hand. Traumavårdskedjan ses över som helhet.
  - Ryhov arbetar på disk just nu att eventuellt en op. ssk med i trauma team på akutmottagningen. Försöker också hitta en struktur för "flerskadelarm" dvs. mellanläge innan en katastrofplan aktiveras. Diskussion kring konkreta fall; pankreas trauma (haft 3).
  - NK abc artikel pg. kring trauma, unga ambitiösa medarbetare. Rutin för hur trauma patienter hanteras i samverkan på IVA är under framtagande så gott som klart.
  - Västervik LöF revision i maj. Stor övning i höstas från prehospitalt till operation.
  - Kalmar ser över civilt försvar- hur hitta alla grejer.
- Transfusioner i ambulans har diskuterat. Minimanual för trauma började användas januari. Finns på hemsidan att använda för de intresserade.
- RMPO akut vård – arbetsgrupp prehospital vård för SÖSR är uppstartad. NPO akutvård känner av nivåstrukturerings influenser. Just nu används denna grupp som expertgrupp för att bli se över hur olika nivåstrukturer inom andra områden kan påverka akutsjukvård. Hur få ihop mot det tänkta arbetet i RMPO akutvård som ju handlar om kunskapsstyrning. (för mer info kontakta Anna Gunnarsson). Nu diskuteras: Kvalitetmått inom akutsjukvård och vad är en akutmottagning. Går det att ha enhetliga beskrivningar i Sverige? Hur nivå strukturera akutsjukvård? – är ju ingen egen vård.
- Vårdanalys, har definierat några frågor:
- Hur väl är begreppet akutsjukhus definierat? (Ska förstås inte nivåstruktureras).
- Kompetenser i traumavårdskedjan? IVO har tagit i t.ex. AT läk får inte hantera trauma självständigt.
- Utbildning i PDV genomförs och nu har SOS Alarm med detta som en utlarmningsnod. För PDV hänvisar vi till MSB s vägledning vid händelse med PDV. Länken finns på hemsidan!

- Diskussion om våra kvalitetsmål (ppt bifogas); SÖSRs första mätning fortfarande inte helt komplett. Detta måste vara ett levande dokument. Stora variationer och små material – måste följa över flera år. För mycket brus i mätningen.

Finns nog felkällor ex. om enbart svår skallskada NISS <15. Registering kan göras lite olika. Obs detta var utfallsmått för 2017 inget mer.

Siffrorna måste tolkas med stor försiktighet – går inte att använda för att värdera enskilt sjukhus! Tolka först när vi har mer data och kanske eventuellt se mot hela Sverige.

Till kvalitetsarbetet hör sedan att analysera arbetet med trauma patienter.

Nyttja siffror själva för att göra förbättringsarbete – måste nog då gå in i detaljerna för enskilda. Angående antal op salar så vet vi att fler sjukhus kan utöka inom viss tid till ytterligare 1-2 op salar. Kalmar kan t ex dela op-teamet och starta på 2 salar direkt. Men i vardagen stämmer siffrorna. En basnivå.

På organisatorisk nivå olika om uppdragsbeskrivning finns, under arbetet med trauma i SÖSR har fler sjukhus tagit detta till sig och fler uppdrag är givna. Numera har t ex US en tydlig uppdragsbeskrivning.

Överförda till annat sjukhus >100 flyttade till annat sjukhus. Hur skickar vi dessa patienter? Och med vilken kompetens? Många svårt sjuka transporteras.

Trauma utbildad läkare och teamledare - det är oklart vad som menas- det går att tolka olika. DSTC eller motsvarande viktigt att kirurger och framförallt bakjourer går. Fakulteter finns i Stockholm och Göteborg. Undersöks om kursen kan genomföras i Linköping.

PHTLS; hur kommer det sig att målet är 80 %? Alla 3 sjukvårdsregionerna har 100 % som mål inom egen organisation. "Refresch" utbildningar bör också finnas med som mål att alla ska få inom rätt tid. Finns det ens för ATLS? Pia har gått så ja men ingen mer.

ATSS har inte refresch – hur löses den frågan?

Jonathan H Föreslår att vi alla funderar över kliniska kvalitetsmål på trauma processen som är relevanta för oss inom SÖSR! Det skulle kunna vara tid till intubation, jag tänker på våra nya krav på en väg in - tid till beslut från det att man beslutar kontakta Traumajour på US. Kanske svårare men också kanske viktigt att ha med. Det finns säkert ännu mer direkt kliniska mått som vi borde mäta för att kunna förbättra processerna. SweTrau registrerings utbildningar – viktigt att våra medarbetare deltar. Säkrar upp att indata blir ensat.

#### 4. Traumacentrum US (ppt bifogas).

Traumakommitté US beskrevs kort av Louise. Stort engagemang i US trauma kommitté under hela hösten. Viktigt att, vid kontakt angående traumapatienten, frågan adresseras till traumajouren vilket också gäller inom US dvs. även om man kontaktat subspecialitet.

Nu är det ok för trauma jour att säga varsågod och kom till en remittent. IVA jour ska lösa platsen!

Mao en väg in – i princip klart - men också önskemål om en väg ut. (Per Loftås lyfte ett bra exempel). Planering för varje traumapatient ska göras som helhet bl a mellan subspecialister och hemsjukhus (och kommuner?).

#### 5. Rehab- Wolfram Antepohl

Uppdrag eller kapacitet för alla trauma finns inte på rehab. Enbart skall- och ryggs-trauma.

Patienterna hamnar mellan stolarna vid behov av rehab. Just nu planeras för att öka upp med 4 platser för neurotrauma (Kalmar stänger sina platser) Rehab har färre platser även för neurotrauma än övriga Sverige ex Stockholm har dubbelt så många.

Finns planer framåt att utöka, bl.a. för RM skador och för rehab generellt i Finspång även om

det i praktiken förmodligen kommer bli för strokepatienter.

Hur förstärka för multitrauma? Närsjukvården? På kirurg klinker? Ge Rehab medicinska kliniken ett uppdrag?

Egentligen ganska få multitraumapatienter som helhet som behöver rehab men som enskild individ kan behovet vara stort. Mycket olika i dag hur rehab går till.

Ett bra underlag för att skapa möjlighet att ta dessa patienter och att agera gemensamt är nödvändigt. Handlar inte om dramatiska siffror eller platser.

RSL fråga? Ja sannolikt.

Lyfta in via RMPO?

LöF rapporten påtalar ju tydligt bristen. RSL har fått det presenterat. Tas med i rapport från projektet tillbaka till RSL.

Hur många patienter konkret per år kan det vara – vi får leta igenom den statistik som finns så det sedan kan beskrivas. Nyttja siffror från Södra regionen i den mån det finns. Jan Johansson får uppdraget att sammanställa ett underlag från RAG-trauma till RSL och HSN.

Wolfram föreslår att ta med konkreta patientfall där rehab inte har blivit helt bra – det är bra att få med i dialogen med politiken.

6. Ambulanshelikopter i SÖSR.

Behovet är klarlagt, nu ska hur en ambulanshelikopter kan implementeras utredas. Christer Andersson pensionerad chefläkare från RÖ är koordinator för arbetet.

7. Martin Nilsson NK US; Kliniska behandlingsriktlinjer vad finns o vad har vi kvar.

Neurotrauma (ppt bifogas) Riktlinje/PM pg. kommer finnas i RÖ:s system Dokumenta. Länk till dokumentet kommer att läggas på vår hemsida.

Hur radiologin kan hanteras ska inkluderas i riktlinjen/PM– det finns ett nationellt arbete.

Det kommer sannolikt bli så i framtiden att multitrauma patienten ska man ringa till traumajouren dvs. en väg in. Men den isolerade skullskadan kommer man kunna ringa Neuro direkt. Om det visar sig att det blev fel så måste NK kontakta traumajouren. Samordning ska ske av traumajouren!

Vill SÖSR ha den korta checklistan eller det omfattande dokumentet? Bra med bägge!

Checklista för sekundärtrauma finns. Bör finnas som länk också!

8. Avvikelse hantering inom SÖSR; 3 olika system finns, går inte att samköra. Därför måste vi hitta en egen metod att hantera avvikelser inom traumasystem SÖSR. Diskutera fall för att utveckla traumasystemet. M o M diskuteras, gruppen är enig om att begreppet är välkänt och fungerar bra. Avvikelsehantering i landstingens system tar för lång tid.

Videokonferens kring de komplexa patienterna är också ett sätt för återkoppling.

Näst gång tar vi upp ett eller två fall!

9. Processkartläggning

Civilt försvar har utpekade medel till landstingen för kartläggning av traumavården.

Kartläggning kring hela processen för enskild trauma patient, vid särskild händelse samt vid krig ska göras. Nyckelfunktioner kommer bjudas in.

10. Förvaltning av traumasystem i SÖSR, hur hantera efter projekt slut?

Årliga traumaseminarier i egen regi? Eller vid behov – tacksam för era synpunkter!

Förslag är MoM på video 2 ggr per år. Kombinera med en kort föreläsning i något ämne "state of the art".

11. Bra med influenser in i systemet efter platsbesök hos traumakommittéerna!

Akut traumadagar 11 – 12 mars på US (11 akut kirurgi och 12 trauma). Det går fortfarande att anmäla! Finns info på hemsidan.

Nästa möte (skype) 3 maj 9-12

Vid tangentbordet

Anita Mohall